
DAK Gesundheitsreport 2005

Herausgeber:

DAK Versorgungsmanagement

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

W403-2005

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5, D-10787 Berlin,
Tel.: 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
Email: iges@iges.de

Inhalt

Zusammenfassung der Ergebnisse.....	7
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2004	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2004 im Überblick.....	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....	28
4 Schwerpunktthema: Psychische Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen nehmen zu	39
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	106
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern.....	110
7 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	116
Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2003	118
Anhang II: Hinweise und Erläuterungen	121
Anhang III: Tabellen.....	125
Anhang IV: Expertenbefragung	136

Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2005 berichtet die DAK zum siebten Mal in Folge über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ihrer berufstätigen Mitglieder. Die systematische Analyse erlaubt einen Vergleich der Krankenstandsdaten über einen Zeitraum von acht Kalenderjahren. Daher können Veränderungen und Trends in der Entwicklung der betrieblichen Krankenstände erkannt und beschrieben werden.

Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind vielfältig. Sie können im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld oder in der Arbeitswelt liegen. Im Gesundheitsreport 2005 wird dargestellt, welche Krankheitsarten die größte Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spielen. Außerdem wird auf geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten eingegangen, regionale Vergleiche werden angestellt, und auch auf Besonderheiten der Arbeitsunfähigkeiten in den wichtigsten Wirtschaftsbranchen und Berufsgruppen wird eingegangen. Alle Ergebnisse werden in ihrer Entwicklung, das heißt im Vergleich zum Vorjahr betrachtet.

In den letzten Jahren ist die wachsende Relevanz psychischer Erkrankungen zu beobachten. Daher widmet sich der DAK Gesundheitsreport 2005 speziell diesen Krankheitsbildern. Der Schwerpunktteil des diesjährigen Gesundheitsreports geht den Phänomenen „Angst und Depressionen“ auf den Grund und greift damit ein hochaktuelle Thematik auf.

Die Gesamtbilanz des DAK Gesundheitsreports 2005 ist in diesem Jahr besonders positiv. Der Krankenstand sank im Vergleich zum Vorjahr um 0,3 Prozentpunkte von 3,5 % auf 3,2 %. In den fünf Vorjahren hatte sich der Krankenstand stabil gezeigt.

Da der Krankenstand ein wichtiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung von Unternehmen, Krankenkassen und der Volkswirtschaft insgesamt ist, ist die Trendwende zu wieder fallenden Krankenständen mehr als zu begrüßen. Um dieses niedrige Niveau langfristig zu halten, bzw. den Trend fortzusetzen, sollten die betrieblichen Akteure in ihrem Engagement um die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt nicht nachlassen.



Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, April 2005

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Krankenstand lag 2004 bei 3,2 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr um 0,3 Prozentpunkte gesunken. Damit erreichte der Krankenstand den seit 1998 niedrigsten Wert. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte 2004 im Durchschnitt 11,6 Arbeitsunfähigkeitstage.

**Gesamt-
krankenstand
gesunken**

Die Betroffenenquote lag 2004 bei 44,3 %. Das bedeutet, dass für 55,7 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Die Betroffenenquote ist seit 1999 (48,7%) kontinuierlich zurückgegangen.

**Betroffenen-
quote**

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 100,1 Fällen pro 100 Versicherungsjahre gegenüber dem Vorjahr deutlich zurückgegangen (2003: 110,0 AU-Fälle). Dies ist insbesondere auf eine stark rückläufige Zahl von Erkrankungen bis zu 6 Wochen Dauer zurückzuführen.

Fallhäufigkeit

Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung ist 2004 mit 11,5 Tagen gegenüber den beiden Vorjahren gleich geblieben.

Falldauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen auch 2004 mehr als die Hälfte (52,5 %) aller Krankheitstage. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems liegen mit einem Anteil von 22,6 % am Krankenstand und 261 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versicherungsjahre nach wie vor an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit 282 Tagen jedoch noch deutlich mehr Erkrankungstage auf diese Diagnose.

**Die wichtigsten
Krankheitsar-
ten:**

**Muskel-Skelett-
System**

Erkrankungen des Atmungssystems liegen mit 15,5 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zu 2003 sind sie jedoch ebenfalls deutlich zurückgegangen - und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 33,1 auf 27,9 Fälle pro 100 Vj.) als auch was die Anzahl der AU-Tage betrifft (von 214 auf 179 Tage pro 100 Vj.).

**Atmungssy-
stem**

Auf Verletzungen sind 14,4 % des Krankenstandes zurückzuführen. Dies entsprach dem Anteil in 2003. Ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen sind Arbeits- und Wegeunfälle.

Verletzungen

Psychische Erkrankungen haben weiter an Bedeutung gewonnen: Ihr Anteil am Krankenstand beträgt nun 9,8% (2003: 8,8%). Bei Frauen machen sie 11,6 % des AU-Volumens aus, bei Männern 8,4 %.

**Psychische
Erkrankungen**

Öffentliche Verwaltung Branche mit höchstem Krankenstand

Die „Öffentliche Verwaltung“ war 2004 mit 3,8% die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Der Krankenstand ist jedoch gegenüber 2003 um 0,3 Prozentpunkte gesunken. An zweiter Stelle folgt das Gesundheitswesen mit einem Krankenstand von 3,7%. Am niedrigsten war erneut der Krankenstand in der Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ mit 2,1%.

Krankenstandsunterschiede zwischen den Bundesländern

Nach wie vor besteht eine Dreiteilung der Bundesrepublik hinsichtlich der Krankenstandshöhe: Die südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern haben die niedrigsten Krankenstände (2,6 % bzw. 2,8 %), die östlichen Länder die höchsten (Berlin 4,0%, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg 3,9 %). Die westlichen Bundesländer liegen mit Ausnahme des Saarlandes (Krankenstand: 3,8 %) nahe am Bundesdurchschnitt.

Analyse nach Berufsgruppen (2003)

Unter den ausgewählten Berufsgruppen weisen die „Berufe des Landverkehrs (Berufskraftfahrer) mit 4,5 % den höchsten Krankenstand auf. Es folgen „Lager- und Transportarbeiter“ mit 4,2 %. Auch die „Gesundheitsberufe“ liegen mit 3,8 % deutlich über dem DAK-Durchschnitt. Einen besonders niedrigen Krankenstand hatte die Berufsgruppe „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ (1,9 %).

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 des
DAK-
Gesundheitsre-
ports**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2003 und 2004 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

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

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Krankheitsfällen. Zunächst werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die die Ärzte auf den AU-Bescheinigungen vermerkt haben. Anschließend wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

**Kapitel 3:
Arbeitsunfähigkei-
ten nach
Krankheitsarten;
Bedeutung von
Arbeitsunfällen**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: Die Entwicklung Psychischer Erkrankungen insbesondere der Phänomene Angst und Depressionen.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthe-
ma: Psychische
Erkrankungen,
Angst und Depres-
sionen**

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

**Kapitel 5:
Arbeitsunfähigkei-
ten nach Wirt-
schaftsgruppen**

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.

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

**Kapitel 6:
Regionale Analy-
sen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2005 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerun-
gen**

**Anhang I:
Arbeitsunfähigkeiten
nach Berufsgruppen
2003**

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2003 nach Berufsgruppen beigefügt. Die Krankenstandwerte werden mit den Daten für das Jahr 2002 verglichen. Die für die Analyse des letzten Jahres erforderlichen Daten liegen bei den Krankenkassen in ausreichender Qualität erst gegen Ende des Folgejahres vor. Die entsprechenden Auswertungen für 2005 werden daher erst im DAK-Gesundheitsreport 2006 enthalten sein.

Weitere Hinweise und Erläuterungen**Anhang II mit
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, beispielsweise das Standardisierungsverfahren.

Ergänzende Tabellen**Anhang III:
Tabellen**

Detailliertes Zahlenmaterial zu den Arbeitsunfähigkeiten weiterer Untergruppen (Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen) finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang III). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen finden Sie auf Seite 125.

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.

Die Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf einem gemeinsamen 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 auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung erreicht. Der DAK-Gesundheitsreport 2005 wendet dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen – das Verfahren der direkten Standardisierung auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik an.

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

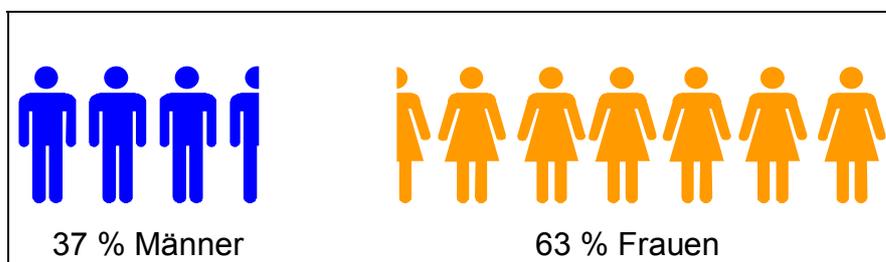
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2004

Der Gesundheitsreport berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2004 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.

Zu beachten ist, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK gemeldet werden. So werden Kurzzeit-Erkrankungen durch die Krankenkassen nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Weitergehende Analysen zeigen jedoch, dass diese Untererfassung der sehr kurzen Fehlzeiten keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Krankenstands hat (vgl. Ausführungen auf S. 21).

Die gesamte Datenbasis umfasst 2,6 Mio. ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder, die sich zu 63 % aus Frauen und zu 37 % aus Männern zusammensetzen.

Abbildung 1



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die DAK versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büros, Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK werden. Eine langsame Annäherung an die Geschlechterverteilung in der Erwerbsbevölkerung kann bereits beobachtet werden.

**Datenbasis des
DAK-
Gesundheits-
reports 2005**

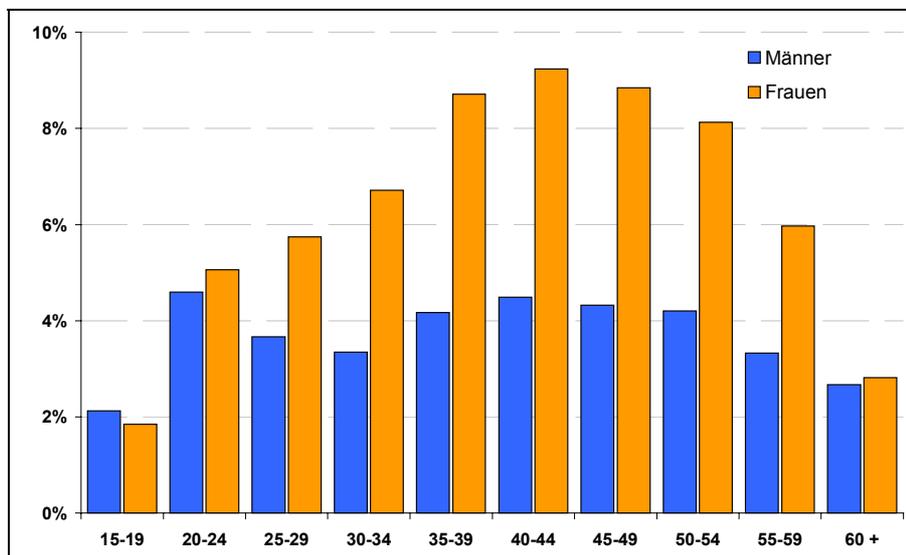
**63 % der DAK-
Mitglieder sind
Frauen**

**Abb. 1:
DAK-Mitglieder
im Jahr 2004
nach Geschlecht**

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

Abbildung 2

Abb. 2:
Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2004



Quelle: DAK AU-Daten 2004

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.

Vergleicht man die Altersstruktur der DAK-Mitglieder mit der für die Standardisierung herangezogenen Bezugsbevölkerung der Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, so zeigt sich, dass in der DAK der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich niedriger ist.

Durch die Standardisierung (vgl. Anhang II) werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet. Diese Vorgehensweise sichert die Vergleichbarkeit mit den Zahlen anderer Ersatzkassen sowie mit den DAK-Gesundheitsreports der zurückliegenden Jahre.

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versichertenjahre“ angegeben

An mehreren Stellen des Berichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund ist, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten werden daher auf volle Versichertenjahre umgerechnet.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2004 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

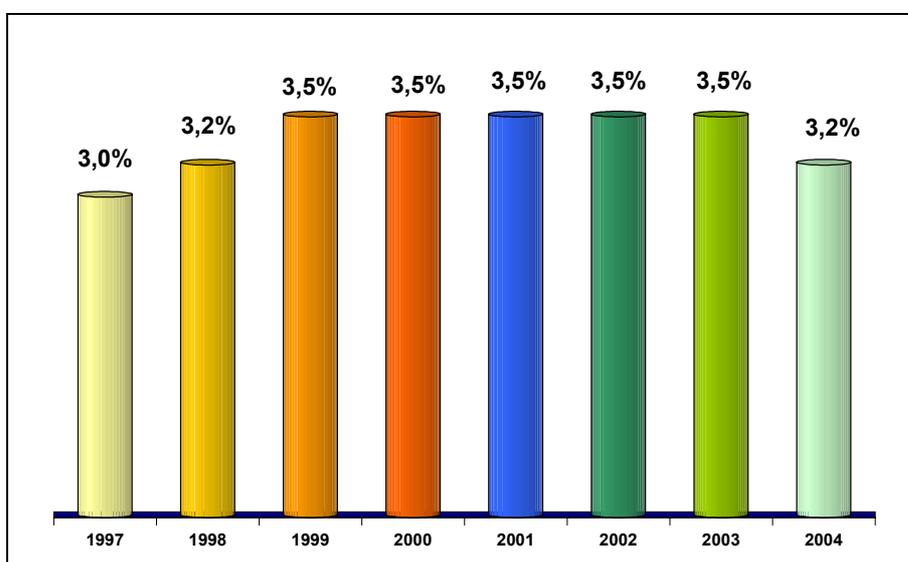


Abb. 3:
Krankenstand der
DAK-Mitglieder
1997 - 2004

Quelle: DAK AU-Daten 2004

2004 betrug der DAK-Krankenstand 3,2 % und sank damit nach fünf Jahren erstmals wieder auf den Wert des Jahres 1998.

Zwischen 1999 und 2003 war hingegen ein stabiler Krankenstand von 3,5 % zu beobachten gewesen.

Krankenstand
2004 gegenüber
2003 gesunken

Sinkender Krankenstand im Jahr 2004

Bis 2003 konnte die DAK über fünf Jahre hinweg einen stabilen Krankenstand auf dem – immer noch vergleichsweise niedrigen Niveau von 3,5 % verzeichnen. Im Jahr 2004 ist der Krankenstand sogar um weitere 0,3 % - Punkte auf 3,2 % gesunken. Auch andere Krankenkassen berichten in den letzten Jahren von stabilen oder sogar sinkenden Krankenständen. Der Anfang der 90er Jahre beobachtete und bis Ende der 90er Jahre anhaltende Trend zu wieder steigenden Krankenständen konnte offenbar nachhaltig gestoppt bzw. sogar umgekehrt werden.

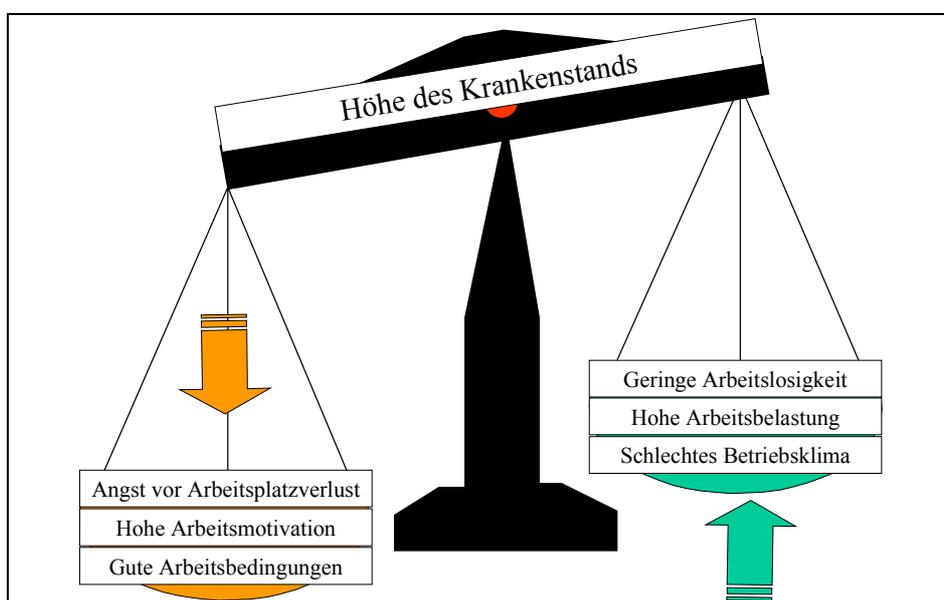
Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Einflussfaktoren 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

Abb. 4
Einflussfaktoren auf die Höhe des Krankenstandes



DAK 2005

Einflussfaktoren auf volkswirtschaftlicher Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

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

- Auf der volkswirtschaftlichen Ebene haben insbesondere die wirtschaftliche Konjunktur und die damit verbundene Lage am Arbeitsmarkt einen Einfluss auf das Krankenstandsniveau: 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 Krankenstandsniveau¹.

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

- In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies vermutlich vorwiegend diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsstark sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies: Das seit Mitte der 90er Jahre zu beobachtende sich verlangsamende Wirtschaftswachstum übt einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.
- Gesamtwirtschaftlich lässt sich darüber hinaus eine ständige Verlagerung 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

Faktoren auf der betrieblichen Ebene:

Einflussfaktoren auf betrieblicher Ebene:

- 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 Arbeitsunfähigkeitsanalysen 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 einer umfassenden Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt des Themas „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens mit der Arbeitsmotivation und dem Betriebsklima wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, Führungsstilanalysen und der Beteiligung der Mitarbeiter an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihrer Arbeitsplätze Rechnung getragen. Die systematische Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen trägt damit zu Senkung des Krankenstandes in diesen Unternehmen bei.

Steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung und Wettbewerbsdruck

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

Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen von Organisations- und Personalentwicklung

**Einflüsse
gesundheits-
politischer Rahmen-
bedingungen**

Faktoren auf der gesundheitspolitischen Ebene:

- Auch gesundheitspolitische Entscheidungen können einen Einfluss auf den Krankenstand haben, indem sie z.B. einen Anreiz für eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bieten. So hat die Einführung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2004 offenbar dazu geführt, dass Beschäftigte bei leichteren Erkrankungen eher dazu neigen, einen Arztbesuch zu vermeiden, um sich die Praxisgebühr zu sparen. Die Anzahl der registrierten kurzen Arbeitsunfähigkeiten ging 2004 deutlich zurück. Dies entspricht auch den Ergebnissen einer Bevölkerungsbefragung, die die DAK im März 2004 durchgeführt hat. Wir werden in diesem Bericht an den entsprechenden Stellen noch auf die möglichen Effekte der Praxisgebühr auf den Krankenstand zurück kommen.

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren des Krankenstandes zeigt, können sich Veränderungen sowohl auf betrieblicher als auch auf gesamtwirtschaftlicher oder politischer Ebene in ihrer Wirkung auf das Krankenstandsniveau gegenseitig aufheben. Es erscheint daher nahezu unmöglich, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Die DAK hofft jedoch vor allem auch im Interesse der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter auf eine positive Entwicklung zu weiterhin sinkenden Krankenständen und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes**Kennziffern für die
vertiefte Analyse des
Krankenstandes:**

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein vertieftes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2004 dargestellt werden, sollen diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert werden:

**„AU-Tage pro 100
Versichertenjahre“**

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr“. Die Zahl gibt an, wie viele der 366 Kalendertage im Jahr 2004 ein durchschnittliches DAK-Mitglied 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“.

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

„Krankenstand in Prozent“

$$\text{Krankenstand in \%} = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{366 \text{ Tage}^2}$$

- Die Höhe des Krankenstandes wird u.a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.
- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

„Betroffenenquote“

„AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre“ und „durchschnittliche Falldauer“

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

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

Krankenstand in % =

$$\frac{\text{Anzahl der AU-Fälle je 100 Vj} \times \text{Dauer einer Erkrankung}}{366 \text{ Tage}}$$

- Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen: So kann man unterscheiden zwischen Arbeitsunfähigkeiten, die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer) und solchen, die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK erfolgen (AU-Fälle über 6 Wochen Dauer).
- In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören - für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer“ und

„... über 6 Wochen Dauer“

„Anteil von Erkrankungen mit einer bestimmten Dauer an allen AU-Fällen bzw. AU-Tagen“

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

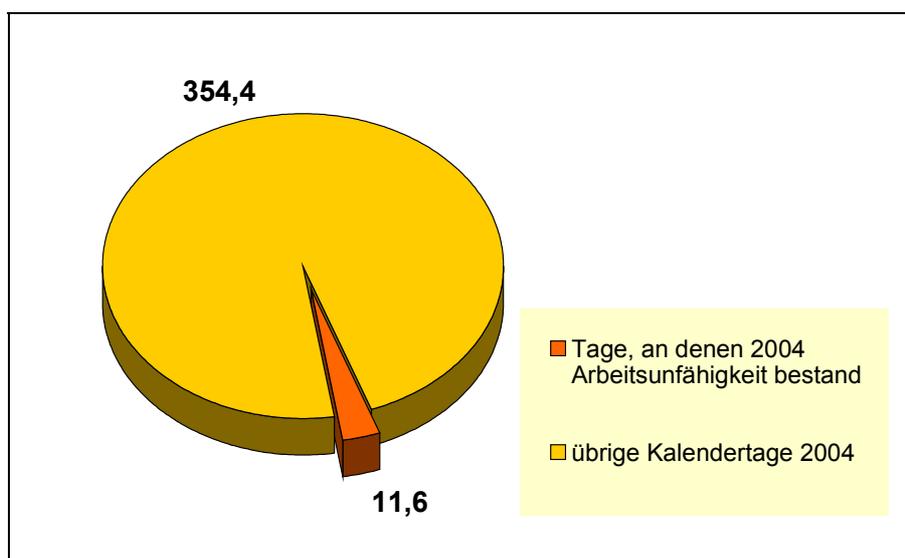
Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2004 im Durchschnitt 1.157 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit registriert.

Der Krankenstand von 3,2 % in 2004 lässt sich aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnen: Verteilt man die 2004 je 100 Beschäftigte angefallen 1.157 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 366 Kalendertage, so waren an jedem Tag 3,2 %³ der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5

Abb. 5
Arbeitsunfähig-
keitstage eines
durchschnitt-
lichen DAK-Mit-
glieds 2004



Quelle: DAK AU-Daten 2004

³ mit zwei Nachkommastellen dargestellt liegt der Krankenstand 2004 bei 3,16%.

Betroffenenquote

Im Jahr 2004 hatten 44,3 % der DAK-Mitglieder wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig.

Abbildung 6

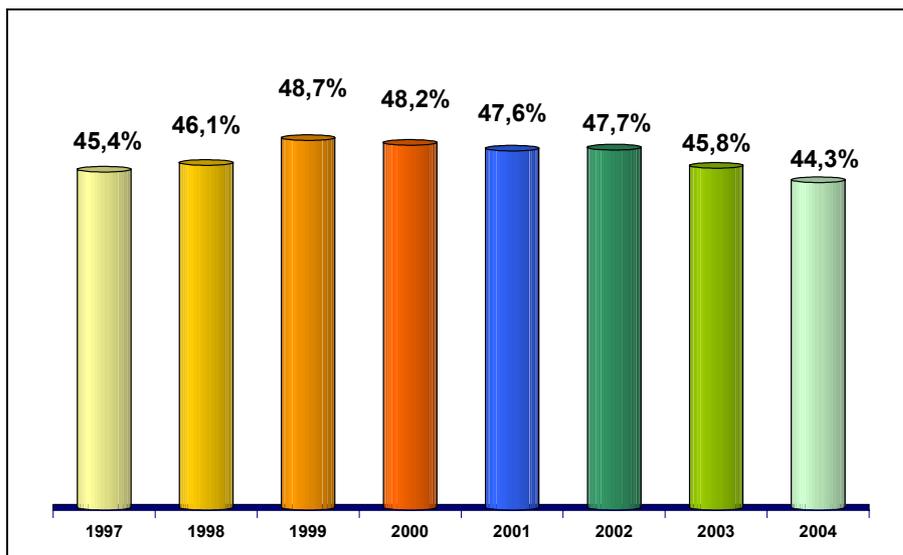


Abb. 6
Betroffenenquote
2004 im Vergleich
1997 – 2004.

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten 1997 bis 2004. Seit 1999 ist die Betroffenenquote kontinuierlich zurück gegangen und befindet sich jetzt sogar unter dem Ausgangsniveau von 1997.

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

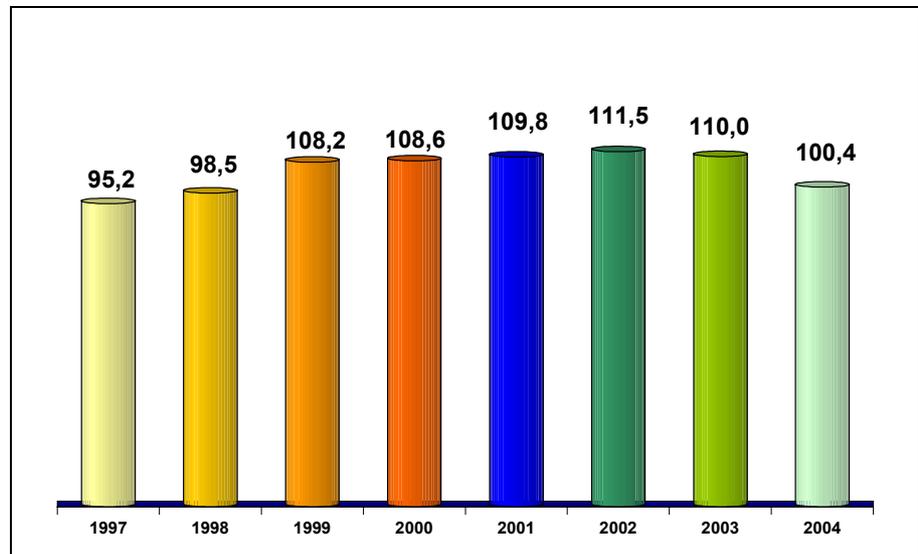
Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2004 gegenüber dem Vorjahr gesunken. Die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich ebenfalls verändert: Die Erkrankungshäufigkeit lag 2004 mit 100,4 Erkrankungsfällen je 100 Versichertenjahre deutlich niedriger als in den Vorjahren seit 1999 (Erkrankungshäufigkeit im Vorjahr 2003: 110 AU-Fälle).

Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2004 durchschnittlich genau ein Mal arbeitsunfähig.

Auf 100 Versichertenjahre kamen 100,4 Erkrankungsfälle

Abbildung 7

Abb. 7
AU-Fälle pro 100
Versichertenjahre
2004 im Vergleich
zu den Vorjahren



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, war die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 2002 kontinuierlich angestiegen. Bei gleichzeitig zurückgehender Betroffenenquote war die höhere Erkrankungshäufigkeit also durch mehrfaches Erkranken einzelner Beschäftigter zustande gekommen. Im Jahr 2003 sank hingegen nicht nur die Betroffenenquote, sondern auch die Zahl der AU-Fälle verringerte sich. Dieser Trend setzte sich 2004 fort.

Ist die Praxisge-
bühr die Ursache
für den Rückgang
der kurzen AU-
Fälle?

Seit dem 1. Januar 2004 ist die Praxisgebühr eingeführt worden: Bei der ersten Inanspruchnahme eines Arztes im Quartal müssen erwachsene Versicherte im Regelfall nun 10 Euro bezahlen.

Das Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports 2004 widmete sich der Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen. Im März 2004 wurden im Rahmen des DAK-Gesundheitsbarometers 1.000 berufstätige Bundesbürger/innen zu Fragen rund um das Thema „Kurzzeit-Erkrankungen“ telefonisch befragt.

9,1 % der Befragten gaben in dieser Umfrage an, im Jahr 2004 schon einmal bei einer leichten Erkrankung nicht zum Arzt gegangen zu sein, um sich die Praxisgebühr zu sparen. Dem zu Folge könnten sich in dem starken Rückgang der kürzeren AU-Fälle auch Auswirkungen der Praxisgebühr widerspiegeln.

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.

Die DAK erhält jedoch nicht von jeder Erkrankung Kenntnis. Zum einen reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Zum anderen ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber oftmals erst ab dem dritten Krankheitstag erforderlich, so dass sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen können.

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im DAK-Gesundheitsreport 2000 ausführlich dargestellt sind.

Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung war: Berücksichtigt man 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 um etwa 15 % höhere Fallhäufigkeit.

Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2004 bedeutet das: Die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei rund 115 Fällen pro 100 Versicherte.

Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um etwa 5 % unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2004 von 3,2 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,3 %.

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 der amtlichen Statistik. Für alle Erhebungen gilt: Der tatsächliche Krankenstand und insbesondere die Häufigkeit von Erkrankungen liegen über den von den Krankenkassen ermittelten Daten.

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

Untersuchung der DAK zur AU-„Dunkelziffer“

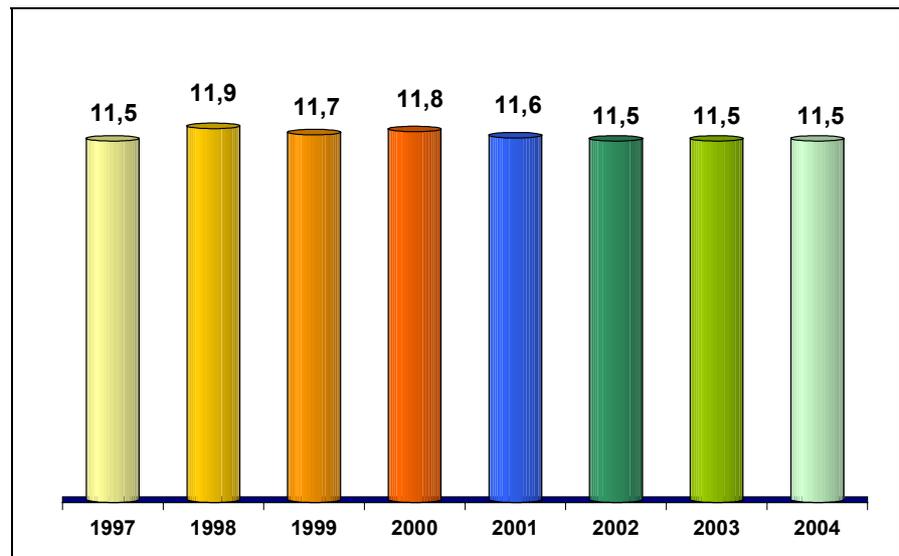
Die „wahre“ Fallhäufigkeit liegt um etwa 15 % höher als der durch eine Krankenkasse ermittelbare Wert.

Durchschnittliche Falldauer

Während die Fallhäufigkeit 2004 gegenüber dem Vorjahr deutlich zurück ging, blieb die durchschnittliche Erkrankungsdauer die gleiche wie schon in den Jahren 2003 und 2002: Ein AU-Fall dauerte auch 2004 im Durchschnitt 11,5 Tage.

Abbildung 8

Abb. 8
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2004 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: DAK AU-Daten 2004

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 kurzdauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang:

Die sehr häufigen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu einer Woche Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machten 2004 67,0 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 37,5 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 29,5 %).
- Andererseits waren diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 19,4 % der AU-Tage - und damit des Krankenstandes - verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachten sogar nur 6,6 % der Ausfalltage.
- Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand.

Abbildung 9

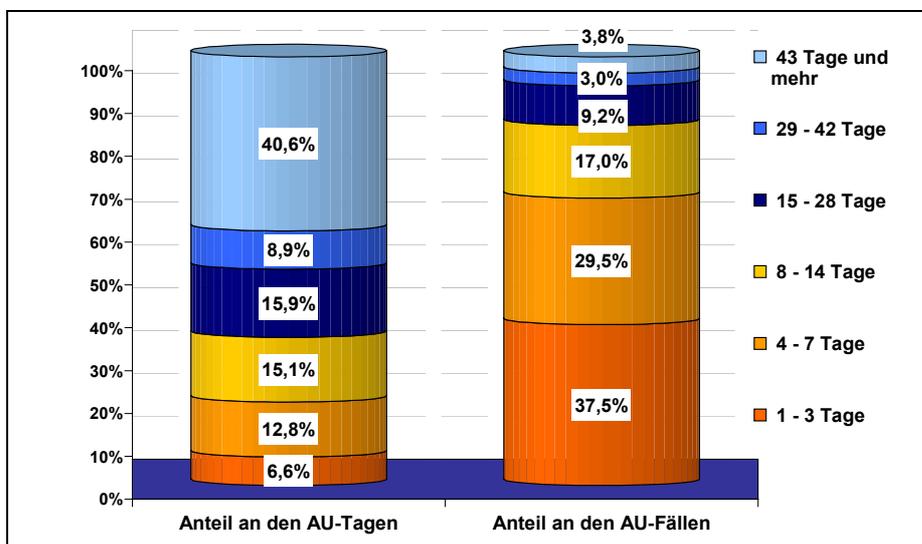


Abb. 9
Anteile der
AU-Fälle unter-
schiedlicher
Dauer an den
AU-Tagen und
den AU-Fällen
2004 insgesamt

Quelle: DAK AU-Daten 2004

40,6 % der AU-Tage entfallen auf nur 3,8 % der Fälle – nämlich die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer.

Gegenüber 2003 ging die Zahl der AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer stärker zurück als die Zahl der längeren AU-Fälle: Auf 100 Versichertenjahre kamen 96,3 (2003: 106,0) AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer und 3,8 (2003: 4,0) AU-Fälle von mehr als 6 Wochen Dauer. Der gleichbleibend große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand weist auf die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen hin.

Insbesondere auf der betrieblichen Ebene spielen jedoch auch die kurzen und sehr kurzen Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die DAK hat für den Gesundheitsreport 2004 auch Vertreter von Unternehmen, Verwaltungen, Wirtschaftsverbänden und der Gewerkschaften zu der Bedeutung des Phänomens Kurzzeit-Erkrankungen befragt.

Diese Befragung hat klar bestätigt, dass häufige kurze Ausfallzeiten zu empfindlichen Störungen in betrieblichen Abläufen besonders bei kleinen Unternehmen führen können.

Die seltenen
Langzeitarbeits-
unfähigkeiten
machen 41 % des
Krankenstandes
aus

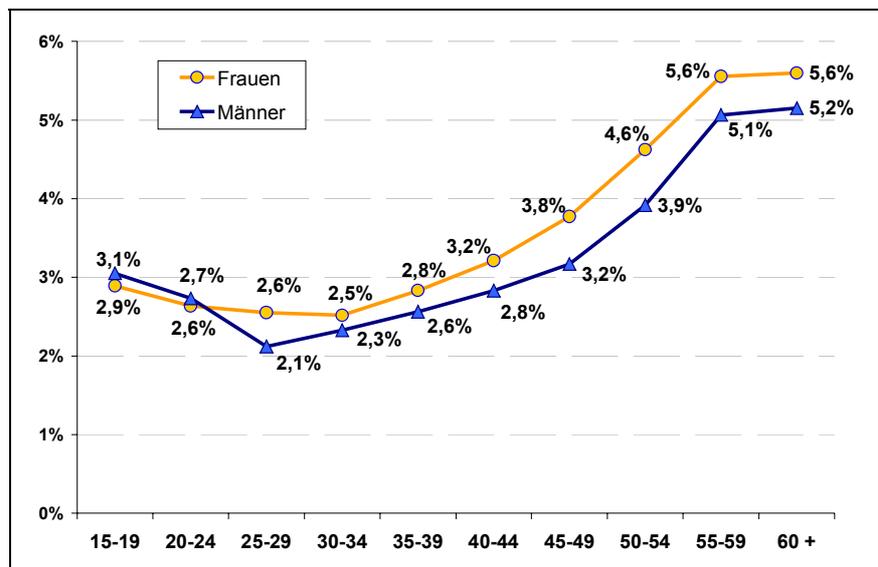
Häufige kurze
Erkrankungen
können betriebli-
che Abläufe emp-
findlich stören

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10 stellt den Altersgang des Krankenstands für das Jahr 2004 getrennt nach Geschlechtern dar:

Abbildung 10

Abb. 10
Krankenstand 2004
nach
Geschlecht und
zehn Alters-
gruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 3,3 % wie in den Vorjahren höher als der der männlichen Versicherten (3,1 %). Wie der Verlauf über die Altersklassen hinweg zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen ab dem 25. Lebensjahr über dem der Männer. Beide Kurven zeigen einen ab dem 25. Lebensjahr tendenziell ansteigenden Verlauf, der in den beiden höchsten Altersstufen deutlich abflacht. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen häufiger von Frühverrentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch und scheiden somit aus der Gruppe der hier betrachteten aktiv Erwerbstätigen aus.

Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaft für die Hälfte des Unterschieds verantwortlich

Frauen arbeiten in Berufsgruppen mit hohem Krankenstand

Der Gesundheitsreport 2001 widmete sich in einer Sonderanalyse dem Phänomen des höheren Krankenstandes der weiblichen DAK-Mitglieder.

- Die Analyse ergab, dass die Hälfte der Krankenstandsdiﬀerenz zwischen Männern und Frauen auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen ist.
- Ein weiterer Teil der Krankenstandsdiﬀerenz lässt sich dadurch erklären, dass Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohem Krankenständen arbeiten.

Darüber hinaus untersuchte die DAK in einer gesonderten Studie die These, inwieweit die sogenannte „Doppelbelastung“ berufstätiger Mütter für den höheren weiblichen Krankenstand verantwortlich ist. Diese Vermutung wurde in der von der DAK im Jahr 2001 publizierten Untersuchung⁴ weitgehend entkräftet:

- Zwar fühlt sich fast jede dritte berufstätige Mutter „oft“ oder „immer“ stark durch ihre Doppelrolle belastet.
- Trotzdem empfinden rund 90% der im Juli 2001 im Rahmen einer repräsentativen Telefonumfrage befragten berufstätigen Mütter ihre Berufstätigkeit eher als eine Bereicherung denn als eine Belastung.
- Für bestimmte Teilgruppen, insbesondere Alleinerziehende und Vollzeitwerbstätige, gilt dies jedoch nicht im selben Maße. Diese Frauen erwarten beispielsweise auch häufiger als die übrigen erwerbstätigen Mütter Probleme mit dem Arbeitgeber, wenn sie wegen der Krankheit eines Kindes zu Hause bleiben wollen bzw. müssen.

Auch weitergehende Untersuchungen zum gesundheitlichen Zustand ergaben, dass lediglich bei den Alleinerziehenden schlechtere Werte vorliegen; während bei berufstätigen Frauen mit und ohne Kindern keine nennenswerten Unterschiede festzustellen waren.

Fazit der Studie: Durch verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten, vor allem bei den Kinderbetreuungseinrichtungen, aber auch hinsichtlich der Arbeitszeit, könnten die Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter deutlich positiver gestaltet werden.

Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die drei jüngsten Altersgruppen: Während der Krankenstand bei beiden Geschlechtern ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ansteigt, ist in den Jahren von 15 bis 34 bei den Frauen und 15 bis 29 bei den Männern eine sinkende Tendenz zu beobachten. Eine Erklärung für diesen typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungsdauer“ und „Erkrankungshäufigkeit“.

Ist Doppelbelastung berufstätiger Mütter der Grund?

Berufstätigkeit eher Bereicherung als Belastung

Alleinerziehende und Vollzeitwerbstätige stärker belastet

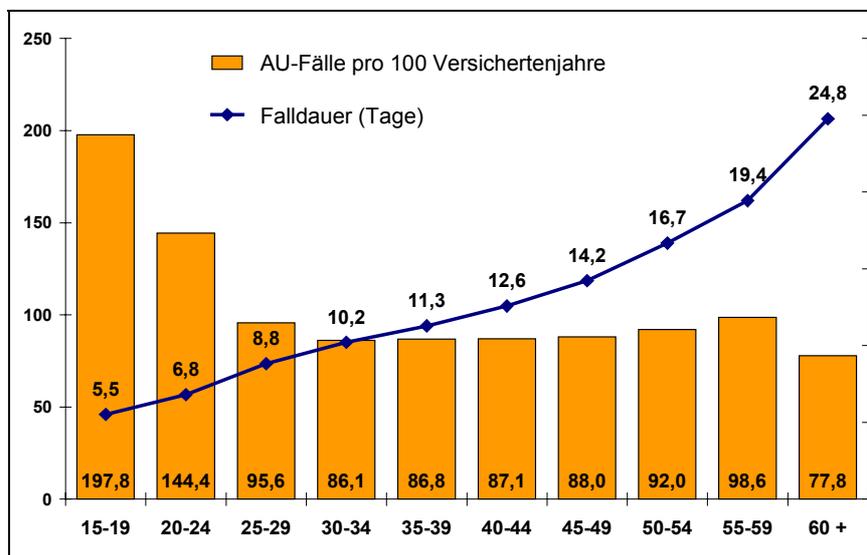
Verbesserung der Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter

⁴ DAK Gesundheitsreport Frauen-Beruf-Familie, Doppelbelastung ein Mythos? (Bestell-Nr. W403-20012).

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

Abbildung 11

Abb. 11
Falldauer (Rauten)
und Fallhäufigkeit
(Säulen) nach Al-
tersgruppen 2004



Quelle: DAK AU-Daten 2004

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

Die höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

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 198 Fällen pro 100 Versichertenjahre mehr als doppelt so hoch wie bei 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 jedoch z.B. auch häufiger aufgrund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben.

Bei den älteren Arbeitnehmern dauern die Arbeitsunfähigkeiten wesentlich länger

Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an. 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 5,5 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 19,4 Tage.

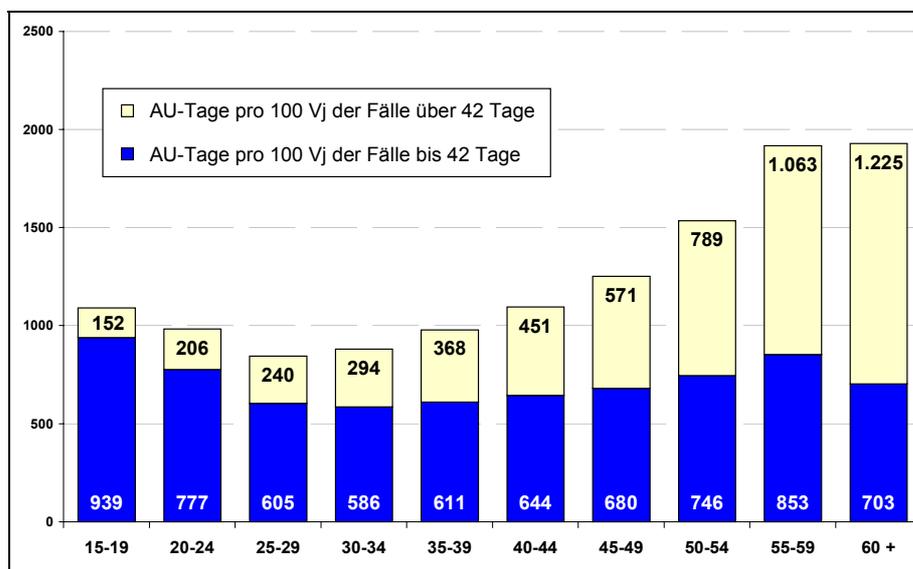
Wegen der kurzen Falldauer wirkt sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10).

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: Die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (blauer Säulenabschnitt) und die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (gelber Säulenabschnitt).

Der höhere Krankenstand der älteren Mitglieder erklärt sich durch häufigere Krankheitsfälle von langer Dauer

Abbildung 12



**Abb. 12
AU-Tage pro 100
Versichertenjahre
der Fälle bis 42
Tage Dauer und über 42
Tage Dauer nach
Altersgruppen**

Quelle: DAK AU-Daten 2004

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 13,9 % des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, werden in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 63,5 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder zugrunde liegen. Als Krankheitsarten bezeichnet man die großen Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden. Ausgangspunkt 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 werden⁵.

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.

Muskel-Skelett-System, Atmungssystem und Verletzungen auch 2004 an der Spitze

Auf die drei Krankheitsarten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen 2004 wie in den Vorjahren mehr als die Hälfte (52,5 %) aller Krankheitstage.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems hatten im Jahr 2004 einen Anteil von 22,6 % am Krankenstand. Mit 262 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre liegt diese Krankheitsart - wie schon in den Vorjahren - beim Tagevolumen an der Spitze.

2004: Rückgang der AU wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen

Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2004 im Vergleich zum Vorjahr (2003: 282 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre) weiter gesunken. Im Jahr 2002 wurde mit 300 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre der bisherige Höchststand registriert. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit liegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 15 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle.

Thema „Rücken“ Schwerpunkt des Gesundheitsreports 2003

Im Rahmen des Schwerpunktteils des DAK-Gesundheitsreports 2003 wurde auf den größten Teilkomplex dieser Diagnosegruppe, die „Rückenerkrankungen“, vertieft eingegangen.

⁵ 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. Seit dem 1.1. 2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Nähere Erläuterungen zur Umstellung der ICD-Kodierung sowie eine Übersicht über die Kapitel des ICD 10 GM finden Sie im Anhang auf S. 123/124

Abbildung 13

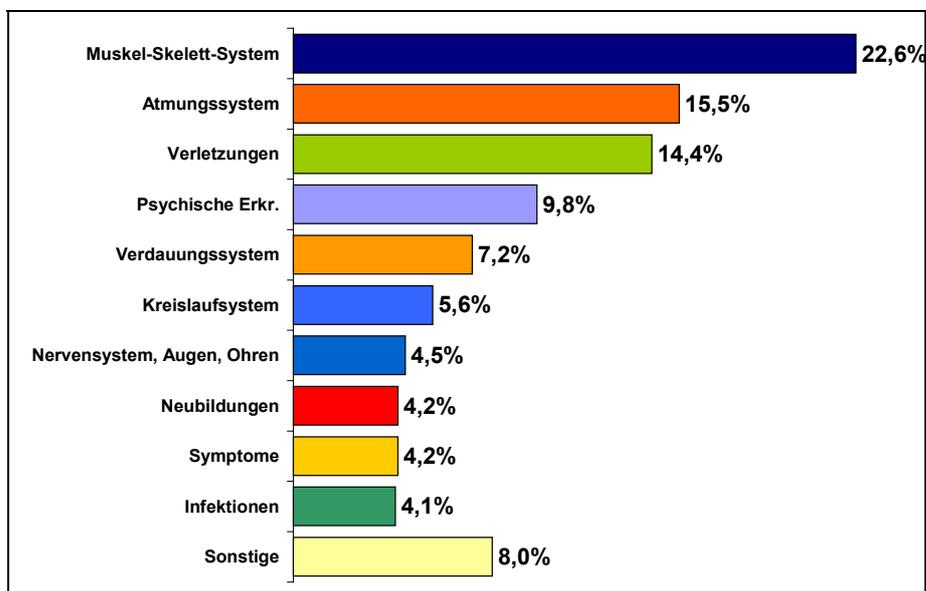


Abb. 13
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 14

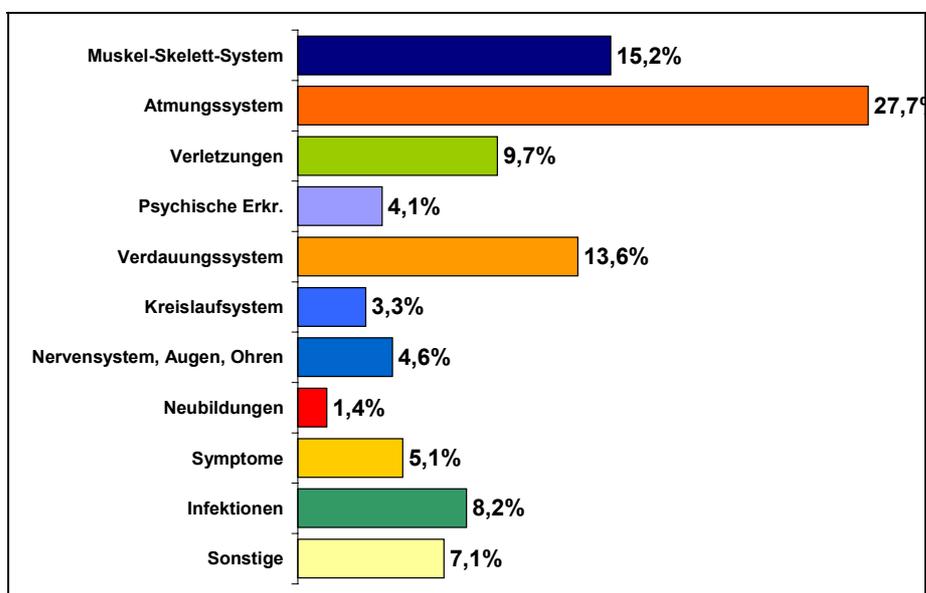


Abb. 14
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Erkrankungen des Atmungssystems sind häufig,

Die Krankheiten des Atmungssystems weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 27,7 % aller Krankheitsfälle entfielen auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 28 Mal wegen einer Erkrankung aus diesem Spektrum arbeitsunfähig.

aber nur von kurzer Dauer

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,4 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 17,1 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 27,8 Tagen beispielsweise erheblich länger. Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 15,5 % am Krankenstand nur an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

2004: Rückgang bei Erkrankungen des Atmungssystems

Erkrankungen des Atmungssystems sind im Vergleich zu 2003 deutlich zurück gegangen - und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 33,1 auf 27,9 pro 100 Vj.) als auch was die Anzahl der AU-Tage betrifft (von 213,7 auf 178,9 pro 100 Vj.).

Rückgang der AU-Tage wegen Verletzungen

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens wie im Vorjahr die Verletzungen. Sie verursachten 14,4 % der Ausfalltage. Auch bei dieser Krankheitsart ist jedoch mit 166,2 AU-Tagen pro 100 Versicherungsjahre ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Vorjahr festzustellen (2003: 181,1 AU-Tage). Auch die Erkrankungshäufigkeit ist mit durchschnittlich 9,7 Fällen im Vergleich zu 10,4 Erkrankungsfällen im Vorjahr leicht gesunken.

Psychische Erkrankungen an vierter Stelle

Psychische Erkrankungen machen im Jahr 2004 9,8 % des Gesamtkrankenstands aus und standen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten (2003: 8,8 %) Während die Fallhäufigkeit gegenüber 2003 leicht angestiegen ist (2004: 4,1 Erkrankungsfälle, 2003: 3,9 Erkrankungsfälle), hat sich die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit jetzt 27,8 Tagen im Vergleich zu 28,7 Tagen im Vorjahr etwas verkürzt.

„Angst und Depressionen“ sind Schwerpunktthema 2005

Bereits im Jahr 2002 widmete sich der DAK-Gesundheitsreport dem Thema „Psychische Erkrankungen“ mit einer Sonderanalyse. Wegen der weiter zunehmenden Bedeutung dieser Erkrankungsart greift der diesjährige Gesundheitsreport psychische Erkrankungen erneut als Schwerpunktthema auf. Kapitel 4 dieses Gesundheitsreports geht den Phänomenen „Angst und Depressionen“ auf den Grund.

AU wegen Erkrankungen des Verdauungssystems leicht gesunken

Auf die Erkrankungen des Verdauungssystems entfiel mit 83,9 AU-Tagen pro 100 Vj. ein Anteil von 7,2 % am Krankenstand. Der einzelne Fall ist hier im Durchschnitt nur 6,1 Tage lang, es treten allerdings 13,7 Fälle pro 100 Versichertenjahr auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist das AU-Volumen zwar leicht zurück gegangen (2003: 87 AU-Tagen pro 100 Vj.), der Anteil am Gesamtkrankenstand jedoch – aufgrund des insgesamt gesunkenen Krankenstandsniveaus – um 0,3 Prozentpunkte gestiegen (2003: 6,9 %).

Die Krankheiten des Kreislaufsystems hatten 2004 einen Anteil von 5,6 % am Krankenstand. Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zeichnen sich traditionell durch eine vergleichsweise lange Falldauer bei einer geringen Fallhäufigkeit aus. Im Jahr 2004 traten 3,3 Erkrankungsfälle pro 100 Vj. mit einer durchschnittlichen Falldauer von 19,8 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagenvolumen von 64,8 Tagen pro 100 Vj. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Bedeutung dieser Krankheitsart erneut leicht abgenommen.

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

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Das Krankheitsspektrum zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Abbildungen 15 und 16 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei den Frauen bzw. den Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 24,0 % eine etwas größere Bedeutung als bei Frauen (20,8 %).

Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer annähernd gleich große Bedeutung (16,5 % gegenüber 14,6 %), jedoch liegen sie hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand bei den Frauen an zweiter, bei den Männern erst an dritter Stelle.

An zweiter Stelle folgen bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 17,9 %. Sie haben damit einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand wie bei Frauen (9,8 %), bei denen Verletzungen erste den vierten Rang einnehmen.

Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems – psychische Erkrankungen bereits an dritter Stelle. Der Anteil dieser Krankheitsart liegt bei den Frauen bei 11,6 %. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,4 % den vierten Rang ein.

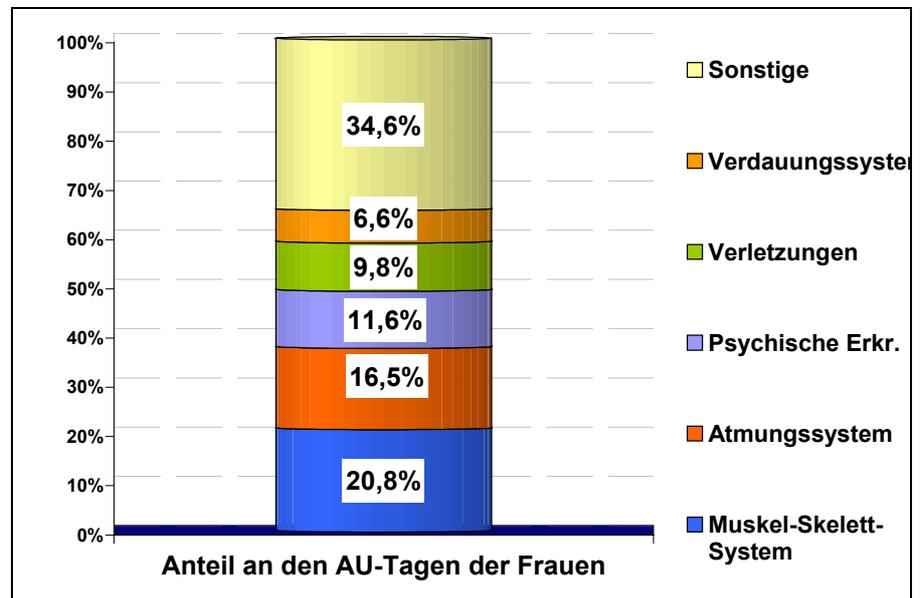
Bedeutung von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Männern höher

Verletzungen: mehr AU-Tage bei Männern

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung bei den Frauen

Abbildung 15

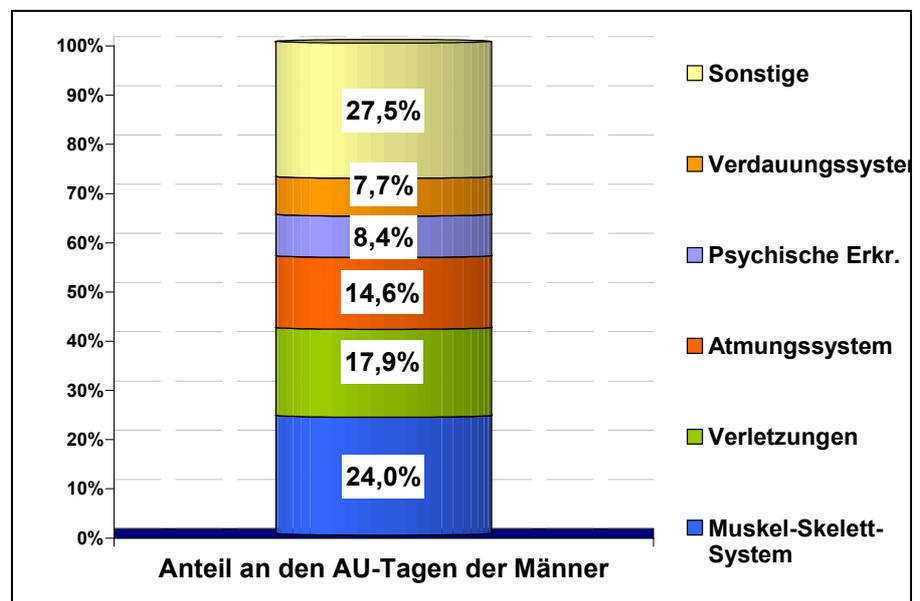
Abb. 15
Anteile der fünf
bei den Frauen
wichtigsten
Krankheitsarten
an den AU-Tagen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 16

Abb. 16
Anteile der fünf
bei den Männern
wichtigsten
Krankheitsarten
an den AU-Tagen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Anteil psychischer Erkrankungen am AU-Volumen ist jedoch bei beiden Geschlechtern gestiegen. Im Jahr 2003 lag der Anteil bei den weiblichen Versicherten noch bei 10,6 %, bei den männlichen Versicherten bei 7,4 %. Detaillierte Ausführungen zu psychischen Erkrankungen finden sich in Kapitel 4.

Anteil psychischer Erkrankungen bei beiden Geschlechtern gestiegen

An fünfter Stelle stehen bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 6,6 % (Frauen) und 7,7 % (Männer) am Krankenstand.

Der Anteil von Atemwegserkrankungen nahm bei Frauen und bei Männern gleichermaßen ab. Bei den Frauen waren im Jahr 2003 noch 18,1 % der AU-Tage Erkrankungen des Atmungssystems zuzuschreiben, bei den Männern waren es 2003 noch 16,1 %.

AU wegen Atemwegserkrankungen bei beiden Geschlechtern gleichermaßen abgenommen.

Die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems ist bei beiden Geschlechtern im Vergleich zum Vorjahr etwa gleich geblieben.

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (34,6 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (27,5 %). Dies ist besonders auf den bei den Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,5 % im Vergleich zu 3,3 %) sowie Symptomen (4,8 % im Vergleich zu 3,3 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,8 % im Vergleich zu 1,3 %) zurückzuführen.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Wie aus den Abbildungen ersichtlich, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich von 9,5 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 30,3 % bei den über 60-Jährigen an. Hier sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen zu verzeichnen (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Jahres 2003 „Rückenerkrankungen“).

Im Altersverlauf zunehmende Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

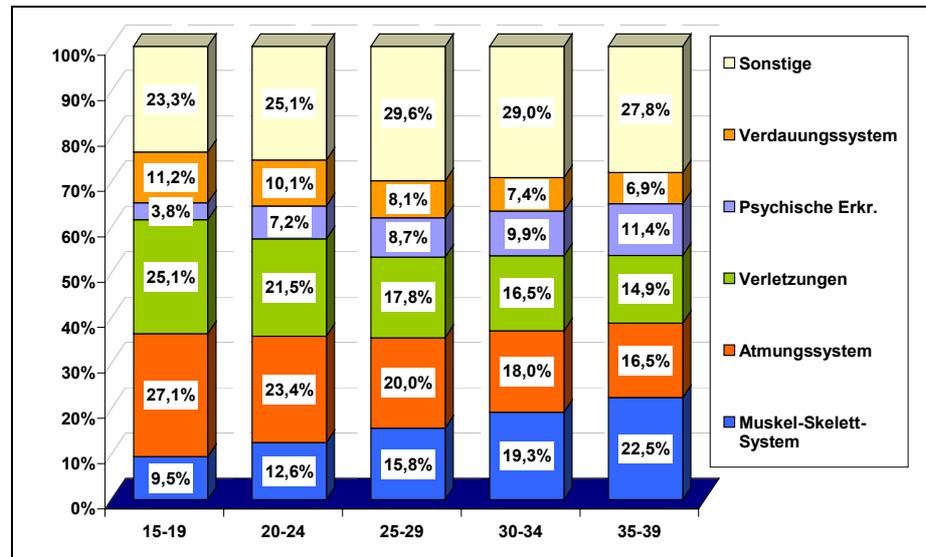
Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Der Anteil am Krankenstand ist hier in der jüngsten Altersgruppe mit 27,1 % am höchsten. Mit den Jahren nimmt die Bedeutung für den Gesamt Krankenstand ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 8,9 % aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose. Der Anteil von Erkrankungen des Atmungssystems ist im Vergleich zum Vorjahr in allen Altersgruppen zurückgegangen.

Erkrankungen des Atmungssystems nehmen mit dem Alter ab

Abbildung 17 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen.

Abbildung 17

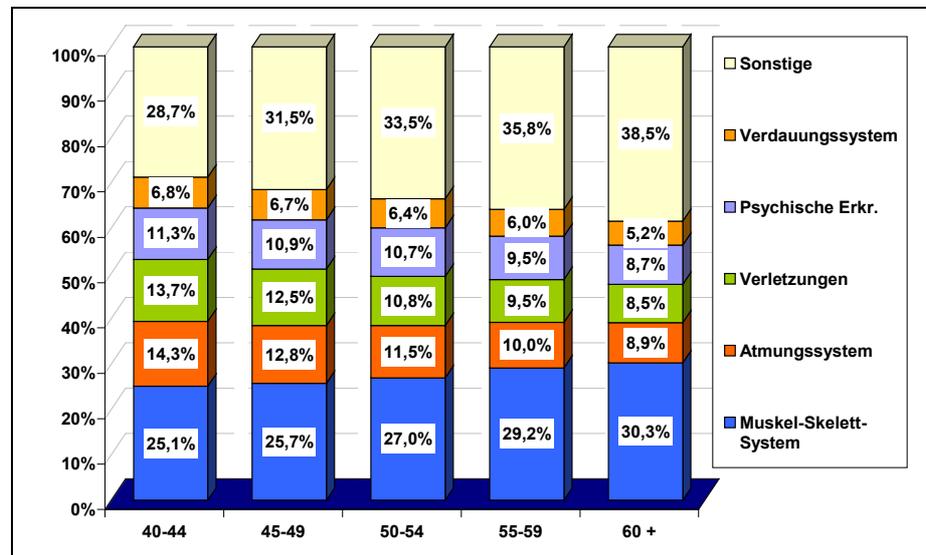
Abb. 17
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 18

Abb. 18
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Auf die Krankheitsarten Verletzungen entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern ein Viertel (25,1 %) aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt der Anteil von Verletzungen nur noch 8,5 %). Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was durch ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zu erklären ist. Der Anteil der Verletzungen ist bei den jüngeren Altersgruppen im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen,

Der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen steigt von 3,8 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 11,3 % bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Sie liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 8,7 %. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der sogenannten „Midlife-Crisis“ zusammen). Konflikte um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Karriereplanung und Überlastungssymptome („Burn-out“) können zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil psychischer Erkrankungen insbesondere in den Altersgruppen bis 44 Jahren, aber auch bei den 50- bis 54- und über 60-Jährigen angestiegen.

Erkrankungen des Verdauungssystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit dem Alter deutlich geringer werdende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 11,2 % des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 5,2 % nur noch halb so groß.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, hat die Kategorie „Sonstige“ einen mit dem Alter deutlich zunehmenden Anteil. Hierunter fallen insbesondere Kreislauferkrankungen, d. h. schwerwiegende Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, die im höheren Lebensalter häufiger auftreten. Sie 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.

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 gleichbleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

Bedeutung von Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems nimmt mit zunehmendem Alter ab

Psychische Erkrankungen haben zur Lebensmitte eine besonders große Bedeutung

Erkrankungen des Kreislaufsystems

Bei der Interpretation muss das unterschiedliche Krankenstandsniveau in den Altersgruppen berücksichtigt werden.

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Kriterium: Anteil an den AU-Tagen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der DAK-Mitglieder betrachtet. zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben. Die Liste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt.

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

ICD 10	Diagnose	AU-Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,6%	6,7%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	4,0%	8,2%
F32	Depressive Episode	3,1%	1,1%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	3,0%	2,3%
J20	Akute Bronchitis	2,3%	3,9%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9%	0,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,8%	4,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,6%	2,7%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,6%	0,9%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	1,5%	0,7%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,4%	3,6%
J03	Akute Tonsillitis	1,2%	2,4%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,2%	1,0%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,1%	1,0%
M75	Schulterläsionen	1,1%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,1%	0,2%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,0%	2,0%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	0,7%
K29	Gastritis und Duodenitis	0,9%	1,8%
Summe		39,5%	45,4%

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), „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M53), „Schulterläsionen“ (M75) sowie „sonstige Enthesopathien“ (M77) (das sind vor allem Sehnenansatzentzündungen).

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems spielen neben „akuten Infektionen“ (J06), „akuter Bronchitis (J20) und „sonstiger Bronchitis“ (J40) „Tonsillitis“ (J03) (Mandelentzündung) eine größere Rolle.

„Depressive Episoden“ (F32) stehen an dritter Stelle der wichtigste Einzeldiagnosen. Weitere wichtige Einzeldiagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43). 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.

An vierter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen „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“ (S93), „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks“ (S83) sowie „Fraktur des Unterschenkels“ (S82) wichtige Einzeldiagnosen.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem bestimmte Erkrankungen des Verdauungssystems nämlich „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52) (Magen-Darm-Infektionen) sowie „Gastritis und Duodenitis“ (K29) (Magen und Zwölffingerdarmentzündungen).

Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und „Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung“ (A09) sind der Krankheitsart „Infektionen“ zugeordnet.

Gegenüber dem Jahr 2003 sind bei einigen Erkrankungsarten Veränderungen aufgetreten:

Der Anteil der Diagnose „Depressive Episode“ stieg von 2,8% auf 3,1% am gesamten AU-Volumen und ist damit in diesem Jahr auf Rang 3 der wichtigsten Einzeldiagnosen. Auch die Diagnose „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ stieg gegenüber 2003 vom 10. auf den 9. Platz auf.

Einzeldiagnosen, die der Gruppe der Atemwegserkrankungen zugehörig sind, sind in ihrer relativen Bedeutsamkeit zum Teil stark zurück gegangen. Akute Infektionen der oberen Atemwege sind in ihrem Anteil am AU-Volumen von 4,4% auf 3,9% gesunken.

An der Spitze der AU-Tage stehen Rückenbeschwerden.

Akute Infektionen wichtigste Erkrankung des Atmungssystems

Depressive Episoden wichtigste psychische Erkrankung

Allgemeine Verletzungen auf Platz vier der Einzeldiagnosen

Magen-Darm-Infektionen sind wichtigste Erkrankung des Verdauungssystems

Depressive Episode in 2004 erstmals auf Rang 3 der wichtigsten Einzeldiagnosen

Einzeldiagnosen der Gruppe der Atemwegserkrankungen zum Teil stark zurück gegangen.

Die akute Bronchitis weist in diesem Jahr nur noch einen Anteil von 2,3 % auf (2003: 2,7 %). Zudem hatte die Gruppe „Grippe, Viren nicht nachgewiesen“ im Jahr 2003 noch einen Anteil von 1,3 %, in diesem Jahr taucht sie aber in der Liste der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen nicht mehr auf.

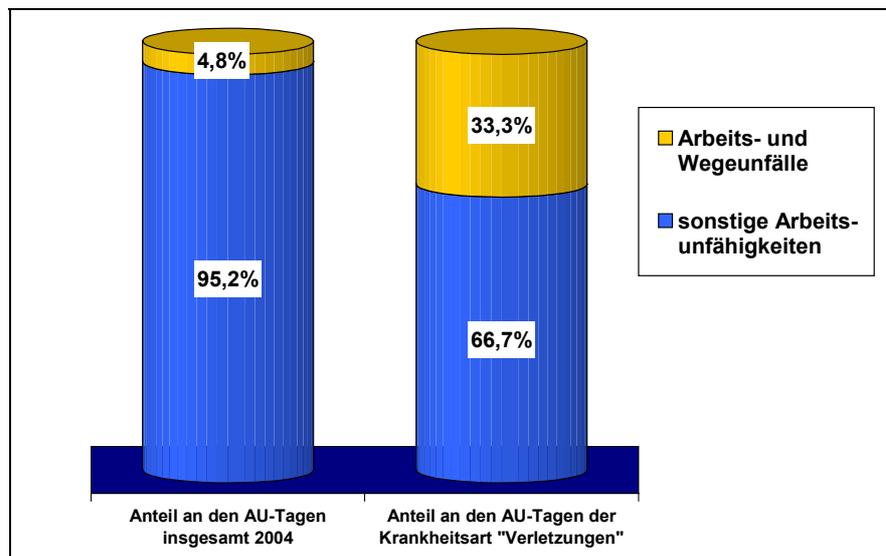
Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

Die DAK arbeitet mit mehreren 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 eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Dies ist bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten der Fall. Da letztere nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 19

Abb. 19
Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt bzw. an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: DAK AU-Daten 2004

2004 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 55,3 AU-Tage und 3,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamt Krankenstand betrug damit 4,8 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier genau ein Drittel (33,3 %).

Gegenüber 2003 ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt konstant geblieben.

4 **Schwerpunktthema: Psychische Erkrankungen: Angststörungen und Depressionen nehmen zu**

Vor drei Jahren, im DAK-Gesundheitsreport 2002, wurde das Thema der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen von der DAK erstmals aufgegriffen. Der damalige Gesundheitsreport belegte mit deutlichen Zahlen, was bereits seit längerem vermutet wurde: Die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. In dem seinerzeit betrachteten Zeitraum von 1997 bis 2001 betrug die Zunahme der Fehltagel über 50 %. Die Krankheitsgruppe der "Psychischen und Verhaltensstörungen" zeigt damit im Kontext des gesamten Arbeitsunfähigkeitsgeschehens eine ganz singuläre Entwicklung.

Angesichts dieser beunruhigenden Entwicklung ist leicht nachvollziehbar, warum psychische Erkrankungen im Jahr 2005 erneut zum Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports gewählt wurden:

- Zum einen hat der Report des Jahres 2002 zahlreiche Anfragen und weitergehende Informationswünsche an die DAK ausgelöst. Dabei wird immer wieder gefragt, ob sich der Anstieg der Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen seit dem Berichtsjahr 2001 fortgesetzt hat. Es besteht also ein starkes Interesse aus Fachkreisen, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit an einer Aktualisierung der Zahlen.

Zum anderen mussten im DAK-Gesundheitsreport 2002 viele Fragen offen bleiben: Verbirgt sich hinter dem Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten tatsächlich eine Zunahme dieser Erkrankungen oder handelt es sich um Veränderungen in der Versorgungssituation (z.B. verbesserte Diagnostik), in der Wahrnehmung und Bewertung psychischer Erkrankungen durch die Bevölkerung (z.B. größere Bereitschaft, eine psychische Diagnose zu akzeptieren)? Auch der vorliegende Gesundheitsreport 2005 kann diese Fragen nicht durch eigene Grundlagenforschung wissenschaftlich beantworten.

Durch eine Umfrage unter hochkarätigen Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis wurde jedoch der Stand des Wissens zur Frage der Entwicklung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der zugrunde liegenden Ursachen zusammengetragen.⁶ Ein besonderes Gewicht liegt auf möglichen arbeitsbedingten Ursachen für psychische Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen bereits Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports 2002

Hat sich der Anstieg der Fehlzeiten weiter fortgesetzt?

Was verbirgt sich hinter der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen?

⁶ Die DAK dankt an dieser Stelle allen Expertinnen und Experten, die durch ihre Teilnahme an der DAK-Expertenbefragung und die Übersendung von Literatur und Zahlenmaterial zum Thema „Psychische Erkrankungen“ einen wertvollen Beitrag zur Erstellung des Schwerpunktthemas geleistet haben.

Versorgungs- und Präventionskonzepte in Deutschland

- Zum dritten gibt es kontinuierlich neue Entwicklungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen bzw. in der Prävention. Die DAK bietet ihren Versicherten eine Vielfalt von innovativen Versorgungsangeboten in verschiedensten Indikationsgebieten. Dazu gehören auch die psychischen Erkrankungen. Der DAK-Gesundheitsreport 2005 berichtet übergreifend über neue Versorgungs- und Präventionskonzepte in Deutschland.

Focus auf „Angst“ und „Depressionen“

- Der vorliegende Report ist somit keineswegs nur eine Aktualisierung des Berichts von 2005. Dies kommt auch in der Fokussierung von zwei besonders bedeutsamen Krankheitsbildern bzw. Gruppen von Krankheiten zum Ausdruck, den Angststörungen und den depressiven Störungen. Für Nicht-Fachleute wird u.a. erläutert, wie sich die Alltagsbegriffe bzw. -phänomene "Angst" und "Niedergeschlagenheit/Depression" von den Krankheitsbildern im engeren Sinne abgrenzen.

Wie geht die berufstätige Bevölkerung mit dem Thema psychische Erkrankungen um?

Das Thema der Zunahme psychischer Erkrankungen bzw. der Verbesserung der Versorgung dieser Patienten ist auf den ersten Blick ein Expertenthema. Wie die Diskussion über mögliche Hintergründe steigender Arbeitsunfähigkeitszahlen zeigt, spielen die Erfahrungen und Sichtweisen der Bevölkerung im Hinblick auf psychische Erkrankungen jedoch eine sehr wichtige Rolle: Lange Zeit wurden psychische Störungen eher tabuisiert und verschwiegen. Hat es hier einen Wandel gegeben? Wie geht die berufstätige Bevölkerung mit psychischen Problemen um, wie werden Menschen mit Angststörungen oder Depressionen von ihren Kollegen oder Freunden wahrgenommen?

DAK-Gesundheitsbarometer: Befragung der berufstätigen Bevölkerung

- Für den DAK-Gesundheitsreport 2005 wurde eine bundesweite repräsentative Umfrage unter der Erwerbsbevölkerung durchgeführt, um zu klären, wie psychische Erkrankungen wahrgenommen und bewertet werden, wie man sich bei entsprechenden Problemen selbst verhält und welche Erfahrungen mit dem Versorgungssystem gemacht werden.

Welche Informationen liefert der DAK-Gesundheitsreport 2005 zum Thema „Angst und Depressionen“?

Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

**Kapitel 1:
Seite 43**

Anknüpfend an die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreports 2002 wird in diesem Kapitel zunächst ein Überblick über die aktuelle Entwicklung der psychischen Erkrankungen insgesamt gegeben. Wie stellt sich die Entwicklung im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen dar? Welche Personengruppen sind besonders vom Anstieg dieser Erkrankungen betroffen?

Was versteht man unter „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“?

**Kapitel 2:
Seite 53**

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe „Angst“ und „Depressionen“ häufig gebraucht, um vorübergehende negative Gefühle und Stimmungen zu beschreiben. Dabei muss es sich nicht immer um Krankheiten im medizinischen Sinne handeln. Was steckt also genau hinter „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“ und wie lassen sie sich definieren?

„Angststörungen“ und „depressive Störungen“: Bedeutung und Entwicklung

**Kapitel 3:
Seite 60**

Angststörungen und depressive Störungen haben für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen eine unterschiedlich große Bedeutung. Spiegeln die Zahlen die tatsächliche Betroffenheit in der Bevölkerung wider? Wie haben sich die Zahlen in den letzten Jahren entwickelt?

Hintergründe für steigende Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen

**Kapitel 4:
Seite 65**

Für die steigende Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze, die zum Teil kontrovers diskutiert werden. Welche Ursachen stehen nach Ansicht der befragten Experten im Vordergrund?

Zusammenhang von Veränderungen in der Arbeitswelt und der steigenden Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen?

**Kapitel 5:
Seite 72**

Seit Jahren wird eine mit dem Wandel der Arbeitswelt verbundene Veränderung der Belastungsstrukturen beobachtet. Steht die Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen mit den veränderten Rahmenbedingungen in Zusammenhang?

**Kapitel 6:
Seite 83****Psychische Erkrankungen: Erfahrungen und Sichtweisen der berufstätigen Bevölkerung**

Psychische Erkrankungen erfahren in der Bevölkerung insbesondere durch die häufige Berichterstattung in den Medien, eine zunehmende Aufmerksamkeit. Studien zufolge sind Patienten jedoch nach wie vor Vorurteilen ihrer Mitmenschen ausgesetzt. Wie ist die Stimmung in Bezug auf psychische Erkrankungen aktuell in der erwerbstätigen Bevölkerung? Sind psychische Erkrankungen nach wie vor ein Tabu-Thema? Oder wird die Problematik sogar überschätzt und zunehmend zu einer „Modeerscheinung“? In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der bundesweiten repräsentativen Umfrage unter der Erwerbsbevölkerung zu Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen dargestellt.

**Kapitel 7:
Seite 95****Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Erkrankungen – Projektvorhaben der DAK**

Trotz der festgestellten Zunahme bei psychiatrischen Diagnosen gibt es Hinweise, dass viele psychische Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt oder fehlbehandelt werden. Die DAK will mit einer Reihe von Modellprojekten zu einer Verbesserung der Versorgung psychische Kranker beitragen.

**Kapitel 8:
Seite 99****Fazit: Was haben die Analysen zum Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen: Angststörungen und Depressionen nehmen zu“ ergeben?**

Die wichtigsten Ergebnisse der im Rahmen des Schwerpunktthemas zu psychischen Erkrankungen, Angststörungen und depressiven Störungen vorgenommenen Analysen werden in einem Fazit zusammenfassend dargestellt.

1. Überblick über die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen gehören nach epidemiologischen Studien zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Nach Befunden des Bundesgesundheits surveys 1998/1999 sind 32 % der erwachsenen Bevölkerung im Laufe eines Jahres entsprechend der diagnostischen Kriterien des ICD 10 von einer psychischen Erkrankung betroffen.⁷ Schätzungen gehen davon aus, dass psychische Erkrankungen bis zum Jahre 2020 die zweithäufigste Ursache für Arbeitsausfälle und verminderte Arbeitsfähigkeit sein werden.

Die DAK hat bereits in ihrem DAK-Gesundheitsreport 2002 auf die deutliche Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen hingewiesen. Zwischen 1997 und 2001 stieg die Zahl der Ausfalltage um mehr als die Hälfte (51 %) an.

Wie die aktuellen Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen, hat sich die seinerzeit beobachtete Tendenz in den folgenden Jahren fortgesetzt. Der Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen seit 1997 betrug im Jahr 2004 nunmehr 69 % (vgl. Abbildung 20). Die Zahl der Erkrankungsfälle stieg im angegebenen Zeitraum sogar um 70 % an. Ähnliche Entwicklungen werden auch von anderen Krankenkassen berichtet.

32 % der erwachsenen Bevölkerung sind von psychischen Erkrankungen betroffen

Trend hat sich fortgesetzt: Anstieg der Ausfalltage seit 1997 um 69 %

Abbildung 20

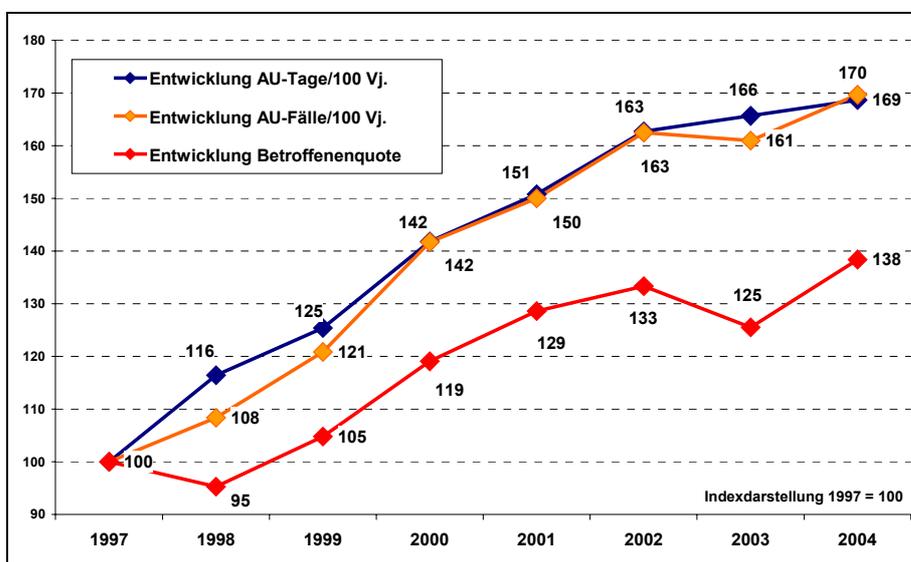


Abb. 20 Entwicklung von AU-Tagen, Erkrankungsfällen und Betroffenenquote aufgrund psychischer Störungen

(Indexdarstellung 1997 = 100).

Quelle: DAK AU-Daten 2004

7 vgl. Wittchen, H.-U., Jacobi, F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, in: Psychotherapeutenjournal 0/2002

Entwicklung seit 1997 als Indexdarstellung

Im Jahr 2004 waren 2,9 % der Beschäftigten wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig

Anstieg bei psychischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen Diagnosekapiteln deutlich überproportional

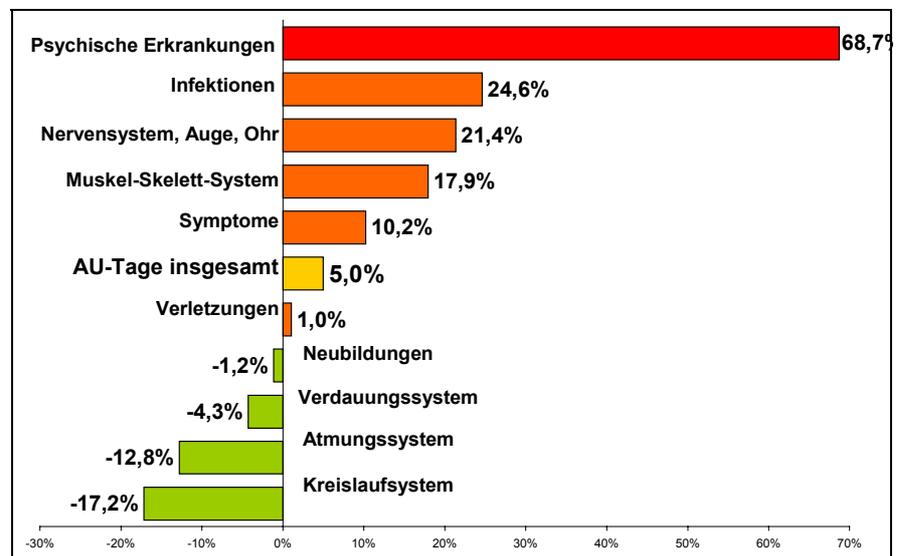
Abbildung 20 zeigt die Entwicklung der AU-Tage und der AU-Fälle (jeweils pro 100 Versichertenjahre) sowie der Betroffenenquote aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. Dargestellt sind die Kapitel V (ICD 9) bzw. F00 – F99 (ICD 10). Der jeweilige Ausgangswert des Jahres 1997 wurde auf 100 gesetzt. Die Entwicklung von Jahr zu Jahr lässt sich damit wie eine prozentuale Veränderung gegenüber dem Wert von 1997 interpretieren.

Die Betroffenenquote gibt den Anteil derjenigen Beschäftigten an, der innerhalb eines Jahres mindestens einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht arbeitsfähig war. Im Jahr 2004 betrug die Betroffenenquote 2,9 %. 100 ganzjährige Versicherte waren 4,1 Mal aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig und fehlten an insgesamt 113 Tagen bei der Arbeit.

Der starke Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist um so bemerkenswerter, als das Krankenstandniveau insgesamt über den betrachteten Zeitraum weitgehend konstant geblieben ist und 2004 gegenüber dem Vorjahr sogar eine rückläufige Tendenz zeigte. Der Überblick über die Entwicklung der einzelnen Krankheitsarten seit 1997 zeigt, dass die Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen Diagnosekapiteln deutlich überproportional angestiegen sind (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21

Abb. 21
Veränderung des AU-Volumens 2004 in Relation zu 1997 nach Diagnosekapiteln bzw. Hauptgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Anstieg beim Krankenstand insgesamt seit 1997 nur 5 %

Während das allgemeine Krankenstandsniveau der DAK-Mitglieder seit 1997 nur um 5 % angestiegen ist, lag die Steigerungsrate hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund von psychischen Erkrankungen bei 69 %.

Neben den psychischen Erkrankungen, ist der Anstieg bei zwei weiteren Diagnosen auffällig, nämlich den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (18 %) und den „Symptomen“ (10 %). Letztere bezeichnet Erkrankungssymptome, für die (bislang) keine klinische Ursache gefunden werden konnte. Hierunter fallen z. B. Einzeldiagnosen wie „Symptome, die die Stimmung betreffen“, „Kopfschmerz“ und „Unwohlsein und Ermüdung“, d.h. Symptome, die auch in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auftreten können. Auch ein Zusammenhang von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, die ebenfalls deutlich angestiegen sind, und psychischen Erkrankungen konnte in einer Reihe von Untersuchungen festgestellt werden.⁸

Auch Muskel- und Skeletterkrankungen sowie „Symptome“ sind angestiegen

Der Anstieg bei den ICD-Hauptgruppen bzw. -Kapiteln „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (Infektionen) sowie „Erkrankungen des Nervensystems, des Auges und des Ohres“ (Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane) ist wahrscheinlich auf die Umstellung des Diagnoseschlüssels zwischen 1999 und 2000 zurückzuführen.⁹

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bildet jedoch nur einen Teil des tatsächlichen Krankheitsgeschehens ab. Die Zahl der insgesamt von psychischen Erkrankungen Betroffenen liegt deutlich höher, da in den Analysen nur diejenigen Erkrankungen erfasst werden, die zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Viele Beschäftigte gehen jedoch trotz vorhandener Symptome zur Arbeit oder können die Arbeitsfähigkeit durch eine entsprechende medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung erhalten.

Analysen erfassen nur diejenigen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr arbeiten konnten

Die Angaben über den Anteil der insgesamt Betroffenen (die sogenannte „Prävalenzrate“, vgl. Hinweiskästchen) variieren, je nachdem auf welchen Zeitraum sie sich beziehen:

Nach Befunden des Bundesgesundheits surveys von 1998/1999 waren in Deutschland 32,1 % der erwachsenen Bevölkerung - im Alter von 18 – 65 Jahren - im Laufe eines Jahres von psychischen Störungen betroffen. Diese „12-Monatsprävalenz“ entspricht der o. g. „Betroffenenquote“, d. h., 2,9 % aller Erwerbstätigen und damit etwa 10 % der psychisch Erkrankten sind innerhalb eines Jahres aufgrund ihrer Erkrankung arbeitsunfähig.

Prävalenz

Die Prävalenz gibt an, welcher Anteil einer Bevölkerung im Beobachtungszeitraum (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz, Punktprävalenz) Symptome von Krankheitswert aufweist.

8 vgl. hierzu auch DAK-Gesundheitsreport 2003, Schwerpunkt „Rückenerkrankungen“ Kapitel „Psychische und sonstige Ko-Morbidität bei Personen mit hohem AU-Volumen wegen Rückenerkrankungen“ S. 64 ff.

9 Durch die Umstellung des Erfassungsschlüssels auf ICD-10 zum 01.01.2000 kann es sein, dass identische Krankheitsfälle bis 1999 dem einen Diagnosebereich, seit 2000 einem anderen Diagnosekapitel zugeordnet werden. Größere Veränderungen sind vor allem bei den Diagnosebereichen der Atemwegs- bzw. Verdauungsdiagnosen festzustellen. Ein Teil der hierunter gefassten Diagnosen wurden ab 2000 dem ICD-Kapitel „infektiöse und parasitäre Krankheiten“ zugeordnet.

Mehr als die Hälfte aller Menschen erkrankt einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung

Bezogen auf die Gesamtlebenszeit wird sogar von einer Prävalenz von über 65 % gesprochen. Das heißt, das mehr als die Hälfte aller Menschen einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkrankt.¹⁰

Psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht

Wie bereits im DAK-Gesundheitsreport 2002 berichtet wurde, sind insbesondere Frauen von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen:

Frauen stärker von psychischen Erkrankungen betroffen:

140 AU-Tage bei den Frauen gegenüber 94 AU-Tagen bei den Männern

5,3 Erkrankungsfälle bei den Frauen gegenüber 3,2 AU-Fällen bei den Männern

Betroffenenquote 2004: 3,9 % bei den Frauen, 2,2% bei den Männern

Falldauer bei den Männern etwas länger

Hypothesen für den Geschlechterunterschied bei psychischen Erkrankungen:

„Stress-Hypothese“

- Auf 100 erwerbstätige Männer entfielen 2004 94 Ausfalltage aufgrund einer psychischen Erkrankung. Damit hatten Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum einen Anteil von 8,4 % am männlichen Krankenstand. Je 100 Frauen wurden 2004 dagegen 140 Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen beobachtet. Dies entsprach einem Anteil von 11,6 % am weiblichen Krankenstand.
- Die Unterschiede in der Anzahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen den Geschlechtern sind auf eine höhere Betroffenenquote und eine deutliche höhere Fallhäufigkeit bei den Frauen zurückzuführen: Die Zahl der Erkrankungen lag 2004 bei den Frauen bei 5,3 Fällen je 100 Versichertenjahre, bei den Männern hingegen nur bei 3,2 Fällen.
- 3,9 % der aktiv erwerbstätigen Frauen hatten 2004 mindestens eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung. Bei den männlichen Kollegen lag die Betroffenenquote nur bei 2,2 %
- Die Falldauer ist hingegen bei den männlichen Versicherten etwas länger als bei den Frauen: Eine psychische Erkrankung dauerte 2004 bei den Männern durchschnittlich 29,3 Tage, bei den Frauen dagegen nur 26,5 Tage.

Über die Gründe der stärkeren Betroffenheit von Frauen wurde eine Reihe von Hypothesen entwickelt.¹¹ Im Folgenden werden einige ausgewählte Erklärungsmodelle skizziert:

- Die „Stress-Hypothese“ führt den Geschlechterunterschied auf die schlechtere soziale Situation der Frauen zurück: geringere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, geringerer sozialer Status, geringeres Einkommen.

¹⁰ Wittchen & Perkonig: Epidemiologie psychischer Störungen. Kapitel 2 in: Ehlers & Hohlweg (1996). Enzyklopädie der Psychologie: Grundlagen der Klinischen Psychologie. Göttingen

¹¹ Hypothesen nach Cécile Ernst: Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen. In: A. Riecher-Rössler, A. Rohde (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen (2001)

- Die „Expressivitäts-Hypothese“ besagt, dass Frauen sowohl negative als auch positive Gefühle offener schildern als Männer und eine vorliegende psychische Erkrankung sowohl in wissenschaftlichen Erhebungen als auch bei der ärztlichen Diagnosestellung leichter erkannt wird.
- Biologische Hypothesen geben z. B. zu bedenken, dass sich bei Frauen neurobiologisch rascher Stress-Reaktionen auslösen lassen als bei Männern. Die rechte Hälfte des Gehirns, die Gefahren wahrnimmt und Angst und Miss-Stimmung vermittelt, wird bei vielen Aktivitäten bei der Frau stärker angeregt als bei Männern (Lateralisations-Unterschiede).

„Expressivitäts-Hypothese“

biologische Hypothese

Welchen Einfluss die genannten Hypothesen im einzelnen tatsächlich auf die beobachteten Geschlechterunterschiede haben, kann im Rahmen dieses Berichtes nicht beurteilt werden.

Die Analyse der Bedeutung einzelner Krankheitsarten nach Altersgruppen im Hauptteil dieses Berichtes hat gezeigt, dass psychische Erkrankungen insbesondere in den Altersgruppen von 35 bis 44 Jahren und hier besonders bei den Frauen einen hohen Anteil am Krankenstand haben. In den älteren Altersgruppen sinkt die relative Bedeutung dieser Krankheitsart aufgrund des insgesamt steigenden Krankenstandsniveaus hingegen wieder ab.

Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand in den mittleren Lebensjahren am höchsten

Ein Blick auf die absolut je Altersgruppe verursachten Ausfalltage zeigt dagegen, dass die Zahl der Ausfalltage mit dem Alter kontinuierlich zunimmt: In der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen wurden nur 41 Ausfalltage verzeichnet, in der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen waren es bereits 124 AU-Tage und in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen sogar 183 Tage (vgl. Abbildung 22).

Mit dem Alter steigt die absolute Anzahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Abbildung 22

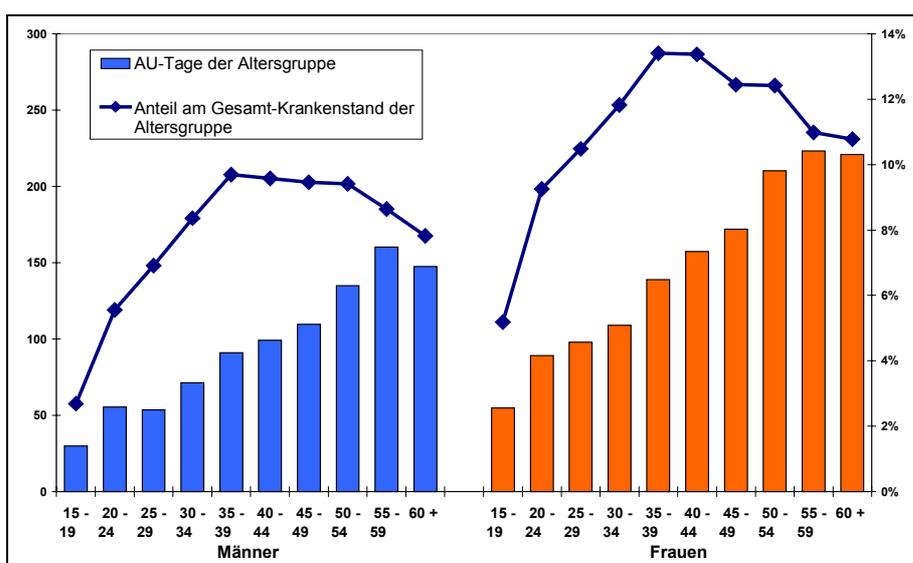


Abb. 22 AU-Tage aufgrund psychischer Störungen und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Altersgruppe

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Überproportionaler Anstieg von Ausfalltagen in den jüngeren Altersgruppen

15- bis 29-jährige Männern besonders stark betroffen.

15- bis 34-jährige Frauen besonders stark betroffen.

Im DAK-Gesundheitsreport 2002 zeigte sich jedoch, dass seit 1997 gerade in den jüngeren Altersgruppen ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist. Die seinerzeit beobachtete Entwicklung hat sich seitdem weiter fortgesetzt.

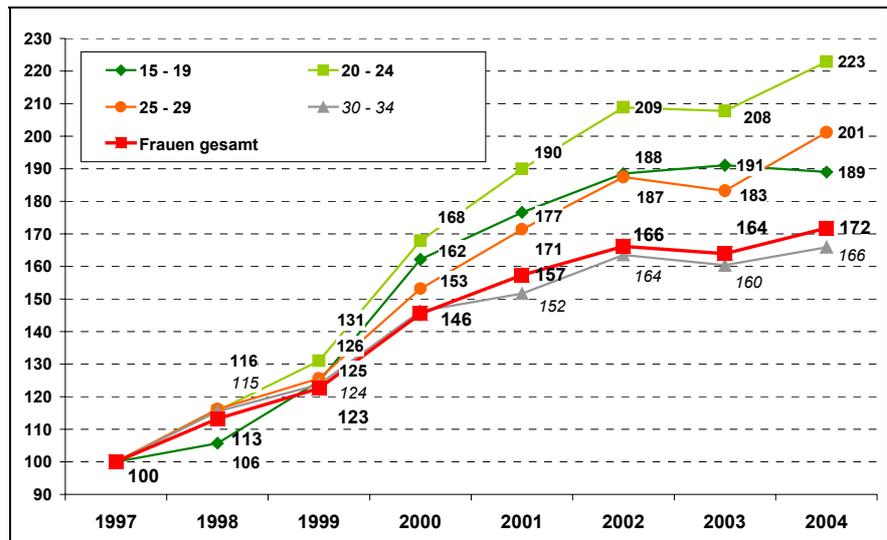
Besonders ausgeprägt ist diese Entwicklung hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit zu beobachten. Hier sind die Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen (bei den Frauen) bzw. der 15- bis 35-Jährigen (bei den Männern) besonders stark betroffen.

Abbildung 23 zeigt die Entwicklung der Fallhäufigkeit in den vier untersten Altersgruppen der 15- bis 34-Jährigen im Vergleich zu den Frauen insgesamt. Die Grafik folgt der bereits aus Abbildung 20 bekannten Index-Darstellung. Abbildung 24 zeigt die analogen Ergebnisse für die Männer.

Abbildung 23

Abb. 23
Entwicklung der Fälle aufgrund psychischer Störungen in den vier jüngsten Altersgruppen und bei den Frauen insgesamt

(Indexdarstellung, 1997 = 100)



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Anstieg bei den 20- bis 24-jährigen Frauen seit 1997: 123 %

Anstieg bei den 25- bis 29-jährigen Männern seit 1997: 106 %

Von 1997 bis 2004 nimmt die Erkrankungshäufigkeit bei den weiblichen Mitgliedern insgesamt um 72 % zu, bei den 15- bis 19-Jährigen sind es 89 % Wachstum, bei den 20- bis 24-Jährigen sogar 123 % Zunahme und bei den 25- bis 29-Jährigen über 100 %. Die Gruppe der 30- bis 34-Jährigen hatte bei den Frauen dagegen einen unterproportionalen Anstieg zu verzeichnen.

Auch bei den Männern ist die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zwischen 1997 und 2004 um 72 % angestiegen. Der Anstieg verläuft im Vergleich zu den Frauen in den unteren Altersgruppen etwas weniger steil:

Die 15- bis 19-Jährigen hatten einen Zuwachs von 97 %, die 20- bis 24-Jährigen um 90 %, die 25- bis 29-Jährigen um 106 % und die 30- bis 34-Jährigen um ebenfalls 90 % zu verzeichnen.¹²

Abbildung 24

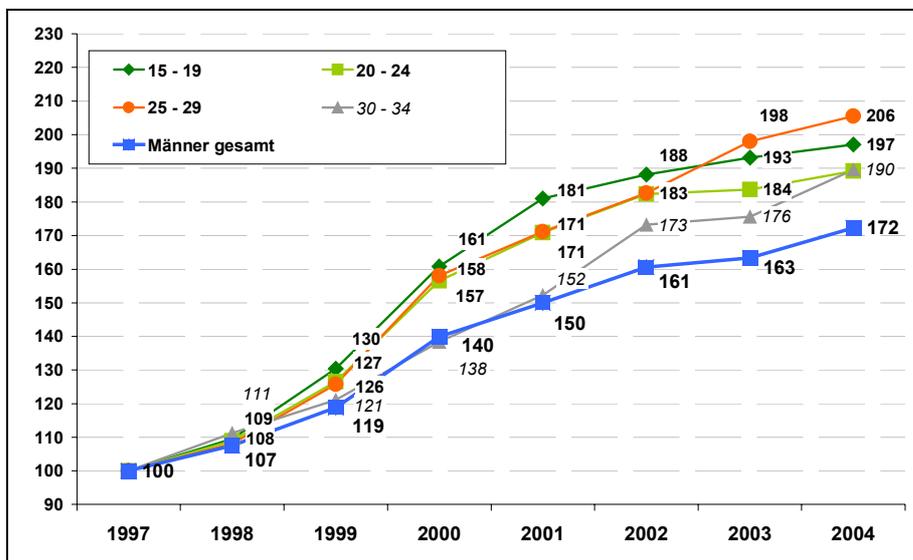


Abb. 24
Entwicklung der Fälle aufgrund psychischer Störungen in den vier jüngsten Altersgruppen und bei den Männern insgesamt

(Indexdarstellung, 1997 = 100)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Wie die Analyse zeigt, ist der deutlich überproportionale Anstieg psychischer Erkrankungen in jungen Jahren seit 1997 ungebrochen. Die jüngeren Altersgruppen weisen in diesem Zeitraum überwiegend sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf.

Verdoppelung der Erkrankungsfälle bei den jüngeren Altersgruppen.

Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen zeigt deutliche Unterschiede in den einzelnen Wirtschaftsgruppen. Neben Ursachen, die im persönlichen Umfeld der Betroffenen zu suchen sind, haben also offenbar auch Arbeitsbedingungen und die daraus resultierenden Belastungen einen deutliche Einfluss auf das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Ursachen auch bei den Arbeitsbedingungen zu suchen

Mögliche Zusammenhänge von psychischen Erkrankungen mit sich verändernden Rahmenbedingungen und Belastungsstrukturen in der Arbeitswelt werden im Kapitel „Zusammenhänge zwischen dem Wandel der Arbeitswelt und der Zunahme psychischer Erkrankungen“ eingehender erörtert.

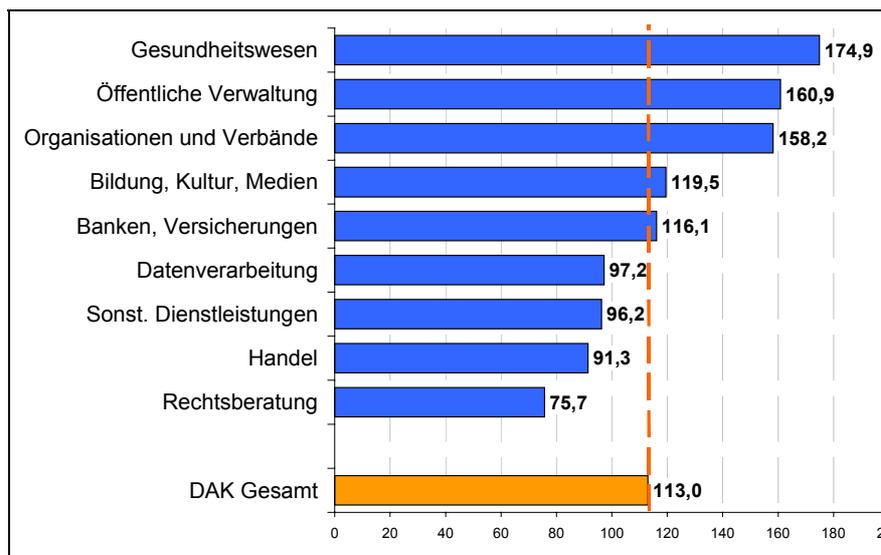
¹² Der höhere Anstieg bei beiden Geschlechtern (72 % gegenüber dem Gesamtanstieg der Erkrankungsfälle 70 %, vgl. Abbildung 20), ist auf das - aufgrund der Altersstandardisierung - unterschiedliche Ausgangsniveau zurückzuführen.

Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in den Branchen unterschiedlich hoch

Abbildung 25 zeigt die Zahl der Tage, die 100 DAK-versicherte Beschäftigte in einer Branche im Jahr 2004 aufgrund einer psychischen Erkrankung dem Arbeitsplatz fern blieben. Die Darstellung beschränkt sich auf diejenigen Branchen, in denen ein besonders hoher Anteil von DAK-Versicherten beschäftigt ist.

Abbildung 25

**Abb. 25
AU-Tage aufgrund psychischer Störungen 2004 in den Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern**



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Gesundheitswesen verzeichnet die meisten Ausfalltage

An erster Stelle hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen steht das Gesundheitswesen. Pro 100 Versichertenjahre wurden hier 175 verzeichnet, das sind 55 % mehr als im DAK-Bundesdurchschnitt.

aufgrund psychischer Erkrankungen

Die hohe Zahl von Ausfalltagen ist auf eine stark überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen. 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder waren im Gesundheitswesen 2004 fast 6 Mal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. 4 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen hatten mindestens eine Arbeitsunfähigkeit mit einer psychischen Diagnose. Damit lag der Anteil psychischer Diagnosen am Gesamtankenstand im Gesundheitswesen bei 13 %.

Pflegekräfte hohen psychischen Belastungen ausgesetzt

Untersuchungen speziell zu Gesundheit und Arbeitsbelastung in den Pflegeberufen deuten darauf hin, dass die dort verbreiteten Mehrfachbelastungen durch physische und psychische Risikofaktoren für die hohe Zahl psychischer Erkrankungen verantwortlich sind¹³.

13 Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege umfassend analysiert worden. Ein Ergebnis dieser Analysen war die weit überdurchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie

An zweiter Stelle folgt die Öffentliche Verwaltung. Während das Gesamtkrankenstandsniveau um 21 % über dem DAK-Durchschnitt liegt, liegt der Zahl der Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen sogar um 42 % über dem Bundesdurchschnitt. Auf 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder entfielen 161 Ausfalltage mit einer psychischen Diagnose. Mit 5,5 Erkrankungsfällen je 100 ganzjährig DAK-Versicherter lag auch hier die Erkrankungshäufigkeit besonders hoch. 3,9 % der Beschäftigten in der Öffentlichen Verwaltung konnten 2004 mindestens ein Mal aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht zur Arbeit gehen.

Auch die Wirtschaftsgruppe „Organisationen und Verbände“ zeigt deutlich auffällige Werte hinsichtlich der Bedeutung psychischer Erkrankungen für den Krankenstand. Während der Krankenstand insgesamt kaum (6 %) über dem DAK-Durchschnitt lag, war die Zahl der Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen 2004 um 40 % erhöht. Die hohe Zahl von Ausfalltagen ist ebenfalls auf eine stark überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit zurückzuführen. In keiner anderen Branche erkrankten Beschäftigte so häufig wie im Bereich „Organisationen und Verbände“. 100 DAK-versicherte Beschäftigte waren 2004 mehr als 8 Mal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. Der Anteil der Betroffenen lag bei 4,2 %. Der Anteil psychischer Erkrankungen am Gesamtkrankenstand lag bei 12,9 %.

Erklärungsansätze für die stark erhöhte Zahl psychischer Erkrankungen in den beiden Branchen können aus den Daten nicht abgeleitet werden. Beiden Branchen gemeinsam sind hingegen die im Vergleich zu anderen Tätigkeiten hohen Anforderungen an soziale Interaktion und Kommunikation insbesondere mit Kunden in Ämtern, Verwaltungen und Beratungsstellen. Gerade hieraus entstehen jedoch besondere psychische Belastungssituationen:

Ergebnisse aus der BIBB/IAB-Strukturerhebung 1998/1999¹⁴ haben gezeigt, dass nicht allein die Arbeitsbelastung bzw. der Arbeitsdruck für „psychische Erschöpfung“ verantwortlich sind.

Öffentliche Verwaltung bei psychischen Erkrankungen an zweiter Stelle

Auch Beschäftigte bei „Organisationen und Verbänden“ überdurchschnittlich betroffen

Hohe Anforderungen an Kommunikation

von psychischen und Verhaltensstörungen. Der Gesundheitsreport befasst sich insbesondere mit der Arbeitssituation in der Krankenpflege und identifiziert Faktoren, die als Ursachen für arbeitsbedingten Stress anzusehen sind.

Die DAK hat zusammen mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eine erneute Studie in Auftrag gegeben, um aktuelle Informationen über Zusammenhänge von belastenden Arbeitsbedingungen und Erkrankungen in Krankenpflegeberufen zu dokumentieren. Die Ergebnisse der Studie werden zur Jahresmitte 2005 veröffentlicht werden.

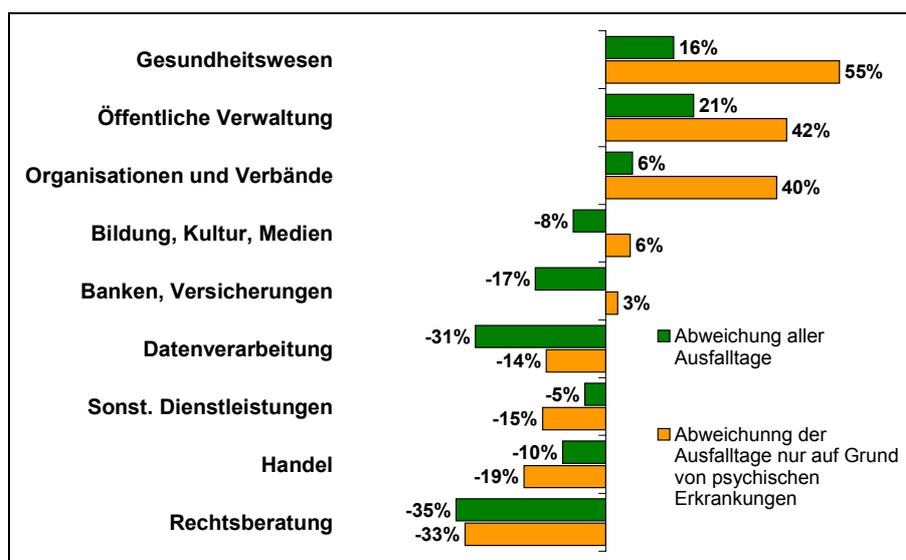
¹⁴ Repräsentativerhebung von 34.343 Erwerbstätigen zu ihren beruflichen Qualifikationen und ihren Arbeitsbedingungen. Vgl. BIBB/IAB: Erwerb und Bewertung beruflicher Qualifikationen von Erwerbstätigen, BIBB/IAB – Strukturerhebung 1998/99 (2001)

Insbesondere die kontinuierliche Arbeit mit Menschen, auf deren Kooperation man angewiesen ist, die jedoch nicht (ausreichend) entgegengebracht wird, stellt einen ausgeprägten Risikofaktor für psychische Erschöpfung dar.¹⁵

Abbildung 26 zeigt für die oben dargestellten Wirtschaftsgruppen die Abweichung aller Ausfalltage (dunkle Säule) im Vergleich zur Abweichung der Ausfalltage nur auf Grund von psychischen Erkrankungen (helle Säule).

Abbildung 26

Abb. 26
Abweichung der AU-Tage wegen sämtlicher Erkrankungen und wegen psychischer Erkrankungen vom DAK-Durchschnittswert



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Auch Wirtschaftszweige mit unterdurchschnittlichem Krankenstand sind überdurchschnittlich von psychischen Erkrankungen betroffen.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, zeigen auch Branchen mit einem im Vergleich zum DAK-Durchschnitt niedrigeren Krankenstands-niveau überdurchschnittliche Werte bei den psychischen Erkrankungen: In den Wirtschaftszweigen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Banken und Versicherungen“ konnten die Beschäftigten im Jahr 2004 aufgrund psychischer Erkrankungen an mehr Tagen nicht zur Arbeit gehen, als dies im Durchschnitt aller Branchen der Fall ist (119,5 AU-Tage bzw. 116,1 AU-Tage gegenüber 113 Tagen im Durchschnitt).

Auffällig sind auch die Werte bei den beiden Branchen, die am unteren Ende des Arbeitsunfähigkeitsgeschehen liegen: Der Krankenstand in der Datenverarbeitung lag 2004 um 31 %, der Wert für die Rechtsberatung um 35 % unter dem DAK-Durchschnittswert.

Zu erwarten wäre, dass auch der Anteil der Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen entsprechend deutlich unter dem Durchschnittswert liegt.

15 vgl. Hasselhorn, H.-M., Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 39 (2004)

Offenbar haben psychische Erkrankungen jedoch auch in diesen Wirtschaftszweigen eine überproportional hohe Bedeutung: Die Zahl der Ausfalltage lag in der Rechtsberatung nur um 33 %, in der Datenverarbeitung sogar nur um 14 % unter dem Durchschnitt.

In den beiden übrigen Wirtschaftsgruppen „Sonstige Dienstleistungen“ und „Handel“ spielen psychische Erkrankungen eine untergeordnete Rolle.

Die Verhütung von psychischen Erkrankungen stellt zunehmend eine zentrale Aufgabe in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Als besonders erfolgreich haben sich Projekte erwiesen, die zum einen psychische Belastungen wie Stress und hohen Zeitdruck abbauen, auf der anderen Seite aber auch den Handlungs- und Entscheidungsspielraum bei der Arbeit erhöhen und die sozialen Beziehungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie der Mitarbeiter untereinander verbessern.

Verhütung psychischer Erkrankung zentrale Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung

Angststörungen und depressive Störungen sind die häufigsten in Deutschland zu beobachtenden psychischen Erkrankungen. Auf internationaler Ebene zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. Die Weltgesundheitsorganisation WHO folgert in ihrer weltweiten Studie von 1998: „Waren die drei größten Leiden der Menschheit 1990 noch Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen und Kindstod, wird die Reihenfolge im Jahr 2020 so lauten: Herzinfarkt, Depression, Angststörungen und Verkehrsunfälle.“ Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports mit dem Schwerpunkt psychische Erkrankungen, sollen die beiden genannten Störungen daher eingehender betrachtet werden.

Angststörungen und depressive Störungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen

2. Was versteht man unter „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“?

Konflikte in Beziehungen, Familien oder am Arbeitsplatz können zu starken seelischen Belastungen führen. Im Volksmund werden Menschen, die niedergeschlagen, lustlos oder traurig sind, häufig als „depressiv“ bezeichnet. Jemand der sich große Sorgen um seine Zukunft oder seinen Arbeitsplatz macht, hat „Zukunftsangst“ oder „Existenzangst“. Doch ab wann müssen solche Gefühlslagen im medizinischen Sinne als „Krankheit“ bezeichnet werden?

Ab wann sind Ängste als „Krankheit“ zu bezeichnen?

Angst zu haben ist ein lebensnotwendiger Anpassungs- und Lernvorgang. Als Warn- und Alarmsignal hilft die Angst, auf Bedrohungen von außen und Störungen von innen aufmerksam zu machen. Die Angst an sich ist also zunächst einmal etwas Positives und ein ganz normaler und wichtiger Bestandteil des menschlichen Lebens.

Angst zu haben ist ein lebensnotwendiger Vorgang!

Von einem gestörten Angstempfinden wird erst dann gesprochen, wenn sehr heftigen Angstreaktionen keine entsprechenden Gefahren oder Bedrohungen zugrunde liegen. Daher wird im Folgenden auch genauer von „Angststörungen“ gesprochen.

Angststörungen sind unangemessene Angstreaktionen

Nicht jede Niedergeschlagenheit ist eine Depression

Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff der „Depression“: Auch Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit und Trauer gehören zum menschlichen Erleben und sind als Reaktionen auf Schicksalsschläge oder Enttäuschungen ganz normal. Nicht hinter jeder Verstimmung und jeder Traurigkeit verbirgt sich also auch wirklich eine Depression.

Bei einer Depression kann die Niedergeschlagenheit von dem Betroffenen nicht mehr kontrolliert werden

Als Depression bezeichnet man eine krankhafte Störung der Psyche, bei der die Niedergeschlagenheit unverhältnismäßig lange dauert und von dem Betroffenen selbst nicht mehr kontrolliert werden kann. Auslöser einer Depression können sowohl somatische Faktoren, wie eine hormonelle Umstellung im Wochenbett oder eine körperliche Erkrankung, als auch psychosoziale Faktoren, z. B. Verlust, Trennungen, berufliche Enttäuschungen, Überforderung, Ehekrisen etc. sein.

Im Folgenden werden die Begriffe „Angststörungen“ und „Depressionen“ im medizinischen Sinne näher erläutert.

Was versteht man unter „Angststörungen?“

Als wichtigste Symptome der Angststörungen werden die sogenannten „Phobien“ und Panikattacken betrachtet. Beispiele für eine Phobie sind die panische Angst vor Spinnen (Arachnophobie), die Höhenangst oder auch die Angst vor öffentlichen Plätzen (Agoraphobie).

Phobische Ängste sind durch die folgenden gemeinsamen Merkmale gekennzeichnet:¹⁶

Symptome der Angststörung

- Eine anhaltende und intensive Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer umschriebenen Situation.
- Die Begegnung mit dem Objekt ruft eine Angstreaktion hervor.
- Die Situation wird unter intensivem Angsterleben ertragen oder völlig vermieden.
- Es kommt zu erheblichen Beeinträchtigungen der normalen Lebensführung.
- Der Patient leidet unter seiner Angst und erkennt selbst, dass die Angstreaktion übertrieben und unbegründet ist.
- Die Angst ist nicht auf eine körperliche oder eine andere psychische Erkrankung zurückzuführen.

Angstreaktionen auf vier Ebenen

Ein Patient, der unter krankhaften Angststörungen leidet, zeigt diese Angstreaktionen auf vier verschiedenen Ebenen: zu körperlichen Reaktionen wie Herzzrasen, Schwitzen und Zittern (physiologische Ebene) kommen Angstgefühle wie Hilflosigkeit und Furcht (emotionale Ebene) sowie ängstliche Gedanken „Hilfe, ich verliere die Kontrolle, ich bekomme einen Herzinfarkt“ usw. (kognitive Ebene).

¹⁶ vgl. Berger, M.: Psychische Erkrankungen, 2. Auflage 2004

Da sich zur Vermeidung/Linderung der Angstsituation auch das Verhalten ändert (Situationen aus dem Weg gehen, Flüchten), kommt es zum Teil zu erheblichen Einschränkungen der normalen Lebensführung (verhaltensbezogenen Reaktionsebene, vgl. Abbildung 27).

Patienten mit Angststörungen leiden gehäuft auch unter anderen psychischen Störungen. Zwischen 30 % und 80 % leiden unter mindestens einer weiteren Angststörung bzw. haben irgendwann einmal darunter gelitten. Häufig sind es sogar zwei und mehr weitere Angststörungen.

Darüber hinaus bestehen häufige Komorbiditäten mit Substanzmissbrauch und –abhängigkeiten.

60 % aller Patienten mit einer Panikstörung litten im Laufe ihres Lebens auch an einer Depression. In mehr als 70 % aller Fälle von Komorbidität geht die Angstsymptomatik der Depression voraus, Angststörungen können jedoch auch Symptome einer Depression sein. Die beiden Erkrankungen sind also sehr häufig miteinander verbunden, was insbesondere bei der Diagnose von Angsterkrankungen berücksichtigt werden muss.

Ein großer Teil der Angststörungen zeigt einen chronischen Verlauf. Die Zeitdauer zwischen dem Erstauftreten von Angstsymptomen und ihrer Diagnose beträgt zwischen 5 und 15 Jahren, so dass die meisten Angststörungen bereits bei ihrer Diagnose chronisch sind. Die häufig chronische Entwicklung bei gleichzeitig hoher Gefahr, weitere psychische Störungen zu entwickeln, zeigt wie wichtig es ist, Angststörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Ko-Morbidität mit anderen psychischen Störungen

Ein großer Teil der Angststörungen zeigt chronischen Verlauf

Abbildung 27

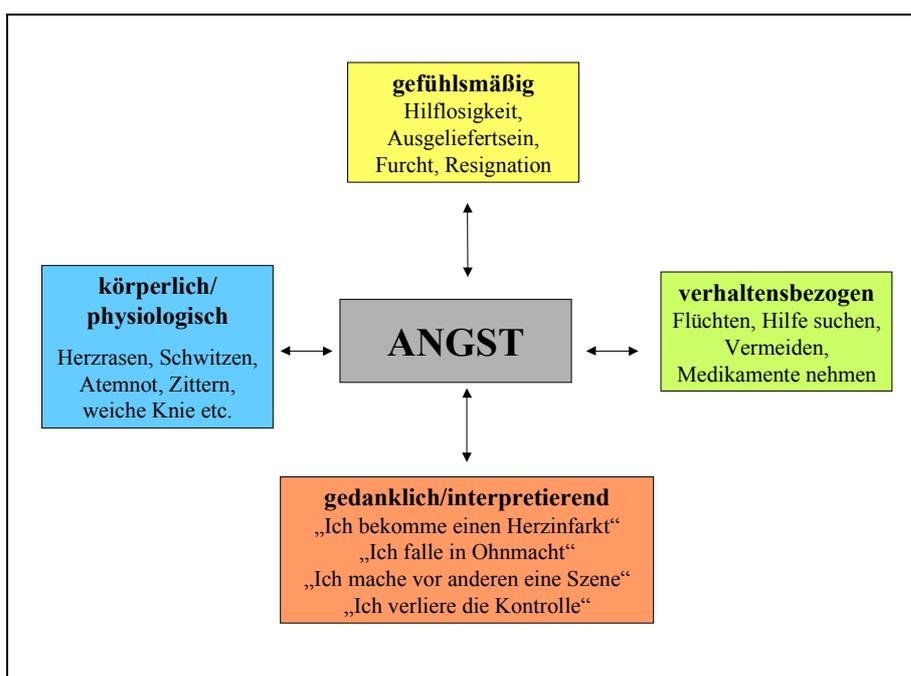


Abb. 27
4-Ebenen-Modell der Angstreaktion

Quelle: Berger, M.: Psychische Erkrankungen, 2. Auflage 2004

In Tabelle 2 sind die unter „Phobische Störungen“ sowie „Andere Angststörungen“ gefassten Einzelerkrankungen in einer Übersicht aufgeführt.

Tabelle 2: ICD-Klassifikation der Angststörungen

ICD-10		Beschreibung
F40	phobische Störungen	
40.0	Agoraphobie	Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen: 1. Menschenmengen 2. öffentliche Plätze 3. allein Reisen 4. Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause
40.1	soziale Phobie	Übermäßige Angst in zwischenmenschlichen Situationen, in denen sich der Patient im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und Bewertung durch andere erlebt. <u>Beispiele:</u> Redenhalten, Essen und Trinken in Gegenwart anderer, Leisten von Unterschriften.
40.2	spezifische isolierte Phobie	Anhaltende Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer umgrenzten Situation. <u>Beispiele:</u> Hunde, Schlangen, Spinnen, Höhenangst, Gewitter, Blut, Injektionen, geschlossene Räume.
40.8/40.9	andere/ nicht näher bezeichnete Phobische Störungen	
F41	Andere Angststörungen	
41.0	Panikstörungen	Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan (d. h. nicht vorhersehbar) auftreten.
41.1	generalisierte Angststörung (GAS)	Starkes und anhaltendes Erleben von Angst und Sorgen, das nicht an spezifische Situationen und Objekte gebunden ist und nicht in Form von attackenartigen Angstanfällen auftritt. Für einen Patienten mit GAS erscheint die Welt bedrohlich und voller Risiken.
41.2	Angst und Depression, gemischt	Koexistenz von leichteren ängstlichen und depressiven Beschwerden, die beide nicht das volle Ausmaß einer Angststörung oder depressiven Störung erreichen.
41.3	andere gemischte Angststörungen	
41.8/41.9	andere näher bezeichnete/nicht näher bezeichnete Angststörungen	

Quelle: ICD 10

Was versteht man unter "Depressionen"?

Die Symptome einer Depression führen die Betroffenen nur selten zum Arzt. Häufig sind es körperliche Beschwerden, aufgrund derer der Arztbesuch erfolgt.

Typische Anzeichen einer depressiven Episode sind eine gedrückte Stimmung und eine deutliche Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Körperliche Symptome können Mundtrockenheit, Druck- und Schweregefühl, Schmerzen (im Bereich von Oberbauch, Brust und/oder Kopf) oder Verdauungsprobleme sein. Oftmals ist die depressive Erkrankung mit dem Risiko des Verlustes der Arbeitsstelle und von Bezugspersonen verbunden.

Symptome einer Depression

Abbildung 28 stellt die vier Ebenen dar, auf denen die oben genannten Symptome auftreten. Unterschieden werden Symptome auf der emotionalen (gefühlsmäßigen) Ebene, Symptome, die sich auf das Verhalten beziehen, Symptome, die sich hinsichtlich der Gedanken und der Einstellung der Betroffenen (kognitiv-motivational) erkennen sind sowie Symptome, die Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen beinhalten (somatische Ebene).

Vier Ebenen von Symptomen einer Depression

Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome wird eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer bezeichnet.

Bei der Mehrzahl der Patienten treten Depressionen als Episoden oder Phasen auf, d. h. sie klingen meistens auch ohne therapeutische Maßnahmen nach ca. 6 bis 8 Monaten wieder ab. Bei etwas mehr als der Hälfte der behandelten Patienten kommt es jedoch nach einiger Zeit zu einer erneuten Episode: aus der depressiven Episode wird eine „rezidivierende depressive Störung“ (F33, vgl. Tabelle 3). Etwa 10 % der Patienten entwickeln einen chronischen Verlauf. Für die Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen bedeutet dies: Für einen beachtlichen Teil (ca. 15-20 %) besteht bei nicht adäquater Versorgung die Gefahr, erneut oder sogar chronisch zu erkranken.¹⁷

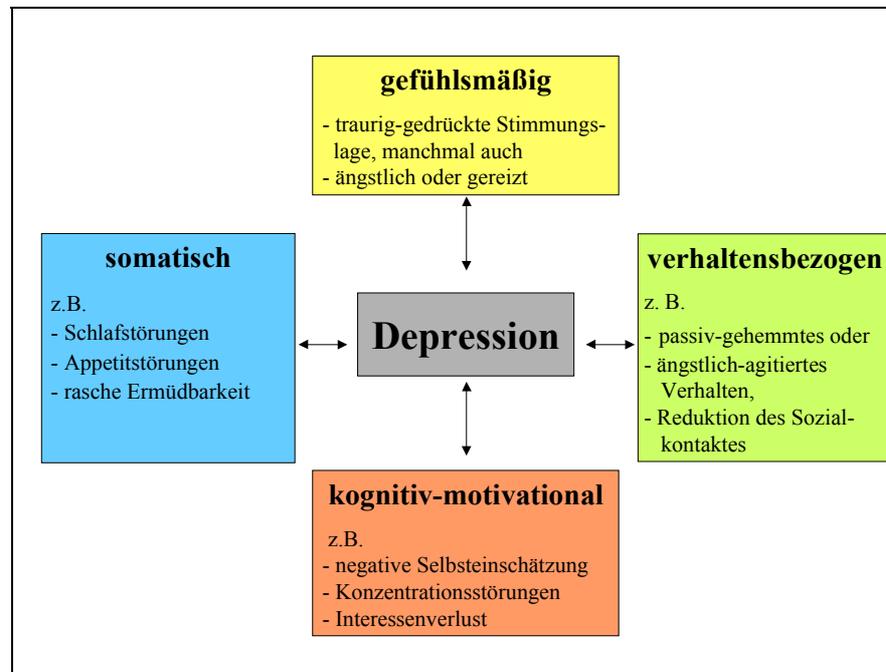
Rezidivierende depressive Erkrankungen (F33) sind wiederholte depressive Episoden (F32)

¹⁷ Quelle: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Bei vielen depressiv Erkrankten besteht darüber hinaus ein hohes Risiko der Selbsttötung. Etwa 40 % – 70 % aller Suizide erfolgen im Rahmen einer Depression.

Abbildung 28

Abb. 28
Symptome einer
„Depression“



Quelle: eigene Darstellung nach U. Baumann/M. Perrez (Hrsg.): Klinische Psychologie-Psychotherapie (1998)

Hohe Ko-Morbidität mit Angststörungen

Wie bereits bei der Erläuterung der Angststörungen gezeigt, besteht eine Komorbidität mit Angst- und Panikerkrankungen. Häufig ist jedoch nicht klar, welche Erkrankung zuerst bestand. Vielfach gehen Angststörungen einer Depression voraus, sie können jedoch auch Symptome einer bestehenden Depression sein. Auch bei Depressionen werden häufig Komorbiditäten in Form von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit festgestellt.

Aufgrund dieser spezifischen Krankheitsmerkmale ist es also – wie auch bei den Angststörungen – besonders wichtig, depressive Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Studien haben jedoch gezeigt, dass oftmals viele Jahre vergehen, bis eine Depression als solche erkannt und behandelt wird.

In Tabelle 3 sind die unter die Diagnosen „Depressive Episode“ (F32) und „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33) gefassten Einzelerkrankungen im Überblick aufgeführt.

Tabelle 3: ICD-Klassifikation der depressiven Störungen

ICD-10	Beschreibung
F32 depressive Episode	
F32.0 leichte depressive Episode	Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei Depressionssymptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen
F32.1 mittelgradige depressive Episode	Gewöhnlich sind vier oder mehr Depressionssymptome vorhanden. Der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.
F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Eine depressive Episode mit mehreren, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und –handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.
F32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	Schwere depressive Episode, wie unter F32 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor (Zustand, in dem der Betroffene völlig teilnahmslos und reglos ist) so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann.
F32.8/ F32.9	andere/ nicht näher bezeichnet
F33 rezidivierende depressive Störungen	
F33.0 gegenwärtig leichte Episode	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode leicht ist.
F33.1 gegenwärtig mittelgradige Episode	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist.
F33.2 gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode schwer ist, ohne psychotische Symptome (vgl. F32.2).
F33.3 gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32) gekennzeichnet ist. Die gegenwärtige Episode ist schwer, mit psychotischen Symptomen (vgl. F32.3).
F33.4/F33.8/ F33.9	nicht näher bezeichnete/andere/gegenwärtig remittiert

Quelle: ICD 10

3. Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Angststörungen und depressiven Störungen

Wie zu Beginn dieses Schwerpunktteils gezeigt wurde, haben Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen allgemein deutlich zugenommen. Es stellt sich somit die Frage, ob sich diese Entwicklung auch für die im Rahmen dieses Berichtes näher zu untersuchenden zusammengefassten Diagnosen „Angststörungen“ und „depressiven Störungen“ beobachten lässt.

Kapitel „Psychische Erkrankungen“ enthält 11 Diagnosegruppen

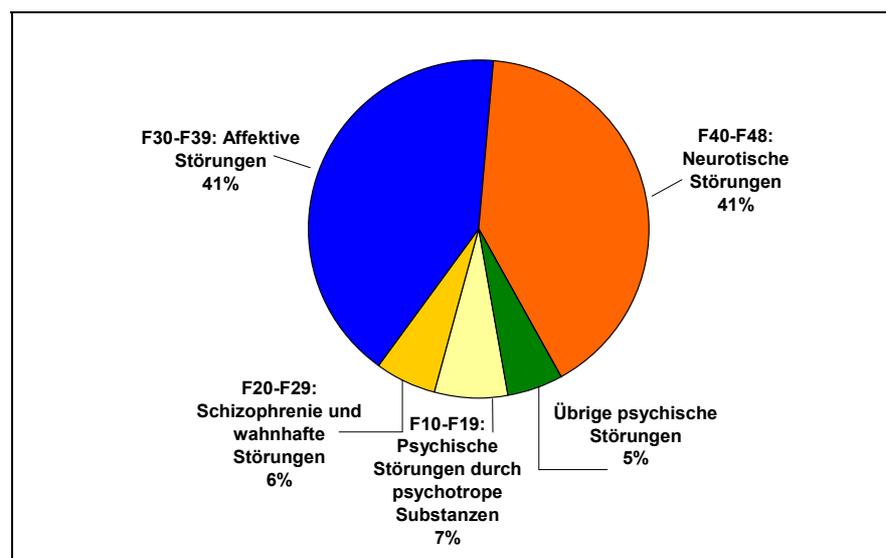
Um die Einordnung dieser Erkrankungen im Rahmen des ICD-Kapitels „Psychische Erkrankungen“ (genauer „Psychische und Verhaltensstörungen“) zu erleichtern, ist ein Blick auf die nächst tiefere Ebene erforderlich: Die Gesamtheit der psychischen und Verhaltensstörungen wird im ICD 10 in elf *Diagnosegruppen* unterteilt.

Sowohl „Angststörungen“ als auch „Depressionen“ sind zusammengefasste Begriffe, die jeweils einer dieser elf Diagnosegruppen zuzuordnen sind: So sind „Angststörungen“ in der Gruppe der „Neurotischen Störungen“ zu finden, „Depressionen“ sind eine Unterkategorie der Gruppe „Affektive Störungen“.

In Abbildung 29 werden die im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit wichtigsten vier der elf Gruppen einzeln ausgewiesen, die übrigen sieben werden zu der Gruppe „Übrige psychische Störungen“ zusammengefasst. Die Abbildung zeigt den Anteil der jeweiligen Diagnosegruppe an den Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt.

Abbildung 29

Abb. 29
Psychische Erkrankungen: Anteil der Diagnosegruppen am AU-Volumen aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Wie aus der Abbildung ersichtlich, wird das Krankheitsgeschehen von den beiden Diagnosegruppen „Affektive Störungen“ sowie „Neurotische Störungen“ dominiert. Beide Gruppen haben jeweils einen Anteil von 41 % an den Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt. Psychische Störungen durch „psychotrope Substanzen“, also Suchtmittelmissbrauch, verursachen 7 %, Schizophrenie und wahnhaftige Störungen 6 % der Ausfalltage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen.

Affektive und neurotische Störungen verursachen zusammen 82 % aller Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen

Die Gruppe der „Affektiven Störungen“ enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität (Stimmungslage) entweder zur Niedergeschlagenheit oder zu einer gehobenen Stimmung (Manie), bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Diagnosegruppe „Affektive Störungen“

Die Diagnosegruppe umfasst die Einzeldiagnosen „Manische Episode“ (F30), „Bipolare affektive Störungen“ (manisch-depressive Störungen) (F31), „Depressive Episode“ (F32), „Rezidivierende Depressive Störung“ (F33), „Anhaltende affektive Störungen“ (F34) sowie „andere“ und „nicht näher bezeichnete affektive Störungen“ (F38, F39).

**„Depressionen“:
Depressive Episoden (F32) und Rezidivierende depressive Störungen (F33).**

Unter den Sammelbegriff „Depressionen“ werden im Folgenden nur die Einzeldiagnosen „Depressive Episode“ (F32) und „Rezidivierende depressive Störung“ (F33) gefasst.

Unter der Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ sind insbesondere „Phobische Störungen“ (F40), „Andere Angststörungen“ (F41), „Zwangsstörungen“ (F42), „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Dissoziative Störungen“ (F44), „Somatisierungsstörungen“ (F45) sowie „andere neurotische Störungen (F48)“ zusammengefasst. Unter Somatisierungsstörungen versteht man über längere Zeit wiederholt auftretende und wechselnde körperliche Symptome, die jedoch psychischen Ursprungs sind. „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ werden in der Regel durch ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis hervorgerufen.

Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“

Der Begriff „Angststörungen“ umfasst die unter die Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ klassifizierten Einzeldiagnosen „Phobische Störungen“ (F40) und „Andere Angststörungen“ (F41).

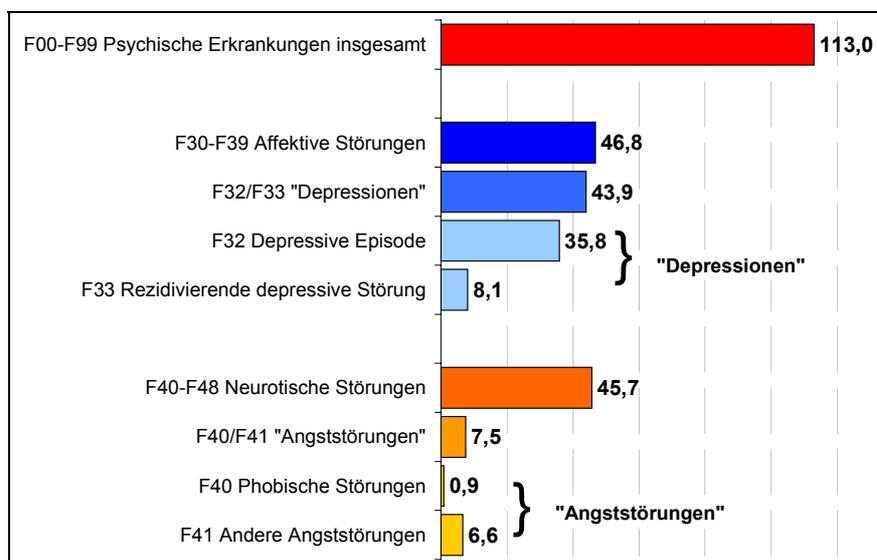
**„Angststörungen“:
„Phobische Störungen“ (F40) und „andere Angststörungen“ (F41).**

In Abbildung 30 ist die Bedeutung der einzelnen Krankheitsarten sowie der zusammengefassten Phänomene „Depressionen“ und „Angststörungen“ hinsichtlich der verursachten Ausfalltage dargestellt.

Abb. 30
AU-Tage aufgrund
psychischer Erkran-
kungen:

Zusammenfassung
der Einzel-ICD zu
„Depressionen“ und
„Angststörungen“

Abbildung 30



Quelle: DAK AU-Daten 2004

39 % aller psychi-
schen Diagnosen
sind „Depressionen“

Angststörungen
haben nur einen
Anteil von 7% an
den Ausfalltagen
aufgrund psychi-
scher Erkrankungen

1 % der Erwerbstäti-
gen war 2004 wegen
einer Depression
arbeitsunfähig

Nur 0,17 % der Er-
werbstätigen war
wegen einer Angst-
störung arbeitsun-
fähig.

Wie aus der Abbildung zu erkennen ist, entfällt auf „Depressionen“ (F32/F33) ein großer Anteil (94 %) der Arbeitsunfähigkeitstage in der Diagnosegruppe der „Affektiven Störungen“. 39 % aller psychischen Diagnosen sind „Depressionen“.

Anders bei der Gruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen: „Angststörungen“ (F40/F41) haben an den Krankheitstagen dieser Diagnosegruppe nur einen Anteil von 16 %. Bezogen auf die psychischen Erkrankungen insgesamt haben „Angststörungen“ sogar nur einen Anteil von 7 % an den Krankheitstagen.

Ein Blick auf die Betroffenenquoten, d. h. der Anteil der Beschäftigten, die im Jahr 2004 wenigstens ein Mal wegen einer Angststörung oder einer depressiven Störungen der Arbeit fern geblieben sind, zeigt auch hier deutliche Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungsarten:

- 1,0 % der Erwerbstätigen hatten 2004 mindestens eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Störung. Bei Männern betrug die Betroffenenquote 0,7 %, bei den Frauen lag sie mit 1,3% deutlich höher.

Von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Angststörungen waren hingegen deutlich weniger Beschäftigte betroffen:

- Nur 0,17 % der DAK-versicherten Beschäftigten waren 2004 aufgrund einer Angststörung arbeitsunfähig. Bei den Männer waren es 0,12 %, bei den Frauen mit 0,23 % etwa doppelt so viele.

Angststörungen haben also eine viel geringere Relevanz für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen als Depressionen.

Dies lässt sich aus der typischen Symptomatik der beiden Störungen erklären: Während die meisten Angststörungen die Arbeitsfähigkeit nur wenig beeinträchtigen, bzw. vielfach durch entsprechende Vermeidungsstrategien umgangen werden, wirken sich die typischen Symptome einer depressiven Störung wie Erschöpfungszustände, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit unmittelbar auf die Arbeitsfähigkeit aus und führen offenbar häufiger dazu, die berufliche Tätigkeit nicht mehr weiter ausführen zu können.¹⁸

Depressionen führen häufiger zu Arbeitsunfähigkeiten

Angststörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet

Dennoch sind Angststörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet als depressive Störungen:

- Die 12-Monats-Prävalenz, also der der Betroffenenquote im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsauswertungen entsprechende Wert, beträgt nach Angaben des Zusatzsurveys zum Bundesgesundheitssurvey 14,5 %.¹⁹

14,5 % haben innerhalb eines Jahres eine Angststörung

Frauen haben ein deutlich höheres Risiko, an einer Angststörung zu erkranken.

Das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, ist gegenüber dem Erkrankungsrisiko für Angststörungen deutlich geringer:

- Im Laufe eines Jahres leiden ca. 8,3 % der Bevölkerung unter einer depressiven Störung (12-Monats-Prävalenz).

8,3 % haben innerhalb eines Jahres eine depressive Störung

Auch bei depressiven Störungen haben Frauen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko als Männer. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei Männern bei 5,4 %, bei Frauen bei 11,2 %.

Entwicklung der Ausfalltage aufgrund von Angststörungen und depressiven Störungen

Der Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich auch bei den depressiven Störungen und den Angststörungen. Wegen der Umstellung des ICD-Diagnoseschlüssels von 1999 auf 2000 ist es schwierig, den zeitlichen Verlauf auf der Ebene der Einzeldiagnosen zuverlässig zu verfolgen. In Abbildung 31 ist daher die zeitliche Entwicklung der Krankheitstage für depressive Erkrankungen und Angststörungen sowie die psychischen Erkrankungen insgesamt erst ab dem Jahr der Umstellung des Diagnoseschlüssels 2000 dargestellt.

¹⁸ vgl. Wittchen et al: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland: Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“, in: Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2 In der Befragung gaben Personen mit affektiven Störungen im Mittel 7,2 Tage mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität und 1,3 Arbeitsunfähigkeitstage an. Bei Angststörungen lagen die Werte mit 4,6 Tagen mit eingeschränkter Arbeitsproduktivität und 0,8 Arbeitsunfähigkeitstagen deutlich niedriger.

¹⁹ Vgl. Wittchen, H.-U. et al (2000b): „Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen“ Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.

Die Zahl der Ausfalltage aufgrund depressiver Störungen stieg zwischen 2000 und 2004 um 42 %

Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Angststörungen stieg zwischen 2000 und 2004 um 27 %

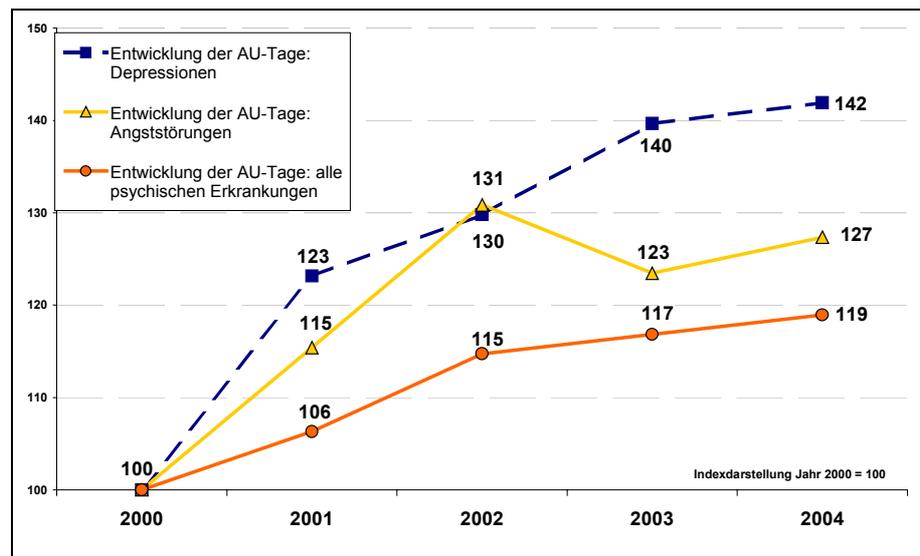
Der Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich auch bei den depressiven Störungen und den Angststörungen:

- Depressive Störungen haben in den letzten Jahre einen deutlichen Anstieg zu verzeichnen: Die Zahl der Ausfalltage stieg zwischen 2000 und 2004 um 42 %, die Zahl der Erkrankungsfälle um 30 % (nicht in der Abbildung aufgeführt).
- Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Angststörungen ist zwischen 2000 und 2004 um 27 %, die Zahl der Erkrankungsfälle um 17 % angestiegen.
- Der Anstieg der psychischen Erkrankungen insgesamt betrug zwischen 2000 und 2004 dagegen nur 19 %. Die Zahl der Erkrankungsfälle stieg im genannten Zeitraum um 21 % an.

Abbildung 31

Abb. 31
Entwicklung der AU-Tage aufgrund von Depressionen, Angststörungen, und psychischen Erkrankungen insgesamt

(Indexdarstellung 2000 = 100)



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Männer verzeichnen einen höheren Anstieg

Bei den depressiven Störungen, hatten Männer im Vergleich zum Ausgangswert im Jahr 2000 einen etwas höheren Anstieg zu verzeichnen, als die Frauen (nicht in der Abbildung aufgeführt):

- Die Zahl der Ausfalltage stieg bis zum Jahr 2004 gegenüber 2000 um 43 % (Frauen 41 %), die Zahl der Erkrankungsfälle stieg sogar um 39 % (Frauen 24 %).

Bei den Angststörungen war ein deutlicherer Anstieg bei den Frauen zu beobachten:

- Die Zahl der Krankheitstage stieg im genannten Zeitraum bei den Frauen um 36 % an, bei den Männern dagegen nur um 19 %. Die Erkrankungshäufigkeit nahm bei den Frauen um 20 % zu, bei den Männer um 14 %.

4. Was sind die Hintergründe für steigende Arbeitsunfähigkeitszahlen wegen psychischer Erkrankungen?

Der starke Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen muss nun nicht zwangsläufig bedeuten, dass auch die Zahl der von psychischen Erkrankungen Betroffenen an sich angestiegen ist. In der Literatur werden die Hintergründe für die höhere Zahl diagnostizierter Arbeitsunfähigkeiten z. T. sehr kontrovers diskutiert.

Die DAK hat die wissenschaftliche Kontroverse zum Anlass genommen, im Rahmen einer schriftlichen Expertenbefragung Wissenschaftler, Psychotherapeuten, Vertreter von Kostenträgern und Unternehmen zu ihrer Einschätzung hinsichtlich der Ursachen der Zunahme psychischer Erkrankungen zu befragen. Die Befragung erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Vielmehr zielte die breite Auswahl von Vertretern unterschiedlicher Disziplinen und Forschungsrichtungen²⁰ darauf ab, ein möglichst breites Spektrum von Meinungen und Erklärungsmodellen einzufangen. Von 35 angeschriebenen Experten haben 22 zu den Interviewfragen Stellung bezogen.

Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von Arbeitsunfähigkeiten auf Grund psychischer Erkrankungen wurden die Experten gebeten, die folgenden Hypothesen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Zunahme zu bewerten:

- A. Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nehmen zu
- B. Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen
- C. Die Zunahme ist auf eine wachsende Zahl fehlerhafter Diagnostikstellungen zurückzuführen
- D. Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.
- E. Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.
- F. Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen ist ein Artefakt und hängt z. B. mit Gewohnheiten der Ärzte bei der Diagnose-Kodierung oder der Umstellung des ICD-9 auf ICD-10 zusammen.

Sind Erkrankungsfälle wirklich gestiegen?

DAK hat Experten zu ihrer Einschätzung befragt.

Hypothesen, die den Anstieg der Ausfallzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen erklären könnten

²⁰ vgl. Liste der Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, im Anhang IV auf S. 136

Darüber hinaus konnten die Experten weitere Hypothesen eintragen und in die Bewertung einbeziehen.

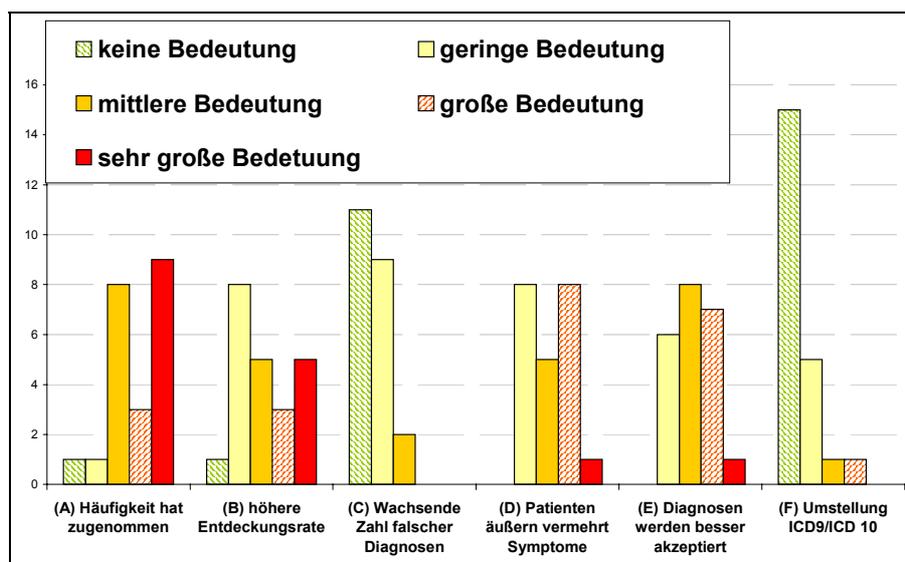
Abbildung 32 gibt einen Überblick über die Bewertung der einzelnen Hypothesen durch die 22 befragten Experten.²¹

Abbildung 32

Abb. 32

Bedeutung der unterschiedlichen Hypothesen als Erklärung für die Zunahme psychischer Erkrankungen

Antworten von 22 befragten Experten



Quelle: DAK Expertenbefragung 2005

Kombination mehrerer Faktoren ist für die Entwicklung verantwortlich

Die Auswertung ergab, dass sich für die Zunahme psychischer Erkrankungen offenbar nicht nur eine Ursache herauskristallisiert, sondern eine Kombination mehrerer Faktoren für die Entwicklung verantwortlich gemacht wird:

- Sehr geringe Bedeutung wurde den Hypothesen C und F beigemessen. Die Zunahme wird also übereinstimmend nicht auf eine wachsende Zahl falsch positiver Diagnosen oder eine Verzerrung der beobachteten Erkrankungshäufigkeit aufgrund eines veränderten Diagnoseverhaltens der Ärzte zurückgeführt.
- Von größerer Relevanz sind nach Ansicht der Experten die Hypothesen D und E: Patienten äußern von sich aus eher Symptome, die auf eine psychische Erkrankung hindeuten und sind auch eher bereit, eine entsprechende Diagnose zu akzeptieren.

Hohe Relevanz haben Hypothesen D und E

²¹

Die Experten wurden gebeten, die Hypothesen hinsichtlich ihrer Bedeutung zu gewichten. Die Anweisung, insgesamt 100 %-Punkte zu verteilen, wurde dabei unterschiedlich interpretiert: Ein Teil der Befragten vergab über alle Hypothesen 100 %, ein anderer gab jeder Hypothese zwischen 0 % und 100 %. Aufgrund dieses unterschiedlichen Antwortverhaltens wurden die Ergebnisse zunächst in die für beide Gruppen getrennt mittels Quartils-Zerlegung gebildeten Kategorien übertragen und die Bewertungen erst dann zusammengeführt.

- Die größte Zustimmung erhielten die Hypothesen A und B. Ein Großteil der Befragten stimmte darin überein, dass psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zum einen in den letzten Jahren zugenommen haben, auf der anderen Seite aber auch die „Entdeckungsrate“ aufgrund verbesserter diagnostischer Kompetenzen gestiegen ist.
- Zwölf von 22 befragten Experten maßen der Hypothese A, die Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nehme zu, eine sehr große bis große Bedeutung bei, für acht war dieses Erklärungsmodell von mittlerer Bedeutung und für nur zwei Befragte hatte diese Erklärungshypothese geringe bzw. gar keine Relevanz.

Hypothesen A und B haben größte Relevanz

Die Hypothesen A, B, D und E, die die größte Zustimmung der Experten fanden, werden im Folgenden eingehender diskutiert.

Hypothese A: Die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nimmt zu

Die Hypothese einer Häufigkeitszunahme psychischer Erkrankungen wird sehr kontrovers diskutiert. Zum einen werden die gestiegenen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Inanspruchnahmequoten von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems als Hinweis auf einen Anstieg der Häufigkeit in der deutschen Bevölkerung angeführt. Es gibt in Deutschland jedoch bislang keine repräsentativen Langzeitstudien, die einen eindeutigen Zuwachs psychischer Erkrankungen belegen..

Anstieg in der deutschen Bevölkerung wird von den meisten Befragten vermutet

Der Blick ins europäische Ausland zeigt, dass ein Anstieg psychischer Erkrankungen eher nicht bestätigt werden kann. So ist einer Studie aus Großbritannien zufolge die Zahl der Betroffenen konstant geblieben.²²

Studien weisen auf eher stagnierende Zahlen hin

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass der Anteil psychisch Erkrankter im Jahr 2000 gegenüber dem Jahr der Ersterhebung 1993 nur geringfügig von 16,3 % auf 17,3 % gestiegen ist. Eine deutlichere Zunahme war hier lediglich bei den Männern zu verzeichnen: Hier stieg der Anteil der Betroffenen von 12,6 % auf 14,4 %.

Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen gibt es jedoch für den Bereich der Depressionen. Die „Burden of Illness Study“ der Weltbank und WHO geht davon aus, dass die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in den nächsten Jahren noch weiter

Depressive Störungen nehmen jedoch weiter zu

²²

vgl. Studie zur Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen in privaten Haushalten in Großbritannien: Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brian, M., Lee, A., Meltzer, H.: „Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000“ (2001)

ansteigen wird, so dass die Depression im Jahre 2020 weltweit den zweiten Rang unter den „Behinderung verursachenden Krankheiten“ einnehmen könnte.²³

Auch in Deutschland haben Wittchen und Perkonig 1997 in einem 10-Jahres-Zeitraum eine Verdopplung der Raten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet.²⁴

Weitere Erklärungsmodelle der Experten

Die im Rahmen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports befragten Experten haben über die vorgegebenen Hypothesen hinaus weitere Erklärungsmodelle ergänzt, die aus ihrer Sicht für die steigende Zahl von Ausfalltagen aufgrund psychischer Erkrankungen ursächlich sind. Für einen Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankungen wurden insbesondere allgemein steigende Belastungen bei gleichzeitigem Wegfall sozialer Strukturen, mit denen diese Mehrbelastungen aufgefangen werden können, verantwortlich gemacht.

Zunahme der Arbeitsbelastungen

- Ein Teil der Experten führte die steigende Zahl psychischer Erkrankungen auf eine Zunahme der Arbeitsbelastungen (Stress, Konkurrenzdruck) und der Arbeitsanforderungen (Qualität, Eigenverantwortung) zurück.

Angst vor Arbeitslosigkeit

- Auch die Angst vor Arbeitslosigkeit nehme zu. In Zeiten erhöhten Arbeitsdrucks und steigender Zukunftsangst würden Fehlzeiten und Psychotherapien als Entlastung und Unterstützung in Anspruch genommen.

„Die großen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen führen zu entfremdeten Beziehungen, entpersönlichter Kommunikation, Virtualisierung der Erlebniswelten und zur Beschleunigung der meisten Interaktionsprozesse. Die Folgen sind der Verlust an materieller und statusbedingter Sicherheit, weniger Halt in persönlichen, religiösen und spirituellen Glaubenssystemen, der Zerfall von geborgenheit- und sinnstiftenden Institutionen und Ritualen. (...) Depressionen, Angststörungen und Anpassungsstörungen können als (...) Reaktionen hierauf angesehen werden.“

*Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf*

Die genannten Veränderungen in der Arbeitswelt werden im Folgenden noch im Kapitel 5 „Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wandel der Arbeitswelt und der Zunahme psychischer Erkrankungen?“ diskutiert werden.

Auf der anderen Seite fehlten durch einen Wandel der sozialen Umwelt und zwischenmenschlicher Beziehungen zunehmend soziale Strukturen, mit denen die Arbeitsbelastungen und Zukunftsängste aufgefangen werden können:

Der Trend ginge hin zu einer größeren Vereinzelung (hohe Scheidungsrate, hohe Anzahl von Single-Haushalten, geringe Geburtenrate, geringere soziale Unterstützung und Vernetzung in der Gesellschaft).

Die drei folgenden Hypothesen stehen in einem engen Zusammenhang: Sie zielen darauf ab, dass psychische Störungen heutzutage eher erkannt werden als früher, d. h., dass zunehmend weniger Erkrankungen unentdeckt bleiben (vgl. Abbildung 32).

²³ vgl. Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1997): Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 – 2020: Globen Burden of Disease Study. Lancet, Vol. 349

²⁴ Wittchen & Perkonig (1996) a.a.O.

Hypothese B: Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen

Hypothese D: Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten

Hypothese E: Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.

Abbildung 33

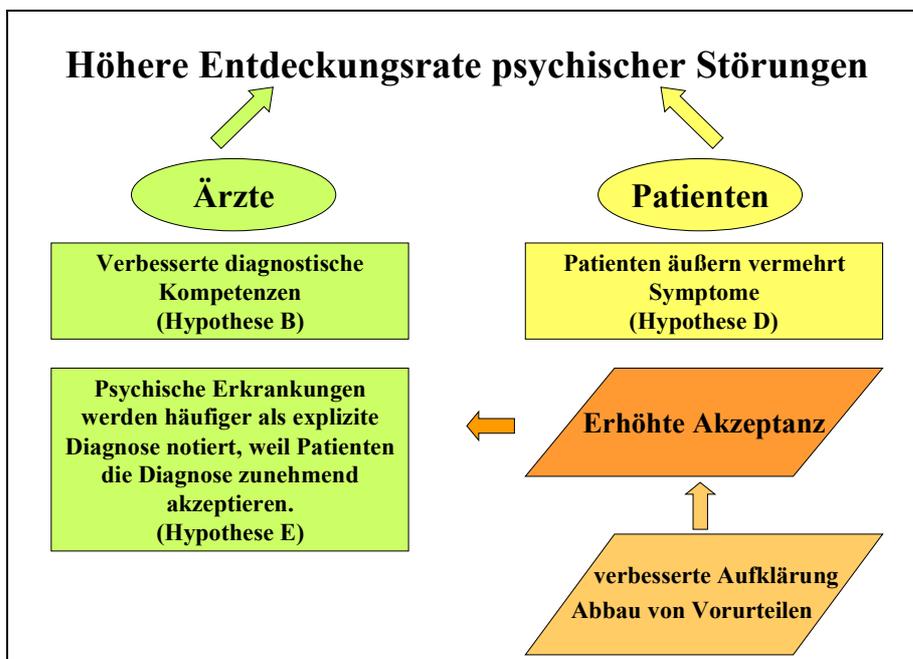


Abb. 33

Erklärungsmodelle für eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen aufgrund einer höheren Entdeckungsrate

Quelle: DAK Expertenbefragung 2005

Die höhere Entdeckungsrate wird auf verschiedene Erklärungszusammenhänge zurückgeführt:

- Die Stigmatisierung der Betroffenen habe deutlich abgenommen. Dadurch werde (auch gegenüber dem Arzt) viel offener über psychische Probleme gesprochen (Hypothese D). Überdies sei durch die breite Thematisierung vor allem auch in den Medien die Sensibilität und der Informationsgrad in der Bevölkerung deutlich verbessert worden.

Höhere Entdeckungsrate aufgrund abnehmender Stigmatisierung und besserer Informiertheit

„Das Bewusstsein um psychische Störungen ist heutzutage generell höher (...), so dass entsprechende Diagnosen eher in Betracht gezogen werden und Ärzte sich mit dem Thema stärker auseinandersetzen. Auch führt die Enttabuisierung des Themenbereichs eher dazu, dass psychische Störungen diagnostiziert werden, da eine entsprechende Diagnose heutzutage genauso akzeptiert wird, wie eine somatische Diagnose.“

*Dr. Hiltraut Paridon
Berufsgenossenschaftliches Institut
Arbeit und Gesundheit, Dresden*

„... Viel wichtiger erscheint es (...) dafür zu sorgen, dass die Kompetenz der in der psychosomatischen Grundversorgung tätigen Ärzte und die Zusammenarbeit der Hausärzte mit entsprechenden Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten und stationären Therapieangeboten weiter verbessert wird.“

*Prof. Dr. Elmar Brähler,
Antje Klaiberg
Abt. für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie,
Universität Leipzig*

- Aufgrund der allgemein höheren Akzeptanz wird in der ärztlichen Praxis eine erkannte psychische Störungen auch tatsächlich als psychischer Diagnose notiert, da Patienten eher bereit sind, einen solche psychische Diagnose als Ursache für ihre Beschwerden zu akzeptieren (Hypothese E).
- Auf der anderen Seite habe sich auch die diagnostische und therapeutische Qualität insbesondere im allgemein- und hausärztlichen Bereich deutlich verbessert, was zu einer erhöhten Aufmerksamkeit von Seiten der Ärzte und damit zu einer höheren Entdeckungsrate führe (Hypothese B).

In den Experteninterviews wurde die Diskussion der genannten Hypothesen noch um die folgenden Aspekte ergänzt:

Auf der Seite der Patienten:

- Durch die allgemein sinkende Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erhöht sich die Akzeptanz in der Bevölkerung.
- Dazu trägt insbesondere auch die Medienberichterstattung bei: Psychische Störungen (insbesondere Angst und Depressionen) sind zum „Modethema“ geworden. Patienten sind über die Symptome besser aufgeklärt und für die Problematik sensibilisiert.

Auf der Seite der Ärzte/Therapeuten:

- Auch schwächere Erkrankungsformen werden durch verbesserte Diagnostik/Aufmerksamkeit nun häufiger erkannt.
- Bestimmten Symptomen wie Erschöpfung und Burn-out wird zunehmend ein Krankheitswert zugeschrieben.
- Ein Zusammenhang von körperlichen und psychischen Einflussgrößen wird heute schneller hergestellt

Obschon die Diskussion zeigt, dass hinsichtlich der Entdeckungsrate in der Vergangenheit offenbar deutliche Verbesserungen vermutet werden können, wird gerade die Problematik der nach wie vor zu geringen Entdeckungsrate in einer Reihe von Studien bemängelt.

Eine hohe Zahl psychischer Erkrankungen würde nicht oder zu spät erkannt bzw. nicht adäquat behandelt. Nach Angaben des Bundesgesundheits surveys 1998/1999 befanden sich nur 36 % der von psychischen Erkrankungen Betroffenen in Kontakt mit professionellen Diensten. Der Anteil der Betroffenen, die eine adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhält, liegt nach konservativen Schätzungen bei lediglich 10 %²⁵

25

Wittchen, H.-U., Jacobi F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys '98. Bundesgesundheitsblatt 2001; 44

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) kommt in seinem Gutachten 2000/2001²⁶ speziell im Hinblick auf Versorgung depressiver Patienten zu dem Schluss, dass bei ca. einem Drittel der Patienten die Depression nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent und entsprechend wissenschaftlicher Empfehlungen behandelt wird. Besonders häufig blieben Depressionen bei jungen Männern unerkannt.

Hinzu käme, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder nicht zeitgerecht in eine spezialärztliche Weiterbehandlung überwiesen. Der Rat empfiehlt daher in seinem Gutachten eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte.

Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden. Zur Unterstützung für eine bessere primärmedizinische Versorgung depressiv Erkrankter schlägt der Rat Vergütungsanreize beim Nachweis entsprechender Qualitätsindikatoren der Behandlung vor.

Weitere Hypothesen und Erklärungsmodelle für den Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen

Über die genannten Hypothesen hinaus haben die Experten weitere Erklärungsmodelle für den Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen in die Diskussion eingebracht. Diese führten den beobachteten Anstieg auf eine „künstliche“ Verzerrung der Arbeitsunfähigkeitsdaten zurück. Ärzte und Therapeuten seien zum Teil unangemessen schnell dazu bereit, Patienten eine entsprechende Diagnose zu stellen oder sie in therapeutische Behandlung aufzunehmen, um die eigene Existenz zu sichern. Auch sei es denkbar, dass die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszahlen in der Erwerbsbevölkerung auf einen Selektionseffekt zurückzuführen sei:

- Ärzte sind aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus eher bereit, Patienten entgegenzukommen und sie bei beruflicher Überbelastung krank zu schreiben.
- Eine Zunahme psychischer Erkrankungen ist vor allem dort zu beobachten, wo die höchste Anzahl von Psychotherapeuten angesiedelt ist.
- Psychische Erkrankungen, die verstärkt in jüngeren Jahren auftreten, werden in den Arbeitsunfähigkeitsdaten der aktiv Erwerbstätigen deshalb häufiger diagnostiziert, weil sich die Erwerbsbevölkerung durch das Ausscheiden älterer Arbeitnehmer (Frühverrentung) in den letzten Jahren verjüngt hat.

„Besonders depressive Patienten oder Patienten mit einer Angststörung beschreiben primär – v a. beim Hausarzt – somatische Beschwerden, (...)“

*Dr. med. Peter Rücker
Westfälisches Institut für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
psychotherapie, Hamm*

„Ob es zu einem tatsächliche Anstieg der Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Erkrankungen gekommen ist, ist schwer zu belegen, da entsprechende Bevölkerungsumfragen von zahlreichen Faktoren und unter anderem auch von dem Stigma psychischer Erkrankungen abhängig sind. Mein Eindruck ist, dass die Bereitschaft, eine depressive Erkrankung auch depressive Erkrankung zu nennen und den Patienten damit zu konfrontieren, zugenommen hat.“

*Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Kompetenznetz Depression,
Suizidalität, Neurophysiologie,
Psychiatrische Klinik der
Ludwig-Maximilians-Universität
München*

²⁶ Vgl. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001, Kapitel 13

Zu letzterer Hypothese muss jedoch angemerkt werden, dass in den Auswertungen der DAK Einflüsse, die aus den beschriebenen Veränderungen in der Altersstruktur der Erwerbstätigen resultieren könnten, durch ein entsprechende Standardisierungsverfahren herausgerechnet werden.²⁷

5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wandel der Arbeitswelt und einer Zunahme psychischer Erkrankungen?

Im Rahmen der Experteninterviews wurde der Einfluss arbeitsbedingter Faktoren auf die Genese von psychischen Erkrankungen thematisiert. Die Experten sollten die für sie besonders relevanten Einflussgrößen benennen.

Die Antworten der Expertinnen und Experten wurden in die beiden Kategorien „Arbeitsbelastungen“ und „Ressourcen“ unterteilt. Beide Faktoren sind für die Genese psychischer und Verhaltensstörungen relevant: Arbeitsbedingte Belastungen können (psychisch) krank machen, wenn sie nicht durch entsprechende Ressourcen aufgefangen bzw. bewältigt werden.

Auf der Seite der „Arbeitsbelastungen“ werden überhöhte Anforderungen, geringe Möglichkeit der Einflussnahme sowie hohe Unsicherheit (geringe Berechenbarkeit) für die Genese von psychischen Erkrankungen verantwortlich gemacht:

Überhöhte Anforderungen:

- Überforderung und zeitliche Belastung mit Konsequenzen für die Gesamtlebensgestaltung
- erhöhte Konzentrationsanforderungen
- verstärkte Emotionsarbeit
- häufiger Wechsel von Aufgaben und Zuständigkeiten
- Ausweitung der Lebensarbeitszeit auf 65 Jahre und länger
- zunehmender Leistungsdruck und Anforderungen, die viele ältere Arbeitnehmer nicht mehr erfüllen können oder wollen.
- durch erhöhte psychomentale Anforderungen sowie Anforderungen an höhere Flexibilität und „soft skills“ entsteht ein größeres Konfliktpotenzial im psychosozialen Bereich

„Aus meiner Sicht sind die Angst um den Arbeitsplatz, die massiv zunehmende Arbeitsbelastung, der Verlust der Mitarbeitersolidarität sowie die Angst, unter steigendem Leistungsdruck zu versagen oder krank zu werden, die wichtigsten arbeitsbedingten Faktoren für die Genese psychischer Erkrankungen.“

*Prof. Dr. Iver Hand
Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf*

„Vor dem Hintergrund zunehmender psychomentaler Belastungen in der (Arbeits-)Welt werden Ängste und Hilflosigkeitserleben in bisher nicht gekannter Intensität spürbar, da (bei hervorragender körpermedizinischer primärer bis tertiärer Prävention) die (berufliche und gesellschaftliche) Existenz bedroht scheint. – Man scheitert im Zustand körperlicher Gesundheit....“

*Dr. Stefan Leidig
Externe-Mitarbeiter-
Unterstützung emu-systeme,
Mannheim*

²⁷ vgl. Erläuterungen zum Standardisierungsverfahren auf S. 122

- Arbeitsunterbrechungen durch „stressige Zwischenfälle“
- gestiegene Qualitätsanforderungen, Zurückverfolgbarkeit von Fehlern, Umgang mit neuen Medien, Druck zu lebenslangem Lernen, hohe Informationsdichte, Erwartung schneller Reaktionszeiten
- in manchen Bereichen: Arbeiten in virtuellen Teams über Zeitzonen und kulturelle Grenzen hinweg

Geringer Beeinflussbarkeit:

- fehlende Handlungs- und Entscheidungs-/Zeitspielräume
- Zunahme von Kontrollverlust und Erlebnis geringer persönlicher Einflussmöglichkeiten: Arbeitsumwelt birgt immer mehr Unsicherheiten (Arbeitslosigkeit, Jobwechsel, Qualifikationsanforderungen) und immer weniger Zukunftsperspektiven
- auch leichter psychisch Erkrankte haben keine Chance mehr auf dem Arbeitsmarkt und wollen häufiger in die Berentung gehen.
- Die Stimmung in der Öffentlichkeit wird schlechter: Insbesondere die Medien verbreiten häufig schlechte Nachrichten, die zu der Wahrnehmung führen, dass sich die Lebensumstände ständig verschlechtern. Es entsteht ein Ohnmachtsgefühl, dass der Einzelne eh nichts machen kann.

Geringe Berechenbarkeit

- Angst, unter steigendem Leistungsdruck zu versagen
- Angst, krank zu werden
- befristete Arbeitsverhältnisse
- Ängste vor Outsourcing,
- Unsicherheit in Verantwortung und Aufgabenstellung
- Angst vor Arbeitsplatzverlust
- Unternehmensentscheidungen haben immer kürzere Bestandsdauer und Verlässlichkeit. Das vergrößert das Unsicherheitsempfinden.

„Arbeit ist ein wesentlicher Lebensbereich für die meisten erwachsenen Menschen. Die damit zusammenhängenden Faktoren dürften von großer Bedeutung auch für die psychische Gesundheit sein. (...) Der Zusammenhang zwischen chronischem Stress, psychologischen Bewertungsprozessen und gesundheitlichen Effekten ist klar belegt. Von Bedeutung ist besonders das Ausmaß der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit. Dieses nimmt seit Jahren ab, d.h. unsere Arbeitswelt erscheint dem Einzelnen immer unkontrollierbarer (...).“

*Prof. Dr. Jürgen Margraf
Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Basel*

„Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, wenig Gestaltungsspielraum und monotone Arbeit, zunehmender Leistungsdruck und Anforderungen, die viele ältere Arbeitnehmer nicht mehr erfüllen können oder wollen, sowie Probleme in der Mitarbeiterführung und ungünstige Kooperationsbeziehungen am Arbeitsplatz können zur Entstehung psychischer Erkrankungen beitragen.“

*PD Dr. Dr. Martin Härter, Abt.
Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Freiburg*

„Arbeitsbedingte Faktoren haben einen sehr großen Einfluss. Sorge um den Arbeitsplatz aber auch härtere Umgangsformen der Arbeitgeber mit ihren Beschäftigten sind hierfür ausschlaggebend. Stellenabbau wird mit immer härteren Bandagen betrieben. (...) Der Existenzkampf am Arbeitsplatz leistet Phänomenen wie Mobbing offensichtlich Vorschub.“

*Thomas Sellhorn
Deutsche Angestellten
Krankenkasse, Hamburg*

„Gerade bei jüngeren und besser qualifizierten Arbeitnehmern (...) ist eine Entwicklung zu beobachten, wo immer mehr gearbeitet wird und ein Teufelskreis entsteht, in dem private Interessen zunehmend vernachlässigt werden und Arbeit und die beruflichen Kontakte zwangsläufig eine immer wichtigere Bedeutung im Leben bekommen. Langfristig sind die Betroffenen dann auch gefährdet für Burnout-Entwicklungen und psychische Störungen.“

*Dr. Wolfgang Bürger
Zentrum f. Psychosoziale Medizin,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf*

Auf der Seite der „Ressourcen“ werden geringe soziale Unterstützung, geringe Bedeutsamkeit sowie geringe Belohnung für die Entstehung von psychischen Erkrankungen verantwortlich gemacht:

Geringe soziale Unterstützung,

- Schwierigkeit, sich langfristig ein stabiles und weitgefächertes soziales Bezugssystem aufzubauen, da Arbeitnehmer immer flexibler in Bezug auf ihren Arbeitsort sein müssen.
- geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf (starre Arbeitszeiten, wenig Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung)
- Der Existenzkampf am Arbeitsplatz und das Konkurrenzverhalten zwischen Kollegen leisten Phänomenen wie Mobbing Vorschub.
- Probleme in der Mitarbeiterführung, Arbeitnehmer können sich nicht darauf verlassen, Hilfestellungen im Betrieb zu bekommen.
- soziale Krisen
- diskriminierendes Verhalten von Vorgesetzten
- mangelnde Copingstrategien: sowohl mangelnde Stressbewältigungskompetenz als auch mangelnde Führungskompetenzen
- durch ständige Reorganisation hervorgerufene Instabilität sozialer Gruppen (Teams) und Bezugspersonen am Arbeitsplatz
- Erholungsphasen werden kürzer oder verschwinden ganz

Geringe Bedeutsamkeit:

- Unterforderung bzw. Monotonie der Arbeitsabläufe
- mangelnde Sinnhaftigkeit der Arbeitstätigkeit
- Unzufriedenheit am Arbeitsplatz

Geringe Belohnung:

- keine angemessene Bezahlung, fehlende Anerkennung des Geleisteten (Gratifikationskrisen)
- geringe Möglichkeiten des beruflichen Fortkommens
- Missverhältnis von Engagement und Gratifikation²⁸

²⁸

vgl. zum Modell der „Gratifikationskrise“ Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit, Göttingen
In dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen wird angenommen, dass Erwerbstätige sich immer wieder stark verausgaben, ohne im Vergleich hierzu eine angemessene Belohnungen zu erfahren. Stressreaktionen, die aus einem solchen Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung resultieren, ergeben sich aus der Tatsache, dass unangemessene oder ausbleibende Gratifikationen, die sowohl ökonomisch wie psychologisch wichtige Kontrolle über den eigenen beruflichen Status, bedrohen (fehlende Achtung, fehlender Aufstieg, fehlende Sicherheit).

Ein Teil der Experten weist darauf hin, dass psychische Störungen multifaktoriell bedingt seien, wobei berufliche Belastungen nur einen Teilbereich der möglicherweise miteinander interagierenden Auslöser psychischer Störungen darstellen. Sie müssten immer im Zusammenspiel mit individuellen, persönlichen Voraussetzungen der Personen, z. B. Stressverarbeitungs-kompetenzen, gesehen werden.

Kombination aus steigenden Belastungen und dem Wegfall von Ressourcen:

- hoher Arbeits- und Zeitdruck kombiniert mit einer hohen Verausgabungsbereitschaft und ungenügender Stress-Bewältigung
- Arbeitintensivierung – hierdurch höhere Arbeitsanforderungen und ein verschlechtertes psychosoziales Arbeitsmilieu
- Zusammenspiel betrieblicher und gesellschaftlicher Veränderungen in Kombination mit persönlichen Bewältigungsdefiziten und familiären (Zukunfts-)Problemen

Die Studie „Arbeitsbedingungen und psychische Störungen“ zeigt, dass die Art der psychische Störung mit spezifischen potenziellen Stressoren der Arbeitssituation in Beziehung steht. Die Genese psychischer Erkrankungen werde sowohl von Faktoren der Arbeitssituation (Stressoren, Ressourcen) als auch von Personenvariablen (Stressverarbeitung, Arbeitsengagement) beeinflusst²⁹:

- Stressoren, die zu einem erhöhten Regulationsaufwand führen und damit Druck- und Überforderungserleben auslösen, beeinflussen die Ausprägung von Angst- und psychosomatischen Beschwerden
- Arbeitsbedingungen, die mit geringen Ressourcen und geringer Qualität der Arbeit einhergehen, beeinflussen die Ausprägung von depressiven Störungen.

Einige Experten sahen Arbeitbelastungen nicht als Ursache für psychische Erkrankungen an. Nicht Arbeitsbedingungen an sich verursachten psychische Erkrankungen, sondern nur bei Personen, die eine entsprechende Disposition (Vulnerabilität) haben, könnten psychische Störungen ausgelöst oder verstärkt werden.

„Arbeitsbedingte Faktoren haben einen bedeutenden Einfluss auf die Manifestation, weniger auf die Genese psychischer Erkrankungen. (...). Die klassische „Assoziationsforschung“ erlaubt keine Unterscheidung zwischen beruflicher und außerberuflicher Kausalität (siehe ich meine Arbeit und ihre Bedingungen negativ, weil ich depressiv bin, oder werde ich wegen der Arbeitsbedingungen depressiv...).

Mitarbeiter mit arbeitsbezogenen psychischen Problemen berichten ganz dominierend über zwischenmenschliche Probleme im Arbeitsleben, denen vermehrte Aufmerksamkeit zukommt (Führungskompetenz der Vorgesetzten, Konfliktmanagement, usw.). Wesentlich ist die soziale Unterstützung psychisch vulnerabler oder erkrankter Menschen im Unternehmen, durch Kollegen, Vorgesetzte, Betriebsärzte....“

*Dr. med. Joachim Stork
AUDI AG, Ingolstadt*

²⁹ vgl. Leidig, S.: „Arbeitsbedingungen und psychische Störungen“, 2003 sowie Leidig, S.: „Angst und Arbeitsbedingungen“, in: Bassler, M., Leidig, S. (Hrsg.) Psychotherapie der Angsterkrankungen (2005)

Wandel der Belastungsstrukturen in der Arbeitswelt

In der Arbeitswelt lässt sich ein mehr oder weniger ausgeprägter Wandel der Rahmenbedingungen und der Belastungsstrukturen beobachten.

Vier Hypothesen, die den Wandel beschreiben

Die Experten wurden gebeten, zu vier vorgegebenen Hypothesen hinsichtlich eines zu beobachtenden Wandels der Rahmenbedingungen sowie der Belastungsstrukturen Stellung beziehen, inwieweit diese Entwicklungen aus ihrer Sicht in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten stehen.

Die vier Hypothesen wurden wie folgt beschrieben:

Arbeitsverdichtung

- **„Arbeitsverdichtung“:**

In vielen Branchen wird trotz steigenden Arbeitsvolumens mit immer weniger Personal gearbeitet. Die "Verschlankung" der Betriebe führt zu wachsendem Zeitdruck und häufigen Überlastungssituationen, weil keine Kapazitätspuffer mehr vorhanden sind.

Erosion des Normalarbeitsverhältnisses

- **„Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren“:**

Immer mehr Beschäftigte müssen im Laufe ihres Berufslebens mehrfach die Stelle und sogar den Beruf wechseln. Befristete Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu. Zeiten der Beschäftigung wechseln mit Zeiten der Arbeitslosigkeit.

Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft

- **„Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft“:**

Zunahme von Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen (Kommunikation mit Kunden und Kollegen usw.)

Subjektivierung von Arbeit

- **„Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit“:**

Von Arbeitnehmern wird zunehmend erwartet, dass sie sich selbst steuern, auf die Anforderungen der Kunden und Märkte reagieren und selbständig Probleme lösen – anstatt definierte Arbeitsaufgaben auf vorgezeichneten Wegen zu bewältigen. Dies führt dazu, dass die Anforderungen der Arbeit für immer mehr Menschen zu einem alles bestimmenden Element ihres Lebens werden. Die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmen.

Im Folgenden wird die Diskussion der verschiedenen Hypothesen aus der Sicht der Experten zusammenfassend dargestellt.

„Arbeitsverdichtung“

Die Expertinnen und Experten waren sich weitgehend darin einig, dass eine zunehmende Arbeitsverdichtung mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Störung in Zusammenhang steht:

- Durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung gingen Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie Kapazitätspuffer verloren.
- Verschlankung ginge häufig mit geringfügiger Beschäftigung und Leiharbeit (Randbelegschaft) auf der einen Seite und Überstunden auf der anderen Seite einher. In der Zukunft werde sich die Situation aller Voraussicht nach weiter verschärfen.
- Es fehlten immer mehr Spielräume und Kapazitätspuffer sowie Möglichkeiten individueller Bewältigungsstrategien.
- Arbeitsverdichtung könne zu psychischen Erkrankungen führen, wenn der Leistungsdruck aufgrund der Arbeitsverdichtung nicht bewältigt werden kann. Dies träfe zu, wenn nicht genügend Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stünden. Arbeitsverdichtung führe jedoch nicht unweigerlich zu psychischen Störungen. Sie könne aber dazu führen, wenn eine entsprechende Prädisposition der Person bzw. der Umstände vorhanden ist (z. B. aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung und aufgrund mangelnder Selbstbewältigungskompetenzen)
- Der zwischenmenschliche Rückhalt in der Arbeitswelt nehme bei zunehmender Belastung (Arbeitsverdichtung) ab.
- Arbeitsverdichtung stünde häufig in Verbindung mit ungünstigen betrieblichen Rahmenbedingungen, wie z. B. reduzierte Erholzeiten, Mangel an sozialer Unterstützung, ungünstigen Umgebungsfaktoren, wenig „humanorientiertem“ Führungsverhalten. Diese Belastungen könnten zu psychischen Erkrankungen führen.

Einige Experten waren jedoch der Ansicht, dass aus Arbeitsverdichtung nicht zwangsläufig psychische Erkrankungen resultieren müssen:

- Arbeitsverdichtung spiele eine Rolle, jedoch nicht die, die ihr gemeinhin zugewiesen werde. Entscheidend sei der individuelle Umgang mit Belastungen und die dazu vorhandenen Möglichkeiten und Entscheidungsspielräume, sowie die Fähigkeit und Möglichkeit, zeitliche Puffer selbst setzen und nutzen zu können.

„In vielen Betrieben kursiert der Spruch: „Wenn alle gleich viel arbeiten würden, hätten wir genügend Zeit...“. Kapazitätspuffer können über sozial intelligentes, bewältigungsorientiertes und mutiges Führungsverhalten gesteuert werden“

*Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf*

„Die Frage, ob die zunehmende Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit in verschiedenen Arbeitsbereichen zu einer Zunahme der genannten Diagnosen führt, ist nicht leicht zu beantworten. Nach meiner Einschätzung besteht bisweilen die Neigung, derartige Faktoren zu überschätzen.“

*Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Kompetenznetz Depression,
Suizidalität, Neurophysiologie,
Psychiatrische Klinik der
Ludwig-Maximilians-Universität
München*

„Stress und Arbeitsdruck haben in den letzten Jahren zugenommen. Die Arbeitsintensivierung führt nicht nur zu vermehrten quantitativen psychischen und physischen Arbeitsanforderungen, sondern auch zu einem verschlechterten psychosozialen Arbeitsmilieu.“

PD Dr. Hans- Martin Hasselhorn
Abt. Sicherheitstechnik, Fachgebiet
Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin
und Infektionsschutz, Bergische
Universität Wuppertal

„Als arbeitsbedingter Faktor führt insbesondere der hohe Arbeitsdruck zu einer Zunahme von Angststörungen. Geringe Spielräume und fehlende soziale Unterstützung erhöhen hingegen die Gefahr, an einer Depression zu erkranken.“

Prof. Dr. Peter Richter
Institut für Arbeit-, Organisations-
und Sozialpsychologie, Technische
Universität Dresden

„Diese Veränderungen tangieren sehr stark das Bedürfnis der Menschen nach Kontinuität, Orientierung, Sinnfindung, Existenzsicherung etc. und können dadurch auf Dauer zu einer psychischen Beanspruchungsgröße werden.“

Marion Rost
DaimlerChrysler AG, Wörth

- Bei unterschiedlichen Anforderungen und weniger sozialer Unterstützung, sei die individuelle Fähigkeit des Umgangs mit Belastungen entscheidend.
- nicht die Menge der Arbeit, sondern die Unterschiedlichkeit der Anforderungen sei das Problem. Die Arbeitseffizienz sei früher in manchen Bereichen nicht sehr hoch gewesen.

„Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren“

Auch diese These wurde von den Experten weitgehend übereinstimmend als relevant angesehen. Man könne davon ausgehen, dass solche Bedingungen in der Zukunft Normalität sein würden. Eine stärkere psychische Belastung sei anzunehmen:

- Unsichere Berufsperspektiven führten durch hohen Leistungsdruck, um die Weiterbeschäftigung zu sichern, zu psychischer Belastung
- Arbeitsverdichtung führe zu Unsicherheit und, Gefühlen der Unkontrollierbarkeit,
- Mangelnde Selbstregulationskompetenzen
- und (drohende) Arbeitslosigkeit führen zu Unsicherheit und mangelnder Planbarkeit.
- durch Wegfall von sogenannten „Übergangsmärkten“³⁰ käme es zu steigenden Belastungen
- psychische Belastungen könnten durch die Unsicherheit sowie die erhöhten Anforderungen an Flexibilität und Kompetenzen sowie Abnahme von Kommunikation und sozialem Rückhalt am Arbeitsplatz verstärkt werden
- Dieser Faktor werde eine Rolle spielen, da Unsicherheit entstehe und die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke schwierig sei. Soziale Unterstützung sei aber ein wichtiger Puffer beim Umgang mit psychischen Fehlbelastungen.

Einige Experten wandten dagegen ein, dass diese Entwicklung auch Chancen biete, da die Bedingungen durch einen Arbeitsplatzwechsel auch verbessert werden könnten:

³⁰ In der Strategie der verbesserten Übergänge von einer zur anderen Lebensphase geht es darum, die Rahmenbedingungen zu verbessern, in denen Menschen zwischen Kurz- und Vollzeitbeschäftigung, zwischen privatem Haushalt und Erwerbstätigkeit, zwischen Erwerbstätigkeit und Rente sowie zwischen Bildung und Beschäftigung wechseln können. vgl. zur Strategie der Übergänge und Übergangsmärkte: Schmid, G: Wege in eine neue Vollbeschäftigung. Übergangsarbeitsmärkte und aktivierende Arbeitsmarktpolitik (2002)

- Die Möglichkeit zur eigenen Gestaltung der Karriere durch Arbeitsplatzwechsel sei nicht grundsätzlich negativ oder pathogen. Belastend sei jedoch für viele sicherlich der Verlust von Sicherheit und Selbstwirksamkeitserleben, wenn die Verlängerung des Arbeitsverhältnisses nur noch von Außenfaktoren abhängt, nicht mehr von der eigenen Leistung. Das Resultat sei dann eine negative Selbstwahrnehmung.

Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft

Der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft als Auslöser für psychische Erkrankungen wurde von den Experten sehr kontrovers diskutiert.

Der Wandel sei an sich noch kein Belastungsfaktor, sondern wirke erst in Kombination mit den beiden vorgenannten Faktoren beeinträchtigend, zumal es sich hierbei nicht unbedingt um eine Zunahme der Arbeitsbelastung handele, sondern eher um eine Verschiebung der Faktoren weg von körperlichen hin zu psychischen Belastungsfaktoren. Vermehrte Emotionsarbeit im Dienstleistungssektor könne einerseits zu einem Burn-out führen, andererseits aber auch soziale Kontakte fördern und positive Effekte haben:

- Für eine ständig wachsende Anzahl von Erwerbstätigen träten mit der zunehmenden Beschäftigung im Informations- und Dienstleistungssektor psychische Arbeitsbelastungen in den Vordergrund. Gleichzeitig verlören klassische physikalische und chemische Belastungsfaktoren an Bedeutung. Die Nutzung aufgabenbezogener psychischer Fähigkeiten, wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration, Lernfähigkeit, Reaktionsfähigkeit, Wahrnehmung sei grundsätzlich positiv zu bewerten³¹.
- Der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft könne insbesondere dann zu einer Verstärkung psychischer Belastungen führen, wenn soziale und kommunikative Fertigkeiten nicht geschult und regelmäßig supervidiert würden. Notwendige soziale und kommunikative Fertigkeiten könne man sich jedoch aneignen bzw. trainieren.
- Die Entwicklung stelle an sich keinen wichtigen Belastungsfaktor dar, weil Kunden- und Kollegenbeziehungen für viele auch befriedigend erlebt würden. Belastend könne jedoch sein, wenn Beschäftigte in einen Rollenkonflikt gerieten, wo einerseits Kundenorientierung gefordert werde, andererseits aber nicht die Zeit oder die Ressourcen für eine vernünftige Abwicklung der Dienstleistung bestehe und die Betroffenen sich somit in einem ohnmächtigen Konflikt fühlten.

„Alle Änderungen von ‚Normalität‘ führen bei einem Teil der Bevölkerung (meist zu einem geringen Teil) zu Problemen, stellen jedoch auch Chancen dar. (...) Umstellungen, wenn die individuellen und Umfeldbedingungen stimmen, hat noch nie jemandem geschadet.“

*Prof. Dr. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden*

„Diese Entwicklung stellt an sich keinen Risikofaktor dar. Im Gegenteil. Hier können viele Ressourcen am Arbeitsplatz entstehen. Erst damit teilweise gekoppelte Bedingungen wie ständige Erreichbarkeit, ... , mangelnde Führungskompetenz- und Motivationskompetenz der Führungskräfte, mangelnde Partizipation etc. stellen Risikofaktoren dar.“

*Dr. med. Natalie Lotzmann
SAP AG, Walldorf*

„Dieser Faktor wird nicht generell eine Rolle bei der Genese psychischer Erkrankungen spielen, da soziale Beziehungen sich auch positiv auf das Wohlbefinden auswirken können. Erforderliche kommunikative und soziale Kompetenzen sind prinzipiell erlernbar.“

*Dr. Hiltraut Paridon
Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit, Dresden*

³¹ vgl. Scheuch, K. Psychomentele Belastung und Beanspruchung im Wandel von Arbeitswelt und Umwelt. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 32 (1997)

„Der Wandel von produktions- zu dienstleistungsorientierten Arbeitsplätzen ist mit geringerer körperlicher Belastung, erhöhten psychomentalen Anforderungen, größerer Flexibilität und dem Bedarf nach „soft skills“ verbunden, so dass sich hier ein größeres Konfliktpotenzial im psychosozialen Bereich ergibt (Erschöpfung, „Mobbing“, Stress, Depressivität, Überforderung).

*Dr. med. Hanno Irle
Bundesversicherungsanstalt für
Angestellte, Berlin*

- Soziale Beziehungen könnten grundsätzlich eine Ressource für psychische Beanspruchungssituationen darstellen. Andererseits stellen die mit einem Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft einhergehenden Arbeitsgegebenheiten hohe Anforderungen an psychosoziale Entlastungsmöglichkeiten. Sollten diese nicht gegeben sein, sei ein Einfluss auf die Entwicklung psychische Erkrankungen denkbar.
- Ein Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft führe auch zu verbesserter sozialer Kompetenz. Vermehrte soziale Kontakte seien vor allem eine Quelle sozialer Verstärkung für die Arbeitsleistung, verlangten aber auch eine entsprechende Dienstleistungshaltung.
- Eine Zunahme von „Kundenorientierung“ in Bezug auf „externe Kunden“ und „interne“ Kunden als Anforderung an alle Arbeitsplätze sei nur eine kurzfristige Belastung in der Phase der Umstellung. In dieser Zeit können Belastungsreaktionen hervorgehoben bzw. begünstigt werden.
- Emotionsarbeit sei mit Sicherheit ein sozialer Stressor.³²

Einige Experten wandten einschränkend ein, dass der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft sich vorwiegend für bestimmte Beschäftigtengruppen negativ auswirke:

- Studien hätten ergeben, dass eine hohe arbeitsbedingte Erschöpfung insbesondere bei Beschäftigten beobachtet werden könne, die kontinuierlich mit Menschen arbeiten müssten, auf deren Kooperation sie angewiesen seien, die jedoch oft nicht (ausreichend entgeggebracht werde).³³
- Der Wandel stelle besonders für lebens- und leistungsängstliche Menschen eine Belastung dar.

³² Im Mittelpunkt des Konzeptes zur Emotionsarbeit stehen emotionale Anforderungen, die ein Arbeitsplatz an den Arbeitnehmer stellt. Dies beinhaltet, dass es betrieblicherseits gefordert wird, dass man bei der Arbeit im Umgang mit Kunden, Klienten etc. bestimmte Emotionen zeigt. Beispiele sind, dass Flugbegleiter (auch unfreundliche) Gäste freundlich behandeln müssen oder dass Krankenpfleger den Patienten gegenüber Mitgefühl zeigen müssen. Die emotionalen Anforderungen spielen insbesondere im Dienstleistungsbereich eine große Rolle, vgl.: Zapf, D., Isic, A., Fischbach, A. & Dormann, C. (2003). Emotionsarbeit in Dienstleistungsberufen. Das Konzept und seine Implikationen für die Personal- und Organisationsentwicklung. In K.-C. Hamborg & H. Holling (Hrsg.), Innovative Personal- und Organisationsentwicklung, Göttingen

³³ vgl. Hasselhorn, H.-M., Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland, a.a.O.

„Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit“

Auch die „Entgrenzung und Subjektivierung“ der Arbeit wurde von der Mehrheit der Experten nicht nur mit steigenden negativen Belastungen für die Beschäftigten verbunden. Selbststeuerung und das selbständige Lösen von Problemen sei nur dann ein Risikofaktor für die Genese psychischer Störungen, wenn Überforderung oder starke Fremdkontrolle vorlägen:

- Mit verschwimmenden Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben stiegen die Anforderungen an die Abgrenzungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Die negativen Auswirkungen seien sehr stark abhängig von der individuellen Fähigkeit zur Schaffung von Freiräumen für Entspannung.
- Verstärkte Selbststeuerung sei prinzipiell eine positive Entwicklung, die nur dann belastend wirke, wenn unklare oder nicht realisierbare Zielvorgaben gestellt werden und Betroffene für Entwicklungen gerade stehen müssten, die sie selbst gar nicht verantworten können.
- Eine verstärkte Selbststeuerung und die Übernahme von Verantwortung seien eher positiv zu sehen, weil dadurch eine höhere Arbeitszufriedenheit erreicht werden könne.
- Selbständigkeit im Sinne von Eigenkontrolle sei in der Regel mit besserer Befindlichkeit verbunden. Die Verwischung der Grenze von Arbeit und Privatleben sei nur dann negativ, wenn Überforderung oder starke Fremdkontrolle vorliegen.
- Es hänge vom Ausbildungsstand und von den intellektuellen Fähigkeiten der Personen ab, ob dieser Faktor eine Rolle spielt. Ein großer Handlungsspielraum und Herausforderungen beim Problemlösen könnten motivierend und eher gesundheitsfördernd sein. Entsprechende Anforderungen könnten aber auch zu Überforderung führen.
- Eigenverantwortung stärke das Selbstwertgefühl. Im umgekehrten Fall, nämlich durch Wegnahmen von Kompetenzen, könne eher eine Belastung auftreten, die durch Krankheit kompensiert werde.
- Es komme zu einer Zunahme von Verantwortung am einzelnen Arbeitsplatz, insbesondere auch an Arbeitsplätzen mit geringen Anforderungen an die durchlaufene Ausbildung. Die Folge sei eine Zunahme der Belastung des Einzelnen, die nicht mit Arbeitsstunden messbar sei. Die Anforderungen an die Abgrenzungsfähigkeit der Arbeitnehmer, v. a. jedoch an Situationsüberblick und Entscheidungsfähigkeit steige.
- Die Übernahme von Verantwortung sei eher positiv zu werten.

„Grundsätzlich ist das, was Arbeit positiv auszeichnet, dass sie dem Subjekt die Möglichkeit bietet, Subjekt zu sein. (...) Das Problem der Entgrenzung und der Überwindung der Trennung von Arbeit und Nicht-Arbeit kann zwar zu erheblichen individuellen Problemen führen. Schlimmer ist jedoch eine Arbeitstätigkeit, die den Menschen eingrenzt und begrenzt.“

*Prof. Dr. Klaus Scheuch
Institut und Poliklinik für Arbeits-
und Sozialmedizin, Technische
Universität Dresden*

„Die ‘Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit‘ spielt m. E. keine Rolle für die Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Im Gegenteil fördert die Möglichkeit der Selbststeuerung der Arbeit die Zufriedenheit. Arbeit ist ein bestimmendes Element des Lebens; die Aufhebung der Trennung von Arbeit und Privatleben existiert erst seit der Industrialisierung und ist positiv zu sehen.“

*Dr. Gisela Bartling
Psychologisches Institut I,
Westfälische Wilhelms-Universität
Münster*

„Die Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit ist z. Z. noch nicht sehr verbreitet und wird sich (...) auch nur bedingt negativ auswirken, da die Auswirkungen sehr stark von der individuellen Fähigkeit zur Schaffung von Freiräumen für Muße und Entspannung abhängig sind. Hier ist ein Lernprozess erforderlich (...).“

*Dr. Barbara Kulick
Landesversicherungsanstalt
Rheinland-Pfalz, Speyer*

„Vor dem Hintergrund einer globalen Konkurrenz ist man immer teurer, langsamer und dümmer. Da Arbeit immer mit persönlicher Bedeutung verknüpft ist, bedeutet die tiefe Verunsicherung in der Arbeitswelt auch eine persönliche Bedrohung, weshalb man versucht ist, über Leistung seine Emotionen zu regulieren.“

*Dr. Stefan Leidig
Externe-Mitarbeiter-Unterstützung
emu-systeme, Mannheim*

„Entscheidend scheint mir zu sein, dass diese vier Faktoren (...) dann zur Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Berufstätigen und damit zu einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit führen, wenn nicht frühzeitig auf den Wandel der genannten Rahmenbedingungen vorbereitet wird.“

*Dr. Thomas Kirn
Psychotherapeutische Praxis,
Dülmen*

- Die Hypothese beinhalte zwei Aspekte:
 1. Selbständig Probleme lösen:
Hierbei komme es sehr auf die Persönlichkeit des Einzelnen an. Bei manchen führe dies zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, bei anderen zu Überforderung
 2. Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben:
Bei Arbeitstätigkeiten, die durch ein „mit nach Hause nehmen“ der Probleme charakterisiert sind, sei die Unfähigkeit, sich von den Problemen der Arbeit zu lösen, und ein hohes berufliches Engagement („overcommitment) verantwortlich für das erhöhte Risiko einer psychischen wie physischen Erkrankung.³⁴
- Durch die zunehmende Entgrenzung und Subjektivierung der Arbeit entstünde durch das Prinzip der „Indirekten Steuerung“ eine deutlich höhere Belastung: Die bisherige Unterordnung unter den „fremden Willen“ werde ersetzt durch die Instrumentalisierung des eigenen Willens als Organisationsprinzip³⁵

Wie die Ausführungen zeigen, halten die befragten Experten die vier Hypothesen für relevante Beschreibungen des Wandels der Arbeitswelt. Die zum Teil sehr kontrovers geführte Diskussion zeigt jedoch auch, dass die beschriebenen Veränderungen sowohl Chancen als auch Risiken bergen. Inwieweit sie psychische Erkrankungen fördern, kann daher nicht eindeutig beantwortet werden.

Deutlich wurde jedoch, dass eine Veränderung der Arbeitsbelastung immer dann für die Beschäftigten am ehesten mit einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des psychischen Wohlbefindens einhergeht, wenn die Arbeitstätigkeit mit ausreichenden Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung sowie ausreichenden Handlungs- und Entscheidungsspielräumen verbunden ist.

³⁴ vgl. Hasselhorn, H.-M., Nübling, M.: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland, a.a.O.

³⁵ Das Prinzip der „indirekten Steuerung“ gruppiert sich um die Begriffe „Selbstorganisation“ und „Kontextsteuerung“. Dabei sind beide Aspekte einander bedingende Momente einer Steuerungsauffassung, die im Kern darauf zielt, Beschäftigte zu einer selbsttätigen Steigerung der Leistungsverausgabung zu bringen. Selbstorganisation meint in diesem Zusammenhang zunächst die Gewährung von Handlungsspielräumen auf der Ausführungsebene, also hinsichtlich der Wahl der Mittel und Methoden zur Erreichung eines Ziels. Kontextsteuerung wiederum zielt auf die Festlegung der zu erreichenden Ziele sowie die Motivation der Beschäftigten, diese Ziele zu ihren eigenen zu machen. Vgl. dazu: Glissmann, W. und K. Peters, 2001: Mehr Druck durch mehr Freiheit – Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen, Hamburg.

6. Psychische Erkrankungen: Erfahrungen und Sichtweisen der Bevölkerung

Psychische Erkrankungen sind ein in der Bevölkerung zunehmend breit diskutiertes Thema. Dazu trägt sicherlich auch die hohe Aufmerksamkeit bei, die der Problematik in den Medien zuteil wird. Die Tatsache, dass immer mehr Menschen über Symptome und Hintergründe psychischer Erkrankungen informiert sind, führt offenbar dazu, dass auch in der ärztlichen Praxis offener über psychische Beschwerden gesprochen wird bzw. eine psychische Störung als Diagnose vom Patienten eher akzeptiert wird (vgl. Diskussion in Kapitel 4 des Schwerpunktthemas).

Dennoch werden Stigmatisierung und eine nach wie vor mangelnde Akzeptanz in der Bevölkerung immer noch als ein wesentliches Hindernis für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen angesehen. So kommt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zu dem Schluss:

„Psychisch Kranke und speziell Depressive leiden subjektiv und objektiv unter Stigmatisierung und mangelnder Akzeptanz ihrer Krankheit durch die Gesellschaft. Ihre Leiden bleiben infolgedessen häufig hinter einer Mauer aus Schweigen und Scham verborgen.“³⁶

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Tabuisierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der deutschen Bevölkerung nach wie vor eine Rolle spielen.³⁷

Darüber hinaus hat die Diskussion im vorangegangenen Kapitel gezeigt, dass arbeitsbedingte Faktoren für die Genese psychischer Störungen von großer Bedeutung sind. Doch wie sieht es mit der Einstellung zu psychischen Erkrankungen bei Kollegen und Vorgesetzten aus? Werden psychische Erkrankungen als Ursache für Fehlzeiten genauso akzeptiert wie körperliche Erkrankungen?

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde eine repräsentative Stichprobe von mehr als 1000 Erwerbstätigen zu ihrer Wahrnehmung und der Akzeptanz psychischer Erkrankungen gefragt. Die Befragung wurde im Februar 2005 durchgeführt.

Die Ergebnisse der Befragung werden im Hinblick auf drei Fragestellungen analysiert:

- Wie werden psychische Erkrankungen in der Bevölkerung wahrgenommen?

Hohe Aufmerksamkeit psychischer Erkrankungen in den Medien

Stigmatisierung offenbar nach wie vor Hindernis für die angemessene Versorgung

Spielen Tabuisierung und Stigmatisierung

in der deutschen Bevölkerung eine Rolle?

In der DAK-Bevölkerungsbefragung wurden mehr als 1000 Erwerbstätige befragt

Wahrnehmung psychischer Erkrankungen

³⁶ Vgl. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III. (2001) a.a.O.

³⁷ vgl. hierzu auch Gaebel, W.: Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration, in: DÄB, 12/2004

Einstellung zum Versorgungssystem

Erfahrungen am Arbeitsplatz

Die Entwicklung psychischer Erkrankungen wird mit großer Aufmerksamkeit verfolgt

- Wie ist die Einstellung der Befragten in Bezug auf das medizinische und/oder psychotherapeutische Versorgungssystem?
- Welche Erfahrungen machen die Befragten mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz?

Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung

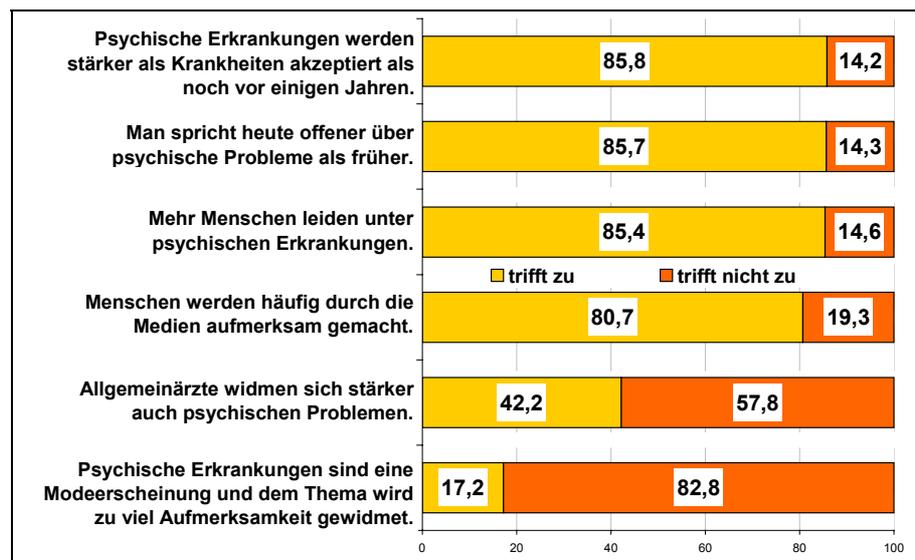
In der Bevölkerungsumfrage wurde nach der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen allgemein, sowie konkret von Angststörungen und depressiven Störungen gefragt. Sind psychische Erkrankungen nach wie vor ein Tabuthema? Oder wird dem Thema sogar zuviel Aufmerksamkeit gewidmet?

Die Ergebnisse zeigen, dass die Entwicklung psychischer Erkrankungen mit großer Aufmerksamkeit verfolgt wird:

Abbildung 34

Abb. 34

Frage 9:
„Im Folgenden geht es um den Umgang mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen. Bitte sagen Sie, ob Sie die folgenden Aussagen für zutreffend oder nicht zutreffend halten.“



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Psychische Erkrankungen nehmen in der Wahrnehmung zu

Psychische Erkrankungen werden eher akzeptiert

Medienberichterstattung trägt zur Aufmerksamkeit bei

In der Wahrnehmung der Bevölkerung nehmen psychische Erkrankungen an Bedeutung zu: Der Aussage „Ich habe den Eindruck, dass heute mehr Menschen als noch vor einigen Jahren unter psychischen Erkrankungen leiden“ stimmten 85,4 % der Befragten zu.

Nach Ansicht der Befragten wird über psychische Erkrankungen heute offener gesprochen und psychische Störungen auch eher als Krankheit akzeptiert: 86 % stimmten diesen Aussagen zu.

Vor allem die breite Thematisierung in der Medienberichterstattung hat offenbar zu einer stärkeren Wahrnehmung und Erhöhung der Akzeptanz beigetragen: 81 % der Befragten meinen, dass die Medien eine wichtige Rolle für die erhöhte Aufmerksamkeit in Bezug auf psychische Erkrankungen spielen.

Dagegen wird die Rolle der Allgemeinärzte eher verhalten gewertet: Nur 42 % der Befragten glauben, dass sich Allgemeinärzte heute stärker psychischen Problemen widmen als früher.

Rolle der Allgemeinärzte eher verhalten gewertet

Eine deutliche Absage erteilten die Befragten der Aussage, dass die Relevanz des Themas überschätzt werde: 83 % waren der Ansicht, dass es sich hierbei nicht um eine Modeerscheinung handele, der zu viel Aufmerksamkeit gewidmet werde.

Psychische Erkrankungen nicht nur Modethema

Eine weitere Frage zielte auf die Wahrnehmung konkreter Krankheitsbilder wie Angststörungen und depressive Störungen ab. Sind diese Phänomene in der Bevölkerung überhaupt ein Begriff? Wie informiert sind die Befragten über die Bedeutung dieser speziellen psychischen Störungen?

Sind Angststörungen und Depressionen in der Bevölkerung ein Begriff?

Gefragt wurde nach dem geschätzten Anteil von Personen, die im Laufe ihres Leben unter einer "behandlungsbedürftigen Angststörung" bzw. unter einer Depression leiden, "die von einem Arzt oder Therapeuten behandelt werden sollte". Abbildung 35 und Abbildung 36 zeigen die Verteilung der Antworten auf die verschiedenen Antwortkategorien.

Abbildung 35

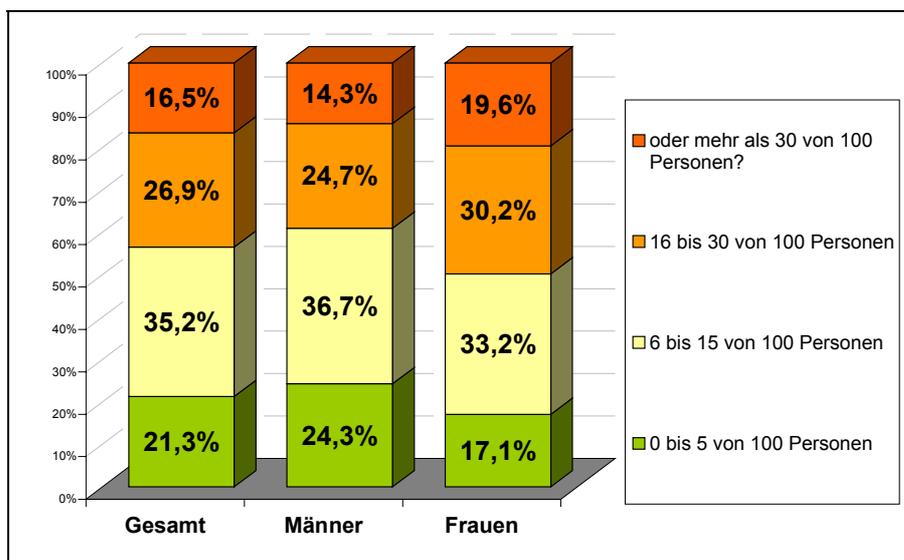


Abb. 35

Frage 8:
 „Was glauben Sie, wie viele von 100 Personen leiden ... im Laufe ihres Lebens unter einer behandlungsbedürftigen Angststörung? Sind das...“

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

- Die Mehrheit von 35,5 % schätzte den Anteil der im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Angststörung Erkrankten auf zwischen 6 % und 15 %,
- 27 % der Befragten glauben, dass die Lebenszeitprävalenz bei bis zu 30 % liegt,

Tendenz, die Häufigkeit von Angststörungen zu überschätzen

- 16,5 % schätzen den Anteil der im Laufe ihres Lebens von Angststörungen Betroffenen sogar auf über 30 %.
- Nur etwa ein Fünftel (21 %) der Befragten vermutete eine deutlich geringere Lebenszeitprävalenz von nicht mehr als 5 %.

Im Vergleich zu der in Studien ermittelten Lebenszeitprävalenz von etwa 15 %, zeigen die Befragten also sogar eine Tendenz, die Häufigkeit von Angststörungen zu überschätzen.

Wie die Befragung darüber hinaus ergab, wird die Häufigkeit von Angststörungen von den männlichen Befragten deutlich geringer wahrgenommen als von den Frauen. Dies ist vermutlich auf die sehr viel größere Betroffenheit von Frauen hinsichtlich behandlungsbedürftiger Angststörungen zurückzuführen.

Im Vergleich zu behandlungsbedürftigen Angststörungen wird die Prävalenz depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung sogar noch deutlich höher eingeschätzt:

- Nur knapp 9 % der Befragten vermuteten eine sehr geringe Lebenszeitprävalenz mit einem Wert von bis zu 5 %,
- 27,5 % schätzten den Anteil der im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Störung Erkrankten auf zwischen 6 % und 15 %,
- Fast ein Drittel (32,7 %) der Befragten glaubt, dass die Lebenszeitprävalenz bei bis zu 30 % liegt,
- Ebenfalls fast ein Drittel (31,2 %) schätzen den Anteil der im Laufe ihres Lebens von behandlungsbedürftigen Depressionen Betroffenen sogar auf über 30 % (vgl. Abbildung 36)

Auch die Häufigkeit von Depressionen wird eher überschätzt

Damit wurde die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen, die Studien zufolge bei etwa 20 % liegt, von einem Teil der Befragten ebenfalls deutlich zu hoch eingeschätzt. Auch die Wahrnehmung von depressiven Störungen war bei den Frauen noch höher als bei den Männern.

Aufmerksame Wahrnehmung von Menschen aus dem Umkreis

Gegen eine Tabuisierung von Angststörungen und depressiven Erkrankungen spricht auch die aufmerksame Wahrnehmung von Menschen aus dem Umkreis, die an einer psychischen Erkrankung leiden: 46 % der Befragten gaben an, eine oder mehrere Personen zu kennen, die schon einmal unter einer Depression gelitten haben sowie 39 %, eine oder mehrere Personen zu kennen, die schon einmal von einer Angststörung betroffen waren.

depressive Erkrankungen wirken sich einschränkender auf Arbeitsfähigkeit aus

Die auch in diesen Ergebnissen beobachtbare höhere Wahrnehmung von depressiven Störungen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich depressive Erkrankungen vergleichsweise deutlicher und einschränkender auf die alltägliche Lebensführung und Arbeitsfähigkeit auswirken. Menschen mit Angststörungen haben dagegen vielfach Strategien entwickelt, die dazu führen, dass

angstauslösende Situationen vermieden werden. Bestimmte Angststörungen führen dadurch zu einer vergleichsweise geringeren Beeinträchtigung der alltäglichen Lebensführung. Auf der anderen Seite zeigen Therapien zur Behandlung von Angststörungen sehr rasche und gute Erfolge. Die Therapie depressiver Störungen ist dagegen vielfach von längerer Dauer und depressive Störungen können trotz angemessener Behandlung nach einiger Zeit erneut auftreten, wodurch sie auch von Menschen in der Umgebung deutlicher wahrgenommen werden.

Abbildung 36

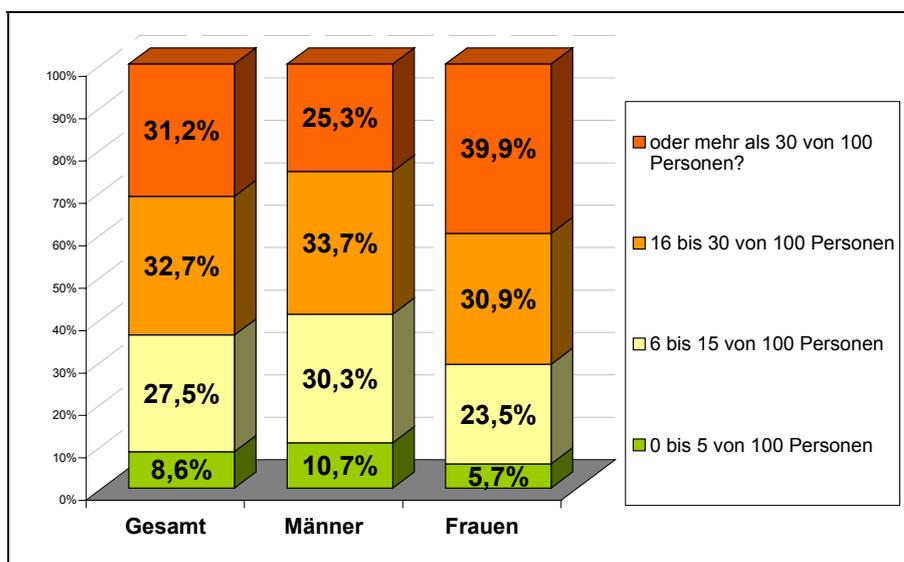


Abb. 36

Frage 6:
 „Was glauben Sie, wie viele von 100 Personen leiden ... im Laufe ihres Lebens unter einer Depression, die von einem Arzt oder Therapeuten behandelt werden sollte? Sind das...“

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, vermutlich auch durch die breite Thematisierung in den Medien, auf eine insgesamt sehr hohe Sensibilität für die Problematik hindeutet. Eine Tabuisierung des Themas kann in der erwerbstätigen Bevölkerung nicht beobachtet werden. Im Vergleich zu den Frauen ist die Wahrnehmung in der männlichen Bevölkerung jedoch deutlich geringer ausgeprägt.

Bevölkerung zeigt hohe Sensibilität

Einstellung der Befragten in Bezug auf das medizinische und/oder psychotherapeutische Versorgungssystem

Die Problematik psychischer Störungen findet in der erwerbstätigen Bevölkerung offenbar breite Beachtung. Doch wie steht es mit der Einstellung der Betroffenen in Bezug auf das Versorgungssystem? Gibt es Vorbehalte und Ängste, die verhindern, dass sich Menschen, die an psychischen Störungen leiden, in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung begeben?

Gibt es Vorbehalte, sich in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

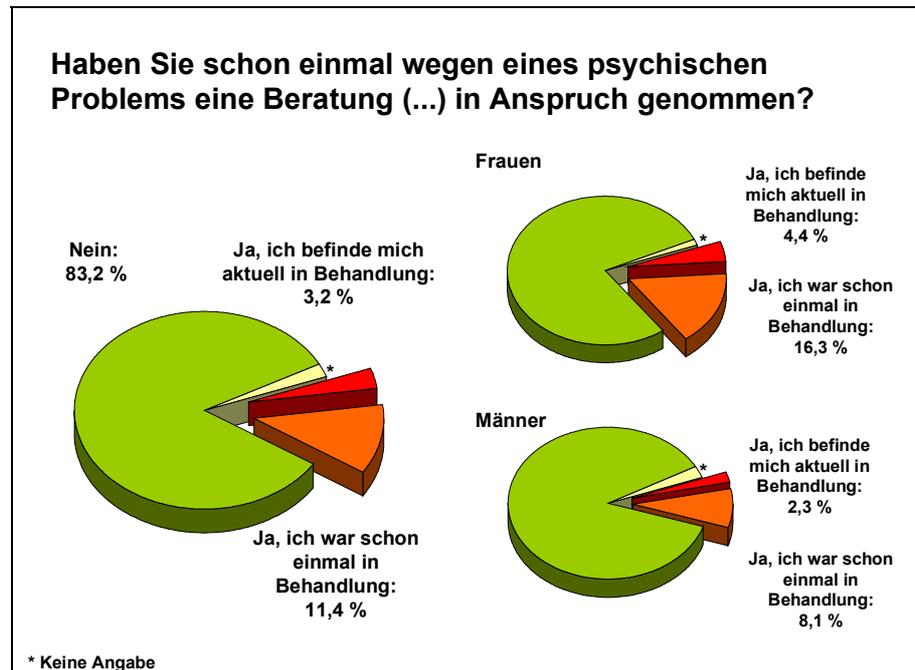
Insgesamt 14,6 % der Befragten waren schon einmal in Behandlung

In der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde nach der Zahl derjenigen gefragt, die selbst schon einmal wegen eines psychischen Problems eine Beratung bei einem Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen habe. Insgesamt 14,6 % der Befragten gaben an, aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal in Behandlung gewesen zu sein. Berücksichtigt man, dass vermutlich nicht alle Befragten im Rahmen der telefonischen Befragung eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung angegeben haben und somit die Zahl der tatsächlich Behandelten etwas höher sein dürfte, ergibt sich eine erstaunlich hohe Behandlungsquote.

Abbildung 37

Abb. 37

Frage 10:
„Haben Sie selbst schon einmal wegen eines psychischen Problems Beratung bei einem Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen?“



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

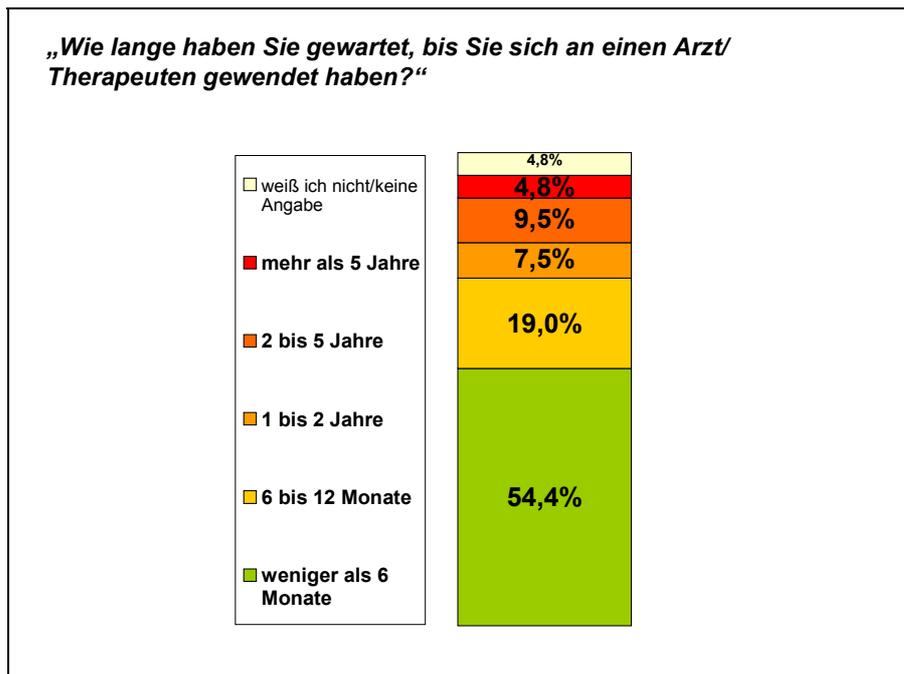
Deutliche Unterschiede in der Behandlungsquote von Männern und Frauen

Auffällig sind jedoch die aus Abbildung 37 ersichtlichen deutlichen Unterschiede in der Behandlungsquote von Männern und Frauen. Während bei den Frauen fast 21 % angaben, aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt einmal aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung gewesen zu sein, lag der Anteil bei den Männern mit gut 10 % nur halb so hoch. Die unterschiedliche Behandlungsquote entspricht jedoch der geschlechtsspezifischen unterschiedlichen Betroffenheit von psychischen Erkrankungen: Wie bereits im Kapitel „Psychische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht“ auf S. 46 erörtert wurde, sind Frauen etwa doppelt so häufig von psychischen Erkrankungen betroffen wie Männer.

Einen Hinweis auf etwaige Berührungspunkte mit dem medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgungssystem gibt auch die Zeitspanne, die zwischen der Wahrnehmung der Erkrankungssymptome und der Konsultation eines Arztes oder Therapeuten liegt:

Mehr als die Hälfte der Befragten hatte weniger als 6 Monate gewartet, bevor sie medizinische oder therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, bei insgesamt fast drei Vierteln der Befragten betrug der Zeitraum zwischen der Manifestation der Erkrankung und der Kontaktaufnahme mit einem Arzt/Therapeuten weniger als ein Jahr.

Abbildung 38



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Betroffenen einen guten Zugang zum Versorgungssystem hat. Jedoch dauerte es bei insgesamt mehr als einem Viertel der Betroffenen länger als ein Jahr, bis eine adäquate Behandlung der psychischen Beschwerden aufgenommen wurde, bei fast 5 % lagen sogar mehr als 5 Jahre zwischen dem Auftreten der Erkrankung und einer entsprechenden Behandlung.

Dieser Befund ist nicht nur im Hinblick auf die deutlichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Arbeitsfähigkeit psychisch Erkrankter, sondern vor allem auch angesichts des insbesondere bei depressiven Störungen hohen Risikos einer Chronifizierung der Erkrankung sowie der bei psychischen Erkrankungen hohen Gefahr der Ko-Morbidität als problematisch zu werten. Für einen Teil der Betroffenen besteht offenbar noch immer eine Hemmschwelle, die den Zugang zum Versorgungssystem behindert bzw. den Zeitraum bis zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen verlängert.

Drei Viertel nahmen innerhalb eines Jahres Kontakt zum Arzt oder Therapeuten auf

Abb. 38

Frage 12:
„Als dieses Problem erstmals auftrat und Sie gemerkt haben, dass Sie damit nicht alleine fertig werden: Wie lange haben Sie da gewartet, bis Sie sich an einen Arzt oder Therapeuten gewandt haben?“

Bei einem Viertel dauert die Kontaktaufnahme bis zu Jahren und länger

Für einen Teil der Betroffenen existieren offenbar noch Hemmschwellen

Stärkere Rolle des Hausarztes wünschenswert

Möglicherweise könnte die lange Zeitspanne bis zum Beginn einer Behandlung für einen Teil der Betroffenen durch eine stärkere Motivation von Seiten des Hausarztes verringert werden. Wie die Bevölkerungsumfrage ergab, spielt der Hausarzt als „Motivator“, eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, eine vergleichsweise geringe Rolle (vgl. Abbildung 39).

Behandlungsaufnahme erfordert hohe Eigeninitiative

Vielmehr hängt die Behandlung psychischer Störungen noch immer in hohem Maße von der Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Betroffenen ab. Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung wurde danach gefragt, wie diejenigen, die angeben haben, aktuell bzw. zu einem früheren Zeitpunkt eine Behandlung in Anspruch genommen haben, zu diesem Schritt motiviert worden sind.

Beschwerden werden nur selten im Freundes- und Familienkreis besprochen

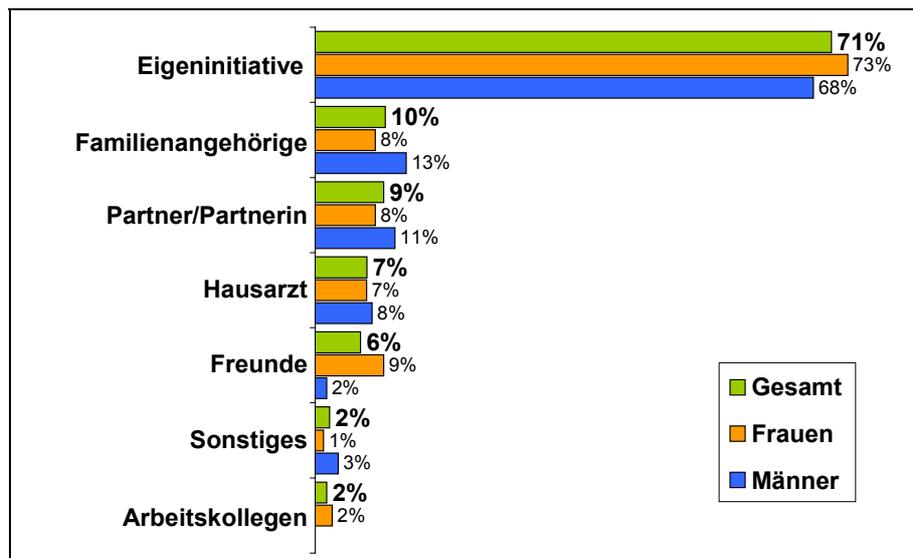
Mehr als 70 % der Betroffenen gaben an, aus Eigeninitiative einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen. Nur ein sehr geringer Teil ist durch Familienangehörige, Partner oder Freunde zu diesem Schritt motiviert worden. Dies lässt vermuten, dass die Beschwerden, die zum Aufsuchen eines Arztes oder Therapeuten geführt haben, nur wenig im Familien- und Freundeskreis besprochen wurden.

Abbildung 39

Abb. 39

Frage 11:
„Wer hat Sie dazu motiviert, wegen Ihres psychischen Problems die Beratung eines Arztes oder Therapeuten in Anspruch zu nehmen?“

(Mehrfachnennungen waren möglich)



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Nur ein sehr geringer Teil der psychisch Erkrankten ist nach eigenen Angaben durch den Hausarzt dazu motiviert worden, sich in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Interessante Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Zugangs zum Versorgungssystem von Männern und Frauen: Für Männer spielt die Motivation durch Familienangehörige, die Partnerin oder auch den Hausarzt eine deutlich größere Rolle als bei den Frauen.

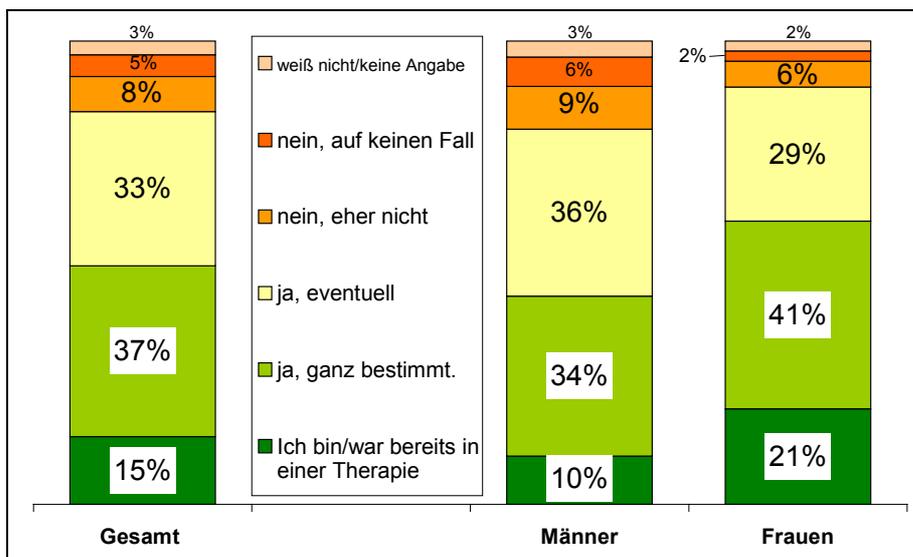
Dagegen wird die Problematik von Männern mit Freunden offenbar fast nie und mit Arbeitskollegen überhaupt nicht besprochen, während Frauen ihre Beschwerden sogar häufiger mit Freunden als mit dem eigenen Partner besprechen.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass Stigmatisierung und Tabuisierung für Männer noch eher ein Hindernis für den Zugang zum medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem darstellen. Beschwerden werden offenbar nur im sehr engen, vertrauten Rahmen besprochen, während Frauen tendenziell eher auch den Freundeskreis mit einbeziehen und dadurch vermutlich eine breitere Unterstützung und Akzeptanz erfahren.

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass die Einstellung der Befragten gegenüber der Problematik psychischer Erkrankungen von vergleichsweise hoher Offenheit und Akzeptanz geprägt ist. Doch wie sieht es aus, wenn man selbst Betroffener wäre?

In der Bevölkerungsumfrage wurde danach gefragt, inwieweit man sich vorstellen könne, wegen eines psychischen Problems zu einem Arzt oder Therapeuten zu gehen (vgl. Abbildung 40.)

Abbildung 40



Männer besprechen Beschwerden nicht mit Freunden

Abb. 40

Frage 14:
„Könnten Sie sich vorstellen, wegen psychischer Probleme zu einem Arzt oder Therapeuten zu gehen?“

Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Die Ergebnisse zeigen auch hier eine erstaunlich große Offenheit gegenüber der Vorstellung, sich aufgrund eines psychischen Problems vom Arzt oder Therapeuten behandeln zu lassen: 85 % der Befragten gaben an, entweder schon in Behandlung zu sein, oder sich „bestimmt“ oder „eventuell“ vorstellen zu können, wegen eines psychischen Problems in Behandlung zu begeben. Nur insgesamt 13 % standen dieser Option ablehnend gegenüber.

Ergebnisse zeigen große Offenheit, zum Arzt oder Therapeuten zu gehen

**Ressentiments
kaum erkennbar**

Ausgeprägte Ressentiments gegenüber der Vorstellung, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken und sich entsprechend behandeln zu lassen bestehen offenbar nicht bzw. werden im Rahmen des telefonischen Interviews nicht geäußert. Die Befragung ergab jedoch auch hier deutliche Unterschiede in der Akzeptanz der Behandlung psychischer Störungen bei Männern und Frauen: Insgesamt 15 % der männlichen Befragten konnten sich „eher nicht“ oder „auf keinen Fall“ vorstellen, bei einer psychischen Erkrankung zum Arzt oder Therapeuten zu gehen, bei Frauen lag dieser Anteil nur bei 8 %. Die unterschiedliche Akzeptanz ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass Männer sich eine eigene Betroffenheit in geringerem Maße vorstellen können, bzw. eine solche Vorstellung nicht mit sich in Verbindung bringen wollen.

**Mehr Vorbehalte bei
Männern**

Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme des medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems insbesondere auf den Abbau von Vorbehalten von Seiten männlicher Betroffener abzielen sollten.

Welche Erfahrungen machen die Befragten mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz?

Die Diskussion im vorangegangenen Kapitel hat gezeigt, dass psychische Belastungen am Arbeitsplatz einen großen Einfluss auf die Entstehung psychischer Störungen haben. Vor dem Hintergrund, dass eine steigende Zahl der Fehltage in deutschen Betrieben auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist, wurden die Befragten um ihre Einschätzung und Einstellung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz gebeten.

Die Befragten sollten hierzu ihre Zustimmung bzw. Ablehnung gegenüber mehreren vorgegebenen Aussagen geben.

**Befragte finden es
gut, dass Menschen
mehr auf das psychische
Wohlbefinden achten**

Die Bewertung zeigt eine überwiegend hohe Akzeptanz von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen:

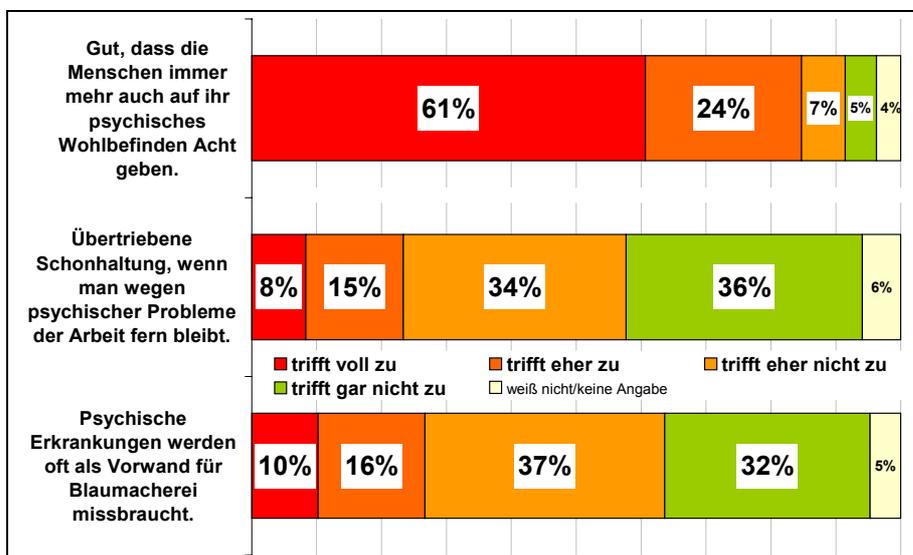
- Insgesamt 85 % stimmten der Aussage „Ich finde es gut und wichtig, dass die Menschen immer mehr auch auf ihr psychisches Wohlbefinden Acht geben“ voll bzw. eher zu (vgl. Abbildung 41). Nur 13 % äußerten sich zurückhaltend bzw. ablehnend.

Die negativ formulierte Aussage „Ich halte es für übertriebene Schonhaltung, wenn man wegen psychischer Probleme der Arbeit fern bleibt“, bekam dagegen ebenfalls einige Zustimmung:

**Psychische Erkrankungen
kein Grund für
Arbeitsunfähigkeit?**

- Immerhin 23 % stimmten dieser Aussage voll bzw. eher zu. Fast ein Viertel der Befragten ist also offenbar der Ansicht, dass psychische Erkrankungen kein Grund sind, der Arbeit fernzubleiben.

Abbildung 41



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Diese Haltung spiegelt auch die Zustimmung zu der folgenden Aussage wider:

- 26 % der Befragten waren voll oder eher der Ansicht, „dass psychische Erkrankungen oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden“.

Wenngleich also der weitaus größte Teil der Befragten eine hohe Toleranz gegenüber Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zeigte, zeigt immer noch ein nicht geringer Teil deutliche Vorbehalte. Dies zeigt sich auch in der pauschalen Wahrnehmung der Vorgesetzten bzw. Kollegen (vgl. Abbildung 42):

- Insgesamt 30 % der Befragten glauben, dass der oder die Vorgesetzte „wenig Verständnis dafür hat, wenn ein Mitarbeiter wegen psychischer Probleme fehlt“.
- Ähnlich hoch ist die Skepsis gegenüber der Haltung der Kollegen: Weniger als ein Drittel halten es für ausgeschlossen, dass den Kollegen das Verständnis dafür fehlt, wenn jemand wegen psychischer Probleme am Arbeitsplatz fehlt. Fast ein Drittel glaubt hingegen, dass die Kollegen hierfür kein Verständnis hätten.

Abb. 41

Frage 15:
„Eine steigende Zahl der Fehltage in deutschen Betrieben ist psychischen Erkrankungen zuzurechnen. Bitte sagen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen“

26 % glauben an Blaumacherei

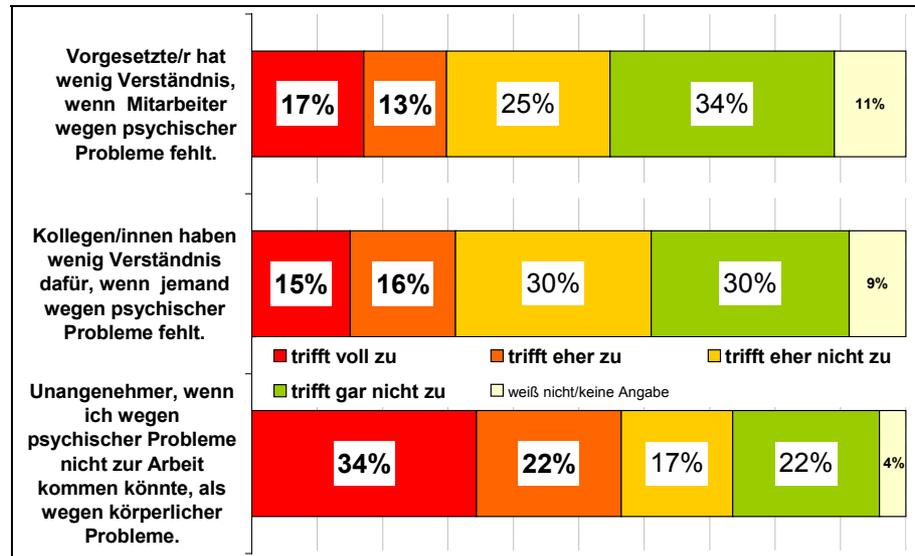
30 % zweifeln am Verständnis des Vorgesetzten

Gewisse Zweifel am Verständnis der Kollegen

Abbildung 42

Abb. 42

Frage 15:
 „Eine steigende Zahl der Fehltage in Betrieben ist psychischen Erkrankungen zuzurechnen. Bitte sagen Sie, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.“



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

35 % wäre es unangenehm, wegen einer psychischen Erkrankung fehlen zu müssen

Die Unsicherheit gegenüber der Akzeptanz von Ausfallzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zeigt sich in der großen Zustimmung zu der folgenden Aussage:

- 35 % der Befragten wäre es persönlich unangenehm, wegen psychischer Probleme nicht zur Arbeit zu kommen, als wegen körperlicher Probleme arbeitsunfähig zu sein. Weitere 22 % stimmen dieser Aussage „eher zu“.

Insgesamt 56 % haben also eher große Bedenken, aufgrund einer psychischen Erkrankung bei der Arbeit zu fehlen. Nur jeder Fünfte glaubt, dass eine psychische Erkrankung als Ursache für das Fehlen am Arbeitsplatz genauso akzeptiert würde, wie jede andere körperliche Erkrankung auch.

Die Einstellung der befragten Erwerbsbevölkerung lässt sich zusammenfassend wie folgt beschreiben:

- Einerseits vermeiden die Beschäftigten in der Befragung jeden Anschein von Tabuisierung oder Stigmatisierung psychisch Erkrankter.
- Untergründig kann jedoch nach wie vor eine gewisse Skepsis beobachtet werden, ob psychische Erkrankungen nicht teilweise doch auf "Simulation" oder übertriebener Schonhaltung beruhen.
- Ein großer Teil der Befragten äußerte Bedenken, bei einer psychischen Erkrankung das Verständnis der Vorgesetzten und Kollegen zu finden.
- Auch wurden noch gewisse Hemmschwellen vor allem bei Männern beobachtet, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Dem Anschein nach keine Stigmatisierung oder Tabuisierung

Skepsis gegenüber „Simulanten“

Zweifel am Verständnis von Vorgesetzten und Kollegen

Männern haben eher Hemmungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen

7. Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Erkrankungen – Projektvorhaben der DAK

Die angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen stellt eine Herausforderung dar, der das Gesundheitssystem offenbar nicht in gleichem Maße nachkommt, wie etwa bei der Versorgung somatischer Erkrankungen. Defizite in der ambulanten Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen, wie die diskontinuierliche und unkoordinierte Versorgung, werden unter anderem am Beispiel der Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen deutlich.

Defizite in der Behandlung psychisch Kranker

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) bestätigt, dass nur ein relativ kleiner Teil von Menschen mit psychischen Störungen eine nach modernen Behandlungsleitlinien als adäquat zu bezeichnende Behandlung erhält.³⁸ Er bezieht sich bei seinen Aussagen exemplarisch auf die Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen.

Laut der im SVR-Gutachten zitierten bundesweiten Depressions-Screening-Studie „Depression 2000“³⁹ erhielten rund 40 % der in Allgemeinarztpraxen versorgten Betroffenen keine depressionsspezifische Therapie. Hauptursache sei, dass sie nicht als depressiv oder therapiebedürftig angesehen würden. Nach Angaben des Sachverständigenrates kommt hinzu, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder nicht zeitgerecht in eine spezialärztliche Weiterbehandlung überweisen.

40 % erhalten beim Hausarzt keine depressionsspezifische Therapie

Für die Behandlung depressiver Störungen empfiehlt der Rat eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte. Für den hausärztlichen Bereich sollten symptomorientierte evidenzbasierte Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen entwickelt und implementiert werden.

Rat empfiehlt Stärkung der psychiatrischen Kompetenz

Die DAK hat auf die vom Sachverständigenrat in Bezug auf die Behandlung psychischer Erkrankungen zusammengestellten Empfehlungen mit einer Reihe von Projekten und Vorhaben reagiert:

DAK hat Modellprojekte angestoßen

³⁸ vgl. Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ des Gutachtens 2000/2001, Kapitel 13

³⁹ vgl. Wittchen, H.-U.: Die Studie „Depression 2000“. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen, in: Fortschritte der Medizin, Bd. 188, Sonderheft I/2000

Das Modellprojekt „Psy-Case-Management“ der DAK

Insbesondere psychosomatische Erkrankungen verursachen aufgrund der oftmals zunächst auftretenden somatischen Beschwerden hohe Kosten in allen Leistungsbereichen, ohne dass durch die Therapie eine kausale Behandlung oder dauerhafte Beschwerdelinderung erreicht wird. Eine aktuelle DAK-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen durchschnittlich erst nach 7 Jahren eine adäquate Behandlung beginnen⁴⁰.

Konzept zur Fallsteuerung für Patienten mit ausgesuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Die DAK hat daher in Kooperation mit der Bundesanstalt für Angestellte (BfA) und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Konzept zur Fallsteuerung für Patienten mit ausgesuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in den Modellregionen Hessen und Rheinland-Pfalz erarbeitet.

Am Anfang steht die frühzeitige Identifikation von psychischen und psychosomatischen Patienten. Nach einer Analyse der persönlichen Versorgungssituation soll in geeigneten Fällen die Einleitung der erforderlichen fachärztlichen/psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie zur Vermeidung einer Chronifizierung sowohl der psychischen als auch der somatischen Erkrankungen erfolgen. Ziel des Projektes ist die Wiedereingliederung des Versicherten in das berufliche und private Leben.

Die Projekt ist im Februar 2005 gestartet, das Ende ist für Dezember 2006 vorgesehen. Der Erfolg des Projektes wird wissenschaftlich evaluiert.

Hausarztvertrag Hessen – Qualitätsanforderung „Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung“

Vermittlung der Fähigkeit, psychische Ursachen für körperliche Erkrankungen zu erkennen und ggf. die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten

Die DAK hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum 01.04.2005 einen Hausarztvertrag abgeschlossen. Die teilnehmenden besonders qualifizierten Hausärzte müssen neben der Teilnahme an Qualitätszirkeln und einer externen Praxiszertifizierung auch eine Fortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Der Arzt erhält dabei die Fähigkeit vermittelt, psychische Ursachen und Gründe für körperliche Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen zu Erkrankungen der Psyche zu erkennen und ggf. die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten.

⁴⁰ vgl. Zielke, M. et al: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlungen und Rehabilitation im Langzeitverlauf (2004).

Kooperationsprojekt im Rahmen einer Integrierten Versorgung (IV) für gerontopsychiatrische Erkrankungen

An dem Kooperationsprojekt sind die DAK Bayern, das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, das Krankenhaus Kaufbeuren, die „Blaue Blume Schwaben gGmbH“ sowie niedergelassene Fachärzte und Allgemeinmediziner, ambulante Dienste und das Pflegeinstitut Akademie, Allgäu, beteiligt.

Ziel dieses Versorgungsmodells ist es, die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung von Patienten mit dementiellen und affektiven Erkrankungen sowie sonstigen gerontopsychiatrischen Störungen durch eine problemorientierte, sektoren- und fachübergreifende Zusammenarbeit in Form einer IV-Versorgungskette zwischen den beteiligten Einrichtungen zu verbessern.

Das Kooperationsprojekt im Rahmen einer Integrierten Versorgung begann im Januar 2005 und endet zum 31.12.2006. Die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung des Versorgungsmodells erfolgt durch das Institut für Sozialwissenschaftliche Politikberatung.

Ziel: Verbesserung der Versorgungsqualität

Modellprojekt (IV) der DAK mit einem ambulanten Zentrum für Sozialpsychiatrie und Nervenheilkunde in Verbindung mit einer stationären Einrichtung sowie ambulanten Leistungsanbietern in Niedersachsen

Das IV-Modell ist gekennzeichnet durch gemeinsam zu definierende Vorgaben, die sich auf Behandlungsleitlinien stützen. Kernpunkt ist das Bezugstherapeutensystem als direkte und unmittelbare Begleitung im System, welches die Behandlungscompliance verbessert und die Rate für Wiedererkrankungen senkt. Durch dieses Angebot werden wesentliche Belange der psychiatrischen Behandlung in einem ländlich strukturierten Gebiet auf den ambulanten Sektor zentriert.

Ergänzend hierzu existieren regionale Hilfenetze sowie die Einbindung von Hausärzten und der gemeinde-psychiatrischen Versorgung. Die psychiatrische Clearingstelle arbeitet als „Gatekeeper“ für den stationären Bereich und koordiniert die Leistungen. Dadurch wird die rechtzeitige Rückkehr des Patienten aus dem stationären in den ambulanten Bereich gesichert.

Der Beginn der IV-Vereinbarung ist für April 2005 vorgesehen und endet am 31.12.2006. Die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung wird vom Bereich Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt.

Durch Bezugstherapeutensystem wird Behandlungscompliance verbessert

Modellprojekt (IV) der DAK mit einer sozialpsychiatrischen Schwerpunkt-Praxis für die ambulante Versorgung psychisch schwer, chronisch und mehrfach Kranker sowie stationären Einrichtungen und ambulanten Leistungsanbietern in Niedersachsen

Kooperation von Praxisärzten mit Hausärzten und Ärzten anderer Fachrichtungen sowie Psychologen und Psychotherapeuten

An diesem Projekt der Integrierten Versorgung (IV) sind neben einer Schwerpunkt-Praxis und niedergelassenen Ärzten auch ambulante Pflegedienste, Sozialpsychiatrische Dienste, andere ambulante komplementäre Leistungsanbieter, Kliniken, Altenheime sowie Behindertenwerkstätten und Behindertenheime beteiligt.

Durch Kooperationen innerhalb des ländlichen Versorgungsbereiches beraten die Praxisärzte sowohl Hausärzte als auch Ärzte anderer Fachrichtungen fall- und problembezogen. Unter Beteiligung von Psychologen und Psychotherapeuten werden die Behandlungsschritte festgelegt.

Der Beginn der IV-Vereinbarung ist zum 01.04.2005 geplant. Das Projekt endet am 31.12.2006. Die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Begleitung wird vom Bereich Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt.

DAK-Projekt: Behandlungskonzept „Integrierte Versorgung Depression“ mit dem Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg (ehemals LBK), niedergelassenen Ärzten und ambulanten Leistungsanbietern (in Planung)

Projektziel: durch schnelle und effiziente Behandlung die Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und einer Chronifizierung vorzubeugen.

Die Zielsetzung des Projektes im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) ist es, durch schnelle und effiziente Behandlung in der Akutphase, die Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren, stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden und einer Chronifizierung vorzubeugen. Berücksichtigung finden ebenfalls eine Rückfall- und Rezidivprophylaxe. Die vorgesehenen Behandlungsschritte sind modellhaft in einzelnen Modulen dargestellt und können flexibel angewendet werden. Mit dem Projekt soll eine sektorübergreifende Leistungserstellung praktiziert werden, d.h. die haus- und fachärztliche Versorgung ist in Verbindung zur klinischen Versorgung vorgegeben. Die organisatorische Leitung des Projektes obliegt dem klinischen Bereich im Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten.

Der Projektbeginn ist für Mitte 2005 geplant. Das Projekt endet voraussichtlich zum 31.12.2006. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder zeigt seit 1997 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitsfälle und –tage wegen psychischer und Verhaltensstörungen sowie von Angststörungen und depressiven Störungen. Im direkten Vergleich der Jahre 1997 und 2004 haben die Arbeitsunfähigkeitstage dieser Krankheitsart um 69 %, die Erkrankungsfälle um 70 % zugenommen.

Der Anstieg der depressiven und Angststörungen kann aufgrund der Umstellung des ICD-Diagnoseschlüssels von 1999 auf 2000 nur im Vergleich zum Jahr 2000 angegeben werden. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der Ausfalltage aufgrund depressiver Störungen um 42 %, aufgrund von Angststörungen um 27 % an. Im Vergleich dazu war bei den psychischen Erkrankungen in diesem Zeitraum von fünf Jahren insgesamt nur ein Anstieg von 19 % zu verzeichnen.

Die vertiefenden Analysen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports 2005 haben eine Reihe von wichtigen Erkenntnissen zur Bedeutung der psychischen Erkrankungen sowie zu Angststörungen und depressiven Störungen geliefert:

Entwicklung psychischer Erkrankungen insgesamt

- Die Bedeutung psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren trotz des gegenüber dem letzten Jahr sinkenden Gesamt-krankenstandes weiter zugenommen
- Frauen sind deutlich häufiger von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen insgesamt sowie von Angststörungen und depressiven Störungen betroffen und weisen dementsprechend auch erheblich mehr Krankheitstage und –fälle auf.
- Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen verursachen mit zunehmendem Alter der Mitglieder immer mehr Krankheitstage und –fälle. Allerdings nimmt die relative Bedeutung für den Krankenstand aufgrund des insgesamt steigenden Krankenstandsniveaus in den höheren Altersgruppen wieder ab.
- Gerade in den jüngeren Altersgruppen ist hingegen ein überproportionaler Anstieg der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Hier sind die Altersgruppen der 15- bis 30-Jährigen (bei den Frauen) bzw. der 15- bis 35-Jährigen (bei den Männern) besonders stark betroffen. Zwischen 1997 und 2004 wiesen die jüngeren Altersgruppen zum Teil sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf. So hatten beispielsweise die Männer im Alter von 25 bis 29 Jahren einen Anstieg um 106 %, die Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren sogar eine Zunahme um 123 % zu verzeichnen.

Gegenüber 1997 Anstieg psychischer Erkrankungen um 70 %

Anstieg von Angststörungen und depressiven Störungen gegenüber 2000 um 42 % bzw. 27 %

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen hat weiter zugenommen

Frauen sind insgesamt deutlich häufiger betroffen

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu

Überproportionaler Anstieg bei den Jüngeren

Einzelne Branchen haben überdurchschnittlich Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen

- Die Analyse nach Wirtschaftsgruppen zeigt, dass insbesondere die Branchen „Gesundheitswesen“, „Öffentliche Verwaltung“ und „Organisationen und Verbände“ hohe Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen. So lag die Zahl der Ausfalltage im Gesundheitswesen um 55 %, in der Öffentlichen Verwaltung um 42 % und in Organisationen und Verbänden um 40 % über dem Bundesdurchschnitt.

Auch Branchen mit niedrigem Gesamtcrankenstand betroffen

- Überdurchschnittliche Werte zeigen auch Branchen, die hinsichtlich ihres Gesamtcrankenstandes insgesamt sogar unter dem Bundesdurchschnitt liegen, wie die Wirtschaftszweige Bildung, Kultur, Medien und Banken und Versicherungen. Auch hier liegen die Krankheitstage wegen psychischer Erkrankungen leicht über dem Bundesdurchschnitt, was bedeutet, dass die Beschäftigten in diesen Branchen ebenfalls einem höheren Risiko unterliegen, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Im Hinblick auf Ansätze zur Prävention psychischer Erkrankungen spezielle im Kontext der Arbeitswelt ist Folgendes festzuhalten:

Ansätze für betriebliche Gesundheitsförderung zum Abbau psychischer Belastungen

Die Analyse nach Wirtschaftsgruppen hat ergeben, dass psychische Erkrankungen bei Beschäftigten in bestimmten Branchen überproportional auftreten und somit für das Krankheitsgeschehen in diesen Branchen besonders charakteristisch sind. Dabei handelt es sich vor allem um das Gesundheitswesen, die öffentlichen Verwaltung, die Organisationen und Verbände, die Medien, Bildungs- und Kultureinrichtungen sowie Banken und Versicherungen.

Speziell in diesen Branchen sollten sich Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit Möglichkeiten der psychosozialen Prävention befassen:

Im Hinblick auf die helfenden Berufe (Gesundheitswesen, soziale Einrichtungen, zum Teil auch öffentliche Verwaltungen) gehört das Thema der Burn-out-Prävention in diesen Zusammenhang.

Kombination von hohen Leistungsanforderungen und geringen Handlungsspielräumen führt zu Stress

Allgemein und branchenunabhängig spielt arbeitsbedingter Stress eine Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Kombination von hohen Leistungsanforderungen und gleichzeitig geringen eigenen Handlungsspielräumen zu arbeitsbedingtem Stress führt und bei den Betroffenen das Risiko für das Auftreten insbesondere depressiver Störungen erhöht.

Entwicklung von Angststörungen und depressiven Störungen

Angststörungen und depressive Störungen sind häufigste psychische Erkrankungen

Angststörungen und depressive Störungen sind die häufigsten in Deutschland zu beobachtenden psychischen Erkrankungen. Für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben sie jedoch eine sehr unterschiedliche Bedeutung:

- 2004 waren 1,0 % der Erwerbstätigen von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Störungen betroffen.
- Die Betroffenenquote bei den Angststörungen lag deutlich niedriger: Nur 0,17 % der DAK-versicherten Beschäftigten waren 2004 aufgrund einer Angststörung arbeitsunfähig.

Geringe Relevanz bei Arbeitsunfähigkeiten

Bei beiden Krankheitsgruppen sind Frauen deutlich stärker betroffen als Männer.

Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von depressiven Störungen lag mit rund 44 Ausfalltagen je 100 Mitglieder deutlich höher als bei den Angststörungen. Nur 7,5 Ausfalltage waren 2004 je 100 Mitglieder auf eine Angststörung zurückzuführen.

Angststörungen jedoch in der Bevölkerung weiter verbreitet

Dennoch sind Angststörungen in der Bevölkerung weiter verbreitet als depressive Störungen:

- Im Laufe eines Jahres erkranken 14,5 % der Bevölkerung an einer Angststörung. Das Risiko liegt bei Frauen noch höher.

14,5 % haben innerhalb eines Jahres eine Angststörung

Das Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, ist gegenüber dem Erkrankungsrisiko für Angststörungen deutlich geringer:

- Im Laufe eines Jahres leiden ca. 8,3 % der Bevölkerung unter einer depressiven Störung.

8,3 % haben innerhalb eines Jahres eine depressive Störung

Auch bei depressiven Störungen haben Frauen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko als Männer.

Die Interpretation dieser Ergebnisse sollte im Zusammenhang mit neueren Untersuchungen zur Epidemiologie und zur Versorgungssituation psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik erfolgen. Diese Untersuchungen zeigen, dass psychische Störungen zum einen erheblich häufiger auftreten, als die Arbeitsunfähigkeiten zeigen und zum anderen, dass diese Erkrankungen in der medizinischen – insbesondere hausärztlichen Versorgung in vielen Fällen nicht erkannt und auch nicht optimal behandelt werden. Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – insbesondere im Hinblick auf die besonders verbreiteten und offenbar zunehmenden depressiven Störungen – ist eine der wichtigsten Aufgaben in den kommenden Jahren.

Verbesserung der Versorgung ist eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe

Angesichts der im Bundesgesundheitsurvey festgestellten Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung stellen die Arbeitsunfähigkeiten dieser Diagnosen nur die „Spitze des Eisbergs“ dar. Es lässt sich daher nicht entscheiden, ob der bei den Arbeitsunfähigkeiten beobachtbare Anstieg der psychischen Erkrankungen tatsächlich eine Zunahme derartiger Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung widerspiegelt oder ob diese Erkrankungen von den Ärzten nur häufiger festgestellt werden. Auch in der Literatur werden die Hintergründe für die höhere Zahl diagnostizierter Arbeitsunfähigkeiten z. T. sehr kontrovers diskutiert.

Befragung von Experten zu den Ursachen psychischer Erkrankungen

DAK-Experten-Befragung zu den Ursachen psychischer Erkrankungen

Die DAK hat die wissenschaftliche Kontroverse zum Anlass genommen, im Rahmen einer schriftlichen Expertenbefragung 22 Wissenschaftler, Psychotherapeuten, Vertreter von Kostenträgern und Unternehmen zu ihrer Einschätzung hinsichtlich der Ursachen der Zunahme psychischer Erkrankungen zu befragen.

Kombination mehrerer Faktoren verantwortlich

Die Auswertung ergab, dass sich für die Zunahme psychischer Erkrankungen offenbar nicht nur eine Ursache herauskristallisiert, sondern eine Kombination mehrerer Faktoren für die Entwicklung verantwortlich gemacht wird:

Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nimmt zu

- Ein großer Teil der Befragten war der Ansicht, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung zunimmt.
- Auf der anderen Seite wurde auch eine höhere Entdeckungsrate für die steigenden Zahlen verantwortlich gemacht. Dies wurde auf die folgenden Faktoren zurückgeführt:

Verbesserte Entdeckungsrate aufgrund erhöhter Akzeptanz bei Ärzten und Patienten

- Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen
- Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Erkrankung für sich zu akzeptieren.
- Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.

Arbeitsbedingte Faktoren spielen eine wichtige Rolle:

Darüber hinaus wurden die Experten befragt inwieweit arbeitsbedingter Faktoren aus ihrer Sicht einen Einfluss auf die Genese von psychischen Erkrankungen haben. Die Experten sahen bei verschiedenen arbeitsbedingten Faktoren einen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gegeben:

Steigende Arbeitsbelastungen sowie

Auf der Seite der „Arbeitsbelastungen“ werden überhöhte Anforderungen, geringe Möglichkeit der Einflussnahme sowie hohe Unsicherheit (geringe Berechenbarkeit) für die Genese von psychischen Erkrankungen verantwortlich gemacht.

Wegfall wichtiger Ressourcen

Auf der Seite der „Ressourcen“ wurde geringer sozialer Unterstützung, geringer Bedeutsamkeit sowie geringer Belohnung eine wichtige Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen zugemessen.

Einige Experten sahen Arbeitsbelastungen jedoch nicht als eigentliche Ursache für psychische Erkrankungen an. Diese könnten jedoch bei Personen, die eine entsprechende Disposition für die Ausprägung psychischer Erkrankungen hätten, entsprechende psychische Störungen auslösen oder verstärken.

Vor dem Hintergrund des in der Arbeitswelt zu beobachtenden Wandels der Rahmenbedingungen und der Belastungsstrukturen, wurden die Experten gebeten, zu vier vorgegebenen Hypothesen Stellung beziehen, inwieweit diese Entwicklungen aus ihrer Sicht in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten stehen:

- Die mit einer zunehmenden „Arbeitsverdichtung“ einhergehenden Belastungen wie erhöhter Leistungsdruck auf der einen Seite sowie eine Verringerung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume und eine Verschlechterung der sozialen Beziehungen auf der anderen Seite, wurde für die Entstehung von psychischen Erkrankungen mit verantwortlich gemacht. Jedoch sei auch die individuelle Fähigkeit des Umgangs mit Belastungen entscheidend.
- „Die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren“ wurde ebenfalls weitgehend übereinstimmend als relevant angesehen. Unsichere Berufsperspektiven und Angst vor Arbeitslosigkeit führten zu hohem Leistungsdruck. Durch erhöhte Anforderungen an Flexibilität sei die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke schwierig. Einige Experten wandten dagegen ein, dass diese Entwicklung auch Chancen biete, da die Bedingungen durch einen Arbeitsplatzwechsel auch verbessert werden könnten.
- Der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft als Auslöser für psychische Erkrankungen wurde von den Experten sehr kontrovers diskutiert. Der Wandel sei an sich noch kein Belastungsfaktor, sondern wirke erst in Kombination mit den beiden vorgenannten Faktoren beeinträchtigend, zumal es sich hierbei nicht unbedingt um eine Zunahme der Arbeitsbelastung handele, sondern eher um eine Verschiebung der Faktoren weg von körperlichen hin zu psychischen Belastungsfaktoren. Vermehrte Emotionsarbeit im Dienstleistungssektor könne einerseits zu Burn-out führen, andererseits aber auch soziale Kontakte fördern und positive Effekte haben. Die Entwicklung könne jedoch insbesondere dann zu einer Verstärkung psychischer Belastungen führen, wenn soziale und kommunikative Fertigkeiten nicht geschult und regelmäßig supervidiert würden.
- Auch die „Entgrenzung und Subjektivierung“ der Arbeit wurde von der Mehrheit der Experten nicht nur mit steigenden negativen Belastungen für die Beschäftigten verbunden. Die damit verbundenen erhöhten Anforderungen an Selbststeuerung und das selbständige Lösen von Problemen sei nur dann ein Risikofaktor für die Genese psychischer Störungen, wenn Überforderung oder starke Fremdkontrolle vorlägen.

Führt der Wandel der Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt zu einem Anstieg?

„Arbeitsverdichtung“

„Erosion des Normalarbeitsverhältnisses“

„Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft“

„Entgrenzung und Subjektivierung“

Deutlich wurde, dass eine Veränderung der Arbeitsbelastung immer dann für die Beschäftigten am ehesten mit einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des psychischen Wohlbefindens einhergeht, wenn die Arbeitstätigkeit mit ausreichenden Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung sowie ausreichenden Handlungs- und Entscheidungsspielräumen verbunden ist.

Bevölkerungsumfrage zu Erfahrungen und Umgang der Bevölkerung mit psychischen Erkrankungen

Hohe Aufmerksamkeit psychischer Erkrankungen in den Medien

Psychische Erkrankungen sind ein in der Bevölkerung zunehmend breit diskutiertes Thema. Dazu trägt sicherlich auch die hohe Aufmerksamkeit bei, die der Problematik in den Medien zuteil wird. Die Tatsache, dass immer mehr Menschen über Symptome und Hintergründe psychischer Erkrankungen informiert sind, führt offenbar dazu, dass auch in der ärztlichen Praxis offener über psychische Beschwerden gesprochen wird bzw. eine psychische Störung als Diagnose vom Patienten eher akzeptiert wird.

Spielen Tabuisierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter noch eine Rolle spielen.

Die DAK wollte jedoch wissen, inwieweit Tabuisierung und Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der deutschen Bevölkerung nach wie vor noch eine Rolle spielen. Wie ist die Einstellung zu psychischen Erkrankungen bei Kollegen und Vorgesetzten? Werden psychische Erkrankungen als Ursache für Fehlzeiten genauso akzeptiert wie körperliche Erkrankungen?

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde daher eine repräsentative Stichprobe von mehr als 1000 Erwerbstätigen zu ihrer Wahrnehmung und der Akzeptanz psychischer Erkrankungen gefragt.

Die Befragung der Bevölkerung ließ die folgenden Schlüsse zu:

Dem Anschein nach keine Stigmatisierung oder Tabuisierung

Skepsis gegenüber „Simulanten“

Zweifel am Verständnis von Vorgesetzten und Kollegen

Männern haben eher Hemmungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen

- Einerseits vermeiden die Beschäftigten in der Befragung jeden Anschein von Tabuisierung oder Stigmatisierung psychisch Erkrankter.
- Untergründig kann jedoch nach wie vor eine gewisse Skepsis beobachtet werden, ob psychische Erkrankungen nicht teilweise doch auf "Simulation" oder übertriebener Schonhaltung beruhen.
- Ein großer Teil der Befragten äußerte Bedenken, bei einer psychischen Erkrankung das Verständnis der Vorgesetzten und Kollegen zu finden.
- Auch wurden noch gewisse Hemmschwellen vor allem bei Männern beobachtet, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Erkrankungen

Die angemessene Behandlung psychisch kranker Menschen stellt eine Herausforderung dar, der das Gesundheitssystem offenbar nicht in gleichem Maße nachkommt, wie etwa bei der Versorgung somatischer Erkrankungen. Nach Befunden des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erhält nur ein kleiner Teil von Menschen mit psychischen Störungen eine als adäquat zu bezeichnende Behandlung.

Die DAK hat auf die vom Sachverständigenrat in Bezug auf die Behandlung psychischer Erkrankungen zusammengestellten Empfehlungen mit einer Reihe von Projekten und Vorhaben reagiert.

Empfehlungen der DAK

Die Ausführungen haben gezeigt, dass psychische Erkrankungen und insbesondere depressive Störungen in den vergangenen Jahren weiter zugenommen haben. Vor dem Hintergrund der Analysen empfiehlt die DAK im Hinblick auf die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen:

- Ansätze für betriebliche Gesundheitsförderung bieten sich vor allem bei der Stärkung von Ressourcen, die für Bewältigung von Stress und erhöhten Leistungsanforderungen von großer Bedeutung sind. Dazu gehört die Verbesserung des sozialen Klimas in den Betrieben sowie die Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums und der Mitbestimmungsmöglichkeiten in den Betrieben.
- Trotz einer deutlichen Abnahme von Stigmatisierung und Tabuisierung psychisch Erkrankter, befürchten Beschäftigte nach wie vor, bei einer psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz kein Verständnis bei Vorgesetzten und Kollegen zu finden. Hier sollte eine innerbetriebliche Aufklärungsarbeit dazu beitragen, die Akzeptanz weiter zu verbessern.
- Ein großer Teil der Betroffenen erhält noch immer keine angemessene Behandlung. Die Behandlungsquote sollte durch eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte weiter verbessert werden. Die für den hausärztlichen Bereich bereits existierenden evidenzbasierten Leitlinien sollten zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen konsequent implementiert werden.
- Auch wenn die Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich verbessert werden konnte, sind insbesondere bei männlichen Betroffenen nach wie vor Vorbehalte zu erkennen, sich in eine entsprechende Behandlung zu begeben. Hier sind insbesondere die Hausärzte gefragt, verstärkt auf mögliche Zusammenhänge von somatischen Symptomen mit psychischen Erkrankungen zu achten und die Patienten bezüglich einer geeigneten Therapie zu beraten.

Versorgungsdefizite bei der Behandlung psychisch Erkrankter

DAK hat Modellprojekte angestoßen

Betriebliche Gesundheitsförderung

Mehr Verständnis am Arbeitsplatz

Stärkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

Erhöhte Aufmerksamkeit bei den Hausärzten

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

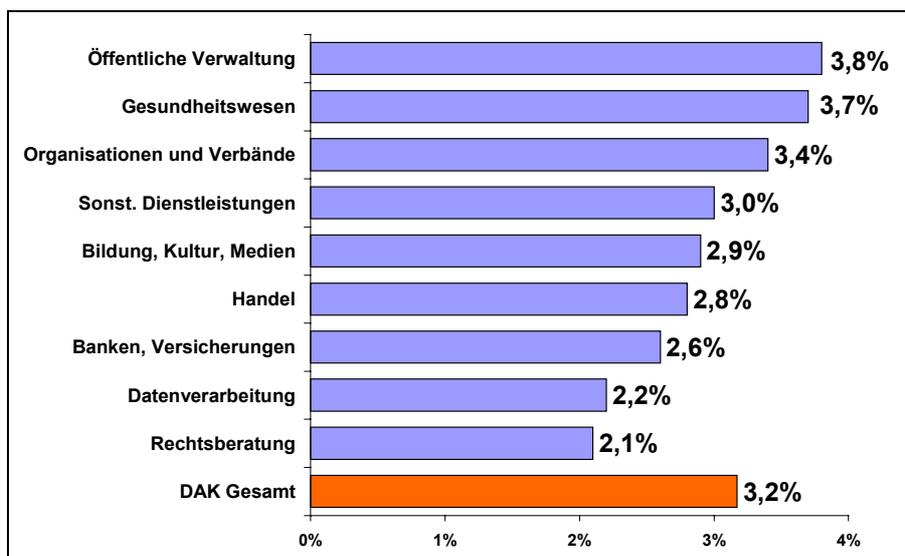
Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Arbeitgeber der DAK-Mitglieder zu den Wirtschaftszweigen des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes.⁴¹

Betrachtung von Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den Wirtschaftsgruppen, in denen die meisten DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet. Dabei handelt es sich um die in Abbildung 43 dargestellten Branchen „Öffentliche Verwaltung“, „Gesundheitswesen“, „Organisationen und Verbände“, „Sonstige Dienstleistungen“, „Bildung, Kultur, Medien“, „Handel“, „Banken, Versicherungen“, „Datenverarbeitung“ sowie „Rechtsberatung“. Abbildung 44 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 43

**Abb. 43
Krankenstands-
werte 2004 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit
besonders hohem
Anteil von DAK-
Mitgliedern**



Quelle: DAK AU-Daten 2004

⁴¹ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um die für die DAK besonders charakteristischen Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können. Die Zuordnung ist aus den Tabellen A5 und A6 im Tabellenanhang ersichtlich.

Die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ und „Gesundheitswesen“ liegen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 3,8 % und 3,7 % an der Spitze. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Rechtsberatung“ und „Datenverarbeitung“ mit 2,1 % und 2,2 %.

„Öffentliche Verwaltung“ an der Spitze

Der hohe Krankenstand in der „Öffentlichen Verwaltung“ ist auf eine hohe Fallhäufigkeit zurückzuführen: Je 100 Versichertenjahre wurden 124,7 Erkrankungsfälle beobachtet. Die Erkrankungsdauer lag mit durchschnittlich 11,2 Tagen dagegen im Durchschnitt aller Branchen. Die hohe Fallhäufigkeit bei gleichzeitig durchschnittlicher Falldauer weist daher auf eine erhöhte Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen hin

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 begründet⁴². Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z.B. „Rechtsverwaltung“ und „Datenverarbeitung“, in denen beeinträchtigte Arbeitnehmer aufgrund des hohen Wettbewerbsdrucks vergleichsweise seltener in ihrem Beschäftigungsverhältnis verweilen können.

Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit, als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 Versichertenjahre konnten 2004 107,4 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt jeweils 12,5 Tage dauerten.

Gründe für hohen Krankenstand im Gesundheitswesen

Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen: Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im *DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege* umfassend analysiert worden⁴³. Ein Ergebnis dieser Analysen war die weit überdurchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen. Der Gesundheitsreport befasst sich insbesondere mit der Arbeitssituation in der Krankenpflege und identifiziert Faktoren, die als Ursachen für arbeitsbedingten Stress anzusehen sind.

DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege gibt Aufschluss über Ursachen des überdurchschnittlichen Krankenstandes im „Gesundheitswesen“

Die DAK hat zusammen mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eine erneute Studie in Auftrag gegeben, um aktuelle Informationen über Zusammenhänge von belastenden Arbeitsbedingungen und Erkrankungen in Krankenpflegeberufen zu dokumentieren. Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich zur Jahresmitte 2005 veröffentlicht werden.

⁴² Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

⁴³ DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege

Geringer Krankenstand in den Branchen „Rechtsberatung“

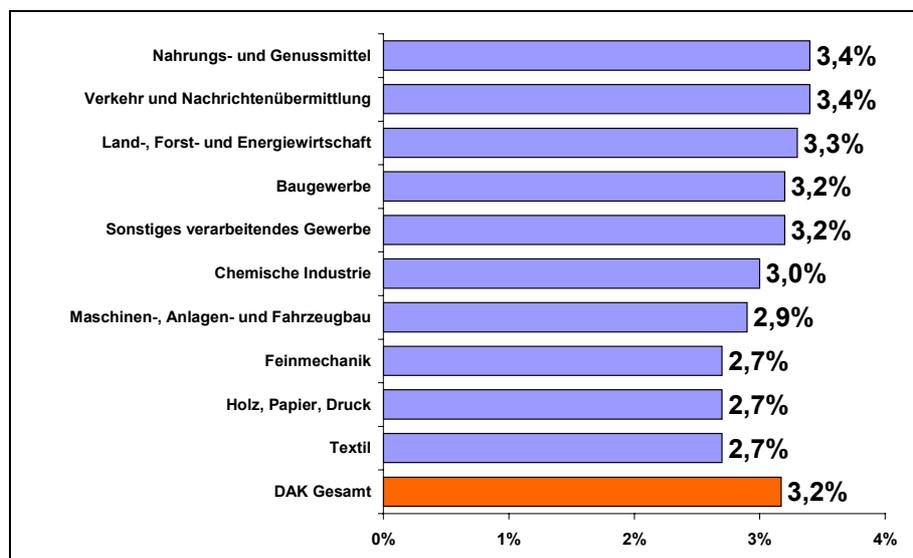
Die sehr niedrigen Krankenstände in den Branchen „Rechtsberatung“ und „Datenverarbeitung“ sind sowohl auf die sehr geringe Erkrankungshäufigkeit, als auch auf die kurze Erkrankungsdauer zurückzuführen: 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig waren 2004 nur rund 77 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte dabei nur 9,8 Tage.

und „Datenverarbeitung“

In der Branche „Datenverarbeitung“ entfielen auf 100 ganzjährig Beschäftigte rund 83 Fälle von Arbeitsunfähigkeit mit einer durchschnittlichen Falldauer von nur 9,7 Tagen.

Abbildung 44

**Abb. 44
Krankenstands-
werte 2004 in den
zehn übrigen
Wirtschafts-
gruppen**



Quelle: DAK: AU-Daten 2004

Abbildung 44 zeigt die Krankenstände in den übrigen 10 Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass ein Großteil der Branchen, die vor allem dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Werte haben.

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

In Abbildung 45 und Abbildung 46 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der beiden Jahre 2003 und 2004 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 allgemeine Krankenstandsrückgang branchenübergreifend in allen Wirtschaftszweigen zu beobachten war. Gegenüber 2003 sank das Krankenstandsniveau um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte. In der Branche „Sonstige Dienstleistungen“ war sogar ein Rückgang um 0,4 Prozentpunkte (von 3,4 % auf 3,0 %) zu verzeichnen.

Abbildung 45

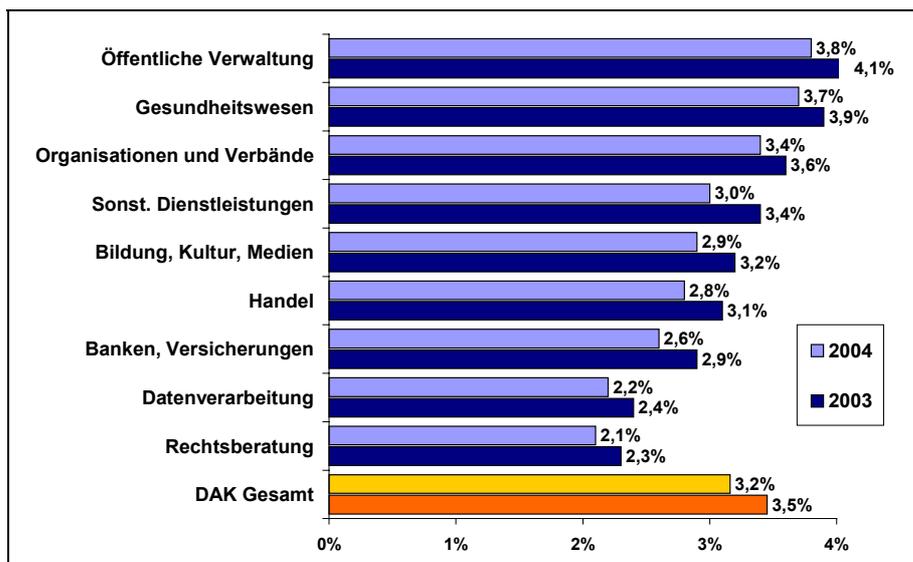


Abb. 45
Entwicklung der Krankenstandswerte 2003 - 2004 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Quelle: DAK 2004

Abbildung 46

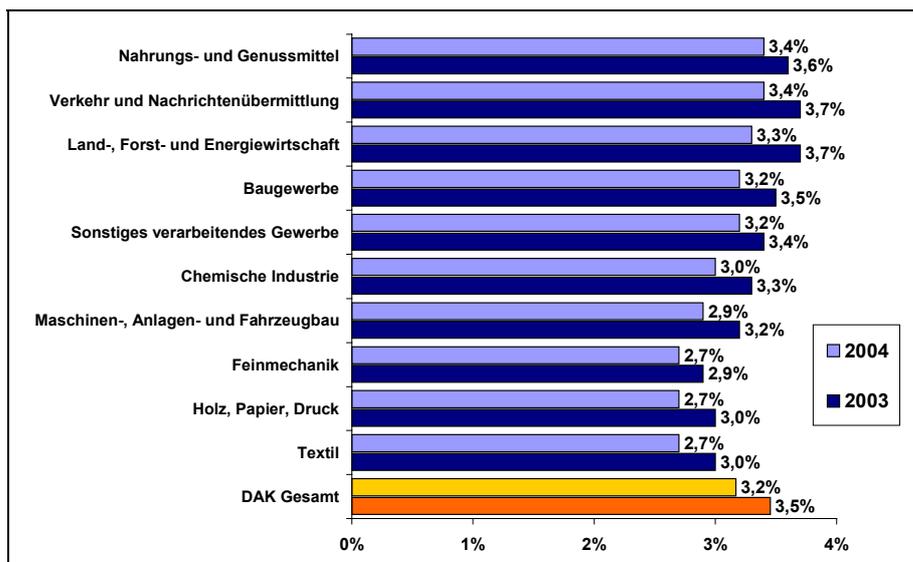


Abb. 46
Entwicklung der Krankenstandswerte 2003 - 2004 in den zehn übrigen Wirtschaftszweigen

Quelle: DAK 2004

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf einer 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 2 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2004.

Tabelle 4: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2004

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,6%	954,5	85,3	11,2
Bayern	2,8%	1.029,4	89,1	11,5
Berlin*	4,0%	1.481,7	110,3	13,4
Bremen	3,2%	1.158,6	102,7	11,3
Hamburg	3,0%	1.098,2	92,4	11,9
Hessen	3,2%	1.161,8	103,5	11,2
Niedersachsen	3,1%	1.138,1	99,6	11,4
Nordrhein-Westfalen	3,1%	1.118,3	95,9	11,7
Rheinland-Pfalz	3,3%	1.206,2	101,2	11,9
Saarland	3,8%	1.399,9	99,0	14,1
Schleswig-Holstein	3,0%	1.090,6	97,5	11,2
Westliche Bundesländer	3,0%	1.111,2	95,5	11,6
Brandenburg	3,9%	1.430,1	121,7	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	3,9%	1.423,7	127,1	11,2
Sachsen	3,6%	1.312,7	118,2	11,1
Sachsen-Anhalt	3,7%	1.367,2	123,5	11,1
Thüringen	3,6%	1.335,1	121,5	11,0
Östliche Bundesländer	3,8%	1.378,6	122,3	11,3
DAK Gesamt	3,2%	1.157,1	100,4	11,5

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

Der Gesamtkrankenstand von 3,2 % zeigt erhebliche regionale Unterschiede. Wie bereits in den Vorjahren sind auch im Jahr 2004 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 47):

Abbildung 47

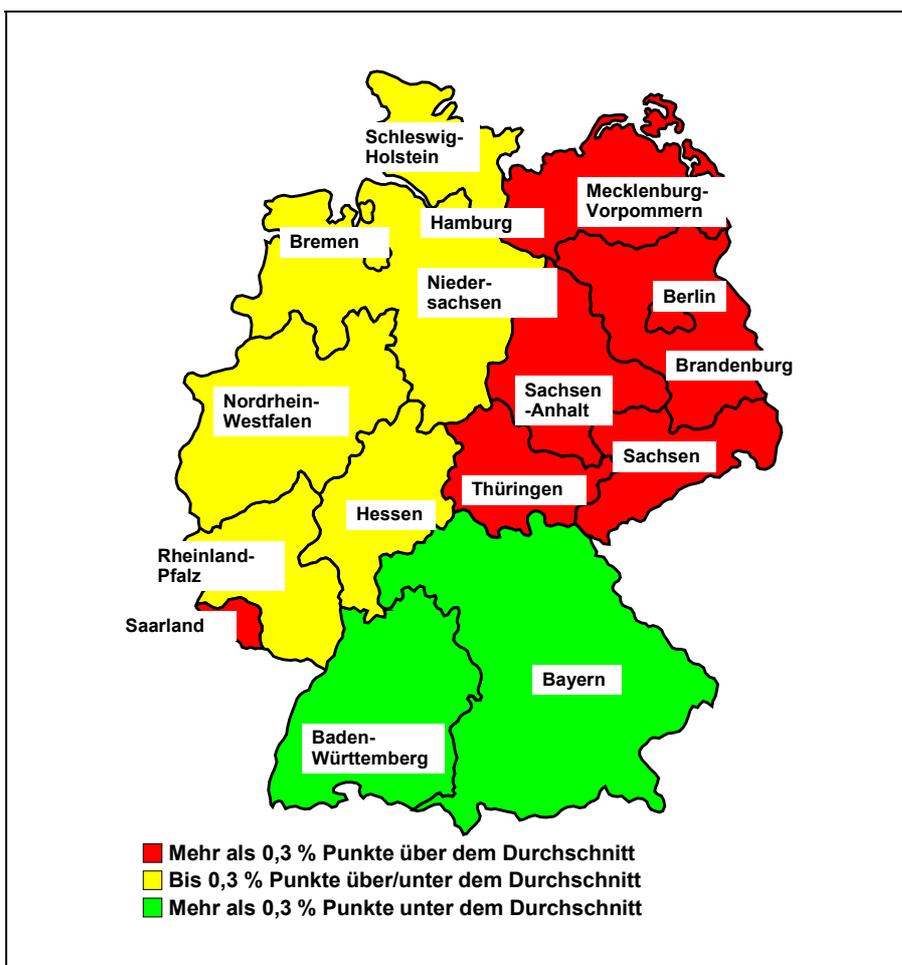


Abb. 47 Bundesländer mit Krankenständen am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern verzeichnen besonders günstige Werte: 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, in Bayern liegt der Krankenstand auch 2004 mit 2,8 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Mit Ausnahme des Saarlands liegen die westlichen Bundesländer nahe am Bundesdurchschnitt von 3,2 %.

Günstigste Krankenstandswerte in Süddeutschland

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Krankenstand im Saarland immer noch deutlich über dem Durchschnitt

Das Saarland liegt als einziges westliches Bundesland mit 3,8 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Verantwortlich für den überdurchschnittlichen Krankenstand im Saarland ist die mit 14,1 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.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet, jedoch liegen in diesem Jahr auch in den östlichen Bundesländern alle Werte unter 4 %. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen und Thüringen dar, wo mit 3,6 % die niedrigsten Krankenstände der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. In Sachsen-Anhalt wurden 3,7 % verzeichnet und in den übrigen beiden Ländern (Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) 3,9 %.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

Die erhöhten Krankenstandswerte in den fünf östlichen Bundesländern sind auf eine deutlich überdurchschnittliche Fallhäufigkeit zurückzuführen.

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre in den westlichen Ländern zwischen 85,3 (Baden-Württemberg) und 103,5 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 118,2 (Sachsen) und 127,1 (Mecklenburg-Vorpommern) auf. Allerdings ist die Fallhäufigkeit in allen Bundesländern im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

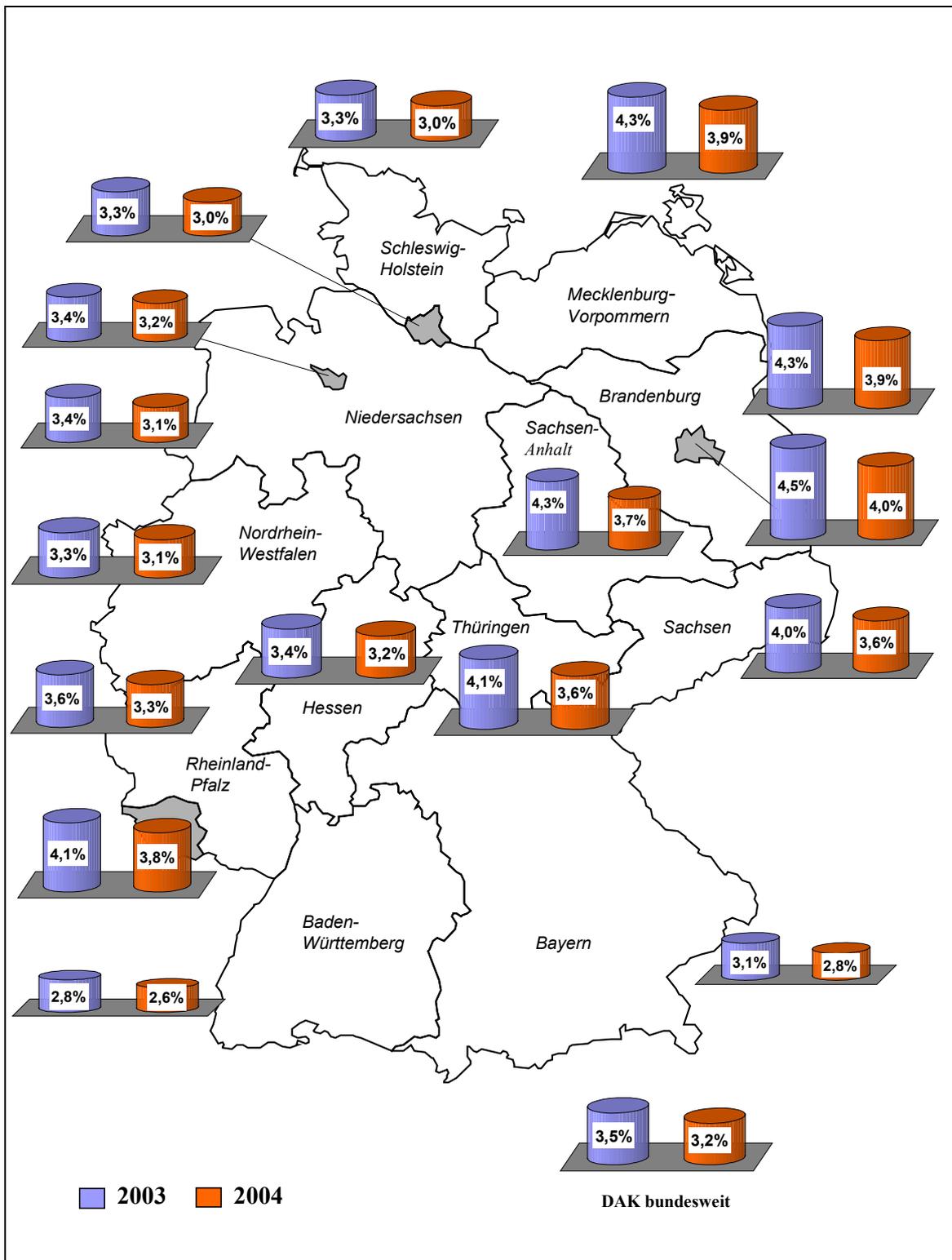
In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 2004 ist festgestellt worden, dass die höheren Krankenstände in den neuen Bundesländern zu einem Teil auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind. Das heißt: In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitglieder in Branchen, die allgemein höhere Krankenstände haben.

Berlin hat mit 4,0% den höchsten Krankenstand aller Bundesländer

Berlin steht mit einem Krankenstand von 4,0 % nach wie vor an der Spitze des Krankenstandsgeschehens aller Bundesländer. Der vergleichsweise hohe Krankenstand (4,0 %) ist ebenfalls vor allem auf die erhöhte Fallhäufigkeit zurückzuführen (110,3 Fälle pro 100 Versichertenjahre). Auch die Dauer eines durchschnittlichen Falls ist mit 13,4 Tagen hoch. Gegenüber 2003 ist der Krankenstand aufgrund eines deutlichen Rückgangs der Fallhäufigkeit (2003: 124,2 Fällen) von 4,5 % auf 4,0 % gesunken.

Für Berlin ließ sich 2004 ein gewisser Einfluss einer ungünstigeren Wirtschaftsstruktur auf das Krankenstandsniveau bestätigen, der aber nicht ausreicht, um die massive Abweichung vom Bundesdurchschnitt zu erklären. Für den höheren Krankenstand in der Hauptstadt muss somit nach anderen Ursachen gesucht werden.

Abbildung 48: Krankenstandswerte der Jahre 2003 und 2004 nach Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2003/2004

Entwicklung des Krankenstandes 2003 - 2004

Abbildung 25 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2004 im Vergleich zum Vorjahr.

Der Rückgang des Krankenstands ist in allen Bundesländern zu beobachten. In den meisten westlichen Bundesländern ist der Krankenstand im Vergleich zu 2003 um 0,2 oder 0,3 Prozentpunkte gesunken. Ausnahmen bilden der Stadtstaat Berlin und das Land Hessen. In Berlin ist sogar ein Rückgang des Krankenstands um 0,5 Prozentpunkte zu verzeichnen (von 4,5 % auf 4,0 %), in Hessen sank der Krankenstand von 3,6 % auf 3,2 %.

Stärkster Rückgang des Krankenstands in Sachsen-Anhalt

In den östlichen Bundesländern ist durchschnittlich ein stärkerer Rückgang des Krankenstands zu verzeichnen als in den westlichen Bundesländern. In Sachsen-Anhalt sank der Krankenstand sogar um 0,6 Prozentpunkte von 4,3 % auf 3,7 %. In keinem anderen Bundesland ist ein so großer Rückgang zu beobachten. In Thüringen sank der Krankenstand ebenfalls um einen halben Prozentpunkt (2003: 4,1 %). In den übrigen östlichen Bundesländern (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen) hat sich der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr um 0,4 Prozentpunkte verändert.

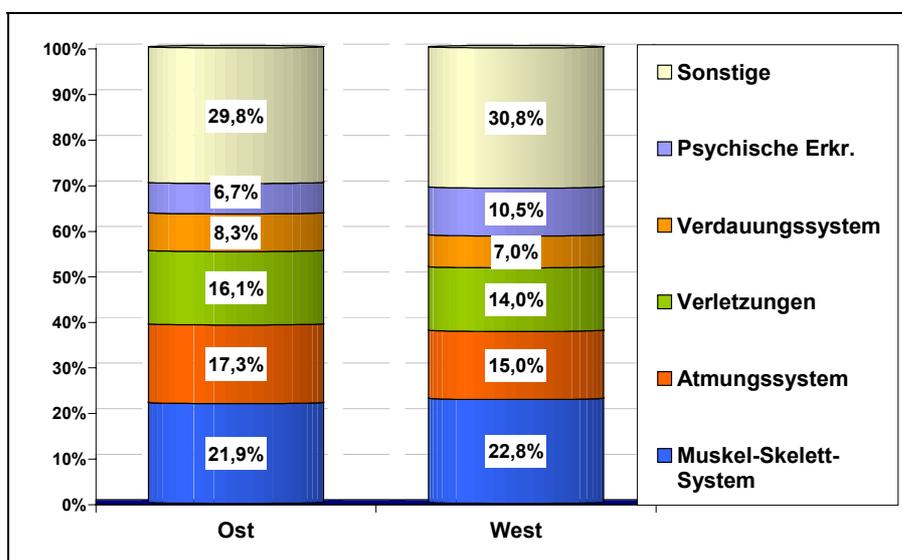
Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2003 und 2004 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreports wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 49 zeigt die Anteile am Krankenstand 2004 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 49



Quelle: DAK AU-Daten 2004

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems eine etwas 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.

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei den psychischen Erkrankungen: Der Anteil lag hier in den westlichen Bundesländern bei 10,5 % gegenüber 6,7 % in den östlichen Bundesländern. Der Anteil psychischer Erkrankungen hat im Vergleich zum Vorjahr sowohl in Ost als auch in West deutlich zugenommen (vgl. Kapitel 4).

Abb. 49
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern

Psychische - Erkrankungen nach wie vor größere Bedeutung in den westlichen Ländern

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Analyse des Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von 8 Jahren möglich

Zum siebten Mal 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 2004 analysiert werden.

Positive Bilanz:

Für das Jahr 2004 kann eine positive Bilanz gezogen werden: Der Krankenstand liegt bei 3,2 % und sank damit nach fünf Jahren erstmals wieder auf den Wert von 1998. Somit konnte der bis Ende der 90er Jahre anhaltende Trend zu wieder steigenden Krankenständen nicht nur gestoppt, sondern sogar umgekehrt werden.

Sinkender Krankenstand

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat einen krankensstandssenkenden Einfluss

Eine monokausale Erklärung für das bei DAK-Mitgliedern niedrige und gegenüber dem Vorjahr weiter gesunkene Krankenstandsniveau kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können:

- Auf volkswirtschaftlicher Ebene besteht ein enger Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Konjunktur und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe des Krankenstandes. Bei schwacher Konjunktur und steigender Arbeitslosigkeit sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau. Die schwache konjunkturelle Entwicklung der letzten Jahre übt in diesem Sinne einen tendenziell krankensstandssenkenden Einfluss aus.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen Anstieg des Krankenstandes

- Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krankmachende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes geführt hat, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Die Praxisgebühr als mögliche Ursache für den Rückgang von Krankschreibungen Kurzeiterkrankungen

- Ein Faktor, der bei der Diskussion um den Krankenstand möglicherweise in Betracht gezogen werden sollte, ist die Einführung der Praxisgebühr zum 1.1. 2004. Im Jahr 2004 ist ein Rückgang besonders bei den kurzen Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Beschäftigten gerade bei leichten Erkrankungen (z.B. Erkältungen) jetzt häufiger auf eine Krankschreibung verzichten, um die Praxisgebühr zu sparen.

Schlussfolgerungen aus den Analysen im Rahmen des Schwerpunktthemas zu Psychische Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen:

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder zeigen seit 1997 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitsfälle und –tage wegen psychischer und Verhaltensstörungen sowie von Angststörungen und depressiven Störungen. Im direkten Vergleich der Jahre 1997 und 2004 haben die Arbeitsunfähigkeitstage dieser Krankheitsart um 69 %, die Erkrankungsfälle um 70 % zugenommen. Auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von Angststörungen und Depressionen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Vor dem Hintergrund der Analysen empfiehlt die DAK im Hinblick auf die Prävention psychischer Erkrankungen:

- Ansätze für betriebliche Gesundheitsförderung bieten sich vor allem bei der Stärkung von Ressourcen, die für Bewältigung von Stress und erhöhten Leistungsanforderungen von großer Bedeutung sind. Dazu gehört die Verbesserung des sozialen Klimas in den Betrieben sowie die Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums und der Mitbestimmungsmöglichkeiten in den Betrieben.
- Trotz einer deutlichen Abnahme von Stigmatisierung und Tabuisierung psychisch Erkrankter, befürchten Beschäftigte nach wie vor, bei einer psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz kein Verständnis bei Vorgesetzten und Kollegen zu finden. Hier sollte eine innerbetriebliche Aufklärungsarbeit dazu beitragen, die Akzeptanz weiter zu verbessern.
- Ein großer Teil der Betroffenen erhält noch immer keine angemessene Behandlung. Die Behandlungsquote sollte durch eine Stärkung der psychiatrischen Kompetenz aller Professionellen, die an der Versorgung depressiv Erkrankter beteiligt sind, insbesondere jedoch der Hausärzte weiter verbessert werden. Die für den hausärztlichen Bereich bereits existierenden evidenzbasierten Leitlinien sollten zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen konsequent implementiert werden.
- Auch wenn die Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich verbessert werden konnte, sind insbesondere bei männlichen Betroffenen nach wie vor Vorbehalte zu erkennen, sich in eine entsprechende Behandlung zu begeben. Hier sind insbesondere die Hausärzte gefragt, verstärkt auf mögliche Zusammenhänge von somatischen Symptomen mit psychischen Erkrankungen zu achten und die Patienten bezüglich einer geeigneten Therapie zu beraten.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Mehr Verständnis am Arbeitsplatz

Stärkung der Kompetenzen im Versorgungssystem

Erhöhte Aufmerksamkeit bei den Hausärzten

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse auf Seite 99.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Analysen im Rahmen des Schwerpunktthemas finden Sie auf Seite 99.

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2003

Auswertungen nach Berufsgruppen auf der Basis des Jahres 2003

In diesem Abschnitt des DAK Gesundheitsreports 2005 werden die Krankenstände des Jahres 2003 nach Berufsgruppen analysiert und mit den Daten des Jahres 2002 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 für den Gesundheitsreport 2004 erstmalig ein neues Verfahren der Erfassung der Berufszugehörigkeit angewandt wurde.⁴⁵

Auswertung gemäß 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 (=68 % aller DAK-Versicherten). Abbildung 50 zeigt die Krankenstände dieser zehn Berufsgruppen im Vergleich zur DAK insgesamt im Jahr 2003.

Berufsfahrer mit höchstem Krankenstand

Den höchsten Krankenstandswert der zehn dargestellten Gruppen weisen mit 4,5 % die „Berufe des Landverkehrs“ (z.B. Berufskraftfahrer) auf. In dieser Berufsgruppe sind sowohl die Fallhäufigkeit (123,6 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Falldauer (13,2 Tage) überdurchschnittlich.

Krankenstand bei Lagerarbeitern, im Gesundheitsdienst und in der Sozialpflege ebenfalls über dem Durchschnitt

Auch die „Lagerverwalter/Lager- und Transportarbeiter“, die „Übrigen Gesundheitsdienstberufe“ (Berufe im „Gesundheitswesen“ mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) und die sozialpflegerischen Berufe liegen mit Krankenstandswerten von 4,2 %, 3,8 % bzw. 3,6 % zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Während Lagerverwalter besonders häufig erkrankten (139,6 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre), ist der hohe Krankenstand in den Gesundheitsdienstberufen vor allem auf eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungsdauer (12,7 Tage je AU-Fall) zurückzuführen. In der Sozialpflege ist wiederum die Fallhäufigkeit besonders hoch (125,2 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 50

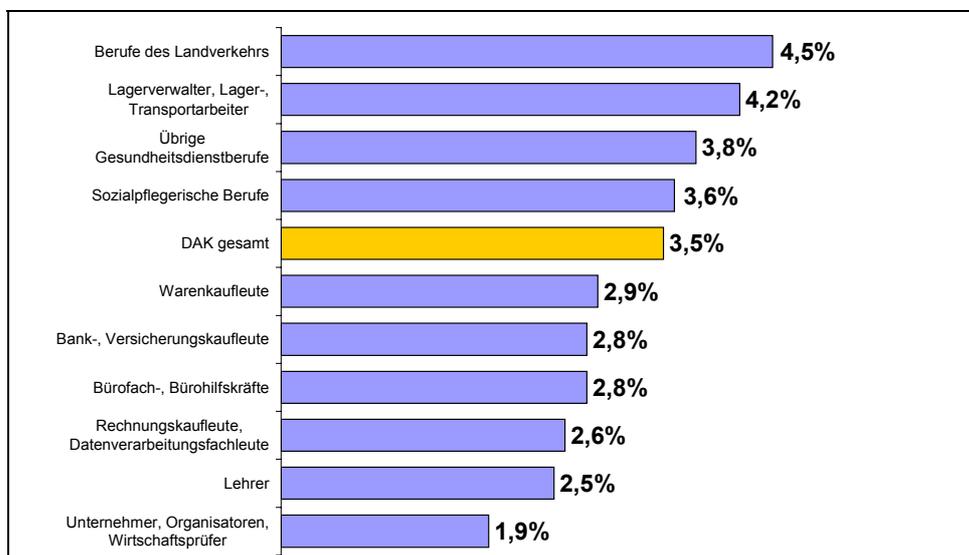


Abb. 50
Krankenstände der zehn Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern 2003

Quelle: DAK 2005

„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2003 wieder einen besonders niedrigen Krankenstand (1,9 %). Dies lag an der sehr geringen Häufigkeit von Krankheitsfällen (73,6 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) sowie der niedrigsten Falldauer (9,2 Tage je AU-Fall) der hier betrachteten zehn Berufsgruppen. Aber auch Lehrer und Datenverarbeitungskaufleute hatten mit 2,5 % und 2,6 % deutlich unter dem Durchschnitt liegende Krankenstände.

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand

Abbildung 51

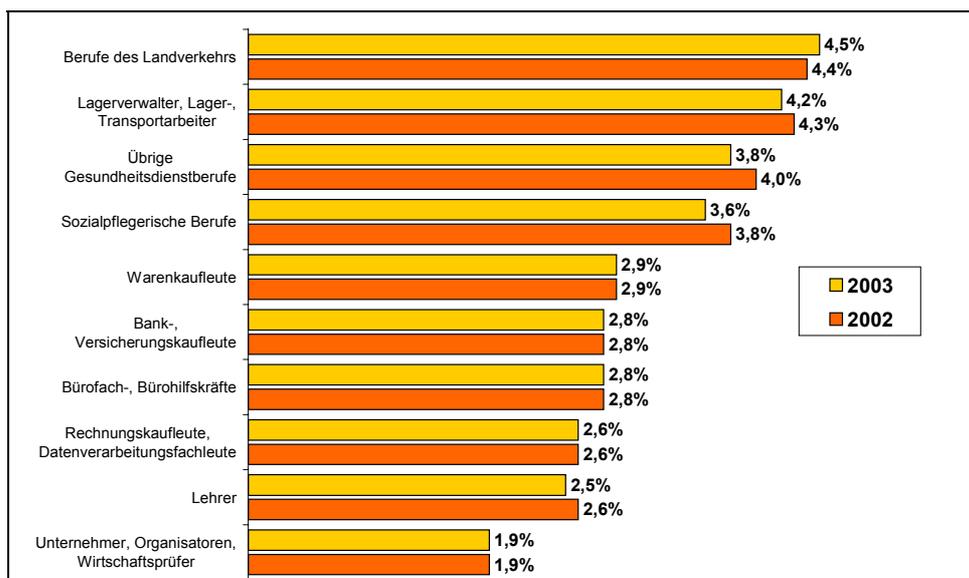


Abb. 51
Krankenstände in den zehn wichtigsten Berufsgruppen 2003 Vergleich zum Vorjahr

Quelle: DAK 2004

Leichte Veränderungen bei den Krankenständen gegenüber 2002

Der Vergleich des Krankenstands 2003 der Berufsgruppen mit 2002 zeigt leichte Veränderungen (s. Abbildung 51). Einen geringfügigen Anstieg des Krankstands gab es bei den Berufen des Landverkehrs (von 4,4 % auf 4,5 %). Geringfügige Rückgänge des Krankenstandes waren bei den Lehrern (2,6 % gegenüber 2,5 % im Vorjahr) und bei den Lagerverwaltern zu beobachten (von 4,3 % auf 4,2 %). In der Berufsgruppe „Sozialpflegerische Berufe“ und „Übrige Gesundheitsberufe“ sank der Krankenstand jeweils um 0,2 Prozentpunkte.

Erhöhte Krankenstände bei Berufen mit hohen physischen und/oder psychosozialen Belastungen.

Unterschiede im AU-Geschehen zwischen einzelnen Berufsgruppen können durch berufsspezifische Arbeitsbedingungen begründet sein.

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 wesentlich auch davon ab, inwieweit dem Beschäftigten Möglichkeiten der Bewältigung von Arbeitsanforderungen und zum Ausgleich von belastenden Situationen zur Verfügung stehen. So kann eine hohe Arbeitszufriedenheit durch die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Organisation und die Inhalte der Arbeit, ein gutes Betriebsklima oder flexible Arbeitszeitgestaltung den Umgang mit belastenden Arbeitssituationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen.

Zusammenspiel belastender und stärkender Arbeitsbedingungen hat Auswirkung auf AU-Geschehen.

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. Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen können daher vor allem auch über die Befragungen von Beschäftigten gewonnen werden.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Die DAK arbeitet seit Jahren 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 Berufsgruppen⁴⁶ liegen in schriftlicher Form vor und können bei der Hauptgeschäftsstelle der DAK bezogen werden.

Befragung von Beschäftigten in Berufen mit hoher Stressbelastung.

Eine Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 2002 und 2003 aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen.

Übersichtstabelle im Anhang

⁴⁶ Friseure, 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 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2004 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 Versichertenjahre.

... pro 100 Versichertenjahre

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 Versichertenjahre.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

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

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

Krankenstand

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 366⁴⁷, so erhält man den Krankenstandswert.

Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre

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

Durchschnittliche Falldauer

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

Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

⁴⁷ Das Jahr 2004 war ein Schaltjahr, in den anderen Jahren beziehen sich die Berechnungen entsprechend auf 365 Kalendertage.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die 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, berechnet man sogenannte *standardisierte Kennzahlen*.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

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 jeweils der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik.

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 Einzeldiagnosen, 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 der Jahre 2000, 2001, 2002 sowie 2003 vergleichbar.

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10 zum 01.01.2000

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

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10 kann zu Verzerrungen bei Betrachtung längerer Zeitreihen führen

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

Vergleich mit Daten der Vorjahre ab 2000 zulässig

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 blutbildenden 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: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2003 und 2004 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 2004.....	126
Tabelle A2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003.....	127
Tabelle A3:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004.....	128
Tabelle A4:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004.....	128
Tabelle A5:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004	129
Tabelle A6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003	131
Tabelle A7:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2004	132
Tabelle A8:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2003	133
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2003.....	134
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2002.....	135

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	47,8	8,2	5,8	4,1%
	Männer	46,3	7,9	5,8	4,1%
	Frauen	49,9	8,6	5,8	4,1%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	48,9	1,4	35,1	4,2%
	Männer	36,7	1,1	32,3	3,3%
	Frauen	66,2	1,8	37,6	5,5%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	113,0	4,1	27,8	9,8%
	Männer	93,7	3,2	29,3	8,4%
	Frauen	140,4	5,3	26,5	11,6%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	51,7	4,7	11,1	4,5%
	Männer	48,2	4,2	11,5	4,3%
	Frauen	56,6	5,3	10,6	4,7%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	64,8	3,3	19,8	5,6%
	Männer	77,5	3,3	23,2	6,9%
	Frauen	46,8	3,2	14,8	3,9%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	178,9	27,9	6,4	15,5%
	Männer	164,0	25,5	6,4	14,6%
	Frauen	199,9	31,1	6,4	16,5%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	83,9	13,7	6,1	7,2%
	Männer	86,6	13,3	6,5	7,7%
	Frauen	80,1	14,2	5,6	6,6%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	261,6	15,3	17,1	22,6%
	Männer	268,9	16,3	16,5	24,0%
	Frauen	251,3	13,8	18,2	20,8%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	48,0	5,1	9,4	4,2%
	Männer	40,8	4,3	9,4	3,6%
	Frauen	58,3	6,2	9,4	4,8%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	166,2	9,7	17,1	14,4%
	Männer	200,3	11,7	17,2	17,9%
	Frauen	118,0	7,0	16,9	9,8%
Gesamt ⁴⁸	Gesamt	1.157,1	100,4	11,5	100,0%
	Männer	1.121,2	95,3	11,8	100,0%
	Frauen	1.207,8	107,6	11,2	100,0%

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

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	56,5	9,8	5,8	4,5%
	Männer	55,4	9,6	5,7	4,5%
	Frauen	58,0	10,1	5,8	4,4%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	53,7	1,4	38,2	4,3%
	Männer	41,7	1,1	36,6	3,4%
	Frauen	70,6	1,8	39,6	5,4%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	111,0	3,9	28,7	8,8%
	Männer	91,0	3,0	30,1	7,4%
	Frauen	139,2	5,0	27,6	10,6%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	51,4	4,7	11,0	4,1%
	Männer	47,2	4,3	11,1	3,9%
	Frauen	57,3	5,3	10,8	4,4%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	73,2	3,6	20,2	5,8%
	Männer	86,9	3,7	23,8	7,1%
	Frauen	53,9	3,6	15,0	4,1%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	213,7	33,1	6,4	17,0%
	Männer	196,9	30,7	6,4	16,1%
	Frauen	237,3	36,6	6,5	18,1%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	86,9	14,0	6,2	6,9%
	Männer	89,9	13,7	6,6	7,3%
	Frauen	82,7	14,5	5,7	6,3%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	282,4	15,9	17,7	22,4%
	Männer	291,5	17,1	17,1	23,8%
	Frauen	269,5	14,3	18,9	20,5%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	51,4	5,6	9,2	4,1%
	Männer	43,4	4,9	8,9	3,6%
	Frauen	62,7	6,6	9,4	4,8%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	181,1	10,4	17,4	14,4%
	Männer	218,0	12,5	17,4	17,8%
	Frauen	129,0	7,4	17,5	9,8%
Gesamt ⁴⁹	Gesamt	1.260,3	110,0	11,5	100,0%
	Männer	1.223,3	105,2	11,6	100,0%
	Frauen	1.312,7	116,9	11,2	100,0%

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

Tabelle A3 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	47,2	8,3	5,7	4,3%
	Männer	46,1	8,0	5,8	4,3%
	Frauen	48,8	8,6	5,7	4,2%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	48,4	1,3	37,2	4,4%
	Männer	36,8	1,1	34,4	3,4%
	Frauen	64,7	1,6	39,8	5,6%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	117,0	4,0	29,2	10,5%
	Männer	99,0	3,2	30,8	9,2%
	Frauen	142,4	5,1	27,8	12,3%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	50,5	4,4	11,5	4,5%
	Männer	47,7	4,0	11,9	4,4%
	Frauen	54,5	4,9	11,0	4,7%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	60,9	3,0	20,3	5,5%
	Männer	74,2	3,1	23,8	6,9%
	Frauen	42,1	2,8	15,0	3,6%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	166,1	26,7	6,2	15,0%
	Männer	152,6	24,5	6,2	14,1%
	Frauen	185,2	29,9	6,2	16,0%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	77,6	12,5	6,2	7,0%
	Männer	80,5	12,1	6,6	7,5%
	Frauen	73,6	12,9	5,7	6,4%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	253,6	14,6	17,4	22,8%
	Männer	260,3	15,5	16,8	24,1%
	Frauen	244,2	13,2	18,5	21,1%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	47,4	5,0	9,5	4,3%
	Männer	40,5	4,3	9,5	3,7%
	Frauen	57,2	6,0	9,5	5,0%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	155,1	9,1	17,1	14,0%
	Männer	184,8	10,8	17,2	17,1%
	Frauen	113,1	6,7	16,9	9,8%
Gesamt ⁵⁰	Gesamt	1.111,2	95,5	11,6	100,0%
	Männer	1.079,7	90,8	11,9	100,0%
	Frauen	1.155,7	102,1	11,3	100,0%

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

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	49,2	7,8	6,3	3,6%
		Männer	45,2	7,2	6,2	3,4%
		Frauen	54,8	8,5	6,5	3,7%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	52,2	1,9	27,7	3,8%
		Männer	36,3	1,5	24,6	2,8%
		Frauen	74,7	2,5	30,3	5,1%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	91,7	4,4	21,0	6,7%
		Männer	64,7	3,0	21,2	4,9%
		Frauen	129,9	6,2	20,9	8,8%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	57,1	5,9	9,6	4,1%
		Männer	49,8	5,0	9,9	3,8%
		Frauen	67,4	7,2	9,4	4,6%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	84,6	4,6	18,3	6,1%
		Männer	94,7	4,5	21,3	7,2%
		Frauen	70,3	4,8	14,6	4,8%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	238,2	32,5	7,3	17,3%
		Männer	213,0	29,1	7,3	16,2%
		Frauen	273,8	37,2	7,4	18,6%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssy- stems	Gesamt	113,9	19,2	5,9	8,3%
		Männer	114,9	18,4	6,3	8,7%
		Frauen	112,5	20,5	5,5	7,7%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	302,2	18,7	16,2	21,9%
		Männer	313,0	19,7	15,8	23,8%
		Frauen	287,0	17,1	16,7	19,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	49,1	5,3	9,3	3,6%
		Männer	39,8	4,3	9,2	3,0%
		Frauen	62,3	6,7	9,4	4,2%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	222,1	12,7	17,4	16,1%
		Männer	278,3	15,8	17,6	21,2%
		Frauen	142,6	8,4	16,9	9,7%
Gesamt ⁵¹		Gesamt	1.378,6	122,3	11,3	100,0%
		Männer	1.314,3	113,7	11,6	100,0%
		Frauen	1.469,6	134,4	10,9	100,0%

⁵¹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 124)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 - 67)	2,6%	966,0	94,4	10,2
Baugewerbe (45)	3,2%	1.170,2	92,1	12,7
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	2,9%	1.069,1	110,3	9,7
Chemische Industrie (23 - 25)	3,0%	1.091,7	103,7	10,5
Datenverarbeitung (72)	2,2%	803,6	82,8	9,7
Feinmechanik (30 - 33)	2,7%	990,2	98,1	10,1
Gesundheitswesen (85)	3,7%	1.341,2	107,4	12,5
Handel (50 - 52)	2,8%	1.040,0	85,5	12,2
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	2,7%	1.001,9	92,5	10,8
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,3%	1.214,2	105,6	11,5
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,9%	1.055,7	101,1	10,4
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	3,4%	1.246,3	93,6	13,3
Öffentliche Verwaltung (75)	3,8%	1.395,6	124,7	11,2
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,4%	1.229,5	126,9	9,7
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,1%	750,8	76,7	9,8
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,0%	1.099,8	92,1	11,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,2%	1.154,2	102,1	11,3
Textil (17 - 19)	2,7%	993,7	94,1	10,6
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,4%	1.235,8	97,2	12,7
DAK Gesamt (00 - 95)	3,2%	1.157,1	100,4	11,5

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

Tabelle A6 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2003

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 - 67)	2,9%	1.074,4	103,3	10,4
Baugewerbe (45)	3,5%	1.290,3	102,7	12,6
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	3,2%	1.163,9	125,4	9,3
Chemische Industrie (23 - 25)	3,3%	1.190,8	112,8	10,6
Datenverarbeitung (72)	2,4%	884,1	88,3	10,0
Feinmechanik (30 - 33)	2,9%	1.074,7	107,6	10,0
Gesundheitswesen (85)	3,9%	1.434,3	115,3	12,4
Handel (50 - 52)	3,1%	1.145,7	94,9	12,1
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	3,0%	1.101,5	102,0	10,8
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,7%	1.358,8	117,4	11,6
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	3,2%	1.163,0	112,0	10,4
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	3,6%	1.326,1	103,4	12,8
Öffentliche Verwaltung (75)	4,1%	1.479,4	133,8	11,1
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,6%	1.300,8	139,0	9,4
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,3%	839,4	82,9	10,1
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,4%	1.230,1	102,4	12,0
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,4%	1.247,4	112,9	11,0
Textil (17 - 19)	3,0%	1.086,2	101,6	10,7
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,7%	1.332,5	106,5	12,5
DAK Gesamt (00 - 95)	3,5%	1.260,3	110,0	11,5

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

Tabelle A7 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2004

Bundesland	Kranken- stand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,6%	954,5	85,3	11,2
Bayern	2,8%	1.029,4	89,1	11,5
Berlin*	4,0%	1.481,7	110,3	13,4
Bremen	3,2%	1.158,6	102,7	11,3
Hamburg	3,0%	1.098,2	92,4	11,9
Hessen	3,2%	1.161,8	103,5	11,2
Niedersachsen	3,1%	1.138,1	99,6	11,4
Nordrhein-Westfalen	3,1%	1.118,3	95,9	11,7
Rheinland-Pfalz	3,3%	1.206,2	101,2	11,9
Saarland	3,8%	1.399,9	99,0	14,1
Schleswig-Holstein	3,0%	1.090,6	97,5	11,2
Westliche Bundesländer	3,0%	1.111,2	95,5	11,6
Brandenburg	3,9%	1.430,1	121,7	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	3,9%	1.423,7	127,1	11,2
Sachsen	3,6%	1.312,7	118,2	11,1
Sachsen-Anhalt	3,7%	1.367,2	123,5	11,1
Thüringen	3,6%	1.335,1	121,5	11,0
Östliche Bundesländer	3,8%	1.378,6	122,3	11,3
DAK Gesamt	3,2%	1.157,1	100,4	11,5

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2003

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,8%	1.029,4	93,7	11,0
Bayern	3,1%	1.126,4	98,5	11,4
Berlin*	4,5%	1.638,2	124,2	13,2
Bremen	3,4%	1.235,8	111,3	11,1
Hamburg	3,3%	1.197,4	101,1	11,8
Hessen	3,4%	1.248,0	110,4	11,3
Niedersachsen	3,4%	1.234,6	108,7	11,4
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.192,4	103,5	11,5
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.307,6	110,1	11,9
Saarland	4,1%	1.503,2	108,9	13,8
Schleswig-Holstein	3,3%	1.219,8	106,6	11,4
Westliche Bundesländer	3,3%	1.202,4	104,1	11,6
Brandenburg	4,3%	1.581,9	137,7	11,5
Mecklenburg-Vorpommern	4,3%	1.552,6	140,4	11,1
Sachsen	4,0%	1.474,6	130,9	11,3
Sachsen-Anhalt	4,3%	1.551,5	136,6	11,4
Thüringen	4,1%	1.510,2	135,6	11,1
Östliche Bundesländer	4,2%	1.536,5	136,2	11,3
DAK Gesamt	3,5%	1.260,3	110,0	11,5

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2003

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,8%	1.020,7	106,0	9,6
Berufe des Landverkehrs (71)	4,5%	1.632,1	123,6	13,2
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,8%	1.012,4	103,3	9,8
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,2%	1.539,4	139,6	11,0
Lehrer (87)	2,5%	901,4	90,1	10,0
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,6%	943,5	92,5	10,2
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,6%	1.325,3	125,2	10,6
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,8%	1.403,3	110,4	12,7
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,9%	681,7	73,6	9,3
Warenkaufleute (68)	2,9%	1.045,5	95,7	10,9
DAK Gesamt	3,5%	1.260,3	110,0	11,5

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2002

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,8%	1.013,4	104,5	9,7
Berufe des Landverkehrs (71)	4,4%	1.615,8	125,0	12,9
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,8%	1.038,1	103,8	10,0
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,3%	1.585,6	143,7	11,0
Lehrer (87)	2,6%	945,6	93,8	10,1
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,6%	940,6	94,7	9,9
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,8%	1.370,0	128,4	10,7
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	4,0%	1.460,9	113,3	12,9
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,9%	685,6	72,8	9,4
Warenkaufleute (68)	2,9%	1.061,6	97,0	10,9
DAK Gesamt	3,5%	1.284,5	111,5	11,5

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

Anhang IV: Expertenbefragung

Die Befragung

Insgesamt 34 Wissenschaftler und erfahrene Praktiker wurden um eine Teilnahme an der Befragung zu den Hintergründen der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen gebeten. Davon haben 22 den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt, das bedeutet eine Rücklaufquote von 65 %. Der für diesen Zweck entwickelte Fragebogen enthält hauptsächlich offene bzw. halb-standardisierte Fragen.

Der Fragebogen ist im Folgenden abgedruckt. Die Liste der Expertinnen und Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie auf Seite 142.

Expertenbefragung: Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen

A1 Auf der Basis der Arbeitsunfähigkeits-Daten der DAK lässt sich für den Zeitraum von 1997 bis 2003 eine Zunahme der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen von 68 auf 111 Tage pro 100 Versichertenjahre feststellen, das bedeutet einen Anstieg um 63 %. Andere Krankenkassen beobachten den gleichen Trend.

Der Anstieg geht vor allem auf eine Zunahme in den Diagnosegruppen "Affektive Störungen" (F30 – F39) sowie "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" (F40 – F45) zurück.

Bitte bewerten Sie die Bedeutung der nachfolgenden Hypothesen zu den Hintergründen der Zunahme, indem Sie Prozentpunkte vergeben.

Sie können natürlich weitere Hypothesen eintragen und in die Bewertung einbeziehen.

Je mehr Prozentpunkte Sie für eine Aussage vergeben, desto mehr Bedeutung messen Sie ihr bei.

Insgesamt können Sie 100 Prozentpunkte vergeben.

		Prozentpunkte
A	Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen in der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nehmen zu.	%
B	Verbesserte diagnostische Kompetenzen hinsichtlich psychischer Störungen auf Seiten der Allgemein- bzw. Hausärzte führen zu einer höheren Entdeckungsrate psychischer Störungen.	%
C	Die Zunahme ist auf eine wachsende Zahl fehlerhafter Diagnosestellungen zurückzuführen.	%
D	Patienten, die einen Allgemein- bzw. Hausarzt aufsuchen, äußern von sich aus vermehrt Symptome, die auf psychische Störungen hindeuten.	%
E	Psychische Erkrankungen werden häufiger als explizite Diagnose notiert, weil die Patienten zunehmend bereit sind, die Diagnose einer psychischen Störung für sich zu akzeptieren.	%
F	Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen ist ein Artefakt und hängt z. B. mit Gewohnheiten der Ärzte bei der Diagnose-Kodierung oder der Umstellung des ICD-9 auf ICD-10 zusammen.	%
G	Andere Hypothesen (bitte eintragen):	%
H		%
J		%
K		%

B2 In der Arbeitswelt lässt sich ein mehr oder weniger ausgeprägter Wandel der Rahmenbedingungen und der Belastungsstrukturen beobachten.

- **Stehen aus Ihrer Sicht die vier im Folgenden umrissenen Entwicklungen in einem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Berufstätigen bzw. mit der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten?**
- **Werden diese Faktoren möglicherweise in Zukunft eine nennenswerte Rolle bei der Genese bestimmter psychischer Erkrankungen spielen?**

A "Arbeitsverdichtung":

In vielen Branchen wird trotz steigenden Arbeitsvolumens mit immer weniger Personal gearbeitet. Die "Verschlankung" der Betriebe führt zu wachsendem Zeitdruck und häufigen Überlastungssituationen, weil keine Kapazitätspuffer mehr vorhanden sind.

B "Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und diskontinuierliche Erwerbskarrieren":

Immer mehr Beschäftigte müssen im Laufe ihres Berufslebens mehrfach die Stelle und sogar den Beruf wechseln. Befristete Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu. Zeiten der Beschäftigung wechseln mit Zeiten der Arbeitslosigkeit.

C "Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft":

Zunahme von Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen (Kommunikation mit Kunden und Kollegen usw.)

D "Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit":

Von Arbeitnehmern wird zunehmend erwartet, dass sie sich selbst steuern, auf die Anforderungen der Kunden und Märkte reagieren und selbständig Probleme lösen – anstatt definierte Arbeitsaufgaben auf vorgezeichneten Wegen zu bewältigen. Dies führt dazu, dass die Anforderungen der Arbeit für immer mehr Menschen zu einem alles bestimmenden Element ihres Lebens werden. Die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der befragten Expertinnen und Experten

Dr. Gisela Bartling

Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie, Psychologisches Institut I, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Prof. Dr. Jürgen Bengel

Institut für Psychologie, Abt. für Rehabilitationspsychologie, Universität Freiburg

Prof. Dr. Elmar Brähler, Antje Klaiberg

Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Dr. Wolfgang Bürger

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Iver Hand

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

PD Dr. Dr. Martin Härter

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Freiburg

PD Dr. Hans-Martin Hasselhorn

Fachbereich D – Abt. Sicherheitstechnik, Fachgebiet Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz, Bergische Universität Wuppertal

Prof. Dr. Ulrich Hegerl

Kompetenznetz Depression, Suizidalität / Neurophysiologie, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. med. Hanno Irle

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Dr. Thomas Kirn

Psychotherapeutische Praxis, Dülmen

Dr. Barbara Kulick

Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, Speyer

Dr. Stefan Leidig

Externe Mitarbeiter-Unterstützung (emu-systeme), Mannheim

Dr. med. Natalie Lotzmann

SAP AG, Walldorf

Prof. Dr. Jürgen Margraf

Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel

Dr. Hiltraut Paridon

Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit, Dresden

Prof. Dr. Peter Richter

Institut für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften, Technische Universität Dresden

Marion Rost

DaimlerChrysler AG, Wörth

Dr. med. Peter Rücker

Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Hamm

Prof. Dr. Klaus Scheuch

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden

Tomas Sellhorn

Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg

Dr. med. Joachim Stork

AUDI AG, Ingolstadt