
DAK Gesundheitsreport 2003

Herausgeber:

DAK Gesundheitsmanagement

Martin Kordt
DAK Hauptgeschäftsstelle
Nagelsweg 27 - 35
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 1550
E-Mail: martin.kordt@dak.de

W-403-2003

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 2002.....	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2002 im Überblick.....	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....	27
4 Schwerpunktthema: Rückenerkrankungen	38
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	78
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern.....	82
7 Schlussfolgerungen und Ausblick	88
Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2001.....	90
Anhang II: Hinweise und Erläuterungen.....	94
Anhang III: Tabellen.....	98
Anhang IV: Informationen zur Längsschnitt-Stichprobe	109

Vorwort

Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind komplex. Sie liegen im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld und auch in der Arbeitswelt.

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Beschäftigte dazu neigen, ihre Krankheiten weniger mit der beruflichen Tätigkeit, sondern eher mit persönlichen und individuellen Faktoren zu erklären. Um effektive Präventionsarbeit leisten zu können, ist es wichtig, objektive Anhaltspunkte zu Krankheitshäufungen in der Arbeitswelt zu finden. Die DAK wertet nunmehr zum fünften Mal die Arbeitsunfähigkeitsdaten aller aktiv erwerbstätigen Versicherten aus. Sie wird ihre Ergebnisse den Verantwortlichen für Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit und anderen Experten im Betrieb zur Verfügung zu stellen.

Der vorliegende Bericht gibt mit detailliertem Zahlenmaterial Antworten auf die Fragen: Wie unterscheidet sich der Krankenstand in den Wirtschaftsbranchen, Bundesländern, bei Alter und Geschlecht? Welche Krankheiten tragen besonders zur Arbeitsunfähigkeit bei? Gibt es Veränderungen gegenüber dem Vorjahr?

Auch in diesem Jahr hat die DAK darüber hinaus ein Schwerpunktthema herausgegriffen, zu dem vertiefende Zahlen und Fakten präsentiert werden. Seit vielen Jahren stehen Rückenerkrankungen im Focus der Prävention. Haben die vielfältigen Bemühungen der Gesundheitsförderung Erfolg gebracht? Der vorliegende Gesundheitsreport soll zu einer aktuellen Bestandsaufnahme beitragen.

Mitte 2002 wurde das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung gegründet. Wir verbinden mit diesem Forum die Erwartung, dass in der Prävention und Gesundheitsförderung künftig Zielorientierung, Vernetzung und Kooperation noch systematischer gewährleistet werden können. Gerade für Prävention von Rückenerkrankungen ist es notwendig, auf den verschiedensten Ebenen von der schulischen Gesundheitserziehung bis zur betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig Vorsorge zu betreiben.



Eckhard Schupeta

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Mai 2003

Zusammenfassung der Ergebnisse

2002 lag der Krankenstand bei 3,5 % und blieb damit zum vierten Mal seit 1999 stabil. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte im Durchschnitt 12,8 Arbeitsunfähigkeitstage, in den Jahren 1999 bis 2001 waren es ebenfalls 12,8 Tage.

**Gesamt-
krankenstand**

Die Betroffenenquote lag 2002 bei rund 48 %. Das bedeutet umgekehrt, dass für 52 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2001 lag die Betroffenenquote ebenfalls bei 48 %.

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 111,5 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr geringfügig angestiegen (2001: 109,8 AU-Fälle).

Fallhäufigkeit

Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung ist dagegen mit 11,5 Tagen etwas kürzer als im Jahr 2001 (2001: 11,6 Tage).

Falldauer

2002 entfallen auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen weiterhin mehr als die Hälfte (53,7 %) aller Krankheitstage. Die Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen 300 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre und liegen damit – wie in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze aller Krankheitsarten.

**Die wichtigsten
Krankheitsarten**

14 % des Krankenstandes sind auf Verletzungen zurückzuführen. Bei knapp einem Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen (32,4 %) handelt es sich um Arbeits- und Wegeunfälle.

**Die Bedeutung
von Unfällen für
das AU-
Geschehen**

Rückenerkrankungen gehören zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheiten in der Bundesrepublik. Der DAK-Gesundheitsreport liefert neueste Daten und Erkenntnisse zu Verbreitung, Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten.

**Schwerpunkt-
thema: Rücken-
erkrankungen**

Die höchsten Krankenstandswerte waren 2002 in den Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ (jeweils 4,0 %) zu verzeichnen. Der niedrigste Krankenstand entfiel mit 2,2 % auf die Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung“.

**Branchenunter-
schiede**

Bei der Krankenstandshöhe lässt sich – wie auch bereits im Vorjahr – eine Dreiteilung der Republik feststellen: Die südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern haben die niedrigsten Krankenstände (2,9 % bzw. 3,2 %), die östlichen Länder die höchsten (Mecklenburg-Vorpommern 4,4 %, Brandenburg 4,3 %, Berlin 4,7 %). Die übrigen Länder – mit Ausnahme des Saarlandes (4,2 %) – sind nahe am DAK-Durchschnitt.

**Krankenstands-
unterschiede
zwischen den
Bundesländern**

**Analyse nach
Berufsgruppen
(2001)**

Unter den ausgewählten Berufsgruppen weisen die „Reinigungsberufe“ den höchsten Krankenstand auf (4,4 %). Neben den „Lager- und Transportarbeitern“ (4,1 %) und den „Berufen des Landverkehrs (Berufskraftfahrer)“ (4,0 %) liegen auch die „Gesundheitsberufe“ (3,7 %) deutlich über dem DAK-Durchschnitt. Einen besonders niedrigen Krankenstand hatte die Berufsgruppe „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ (1,7 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Krankenstand bei den Bürokräften geringfügig zurückgegangen. Leicht angestiegen ist dagegen der Krankenstand bei den sozialpflegerischen Berufen.

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-
Gesundheitsreports**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2001 und 2002 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkeiten
im Überblick**

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Krankheitsfällen. 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:
Arbeitsunfähigkeiten
nach
Krankheitsarten;
Bedeutung von
Arbeitsunfällen**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: den Rückenerkrankungen.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema:
Rückenerkrankungen**

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

Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Der Auswertung wird die Zuordnung der Betriebe zum aktuellen Wirtschaftsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes von 1993 zu Grunde gelegt.

**Kapitel 5:
Arbeitsunfähigkeiten
nach Wirtschafts-
gruppen**

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

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2003 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

**Anhang I:
Arbeitsunfähigkeiten
nach Berufsgruppen
2001**

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2001 nach Berufsgruppen beigefügt. Die Krankenstandwerte werden mit den Daten für das Jahr 2000 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 2002 werden daher erst im DAK-Gesundheitsreport 2004 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. Ferner wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt, wie 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 98.

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 2003 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 Vergleich nur eingeschränkt möglich sind.

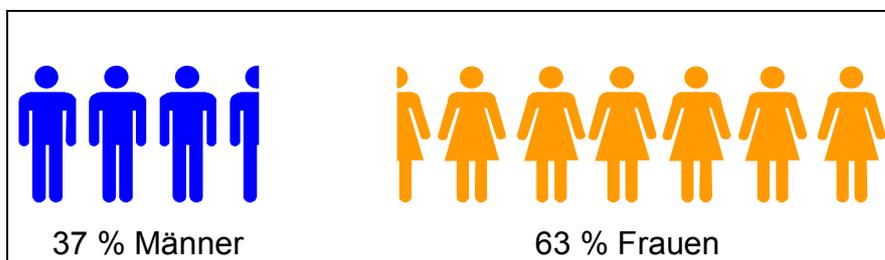
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2002

Der Gesundheitsreport berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2002 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 Kurzeiterkrankungen durch die Krankenkassen nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung in den Krankenkassendaten zum Ausdruck kommt. Weitergehende Analysen zeigen jedoch, dass diese Untererfassung der sehr kurzen Fehlzeiten keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Krankenstandes hat (vgl. Ausführungen auf S. 20).

Die gesamte Datenbasis umfasst rund 3 Mio. ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder, die sich zu 63 % aus Frauen und zu 37 % aus Männern zusammensetzen.

Abbildung 1



DAK 2003

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 2003**

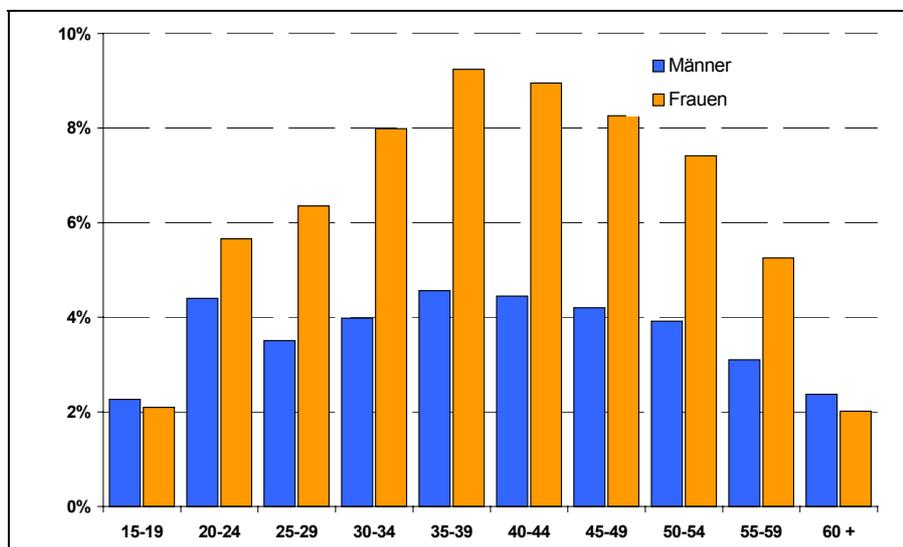
**63 % der DAK-
Mitglieder sind
Frauen**

**Abb. 1:
DAK-Mitglieder im
Jahr 2002 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 2002**



DAK 2003

Der Vergleich der beiden Geschlechter zeigt in beinahe allen Altersgruppen einen höheren Frauenanteil. Nur bei den 15- bis 19-Jährigen sowie bei den über 60-Jährigen hatten Männer einen 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 Bezugsbevölkerung der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich höher 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

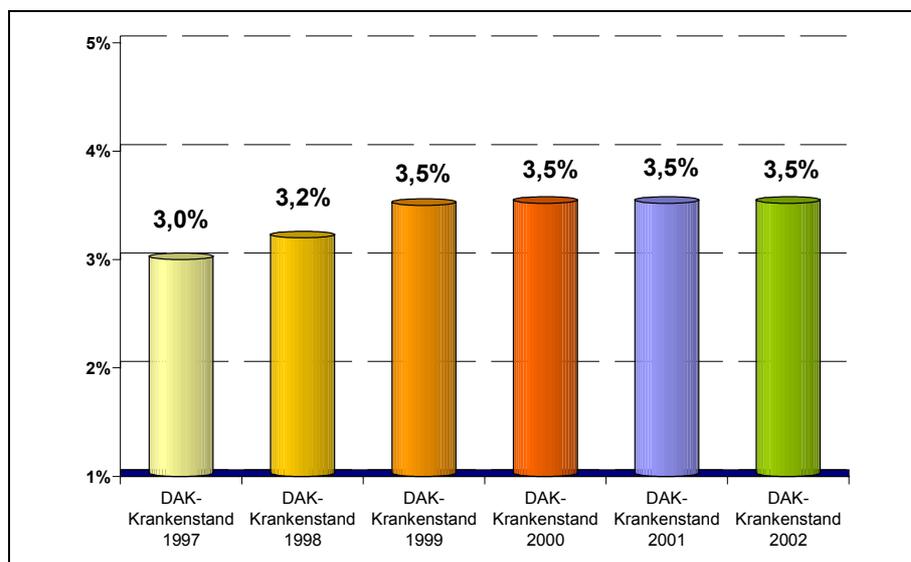
An mehreren Stellen des Berichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund ist, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten werden daher auf volle Versichertenjahre umgerechnet.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2002 im Überblick

Der Krankenstand

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

Abbildung 3



Krankenstand 2002 gegenüber 2001 stabil geblieben

Abb. 3: Krankenstand der DAK-Mitglieder 1997 - 2002

DAK 2003

2002 betrug der DAK-Krankenstand 3,5 % und blieb damit bereits im vierten Jahr stabil auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Zwischen 1997 und 1999 war hingegen ein stetiger Krankenstandsanstieg von 3,0 % auf 3,5 % zu beobachten gewesen.

Krankenstand auf weiterhin stabilem Niveau

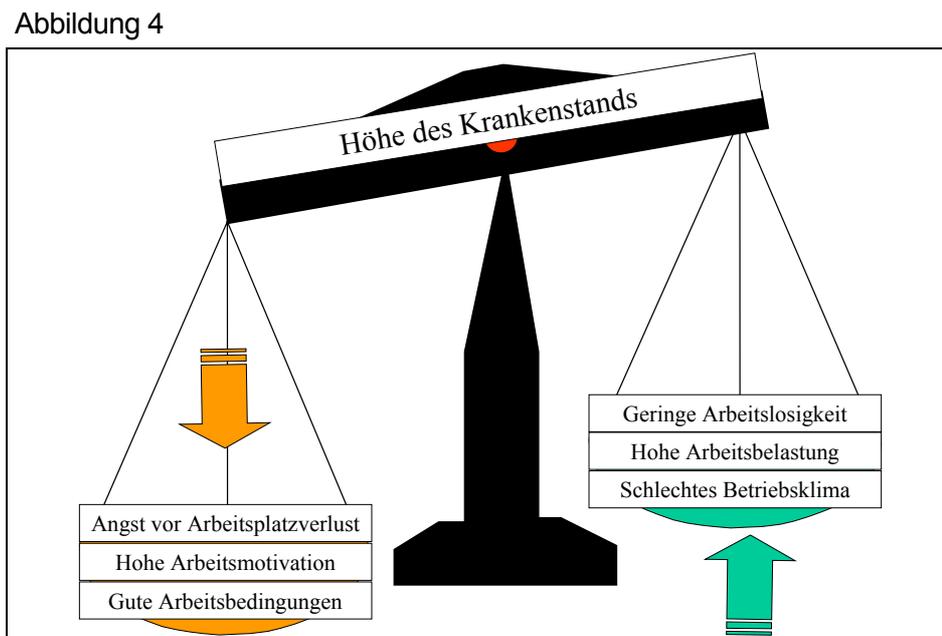
Die DAK konnte bereits im vierten Jahr einen stabilen Krankenstand auf niedrigem Niveau verzeichnen. Auch andere Krankenkassen berichten in den letzten Jahren von stabilen oder sogar sinkenden Krankenständen. Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden (vgl. S. 10) können die in der Regel über dem DAK-Krankenstand liegenden Werte anderer Kassenarten (BKK, AOK) nicht zum Vergleich herangezogen werden. Die Tendenz geht jedoch bei allen gesetzlichen Krankenversicherungen in die gleiche Richtung: der Anfang der 90er Jahre beobachtete und bis Ende der 90er Jahre anhaltende Trend zu wieder steigenden Krankenständen konnte nachhaltig gestoppt werden

Einflussfaktoren auf den Krankenstandes

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.

Abb. 4:
Einflussfaktoren auf die Höhe des Krankenstandes



DAK 2003

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. 1/2002

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:

- 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.

Einflussfaktoren auf betrieblicher Ebene:

steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung und Wettbewerbsdruck

"Healthy-worker-effect" durch das Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer

Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen im Rahmen von Organisations- und Personalentwicklung

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren des Krankenstandes zeigt, können sich Veränderungen sowohl auf betrieblicher als auch auf gesamtwirtschaftlicher 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 stabilen bzw. sogar wieder 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 2002 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 365 Kalendertage 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".

"Krankenstand in Prozent"

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

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

"Betroffenenquote"

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

"AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre" und "durchschnittliche Falldauer"

- 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. 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 % =

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

- 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.

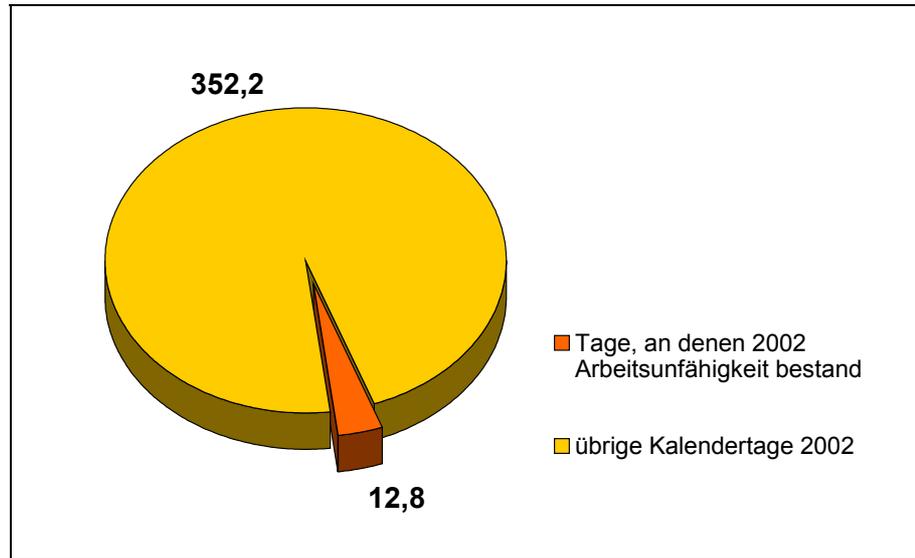
Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2002 im Durchschnitt 1.284 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit registriert.

Der Krankenstand von 3,5 % in 2002 lässt sich aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnen: 2002 war ein durchschnittliches DAK-Mitglied 12,8 Tage arbeitsunfähig (2001: ebenfalls 12,8 Tage). Dies entspricht 3,5 % von 365 Kalendertagen (vgl. dazu auch Erläuterungen auf Seite 17).

Abb. 5
Arbeitsunfähig-
keitstage eines
durchschnitt-
lichen DAK-Mit-
glieds 2002

Abbildung 5



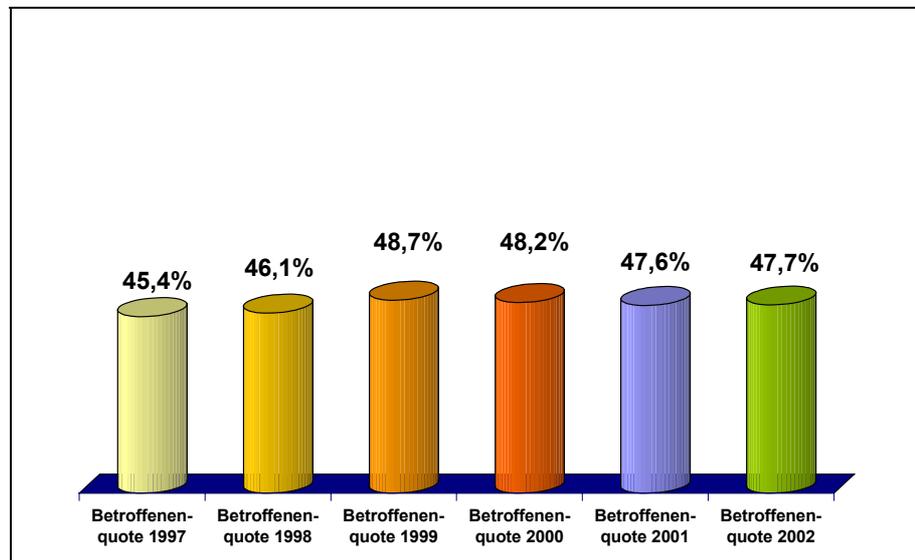
DAK 2003

Betroffenenquote

Im Jahr 2002 hatten etwa 48 % der DAK-Mitglieder wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig.

Abb. 6
Betroffenenquote
2002 im Vergleich
1997 - 2002.

Abbildung 6



DAK 2003

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten 1997 bis 2002. Nach einem leichten Anstieg 1999 und 2000 ist die Betroffenenquote in den vergangenen zwei Jahren wieder leicht zurückgegangen.

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2002 gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben. Die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich hingegen geringfügig verändert: Die Erkrankungshäufigkeit lag 2002 mit 111,5 Erkrankungsfällen auf 100 Versichertenjahre höher als im Vorjahr (109,8 AU-Fälle).

Demnach war jedes Mitglied im Durchschnitt etwas mehr als ein Mal arbeitsunfähig.

Abbildung 7

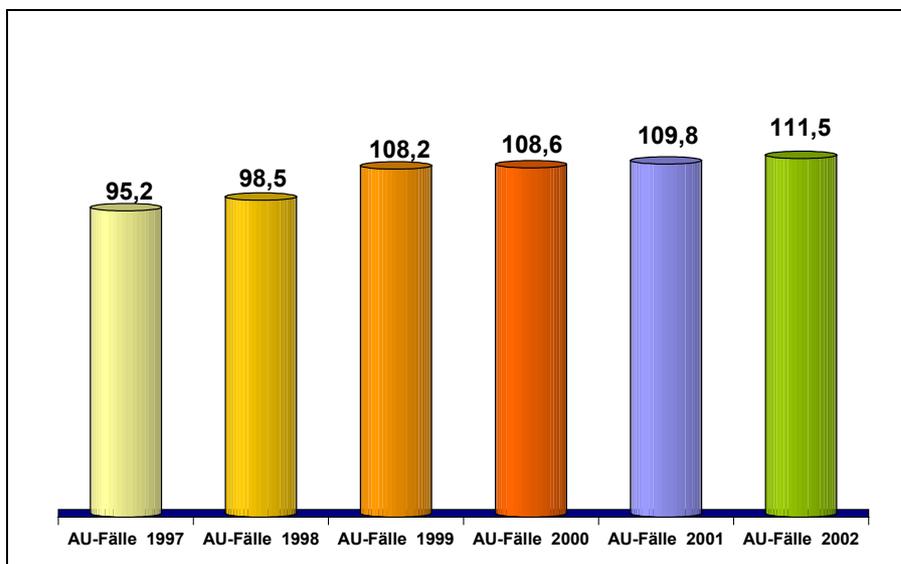


Abb. 7
AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre 2002 im Vergleich zu den Vorjahren

DAK 2003

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, stieg die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 2002 kontinuierlich an. Gleichzeitig blieb die Betroffenenquote in den letzten Jahren stabil bzw. ging sogar wieder etwas zurück. Die steigende Erkrankungshäufigkeit wird demnach nicht dadurch verursacht, dass mehr Beschäftigte erkranken, sondern dass einzelne Mitarbeiter mehrfach von Arbeitsunfähigkeit betroffen waren.

Der Anstieg war dabei vollständig auf die Zunahme der AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer zurückzuführen, also der Krankheiten, die im Allgemeinen unter die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber fallen.

Auf 100 Versichertenjahre kamen 107,3 AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer und 4,1 längere AU-Fälle. Im Vorjahr lag die Erkrankungshäufigkeit von Erkrankungen bis zu 6 Wochen Dauer etwas niedriger (105,7 AU-Fälle). Die Häufigkeit von länger dauernden Erkrankungen hat sich hingegen nicht verändert (Vorjahr ebenfalls 4,1 Erkrankungsfälle).

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.

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

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.

Untersuchung der DAK zur AU-„Dunkelziffer“

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

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

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 2002 bedeutet das: Die "wahre" Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei etwa 128 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 2001 von 3,5 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,7 %.

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.

Durchschnittliche Falldauer

Wie bereits bei der Fallhäufigkeit gezeigt, hat sich die Zusammensetzung des Krankenstands gegenüber dem Vorjahr leicht verändert. Während die Häufigkeit von Erkrankungen etwas anstieg, war die durchschnittliche Erkrankungsdauer geringfügig kürzer.

Abbildung 8

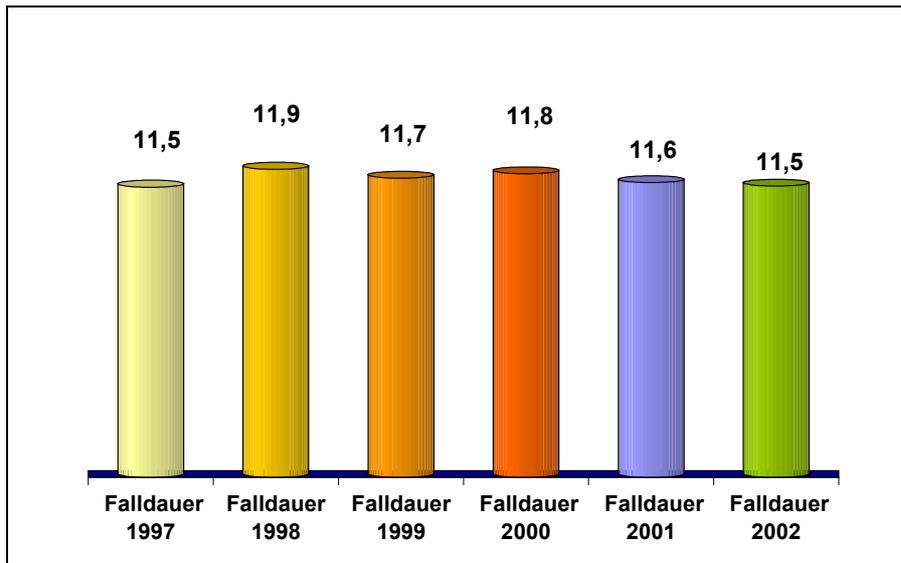


Abb. 8
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2002 im Vergleich zu den Vorjahren

DAK 2003

Ein AU-Fall dauerte 2002 im Durchschnitt 11,5 Tage. Die Falldauer ist damit gegenüber dem Vorjahr (11,6 Tage) wiederum leicht zurück gegangen. Der leichte Rückgang der Falldauer ist – wie schon gezeigt – auf die Zunahme der kürzer dauernden Arbeitsunfähigkeiten unter 6 Wochen zurückzuführen.

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:

- AU-Fälle von weniger als einer Woche Dauer machten 2002 64,2 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 35,3% und 4- bis 7-Tages-Fälle 28,9%).

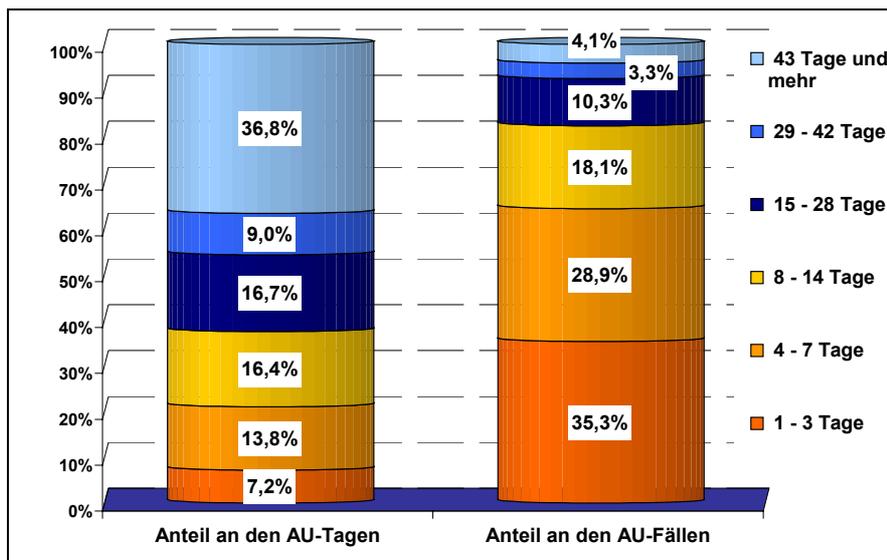
Die sehr häufigen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu einer Woche Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

- Andererseits waren AU- Fälle bis 7 Tage Dauer für nur 21,0 % der AU-Tage - und damit des Krankenstandes - verantwortlich. Die extrem kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer sogar nur für 7,2 %.

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer nur wenig Bedeutung für den Krankenstand.

Abb. 9
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und den AU-Fällen 2002 insgesamt

Abbildung 9



DAK 2002

Die seltenen Langzeitarbeitsunfähigkeiten machen 37 % des Krankenstandes aus

36,8 % der AU-Tage entfallen auf nur 4,1 % der Fälle - nämlich die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Der gleichbleibend große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten weist auf die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen hin.

Häufige kurze Erkrankungen können betriebliche Abläufe empfindlich stören

Insbesondere auf der betrieblichen Ebene spielen jedoch auch die kurzen und sehr kurzen Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wenn auch ihr Anteil am Krankenstand vergleichsweise gering ist, so führt doch die Häufigkeit von kurzen Ausfallzeiten zu oft empfindlichen Störungen in betrieblichen Abläufen. Viele Unternehmen haben daher bereits mit Erfolg z. B. durch Maßnahmen zur Steigerung von Mitarbeitermotivation und Arbeitszufriedenheit eine deutliche Senkung der Erkrankungshäufigkeiten mit sehr kurzer Dauer erzielen können.

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Der Krankenstand zeigt einen typischen Altersgang, der – getrennt nach Geschlechtern – in Abbildung 10 für das Jahr 2002 dargestellt ist.

Abbildung 10

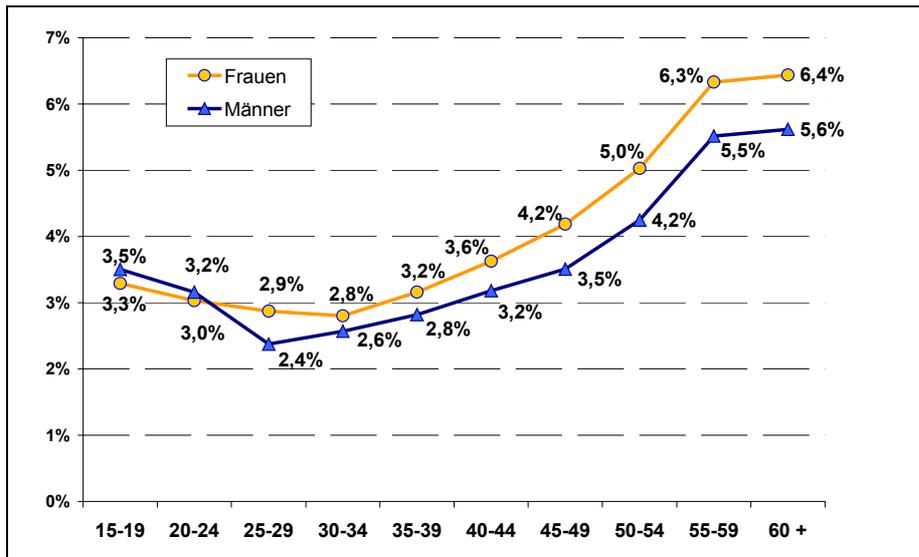


Abb.10
Krankenstand
2002 nach
Geschlecht und
zehn Alters-
gruppen

DAK 2002

Die Krankenstandskurve der beiden Geschlechter zeigt einen gegenüber dem Vorjahr kaum veränderten Verlauf: ab dem 25. Lebensjahr liegt der Krankenstand der Frauen über dem der Männer. Damit liegt auch das durchschnittliche Krankenstandsniveau der Frauen mit 3,7% unverändert über dem männlichen mit 3,4%. Beide Kurven zeigen einen in den beiden höchsten Altersstufen deutlich abflachenden Verlauf. Dies ist vermutlich durch den als "healthy-worker-effect" bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiter machen häufiger von Frühverrentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch und scheiden somit aus der Gruppe der hier betrachteten "aktiv Erwerbstätigen" aus.

Hälfte des Unterschieds auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften zurückzuführen

Frauen in Berufsgruppen mit hohem Krankenstand

Ist Doppelbelastung berufstätiger Mütter der Grund?

Berufstätigkeit eher Bereicherung als Belastung

Alleinerziehende und Vollzeiterwerbstätige stärker belastet

Verbesserung der Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter

Das Phänomen des höheren Krankenstandes der weiblichen DAK-Mitglieder ist bereits im Gesundheitsreport 2001 in einer Sonderanalyse näher untersucht worden. Die Ergebnisse der Analyse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es zeigte sich, 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 hohen Krankenständen arbeiten.

Darüber hinaus wurde in einer gesonderten Studie von der DAK die These geprüft, inwieweit die sogenannte "Doppelbelastung" berufstätiger Mütter für den höheren weiblichen Krankenstand verantwortlich ist. Diese Vermutung wurde in der von der DAK im letzten Jahr publizierten Untersuchung² weitgehend entkräftet:

- Zwar fühlt sich fast jede dritte berufstätige Mutter „off“ 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 Vollzeiterwerbstätige, 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.

² DAK Gesundheitsreport Frauen-Beruf-Familie, Doppelbelastung ein Mythos? (Bestell-Nr. W403-20012).

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 eine sinkende Tendenz zu beobachten. Eine Erklärung für diesen typische Krankenstandsverlauf liefert die "Zerlegung" des Krankenstandes in seine beiden Komponenten "Erkrankungsdauer" und "Erkrankungshäufigkeit".

In Abbildung 11 sind die Fallhäufigkeiten (Säulen) und die Falldauern (Rauten) nach Alter differenziert dargestellt.

Abbildung 11

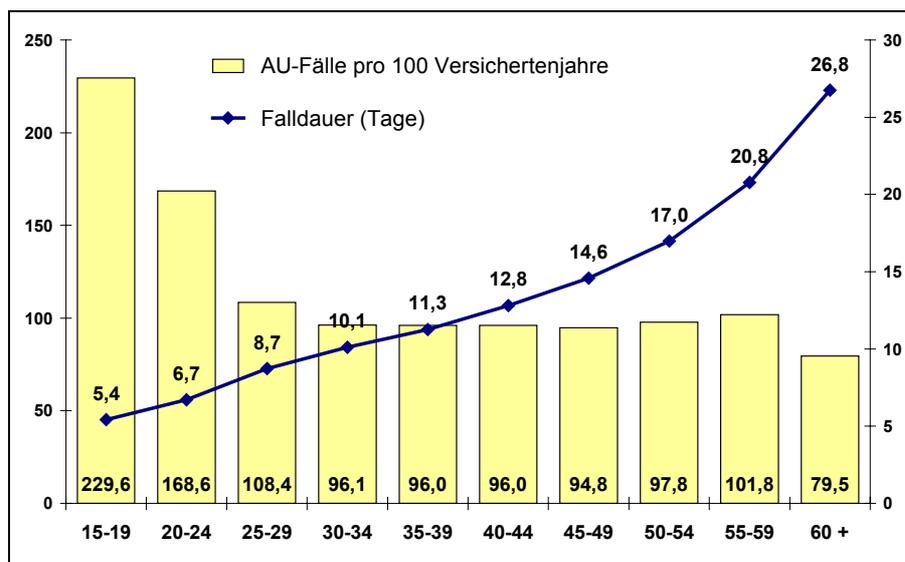


Abb. 11
Falldauer (Rauten)
und Fallhäufigkeit
(Säulen) nach
Altersgruppen
2002

DAK 2003

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

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist die Fallzahl mit fast 230 Fällen pro 100 Versichertenjahre mehr als doppelt so hoch wie bei den Mitgliedern in den mittleren und höheren Altersgruppen.

Ein wichtiger Grund für die extreme Fallhäufigkeit in der geringsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Darüber hinaus zeigen die Daten jedoch generell, dass jüngere Beschäftigte auch bei geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekte) eher der Arbeit fernbleiben als ältere Personen, was zu einer sehr großen Zahl von kurz dauernden AU-Fällen bei den unter 25-Jährigen führt.

Die jüngsten Mitglieder waren am häufigsten arbeitsunfähig

Ältere Arbeitnehmer werden länger krank

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

Im Gegensatz dazu 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 5,4 Tage, die eines 55- bis 59jährigen hingegen 20,8 Tage.

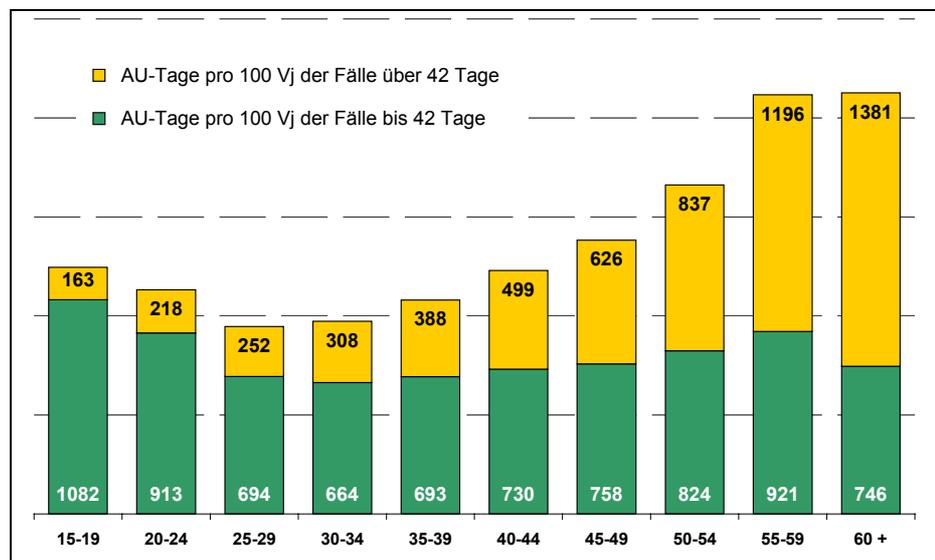
Wegen der kurzen Falldauer wirkt sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10).

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 über bzw. bis zu 6 Wochen Dauer zurückzuführen waren. In der Abbildung ist die Summe der Erkrankungstage je 100 Versichertenjahre in den zehn Altersgruppen dargestellt (gesamte Säule). 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 (roter Säulenabschnitt).

Abbildung 12

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



DAK 2003

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitten in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen: Während bei den 15 – 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 13 % des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, werden in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 65 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

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 Schlüsselsystems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.

Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten noch auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten für das Jahr 2002 sind somit uneingeschränkt sowohl mit den Daten für das Jahr 2001 als auch 2000 vergleichbar.

Bei Betrachtung länger zurückliegender Zeitreihen sind jedoch Verzerrungen durch die Umstellung des Schlüsselsystems und daraus resultierender unterschiedliche Zuordnung einzelner Krankheiten zu den ICD-Kapiteln möglich.

Die Problematik der eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Jahren vor dem Berichtszeitraum 2000 bezieht sich wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten. Die übrigen Krankheitsstandsvergleiche sind davon nicht berührt. Nähere Erläuterungen zur Umstellung der ICD-Codierung sowie eine Übersicht über die Kapitel des ICD 10 finden Sie im Anhang auf S. 96/97.

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.

**Auswertung der
medizinischen
Diagnosen**

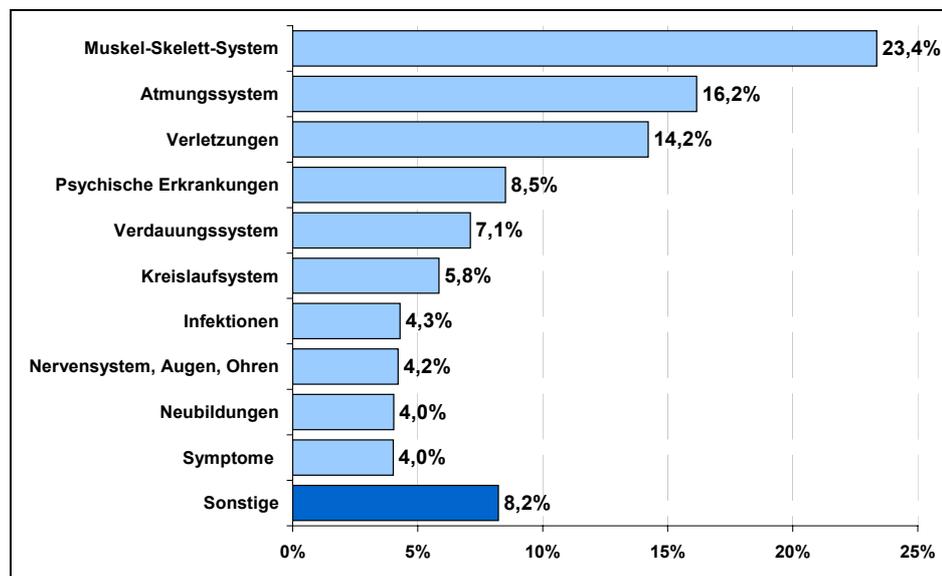
**Uneingeschränkter
Vergleich mit
Daten des Vorjahres
möglich**

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

**Problem nur bei
Auswertung nach
Krankheitsarten**

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

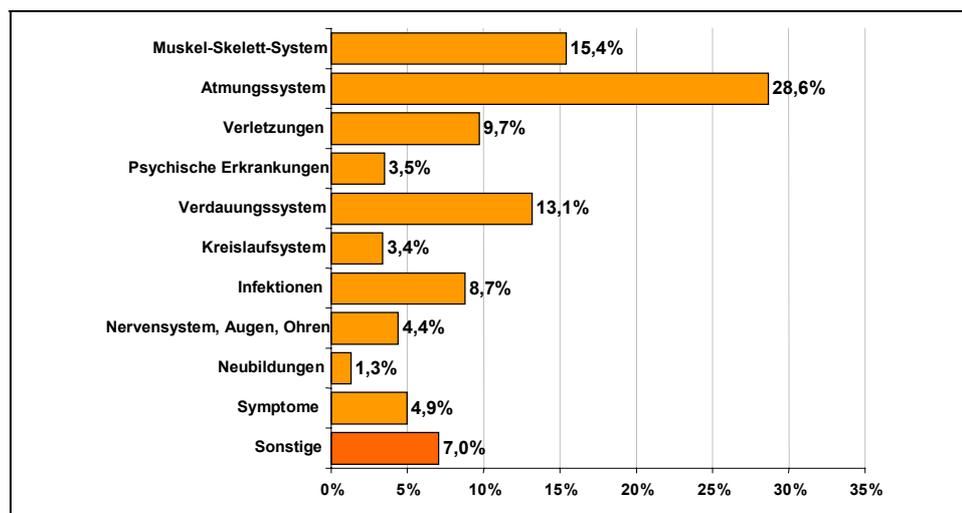
Abbildung 13



DAK 2003

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

Abbildung 14



DAK 2003

Muskel-Skelett-System, Atmungssystem und Verletzungen auch 2002 an der Spitze

Auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen entfallen wie in den Vorjahren mehr als die Hälfte (53,8 %) aller Krankheitstage.

Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten 2002 300 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre. Damit liegt diese Krankheitsart – wie in den Vorjahren auch – beim Tagevolumen an der Spitze.

Der Krankenstand wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart hat 2002 wiederum leicht zugenommen: In 2000 wurden 289 und im Jahr 2001 297 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre registriert. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit liegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle.

Im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktteils (vgl. Kapitel 4 Seite 38) wird auf den größten Teilkomplex dieser Diagnosegruppe, die „Rückenerkrankungen“, vertieft eingegangen

Die Krankheiten des Atmungssystems weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: Knapp 30 % aller Krankheitsfälle entfielen auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte brachten es im Durchschnitt auf 31,9 Erkrankungsfälle.

Bei den meisten Atmungserkrankungen handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, was an der kurzen durchschnittlichen Falldauer von 6,5 Tagen ablesbar ist. Muskel-Skelett-Erkrankungen dauern mit durchschnittlich 17,5 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 28,3 Tagen beispielsweise erheblich länger.

Die AU-Tage wegen Krankheiten des Atmungssystems sind im Vergleich zu 2001 minimal zurück gegangen - und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 32,4 auf 31,9 pro 100 Vj.) als auch was die AU-Tage betrifft (von 212 auf 208 pro 100 Vj.).

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen. Mit 183 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre hat bei dieser Krankheitsart ein leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr (175 AU-Tage) stattgefunden.

Weiter gestiegen ist auch die Bedeutung der psychischen Erkrankungen: Seit drei Jahren liegen sie nun an vierter Stelle des AU-Geschehens. Während ihr Volumen im Jahr 2000 noch bei 95 AU-Tagen und im Jahr 2001 bei 101 Tagen lag, ist es nunmehr auf 109 Tage gestiegen. Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand beträgt jetzt 8,5 % (2001: 7.9 %).

Die weitere Zunahme gegenüber 2001 ist sowohl auf eine etwas höhere Fallhäufigkeit (3,9 Erkrankungsfälle gegenüber 3,6 in 2001) als auch eine etwas längere durchschnittliche Erkrankungsdauer (28,3 Tage gegenüber 27,9 im Vorjahr) zurückzuführen. Im vergangenen Jahr widmete sich der DAK-Gesundheitsreport dem Thema psychische Erkrankungen mit einer Sonderanalyse.

Auf die Erkrankungen des Verdauungssystems entfiel mit 91 AU-Tage pro 100 Vj. ein Anteil von 7,1 % am Krankenstand. Der einzelne Fall ist hier im Durchschnitt nur 6,2 Tage lang, dafür treten 14,6 Fälle pro 100 Versichertenjahre auf. Im Vergleich zum Vorjahr sind AU-Volumen und Anteil am Gesamt Krankenstand der Erkrankungen des Verdauungssystems minimal gestiegen (2001: 88 Tage und 6,9 %).

Erneut leichte Zunahme der Muskel-Skelett-Erkrankungen

Thema „Rücken“ Schwerpunkt 2002

Minimaler Rückgang bei Erkrankungen des Atmungssystems

Leichter Anstieg bei Verletzungen

Psychische Erkrankungen weiter an Bedeutung gewonnen

Die Krankheiten des Kreislaufsystems zeichnen sich dagegen durch eine lange durchschnittliche Falldauer von 20 Tagen bei geringer Fallhäufigkeit von nur 3,8 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre aus. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 75,1 Tagen pro 100 Versichertenjahre. Die Bedeutung dieser Krankheitsart hat im Vergleich zum Vorjahr 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

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich ihres Krankheitspektrums. Die Abbildungen 16 und 17 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei den Frauen bzw. den Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Abbildung 15

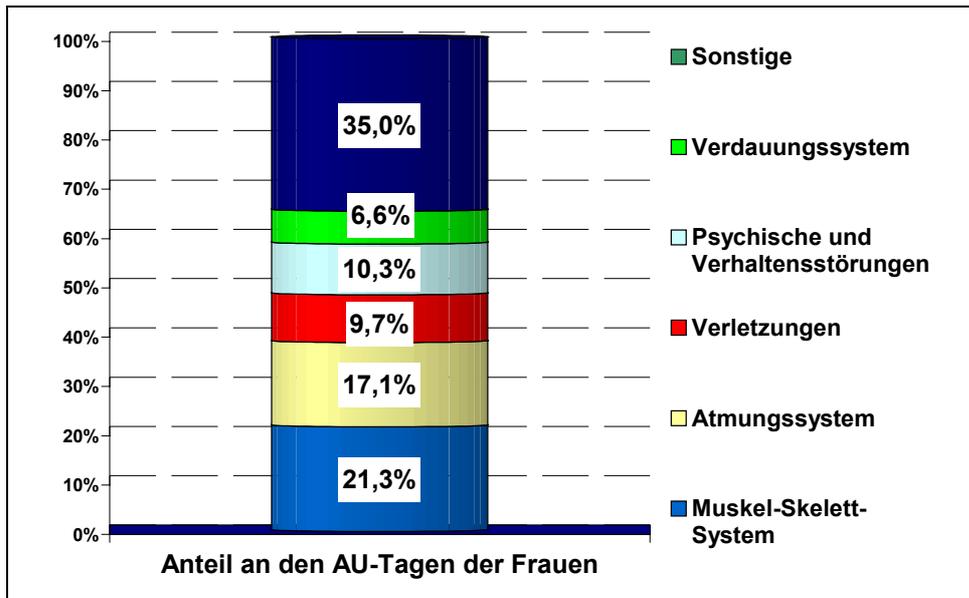


Abb. 15
Anteile der fünf bei den Frauen wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

DAK 2003

Abbildung 16

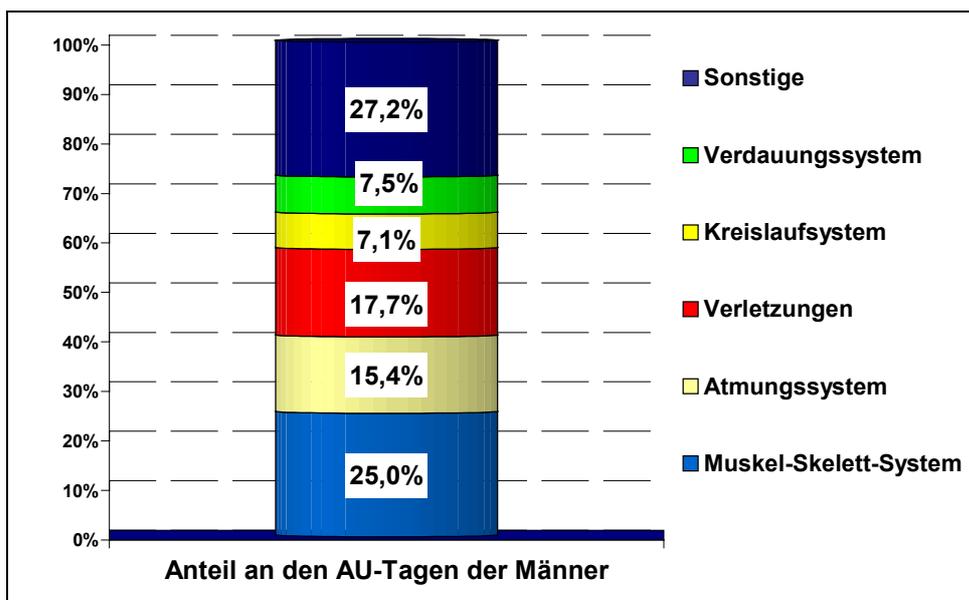


Abb. 16
Anteile der fünf bei den Männern wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

DAK 2003

Muskel-Skelett-Erkrankungen und Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer annähernd gleich große Bedeutung, wobei die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bei den Männern und die Erkrankungen des Atmungssystems bei den Frauen eine etwas größere Rolle spielen.

Deutliche Unterschiede können dagegen hinsichtlich der Bedeutung von Verletzungen beobachtet werden:

Verletzungen häufiger bei Männern

Wenngleich sie bei beiden Geschlechtern an dritter Stelle stehen, haben sie bei Männern mit 17,7 % einen im Vergleich zu den Frauen (9,7 %) fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand.

Den vierten Rang nehmen in der Reihenfolge der Krankheitsarten bei den Frauen die psychischen Erkrankungen und bei den Männern die Krankheiten des Kreislaufsystems ein.

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung bei den Frauen

Diese Besonderheit im Krankheitsspektrum von Männern und Frauen war im Gesundheitsreport 2001 gesondert untersucht worden. Dabei stellte sich heraus, dass verschiedene psychische Störungen bei Frauen um 70 % bis 90 % häufiger als Begründung für Arbeitsunfähigkeit registriert wurden als bei Männern.

Risiko für Herzkrankheiten bei Männern erhöht

Als „männertypische“ Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen gelten hingegen neben Verletzungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen vor allem chronische ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und akuter Myokardinfarkt. Das Volumen an Ausfalltagen, das durch diese Erkrankungen bei Männern verursacht wird, ist etwa fünf mal so hoch wie bei Frauen.

Gegenüber dem Vorjahr nahmen sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Erkrankungen des Atmungssystems etwas ab. Der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb bei den Frauen konstant, während er bei den Männern weiter stieg. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des wichtigsten Diagnosekomplexes innerhalb dieser Gruppe, nämlich den Rückenerkrankungen, wird im Rahmen der diesjährigen Sonderanalyse vertieft behandelt. Die Bedeutung von Verletzungen hat gegenüber dem Vorjahr bei beiden Geschlechtern minimal zugenommen.

Auch psychische Erkrankungen (hier nur für Frauen dargestellt) haben gegenüber dem Vorjahr weiter zugenommen. Der Anteil der Kreislauferkrankungen ist bei Männern leicht zurückgegangen.

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (35,0%) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (27,2 %). Dies ist besonders auf den bei den Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,2 % im Vergleich zu 3,1 %) sowie Erkrankungen des Urogenitalsystems (4,2 % im Vergleich zu 1,4 %) zurückzuführen.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 17 zeigt die Bedeutung der sechs wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen. Da sich die fünfte der wichtigsten Krankheitsarten bei Männern und Frauen unterscheidet (Männer: Kreislauf, Frauen: Psychische Erkrankungen) werden in der Betrachtung nach Altersgruppen insgesamt 6 Krankheitsarten berücksichtigt.

Abbildung 17

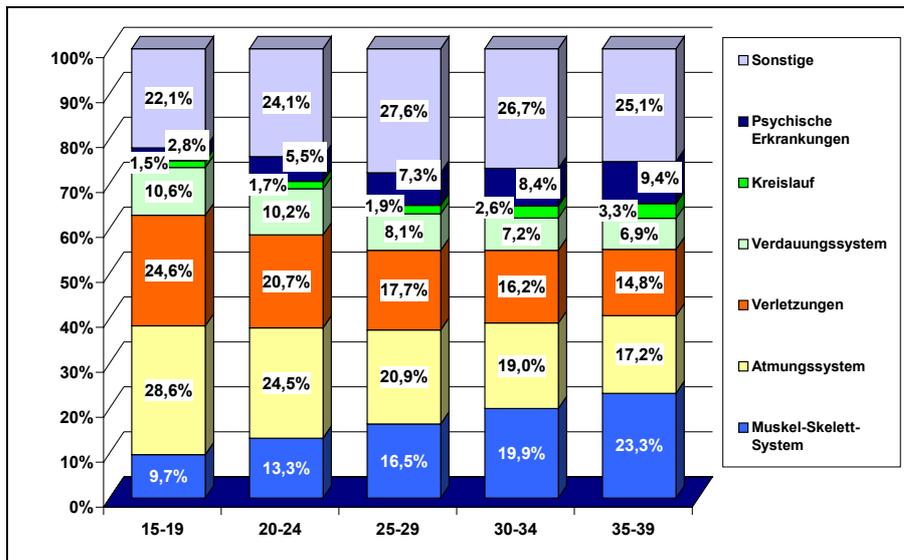


Abb. 17
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen

DAK 2003

Abbildung 18

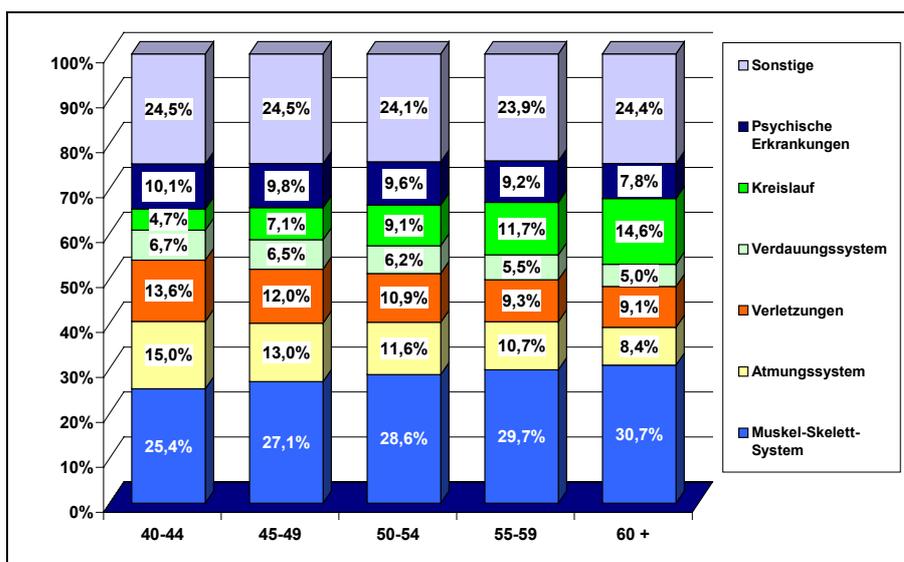


Abb. 18
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen

DAK 2003

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

Auf die Krankheitsarten Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern mehr als die Hälfte (53,2%) aller Krankheitstage. In den obersten Altersgruppen schrumpft der Anteil dieser beiden Krankheitsarten auf nur noch 17,5 % zusammen.

Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückzuführen ist.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass der relative "Rückgang" einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil auf die absolute Zunahme anderer Krankheitsarten zurückzuführen ist. Bei einem insgesamt mit dem Alter steigenden Krankenstandsniveau kann also der prozentuale Anteil einer Krankheitsart allein deshalb sinken, weil andere Erkrankungsarten stark zugenommen haben.

Im Altersverlauf zunehmende Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems ...

Mit zunehmendem Alter steigt die Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen kontinuierlich von 9,7 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 30,7 % bei den über 60-Jährigen an. Hier sind verstärkt langwierigere chronisch-degenerative Erkrankungen zu verzeichnen (s. hierzu auch das diesjährige Schwerpunktthema „Rückenerkrankungen“).

sowie des Kreislaufsystems

Kreislaufferkrankungen treten im höheren Lebensalter häufiger auf. Vor allem steigt jedoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer aufgrund des steigenden Risikos schwerwiegender Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkt und Schlaganfall mit dem Alter sehr stark an. Dauert eine Erkrankung des Kreislaufsystems bei einem 15- bis 19-Jährigen rund 4 Tage, so sind es bei einem über 60-Jährigen mit 40 Tagen zehn mal so viel.

Der Anteil am Gesamt Krankenstand der psychischen Störungen wiederum steigt von 2,8 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von über 10 % bei den 40- bis 44-Jährigen an, um dann mit zunehmendem Alter wieder abzusinken – bei den über-60-Jährigen beträgt der Anteil dann nur noch 7,8 %. 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.

Zunahme von Muskel-Skelett-Erkrankungen in den mittleren Altersgruppen; Abnahme der Erkrankungen des Atmungssystems.

Im Vergleich zum Jahr 2001 ist insbesondere in den mittleren Altersgruppen (35- bis 54-Jährige) eine Zunahme des Anteils von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems am Krankenstand zu verzeichnen.

Erkrankungen des Atmungssystems hingegen haben in allen bis auf die beiden höchsten Altersgruppen gegenüber dem Vorjahr anteilmäßig abgenommen. In allen Altersgruppen leicht zugenommen wiederum hat der Anteil der Verletzungen.

Wie schon im letzten Jahr ist auch 2002 ein weiter steigender Anteil am Krankenstand bei den psychischen Erkrankungen festzustellen: Im Vergleich zum Vorjahr war in allen einzelnen Altersgruppen eine zum Teil deutliche Zunahme zu beobachten.

**Weiter Zunahme
von psychischen
Krankheiten**

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der DAK-Mitglieder betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben. Die Liste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt.

**Kriterium: Anteil
an den AU-Tagen**

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

ICD 10	Diagnose	AU- Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,9%	6,8%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	3,9%	8,0%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,9%	2,2%
J20	Akute Bronchitis	2,7%	4,4%
F32	Depressive Episode	2,6%	0,9%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,1%	0,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,7%	4,3%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,6%	2,8%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,6%	4,2%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,6%	0,7%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,5%	1,2%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,4%	0,8%
J03	Akute Tonsillitis	1,2%	2,3%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,2%	1,0%
J01	Akute Sinusitis	1,1%	2,1%
K29	Gastritis und Duodenitis	1,0%	2,0%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,0%	0,2%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,0%	2,0%
M75	Schulterläsionen	1,0%	0,5%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	0,7%
Summe		40,0 %	47,7 %

An der Spitze der AU-Tage stehen Rückenbeschwerden und Infektionen der oberen Atemwege.

An der Spitze der AU-Tage stehen Rückenschmerzen und akute Infektionen der oberen Atemwege. Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind sonstige Bandscheibenschäden, sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Binnenschädigung des Kniegelenkes, sonstige Enthesopathien (z. B. Schleimbeutelentzündungen) sowie Schulterläsionen.

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems spielen neben akuten Infektionen, akute und sonstige Bronchitis, Sinusitis (Nebenhöhlenentzündung, Tonsillitis (Mandelentzündung) sowie grippale Infekte eine größere Rolle.

Depressive Episoden wichtigste psychische Erkrankung

Depressive Episoden sind die wichtigste Einzeldiagnose der psychischen Erkrankungen. Weitere wichtige Einzeldiagnosen sind darüber hinaus Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. 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.

Hinsichtlich des Krankenstandes an dritter Stelle stehen Verletzungen. Hierunter wurden die meisten Ausfalltage wegen nicht näher bezeichneter Verletzungen sowie Verstauchungen und Zerrung der Gelenke in Höhe des Sprunggelenkes und des Fußes verursacht.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen darüber hinaus bestimmte Erkrankungen des Verdauungssystems: nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (Magen-Darm-Infektionen) sowie Gastritis und Duodenitis (Magen und Zwölffingerdarkerkrankungen). Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung sind der Krankheitsart "Infektionen" zugeordnet.

Gegenüber dem Jahr 2001 sind nur geringfügige Veränderungen aufgetreten, beispielsweise etwas höhere Anteile der Verletzungen (einer nicht näher bezeichneten Körperregion) oder auch der akuten Infektionen der oberen Atemwege.

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.

2002 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder rund 59 AU-Tage und 3,3 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtcrankenstand betrug damit 4,6 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier etwa ein Drittel (32,4 %).

Abbildung 19

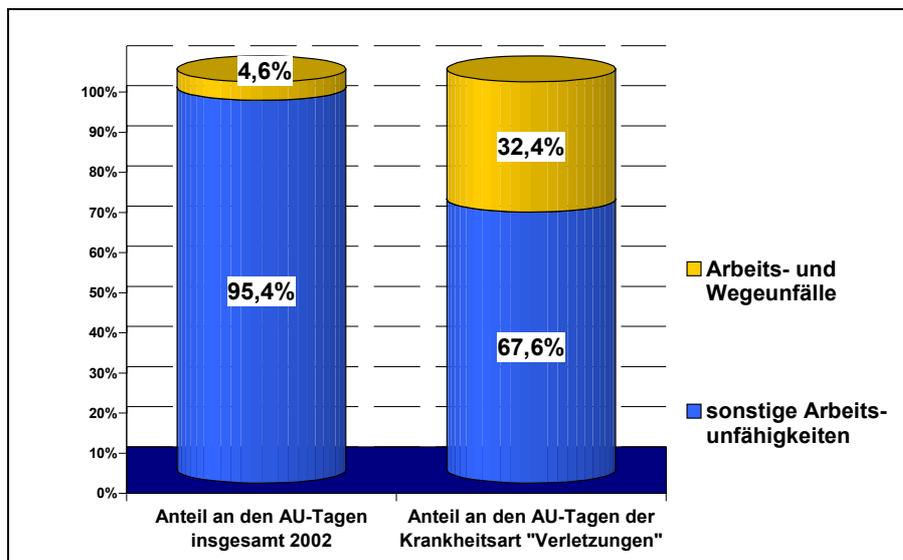


Abb. 19
Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt bzw. an der Krankheitsart "Verletzungen"

DAK 2003

Gegenüber dem Jahr 2001 ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle sowohl an den AU-Tagen insgesamt (minimal) als auch an der Krankheitsart „Verletzungen“ (von 34,0 %) zurückgegangen.

4 Schwerpunktthema: Rückenerkrankungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Jahrzehnt 2000 bis 2010 zur "bone and joint decade" (Jahrzehnt der Knochen und Gelenke) ausgerufen. Damit rückt die WHO vor allem eine Gruppe von Krankheiten in den Mittelpunkt, die der großen Mehrheit der Deutschen aus leidvoller eigener Erfahrung vertraut ist: Rückenerkrankungen.

Was macht die Rückenerkrankungen zu einem so wichtigen Problem?

Kreuzschmerzen, Hexenschuss, ein verspannter Nacken, Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule oder gar ein Bandscheibenvorfall – Rückenerkrankungen gelten als die Volkskrankheit Nummer 1. Diese führende Rolle verdanken sie folgenden Fakten:

- Sehr viele Menschen sind betroffen:

An jedem Tag leiden 23 % der Erwerbstätigen an Rückenschmerzen

Die DAK hat für den vorliegenden Gesundheitsreport 2003 eine Befragung von 1.500 erwerbstätigen Bundesbürgern im Alter von 18 bis 65 Jahren durchführen lassen. Diese bundesweit repräsentative Studie zeigt, dass an einem beliebigen Tag mehr als ein Fünftel der Erwerbstätigen unter Rückenschmerzen leiden (Punkt-Prävalenz 23 %).

Betrachtet man die zurückliegenden 12 Monate, so hatte mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen wenigstens einmal Rückenschmerzen (12-Monats-Prävalenz 55 %).

- Die volkswirtschaftlichen Kosten von Rückenerkrankungen sind enorm:

Hohe Kosten für medizinische Diagnostik und Behandlungen sowie ...

Rückenschmerzen sind der Grund für zahllose Arztbesuche, viele Patienten benötigen Medikamente und bei manchen werden aufwendige diagnostische Maßnahmen ergriffen. Bei einigen Rückenerkrankungen sind sogar operative Eingriffe und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Die Aufwendungen für die Behandlung von Krankheiten bezeichnet man als direkte Krankheitskosten.

... vor allem durch Produktivitätsausfälle:

Hinzu kommen noch die indirekten Kosten, die bei diesem Krankheitsbild besonders ins Gewicht fallen: Rückenerkrankungen verursachen einen erheblichen Ausfall an Produktivität – sei es durch Arbeitsunfähigkeitstage oder durch Frühberentungen.

Insgesamt ca. 25 Mrd. Euro pro Jahr!

Die direkten und indirekten Krankheitskosten werden auf insgesamt ca. 25 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt³.

³ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Chronische Schmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7. Berlin: Verlag Robert-Koch-Institut, o.J.

Diese Zahlen machen die große Relevanz für die Gesundheit und die Volkswirtschaft der bundesdeutschen Bevölkerung deutlich. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zählt die Rückenerkrankungen in seinem Jahresgutachten 2000/01 daher zu den teuersten Erkrankungen überhaupt.

Gründe genug, die Rückenerkrankungen zum Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports 2003 zu machen. Große Häufigkeit und hohe Kosten sind jedoch noch nicht alles, was die Rückenerkrankungen zu einem schwierigen Gesundheitsproblem macht:

- In den weitaus meisten Fällen lassen sich auch durch aufwendige Diagnoseverfahren keine körperlichen Ursachen für die Schmerzen im Rücken finden.
- Das Auftreten von Rückenerkrankungen wird durch eine ganze Reihe von Faktoren aus der Arbeitswelt, aber auch des Freizeitverhaltens und der Lebensführung begünstigt.
- Die meisten Menschen leiden immer wieder einmal für eine kurze Zeit unter Rückenschmerzen, ohne dass daraus ein gravierendes Problem erwachsen würde. Bei einer Teilgruppe nimmt die Krankheit jedoch einen ungünstigen Verlauf: Rückenschmerzen treten immer wieder und immer länger auf. Es kommt zur Chronifizierung, mit eventuell ernststen Folgen, bis hin zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben.
- Rückenerkrankungen sind bei manchen Patienten offenbar Teil eines umfassenderen Krankheitsgeschehens, das durch das gleichzeitige Auftreten einer psychischen Erkrankung gekennzeichnet ist.

In den folgenden Abschnitten des Schwerpunktkapitels werden diese und weitere Fragestellungen aufgegriffen und näher beleuchtet. Grundlage sind – neben einer Sichtung der wissenschaftlichen Literatur – folgende Analysen, die von der DAK speziell für das diesjährige Schwerpunktthema durchgeführt wurden:

DAK-Gesundheitsbarometer „Rückenschmerzen“:

Wie bereits erwähnt, wurde im März 2003 im Auftrag der DAK eine repräsentative Stichprobe von 1.500 erwerbstätigen Bundesbürgern zum Auftreten und zum Umgang mit Rückenschmerzen telefonisch befragt.

Vertiefte Auswertungen der Arbeitsunfähigkeitsdaten 2002:

In den übrigen Abschnitten des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports werden die Rückenerkrankungen implizit bereits thematisiert, nämlich als Teil des ICD-Kapitels „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Die tiefer gehenden Analysen des Schwerpunktkapitels konzentrieren sich auf die besondere Diagnosegruppe der Rückenerkrankungen (Dorsopathien).

Weitere Besonderheiten der Rückenerkrankungen:

häufig keine körperlichen Ursachen;

Risiken aus Arbeitswelt und Freizeit;

Gefahr der Chronifizierung;

häufig im Zusammenhang mit anderen – insbesondere psychischen - Erkrankungen.

Datenquellen des Schwerpunktkapitels:

Repräsentative Umfrage unter der erwerbstätigen Bevölkerung

Vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2002

Längsschnittliche Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von DAK-Mitgliedern über einen Zeitraum von fünf Jahren:

Längsschnitt-Analyse der Arbeitsunfähigkeiten über einen Zeitraum von 5 Jahren (1998 – 2002)

Für DAK-Mitglieder, die von 1998 bis 2002 durchgehend versichert waren, wurden die Arbeitsunfähigkeiten – insbesondere natürlich wegen Rückenerkrankungen – analysiert. Dadurch ist es beispielsweise möglich, Krankengeschichten in die Vergangenheit hinein zu rekonstruieren. Die Längsschnittanalysen beruhen auf den Daten vom rund 1,7 Mio. DAK-Mitgliedern. (Wegen der natürlichen Mitgliederfluktuation ist die für einen 5-Jahres-Längsschnitt verfügbare Stichprobe erheblich kleiner als die Stichprobe einer querschnittlichen Jahresanalyse).

Gliederung des Schwerpunktkapitels:

Das Schwerpunktkapitel „Rückenerkrankungen“ gliedert sich in folgende Themen:

Was sind Rückenerkrankungen?

Im nächsten Abschnitt werden zunächst einmal die medizinischen Diagnosen erklärt, die zur Gruppe der Rückenerkrankungen (Dorsopathien) zählen sowie die Einteilung in akute und chronische Schmerzzustände vorgestellt.

Rückenschmerzen in der berufstätigen Bevölkerung im Jahr 2003

Wie viele erwerbstätige Menschen leiden unter Rückenschmerzen, wie lange dauern die Beschwerden an, wie oft tritt Arbeitsunfähigkeit ein? Aktuelle Antworten auf diese Fragen liefern die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsbarometers.

Die Umfragedaten werden deutlich machen, dass Rückenschmerzen viel stärker verbreitet sind, als es in den AU-Daten sichtbar wird. Zur Arbeitsunfähigkeit kommt es vielfach erst bei stärkeren oder längerdauernden Schmerzen. Im Mittelpunkt der Analysen der AU-Daten steht daher das Problemfeld der wiederkehrenden und chronischen Rückenerkrankungen.

Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002

Im ersten Schritt wird die Bedeutung der Rückenerkrankungen für die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder im Jahr 2002 dargestellt: Welche Personengruppen sind besonders stark betroffen? Gibt es eine Zunahme von Rückenerkrankungen in den letzten Jahren?

Rückenerkrankungen und Arbeitswelt

Anschließend werden Zusammenhänge zwischen der Arbeitswelt und dem Auftreten von Rückenerkrankungen zum Thema gemacht. Die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder werden nach Branchen untersucht. Berufsbedingte Risikofaktoren für das Auftreten von Rückenerkrankungen werden vorgestellt und diskutiert.

Wiederkehrende und chronische Rückenerkrankungen sowie Ko-Morbidität

Den Abschluss bilden Untersuchungen auf Basis der Längsschnittdaten zur Frage der Chronifizierung von Rückenerkrankungen sowie des Zusammenhangs mit anderen – insbesondere psychischen – Erkrankungen.

Was sind Rückenerkrankungen?

Unter dem medizinischen Begriff „Dorsopathien“ werden verschiedene Krankheiten der Wirbelsäule und Bandscheiben sowie Schmerzzustände im Bereich – vor allem des unteren – Rückens zusammengefasst. Die Rückenerkrankungen können in vier Untergruppen geteilt werden, die mit ihren zugehörigen Einzeldiagnosen in Tabelle 2 dargestellt sind.

Tabelle 2: Diagnosegruppe der Rückenerkrankungen (Dorsopathien)

Erkrankungsart	Diagnosen nach ICD-10
Entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule	M45 Spondylitis ankylosans (chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung des Achsen skeletts, der Extremitätengelenke und Sehnenansätze; Bechterew-Strümpell-Marie-Krankheit)
	M46 Sonstige entzündliche Spondylopathien (Sonstige entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule)
Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule	M47 Spondylose (degenerative Erkrankung der Wirbelsäule, Arthrose der Wirbelgelenke)
	M48 Sonstige Spondylopathien (Sonstige degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule)
	M49 Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (Erkrankungen der Wirbelsäule, die in Zusammenhang mit Krankheiten anderer Organsysteme auftreten)
Bandscheibenschäden	M50 Zervikale Bandscheibenschäden (Bandscheibenschäden der Halswirbelsäule)
	M51 Sonstige Bandscheibenschäden
Unspezifische Rückenerkrankungen	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
	M54 Rückenschmerzen

Quelle: ICD-10

Die entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule (M45/M46) sind selten und spielen für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen keine nennenswerte Rolle.

Bandscheibenschäden und degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule

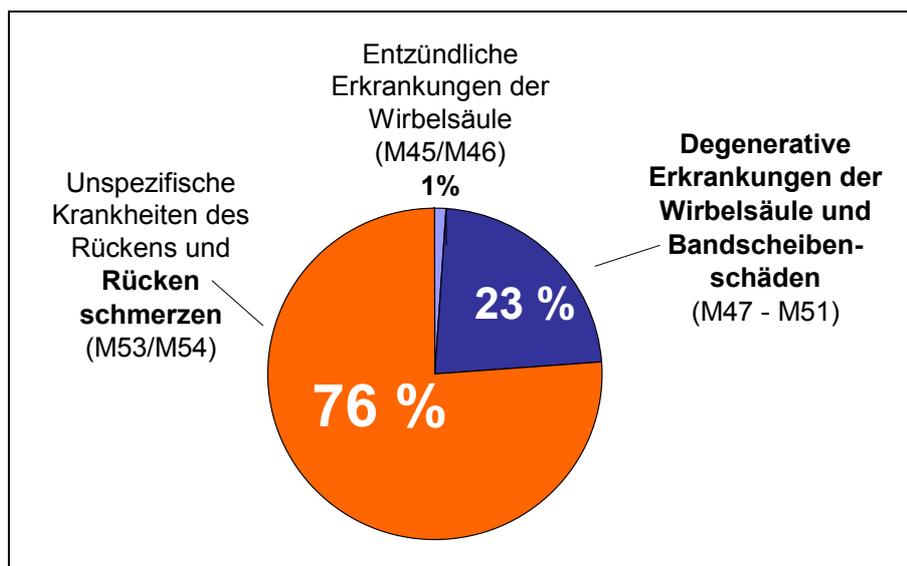
Bei den Bandscheibenschäden und degenerativen (Verschleiß-) Erkrankungen der Wirbelsäule (M47–M51) lassen sich durch bildgebende Diagnostik in der Regel Schäden an den anatomischen Strukturen feststellen. Nimmt man den Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen als Maßstab, so verursachen Bandscheibenschäden und degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule etwa ein Viertel der Rückenerkrankungen.

Unspezifische Rückenerkrankungen und Rückenschmerzen

Quantitativ am bedeutendsten sind die unspezifischen Rückenerkrankungen (M53/M54). Die Betroffenen leiden unter einem Symptom, nämlich Rückenschmerzen, ohne dass sich ein krankhafter Befund an Wirbelsäule oder Bandscheiben finden ließe. Die Schmerzen treten typischerweise im Bereich des unteren Rückens, also der Lendenwirbelsäule auf. Auf die unspezifischen Rückenerkrankungen – häufig auch nur als Rückenschmerzen bezeichnet – entfallen etwa drei Viertel der AU-Tage, die durch die gesamte Gruppe der Rückenerkrankungen verursacht werden (Abbildung 20).

Abbildung 20

Abb. 20 Anteile der Einzeldiagnosen an den AU-Tagen aufgrund von Rücken-erkrankungen insgesamt (DAK 2002)



DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten

Arbeitsunfähigkeitsdaten bilden nur einen Teil des Problems „Rückenschmerzen“ ab.

Die AU-Daten bilden nur einen Teil der medizinischen Versorgung von Rückenerkrankungen ab. Es fehlen sowohl die Patienten, die zwar einen Arzt aufsuchen, aber nicht krank geschrieben werden, als auch ältere Patienten, die nicht mehr berufstätig sind.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen: Bezieht man alle Patienten mit ein, die wegen Rückenschmerzen einen Arzt aufsuchen, dann stellt sich das Verhältnis zwischen unspezifischen Rückenschmerzen und den spezifischen Rückenerkrankungen (M45 – M51) noch ungleicher dar: Nur bei 15 % der Patienten, kann eine organische Ursache festgestellt werden, 85 % leiden unter unspezifischen Beschwerden.

Ursachen der Schmerzsymptomatik

Rückenschmerzen können natürlich organische Ursachen haben, wie etwa einen Bandscheibenvorfall, einen Tumor oder eine Entzündung. Sucht ein Patient wegen Rückenschmerzen erstmals einen Arzt auf, so muss zunächst geklärt werden, ob möglicherweise eine eindeutige organische Krankheit Ursache für die Schmerzen ist.

Organische Ursachen für Rückenschmerzen

Die häufigste körperliche Ursache sind degenerative Wirbelsäulenerkrankungen. Anhaltende Druckbelastungen durch den aufrechten Gang und verlangsamter Stoffaustausch in den Zwischenwirbeln durch mangelnde Bewegung sind wesentlich für das frühzeitige Auftreten von degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule beim Menschen.

Wie bereits ausgeführt, kann bei nichtspezifischen Rückenerkrankungen keine somatische Ursache gefunden werden. Als Ursachen der Schmerzsymptomatik werden hier vornehmlich Muskelverspannungen bzw. -verhärtungen diskutiert. Bei Schmerzen im oberen Rückenbereich löst eine dauerhafte Muskelspannung - bei fehlender Entspannung - eine starke Erregung druckempfindlicher Schmerzrezeptoren aus. Im Unterschied dazu kommen Schmerzen im unteren Rückenbereich nicht primär durch eine verspannte Muskulatur zustande, sondern die Wirbelsäule wird nicht ausreichend muskulär gestützt und die Schmerzen können sowohl in den überlasteten Muskeln als auch im Bindegewebe spürbar sein.

Ursachen von unspezifischen Rückenschmerzen

Schmerzen sind grundsätzlich ein subjektives Phänomen. Wie stark die Schmerzen empfunden werden und welchen Charakter sie haben, ist von einer Vielzahl von Einflüssen abhängig, die auch psychische und berufliche Faktoren umfassen.

Schmerzen sind ein subjektives Phänomen

Bei den unspezifischen Rückenschmerzen spielen der Umgang mit den Schmerzen und die psychische Verarbeitung eine besonders wichtige Rolle. Das Thema der Bewältigung von Rückenschmerzen – einschließlich der ärztlichen Beratung – wird daher im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch ausführlicher aufgegriffen.

Psychische Verarbeitung spielt bei Schmerzen eine Rolle

Akute und chronische Rückenschmerzen

Wie bereits erwähnt, unterscheidet man bei den unspezifischen Rückenerkrankungen vor allem zwischen akuten und chronischen Fällen:

- Dauert die Krankheitsepisode weniger als 4 Wochen, so spricht man von akuten Rückenschmerzen.
- Bei einer Dauer von mehr als 3 Monaten handelt es sich um chronische Rückenschmerzen.

Chronische Rückenschmerzen ab einer Dauer von 3 Monaten

Der Bereich dazwischen (mehr als 4 Wochen bis unter 3 Monate) wird zumeist als subakute Form bezeichnet.

Die Unterscheidung nach Dauer der Schmerzen hat sich als wichtig für die Forschung und nützlich für die Behandlung und Beratung der Patienten erwiesen:

Akute Rückenschmerzen sind sehr verbreitet und meist harmlos.

Akute Rückenschmerzen sind sehr verbreitet, sie treten bei den meisten Menschen wiederholt auf, aber sie sind nicht als ernste Krankheit einzustufen, insofern sie nicht Ausdruck eines fortschreitenden Krankheitsprozesses sind. D.h., „sie kommen und gehen“, sollten kein Grund zu großer Besorgnis sein und bedürfen in den meisten Fällen auch keiner besonderen medizinischen Behandlung.

Bei einer kleinen Zahl von Betroffenen kommt es zu einer Chronifizierung.

Bei einer relativ kleinen – aber für die Problematik sehr bedeutsamen – Gruppe entwickelt sich ein chronisches Krankheitsbild: Diese Patienten sind häufig sehr stark beeinträchtigt, sie schränken ihre Aktivitäten immer mehr ein, entwickeln eine übersteigerte Schmerzaufmerksamkeit, leiden häufig unter Depressionen und haben ein hohes Risiko, vorzeitig aus dem Berufsleben auszuschneiden. Auf die Problematik der Chronifizierung von Rückenschmerzen wird in den folgenden Analysen mehrfach zurückzukommen sein.

Rückenschmerzen in der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik 2003

An einem gegebenen Tag leiden 23% der Erwerbstätigen an Rückenschmerzen.

Die Punkt-Prävalenz von Rückenschmerzen liegt in der berufstätigen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren bei 23 %. Das heißt: An einem beliebigen Tag leiden 23 % unter Rückenschmerzen. Dieser Wert wurde durch das DAK-Gesundheitsbarometer im März 2003 ermittelt.

Im Laufe eines Jahres leiden 55% an Rückenschmerzen.

Weitere 22 % verneinen zwar die Frage nach aktuell bestehenden Schmerzen, geben aber an, dass sie im Laufe der letzten 12 Monate Rückenschmerzen hatten. Damit errechnet sich eine 12-Monats-Prävalenz von 55 %.

Im Bundes-Gesundheitssurvey aus dem Jahr 1998 wurden nicht nur die Erwerbstätigen, sondern die Gesamtbevölkerung im Alter zwischen unter 30 und 79 Jahren befragt. Eingeschlossen waren also beispielsweise auch ältere Menschen sowie solche, die wegen einer Krankheit gar nicht (mehr) arbeiten konnten.

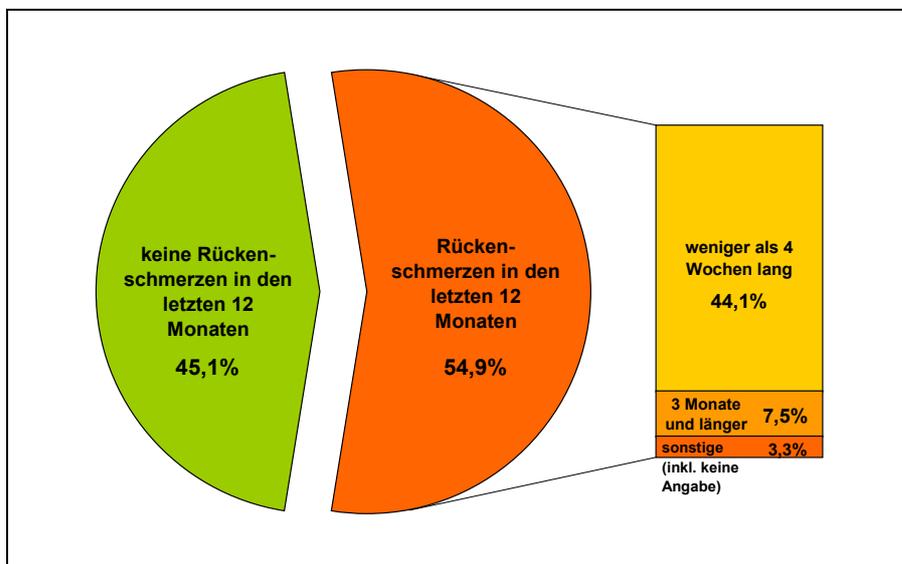
Dementsprechend wurden noch deutlich höhere Werte gefunden: Innerhalb der letzten 12 Monate hatten 56,2 % der Männer und 62,1 % der Frauen Rückenschmerzen.

Von den durch die DAK befragten Erwerbstätigen hatten 7,5 % in den vorangehenden 12 Monaten eine länger als 3 Monate dauernde Schmerzepisode (Abbildung 21). Bei diesen Personen gibt es somit Anzeichen für eine chronische Erkrankung. Die 7,5 % aller Befragten entsprechen einem Anteil von 14 % an den Personen mit Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten.

Die ganz überwiegende Mehrheit leidet jedoch nur unter kurzdauernden, akuten Schmerzepisoden: 44 % aller Befragten bzw. 82 % der Personen mit Rückenschmerzen in den vorangehenden 12 Monaten gaben an, dass ihre Schmerzen weniger als 4 Wochen gedauert haben.

Das DAK-Gesundheitsbarometer lässt noch eine genauere Angabe zu: Bei 34 % aller Befragten bzw. 63 % derjenigen mit Rückenschmerzen dauerten die Episoden sogar nur maximal eine Woche.

Abbildung 21



DAK 2003, DAK-Gesundheitsbarometer

Das Auftreten von Rückenschmerzen nimmt mit dem Alter der Befragten zu – wobei jedoch vor allem das hohe Ausgangsniveau bereits in der jüngsten Altersgruppe auffällt: Bei den 18- bis 24-Jährigen bejahten 49 % die Frage nach Schmerzen in den vorangehenden 12 Monaten. In den höheren Altersgruppen steigt die 12-Monats-Prävalenz kontinuierlich an und liegt in der höchsten Altersgruppe der 55 bis 65-Jährigen bei 60 %.

Ausgeprägter ist der Unterschied zwischen den Altersgruppen vor allem im Hinblick auf die Dauer der Schmerzepisoden: In der jüngsten Altersgruppe geben über 90 % an, dass sie nicht länger als 4 Wochen Rückenschmerzen hatten. Bei den über 55-Jährigen sind es nur noch 74 % mit akuten, aber 21% mit Schmerzepisoden von mehr als 3 Monaten Dauer.

7,5% haben im Laufe eines Jahres eine länger als 3 Monate dauernde Schmerzepisode

Bei der Mehrheit der Betroffenen halten Rückenschmerzen nicht länger als eine Woche an.

Abb. 21

Rückenschmerzen in der berufstätigen Bevölkerung: 12-Monatsprävalenz und Dauer der Schmerzepisoden

Schon die 18- bis 24-Jährigen haben zu fast 50 % im Laufe eines Jahres Rückenschmerzen

Längerdauernde Schmerzepisoden vor allem bei den über 55-Jährigen

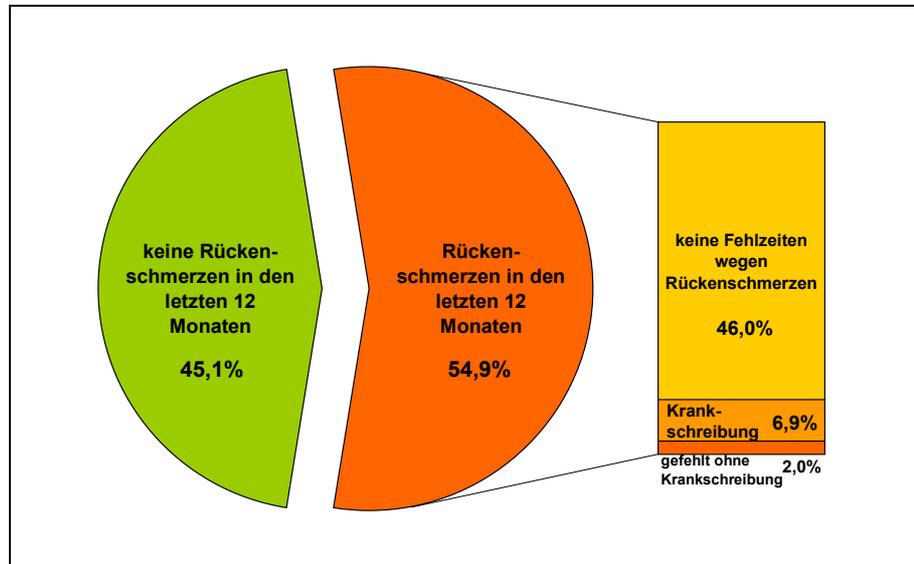
Die meisten gehen mit Rückenschmerzen zur Arbeit.

Im DAK-Gesundheitsbarometer wurde ferner gefragt, ob man wegen der Rückenschmerzen bei der Arbeit gefehlt hat. Abbildung 22 zeigt das Ergebnis: Die überwiegende Mehrheit der Personen mit Schmerzen bleibt deshalb nicht der Arbeit fern.

Abb. 22

Abbildung 22

Rückenschmerzen in der berufstätigen Bevölkerung: Fehlzeiten am Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten



DAK 2003, DAK-Gesundheitsbarometer

Etwa 7 % der Erwerbstätigen sind in einem Jahr wegen Rückenschmerzen krank geschrieben.

Bezogen auf die Gesamtgruppe aller etwa 1.500 interviewten Berufstätigen ergibt sich ein Anteil von 6,9 %, die wegen Rückenschmerzen von einem Arzt krank geschrieben worden sind. Dies entspricht ziemlich genau der AU-Betroffenenquote wegen Rückenerkrankungen, die bei den DAK-Mitgliedern im Jahr 2002 bei 7,1 % liegt.

Das DAK-Gesundheitsbarometer hat noch weitere interessante Ergebnisse insbesondere zum Umgang der Betroffenen mit den Beschwerden geliefert, auf die später noch eingegangen wird.

Im nächsten Abschnitt geht es um Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002. Die Analyse der Umfragedaten erlaubt es nun, die im Folgenden berichteten Ergebnisse zum AU-Geschehen genauer einzuordnen:

Etwa 7 % aller Befragten waren im Laufe eines Jahres wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben. Nur bezogen auf die Gruppe der Befragten mit Rückenschmerzen errechnet sich ein Anteil von 13 %.

Wenn im folgenden Abschnitt also von den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder wegen Rückenerkrankungen die Rede ist, dann handelt es sich um diese ca. 13% umfassende Teilgruppe der insgesamt von Rückenschmerzen betroffenen Berufstätigen.

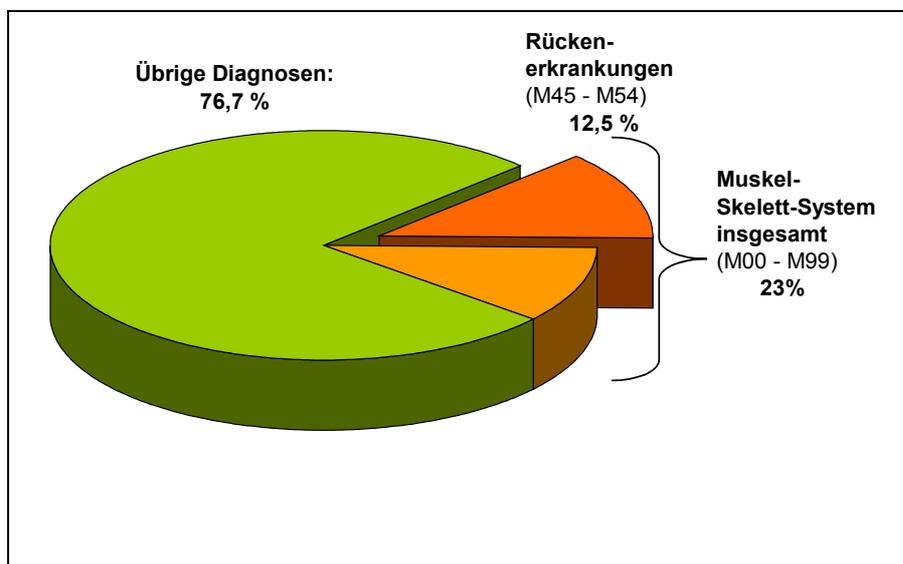
Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002

Ein Ergebnis der vertiefenden Auswertung der AU-Daten des Jahres 2002 wurde im vorigen Abschnitt bereits erwähnt, weil es fast exakt durch die Umfragedaten des DAK-Gesundheitsbarometers bestätigt wird: 7,1 % der aktiv erwerbstätigen DAK-Mitglieder hatten 2002 wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer Rückenerkrankung.

Auf Rückenerkrankungen entfallen etwa 12,5 % aller AU-Tage. Das bedeutet: Auf 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder kamen 160 Fehltage wegen Rückenerkrankungen.

Das ICD-Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ ist im aktuellen DAK-Gesundheitsreport ebenso wie in den Reports der zurückliegenden Jahre die Krankheitsgruppe mit dem größten Anteil am Krankenstand. In 2002 sind es 300 AU-Tage pro 100 Mitglieder und 23 % Anteil am Krankenstand. Die Rückenerkrankungen sind innerhalb dieses ICD-Kapitels die dominierende Krankheitsgruppe (Abbildung 23).

Abbildung 23



DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2002

Im Jahr 2002 wurden 111,5 AU-Fälle je 100 Versicherte beobachtet – fast jeder elfte dieser AU-Fälle wurde durch eine Rückenerkrankung verursacht. Im Durchschnitt dauerte ein AU-Fall wegen einer Rückenerkrankung 16,0 Tage – also 4,5 Tage länger als der Durchschnitt aller AU-Fälle im Jahr 2002.

Im Jahr 2002 hatten 100 DAK-Mitglieder etwa 160 Fehltage wegen Rückenerkrankungen

Abb. 23 Krankenstand der DAK-Mitglieder 2002: Anteile der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems insgesamt und der Rückenerkrankungen

Ein AU-Fall wegen Rückenerkrankungen dauerte im Durchschnitt 16 Tage

Alter und Geschlecht

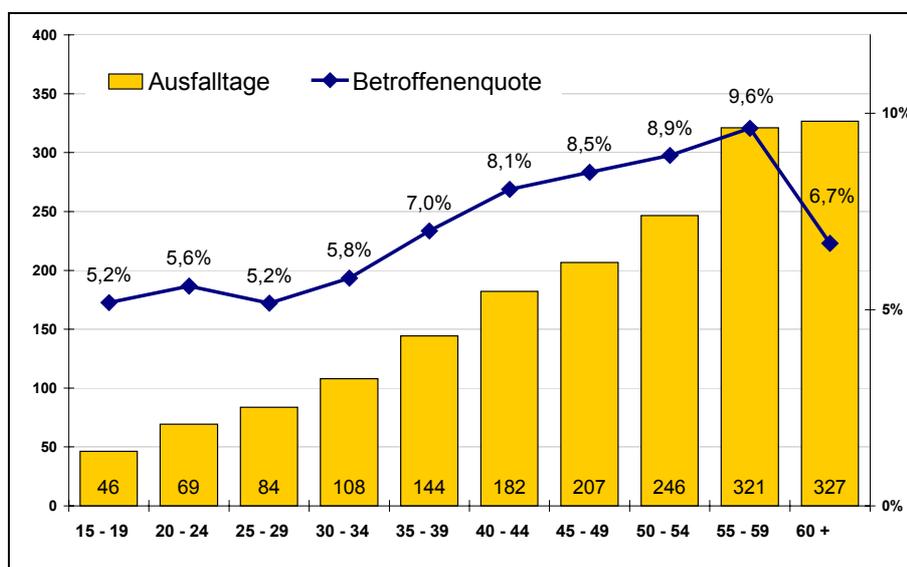
Zahl der Rückenerkrankungen steigt mit zunehmendem Alter stark an.

Rückenerkrankungen sind ein Problem älterer Leute – so denken viele. Auf den ersten Blick stimmt dies: Die Arbeitsunfähigkeitszahlen (vgl. Abbildung 24) zeigen, dass die Ausfalltage aufgrund von Rückenerkrankung mit dem Alter dramatisch ansteigen: Während in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen lediglich 69 AU-Tage verzeichnet wurden, steigt die Anzahl der Ausfalltage in der Folge stetig an: 55- bis 59-Jährige verzeichneten 2002 im Schnitt fast das 5-fache an Krankheitstagen auf Grund dieser Diagnose.

Abbildung 24

Abb. 24
AU-Volumen 2002
aufgrund von Rückenerkrankungen
und Betroffenenquote
nach Alter

(je 100 Versichertenjahre)



DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2002

Die Betrachtung der Betroffenenquote, also der Anteil derjenigen, die im vergangenen Jahr mindestens eine Krankschreibung wegen Rückenerkrankungen hatten, zeigt jedoch, dass nicht etwa die Zahl der Betroffenen in den höheren Altersgruppen zu den hohen Ausfallzeiten führt.

In den Altersgruppen zwischen 15 und 34 Jahren waren zwischen 5,2 % und 5,8 % mindestens einmal krankgeschrieben. (Die niedrige Betroffenenquote bei den über 60-Jährigen zeigt, dass hier viele Erkrankte bereits vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.)

Nicht eine höhere Zahl von Betroffenen, sondern längere Falldauern sind für höhere Ausfallzeiten der Älteren verantwortlich.

In der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen lag die Betroffenenquote nicht einmal doppelt so hoch. Vielmehr sind es die längeren Ausfallzeiten auf Grund von chronischen und langwierigeren Erkrankungen, die hier für die hohen Ausfallzeiten verantwortlich sind. So lag die Dauer einer durchschnittlichen Erkrankung bei den 20- bis 24-Jährigen bei etwas über einer Woche, bei den 55- bis 59-Jährigen bei 3,5 Wochen.

Bei den Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen zeigt sich damit im Grunde genommen das gleiche Bild, wie es das DAK-Gesundheitsbarometer für die Rückenschmerzen geliefert hat: Der Anteil der Betroffenen steigt zwar mit dem Alter an, der Unterschied zwischen Jungen und Alten ist jedoch nicht sehr stark ausgeprägt. Ganz anders dagegen die Dauer der Schmerzepisoden bzw. der Arbeitsunfähigkeiten: Hier ist mit zunehmendem Alter eine ganz erhebliche Zunahme zu beobachten.

Diese Zahlen zeigen, dass Rückenerkrankungen vor allem deshalb ein Problem älterer Menschen sind, weil es offenbar nicht gelingt, das wiederholte Auftreten, die Chronifizierung oder Verschlimmerung von Rückenerkrankungen zu verhindern. Über mögliche Maßnahmen der Vorbeugung und Linderung insbesondere chronischer Rückenschmerzen soll am Schluss dieses Schwerpunktkapitels noch genauer eingegangen werden.

Im Hinblick auf das Geschlecht zeigen die AU-Daten der DAK-Mitglieder etwas höhere Werte bei den Männern (Tabelle 3) – mit Ausnahme der Falldauer. D.h., Männer sind öfter von Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen betroffen als Frauen, sie haben mehr AU-Fälle und –Tage und weisen deshalb einen höheren Krankenstand aufgrund von Rückenerkrankungen auf, aber ihre Erkrankungsdauern sind kürzer als die der Frauen.

Die Chronifizierung von Rückenerkrankungen ist offenbar das Problem.

Bei den DAK-Mitgliedern sind Männer stärker von Rückenerkrankungen betroffen.

Tabelle 3: Rückenerkrankungen nach Geschlecht 2002

	Männer	Frauen
AU-Tage pro 100 Versichertenjahre	167,1	150,4
Anteil am Gesamtkrankenstand	13,5%	11,1%
Betroffenenquote	7,4%	6,7%
Fallhäufigkeit pro 100 Versichertenjahre	10,8	9,0
Durchschnittliche Falldauer in Tagen	15,5	16,8

DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2002

Diese Befunde der Arbeitsunfähigkeitsanalyse stehen auf den ersten Blick im Widerspruch zu Angaben in der Literatur über die Geschlechtsverteilung von Rückenschmerzen, aber auch zu den Ergebnissen des DAK-Gesundheitsbarometers:

Im bereits zitierten Bundesgesundheitsurvey wurde ermittelt, dass im Lauf eines Jahres 62% der Frauen und 56% der Männer unter Rückenschmerzen leiden. Frauen sind darüber hinaus auch häufiger von starken Rückenschmerzen betroffen.

Laut Umfragen leiden Frauen öfter unter Rückenschmerzen.

Das DAK-Gesundheitsbarometer zeigt fast das gleiche Bild: 50 % der Männer, aber 61 % der Frauen hatten in den vorangehenden 12 Monaten Rückenschmerzen. Auch in dieser aktuellen Untersuchung gibt es Hinweise, dass Frauen außerdem schwerer betroffen sind: Von den Männern mit Rückenschmerzen leiden 11 % mehr als 3 Monate lang, bei den Frauen sind es 17 %.

Wieso haben Männer dann einen höheren Krankenstand wegen Rückenerkrankungen? Das DAK-Gesundheitsbarometer liefert auch hier eine Antwort:

Frauen haben öfter Rückenschmerzen, aber Männer bleiben deshalb eher der Arbeit fern.

Männer bleiben wegen Rückenschmerzen häufiger der Arbeit fern als Frauen: Von den Männern mit Rückenschmerzen in den vorangehenden 12 Monaten gaben 5 % an, dass sie ohne, und über 14 % dass sie mit Krankschreibung der Arbeit ferngeblieben sind. Bei den Frauen sind es nur 2 % bzw. 11 %.

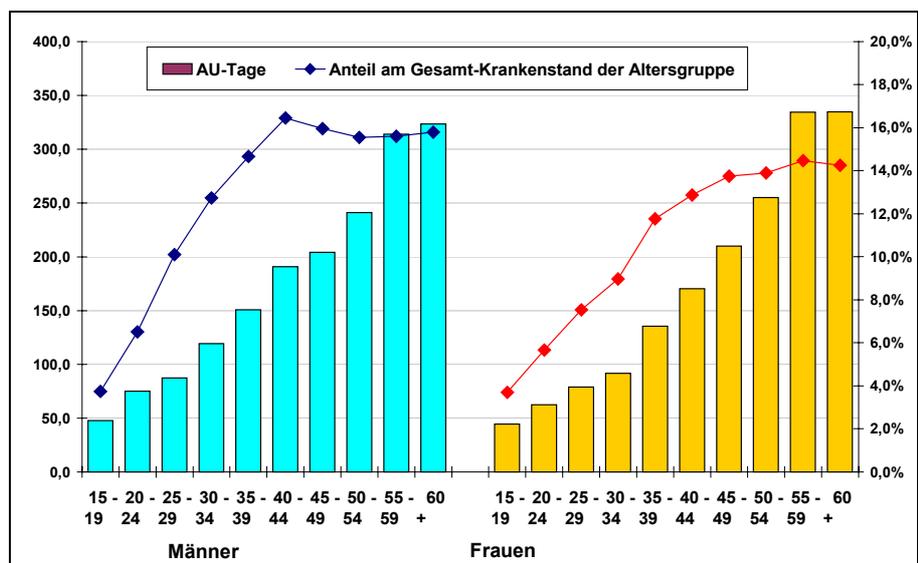
Als Erklärung für das unterschiedliche Verhalten von Männern und Frauen kommen vor allem Unterschiede in der Art der Arbeitsplätze in Betracht: Männer arbeiten möglicherweise häufiger als Frauen in Berufen, wo wegen der körperlichen Belastungen das Arbeiten mit Schmerzen nicht möglich ist.

Rückenerkrankungen sind in allen Altersgruppen bei den Männern bedeutsamer als bei den Frauen

Insgesamt spielen die Rückenerkrankungen bei den männlichen DAK-Mitglieder jedenfalls eine größere Rolle als bei den weiblichen. Wie Abbildung 25 zeigt, haben Rückenerkrankungen bei den Männern in allen Altersgruppen einen höheren Anteil als bei den Frauen.

Abb. 25
AU-Volumen 2002 aufgrund von Rückenerkrankungen und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 25



DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2002

Nehmen Rückenerkrankungen zu?

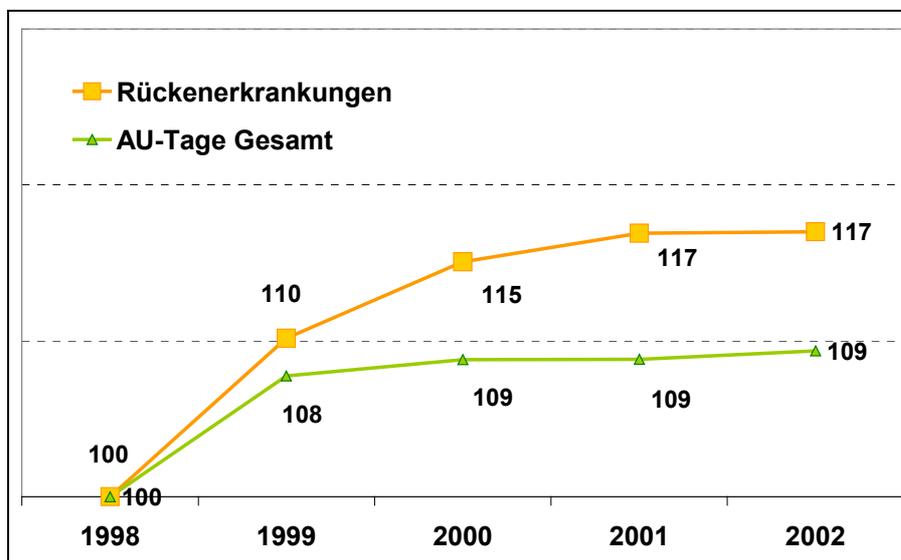
Rückenschmerzen werden bisweilen als eine „moderne Epidemie“ bezeichnet. Hintergrund dieser Benennung ist nicht nur die große Verbreitung, sondern auch der Verdacht, dass Rückenschmerzen in den letzten Jahren und Jahrzehnten zugenommen haben.

Die Frage der Zunahme von Rückenerkrankungen und Rückenschmerzen lässt sich nicht eindeutig beantworten, weil möglicherweise nicht die Krankheiten, sondern nur die Aufmerksamkeit und die Beachtung – sowohl seitens der Betroffenen, als auch der Ärzte – zugenommen haben.

Was die DAK-Mitglieder betrifft, so kann man zumindest für den Zeitraum von 1998 bis 2002 – für diese fünf Jahre verfügt die DAK über entsprechend aussagefähige Daten – untersuchen, wie sich der Krankenstand aufgrund von Rückenerkrankungen entwickelt hat. Dabei sollte man nicht allein diese eine Diagnosegruppe betrachten, sondern die Entwicklung des Gesamt Krankenstandes einbeziehen.

Abbildung 26 zeigt beide Kennwerte in einer Indexdarstellung, d.h. der jeweilige Krankenstandswert des Jahres 1998 wurde auf den Wert 100 normiert. Die Entwicklung der Folgejahre lässt sich dann als prozentuale Veränderung gegenüber dem Ausgangs Krankenstand von 1998 interpretieren.

Abbildung 26



DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten

Zunahme der Krankheiten oder (nur) der Aufmerksamkeit?

Entwicklung der Rückenerkrankungen im Zusammenhang mit dem Gesamt Krankenstand

Abb. 26
Entwicklung der AU-Tage aufgrund von Rückenerkrankungen im Vergleich zur Krankenstands-entwicklung zwischen 1998 und 2002
 (Indexdarstellung, 1998 = 100)

Der Gesamtkrankenstand hat sich von 1998 bis 2002 wenig verändert: In den letzten drei Jahren blieb er konstant bei 3,5 % und damit etwa 9 % höher als der Krankenstand im Jahr 1998 (3,2%).

Der Krankenstand aufgrund von Rückenerkrankungen zeigt einen ähnlichen Verlauf wie der Gesamtkrankenstand, nämlich zunächst einen Anstieg und in den letzten Jahren Stagnation. Die Zunahme gegenüber 1998 ist mit 17 % allerdings deutlicher ausgeprägt.

Die Rückenerkrankungen folgen dem gleichen Trend wie der gesamte Krankenstand.

Keine Hinweise auf Zunahme der Rückenerkrankungen

Diese etwas stärkere Zunahme der Rückenerkrankungen rechtfertigt es jedoch keineswegs, von einem unabhängigen Trend bei den Rückenerkrankungen zu sprechen. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK aus den letzten fünf Jahren sprechen eher dafür, dass sich der Krankenstand aufgrund von Rückenerkrankungen jeweils parallel zu den Veränderungen des Gesamtkrankenstandes entwickelt. Hinweise auf eine Zunahme von Rückenerkrankungen gibt es somit nicht.

Rückenerkrankungen und Arbeitswelt

Rückenerkrankungen werden von den Menschen seit jeher in Beziehung zur Arbeitswelt gesehen. Dies belegen geläufige Metaphern, wie etwa, dass sich jemand „krumm gearbeitet hat“. In früheren Zeiten, als Arbeit noch überwiegend mit zumeist schweren körperlichen Belastungen verbunden war, leuchtete dieser Zusammenhang auch unmittelbar ein.

Arbeitswelt spielt nach wie vor eine Rolle bei der Entstehung von Rückenerkrankungen:

Ein Blick auf die nach heutigem Stand der Forschung wichtigsten Risikofaktoren für – insbesondere chronische – Rückenschmerzen zeigt, dass auch in der modernen Dienstleistungs- und Industriegesellschaft die Arbeitswelt für die Entstehung von Rückenerkrankungen noch immer sehr bedeutsam ist (Tabelle 4).

Körperlich schwere Arbeit und Vibrationen, ...

Nach wie vor spielen Faktoren wie körperlich schwere Arbeit, einseitige Belastungen, Über-Kopf-Arbeit oder Vibrations-Expositionen (z. B. die Arbeit mit Pressluftschlämmern) eine Rolle. Zu den Wirtschaftsbereichen, in denen diese Belastungen besonders häufig auftreten, zählen etwa die Bauwirtschaft oder der gesamte Bereich der Pflege alter und kranker Menschen.

... aber auch Stress und psychische Belastungen.

Neben diesen physischen Belastungen können auch psychische Faktoren oder "Stress" Rückenbeschwerden auslösen oder begünstigen.

Eine besonders eintönige Arbeit oder permanente Unterforderung können zu einer geringen Arbeitszufriedenheit und damit, wie Studien zeigen – sowohl zur Ausbildung von Stressreaktionen als auch zur Verschlimmerung und Chronifizierung von Rückenerkrankungen führen.

Im Folgenden sollen einzelne Branchen im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen betrachtet werden.

Tabelle 4: Risikofaktoren für das Auftreten von (chronischen) Rückenschmerzen

Individuelle Ebene	Risikofaktoren
Biologische Risikofaktoren	– Höheres Alter (ab 45 Jahre) – Degenerative Prozesse
Psychische Risikofaktoren	– Anhaltende Belastung und Sorgen im privaten Alltag, wahrgenommene geringe soziale Unterstützung – Angst, Depression, ein Gefühl, immer krank zu sein – positive Verstärkung (sogenannter „Krankheitsgewinn“)
Lebensstil	– Rauchen – Übergewicht – Geringe körperliche Kondition
Berufliche Ebene	Risikofaktoren
Arbeitssituation	– Körperlich schwere Arbeit (insbesondere Heben und Tragen schwerer Lasten) – Nackenschmerzen: ungewöhnliche, einseitige Haltungen, Tätigkeit am Bildschirm, Über-Kopf-Arbeiten – Wiederholte, einseitige Bewegungen, Ganzkörpervibration – Tätigkeiten in Umgebungen mit kalten oder wechselnden Temperaturen – Monotone Arbeitsbelastung, hohe Arbeitsanforderungen – Wahrgenommene geringe Kontrolle über Arbeitsbedingungen und geringe Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten – Geringe Arbeitszufriedenheit – Unsicherer Arbeitsplatz, Angst vor Arbeitslosigkeit

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/01) und Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Rückenerkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Abbildung 27 zeigt die acht Wirtschaftsgruppen, in denen das Volumen an Ausfalltagen auf Grund von Rückenerkrankungen – im Vergleich zum DAK-Gesamtwert – besonders hoch ist.

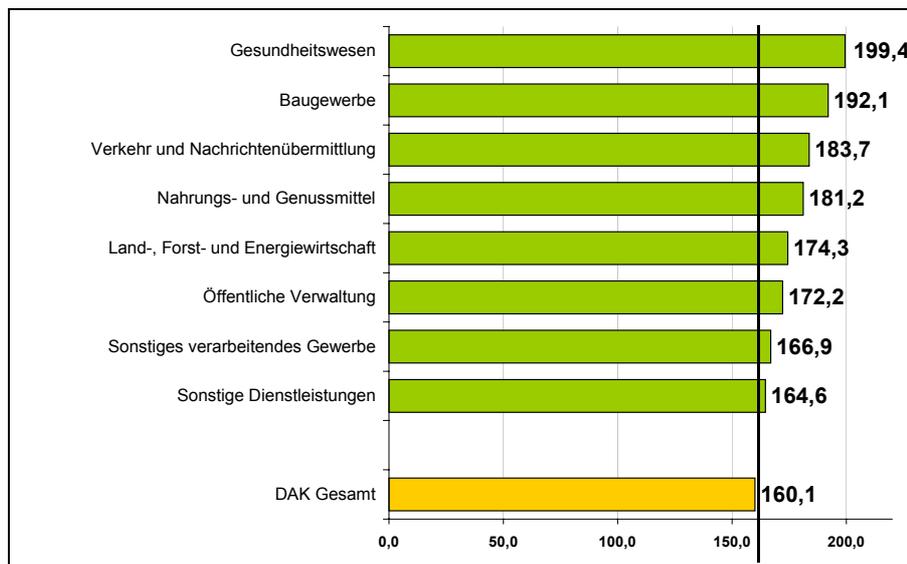
Im Gesundheitswesen war die Zahl der Krankheitstage wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002 am höchsten. Pro 100 Versicherungsjahre wurden hier fast 200 AU-Tage verzeichnet, das sind rund 25% mehr AU-Tage als im DAK-Durchschnitt.

Untersuchungen speziell zu Gesundheit und Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen deuten darauf hin, dass die dort verbreiteten Mehrfachbelastungen durch physische und psychische Risikofaktoren, wie schweres Heben und Tragen bei gleichzeitig hohem Arbeitsdruck und geringem Entscheidungsspielraum dafür verantwortlich sind.

In der Branche „Gesundheitswesen“ waren die Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002 am höchsten

Abb. 27
Wirtschaftsgruppen,
die in 2002
überdurchschnitt-
lich viele AU-Tage
aufgrund von Rück-
kenerkrankungen
aufwiesen

Abbildung 27



DAK 2003, Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2002

Baugewerbe an
zweiter Stelle

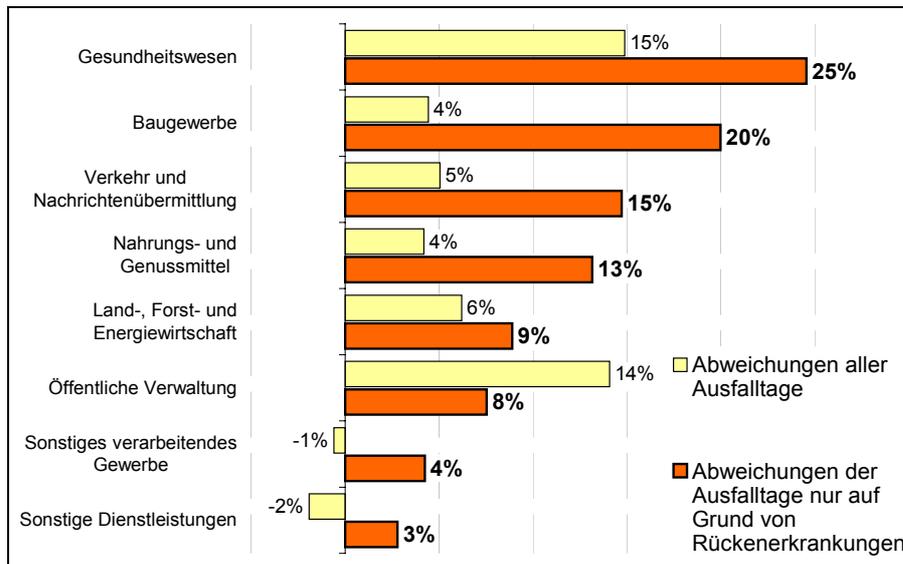
An zweiter Stelle folgt das Baugewerbe mit 20 % mehr Ausfalltagen aufgrund von Rückenerkrankungen. Hier wirken insbesondere die oben bereits beschriebenen physischen Belastungen durch schweres Heben und Tragen, die Vibrationsexposition sowie die Arbeit bei kalten und wechselnden Temperaturen zusammen.

Fehltage wegen
Rückenerkrankun-
gen sollen ins Ver-
hältnis zum Ge-
samtkrankenstand
der Branche ge-
setzt werden.

Um diese Abweichungen richtig werten zu können, ist es sinnvoll, sie ins Verhältnis zum Gesamtkrankenstand der Branche zu setzen: Ist der Krankenstand in einer Branche gegenüber dem DAK-Durchschnitt allgemein erhöht, so ist auch eine erhöhte Zahl an Ausfalltagen auf Grund von Rückenerkrankungen zu erwarten. Ist die Erhöhung bei den Rückendiagnosen jedoch deutlich stärker, liegt hier offenbar ein besonderes Erkrankungsrisiko vor.

Abbildung 28 zeigt für die oben dargestellten acht Wirtschaftsgruppen die Abweichung aller Ausfalltage (helle Säule) im Vergleich zur Abweichung der Ausfalltage nur aufgrund von Rückenerkrankungen (dunkle Säule).

Abbildung 28



DAK 2003

Der Gesamtkrankenstand der Beschäftigten im Gesundheitswesen lag 2002 um 15% über dem DAK-Branchendurchschnitt (ein Krankenstand von 4,0% gegenüber 3,5% im Durchschnitt aller Branchen). Die Krankheitstage aufgrund von Rückenerkrankungen sind jedoch sogar um 25% gegenüber dem DAK-Durchschnitt erhöht.

Im Baugewerbe lag der Gesamtkrankenstand bei 3,7% und damit um lediglich 4% über dem DAK-Durchschnitt. Das AU-Volumen, das durch Rückenerkrankungen verursacht wurde, lag jedoch 20% über dem Durchschnittswert.

Auch in den Branchen „Verkehr- und Nachrichtenübermittlung“, „Nahrung und Genussmittel“ sowie „Land- und Forstwirtschaft“ übertraf die Erhöhung bei den Rückenerkrankungen die des Krankenstandes der Branche insgesamt. Rückenerkrankungen hatten hier sowohl absolut, als auch relativ zum hohen Krankenstand eine überproportional hohe Bedeutung.

In den Branchen „Sonstiges Verarbeitendes Gewerbe“ und „Sonstige Dienstleistungen“ lag der Krankenstand sogar geringfügig unter dem Durchschnittswert der DAK. Rückenerkrankungen hatten hingegen eine überproportional hohe Bedeutung.

Ein interessantes Bild zeigt die „Öffentlichen Verwaltung“: Hier lag der Gesamtkrankenstand um 14 % über dem Durchschnittswert der DAK insgesamt. Das Volumen an Ausfalltagen wegen Rückenerkrankungen war jedoch nur um 8 % erhöht. Die Bedeutung dieser Diagnosegruppe ist in der „Öffentlichen Verwaltung“ - relativ zum Krankenstand gesehen - sogar unterdurchschnittlich.

Abb. 29
Abweichung der AU-Tage wegen sämtlicher Erkrankungen und wegen Rückenerkrankungen vom DAK-Durchschnittswert

Rückenerkrankungen sind im Gesundheitswesen sehr stark erhöht.

Weitere Branchen mit auffällig hohem Krankenstand wegen Rückenerkrankungen.

Öffentliche Verwaltung eher weniger stark betroffen.

Branchen mit höheren körperlichen Arbeitsbelastungen scheinen besonders betroffen.

In den übrigen Branchen (hier nicht dargestellt) spielen Rückenerkrankungen im Bezug auf das Gesamtkrankheitsgeschehen ebenfalls eine untergeordnete Rolle.

Die Analyse nach Wirtschaftsgruppen zeigt, dass Rückenerkrankungen in Branchen mit hoher körperlicher Belastung eine besonders große Rolle spielen.

Daraus lässt sich jedoch nicht ohne weiteres folgern, dass körperliche Belastungen die dominierende arbeitsbedingte Ursache von Rückenerkrankungen sind und andere der in Tabelle 4 aufgeführten Faktoren – wie etwa der Handlungs- und Entscheidungsspielraum oder die Arbeitszufriedenheit - von untergeordneter Bedeutung sind.

Physische und psychosoziale Risikofaktoren treten meist gemeinsam auf.

In Branchen und Berufen, wo vermehrt körperliche Arbeitsbelastungen auftreten, sind häufig auch die Gestaltungsspielräume und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten geringer. Mit anderen Worten: Die verschiedenen arbeitsbedingten Risikofaktoren für Rückenerkrankungen treten an bestimmten Arbeitsplätzen gemeinsam auf.

Die Verhütung von Rückenerkrankungen stellt regelmäßig eine zentrale Aufgabe in Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Als besonders erfolgreich haben sich dabei Ansätze erwiesen, die gleichermaßen die ergonomischen Bedingungen verbessern, als auch die Situation im Bereich der Arbeitsorganisation, des Betriebsklimas usw.

Wiederkehrende und chronische Rückenerkrankungen sowie Ko-Morbidität

In den vorangehenden Abschnitten wurde bereits mehrfach auf das Problem der Chronifizierung von Rückenerkrankungen hingewiesen:

- Von einem chronischen Krankheitsbild spricht man, wenn die Rückenschmerzen mehr als 3 Monate lang andauern bzw. solche langdauernden Episoden immer wieder auftreten.

Definition chronischer Rückenerkrankungen

Die Daten des DAK-Gesundheitsbarometers zeigen, dass vor allem in den höheren Altersgruppen ein nennenswerter Teil der Befragten unter solchen langdauernden Krankheitsepisoden leidet: In der Gruppe der über 55-Jährigen, die innerhalb eines Jahres Rückenschmerzen hatten, hatten 21 % mehr als 3 Monate lange Episoden.

Dem Problem der Chronifizierung von Rückenschmerzen widmet die Forschung seit einigen Jahren besondere Aufmerksamkeit, weil man erkannt hat, dass der größte Teil der durch Rückenerkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeiten und Frühberentungen sowie der dadurch bedingten volkswirtschaftlichen Kosten auf eine relativ kleine Gruppe von Personen entfällt. Internationale Studien kommen zu dem Schluss, dass bei den Rückenerkrankungen 80 % der Krankheitskosten durch nur 10 % der Erkrankten verursacht werden.

Auf etwa 10 % der Erkrankten entfallen 80 % der Kosten von Rückenerkrankungen

Für den vorliegenden DAK-Gesundheitsreport wurde speziell mit Blick auf wiederkehrende und chronische Rückenerkrankungen eine längsschnittliche Analyse von AU-Daten durchgeführt. Diese Analyse beruht auf allen aktiv erwerbstätigen DAK-Mitgliedern, die von 1998 bis 2002 durchgängig versichert waren. Für diese ca. 1,7 Mio. Personen – im Folgenden als Längsschnitt-(LS-)Stichprobe bezeichnet – kann das Krankheitsgeschehen über einen Zeitraum von 5 Jahren untersucht werden.

Längsschnitt-Analyse der AU-Daten der DAK

Weitere Informationen zu den Besonderheiten der LS-Stichprobe findet der interessierte Leser in Anhang IV.

Auftreten von Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenerkrankungen in einer 5-Jahres-Perspektive

In der LS-Stichprobe hatten 7,8 % der Versicherten im Jahr 2002 eine Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenerkrankungen. 92,2 % waren folglich in diesem Jahr nicht betroffen.

Beide – die Betroffenen und die Nicht-Betroffenen – lassen sich noch weiter aufgliedern (Abbildung 29):

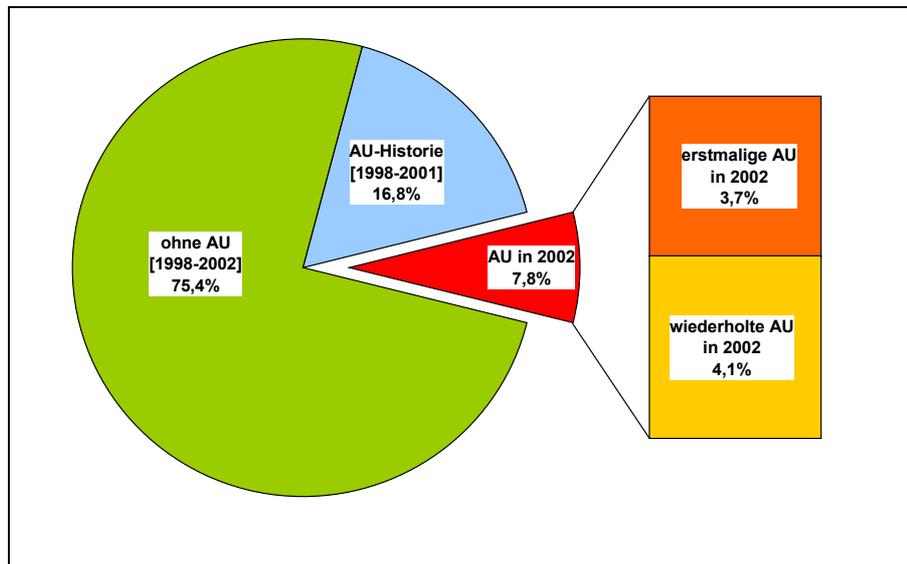
- Die 92,2 % ohne Arbeitsunfähigkeit in 2002 teilen sich in 75,4 %, die in dem gesamten 5-Jahres-Zeitraum seit 1998 keine einzige Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenerkrankungen hatten und 16,8 %, die zwar nicht in 2002, aber in einem oder mehreren der Vorjahre eine solche Arbeitsunfähigkeit hatten.
- Die 7,8 % mit einer Arbeitsunfähigkeit in 2002 teilen sich in 3,7 % die in keinem der vier Vorjahre erkrankt waren und 4,1 % mit einer Vorgeschichte.

Erkrankte des Jahres 2002 und ihre Vorgeschichte

Abb. 29

Anteil der DAK-Mitglieder mit Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002 und in den vier Vorjahren 1998 bis 2001

Abbildung 29



DAK 2003, Längsschnittanalyse AU-Daten 1998-2002

In einem Zeitraum von 5 Jahren haben 25 % eine AU wegen Rückenerkrankungen

Als erstes Zwischenergebnis der Längsschnittanalyse lässt sich somit festhalten, dass bei Betrachtung eines 5-Jahreszeitraums die Betroffenenquote – also der Anteil von Personen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenerkrankungen haben – auf fast 25 % ansteigt.

Versicherte mit geringer, mittlerer und hoher Zahl von Krankheitstagen

Im Hinblick auf das Problem chronischer Rückenerkrankungen sind vor allem Versicherten von Interesse, die eine größere Zahl von Fehltagen aufweisen. Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung der Fehltag im Jahr 2002, so zeigt sich folgendes Bild:

Wie viele Betroffene weisen eine geringe, mittlere oder hohe Zahl von Fehltagen auf?

- Etwa die Hälfte (52 %) aller Personen mit einer AU wegen Rückenerkrankungen brachten es über das gesamte Jahr 2002 gerechnet auf insgesamt maximal 9 AU-Tage.
- Ein Drittel (33,5 %) war an zehn bis 29 Tagen arbeitsunfähig.
- Knapp 15 % hatten 30 oder mehr Fehltag wegen Rückenerkrankungen.

Abbildung 30 zeigt, welcher Teil der gesamten AU-Tage wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002 auf diese drei Gruppen mit geringer, mittlerer und hoher Zahl von Fehltagen entfällt.

Abbildung 30

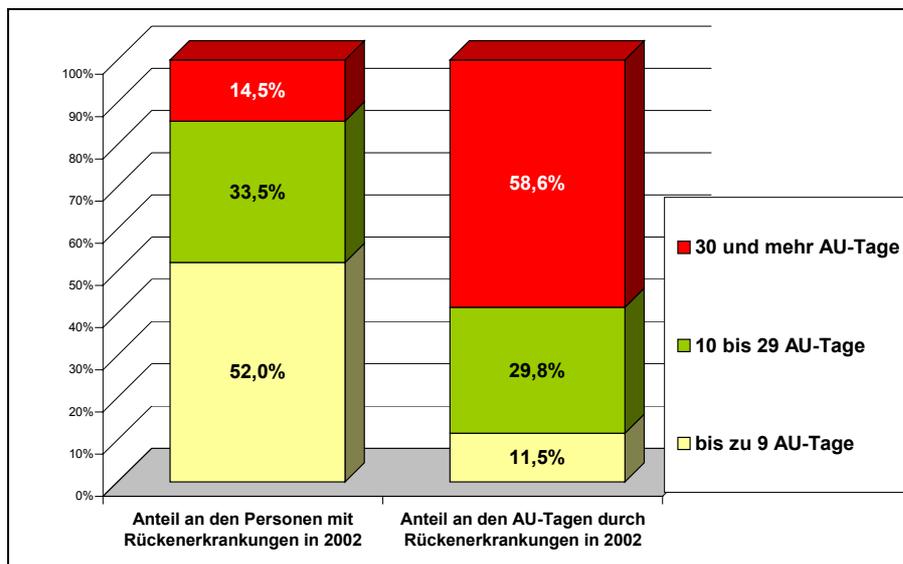


Abb. 30

Personen mit geringer, mittlerer und hoher Zahl von AU-Tagen wegen Rückenerkrankungen und ihr Anteil an den gesamten AU-Tagen durch Rückenerkrankungen im Jahr 2002

DAK 2003, Längsschnittanalyse AU-Daten 1998-2002

In den AU-Daten zeigt sich also sehr deutlich, dass eine relativ kleine Gruppe von offenbar schwerer Erkrankten für den größten Teil der Fehltage verantwortlich ist.

In den weiteren Analysen geht es vor allem darum, diese Gruppe von Menschen mit einer hohen Zahl von Fehltagen – und damit deutlichen Anzeichen einer gravierenderen Rückenerkrankung – näher zu untersuchen.

Eine kleine Zahl von Erkrankten verursacht den größten Teil der Fehltage.

Spezifische Fragestellungen der Längsschnittanalysen

Das längsschnittliche Datenmaterial ermöglicht vor allem die Untersuchung folgender Fragestellungen:

1. Wie viele Fehltage wegen Rückenerkrankungen hatten Personen mit hohem AU-Volumen in 2002 in den vorangehenden vier Jahren?
2. Wie viele der Personen ohne Rückenerkrankungen oder mit geringer Zahl von AU-Tagen in 2002 hatten in Vorjahren lange Arbeitsunfähigkeiten?

Vorgeschichte von Personen mit hohen Fehlzeiten

Ferner wird das Problem der Ko-Morbidität angeschnitten: Aus der Forschung gibt es zahlreiche Belege, dass Personen mit chronischen Rückenerkrankungen oftmals zusätzlich an weiteren Krankheiten leiden. Insbesondere psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen werden in diesem Zusammenhang immer wieder gefunden. Als vierte Fragestellung wird daher untersucht:

Ko-Morbidität

3. Gibt es Unterschiede zwischen Versicherten mit und ohne Rückenerkrankungen bzw. mit geringem und hohem AU-Volumen im Hinblick auf andere Erkrankungen (Fehltage wegen anderer Diagnosen)?
4. Haben Versicherte mit hoher Zahl von Fehltagen wegen Rückenerkrankungen überproportional häufig auch Fehltag wegen psychischer Erkrankungen?

Untersuchung der vier spezifischen Fragestellungen am Beispiel einer Altersgruppe:

Die Untersuchung dieser vier Fragestellungen wurde nicht mit der gesamten LS-Stichprobe durchgeführt, sondern am Beispiel einer Altersgruppe. Diese Beschränkung hat den Vorteil, dass Vergleiche zwischen Personengruppen nur in geringem Maße durch einen unterschiedlichen Altersaufbau beeinflusst werden können.

40- bis 44-Jährige (im Jahr 1998)

Für die Analysen ausgewählt wurden die Versicherten, die im Jahr 1998 zwischen 40 und 44 Jahre alt waren (im Jahr 2002 also zwischen 44 und 48 Jahre alt waren). Dies ist zum einen die in der gesamten LS-Stichprobe am stärksten besetzte 5-Jahres-Altersklasse. Zum anderen beginnen in diesem Altersbereich die Rückenerkrankungen vermehrt aufzutreten.

Die Altersgruppe umfasst in der LS-Stichprobe gut 280.000 Versicherte. Im Jahr 2002 hatten 8,5 % eine AU wegen Rückenerkrankungen. 100 Versicherte brachten es auf 172 AU-Tage und 10 AU-Fälle wegen Rückenerkrankungen.

Die Verteilung nach Personen mit geringer, mittlerer und hoher Zahl von AU-Tagen wegen Rückenerkrankungen entspricht der bereits für die gesamte LS-Stichprobe dargestellten Situation (gering: 52,6 %; mittel: 32,7 %; hoch: 14,7 %).

Definition von vier Verlaufstypen

Um die Ergebnisse der Längsschnittanalysen übersichtlicher darstellen zu können, werden vier Typen von Personen definiert:

Zusammenfassung unterschiedlicher Krankheitsgeschichten zu vier Verlaufstypen

- Typ 0: Diese Personen hatten im gesamten Betrachtungszeitraum keine einzige Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenerkrankungen.
- Typ 1 sind Personen, die Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen hatten, aber es in keinem Jahr des Betrachtungszeitraums auf mehr als 9 AU-Tage gebracht haben.
- Typ 2 sind Personen, die in mindestens einem Jahr des Betrachtungszeitraums mehr als 9, aber in keinem Jahr mehr als 29 AU-Tage hatten und
- Typ 3 sind Versicherte, die in einem oder mehreren Jahren des Betrachtungszeitraums 30 oder mehr Fehltag wegen Rückenerkrankungen hatten.

Diese vier Typen werden für zwei unterschiedliche Betrachtungszeiträume gebildet:

Im folgenden Abschnitt bilden die Arbeitsunfähigkeiten des Jahres 2002 den Ausgangspunkt. Für die Versicherten mit einem bestimmten AU-Volumen in 2002 wird untersucht, zu welchem Verlaufstyp sie in den vier vorangehenden Jahren gehörten.

Betrachtungszeitraum für den Verlaufstyp sind in diesem Abschnitt also die vier Jahre von 1998 bis 2001 (das Jahr 2002 bleibt außer Betracht). Die Verlaufstypen werden als Typ 0/a bis Typ 4/a bezeichnet.

Im daran anschließenden Abschnitt zum Thema „Ko-Morbidität“ erstreckt sich der Betrachtungszeitraum auf die gesamten fünf Jahre von 1998 bis 2002. Die Verlaufstypen werden als Typ 0/b bis Typ 4/b bezeichnet.

Typ 3/a bedeutet also: Der Versicherte hatte im Zeitraum von 1998 bis 2001 in mindestens einem Jahr 30 oder mehr Fehltage wegen Rückenerkrankungen. Über seine Fehltage im Jahr 2002 sagt die Typ-Zuordnung nichts aus.

Typ 3/b bedeutet dagegen: Der Versicherte hatte im Zeitraum von 1998 bis 2002 in mindestens einem Jahr 30 oder mehr Fehltage wegen Rückenerkrankungen.

Vorgeschichte von Personen mit hohem AU-Volumen wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002

In Abbildung 31 sind die Versicherten der ausgewählten Altersgruppe nach ihren AU-Tagen wegen Rückenerkrankungen im Jahr 2002 sowie ihrer Vorgeschichte dargestellt.

Jede Säule repräsentiert die Versicherten mit einem bestimmten AU-Volumen in 2002. Die Säulenabschnitte gliedern die Versicherten entsprechend ihrem Verlaufstyp in den vier vorangehenden Jahren von 1998 bis 2001.

Betrachtet man zunächst die Säule ganz links – also die Versicherten ohne AU wegen Rückenerkrankungen in 2002 – so wird deutlich, dass gut 80 % dieser Personen auch in den vier Vorjahren keine AU wegen Rückenerkrankungen hatten (Typ 0/a). Ein kleiner Teil (2,8 %) gehört jedoch zum Typ 3/a, hatte also in mindestens einem Vorjahr bereits mehr als 29 Fehltage wegen Rückenerkrankungen.

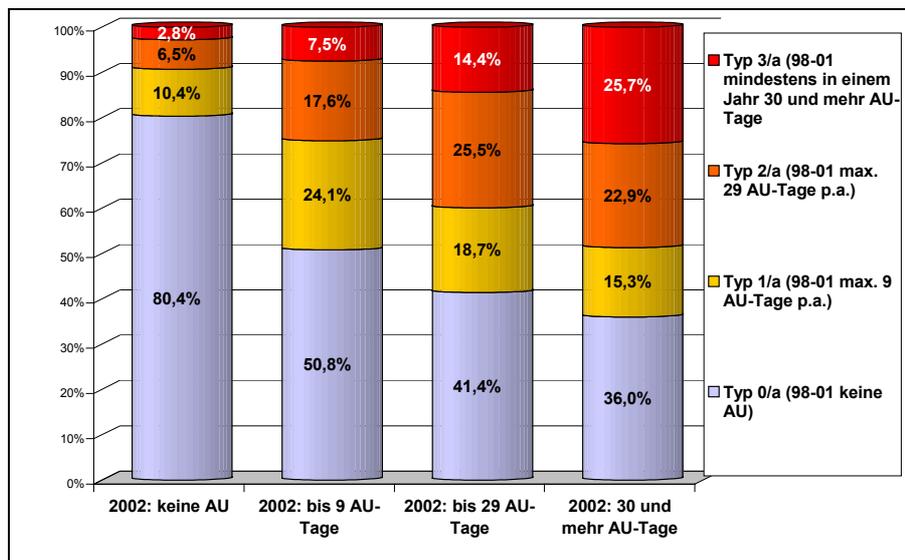
Bildung der Verlaufstypen für zwei unterschiedliche Betrachtungszeiträume

80 % der Personen ohne Rückenerkrankungen in 2002 hatten auch in den vier Vorjahren keinen AU wegen dieser Erkrankungen

Abb. 31

Versicherte nach AU-Tagen in 2002 und Verlaufstyp in den vier vorangehenden Jahren

Abbildung 31



DAK 2003, Längsschnittanalyse AU-Daten 1998-2002, 40- bis 44-Jährige (in 1998)

Über ein Drittel der Personen mit hoher Zahl von Fehltagen in 2002 hatte vier Jahre lang keine einzige AU wegen Rückenerkrankungen

Besonders interessant an den Ergebnissen in Abbildung 31 ist sicherlich die Zusammensetzung der Versicherten mit 30 und mehr AU-Tagen im Jahr 2002 (Säule ganz rechts):

Auffällig ist der hohe Anteil des Typs 0/a unter diesen besonders schwer Erkrankten: 36 % der Versicherten mit einem hohen AU-Volumen in 2002 hatten in den vier Vorjahren keinen einzigen Fehltag wegen Rückenerkrankungen!

Deutlich kleiner ist interessanterweise der Anteil des Typs 1/a, also von Personen, die innerhalb der vier Vorjahre zumindest kurze Arbeitsunfähigkeiten hatten.

Bei den Versicherten der Typen 2/a und 3/a kann man am ehesten davon sprechen, dass die hohe Zahl von AU-Tagen im Jahr 2002 offenbar im Kontext einer bereits seit längerem bestehenden Rückenerkrankung steht, die zu vielen AU-Tagen führt. Diese beiden Typen machen etwa die Hälfte der Personen mit hoher Zahl von AU-Tagen in 2002 aus.

Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen unterliegen offenbar Schwankungen

Der hohe Anteil von Personen, die binnen vier Jahren keine einzige AU, aber im Folgejahr dann gleich eine große Zahl von Fehltagen aufweisen, deutet darauf hin, dass sich die Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen offenbar vielfach nicht kontinuierlich entwickeln, sondern von Jahr zu Jahr stark schwanken können.

Bei einer chronisch und/oder progredient verlaufenden Erkrankung würde man erwarten, dass die Zahl der AU-Tagen in aneinander grenzenden Jahr nur in relativ geringem Maße schwankt.

Bei den Rückenerkrankungen fällt jedoch auf, dass selbst Personen, die in einem oder mehreren Jahren über 29 Fehltage haben, zu einem erheblichen Anteil im Folgejahr überhaupt keinen Fehltag aufweisen:

Von den Versicherten, die in zwei der fünf Jahre von 1998 bis 2002 mehr als 29 AU-Tage wegen Rückenerkrankungen aufwiesen,

- hatten 37 % in den drei restlichen Jahren überhaupt keine AU wegen Rückenerkrankungen und
- weitere 35 % in nur einem Jahr eine kürzere und in den zwei anderen Jahren keine AU.
- Der Anteil derjenigen, die auch in allen übrigen drei Jahren eine AU hatte – also gewissermaßen kontinuierlich krank war – liegt nur bei knapp 8 %.

Dieses auffällige Schwanken des jährlichen AU-Volumens selbst bei vermeintlich schwerer erkrankten Personen, kann mehrere Gründe haben:

- Möglicherweise sind besondere Ereignisse dafür verantwortlich, dass sich bei jemandem die Rückenschmerzen in einem Jahr erheblich verschlechtern. Solche Ereignisse können z.B. Traumata (Unfälle, „Sich-Verheben“, „Hexenschuss“ usw.) oder medizinische Maßnahmen (z.B. Bandscheiben-Op) sein.
- Die Arbeitsunfähigkeitszeiten bilden bekanntlich nicht nur Krankheiten im engeren medizinischen Sinne (Morbidity) ab, sondern werden darüber hinaus auch von Faktoren der betrieblichen und persönlichen Lebensumwelt beeinflusst. Es ist daher auch möglich, dass eine längere Fehlzeit eine andere Ursache hat, aber mit der Diagnose „Rückenerkrankung“ vermerkt wird.
- Als dritter Grund kommt ferner eine gleichzeitig bestehende andere Erkrankung in Betracht, die in den Jahren ohne AU wegen Rückenerkrankungen in den Vordergrund tritt.

Für den letztgenannten Grund spricht der in zahlreichen Studien berichtete Befund einer überdurchschnittlichen Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen.

Im Folgenden soll daher die Analyse der Vorgeschichte von Personen mit einer hohen Zahl von AU-Tagen wegen Rückenerkrankungen um eine Betrachtung der psychischen und übrigen Erkrankungen erweitert werden.

Auch Personen mit hohem AU-Volumen in mehreren Jahren sind zu einem erheblichen Anteil ohne AU in den übrigen Jahren.

Mögliche Gründe für die starken Schwankungen von Jahr zu Jahr

Psychische und sonstige Ko-Morbidität bei Personen mit hohem AU-Volumen wegen Rückenerkrankungen

Grenzen der Analyse

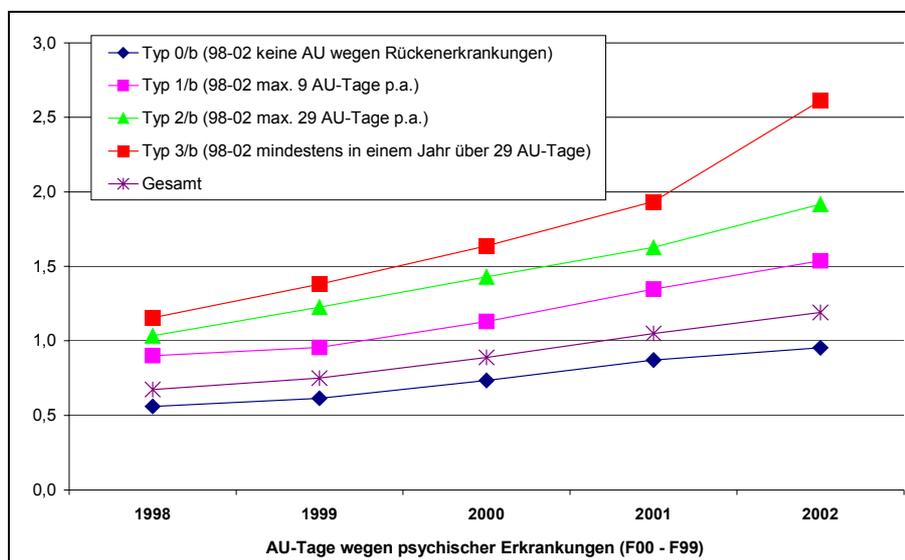
Die Analyse von gleichzeitig vorhandenen anderen Erkrankungen ist mit dem Datenmaterial nur eingeschränkt möglich, da grundsätzlich bei jedem AU-Fall nur die vom Arzt als Hauptdiagnose vermerkte Krankheit ausgewertet werden kann.

Vergleicht man die vier bisher aufgrund ihrer Rückenerkrankungen unterschiedenen Typen hinsichtlich der durchschnittlichen jährlichen Zahl von Fehltagen wegen psychischen Erkrankungen, so zeigen sich klare Unterschiede (Abbildung 32, die Verlaufstypen werden mit „/b“ bezeichnet, weil sie nun auf Basis aller fünf Jahre definiert sind).

Abb. 32

Durchschnittliche jährliche AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen nach Erkrankungstyp bei Rückenerkrankungen

Abbildung 32



DAK 2003, Längsschnittanalyse AU-Daten 1998-2002, 40- bis 44-Jährige (in 1998)

Allgemeine Zunahme der psychischen Erkrankungen

Die durchschnittliche Zahl der Fehltagewegen psychischer Erkrankungen steigt in der Gesamtgruppe aller Versicherten im Laufe der fünf Jahre leicht an. Dies liegt zum einen an der Alterung der Kohorte und zum anderen an der allgemeinen Zunahme von psychischen Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit (Vgl. dazu ausführlich den DAK-Gesundheitsreport 2002).

Deutliche Unterschiede zwischen den Verlaufstypen der Rückenerkrankungen

Darüber hinaus bestehen jedoch deutliche Niveau-Unterschiede zwischen den Versicherten, je nachdem zu welchem Typus sie hinsichtlich der Rückenerkrankungen gehören: Je stärker von Rückenerkrankungen betroffen, desto mehr Fehltagewegen psychischer Erkrankungen.

Die Personen mit mindestens einem Jahr mit einem hohen AU-Volumen (Typ 3/b) haben bereits 1998 doppelt so viele AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen, wie die Versicherten, die in den fünf Jahren überhaupt keine AU wegen Rückenerkrankungen haben (Typ 0/b). Im Jahr 2002 bringt es der Typ 3/b sogar auf mehr als 2,5-mal so viele Tage.

Die wissenschaftliche Diskussion über den Zusammenhang zwischen Rückenerkrankungen und psychischen Erkrankungen beschäftigt sich oft mit der Frage, welche Krankheit ursächlich ist: Treten psychische Erkrankungen (z.B. depressive Störungen) als Folge einer chronischen Rückenerkrankung auf oder sind manche Rückenerkrankungen eventuell Ausdruck einer psychischen Erkrankung (z.B. einer neurotischen Störung)?

Diese Frage lässt sich mit den für diese Untersuchung verfügbaren Daten nicht wirklich beantworten. Es ist jedoch möglich, zumindest ausschnitthaft die Vorgeschichte von Personen zu beleuchten, die nach vier Jahren ohne Rückenerkrankung plötzlich mehr als 29 Tage krankgeschrieben sind:

In Abbildung 31 sind diese Personen (Typ 0/a) als Teil aller Versicherten mit mehr als 29 AU-Tagen im Jahr 2002 dargestellt.

Als Vergleichsgruppe bieten sich die Personen an, die durchgängig während fünf Jahren keine AU wegen Rückenerkrankungen hatten.

Innerhalb des Zeitfensters von fünf Jahren sind beide Personengruppen also vier Jahre lang hinsichtlich der Rückenerkrankungen identisch (beide Gruppen haben keine). Erst im fünften Jahr haben die Angehörigen der einen Gruppe „plötzlich“ mehr als 29 Fehltage.

Unterscheiden sich die Personen mit Rückenerkrankungen im fünften Jahr während der vier vorangehenden Jahre hinsichtlich der psychischen sowie der sonstigen Erkrankungen (Arbeitsunfähigkeiten wegen anderer Diagnosen als Rückenerkrankungen und psychische Erkrankungen)?

In Abbildung 33 sind die durchschnittlichen jährlichen AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen in den vier Jahren vor dem „Ausbruch“ der Rückenerkrankungen in der einen Personengruppe dargestellt.

Demnach zeichnen sich die später erkrankten Personen zumindest in den letzten drei Vorjahren durch eine deutlich höhere Zahl von AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen aus.

Bei vielen Fehltagen wegen Rückenerkrankungen treten auch mehr psychische Erkrankungen auf.

Welche Krankheit ist Ursache, welche Folge?

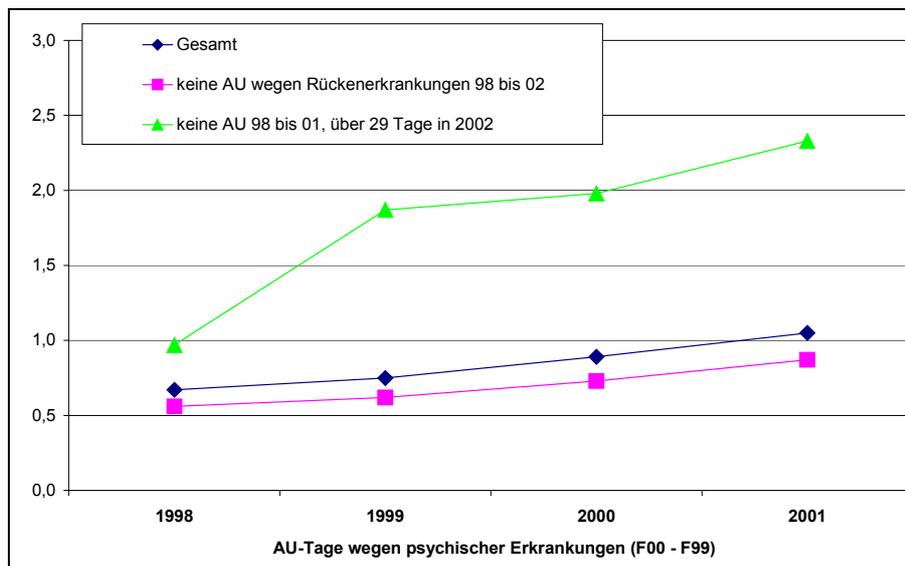
Vergleich von zwei Versichertengruppen, die sich erst im fünften Jahr unterscheiden.

Personen mit Rückenerkrankungen im fünften Jahr haben bereits in den Vorjahren deutlich mehr psychische Erkrankungen

Abb. 33

Vergleich von Personen ohne Rückenerkrankungen über 5 Jahre und solchen mit mehr als 29 AU-Tagen im fünften Jahr (2002) hinsichtlich der durchschnittlichen jährlichen AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen

Abbildung 33



DAK 2003, Längsschnittanalyse AU-Daten 1998-2002, 40- bis 44-Jährige (in 1998)

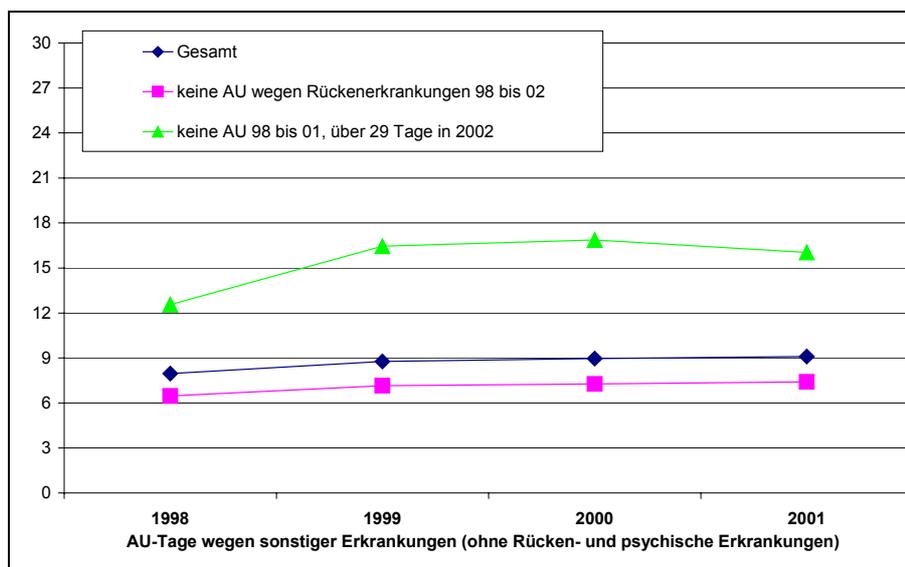
Rückenerkrankungen gehen auch mit höheren Fehlzeiten wegen sonstiger Diagnosen einher.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Arbeitsunfähigkeiten wegen sonstiger Diagnosen (Abbildung 34): Die Personen mit Rückenerkrankungen im fünften Jahr des Beobachtungszeitraums haben in den vier Vorjahren deutlich mehr Arbeitsunfähigkeiten wegen andersartiger Erkrankungen, als diejenigen, die auch im fünften Jahr frei von Rückenerkrankungen bleiben.

Abb. 34

Vergleich von Personen ohne Rückenerkrankungen über 5 Jahre und solchen mit mehr als 29 AU-Tagen im fünften Jahr (2002) hinsichtlich der durchschnittlichen jährlichen AU-Tage wegen sonstiger Erkrankungen

Abbildung 34



DAK 2003, Längsschnittanalyse AU-Daten 1998-2002, 40- bis 44-Jährige (in 1998)

Die Befunde zur Ko-Morbidität deuten somit darauf hin, dass lange Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Rückenerkrankungen meist keine isolierte Krankheit darstellen, sondern neben oder im Zusammenhang mit anderen – insbesondere auch psychischen – Erkrankungen auftreten, die ebenfalls zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten führen.

Fazit im Hinblick auf wiederkehrende Rücken-erkrankungen und die Frage der Ko-Morbidität

Die Untersuchungen zum Auftreten von Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen im Zeitverlauf haben vor allem sehr große Schwankungen im Fehltag-Volumen gezeigt:

- Selbst Versicherte, die in ein mehreren Jahren hohe AU-Tage-Volumina wegen Rückenerkrankungen aufweisen sind zu hohen Anteilen in Folgejahren völlig frei von Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen.

Die im Zeitverlauf beobachtbaren Muster deuten darauf hin, dass die Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen bei vielen Betroffenen weniger einen intrinsischen Krankheitsverlauf – etwa im Sinne einer Progredienz – abbilden, sondern vermutlich von diskreten Ereignissen stark beeinflusst werden.

Die Analysen zur Frage der Ko-Morbiditäten haben gezeigt, dass Personen mit Rückenerkrankungen im Durchschnitt auch mehr Fehltag wegen psychischer und sonstiger Erkrankungen aufweisen. Dabei fiel besonders auf:

- Bei Versicherten, die nach vier Jahren ohne Rückenerkrankungen im fünften Jahr eine hohe Zahl von Fehltagen aufweisen, sind in den vier Vorjahren erheblich höhere Fehlzeiten sowohl wegen psychischer, als auch wegen sonstiger Diagnosen zu verzeichnen, als bei Personen, die auch im fünften Jahr frei von Rückenerkrankungen bleiben.

Therapie und Prävention von Rückenschmerzen

Rückenschmerzen können – vor allem wenn sie länger andauern – das körperliche Wohlbefinden und die Lebensfreude empfindlich beeinträchtigen. Wichtig ist es jedoch zu wissen, dass in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle keine wirklich ernsthafte Erkrankung zu Grunde liegt. Mehr noch: Gerade diese Befürchtungen und Sorgen der Patienten führen zur Verschlimmerung der Beschwerden: der Patient nimmt eine Schonhaltung ein, die wiederum zu erneuten Verspannungen und noch größeren Schmerzen führt (vgl. Abbildung 35).

Angst vor Rücken-schmerzen ver-stärkt die Rücken-schmerzen!

Abb. 35

Schmerzspirale durch übertriebene Schonhaltung bei unspezifischen Rückenschmerzen

Abbildung 35:



DAK 2003, eigene Darstellung

30 % haben Angst vor Verschlimmerung ihrer Rückenschmerzen

Im DAK Gesundheitsbarometer gaben fast 30 % der Befragten mit Rückenschmerzen an, Angst vor einer Verschlimmerung der Beschwerden zu haben. Bei den ganz jungen Betroffenen zwischen 15 und 24 Jahren lag dieser Wert sogar bei mehr als 36 %.

Fast ein Drittel meiden körperliche Aktivität, wenn sie Schmerzen haben.

Fast ein Drittel (31 %) gab an, sich bei Rückenschmerzen "zu schonen" und körperliche Aktivität zu vermeiden. Auch hier war ein noch höherer Wert (40 %) in der jüngsten Altersgruppe zu beobachten.

Die Annahme, durch Vermeidung körperlicher Bewegung oder gar Bettruhe die Beschwerden lindern zu können führt jedoch meistens gerade zu einer Chronifizierung und Verschlimmerung der Schmerzen:

Inaktivität ist kontraproduktiv!

Der gesamte Stütz- und Halteapparat benötigt regelmäßige Bewegung, um „in Form“ zu bleiben. Inaktivität führt hier zu einer Erschlaffung der Muskeln und zu einer Verstärkung der Beschwerden und zu erneuten Verspannungen. Auch die Bandscheiben benötigen Bewegung, um Nährstoffe aufnehmen zu können und geschmeidig zu bleiben. Verhält ein Patient sich über einen längeren Zeitraum eher passiv, können hier zusätzliche Beschwerden entstehen.

Bewegung ist also wichtig, um eine Verschlimmerung der Beschwerden bei unspezifischen Rückenschmerzen zu verhindern.

Die Aufklärung des Patienten über die Harmlosigkeit der Beschwerden sowie die Bedeutung von Bewegung zur Durchbrechung des aufgezeigten Kreislaufs ist daher bereits ein wichtiger Schritt zu einer zielführenden Therapie und die Verhinderung einer Chronifizierung.

Wie die Befragungsergebnisse des DAK-Gesundheitsbarometers zeigen, nutzt jedoch nur ein verschwindend kleiner Teil der Ärzte die Konsultation des Patienten für eine entsprechende Beratung:

- Gerade einmal 8 % der Rückenschmerzpatienten gaben an, über die Harmlosigkeit ihrer Erkrankung aufgeklärt worden zu sein (Befragte, die nach eigenen Angaben wegen ihrer Beschwerden nicht beim Arzt waren, wurden nicht einbezogen)

Manche Ärzte zögern möglicherweise mit einer Aufklärung über die Harmlosigkeit der Erkrankung, bis sie ganz sicher sind, dass keine ernsthaften organischen Ursachen zu Grunde liegen. Angesichts des sehr hohen Anteils von 85 % harmloser Verspannungsschmerzen ohne konkrete Ursache, wäre hier vor allem auch im Hinblick auf die genesungsförderliche Wirkung ein höherer Informationsgrad zu erwarten gewesen.

Lediglich in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen lag der Prozentsatz höher (20,5 %). Dass hier dennoch Beratungsbedarf gegeben ist, zeigt der vergleichsweise hohe Anteil von Rückenschmerzpatienten in dieser Altersgruppe, die Angst vor einer Verschlimmerung haben (40 %).

In der Beratung des Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen spielt also die Ermunterung zu Aktivität und Bewegung eine wichtige Rolle. Jedoch nur knapp die Hälfte der Rückenschmerzpatienten (48 %) gab an, von ihrem Arzt über die negativen Folgen von Bettruhe und Schonhaltungen bei Rückenschmerzen ohne organische Ursachen aufgeklärt und zu Aktivität ermuntert worden zu sein (vgl. Abbildung 37).

Interessant ist hier die sehr viel niedrigere Quote in den jüngeren Altersgruppen. Nur knapp 21 % der jüngsten Patienten im Alter von 15 bis 24 Jahren gaben an, von ihrem Arzt zu Aktivität ermuntert worden zu sein.

Über die Wichtigkeit von Bewegung für einen positiven Krankheitsverlauf sind insbesondere Patienten mit Krankschreibungen offenbar zu wenig informiert:

- Gerade einmal 12 % der Patienten mit Arbeitsunfähigkeit hatten von ihrem Arzt die Empfehlung bekommen, so bald wie möglich wieder arbeiten zu gehen.

Interessanterweise lag hier der Wert in den oberen Altersgruppen deutlich höher (25 % bei den über 55-Jährigen).

Unzureichende Aufklärung der Patienten über die meist harmlose Natur der Beschwerden

Nur knapp 50 % wurden von ihrem Arzt zur Beibehaltung ihrer Aktivitäten ermuntert.

Patienten mit Krankschreibungen werden kaum zur schnellen Wiederaufnahme der Arbeit ermuntert.

Möglicherweise werden Krankschreibungen bei älteren Arbeitnehmern auch im Hinblick auf frühzeitige Berentungsmöglichkeiten häufiger thematisiert. Auch hier zeigt sich, dass insbesondere in den jüngeren Altersgruppen, vermutlich auch durch mangelnde Erfahrung über den (in der Regel harmlosen) Krankheitsverlauf ein Informationsdefizit besteht.

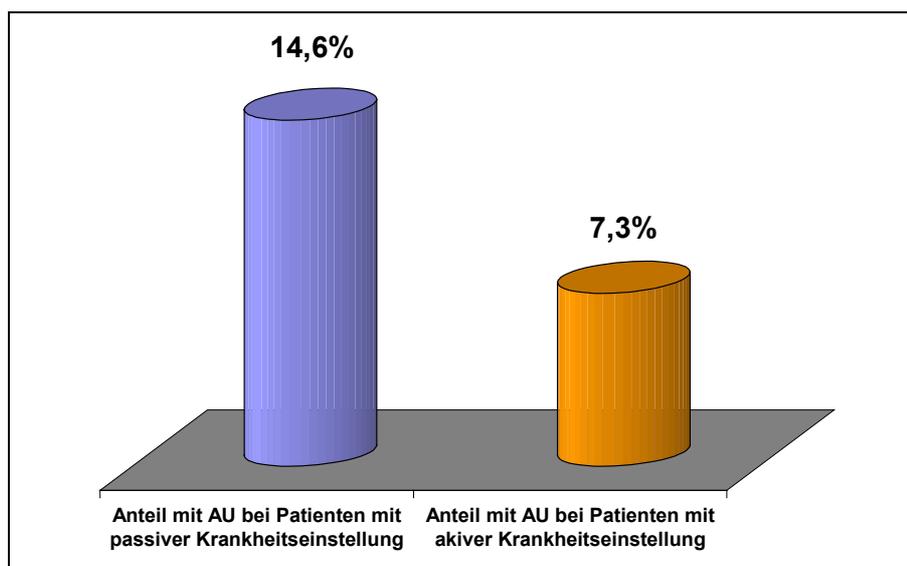
Und noch einen Zusammenhang legen die Daten nahe: Patienten, die nur mangelhaft über die Bedeutung von Aktivität aufgeklärt wurden und sich eher schonen, sind besonders häufig krankgeschrieben.

Patienten, die bei Rückenschmerzen zur Inaktivität neigen sind häufiger krank geschrieben

Ein Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsquoten bei Patienten mit kurzdauernden Krankheitsepisoden unter 4 Wochen zeigt: Eher "passiv" eingestellte Patienten, die angaben, sich bei Rückenschmerzen zu schonen und körperliche Aktivitäten zu vermeiden, waren zu 15 % arbeitsunfähig geschrieben. Bei den eher "aktiv" eingestellten Patienten, die sich weder schonen, noch Angst vor einer Verschlimmerung hatten, war die Arbeitsunfähigkeitsquote dagegen nur halb so hoch (7 %).

**Abb. 36
Anteil von Personen mit akuten Rückenschmerzen, die deshalb krank geschrieben wurden**

Abbildung 36



DAK 2003, DAK-Gesundheitsbarometer

Geeignete Sportarten zur Verhütung von Rückenschmerzen

Bewegung und Aktivität sind nicht nur bei akuten Beschwerden von Bedeutung, sondern vor allem auch wichtig, um erneuten Erkrankungen vorzubeugen und Beschwerden gar nicht erst aufkommen zu lassen.

So können bestimmte Sportarten wie Schwimmen, Walking und Radfahren zu einer Kräftigung des Rückens und zur Prävention erneut auftretender Beschwerden beitragen.

Im DAK-Gesundheitsbarometer war daher danach gefragt worden, ob der Arzt über die Möglichkeiten der Vorbeugung erneuter Krankheitsepisoden durch sportliche Betätigung informiert hat. Das Ergebnis war erfreulich: Mehr als 90 % der Patienten mit Rückenschmerzen hatten eine entsprechende Information von ihrem Arzt erhalten.

Ärzte informieren sehr gut über Vorbeugung durch Sport

Abbildung 37

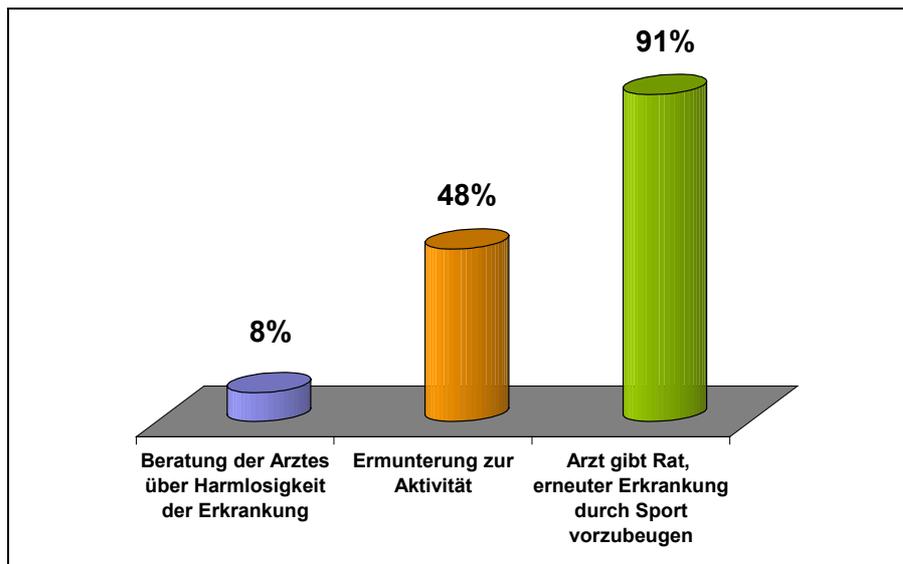


Abb. 37
Anteil der Rückenschmerz-Patienten, die von ihrem Arzt eine entsprechende Beratung erhalten haben

DAK 2003, DA-Gesundheitsbarometer

Aktivierung statt Passivität – Wege aus dem Teufelskreis

Was tun bei akuten Rückenschmerzen?

Beruhigend zu wissen: Die Mehrzahl aller auftretenden Rückenschmerzen tendieren zur "Selbstheilung", d. h. sie verschwinden nach kurzer Zeit auch ohne therapeutische Maßnahmen von ganz allein.

Vorausgesetzt allerdings, dass die oben beschriebene Spirale aus Inaktivität, Verspannung und Verschlimmerung des Schmerzes nicht in Gang gesetzt wird. Daher gilt bei auftretenden Rückenschmerzen: innerlich ruhig, aber äußerlich in Bewegung bleiben! Bettruhe möglichst vermeiden und so aktiv wie möglich sein.

Um den Genesungsprozess zu beschleunigen, können eine Reihe von unterstützenden Maßnahmen getroffen werden: Als angenehm und verspannungslösend empfinden viele Betroffene auch, die betroffenen Stellen zu wärmen (z.B. durch Wärmflaschen, Salben oder Wärmepflaster).

Tips bei akuten Rückenschmerzen

Klingen die Beschwerden nicht nach kurzer Zeit ab, kann gezielt eingesetzte Krankengymnastik zur Schmerzlinderung beitragen und den Aufbau des Stütz- und Halteapparates fördern. Ergänzend können Massagen zur Entspannung der Muskeln und damit dazu beitragen, einseitige Schonhaltungen zu verhindern.

Wenn die Schmerzen anhalten ...

Bei länger anhaltenden Rückenschmerzen muss ein Arzt aufgesucht werden

Selten halten Rückenschmerzen über einen Zeitraum von mehreren Wochen an. Zeigt sich jedoch auch nach Anwendung der oben beschriebenen "Sofortmaßnahmen" mittelfristig keine Besserung, sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Sofern keine somatische Ursache Grund für die Schmerzen ist, sollten Arzt und Patient gemeinsam ein alle relevanten Lebensbereiche umfassendes Vorgehen zur Wiederherstellung und langfristigen Vorbeugung erneuter Episoden abstimmen.

Therapiekonzepte bei chronischen Beschwerden

Wesentliche Bausteine dieses Therapiekonzeptes sollten sein:

- ein konsequentes körperliches Training
- die Veränderung der persönlichen Einstellung gegenüber der Erkrankung zu dem Bewusstsein, selbst "aktiv" etwas gegen die Beschwerden tun zu können,
- ergotherapeutische Maßnahmen bezüglich des Arbeitsplatzes,
- ggf. begleitende psychotherapeutische Maßnahmen, um Ursachen der Erkrankung im sozialen Umfeld therapieren zu können.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat hierzu eine Reihe von Maßnahmen empfohlen, die förderlich auf den Genesungsprozess wirken und das Risiko von chronischen Rückenschmerzen verringern (Tabelle 5).

Tabelle 5: Allgemeine Maßnahmen zur Vorbeugung von Rückenschmerzen

Vorbeugende Maßnahmen

Regelmäßige körperliche Bewegung

Fahrrad fahren, Rückenschwimmen, Skilanglauf, Wandern

Training der Rückenmuskulatur (Rückenschule)

Ergonomische Anpassung am Arbeitsplatz (richtige Tischhöhe, keilförmiges Sitzkissen)

Erlernen von Entspannungstechniken

Bei chronifizierten Schmerzen: Erlernen von Schmerzbewältigung (z. B. Ablenkungsstrategien, Verhaltenstherapie)

Quelle: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Über die regelmäßige körperliche Bewegung hinaus wurde sportliche Betätigung empfohlen, um die Häufigkeit und Schwere von Rückenschmerzen zu vermindern. Von rückenbelastenden Sportarten wie Tennis, Squash, Reiten, Kegeln und Skiabfahrtslauf wurde hingegen abgeraten.

Eine weitere Empfehlung galt dem gezielten Training der Rückenmuskulatur in "Rückenschulen". Hier erhalten Patienten Informationen über die Funktion der Wirbelsäule und mögliche Belastungsursachen, bekommen Tipps zur Korrektur von Haltung und Bewegung und lernen Übungen zur Entspannung und dem Umgang mit Schmerz.

Rückenschulen

Spezielle arbeitsplatzbezogene Rückenschulen beraten hinsichtlich der rückengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes und sollen durch entsprechende Einweisungen Fehlbeanspruchungen und Überbelastung des Rückens bei der Arbeit vermeiden.

Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz!

Wie die Ausführungen gezeigt haben, ist es besonders wichtig, bei einmal aufgetretenen Rückenschmerzen durch frühzeitige Gegenmaßnahmen eine Chronifizierung zu verhindern. Noch besser ist es natürlich, Rückenschmerzen erst gar nicht auftreten zu lassen.

Aus dem Wissen über die Zusammenhänge und Ursachen von Rückenschmerzen lassen sich Maßnahmen ableiten, die die Wahrscheinlichkeit von Rückenschmerzen deutlich reduzieren. "Ein starker Rücken kennt keinen Schmerz" ist in diesem Zusammenhang ein häufig gebrauchter Slogan. Eine gut aufgebaute Muskulatur des Bewegungsapparates ist die beste Garantie dafür, damit es auch bei körperlichen Belastungen nicht zu Schmerzsymptomen oder sogar ernsthaften Erkrankungen kommt. Psychische Belastungen und Stresssituationen können darüber hinaus durch aktive Entspannungstechniken oder bei Bedarf mit psychotherapeutischen Maßnahmen aufgefangen werden.

Training der Rückenmuskulatur ist eine gute Vorbeugung.

Ein wesentlicher Bereich, um Rückenerkrankungen durch den Einsatz gezielter Präventionsmaßnahmen vorzubeugen, ist der Arbeitsplatz.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Durch Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich Rückenerkrankungen vermeiden.

Der nachgewiesene große Einfluss physischer und psychosozialer Risikofaktoren am Arbeitsplatz lässt darauf schließen, dass durch geeignete Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine große Wirkung hinsichtlich der Verhinderung von Rückenerkrankungen erzielt werden kann. Für die Betriebe selbst besteht so die Möglichkeit, den Krankenstand zu senken und damit erhebliche Kosten für Produktionsausfälle einzusparen. Studien zeigen, dass sich die Arbeitsunfähigkeitsfälle durch Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung zwischen 22 % und 36 % innerhalb von drei bis fünf Jahren reduzieren lassen. Hinsichtlich des Krankenstandes wurde von einer Verringerung zwischen 43 % und 78 % berichtet.

Ähnlich wie für Maßnahmen im persönlichen Umfeld gilt auch hier: nur durch umfassende Einbeziehung aller arbeitsbedingten Risikofaktoren können Veränderungen nachhaltig eingeleitet werden.

In der Beurteilung der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt der Sachverständigenrat zu dem Schluss, dass arbeitsbezogene Präventionsmaßnahmen beachtliche Effekte im Sinne einer Verminderung der Häufigkeit und des Schweregrades von Rückenerkrankungen sowie der dadurch verursachten Arbeitsunfähigkeiten erzielen können.

Hierzu müssen die entsprechenden Präventionsansätze jedoch bestimmte Kriterien hinsichtlich ihrer Planung und Durchführung erfüllen. Dazu gehören u.a.:

Kriterien für geeignete Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung

- Die Programme müssen systematisch und kooperativ gesteuert werden.
- Die Beteiligung der Beschäftigten an der Problemanalyse und Entwicklung der Programme muss gewährleistet werden.
- Die Prävention und Gesundheitsförderung muss schrittweise in den normalen betrieblichen Ablauf integriert werden.
- Ergonomische, organisatorische, kommunikative Aspekte der Arbeitssituation müssen mit dem rückschonenden Verhalten verknüpft werden.

Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz müssen einbezogen werden.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten sich demnach nicht allein auf technische und ergonomische Veränderungen des Arbeitsplatzes beschränken. Insbesondere auch die psychosozialen Belastungsaspekte der Arbeitssituation (z. B. starke Hierarchien, Entscheidungsspielraum und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Mitarbeiter, Kommunikationsstrukturen und Betriebsklima) sollten Gegenstand einer beteiligungsorientierten Organisations- und Personalentwicklung sein.

Das BACK-Therapiekonzept

Von der DAK wurden diese Erfordernisse frühzeitig erkannt und zunächst in entsprechenden Programmen der DAK-Fachkliniken realisiert. Prominentes Beispiel ist das BACK-Therapiekonzept („Berufliche Integration Arbeitsunfähiger Patienten mit Chronischen Rückenschmerzen“), das in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Maternus-Klinik in Bad Oeynhausen entwickelt und seit April 2001 betrieben wird.

Adressaten des Programms sind in erster Linie Patienten mit langjähriger Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenerkrankungen, aber auch andere Rückenerkrankte im erwerbsfähigen Alter. Vorrangiges Ziel des BACK-Therapiekonzeptes ist der Erhalt der Erwerbstätigkeit und Rückkehr des Patienten an seinen Arbeitsplatz.

Das Behandlungsprogramm ist multidimensional angelegt und besteht im Kernstück aus einem gestuften und zwischen Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie eng verzahntem therapeutischen Vorgehen. Des Weiteren wird eine Förderung des SVR nach einer Beteiligung der Patienten entsprochen, indem dem BACK-Konzept eine patientenorientierte Grundhaltung zu Grunde liegt, die den Patienten „Experten“ und „Hauptakteur“ in die Therapie einbindet.

Um die individuelle Umstände einer Rückenerkrankung zu verstehen, werden mit den Patienten anhand von Leitfäden intensive ärztliche und psychologische Aufnahmegespräche geführt. Diese liefern die arbeitsmedizinischen, die beruflichen und sozialen sowie die psychologischen Basisdaten für die Therapieplanung und -durchführung.

Die Therapie selbst gliedert sich in zwei Stufen. In der ersten Stufe werden in Kleingruppen (nicht mehr als 12 Personen) Kernkompetenzen für eine – trotz bestehender Schmerzen – positive Körperwahrnehmung und funktionale Schmerzverarbeitung vermittelt. Begleitet wird dies von psychologischen Einzeltherapien, in denen psychische Beschwerden (z. B. Depressionen oder Ängste) oder andere Probleme behandelt werden.

Die zweite Stufe zielt mit ihren Therapiemaßnahmen direkt auf die Behandlung der Rückenerkrankung im Kontext der jeweiligen Arbeitsplatzsituation der Patienten. Über Bewegungstraining wird die körperliche Belastbarkeit gesteigert, die in arbeitsplatz- bzw. berufsbezogenen Übungen umgesetzt werden.

Eine Evaluation des BACK-Therapiekonzeptes zeigte, dass ein halbes Jahr nach Therapieende 63% der vormals arbeitsunfähigen Patienten wieder arbeitsfähig waren.

Portrait eines Therapieprogramms bei chronischen Rückenerkrankungen

Ziel: Erhalt der Erwerbsfähigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz

Mehrdimensionales Behandlungskonzept

Sorgfältige Diagnostik als Basis

Hohe Erfolgsquote

Auch die Schmerzstärke der Patienten hat sich im Laufe der Therapie verringert und liegt sechs Monate später noch unter dem Ausgangswert, der bei Beginn der Therapie vorgelegen hat. Die Befunde zeigen, wie wirksam ein ganzheitlicher Ansatz in der Behandlung und Rehabilitation von Rückenerkrankung ist.

Zusammenfassung und Fazit

Rückenschmerzen und Rückenerkrankungen gehören zu den am weitesten verbreiteten und auch kostspieligsten Erkrankungen der deutschen Bevölkerung.

Eine von der DAK eigens für diesen Gesundheitsreport durchgeführte repräsentative Befragung hat gezeigt, dass mehr als ein Fünftel der berufstätigen Bevölkerung an einem gegebenen Tag unter Rückenschmerzen leidet. Im Laufe eines Jahres ist mehr als die Hälfte betroffen.

Rückenerkrankungen spielen auch eine wichtige Rolle im Rahmen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens: Über 12 % der gesamten AU-Tage der DAK-Mitglieder werden durch diese Krankheitsfälle verursacht.

Bedeutung der Prävention:

Rückenschmerzen sind zwar in den meisten Fällen keine ernste Erkrankung, aber sie sind schwierig zu behandeln, weil sich in den meisten Fällen keine organische Ursache für die Schmerzen finden lässt. Um so wichtiger ist es, die Prävention zu verstärken:

Primärprävention

Im Rahmen der Primärprävention muss es darum gehen, die Risikofaktoren für das Auftreten von Rückenerkrankungen bereits vor dem Auftreten von Schmerzen zu verringern.

Primärprävention muss sowohl das individuelle Verhalten (körperliche Fitness, Rauchen, Arbeitsverhalten z.B. beim Heben und Tragen usw.), als auch den Arbeitsplatz umfassen (ergonomische Bedingungen, psychosoziale Risiken und Stressfaktoren am Arbeitsplatz).

Sekundär- und Tertiärprävention

Ferner kommt bei den Rückenerkrankungen der Sekundär- und Tertiärprävention eine sehr wichtige Rolle zu:

Ein ganz erheblicher Teil der Arbeitsunfähigkeiten und auch der Frühberentungen kommt durch nur sehr wenige Betroffene mit schweren und chronifizierten Rückenerkrankungen zustande. Ein vordringliches Ziel muss es daher sein, Chronifizierungen zu verhüten bzw. Betroffene zu rehabilitieren.

Mitlerweile gibt es erprobte und wirksame Programme zur Therapie und Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenerkrankungen. Im Rahmen der Vorbeugung kommt es zunächst darauf an, Personen mit dem Risiko einer Chronifizierung frühzeitig zu erkennen.

Inzwischen sind eine Reihe von Faktoren bekannt, die eine solche ungünstige Entwicklung fördern können. Dazu gehören nicht zuletzt auch bestimmte Formen der Krankheitsbewältigung, wie etwa eine passive und ängstliche Schonhaltung gegenüber der Krankheit.

Ferner scheint das gleichzeitige Vorhandensein einer psychischen Erkrankung die Chronifizierung von Rückenschmerzen zu begünstigen.

Im Rahmen des Schwerpunktkapitels wurde u.a. dargelegt, welchen Verhaltensempfehlungen Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen folgen sollten. Die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsbarometers haben ferner gezeigt, dass viele Betroffene von ihren Ärzten noch nicht im ausreichenden Umfang beraten werden.

Angesichts der ganz erheblichen Bedeutung der Rückenerkrankungen wird sich die DAK für eine weitere Verbesserung sowohl der Versorgung von bereits Erkrankten, als auch der Prävention einsetzen.

Gefahr der Chronifizierung erkennen

Ärztliche Beratung verbessern

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.

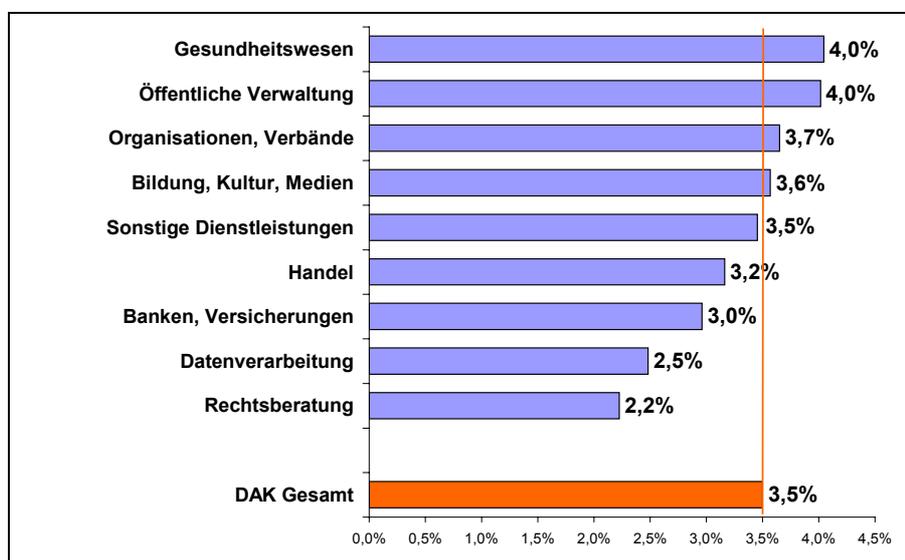
Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um die für die DAK besonders charakteristischen Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können. Die Zuordnung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

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 38 dargestellten Branchen "Öffentliche Verwaltung", "Gesundheitswesen", "Organisationen und Verbände", "Sonstige Dienstleistungen", "Bildung, Kultur, Medien", "Handel", "Banken, Versicherungen", "Datenverarbeitung" sowie "Rechts- und Wirtschaftsberatung/Wirtschaftsprüfung".

Abbildung 38

Abb. 20 Krankenstandswerte 2002 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern



DAK 2003

Abbildung 39 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ (beide 4,0 %) und „Rechts- und Wirtschaftsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ (2,2 %) liegen um fast zwei Prozentpunkte auseinander und beschreiben damit eine hohe Spannweite des Krankenstandniveaus bei den neun für die DAK bedeutsamsten Wirtschaftszweigen.

Insbesondere die Fallhäufigkeit ist in den genannten Branchen sehr unterschiedlich: Während in der „Öffentlichen Verwaltung“ 129,5 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre beobachtet wurden, waren es im „Gesundheitswesen“ 116,6 Erkrankungsfälle und in der „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ nur 82,0. Im „Gesundheitswesen“ trägt darüber hinaus auch eine längere Falldauer (12,7 Tage) zu dem überdurchschnittlich hohen Krankenstand bei. In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung 11,3 Tage und in der „Rechtsberatung“ 9,9.

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand der Verwaltungen wird in verschiedenen Studien mit dem weit höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet⁴.

Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind zu einem großen Teil auf belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen: Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im *DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege* umfassend analysiert worden⁵. Ein Ergebnis dieser Analysen war die weit überdurchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen. Der Gesundheitsreport Krankenpflege befasst sich insbesondere auch mit der Arbeitssituation in der Krankenpflege und identifiziert Faktoren, die als Ursachen für arbeitsbedingten Stress anzusehen sind.

Den dritt- und vierthöchsten Krankenstand haben die Branchen „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ (3,7 %) sowie „Bildung, Kultur, Medien“ (3,6 %) von den neun für die DAK wichtigsten Branchen. Bei den Organisationen und Verbänden ist eine mit 135,7 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre sehr hohe Fallhäufigkeit bei einer vergleichsweise geringen durchschnittlichen Erkrankungsdauer (9,8 Tage) zu beobachten.

In der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ liegt die Anzahl der AU-Fälle mit 137,6 im Vergleich zu allen anderen Wirtschaftszweigen am höchsten. Dadurch, dass dort aber gleichzeitig die Falldauer mit 9,5 Tagen die niedrigste aller Branchen war, liegt der Krankenstand mit 3,6% kaum über dem DAK-Durchschnitt.

„Gesundheitswesen“ sowie „Öffentliche Verwaltung“ an der Spitze

„Rechts-/ Wirtschaftsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ hat niedrigsten Krankenstandswert

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

„Organisationen, Verbände“ und „Bildung, Kultur, Medien“ an dritter und vierter Stelle

Höchste Fallhäufigkeit bei „Bildung, Kultur, Medien“

⁴ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2002

⁵ DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege

Leicht angestiegener Krankenstand

Gegenüber dem Vorjahr gibt es nur geringfügige Veränderungen: Leicht angestiegen ist der Krankenstand bei den „Organisation und Verbänden“ (von 3,6 % auf 3,7 %), den „Sonstigen Dienstleistungen“ (von 3,4 % auf 3,5 %) und in „Banken, Versicherungen“ (von 2,4 % auf 2,5 %).

Geringfügig gesunkene Krankenstände

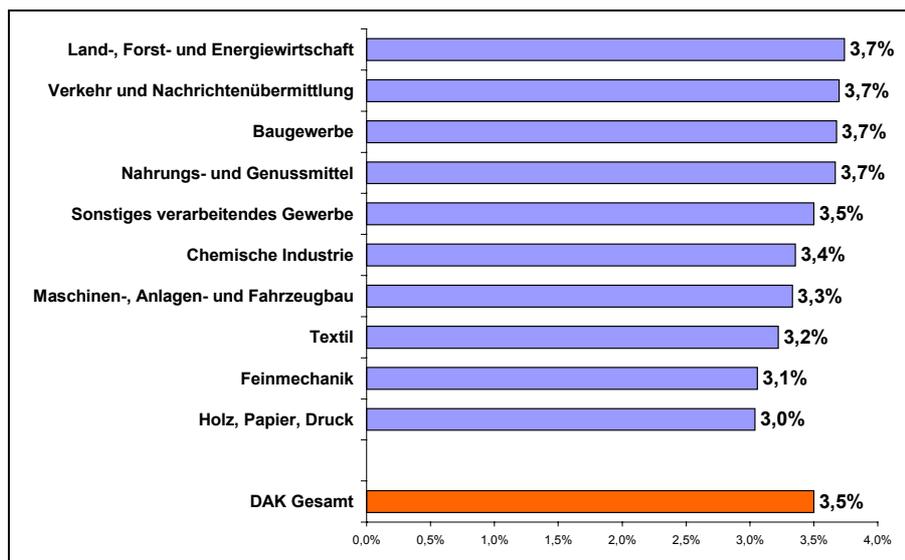
Etwas gesunken ist der Krankenstand dagegen in den beiden Branchen mit den (trotzdem nach wie vor) höchsten Krankenständen – dem „Gesundheitswesen“ und der „Öffentlichen Verwaltung“ (von 4,1 % auf 4,0 %). In den übrigen vier Branchen ist der Krankenstand seit 2001 stabil geblieben.

DAK-VBG Gesundheitsre- port Kredit- und Finanzinstitute

Die Banken und Finanzinstitute – also eine Untergruppe des Wirtschaftszweigs „Banken, Versicherungen“ - sind von der DAK in Zusammenarbeit mit der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) für das Jahr 1999 vertiefend untersucht worden. Der *DAK-VBG Gesundheitsreport Kredit- und Finanzinstitute* enthält u.a. auch Auswertungen für die einzelnen in dieser Branche tätigen Berufsgruppen.

Abb. 21 Krankenstands- werte 2002 in den zehn übrigen Wirtschafts- gruppen

Abbildung 39



DAK 2003

Abbildung 39 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 überwiegend in den Verwaltungsbereichen arbeiten.

In Abbildung 40 und Abbildung 41 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der beiden Jahre 2001 und 2002 nochmals vergleichend gegenüber gestellt.

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

Abbildung 40

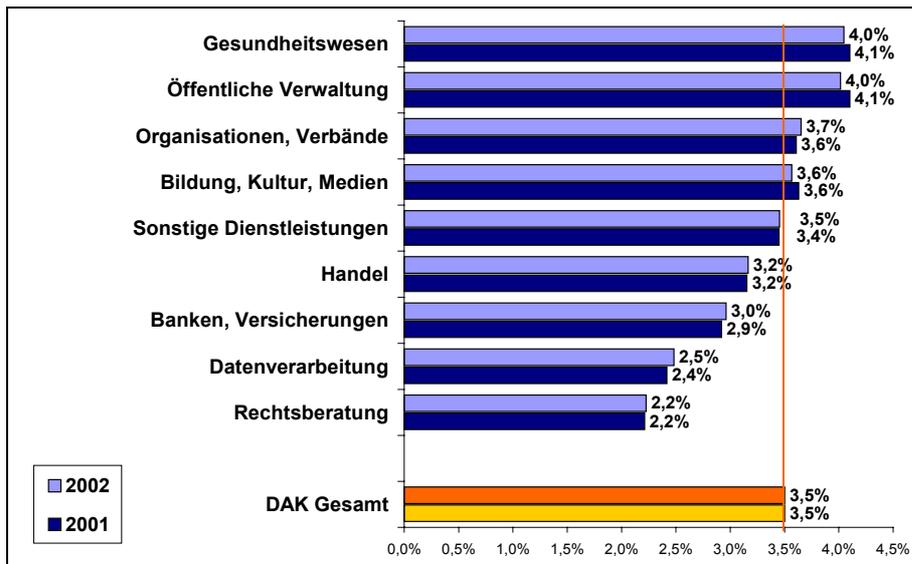


Abb. 22 Entwicklung der Krankenstandswerte 2001-2002 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

DAK 2003

Abbildung 41

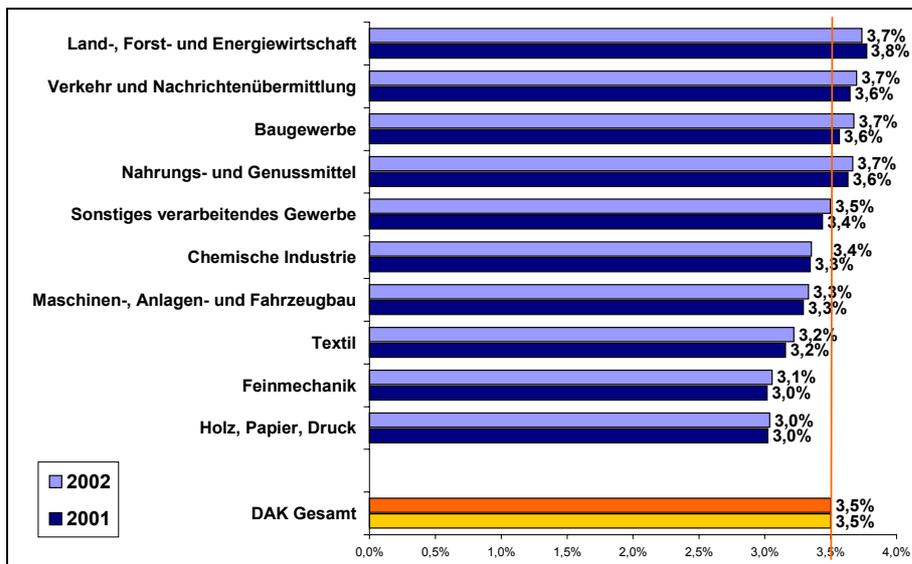


Abb. 23 Entwicklung der Krankenstandswerte 2001-2002 in den zehn übrigen Wirtschaftsgruppen

DAK 2003

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf einer Zuordnung der DAK-Mitglieder entsprechend ihrer Wohnorte.

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 2002:

Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2002

Bundesland	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,9%	1.050,5	93,6	11,2
Bayern	3,2%	1.152,3	98,7	11,7
Berlin *	4,7%	1.720,0	126,5	13,6
Bremen	3,5%	1.289,6	113,4	11,4
Hamburg	3,5%	1.266,3	105,9	12,0
Hessen	3,5%	1.269,3	111,7	11,4
Niedersachsen	3,4%	1.253,2	111,3	11,3
Nordrhein-Westfalen	3,4%	1.228,5	105,3	11,7
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.332,1	109,6	12,2
Saarland	4,2%	1.531,9	107,8	14,2
Schleswig-Holstein	3,4%	1.234,5	109,0	11,3
Westliche Bundesländer	3,4%	1.231,3	105,3	11,7
Brandenburg	4,3%	1.571,8	137,4	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,4%	1.596,0	145,6	11,0
Sachsen	3,9%	1.436,9	129,2	11,1
Sachsen-Anhalt	4,2%	1.540,5	138,7	11,1
Thüringen	4,0%	1.472,7	136,5	10,8
Östliche Bundesländer	4,2%	1.522,6	137,2	11,1
DAK gesamt	3,5%	1284,5	111,5	11,5

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

Der Gesamtkrankenstand von 3,5 % zeigt erhebliche regionale Unterschiede. Wie bereits in den Vorjahren sind auch im Jahr 2002 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar. Abbildung 42 zeigt, welche Bundesländer um mindestens 0,3 Prozentpunkte über/unter bzw. am DAK-Gesamtdurchschnitt lagen.

Abbildung 42

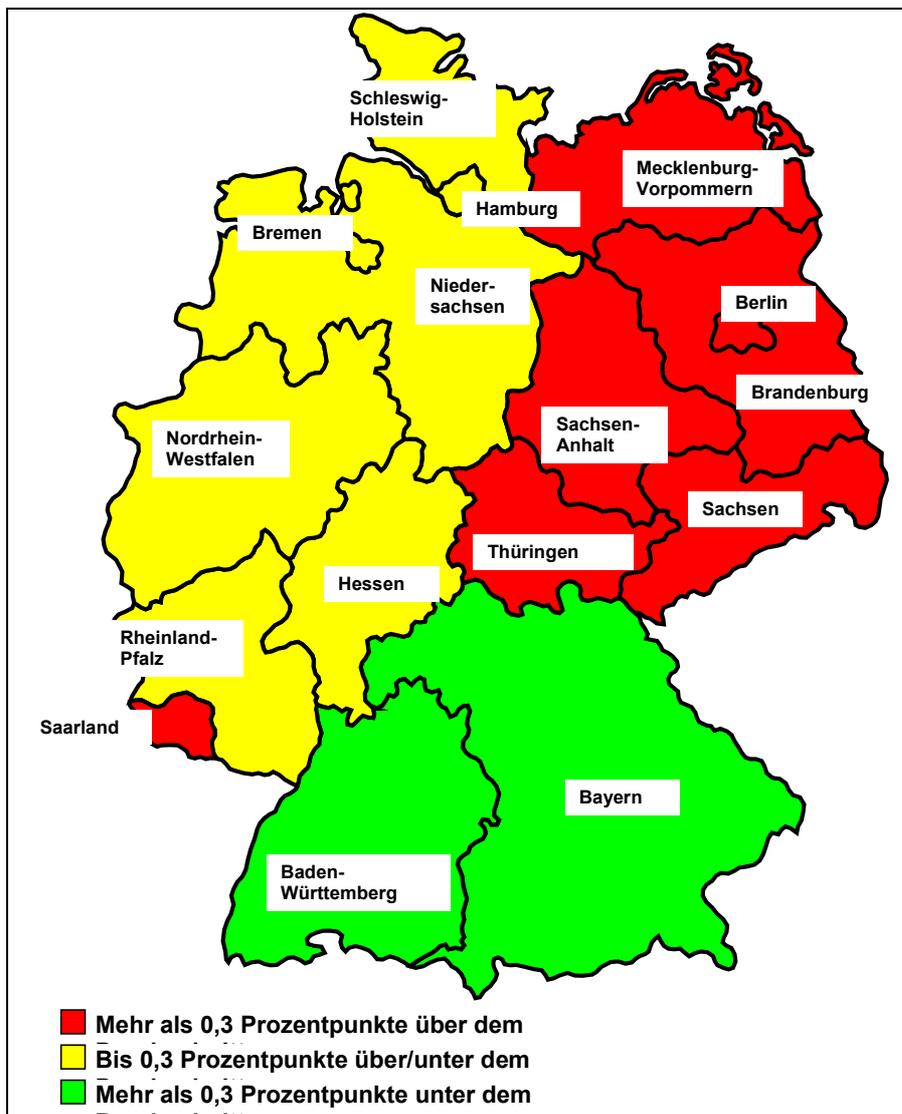


Abb. 24
Bundesländer mit Krankenständen am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)

DAK 2003

Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern verzeichnen besonders günstige Werte: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich – d. h. um mindestens 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Wie schon in den beiden Vorjahren weist Baden-Württemberg mit 2,9 % den niedrigsten Wert auf. In Bayern hat sich der Krankenstand gegenüber 2001 praktisch kaum verändert (von 3,1 % auf 3,16 %, aufgerundet 3,2 %).

Günstigste Krankenstandswerte: Baden-Württemberg und Bayern

Die meisten westlichen Bundesländer nah am DAK-Bundesdurchschnitt

Fast alle westlichen Bundesländer Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz liegen nahe am Bundesdurchschnitt von 3,5 %. Im Vergleich zu 2001 sind allenfalls ganz geringe Veränderungen in der Größenordnung von 0,1 Prozentpunkten aufgetreten.

Krankenstand im Saarland wieder deutlich über dem Durchschnitt

Wie schon in den Vorjahren liegt der Krankenstand im Saarland als einzigem westlichen Bundesland mit 4,2 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Gegenüber 2001 (4,1%) ist der Wert noch etwas gestiegen. Verantwortlich für den überdurchschnittlichen Krankenstand im Saarland ist die mit 14,2 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 deutlich von der DAK insgesamt 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. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 3,9 % der niedrigste Krankenstand aller fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Abgesehen von Berlin (das zum Rechtskreis West gerechnet wird) mit einem Krankenstand von 4,7 %, hat Mecklenburg-Vorpommern mit 4,4% das höchste Krankenstandsniveau zu verzeichnen.

Während der Krankenstand in Sachsen gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken ist (2001: 4,0 %), ist er in Sachsen-Anhalt etwas gestiegen (von 4,1 % auf 4,2 %). In den drei anderen östlichen Ländern hat sich der Krankenstand gegenüber 2001 nicht verändert.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des erhöhten Krankenstandes in den neuen Bundesländern

In allen fünf östlichen Bundesländern sind die erhöhten Krankenstandswerte auf eine deutlich überdurchschnittliche (und seit Jahren steigende) Fallhäufigkeit zurückzuführen: Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre in den westlichen Ländern zwischen 94 (Baden-Württemberg) und 113 (Bremen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 129 (Sachsen) und 146 (Mecklenburg-Vorpommern) auf. Die durchschnittliche Dauer eines Falls hingegen ist nur in Sachsen-Anhalt geringfügig gestiegen, in den übrigen vier Ländern ist sie rückläufig.

Berlin hat mit 4,7% den höchsten Krankenstand aller Bundesländer

In Berlin ist der hohe Krankenstand (4,7 %) ebenfalls auf die erhöhte Fallhäufigkeit zurückzuführen (127 Fälle pro 100 Versichertenjahre). Aber auch die Dauer eines durchschnittlichen Falles ist mit 13,6 Tagen überdurchschnittlich hoch. Sie ist zwar gegenüber dem Vorjahr (13,8 Tage) leicht zurück gegangen und der Krankenstand somit etwas gesunken (2001: 4,8 %). Nach wie vor steht der Stadtstaat jedoch an der Spitze des Krankenstandsgeschehens aller Bundesländer.

In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 2002 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.

Für Berlin ließ sich 2002 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.

Entwicklung des Krankenstandes 2001 - 2002

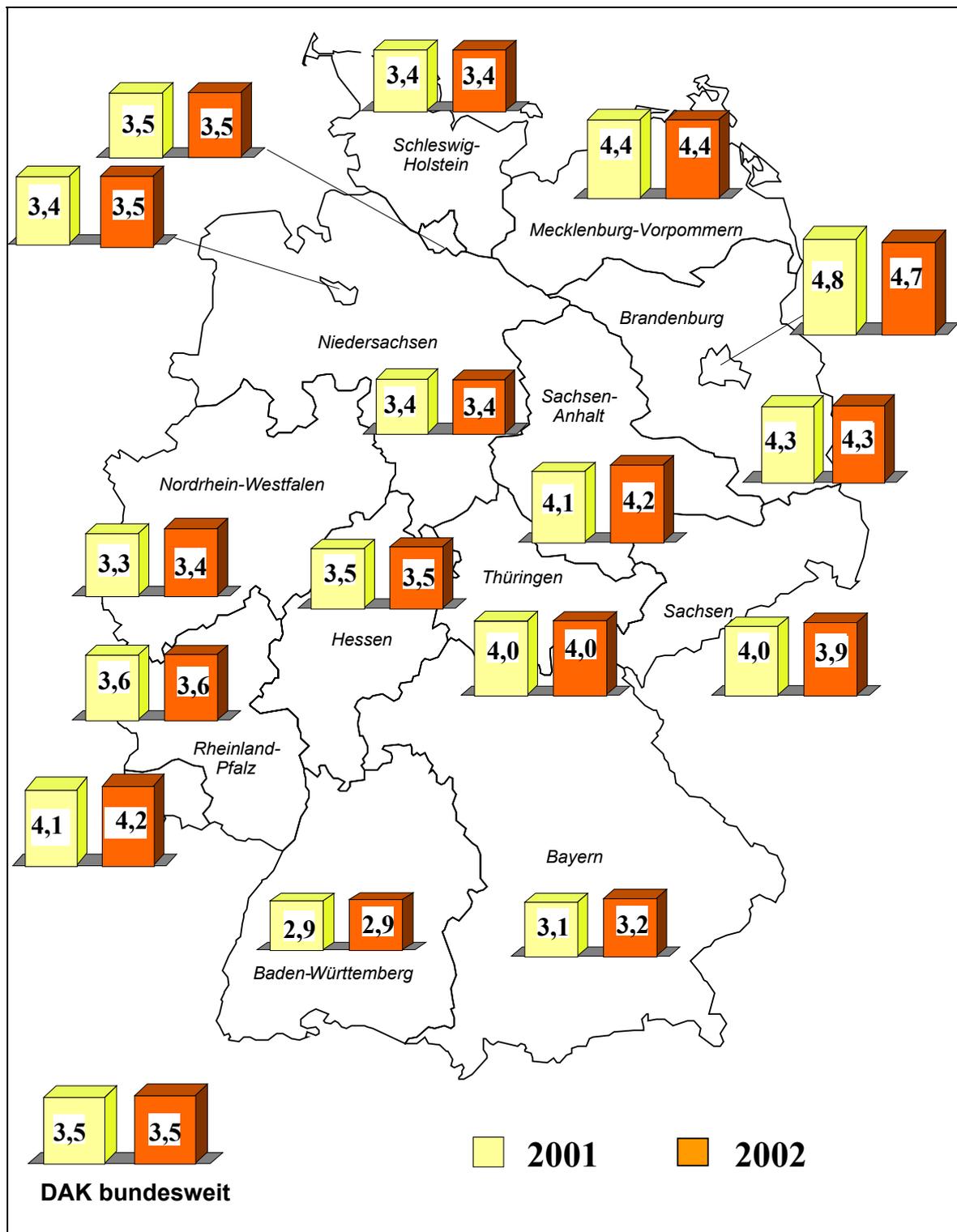
Abbildung 25 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2002 im Vergleich zum Vorjahr.

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2001 und 2002 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist ferner den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

Übersichtstabellen im Anhang

Abbildung 43: Krankenstandswerte 2001 und 2002 nach Bundesländern in Prozent



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 26 zeigt die Anteile am Krankenstand 2002 der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 44

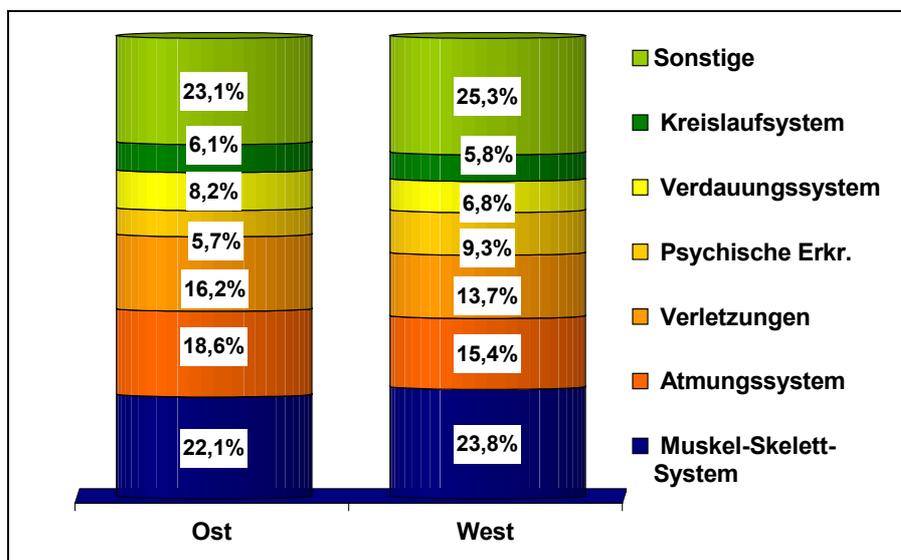


Abb. 26
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern

DAK 2003

In den westlichen Bundesländern spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen eine größere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Beide Krankheitsgruppen haben sowohl in Ost als auch in West von ihrem Anteil am Gesamtspektrum her weiter zugenommen.

Abgenommen hat hingegen – ebenfalls sowohl in den östlichen als auch in den westlichen Bundesländern – der Anteil der Erkrankungen des Atmungssystems, die aber nach wie vor in den östlichen Ländern einen deutlich größeren Raum einnehmen als in den westlichen. Auch die Diagnosegruppe Verletzungen weist im Osten einen höheren Anteil auf als im Westen.

Psychische und Muskel-Skeletterkrankungen nach wie vor größere Bedeutung in den westlichen Ländern

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Analyse des Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von 6 Jahren möglich

Zum fünften 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 2002 analysiert werden.

Positive Bilanz: Seit 4 Jahren bleibt der Krankenstand stabil

Für das Jahr 2002 kann eine positive Bilanz gezogen werden: Mit 3,5 % ist der Krankenstand stabil geblieben. Seit vier Jahren in Folge ist damit der Krankenstand nicht mehr gestiegen und verbleibt auf einem noch vergleichsweise niedrigen Niveau. Die Befürchtungen, dass dieser Trend zu Ende gehen könnte, haben sich somit nicht bestätigt.

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat einen senkenden Einfluss auf den Krankenstand

Eine monokausale Erklärung für das bei DAK-Mitgliedern gleichbleibend niedrige 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 krankenstandssenkenden 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 krank machende 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.

Hohe Betroffenquote bei Rückenerkrankungen

Als besonderes Problem für die Gesundheit der DAK-Mitglieder stellen sich die Muskel-Skelett-Erkrankungen dar. Sie sind für den größten Anteil an den Erkrankungstagen verantwortlich. Die meisten der Betroffenen leiden hierbei unter Rückenerkrankungen. Eine detaillierte Betrachtung des Krankheitsgeschehens bei Rückenerkrankungen zeigt Folgendes: Viele DAK-Mitglieder sind von immer wiederkehrenden Rückenerkrankungen betroffen.

Bei einem kleinen Teil dieser Betroffenen besteht die Gefahr, dass die Rückenerkrankungen zu einem chronischen Leiden werden. Dieser Personenkreis der DAK-Mitglieder verursacht einen überdurchschnittlich hohen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen.

Rückenerkrankungen wirken sich auch in erheblicher Weise auf die psychische Gesundheit der Betroffenen aus: DAK-Mitglieder, die in den vergangenen Jahren mehrfach Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenerkrankungen hatten, leiden auch häufiger unter psychischen Störungen. Es kommt hierbei zu einem starken Anstieg der Krankheitstage und der Betroffenenquote aufgrund psychischer Erkrankungen.

Rückenerkrankungen sind seit vielen Jahren ein Schwerpunkt der Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse des Gesundheitsreports zeigen allerdings, dass neben den bestehenden präventiven Maßnahmen die angemessene Versorgung der Betroffenen im Vordergrund stehen muss. Gemeint ist damit das frühzeitige Erkennen von Personen, die Gefahr laufen, eine chronische Rückenerkrankung zu entwickeln. Dem kleinen Teil der Betroffenen, die über mehrere Jahre immer wieder unter Rückenerkrankungen leiden, müssen Behandlungsprogramme angeboten werden, die sowohl die medizinischen als auch die psychischen Aspekte der Erkrankung erfassen. Oberstes Ziel ist eine dauerhafte Wiederherstellung der Gesundheit um erneute Rückfälle und einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsprozess zu vermeiden.

Anstieg psychischer Störungen bei Rückenerkrankungen

Medizinische und psychische Therapieangebote bei Rückenerkrankung notwendig

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2001

Auswertungen nach Berufsgruppen auf der Basis des Jahres 2001

Obschon 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.

In diesem Abschnitt des DAK Gesundheitsreports 2003 werden die Krankenstände des Jahres 2001 nach Berufsgruppen analysiert und mit den Daten des Jahres 2000 verglichen.

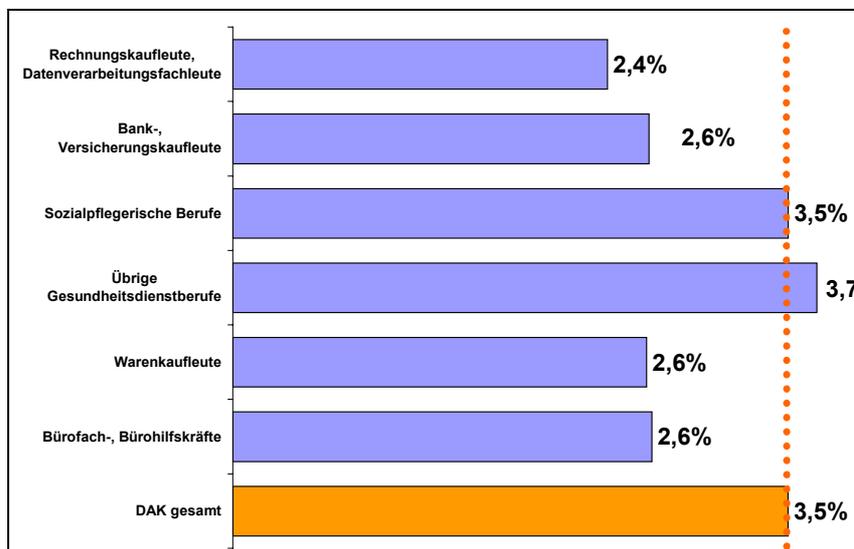
Auswertung gemäß Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988

Die Berufsgruppen wurden gemäß der Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988 ausgewertet. Von den insgesamt 94 Berufsgruppen wurden die 12 größten Berufsgruppen unter den DAK-Mitgliedern herausgenommen. Der Anteil der in diesen Berufsgruppen beschäftigten DAK-Mitglieder beträgt zusammengekommen mehr als 60 %.

Abbildung 45 und Abbildung 46 zeigen die Krankenstände dieser zwölf Berufsgruppen im Vergleich zur DAK insgesamt im Jahr 2001.

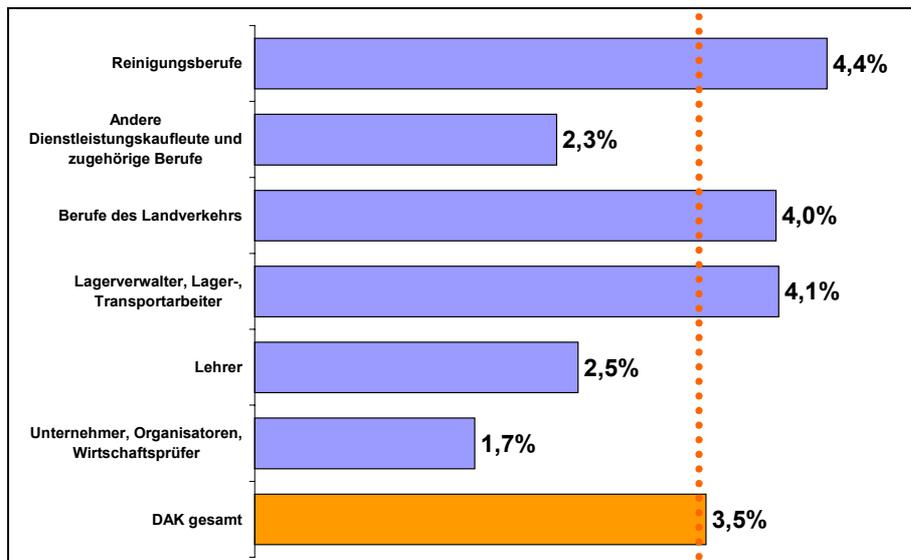
Abbildung 45

Abb. 27 Krankenstände von sechs Berufsgruppen 2001 im Vergleich zur DAK insgesamt



DAK 2003

Abbildung 46



DAK 2003

Den höchsten Krankenstandswert der zwölf dargestellten Gruppen weisen mit 4,4 % die "Reinigungsberufe" auf. In dieser Berufsgruppe liegt vor allem die Fallhäufigkeit (141 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) deutlich über dem Durchschnitt aller DAK-Mitglieder. Die Falldauer hingegen ist mit 11,5 Tagen durchschnittlich.

Auch die "Lagerverwalter/Lager- und Transportarbeiter", die „Berufe des Landverkehrs“ (z.B. Berufskraftfahrer) und die "Gesundheitsdienstberufe" (Berufe im „Gesundheitswesen“ mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) liegen mit Krankenstandswerten von 4,1 %, 4,0 % bzw. 3,7 % zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Während Lagerverwalter besonders häufig erkrankten (139 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre), ist der hohe Krankenstand bei den „Berufen des Landverkehrs“ und in den Gesundheitsdienstberufen vor allem auf eine überdurchschnittliche Erkrankungsdauer (12,2 bzw. 12,5 Tage je AU-Fall) zurückzuführen.

„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2001 einen besonders niedrigen Krankenstand (1,7 %). Dies lag an einer sehr geringen Häufigkeit von Krankheitsfällen (68 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) sowie der niedrigsten Falldauer (9,1 Tage je AU-Fall) der hier betrachteten 12 Berufsgruppen.

Der Vergleich des Krankenstands 2001 der Berufsgruppen zum Jahr 2000 zeigt nur minimale Veränderungen (s. Abbildung 47 und Abbildung 48). Geringfügige Rückgänge des Krankenstandes gab es bei den Bürokräften (2,6 % gegenüber 2,7 % im Jahr 2000), bei den Reinigungsberufen (4,4 % gegenüber 4,5%), den „anderen Dienstleistungskaufleuten“ (von 2,4 % auf 2,3 %) und den „Berufen des Landverkehrs“ (von 4,1 % auf 4,0 %). Leicht angestiegen ist der Krankenstand dagegen bei den „Rechnungskaufleuten“ (von 2,3 % auf 2,4 %), bei den „Sozialpflegerischen Berufen“ (von 3,4 % auf 3,5 %) und den „Lagerarbeitern“ (von 4,0 % auf 4,1 %).

Abb. 28
Krankenstände von sechs Berufsgruppen 2001 im Vergleich zur DAK insgesamt

Reinigungsberufe mit höchstem Krankenstand

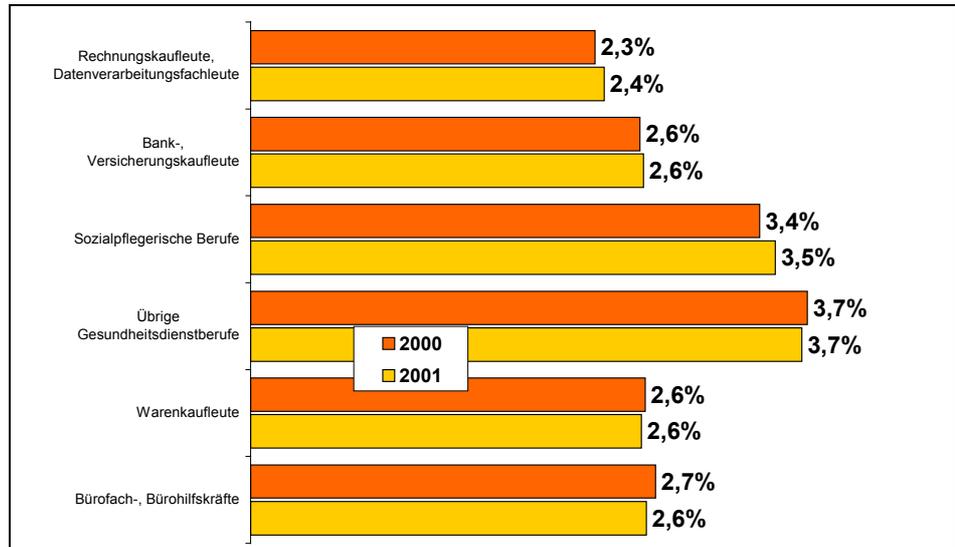
Krankenstand bei Lagerarbeitern, Berufsfahrern und im Gesundheitsdienst ebenfalls über dem Durchschnitt

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand

Nur minimale Veränderungen bei den Krankenständen im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 47

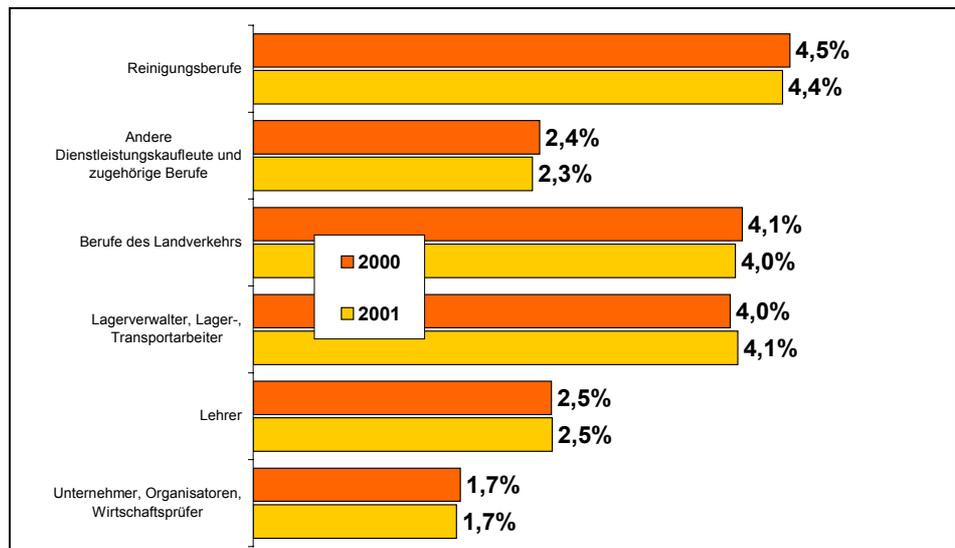
Abb. 29:
Krankenstände
in den
12 wichtigsten
Berufsgruppen
2001 Vergleich
zum Vorjahr.



DAK 2003

Abbildung 48

Abb. 30:
Krankenstände
in den
12 wichtigsten
Berufsgruppen
2001 Vergleich
zum Vorjahr.



DAK 2003

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.

Unter welchen spezifischen Bedingungen Beschäftigte in ihrem Beruf arbeiten und inwieweit daraus Auswirkungen auf das AU-Geschehen abgeleitet werden können, ist den vorliegenden AU-Daten nicht zu entnehmen. Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen können daher vor allem auch über die Befragungen von Beschäftigten gewonnen werden.

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 Berufsgruppen⁶ liegen inzwischen in schriftlicher Form vor und können bei der Hauptgeschäftsstelle der DAK bezogen werden.

Eine Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 2000 und 2001 aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen.

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

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

Befragungen geben Aufschluss über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Befragung von Beschäftigten in Berufen mit hoher Stressbelastung.

Übersichtstabelle im Anhang

⁶ Friseur, Reinigungskräfte, Kindergärtnerinnen, Betreuer und Gruppenleiter in Werkstätten für Behinderte, Berufsschullehrer, Beschäftigte in Werkstätten der Gefährdetenhilfe, Tierärzte

Anhang II: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

... pro 100 Versichertenjahre	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 2002 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.
Betroffenenquote	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.
AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	<p>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.</p> <p>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.</p>
Krankenstand	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.
Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre	Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfallen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.
Durchschnittliche Falldauer	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.
Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

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.

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 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.

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*.

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.

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.

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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

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.

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

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

Kapitel des ICD 10

ICD 10	Krankheitsart
A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00 – D48	Neubildungen (Krebs)
D50 – D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00 – G99	Krankheiten des Nervensystems
H0 – 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 2001 und 2002 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 2002.....	98
Tabelle A2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2001.....	100
Tabelle A3:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2002.....	101
Tabelle A4:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2002.....	102
Tabelle A5:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2002	103
Tabelle A6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2001	104
Tabelle A7:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2002	105
Tabelle A8:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2001	106
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2001	107
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2000.....	108

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2002

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versichertenjah- re		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	55,1	9,7	5,7	4,3%
B99	Männer	53,1	9,5	5,6	4,3%
	Frauen	58,0	10,1	5,8	4,3%
C00- Neubildungen	Gesamt	52,0	1,4	36,9	4,0%
D48	Männer	38,9	1,1	34,5	3,1%
	Frauen	70,4	1,8	39,0	5,2%
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	109,3	3,9	28,3	8,5%
F99	Männer	87,9	3,0	29,6	7,1%
	Frauen	139,6	5,1	27,3	10,3%
G00- Krankheiten der Nerven, H95 des Auges und der Ohren	Gesamt	54,2	4,9	11,1	4,2%
	Männer	49,9	4,4	11,4	4,0%
	Frauen	60,3	5,6	10,8	4,5%
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	75,1	3,8	20,0	5,8%
I99	Männer	88,4	3,8	23,5	7,1%
	Frauen	56,3	3,7	15,0	4,2%
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	207,5	31,9	6,5	16,2%
J99	Männer	191,3	29,6	6,5	15,4%
	Frauen	230,5	35,2	6,6	17,1%
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	91,3	14,6	6,2	7,1%
K93	Männer	92,7	14,2	6,5	7,5%
	Frauen	89,4	15,2	5,9	6,6%
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	300,0	17,1	17,5	23,4%
M99	Männer	309,5	18,5	16,7	25,0%
	Frauen	286,7	15,3	18,8	21,3%
R00- Symptome und abnorme klinische R99 und Laborbefunde	Gesamt	51,7	5,5	9,4	4,0%
	Männer	43,3	4,8	9,1	3,5%
	Frauen	63,6	6,6	9,7	4,7%
S00- Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	182,6	10,8	16,9	14,7%
T98	Männer	219,5	13,0	16,9	17,7%
	Frauen	130,5	7,6	17,1	9,7%
	Gesamt⁷	1.284,5	111,5	11,5	100%
	Männer	1.238,9	106,5	11,6	100%
	Frauen	1.348,9	118,4	11,4	100%

⁷ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2001

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	52,6	8,9	5,9	4,1%
B99	Männer	51,0	8,8	5,8	4,1%
	Frauen	54,9	9,1	6,0	4,1%
C00- Neubildungen	Gesamt	49,0	1,4	35,7	3,8%
D48	Männer	36,0	1,1	33,2	2,9%
	Frauen	67,4	1,8	37,9	5,0%
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	101,3	3,6	27,9	7,9%
F99	Männer	80,9	2,8	29,1	6,6%
	Frauen	130,0	4,8	26,8	9,7%
G00- Krankheiten der Nerven,	Gesamt	53,3	4,9	10,9	4,2%
H95 des Auges und der Ohren	Männer	50,0	4,4	11,3	4,1%
	Frauen	58,1	5,6	10,4	4,3%
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	76,5	3,8	19,9	6,0%
I99	Männer	89,7	3,8	23,6	7,3%
	Frauen	57,9	3,9	14,9	4,3%
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	211,8	32,4	6,5	16,6%
J99	Männer	195,9	30,2	6,5	15,9%
	Frauen	234,4	35,4	6,6	17,4%
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	88,1	13,7	6,4	6,9%
K93	Männer	89,9	13,3	6,8	7,3%
	Frauen	85,5	14,2	6,0	6,4%
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	297,1	17,0	17,5	23,2%
M99	Männer	304,6	18,2	16,7	24,8%
	Frauen	286,6	15,3	18,8	21,3%
R00- Symptome und abnorme klinische	Gesamt	49,3	5,2	9,5	3,9%
R99 und Laborbefunde	Männer	41,8	4,5	9,2	3,4%
	Frauen	60,0	6,2	9,7	4,5%
S00- Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	175,0	10,6	16,5	13,7%
T98	Männer	208,4	12,7	16,4	17,0%
	Frauen	127,7	7,6	16,9	9,5%
Gesamt ⁸	Gesamt	1.277,8	108,6	11,8	100%
	Männer	1.232,4	103,7	11,9	100%
	Frauen	1.341,9	115,5	11,6	100%

⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A3 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2002

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versichertenjah- re		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	54,8	9,9	5,5	4,5%
	Männer	52,8	9,7	5,5	4,5%
	Frauen	57,6	10,2	5,6	4,5%
C00- D48 Neubildungen	Gesamt	51,3	1,3	39,4	4,2%
	Männer	39,3	1,1	37,4	3,3%
	Frauen	68,3	1,7	41,2	5,3%
F00- F99 Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	114,1	3,8	30,0	9,3%
	Männer	93,7	3,0	31,4	7,9%
	Frauen	142,8	5,0	28,8	11,0%
G00- H95 Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren	Gesamt	53,1	4,5	11,7	4,3%
	Männer	49,5	4,1	12,0	4,2%
	Frauen	58,2	5,1	11,4	4,5%
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	71,2	3,4	20,8	5,8%
	Männer	85,9	3,5	24,6	7,2%
	Frauen	50,5	3,3	15,3	3,9%
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	190,0	30,2	6,3	15,4%
	Männer	174,8	27,8	6,3	14,7%
	Frauen	211,4	33,5	6,3	16,3%
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	83,7	13,2	6,4	6,8%
	Männer	85,1	12,8	6,7	7,2%
	Frauen	81,6	13,7	6,0	6,3%
M00- M99 Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	292,5	16,2	18,0	23,8%
	Männer	299,2	17,4	17,1	25,2%
	Frauen	283,2	14,5	19,5	21,9%
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	51,9	5,4	9,6	4,2%
	Männer	43,4	4,7	9,3	3,7%
	Frauen	63,9	6,5	9,8	4,9%
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	168,7	10,0	16,9	13,7%
	Männer	199,9	11,9	16,8	16,8%
	Frauen	124,7	7,3	17,1	9,6%
Gesamt ⁹	Gesamt	1231,3	105,3	11,7	100,0%
	Männer	1187,0	100,4	11,8	100,0%
	Frauen	1293,9	112,2	11,5	100,0%

⁹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2002

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versicherten jahre		Ø Tage je	Anteil am
		AU-Tage	AU-Fälle	AU-Fall	Kranken- stand
A00- B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	55,6	8,9	6,3	3,7%
	Männer	53,0	8,6	6,2	3,6%
	Frauen	59,4	9,3	6,4	3,7%
C00- D48 Neubildungen	Gesamt	54,9	1,9	28,9	3,6%
	Männer	37,4	1,5	25,2	2,5%
	Frauen	79,8	2,5	32,0	5,0%
F00- F99 Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	87,2	4,1	21,1	5,7%
	Männer	60,8	2,9	21,0	4,1%
	Frauen	124,4	5,8	21,3	7,8%
G00- H95 Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren	Gesamt	59,1	6,3	9,4	3,9%
	Männer	52,0	5,4	9,6	3,5%
	Frauen	69,2	7,6	9,2	4,3%
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	92,5	5,2	17,8	6,1%
	Männer	99,8	4,9	20,4	6,8%
	Frauen	82,3	5,6	14,6	5,1%
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	283,2	38,7	7,3	18,6%
	Männer	258,2	35,9	7,2	17,6%
	Frauen	318,6	42,6	7,5	19,9%
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	125,1	20,9	6,0	8,2%
	Männer	125,5	20,3	6,2	8,6%
	Frauen	124,5	21,9	5,7	7,8%
M00- M99 Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	336,7	21,3	15,8	22,1%
	Männer	360,3	23,2	15,5	24,6%
	Frauen	303,3	18,6	16,3	19,0%
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	48,8	5,6	8,8	3,2%
	Männer	40,5	4,8	8,5	2,8%
	Frauen	60,5	6,7	9,0	3,8%
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	246,5	14,3	17,3	16,2%
	Männer	309,9	17,9	17,3	21,1%
	Frauen	156,9	9,1	17,2	9,8%
Gesamt ¹⁰	Gesamt	1522,6	137,2	11,1	100,0%
	Männer	1467,6	130,8	11,2	100,0%
	Frauen	1600,3	146,1	11,0	100,0%

¹⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 97)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2002

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall
Banken, Versicherungen (65 - 67)	3,0%	1.081,0	102,4	10,6
Baugewerbe (45)	3,7%	1.341,9	106,6	12,6
Bildung, Kultur, Medien (74, 80, 92)	3,6%	1.302,2	137,6	9,5
Chemische Industrie (23 - 25)	3,4%	1.224,3	115,4	10,6
Datenverarbeitung (72)	2,5%	905,8	92,5	9,8
Feinmechanik (30 - 33)	3,1%	1.115,9	109,9	10,2
„Gesundheitswesen“ (85)	4,0%	1.476,2	116,6	12,7
Handel (50 - 52)	3,2%	1.154,7	96,9	11,9
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	3,0%	1.109,3	104,1	10,7
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,7%	1.364,7	119,4	11,4
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	3,3%	1.216,3	114,1	10,7
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	3,7%	1.338,9	104,5	12,8
Öffentliche Verwaltung (75)	4,0%	1.465,9	129,5	11,3
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,7%	1.332,9	135,7	9,8
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,2%	812,1	82,0	9,9
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,5%	1.260,4	107,6	11,7
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,5%	1.277,4	115,9	11,0
Textil (17 - 19)	3,2%	1.175,8	105,8	11,1
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,7%	1.350,0	108,4	12,5
DAK Gesamt (00 - 95)	3,5%	1284,5	111,5	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 2001

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall
Banken, Versicherungen (65 - 67)	2,9%	1.066,0	99,5	10,7
Baugewerbe (45)	3,6%	1.301,4	105,8	12,3
Bildung, Kultur, Medien (74, 80, 92)	3,6%	1.324,9	137,4	9,6
Chemische Industrie (23 - 25)	3,3%	1.221,0	114,9	10,6
Datenverarbeitung (72)	2,4%	882,5	88,9	9,9
Feinmechanik (30 - 33)	3,0%	1.101,5	108,9	10,1
„Gesundheitswesen“ (85)	4,1%	1.493,6	115,1	13,0
Handel (50 - 52)	3,2%	1.150,8	95,1	12,1
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	3,0%	1.103,1	103,3	10,7
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,8%	1.377,7	118,7	11,6
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	3,3%	1.201,8	113,6	10,6
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	3,6%	1.325,5	103,1	12,9
Öffentliche Verwaltung (75)	4,1%	1.488,2	128,3	11,6
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,6%	1.316,7	133,8	9,8
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,2%	806,9	79,9	10,1
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,4%	1.258,9	108,3	11,6
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,4%	1.254,5	113,5	11,0
Textil (17 - 19)	3,2%	1.152,6	104,4	11,0
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,6%	1.331,3	106,8	12,5
DAK Gesamt (00 - 95)	3,5%	1.278,1	109,8	11,6

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

Tabelle A7 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2002

Bundesland	Kranken- stand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,9%	1.050,5	93,6	11,2
Bayern	3,2%	1.152,3	98,7	11,7
Berlin*	4,7%	1.720,0	126,5	13,6
Bremen	3,5%	1.289,6	113,4	11,4
Hamburg	3,5%	1.266,3	105,9	12,0
Hessen	3,5%	1.269,3	111,7	11,4
Niedersachsen	3,4%	1.253,2	111,3	11,3
Nordrhein-Westfalen	3,4%	1.228,5	105,3	11,7
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.332,1	109,6	12,2
Saarland	4,2%	1.531,9	107,8	14,2
Schleswig-Holstein	3,4%	1.234,5	109,0	11,3
Alte Bundesländer	3,4%	1.231,3	105,3	11,7
Brandenburg	4,3%	1.571,8	137,4	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,4%	1.596,0	145,6	11,0
Sachsen	3,9%	1.436,9	129,2	11,1
Sachsen-Anhalt	4,2%	1.540,5	138,7	11,1
Thüringen	4,0%	1.472,7	136,5	10,8
Neue Bundesländer	4,2%	1.522,6	137,2	11,1
DAK Gesamt	3,5%	1284,5	111,5	11,5

*Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2001

Bundesland	Kranken- stand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,9%	1.053,8	93,4	11,3
Bayern	3,1%	1.146,6	98,2	11,7
Berlin*	4,8%	1.745,3	126,4	13,8
Bremen	3,4%	1.238,8	110,2	11,2
Hamburg	3,5%	1.266,5	105,1	12,1
Hessen	3,5%	1.278,9	110,5	11,6
Niedersachsen	3,4%	1.245,0	108,4	11,5
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.214,5	103,6	11,7
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.327,2	107,9	12,3
Saarland	4,1%	1.480,4	105,2	14,1
Schleswig-Holstein	3,4%	1.227,3	107,4	11,4
Alte Bundesländer	3,4%	1.225,8	104,0	11,8
Brandenburg	4,3%	1.556,5	135,1	11,5
Mecklenburg-Vorpommern	4,4%	1.591,5	143,2	11,1
Sachsen	4,0%	1.446,7	126,4	11,4
Sachsen-Anhalt	4,1%	1.487,9	134,8	11,0
Thüringen	4,0%	1.469,0	132,1	11,1
Neue Bundesländer	4,1%	1.509,9	134,0	11,3
DAK Gesamt 2001	3,5%	1.278,1	109,8	11,6

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2001

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,6%	964,3	100,0	9,6
Warenkaufleute (68)	2,6%	952,5	91,3	10,4
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,7%	1.343,5	107,3	12,5
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,6%	957,5	100,4	9,5
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,5%	1.278,3	122,8	10,4
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,4%	861,8	89,8	9,6
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,7%	622,6	68,4	9,1
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,1%	1.483,0	139,0	10,7
Techniker (62)	2,8%	1.013,5	107,2	9,5
Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe (70)	2,3%	854,4	87,9	9,7
Lehrer (87)	2,5%	914,9	94,1	9,7
Berufe des Landverkehrs (71)	4,0%	1.475,3	121,2	12,2
Reinigungsberufe	4,4%	1.619,4	140,8	11,5
DAK Gesamt 2001	3,5%	1.278,1	109,8	11,6

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

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2000

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,7%	976,6	99,6	9,8
Warenkaufleute (68)	2,6%	945,6	91,2	10,4
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,7%	1.359,7	108,3	12,6
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,6%	967,2	100,2	9,7
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,4%	1.256,3	122,0	10,3
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,3%	857,4	89,9	9,5
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,7%	627,3	68,4	9,2
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,0%	1.459,2	138,3	10,6
Techniker (62)	2,8%	1.004,6	104,6	9,6
Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe (70)	2,4%	880,6	89,2	9,9
Lehrer (87)	2,5%	916,8	93,2	9,8
Berufe des Landverkehrs (71)	4,1%	1.510,6	118,8	12,7
Reinigungsberufe	4,5%	1625,5	136,7	11,9
DAK Gesamt 2000	3,5%	1.277,8	108,6	11,8

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

Anhang IV: Informationen zur Längsschnitt-Stichprobe

Für den vorliegenden DAK-Gesundheitsreport wurde speziell mit Blick auf wiederkehrende und chronische Rückenerkrankungen eine längsschnittliche Analyse von AU-Daten durchgeführt. Diese Analyse beruht auf allen aktiv erwerbstätigen DAK-Mitgliedern, die von 1998 bis 2002 durchgängig versichert waren. Für diese ca. 1,7 Mio. Personen umfassende Längsschnitt-(LS-)Stichprobe kann das Krankheitsgeschehen über einen Zeitraum von 5 Jahren untersucht werden.

Die LS-Stichprobe unterscheidet sich von den sonst in den DAK-Gesundheitsreports untersuchten Querschnitts-Kollektiven der aktiv erwerbstätigen DAK-Mitglieder des jeweiligen Berichtsjahres:

Weil nur über fünf Jahre durchgängig versicherte und berufstätige Personen in den Längsschnitt gelangen können, sind die jüngsten und die ältesten Jahrgänge geringer besetzt, als bei den Querschnittsanalysen.

Ferner wäre zu erwarten, dass die LS-Stichprobe etwas gesünder ist, da sie nur Personen enthält, die zumindest in den fünf Jahren zwischen 1998 und 2002 nicht krankheitsbedingt aus dem Berufsleben ausgeschieden sind. Dieser Effekt könnte jedoch durch andersartige Abwanderungsbewegungen (z.B. eine größere Wahrscheinlichkeit des Kassenwechsels bei Gesunden) ausgeglichen werden.

Die folgende Tabelle A11 zeigt die wichtigsten AU-Kennzahlen der LS-Stichprobe im Jahr 2002 im Vergleich zu allen DAK-Mitgliedern im Jahr 2002 (Querschnitt) als Rohwerte und in der üblichen Weise standardisiert.

Der Vergleich der standardisierten Werte zeigt, dass die LS-Stichprobe im Jahr 2002 einen etwas geringeren Krankenstand aufweist (1.121 AU-Tage entsprechend 3,1 % Krankenstand) als die DAK-Mitglieder im Jahr 2002 (1.285 AU-Tage entsprechend 3,5 %). Auch die AU-Tage wegen Rückenerkrankungen sind niedriger.

Die unstandardisierten Rohwerte sind für die LS-Stichprobe ebenfalls ausgewiesen, weil die im Schwerpunktkapitel dargestellten Längsschnitt-Analysen auf Grundlage der Rohwerte durchgeführt wurden.

Tabelle A11: Kennziffern des AU-Geschehens der Längsschnitt-(LS-)Stichprobe sowie aller DAK-Mitglieder (Querschnitt) im Jahr 2002

Arbeitsunfähigkeiten gesamt (alle Diagnosen)	LS- Stichprobe: Rohwerte	LS- Stichprobe: standardi- sierte Werte	Alle DAK- Mitglieder (Querschnitt)
AU-Tage / 100 Versichertenjahre	1220,2	1120,9	1284,5
AU-Fälle / 100 Versichertenjahre	96,6	92,7	111,5
Betroffenenquote (%)	50,3	48,8	47,7
Durchschnittliche Falldauer (Tage)	12,6	12,1	11,5
Arbeitsunfähigkeiten Rückenerkrankungen (M45-M54)	LS- Stichprobe: Rohwerte	LS- Stichprobe: standardi- sierte Werte	Alle DAK- Mitglieder (Querschnitt)
AU-Tage / 100 Versichertenjahre	153,2	139,0	160,1
AU-Fälle / 100 Versichertenjahre	9,5	8,9	10,0
Betroffenenquote (%)	7,8	7,3	7,1
Durchschnittliche Falldauer (Tage)	16,2	15,5	16,0

DAK 2003, Längsschnittanalyse Arbeitsunfähigkeitsdaten 1998-2002