



Gesundheitsreport 2008.

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.
Schwerpunktthema Mann und Gesundheit.

DAK

Unternehmen Leben

DAK Gesundheitsreport 2008

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 - 2008

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut GmbH

Friedrichstr. 180 - 183, D-10117 Berlin,
Tel.: 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
Email: iges@iges.de

Februar 2008

Inhalt

Vorwort.....	5
Zusammenfassung der Ergebnisse.....	7
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2007	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2007 im Überblick	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	26
4 Schwerpunktthema: Mann und Gesundheit.....	36
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen.....	103
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	107
7 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	116
Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2006	118
Anhang II: Hinweise und Erläuterungen	121
Anhang III: Tabellarischer Überblick über die Jahre 2007 und 2006.....	125
Anhang IV: Tabellarischer Überblick über Halbjahre und Quartale der Jahre 2006 und 2007.....	135
Anhang V: Männertypische Diagnosen 2007.....	148
Anhang VI: Expertenbefragung	150

Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2008 berichtet die DAK zum zehnten Mal in Folge über den Krankenstand ihrer Versicherten. Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind vielfältig. Sie können im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld oder in der Arbeitswelt liegen. Im Gesundheitsreport 2008 wird dargestellt, welche Krankheitsarten die größte Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spielen. Zugleich wird auf geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten und auf regionale Unterschiede eingegangen.

Warum haben DAK-versicherte Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen und sterben durchschnittlich trotzdem fünf Jahre früher? Wir wollten es genauer wissen und haben in diesem Jahr das Thema „**Mann und Gesundheit**“ ausgewählt und interessante Ergebnisse zu körperlichen, psychischen und sozialen Unterschieden festgestellt. Männer sind bekanntermaßen die Sorgenkinder der Prävention. Männer bringen lieber ihr Auto zum TÜV, als dass sie selber einen Gesundheitscheck machen. Auf der Basis unserer systematischen und wissenschaftlichen Aufarbeitung erhalten wir Ansatzpunkte für ein verändertes Vorgehen im Umgang mit dem Thema Männergesundheit, sei es inhaltlich konzeptionell oder im Hinblick auf die modifizierte Ansprache unserer männlichen Kunden.

Der Krankenstand stieg 2007 im Vergleich zum Vorjahr leicht von 3,0 auf 3,2 Prozent. Nach längerer Zeit sinkender Krankenstände ist die Grenze nach unten wohl erreicht worden. Der leichte Anstieg darf jedoch nicht dramatisiert werden. Trotz Konjunkturaufschwungs und der unbestreitbar hohen Anforderungen in Betrieben und Dienstleistungsunternehmen sind nicht nennenswert mehr Arbeitnehmer krank geworden.

Der Krankenstand ist ein wichtiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung von Unternehmen und der Volkswirtschaft insgesamt. Die DAK appelliert an alle betrieblichen Akteure, in ihrem Engagement um die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt nicht nachzulassen. Für diese Aufgabe steht die DAK als bewährter Partner gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Februar 2008

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Krankenstand lag 2007 bei 3,2 % und ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Trotz des Anstiegs liegt der Krankenstand noch auf dem relativ niedrigen Niveau von 2004 bzw. 1998. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte 2007 im Durchschnitt 11,5 Arbeitsunfähigkeitstage.

**Gesamt-
krankenstand
wieder
gestiegen**

Die Betroffenenquote lag 2007 bei 46,4 %. Dies bedeutet, dass für 53,6 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag in 2007. Die Betroffenenquote war seit 1999 bis 2006 tendenziell rückläufig. Der Anstieg in 2007 bedeutet, dass im Vergleich zu den Vorjahren erstmal wieder mehr Beschäftigte arbeitsunfähig erkrankten.

**Betroffenen-
quote**

Auch die Erkrankungshäufigkeit ist mit 106,2 Fällen pro 100 Versicherte gegenüber dem Vorjahr gestiegen (2006: 98,9 AU-Fälle). Nicht gestiegen ist die durchschnittliche Falldauer. Diese ist in 2007 mit 10,8 Tagen niedriger als im Vorjahr und liegt unter dem Ausgangswert von 1997.

**Fallhäufigkeit und
-dauer**

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen 2007 mehr als die Hälfte (53,0 %) aller Krankheitstage.

**Wichtigste Krank-
heitsarten:**

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit einem Anteil von knapp 22 % am Krankenstand und rd. 252 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versicherte wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit 241 Tagen etwas weniger Erkrankungstage auf diese Diagnose.

**Muskel-Skelett-
Erkrankungen**

Erkrankungen des Atmungssystems lagen mit rd. 17 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zu 2006 gab es einen Anstieg und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 27 auf 31 Fälle pro 100 Versicherte) als auch was die Anzahl der AU-Tage betraf (von 172 auf 193 Tage pro 100 Versicherte).

**Atemwegs-
erkrankungen**

Auf Verletzungen konnten 14 % des Krankenstandes zurückgeführt werden. Bei steigendem Fehltagvolumen in 2007 ist der Anteil am Gesamtkrankenstand gegenüber dem Vorjahr um einen Prozentpunkt zurückgegangen. Ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen fielen auf Arbeits- und Wegeunfälle.

Verletzungen

Psychische Erkrankungen haben 2007 um 0,2 Prozentpunkte zugenommen: Ihr Anteil am Krankenstand betrug im Jahr 2007 10,2%. Bei Frauen begründeten sie 12,5 % aller Arbeitsunfähigkeitstage, bei Männern 8,4 %.

**Psychische
Erkrankungen**

Gesundheitswesen wieder mit höchstem Krankenstand

2007 war das „Gesundheitswesen“ – wie im Vorjahr – mit 3,6 % die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Der Krankenstand ist hier gegenüber 2006 um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. An zweiter Stelle lag die Branche „Öffentliche Verwaltung“ mit einem Krankenstand von 3,5 % (2006: 3,3 %). Am niedrigsten war erneut der Krankenstand in der Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ mit 2,2 % (2006: 2,1 %).

Unterschiede zwischen den Bundesländern

Auch 2007 bestanden Unterschiede zwischen den Bundesländern: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) beträgt der Krankenstand durchschnittlich 3,0 %, in den östlichen Bundesländern 3,7 %. In den westlichen Bundesländern streut der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 2,6 % in Baden-Württemberg und dem höchsten in Berlin mit 3,8 %. Berlin steht 2007 – diesmal gemeinsam mit Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg – an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Analyse nach Berufsgruppen (2006)

Unter den ausgewählten Berufsgruppen wiesen die „Berufe des Landverkehrs“ (Berufskraftfahrer) mit 3,9 % - wie im Vorjahr - den höchsten Krankenstand auf. An zweiter Stelle stand in 2006 die Gruppe „Lagerverwalter, Lager- und Transportarbeiter“. Der Krankenstand in Höhe von 3,8 % ist zwar gegenüber 2005 um 0,1 Prozentpunkte gesunken, lag jedoch deutlich über dem Branchendurchschnitt (3,0 %). Auch die „Übrigen Gesundheitsdienstberufe“ (Berufe im „Gesundheitswesen“ mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) und die sozialpflegerischen Berufe lagen mit Krankenstandswerten von 3,7 % bzw. 3,4 % über dem Durchschnitt. Einen besonders niedrigen Krankenstand hatte die Berufsgruppe „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ (1,8 %).

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 2006 und 2007 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:
Arbeitsunfähigkeiten 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 Arbeitsunfähigkeiten**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: Mann und Gesundheit.

**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. Der Auswertung wird die Zuordnung der Betriebe zum aktuellen Wirtschaftsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes von 1993 zu Grunde gelegt.

**Kapitel 5:
Analyse nach Wirtschaftsgruppen**

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 2008 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2006

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2006 nach Berufsgruppen beigefügt. Die Krankenstandswerte werden mit den Daten des Jahres 2005 verglichen. Die für die Analyse des letzten Jahres erforderlichen Daten für die Berufsgruppen liegen bei den Krankenkassen in ausreichender Qualität erst gegen Ende des Folgejahres vor. Die Auswertungen für 2007 werden daher erst im DAK-Gesundheitsreport 2009 enthalten sein.

Anhang II: Erläuterungen

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

Anhang III & IV: Tabellen

Detailliertes Zahlenmaterial zu den Arbeitsunfähigkeiten weiterer Untergruppen (Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen) finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang III). Im Tabellenanhang IV werden wichtige Kennziffern zum Krankenstand auf der Ebene von Halbjahren und Quartalen der Jahre 2006 und 2007 ausgewiesen.

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 be- ruhen auf gemein- samem Standard

Auf der Ebene der Ersatzkassen sind einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten 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).

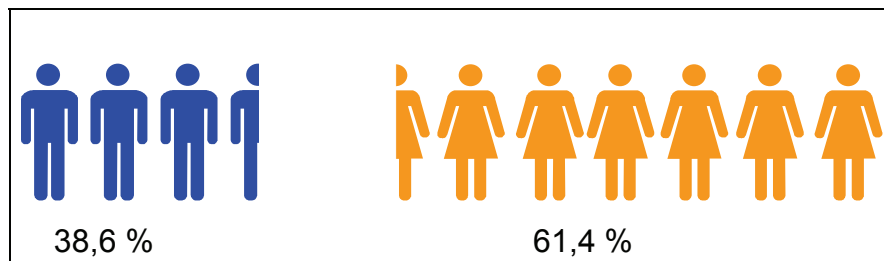
Andere Krankenkassen (z.B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2007

Der DAK-Gesundheitsreport 2008 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2007 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 2007 umfasst 2,6 Mio. DAK-Mitglieder, die sich zu 61,4 % aus Frauen und zu 38,6 % aus Männern zusammensetzten.



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Die DAK versichert auf Grund 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 rund 2,6 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2007 umfasst die Datenbasis etwa 2,3 Mio. Versicherte.

In die nachfolgende Auswertung werden nur die diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK im Jahr 2007 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

**Datenbasis
2007: 2,6 Mio.
DAK-Mitglieder**

Abbildung 1:

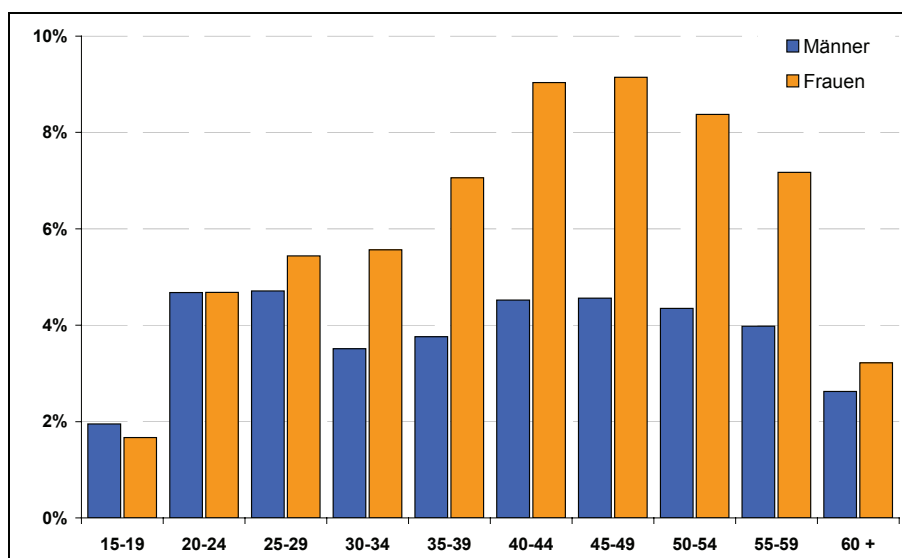
**DAK-Mitglieder
im Jahr 2007
nach Ge-
schlecht**

**2,6 Mio. Mitglie-
der entsprechen
in etwa 2,3 Mio.
ganzjährig Ver-
sicherten**

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

Abbildung 2:

Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2007



Quelle: DAK AU-Daten 2007

In fast allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer. Lediglich bei den 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 etwa gleich hoch.

Wird die Altersstruktur der DAK-Mitglieder verglichen mit der Standardpopulation, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, so zeigt sich, dass unter den bei der DAK Versicherten der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich niedriger ist. Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, werden durch die Standardisierung (vgl. Anhang II) aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.

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

2 Arbeitsunfähigkeiten 2007 im Überblick

Der Krankenstand

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

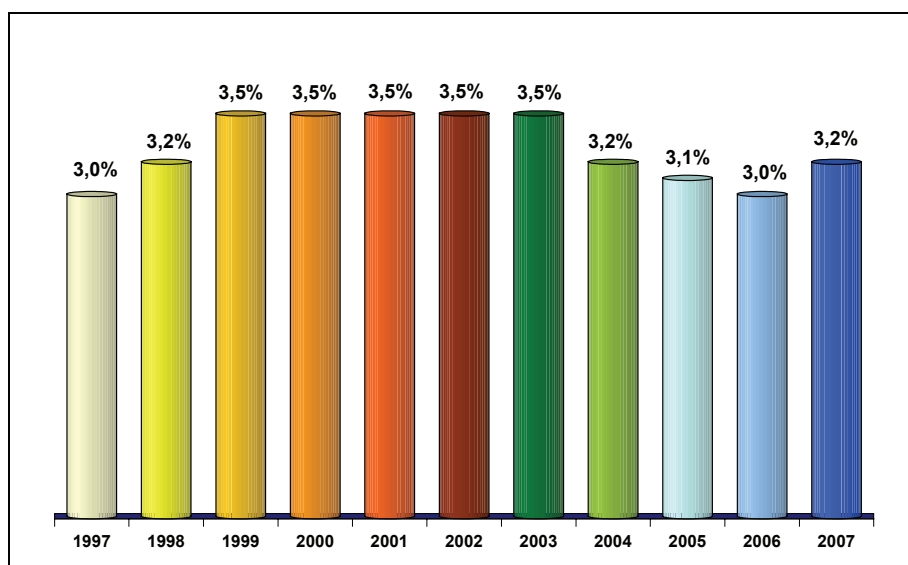


Abbildung 3:

Krankenstand der
DAK-Mitglieder
1997 - 2007

Quelle: DAK AU-Daten 2007

2007 betrug der DAK-Krankenstand 3,2 % und ist gegenüber dem Wert des Vorjahres um 0,2 Prozentpunkte leicht gestiegen.

Steigender Krankenstand im Jahr 2007

Zwischen 1999 und 2003 verzeichnete die DAK über fünf Jahre hinweg einen stabilen Krankenstand auf dem Niveau von 3,5 %. In den Jahren 2004 bis 2006 ist der Krankenstand kontinuierlich auf bis zu 3,0 % gesunken. Nach drei Jahren sinkender Krankenstände kehrt sich die Entwicklung in 2007 wieder um. Mit 3,2 % liegt der Krankenstandswert 2007 wieder auf dem Niveau von 2004 bzw. 1998.

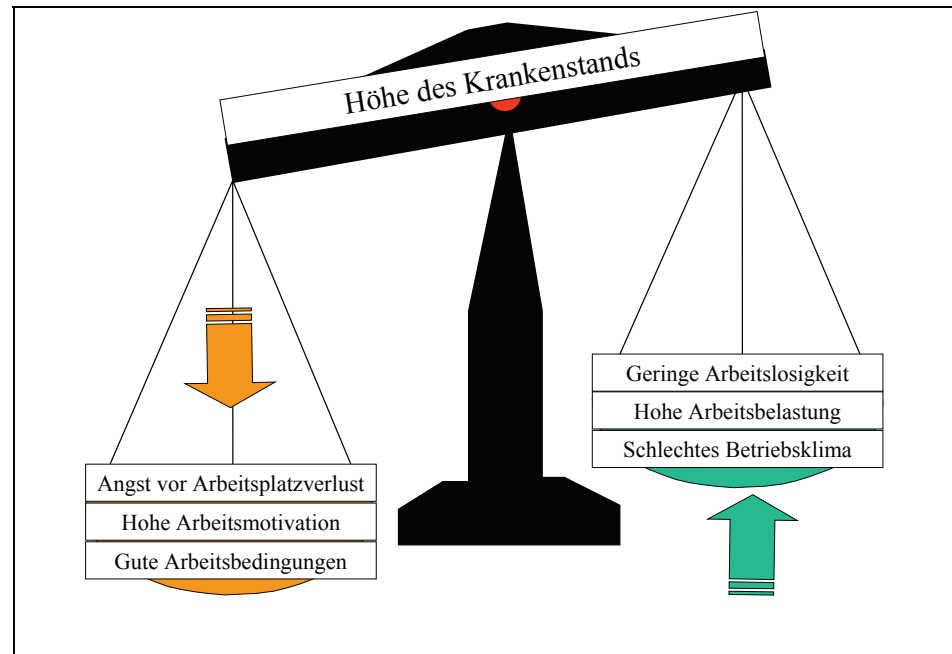
Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Faktoren verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau? Der Krankenstand wird von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil auch gegenläufige oder sich aufhebende Wirkungen haben können. Es lässt sich also nicht

der eine Mechanismus identifizieren, der z.B. eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte.

Abbildung 4:

Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK 2008

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

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene wird allgemein der wirtschaftlichen 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.¹ Demnach müsste der beobachtete Anstieg des Krankenstandes eine Folge des konjunkturellen Wirtschaftsaufschwungs und des gestiegenen Fachkräftebedarfs sein.

Der Vergleich aktueller Krankenstands- sowie auch Arbeitsmarktzahlen bestätigt diesen Zusammenhang jedoch nicht: Beispielsweise weisen die Länder Baden-Württemberg und Bayern, trotz Anstiegs, die niedrigsten Krankenstandswerte auf und dass obwohl die Arbeitslosigkeit in diesen beiden Ländern 2007 am stärksten zurückgegangen ist.²

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

² <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/monat/aktuell.pdf> (24.01.2008).

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

- Wandel der Beschäftigtenstruktur: 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 darüber hinaus Verlagerungen von Arbeitsplätzen vom industriellen auf 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 Krankheitsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen auf den Dienstleistungssektor

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

- Viele Dienstleistungsunternehmen und immer mehr auch die öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck oder müssen Gelder einsparen. 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 Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln und -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 zu 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 zum Teil gegenläufige bzw. sich gegenseitig verstärkende oder sich gegenseitig aufhebende Wirkungen haben können. Und schließlich verbergen sich hinter den Krankenstandwerten unterschiedliche Krankheiten und Gesundheitsrisiken. Auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhalten können Änderungen des Krankenstandsniveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine radikale Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es erscheint daher nahezu unmöglich, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Grundsätzlich ist die DAK im Interesse der Unternehmen sowie der 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 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 2007 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 der 365 Kalendertage im Jahr 2007 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 Versicherte 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 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.

„AU-Fälle pro 100 Versicherten-jahre“

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.

und „durchschnittliche Falldauer“

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).

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

„... 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.

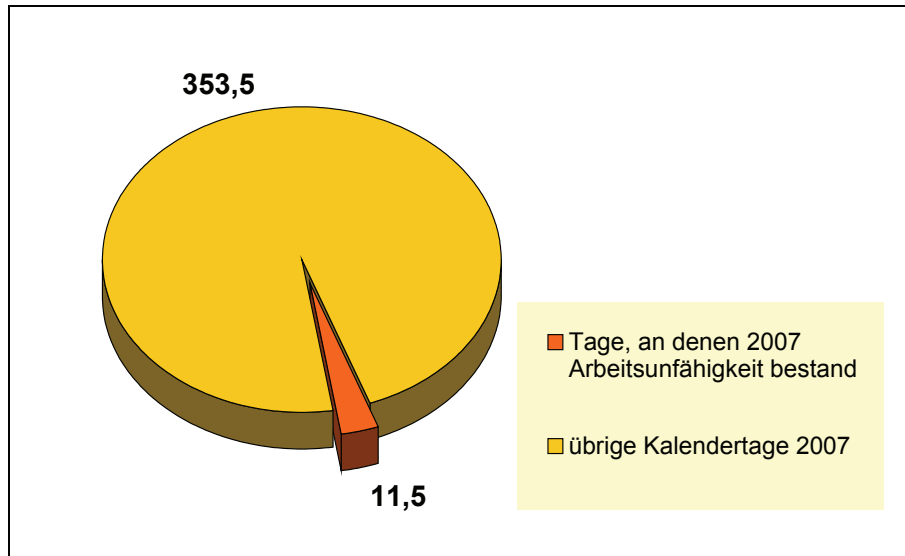
Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden 2007 im Durchschnitt 1.150,8 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 3,2 % in 2007 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2007 je 100 Versicherte angefallenen 1.151 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage, so waren an jedem Tag 3,2 %³ der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.⁴

³ Mit zwei Nachkommastellen dargestellt, liegt der Krankenstand 2007 bei 3,15 %.

Abbildung 5:

AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2007



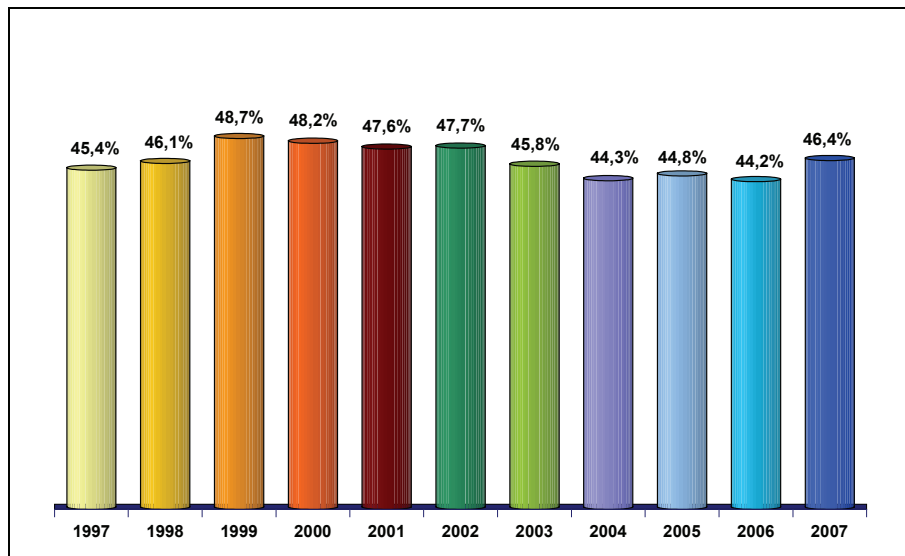
Quelle: DAK AU-Daten 2007

Betroffenenquote

2007 hatten 46,4 % der DAK-Mitglieder mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte (53,6 %) waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig. Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 1997 bis 2007.

Abbildung 6:

Betroffenenquote 2007 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: DAK AU-Daten 2007

⁴ Das Ergebnis zu den Arbeitsunfähigkeitstagen beruht auf der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten des gesamten Jahres 2007. Halbjahres- und quartalsbezogene Ergebnisse sind dem Anhang IV zu entnehmen. Jeweils im ersten Halbjahr und hier speziell im ersten Quartal des jeweiligen Jahres ist die höchste Zahl an Fehltagen zu beobachten.

- Zwischen 1999 und 2004 ist die Betroffenenquote nahezu kontinuierlich zurück gegangen. Nach einem Anstieg in 2005 um 0,5 Prozentpunkte ist die Betroffenenquote 2006 wieder um 0,6 Prozentpunkte gesunken. Mit 46,4 % in 2007 hat sie das höchste Niveau in den letzten fünf Jahren erreicht.

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2007 gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen und auch die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich verändert:

- Die Erkrankungshäufigkeit lag 2007 mit 106,2 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte deutlich höher als im Vorjahr gesunken (2006: 98,9 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2007 durchschnittlich mehr als einmal arbeitsunfähig.

106,2 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte

Abbildung 7 zeigt die Fallhäufigkeit für die Jahre 1997 bis 2007. Hierbei wird ersichtlich, dass, nachdem die Fallhäufigkeit nach 2003 kontinuierlich gesunken, diese nun erstmals wieder nennenswert gestiegen ist. Die gleichzeitig gestiegene Betroffenenquote ist ein Indiz dafür, dass nicht nur mehr Beschäftigte, sondern Einzelne auch wiederholt arbeitsunfähig erkrankten.

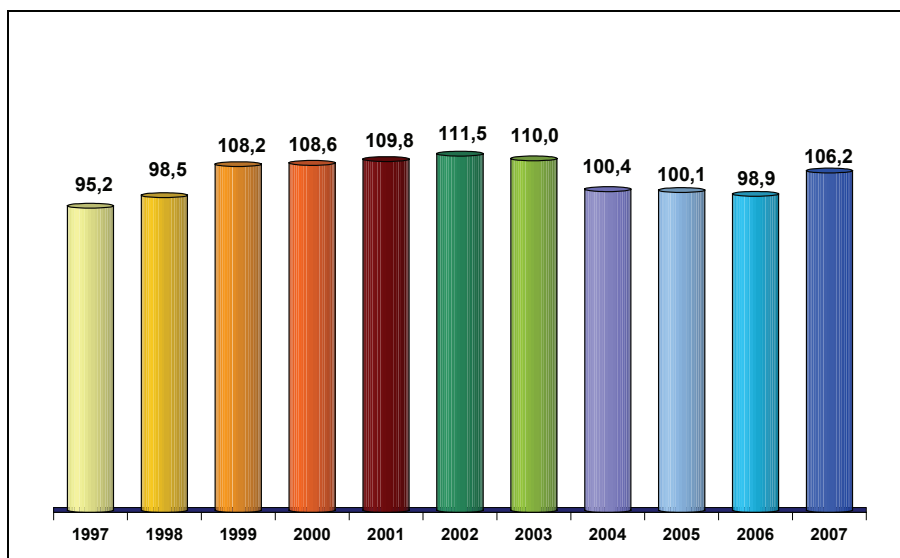


Abbildung 7:

AU-Fälle pro 100 Versicherte 2007 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2007

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 erhält nicht von jeder Erkrankung Kenntnis:

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 oftmals 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 2007 bedeutet das: Die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei mehr als 126 Fällen pro 100 Versicherte.

„wahre“ Fallhäu- figkeit um etwa 19 % höher

„wahrer“ Kran- kenstand um 5 % höher

Auf Grund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 % unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2007 von 3,2 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,31 %.

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

Blieb die durchschnittliche Erkrankungsdauer in den Jahren zwischen 2002 und 2004 unverändert, ist sie 2007 nun das dritte Jahr in Folge gesunken. 2007 dauerte ein AU-Fall im Durchschnitt 10,8 Tage. Dies ist die niedrigste durchschnittliche Erkrankungsdauer, die seit 1997 beobachtet wurde.

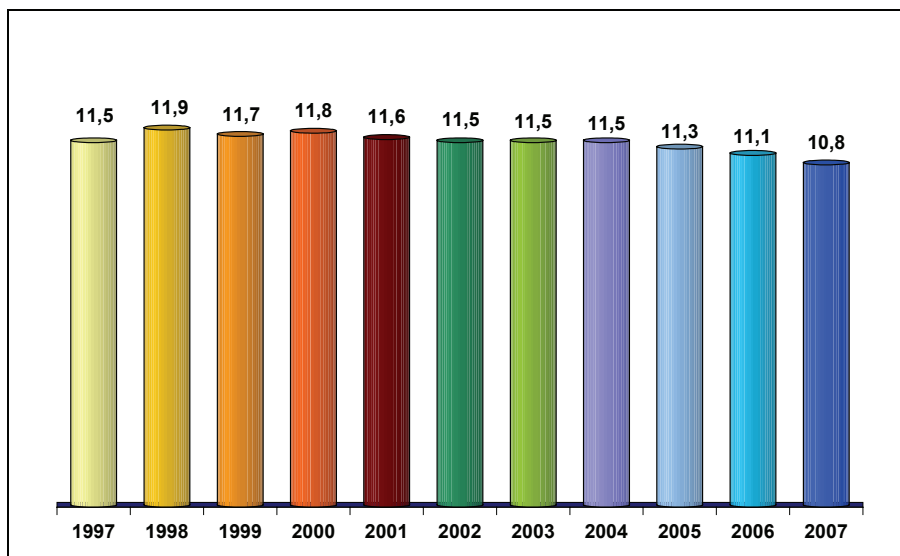


Abbildung 8:

Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2007 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2007

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 2007:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 68,3 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 37,8 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 30,5 %).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 21,3 % der AU-Tagen – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachen beispielsweise nur 7,2 % der Ausfalltage.

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

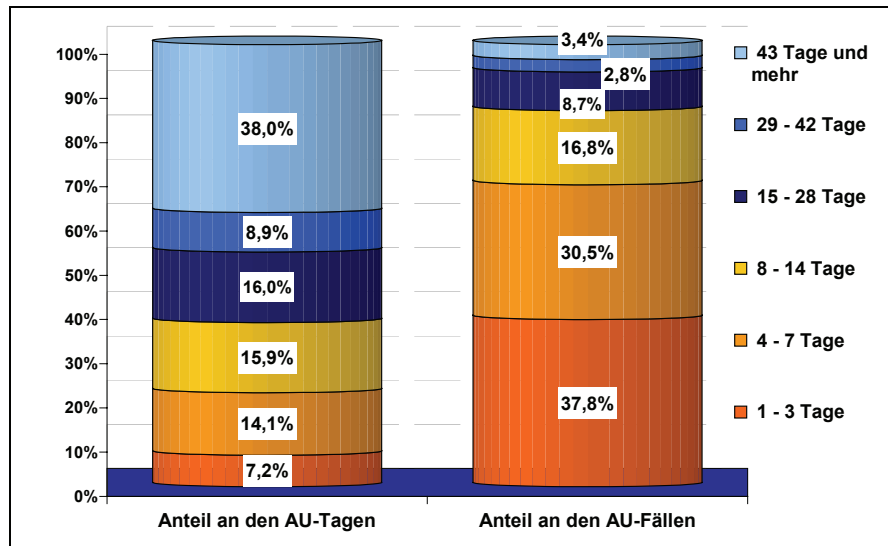
Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand.

2007 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 38 % des Krankenstandes aus

38,0 % der AU-Tage entfielen auf nur 3,4 % 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 0,2 Prozentpunkte zurückgegangen. Ihr Anteil an den AU-Tagen ist sogar um 0,9 Prozentpunkte gesunken.

Abbildung 9:

Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2007 insgesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Der weiterhin große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand in Höhe von 38 % unterstreicht neben dem Erfordernis der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Bedarf nach Rehabilitationsmaßnahmen sowie auch nach einem Wiedereingliederungsmanagement in den 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 2007 getrennt nach Geschlechtern dar.

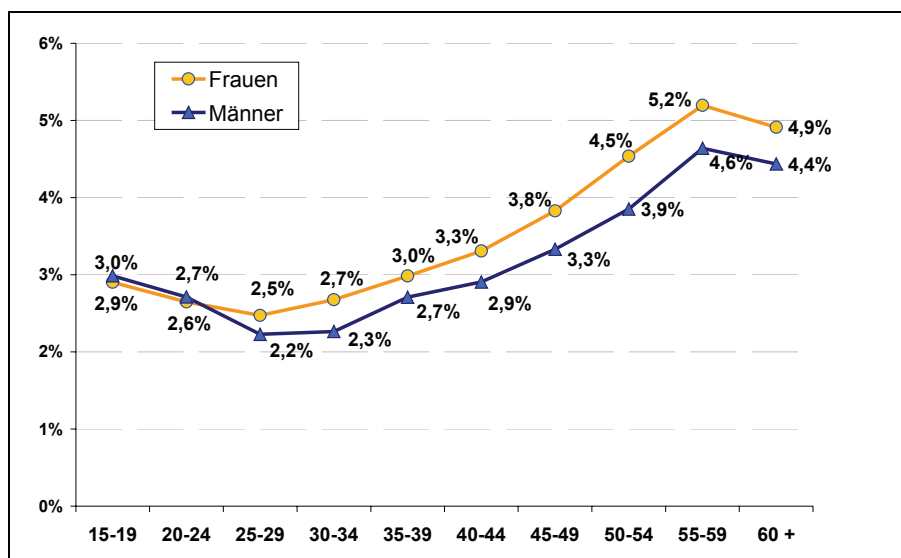


Abbildung 10:

Krankenstand 2007 nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 3,3 % – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,0 %). 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.

Warum haben DAK-versicherte Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer im Vergleich zu Frauen weniger Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt ausgesetzt? Im diesjährigen Schwerpunktthema „Mann und Gesundheit“ wird Fragen dieser Art vertiefend nachgegangen.

Männerspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

Beide Kurven in Abbildung 10 zeigen ab dem 25. Lebensjahr einen tendenziell ansteigenden Verlauf, der sich erst in der Altersgruppe der über 60-Jährigen umkehrt. Dies wird vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus begründet. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheidet über Frühverrentungsangebote oftmals vorzeitig aus der Gruppe der hier betrachteten aktiven Erwerbstätigen aus.

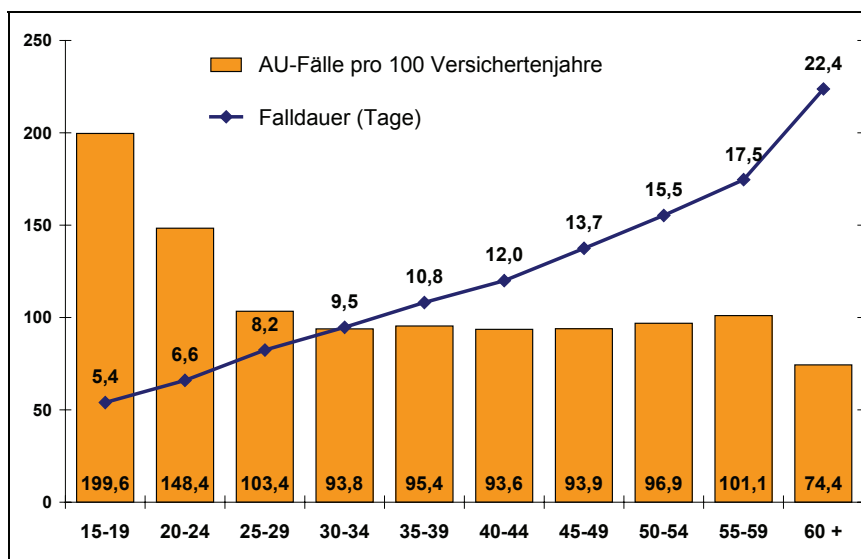
Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die zwei jüngsten Altersgruppen: Hier liegt der Krankenstandswert der Männer jeweils über dem der weiblichen DAK-Versicherten.

Eine Erklärung für diesen 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 Altersgruppen 2007



Quelle: DAK AU-Daten 2007

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 die Fallzahl mit rund 200 Fällen pro 100 Versicherte mehr als doppelt so hoch gegenüber den Mitgliedern in den mittleren und höheren Altersgruppen.

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 auf Grund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben.

Mit zunehmenden Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

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 5,4 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,5 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 hier 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).

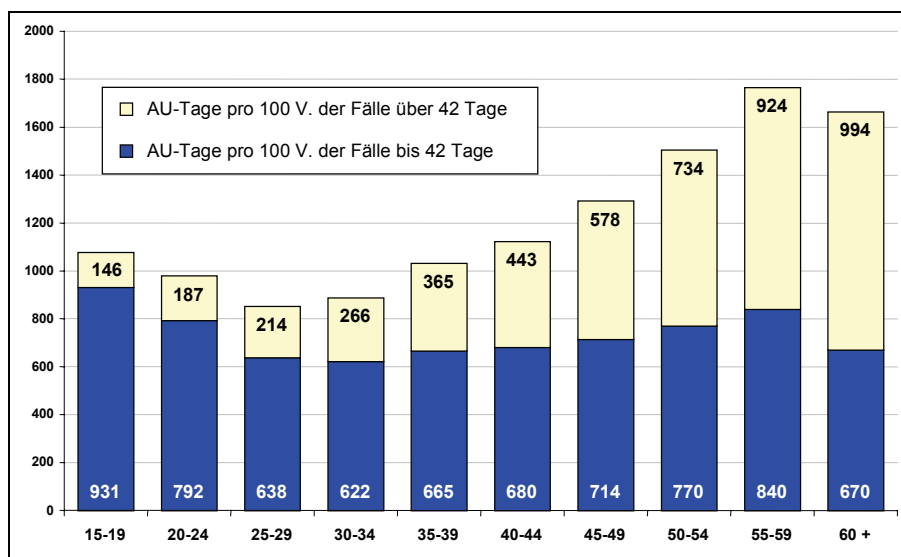


Abbildung 12:

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

Quelle: DAK AU-Daten 2007

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

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 13,5 % des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 59,7 %. Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden rd. 60 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

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 Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁵

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 2007 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (53,0 %):

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2007 an der Spitze...

Im Jahr 2007 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 21,9 % am Krankenstand. Mit 251,8 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 15,3 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

... und Anstieg der Fehltage gegenüber dem Vorjahr

Die Anzahl der Fehltage wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2007 im Vergleich zum Vorjahr (2006: 241,3 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.

⁵ Nähere Erläuterungen zur ICD-Kodierung sowie eine Übersicht über die Kapitel des ICD 10 GM finden Sie im Anhang auf S. 123/124

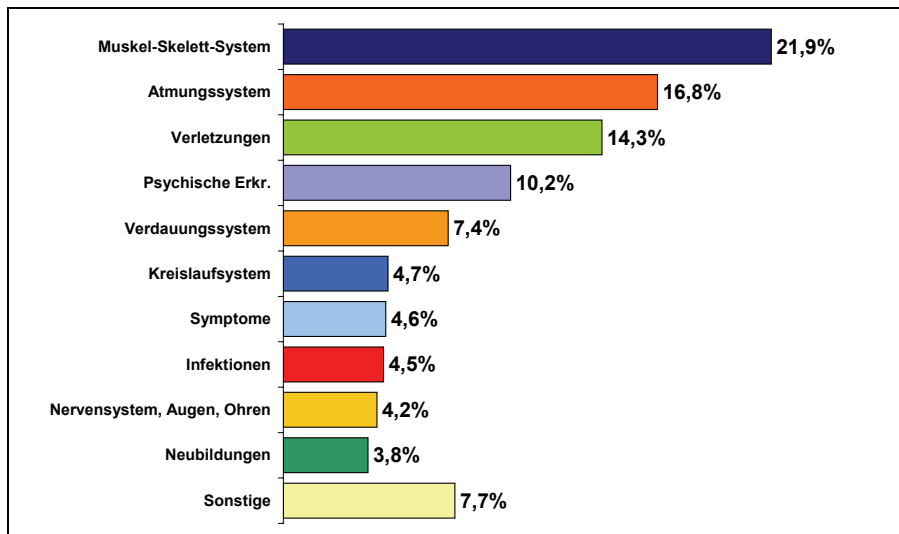


Abbildung 13:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

Quelle: DAK AU-Daten 2007

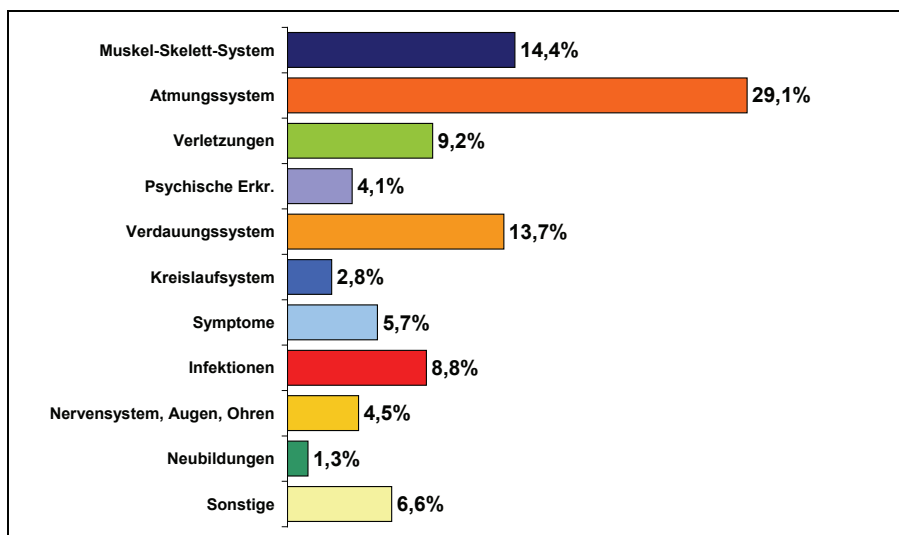


Abbildung 14:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2007 entfielen 29,1 % aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 Versicherte waren im Durchschnitt 31 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

Im Vergleich zum Vorjahr sind Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems deutlich gestiegen. Sowohl die Fallhäufigkeit ist von 27,7 auf 30,9 AU-Fälle als auch die Anzahl der AU-Tage ist von 171,7 auf 193,1 pro 100 Versicherte gestiegen. Dies entspricht bei beiden Maßzahlen einem Anstieg von etwa 12 %.

Werden die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen auf der Ebenen der Quartale der 2006 und 2007 verglichen, so zeigt sich gegenüber dem Vorjahr der deutlichste Anstieg der AU-Tage pro 100 Versicherte bzw. Versichertenquartale (+ 20 %) im Vierten.

Anstieg der AU-Tage bei Atemwegserkrankungen

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 dauerten mit durchschnittlich 16,5 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 27,0 Tagen beispielsweise erheblich länger. Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 16,8 % am Krankenstand nur an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

Kaum Veränderung 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 164,4 AU-Tagen pro 100 Versicherungsjahre kaum eine Veränderung festzustellen (2006: 165,6 AU-Tage). Zugleich ist die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 9,8 Fällen im Vergleich zu 9,9 Erkrankungsfällen in 2006 nahezu unverändert geblieben.

Anteil der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen gestiegen

Psychische Erkrankungen machen im Jahr 2007 10,2 % des Gesamt Krankenstands aus und stehen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Während die Fallhäufigkeit in Höhe von 4,3 gegenüber 2006 leicht gestiegen ist (2006: 4,0 Erkrankungsfälle), hat sich die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit aktuell 27,0 Tagen im Vergleich zu 27,3 Tagen im Vorjahr weiter abgesenkt.

„Psychische Erkrankungen“ Schwerpunkt in den Jahren 2002 und 2005

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Der gestiegenen Bedeutung von psychischen Erkrankungen ist die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002 und 2005 nachgegangen.

Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Verdauungssystems

Erkrankungen des Verdauungssystems weisen mit 84,7 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 7,4 % am Krankenstand auf. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt zwar nur 5,8 Tage, jedoch traten 2007 insgesamt 14,5 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr sind das AU-Volumen und ihr Anteil am Gesamt Krankenstand gestiegen (2006: 79,2 AU-Tagen pro 100 Versicherte und 7,2 %).

Krankheiten des Kreislaufsystems hatten 2007 einen Anteil von 4,7 % am Krankenstand. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise langer Falldauer. 2007 traten lediglich 3,0 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 18,2 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 54,1 Tagen pro 100 Versicherte. Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamt Krankenstand – aufgrund des gestiegenen AU-Volumens – leicht abgenommen (2006: 5,0 %). Dennoch: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten nicht unterschätzt werden.

Der bekannteste und schwerwiegendste Vertreter dieser Erkrankungsgruppe ist der Herzinfarkt, einer, wie die Sonderanalysen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunkts „Männer und Gesundheit“ zeigen, männertypischen AU-Diagnose.

Jedoch ist er nicht nur ein männliches Gesundheitsproblem. Untersuchungen zum Thema „Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter“ im Gesundheitsreport 2007 zeigten, dass z.B. auch bei Frauen der auf akute und wiederholt auftretende Herzinfarkte (Re-Infarkte) entfallende Anteil am AU-Tagevolumen im Altersverlauf zunimmt.

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 (z.B. 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 (19,7 %). Krankheiten des Atmungssystems haben hingegen für Frauen eine größere Bedeutung als für Männer (18,1 % gegenüber 15,8 %). 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 Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Atmungssystems am Gesamtkrankenstand um gut einen Prozentpunkt zu beobachten.

An zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 18,1 %. Verletzungen hatten bei den Männern einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand als bei den Frauen (9,4 %), bei denen Verletzungen erst den vierten Rang einnehmen.

Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems – psychische Erkrankungen an dritter Stelle mit einem Anteil von 12,5 %, bei den Männern mit 8,4 % auf Rang vier. Im Vergleich zum Vorjahr ist ihr Anteil am AU-Volumen nur bei den Frauen leicht gestiegen (2006: 12,2 %).

An fünfter Stelle stehen bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 6,8 % (Frauen) und 7,8 % (Männer) am Krankenstand. Im Vergleich zum Vorjahr ist für beide Geschlechter moderater Anstieg zu beobachten (2006: 6,7 % bzw. 7,6 %).

Weitere Auswertungen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Schwerpunktteil

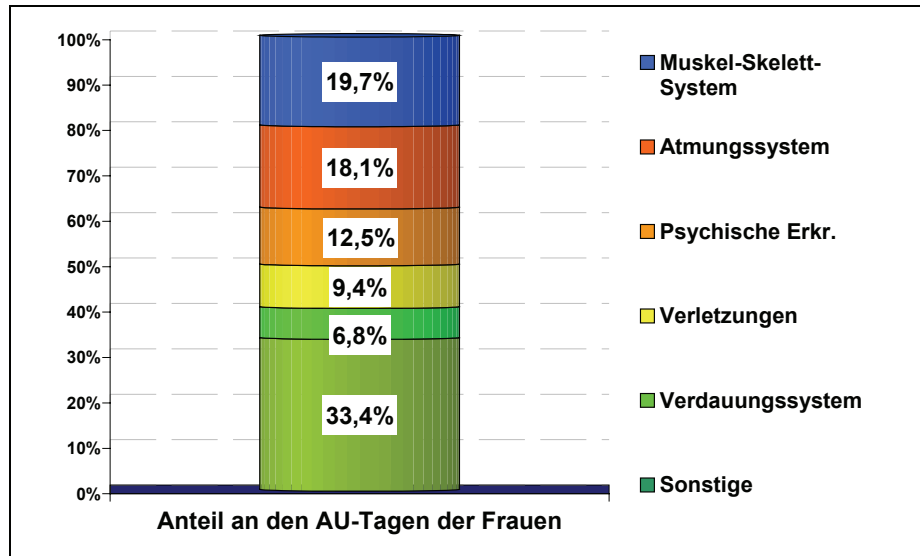
Muskel-Skelett-Erkrankungen: Männer liegen vorn

Atemwegserkrankungen: Anstieg bei beiden Geschlechtern

Verletzungen: deutlich mehr AU-Tage bei Männern

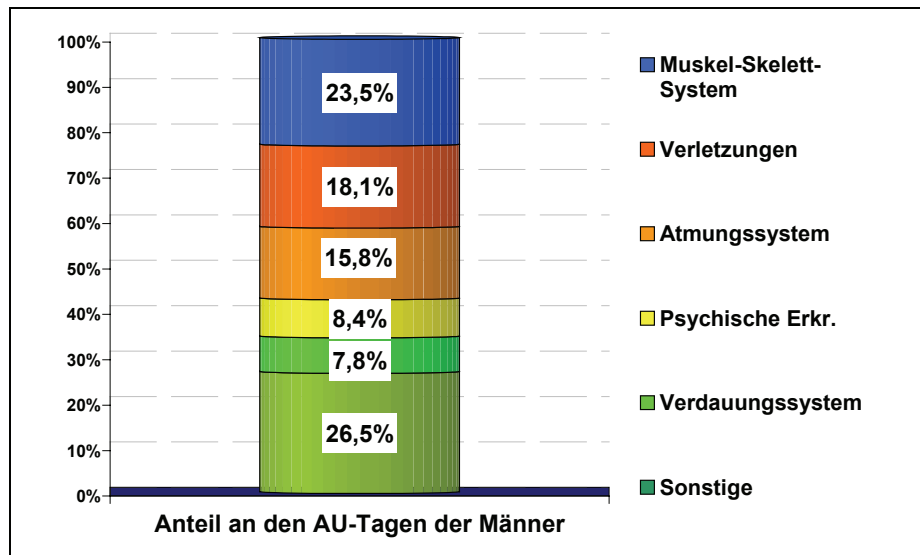
Psychische Erkrankungen: mehr AU-Tage bei Frauen

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



Quelle: DAK AU-Daten 2007

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



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Sonstige Krankheitsarten: mehr AU-Tage bei Frauen

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (33,4 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (26,5 %). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,1 % im Vergleich zu 2,9 %) sowie Symptomen (5,3 % im Vergleich zu 4,1 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,5 % im Vergleich zu 1,2 %) 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.

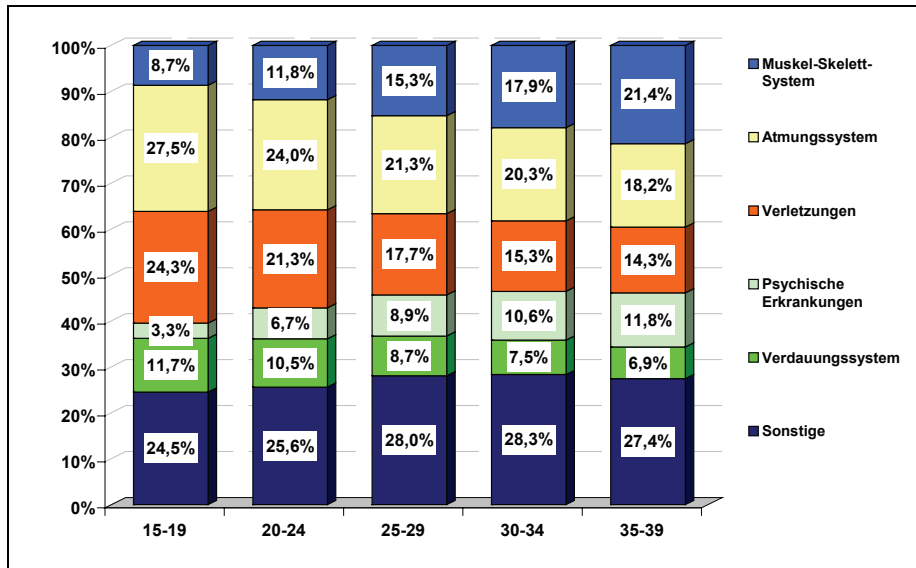


Abbildung 17:
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2007

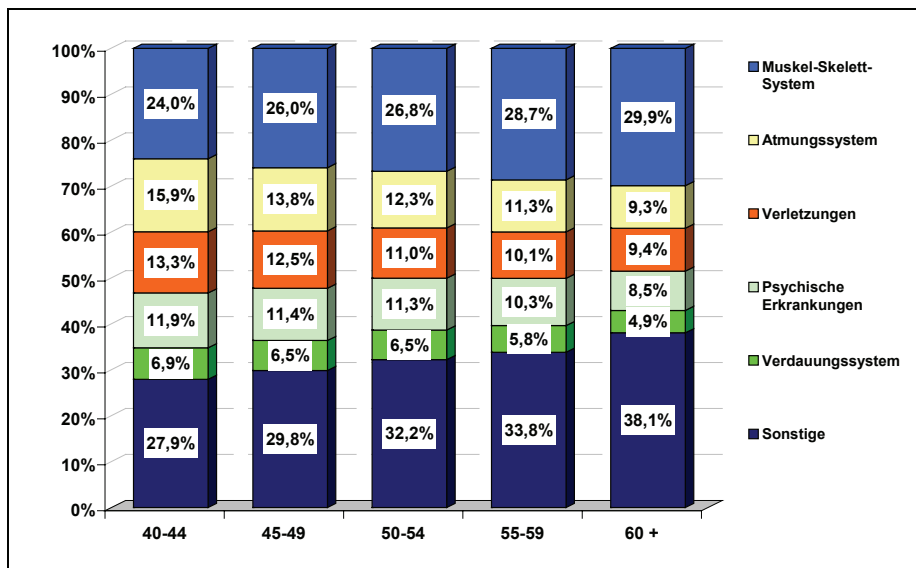


Abbildung 18:
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen

Quelle: Quelle: DAK AU-Daten 2007

Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 8,7 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 29,9 % bei den über 60-Jährigen an. Ursächlich hierfür sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter s. hierzu

Im Altersverlauf nehmen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu

	auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003: „Rückenerkrankungen“).
Erkrankungen des Atmungssystems nehmen hingegen ab	Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil ist in der jüngsten Altersgruppe mit 27,5 % am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamt-krankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 9,3 % aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose.
Verletzungen nehmen mit zunehmenden Alter rückläufig	Auf die Krankheitsart Verletzungen entfielen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern ein Viertel (24,3 %) aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe lag ihr Anteilswert nur noch bei 9,4 %. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u.a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.
Größere Bedeutung psychischer Erkrankungen zur Lebensmitte	Der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen steigt von 3,3 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 11,9 % 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 8,5 %. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit 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 Krankungsbildern führen.
Erkrankungen des Verdauungssystems	Erkrankungen des Verdauungssystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine im Altersverlauf abnehmende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 11,7 % des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 4,9 % kaum halb so groß.
Sonstige Erkrankungen	Wie ersichtlich wird, 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 12,3 %. 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 %.
	Bei der Interpretation der Zahlen muss 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 Krankenstandsniveau 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.

Kriterium: Anteil an den AU-Tagen

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2007

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tagen	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,2%	6,3%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5,1%	10,0%
F32	Depressive Episode	3,1%	1,0%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,9%	2,2%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,3%	5,4%
J20	Akute Bronchitis	2,3%	3,7%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9%	0,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,8%	3,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,8%	0,9%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,6%	3,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes (internal derangement)	1,5%	0,6%
M75	Schulterläsionen	1,2%	0,6%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,1%	2,2%
J03	Akute Tonsillitis	1,1%	2,1%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,1%	0,9%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	0,7%
F48	Andere neurotische Störungen	1,0%	0,5%
J01	Akute Sinusitis	0,9%	1,6%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	0,9%	1,3%
	Summe	40,9%	47,8%

Rang 1:
Rückenbeschwerden

An der Spitze der AU-Tage stehen, wie auch in den Vorjahren „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).

Rang 2:
Akute Atemwegsinfektionen

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind, wie auch in den Vorjahren, „akute Infektionen“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „akute Bronchitis“ (J20), „sonstige Bronchitis“ (J40), „akute Tonsillitis“ (J03) (Mandelentzündung) sowie „akute Sinusitis“ (J01).

Rang 3:
Depressive Episoden

An dritter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen, anders als in den Vorjahren, 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 4:
Allgemeine Verletzungen

An vierter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2007 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen (Verrenkungen), Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes“ (S93) sowie „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83) wichtige Einzeldiagnosen in 2007.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem als Erkrankung des Verdauungssystems die „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52), die so genannten Magen-Darm-Infektionen. „Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung“ (A09) werden den „Infektionen“ zugeordnet.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr 2006:

Gegenüber dem Vorjahr sind wenige Veränderungen aufgetreten, die mehr als 0,2 Prozentpunkte ausmachen. Vorrangig betrifft dies die Atemwegserkrankungen:

AU-Tage wegen akuter Infektionen der oberen Atemwege gestiegen,...

Insbesondere die Einzeldiagnose „Akute Infektionen an mehreren nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“, ist 2007 gegenüber 2006 in ihrer relativen Bedeutsamkeit gestiegen. Der Anteil am AU-Volumen stieg von 4,4 % auf 5,1 %.

... wegen Verletzungen gesunken.

Der Anteil von Fehltagen aufgrund nicht näher bezeichneter Verletzungen (T14) ist von 3,1 % auf 2,9 % gesunken.

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.

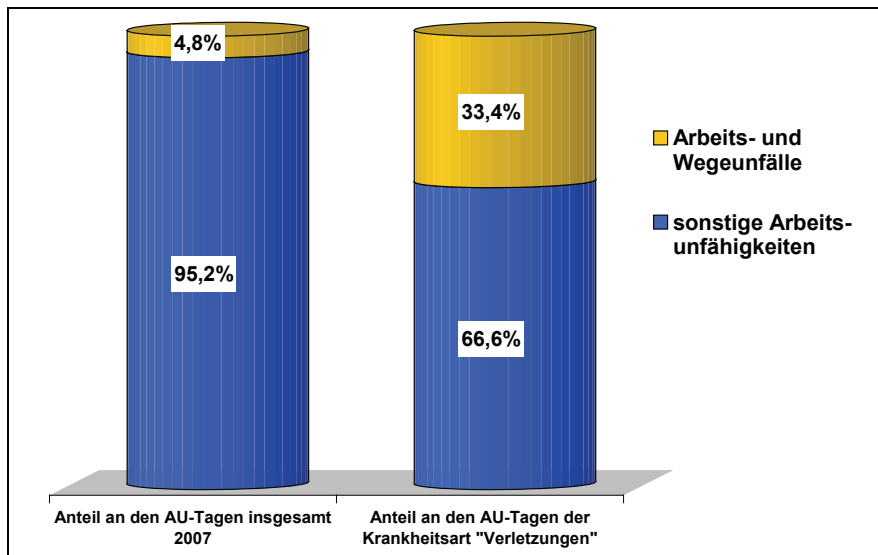


Abbildung 19:

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

Quelle: DAK AU-Daten 2007

2007 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 54,9 AU-Tage und 3,1 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamt Krankenstand betrug 4,8 %.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier gut ein Drittel (33,4 %). Gegenüber 2006 ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamt Krankenstand (5,0%) leicht gesunken und an der AU-Krankheitsartverletzungen (32,9 % in 2006) geringfügig gestiegen.

4 Schwerpunktthema: Mann und Gesundheit

Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

Vor zwei Jahren, im DAK-Gesundheitsreport 2006, wurde das Thema „Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter“ aufgegriffen. In diesem Jahr soll das Thema „Gesundheit von Männern“ näher beleuchtet werden, denn zwischen Frauen und Männern bestehen teils deutliche Unterschiede bezüglich Gesundheitszustand, Krankheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung.

Erkrankungshäufigkeit

Neben unterschiedlichen Häufigkeiten bei Frauen und Männern können Erkrankungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Erscheinungsformen auftreten, was es nicht nur bei der Vorsorge, sondern auch bei der Versorgung zu berücksichtigen gilt. Insbesondere mit Blick auf die Lebenserwartung müssen Männer als das gesundheitlich benachteiligte Geschlecht gelten. In der Bundesrepublik haben Männer im Durchschnitt ein um mehr als fünf Jahre kürzeres Leben als Frauen. Betrachtet man hingegen Zahlen über die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems oder zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, so erscheinen Männer als seltener krank bzw. als gesundheitlich weniger stark beeinträchtigt.

Medizinische Versorgung

Lebenserwartung

Subjektive Gesundheit

Was ist Männergesundheit?

Männergesundheit bezieht sich auf die körperliche und seelische Gesundheit von Männern und Jungen. Dabei spielen männerspezifische Gesundheitsprobleme wie Prostataleiden ebenso eine Rolle wie Krankheiten, von denen Männer häufiger betroffen sind als Frauen wie z.B. Lungenkrebs. Die Männergesundheitsforschung beschäftigt sich auch mit dem männlichen Gesundheitsverhalten, männlichen Ressourcen und der Inanspruchnahme von Ärzten oder Präventionsangeboten. Auch die sozialen, genetischen und hormonellen Ursachen für und Einflussfaktoren auf diese Aspekte sind Bestandteil von Männergesundheitsforschung.

Unterschiede zwischen Männern stehen im Fokus . . .

Vorrangiges Ziel des diesjährigen Schwerpunkts ist es nicht, nur geschlechterdifferenziert die Gesundheit von Männern und Frauen zu beleuchten. Vielmehr sollen auch innerhalb der Gruppe der Männer Unterschiede in Belastungen, Risiken sowie auch Potentialen thematisiert werden, denn Männer unterscheiden sich im Hinblick auf ihr Verhalten und ihre Lebensformen und -lagen.

und sollten im Rahmen geschlechtersensiblen Prävention und Gesundheitsförderung beachtet werden.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Berufsfelder ist beispielsweise die Arbeitswelt ein Ort, an dem Unterschiede sichtbar werden können. Die daraus resultierenden unterschiedlichen Konstellationen von gesundheitsbelastenden oder -fördernden Faktoren auf Seiten der Männer – sowie auch Frauen – gilt es beispielsweise im Rahmen einer geschlechtersensiblen Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen.

Welche Themen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Diagnose Mann: Verdrängte Fakten zur Gesundheitssituation von Männern

Kapitel 1

Wie hoch ist die Lebenserwartung eines Jungen bei Geburt und wie hoch ist heutzutage die fernere Lebenserwartung von 60-jährigen Männern? Welche Erkrankungen begründen die vorzeitige Sterblichkeit von Männern? Dieses Kapitel gibt einen Überblick zu männerspezifischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen. Ferner werden vor dem Hintergrund des Erkrankungsgeschehens bei Männern erste Ergebnisse der DAK-Männerstichprobe zum subjektiven Gesundheitszustand präsentiert.

Krank im Job: Gesundheitsprobleme von Männern in der Arbeitswelt

Kapitel 2

In diesem Kapitel werden Ergebnisse aus vertieften Analysen der AU-Daten des Jahres 2007 präsentiert. Dabei wird auf das Krankheitsspektrum von Männer bei Arbeitsunfähigkeit eingegangen sowie männertypische Arbeitsunfähigkeits- und in Ergänzung dazu auch männertypische Krankenhausdiagnosen identifiziert. Besonderes Augenmerk wird auf die Veränderung des Krankheitsspektrums in den vorangegangenen Jahren und hier speziell auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen gerichtet.

Männergesundheit – Facetten männerspezifischer Gesundheitsrisiken und -potentiale

Kapitel 3

Neben Literaturbefunden zur Erklärung männerspezifischer Gesundheitsrisiken werden auf der Basis einer Expertenbefragung sowie auch einer DAK-Bevölkerungsbefragung, auch als DAK-Männerstichprobe bezeichnet, Ergebnisse bezüglich männerspezifischer gesundheitsbezogener Risiken, Potentiale, Vorstellungen und Verhaltensweisen präsentiert.

Männerspezifische Gesundheitsbedürfnisse im Versorgungssystem – Schiefelage zwischen Angebot und Nachfrage? Oder: Was braucht man(n)?

Kapitel 4

Auf der einen Seite gelten Männer als Vorsorgemuffel, auf der anderen Seite zeichnet sich ein wachsender Markt hinsichtlich männerorientierter Gesundheitsangebote ab. Wie der Nutzen derartiger Angebote für eine Verbesserung der Männergesundheit zu bewerten ist, dem wird in Kapitel 4 nachgegangen.

Perspektiven der Männergesundheit

Kapitel 5

Im Blickpunkt stehen abschließend die Frage nach dem Bedarf an männerspezifischen Gesundheitsinformationen sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten.

Welche Datenquellen werden genutzt?

AU- und KH-Daten	Neben öffentlich zugänglichen Datenquellen werden die Daten zur Arbeitsunfähigkeit (AU-Daten) der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2007 für das diesjährige Schwerpunktthema ausgewertet. Auch werden die Krankenhausdaten (KH-Daten) des Jahres 2007 dieser Versicherten herangezogen. Bei den Daten handelt es sich um die Entlassungsdiagnosen der Krankenhausfälle aus vollstationärer Behandlung.
Bevölkerungsbefragung	Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diesmal wurden 1.022 Männer im Alter von 30 bis 65 Jahren zum subjektiven Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zu Aspekten der Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge- und Versorgungsleistungen etc. befragt.
Expertenbefragung	Außerdem wurden im Rahmen einer Expertenbefragung Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung, Selbsthilfe, Forschung und Beratung um ihre Einschätzung zum Thema „Männer und Gesundheit“ gebeten. Dabei standen Fragen zu Forschungsbedarf, Risikofaktoren und -wahrnehmung, Diagnostik und Therapie sowie zur Prävention im Vordergrund.

4.1 Diagnose Mann: Ein statistischer Überblick zur Gesundheitssituation von Männern

Lebenserwartung von Männern:	In Deutschland und anderen Ländern gilt: Männer sterben früher als Frauen. In Deutschland beträgt die Differenz 5,6 Jahre. Diese beachtliche Kluft in der Lebenserwartung ist zwar in den letzten zehn Jahren in allen Bundesländern gesunken. Wird allerdings ein längerer Zeitraum betrachtet, ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen, der vor 100 Jahren bei etwa zwei Jahren lag, stark angestiegen. Gegenwärtig hat in Deutschland ein Junge bei Geburt eine Lebenserwartung von 76,2 Jahren, ein Mädchen von 81,8 Jahren.
76,2 Jahre bei Geburt.	
Regionale Unterschiede:	Die Lebenserwartung hängt aber nicht nur vom Geschlecht ab, sondern z. B. auch vom Wohnort. Betrachtet man die Lebenserwartung von Männern im Ländervergleich, so ist einerseits ein Süd-Nord- und andererseits ein West-Ost-Gefälle zu beobachten (vgl. Tabelle 2). Worauf die regionalen Unterschiede in der vorzeitigen Sterblichkeit der Männer zurückgeführt werden können, ist nicht eindeutig zu bestimmen. Mögliche Ursachen sind unterschiedliche soziale Faktoren wie Bildung und Einkommen, Unterschiede in der ärztlichen Versorgung und Inanspruchnahme etc...
Lebenserwartung 60-jähriger Männer: 84,3 Jahre	Haben Männer mit zunehmendem Alter das Risiko früh zu sterben überwunden, erhöht sich ihre fernere Lebenserwartung. Gleichzeitig nimmt mit steigendem Alter die Differenz in der geschlechts-

spezifischen Lebenserwartung ab (vgl. Tabelle 2).

Statistisch gesehen hat also ein Mann, der bereits 60 geworden ist, eine deutliche höhere Lebenserwartung als er sie bei seiner Geburt hatte (76,3 Jahre bei Geburt vs. 84,3 Jahre im Alter von 60 Jahren). Mit anderen Worten: Jeder heute 60-Jährige hat statistisch gesehen gute Chancen, seinen 80. Geburtstag feiern zu können – wenn er in Hessen, Bayern, Baden-Württemberg lebt sehr viel wahrscheinlicher als wenn er in Sachsen-Anhalt oder Mecklenburg-Vorpommern lebt.

Tabelle 2: Lebenserwartung von Männern und Frauen bei Geburt und mit 60 Jahren in Deutschland und nach Bundesländern, 2003/2005 (absteigend sortiert nach Lebenserwartung von Männern bei Geburt)

	bei Geburt			im Alter von 60 Jahren		
	Männer	Frauen	Differenz	Männer	Frauen	Differenz
Baden-Württemberg	77,6	82,7	-5,1	21,2	24,9	-3,7
Bayern	76,8	82,1	-5,3	20,6	24,4	-3,8
Hessen	76,7	82,0	-5,2	20,6	24,4	-3,9
Schleswig-Holstein	76,3	81,5	-5,2	20,4	24,2	-3,8
Hamburg	76,2	81,6	-5,3	20,3	24,2	-3,9
Deutschland	76,2	81,8	-5,6	20,3	24,3	-4,0
Rheinland-Pfalz	76,1	81,4	-5,3	20,1	23,9	-3,9
Niedersachsen	76,0	81,7	-5,7	20,3	24,3	-4,0
Berlin	75,8	81,3	-5,4	20,2	23,9	-3,7
Nordrhein-Westfalen	75,8	81,3	-5,5	19,9	23,9	-4,1
Sachsen	75,6	82,0	-6,4	20,1	24,3	-4,2
Bremen	75,1	81,2	-6,2	20,0	24,4	-4,4
Saarland	75,0	80,5	-5,5	19,4	23,4	-4,0
Thüringen	75,0	81,2	-6,2	19,5	23,6	-4,1
Brandenburg	74,9	81,2	-6,3	19,6	23,7	-4,1
Sachsen-Anhalt	74,2	81,0	-6,8	19,2	23,5	-4,3
Mecklenburg-Vorpommern	74,0	81,1	-7,1	19,4	23,6	-4,2

Quelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Statistisches Bundesamt 2007

Gründe für die niedrigere Lebenserwartung von Männern

Das Sterblichkeitsrisiko von Männern liegt über eine weite Spanne der Lebenszeit deutlich über dem von Frauen, was sich statistisch in einer niedrigeren Lebenserwartung niederschlägt.

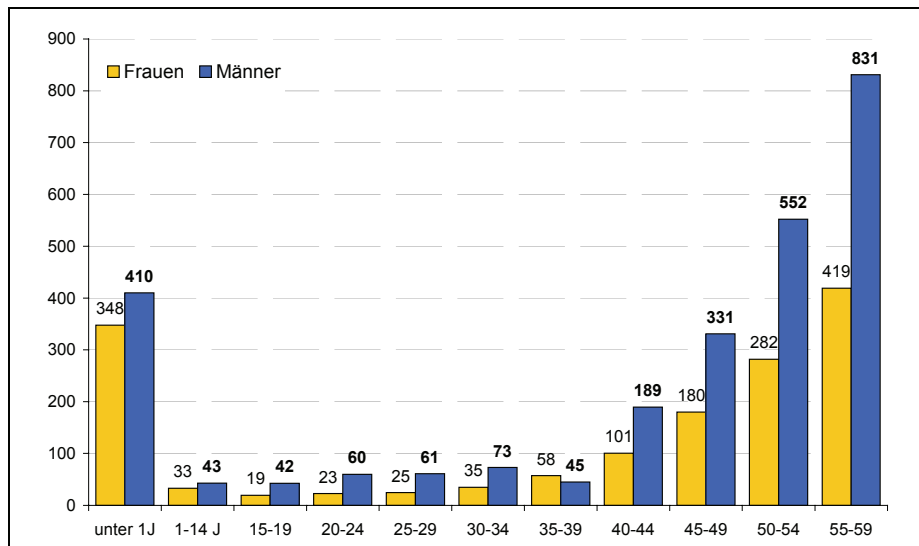
Abbildung 20 zeigt Sterbefälle je 100.000 Einwohner in 2006 altersgruppendifferenziert für Männer und Frauen in der Altersspanne von unter einem Lebensjahr bis unter 60 Jahre.

Sterblichkeitsrisiko der Männer ist über eine weite Lebensspanne fast doppelt so hoch wie das der Frauen

Bereits im ersten Lebensjahr, Stichwort Säuglingssterblichkeit, sterben vergleichsweise mehr Jungen als Mädchen. In den Folgejahren senkt sich das Sterblichkeitsrisiko für beide Geschlechter ab, das der jungen Männer bleibt jedoch weiterhin höher und ist bereits in der Altersgruppe der 15-19-Jährigen doppelt so hoch wie das der jungen Frauen.

Abbildung 20:

Todesfälle in 2006 in Deutschland je 100.00 Einwohner nach Altersgruppen bei Männern und Frauen



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007, Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Statistisches Bundesamt 2007

Sterblichkeitsrisiko der Männer im Vergleich zu Frauen ist unter 20-24-Jährigen am höchsten

Nach der Todesursachenstatistik 2006 zeigt sich in Deutschland die größte relative Differenz zwischen Männern und Frauen in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen. 2,6-mal mehr junge Männer als Frauen sind in dieser Altersgruppe verstorben. Dabei zeigt sich jedoch kein Unterschied hinsichtlich der häufigsten Todesursachen. Dies sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen die multiplen Verletzungen (T71).

Lediglich in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen haben Männer im Vergleich zu Frauen ein geringes Risiko zu versterben (SMR = 0,8). Dahinter stehen bösartige Neubildungen der Brustdrüse (C51) mit einem Anteil von 12,6 % an allen Todesfällen der Frauen. Häufigste Todesursache bei den Männern ist in diesem Alter der Tod durch Erstickung (T71) mit einem Anteil von 8,4 %.

Die Sterblichkeit steigt ab dem 40. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern deutlich an. Dabei vergrößert sich der Abstand der Männer gegenüber den Frauen. Neben der höheren Sterblichkeit von Männern im mittleren Lebensalter zeigen sich folgende Unterschiede in Bezug auf die Todesursachen:

Sterblichkeitsrisiko steigt ab dem 40. Lebensjahr

Bei Männern ist die alkoholische Leberkrankheit (K70) im Alter von 40 bis 45 Jahren die häufigste Todesursache. Der Herzinfarkt (I21) ist am häufigsten in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen. Lungenkrebs (C34) war 2006 die häufigste Todesursache bei den Männern in den Altersgruppen von 50 bis 75 Jahre. Bei den Frauen bleibt im mittleren Lebensalter hingegen der Brustkrebs durchgängig die häufigste Todesursache, erst in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen wird er vom Herzinfarkt abgelöst (I21).

Häufigste Todesursachen bei Männern im mittleren Lebensalter: Herzinfarkt und Lungenkrebs

Tabelle 3 zeigt im Überblick die zehn häufigsten Todesursachen bei Männern im Vergleich zu ihrer Bedeutung bei den Frauen.

Tabelle 3: Die zehn häufigsten Todesursachen bei Männern in Deutschland im Vergleich zu Frauen (2006)

Rang		Gestorbene Männer je 100.000 Ew.	Anteil an allen Todesfällen bei Männern	Gestorbene Frauen je 100.000 Ew.	Anteil an allen Fällen bei Frauen	Verhältnis Männer zu Frauen
1	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	84,3	8,8 %	104,3	10,1 %	0,8
2	I21 Akuter Myokardinfarkt	80,5	8,4 %	65,3	6,3 %	1,2
3	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	71,6	7,5 %	28,2	2,7 %	2,5
4	I50 Herzinsuffizienz	36,5	3,8 %	77,0	7,4 %	0,5
5	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	30,4	3,2 %	20,1	1,9 %	1,5
6	C61 Bösartige Neubildung der Prostata (C50 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse)	28,7	3 %	(44,1)	(4,2 %)	
7	I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	24,7	2,6 %	44,2	4,3 %	0,6
8	C18 Bösartige Neubildung des Dickdarmes	22,1	2,3 %	22,7	22,7 %	1
9	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	21,8	2,3 %	26,0	2,5 %	0,8
10	K70 Alkoholische Leberkrankheit	17,2	1,8 %	6,5	0,6 %	2,6
Todesfälle insgesamt		957,2	100 %	1.036,2	100%	

Quelle: Todesursachenstatistik und Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt 2007, Wiesbaden

Koronare Herzerkrankungen wie die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) stehen sowohl bei Männern als auch bei Frauen an der Spitze der häufigsten Todesursachen. Bei Männern treten diese gut 10 bis 15 Jahre eher auf als bei den Frauen. Als häufigste Todesursache gewinnt sie bei beiden Geschlechtern erst jenseits von 75 Jahren an Bedeutung.

Mit Blick auf die zehn häufigsten Todesursachen von Männern im Vergleich zu deren Auftreten bei den Frauen zeigen sich lediglich drei mänderspezifische, in der Tabelle durch Schattierungen hervorgehobene Auffälligkeiten:

Männerspezifische Auffälligkeiten bei den häufigsten Todesursachen

An „Bösartigen Neubildungen der Lungen“, an einer „Alkoholischen Leberkrankheit“ sowie an „Sonstigen chronischen obstruktiven Lungenkrankheiten“ sind 2006 deutlich mehr Männer als Frauen verstorben. Vor allem der Lungenkrebs sowie die alkoholische Leberkrankheit traten als Todesursachen bei Männern mehr als doppelt so häufig auf als bei Frauen. Dies zeigte sich auch für die Vorjahre. Vor dem Hintergrund, dass diese Todesursachen besonders häufig im mittleren Lebensalter auftreten, begründen sie neben den nicht näher bezeichneten multiplen Verletzungen (T71), die insbesondere in der Jugend und bei jungen Erwachsenen die häufigste Todesursache sind, zusammen mit dem Herzinfarkt die vorzeitige Sterblichkeit der Männer.

Männertypische Todesursachen stehen in engem Zusammenhang mit Risikoverhaltensweisen

Worauf die vorzeitigen Sterblichkeit der Männer zurückgeführt werden kann, ist wie eingangs bereits erwähnt nicht eindeutig zu bestimmen. Als möglicher Erklärungsansatz wird im Vergleich zu den Frauen häufig eine geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung seitens der Männer angeführt. Mit Blick auf die männertypischen Todesursachen ist zudem auffällig, dass die vorzeitige Sterblichkeit auch durch verhaltensbedingte Risikofaktoren wie höhere Risikobereitschaft im Verkehr, beim Sport, Alkohol- und Nikotinkonsum, Fehlernährung und damit zusammenhängend Übergewicht und Bluthochdruck etc. bedingt ist.

Der selbstberichtete Gesundheitszustand von Männern

Männer berichten in Befragungen häufiger als Frauen, sich gesund und wohl zu fühlen

Mit Blick auf die Lebenserwartung müssen Männer als das gesundheitlich benachteiligte Geschlecht gelten. Andererseits berichten Männer in Befragungen häufiger als Frauen, sich gesund und wohl zu fühlen: Beispielsweise im telefonischen Gesundheits-survey des Robert Koch-Instituts bezeichneten gut 76 % der Männer im Vergleich zu rd. 71 % der Frauen ihre Gesundheit als gut und besser (RKI 2006). Der Schluss, dass Männer gesünder sind als Frauen, lässt sich aus dem subjektiven Gesundheitszustand nicht ableiten. Männer sind im Vergleich zu Frauen weniger bereit, sich als gesundheitlich eingeschränkt zu bezeichnen.

Auch im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung zum diesjährigen Schwerpunktthema, die im Herbst 2007 mit 1.022 Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren durchgeführt worden ist, wurde der

Frage nach der gesundheitlichen Selbsteinschätzung nachgegangen. Neben der Frage nach der Verbreitung gewisser, teils mÄnnerspezifischer Erkrankungen in der MÄnnerstichprobe steht die Frage, wie MÄnner unterschiedlicher Altersgruppen ihren Gesundheitszustand insgesamt bewerten, im Fokus.

Insgesamt zwölf Gesundheitsprobleme wurden abgefragt, weswegen man ab und zu zum Arzt gehen und/oder regelmäßig Medikamente einnehmen muss. Der Tabelle 4 sind die Selbstangaben der Befragten differenziert nach Altersgruppen zu entnehmen. Bluthochdruck, ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist in der DAK-MÄnnerstichprobe das am häufigsten genannte gesundheitliche Problem.

Tabelle 4: Selbstauskünfte zu gesundheitlichen Einschränkungen: Anteil der Befragten in den Altersgruppen, die angeben, das jeweilige Gesundheitsproblem zu haben (Angaben in Prozent)

	30-34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-59 Jahre	60-65 Jahre
Hypertonie	*	4,5	7,2	13,9	22,3	34,3	37,6
Cholesterin	5,3	3,2	8,2	7,9	14,6	18,4	21,4
Allergien	9,1	12,8	8,7	12,0	6,9	7,5	10,4
Diabetes	*	1,3	3,1	6,0	6,9	13,5	11,1
Prostavergrößerung	*	*	*	1,3	3,8	8,2	12,7
Herzinfarkt	—	—	*	1,3	5,4	10,4	7,1
Sucht	1,5	*	3,6	3,3	4,6	*	4,0
Krebs	1,5	*	1,0	1,3	3,8	4,5	4,8
Adipositas	2,3	*	*	2,6	3,1	4,5	1,6
Osteoporose	*	*	*	2,6	2,3	4,5	4,0
Dranginkontinenz	*	*	*	*	1,5	3,7	1,6
andere Erkrankungen	10,6	12,8	7,2	15,3	25,2	15,7	14,3

* Anteil der Befragten kleiner als ein Prozent, — ohne Angaben

Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 haben 42 % Prozent der Frauen und 50 % der MÄnner im Alter von 18 bis 79 Jahren Bluthochdruck. In der DAK-MÄnnerstichprobe berichten lediglich 16 % der Befragten, dass bei ihnen Bluthochdruck diagnostiziert wurde. Dabei zeigt sich, wie für die Mehrheit der hier abgefragten gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Erkrankungen ein deutlicher Altersgang. Ab der Altersgruppe der 45- bis 49-JÄhrigen ist zudem zu beobachten, dass der Anteil der Befragten, die von mehreren Erkrankungen berichten, zunimmt.

Subjektiver Gesundheitszustand

Bedeutung des subjektiven Gesundheitszustands

Der subjektive Gesundheitszustand gilt in den Gesundheitswissenschaften neben medizinischen Messgrößen als eigenständiger Indikator für das Mortalitätsrisiko, insbesondere im höheren Alter.⁶

Rd. 81 % der Männer stuft ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein.

Die Mehrheit der Männer stuft ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein: Von 1.022 Männer schätzen 12,3 % ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet ein. 23,8 % gaben an, sehr guter Gesundheit zu sein. 44,6 % bezeichnen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als gut. 17,9 % fühlen sich weniger gut und schlecht. Dabei fallen die subjektiven Gesundheitseinschätzungen wie erwartet um so höher aus, je höher der Bildungsgrad und das Haushalteinkommen ist.

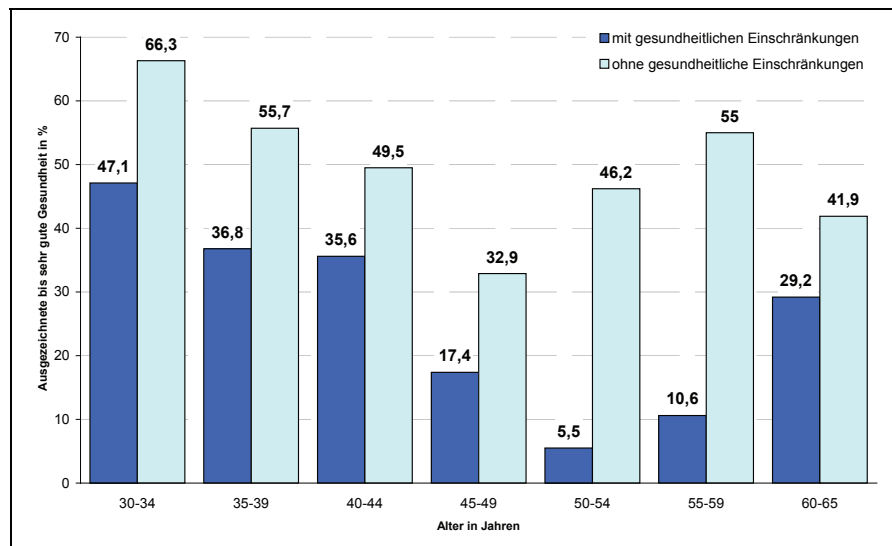
Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands bei Erkrankungen

Je nach Schwere der Erkrankung beeinträchtigen bereits einzelne Erkrankungen den subjektiven Gesundheitszustand deutlich. In der DAK-Männerstichprobe zeigt sich dieser Zusammenhang in Bezug auf die Krankheitsbilder Krebs, Osteoporose, Cholesterin, Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas. Besonders schlecht bewerten Männer, die an Krebs erkrankt sind, ihren Gesundheitszustand. Nennenswert schlechtere Selbsteinschätzungen zeigen sich zudem bei einer Häufung von Erkrankungen. Dass Mehrfacherkrankungen in einem direkten Zusammenhang mit dem Alter stehen, soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Abbildung 21 zeigt für den subjektiven Gesundheitszustand den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein und der Abwesenheit von Erkrankungen auf und verknüpft dies zugleich mit dem Alter.

Abbildung 21:

Subjektive Gesundheitseinschätzung differenziert nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Alter
(nur Prozentanteil ausgezeichnet/ sehr gut)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2007

⁶ Vgl. Wurm S, Tesch-Römer C (2006) Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg.) Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 329–383

Wie zu erwarten war, beobachten in allen Altersgruppen die Männer ohne gesundheitliche Einschränkungen ihre Gesundheit besser als die Männer, bei denen mindestens eine der abgefragten Erkrankungen vorliegt. Zwei Entwicklung sind an dieser Stelle jedoch hervorzuheben:

1. In der Gruppe der Männer, bei denen mindestens eine Krankheit vorliegt, fällt die subjektive Einschätzung nach dem 44. Lebensjahr deutlich ab und im Alter von 50 bis 54 Jahren kommt es zu einem sehr ausgeprägtem selbst wahrgenommenen „Gesundheitstief“. Hier ist die Differenz zwischen den beiden Gruppen am größten. Erst im höheren Alter steigt der wahrgenommene Gesundheitszustand wieder an, erreicht aber nicht mehr das Niveau der jüngeren Männer.
2. Auch in der Gruppe der Männer, bei denen nach eigener Auskunft keine Erkrankung vorliegt, senkt sich der Anteil derer, die ihre Gesundheitszustand positiv beurteilen, ab dem 34. Lebensjahr ab, erreicht seinen Tiefpunkt jedoch bereits in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen. Nach einem Anstieg kommt es in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen wieder zu einem Rückgang.

Ersteres zeigt auf der individuellen Ebene die Auswirkungen einer gestiegenen Prävalenz von Erkrankungen. In der Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen Männer treten zudem schwere Erkrankungen wie Herzinfarkte und Krebserkrankungen erstmals häufiger auf (vgl. Tabelle 4) und auch Mehrfacherkrankungen treten ab dieser Altersgruppe gehäuft auf. Dass die gesundheitliche Selbsteinschätzung danach im Altersverlauf wieder ansteigt, mag ein Indiz dafür sein, dass die betroffenen Männer Bewältigungsstrategien entwickelt haben. In die Bewertung der eigenen Gesundheit fließen zudem Aspekte der Lebenszufriedenheit, individuelle Kontrollüberzeugungen, soziale Unterstützung und auch soziale Vergleichsprozesse ein.⁷

Dass auch in der anderen hier betrachteten Gruppe ein, wenn auch weniger stark ausgeprägtes, Gesundheitstief zwischen 45 und 49 jährigen Männern auftritt, birgt einen möglichen Hinweis auf die vielfach in der Lebensmitte beobachtete Häufung von Krisen und Konflikten (der sogenannten „Midlife-Crisis“). Konflikte im Privaten, erfahrene Verluste in Bezug auf die Karriereplanung, Überlastungssymptome („Burn-out“) etc. können dahinter stehen.

Im 4. und 5. Lebensjahrzehnt besteht für Männer eine erhöhte Wahrscheinlichkeit psychosoziale Veränderungen zu durchleben. In diesem Entwicklungsabschnitt ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Lebenszielen und Rollenanforderungen eine wesent-

Faktoren, die den subjektiven Gesundheitszustand im Alter beeinflussen

Männerstichprobe beinhaltet Hinweise auf die sogenannten „Midlife-Crisis“

⁷ Vgl. Wurm S, Tesch-Römer C (2006) Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg.) Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 329–383

liche Entwicklungsaufgabe. Auch werden in dieser Phase körperliche Altersveränderungen sowie körperliche Einbußen bewusst.⁸

4.2 Krank im Job: Männerspezifische Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt

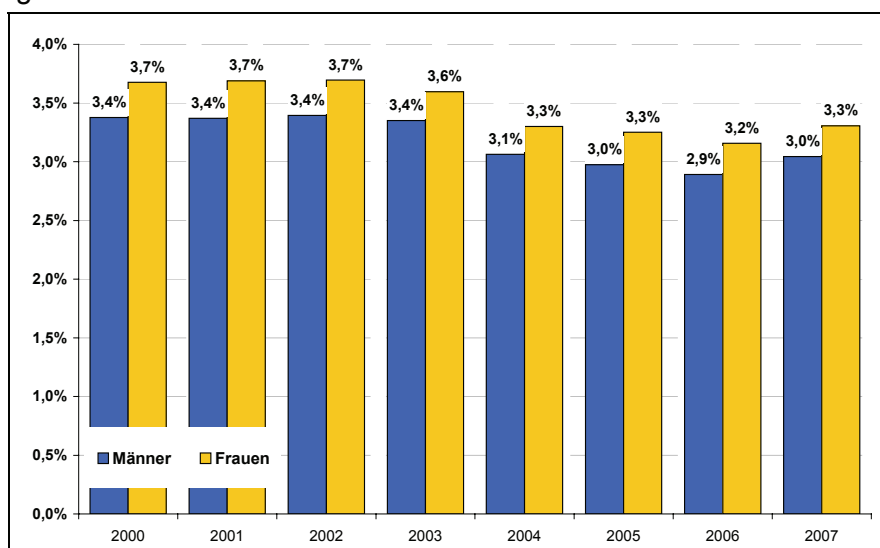
Überblick über die Entwicklung des Krankenstandes der männlichen DAK-Mitglieder

Nach den Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreports der vorangegangenen Jahre müssen Männer in der Arbeitswelt als das weniger gesundheitlich beeinträchtigte Geschlecht gelten. Der Krankenstand der männlichen DAK-Mitglieder lag stets unter dem der weiblichen Versicherten. Die Differenz zu den Frauen bewegt sich kontinuierlich auf dem Niveau von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten.

Abbildung 22 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes der männlichen DAK-Mitglieder im Vergleich zu den weiblichen Kolleginnen im Zeitraum von 2000 bis 2007.

Abbildung 22:

Entwicklung des Krankenstandes 2000 bis 2007 von Männern im Vergleich zu Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Der Krankenstand entwickelt sich für beide Geschlechter in etwa gleich. Zwischen 2000 und 2003 verweilte der Krankenstand nahezu auf gleichem Niveau. Im direkten Vergleich der Jahre 2006 und 2000 ist der Krankenstand sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um jeweils 0,5 Prozentpunkte zurückgegangen. 2007 ist der Krankenstand der Männer sowie auch der Frauen um jeweils 0,1 Prozentpunkt leicht gestiegen.

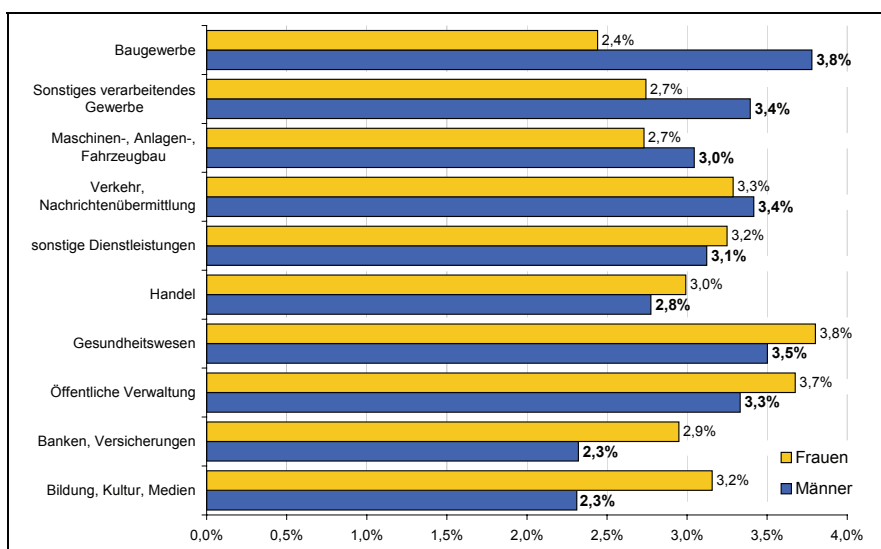
Zuordnung der männlichen DAK-Mitglieder nach Branchen

Die DAK-Mitglieder unterscheiden sich in ihrer beruflichen Stellung sowie in ihrer Zuordnung nach Branchen bzw. Wirtschaftsgruppen. Die meisten männlichen DAK-Mitglieder sind in der Wirtschaftsgruppe „Handel“ gefolgt von „Sonstige Dienstleistungen“ beschäftigt.

⁸ Krause W (2005). Midlife-Crisis. In: Schill WB, Bretzel RG, Weidner W (Hrsg.) Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis. München, Jena: Urban und Fischer: 88–89

Werden vorrangig nur die zehn Branchen mit den meisten männlichen Mitgliedern betrachtet, treten auch Branchen wie das „Baugewerbe“ und „sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ stärker in den Fokus.

In der Abbildung 23 wird der Krankenstand der männlichen DAK-Mitglieder in den Branchen, in denen die meisten Männer beschäftigt sind, im Vergleich zum Krankenstand der Frauen in den jeweiligen Branchen betrachtet. An dieser Stelle sei erinnert, dass der Krankenstand der Männer im Durchschnitt stets unter dem der Frauen liegt und die Differenz sich nur zwischen 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten bewegt.



Gibt es geschlechts-spezifische Krankenstandsunterschiede nach Branchen?

Abbildung 23:

Krankenstandwerte 2007 in den zehn Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil männlicher DAK-Mitglieder im Vergleich zum Krankenstand der Frauen

(absteigend sortiert nach Höhe der Krankenstands-differenz zwischen Männern und Frauen)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Die Analyse des Krankenstandes differenziert nach Branchen und Geschlecht zeigt, entgegen den bisherigen Betrachtungen, für vier Branchen ein abweichendes Bild:

Überdurchschnittlich hohe Krankenstände weisen die Männer in den Branchen „Baugewerbe“, „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ sowie „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ auf.

In diesen Wirtschaftsgruppen liegt der Krankenstand nicht nur deutlich über dem Durchschnitt aller männlichen DAK-Versicherten in Höhe von 3,0 %, sondern auch deutlich über dem Durchschnitt der weiblichen Kolleginnen in den jeweiligen Branchen.

In der Branche „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ entspricht der Krankenstand zwar genau dem Durchschnitt aller DAK-Männer, jedoch liegt auch hier der Krankenstand der Männer 0,3 Prozentpunkte über dem der Frauen.

Überdurchschnittlich hohe Krankenstände bei Männern im „Baugewerbe“, Verkehr, Nachrichtenübermittlung“ und „sonst. Verarbeitendes Gewerbe“

Dass in den genannten Wirtschaftsgruppen der Krankenstand der Männer den der Frauen übersteigt, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Männer hier überwiegend im Produktionsbereich mit hohen Belastungen und die Frauen in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen tätig sind.

Über dem Durchschnitt der männlichen DAK-Versicherten liegt der Krankenstand auch in den Branchen „Gesundheitswesen“ und „öffentliche Verwaltung“. Die Krankenstandswerte liegen hier jedoch deutlich unter dem der jeweiligen Kolleginnen.

Am untersten Ende des Krankenstands-Rankings nach Wirtschaftsgruppen befinden sich die Männer der Wirtschaftszweige „Banken und Versicherungen“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass innerhalb der männlichen DAK-Population die Beschäftigten des Baugewerbes zu den gesundheitlich besonders Belasteten zählen, gefolgt von den Männern in den Wirtschaftszweigen „Gesundheitswesen“, „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ sowie „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“.

Krankheitsspektrum der männlichen DAK-Mitglieder in 2007 im Vergleich zu den Frauen

Nachfolgend werden geschlechtsspezifische Unterschiede auf der Ebene von Krankheitsgruppen näher beleuchtet:

Rd. drei Viertel der Ausfalltage werden bei Männern durch 5 Krankheitsarten verursacht.

Die fünf wichtigsten Krankheitsarten, die 2007 für knapp drei Viertel aller Fehltage der Männer (73,5 %) verantwortlich waren, sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen, Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungssystems (vgl. Abbildung 16). Dies trifft auch auf die Frauen zu (vgl. Abbildung 15). Hier erklären sie jedoch nur zwei Drittel aller Fehltage (66,6 %). Dies bedeutet, dass die selteneren Krankheitsarten, die in den Abbildungen in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst werden, bei Frauen eine größere Bedeutung haben als bei den Männern.

In Bezug auf drei Krankheitsarten zeigen sich größere Unterschiede, d.h. der Unterschied beträgt mindestens 20 %:

Krankheitsspektren „Verletzungen“ sowie „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ sind männerspezifisch

Psychische Erkrankungen verursachen bei Frauen deutlich mehr Fehltage als bei Männern (12,5 % vs. 8,4 %). Verletzungen haben hingegen bei Männern einen erheblich größeren Anteil am Fehltagvolumen als bei Frauen (18,1 % vs. 9,4 %), was auch auf ein höheres Risiko in Bezug auf Arbeits- und Wegeunfälle zurückzuführen ist. Darüber hinaus haben auch Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen höheren Anteil (23,5 % vs. 19,7 %).

2007 hatten Arbeits- und Wegeunfälle bei den Männern einen Gesamtanteil am Krankenstand in Höhe von 4,1 %. Im Vergleich zu den Frauen (1,5 %) hatten Männer fast dreimal so viele Fehltage aufgrund von Arbeits- und Wegeunfälle.

Abbildung 24 zeigt einen detaillierten Vergleich der sonstigen Krankheitsarten mit ihren Anteilen an den Krankenständen der Männer und Frauen für das Jahr 2007. Aus der Darstellung ausgeblendet sind die oben genannten fünf wichtigsten Krankheitsarten.

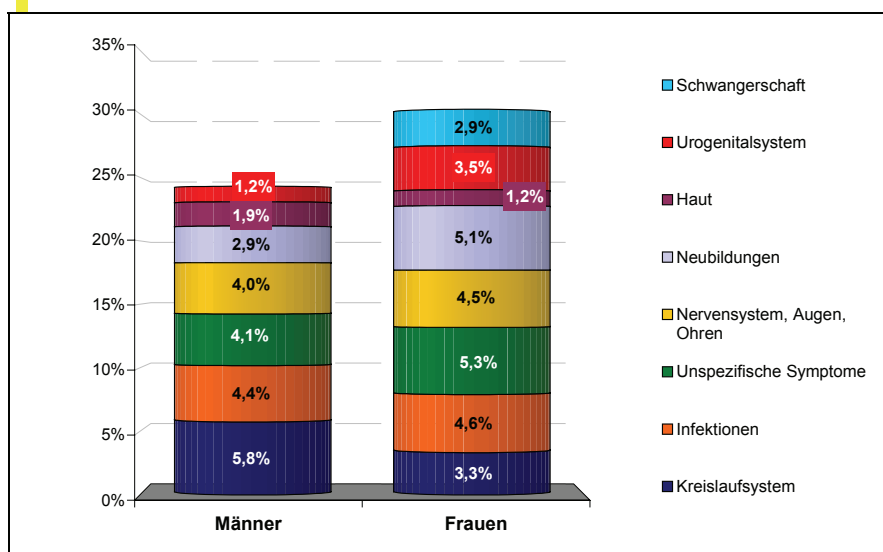


Abbildung 24:

Anteile sonstiger Krankheitsarten an den AU-Tagen von Männern im Vergleich zu Frauen

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Bei den sonstigen Krankheitsarten zeigen sich ausgeprägte Unterschiede im Sinne einer stärkeren Betroffenheit von Männern lediglich bei den Kreislauferkrankungen (5,8 % vs. 3,3 %) sowie Hauterkrankungen (1,9 % vs. 1,2 %). Letztere sind für den Gesamt-krankstand jedoch kaum von Bedeutung.

Als ein weiteres Zwischenfazit bleibt festzuhalten, dass bei einer vergleichenden Betrachtung der Krankheitsspektren von Männern und Frauen insbesondere die Diagnosegruppen „Verletzungen und Vergiftungen“ sowie „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ als männertypisch bezeichnet werden können. Der Unterschied der Männer gegenüber den Frauen beträgt bei den „Verletzungen und Vergiftung“ ein um annähernd 90 % und bei den „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ um 70 % höheres Fehltagevolumen.

Auch Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kreislauferkrankungen ist mänderspezifisch

Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen in 2007

Als „männertypisch“ werden Diagnosen mit mindestens 20 % höherem AU-Tage-Volumen bezeichnet.

Die für die Arbeitsunfähigkeit von Männern typischen Krankheits-spektren und damit das Präventionspotential im Rahmen von Männergesundheit lassen sich noch anschaulicher auf der Ebene von Einzeldiagnosen darstellen. In Tabelle C1 (im Anhang V) werden insgesamt 18 Einzeldiagnosen ausgewiesen, die bei den männlichen Versicherten im Jahr 2007 mindestens fünf Fehltage pro 100 Versicherte verursacht haben und bei denen die Männer gleichzeitig ein um mindestens 20 % größeres Volumen an Fehltagen aufweisen als die Frauen.

Insgesamt wird das männerspezifische AU-Geschehen neben Einzeldiagnosen aus den Spektren „Verletzungen“ und „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ stark durch „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ bestimmt.

Vorauszuschicken ist zudem, dass unter den insgesamt 18 identifizierten Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen sich strenggenommen keine im biologisch-organischen Sinne männertypische Krankheit findet. Lediglich der Leistenbruch (lat. *Hernia inguinalis*) gilt dem Alltagsverständnis nach als Männerkrankheit. Hernien treten bei Männern deutlich häufiger auf als bei Frauen. Dies zeigt sich auch beim AU-Geschehen. Hier ist das AU-Tage-Volumen mehr als siebenmal so groß wie das der Frauen.

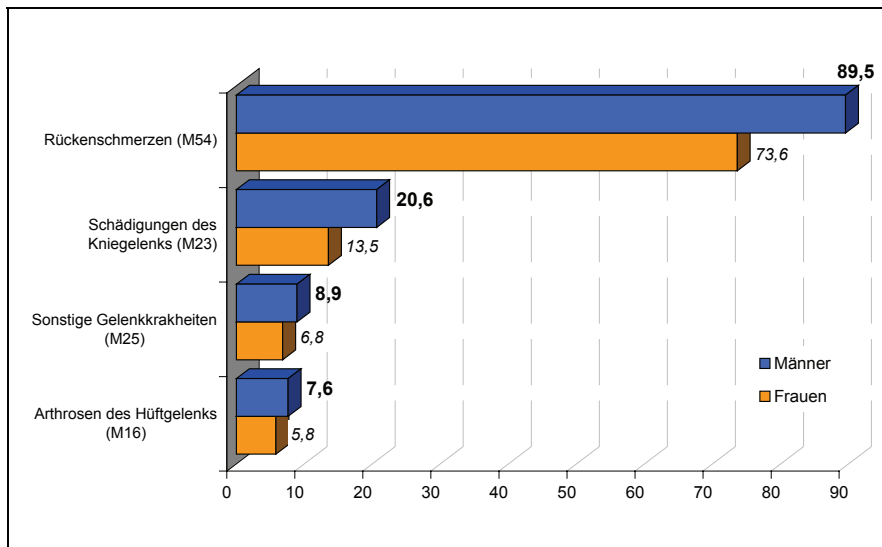
Bösartige Neubildungen der Prostata oder des Hodens begründeten 2007 bei den Männern 3,5 bzw. 1,6 AU-Tage pro 100 Versicherte.

Vier männertypische Diagnosen aus dem Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen

Insgesamt vier Einzeldiagnosen aus dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen, wovon der Rückenschmerz (M54) die häufigste Arbeitsunfähigkeitsdiagnose sowohl bei Männern als auch bei Frauen darstellt, finden sich unter den 18 männertypischen AU-Diagnosen (vgl. Abbildung 25).

Laut Umfragen leiden Frauen öfter unter Rückenschmerzen.

Rückenschmerzen sind auch unter den weiblichen Versicherten die häufigste AU-Diagnose. Dass Männer bei Arbeitsunfähigkeit aber häufiger von Rückenschmerzen betroffen sind (auf 100 ganzjährig versicherte Männer kommen 7,4 AU-Fälle, Frauen: 5,7 AU-Fälle), steht im Widerspruch zu den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurvey 2002/2003. Die Jahresprävalenz chronischer Rückenschmerzen (Schmerzperiode von drei Monaten Dauer) liegt bei Frauen mit 21,4 % höher als bei den Männer (15,4 %). Bereits im Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde ermittelt, dass im Lauf eines Jahres 62 % der Frauen und 56 % der Männer unter Rückenschmerzen leiden.



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Wieso haben Männer dann einen höheren Krankenstand wegen Rückenerkrankungen? Die DAK hat dieses Phänomen bereits im DAK-Gesundheitsreport 2003 vertiefend analysiert. Als Erklärung kommen vor allem unterschiedliche Arbeitsplatzprofile in Betracht: Männer arbeiten häufiger als Frauen in Berufen, bei denen wegen körperlicher Belastungen das Arbeiten mit Schmerzen weniger möglich scheint.

Rückenschmerzen können – vor allem wenn sie länger andauern – das körperliche Wohlbefinden und die Lebensfreude empfindlich beeinträchtigen. Bei Chronifizierung von Rückenschmerzen kann es zur Frühberentung kommen. Rd. 17 % aller Neuzugänge bei der Erwerbsminderungsrente gingen 2006 auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurück, was das Erfordernis der Verhütung von Rückenerkrankungen unterstreicht. Ein wesentlicher Bereich, um Rückenerkrankungen durch den Einsatz gezielter Präventionsmaßnahmen vorzubeugen, ist der Arbeitsplatz. Im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten lassen sich Rückenerkrankungen sowohl bei Männern als auch Frauen reduzieren und damit die Krankenstandswerte senken.

Die größere Bedeutung von Verletzungen bei den Männern im Vergleich zu den Frauen wird ebenfalls durch die Analyse erhellt. Insgesamt acht Einzeldiagnosen aus dem Krankheitsspektrum „Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen“ zählen zu den insgesamt 18 männertypischen Diagnosen (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 25:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen in 2007

(AU-Tage pro 100 Versicherte)

Gründe für den höheren Krankenstand wegen Rückenschmerzen bei Männern

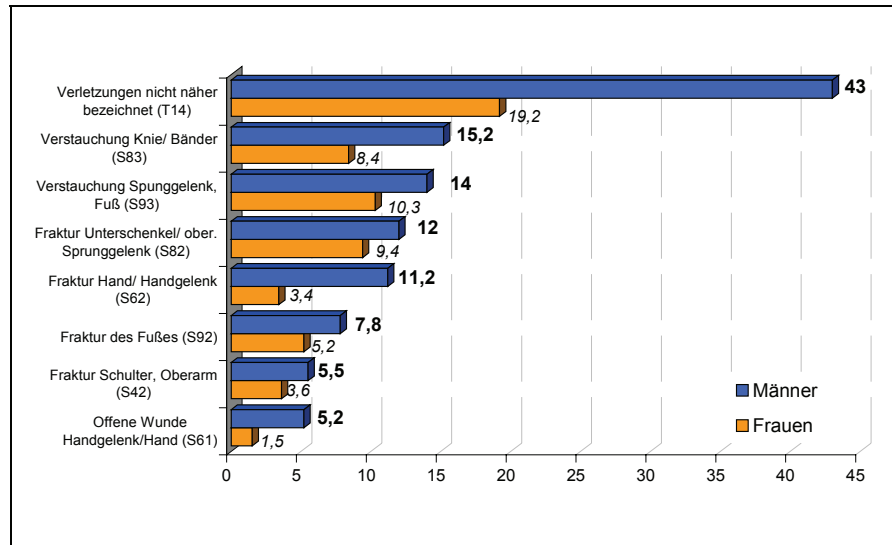
Durch Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich Rückenerkrankungen nicht nur bei Männern vermeiden.

Sechs männertypische Diagnosen aus dem Bereich Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen

Abbildung 26:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Verletzungen in 2007

(AU-Tage pro 100 Versicherte)



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14), die häufigste Verletzungsart bei den Männern, verursachen hier mehr als doppelt so viele Fehltage als bei den Frauen.

Luxationen des Kniegelenkes (S83) sowie des Sprunggelenkes (S93) verursachen 81 % bzw. 36 % mehr Krankheitstage. Fehltage aufgrund von Frakturen im Bereich der Hand (S62) sind sogar mehr als dreimal so häufig bei Männern als bei Frauen. Frakturen des Fußes (S92) und im Schulterbereich (S42) fallen mit 50 % bzw. 53 % mehr Fehltagen ins Gewicht. Fehltage aufgrund von offenen Wunden im Bereich Handgelenk bzw. Hand (S61) sind bei Männern 3,5 Mal häufiger als bei Frauen.

Riskantes Freizeitverhalten

Bei den genannten Diagnosen aus dem Spektrum Verletzungen handelt es sich überwiegend um Sturzverletzungen. Hinter dieser höheren Betroffenheit der Männer in Bezug auf derartige Verletzungen steht u.a. ein männerspezifisches Freizeitverhalten. Männer sind bei Risikosportarten, die eine höhere Verletzungsgefahr kennzeichnet, häufiger vertreten.

Laut AU-Analysen erleiden Männer häufiger Arbeits- und Wegeunfälle

Darüber hinaus wurde im Rahmen dieses Schwerpunktes bereits darauf hingewiesen, dass in der Arbeitswelt deutlich mehr Männer Arbeits- und Wegeunfälle erleiden als Frauen, da sie häufiger auf gefährlicheren Arbeitsplätzen tätig sind als ihre Kolleginnen. Arbeitsunfälle haben meist mechanische Ursachen und betreffen vorwiegend Hände, Füße und Kopf.

Praktische Folgen für die Prävention

Eine verstärkte Prävention von Unfallgefahren in der Arbeitswelt, insbesondere in den Branchen „Baugewerbe“, „Holz, Papier und Druck“, „Nahrungs- und Genussmittel“, die nach dem aktuellen Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und -medizin ein besonders über-

durchschnittliches Unfallgeschehen kennzeichnet, kann maßgeblich zur Gesundheit von Männern beitragen.⁹

Die höhere Betroffenheit von Männern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen während des Erwerbslebens zeigt sich bei vier von insgesamt 18 männertypischen AU-Diagnosen. Sind die Herzkranzgefäße betroffen, liegt eine ischämische, auch als koronare Herzkrankheit bezeichnete Erkrankung vor (I20 bis I25). Besonders im mittleren Lebensalter sind Männer von ischämischen Herzkrankheiten häufiger betroffen als Frauen. Im oberen Altersverlauf kommt es jedoch zu einer Angleichung.

Prominentester Vertreter aus der Gruppe ischämischen Herzkrankheiten ist der Herzinfarkt (I21), der bei den DAK-Männern 5,7 Mal mehr Fehltag begründet als bei den Frauen (vgl. Abbildung 27). Auch die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) verursacht bei den Männern fünfmal mehr AU-Tage als bei den Frauen. Die Angina pectoris, ein anfallsartiger Herzschmerz bzw. Brustenge, ist bei den Männern im Vergleich zu den Frauen für rd. 3,3 Mal mehr Fehltag verantwortlich.

Vier männerspezifische Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems

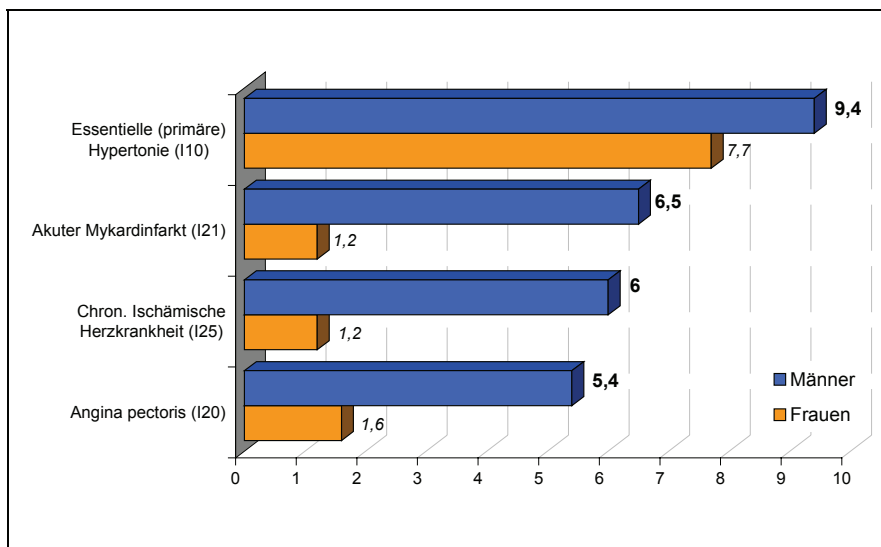


Abbildung 27:

Männertypische AU-Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems

(AU-Tage pro 100 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Männer können durch Änderungen ihres Lebensstils ihr Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, erheblich senken. Neben Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel begünstigen u.a. berufliche Stresssituationen die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit und damit auch das Entstehen eines Herzinfarktes. Durch verhaltensbezogene Maßnahmen wie z.B. dem Erlernen von Bewältigungsstrategien bei beruflichem Stress lässt sich der Herzinfarkt auch in der Arbeitswelt vorbeugen.

Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und praktische Folgen für die Prävention

⁹ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/meldepflichtige-Arbeitsunfaelle/meldepflichtige-Arbeitsunfaelle.html_nnn=true (2.1.08)

Nach Kolenda et al. (2005) trägt im Rahmen der Sekundärprävention von koronaren Herzkrankheiten der Abbau chronischer Stressbelastungen durch Stressbewältigung und -management maßgeblich zur Risikoreduktion bei¹⁰.

Männertypische Krankheitsdiagnosen in 2007

Krankenhaustage der männlichen DAK-Versicherten in 2007

Die AU-Daten spiegeln nur einen Teil des Erkrankungsgeschehens der erwerbstätigen männlichen DAK-Population wider. Weitere Antworten auf die Frage, welche Erkrankungen männertypisch sind, können Krankenhausdaten differenziert nach Geschlecht geben. Dieser Frage wird nachfolgend anhand der Krankenhausdaten der DAK für das Jahr 2007 nachgegangen.

Tabelle C2 im Anhang V zeigt die Diagnosen auf, die bei den männlichen DAK-Mitgliedern im Jahr 2007 mehr als fünf Krankenhaustage (abgekürzt: KH-Tage) pro 1.000 Versicherte verursacht haben und bei denen die Männer gleichzeitig ein um mindestens 20 % größeres Volumen an Krankenhaustagen aufweisen als die Frauen.¹¹ Alles in allem konnten 23 männertypische Krankenhausdiagnosen auf diesem Wege identifiziert werden.

Insgesamt ist das männerspezifische Krankenhauseschehen in Bezug auf die Diagnosen heterogener als das AU-Geschehen. Das männertypische Behandlungsgeschehen umfasst neben Erkrankungen aus den Bereichen Muskel-Skelett, Verletzungen und Herzkreislauf auch psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems, des Urogenitalsystems, des Nervensystems, Neubildungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie auch Krankheiten des Atmungssystems.

Zwei Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen

Zwei Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen stehen bei den männertypischen Krankenhausdiagnosen an der Spitze: die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie die Schizophrenie. Geht erstere mit einem riskanten Gesundheitsverhalten einher, sind schizophrene Störungen auf ein multifaktorielles Geschehen zurückzuführen.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ist häufigster Behandlungsanlass bei Männern.

„Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ nehmen bei den Männern zudem mit einem Anteil von 3,9 % an allen Krankenhaustagen den ersten Rang ein. Mit anderen Worten: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind bei Männern häufigste KH-Diagnose gefolgt von depressiven Episoden (3,4 %), die jedoch bei den Frauen einen höheren Anteil haben (4,3 %).

¹⁰ Kolenda et al. (2005) Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit: Effizienz nachweisbar In: Dtsch Arztebl 2005; 102(26): A-1889 / B-1596 / C-1503.

¹¹ Analog zu den AU-Daten ist die Zahl der KH-Tage eine zentrale Kennziffer bei den Krankenhausdiagnosen. Da im Vergleich zu den AU-Tagen grundsätzlich weniger KH-Tage in einer Periode anfallen, wird die Kennziffer KH-Tage nicht für 100 sondern für 1.000 Versicherte ausgewiesen.

Bei den psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol kommen Männer im Vergleich zu den Frauen auf fast dreimal so viele Krankenhaustage (vgl. Abbildung 28). 2007 fehlten auch mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen am Arbeitsplatz aufgrund von Alkoholproblemen (7,4 vs. 3,5 AU-Tage pro 100 Versicherte), was die Potentiale von Suchtpräventionsprogrammen am Arbeitsplatz, insbesondere für die Gesundheit von Männern unterstreicht.

Suchtprävention am Arbeitsplatz

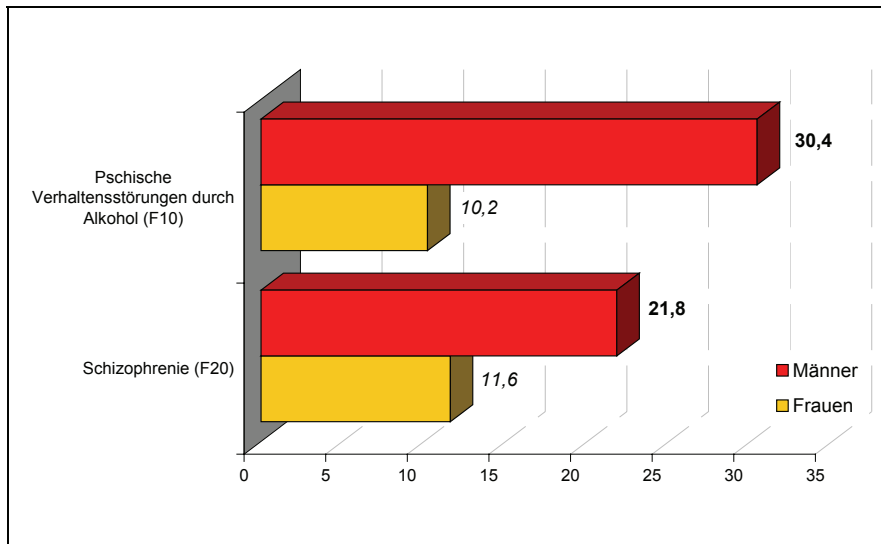


Abbildung 28:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Auch in der KG-2-Statistik des Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2005 waren psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol der häufigste Behandlungsanlass von Männern im Krankenhaus. Im Vergleich zu den DAK-versicherten Männern lag der Anteil an allen Krankenhausfällen jedoch nur bei 2,8 %.¹² Dass Alkohol als toxische Substanz bei längerem übermäßigem Gebrauch Körperorgane und Nervenzellen schädigen kann und zugleich ein Risikofaktor für Krebserkrankungen ist, Stichwort Leberkrebs, soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Auch in der Bundesstatistik sind psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol häufigster Behandlungsanlass von Männern im Krankenhaus

Konsumstatistiken zeigen, dass Männer im Mittel mehr Alkohol trinken als Frauen.¹³ Es erscheint deshalb plausibel, dass Männer häufiger als Frauen Alkoholprobleme entwickeln und deswegen einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Neben einem insgesamt riskanten Gesundheitsverhalten in Bezug auf Alkohol bei Männern wird das höhere Suchtpotential bei Männern auch in Zusammenhang mit männerspezifischen Bewältigungsstrategien in belastenden Lebenssituationen und Krisen gebracht (vgl. Abschnitt 4.3).

¹² Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de (2.1.08) Statistik: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)

¹³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php (2.1.08)

Diagnose „Schizophrenie“

An zweiter Stelle der männertypischen Krankenhausbehandlungsgründe steht die Diagnose „Schizophrenie“, der schwersten psychiatrischen Erkrankung mit rezidivierenden bis chronischen Verlaufsformen. Die Hauptsymptome einer schizophrenen Psychose, der Realitätsverlust mit Wahnideen und Halluzinationen sowie Identitätsverlust und sozialer Rückzug – verdeutlichen Art und Schwere dieser psychischen Störung.¹⁴ Die Lebenszeitprävalenz in der Bevölkerung liegt bei etwa einem Prozent und betrifft Männer und Frauen etwa gleichermaßen.

Wieso ist die Zahl der Krankenhaustage bei Männern gegenüber den Frauen dann um 50 % erhöht? Zunächst sei an dieser Stelle angemerkt, dass auch in der Krankenhausstatistik des Bundes Männer stärker vertreten sind. Nach den alterstandardisierten Fallzahlen je 100.000 Einwohner wiesen Männer in 2005 63 % mehr Fälle auf als Frauen (150 vs. 92 Behandlungsfälle).¹⁵ In der DAK-Population ist die Behandlungshäufigkeit der Männer nahezu doppelt so hoch wie die der Frauen (0,69 KH-Fälle vs. 0,35 KH-Fälle pro 1.000 ganzjährig Versicherte), jedoch deutlich geringer als im Vergleich zur Krankenhausstatistik des Bundes.

Ersterkrankungen treten bei Männern bereits im frühen Erwachsenenalter auf, d.h. etwa zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Frauen erkranken im Durchschnitt fünf bis sieben Jahre später (Stichwort: Östrogeneffekt), worauf zum Teil die niedrigere Fallhäufigkeit und das geringere Tagevolumen zurückgeführt werden könnte. Die Krankheitsursachen der Schizophrenie sind bis heute noch nicht völlig geklärt sowie auch beobachtbare Geschlechterdifferenzen. Eine in der Schizophrenieforschung nachgegangene Fragestellung ist die des Alkohol- und Substanzmissbrauchs als Auslöser und Ursache.¹⁶

Zwei männertypische KH-Diagnosen aus dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen

Im Vergleich zu den männertypischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen, bei denen insgesamt vier Einzeldiagnosen dem Spektrum Muskel-Skelett-Erkrankungen zugeordnet werden konnten, repräsentieren unter den 23 männertypischen Krankenhausdiagnosen nur zwei Diagnosen dieses Spektrum: Im Vergleich zu den Frauen ist das Krankenhaustagevolumen aufgrund von „sonstigen Bandscheibenschäden“ auch nur um 21 % höher. Dies indiziert, dass das Erkrankungsrisiko in Bezug auf diese Diagnosen auch bei den Frauen erhöht ist. Binnenschädigungen des Kniegelenks (M23) verursachten bei den Männern knapp 50 % mehr Fehltag.

¹⁴ Kompetenznetz Schizophrenie: www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/22.htm (2.1.08)

¹⁵ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de Statistik: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)

¹⁶ Häfner H (2007) Sucht und Psychose: Cannabis- und Alkoholmissbrauch als Auslöser (und Ursache?) von Schizophrenie. Perspektive Rehabilitation '07, BAG RPK Nürnberg: 18-27

Auch die Gruppe „Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen“, die mit insgesamt acht von 18 männertypischen AU-Diagnosen die krankheitsbedingten Abwesenheiten von Männern begründeten, sind bei den Behandlungsanlässen mit nur drei Diagnosen eher „unterrepräsentiert“. Frakturen des Unterschenkels einschließlich des Sprunggelenks begründen 36 % mehr Krankenhaustage bei den Männern. Verstauchungen des Kniegelenks verursachen bei den Männern mehr als doppelt so viele Tage. Das Tagevolumen ist bei intrakraniellen Verletzungen um 74 % höher. Unter dieser Diagnose werden Krankenhausaufenthalten aufgrund von Gehirnerschütterungen, Hirnverletzungen und -blutungen subsumiert.

Auch beim Krankenhaugeschehen zeigt sich wieder die höhere Betroffenheit der Männer bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Insgesamt sechs Einzeldiagnosen aus diesem Spektrum konnten als männertypisch identifiziert werden. Zwei Erkrankungen heben sich im Vergleich zu den Frauen besonders deutlich ab (vgl. Abbildung 29).

Drei männertypischste KH-Diagnosen aus dem Bereich „Verletzungen“

Sechs KH-Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems

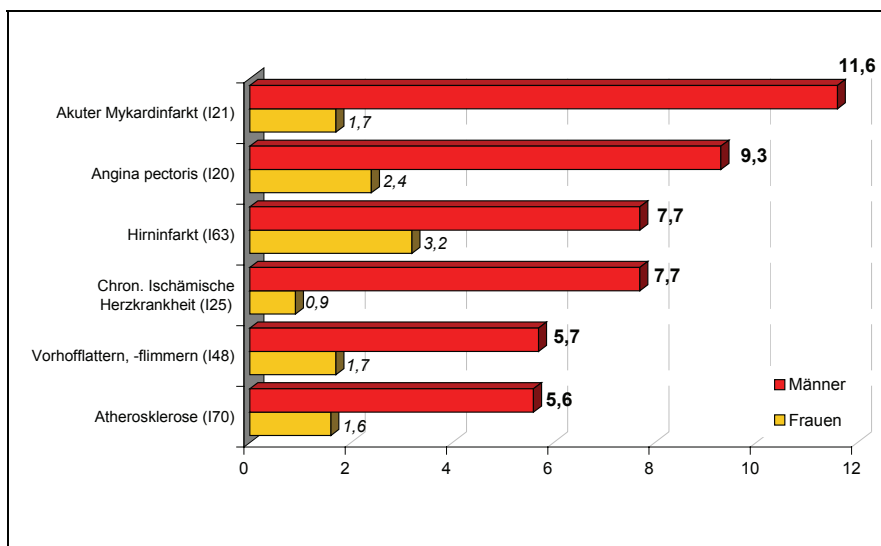


Abbildung 29:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Erkrankungen des Kreislaufsystems“

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Das Krankhaustagevolumen aufgrund eines Herzinfarktes ist bei Männern rd. sieben Mal und das aufgrund der chronisch ischämischen Herzkrankheit sogar über acht Mal höher als bei den Frauen.

Auch die Angina pectoris, die anfallsartige Brustenge, verursacht bei Männern knapp viermal mehr Krankenhaustage als bei den Frauen. Die Risikofaktoren wie Stress, üppige, fettreiche Ernährung, Alkohol und Nikotin sind durch eine Lebensstilveränderung der Prävention zugänglich. Gleiches gilt teils auch für den Hirnfarkt, der 2,4 Mal KH-Tage bei den Männern als Frauen begründet. Neben dem Alter und Geschlecht, das Risiko ist bei Männer

Eine männertypische KH-Diagnose aus dem Spektrum Neubildungen

25 % bis 30 % höher als bei Frauen, zählen Bluthochdruck und Blutzucker, Fettstoffwechselstörungen, Nikotin- und Alkoholmissbrauch zu den bekannten Risikofaktoren.

Eine weitere Krankenhausdiagnose, die durch ein riskanteres Gesundheitsverhalten mitbedingt ist, sind die bösartigen Neubildungen der Bronchien und Lunge. Das Krankenhaustagevolumen der Männer ist hier 1,7 Mal so hoch. Da Frauen in Bezug auf den Nikotinkonsum sich den Männern immer mehr annähern – während der Tabakkonsum bei Männern seit Mitte der 1980er Jahre leicht rückläufig ist, nimmt er bei Frauen zu – wird für die Zukunft erwartet, dass die Frauen bei den Erkrankungshäufigkeiten „aufholen“ werden.

Zwei Diagnosen aus dem Spektrum Erkrankungen des Nervensystem

Ebenfalls nennenswert häufiger als Frauen befinden sich Männer aufgrund von Schlafstörungen im Krankenhaus (6,4 vs. 1,2 KH-Tage). Schlafstörungen zählen wie die Epilepsie, hier übersteigen die Behandlungstage der Männer die der Frauen um rd. 60 %, zu den Erkrankungen des Nervensystems.

Nach einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts macht die Schlafapnoe über 95 % der Fälle unter der Diagnose „Schlafstörungen“ aus. Schlafapnoe kennzeichnet lautes Schnarchen unterbrochen durch Atemstillstände in Verbindung mit einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit. Sie tritt bei Männern vorrangig erst ab dem mittleren Lebensalter auf.¹⁷ Übergewicht und Adipositas gelten als Risikofaktoren. Das Erkrankungsrisiko der Männer ist im Vergleich zu den Frauen sechsmal höher.

Alles in allem gibt es auch unter den 23 männertypischen Krankenhausdiagnosen, vom Leistenbruch abgesehen, der zu den Erkrankungen des Verdauungssystems zählt und die Zahl der Krankhaustage der Frauen um fast das neunfache übersteigt, keine rein-biologische Männerkrankheit (vgl. Abbildung 30). Vielmehr zeigt sich, dass eine Vielzahl der Krankhaustage bei Männern durch riskante Verhaltensweisen (Alkoholkonsum, fettreiche Ernährung, Bewegungsmangel, Nikotinkonsum etc.) mit verursacht sind.

Dennoch sei abschließend erwähnt, dass bösartige Neubildungen der Prostata oder des Hodens 2007 bei den Männern 5,0 bzw. 4,0 KH-Tage pro 1.000 Versicherte begründeten.

¹⁷ RKI (2005) Schlafstörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 27. Berlin

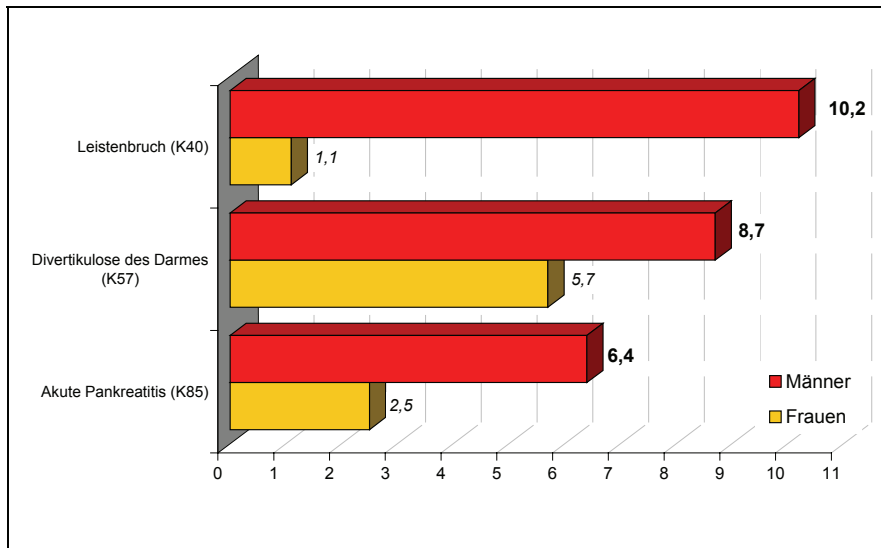


Abbildung 30:

Männertypische KH-Diagnosen aus dem Bereich „Erkrankungen des Verdauungssystems“

(KH-Tage pro 1.000 Versicherte)

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Veränderungen des Krankheitsspektrums der männlichen DAK-Mitglieder in 2007 gegenüber 2000 im Vergleich zu den Frauen

Wie die vorangegangenen AU-Analysen zeigten, ist der Krankenstand der männlichen DAK-Versicherten im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 zurückgegangen. Im Folgenden interessiert, welchen Anteil die einzelnen Krankheitsarten an dieser Entwicklung haben. Abbildung 31 zeigt im Überblick die Veränderung des Fehltagelolumens in 2007 gegenüber 2000 differenziert nach Krankheitsarten bei den männlichen DAK-Versicherten.

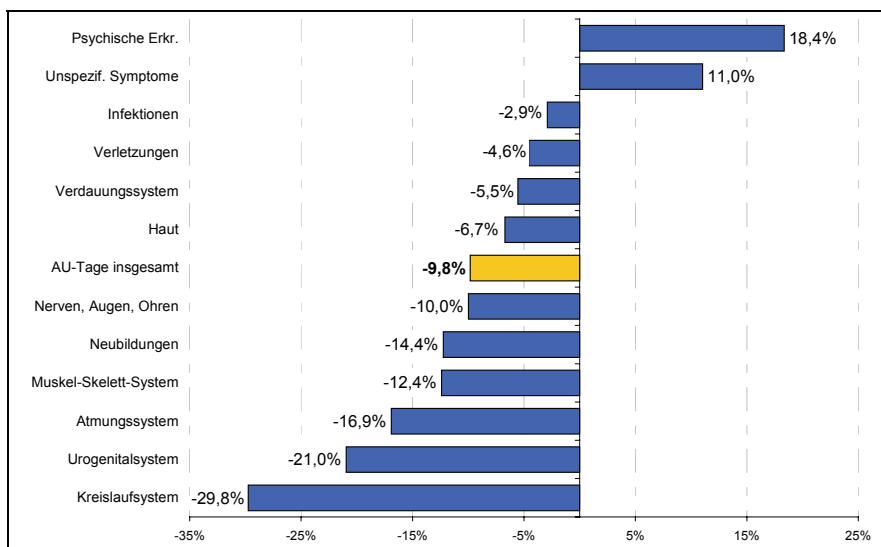


Abbildung 31:

Veränderung der AU-Tage pro 100 Versicherte in 2007 gegenüber 2000 bei den männlichen DAK-Versicherten nach ICD-Hauptgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2000 und 2007

Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen sind in den letzten Jahren bei Männern deutlich gestiegen ...

...und wegen Kreislaufkrankungen überproportional gesunken

Vergleich zu den Frauen:

Abbildung 32:

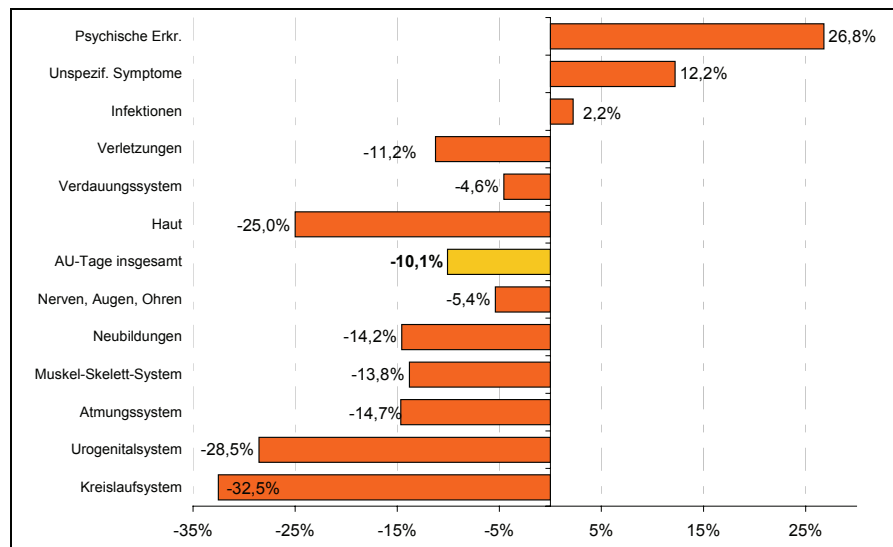
Veränderung der AU-Tage pro 100 Versicherte in 2007 gegenüber 2000 bei den weiblichen DAK-Versicherten nach ICD-Hauptgruppen

Von den insgesamt zwölf Krankheitsgruppen zeigen 10 teils deutliche rückläufige Entwicklungen. Diesem Trend steht, neben einem moderaten Anstieg von Fehltagen aufgrund unspezifischer Symptome, der auffällige Befund gegenüber, dass die Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren im Vergleich zu den anderen Diagnosekapiteln um 18,4 % deutlich gestiegen ist. Dieser starke Anstieg ist um so bemerkenswerter, als dass das Krankenstandniveau über den betrachteten Zeitraum um rd. 10 % zurückgegangen ist.

Dieser Rückgang beruht insbesondere auf einem überproportionalen Rückgang an Fehltagen aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems (-29,8 %). Überdurchschnittlich abgenommen haben auch Erkrankungen des Urogenital- und des Atmungssystems (- 21,0 % bzw. 16,9 %). Auch das Fehltagenvolumen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist 2007 gegenüber 2000 um 12,4 % geringer.

Wird hingegen die Entwicklung bei den Frauen im selbigen Zeitraum betrachtet, kann z.B. die Zunahme der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Männern nicht als mänderspezifisches Phänomen beschrieben werden.

Vielmehr zeigen sich bei den Frauen in der Tendenz ähnliche und auch teils noch markantere Entwicklungen: Fehltag aufgrund von psychischen Erkrankungen haben beispielsweise um 26,8 % zugenommen (vgl. Abbildung 32).



Quelle: DAK AU-Daten 2000 und 2007

Im Vergleich zu den Frauen kann festgehalten werden, dass bei den Männern insbesondere Erkrankungen der Haut, des Kreislaufsystems und des Urogenitalsystems weniger stark abgenommen haben. Gegenläufig verläuft die Entwicklung in Bezug auf Infektionskrankheiten, die bei den Männern ab- und bei den Frauen zugenommen haben.

Ergänzend ist anzumerken, dass sich aus den dargestellten Veränderungen bei Männern und Frauen nicht ableiten lässt, inwieweit bzw. zwischen welchen Krankheitsgruppen es zu Diagnoseverschiebungen gekommen ist. Zugleich muss der sowohl bei Männern als auch Frauen überproportionale Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen nicht zwangsläufig bedeuten, dass auch die Zahl der von psychischen Erkrankungen Betroffenen an sich gestiegen ist.

Nach den Prävalenzangaben diverser Studien sind psychische Erkrankungen stärker verbreitet als es AU-Daten erkennen lassen. Untersuchungen zur Versorgungssituation psychisch Erkrankter zeigen zudem, dass psychische Erkrankungen in der medizinischen, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, in vielen Fällen nicht erkannt und auch nicht optimal behandelt werden.

Die DAK hat bereits im Gesundheitsreport 2005 auf diese Situation aufmerksam gemacht und darauf hingewiesen, dass die diagnostizierten Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nur die „Spitze des Eisberges“ darstellen.

Was sind dann die Hintergründe für die steigende Zahl von Fehltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen? Im DAK-Gesundheitsreport 2005 wurden mehrere Faktoren kontrovers diskutiert. Einige der befragten Experten machten neben überhöhten Anforderungen den gleichzeitigen Wegfall sozialer Unterstützungspotentiale in der Arbeitswelt verantwortlich. Andere Experten sprachen sich für eine höhere Entdeckungsrate aus, die die gestiegenen Zahlen begründen. Neben verbesserten diagnostischen Kompetenzen auf Seiten der Ärzte ist auf Seiten der Patienten eine zunehmende Bereitschaft, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren, in Betracht zu ziehen.

Mit Blick auf den Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen scheinen sich diese Entwicklungen auf Männer und Frauen gleichermaßen auszuwirken.

Veränderungen der psychische Erkrankungen bei männlichen DAK-Mitgliedern nach Diagnosegruppen im Vergleich zu den Frauen

Auch wenn der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Störungen kein männertypisches Phänomen darstellt, wird er nachfolgend vertiefend analysiert. Dabei interessiert zunächst, welchen Anteil die Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen dieser Hauptgruppe an dieser Entwicklung haben. Abbildung 33 zeigt die Entwicklung der Fehltage in 2007 gegenüber 2000 aufgrund psychischer Erkrankungen aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen für die männlichen und weiblichen DAK-Versicherten im Vergleich.

**DAK-
Gesundheitsreport
2005**

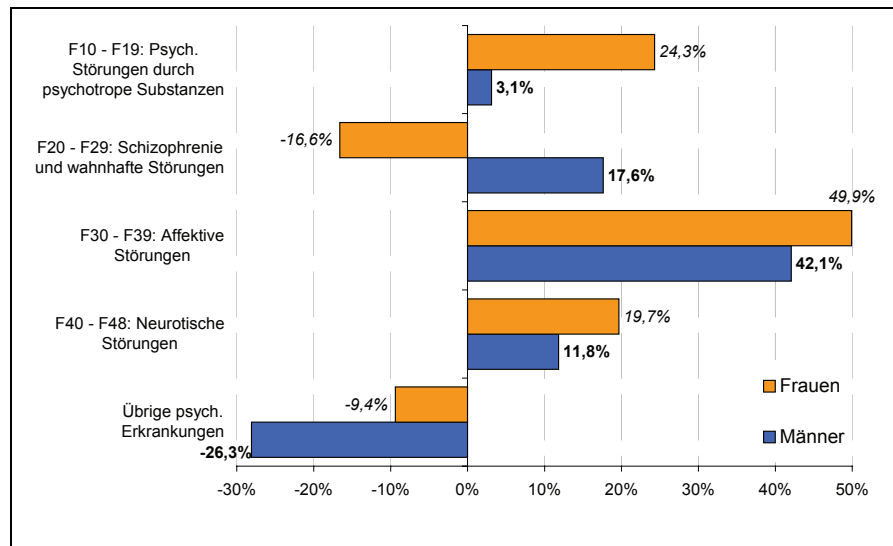
**Gründe für den An-
stieg psychischer Er-
krankungen**

Überproportionalen Anstieg der Fehltage aufgrund „affektive Störungen“

Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist bei den Männern auf einen überproportionalen Anstieg der Diagnosegruppe „affektive Störungen“ zurückzuführen. Diese Zunahme fällt jedoch nicht ganz so hoch aus wie bei den Frauen (42,1 % vs. 49,9 %).

Abbildung 33:

Veränderung des AU-Volumens aufgrund psychischer Erkrankungen in 2007 gegenüber 2000 nach Diagnosegruppen bei Männern und Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Deutlich zugenommen haben bei den Männern auch Fehltage aufgrund von Schizophrenie und wahnhafter Störungen. Bei den Frauen zeigt sich diesbezüglich ein Rückgang. Weniger stark als bei den Frauen haben bei den Männern Fehltage aufgrund neurotischer Störungen zugenommen (11,8 % vs. 19,7 %). Auch haben unter den männlichen im Vergleich zu den weiblichen DAK-Versicherten Fehltage aufgrund psychischer Störungen durch psychotrope Substanzen nur moderat zugenommen (3,15 vs. 24,3 %). Mit 9,3 AU-Tagen pro 100 Versicherte begründet diese Diagnosegruppe bei den Männern jedoch deutlich mehr Fehltage als bei den Frauen (4,4 AU-Tage pro 100 Versicherte).

Übrige Psychische Erkrankungen rückläufig

Die deutlichen Anstiege der Fehltage der Männer, insbesondere in Bezug auf affektive Störungen, werden durch einen Rückgang der Fehltage aufgrund übriger psychischer Erkrankungen kompensiert. Im Zuge des überproportionalen Anstiegs der Fehltage aufgrund affektiver Störungen um gut 42 % hat sich bei den Männern in 2007 gegenüber 2000 die Bedeutung der Diagnosengruppen verschoben (vgl. Abbildung 34).

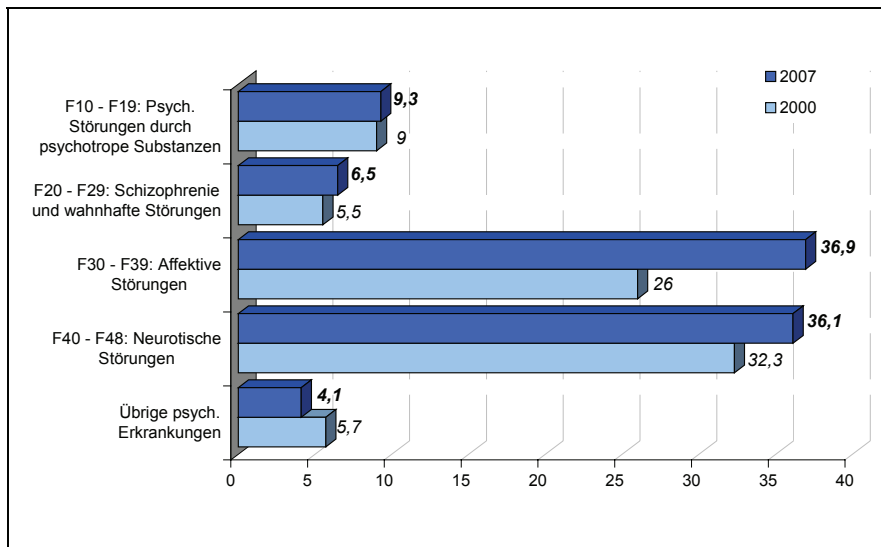


Abbildung 34:

AU-Tage nach Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen in 2007 und 2000 bei Männern

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Dominierten 2000 allein noch die neurotischen Störungen das AU-Geschehen der Männer aufgrund psychischer Erkrankungen, haben in 2007 die affektiven Störungen mehr als aufgeschlossen. Von insgesamt 92,9 AU-Tagen pro 100 ganzjährig versicherter Männer in 2007 entfallen rd. 40,0 % auf „Affektive Störungen“, 2000 waren dies nur 33 % bei insgesamt 78,5 AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen.

„Affektive Störungen“ in 2007 bedeutendste Diagnosegruppe bei Männern

Bedeutendste Diagnosegruppe bei den Frauen in 2007 sowie auch in 2000 waren mit 45 % bzw. 48 % die neurotischen Störungen.

Wichtigste Einzeldiagnose in der Gruppe der affektiven Störungen sind sowohl bei Männern als auch bei den Frauen die depressiven Episoden.

Depressive Episoden

Depressive Episoden sind bei den Männern im Vergleich zu den Frauen im Auftreten weniger häufig: 27 AU-Tagen bei den Männern stehen 48,8 AU-Tage bei den Frauen gegenüber. Gegenüber 2000 haben 2007 Fehltag aufgrund von depressivem Episoden bei den Männern um 26,8 % und bei den Frauen um 38,2 % zugenommen.

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von depressiven Episoden sowie auch rezidivierende depressive Störungen haben bei Männern im Vergleich zu den Frauen einen geringeren Anteil am Krankenstand (2,4 % vs. 4,0 % bzw. 0,6 % vs. 1 %), was zum einem auf eine doppelt so hohe Betroffenenquote sowie auch Fallhäufigkeit der Frauen zurückzuführen ist. In Bezug auf die durchschnittliche Dauer von depressiven Episoden zeigt sich ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied: Bei Männern dauert ein AU-Fall gut drei Tage länger als bei den Frauen (36,3 vs. 33,2 Tage pro Fall).

„Männer haben ein hormonelle Grundausstattung, die seltener zur Depression führt. Die Altersdepression wird seltener ‚erlebt‘. Leichtere depressive Verstimmungen werden negiert.“

Dr. Bernhard Schwindl, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden

Dass Männer nur halb so oft von Depressionen betroffen sind wie Frauen ist „eines der stabilsten Ergebnisse der Epidemiologie depressiver Störungen“. Im Laufe eines Jahres leiden etwa 11,2 % der Frauen und 5,4 % der Männer an einer Depression.¹⁸

Die Ursachen für den Unterschied zwischen Männern und Frauen sind noch nicht gänzlich beforscht: Zum einen besteht die Theorie, dass Männer durch ihre hormonelle Situation tatsächlich seltener erkranken bzw. von ihren Depressionen ein geringerer Leidensdruck ausgeht als bei Frauen. Auch die Theorie unterschiedlicher sozialer Lagen von Männern und Frauen findet sich in der Literatur zur Erklärung der Geschlechterdifferenz. Frauen haben durch ihre Lebenssituationen ein höheres Risiko als Männer; so sind sie etwa häufiger von Armut betroffen oder sind nicht berufstätig.¹⁹

Zum anderen wird von statistischen Artefakten ausgegangen.²⁰ Die Erkrankungshäufigkeit von Männern und Frauen ist in etwa vergleichbar, jedoch beruhen die beobachtbaren Differenzen in Prävalenzstudien darauf, dass Männer und Frauen sich deutlich im Hilfesuchverhalten voneinander unterscheiden und dass aufgrund eines anderen Symptombildes Depressionen bei Männern seltener diagnostiziert werden.

Auf die Frage, welche praktischen Konsequenzen hieraus für die Behandlung von „Männerdepressionen“ bestehen, wird vertiefend in Kapitel 4.4 eingegangen.

¹⁸ Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

¹⁹ Mehrbach M, Singer S, Brähler E (2002). Psychische Störungen bei Männern und Frauen In Hurrelmann K, Koliip P (Hrsg.). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans-Huber: 258-272

²⁰ Vgl. Möller-Leimköhler AM (2000) Männer und Depression: geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 68: 489–495

Fazit – gesundheitliche Probleme von Männern in der Arbeitswelt

Männer gelten, nicht zuletzt aufgrund des niedrigeren Krankenstandes im Vergleich zu den Frauen, als weniger belastet in der Arbeitswelt. Die Sonderanalysen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas haben dennoch eine Reihe von mÄnnerspezifischen gesundheitlichen Problemstellungen erbracht, d.h. es zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen im Krankheitspektrum von MÄnnern und Frauen:

MÄnnerspezifische ArbeitsunfÄhigkeitsdiagnosen zÄhlen vorrangig zu den Bereichen Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen sowie Herzkreislaufkrankungen. Die hÄhere Betroffenheit der MÄnner im Vergleich zu den Frauen in Bezug auf diese Krankheitspektren bestÄtigen auch die Analysen der Krankenhausdaten. Daruber hinaus zeigt sich anhand dieser Daten eine deutlich hÄhere Betroffenheit der MÄnner in Bezug auf psychische VerhaltensstÄrungen durch Alkohol, Neubildungen wie den Lungenkrebs sowie Erkrankungen des Verdauungssystems.

Zur ErklÄrung der Problematik der geschlechtsspezifischen Diagnosen lassen sich zum einen Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und TÄtigkeitsschwerpunkten und damit einhergehende Belastungen anföhren:

- MÄnner arbeiten hÄufiger als Frauen an ArbeitsplÄtzen mit hohen kÄrperlichen und Umgebungsbelastungen sowie hÄufiger in unfalltrÄchtigen Branchen.

Der Einfluss dieses Faktors zeigt sich insbesondere bei den geschlechtsspezifischen Krankenstandwerten nach Wirtschaftsgruppen. FÜR die mÄnnlichen DAK-Versicherten zeigt sich in vier Branchen ein abweichendes Bild: Im „Baugewerbe“, im „sonstigen verarbeitendes Gewerbe“ sowie im Wirtschaftszweig „Verkehr und Nachrichtenubermittlung“ liegt der Krankenstand nicht nur deutlich uber Durchschnitt der DAK-MÄnner, sondern auch deutlich uber dem Krankenstandwert der Frauen in den jeweiligen Branchen. HÄhere KrankenstÄnde als die Frauen weisen auch die MÄnner im Wirtschaftszweig „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ auf.

Innerhalb der mÄnnlichen DAK-Population und im Vergleich zu den Frauen sind die hier beschÄftigten MÄnner zu den besonders belasteten Versicherten zu zÄhlen. Ein wichtiger ErklÄrungsansatz, der fÜR die Geschlechterdifferenz zum Tragen kommt ist, dass die MÄnner hier uberwiegend im Produktionsbereich mit hohen Belastungen und die Frauen in dem weniger gesundheitlich belastendem Verwaltungsbereich tÄtig sind.

Zum anderen lassen sich zur ErklÄrung der geschlechtsspezifischen Diagnosen verhaltensbezogene Faktoren anföhren:

Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankenstandes gibt mÄnnerspezifische Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt

Gründe fÜR geschlechtsspezifische Unterschiede:

Arbeitsbedingungen und TÄtigkeiten

Riskanteres Gesundheitsverhalten

- Männer verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit deutlich riskanter als Frauen. So weisen Männer in den Statistiken zum Alkohol- und Tabakkonsum einen höheren Anteil aus und im Vergleich zu Frauen essen sie häufig üppiger, fettreicher und weniger gesund.²¹

Bei vielen der bekannten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Krebserkrankungen bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede, so dass diese Erkrankungen auch entsprechend häufiger bei den Männern auftreten.

- Männer verhalten sich nicht nur riskanter als Frauen. Männer haben ein anderes Gesundheitsverhalten als Frauen, insofern sie Krankheitszeichen später bemerken oder negieren und das Gesundheitswesen seltener beanspruchen.

Dieser Erklärungsansatz ist eher eine Begründung für den im Durchschnitt zu den Frauen niedrigeren Krankenstand. Die im Vergleich zu Frauen geringere Inanspruchnahme steht im Zusammenhang mit umfassenden Theorien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Körperwahrnehmung:

„Männer meiden Vorsorgeuntersuchungen und Arztbesuche werden aufgeschoben.“

Dr. Oliver Busch, Urologische Praxis Diez

Männer neigen eher zur Verleugnung oder Bagatellisierung von Symptomen, suchen seltener oder später einen Arzt auf und nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil. Ein möglichst frühe Wahrnehmung von Krankheitszeichen sowie eine regelmäßige Inanspruchnahme ist im Hinblick auf die Erkrankungsrisiken wünschenswert, weil die Heilungschancen dadurch erhöht werden.

Welche Vorstellung Männer von Gesundheit konkret haben und wie sensibel sie gegenüber gesundheitlichen Problemen sind, diese Fragen werden vertiefend in Kapitel 4.3 nachgegangen.

4.3 Männergesundheit: Facetten männerspezifischer Gesundheitsrisiken und -potentiale

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Krankheitsrisiken sind belegt. Woran liegt es nun, dass Männer kürzer leben als Frauen? Sind es die Gene, das Verhalten, die Arbeitsbedingungen oder der Rollenstress? Ist Mannsein für sich genommen bereits ein Risikofaktor? Sind Männer mit Bezug auf die kürzere Lebenserwartung das „schwache“ Geschlecht?

²¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de (2.1.08) Statistiken: Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent (Mikrozensus) und mittlerer täglicher Alkoholkonsum in Gramm (Bundes-Gesundheitssurvey 1998)

Die Ursachen für das höhere Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko von Männern sind noch nicht völlig geklärt. Biologisch-genetische Faktoren, sozio-kulturelle, verhaltens- und umweltbezogene Faktoren tragen gleichermaßen zur Erklärung bei. Einen Überblick auf die nach heutigem Stand der Forschung relevanten Erklärungsansätze zeigt Abbildung 35.

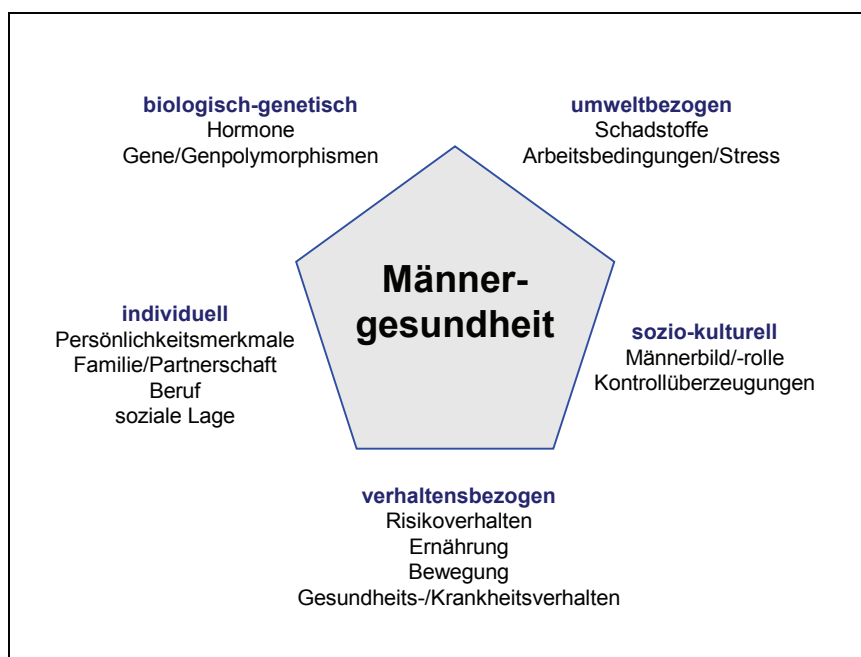


Abbildung 35:

Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Männern

Quelle: IGES, eigene Darstellung

Ein nicht unbedeutender Faktor für die kürzere Lebenserwartung von Männern ist die biologisch-genetische Grundausstattung. Nicht nur Körpergröße, Augen, Haut- und Haarfarbe, also das äußere Erscheinungsbild des Mannes haben ihre Wurzeln in den Genen, auch die Veranlagung häufiger Erkrankungen des Mannes wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Prostatakarzinom und erektile Dysfunktionen können genetisch bedingt sein.²²

biologisch-genetische Grundausstattung

Androtopie Krankheiten, d.h. Krankheiten, die bevorzugt bei Männern auftreten, können durch Mutationen auf dem Y-Chromosom und rezessive Mutationen auf dem X-Chromosom verursacht werden.²³

Androtopie

²² Mathers MJ, Klotz T, Sommer F (2007) Polymorphismen in der Männergesundheit. In: Die Medizinische Welt, 3: 65–70

²³ Meschede D (2005) Molekulargenetik männertypischer Erkrankungen. In: Schill WB, Bretzel RG, Weidner W (Hrsg.) Männermedizin in der allgemeinmedizinischen und internistischen Praxis. München, Jena: Urban und Fischer: 599–601

Auch gelten männliche Föten aufgrund ihrer Gene bereits im Mutterleib als anfälliger und männliche Säuglinge versterben bereits im ersten Lebensjahr häufiger als weibliche Babys: Das Sterblichkeitsrisiko im ersten Lebensjahr je 100.000 Männer zu je 100.000 Frauen war 2006 um 20 % höher unter Berücksichtigung aller Todesursachen (vgl. Abschnitt 4.1). Bezogen auf die Diagnose „Plötzlicher Kindstod“ (R95) war das Sterblichkeitsrisiko der männlichen Babys nahezu doppelt so hoch (SMR = 1,9).

Einfluss von Geschlechtshormonen

Neben den Genen haben auch die Geschlechtshormone einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Es ist bekannt, dass Testosteron nicht nur das Aggressionspotential, den Bewegungsdrang und die Risikobereitschaft, sondern auch das männliche Immunsystem beeinflusst. In Bezug auf Östrogen hält sich die These, dass dieses Hormon bei Frauen über eine längere Lebensspanne als natürlicher Schutzfaktor vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirkt.²⁴

Biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen erklären etwa ein bis zwei Jahre der Differenz in der Lebenserwartung

Es ist wissenschaftlich allerdings nicht zu rechtfertigen, die kürzere Lebenserwartung von Männern nur auf die Biologie zurückzuführen. Marc Luys „Klosterstudie“, in der er die Lebenserwartung von Mönchen und die von Nonnen miteinander und mit der Allgemeinbevölkerung verglich, stützt die These, dass biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen nur zu einem Teil – etwa ein bis zwei Jahre – die beobachtete Differenz in der Lebenserwartung erklären.²⁵

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interaktion zwischen den genannten Faktoren und damit das Wirkungsgefüge in Bezug auf die Gesundheit von Männern, aber auch von Frauen, nicht nur hoch komplex, sondern bislang auch nicht völlig geklärt ist. Obwohl die geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiede sehr auffällig und seit langem bekannt sind, wurden nur wenige Anstrengungen bislang unternommen, diese Unterschiede interdisziplinär wissenschaftlich zu untersuchen.²⁶

Dies hat Konsequenzen für Prävention, Diagnostik, Therapie. Erst allmählich wächst die Erkenntnis, dass es erforderlich ist, geschlechtsspezifische Unterschiede in diesen Feldern verstärkt zu thematisieren, zu erforschen und zu erklären. Die Ergebnisse wären bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung entsprechend zu berücksichtigen.

²⁴ Deutsche Angestellten Krankenkasse (2006) DAK-Gesundheitsreport 2006. Schwerpunkt: Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter. Hamburg

²⁵ Marc Luy (2002) Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 106. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt

²⁶ Klotz T (2006) Kann Verhaltensänderungen Männersterblichkeit beeinflussen? Schnittstellen zwischen Soziologie und Physiologie. In: Blickpunkt DER MANN, 3:16–18

Welchen Belastungen sind Männern ausgesetzt, die ein gesundes langes Leben verhindern können? – Die Sicht von Experten

Wenn die biologisch-genetischen Faktoren lediglich ein bis zwei Jahre der kürzeren Lebenserwartung von Männern erklären, wäre der weitaus größere Erklärungsanteil den Verhaltensweisen, Umwelt- und Lebensbedingungen und den damit einhergehenden Risiken und Belastungen zu zuschreiben. Dies wirft die Frage auf, welche spezifischen Risiken und Belastungen vor allem auf Männer zutreffen. Die DAK hat diese Frage zum Anlass genommen und Experten aus Forschung und Praxis im Rahmen einer schriftlichen Befragung um ihre Einschätzung der Situation gebeten.

Die Mehrheit der Experten argumentiert vor dem Hintergrund rollentheoretischer Ansätze. Mannsein bringt spezifische Belastungen und Risiken mit sich, deren Grundstein bereits in frühesten Jugend gelegt wird. Besonders häufig wurden genannt:

- Ehrgeiz, Leistungs- und Erfolgsorientierung einerseits,
- Verneinung von Schwäche, Angst und Unsicherheit andererseits.

Männliche Rollenbilder entwickeln sich weniger aus der Biologie heraus, sondern sind das Ergebnis einer spezifisch männlichen Sozialisation – „Indianerherz kennt kein Schmerz“: Männliche Verhaltensweisen werden befördert, weibliche negiert. Sie entfalten ihre Wirkung von Geburt an, in dem sie die Wahrnehmung, die soziale Stellung, das Verhalten sowie auch die Strukturen von Männern untereinander beeinflussen.

In dem männlichen Rollenstress – z.B. „Machtmann“ oder „Erwerbsmann“ – sehen die befragten Experten mehrheitlich den Hauptbelastungsfaktor für die gesundheitliche Gefährdung von Männern: Männer leben meist unbewusst mit einer gesellschaftlichen Erwartung an ihre Rolle als Arbeitnehmer, Führungskraft, Vater, Sohn, Lebenspartner, Ernährer, Finanzier, Beschützer oder einfach nur Mann. Bereits im Zuge einer geschlechtsspezifischen Sozialisation werden Jungen zu einer weniger ausgeprägten Wachsamkeit gegenüber ihrem Körper erzogen. Im Erwachsenenalter erfüllen sie Erwartungen, erbringen Leistungen und negieren eigene Bedürfnisse wie Zeit für Freizeit und Entspannung.

Ein Teil der Experten problematisiert in diesem Zusammenhang aber auch das Phänomen der Doppelbelastung durch Beruf und Familie/Kindererziehung. Dieses wird alltagspraktisch oft nur Frauen zugeschrieben, Vereinbarkeitsprobleme können aber auch für alleinerziehende Väter bestehen sowie für „neue“ oder „moderne“ Männer, die in modernen Partnerschaften leben, die eine Arbeitsteilung bei Hausarbeit und Kindererziehung praktizieren.

„Ein wesentlicher Risiko- und Belastungsfaktor ist die traditionelle männliche Geschlechtsrolle selbst, da sie zu selbst- (und fremd-) schädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen führt.“

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

„Macho-Mentalität, zu der die meisten Männer in ihrer Jugend auch infolge von gesellschaftlichem Selbstverständnis oder von „Peer-Pressure“ erzogen worden sind oder sich in dieser Richtung entwickelt haben, ist sicher eine Belastung, die ein gesundes, langes Leben beeinträchtigt.“

Christian Ligensa, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

„Die mit der männlichen Geschlechtsrolle verknüpfte Insensibilität führt auch dazu, dass sich Männer seltener Erholungsphasen und Auszeiten gönnen, weil sie Erschöpfungssignale nicht wahrnehmen.“

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

„Die typische männliche Geschlechterrolle beinhaltet grundsätzlich einen wenig rücksichtsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Belastungen werden nicht als Beanspruchung empfunden, sondern als gelungene Herstellung der eigenen ‚Männlichkeit‘.“

Michael Gümbel, Gender-Trainer, Hamburg

„Riskantere Verhaltensweisen wie kräftiges Zulangen beim Essen, schnelles Fahren im Straßenverkehr, hohe Trinkfestigkeit u.ä sind häufig auch Ausdruck vom Ausleben der Männerrolle.“

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

„Die Gesundheitsrisiken sind den Männern größtenteils unbekannt. Wenn sie bekannt sind, so wird nicht entsprechend gelebt bzw. gehandelt.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Es wird zu sehr auf die klassischen Risikoverhaltensweisen (Alkohol, Rauchen usw.) abgezielt und weniger diffuse Risikokonstellationen (z.B. aggressives Peer-verhalten in Schulen, Stress in der Arbeitswelt) genauer analysiert und kommuniziert.

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

„Zur Männergesundheit gehört unbedingt eine gesunde Psyche und geordnete Familienverhältnisse. Hier lauern bei Männern die größten Gefahren: Partnerschaftsproblemen, ungeklärte Beziehungen zur Herkunftsfamilie und Durchsetzungsprobleme in der Herkunftsfamilie und aktuellen Familie sowie ungeklärte Rollenverteilung in modernen Beziehungen.“

Prof. Anna Schoch,

Einige Experten führen zudem an, dass nicht zuletzt auch die Modernisierung des Rollenbildes der Frau einen Belastungsfaktor darstellt: Tradiertere männliche Kommunikations- und Verhaltensmuster verlieren ihre Gültigkeit, ohne dass es bereits einen allgemein erkannten Ersatz gibt. Die durch diese Veränderung einhergehende Verunsicherung und die Angst, gegenüber emanzipierten, selbstbewussten Frauen an Männlichkeit „zu verlieren“, kann für Männer doppelt belastend sein.²⁷

Neben dem traditionellen männlichen Rollenstress sehen die Experten besonders auch

- gefährlichere, körperlich fordernde Berufe,
- ungünstige Arbeitszeitlagen sowie lange Arbeitszeiten,
- berufliche Abhängigkeit und berufliche Gratifikationskrisen,
- stärkere Belastungen durch Arbeitsplatzunsicherheit, niedrigen beruflichen Status und Arbeitslosigkeit sowie
- Rivalität und Konkurrenz am Arbeitsplatz

als weitere spezifische Gesundheitsrisiken von Männern. Die negativen Folgen arbeitsweltbezogener Belastungsfaktoren spiegeln sich teils in den Arbeitsunfähigkeitsanalysen der männlichen DAK-Versicherten wider.

Als einen weiteren mänderspezifischen Belastungsfaktor führen die Experten die bereits angesprochenen riskanteren Verhaltensweisen von Männern an. Besonders häufig wurden genannt:

- selbstschädigendes Verhalten (u. a. in Bezug auf Alkohol, Nikotin, Straßenverkehr und Sport)
- ungesundes Ernährungsverhalten (u.a. Fett, Fleisch, weniger Maßhalten, Übergewicht)
- unzureichendes Körper- und Gesundheitsverhalten (u.a. Bewegungsmangel, kaum Vorsorge, Negierung von Krankheit)

Die Experten weisen vereinzelt darauf hin, dass die riskanten Verhaltensweisen von Männern teils mit oben genannten Belastungsfaktoren in Zusammenhang stehen. Männer neigen in belastenden Situationen (z.B. Arbeitsstress, Überforderung, Partnerschaftsprobleme etc.) dazu, diese durch ungesunde übertriebene Verhaltensweisen zu kompensieren (z.B. Konsum von Alkohol). Männer verfügen im Vergleich zu Frauen vielfach über wenig angemessene Bewältigungsstile.

²⁷ Fischer G (2005) Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben. Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder. Wien

Auf die Frage, ob Männern diese Risiken bekannt sind, zeichnet sich unter den Experten kein einheitliches Bild ab. Einige Experten gehen davon aus, dass die Risiken Männern gar nicht bzw. nicht ausreichend bekannt sind und es daher einer verstärkten Aufklärung bedarf.

Dem steht der Teil der Experten gegenüber, die den Männern durchaus eine ausreichende Kenntnis über Gesundheitsrisiken bescheinigen. Dieses Wissen um Risiken wird jedoch nicht im Sinne eines guten Gesundheitsbewusstseins handlungsrelevant.

Welche Ressourcen haben Männer, die ihnen ein gesundes Leben ermöglichen?

Ausgehend von einer salutogenetischen Perspektive hat die DAK die Frage nach männertypischen Ressourcen – gemeint sind Bewältigungs- und Widerstandsressourcen – ebenfalls dem Expertenkreis gestellt. Bei den Antworten der Experten fällt auf, dass die Faktoren, die zuvor zu den männerspezifischen Belastungen gezählt wurden, gleichermaßen zu den Ressourcenfaktoren gezählt werden, zumindest wenn sie positiv charakterisiert sind.

Hinsichtlich der Schutzfaktoren für ein gesundes Leben von Männern sehen die Experten mehrheitlich die Vorteile in Bezug auf

- bessere Berufschancen und Vergütung bei gleicher Qualifikation, größere Aufstiegschancen in der Arbeitswelt
- in Beziehungen häufiger weniger Doppelbelastungen bzw. vergleichbare Mehrfachbelastung durch Berufstätigkeit, Hausarbeit und Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger etc.
- mehr soziale Unterstützung (Eltern, Familie, Partnerschaften, Vereinszugehörigkeit)
- selbstwertsteigernde und handlungsbezogenere Copingstrategien (u.a. mehr körperliche Aktivität)
- höhere Symptomtoleranz, höhere körperliche und seelische Belastungsfähigkeit
- höhere Selbstzufriedenheit und Autonomie.

Nahezu alle Experten betonen die Bedeutung funktionierender und stabiler Partnerschaften für die Gesundheit von Männern. Die partnerschaftliche Unterstützung gilt als eine der wesentlichen protektiven Faktoren im Umgang von Belastungen und für den Aufbau eines bewussten Gesundheitsverhaltens. Bricht diese Unterstützung weg, zeigen Männer nicht selten eine höhere Morbidität sowie auch Mortalität.²⁸

„Wie sich Männer verhalten sollten, ist eigentlich klar und durch epidemiologische Studien bestätigt... Dass Männer sich anders verhalten, hängt mit der Geschlechtsrolle zusammen und damit, dass viele der riskanten Verhaltensweisen natürlich lustvoller sind (und nicht so nach Askese klingen).“

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

„Die Bewältigungsstrategien der Männer bestehen im Handeln. Insofern liegt der Therapie-Fokus bei Männern in der Entdeckung ihrer eigenen Bedürfnisse und Sehnsüchte.“

Dr. Wolfgang Neumann, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

„Andererseits beinhaltet die männliche Geschlechtsrolle auch gewisse Vorteile bzw. Gesundheitspotentiale. Mit anderen Worten: Die gelungene Herstellung von ‚Männlichkeit‘ kann auch als Ressource wirken.“

Michael Gümbel, Gender-Trainer

„Die größten Ressourcen sehe ich einerseits in der Fähigkeit, Stress auf der körperlichen Ebene abzureagieren. Andererseits trägt zur Gesundheit der Männer bei, dass sie immer noch mehr Geld verdienen und häufig in anspruchsvolleren beruflichen Positionen sind.“

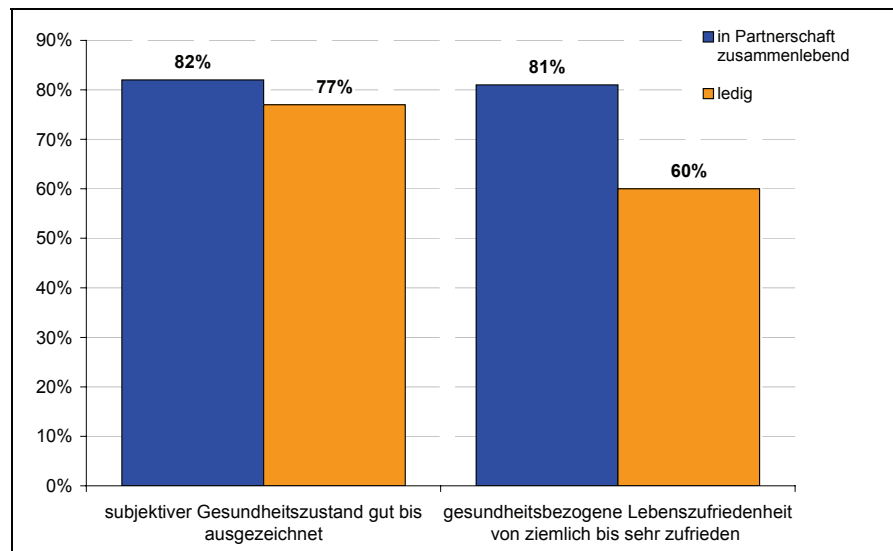
Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

²⁸ Goeschel A (2007) Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für Männer in den Regionen für Deutschland. Blickpunkt DER MANN, 1: 29–37

Auch in der DAK-Bevölkerungsbefragung zeigt sich der hohe Stellenwert von Partnerschaften für das Wohlbefinden von Männern. Männer, die in Partnerschaft zusammenleben, bewerten im Vergleich zu ledigen Männern ihren subjektiven Gesundheitszustand sowie auch ihre gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit nennenswert besser (Abbildung 36).

Abbildung 36:

Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit differenziert nach Partnerschaft



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Welche Vorstellungen haben Männer von Gesundheit und wie bewerten Sie ihr Gesundheitsverhalten? – Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurden die Männer nicht nach ihrem persönlichen Belastungsempfinden einerseits und den verfügbaren Ressourcen andererseits befragt. Im Fokus der Befragung von Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren stand vielmehr die Bedeutung von Aspekten wie z.B. Partnerschaft, beruflichem Erfolg für ihr gesundheitliches Wohlbefinden und die damit zusammenhängende Lebenszufriedenheit sowie die Frage, was sie für ihre Gesundheit tun.

Auch bei der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit zeigt sich ein positives Bild. 34 % sind sehr und 41 % sind ziemlich zufrieden, wenn sie alle wichtigen Aspekte zusammennehmen.

Abbildung 37 zeigt das Ergebnis zur Bedeutung der abgefragten Dimensionen für das eigenen Wohlbefinden und die Gesundheit für alle Befragten im Überblick, da sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Befragte mit einem sehr und einem weniger guten subjektiven Gesundheitszustand zeigen.

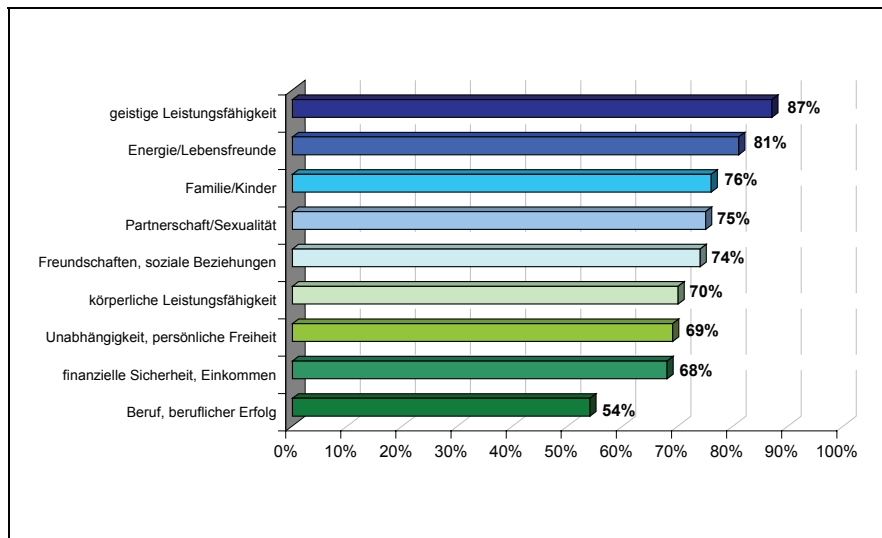


Abbildung 37:

Subjektive Gesundheitsvorstellung

Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Aspekte für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden?

(Anteil extrem wichtig/sehr wichtig)

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Den Antworten nach kennzeichnen die Männer durchaus differenziertere Vorstellungen von Gesundheit. Neben der ausgesprochenen Wichtigkeit der hier abgefragten Dimensionen spricht für die Differenziertheit die Streuung der Angaben zwischen 87 % in Bezug auf „geistige Leistungsfähigkeit“ und 54 % hinsichtlich der Dimension „Beruf, beruflicher Erfolg“.

„Männergesundheit“ ist also nicht allein eine Frage der geistigen und körperlichen Gesundheit, sondern vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess, der auch Energie und Lebensfreude, Familie und Kinder etc. umfasst.

Anders als erwartet – gilt Berufstätigkeit doch als Kern männlicher Lebensinszenierung²⁹ – messen die befragten Männer dem Beruf und beruflichem Erfolg von allen abgefragten Dimensionen die geringste Bedeutung für ihre Gesundheit zu. Auch die körperliche Leistungsfähigkeit schätzen die Männer im Vergleich zur geistigen Leistungsfähigkeit deutlich weniger wichtig für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden ein.

In allen Altersgruppen sowie im Durchschnitt aller Befragten wird der geistigen Leistungsfähigkeit die höchste Bedeutung beigegeben. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Studien- und Befragungsergebnissen, in denen Erkrankungen wie z.B. Alzheimer neben bösartigen Tumorerkrankungen als bedrohlichste Erkrankungen bewertet werden.

Für 87 % der Männer ist die geistige Leistungsfähigkeit am wichtigsten für ihre Gesundheit

²⁹ Z.B. Lehner E (2004) Männer stellen Arbeit über die Gesundheit. Männliche Lebensinszenierungen und Wunschkrollenbilder. In: Altgeld T (Hrsg.) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim/München: Juventa: 49–63

Männer messen körperlichen, finanziellen und beruflichen Aspekten eine geringere Bedeutung bei

Alles in allem bleibt, insbesondere vor dem Hintergrund der eingangs präsentierten Expertenstatements, das überraschende Resümee zu ziehen, dass die befragten Männer durchaus ein differenziertes Gesundheitsverständnis kennzeichnet und sie psychischen und sozialen Aspekten wie der geistigen Leistungsfähigkeit, Energie und Lebensfreude, Familie/Kinder, Partnerschaft/ Sexualität sowie Freundschaftsbeziehungen eine höhere Bedeutung für ihre Gesundheit beimessen als beruflichen, finanziellen und körperlichen Aspekten.

Gewinnt Gesundheit für die Männer an Bedeutung?

Wie sind die aktuellen Zahlen zu interpretieren? Zeichnet sich unter Männern ein Wertewandel ab? Gewinnt Gesundheit für die Männer an Bedeutung und wird deshalb in Zukunft Gesundheit bzw. Gesundheitsbewusstsein zur selbstverständlichen Eigenschaft von Männern? Dafür spricht, dass die Ergebnisse der Befragten in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen in Bezug auf die finanzielle Sicherheit/Einkommen sowie Beruf/Karriere kaum von dem hier präsentierten Durchschnitt abweichen.

Als gesundheitsbewusst gilt, wer unter anderem auf eine gesunde Ernährung achtet und Sport treibt. Insgesamt kennzeichnet die DAK-Männerstichprobe eine hohe Aktivität in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen. Gefragt nach Freizeitaktivitäten, denen man am häufigsten nachgeht, um etwas für das körperliche und seelische Wohlbefinden zu tun, antworten die Männer wie folgt:

Gesundheitsrelevante Freizeitaktivitäten bei Männern

- 69 % treiben aktiv Sport
- 63 % gehen regelmäßig spazieren
- 23 % gehen in die Sauna/ins Thermalbad
- 10 % machen autogenes Training oder ähnliches.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die differenzierten Vorstellungen von Gesundheit in die Freizeitaktivitäten einfließen. Lediglich 6 % der Befragten machen nichts von alledem. In Bezug auf die Merkmale „treibe aktiv Sport“ und „Sauna/Thermalbad“ besteht ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen Haushaltseinkommen und Bildung, d.h. je höher das Haushaltseinkommen bzw. die Bildung, desto häufiger wird diesen Aktivitäten nachgegangen. Befragte, die ihren Gesundheitszustand weniger gut einschätzen, sind in der Gruppe der aktiv Sporttreibenden nennenswert unterrepräsentiert.

Nur 5 % der Männer sind der Meinung, dass sie zum Erhalt ihrer Gesundheit wenig tun können.

Das differenzierte Gesundheitsverständnis der Männer mündet auch in die Vorstellung einer „selbstverantworteten Gesundheit“. Lediglich 5 % der Männer sind der Meinung, dass sie zum Erhalt ihrer Gesundheit wenig tun können. Weitere 8 % sind ebenfalls dieser Meinung, tun jedoch trotzdem etwas für ihre Gesundheit.

Die übrigen 87 % der Befragten wurden im Rahmen einer differenzierten Auswertung nach Alter vertiefend betrachtet (vgl. Abbildung 38).

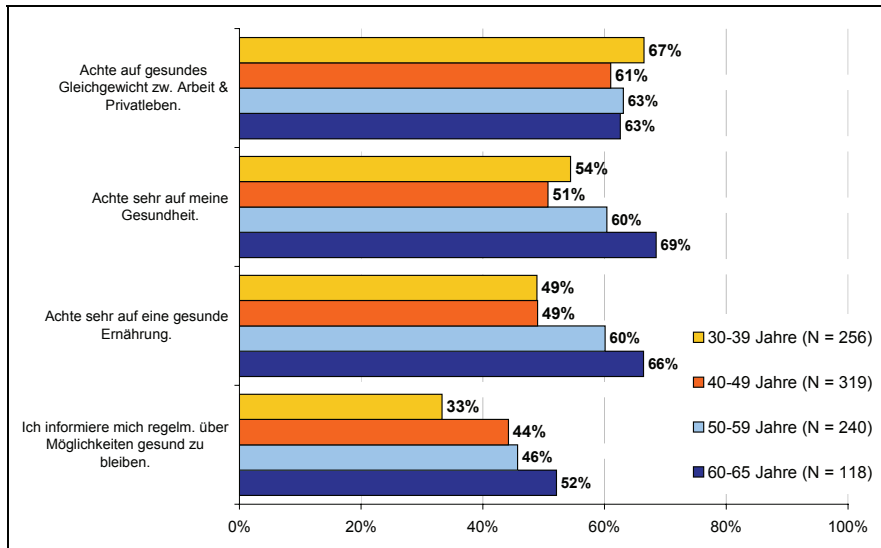


Abbildung 38:

Wie beurteilen Sie Ihr Gesundheitsverhalten?

Was trifft auf Sie zu?

(Nur Befragte, die nicht der Meinung sind, dass sie für ihre Gesundheit wenig tun können).

Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Besonders im Trend, und das gilt für alle Gruppen, liegt das Thema Work-Life-Balance. Die befragten Männer geben an, dass sie auf ein gesundes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben achten. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund, dass die befragten Männer sozialen, familiären und partnerschaftlichen Aspekten für ihr Wohlbefinden einen höheren Stellenwert beimessen als beruflichen Dimensionen nachvollziehbar.

Work-Life-Balance bei allen Männern im Trend

Alles in allem zeigt sich, dass die Männer vor dem Hintergrund eines differenzierten Gesundheitsbewusstseins auch ihr Gesundheitsverhalten differenziert beurteilen. Dass sich insbesondere in Bezug auf die Aspekte Ernährung und Information ein gewisser Altersgang zeigt, kann mit einem zunehmenden Risikobewusstsein im Altersverlauf in Verbindung gebracht werden.

Dennoch: Im Hinblick auf das Informationsverhalten besteht bei Männern Verbesserungspotential. Nur rd. 39 % aller Befragten informieren sich regelmäßig über Möglichkeiten gesund zu leben.

Informationsverhalten birgt Verbesserungspotentiale

Wie verhalten sich Männer im konkreten Krankheitsfall?

Über das Gesundheitsverhalten von Männern ist bekannt, dass der Besuch eines Arztes vielfach hinausgezögert wird. Nach dem GEK-Report 2007 variiert die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen nach Geschlecht und Alter. Bis zum Alter von 15 Jahren und nach dem 75. Lebensjahr weisen Männer und Frauen übereinstimmende Werte auf. In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen ist die Differenz zwischen Männern mit 7,1 Arztkontakten je Person gegenüber den Frauen am größten (16,1).³⁰

61 % der Männer gehen bei gesundheitlichen Beschwerden gleich zum Arzt

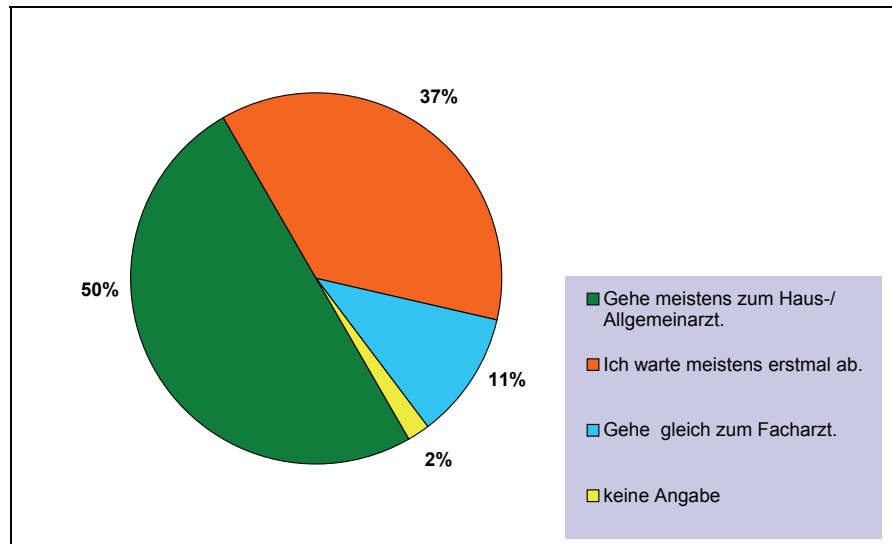
Nach dem konkreten Verhalten im Krankheitsfall bzw. beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden gefragt, antwortet die Hälfte der Männer, dass sie zuerst zum Hausarzt und 11 %, dass sie gleich zum Facharzt gehen (Abbildung 39). Lediglich 37 % aller Männer antworten hingegen, dass sie – getreu dem Motto „Was von alleine kommt, geht auch von allein!“ – erst einmal abwarten. Bei einer geringeren subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands senkt sich dieser Anteil auf unter 30 % ab und der Anteil der Männer, die sofort zum Hausarzt gehen, erhöht sich auf über 55 %.

Auch zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit dem Alter. Je älter die Befragten, desto weniger warten die befragten Männer ab, bevor sie bei gesundheitlichen Problemen zum Arzt gehen. Auch das Zusammenleben in Partnerschaft wirkt sich positiv auf das Gesundheitsverhalten im konkreten Krankheitsfall aus.

Abbildung 39:

Verhalten im Krankheitsfall

Wie verhalten Sie sich im Krankheitsfall, beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden?



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

³⁰ Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)(Hg.) (2007). GEK- Report ambulante ärztliche Versorgung 2007. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt Ambulante Psychotherapie. Sankt Augustin: Asgard-Verlag (= GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 59)

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sind leichte Zweifel an der These, dass Männer gesundheitliche Probleme verleugnen oder bagatellisieren, erlaubt. Auch ist die Frage zu stellen, ob nicht das „männliche“, sondern das „weibliche“ Gesundheitsverhalten in Bezug auf die hohe Inanspruchnahme ambulanter Versorgung auffällig ist. Allgemein gesprochen kann eine überhöhte Inanspruchnahme zu einer Fehlnutzung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen führen.

Männer sollten zum Arzt gehen, wenn sie medizinische Hilfe und Bewertung benötigen. Angesichts des obigen Befunds wäre es allerdings verkürzt, die Steigerung der Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes seitens der Männer allein als Königsweg zu mehr Männergesundheit zu propagieren. Auch sollte das Inanspruchnahmeverhalten von Frauen und die damit teils einhergehenden negativen Begleiterscheinungen (Stichwort: Medikalisierung) nicht als Norm gelten, von dem das männliche Verhalten negativ abweicht.

Kennen Männer den Check-up 35 und die Krebsvorsorge und nehmen sie teil?

Ein adäquates Gesundheitsverhalten beinhaltet nicht nur den Gang zum Arzt im Krankheitsfall, sondern auch die regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen:

- Im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus wird zur Früherkennung die so genannte Gesundheitsuntersuchung – auch als Check-up 35 bezeichnet – angeboten. Ab dem 35. Lebensjahr könne alle Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse diese Untersuchung zweijährlich kostenlos in Anspruch nehmen.
- Zur weiteren Standardleistungen zählt die jährliche Krebsvorsorge ab dem 45. Lebensjahr. Diese umfasst für den Mann stets die Tastuntersuchung der Prostata, die Untersuchung des äußeren Genitales und der Haut sowie des Urins. Ab dem 50. bis 55. Lebensjahr kommt hinzu ein jährlicher Test auf verborgenes Blut im Stuhl und mit 55 und 65 Jahren jeweils eine Darmspiegelung zur Früherkennung von Dickdarmkrebs, alternativ alle zwei Jahre ein Stuhlbluttest.

**Check-up 35 zur
Früherkennung einer
Herz-Kreislauf-
Erkrankung**

**Krebsvorsorge beim
Mann**

Kennen Männer, bei denen keine gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, die einen häufigeren Arztkontakt erfordern, diese Vorsorgeleistungen? In die Analysen werden nur die Männer einbezogen, die mindesten 35 bzw. 45 Jahre alt sind.

81 % der Männer kennen den Check-up 35,

Erfreulich ist, dass mit 81 % die überwiegende Mehrheit der Männer das Vorsorgeangebot Check-up 35 kennt. Nur gut jeder fünfte Mann über 35 Jahre kennt die allgemeine Gesundheitsuntersuchung nicht (19 %). Im Vergleich zu den Frauen – im Rahmen der Analysen zum DAK-Gesundheitsreport 2006 zur Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter wurde die gleiche Frage gestellt – erreicht die DAK-Männerstichprobe sogar geringfügig höhere Werte. 2006 gaben 80 % der Frauen an, die Gesundheitsuntersuchung zu kennen.

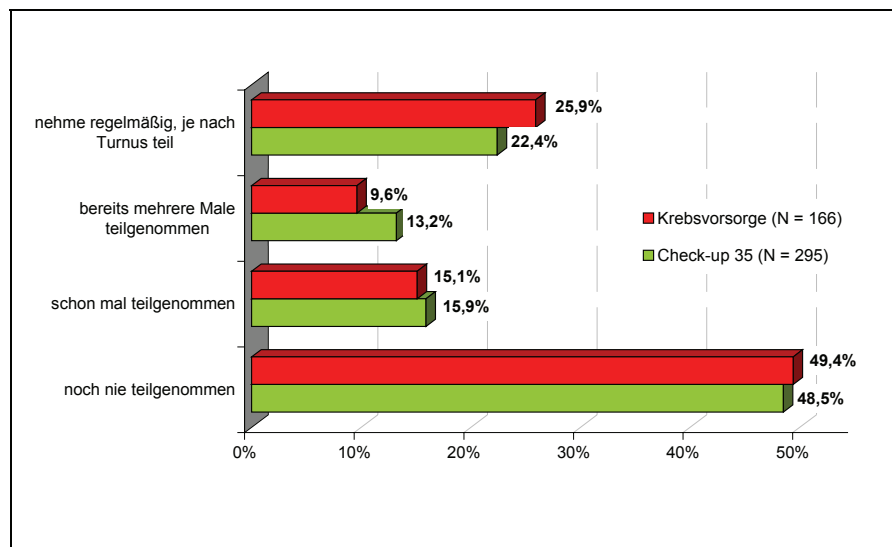
92 % kennen die Krebsvorsorge ab dem 45. Lebensjahr

Noch besser schneiden die Männer in Bezug auf die jährliche Krebsvorsorge ab, die 92 % der Männer im Alter von 45 und älter kennen. Nur weniger als jeder Zehnte kennt die Krebsvorsorgeuntersuchung nicht (8 %). Das Wissen um Vorsorgeuntersuchungen sagt jedoch noch nichts über die Inanspruchnahme aus: In der DAK-Männerstichprobe hat nur etwas mehr als die Hälfte der Männer, die diese Vorsorgeuntersuchungen kennen, auch bereits an diesen teilgenommen (vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40:

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

(Nur Befragte, denen die Untersuchungen bekannt sind und die von keinerlei gesundheitlichen Einschränkungen berichten.)



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Jeder 4. Mann nimmt an Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig teil.

Innerhalb der Gruppe der Männer, die bereits an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, gibt es einige Unterschiede. Hervorzuheben ist, dass nur 22,4 % alle zwei Jahre regelmäßig am Check-up 35 teilnehmen und nur rd. 26 % die jährliche Krebsvorsorge wahrnehmen.

Im Vergleich zu den Frauen geringere Vorsorge mentalität bei den Männern

Im Vergleich zu den in 2006 befragten Frauen schneidet die DAK-Männerstichprobe schlechter ab: Mehr als doppelt so viele Frauen (49 %) nehmen regelmäßig an der Gesundheitsuntersuchung Check-up 35 und zwei Drittel an der Krebsvorsorge teil.

Jeweils annähernd die Hälfte der Männer, die die Vorsorgeangebote kennen, haben jedoch noch nie an diesen teilgenommen. Wie passt dieses Ergebnis mit dem Arztbesuch im Krankheitsfall, 61 % der Männer geht beim Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden gleich zum Arzt (vgl. Abbildung 20), zusammen? Gehen Männer nur bei „Bagatellerkrankungen“ gleich zum Arzt, schrecken sie hingegen bei Früherkennungsuntersuchungen zurück?

Bezüglich der Frage, wie Männer zu einer regelmäßigeren Gesundheitsvorsorge motiviert werden können, wird häufig der Partnerin bzw. einer Partnerschaft eine hohe Bedeutung zugesprochen. Die Ergebnisse der DAK-Männerstichprobe bestätigen diesen Zusammenhang und zeigen auch, dass die regelmäßige Teilnahme im Alter steigt. Hingegen zeigt sich kein deutlicher Zusammenhang in Bezug auf soziale Faktoren wie Haushaltseinkommen oder berufliche Stellung.

Zur Steigerung des Vorsorgeverhaltens von Männern räumten einige Experten einen Bedarf an männerspezifischen Vorsorgeangeboten wie z.B. Männersprechstunden ein. Neben einer verstärkten Aufklärung im Vorfeld der Untersuchungen, sollten Vorsorgeuntersuchungen mit mehr „Prestige“ versehen und wissenschaftlich anerkannte diagnostische Verfahren in der Breite implementiert werden, damit im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen beispielsweise Tumorerkrankungen auch rechtzeitig erkannt werden (siehe auch Abschnitt 4.4).

Das Thema „Männergesundheit“ hat in den letzten Jahren einen beachtlichen Aufschwung erfahren, der sich unter anderem in der Entwicklung männerspezifischer präventivmedizinischer Angebote widerspiegelt, die zu einer höheren Früherkennungsrate und sinkenden Frühsterblichkeit führen sollen. In Kapitel 4.4 wird vertiefend auf diese Entwicklungen eingegangen.

„Unter Männern ist ein häufigerer Gang zur Früherkennung möglicher langsam entstehender oder bereits vorhandener Erkrankungen erforderlich. Hier ist insbesondere die Prostatakrebsvorsorge zu nennen, die üblicherweise in der Vorstellung der Männer und auch immer noch mancher Urologen in einer digitalen rektalen Untersuchung besteht. Das ist keine Früherkennung sondern eine Späterkennung. Der regelmäßige PSA-Test ab 40 Jahren sollte für jeden Mann eine (moralische) Pflicht sein.“

Christian Ligensa, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

„Zur Steigerung der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung durch Männer sollte die rektale Untersuchung weggelassen und die PSA-Bestimmung eingeführt werden.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

4.4 Männer im Versorgungssystem – Schiefelage zwischen Angebot und Nachfrage oder: Was braucht man(n)?

Ist das Versorgungssystem weiblich?

„Frauen können die Möglichkeiten, die unser Gesundheitssystem bietet, leichter nutzen; sie haben ein höheres Gesundheitsbewusstsein.“

Dr. Bernhard Schwindl, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden

Im Vergleich zu Frauen gelten Männer als Vorsogemuffel. Ihre gering ausgeprägte Vorsorgementalität wird „häufig mit traditioneller Männlichkeit“ in Verbindung gebracht. Ist das der „wahre“ Grund? Sind Behandlungen und Therapien inkompatibel mit Männerbedürfnissen? Ist das Versorgungssystem sogar weiblich? – eine Hypothese, die im Rahmen der Expertenbefragung ein interessante Kontroverse hervorbrachte.

Ein Teil der Experten meint, dass Frauen unter anderem durch ihren frühen Kontakt mit dem Frauenarzt das Versorgungssystem mit einigen Ausnahmen (z. B. Chirurgie) – auch in ihrer Rolle als „Familien-Gesundheitsbeauftragte“ – häufiger in Anspruch nehmen als Männer. In Reaktion auf diese Inanspruchnahme hat sich das Versorgungssystem den weiblichen Bedürfnissen angepasst. Außerdem sind Frauen in vielen Gesundheitsberufen (z.B. Pflege) sowie in verhaltens- und psychotherapeutischen Disziplinen in der Überzahl.

Andererseits werden die Strukturen der Versorgung – nach Einschätzung einiger Experten – männlich dominiert:

In vielen Disziplinen, insbesondere Facharztdisziplinen wie Radiologie, Chirurgie, Orthopädie oder Urologie – sind mehr als drei Viertel bis nahezu 100 % der Ärzte Männer. Zudem orientieren sich Therapie und Diagnostik standardmäßig am Mann (z. B. Herzinfarkt). Darüber hinaus nehmen Männer vielfach Entscheidungspositionen bei den beteiligten Institutionen ein. Dies könnte der – zugegebenermaßen paradoxe – Grund dafür sein, dass männerspezifische Gesundheitsprobleme im Versorgungssystem nicht thematisiert werden; selbige sind nicht vereinbar mit dem Rollenbild, das diese Männer selbst von sich haben.

„Das Gesundheitssystem ist geschlechtsunsensibel, weil es weder die Bedürfnisse von Frauen, noch jene von Männern angemessen berücksichtigt und bedient. In vielen Fällen finden wir Über-, Unter- und Fehlversorgung von Frauen, häufig aber auch von Männern, z.B. bei Präventionsangeboten.“

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen

Ein weiterer Teil der Experten meint, dass das Versorgungssystem weder „weiblich“ noch „männlich“ sei, sondern vielmehr unsensibel gegenüber den Interessen von Männern und/oder Frauen, was auch beobachtbare Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Gesundheitsversorgung sowohl von Männern als auch Frauen erkläre. Männer sind besonders unterrepräsentiert, wie gezeigt, in Bezug auf Vorsorgeleistungen sowie auch die Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen wie Depressionen betreffen kann (siehe Exkurs auf S. 85).

Wodurch könnte die gesundheitliche Vorsorge und Versorgung von Männern verbessert werden? Männerärzte, Männersprechstunden und Zentren für Männergesundheit sind Schlagworte in der aktuellen Diskussion. All diesen Ansätzen ist gemein, dass der Mann mit seinen Gesundheitsbedürfnissen und gesundheitlichen Problemlagen in den Mittelpunkt gestellt wird.

Nachfolgend soll nun beleuchtet werden, wie die Fachleute im Rahmen der Expertenbefragung das Thema Männergesundheit und neue Konzepte wie Männersprechstunden und Männergesundheitszentren in Deutschland bewerten. Entsprechen diese neuen Versorgungsangebote einem männerspezifischen Bedarf?

Welche Bereiche fallen aus Sicht der Experten unter die Themenstellung Männergesundheit und welche männerspezifischen Gesundheitsbedürfnisse sind auszumachen?

Spezifische Themen der Männergesundheit werden seitens der Experten einerseits von Unterschieden des Organ- und endokrinen Systems und den damit in Zusammenhang stehenden Krankheitsbildern abgeleitet. Gesundheitsrelevante „Problemzonen“ des Mannes sind

- Prostatagesundheit
- Hodengesundheit, Störung der Hodenfunktion
- Zeugungsunfähigkeit (Infertilität)
- Störungen der Potenz (erektile Dysfunktionen)
- Sexualhormone im Alter (Andropause)
- Dranginkontinenz
- Osteoporose

Andererseits ergeben sich aus Sicht der Experten spezifische Themen der Männergesundheit aus dem Spektrum möglicher männlicher Lebenslagen und Krisen (z.B. Trennung oder Scheidung, Tod eines Kindes oder des Partners, Verlust von Eigentum, des Berufs, Gewalterfahrungen) sowie männlichen Verhaltensweisen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs- und Lebererkrankungen, Unfälle, Suizid) (siehe auch Abschnitt 4.2).

Alles in allem ist der Mann mit seinen spezifisch männlichen Gesundheitsproblemen sowie Einschränkungen und Risiken – in verschiedenen Lebensphasen – Gegenstand der Männergesundheitsforschung. Dabei sollte Männergesundheit alle Bereiche der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit von Männern einschließen. Die Frage nach spezifischen Gesundheitsbedürfnissen von Männern halten die meisten Experten allerdings für kaum zu beantworten.

„Männergesundheit ist ein Teilbereich von Gesundheit an sich. Spezifische Themenstellungen sind Depressionen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, Vulnerabilität von Männern bei Trennungen sowie Arbeitslosigkeit.“

Dr. Anke Bramesfeld, Forschungsnetz psychische Gesundheit und Universitätsklinikum Leipzig

„Männergesundheit befasst sich mit männerspezifischen gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere solchen, die Risiken beinhalten und die normalen Möglichkeiten menschlicher Lebensführung einschränken. Das sind für den Mann u.a. Herz-Kreislaufkrankungen, gutartige Prostatavergrößerung, Prostatakarzinom, die Dranginkontinenz des Alters und die Depression.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

„Tatsache ist jedoch, dass Praxis, Forschung und Gesundheitspolitik erst noch für die Wahrnehmung männerspezifischer Gesundheitsbedürfnisse sensibilisiert werden müssen. Zwar gelten Männer weitgehend noch immer als Standardnorm für die Gesundheitsbedürfnisse der Frauen, aber die tatsächlichen Gesundheitsbedürfnisse der Männer sind weit unbekannter als die der Frauen. Frauen wurden eher somatisch und Männer eher psychologisch vernachlässigt.“

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

Fachliche Kompetenz des Arztes ist für Männer am wichtigsten

Gleich- oder gegengeschlechtliche Ärzte?

Einhellige Meinung der meisten Experten aus Wissenschaft und Praxis ist, dass die Gesundheitsbedürfnisse von Männern nicht ausreichend beforscht sind und konstatierten folglich einen großen Nachholbedarf an geschlechtsspezifischer Bedürfnisforschung.

Neben der Erforschung des subjektiven Krankheits- und Belastungsempfindens bei Männern gilt es, die Gesundheitsvorstellungen von Männern und ihr Alltagsverständnis von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu erforschen. Als defizitär wird das Wissen zudem in Bezug auf geschlechts- und damit auch männerspezifische Versorgungsbedarfe, insbesondere im Bereich Disease-Management-Programme, so genannter systematischer Behandlungsprogramme chronisch Kranker, und psychische Erkrankungen eingeschätzt. Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Compliance bzw. Therapietreue?

Bedarf es einer männlicheren Versorgung?

Um herauszufinden, welche Eigenschaften des Versorgungssystems es den Männern einfacher machen könnten, die Angebote für sich zu nutzen, wurden die Männer in der DAK-Bevölkerungsstichprobe befragt, wie wichtig ihnen z.B. im Falle von urogenitalen Beschwerden bestimmte Gegebenheiten in der Versorgung wären:

Für die überwiegende Mehrheit der Befragten (91 %) ist die hohe fachliche Kompetenz eines Arztes sehr wichtig. 20 % halten eine Männersprechstunde für sehr wichtig, wobei diese Präferenz bei den über 50-Jährigen mit 23 % am höchsten ist.

Die Frage nach der männergerechten Behandlungspraxis bei Beschwerden des Urogenitalsystems beinhaltet auch die Frage nach gleich- oder gegengeschlechtlichen Ärzten. Dass es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Mann handeln sollte, finden lediglich 16 % sehr wichtig.

In der Literatur finden sich häufig Hinweise, dass für Männer einfache und wenig zeitaufwendige Möglichkeiten für den Kontakt zu Ärzten von Bedeutung sind. In der DAK-Männerstichprobe zeigen sich bezüglich der abgefragten Optionen nur geringe Präferenzen. 16 % finden die Möglichkeit einer Telefonsprechstunde und 15 % die Möglichkeit zur Beratung per E-Mail wichtig.

Wie wird aus Expertensicht der Bedarf einer männlicheren Versorgung in Form von Männerärzten, Männersprechstunden und Männerzentren eingeschätzt?

Als ein Schritt zur Entwicklung einer männerspezifischen Behandlungspraxis wird die Einführung eines Männerarztes gesehen. Ein Männerarzt ist zunächst der Androloge, eine Zusatzweiterbildungsbezeichnung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie.

Andrologie steht für Männerheilkunde und der Androloge wird analog zur Gynäkologie auch als „Männerarzt“ bezeichnet. „Andrologie ist die Lehre von den Fortpflanzungsfunktionen des Mannes und deren Störungen in allen Lebensphasen“.³¹ Es sind in der Regel Urologen, die die Zusatzbezeichnung „Androloge“ führen.

Aus Sicht des überwiegenden Teils der Experten dürfe die Männergesundheit nicht nur einer einzelnen Fachrichtung zugewiesen werden. Als relevante Disziplinen für die Männergesundheit wurden von den Experten neben den Urologen und Andrologen die Psychologen (mit Spezialisierung auf Männerprobleme) und Internisten genannt. Des Weiteren sind Sexual- und Ernährungsberater, Kardiologen, Sportärzte, Orthopäden und Physiotherapeuten an der Männerversorgung beteiligt.

Für einen interdisziplinären Zugang zum Spektrum „Männergesundheit“ gibt es zudem eine von der Ärztekammer anerkannte interdisziplinäre Fortbildung „Männergesundheit“, die von Ärzten aller Fachrichtungen besucht werden kann.

Unabhängig davon, um welchen „Männerarzt“ es sich handelt, sprechen nicht alle befragten Experten den Männerärzten ein großes Potential zu:

Einerseits wird argumentiert, dass die Bezeichnung „Männerarzt“ zu einer Stigmatisierung und damit zu einer Ablehnung von Seiten der männlichen, insbesondere der jungen Patienten führen könnte. Ebenso führe die Bezeichnung Männermedizin zu einer Reduzierung der Männergesundheit auf den Urogenital-Bereich. Dabei haben mehr Männer einen internistischen als einen urologischen Behandlungsbedarf.

Andererseits problematisieren die Experten die vielfach von sogenannten „Männerärzten“ bzw. von auf Männer spezialisierte Ärzte angebotenen so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Dadurch, dass in das Spektrum der Männergesundheit zahlreiche sogenannte Lifestyle-Erkrankungen (Potenzprobleme, Haarausfall etc.) fallen, ist das Gebiet prädisponiert für Leistungen, die nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Auch der PSA-Test zur Identifikation des prostataspezifisches Antigens und der transrektale Ultraschall zur Früherkennung des Prostatakarzinoms sind bei unzureichender medizinischer Indikation IGeL.

„Weder Urologie noch Ernährungsberatung bilden den Bereich Männergesundheit adäquat ab. Wenn überhaupt in diesen frühen Stadien der Diskussion bereits irgendwelche Fachgebiete ins Spiel gebracht werden, dann sollte dies die Innere Medizin sein, die den breitesten Zugriff auf Amalgame aus Lebenslagen und Gesundheitszuständen bei Männern hat.“

Prof. Albrecht Goeschel, Staatliche Universität Rostov

„Dem Thema ‚Männergesundheit‘ wird aus meiner Sicht zu viel Bedeutung beigemessen. Die angebotenen Leistungen dienen hauptsächlich einer ‚Lifestyle-Verbesserung‘ und sollten nicht zu Lasten der Allgemeinheit erbracht werden. Das Thema wird gepusht, weil hier Geld zu verdienen ist.“

Dr. Oliver Busch, Urologische Praxis Diez

„Die Versorgungsrealität ist derzeit dadurch geprägt, dass im Vor- u. Umfeld der kaufkräftigen Männerbevölkerung ein kommerzieller Markt von Lifestyle, Fitness, Anti-Aging etc. entstanden ist, während die breite Mitte der Männerbevölkerung, deren Kaufkraft stagniert und deren Gesundheit sich erkennbar verschlechtert, im traditionellen Gesundheitssystem in wachsendem Maße unter- oder fehlversorgt bleibt.“

Prof. Albrecht Goeschel, Staatliche Universität Rostov/Don

³¹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Andrologie e. V. (DGA) www.dgandrologie.de/

„Die Zu(ver)lässigkeit des PSA-Tests und anderer mÄnnerspezifischer Individueller Gesundheitsleistungen sollte dringend beforscht werden.“

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Aus Sicht der DAK ist mehr Forschung, Aufklärung und Beratung über mÄnnerspezifische Angebote der Fröhdiagnostik und Prävention erforderlich.

Auch in der DAK-MÄnners Stichprobe wurde nach der Inanspruchnahme teils mÄnnerspezifischer IGeL wie z.B. dem PSA-Test gefragt. Hier zeigt sich eine überraschend hohe private Inanspruchnahme. 40 % aller befragten MÄnner haben bereits „geigelt“.³² Der Ultraschall der Niere (17 %) gefolgt vom Gesundheits- und sportmedizinischen Check-up (16 %) wurden am häufigsten genannt. 12 % haben bereits einen PSA-Test in Anspruch genommen. Lediglich 1 % haben bereits an einer sogenannten Anti-Aging-Beratung teilgenommen.

Welche IGeL aus dem Spektrum der Fröhdiagnostik und Prävention für einen Mann sinnvoll ist, diesbezüglich wäre aus Sicht der DAK mehr Forschung, Aufklärung und Beratung erforderlich. Der Nutzen solcher Leistungen ist in vielen Fällen wissenschaftlich unzureichend getestet bzw. umstritten. Wäre dies anders, dann würden diese Leistungen in den regulären Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Die DAK rät ihren Versicherten, die Möglichkeit der Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen kritisch abzuwägen. Wichtige Fragen, die Patienten ihrem Arzt stellen sollten sind:

Inhalte einer MÄnnersprechstunde

Befindlichkeitserhebung:

- erlernter und ausgeübter Beruf
- Erwerbslosigkeit, Fröhberentung
- Berufsweg
- Mobbing-situation
- Einkommens- und Wirtschaftslage
- Familienstand und Freundeskreis
- Freizeitnutzung und Privatstress
- sexuelle Zufriedenheit
- Abhängigkeit
- Familienanamnese

Zustandsuntersuchung (Diagnoseangebote) hinsichtlich: Hernien, Varizen, Osteoporose, Depressionen, Schlafapnoe

(Quelle: Goeschel A, Bollmann M (2007))

- Was nutzt mir die zusätzliche Behandlung?
- Ist die Methode wissenschaftlich anerkannt?
- Welche Risiken bestehen bei der Behandlung?
- Wie hoch sind die Kosten der Behandlung?

Auch einige der Experten sehen den Bedarf an mÄnnerspezifischer Versorgung bereits ausreichend abgebildet durch vorhandene Fach- und HausÄrzte. Ohnehin ist in vielen Fällen der Hausarzt der erste Ansprechpartner im Gesundheitswesen und genießt – wie die DAK-MÄnners Stichprobe unterstreicht – beim männlichen Patienten bereits Vertrauen. Vielmehr sollten vorhandene Ärzte durch eine bessere Ausbildung hinsichtlich mÄnnerspezifischer bzw. geschlechtssensibler Themen unterstützt werden.

Mehr Akzeptanz – im Gegensatz zum MÄnnerarzt – bringen die Experten interdisziplinären MÄnnersprechstunden sowie den zunehmend entstehenden, häufig an ein Krankenhaus angebotenen Zentren für MÄnnergeseundheit entgegen, da sie sich in den bestehenden Versorgungslandschaft gut einbetten lassen.

³² Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) ermittelte 2005, dass rückblickend auf ein Jahr 44 % der befragten Patienten privat Zusatzleistungen angeboten bekommen haben (vgl. Zok K (2005). Goldgrube Privatrechnung. In: Gesundheit und Gesellschaft, 10: 14–15). Für einen Vergleich mit der DAK-Bevölkerungsbefragung 2007 lässt sich aus dieser Zahl keine Inanspruchnahmequote ableiten.

Ob Urologe, Internist oder Allgemeinarzt, in der Männersprechstunde kümmert sich der Arzt in „ganzheitlicher“ Perspektive, meist außerhalb des normalen Praxisalltags, um den männlichen Patienten bzw. Klienten. Konkret geht es hier um die Identifizierung der Problemlagen des Mannes und nicht um die Untersuchung akuter Krankheitssymptome. Dabei stellt die Männersprechstunde zunächst eine Individuelle Gesundheitsleistung dar. Bei bestimmten Symptomen ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu klären.

Ob Männersprechstunden zu einer männersensibleren Versorgung führen, ob sie die Inanspruchnahme steigern und bessere medizinische Erfolge versprechen oder ob die speziell deklarierten Angebote wegen einer Stigmatisierung eher abschreckend wirken, muss weiterhin geschlechtsspezifisch evaluiert und beforscht werden. Ziel sollte es dabei sein, nicht nur solche Männer zur Inanspruchnahme zu bewegen, die das Versorgungssystem bereits nutzen, sondern durch eine Ausdifferenzierung der Angebote eine bedürfnis- und zielgruppengerechte Versorgung mit niedrigen Schwellen zu schaffen.

Nach speziellen Zielgruppen für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Männern gefragt, werden von den Experten neben Männern in kritischen Lebensphasen wie geschiedene, getrennt und allein lebende Männern mehrheitlich die Risikogruppe der psychisch Kranken, insbesondere an Depressionen erkrankten Männer genannt. Grund genug, das Thema „Männerdepressionen“ in einem Exkurs etwas näher zu beleuchten.

Exkurs: Männerdepressionen

In Deutschland leiden innerhalb eines Jahres ca. 8,3 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer depressiven Störung.³³ Alle verfügbaren Statistiken weisen Frauen eine vielfach größere Krankheitshäufigkeit aus als Männern. Aus diesen Gründen wird das Thema Depressionen nur selten in Zusammenhang mit Männern diskutiert. Schaut man sich dagegen die Suizidzahlen an – und etwa zwei Drittel aller durch Suizid verstorbenen Menschen weisen eine Depression auf –, kommen Zweifel auf an der Beschränkung des Themas auf Frauen: Männer machen mit 63 % aller Sterbefälle durch Suizid deutlich mehr als die Hälfte aller Suizid-Fälle aus.

Nach der sogenannten „Artefakt-Theorie“ ist die Erkrankungshäufigkeit von Männern und Frauen in etwa vergleichbar, jedoch beruhen die beobachtbaren Differenzen in Prävalenzstudien auf folgenden Gründen:

„Es ist meiner Meinung nach weniger ein Aspekt der medizinischen Versorgungsangebote. Männer würden sicherlich nicht häufiger zum Arzt gehen, wenn es eine Fachdisziplin Männerarzt gäbe! Eine andere Frage ist, wie die bestehenden Angebote so verändert werden können, dass die Zugangswege für Männer einfacher sind.“

*Prof. Petra Kolip, Universität
Bremen*

„Männer haben nach wie vor große Probleme damit, ihre Psyche genauso ernst zu nehmen wie ihren Körper. Obwohl der Zusammenhang längst völlig unbestritten ist, werden seelische Leiden als peinlich und unmännlich empfunden. Der Gang zum Psychotherapeuten wird als Niederlage erlebt.“

*Prof. Anna Schoch,
München*

³³ Vgl. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

Männerdepressionen

Männertypische Symptome bei einer Depression sind

- Unruhe, Unzufriedenheit
- Gereiztheit
- stark verringerte Stresstoleranz
- erhöhte Risikobereitschaft
- Verminderte Impulskontrolle
- Wutausbrüche

Quelle: Fischer (2005)

„Die Chancen, dass Depression bei Männern durch den Hausarzt diagnostiziert werden, sind gering. Die Ursachen liegen in dem vielfältigen Beschwerdebild der Depression, dem mangelnden Kenntnisstand des Hausarztes, der Ausblendung psychischer Probleme in der Kommunikation mit männlichen Patienten, der Kürze der Gesprächsdauer (insbesondere mit männlichen Patienten!) und nicht zuletzt in der Geschlechtstypik von Diagnosezuweisungen (Genderbias).“

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität Mün-

- Männer haben andere Symptome als Frauen.
- Männer kompensieren ihre Depressionen anders als Frauen.
- Männer haben ein anderes Hilfesuchverhalten als Frauen.

Eng in Zusammenhang mit der Artefakt-Theorie stehen Thesen zu systematischen Diagnosefehlern. Männern wird aufgrund wirksamer männlicher Rollenstereotype aus ärztlicher Sicht seltener eine Depression diagnostiziert. Und nach der „Expressivitätshypothese“ können Frauen ihre psychische Befindlichkeit besser als Männer zum Ausdruck bringen und bekommen eine depressive Störung eher diagnostiziert als Männer.

Männliche Symptome und männliches Hilfesuchverhalten

Neben unterschiedlichen Auslösern für eine depressive Störung gibt es auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Erscheinungsbild. Neben dem Leitsymptom, der depressiven Verstimmung, kommen bei Männern häufig aggressives Verhalten, Feindseligkeit, Gereiztheit und Ärger hinzu. Unpassende Stimmungs- und Wutausbrüche, ein ausgeprägtes Risikoverhalten und eine geringere Stresstoleranz gehen häufig mit der Erkrankung einher. Hoffnungslosigkeit kommt ebenfalls bei Männern ausgeprägter vor, was die erhöhte Suizidalität erklären könnte³⁴.

In der Depressionsforschung verdichten sich Hinweise, dass die verwendeten geschlechtsneutralen Diagnoseinstrumente für den Symptomkomplex von depressiven Männern nicht sensibel genug sind, sie erfassen eher die weibliche Symptomatik (z.B. Grübeln, Selbstvorwürfe). Dies führt dazu, dass depressive Frauen sich mittels häufig benutzter Selbstbeurteilungsskalen stärker beeinträchtigt darstellen als depressive Männer.³⁵

Männer neigen dazu, ihre depressiven Symptome nicht wahrzunehmen, sie zu bagatellisieren oder gar zu verleugnen. Ursache sind wahrscheinlich gesellschaftliche und eigene Erwartungen. Als Kompensation können sich unspezifische Stressverarbeitungsmuster zeigen, die die Diagnose Depression erschweren. Manche Männer reagieren mit sozial erwünschten Gewohnheiten wie z.B. sich in die Arbeit zu stürzen und Überstunden zu machen oder verschleiern die Depression durch Alkohol- und anderen Suchtmittelmissbrauch. Auch Gewalthandlungen können depressive Symptome überlagern.

³⁴ Wolfersdorf M (2007) Männerdepression. Blickpunkt DER MANN 5, 2: 19–20

³⁵ Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

Weil Männer wie oben beschrieben ihre Symptome nicht ernst nehmen, sehen sie für sich auch seltener die Notwendigkeit, sich einem Arzt oder Therapeuten anzuvertrauen. In das Bild, das Männer von sich – und auch Frauen von Männern – haben, passt Ängstlichkeit, Depression und das Angewiesensein auf die Hilfe anderer nicht hinein.³⁶ In Vorsorgungsstudien wird immer wieder gezeigt, dass Ärzte, insbesondere Hausärzte, Patienten mit Depressionen in etwa 50 % der Fälle nicht erkennen.

Diese unterschiedlichen Aspekte zu Depressionen bei Männern verdeutlichen, wie wichtig neben der Verbesserung der Instrumente zur Diagnostik insbesondere die Aufklärung unter Betroffenen sowie auch unter Ärzten, aber auch innerhalb der Allgemeinbevölkerung ist.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass seit März 2006 ein Zielkonzept zur Verhinderung, Früherkennung und nachhaltigen Behandlung von Depressionen im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses, in Anknüpfung an die Initiative der WHO, existiert.³⁷ Männer werden hier in den insgesamt sechs Aktionsfeldern wie z.B. Aufklärung, Diagnostik, Stärkung der Patienten etc. nicht explizit als Zielgruppe genannt und das obwohl psychische Erkrankungen auch bei Männern mittlerweile die häufigste Ursache bei Frühberentungen sind. 2006 nahmen sie mit rd. 28 % aller Neufälle eines Jahres den ersten Platz unter den Ursachen der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ein.³⁸

Eine nationale Versorgungsleitlinie zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen gibt es – angekündigter Veröffentlichungstermin ist 2008 – zur Zeit noch nicht. Anzumerken ist, dass Vorveröffentlichungen bei ihren Empfehlungen keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen machen.³⁹ Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen stellt sich jedoch die Frage, ob es geschlechtsspezifischer Elemente in der Diagnostik und Therapie von Depressionen bei Männern bedarf.

Und wie sieht unabhängig von den gesundheits- und versorgungspolitischen Zielstellungen die Praxis aus? Welche Erfahrungen machen Männer, die sich auf die Suche von medizinisch-therapeutischer Hilfe bei Depressionen machen? Was oder wer motiviert Männer, wegen depressiver Symptome die Beratung eines Arztes oder Therapeuten in Anspruch zu nehmen?

„Männer leiden genauso häufig (oder sogar häufiger) unter Depressionen, die aber nicht erkannt werden. Das mag an der fehlenden Eigenbeobachtung und an den hohen Erwartungen des Umfelds liegen. Die im Beruf, im Verein und in der Familie erhobenen Forderungen lassen die Diagnose einer Depression nicht zu. Hinweisend ist jedoch die höhere Suizidrate bei Männern.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Verhinderung, Früherkennung und nachhaltige Behandlung von Depressionen ist nationales Gesundheitsziel

³⁶ Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. In: Blickpunkt DER MANN 4, 2: 6–9

³⁷ http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/depression/docs/1/files/Gesundheitsziele_Depression_BMG_01-03-06.pdf

³⁸ Vgl. Bundesverband Medizintechnologie e.V. BVMed-Newsletter. Nr. 49/07 – 10. Dezember 2007

³⁹ Härter M, Berejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M (2003) Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 97, Suppl. IV: 16–35

Bestehen unter Männern Vorbehalte, sich in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben und wenn sie in Behandlung sind, welche Erfahrungen machen sie ?

11,3 % der Männer sind oder waren bereits wegen einer Depression in Behandlung

In der DAK-Männestichprobe waren zum Zeitpunkt der Befragung 3,5 % der Männer aktuell in Behandlung und 7,8 % waren bereits in Behandlung. 86,4 % der insgesamt 113 Betroffenen gaben an, dass ihre Beschwerden ernst genommen und nicht bagatellisiert werden/wurden. Im Sinne eines „informed shared decision making“, d.h. Arzt und Patient haben gemeinsam über die Behandlung entschieden, wurde bei 81,5 % der Männer, die wegen einer Depression in Behandlung sind oder waren, gehandelt.

Einbeziehung des Patienten

Lediglich 15,5% geben an, dass der Arzt bzw. Therapeut dem Patienten das Krankheitsbild und den Nutzen möglicher medikamentöser und Psychotherapien nicht erläutert hat sowie auch nicht gemeinsam mit ihm über die Behandlung entschieden hat. Hier ist kritisch anzumerken, ob in diesen Fällen das Gesundheitsziel der Einbeziehung des Patienten, welches bei der Behandlung depressiver Patienten für den Therapieerfolg von zentraler Bedeutung ist, überhaupt erreicht wurde.

68,8 % konnten sofort ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt/Therapeuten aufbauen. 52,4 % wurde sofort eine antidepressive Medikation verschrieben.

Bei 65 % dauerte die Kontaktaufnahme maximal 6 Monate

Etwaigen Berührungsängsten mit dem medizinischen und therapeutischen Versorgungssystem wurde auch in der DAK-Männerbefragung nachgegangen. Entgegen den Literaturbefunden zeigt sich bei der Mehrheit der Befragten, die aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt bereits wegen einer Depression in Behandlung waren, eine relativ kurze Zeitspanne bis es zur Konsultation eines Arztes oder Therapeuten gekommen ist: 45,2 % haben bis zu drei Monate und 19,6 % bis zu einem halben Jahr gewartet.

Rd. drei Viertel nahmen innerhalb eines Jahres Kontakt mit einem Arzt oder Therapeuten auf.

Nach dem Auftreten der Symptome haben sich rund drei Viertel (72,6 %) innerhalb eines Jahres an einen Arzt oder Therapeuten gewandt. Damit unterscheidet sich die DAK-Männerstichprobe überraschenderweise nicht von der DAK-Bevölkerungstichprobe aus dem Jahre 2005. Auch hier betrug der Anteil der Befragten, bei denen zwischen dem Auftreten der Symptome und der Kontaktaufnahme eines Arztes maximal ein Jahr lag, 73,4 %. Da 2005 Männer und Frauen zusammen betrachtet wurden, wurde für die DAK-Männerstichprobe ein niedrigerer Wert erwartet. Zeichnet sich – angesichts dieses Befunds – eine Verbesserung des Hilfe-suchverhaltens der Männer ab?

Beispielsweise 11,5 % der Männer haben insgesamt zwei Jahre gewartet, was den Wert von 2005 in Höhe von 7,5 % zwar übersteigt, jedoch lediglich jeder Zehnte (10,3 %) hat mehr als drei Jahre gewartet, was unter dem Wert von 2005 in Höhe von 14 % liegt.

Auch wenn scheinbar eine Verschiebung zu beobachten ist zwischen denjenigen, die mit der Kontaktaufnahme länger als drei Jahre gewartet haben, hin zu denjenigen, die nur ein bis zwei Jahre warteten, muss dieser Befund insbesondere in Bezug auf das Risiko einer Chronifizierung bei depressiven Störungen als problematisch bewertet werden.

In diesem Zusammenhang ist auch – trotz der insgesamt sehr geringen Datenbasis – zu problematisieren, dass aus dem Kreis von insgesamt 28 Befragten (rd. 3 % aller Befragten), bei denen mittels des WHO-5-Well-Being-Index (WHO-5), einem aus nur fünf Fragen bestehendem Screening-Verfahren für den hausärztlichen Gebrauch, eine depressive Verstimmung zugeordnet werden kann, nur 20 bzw. 71,4 % zum Zeitpunkt der Befragung bzw. noch nie sich in ärztlicher Behandlung befanden.

Wenn Hilfe und Unterstützung gesucht wurde, dann erweist sich die Eigeninitiative als stärkster „Motivator“. Rd. 57 % geben an, aus Eigeninitiative einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht zu haben. Dieser hohe Wert unterstreicht zugleich, dass die Bedeutung von Autonomie und Einflussmöglichkeiten bei männlichen Patienten von zentraler Bedeutung ist. Werden diese Aspekte berücksichtigt, kann dies die Akzeptanz und den Zugang zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten auf Seiten der männlichen Patienten verbessern.

Lediglich 15,7 % sprechen dem Partner/der Partnerin eine wesentlich motivierende Rolle zu, die mit dem Alter des Befragten an Bedeutung gewinnt. Verwandte/Familienangehörige, Arbeitskollegen und Freunde spielen aufgrund von Nennungen in Höhe von nur 8,4 %, 3,5 % bzw. 2,3 % als Motivatoren eine untergeordnete Rolle.

Sollten spezielle Anstrengungen unternommen werden, um Depressionen bei Männern zu identifizieren?

Der Frage nach erforderlichen geschlechtsspezifischen Elementen zur Verbesserung der Identifikation depressiver Männer und zur Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten ist die DAK im Rahmen der Expertenbefragung nachgegangen.

Hemmschwellen sind in Bezug auf das Chronifizierungsrisiko problematisch

Eigeninitiative als stärkster „Motivator“ männlichen Hilfe-suchverhaltens

„Bei der üblichen Depressionsdiagnostik sollten männertypische Stresssymptome berücksichtigt werden. Dies verbessert die Diagnostik von Depression bei Männern und ist ein wesentlicher Schritt zur Reduktion männlicher Suizidalität.“

PD Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Ludwig-Maximilians-Universität München

Problembewusstsein für das Phänomen „Männerdepression“ schärfen

Einführung eines Routinescreenings?

„Selbstmanagement ist wichtiger als Versorgung. Anleiten von Männern zum Krankheits-selbstmanagement entspricht wohl eher dem männlichen Selbstbild.“

Dr. Anke Bramesfeld, Forschungsnetz psychische Gesundheit und Universitätsklinikum Leipzig

„Ich bin der Überzeugung, dass in der Psychotherapie ein spezifischer Zugang notwendig ist, weil Männer ihre Probleme externalisieren, anstatt innerpsychisch zu beobachten. Das führt dazu, dass Ihnen der Zugang zur Psychotherapie erschwert bzw. behindert ist. Aufgabe einer Psychotherapie bei Männern ist zunächst die Voraussetzung, d.h. Motivation, herzustellen.“

Dr. Wolfgang Neumann, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

Die Expertenbefragung hat mehrheitlich ergeben, dass spezielle Anstrengungen zur Identifikation depressiver Männer unternommen werden sollten. Neben der Verbesserung der Instrumente zur Diagnostik durch Berücksichtigung männertypischer Stresssymptome sprechen sich die Experten mehrheitlich für eine Verbesserung der Kompetenzen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung sowie auch der betriebsmedizinischen Betreuung aus.

Aus Sicht der Experten ist insbesondere auf Seiten der Hausärzte sowie auch der Betriebsärzte das Problembewusstsein für das Phänomen „Männerdepression“ zu schärfen. In der primärärztlichen Versorgung sollten einfach zu handhabende Selbstbeurteilungsinstrumente regelmäßig eingesetzt werden. Zudem sollten Männer im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen gezielt angesprochen werden. Einige Experten führten in diesem Zusammenhang auch den bereits genannten „Männerarzt“ an.

In Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung ließe sich aus Sicht einiger Experten im Rahmen der betriebsmedizinischen Betreuung ein Routinescreening in Bezug auf die Früherkennung depressiver Verstimmungen bei Männern gut realisieren.

Wie bzw. wodurch könnte bei depressiven Männern die Bereitschaft Hilfe anzunehmen gesteigert werden?

Wesentliche Ansatzpunkte zur Verbesserung des Hilfesuchverhaltens bei depressiven Männern sehen die Experten in einem Bewusstseinswandel der Gesellschaft, einerseits initiiert durch Aufklärungsprogramme in den Medien und die Einbeziehung prominenter Männer sowie durch die Hinterfragung und Auflösung tradierter Männlichkeitsbilder.

Neben der Erhöhung der medialen Aufmerksamkeit unterstreichen die Experten mehrheitlich die Bedeutung von Männergesundheitstagen für öffentliche Vorträge zum Thema, Depressionsforen für Männer im Internet sowie die bereits genannten Männer-sprechstunden, um bei depressiven Männern die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zu fördern.

Ziel derartiger Maßnahmen sollte die Ent-Stigmatisierung der Depression unter Männern sein. Umdeutungen von Depressionen in „Mangel an Erlebnistiefe“ oder die „Biologisierung der Depression“ in körperliche Erschöpfungsdepression – „wer erschöpft ist, hat geleistet“ – sind weitere Vorschläge der Experten zur Aufwertung von Depressionen bei Männern und zur Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe.

Neben der Umdeutung des Depressionsbegriffs sollte das Hilfesystem männlichen Geschlechtsrollenorientierungen Rechnung tragen. So sollte auch der Akt des Hilfesuchens umgedeutet werden in einen Akt der Stärke: „Ein Mann entscheidet sich aktiv für eine professionelle Problemlösung“. Diese zielgerichtete Handlung darf nicht länger als unmännlich gewertet werden..

4.5 Perspektiven der Männergesundheit: Bedarf es männerspezifischer Gesundheitsinformationen sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote?

Die Hauptverursacher verlorener Lebensjahre bei Männern sind bekannt und die meisten Risikofaktoren wie z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung, schädlicher Alkoholkonsum etc. sind den Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung zugänglich. Zudem sind sie durch bewusste Lebensstilveränderungen vermeidbar.

Der Prävention von männertypischen Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt mit Blick auf den steigenden Anteil älter Menschen und der damit verbundenen höheren Zahl älterer Männer in der Bevölkerung – der Anteil der über 60-jährigen Männer wird Prognosen zur Folge von heute 22 % auf gut 35 % im Jahr 2030 ansteigen – zudem eine zentrale Bedeutung zu.

Mit dem wachsenden Anteil der Männer an der älteren Bevölkerung wird erwartet, dass Erkrankungen, die vor allem gehäuft im Alter auftreten, wie z.B. Prostatakarzinom, Osteoporose, Schlaganfälle, Demenz und Depressionen, eine enorme Morbidisierung der männlichen Bevölkerung bedeuten. In Bezug auf Osteoporose, eine bisher nicht als männertypisch geltende Erkrankung, wird beispielsweise angenommen, dass bereits bis 2010 die osteoporosebedingten Morbiditätsraten der Männer, die der Frauen übertreffen werden.⁴⁰

Die Verantwortung für ihre Gesundheit liegt bei den Männern zunächst einmal selbst: Nicht zu rauchen, weniger Alkohol, mehr Bewegung, ausgewogene Ernährung sind bekannte Rezepte für einen gesundheitsbewussteren Lebensstil. Um die Krankheitslast bzw. Erkrankungsrisiken bei Männern zu senken, stehen daher Maßnahmen zur Sensibilisierung und Unterstützung im Fokus der folgenden Ausführungen:

Inwieweit berücksichtigen die Bereiche Information, Prävention und Gesundheitsförderung die unterschiedlichen Interessen von Männern bzw. erreichen bestehende Angebote die Zielgruppe „Männer“?

„Zum Erhalt und Förderung ihrer Gesundheit sollten Männer ihre Dialogfähigkeit entwickeln, frühzeitig zum Arzt gehen und Männerfreundschaften pflegen.“

Dr. Wolfgang Neumann, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut

„Prostatakrebs sollte in der Öffentlichkeit eine sozial akzeptierte Krankheit werden und aus der Tabu-Zone herauskommen. Prostatakrebs scheint infolge des zunehmenden Lebensalters der Bevölkerung ein soziales Problem zu werden. Hier muss Angst und übermäßige Sorge durch Offenheit und sachliche Information abgebaut werden.“

Christian Ligensa, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

⁴⁰ Stiftung Männergesundheit: www.stiftung-maennergesundheit.de/stiftung_fakten.php (2.1.07)

Spezifische Gesundheitsinformationen für Männer

„Sowohl die Aufklärung über Gesundheitsgefahren, Gesundheitsförderung als auch über Erkrankungen muss männerspezifisch angepasst werden. Die männerspezifische Gesundheitskommunikation muss erst noch entwickelt werden. Diese muss innerhalb der Lebenswelten von Männern ansetzen. Deshalb halte ich Gesundheitstage für kein Angebot, mit dem man viele Männer erreichen kann, sondern eben nur die bereits gesundheitsbewussten Männer.“

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

„Internetforen sind ganz gut, Gesundheitstage werden nur von Rentnern besucht. Der normale Mann im mittleren Alter wird sich dafür nicht interessieren. Zeitschriften wie der Spiegel, Focus, Stern oder Capital usw. wären gut geeignet, wenn sie immer wieder das Thema behandeln würden. Dort können sich Männer ohne Gesichtverlust informieren. Wichtig sind auch gute Vorbilder, die die Wege vorzeigen.“

Prof. Anna Schoch, München

Die Vermittlung von Informationen ist seitens der Experten einer der wichtigsten Schritte, Männern Risiken und Gesundheitsprobleme bewusst zu machen. Im Zentrum des Bedarfs an Gesundheitsinformationen stehen nach mehrheitlicher Einschätzung der Experten Informationen zu kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs, Alkoholismus und Depression. Nur wer informiert über die ihm zur Verfügung stehenden Angebote ist, kann diese auch annehmen. Auch sollte, wie bereits genannt, über Information die Reflexion der Männerrolle und die Einstellung von Männern zu gesundheitlichen Fragestellungen beeinflusst werden.

Auch an dieser Stelle muss erneut festgestellt werden, dass es bislang wenig Erkenntnisse darüber gibt, welche Form der Informationsvermittlung sich bezogen auf die Zielgruppe Männer und Nachhaltigkeit besonders eignet. Trends wie der boomende Zeitschriftenmarkt zeigen, dass es den „neuen, gesundheitsbewussten Mann“ gibt. Was spricht hingegen weniger gesundheitsbewusste Männer an?

Merkmale männergerechter Gesundheitsinformationen sind nach Analyse des kommerziellen Zeitschriftenmarktes von Altgeld (2004)⁴¹

- Vermittlung einer einfachen technischen Lösbarkeit möglicher Gesundheitsprobleme
- Ausblendung komplexerer, insbesondere psychischer Ursachen
- Bagatellisierung von Erkrankungsverläufen und -wahrscheinlichkeiten
- Überdeutliche Neigung zu Anglizismen, um Modernität und Machbarkeit der vermittelten Inhalte zu unterstreichen.

Aus Expertensicht kommen neben Printmedien (besonders Zeitschriften) als Informationsmedien Vorträge (z. B. bei Selbsthilfegruppen), entsprechende Fernsehsendungen und Bücher in Frage. Ergänzt werden sollten diese Medien durch Kampagnen (Flyer, Broschüren, Plakate). Tagungen, Kongresse, Patientennachmittage, Schulungen in Gruppen, Einzelsprechstunde beim Arzt runden die geeigneten Informationsmedien ab. Hoch im Kurs als wichtiges männerspezifisches Medium für Gesundheitsinformationen steht nach Einschätzung der Experten das Internet.

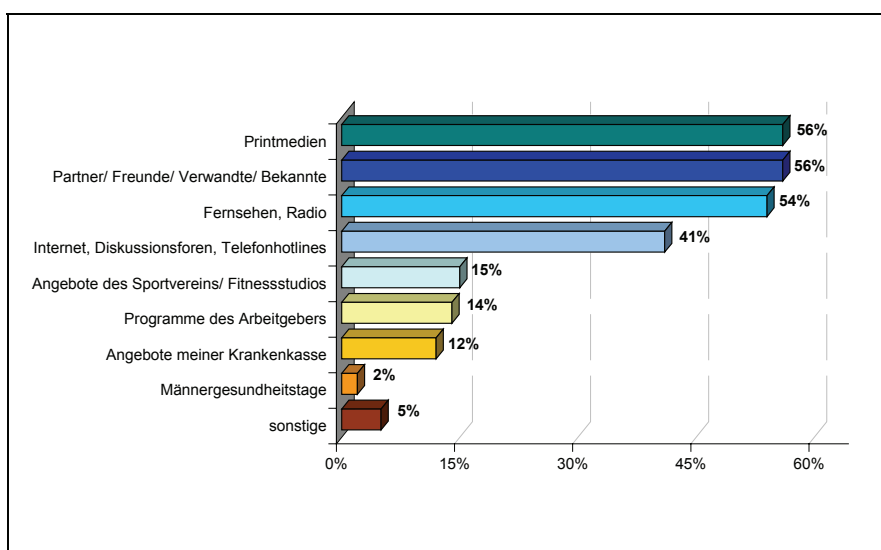
⁴¹ Altgeld T (2004) Jenseits von Anti-Aging und Work-out? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In Altgeld T (Hrsg.). Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa: 265-288

Geeignet scheinen auch Informationen, die nicht mit Gesundheitsinformationen betitelt sind, wo also die Informationen über Gesundheit sich hinter einem anderen Thema verstecken. Männer des öffentlichen Lebens und Sportler sollten zudem als Vorbilder gewonnen werden, um spezifische Gesundheitsbedürfnisse zu fördern. In diesem Zusammenhang heben einige Experten hervor, dass es wichtig sei, nicht die klassischen Stereotype zu bedienen, sondern vielfältige „Männlichkeiten“, die zur Reflexion über die eigene Rolle anregen.

Wichtiges Leitmotiv männerspezifischer Gesundheitsinformation sollte dabei sein, Männer in sogenannten männerspezifischen Lebenswelten anzusprechen (z.B. Betrieb, Bau- und Elektronikmärkte, Sportstätten, TÜV, Fußballvereine, Kneipen, Fitnessclubs, Bundeswehr, Selbsthilfegruppen).

Mit Männergesundheitstagen können bestimmte Zielgruppen unter den Männern erreicht werden: Besonders ältere und gesundheitsbewusste Männer werden angesprochen. Über die Nachhaltigkeit von Gesundheitstagen in Bezug auf eine positive Beeinflussung männlichen Gesundheitsverhaltens wird hingegen nicht nur im Feld der Männergesundheit debattiert. Andere „Großmaßnahmen“ wie Fahrradtouren durch Deutschland halten manche Experten für erfolgversprechender.

Auch Frauen sollten aus Sicht einiger Experten als wichtigster „Gesundheitscoach“ von Männern angesprochen werden. Wie sieht nun die Praxis aus? Im Rahmen der DAK-Männerstichprobe wurde der Frage nachgegangen, auf welchem Wege sich die Männer, abgesehen von Arztbesuchen, in den letzten 24 Monaten vorrangig über Gesundheitsthemen informiert haben (Abbildung 41).



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2007

Männerspezifische Lebenswelten als Informationsforen nutzen

„Männer benötigen spezifische Gesundheitsinformationen. Auf den Gesundheitstagen besteht leider eine hohe Selektion. Deshalb sollten Männer dort angesprochen werden, wo sie einen großen Teil ihrer Zeit verbringen: Betriebe, Vereine, Bundeswehr.“

Prof. Lothar Weißbach, Stiftung Männergesundheit

Abbildung 41:

Auf welchem Wege haben Sie sich, abgesehen vom Arztbesuch in den letzten 24 Monaten über Gesundheitsthemen informiert?

(Mehrfachnennungen)

Printmedien sind häufigste Informationsquelle sowie auch ...

...das soziale Umfeld.

Angebote des Sportvereins, Arbeitgebers und der Krankenkassen werden nachrangig genutzt

Über Gesundheitsthemen haben sich die Befragten vorrangig über Printmedien wie Tageszeitschriften und Zeitschriften sowie auch Hand- und Gesundheitsbücher informiert. Genauso häufig wie Printmedien werden Gespräche mit Partnern, Freunden, Verwandten und Bekannten als Informationsquelle genannt, gefolgt von Radio und Fernsehen. Sonach unterstreicht die DAK-Männerstichprobe, wonach das soziale Umfeld der Männer für gesundheitsbezogene Informationen von hoher Bedeutung ist.

Bereits mit einem gewissen Abstand zum Platz 3 werden an vierter Stelle deutlich seltener Informationsquellen wie Internet, Foren und Telefonhotlines genannt. Nimmt der Anteil der Männer, die sich vorrangig über Radio und Fernsehen informieren, im Altersverlauf zu, zeigt sich, wie erwartet, eine gegenläufige Entwicklung bei der Quelle Internet etc. In der Gruppe der über 60-Jährigen geben 32 % der Befragten dies an, in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen sind es hingegen 51 %.

Über Angebote des Sportvereins bzw. des Fitnessstudios und des Arbeitgebers haben sich mit 15 % bzw. 14 % etwas mehr Männer in den letzten zwei Jahren informiert als über Angebote der Krankenkasse (12 %). Alle genannten Akteure könnten jedoch, teils in Kooperation, einen Beitrag zur Verbesserung des Informationsverhalten von Männern leisten.

Weit abgeschlagen im Vergleich zu diesen „etablierten“ Angeboten liegt das noch relativ „neue“ Angebot an speziell ausgerichteten Männergesundheittagen. Lediglich 2 % der Männer haben diese bereits für ihre Zwecke genutzt.

Die geringe Nutzung der Informationen von Krankenkassenangeboten und damit der noch ausbaufähige Zugang der Männer zu diesen spiegelt sich auch in den jährlichen Präventionsberichten wider. Männer sind bei primärpräventiven Angeboten in Bezug auf Bewegung, Ernährungsverhalten, Stressvermeidung sowie Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln im Vergleich zu Frauen größtenteils deutlich unterrepräsentiert: Im Jahr 2006 waren nur 22 % der Teilnehmer von Programmen der gesetzlichen Krankenkassen Männer (Abbildung 42). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Männeranteil von 20,4% auf 22 % gestiegen.

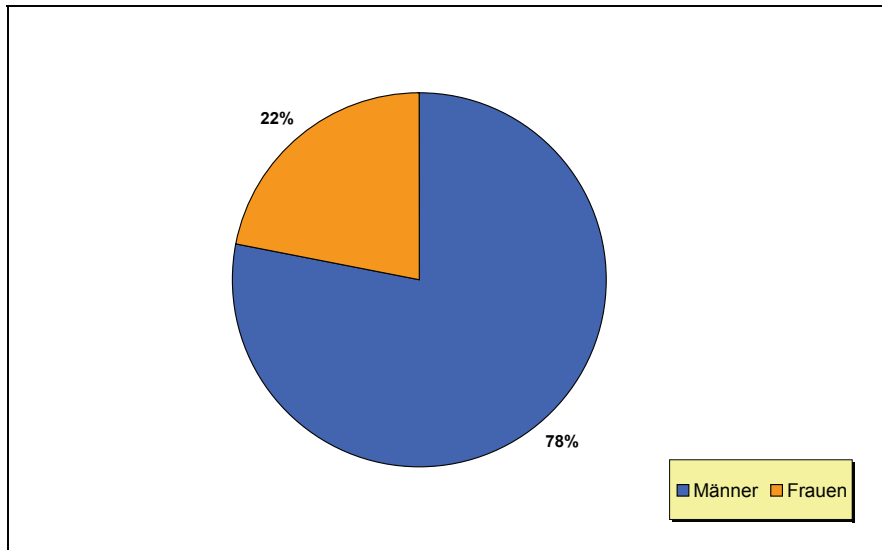


Abbildung 42:

Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote der GKV insgesamt in 2006 differenziert Geschlecht

Quelle: MDS 2008

Am ehesten werden von Männern wie auch von Frauen Bewegungsprogramme angenommen. Vergleicht man die geschlechtsspezifische Teilnahme nach Handlungsfeldern, so überrascht es nicht, dass die Männer auch in drei von vier Feldern deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. Abbildung 43). Lediglich in den suchtbearbeitenden Programmen nehmen annähernd so viele Männer wie Frauen teil.

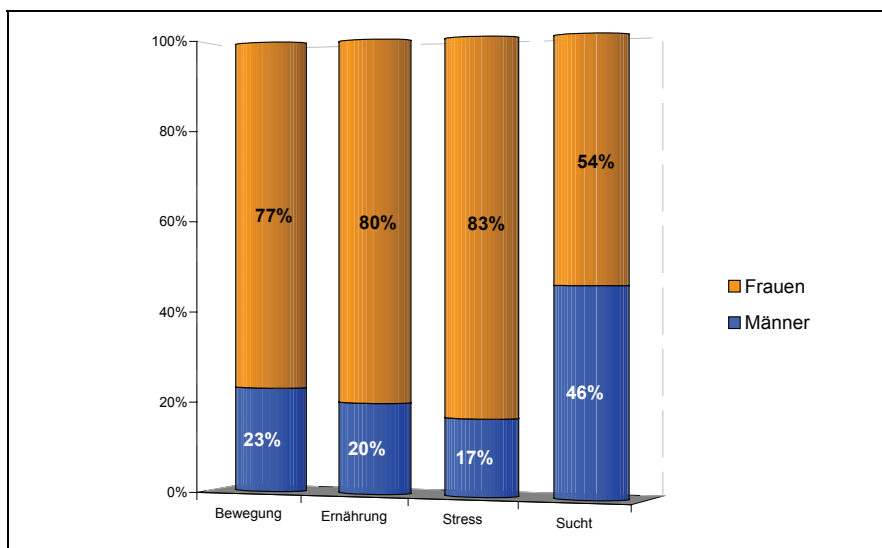


Abbildung 43:

Inanspruchnahmequote primärpräventiver Angebote der GKV in 2006 differenziert nach Handlungsfeldern und Geschlecht

Quelle: MDS 2008

„Alle Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sollten gegendert werden, um die Effektivität für beide Geschlechter zu erhöhen.“

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Woran liegt es, dass bei den bestehenden Angeboten Männer unterrepräsentiert sind? Entspricht die Teilnahme nicht ihrem Rollenverständnis? Muss sich ein gesundheitliches Risiko wie z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel etc. erst manifestieren oder sind die Angebote, beispielsweise in Bezug auf Zeitpunkt, Ort, Zusammensetzung und Inhalte etc. männerunfreundlich gestaltet? Haben die Krankenkassen Männer als spezifische Zielgruppe von Präventions- und betrieblichen Gesundheitsförderungsangeboten und damit die Potentiale zur Minimierung männerspezifischer Erkrankungsrisiken von Männern bereits entdeckt?

Eine seitens der Experten häufig ausgesprochene Empfehlung an die Krankenkassen ist die der Verbesserung der Angebote an sich sowie eine Männer ansprechende Werbung für die Angebote. Die Erhöhung der Attraktivität der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für Männer sollte insbesondere durch die Definition von männlichen Subgruppen anvisiert werden. Männer stellen keine homogene Gruppe dar.

Dabei wird insbesondere der Organisation von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in der Arbeitswelt – als besonders männernahe Lebenswelt – seitens der Experten eine große Bedeutung zugemessen.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Berufs- und Tätigkeitsfelder ist die Arbeitswelt einer der Orte, an dem Unterschiede innerhalb der Gruppe der Männer sichtbar werden. Die unterschiedlichen Konstellationen von Lebensbedingungen sowie arbeitsplatzbezogenen gesundheitsbelastenden und -fördernden Faktoren auf Seiten der Männer gilt es beispielsweise im Rahmen einer geschlechtersensiblen betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen:

4.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das Thema „Männer und Gesundheit“ wurde in dem DAK-Gesundheitsreport 2008 unter den Gesichtspunkten männerspezifischer Gesundheitsrisiken, -potentiale, Ansätze im Versorgungssystem sowie in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert. Die in diesem Zusammenhang vorgenommenen Analysen bestätigen, dass Krankheits- und Todesursachen geschlechtsspezifisch ausgeprägt sind. Auch berichten Männer seltener über gesundheitliche Beschwerden und sind im Vergleich zu Frauen im Durchschnitt seltener arbeitsunfähig erkrankt.

Trotz des niedrigen Krankenstands von Männern haben vertiefte Analysen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports 2008 eine Reihe von Erkenntnissen zu konkreten männerspezifischen Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt geliefert:

- Auffällig hohe Krankenstände weisen die männlichen Versicherten in den Branchen „Baugewerbe“, „sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ sowie „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ auf. Ihr Krankenstand liegt hier nicht nur deutlich über dem DAK-Durchschnitt aller Männer in Höhe von 3,0 %, sondern auch über dem Durchschnitt aller weiblichen DAK-Versicherten (3,3 %).
- In der Branche „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“ entspricht der Krankenstand zwar genau dem Durchschnitt aller DAK-Männer, jedoch auch hier liegt der Krankenstand der Männer noch deutlich über dem der weiblichen Kolleginnen (2,7 %).

Männertypische Krankenstände in insgesamt vier Wirtschaftsgruppen

In den genannten Wirtschaftsgruppen könnten die männlichen Versicherten von Ansätzen zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderungen besonders gut profitieren, da sie in diesen Bereichen häufiger an Plätzen mit hohen körperlichen und Umgebungsbelastungen sowie auch Unfallgefahren arbeiten.

Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Die für die Arbeitsunfähigkeit von Männern typischen Krankheiten und damit das männerspezifische Präventionspotential wurde auf der Ebene von Einzeldiagnosen differenziert untersucht. Das männerspezifische AU-Geschehen wird vorrangig durch „Erkrankungen des Kreislaufsystems“ bestimmt:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind männertypisch

- Insgesamt 18 männertypische AU-Diagnosen konnten für das Jahr 2007 identifiziert werden. Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Summe der AU-Tage pro 100 Versicherte zeigen sich bei den Diagnosen Leistenbruch (8,8 vs. 1,2 AU-Tage), akuter Myokardinfarkt (6,5 vs. 1,2 AU-Tage), chronisch ischämische Herzkrankheit (6,0 vs. 1,2 AU-Tage), offene Wunden der Hand bzw. des Handgelenkes (5,2 vs. 1,5 AU-Tage) sowie Angina pectoris (5,4 vs. 1,6 AU-Tage).

Typische AU-Diagnosen von Männern

In Ergänzung zu den AU-Daten konnten zudem 23 männertypische Krankenhausdiagnosen ermittelt werden:

- Auch hier zeigt sich die größte Differenz bei den Krankhaustagen pro 1.000 ganzjährig versicherte Männer und Frauen bezüglich der Diagnose Leistenbruch (10,2 vs. 1,1 KH-Tage) gefolgt von chronisch ischämischer Herzkrankheit (7,7 vs. 0,9 KH-Tage), dem akuten Myokardinfarkt (11,6 vs. 1,7 KH-Tage), Schlafstörungen (6,4 vs. 1,2 KH-Tage) sowie der Angina pectoris (9,3 vs. 2,4 KH-Tage).

Typische KH-Diagnosen von Männern

Zur Begründung der höheren Betroffenheit der Männer in Bezug auf die genannten AU- und KH-Diagnosen lassen sich neben den bereits genannten arbeitswelt- auch verhaltensbezogene Faktoren anführen:

AU-Volumen gegenüber 2000 rückläufig,

jedoch Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen

- Männer verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit deutlich riskanter als Frauen.

Hervorzuheben ist, dass das gesamte AU-Volumen im direkten Vergleich der Jahre 2000 und 2007 – trotz des leichten Anstiegs in 2007 gegenüber 2006 – rückläufig ist. Einem Rückgang in Höhe von 10 % steht bei den Männern ein Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen von 18,4 % gegenüber (Frauen: 26,8 %). Dominierten 2000 bei den Männern sowie auch Frauen noch die neurotischen Störungen, haben in 2007 bei den Männern die affektiven Störungen als wichtigste Diagnosegruppe deutlich aufgeholt.

Wichtigste Einzeldiagnosen dieser Gruppe sind sowohl bei Männern als auch Frauen die depressiven Episoden. Dass diese bei Männern im Vergleich zu den Frauen im Auftreten seltener sind (2007: 27,0 vs. 48,8 AU-Tage), ist hinlänglich bekannt. Die Interpretation dieses Ergebnisses sollte jedoch im Zusammenhang mit Erkenntnissen zur Diagnostik und Versorgungssituation von an Depressionen erkrankten Männer erfolgen:

Depressionen bei Männern

- Männer haben teils andere Depressionssymptome als Frauen, kompensieren ihre Depressionen anders als Frauen sowie sie sich auch in ihrem Verhalten, medizinische und therapeutische Hilfe zu suchen, unterscheiden.

Es ist davon auszugehen – auch aus Sicht der befragten Experten – dass psychische Störungen wie Depressionen bei Männern häufiger auftreten, als Statistiken wie z.B. die AU-Daten zeigen. Daher sind nach Einschätzung der Experten spezielle geschlechtsspezifische Anstrengungen zur Identifikation an Depressionen erkrankter Männer erforderlich. Insbesondere auf Seiten der Hausärzte sowie auch Betriebsärzte ist das Problembewusstsein für das Phänomen „Männerdepression“ zu schärfen.

Das Hilfesuchverhalten von Männern korrespondiert auch mit einem im Vergleich zu den Frauen anderem Gesundheitsverhalten:

Männliches Gesundheitsverhalten

- Männer bemerken Krankheitszeichen später oder negieren diese, gehen seltener zum Arzt und nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil.

Dieses Verhalten wird in der Männergesundheitsforschung häufig mit traditionellen Männlichkeitsidealen wie Leistungsorientierung und Verneinung von Schwäche begründet und trägt sicherlich auch dazu bei, dass der durchschnittliche Krankenstand der Männer im Vergleich zu den Frauen niedriger ist.

Eine möglichst frühe Wahrnehmung von Krankheitszeichen sowie eine regelmäßige Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems seitens der Männer ist aus der Perspektive der Männergesundheit wünschenswert. Der Männergesundheitsforschung sollte es daher auch darum gehen, die konkreten gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen bei Männern sowie deren Bedürfnisse zu ermitteln.

Die Ergebnisse können bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung helfen.

Vor diesem Hintergrund nun einige Ergebnisse der DAK-Männerstichprobe, einer repräsentativen Befragung von mehr als 1.000 Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren im Herbst 2007:

- Die Ergebnissen zeigen, dass Männergesundheit nicht allein eine Frage der geistigen und körperlichen Gesundheit, sondern vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess ist, der auch Energie und Lebensfreude, Familie/Kinder sowie Partnerschaft/Sexualität umfasst. Für 87 % der Männer ist die geistige Leistungsfähigkeit der wichtigste Aspekt für das eigene Wohlbefinden. Von allen abgefragten Dimensionen messen die Männer dem Beruf bzw. beruflichem Erfolg die geringste Bedeutung zu.
- Die DAK-Männerstichprobe kennzeichnet die weit ausgeprägte Vorstellung einer selbstverantworteten Gesundheit. Lediglich 5 % der befragten Männer sind der Meinung, dass sie zum Erhalt ihrer Gesundheit wenig tun können und gehen in ihrer Freizeit keinerlei Aktivitäten nach, die sich steigernd auf ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden auswirken.
- Das differenzierte Gesundheitsverständnis der Männer mündet auch in eine differenzierte Beurteilung ihres Gesundheitsverhaltens. Auch zeigt sich, dass im Altersverlauf, wohl aufgrund eines zunehmendem Risikobewusstseins, der Gesundheit mehr Bedeutung beigemessen wird. Überraschend ist dabei, dass Work-Life-Balance, d.h. auf ein gesundes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben zu achten, in allen Altersgruppen im Trend liegt. Die Mehrheit der Männer betreibt dabei aktiv Sport zur Steigerung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens.
- Verbesserungspotentiale bestehen in Bezug auf das Informationsverhalten. Nur rd. 39 % aller Männer informieren sich regelmäßig über Möglichkeiten gesund zu leben: Häufigste Informationsquellen sind mit jeweils 56 % der Nennungen Printmedien wie Tageszeitungen und Zeitschriften sowie auch das soziale Umfeld (Partner, Freunde etc.). Angebote der Krankenkassen rangieren bei den Männern mit 12 % an Nennungen hinter Angeboten des Arbeitgebers (14 %) oder Angeboten des Sportvereins/Fitnessstudios (15 %).

Zielstellungen der Männergesundheitsforschung

Repräsentative Bevölkerungsumfrage bei Männern

Männer haben durchaus differenzierte Gesundheitsvorstellungen

Vorstellung einer selbstverantworteten Gesundheit weit verbreitet

Beurteilung des Gesundheitsverhaltens

Informationsverhalten ist verbesserungsbedürftig

Vorsorgeuntersuchungen sind mehrheitlich bekannt, jedoch nur etwa jeder 4. Mann nimmt regelmäßig teil

- 81 % der befragten Männer kennen den zweijährlichen Check-up-35 und 92 % die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung. Jedoch hat nur etwas mehr als die Hälfte der Männer, die diese Vorsorgeuntersuchungen kennen, bereits auch an diesen teilgenommen. Regelmäßig, d.h. turnusmäßig, haben jeweils nur etwa ein Viertel der Männer teilgenommen.

Bedarf es einer männlicheren Versorgung?

Um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Männer im Bedarfsfall sowie auch deren Vorsorgementalität zu steigern, wurde im DAK-Gesundheitsreport der Frage nach dem Bedarf einer männlicheren Versorgung nachgegangen. Die DAK-Männerstichprobe ergab folgende Auffälligkeiten:

- Beispielsweise im Fall von Beschwerden im Urogenitalbereich ist für die Mehrheit der Männer bei Kontakt eines Arztes, dessen/ihre hohe fachliche Kompetenz am wichtigsten (91 %).
- Für 20 % der Männer ist zudem wichtig, dass es eine Sprechstunde speziell für Männer gibt. Und für 16 % der Männer ist eine Behandlung von Mann zu Mann sehr wichtig.

Bedarf gleichgeschlechtlicher Behandlung

Bedarf es neuer Konzepte zur Verbesserung der Männergesundheit?

Männerärzte, Männersprechstunde und Zentren für Männergesundheit sind weitere Schlagworte in der aktuellen Diskussion zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung von Männern. Entsprechen diese Angebote einem männerspezifischen Bedarf? Die Befragung der Experten ergab folgendes Bild:

- Die Mehrheit spricht sich für einen interdisziplinären Zugang zum Spektrum Männergesundheit aus. Als relevante Disziplinen wurden neben Urologen und Andrologen die Internisten, Psychologen, Kardiologen, Sportärzte, Orthopäden, Sexual- und Ernährungsberater genannt. Eine besonders wichtige Rolle nimmt nach Einschätzung einiger Experten der Hausarzt ein.
- Durchaus kritisch betrachten die Experten so genannte „Männerärzte“, insbesondere in Bezug auf das Angebot individueller Gesundheitsleistungen, für das das Feld der Männergesundheit prädisponiert ist.
- Es wird ein größerer Bedarf an interdisziplinären Männersprechstunden gesehen. Zum einen auch, weil der hier ganzheitliche Zugang gegenüber männlichen Patienten eine differenzierte Befindlichkeitserhebung sowie umfassende Diagnostik, z.B. auch im Hinblick auf Depressionen, erlaubt. Zum anderen weil erwartet wird, dass die Männersprechstunde als ergebnisoffenes Patientengespräch zu einem informierten Gesundheitshandeln führt, beispielsweise im Sinne einer zielgerichteten Vorsorge.

- Grundsätzlich sprechen sich die Experten dafür aus, den Bedarf an mÄnnerspezifischen Versorgungsangeboten zu erforschen sowie den Nutzen bestehender mÄnnerspezifischer Angebote zu evaluieren.

Entgegen dem aktuellen Trend zu mÄnnerspezifischen Angeboten sehen einige der Experten den Bedarf an mÄnnerspezifischer Versorgung bereits ausreichend abgebildet durch vorhandene Fach- und HausÄrzte. Aus Sicht der Experten sollte die Inanspruchnahme des Systems einerseits durch eine VerÄnderung der Angebote und andererseits durch Informationen verbessert werden.

Vor dem Hintergrund der AusfÄhrungen zum diesjÄhrigen Schwerpunktthema ergeben sich aus Sicht der DAK folgende Empfehlungen und Forderungen.

Empfehlungen der DAK zum Thema „Mann und Gesundheit“

- Betriebliche GesundheitsfÄrderung bietet vor allem durch den Abbau von Belastungen und der StÄrkung von Ressourcen, nicht zuletzt auch aufgrund der noch immer hÄheren Erwerbsbeteiligung von MÄnnern, groÙe Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit von MÄnnern. Dazu gehÄrt neben der Erweiterung von Handlungs- und EntscheidungsspielrÄumen der Abbau von Unfall- und Verletzungsgefahren sowie Stressbelastungen, eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und SuchtprÄvention am Arbeitsplatz.
- AufklÄrung und Motivation durch Information sind wesentliche MaÙnahmen, um das Gesundheitsverhalten von MÄnnern zu steigern und Risikofaktoren durch z.B. LebensstilverÄnderungen zu verringern. Einen wesentlichen Beitrag dieser Informationsarbeit liefern die Medien. Öffentlichteitarbeit im Bereich MÄnnergeseundheit sollte jedoch dazu beitragen, diese nicht nur im Vergleich zu Frauen, sondern auch unter MÄnnern aufzuzeigen. Auch sollten Potentiale der MÄnnergeseundheit nicht nur auf kÄrperliche Gesundheit reduziert, sondern stets auch im Zusammenhang mit seelischer Gesundheit erÄrtert werden.
- Am Beispiel Depressionen zeigt sich, dass bei MÄnnern andere Symptome und Verhaltensweisen als bei Frauen im Vordergrund stehen kÄnnen. Auf medizinischer und therapeutischer Seite scheinen mÄnnliche Spezifika nicht immer hinreichend bekannt zu sein. Die Verbesserung der Diagnostik und Therapie von MÄnnerdepressionen sollte durch die StÄrkung der Kompetenzen, insbesondere jedoch der HausÄrzte, weiter verbessert werden. Die zur Diagnostik existierenden Instrumente und Methoden sollten auch mÄnnerspezifische Symptome berÄcksichtigen. DarÄber hinaus sollte durch mehr AufklÄrung und Fortbildung sowie auch Vernetzung die Kompetenzen von Haus-, Fach- und BetriebsÄrzten gestÄrkt werden.

Betriebliche GesundheitsfÄrderung

Mehr Aufmerksamkeit fÄr mÄnnerspezifische Gesundheitsrisiken in den Medien

StÄrkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

Mehr Männergesundheitsforschung

- In einer zielgerichteten Intensivierung der Männergesundheitsforschung, z.B. in Bezug auf männerspezifische Sichtweisen hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen sowie auch Ressourcen, sieht die DAK weitere Potenziale zur Verbesserung der Gesundheit von Männern. Zudem sollte erforscht werden, wie der Zugang von Männern zu Präventions- und Vorsorgeangeboten verbessert werden kann. Auch das Wissen bezüglich unterschiedlicher Krankheitsbilder zwischen den Geschlechtern und damit einhergehend möglicher unterschiedlicher Therapie- und Versorgungsanforderungen sollte durch entsprechende Forschungsrichtungen erweitert werden.

Verbesserung der Vorsorgementalität von Männern durch Anreize

- Männer, die die gesetzlich empfohlenen Vorsorgeangebote nicht oder nur unregelmäßig nutzen, können stärker, unter anderem durch finanzielle Anreize, zur Inanspruchnahme bewegt werden. Die DAK bedient diesen Vorschlag mit dem Individualtarif DAKpro Balance. Männer, die sich um ihre Gesundheit kümmern, an den notwendigen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, einmal im Jahr wichtige Gesundheitswerte messen lassen und sich um eine gesunde Lebensführung bemühen, werden hier belohnt. Die Praxis zeigt, dass mehr Männer dieses Tarifangebot wählen als man aufgrund der Zahlen zur Inanspruchnahme verschiedener Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung erwartete.

Verbesserung der Attraktivität und Nachhaltigkeit von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung

- Die Prävention männerspezifischer Erkrankungsrisiken wie z.B. kardiovaskulärer Erkrankungen sollte bei Männern im mittleren Lebensalter im Vordergrund stehen. Angebote der Primärprävention der gesetzlichen Krankenkassen sollten daher in Bezug auf ihre Akzeptanz und Attraktivität bei Männern geprüft werden. Auch sollten sich die Angebote mehr an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Lebenslagen, z.B. durch eine Integration in den Arbeits- und Betriebsalltag, orientieren. Dies könnte ihre Nachhaltigkeit für mehr Männergesundheit erhöhen. Da Männern sozialen Aspekten wie Familien, Kindern und Partnerschaft eine besonders hohe Bedeutung für ihre Gesundheit und Wohlbefinden beimessen, bieten Partnerprogramme und familienfreundliche Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote weitere zentrale Anknüpfungspunkte für mehr Männergesundheit.

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.⁴²

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 44). Abbildung 45 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

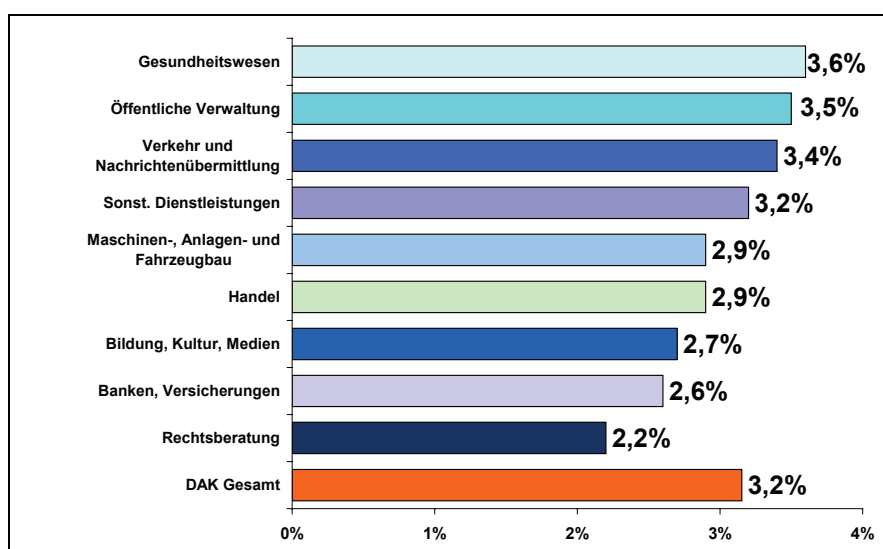


Abbildung 44:

Krankenstandswerte 2007 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 3,6 % und 3,5 % deutlich an der Spitze. Ebenfalls über dem Branchendurchschnitt liegt die Wirtschaftsgruppe „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Rechtsberatung“ und „Banken und Versicherungen“ mit unterdurchschnittlichen Krankenständen in Höhe von 2,2 % bzw. 2,6 %.

„Gesundheitswesen“ wiederholt an der Spitze gefolgt von öffentlicher Verwaltung

⁴² Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselsystematik leicht verändert, um einige für die DAK besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

Ursächlich für diese Unterschiede sind deutliche Abweichen 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 Versicherte konnten 2007 110,5 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 12,0 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 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 114,0 Erkrankungsfälle und ist damit im Vergleich der Branchen am höchsten. Die Erkrankungsdauer lag hingegen mit durchschnittlich 11,1 Tagen nur geringfügig über dem Durchschnitt aller Branchen.

Gründe für hohen Krankenstand in der Öffentlichen Verwaltung

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien mit dem weit höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.⁴³ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsverwaltung“ und „Datenverarbeitung“. Auf Grund des hohen Wettbewerbsdrucks können beeinträchtigte Arbeitnehmer hier vergleichsweise seltener in ihrem Beschäftigungsverhältnis verweilen.

Der sehr niedrige Krankenstand in den Branchen „Rechtsberatung“ ist auf die im Branchenvergleich niedrigste Erkrankungshäufigkeit sowie auch auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungsdauer zurückzuführen:

- 100 Versicherte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung“ waren 2007 nur rund 87,4 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte dabei nur 9,0 Tage.

⁴³ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

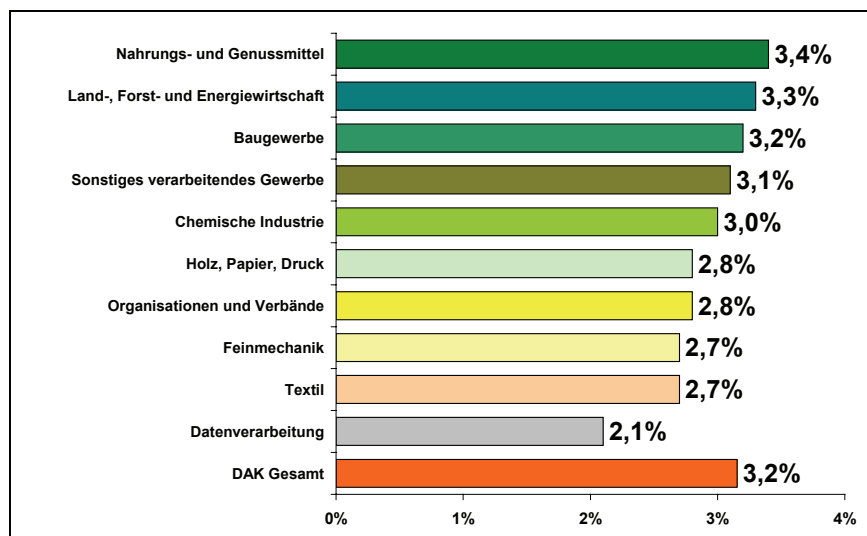


Abbildung 45:

**Krankenstandswerte
2007 in den zehn übrigen Wirtschafts-
gruppen**

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Abbildung 45 zeigt die Krankenstände in den übrigen 10 Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die teils eher dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

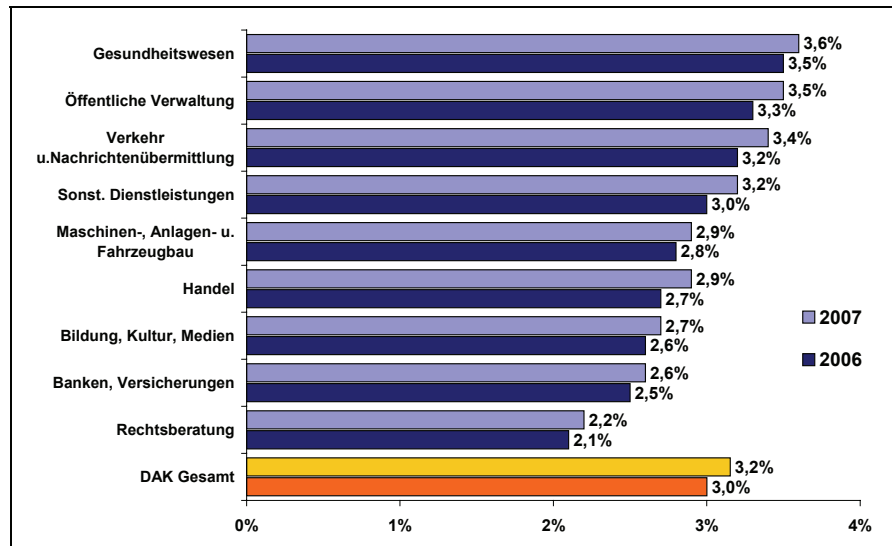
Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass DAK-Mitglieder in diesen Branchen auf Grund der Historie der DAK als Angestellten-Krankenkasse hier vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen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

In Abbildung 46 und Abbildung 47 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2006 und 2007 vergleichend gegenüber gestellt.⁴⁴

⁴⁴ Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sind den Tabellen A5 und A6 im Anhang zu entnehmen.

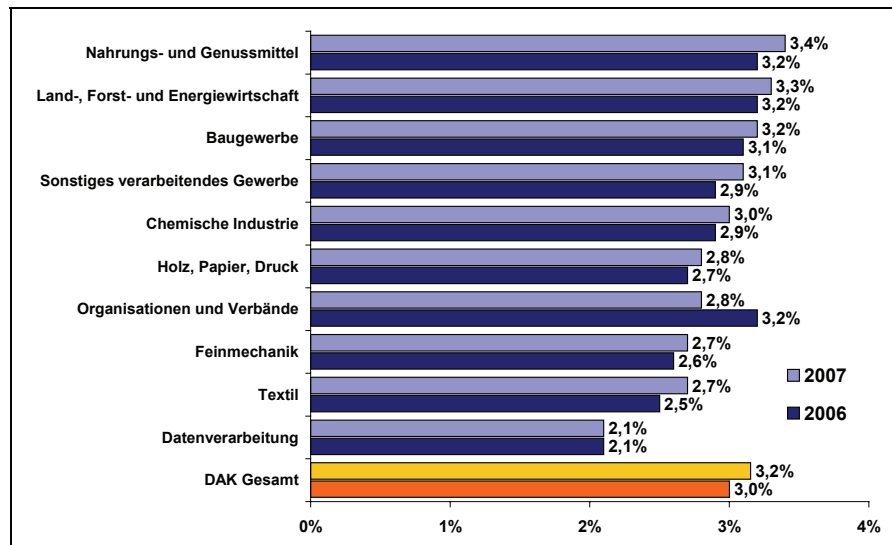
Es zeigt sich, dass der Trend steigender Krankenstände sich für nahezu alle Wirtschaftsgruppen zeigt. Der Krankenstand ist beim Großteil der Branchen um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkten gestiegen.

Abbildung 46:
Krankenstandswerte 2006 - 2007 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Abbildung 47:
Krankenstandswerte 2006 - 2007 in den neun übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2007

Unverändert blieb der Krankenstand lediglich in der Branche „Datenverarbeitung“. Weiterhin gesunken – und das um insgesamt 0,4 Prozentpunkte – ist der Krankenstand in Wirtschaftsgruppe „Organisationen und Verbände“. Dahinter steht ein Rückgang der Fallhäufigkeit von 123,4 AU-Fälle auf 107,3 AU-Fälle pro 100 Versicherte.

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 5 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2007.

Tabelle 5: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2007

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versicherte		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,6%	956,2	93,2	10,3
Bayern	2,8%	1.026,2	95,9	10,7
Berlin*	3,8%	1.387,0	112,3	12,3
Bremen	3,4%	1.250,0	108,5	11,5
Hamburg	3,0%	1.082,1	99,3	10,9
Hessen	3,2%	1.172,4	111,7	10,5
Niedersachsen	3,1%	1.134,3	106,7	10,6
Nordrhein-Westfalen	3,0%	1.107,2	102,1	10,8
Rheinland-Pfalz	3,4%	1.243,7	109,4	11,4
Saarland	3,6%	1.308,5	101,9	12,8
Schleswig-Holstein	3,0%	1.113,0	105,2	10,6
Westliche Bundesländer	3,0%	1.107,8	102,4	10,8
Brandenburg	3,8%	1.380,8	122,3	11,3
Mecklenburg-Vorpommern	3,8%	1.404,3	130,5	10,8
Sachsen	3,5%	1.269,0	117,3	10,8
Sachsen-Anhalt	3,8%	1.386,1	124,1	11,2
Thüringen	3,7%	1.358,7	125,3	10,8
Östliche Bundesländer	3,7%	1.364,1	123,9	11,0
DAK Gesamt	3,2%	1.150,8	106,2	10,8

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

Regionale Unterschiede

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 3,2 % verbergen sich regionale Unterschiede. Das heißt, wie auch in den Vorjahren sind im Jahr 2007 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 48).

Abbildung 48:

Bundesländer mit Krankenständen bis zu 0,3 Prozentpunkten über oder unter dem DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: DAK AU-Daten 2007

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. Wie schon in den drei Vorjahren weist Baden-Württemberg mit 2,6 % den niedrigsten Wert auf. Bayern liegt mit einem Krankenstandswert in Höhe von 2,8 % ebenfalls deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Mit Ausnahme des Saarlands und Berlins weichen die übrigen westlichen Bundesländer nicht mehr als 0,3 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt von 3,2 % ab. Knapp unter dem Durchschnitt liegen die Länder Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (jeweils 3,0 %) sowie Niedersachsen mit 3,1 %.

Das Saarland liegt als einziges westliches Bundesland mit 3,6 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Verantwortlich für den überdurchschnittlichen Krankenstand im Saarland ist, wie bereits in den Vorjahren, die mit 12,8 Tagen längste durchschnittliche Falldauer aller Bundesländer. In den vergangenen Jahren ist im Rahmen der DAK-Gesundheitsberichterstattung für die einzelnen Bundesländer geprüft worden, ob der erhöhte Krankenstand im Saarland eventuell auf eine von der DAK insgesamt deutlich abweichende Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in diesem Bundesland zurückzuführen ist. Die Analysen haben jedoch keinen Hinweis auf eine hierdurch begründete Krankenstandserhöhung ergeben.

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 3,5 % der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,3 Prozentpunkte über dem DAK-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich darüber: Thüringen 3,7 %, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg jeweils 3,8 %.

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist einerseits eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit sowie andererseits auch eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Falldauer: Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern, Berlin ausgenommen, zwischen 93,2 (Baden-Württemberg) und 111,7 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 117,3 (Sachsen) und 130,5 (Mecklenburg-Vorpommern) auf. Die Falldauer entspricht in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen genau dem DAK-Durchschnitt von 10,8 Tagen. In Brandenburg dauerte ein Fall hingegen 11,3 und in Sachsen-Anhalt 11,2 Tage.

**Günstigste
Krankenstandswerte
in Baden-
Württemberg und
Bayern**

**Westliche Bundes-
länder liegen um den
Durchschnitt**

**Saarland immer noch
deutlich über dem
Durchschnitt**

**Alle östlichen Länder
über dem DAK-
Bundesdurchschnitt**

**Hohe Fallzahlen und
Falldauern sind Ursa-
che des erhöhten
Krankenstandes im
Osten**

Berlin gemeinsam mit Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt deutlich über dem Durchschnitt

Berlin steht 2007 – diesmal gemeinsam mit Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt – wieder an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer. Der vergleichsweise hohe Krankenstand von 3,8 % ist vor allem auf die Erkrankungsdauer von durchschnittlich 12,3 Tagen pro Fall zurückzuführen. Aber auch die Fallhäufigkeit (112,3 Fälle pro 100 Versicherte) liegt über dem DAK-Durchschnitt (106,2 AU-Fälle).

Entwicklung des Krankenstandes 2006 – 2007

Abbildung 49 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2007 im Vergleich zum Vorjahr. Der Anstieg der Krankenstandswerte ist in allen Bundesländern zu beobachten.

Westliche Bundesländer

In den westlichen Bundesländern ist der Krankenstand im Vergleich zu 2006 um mindestens 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Eine Ausnahme bildet das Land Bremen. Hier ist der Krankenstandswert um 0,3 Prozentpunkte auf 3,4 % gestiegen.

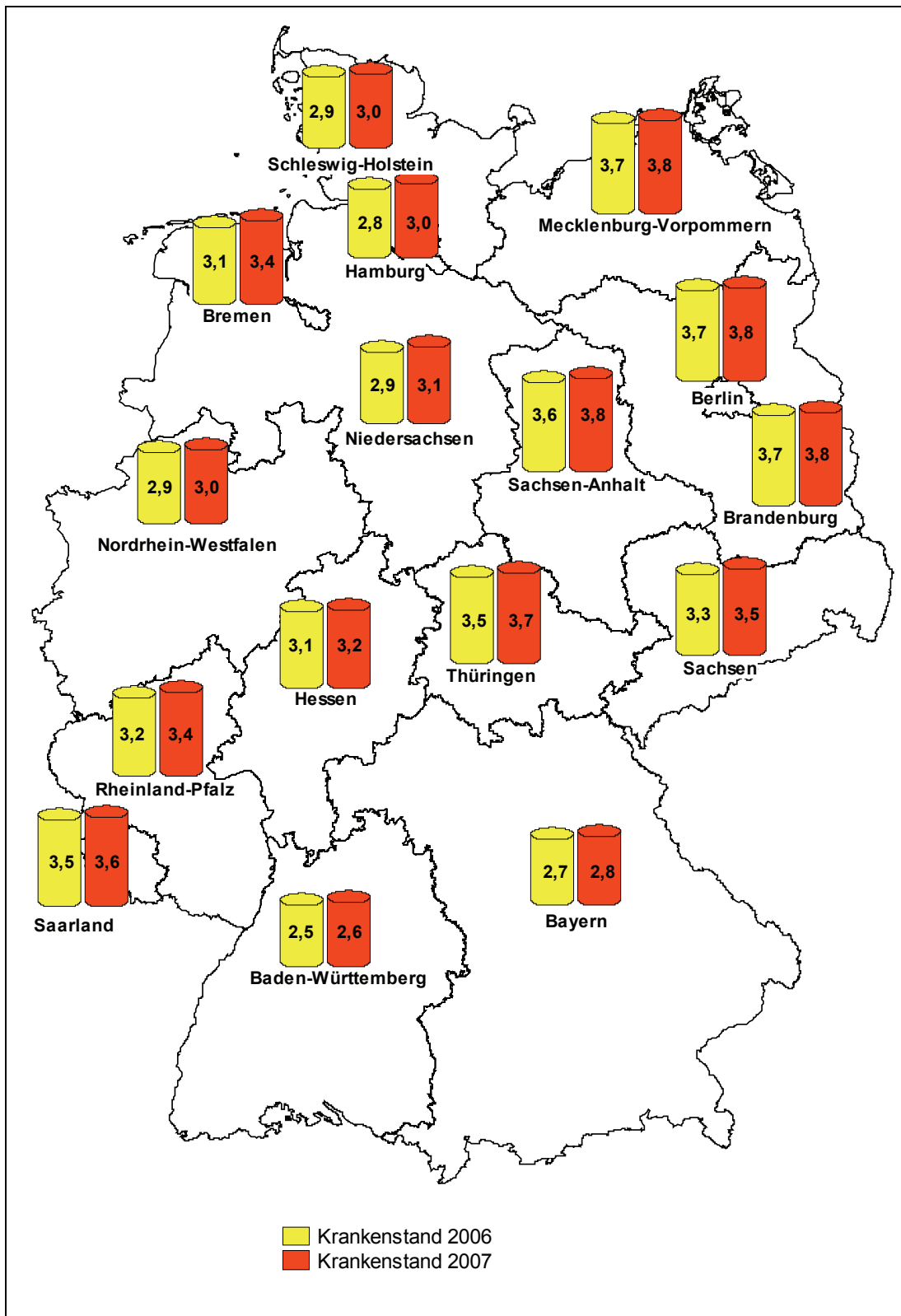
Östliche Bundesländer

Auch in allen östlichen Bundesländern ist ein Anstieg des Krankenstandes zu beobachten. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern stieg der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte auf jeweils 3,8 %. In Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ist der Krankenstand um jeweils 0,2 Prozentpunkte gestiegen.

Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2006 und 2007 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 49: Krankenstandswerte der Jahre 2006 und 2007 nach Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2006/2007

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit 10 Jahren berichtet die DAK über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem Westen liegt. Die beobachtete Differenz in den Krankendandswerten Ost und West bewegt sich fast durchweg bei 0,7 – 0,8 Prozentpunkten.

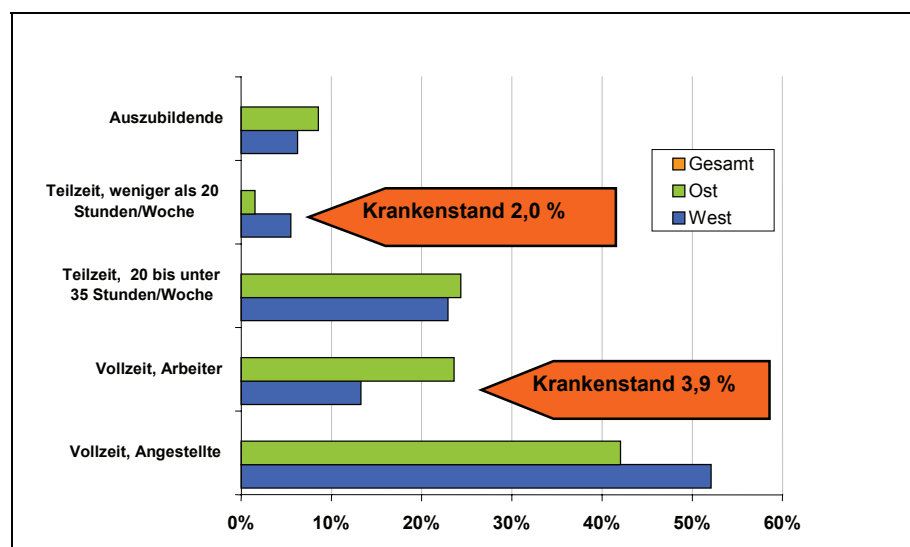
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

- Durch die Versicherten- sowie auch Wirtschaftsstruktur wird der Krankenstand im Osten benachteiligt und im Westen begünstigt.
- 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 50 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 50:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu Teilzeitbeschäftigten oder Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 3,9 % kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den DAK-Versicherten in Ostdeutschland steigend 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 höher Krankenstand kennzeichnet.

Abbildung 51 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 zwischen Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

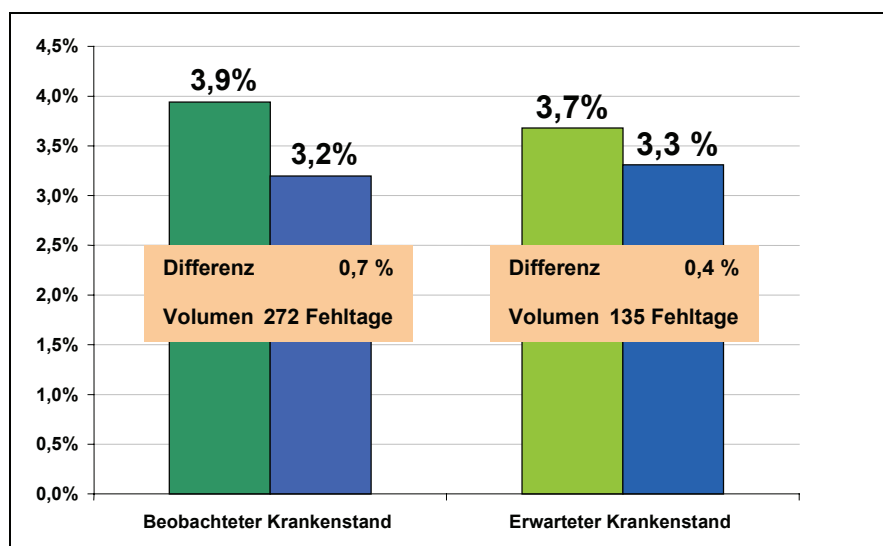


Abbildung 51:

Vergleich beobachtete und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006

Ost grün, West blau

Quelle: DAK-AU-Daten 2006

Beobachtet wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten beim Krankenstand. Dies entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und 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 Fehltagevolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen) oder 0,6 Prozentpunkten.

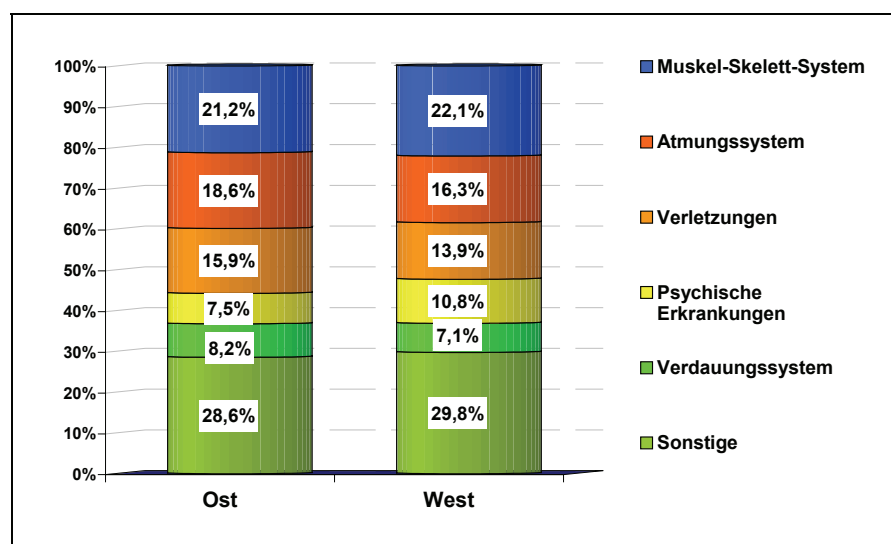
Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehende Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in betracht gezogen werden wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

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 52 zeigt die Anteile am Krankenstand 2007 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 52:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2007

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nur noch geringfügig eine größere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Dagegen hatten Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems in Ostdeutschland einen etwas 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 (10,8 % gegenüber 7,5 %). Auch hat im Vergleich zum Vorjahr der Anteil psychischer Erkrankungen in den westlichen Bundesländern mit 0,2 Prozentpunkten zugenommen, während er in den östlichen Bundesländern unverändert blieb.

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung in den westlichen Ländern

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Krankenstand ist gestiegen, das AU-Volumen ist dennoch auf niedrigem Niveau

Zum zehnten Mal in Folge legt die DAK mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht eine umfassende Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK vor. Damit kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens auf einer breiten Datenbasis über den Zeitraum von 1997 bis 2007 analysiert werden. Für das Jahr 2007 kann folgende Bilanz gezogen werden:

- Der Krankenstand lag bei 3,2 %. Der in den vorangegangenen drei Jahren beobachtete Trend sinkender Krankenstände hat sich unter den bei der DAK versicherten Beschäftigten umgekehrt. Dennoch verweilt der DAK-Krankenstand auf einem noch insgesamt niedrigen Niveau.

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

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

- Der Krankenstand wird neben dem Gesundheitszustand einer Population auch durch die Konjunktur und Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt sowie auch durch wirtschafts-, tätigkeits- und berufsbezogene Faktoren beeinflusst. Nicht zuletzt ist der Krankenstand auch von betrieblichen Politiken in Bezug auf Personal, Leistung, Entlohnung sowie Gesundheit beeinflusst.

Auf volkswirtschaftlicher Ebene wurde bislang ein enger Zusammenhang zwischen Konjunkturentwicklung und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt sowie der Höhe des Krankenstandes angenommen. Dennoch sollte der gestiegene Krankenstand nicht vordringlich auf das Konjunkturwachstum der Jahre 2006/2007 und damit auf den Beschäftigungszuwachs zurückgeführt werden. Indizien, dass dieser Zusammenhang nicht durchgängig für alle Länder sowie auch Branchen bestehen kann, legen Arbeitsmarktdaten offen. Besonders niedrige Krankenstände wie in Baden-Württemberg und Bayern werden beispielsweise durch die niedrigsten Arbeitslosenquoten sowie auch deutlichsten Rückgänge an Arbeitslosigkeit in 2007 begleitet.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern gestiegene Krankenstandsniveau müssen daher auch auf betrieblicher Ebene gesucht werden: Auf der betrieblichen Ebene kann es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass derartige Entwicklungen nicht zu einem deutlicheren Anstieg

des Krankenstandes führen, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt über die gesundheitlichen Belastungen der DAK-Versicherten noch nicht alles aus. Ergänzend heranzuziehen sind Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen, Bundesländern sowie auch Berufsgruppen. Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2008 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

Auch können je nach Branche strukturelle Aspekte für die Krankheitsquote eine große Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in einigen Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen, wie z. B. bei der „Datenverarbeitung“, besonders gering 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.

Die im „DAK Gesundheitsreport 2008“ enthaltenen Informationen über das Morbiditätsgeschehen können als Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Die Empfehlungen der DAK zum diesjährigen Schwerpunktthema „Mann und Gesundheit“ lesen sie in der abschließenden Gesamtbetrachtung der Sonderanalysen (Kapitel 4.6, Seite 96 ff.).

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2006

Auswertungen nach Berufsgruppen auf der Basis des Jahres 2006

In diesem Abschnitt des DAK-Gesundheitsreports 2008 werden die Krankenstände des Jahres 2006 nach Berufsgruppen analysiert und mit den Daten des Jahres 2005 verglichen. Auch wenn der DAK bald nach Ende des Kalenderjahres Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Mitglieder zur Verfügung stehen, kann das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bezogen auf Berufsgruppen erst mit Ablauf des Folgejahres analysiert werden. Erst dann liegen die Meldungen der Arbeitgeber mit der Angabe der Berufsbezeichnung bei der DAK vollständig vor.

Für den Vergleich der Ergebnisse mit den Ergebnissen der Gesundheitsberichte der Vorjahre ist zu beachten, dass seit 2004 erstmalig ein neues Verfahren der Erfassung der Berufsgruppenzugehörigkeit angewandt wurde.⁴⁵

Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988

Die Berufsgruppen wurden gemäß der Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988 ausgewertet. Von den insgesamt 94 Berufsgruppen wurden die 10 Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern herausgegriffen, die 2006 67,2 % aller DAK-Versicherten repräsentierten. Abbildung 53 zeigt die Krankenstände dieser zehn Berufsgruppen im Vergleich zur DAK insgesamt im Jahr **2006** (3,0 %).

Berufsfahrer und Lagerverwalter mit höchstem Krankenstand

Den höchsten Krankenstandswert der zehn dargestellten Gruppen weisen mit 3,9 % die „Berufe des Landverkehrs“ (z. B. Berufskraftfahrer) und die „auf“ auf (3,8 %). In diesen Berufsgruppen sind sowohl die Fallhäufigkeiten (106,1 bzw. 125,2 AU-Fälle pro 100 Versicherte) als auch die Falldauern (13,3 bzw. 11,1 Tage) überdurchschnittlich.

Krankenstand im Gesundheitsdienst und in der Sozialpflege über dem Durchschnitt

Auch die „Übrigen Gesundheitsdienstberufe“ (Berufe im „Gesundheitswesen“ mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) und die sozialpflegerischen Berufe liegen mit Krankenstandswerten von 3,7 % bzw. 3,4 % zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Der hohe Krankenstand in den Gesundheitsdienstberufen ist vor allem auf eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungsdauer (13,2 Tage je AU-Fall) zurückzuführen. In der Sozialpflege ist hingegen die Fallhäufigkeit überdurchschnittlich hoch (112,5 AU-Fälle).

⁴⁵ Zuvor war in jedem Jahr für eine erhebliche Anzahl Versicherter die Berufsgruppe unbekannt. Diese Gruppe hatte einen überdurchschnittlich hohen Krankenstand, was in einer systematischen Unterschätzung des Krankenstands der übrigen Berufsgruppen resultierte. Durch das neue Verfahren konnte die Anzahl der Versicherten mit erfasster Berufsgruppe deutlich erhöht werden. Dadurch ergeben sich in fast allen Berufsgruppen höhere Krankenstände als in den Berichtsjahren vor 2004 ausgewiesen.

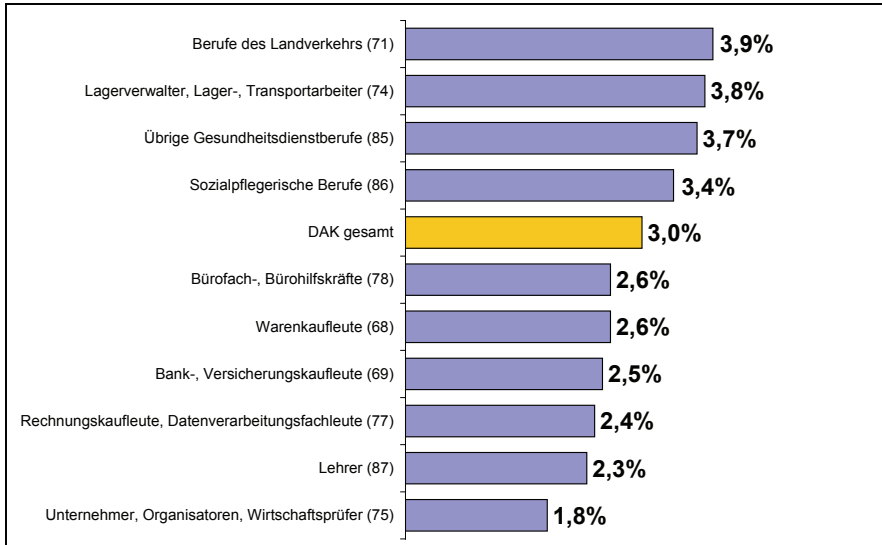


Abbildung 53:

Krankenstände der zehn Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern 2006

Quelle: DAK AU-Daten 2007

„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2006 wieder einen sehr niedrigen Krankenstand (1,8 %). Dies lag an der geringen Häufigkeit von AU-Fällen (73,0 pro 100 Versicherte) sowie der niedrigsten Falldauer (8,9 Tage je AU-Fall) der betrachteten Berufsgruppen. Auch Lehrer und Datenverarbeitungsfachleute hatten mit 2,3 % bzw. 2,4 % deutlich unter dem Durchschnitt liegende Krankenstände.

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand

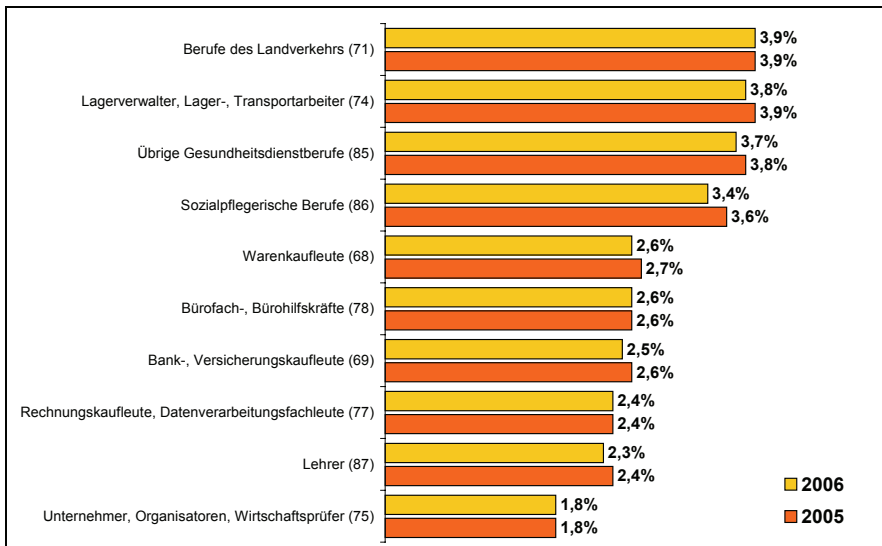


Abbildung 54:

Krankenstände in den zehn wichtigsten Berufsgruppen 2006 im Vergleich zum Vorjahr

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Veränderungen gegenüber 2005

In sechs der zehn hier betrachteten Berufsgruppen ist der Krankenstand 2006 gegenüber 2005 zurückgegangen (vgl. Abbildung 54). Der Rückgang bewegte sich zwischen 0,1 bzw. 0,2 Prozentpunkte und betraf z.B. die Gruppe der „Lagerverwalter, Lager- und Transportarbeiter“ und „Übrige Gesundheitsberufe“. Unverändert blieb der Krankenstand in der Gruppe „Berufe des Landverkehrs“, „Bürofach- und -hilfskräfte“, „Rechnungs- und Datenverarbeitungskaufleute“ sowie „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“. In keiner der hier betrachteten Berufsgruppe ist der Krankenstand 2006 gegenüber dem Vorjahr gestiegen.

Eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 2005 und 2006 ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen. Unterschiede im AU-Geschehen zwischen einzelnen Berufsgruppen können durch berufsspezifische Arbeitsbedingungen begründet sein.

Zusammenspiel belastender und stärkender Arbeitsbedingungen beeinflusst das AU-Geschehen.

Berufsgruppen mit hohen Krankenständen sind vielfach erheblichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Ob diese Belastungen im Laufe der Zeit zu gesundheitlichen Beschwerden und schließlich zu Erkrankungen führen, hängt auch wesentlich davon ab, ob dem Beschäftigten Möglichkeiten der Bewältigung von Arbeitsanforderungen und zum Ausgleich von belastenden Situationen zur Verfügung stehen. Eine hohe Arbeitszufriedenheit durch die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Organisation und die Arbeitsinhalte, ein gutes Betriebsklima sowie die flexible Arbeitszeitgestaltung können den Umgang mit belastenden Arbeitssituationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen.

DAK-Angebote: betriebliche Krankenstandsanalysen und Mitarbeiterbefragungen

Unter welchen spezifischen Bedingungen Beschäftigte in ihrem Beruf arbeiten und inwieweit daraus Auswirkungen auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen abgeleitet werden können, ist den vorliegenden Daten nicht zu entnehmen. Dies ist vielmehr auf der betrieblichen Ebene zu ermitteln. Die DAK bietet diesbezüglich betriebliche Krankenstandsanalysen und betriebliche Mitarbeiterbefragungen an. Vor allem über die Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen werden.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Seit Jahren arbeitet die DAK bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und nimmt damit ihren gesetzlichen Auftrag wahr. Im Rahmen des im Sommer und Herbst 2000 gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege durchgeführten „Stress-Monitorings“ wurden Beschäftigte aus 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten schriftlich zu ihren Arbeitsbedingungen befragt. Die Ergebnisse für ausgewählte Berufsgruppen liegen in schriftlicher Form vor und können bei der Zentrale der DAK bezogen werden.⁴⁶

⁴⁶ Friseur, Reinigungskräfte, Kindergärtnerinnen, Betreuer und Gruppenleiter in Werkstätten für Behinderte, Berufsschullehrer, Beschäftigte in Werkstätten der Gefährdetenhilfe, Tierärzte

Anhang II: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet. Gemein sind jedoch „100 Versicherungsjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2007 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 Versicherungsjahre 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 Fehltag – insgesamt oder auf Grund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versicherte 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, so dass 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 Einzel-diagnosen, welche aber für die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Krankheitsarten mit den Jahren 2000 bis 2003 weitestgehend irrelevant ist. Für die Gesundheitsreports 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 für das Jahr 2004 sind somit trotz Änderung des ICD-Schlüssels mit den Daten ab 2000 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 führt 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 (Krebs)
D50 – D90	Krankheiten des Blutes und der Blut bildenden Organe
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-Skelettsystems 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 III: Tabellarischer Überblick über die Jahre 2007 und 2006

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2006 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 III aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2007	126
Tabelle A2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006	127
Tabelle A3:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2007	128
Tabelle A4:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2007	129
Tabelle A5:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2007	130
Tabelle A6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006	131
Tabelle A7:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2007	132
Tabelle A8:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2006	133
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2006	134
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2005	134

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage	Anteil am
			AU-Tage	AU-Fälle	je AU-Fall	Krankenstand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	51,6	9,3	5,5	4,5%
		Männer	49,2	8,9	5,5	4,4%
		Frauen	55,1	9,9	5,6	4,6%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	44,2	1,3	33,0	3,8%
		Männer	32,1	1,1	28,9	2,9%
		Frauen	61,3	1,7	36,8	5,1%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	117,1	4,3	27,0	10,2%
		Männer	92,9	3,3	27,8	8,4%
		Frauen	151,2	5,7	26,4	12,5%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	48,7	4,7	10,3	4,2%
		Männer	44,7	4,2	10,6	4,0%
		Frauen	54,3	5,5	9,9	4,5%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,1	3,0	18,2	4,7%
		Männer	63,9	3,0	21,0	5,8%
		Frauen	40,2	2,9	13,9	3,3%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	193,1	30,9	6,3	16,8%
		Männer	175,4	28,0	6,3	15,8%
		Frauen	218,2	34,9	6,3	18,1%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	84,7	14,5	5,8	7,4%
		Männer	86,4	14,1	6,1	7,8%
		Frauen	82,4	15,1	5,4	6,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	251,8	15,3	16,5	21,9%
		Männer	261,4	16,5	15,8	23,5%
		Frauen	238,3	13,6	17,5	19,7%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	52,9	6,0	8,8	4,6%
		Männer	45,2	5,1	8,8	4,1%
		Frauen	63,7	7,3	8,8	5,3%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	164,4	9,8	16,8	14,3%
		Männer	200,7	11,9	16,9	18,1%
		Frauen	113,2	6,9	16,5	9,4%
Gesamt⁴⁷		Gesamt	1.150,8	106,2	10,8	100,0%
		Männer	1.111,3	100,6	11,0	100,0%
		Frauen	1.206,6	114,1	10,6	100,0%

⁴⁷ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124)

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	45,6	8,1	5,7	4,2%
	Männer	43,8	7,7	5,7	4,1%
	Frauen	48,3	8,5	5,7	4,2%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	44,8	1,3	34,5	4,1%
	Männer	33,9	1,1	31,7	3,2%
	Frauen	60,2	1,6	37,2	5,2%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	109,8	4,0	27,3	10,0%
	Männer	88,3	3,1	28,1	8,4%
	Frauen	140,2	5,3	26,6	12,2%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	48,4	4,7	10,4	4,4%
	Männer	44,8	4,2	10,7	4,2%
	Frauen	53,6	5,4	10,0	4,6%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,4	3,1	17,5	5,0%
	Männer	63,8	3,2	20,2	6,0%
	Frauen	41,2	3,0	13,6	3,6%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	171,7	27,4	6,3	15,7%
	Männer	155,8	24,8	6,3	14,8%
	Frauen	194,2	31,0	6,3	16,9%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	79,2	13,4	5,9	7,2%
	Männer	80,2	13,0	6,2	7,6%
	Frauen	77,6	14,0	5,6	6,7%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	241,3	14,8	16,4	22,0%
	Männer	249,8	15,8	15,8	23,7%
	Frauen	229,5	13,3	17,3	19,9%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	48,9	5,5	8,9	4,5%
	Männer	41,9	4,7	8,9	4,0%
	Frauen	58,7	6,6	8,9	5,1%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	165,6	9,9	16,8	15,1%
	Männer	197,3	11,8	16,7	18,7%
	Frauen	120,9	7,1	17,0	10,5%
Gesamt ⁴⁸	Gesamt	1.095,3	98,9	11,1	100,0%
	Männer	1.055,2	93,6	11,3	100,0%
	Frauen	1.152,0	106,4	10,8	100,0%

Tabelle A3 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2007

⁴⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124)

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	51,0	9,4	5,4	4,6%
		Männer	48,9	9,0	5,4	4,5%
		Frauen	54,0	9,9	5,5	4,7%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	43,7	1,3	34,9	3,9%
		Männer	32,1	1,0	30,8	3,0%
		Frauen	60,1	1,5	38,9	5,2%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	119,7	4,3	28,1	10,8%
		Männer	97,9	3,4	29,2	9,1%
		Frauen	150,5	5,5	27,2	13,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	47,7	4,6	10,5	4,3%
		Männer	44,2	4,1	10,8	4,1%
		Frauen	52,6	5,2	10,1	4,6%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	51,0	2,8	18,5	4,6%
		Männer	61,4	2,9	21,3	5,7%
		Frauen	36,4	2,6	14,0	3,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	180,8	30,0	6,0	16,3%
		Männer	165,3	27,3	6,1	15,4%
		Frauen	202,7	33,8	6,0	17,6%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	79,1	13,5	5,9	7,1%
		Männer	81,2	13,1	6,2	7,6%
		Frauen	76,2	14,0	5,4	6,6%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	244,5	14,7	16,6	22,1%
		Männer	254,2	15,9	15,9	23,7%
		Frauen	230,7	13,0	17,8	20,0%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	52,4	6,0	8,7	4,7%
		Männer	45,1	5,2	8,7	4,2%
		Frauen	62,7	7,2	8,7	5,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	154,0	9,3	16,6	13,9%
		Männer	185,9	11,2	16,6	17,3%
		Frauen	108,9	6,6	16,4	9,4%
Gesamt ⁴⁹		Gesamt	1.107,8	102,4	10,8	100,0%
		Männer	1.074,5	97,4	11,0	100,0%
		Frauen	1.154,8	109,5	10,5	100,0%

⁴⁹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124)

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage	Anteil am
			AU-Tage	AU-Fälle	je AU-Fall	Krankenstand
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	53,6	8,7	6,1	3,9%
		Männer	48,9	8,1	6,0	3,8%
		Frauen	60,3	9,6	6,3	4,1%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	47,6	1,8	26,3	3,5%
		Männer	32,9	1,5	22,5	2,6%
		Frauen	68,2	2,3	29,7	4,6%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	102,0	4,6	22,0	7,5%
		Männer	64,4	3,2	20,3	5,0%
		Frauen	155,2	6,7	23,2	10,5%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	53,7	5,6	9,5	3,9%
		Männer	46,8	4,7	9,9	3,6%
		Frauen	63,3	6,9	9,1	4,3%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	70,0	4,1	17,3	5,1%
		Männer	77,2	3,9	20,0	6,0%
		Frauen	59,8	4,3	13,8	4,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	253,4	34,6	7,3	18,6%
		Männer	220,7	30,3	7,3	17,2%
		Frauen	299,4	40,6	7,4	20,3%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	111,8	19,3	5,8	8,2%
		Männer	110,6	18,4	6,0	8,6%
		Frauen	113,5	20,6	5,5	7,7%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	289,8	18,2	15,9	21,2%
		Männer	298,2	19,4	15,4	23,2%
		Frauen	277,9	16,6	16,7	18,8%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	53,6	5,9	9,0	3,9%
		Männer	43,6	4,8	9,1	3,4%
		Frauen	67,6	7,5	9,0	4,6%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	217,4	12,2	17,8	15,9%
		Männer	275,2	15,2	18,0	21,4%
		Frauen	135,8	7,9	17,1	9,2%
Gesamt ⁵⁰		Gesamt	1.364,1	123,9	11,0	100,0%
		Männer	1.285,7	114,5	11,2	100,0%
		Frauen	1.474,9	137,3	10,7	100,0%

⁵⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2007

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 – 67)	2,6%	942,5	97,7	9,6
Baugewerbe (45)	3,2%	1.176,9	104,9	11,2
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	2,7%	971,5	103,9	9,3
Chemische Industrie (23 – 25)	3,0%	1.105,1	109,3	10,1
Datenverarbeitung (72)	2,1%	784,2	90,1	8,7
Feinmechanik (30 – 33)	2,7%	999,5	103,0	9,7
Gesundheitswesen (85)	3,6%	1.323,5	110,5	12,0
Handel (50 – 52)	2,9%	1.045,4	93,6	11,2
Holz, Papier, Druck (20 – 22)	2,8%	1.036,3	100,7	10,3
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 – 02, 05, 10 – 14, 37, 40, 41)	3,3%	1.202,2	107,5	11,2
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,9%	1.063,9	107,7	9,9
Nahrungs- und Genussmittel (15 – 16)	3,4%	1.255,7	100,9	12,4
Öffentliche Verwaltung (75)	3,5%	1.268,2	114,0	11,1
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	2,8%	1.020,6	107,3	9,5
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,2%	788,8	87,4	9,0
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,2%	1.159,1	106,8	10,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 – 28, 36)	3,1%	1.140,5	109,9	10,4
Textil (17 – 19)	2,7%	996,2	97,7	10,2
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 – 64)	3,4%	1.227,5	102,9	11,9
DAK Gesamt (00 – 95)	3,2%	1.150,8	106,2	10,8

* In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik der Bundesanstalt für Arbeit (1993) angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A6 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 – 67)	2,5%	894,4	91,4	9,8
Baugewerbe (45)	3,1%	1.121,1	96,4	11,6
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	2,6%	954,7	101,6	9,4
Chemische Industrie (23 – 25)	2,9%	1.049,0	101,9	10,3
Datenverarbeitung (72)	2,1%	767,7	84,1	9,1
Feinmechanik (30 – 33)	2,6%	941,3	95,4	9,9
Gesundheitswesen (85)	3,5%	1.262,6	104,6	12,1
Handel (50 – 52)	2,7%	990,3	86,4	11,5
Holz, Papier, Druck (20 – 22)	2,7%	971,3	93,0	10,4
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 – 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,2%	1.169,3	101,8	11,5
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,8%	1.011,7	100,3	10,1
Nahrungs- und Genussmittel (15 – 16)	3,2%	1.169,7	94,3	12,4
Öffentliche Verwaltung (75)	3,3%	1.219,7	108,0	11,3
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,2%	1.180,4	123,4	9,6
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,1%	758,2	80,7	9,4
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,0%	1.087,6	97,0	11,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 – 28, 36)	2,9%	1.059,7	100,3	10,6
Textil (17 – 19)	2,5%	917,9	91,3	10,1
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 – 64)	3,2%	1.158,3	95,9	12,1
DAK Gesamt (00 – 95)	3,0%	1.095,3	98,9	11,1

* In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik der Bundesanstalt für Arbeit (1993) angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A7 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2007

Bundesland	Krankenstand	Pro100 Versicherte		ØTage-jeAU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,6%	956,2	93,2	10,3
Bayern	2,8%	1.026,2	95,9	10,7
Berlin*	3,8%	1.387,0	112,3	12,3
Bremen	3,4%	1.250,0	108,5	11,5
Hamburg	3,0%	1.082,1	99,3	10,9
Hessen	3,2%	1.172,4	111,7	10,5
Niedersachsen	3,1%	1.134,3	106,7	10,6
Nordrhein-Westfalen	3,0%	1.107,2	102,1	10,8
Rheinland-Pfalz	3,4%	1.243,7	109,4	11,4
Saarland	3,6%	1.308,5	101,9	12,8
Schleswig-Holstein	3,0%	1.113,0	105,2	10,6
Westliche Bundesländer	3,0%	1.107,8	102,4	10,8
Brandenburg	3,8%	1.380,8	122,3	11,3
Mecklenburg-Vorpommern	3,8%	1.404,3	130,5	10,8
Sachsen	3,5%	1.269,0	117,3	10,8
Sachsen-Anhalt	3,8%	1.386,1	124,1	11,2
Thüringen	3,7%	1.358,7	125,3	10,8
Östliche Bundesländer	3,7%	1.364,1	123,9	11,0
DAK Gesamt	3,2%	1.150,8	106,2	10,8

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A8 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2006

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,5%	908,0	85,9	10,6
Bayern	2,7%	971,4	88,4	11,0
Berlin*	3,7%	1.341,8	106,2	12,6
Bremen	3,1%	1.123,4	100,1	11,2
Hamburg	2,8%	1.020,9	91,8	11,1
Hessen	3,1%	1.114,6	103,5	10,8
Niedersachsen	2,9%	1.074,7	99,2	10,8
Nordrhein-Westfalen	2,9%	1.048,3	94,6	11,1
Rheinland-Pfalz	3,2%	1.171,8	101,4	11,6
Saarland	3,5%	1.295,1	98,1	13,2
Schleswig-Holstein	2,9%	1.074,4	98,7	10,9
Westliche Bundesländer	2,9%	1.051,9	95,0	11,1
Brandenburg	3,7%	1.338,3	114,1	11,7
Mecklenburg-Vorpommern	3,7%	1.355,2	123,9	10,9
Sachsen	3,3%	1.204,0	110,1	10,9
Sachsen-Anhalt	3,6%	1.324,1	116,9	11,3
Thüringen	3,5%	1.276,9	117,1	10,9
Östliche Bundesländer	3,6%	1.304,6	116,3	11,2
DAK Gesamt	3,0%	1.095,3	98,9	11,1

- Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2006

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,5%	902,3	93,6	9,6
Berufe des Landverkehrs (71)	3,9%	1.413,8	106,1	13,3
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,6%	932,2	93,5	10,0
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	3,8%	1.387,8	125,2	11,1
Lehrer (87)	2,3%	831,7	81,5	10,2
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,4%	877,5	84,3	10,4
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,4%	1.242,9	112,5	11,0
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,7%	1.355,3	102,6	13,2
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,8%	652,0	73,0	8,9
Warenkaufleute (68)	2,6%	965,5	85,8	11,3
DAK Gesamt	3,0%	1.095,3	98,9	11,1

* In Klammern ist die Schlüsselnummer der Berufsgruppe gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben.

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2005

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,6%	951,1	98,1	9,7
Berufe des Landverkehrs (71)	3,9%	1.438,1	107,2	13,4
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,6%	945,7	94,4	10,0
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	3,9%	1.422,4	125,4	11,3
Lehrer (87)	2,4%	859,2	83,9	10,2
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,4%	867,6	85,0	10,2
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,6%	1.296,8	116,6	11,1
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,8%	1.386,2	103,4	13,4
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,8%	642,4	69,1	9,3
Warenkaufleute (68)	2,7%	1.000,0	85,6	11,7
DAK Gesamt	3,1%	1.127,6	100,1	11,3

* In Klammern ist die Schlüsselnummer der Berufsgruppe gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben.

Anhang IV: Tabellarischer Überblick über Halbjahre und Quartale der Jahre 2006 und 2007

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die wichtigsten Krankenstandsziiffern für das erste und zweite Halbjahr der Jahre 2007 und 2006 sowie auch für die jeweiligen Quartale der Jahre 2007 und 2006.

Verzeichnis der Tabellen:

Tabelle B1:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – erstes Halbjahr 2007	136
Tabelle B2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – erstes Halbjahr 2006	137
Tabelle B3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – zweites Halbjahr 2007	138
Tabelle B4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – zweites Halbjahr 2006	139
Tabelle B5:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2007	140
Tabelle B6:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2006	141
Tabelle B7	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2007	142
Tabelle B8	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2006	143
Tabelle B9:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2007	144
Tabelle B10:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2006	145
Tabelle B11	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2007	146
Tabelle B12:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2006	147

Tabelle B1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 1. Halbjahr 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- halbjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	27,5	5,0	5,5	4,6%
		Männer	26,1	4,8	5,4	4,5%
		Frauen	29,5	5,3	5,6	4,7%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	22,8	0,7	33,2	3,8%
		Männer	16,8	0,6	29,9	2,9%
		Frauen	31,3	0,9	36,3	5,0%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	59,2	2,2	27,4	9,9%
		Männer	47,7	1,7	28,3	8,3%
		Frauen	75,4	2,8	26,6	12,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	25,2	2,5	10,1	4,2%
		Männer	23,3	2,2	10,5	4,0%
		Frauen	28,0	2,9	9,7	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	27,8	1,5	17,9	4,7%
		Männer	32,8	1,6	20,9	5,7%
		Frauen	20,6	1,5	13,6	3,3%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	108,5	17,1	6,4	18,2%
		Männer	98,3	15,5	6,4	17,1%
		Frauen	122,7	19,3	6,4	19,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	44,5	7,7	5,8	7,5%
		Männer	45,2	7,4	6,1	7,9%
		Frauen	43,4	8,0	5,5	6,9%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	126,2	7,6	16,5	21,1%
		Männer	129,8	8,2	15,9	22,6%
		Frauen	121,1	6,9	17,7	19,3%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	26,8	3,1	8,5	4,5%
		Männer	22,9	2,7	8,5	4,0%
		Frauen	32,2	3,8	8,5	5,1%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	83,4	5,0	16,7	14,0%
		Männer	101,6	6,0	16,8	17,7%
		Frauen	57,7	3,5	16,4	9,2%
Gesamt ⁵¹		Gesamt	596,7	56,0	10,7	100,0%
		Männer	574,4	52,9	10,9	100,0%
		Frauen	628,2	60,3	10,4	100,0%

⁵¹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 1. Halbjahr 2006

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- halbjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	24,9	4,5	5,6	4,3%
		Männer	23,5	4,3	5,5	4,3%
		Frauen	26,8	4,8	5,6	4,4%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	23,0	0,7	34,6	4,0%
		Männer	17,7	0,6	32,0	3,2%
		Frauen	30,4	0,8	37,1	5,0%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	54,4	2,0	27,3	9,5%
		Männer	43,9	1,6	28,2	8,0%
		Frauen	69,2	2,6	26,5	11,4%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	25,3	2,4	10,4	4,4%
		Männer	23,2	2,2	10,7	4,2%
		Frauen	28,2	2,8	10,0	4,6%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	27,7	1,6	17,8	4,8%
		Männer	32,4	1,6	20,7	5,9%
		Frauen	21,1	1,5	13,6	3,5%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	101,2	16,1	6,3	17,7%
		Männer	91,6	14,6	6,3	16,7%
		Frauen	114,8	18,3	6,3	18,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	41,7	7,2	5,8	7,3%
		Männer	42,1	6,9	6,1	7,7%
		Frauen	41,2	7,5	5,5	6,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	121,8	7,4	16,4	21,3%
		Männer	125,2	7,9	15,9	22,8%
		Frauen	117,2	6,8	17,4	19,3%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	24,8	2,9	8,7	4,3%
		Männer	21,5	2,5	8,7	3,9%
		Frauen	29,4	3,4	8,6	4,8%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	84,9	5,0	17,2	14,8%
		Männer	99,7	5,9	17,0	18,2%
		Frauen	64,1	3,7	17,5	10,5%
Gesamt ⁵²		Gesamt	573,1	53,2	10,8	100,0%
		Männer	548,4	50,0	11,0	100,0%
		Frauen	607,9	57,6	10,5	100,0%

⁵² Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 2. Halbjahr 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- halbjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	24,2	4,3	5,6	4,4%
		Männer	23,2	4,1	5,6	4,3%
		Frauen	25,7	4,6	5,6	4,4%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	21,4	0,7	32,7	3,9%
		Männer	15,3	0,5	27,9	2,9%
		Frauen	30,0	0,8	37,4	5,2%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	57,9	2,2	26,7	10,4%
		Männer	45,2	1,7	27,3	8,4%
		Frauen	75,8	2,9	26,3	13,1%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	23,5	2,3	10,4	4,2%
		Männer	21,5	2,0	10,7	4,0%
		Frauen	26,3	2,6	10,2	4,6%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	26,3	1,4	18,4	4,7%
		Männer	31,1	1,5	21,1	5,8%
		Frauen	19,5	1,4	14,3	3,4%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	84,9	13,8	6,1	15,3%
		Männer	77,2	12,6	6,1	14,4%
		Frauen	95,7	15,6	6,1	16,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	40,3	6,9	5,9	7,3%
		Männer	41,2	6,7	6,2	7,7%
		Frauen	39,0	7,2	5,4	6,7%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	125,6	7,7	16,4	22,6%
		Männer	131,5	8,4	15,7	24,5%
		Frauen	117,2	6,7	17,4	20,2%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	26,2	2,9	9,0	4,7%
		Männer	22,3	2,5	9,0	4,2%
		Frauen	31,6	3,5	9,0	5,5%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	81,1	4,8	16,8	14,6%
		Männer	99,1	5,9	16,9	18,5%
		Frauen	55,6	3,3	16,6	9,6%
Gesamt ⁵³		Gesamt	554,5	50,4	11,0	100,0%
		Männer	537,3	47,9	11,2	100,0%
		Frauen	578,9	53,9	10,7	100,0%

⁵³ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 2. Halbjahr 2006

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- halbjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	20,8	3,6	5,8	4,0%
		Männer	20,3	3,5	5,8	4,0%
		Frauen	21,5	3,8	5,7	4,0%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	21,8	0,6	34,4	4,2%
		Männer	16,2	0,5	31,3	3,2%
		Frauen	29,8	0,8	37,2	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	55,4	2,0	27,2	10,6%
		Männer	44,4	1,6	28,1	8,7%
		Frauen	71,0	2,7	26,5	13,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	23,2	2,2	10,3	4,4%
		Männer	21,6	2,0	10,6	4,3%
		Frauen	25,4	2,6	10,0	4,7%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	26,7	1,5	17,3	5,1%
		Männer	31,4	1,6	19,7	6,2%
		Frauen	20,1	1,5	13,5	3,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	71,0	11,3	6,3	13,6%
		Männer	64,9	10,3	6,3	12,8%
		Frauen	79,8	12,8	6,2	14,6%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	37,6	6,2	6,0	7,2%
		Männer	38,2	6,0	6,3	7,5%
		Frauen	36,6	6,5	5,6	6,7%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	119,5	7,3	16,3	22,8%
		Männer	124,5	7,9	15,8	24,5%
		Frauen	112,3	6,6	17,1	20,6%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	24,1	2,7	9,1	4,6%
		Männer	20,4	2,2	9,1	4,0%
		Frauen	29,3	3,2	9,1	5,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	80,8	4,9	16,4	15,5%
		Männer	97,8	6,0	16,4	19,3%
		Frauen	56,8	3,5	16,4	10,4%
Gesamt ⁵⁴		Gesamt	523,1	45,9	11,4	100,0%
		Männer	507,7	43,8	11,6	100,0%
		Frauen	544,8	48,9	11,1	100,0%

⁵⁴ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B5: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	17,7	3,2	5,5	5,4%
		Männer	16,7	3,1	5,4	5,4%
		Frauen	19,0	3,5	5,5	5,4%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,3	0,4	32,2	3,4%
		Männer	7,8	0,3	27,1	2,5%
		Frauen	16,2	0,4	36,8	4,6%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	29,9	1,1	27,4	9,1%
		Männer	23,9	0,9	28,0	7,6%
		Frauen	38,3	1,4	27,0	11,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	13,3	1,3	10,2	4,1%
		Männer	12,6	1,2	10,9	4,0%
		Frauen	14,3	1,5	9,4	4,1%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,7	0,8	17,7	4,2%
		Männer	16,2	0,8	20,6	5,2%
		Frauen	10,3	0,8	13,4	2,9%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	76,3	12,1	6,3	23,3%
		Männer	68,9	11,0	6,3	22,0%
		Frauen	86,7	13,8	6,3	24,8%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	24,6	4,3	5,7	7,5%
		Männer	24,6	4,2	5,9	7,9%
		Frauen	24,5	4,6	5,4	7,0%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	63,3	3,9	16,3	19,3%
		Männer	64,8	4,1	15,8	20,7%
		Frauen	61,2	3,5	17,3	17,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	14,3	1,7	8,4	4,4%
		Männer	12,3	1,5	8,5	3,9%
		Frauen	17,1	2,1	8,3	4,9%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	40,9	2,3	17,7	12,5%
		Männer	49,7	2,8	17,9	15,9%
		Frauen	28,5	1,7	17,1	8,2%
Gesamt ⁵⁵		Gesamt	328,1	33,0	9,9	100,0%
		Männer	312,9	30,8	10,2	100,0%
		Frauen	349,6	36,1	9,7	100,0%

⁵⁵ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B6: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2006

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	15,2	2,8	5,4	4,9%
		Männer	14,3	2,7	5,4	4,9%
		Frauen	16,4	3,0	5,4	4,9%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	10,9	0,3	32,6	3,5%
		Männer	8,0	0,3	28,9	2,7%
		Frauen	14,8	0,4	36,0	4,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	27,3	1,0	26,9	8,8%
		Männer	22,0	0,8	27,6	7,4%
		Frauen	34,7	1,3	26,2	10,4%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	13,0	1,3	10,1	4,2%
		Männer	11,7	1,1	10,4	4,0%
		Frauen	14,9	1,5	9,8	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	14,0	0,8	17,6	4,5%
		Männer	16,3	0,8	20,4	5,5%
		Frauen	10,7	0,8	13,6	3,2%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	67,4	10,7	6,3	21,7%
		Männer	61,4	9,7	6,3	20,8%
		Frauen	75,8	12,1	6,3	22,8%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	23,1	4,1	5,6	7,4%
		Männer	23,2	3,9	5,9	7,9%
		Frauen	22,9	4,3	5,3	6,9%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	61,9	3,8	16,1	19,9%
		Männer	63,7	4,1	15,7	21,6%
		Frauen	59,3	3,5	16,7	17,8%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	13,0	1,6	8,3	4,2%
		Männer	11,1	1,3	8,3	3,8%
		Frauen	15,6	1,9	8,4	4,7%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	42,4	2,5	17,3	13,7%
		Männer	49,0	2,8	17,3	16,6%
		Frauen	33,2	1,9	17,3	10,0%
Gesamt ⁵⁶		Gesamt	310,5	30,7	10,1	100,0%
		Männer	295,0	28,6	10,3	100,0%
		Frauen	332,5	33,6	9,9	100,0%

⁵⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B7 Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2007

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	9,8	1,8	5,6	3,6%
		Männer	9,3	1,7	5,4	3,6%
		Frauen	10,5	1,8	5,8	3,8%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,5	0,3	34,3	4,3%
		Männer	9,0	0,3	32,8	3,4%
		Frauen	15,1	0,4	35,7	5,4%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	29,3	1,1	27,3	10,9%
		Männer	23,8	0,8	28,6	9,1%
		Frauen	37,0	1,4	26,3	13,3%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	11,9	1,2	10,1	4,4%
		Männer	10,7	1,1	10,1	4,1%
		Frauen	13,6	1,4	10,0	4,9%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	14,0	0,8	18,2	5,2%
		Männer	16,6	0,8	21,1	6,4%
		Frauen	10,4	0,7	13,8	3,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	32,2	4,9	6,5	12,0%
		Männer	29,5	4,5	6,6	11,3%
		Frauen	35,9	5,5	6,5	12,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	19,9	3,3	6,0	7,4%
		Männer	20,6	3,3	6,3	7,9%
		Frauen	18,9	3,4	5,6	6,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	62,9	3,8	16,7	23,4%
		Männer	65,0	4,1	16,0	24,8%
		Frauen	59,9	3,3	18,1	21,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	12,5	1,4	8,7	4,6%
		Männer	10,6	1,2	8,6	4,0%
		Frauen	15,2	1,7	8,8	5,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	42,5	2,7	15,8	15,8%
		Männer	51,9	3,3	15,9	19,8%
		Frauen	29,2	1,9	15,7	10,5%
Gesamt ⁵⁷		Gesamt	268,6	23,0	11,7	100,0%
		Männer	261,7	22,1	11,8	100,0%
		Frauen	278,4	24,2	11,5	100,0%

⁵⁷ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B8 Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2006

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	9,7	1,7	5,8	3,7%
		Männer	9,3	1,6	5,7	3,7%
		Frauen	10,4	1,8	5,9	3,8%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	12,1	0,3	36,7	4,6%
		Männer	9,6	0,3	35,2	3,8%
		Frauen	15,6	0,4	38,2	5,6%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	27,1	1,0	27,8	10,3%
		Männer	21,9	0,8	28,8	8,6%
		Frauen	34,5	1,3	26,9	12,5%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	12,3	1,2	10,6	4,7%
		Männer	11,5	1,0	11,0	4,5%
		Frauen	13,3	1,3	10,1	4,8%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,7	0,8	18,0	5,2%
		Männer	16,0	0,8	21,1	6,3%
		Frauen	10,4	0,8	13,7	3,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	34,0	5,5	6,2	13,0%
		Männer	30,4	4,9	6,2	12,0%
		Frauen	39,1	6,3	6,2	14,2%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	18,7	3,1	6,0	7,1%
		Männer	19,0	3,0	6,3	7,5%
		Frauen	18,3	3,2	5,7	6,6%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	60,0	3,6	16,8	22,8%
		Männer	61,5	3,8	16,0	24,2%
		Frauen	57,8	3,2	18,1	21,0%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	11,8	1,3	9,0	4,5%
		Männer	10,4	1,1	9,2	4,1%
		Frauen	13,8	1,6	8,9	5,0%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	42,5	2,5	17,0	16,2%
		Männer	50,7	3,0	16,8	20,0%
		Frauen	30,9	1,8	17,6	11,2%
Gesamt ⁵⁸		Gesamt	262,8	22,5	11,7	100,0%
		Männer	253,8	21,4	11,8	100,0%
		Frauen	275,5	24,1	11,4	100,0%

⁵⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B9: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	10,2	1,7	6,0	3,8%
		Männer	10,0	1,7	6,0	3,8%
		Frauen	10,6	1,8	5,9	3,8%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,0	0,3	34,5	4,1%
		Männer	7,8	0,3	29,1	3,0%
		Frauen	15,5	0,4	39,6	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	30,5	1,1	27,5	11,3%
		Männer	23,8	0,9	27,9	9,0%
		Frauen	39,9	1,5	27,2	14,2%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	12,0	1,1	10,7	4,4%
		Männer	10,9	1,0	10,7	4,1%
		Frauen	13,6	1,3	10,7	4,8%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,4	0,7	18,6	5,0%
		Männer	16,0	0,8	21,2	6,1%
		Frauen	9,8	0,7	14,5	3,5%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	30,1	4,9	6,1	11,1%
		Männer	27,4	4,4	6,2	10,4%
		Frauen	34,0	5,6	6,1	12,1%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	19,0	3,1	6,2	7,0%
		Männer	19,5	3,0	6,5	7,4%
		Frauen	18,3	3,2	5,8	6,5%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	64,7	3,9	16,8	23,9%
		Männer	67,5	4,2	16,1	25,6%
		Frauen	60,8	3,4	18,0	21,6%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	13,0	1,4	9,3	4,8%
		Männer	10,9	1,2	9,1	4,1%
		Frauen	16,0	1,7	9,4	5,7%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	45,1	2,7	16,8	16,6%
		Männer	55,0	3,3	16,9	20,9%
		Frauen	31,0	1,9	16,7	11,0%
Gesamt ⁵⁹		Gesamt	271,0	22,6	12,0	100,0%
		Männer	263,7	21,7	12,1	100,0%
		Frauen	281,3	23,9	11,8	100,0%

⁵⁹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B10: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2006

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	9,4	1,6	6,0	3,7%
		Männer	9,3	1,6	6,0	3,8%
		Frauen	9,5	1,6	5,9	3,6%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,4	0,3	37,7	4,5%
		Männer	8,8	0,3	35,2	3,6%
		Frauen	15,1	0,4	40,0	5,8%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	28,2	1,0	28,0	11,1%
		Männer	22,7	0,8	28,7	9,2%
		Frauen	35,9	1,3	27,4	13,8%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	11,7	1,1	10,5	4,6%
		Männer	10,9	1,0	10,7	4,4%
		Frauen	12,7	1,2	10,2	4,9%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,6	0,8	16,4	5,4%
		Männer	15,9	0,8	18,9	6,4%
		Frauen	10,2	0,8	12,7	3,9%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	25,5	4,0	6,4	10,1%
		Männer	23,5	3,7	6,4	9,5%
		Frauen	28,3	4,5	6,3	10,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	18,1	2,9	6,3	7,2%
		Männer	18,7	2,8	6,6	7,6%
		Frauen	17,3	2,9	5,9	6,6%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	58,8	3,6	16,4	23,2%
		Männer	61,0	3,9	15,7	24,7%
		Frauen	55,6	3,2	17,5	21,3%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	12,0	1,3	9,3	4,7%
		Männer	10,0	1,1	9,1	4,1%
		Frauen	14,7	1,6	9,4	5,6%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	43,4	2,7	15,8	17,2%
		Männer	52,4	3,3	15,8	21,2%
		Frauen	30,7	1,9	15,8	11,8%
Gesamt ⁶⁰		Gesamt	252,8	21,0	12,0	100,0%
		Männer	247,1	20,3	12,2	100,0%
		Frauen	260,9	22,0	11,9	100,0%

⁶⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B11 Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2007

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	13,9	2,6	5,4	4,9%
		Männer	13,2	2,5	5,4	4,8%
		Frauen	15,0	2,8	5,4	5,0%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	10,4	0,3	31,1	3,7%
		Männer	7,5	0,3	26,7	2,7%
		Frauen	14,5	0,4	35,2	4,9%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	27,4	1,1	25,9	9,7%
		Männer	21,4	0,8	26,6	7,8%
		Frauen	35,9	1,4	25,3	12,1%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	11,5	1,1	10,1	4,1%
		Männer	10,6	1,0	10,6	3,9%
		Frauen	12,8	1,3	9,7	4,3%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	12,9	0,7	18,2	4,5%
		Männer	15,1	0,7	21,0	5,5%
		Frauen	9,8	0,7	14,1	3,3%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	54,6	8,9	6,1	19,3%
		Männer	49,7	8,1	6,1	18,2%
		Frauen	61,6	10,0	6,2	20,7%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	21,3	3,8	5,6	7,5%
		Männer	21,7	3,7	5,9	7,9%
		Frauen	20,7	4,0	5,2	7,0%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	60,9	3,8	15,9	21,5%
		Männer	64,1	4,2	15,4	23,4%
		Frauen	56,4	3,4	16,8	19,0%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	13,1	1,5	8,8	4,6%
		Männer	11,4	1,3	9,0	4,2%
		Frauen	15,6	1,8	8,6	5,2%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	36,1	2,1	16,8	12,7%
		Männer	44,2	2,6	17,0	16,1%
		Frauen	24,7	1,5	16,4	8,3%
Gesamt ⁶¹		Gesamt	283,5	27,7	10,2	100,0%
		Männer	273,6	26,1	10,5	100,0%
		Frauen	297,5	29,9	10,0	100,0%

⁶¹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B12: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2006

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- Quartale		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	11,4	2,0	5,6	4,2%
		Männer	11,0	1,9	5,7	4,2%
		Frauen	12,0	2,1	5,6	4,2%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	10,4	0,3	31,4	3,9%
		Männer	7,4	0,3	27,7	2,8%
		Frauen	14,7	0,4	34,8	5,2%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	27,3	1,0	26,5	10,1%
		Männer	21,8	0,8	27,4	8,4%
		Frauen	35,1	1,4	25,7	12,4%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	11,5	1,1	10,2	4,3%
		Männer	10,7	1,0	10,6	4,1%
		Frauen	12,7	1,3	9,7	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,2	0,7	18,2	4,9%
		Männer	15,5	0,7	20,7	5,9%
		Frauen	9,9	0,7	14,4	3,5%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	45,4	7,3	6,2	16,8%
		Männer	41,2	6,6	6,2	15,8%
		Frauen	51,3	8,3	6,2	18,1%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	19,4	3,3	5,8	7,2%
		Männer	19,5	3,2	6,1	7,5%
		Frauen	19,3	3,5	5,5	6,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	60,7	3,8	16,2	22,5%
		Männer	63,5	4,0	15,8	24,4%
		Frauen	56,8	3,4	16,8	20,0%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	12,2	1,4	8,9	4,5%
		Männer	10,4	1,1	9,1	4,0%
		Frauen	14,7	1,7	8,8	5,2%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	37,5	2,2	17,1	13,9%
		Männer	45,4	2,7	17,0	17,4%
		Frauen	26,2	1,5	17,1	9,2%
Gesamt ⁶²		Gesamt	270,2	24,9	10,9	100,0%
		Männer	260,6	23,4	11,1	100,0%
		Frauen	283,8	26,9	10,6	100,0%

⁶² Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Anhang V: Männertypische Diagnosen 2007

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die im Zuge der Sonderanalysen identifizierten männertypischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen im Berichtsjahr 2007 (siehe Kapitel 4.3, Seiten 50 und 54).

Tabelle C1: Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen (absteigend sortiert nach AU-Tage pro 100 Versicherte bei Männern)

ICD HG	ICD Titel	AU-Tage pro 100 VJ. bei Männern	AU-Tage pro 100 V. bei Frauen	Verhältnis Männer / Frauen
M54	Rückenschmerzen	89,5	73,6	1,22
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	43,0	19,2	2,23
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	20,6	13,5	1,52
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	15,2	8,4	1,81
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	14,0	10,3	1,36
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	12,0	9,4	1,28
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	11,2	3,4	3,28
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	9,4	7,7	1,21
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	8,9	6,8	1,31
K40	Hernia inguinalis [Leistenbruch]	8,8	1,2	7,20
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	7,8	5,2	1,50
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	7,6	5,8	1,31
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7,4	3,5	2,11
I21	Akuter Myokardinfarkt	6,5	1,2	5,66
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	6,0	1,2	5,42
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	5,5	3,6	1,53
I20	Angina pectoris	5,4	1,6	3,29
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	5,2	1,5	3,50

Quelle: DAK AU-Daten 2007

Tabelle C2: Männertypische Krankenhausdiagnosen (absteigend sortiert nach KH-Tage pro 1.000 Versicherte bei Männern)

ICD HG	ICD Titel	KH-Tage pro 1.000 VJ. bei Männern	KH-Tage pro 1.000 V. bei Frauen	Verhältnis Männer / Frauen
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	30,4	10,2	2,97
F20	Schizophrenie	21,8	11,6	1,88
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	17,4	14,4	1,21
I21	Akuter Myokardinfarkt	11,6	1,7	6,75
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	10,4	7,6	1,36
K40	Hernia inguinalis [Leistenbruch]	10,2	1,1	8,97
I20	Angina pectoris	9,3	2,4	3,92
K57	Divertikulose des Darmes	8,7	5,7	1,54
N20	Nieren- und Ureterstein	8,1	3,6	2,26
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	7,8	4,5	1,73
I63	Hirnfarkt	7,7	3,2	2,39
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	7,7	0,9	8,20
G40	Epilepsie	7,0	4,4	1,59
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	6,7	2,0	3,35
S06	Intrakranielle Verletzung	6,7	3,8	1,74
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	6,5	3,8	1,71
G47	Schlafstörungen	6,4	1,2	5,28
K85	Akute Pankreatitis	6,4	2,5	2,59
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes/ von Bändern des Knies	5,8	2,9	2,04
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	5,7	1,7	3,34
I70	Atherosklerose	5,6	1,6	3,49
J32	Chronische Sinusitis	5,6	4,5	1,24
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	5,5	3,7	1,49
Krankenhaustage gesamt		773,4	1002,5	0,77
Krankenhaustage gesamt (Frauen ohne AU-Tage i. V. m. Schwangerschaft, Geburt)		773,4	778,0	0,99

Quelle: DAK KH-Daten 2007

Anhang VI: Expertenbefragung

Insgesamt wurde 25 Experten aus Wissenschaft und Praxis um eine Teilnahme an der Befragung zum Thema „Männergesundheit“ gebeten. Insgesamt 14 Fragebögen wurden zurückgesandt und 13 davon konnten ausgewertet werden.

Der Fragenbogen ist im folgenden abgedruckt. Die Liste der Expertinnen und Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie daran anschließend.

Expertenbefragung: Männergesundheit

A *Männer sind von einigen Krankheitsrisiken (z. B. Übergewicht) und Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) häufiger als Frauen betroffen und auch ihre Lebenserwartung ist geringer.*

A1 Was verstehen Sie unter dem Begriff „Männergesundheit“ und welche Bereiche fallen Ihres Erachtens darunter? Wo sehen Sie zum Thema „Männergesundheit“ weiteren Forschungsbedarf (z. B. Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern, Prostataerkrankungen)?

Männergesundheit:

Forschungsbedarf:

A2 Welche Ressourcen haben Männer im Vergleich zu Frauen, die ihnen ein gesundes Leben ermöglichen? Und welchen Belastungen sind Männer ausgesetzt, die ein gesundes, langes Leben verhindern können?

Belastungen:

Ressourcen:

A3 Sind Gesundheitsrisiken unter Männern hinreichend bekannt? Was denken Sie, sollten Männer tun, um ihre Gesundheit zu fördern bzw. zu erhalten? Sind diese Maßnahmen in Deutschland bekannt?

Gesundheitsrisiken:

Maßnahmen:

B Das Gesundheitsverhalten von Männern unterscheidet sich von dem von Frauen (z. B. Alkoholkonsum). Auch der Umgang mit besonderen Lebenssituationen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern (z. B. Trennung). Nicht zuletzt durch Unterschiede im Organsystem (z. B. Urogenitalbereich) ergeben sich andere Krankheitsbilder als bei Frauen. Zudem besuchen Männer vergleichsweise seltener einen Arzt.

B1 Welche spezifischen Gesundheitsbedürfnisse haben Männer bezüglich ihrer Versorgung, also Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation?

B2 Benötigen Männer spezifische Gesundheitsinformationen? Wenn ja, wie müssten diese aussehen und verbreitet werden (z. B. Internetforen, Gesundheitstage)?

B3 Werden Ihrer Meinung nach **männerspezifische Versorgungsangebote benötigt?**
Wenn ja, wie sehen diese aus? Welche Fachdisziplinen sollten beteiligt sein
(z. B. Urologen, Ernährungsberater)?

B4 **Welchen Bedarf nach speziellen Versorgungsangeboten wie **Männersprechstunden, Männerzentren** und **spezifischen Fortbildungsangeboten für Männermedizin** gibt es? **Wie müssen sie organisiert sein, um Männern den größtmöglichen Nutzen zu bieten? Wie schätzen Sie deren Effektivität ein? Kennen Sie weitere innovative Versorgungsangebote für Männer?****

Männersprechstunden:

Männerzentren:

Fortbildungsangebote:

Weitere:

B5 Sollten Männer Versorgungsangebote häufiger nutzen? Wenn ja, wie könnten sie zu einer größeren Inanspruchnahme bewegt werden (z. B. organisatorisch, Kommunikation)?

B6 Welche weiteren Maßnahmen könnten die gesundheitliche Situation und Versorgung (z. B. Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung) von Männern verbessern?

B7 Wie könnte eine Krankenkasse die gesundheitliche Situation von Männern verbessern (z. B. Leistungen, Angebote, Männergesundheitspass)?

B8 Sehen Sie unter den Männern speziellere Zielgruppen, für deren gesundheitliche Versorgung etwas getan werden müsste, und wenn ja, welche?

Zielgruppen:

Maßnahmen:

B9 „Das Gesundheitssystem ist weiblich.“ Stimmen Sie dieser These zu? Wenn ja, warum?

C Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Krankheitsbild Depression. In Studien berichten Männer von weniger depressiven Symptomen sowie von einer besseren gefühlten Gesundheit als Frauen. Die lebenszeitbezogene Krankheitshäufigkeit liegt bei Frauen (ca. 20 %) doppelt so hoch wie bei Männern (ca. 10 %). Depressive Männer nehmen seltener professionelle Hilfe in Anspruch.

C1 Was sind Ihres Erachtens die Ursachen dafür, dass bei Männern seltener eine Depression festgestellt wird als bei Frauen?

C2 Wie könnte die Stigmatisierung der Depression unter Männern gesenkt werden?

C3 Wie könnte im Falle einer Depression die Bereitschaft von Männern, Hilfe anzunehmen, gesteigert werden (z. B. Einstellung und Männerbild, Organisation)?

C4 Sollten spezielle Anstrengungen unternommen werden, um depressive Männer zu identifizieren, um ihnen Hilfe anzubieten? Wenn ja, weche?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der befragten Expertinnen und Experten

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover

Dr. med. Anke Bramesfeld

Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Forschungsnetz psychische Gesundheit

Dr. med. Oliver Busch

Urologische Praxis Diez

Prof. Albrecht Goeschel

Staatliche Universität Rostov, Fachbereich für Wirtschaftswissenschaften

Michael Gümbel

Sujet – Beratung – Coaching – Seminare, *Gender-Trainer*, Hamburg

Prof. Dr. Petra Kolip

Universität Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung am Institut für Public Health und Pflegeforschung

Christian Ligensa

Stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

PD Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler

Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. Wolfgang Neumann

Niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut, Bielefeld

Prof. Dr. phil. Anne Schoch

Psychotherapeutin und Mediatorin, München

Dr. med. Bernhard Schwindl

Klinikum Weiden, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Facharzt für Urologie, Androloge

Prof. Dr. med. Lothar Weißbach

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfersdorf

Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik