
DAK Gesundheitsreport 2002

Herausgeber:**DAK Gesundheitsmanagement**

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

W-403-2002

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

Vorwort	5
Zusammenfassung der Ergebnisse	7
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport.....	8
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2001	10
2 Arbeitsunfähigkeiten 2001 im Überblick.....	12
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Wochentagen	27
4 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	29
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	40
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	44
7 Schwerpunktthema: Psychische Erkrankungen.....	50
8 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	85
Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2000	87
Anhang II: Hinweise und Erläuterungen.....	91
Anhang III: Tabellen.....	95

Vorwort

Die DAK hat sich zur Aufgabe gemacht, kontinuierlich über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ihrer Mitglieder zu berichten. Mit dem Gesundheitsreport 2002 stellen wir nun zum vierten Mal systematisch ausgewertete Krankenstandsdaten vor.

Der Krankenstand ist ein wichtiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung von Unternehmen, Krankenkassen und der Volkswirtschaft insgesamt.

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. Aufgrund der in den letzten Jahren beobachteten wachsenden Relevanz von psychischen Erkrankungen widmet sich der DAK Gesundheitsreport speziell diesen Krankheitsbildern.

Die Gesamtbilanz des DAK Gesundheitsreports 2002 ist wieder positiv: Der Krankenstand für das Jahr 2001 hat sich auf dem vergleichsweise niedrigen Niveau von 1999 und 2000 stabilisiert. Der Anfang der 90er Jahre zu beobachtende Trend zu steigenden Krankenständen konnte offenbar nachhaltig gestoppt werden. Um langfristig sogar eine Trendwende zu wieder fallenden Krankenständen einzuleiten, müssen Aspekte der Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik gerückt und in die Prozesse der Modernisierung der Wirtschaftsunternehmen und Verwaltungen einbezogen werden.



Eckhard Schupeta
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Juni 2002

Zusammenfassung der Ergebnisse

<p>2001 lag der Krankenstand der DAK-Mitglieder wie in den beiden Vorjahren bei 3,5 %. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte im Durchschnitt 12,8 Arbeitsunfähigkeitstage, im Jahr 2000 waren es ebenfalls 12,8 Tage.</p>	<p>Gesamt- krankenstand</p>
<p>Die Betroffenenquote lag 2001 bei rund 48 %. Das bedeutet, dass für 52 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2000 lag die Betroffenenquote geringfügig höher.</p>	<p>Betroffenen- quote</p>
<p>Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 109,8 Fällen pro 100 Versichertenjahre geringfügig angestiegen (2000: 108,6 AU-Fälle).</p>	<p>Fallhäufigkeit</p>
<p>Dagegen war die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit 11,6 Tagen im Vergleich zum Vorjahr etwas kürzer (2000: 11,8 Tage).</p>	<p>Falldauer</p>
<p>Im DAK-Gesundheitsreport 2001 werden die Krankheitsarten zum zweiten Mal nach der Systematik des ICD 10 ausgewertet. Somit können zuverlässige Vergleiche zu den Ergebnissen des vorangegangenen Jahres gezogen werden.</p>	<p>Umstellung des Diagnoseschlüs- sels</p>
<p>Auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen entfällt weiterhin mehr als die Hälfte (53,5 %) aller Krankheitstage. Weitere knapp 20,8 % entfallen auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie des Kreislaufsystems.</p>	<p>Die wichtigsten Krankheitsarten</p>
<p>Etwa 14 % des Krankenstandes sind auf Verletzungen zurückzuführen. Bei einem Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen handelt es sich um Arbeits- und Wegeunfälle.</p>	<p>Die Bedeutung von Unfällen</p>
<p>Die höchsten Krankenstandswerte waren in den Branchen „Öffentliche Verwaltung“ und „Gesundheitswesen“ (jeweils 4,1 %), der niedrigste Krankenstand in der „Rechts-/Wirtschaftsberatung“ (2,2 %) zu verzeichnen.</p>	<p>Branchenunter- schiede</p>
<p>Bei der Krankenstandshöhe lässt sich eine Dreiteilung der Republik feststellen: Die südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern haben die niedrigsten Krankenstände (2,9 % bzw. 3,1 %), die östlichen Länder die höchsten (Sachsen und Thüringen 4,0%, Berlin 4,8 %). Die übrigen Länder sind nahe am DAK-Durchschnitt.</p>	<p>Krankenstands- unterschiede zwischen den Bundesländern</p>
<p>Im Zeitraum von 1997 bis 2001 haben die Krankheitstage wegen psychischer Erkrankungen von 67 auf 101 Tage zugenommen, entsprechend einer Steigerung um 51 %. Ein besonders starkes Wachstum ist bei den jüngeren Mitgliedern zu verzeichnen. Vor allem die depressiven Störungen verursachen zunehmend mehr Fehltag. Ferner gibt es markante Unterschiede zwischen den Wirtschaftsgruppen und den Bundesländern.</p>	<p>Sonderanalyse: Psychische Er- krankungen</p>

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

- Kapitel 1:
Datenbasis des
DAK-Gesund-
heitsreports**
- Das erste Kapitel zeigt Ihnen, auf welcher Datengrundlage dieser Gesundheitsreport beruht: Die erwerbstätigen Mitglieder der DAK und ihre Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.
- Kapitel 2:
Arbeitsunfähig-
keiten im Über-
blick**
- Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2000 und 2001 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wieviele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.
- Kapitel 3:
AU nach Wochen-
tagen**
- In Kapitel 3 wird analysiert, mit welcher Häufigkeit Arbeitsunfähigkeiten an den einzelnen Wochentagen beginnen. Es geht also um die Frage, ob es das Phänomen des „blauen Montags“ wirklich gibt.
- Kapitel 4:
Arbeitsunfähig-
keiten nach
Krankheitsarten;
Bedeutung von
Arbeitsunfällen**
- Im vierten 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.
- Die Kapitel 5 und 6 bieten Auswertungen nach der Zugehörigkeit der DAK-Versicherten zu den Wirtschaftsgruppen bzw. nach Bundesländern:
- Kapitel 5:
AU nach Wirt-
schaftsgruppen**
- Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Der Auswertung wird die Zuordnung der Betriebe zum aktuellen Wirtschaftsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes von 1993 zugrunde gelegt.
- Kapitel 6:
Regionale Analy-
sen**
- In Kapitel 6 finden Sie schließlich eine Untersuchung regionaler Unterschiede im AU-Geschehen auf der Ebene der 16 Bundesländer.
- Kapitel 7:
Schwerpunkt-
thema**
- Kapitel 7 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: Psychische Erkrankungen.
- Kapitel 8:
Schluss-
folgerungen**
- Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2002 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK sowie einem Ausblick.

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2000 nach Berufsgruppen beigelegt. Die Krankenstandswerte werden mit den Daten für das Jahr 1999 verglichen.

**Anhang I:
Arbeitsunfähigkeiten nach
Berufsgruppen für
das Jahr 2000.**

Weitere Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu wiederholt auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen finden Sie im Anhang II auf Seite 91. Ferner wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt, wie beispielsweise das Standardisierungsverfahren.

**Anhang II mit
Erläuterungen**

Ergänzende 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 95.

**Anhang III:
Tabellen**

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.

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 2001 wendet dabei - ebenso wie die anderen Ersatzkassen - das Verfahren der direkten Standardisierung auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik an. Andere Krankenkassen (AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

**Die Gesundheits-
berichte der
Ersatzkassen
beruhen auf
einem gemein-
samen Standard**

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2001

Datenbasis des DAK-Gesundheitsreports 2002

In die vorliegende Auswertung werden alle Personen einbezogen, die im Jahr 2001 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 (ohne Komplikationen) und Kuren bleiben davon ausgenommen.

Untererfassung der sehr kurzen Arbeitsunfähigkeitszeiten

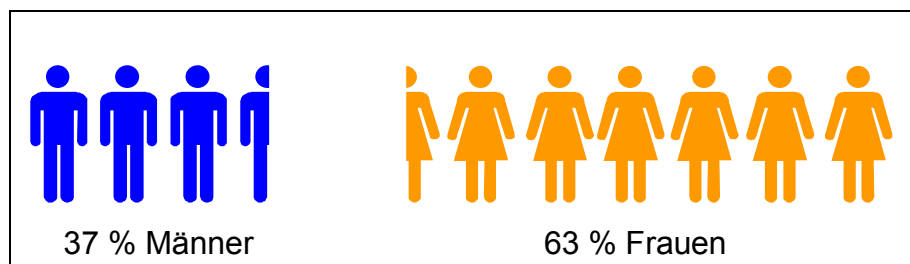
Zu beachten ist, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK gemeldet werden. So werden Kurzeiterkrankungen durch die Krankenkassen nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Der Anteil der Kurzeiterkrankten liegt also höher, als dies in den Krankenkassendaten zum Ausdruck kommt. Weitergehende Analysen zeigen jedoch, dass diese Untererfassung der sehr kurzen Fehlzeiten keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Krankenstandes hat (vgl. Ausführungen S. 18).

Versichertenstruktur weitgehend unverändert

Die Versichertenstruktur ist gegenüber dem Vorjahr weitgehend konstant geblieben: Die 3,1 Mio. ganzjährig versicherten DAK-Mitglieder sind zu 63 % Frauen (64% im Jahr 2000) und zu 37 % Männer (2000: 36%). Der Anteil der Männer hat also geringfügig zugenommen.

Abb. 1: DAK-Mitglieder im Jahr 2001 nach Geschlecht

Abbildung 1



DAK 2002

Versichertenstruktur historisch gewachsen

Die DAK versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. in Gesundheitswesen, Handel, 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.

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

Abbildung 2

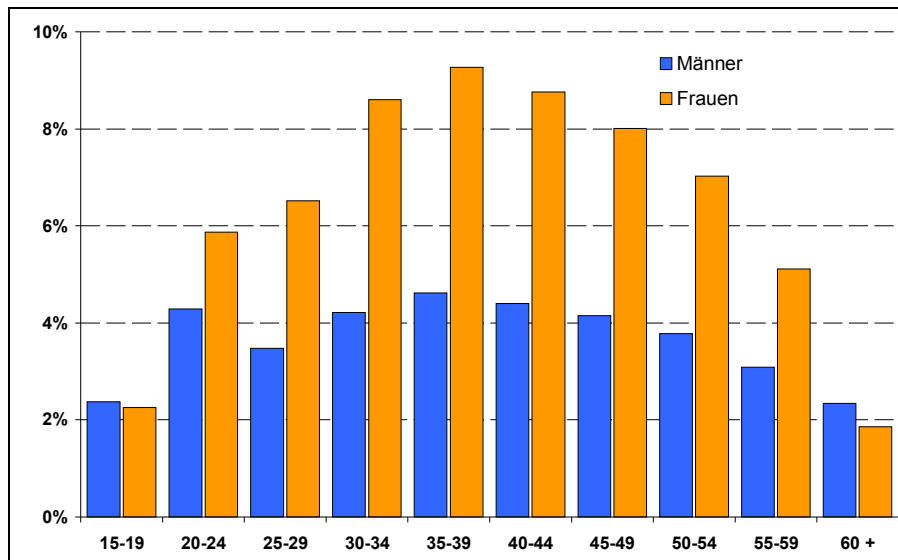


Abb. 2
Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2001

DAK 2002

In beinahe allen Altersgruppen überwiegt der Anteil der Frauen. Lediglich bei den ganz jungen Mitgliedern (15-19 Jahre) und den über 60-Jährigen ist die Zahl der männlichen Mitglieder etwas höher. Frauen sind in dieser Altersgruppe auch aufgrund des früheren Renteneintrittsalters seltener berufstätig.

Vergleicht man die Alters- und Geschlechtsstruktur 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. In den Altersklassen der 25- bis 34-Jährigen sowie der 50- bis 54-Jährigen liegt der Männeranteil in der deutschen Erwerbsbevölkerung im Vergleich zu den DAK-Mitgliedern mehr als doppelt so hoch.

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

An mehreren Stellen des Berichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherungsjahre“ verwendet. Hintergrund ist, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2001 bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf 100 volle Jahre berechnet.

Anteil der Männer in der deutschen Erwerbsbevölkerung deutlich höher

Viele Kennwerte werden "pro 100 Versichertenjahre" angegeben

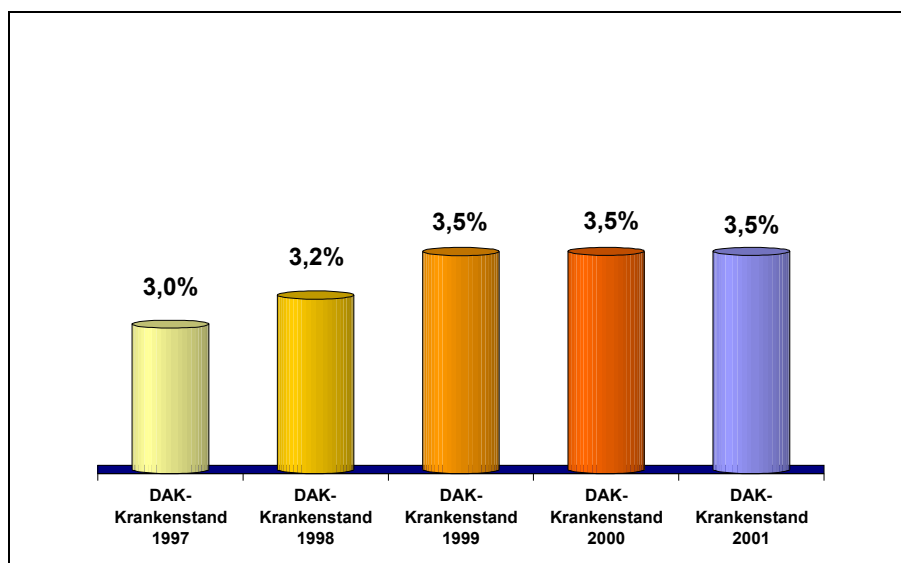
2 Arbeitsunfähigkeiten 2001 im Überblick

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, wieviel Prozent der DAK-Mitglieder an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Abb. 3
Krankenstand der DAK-Mitglieder 2001 im Vergleich 1997 - 2001

Abbildung 3



DAK 2002

Krankenstand 2001 entspricht dem Vorjahreswert: 3,5 %

Im Jahr 2001 betrug der Krankenstand 3,5 % und blieb damit gegenüber den Vorjahren 1999 und 2000 unverändert. Er hat sich damit auf einem gleichbleibenden Niveau stabilisiert. Zwischen 1997 und 1999 stieg der Krankenstand von 3,0 % auf 3,5 % stetig an.

Krankenstand auf stabilem Niveau

Leichter Krankenstandsanstieg von 1997 bis 1999

Während die DAK in den ersten Berichtsjahren noch über einen leichten Anstieg des Krankenstandes berichten musste, konnte für das Jahr 2000 erstmals ein gegenüber dem Vorjahr gleichbleibender Krankenstandswert beobachtet werden. Im DAK Gesundheitsreport 2001 wurde daher die Hoffnung geäußert, dass der Krankenstandsanstieg nachhaltig gestoppt werden könnte.

Betrachtet man den für das Berichtsjahr 2001 nun zum dritten Mal in Folge gleichbleibenden Krankenstandswert, so scheint sich diese Hoffnung bestätigt zu haben.

Bei der Diskussion der Krankenstandsentwicklung werden verschiedene erklärende Faktoren herangezogen:

- Wirtschaftswissenschaftler beobachten einen deutlichen Zusammenhang von Krankenstands- und wirtschaftlicher Entwicklung: 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. 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 krankendstandssenkenden Einfluss aus.
- Die zunehmende Verlagerung der Arbeitsplätze aus dem gewerblichen in den Dienstleistungssektor führt zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankheitsniveaus. Körperlich belastende Tätigkeiten wie schwere körperliche Arbeit werden zunehmend durch Bürotätigkeiten mit eher günstigen Arbeitsbedingungen ersetzt. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich. Das Versichertenklientel der DAK bestand aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkasse bis 1996 fast ausschließlich aus Beschäftigten in Angestelltenberufen. Entgegen der wachsenden gesamtwirtschaftlichen Bedeutung des Dienstleistungssektors, ist durch die Öffnung der Krankenkassen in den nächsten Jahren hinsichtlich der Versichertenstruktur der DAK eher mit einem tendenziell steigenden Anteil gewerblich beschäftigter Versicherter zu rechnen. Der Krankenstand müsste hierdurch eher ansteigen.
- Auch eine über mehrere Jahre bzw. Jahrzehnte veränderte Zusammensetzung der Arbeitnehmer hinsichtlich Alter und Geschlecht kann Auswirkungen auf die Höhe des Krankenstandes haben. In den Gesundheitsreports der DAK ist dieser Einfluss jedoch durch das Standardisierungsverfahren heraus gerechnet worden.

Einflussfaktoren für die Höhe des Krankenstandes

Zusammenhang von Krankenstands- und wirtschaftlicher Entwicklung

Verlagerung vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor

Veränderung der Zusammensetzung der Erwerbstätigen nach Alter und Geschlecht

¹ vgl. Kohler, Hans: "Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz" in: IAB Werkstattberichte Nr. 1/2002

Betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung tragen entscheidend zur Senkung des Krankenstandes bei

- Die Höhe des Krankenstandes wird auch auf der betrieblichen Ebene entscheidend mit beeinflusst: Viele Betriebe setzen sich mit unterschiedlichen Maßnahmen und Programmen für den Abbau arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten ein. Dies belegt u. a. auch die große Nachfrage nach betrieblichen Gesundheitsberichten, die die DAK für die Unternehmen erstellt.
- Zunehmend berücksichtigen Unternehmen bei Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung auch Fragen der Mitarbeitergesundheit und -motivation. So werden z. B. streng hierarchische Arbeitsstrukturen, wie sie vor einigen Jahren noch in vielen Unternehmen sowohl im industriellen als auch im Dienstleistungssektor dominierten, vermehrt durch projektorientierte Team- und Gruppenarbeit mit erhöhter Eigenverantwortung und höherem Handlungs- und Entscheidungsspielraum ersetzt. Autoritäre Mitarbeiterführung wird zunehmend durch eine verstärkte Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen abgelöst.

Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung

Positive Prognose für die kommenden Jahre

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. Eine Voraussage für die Entwicklung des Krankenstandes kann daher nur mit großem Vorbehalt abgegeben werden. Aufgrund der eher zurückhaltenden Wirtschaftsprognose für das Jahr 2002 hofft die DAK vor allem auch im Interesse der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter auf eine positive Entwicklung zu weiterhin stabilen bzw. wieder sinkenden Krankenständen.

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 2001 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".

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

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

- Die Höhe des Krankenstandes wird u.a. davon beeinflusst, wieviele Mitglieder überhaupt - wenigstens einmal - arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatten, wird als "Betroffenenquote" bezeichnet.
- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein. 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 (Stichwort "blauer Montag"). Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören - für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung. In Kapitel 3 wird dies näher erläutert.

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.

"Krankenstand in Prozent"

"Betroffenenquote"

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

"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"

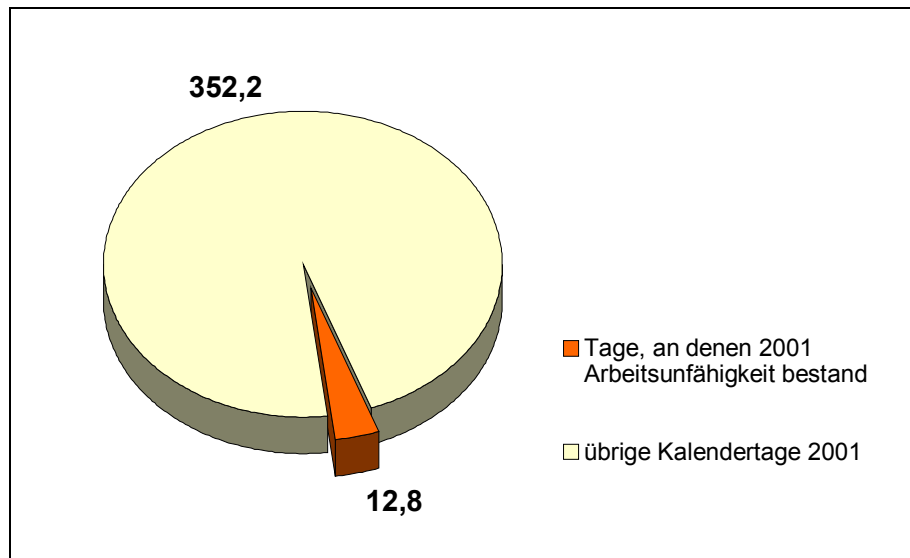
AU-Tage pro 100 Versichertenjahre

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2001 im Durchschnitt 1.278 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit registriert.

Der Krankenstand von 3,5 % in 2001 lässt sich aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnen: 2001 war ein durchschnittliches DAK-Mitglied 12,8 Tage arbeitsunfähig (2000: ebenfalls 12,8 Tage). Dies entspricht 3,5 % von 365 Kalendertagen (vgl. dazu auch Erläuterungen auf Seite 15).

Abb. 4
Arbeitsunfähigkeitstage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2001

Abbildung 4



DAK 2002

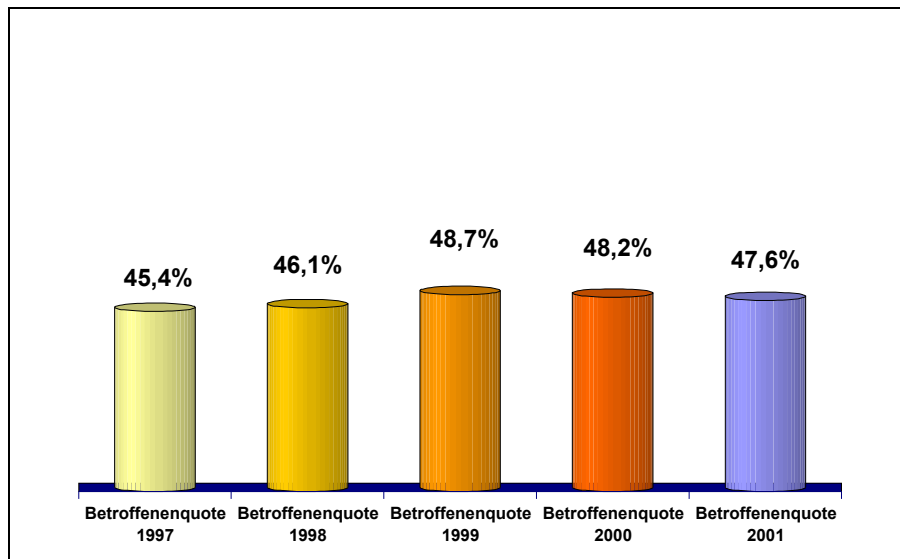
Betroffenenquote

Betroffenenquote
rund 48 %

Die Betroffenenquote hat sich 2001 gegenüber dem Vorjahr nur sehr geringfügig verändert. 47,6 % der DAK-Mitglieder waren 2001 mindestens einmal krankgeschrieben, im Vorjahr waren es mit 48,2 % geringfügig mehr.

Umgekehrt bedeutet dies, dass über die Hälfte der Beschäftigten das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig war.

Abbildung 5



DAK 2002

Abb. 5
Betroffenenquote
2001 im Vergleich
1997 - 2001.

Häufigkeit von AU-Fällen

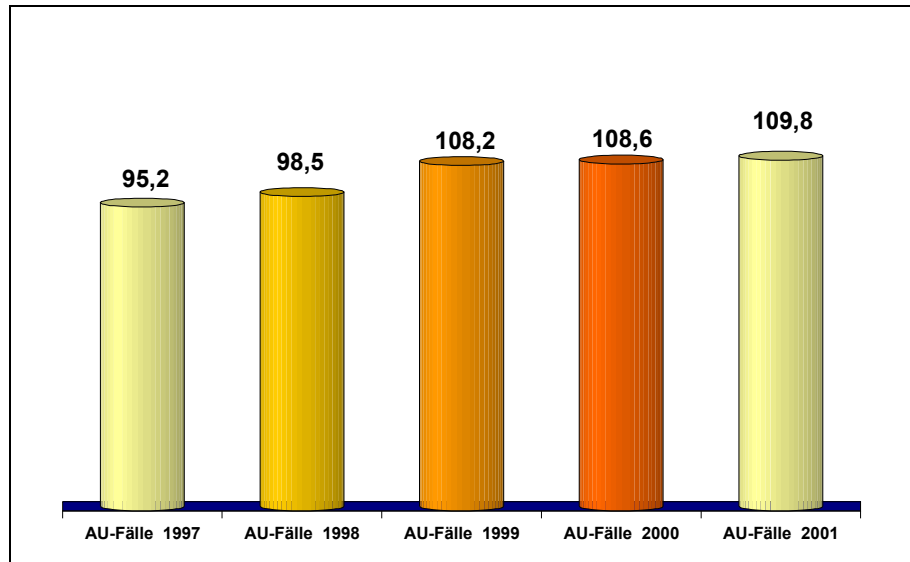
Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Erkrankungsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2001 gegenüber dem Vorjahr gleich geblieben. Die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich hingegen geringfügig verändert: Die Erkrankungshäufigkeit lag 2001 mit 109,8 AU-Fällen auf 100 Versicherungsjahre etwas höher als im Vorjahr (108,6 AU-Fälle).

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

**Auf 100 Versi-
chertenjahre ka-
men 109,8 AU-
Fälle.**

Abb. 6
AU-Fälle pro 100
Versicherten-
jahre 2001 im
Vergleich zu den
Vorjahren

Abbildung 6



DAK 2002

Wie aus Abbildung 6 ersichtlich, stieg die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 2001 kontinuierlich an. Der Anstieg war dabei fast 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 105,7 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 (104,6 AU-Fälle). Die Häufigkeit von länger dauernden Erkrankungen hat sich hingegen quasi nicht verändert (Vorjahr 4,0 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 die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen können.

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

Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung war: Berücksichtigt man auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden - entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde - so ergibt sich eine um etwa 15 % höhere Fallhäufigkeit.

Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2001 bedeutet das: Die "wahre" Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei etwa 126 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.

Untersuchung der DAK zur AU- "Dunkelziffer"

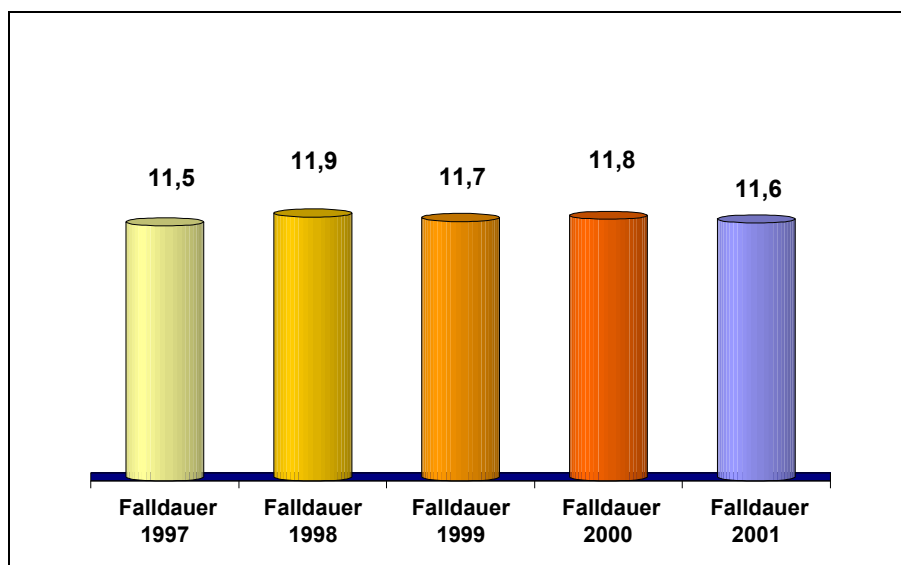
Die "wahre" Fallhäufigkeit liegt um etwa 15 % höher als der durch eine Krankenkasse ermittelbare Wert.

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.

Abb. 7
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) im Vergleich 1997 - 2001.

Abbildung 7



DAK 2002

Falldauer zeigt im Jahresvergleich nur geringfügige Schwankungen.

Ein Erkrankungsfall dauerte 2001 im Durchschnitt 11,6 Tage, im Vorjahr waren es noch 11,8 Tage.

Insgesamt ist die durchschnittliche Falldauer eine Kennziffer, die im Jahresvergleich relativ wenig schwankt. Der leichte Rückgang im Vergleich zum Vorjahr ist auf die Zunahme der kurzen AU-Fälle zurückzuführen.

Bedeutung der AU-Fälle 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 8 veranschaulicht diesen Zusammenhang:

- AU-Fälle von weniger als einer Woche Dauer machten 2001 63,1 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 34,1% und 4- bis 7-Tages-Fälle 29,0%).

- Andererseits waren AU- Fälle bis 7 Tage Dauer für nur 20,7 % der AU-Tage - und damit des Krankenstandes - verantwortlich. Die extrem kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer sogar nur für knapp 7 %.

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

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

Abbildung 8

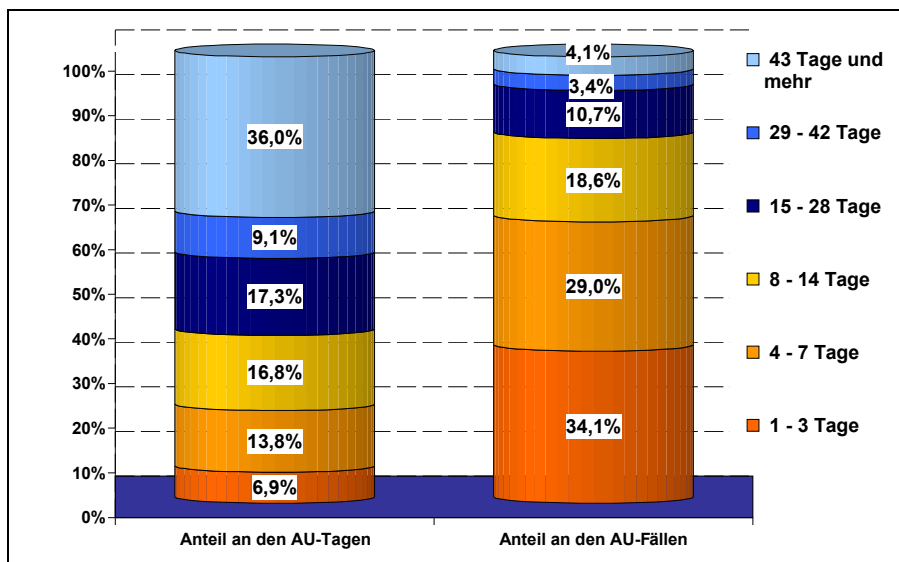


Abb. 8
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und den AU-Fällen 2001 insgesamt

DAK 2002

36 % der AU-Tage entfallen auf nur 4 % der Fälle - nämlich die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer.

Die seltenen Langzeitarbeitsunfähigkeiten machen 36 % des Krankenstandes aus.

Der gleichbleibend große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten weist auf die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen hin.

Insbesondere auf der betrieblichen Ebene spielen jedoch auch die kurzen und sehr kurzen Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. 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.

Häufige kurze Erkrankungen können betriebliche Abläufe empfindlich stören.

Zukünftig wachsende Bedeutung der Wiedereingliederung nach längerer Krankheit

In den letzten zehn bis 15 Jahren sind die Belegschaften in den meisten Unternehmen immer jünger geworden. Bei einer ernsten Krankheit sind ältere Beschäftigte zumeist in Frührente gegangen und die Möglichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz ist gar nicht erst in Betracht gezogen worden.

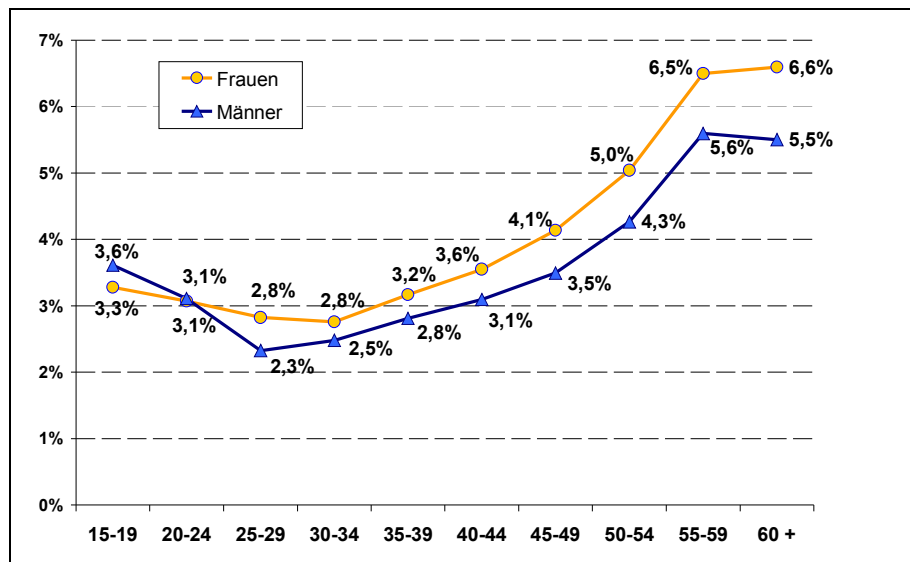
Die Thematik der Rehabilitation und Wiedereingliederung nach längerer Krankheit wird jedoch in absehbarer Zukunft ein größeres Thema auch für die Betriebe werden. Angesichts der alternden Bevölkerung in der Bundesrepublik ist in vielen Branchen mit einem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften zu rechnen. Es wird sich dann mehr und mehr die Frage stellen, wie man wieder längere Lebensarbeitszeiten ermöglichen kann. In diesem Rahmen wird die Gesundheitsförderung für ältere Beschäftigte und die Rehabilitation nach längeren Krankheiten einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Der Krankenstand zeigt einen typischen Altersgang, der – getrennt nach Geschlechtern – in Abbildung 9 für das Jahr 2001 dargestellt ist.

Abb. 9
Krankenstand 2001 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen.

Abbildung 9



DAK 2002

Höherer Krankenstand der Frauen

Betrachtet man zunächst die Kurven der beiden Geschlechter, so fällt auf: Im Jahr 2001 liegt der Krankenstand der Frauen in acht der zehn Altersgruppen über dem der Männer. Der Krankenstand der Frauen beträgt durchschnittlich 3,7 % und der der Männer 3,4 %.

Dieses Phänomen des höheren Krankenstandes der weiblichen DAK-Mitglieder ist im vergangenen Jahr 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 „oft“ oder „immer“ stark durch ihre Doppelrolle belastet.
- Trotzdem empfinden rund 90% der im Juli 2001 im Rahmen einer repräsentativen Telefonumfrage befragten berufstätigen Mütter ihre Berufstätigkeit eher als eine Bereicherung denn als eine Belastung.
- Für bestimmte Teilgruppen, insbesondere Alleinerziehende und Vollzeitberufstätige, 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.

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 Vollzeitberufstätige stärker belastet

Verbesserung der Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter

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

Anstieg des Krankenstandes mit zunehmendem Alter

Abbildung 9 zeigt darüber hinaus den bereits angesprochenen typischen Altersgang des Krankenstandes: In den Altersgruppen der 25- bis 29- bzw. der 30- bis 34-Jährigen ist der Krankenstand am niedrigsten. In den höheren Altersgruppen steigt er zunehmend steiler an: Der Unterschied zwischen den 50- bis 54- und den 55- bis 59-Jährigen ist am größten und beträgt zwischen 1,3 und 1,5 Prozentpunkte.

„Healthy worker“-Effekt

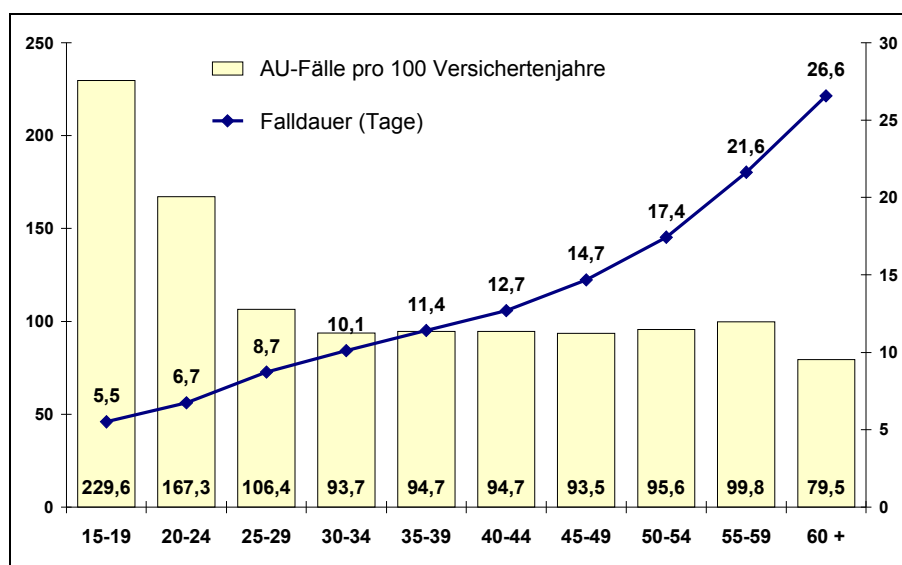
Zur höchsten Altersgruppe der 60-Jährigen und älteren wird der Anstieg wieder flacher, was durch den sogenannten „healthy worker“-Effekt zu erklären sein dürfte: Personen mit chronischen Krankheiten und häufigen Arbeitsunfähigkeiten sind in diesem Alter häufig schon nicht mehr erwerbstätig. Das Ausscheiden der kränkeren Personen führt dazu, dass die verbleibenden Beschäftigten in der obersten Altersgruppe – gemessen an der Gesamtbevölkerung dieses Altersbereichs - überdurchschnittlich gesund sind. Anders formuliert kann man auch sagen: In den höheren Altersgruppen wird die Tatsache der Noch-Berufstätigkeit zunehmend auch zu einem Indikator für gute Gesundheit.

Abweichung vom Trend in den beiden jüngsten Altersgruppen

Eine Abweichung vom Trend des steigenden Krankenstandes mit zunehmendem Alter zeigen ansonsten nur die beiden jüngsten Altersgruppen. Bei den unter 20-Jährigen war auch in bisher allen DAK-Gesundheitsreports das Geschlechtsverhältnis umgekehrt: Die Männer weisen hier einen höheren Krankenstand auf. Hinweise auf die Gründe für den höheren Krankenstand in den beiden jüngsten Altersgruppen ergeben sich aus Abbildung 10, wo die Fallhäufigkeiten (Säulen) und die Falldauern (Rauten) nach Alter differenziert dargestellt sind.

Abb. 10 Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2001.

Abbildung 10



Im Alter zwischen 30 und 59 Jahren bleibt die Fallhäufigkeit fast gleich. Der Krankenstandsanstieg in dieser Altersspanne ist ausschließlich auf das Wachstum der durchschnittlichen Falldauer – mit anderen Worten die Zunahme von schwereren Krankheiten – zurückzuführen. In der höchsten Altersgruppe nimmt die Fallhäufigkeit infolge des „healthy worker“-Effekts sogar nennenswert ab.

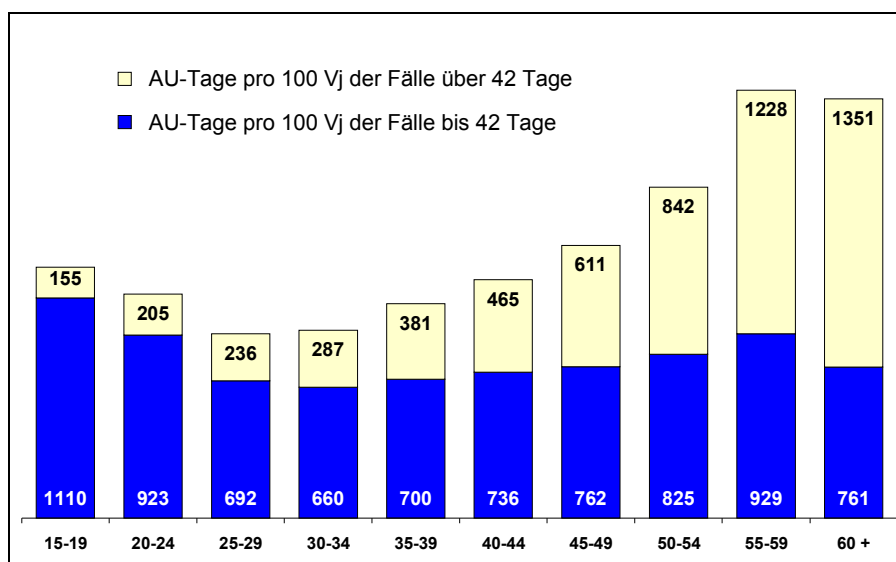
Die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit ist bei den unter 20-Jährigen mehr als doppelt so hoch wie in irgendeiner anderen Altersgruppe über 24 Jahren. Auch bei den 20- bis 24-Jährigen liegt sie noch um gut 50 % höher.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Fallhäufigkeit in den beiden unteren Altersgruppen deutlich angestiegen (2000: 15- bis 19-Jährige 221 Fälle, 20- bis 24-Jährige 161 Fälle). Die Erkrankungshäufigkeit bei den 60-Jährigen und älteren ist hingegen etwas zurückgegangen (2000: 60 Jahre und älter: 83 Fälle).

Ein wichtiger Grund für diese extreme Fallhäufigkeit 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.

In Abbildung 11 sind die AU-Tage in jeder Altersgruppe zerlegt in Tage aufgrund von AU-Fällen bis zu 6 Wochen Dauer bzw. ab 6 Wochen Dauer.

Abbildung 11



DAK 2002

Fallhäufigkeit ist in den mittleren Altersgruppen fast gleich.

**Abb. 11
AU-Tage pro 100
Versichertenjahre
der Fälle bis 42
Tage und über 42
Tage Dauer nach
Altersgruppen.**

Langzeitfälle nehmen mit dem Alter zu

Der Vergleich der Säulenabschnitte zeigt in eindrucksvoller Weise, wie die Langzeitfälle mit zunehmendem Alter mehr und mehr an Bedeutung gewinnen und in den Altersgruppen der über 50-Jährigen schließlich den Krankenstand dominieren:

In den beiden höchsten Altersklassen entfallen 57 % bzw. 64 % des Krankenstandes auf die Langfälle. In den beiden untersten Altersgruppen sind es 12 % bzw. 18 %. Der Altersgang des Krankenstandes ist also ganz überwiegend auf die Zunahme von schweren Erkrankungen zurückzuführen, die Arbeitsunfähigkeiten von langer Dauer verursachen.

Weniger Langzeiterkrankungen in der höchsten Altersklasse gegenüber dem Vorjahr

Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich jedoch in der höchsten Altersklasse eine sinkende Bedeutung der Langzeiterkrankungen beobachten: Während im Jahr 2000 noch 1531 Erkrankungstage je 100 Versichertenjahre durch Erkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer verursacht wurden, waren es 2001 nur noch 1351 Tage.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Wochentagen

In der Diskussion um die Höhe des betrieblichen Krankenstandes wird häufig das Phänomen des sogenannten "blauen Montags" angeführt. Dem liegt die Wahrnehmung vieler Betriebe zu Grunde, dass der Krankenstand an Montagen überdurchschnittlich hoch sei.

Auf den ersten Blick scheint sich dies zu bestätigen: Wie Abbildung 12 zeigt, ist die Anzahl der Krankschreibungen am Wochenanfang mit fast einem Drittel bedeutend hoch.

Abbildung 12

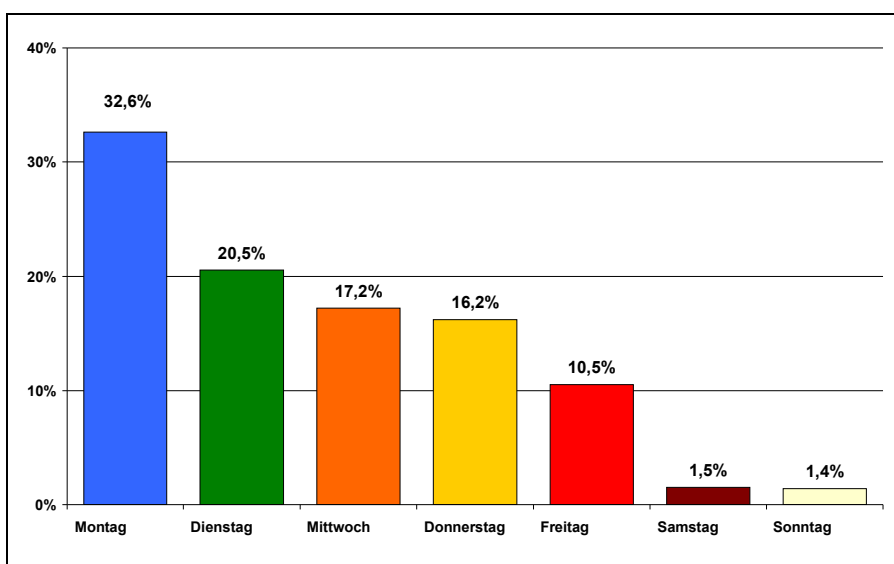


Abb. 12
Häufigkeit des
Beginns von AU-
Fällen nach
Wochentagen

DAK 2002

Bei der Bewertung dieser Verteilung müssen allerdings zwei Dinge berücksichtigt werden:

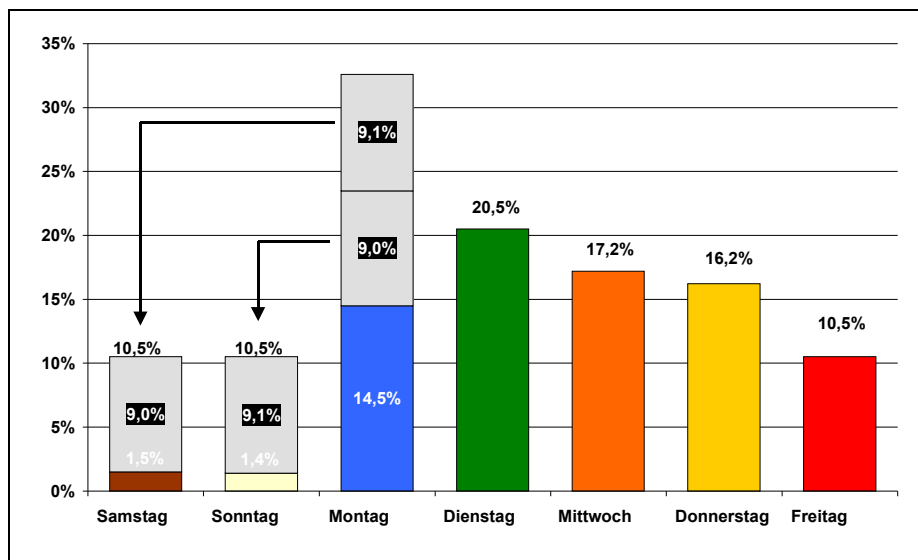
1. Der Arzt wird am Wochenende meist nur im „Notfall“ aufgesucht. Im Falle einer an einem Wochenende beginnenden Erkrankung wird in der Regel erst am Montag eine AU-Bescheinigung ausgestellt.
2. Mit zunehmender Nähe zum arbeitsfreien Wochenende wird im Erkrankungsfall häufig noch „durchgehalten“. Bei einer Erkrankung zu Beginn der Woche sind Beschäftigte hingegen kaum in der Lage, eine volle Arbeitswoche zu bewältigen und lassen sich daher vermutlich eher krank schreiben.

In Abbildung 13 wurde diese Häufigkeitsverteilung daher um den "Wochenendeffekt" bereinigt.

Unterstellt wird, dass die Wahrscheinlichkeit an einem Wochenende zu erkranken mindestens so hoch ist, wie an dem Wochentag mit den geringsten Krankschreibungen (in diesem Fall der Freitag). Der "Überhang" vom Wochenende wird also vom Montag wieder zurück auf die beiden Wochenendtage verteilt (vgl. Abbildung 13).

Abb. 13
Häufigkeit des
Beginns von AU-
Fällen nach
Wochentagen

Abbildung 13



DAK 2002

Die Grafik zeigt, dass selbst bei einer sehr vorsichtigen Schätzung der Häufigkeit von AU-Beginnen an Wochenenden der Anteil der an einem Montag beginnenden Arbeitsunfähigkeiten mit 14,5 % noch unter den Vergleichswerten von Dienstag und Mittwoch mit 20,5 % und 17,2 % liegt. Die Analyse der vorhandenen AU-Daten kann somit das Phänomen des "blauen Montags" nicht bestätigen.

4 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Das vierte Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder zugrunde liegen. Als Krankheitsarten bezeichnet man die großen Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden. Ausgangspunkt sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt 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 2001 sind somit uneingeschränkt mit den Daten für das Jahr 2000 vergleichbar.

Bei Betrachtung länger zurückliegender Zeitreihen sind jedoch Verzerrungen durch die Umstellung des Schlüssel-systems 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 wohl-gemerkt nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten. Die übrigen Krankenstandsvergleiche 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. 93/94.

Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder sind in Abbildung 14 dargestellt. Abbildung 15 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

**Auswertung der
medizinischen
Diagnosen**

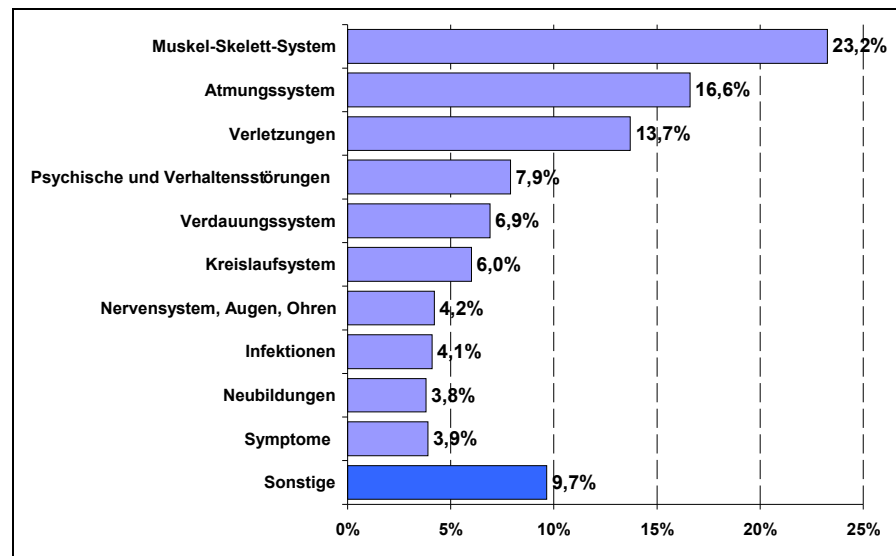
**Uneingeschränk-
ter Vergleich mit
Daten des Vorjah-
res möglich**

**Umstellung des
ICD 9 auf ICD 10
kann zu Verzer-
rungen bei Be-
trachtung länge-
rer Zeitreihen
führen**

**Problem nur bei
Auswertung nach
Krankheitsarten**

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

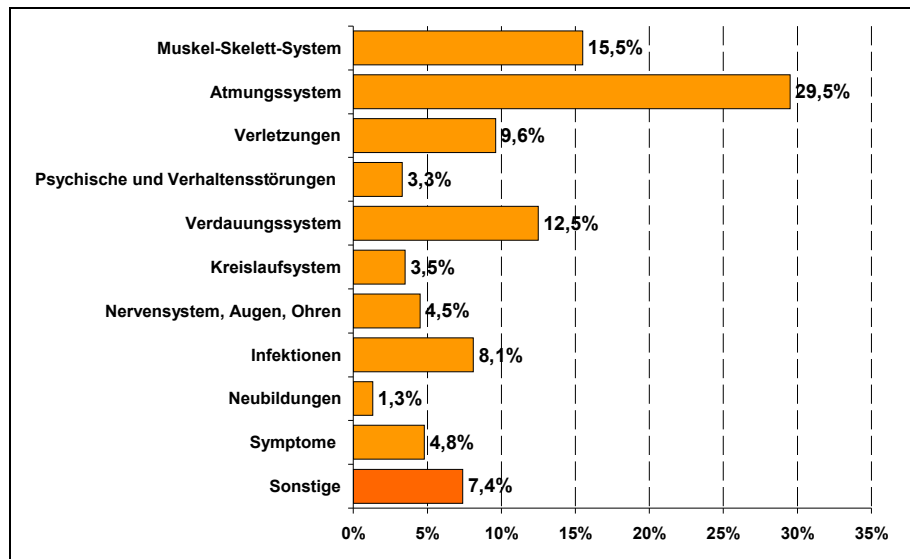
Abbildung 14



DAK 2002

Abb. 15
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen.

Abbildung 15



DAK 2002

Muskel-Skelett-System, Atmungssystem und Verletzungen auch 2001 an der Spitze

Auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen entfällt wie im Vorjahr mehr als die Hälfte (53,5 %) aller Krankheitstage.

Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten 2001 297 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 2001 wiederum leicht zugenommen: In 2000 wurden nur 289 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre registriert. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit liegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 17 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle.

**Erneut leichte
Zunahme der
Muskel-Skelett-
Erkrankungen**

Die Krankheiten des Atmungssystems weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: Etwa 30 % aller Krankheitsfälle entfielen auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte brachten es im Durchschnitt auf 32,4 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 27,9 Tagen beispielsweise erheblich länger.

Die Krankheiten des Atmungssystems haben im Vergleich zu 2000 leicht abgenommen – und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 33,6 auf 32,4 pro 100 Vj.) als auch was die AU-Tage betrifft (von 230 auf 212 pro 100 Vj.).

**Leichter Rück-
gang der At-
mungssystem-
Erkrankungen**

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen. Mit 175 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre hat bei dieser Krankheitsart keine nennenswerte Veränderung gegenüber dem Vorjahr (176 AU-Tage) stattgefunden.

**Verletzungen
unverändert**

Unter den übrigen Krankheitsarten haben insbesondere psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie des Kreislaufsystems einen höheren Anteil am Krankenstand.

Auf die Erkrankungen des Verdauungssystems entfiel mit 88 AU-Tage pro 100 Vj. ein Anteil von 6,9 % am Krankenstand. Der einzelne Fall ist hier im Durchschnitt nur 6,4 Tage lang, dafür treten 13,7 Fälle pro 100 Versichertenjahre auf.

Die Krankheiten des Kreislaufsystems zeichnen sich dagegen durch eine lange durchschnittliche Falldauer von 19,9 Tagen bei geringer Fallhäufigkeit von nur 3,8 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre aus. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 76,5 Tagen pro 100 Versichertenjahre. Beide zuletzt genannten Krankheitsarten haben im Vergleich zum Vorjahr leicht abgenommen.

Psychische und Verhaltensstörungen haben erneut zugenommen

Psychische und Verhaltensstörungen haben dagegen wiederum deutlich zugenommen. Während Erkrankungen mit dieser Diagnose im Jahr 1999 noch an sechster Stelle hinter den Erkrankungen des Kreislaufs und der Verdauungsorgane standen, lagen sie im Jahr 2000 bereits an vierter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

Im Jahr 2001 verursachten sie auf 100 Vj. 101 AU-Tage und damit 7,9 % des Krankenstandes. Im Vorjahr waren es noch 95 AU-Tage bzw. 7,5 % des Krankenstandes. Die Zunahme ist auf eine leicht gestiegene Fallhäufigkeit (3,6 Erkrankungsfälle gegenüber 3,4 im Vorjahr) zurückzuführen. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist hingegen von 28,2 Tagen auf 27,9 Tage geringfügig gesunken.

Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen wird seit einigen Jahren in der Fachwelt beobachtet und diskutiert. Der vorliegende DAK-Gesundheitsreport widmet sich diesem Thema daher mit einer Sonderanalyse (vgl. Kapitel 7).

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 Krankheitsspektrums. 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 16

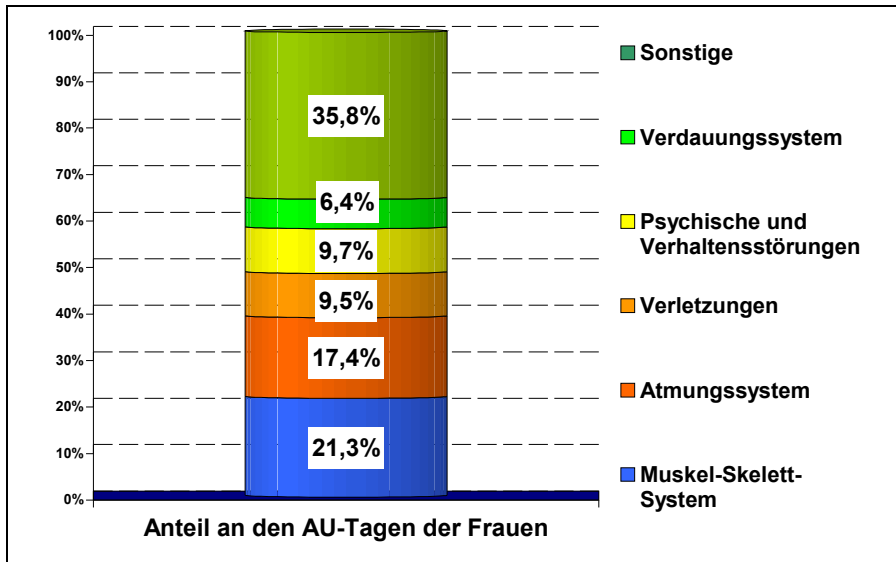


Abb. 16
Anteile der fünf bei den Frauen wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.

DAK 2002

Abbildung 17

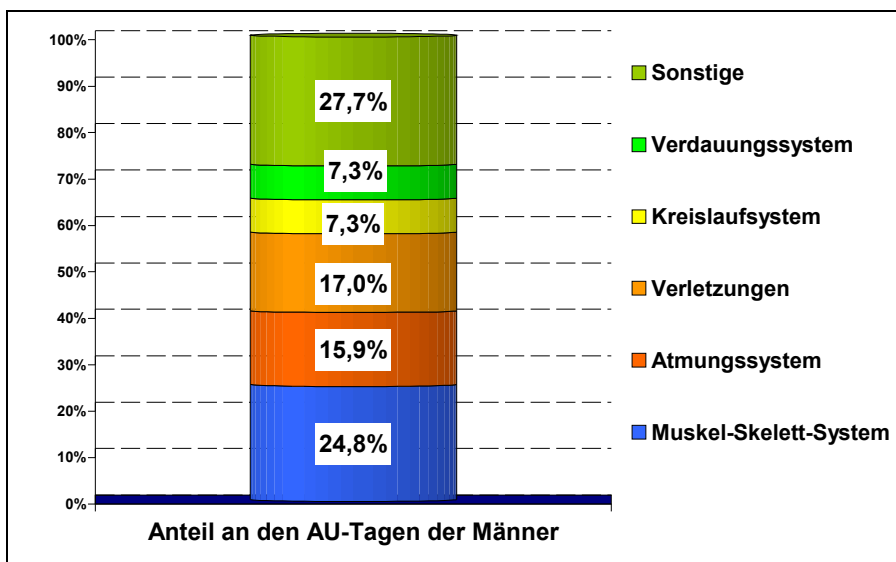


Abb. 17
Anteile der fünf bei den Männern wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.

DAK 2002

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 17,0% einen im Vergleich zu den Frauen (9,5%) fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand.

Den vierten Rang nehmen in der Reihenfolge der Krankheitsarten bei den Frauen die psychischen und Verhaltensstörungen 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 ist im Gesundheitsreport 2001 gesondert untersucht worden. Das Ergebnis: Depressive Episoden, unspezifische neurotische Störungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie somatoforme Störungen werden bei Frauen um 70 % bis 90 % häufiger als Begründung für Arbeitsunfähigkeit registriert als bei Männern.

Risiko für Herzkrankheiten bei Männern erhöht

Als "männertypische" Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen gelten hingegen neben Verletzungen und Muskel-Skeletterkrankungen 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. Die Muskelerkrankungen nahmen bei beiden Geschlechtern leicht zu. Hinsichtlich der Bedeutung von Verletzungen hat es gegenüber dem Vorjahr keine nennenswerten Veränderungen gegeben.

Psychische und Verhaltensstörungen haben beim weiblichen Geschlecht gegenüber dem Vorjahr ebenfalls zugenommen. Die Häufigkeit der Kreislauferkrankungen bei den Männern ist so gut wie gleich geblieben.

Ferner wird aus den Abbildung 16 und Abbildung 17 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (35,8 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (27,7 %). Dies ist besonders auf den bei den Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,0 % im Vergleich zu 2,9%) sowie Erkrankungen des Urogenitalsystems (4,2 % im Vergleich zu 1,3 %) zurückzuführen.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 18 zeigt die Bedeutung der sechs wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 19 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 18

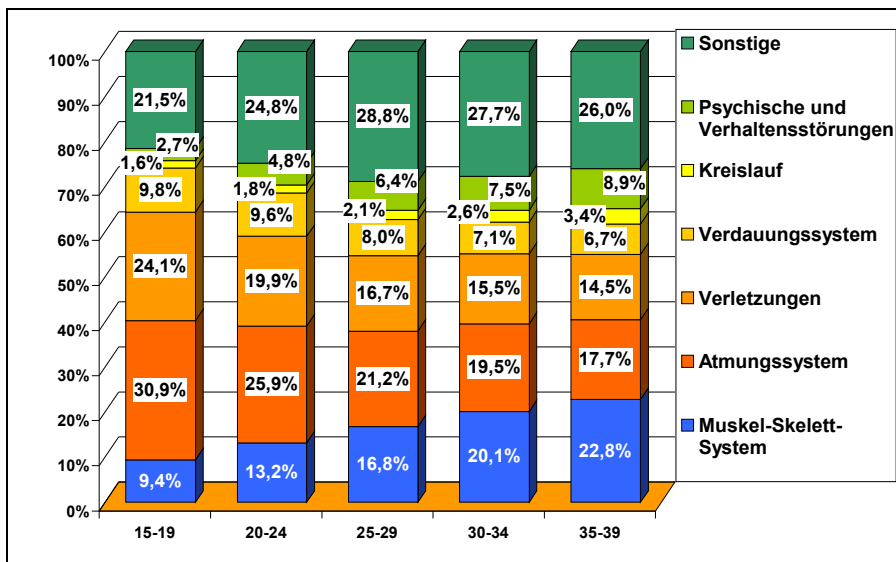


Abb. 18
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen.

DAK 2002

Abbildung 19

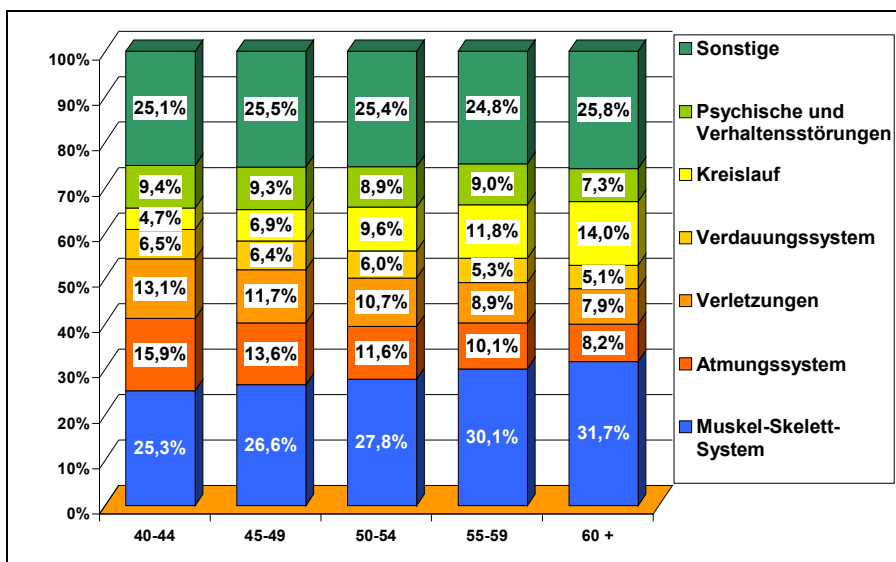


Abb. 19
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen.

DAK 2002

Auf die Krankheitsarten Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern mehr als die Hälfte (55%) aller Krankheitstage. In den obersten Altersgruppen schrumpft der Anteil dieser beiden Krankheitsarten auf nur noch etwa 16 % zusammen.

Im Altersverlauf abnehmende Bedeutung der Verletzungen und der Krankheiten der Atmungsorgane.

Im Altersverlauf zunehmende Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie der Erkrankungen des Kreislaufsystems

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.

Mit zunehmendem Alter steigt die Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen kontinuierlich von 9,4% bei den 15- bis 19-Jährigen auf 31,7% bei den über 60-Jährigen an. Hier sind verstärkt langwierigere chronisch-degenerative Erkrankungen zu verzeichnen.

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 bei einem 15- bis 19-Jährigen rund 4 Tage, so sind es bei einem über 60-Jährigen mit 40 Tagen zehn mal so viel.

Die psychischen und Verhaltensstörungen steigen bis zur Altersspanne der 40- bis 44-Jährigen von 2,7% kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 9,4% an, um dann mit zunehmendem Alter wieder auf 7,3 % abzusinken. 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.

Kreislaufferkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie Verletzungen haben abgenommen.

Im Vergleich zum Jahr 2000 ist in den meisten Altersgruppen ein Rückgang des Anteils von Erkrankungen des Kreislauf- sowie des Verdauungssystems am Krankenstand zu verzeichnen.

In den unteren Altersgruppen bis 49 Jahren hat auch der Anteil der Verletzungen gegenüber dem Vorjahr geringfügig abgenommen.

Starke Abnahme der Atemwegserkrankungen.

Eine starke Abnahme konnte darüber hinaus bei den Erkrankungen des Atmungssystems beobachtet werden. Einzige Ausnahme bildet die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen.

Zunahme von psychischen Krankheiten gegenüber dem Vorjahr.

Ein steigender Anteil am Krankenstand war dagegen bei den psychischen Erkrankungen festzustellen: Im Vergleich zum Vorjahr war in allen einzelnen Altersgruppen mit Ausnahme der über 60-Jährigen eine zum Teil deutliche Zunahme zu beobachten.

Auch Muskel-Skeletterkrankungen haben in den Altersklassen ab 25 Jahren einen im Vergleich zum Vorjahr höheren Anteil am Krankenstand.

Zunahme der Muskel-Skelett-Erkrankungen.

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	8,0%	6,6%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	3,7%	7,7%
F32	Depressive Episode	2,9%	1,0%
J20	Akute Bronchitis	2,7%	4,7%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,3%	1,8%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,0%	0,6%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,7%	1,3%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,5%	2,6%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,4%	0,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,3%	0,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,3%	3,3%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,3%	3,4%
J01	Akute Sinusitis	1,2%	2,4%
J03	Akute Tonsillitis	1,1%	2,3%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,1%	2,2%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,1%	0,7%
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,1%	0,1%
M75	Schulterläsionen	1,0%	0,6%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0%	0,9%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,0%	0,7%
	Summe	38,7%	44,4%

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 Zwölffingerdarmkrankungen). Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung sind der Krankheitsart "Infektionen" zugeordnet.

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.

2001 wurden je 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder rund 59 AU-Tage und 3,3 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtcrankenstand betrug damit 4,7 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier etwa ein Drittel (34 %).

Abbildung 20

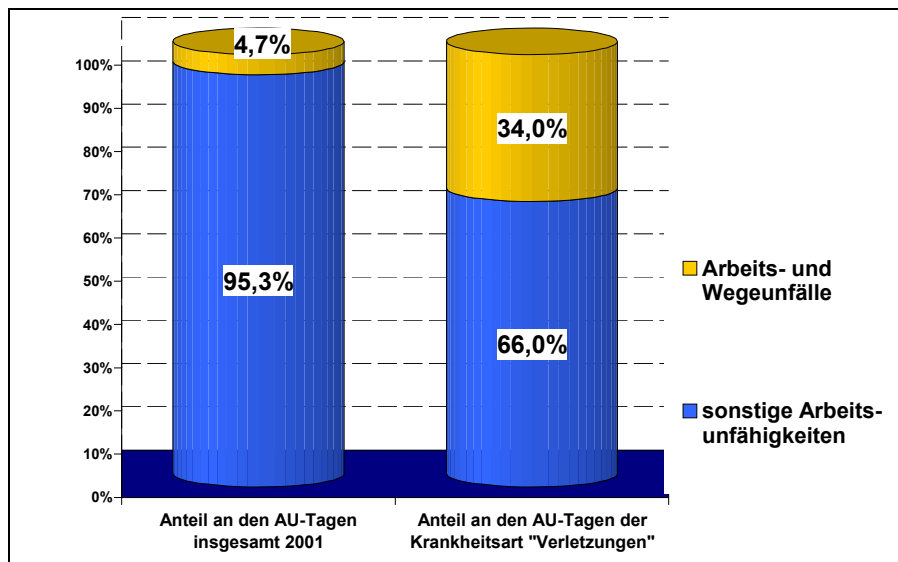


Abb. 20
Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt bzw. an der Krankheitsart "Verletzungen".

DAK 2002

Die Arbeits- und Wegeunfälle im Jahr 2001 zeigen so gut wie keine Veränderungen gegenüber den Vorjahreswerten.

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Wirtschaftsgruppen 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.

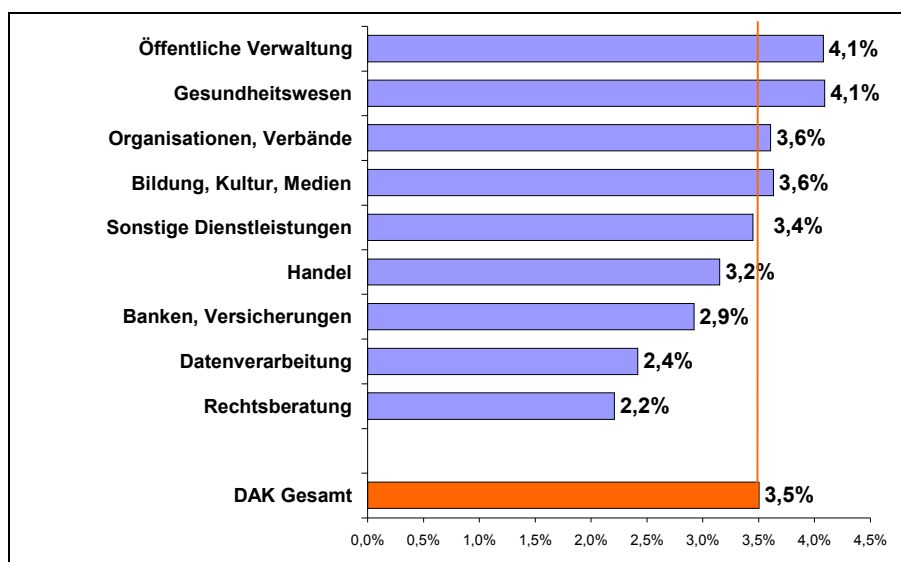
Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um die für die DAK besonders charakteristischen Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können. Die Zuordnung 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 21 dargestellten Branchen "Öffentliche Verwaltung", "Gesundheitswesen", "Organisationen und Verbände", "Sonstige Dienstleistungen", "Bildung, Kultur, Medien", "Handel", "Banken, Versicherungen", "Datenverarbeitung" sowie "Rechts- und Wirtschaftsberatung/Wirtschaftsprüfung".

Abbildung 21

Abb. 21 Krankenstandswerte 2001 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.



DAK 2002

Abbildung 22 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Die Branchen "Öffentliche Verwaltung" und "Gesundheitswesen" (beide 4,1 %) 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.

Die Gruppen unterscheiden sich sehr stark in der Fallhäufigkeit: In der „Öffentlichen Verwaltung“ wurden etwa 128,3 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre beobachtet, im Gesundheitswesen waren es 115,1 Erkrankungsfälle, in der „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ dagegen nur 79,9. Darüber hinaus trägt jedoch auch eine längere Falldauer (11,6 bzw. 13,0 gegenüber 10,1 Tagen) zu dem erheblichen höheren Krankenstand in den Verwaltungen bzw. dem Gesundheitswesen bei.

In verschiedenen Studien wird der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand der Verwaltungen mit dem weit höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet³.

Die hohen Ausfallzeiten im Gesundheitswesen sind zu einem großen Teil auf belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen: Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im vergangenen Jahr von der DAK und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) umfassend analysiert worden⁴. 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.

Die Branchen „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ sowie "Bildung, Kultur, Medien" nehmen mit Krankenständen von jeweils 3,6 % den dritten und vierten Rangplatz unter den neun für die DAK wichtigsten Branchen ein. Bei den Organisationen und Verbänden ist eine mit 133,8 Erkrankungsfällen hohe Fallhäufigkeit bei einer vergleichsweise geringen Erkrankungsdauer (9,8 Tage) zu beobachten.

In der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ liegt die Anzahl der AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre mit 137,4 im Vergleich zu allen anderen Arbeitsbereichen am höchsten; durch die vergleichsweise geringe Falldauer von 9,6 Tagen ergibt sich jedoch ein nur geringfügig erhöhter Krankenstand von 3,6%.

Öffentliche Verwaltung“ bzw. "Gesundheitswesen" ...

... und „Rechts-/Wirtschaftsberatung/ Wirtschaftsprüfung“ bilden die Pole

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

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

Höchste Fallhäufigkeit bei „Bildung, Kultur, Medien“

³ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2002

⁴ DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege

Während der Krankenstand bei den Organisation und Verbänden gegenüber dem Vorjahr unverändert blieb, stieg der Krankenstand im Bereich "Bildung, Kultur, Medien" geringfügig an (Vorjahr 3,5 %). Auch bei den übrigen Wirtschaftszweigen gibt es gegenüber dem Vorjahr geringfügige Veränderungen:

Leicht angestiegener Krankenstand

Leicht angestiegen ist der Krankenstand ebenfalls im „Handel“ (von 3,1% auf 3,2%). Die überwiegende Zahl der neun für die DAK wichtigsten Branchen hatte jedoch sinkende Krankenstände zu verzeichnen:

Geringfügig gesunkene Krankenstände

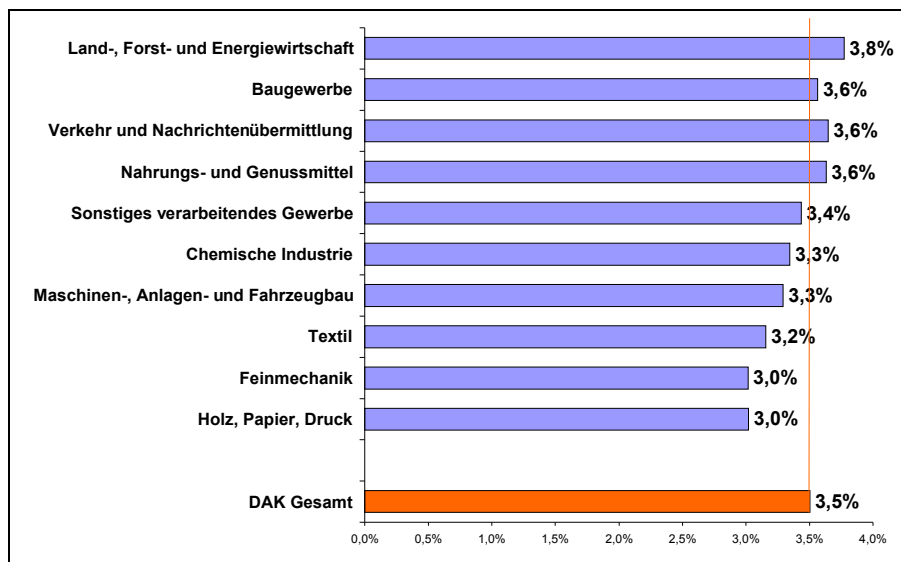
Sowohl in der „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ als auch in der „öffentlichen Verwaltung“ war ein geringfügiger Rückgang des Krankenstandes zu beobachten (Öffentliche Verwaltung von 4,3% auf 4,1%, Rechts- und Wirtschaftsberatung von 2,3% auf 2,2%). Einen leicht niedrigeren Krankenstand im Vergleich zum Vorjahr haben auch „Banken, Versicherungen“ (von 3,0% auf 2,9%) sowie die „Datenverarbeitung“ (von 2,5% auf 2,4%).

DAK-VBG Gesundheitsreport 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. 22 Krankenstandswerte 2001 in den zehn übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 22



DAK 2002

Abbildung 22 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 den beiden folgenden Abbildung 23 und 24 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der beiden Jahre 2000 und 2001 nochmals vergleichend gegenüber gestellt.

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

Abbildung 23

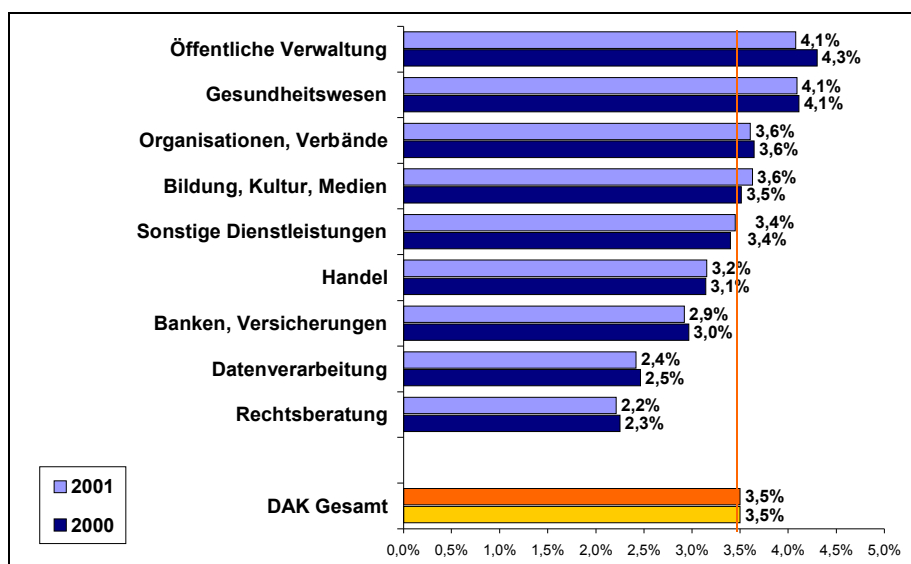


Abb. 23
Entwicklung der Krankenstandswerte 2000-2001 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.

DAK 2002

Abbildung 24

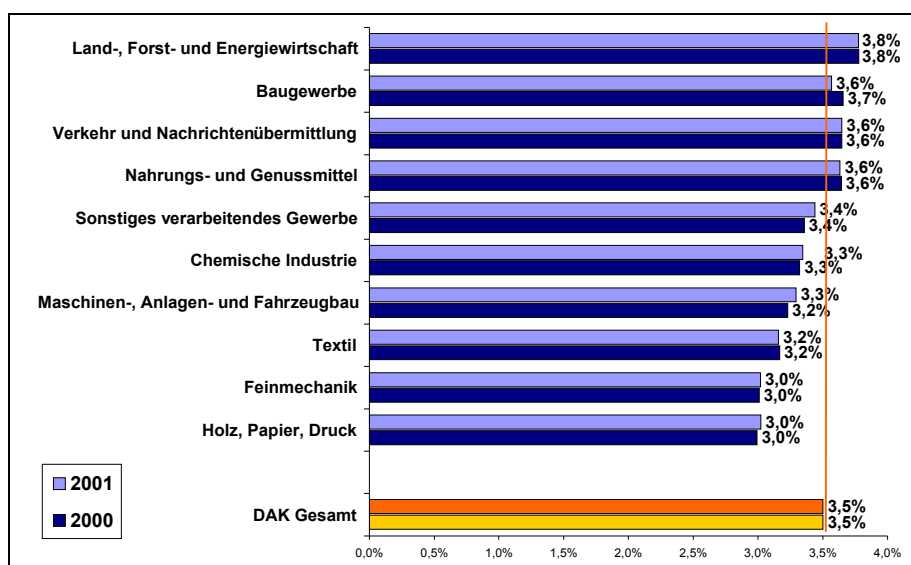


Abb. 24
Entwicklung der Krankenstandswerte 2000-2001 in den zehn übrigen Wirtschaftsgruppen.

DAK 2002

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 2001.

Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2001

Bundesland	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
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
Westliche 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
Östliche Bundesländer	4,1%	1.509,9	134,0	11,3
DAK gesamt	3,5%	1.278,1	109,8	11,6

*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 2001 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar. Abbildung 25 zeigt, welche Bundesländer um mehr als 0,3 Prozentpunkte über/unter bzw. am DAK-Gesamtdurchschnitt lagen.

Abbildung 25

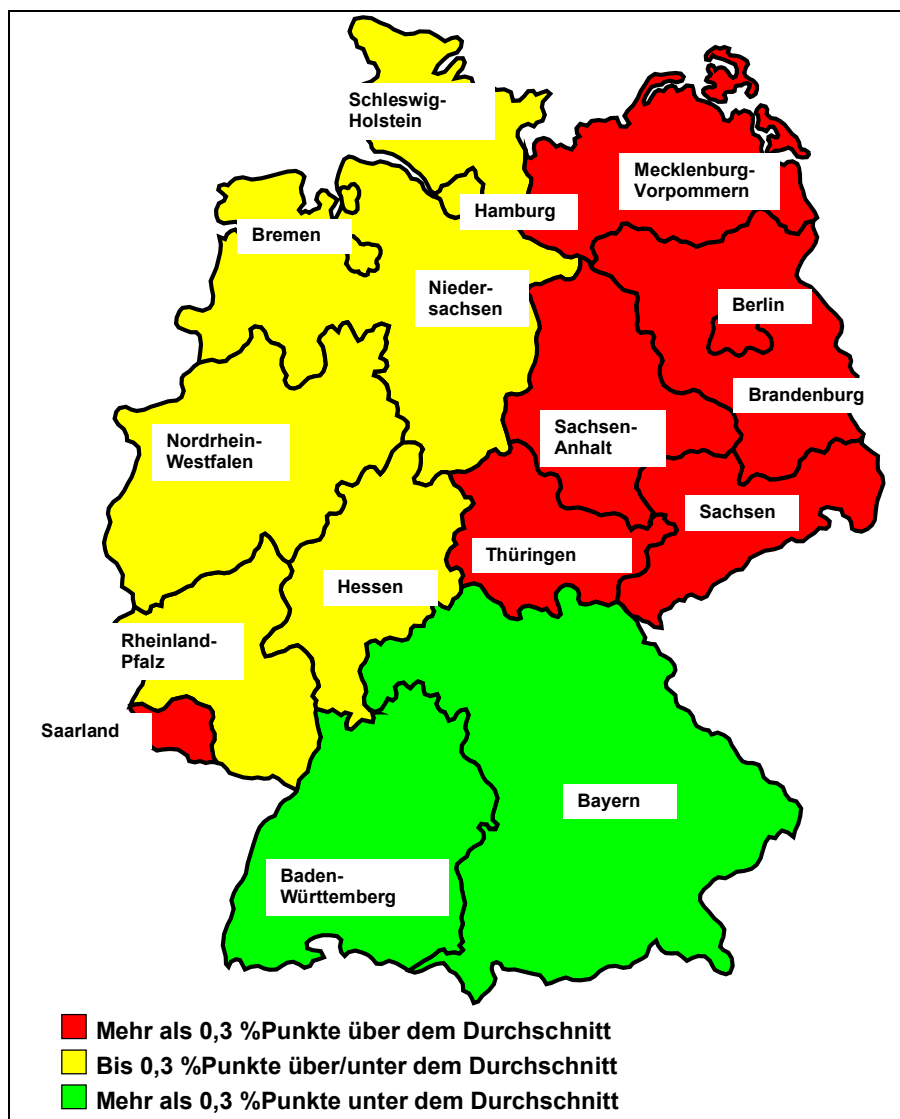


Abb. 25
Bundesländer mit Krankenständen am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot).

DAK 2002

Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern verzeichnen besonders günstige Werte: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich – d. h. um mehr als 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 ist der Krankenstand gegenüber 2000 noch geringfügig zurück gegangen (von 3,2 % auf 3,1 %).

Günstigste Krankenstandswerte: Baden-Württemberg und Bayern

Fast alle westlichen Bundesländer liegen nah am DAK-Bundesdurchschnitt

Die sieben Bundesländer Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz liegen nah am Bundesdurchschnitt von 3,5 %. Im Vergleich zu 2000 sind allenfalls geringe Veränderungen in der Größenordnung von bis zu 0,2 Prozentpunkten aufgetreten. Die größte Schwankung verzeichnete Bremen mit einem Rückgang von 3,6% auf 3,4%.

Das Saarland nimmt unter den westlichen Bundesländern eine Sonderstellung ein

Erneut stellt das Saarland eine Ausnahme unter den westlichen Bundesländern dar: Der Krankenstand liegt dort mit 4,1 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt und ist gegenüber 2000 (4,0%) noch etwas gestiegen. Der höhere Krankenstand im Saarland ist darauf zurückzuführen, dass dort die längste durchschnittliche Falldauer aller Bundesländer zu beobachten ist (14,1 Tage).

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. Sachsen und Thüringen befinden sich innerhalb der östlichen Länder mit jeweils 4,0% noch an vergleichsweise günstiger Position. Abgesehen von Berlin (das zum Rechtskreis West gerechnet wird) mit einem Krankenstand von 4,8 %, hat Mecklenburg-Vorpommern mit 4,4% das höchste Krankenstandsniveau zu verzeichnen.

Unverändert geblieben ist der Krankenstand in Ostdeutschland gegenüber dem Vorjahr lediglich in Thüringen. In den anderen vier Bundesländern hat ein geringfügiger Anstieg um jeweils 0,1%-Punkte stattgefunden.

Ursache des erhöhten Krankenstandes in den neuen Bundesländern sind hohe Fallzahlen

In allen fünf östlichen Bundesländern sind die erhöhten Krankenstandswerte auf eine deutlich überdurchschnittliche (und gegenüber 2000 nochmals gestiegene) Fallhäufigkeit zurückzuführen: Während die westlichen Länder Werte zwischen 93 (Baden-Württemberg) und 110 (Bremen) AU-Fällen pro 100 Versichertenjahre aufweisen, liegen die Zahlen in den östlichen Ländern zwischen 126 (Sachsen) und 143 (Mecklenburg-Vorpommern) Fällen.

Höchster Krankenstand aller Bundesländer: Berlin mit 4,8%

Auch der hohe Krankenstand in Berlin (4,8 %) ist zum einen auf die erhöhte Fallhäufigkeit zurückzuführen (126 Fälle pro 100 Versichertenjahre). Die Dauer eines durchschnittlichen Falles ist mit 13,8 Tagen jedoch ebenfalls überdurchschnittlich hoch. Gegenüber dem Vorjahr (14,1 Tage) ist die durchschnittliche Erkrankungsdauer zwar zurück gegangen und der Krankenstand somit etwas gesunken (2000: 4,9 %). Nach wie vor steht der Stadtstaat jedoch an der Spitze des Krankenstandsgeschehens aller Bundesländer.

In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 2000 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 2000 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.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

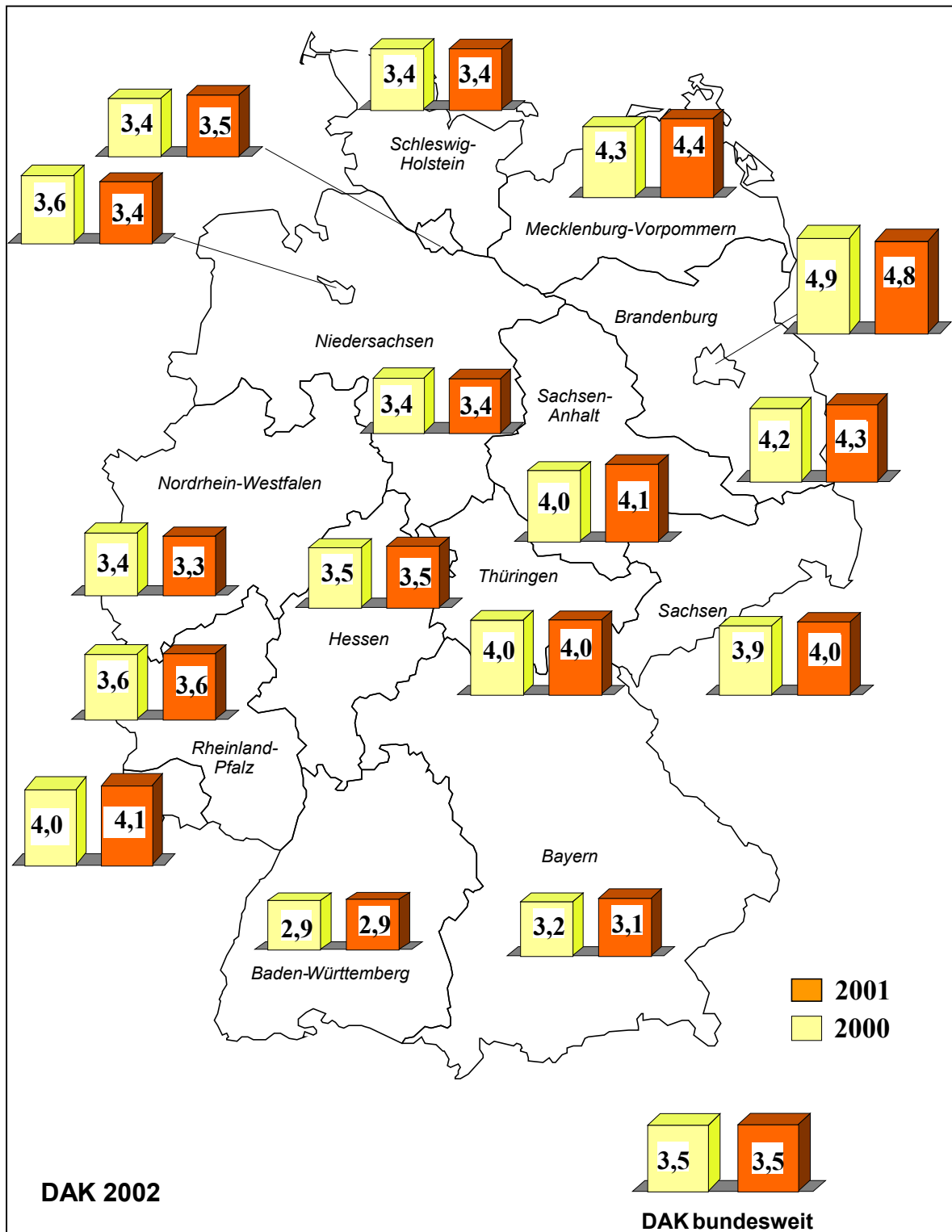
Entwicklung des Krankenstandes 2000 - 2001

Abbildung 26 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2001 im Vergleich zum Vorjahr.

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2000 und 2001 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist ferner den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Übersichtstabellen in Anhang

Abbildung 26: Krankenstandswerte 2000 und 2001 nach Bundesländern in Prozent



Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den beiden vorangehenden DAK-Gesundheitsreports wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 27 zeigt die Anteile am Krankenstand 2001 der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 27

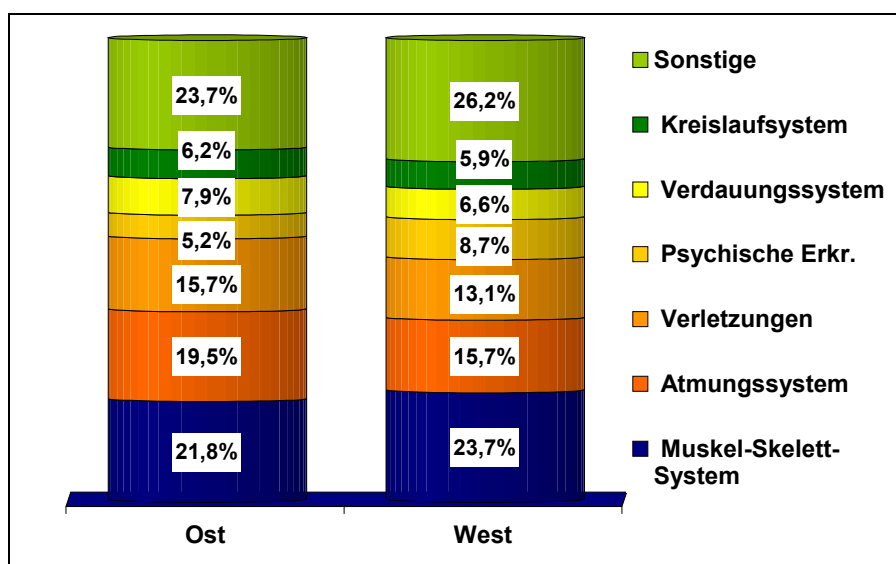


Abb. 27
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern.

DAK 2002

In den westlichen Bundesländern spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen eine größere Rolle. In den östlichen Bundesländern nehmen insbesondere Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen einen deutlich größeren Raum ein.

Östliche Bundesländer: Größere Bedeutung der Verletzung, geringere der psychischen Störungen

7 Schwerpunktthema: Psychische Erkrankungen

Weltweit leiden schätzungsweise 450 Mio. Menschen unter psychischen Störungen

Psychische Erkrankungen gehören nach neuesten epidemiologischen Studien zu den besonders häufigen und auch kostenintensiven Erkrankungen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Global Burden of Disease Study (GBD 2000) leiden weltweit ca. 450 Mio. Menschen unter psychischen Erkrankungen⁵.

Die WHO erwartet, dass diese Erkrankungen in den nächsten Jahren weiter zunehmen werden. Während im Jahr 2001 der geschätzte Anteil der psychischen Erkrankungen bei ca. 11 % aller Krankheiten lag, wird sich dieser Anteil bis zum Jahr 2020 vermutlich auf ca. 15 % erhöhen.

Zahl stationärer psychiatrischer Behandlungen in Deutschland von 1998 – 2000 um 11 % gestiegen

Diese Entwicklung zeigt sich in Deutschland u.a. an der Zahl der stationären psychiatrischen Behandlungen: So erhöhte sich die Anzahl der jährlich behandelten Fälle in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen von 1998 bis 2000 um ca. 11 %. Im gleichen Zeitraum ist auch der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Erstdiagnosen bei neuen Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten angestiegen⁶.

Ein aktuelles Bild von der Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung der Bundesrepublik wurde im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys ermittelt. Dabei handelt es sich um eine repräsentative Befragung der Bevölkerung, die von Sommer 1998 bis Frühjahr 1999 durchgeführt wurde.

32 % der Deutschen im Laufe eines Jahres von psychischen Störungen betroffen

Demnach litten 32,1 % der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren im Laufe eines Jahres zumindest zeitweise unter einer (oder mehreren) psychischen Störungen. Die häufigsten Erkrankungen waren Angststörungen (14,5 %), depressive Störungen (11,5 %) sowie somatoforme Störungen (11 %) ⁷.

In jedem DAK-Gesundheitsreport der zurückliegenden Jahre wurde auf die Zunahme der psychischen Erkrankungen unter den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen hingewiesen. Auch der vorliegende Bericht stellt von 2000 zu 2001 erneut ein Wachstum sowohl der AU-Tage, als auch der AU-Fälle mit einer Diagnose aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen fest.

⁵ World Health Organization (2001): The World health report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope.

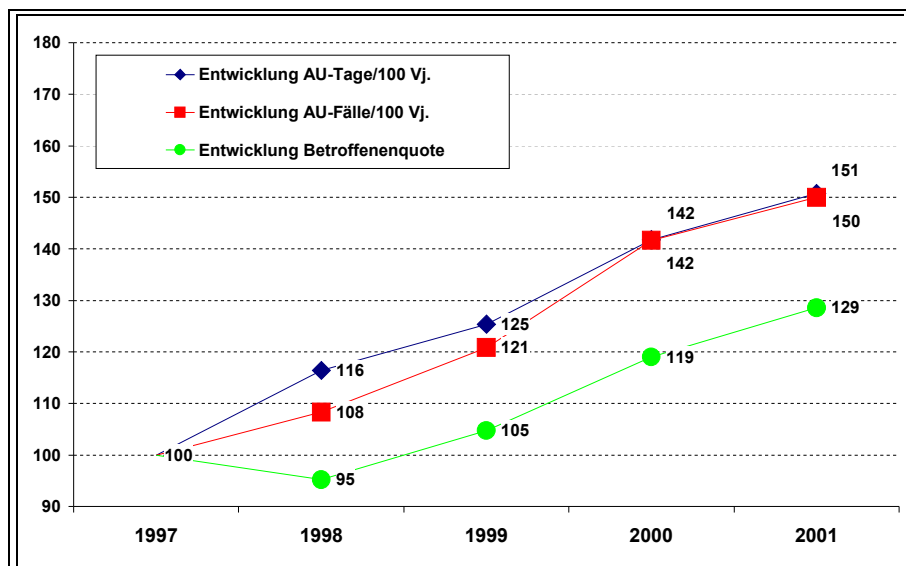
⁶ Irle, H., Amberger, S. & Nischan, P. (2001): Entwicklungen in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation. Die Angestellten-Versicherung 7/2001, S. 1-7.

⁷ Wittchen, H.-U. (2000): Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. www.svr-gesundheit.de

Im Gesundheitsreport des vergangenen Jahres wurde diese Entwicklung am Beispiel des AU-Tage-Volumens erstmals in einer zusammenfassenden Index-Grafik dargestellt, die Abbildung 28 in aktualisierter und erweiterter Form präsentiert.

Abbildung 28 zeigt die Entwicklung der AU-Tage und der AU-Fälle (jeweils pro 100 Versichertenjahre) sowie der Betroffenenquote aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel V ICD 9 bzw. ICD 10). Dabei wurde der jeweilige Ausgangswert des Jahres 1997 auf 100 gesetzt und die Werte der Folgejahre bis 2001 auf diese Bezugsgröße normiert. Die Entwicklung von Jahr zu Jahr lässt sich damit wie eine prozentuale Veränderung gegenüber dem Wert von 1997 interpretieren.

Abbildung 28



DAK 2002

Das AU-Tage-Volumen hat seit 1997 von 67 Tagen auf nunmehr 101 Tage zugenommen. Wie aus Abbildung 28 (Rauten) zu entnehmen, entspricht dies einem Wachstum von 51 % (vom Indexwert 100 auf 151). Zum Vergleich: Das AU-Tage-Volumen aufgrund aller Krankheitsdiagnosen hat im Vergleich der Jahre 1997 und 2001 nur um 16 % zugenommen.

Nahezu parallel ist auch die Entwicklung der AU-Fälle verlaufen: Kamen in 1997 noch 2,4 AU-Fälle wegen psychischer Störungen auf 100 Versicherte, so sind es im Jahr 2001 bereits 3,6 Fälle. Auch hier liegt die Zunahme bei 51 % (Quadrate in Abb. 28).

Etwas langsamer ist die Entwicklung der Betroffenenquote, also des Anteils der Versicherten mit wenigstens einer Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Störungen, verlaufen: Von 2,1 % in 1997 nimmt sie auf 2,7 % in 2001 zu, was einem Wachstum von 29 % entspricht (Kreise in Abb. 28).

Abb. 28
Entwicklung von AU-Tagen, AU-Fällen und Betroffenenquote aufgrund psychischer Störungen (Indexdarstellung, 1997 = 100).

Zunahme des AU-Tage-Volumens seit 1997 um 51 %

Im Bundes-Gesundheitssurvey wurde eine 12-Monats-Prävalenz von psychischen Störungen von 32,1 % ermittelt. Das heißt, in der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik hatten 32,1 % in den der Befragung vorangehenden 12 Monaten zumindest zeitweilig Symptome einer psychischen Störung. Bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten ist die Betroffenenquote die methodisch der 12-Monats-Prävalenz entsprechende Größe.

Nur wenige Betroffene suchen wegen psychischer Störungen einen Arzt auf.

Die Betroffenenquote von 2,7 % der berufstätigen DAK-Mitglieder liegt deutlich niedriger als die 32,1 % des Bundes-Gesundheitssurveys. Ein Grund dafür dürfte sein, dass letzterer die Gesamtbevölkerung untersucht hat, einschließlich der nicht-berufstätigen Menschen, unter denen sich ein größerer Anteil von Kranken befindet.

Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass nur ein kleiner Teil der Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden einen Arzt aufsucht und eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird.

Psychische Störungen werden von Hausärzten oft nicht erkannt.

Ferner haben wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass psychische Störungen von den Hausärzten vielfach nicht erkannt werden⁸. Wie häufig bereits vermutet, dürften sich daher eine ganze Reihe von psychischen Erkrankungen unter den somatischen Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen finden.

Aus der im Vergleich zu der bevölkerungsbezogen ermittelten 12-Monats-Prävalenz sehr geringen AU-Betroffenenquote ist ferner zu schließen, dass täglich eine große Zahl von Menschen zur Arbeit geht, obwohl sie unter Symptomen einer psychischen Erkrankung leiden.

Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen am DAK-Gesamtkrankenstand

Eine weitere im Hinblick auf die Zunahme der psychischen Erkrankungen interessante Größe ist der Anteil der psychischen Erkrankungen am gesamten Krankenstand der DAK-Mitglieder: 1997 hatten diese Krankheitsfälle einen Anteil von 6,1 % am Krankenstand, 2001 sind es bereits 7,9 %.

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen als Anlässen von Arbeitsunfähigkeit wird nicht nur durch die DAK beobachtet, sondern auch von anderen Krankenkassen. So hat die GEK ermittelt dass der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Krankheitstagen ihrer Mitglieder im Laufe von 10 Jahren von 5 % im Jahr 1991 auf 8,1 % im Jahr 2000 zugenommen hat⁹.

⁸ Wittchen, H.-U.: Die Studie „Depression 2000“. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. Fortschritte der Medizin, Bd. 188, Sonderheft I/2000.

⁹ GEK, Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.): GEK-Gesundheitsreport 2001. Sankt-Augustin: Asgard-Verlag, 2001.

Bevor man sich der Frage zuwenden kann, welche Ursachen dieser Anstieg haben könnte, ist es erforderlich, zunächst ein differenzierteres Bild des Krankheitsgeschehens zu gewinnen.

In den folgenden Abschnitten werden daher zunächst die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder aufgrund von psychischen Erkrankungen im Jahr 2001 vertiefend nach spezifischen Mitgliedergruppen analysiert.

Es folgen Untersuchungen zur Entwicklung im Zeitverlauf. Die Frage lautet hier: Nehmen die psychischen Erkrankungen in allen Mitgliedergruppen etwa gleichmäßig zu oder gibt es Unterschiede in der zeitlichen Dynamik?

Im Anschluss daran wird die Gesamtheit der psychischen und Verhaltensstörungen nach einzelnen Diagnosen und Diagnosegruppen untersucht. Es geht also darum, welche Krankheitsbilder bei den DAK-Mitgliedern besonders häufig zur Arbeitsunfähigkeit führen bzw. wie sich die Bedeutung der einzelnen Diagnosen im Zeitverlauf entwickelt hat.

Analyse nach spezifischen Mitgliedergruppen, ...

... nach der Entwicklung im Zeitverlauf ...

... sowie Untersuchung nach Einzeldiagnosen.

Die Bedeutung psychischer Störungen im Jahr 2001 nach Geschlecht und Alter der Versicherten

Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen spielen insbesondere bei den Frauen eine wichtige Rolle:

Im Jahr 2001 hatten diese Krankheitsbilder einen Anteil von 9,7 % am Krankenstand der Frauen, gegenüber 6,6 % bei den Männern. Ein weibliches DAK-Mitglied war im Durchschnitt 1,3 Tage krankgeschrieben, ein männliches Mitglied 0,8 Tage.

Der höhere Anteil der psychischen Störungen am Krankenstand der Frauen ist zum einen auf eine höhere Betroffenenquote zurückzuführen - 3,7 % der Frauen und 2,0 % der Männer hatten wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung – und zum anderen auf eine größere Fallhäufigkeit (130 AU-Fälle gegenüber 81 Fällen, jeweils pro 100 Versichertenjahre).

Bei der durchschnittlichen Dauer der einzelnen Krankheitsfälle besteht jedoch nur ein geringer Unterschied: Bei den Männern dauert ein AU-Fall 29 Tage, bei den Frauen nur 27 Tage.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass Frauen häufiger als Männer wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig sind, wobei die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeiten etwas unter der der Männer liegt.

Anteil psychischer Störungen am Krankenstand ist bei Frauen höher als bei Männern

Sowohl die Betroffenenquote als auch die Fallhäufigkeit ist bei Frauen höher

Männer sind etwas länger krank geschrieben

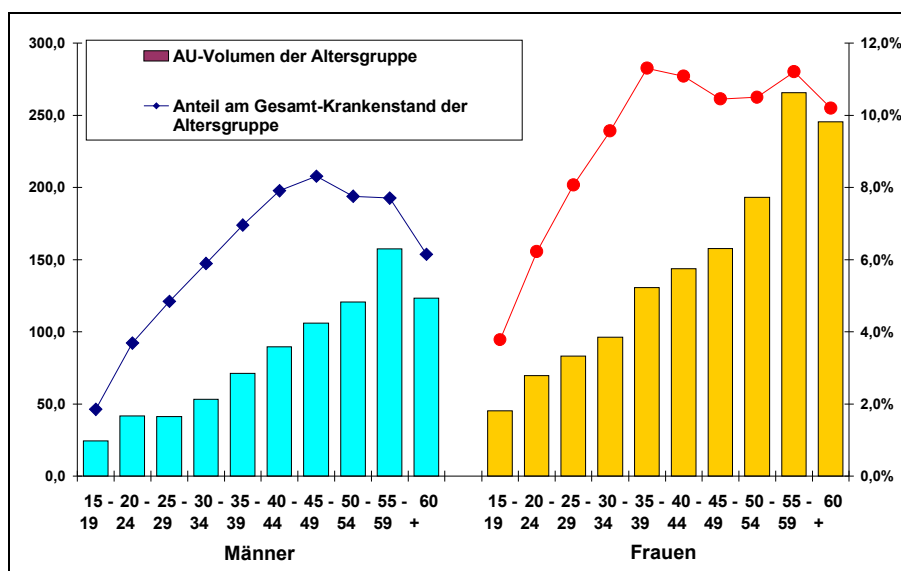
Mit zunehmendem Alter steigen die AU-Tage wegen psychischer Störungen an

Die Analyse nach Altersgruppen zeigt bei beiden Geschlechtern einen Anstieg der Krankheitstage wegen psychischer Störungen mit zunehmendem Alter (Abb. 29, Säulen). Der Gipfel liegt bei den 55- bis 59-jährigen Mitgliedern mit 266 AU-Tagen bei den Frauen und 157 bei den Männern.

Bei den Frauen hat diese Krankheitsart bereits ab der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen einen Anteil von über 10 % am Gesamt-krankenstand (Abb. 29, Linien).

Abb. 29
AU-Volumen aufgrund psychischer Störungen und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 29



DAK 2002

Die in Abbildung 29 erkennbare deutliche Altersabhängigkeit der psychischen Erkrankungen stellt eine Besonderheit des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens dar.

Jüngere sind nach eigenen Angaben ähnlich häufig von psychischen Störungen betroffen wie Ältere, werden deshalb aber seltener arbeitsunfähig.

Der bereits mehrfach erwähnte Bundes-Gesundheitssurvey hat bezüglich der Prävalenz der häufigsten psychischen Störungen (Angst-, affektive und somatoforme Störungen) keine sehr ausgeprägten Altersunterschiede in der erwachsenen Bevölkerung festgestellt. Das heißt: Auch junge Menschen leiden in ähnlicher Häufigkeit unter den Symptomen von psychischen Störungen, aber sie werden deshalb seltener arbeitsunfähig als ältere Menschen.

Gründe dafür könnten sein, dass Jüngere unter leichteren Störungen leiden oder dass sie seltener deshalb einen Arzt aufsuchen, weil sie möglicherweise über andere Bewältigungsmöglichkeiten verfügen.

Die größere Bedeutung der psychischen Erkrankungen für die Arbeitsunfähigkeiten der weiblichen DAK-Mitglieder steht dagegen im Einklang mit den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys, der bei den drei häufigsten Erkrankungsformen (Angst-, affektive und somatoforme Störungen) ebenfalls eine deutlich höhere Prävalenz bei den Frauen festgestellt hat.

Die Ursache für den auffälligen Geschlechtsunterschied bei den psychischen Erkrankungen ist bis heute nicht abschließend geklärt. Zumal sich dieser Unterschied nicht bei allen Krankheitsbildern findet: Bei den schwersten psychischen Erkrankungen – den Schizophrenien – gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Bei den Abhängigkeitserkrankungen ist das Geschlechterverhältnis sogar umgekehrt. Besonders ausgeprägt ist die stärkere Betroffenheit der Frauen jedoch bei den im Bundes-Gesundheitssurvey hervorgehobenen, besonders häufigen Erkrankungen (Angst-, affektive und somatoforme Störungen).

Von der Wissenschaft werden verschiedenste Hypothesen für die Erklärung dieses Unterschiedes diskutiert, die von ausschließlich psychosozialen Ansätzen (z.B. geringere Ausbildungs- und Berufschancen der Frauen, die zu erhöhtem Stress führen) bis zu hirneingebundenen Erklärungsmodellen reichen.

Gerade im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten - wobei es sich ja um Fälle von psychischen Störungen handelt, die diagnostiziert wurden, nachdem die Patienten/innen von sich aus einen Arzt aufgesucht haben -, dürfte die sogenannte „Expressivitäts-Hypothese“ einige Erklärungskraft besitzen:

Frauen bringen sowohl positive als auch negative Gefühle offener, lebhafter und mit stärkerer innerer Beteiligung verbal zum Ausdruck als Männer. Mit anderen Worten: Frauen sprechen häufiger, ausführlicher und differenzierter über ihr psychisches Erleben als Männer. Das bedeutet aber auch, dass eine psychische Erkrankung bei einer Frau für den Arzt eher und deutlicher erkennbar wird als bei einem Mann.

Ein Aspekt der größeren Expressivität bzw. des damit zusammenhängenden andersartigen Krankheitsverhaltens dürfte auch sein, dass Frauen bei psychischen Problemen überhaupt eher Hilfe suchen – und zum Beispiel einen Arzt aufsuchen – als Männer.

Die höhere Zahl psychischer Erkrankungen bei den Frauen könnte daher sogar eine nur scheinbare sein: Möglicherweise leiden Männer ebenso häufig unter Ängsten und Depressionen, die sie aber dem Arzt oder ihrem sozialen Umfeld gegenüber weniger zum Ausdruck bringen.

Höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen auch im Bundes-Gesundheitssurvey festgestellt

Kein geschlechtsspezifischer Unterschied bei Schizophrenie

Männer sind stärker von Abhängigkeitserkrankungen betroffen

Ursachen für insgesamt höhere Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen:

Frauen sprechen eher und differenzierter über ihr psychisches Erleben

Ärzte können psychische Erkrankungen bei Frauen deutlicher erkennen und werden von Frauen eher aufgesucht

Im Zusammenhang mit der höheren „Expressivität“ von Frauen lassen sich noch weitere Faktoren anführen:

Geschlechtsspezifisch unterschiedliche Diagnosen bei ähnlichem Beschwerdebild

- Untersuchungen haben gezeigt, dass bei ähnlichem von den Patienten geschilderten Beschwerdebild von Ärzten teilweise geschlechtsspezifisch unterschiedliche Diagnosen gestellt werden. Bei Frauen werden bei unklaren Beschwerden oder Symptomen eher psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen diagnostiziert als bei Männern.
- Eine somatische Krankheitsursache ist für viele Patienten eher akzeptabel als eine seelische Ursache und auch viele Ärzte ziehen es vor, möglichst lange auf dem vertrauteren Terrain der körperlichen Krankheiten zu bleiben, bevor sie erstmals eine psychische Störung in Betracht ziehen.

Frauen sind eher bereit, psychische Diagnosen zu akzeptieren

In diesem Zusammenhang besteht jedoch ebenfalls ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Frauen sind eher bereit, eine seelische Ursache ihrer Beschwerden zu akzeptieren, weshalb bei ihnen die Häufigkeit solcher Diagnosen der Realität näher kommen könnte als bei den Männern.

Speziell im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen ist ferner noch Folgendes zu berücksichtigen:

Beruflich bedingte psychische Arbeitsbelastung

- Frauen sind bevorzugt in Berufen mit besonders ausgeprägten psychischen Arbeitsbelastungen - wie etwa der Kranken- und Altenpflege – tätig. Es wäre somit plausibel, dass entsprechend auch mehr psychische Störungen auftreten.

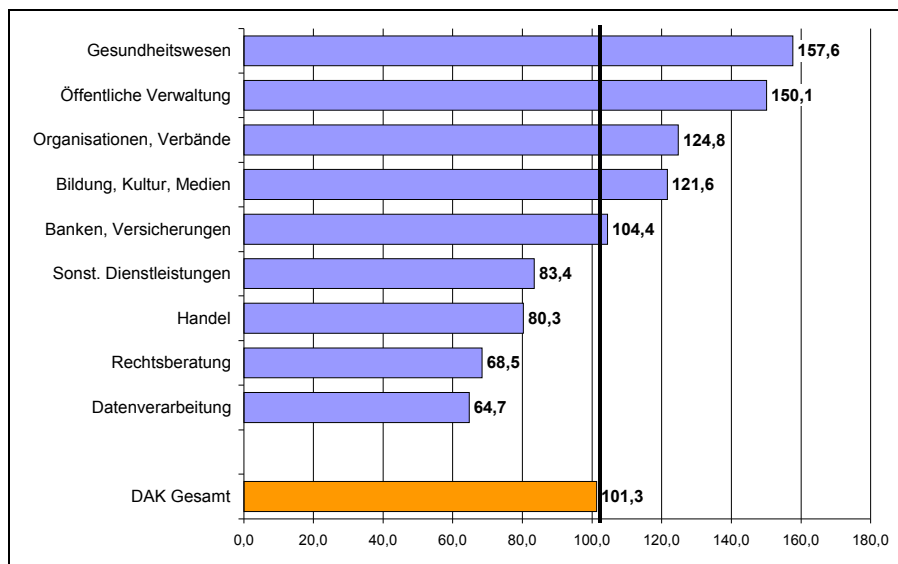
Die Thematik geschlechtsspezifischer Unterschiede wird im Zusammenhang mit der Analyse der Einzeldiagnosen nochmals aufgegriffen (vgl. Seite 67).

Psychische Erkrankungen 2001 nach Wirtschaftsgruppen

Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen treten in bestimmten Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen häufiger auf. Dies haben bereits frühere Analysen der DAK – wie beispielsweise der gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) erstellte DAK-BGW Krankenpflegereport - gezeigt.

Abbildung 30 zeigt die AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen der neun für die Mitgliedschaft der DAK besonders typischen Wirtschaftsgruppen im Vergleich zum DAK-Gesamtwert.

Abbildung 30



DAK 2002

Die mit Abstand höchste Zahl von Krankheitstagen wegen psychischer Erkrankungen waren im Jahr 2001 im Gesundheitswesen und den öffentlichen Verwaltungen zu verzeichnen. Auch in den Branchen „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“ liegt der Wert deutlich über dem DAK-Durchschnitt.

Diese vier Wirtschaftsgruppen weisen gleichzeitig auch einen überdurchschnittlichen Gesamtankenstand auf, wie in Kapitel 5 des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports 2002 bereits berichtet wurde (vgl. Abbildung 21).

Auftreten psychischer Erkrankungen abhängig von Wirtschaftszweig und Berufsgruppe

**Abb. 30
AU-Tage aufgrund psychischer Störungen 2001 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.**

Im Gesundheitswesen und öffentlichen Verwaltungen ist Zahl der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen am höchsten

Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in Branchen mit erhöhtem Gesamtkrankenstand

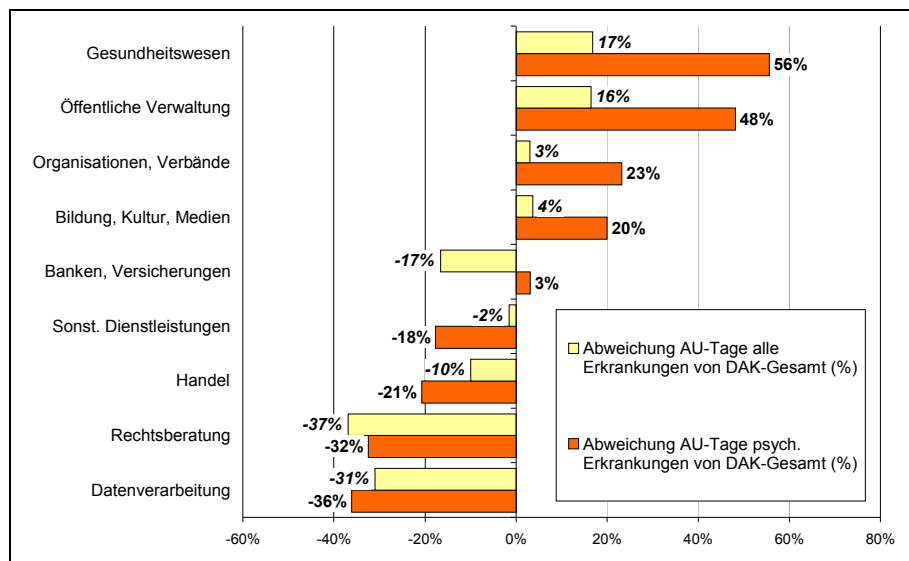
Die übrigen fünf Wirtschaftsgruppen, deren AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen am oder unter dem DAK-Durchschnitt liegen, zeichnen sich auch beim Gesamtkrankenstand durch niedrige oder durchschnittliche Werte aus.

Es stellt sich somit die Frage, ob eine höhere Zahl von AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen in einer Wirtschaftsgruppe in der Größenordnung dem generell erhöhten Krankenstand der Branche entspricht oder ob sie darüber hinaus geht. Falls die AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen noch stärker erhöht sind als der Gesamtkrankenstand, so wäre dies ein Hinweis auf ein besonderes Risiko der dort Beschäftigten, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Abbildung 31 zeigt für die neun Wirtschaftsgruppen einerseits die Abweichung (in Prozent) ihres Gesamtkrankenstandes (helle Balken) und andererseits des Krankenstandes aufgrund psychischer Erkrankungen vom jeweiligen DAK-Durchschnittswert.

Abb. 31
Abweichung der AU-Tage wegen sämtlicher Erkrankungen und wegen psychischer Störungen vom DAK-Durchschnittswert (in %) in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Abbildung 31



DAK 2002

Überdurchschnittliche Bedeutung psychischer Erkrankungen im Gesundheitswesen und in öffentlichen Verwaltungen

... sowie in „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“

Der Gesamtkrankenstand der Beschäftigten im Gesundheitswesen liegt um 17 % über dem DAK-Durchschnitt (4,1 % gegenüber 3,5 %). Die Krankheitstage aufgrund psychischer Störungen sind jedoch um 56 % gegenüber dem DAK-Durchschnitt erhöht.

Ähnlich ist die Situation in den öffentlichen Verwaltungen: Auch hier sind die Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen stark überproportional erhöht.

Die Wirtschaftsgruppen „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“ weisen nur leicht über dem DAK-Wert liegende Gesamtkrankenstände auf,

wegen die Krankheitstage wegen psychischer Störungen auch hier deutlich über dem Durchschnitt liegen.

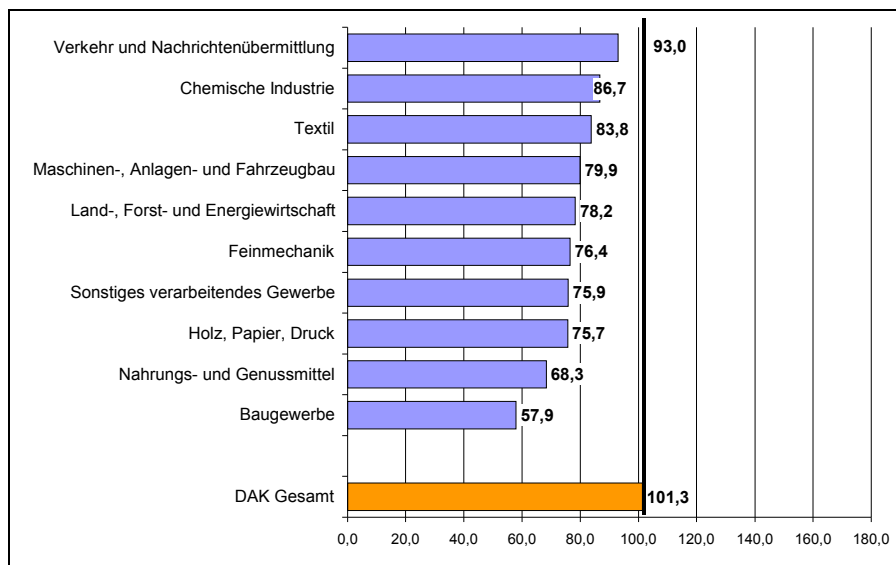
Von diesen vier Wirtschaftsgruppen lässt sich somit sagen, dass psychische Erkrankungen eine weitaus bedeutendere Rolle spielen als in anderen Branchen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient ferner das Ergebnis der Banken und Versicherungen: Diese Wirtschaftsgruppe liegt mit ihrem Gesamtkrankenstand deutlich (- 17 %) unter dem DAK-Vergleichswert. Bei den psychischen Erkrankungen finden sich die Beschäftigten der Finanzbranche jedoch sogar leicht über dem Durchschnitt.

Für diese Wirtschaftsgruppe gilt somit, dass psychische Erkrankungen im Rahmen des eigentlich unterdurchschnittlichen Krankheitsgeschehens eine besonders gewichtige Rolle spielen.

In den zehn übrigen Wirtschaftsgruppen, in denen die DAK zumeist nur einen relativ geringen Anteil der Beschäftigten versichert, liegen die Krankheitstage wegen psychischer Störungen durchgängig unter dem DAK-Gesamtwert (Abb. 32).

Abbildung 32



DAK 2002

Psychische Erkrankungen sind für die DAK-Mitglieder dieser zehn Branchen eher untypisch, wie der Vergleich der Abweichungen von Gesamtkrankenstand und AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen von den DAK-Durchschnittswerten in Abbildung 33 zeigt:

In allen zehn Wirtschaftsgruppen liegen die psychischen Erkrankungen teilweise erheblich unter dem DAK-Wert, auch wenn der Gesamtkrankenstand nahe oder sogar am DAK-Durchschnitt liegt.

und „Bildung, Kultur, Medien“.

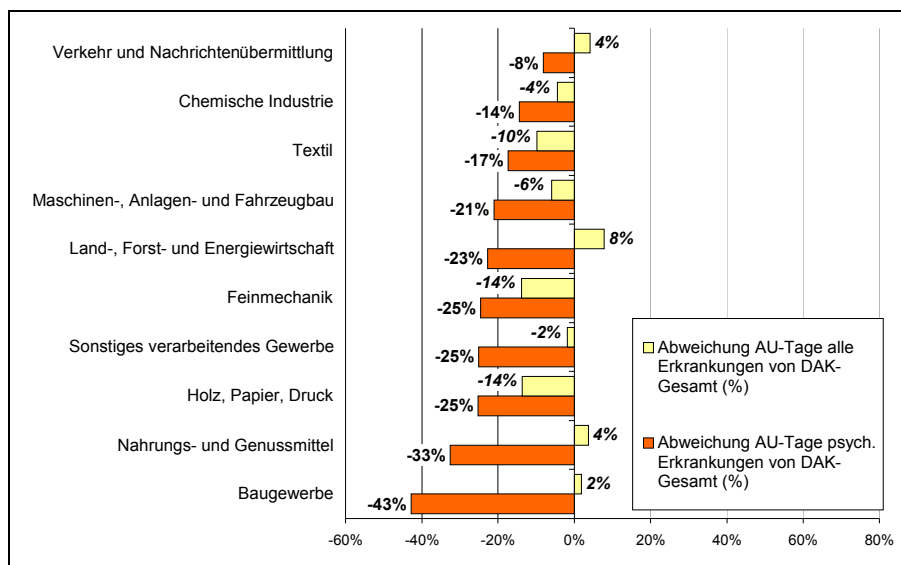
Trotz eines insgesamt unterdurchschnittlichen Krankenstands in „Banken und Versicherungen“ haben psychische Diagnosen dort einen hohen Anteil

**Abb. 32
AU-Tage aufgrund psychischer Störungen 2001 in den übrigen Wirtschaftsgruppen.**

In den übrigen Branchen spielen psychische Erkrankungen eine unterdurchschnittliche Rolle

Abb. 33
Abweichung der
AU-Tage wegen
sämtlicher Er-
krankungen und
wegen psychi-
scher Störungen
vom DAK-
Durchschnitts-
wert (in %) in den
übrigen Wirt-
schaftsgruppen

Abbildung 33



DAK 2002

Psychische Erkrankungen im Jahr 2001 nach Bundesländern

Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche Unterschiede beim Gesamt Krankenstand der DAK-Mitglieder. Im Jahr 2001 – ebenso wie in den Vorjahren – hatten sämtliche neuen Bundesländer sowie Berlin und das Saarland deutlich über dem DAK-Durchschnitt liegende Krankenstände (vgl. Kapitel 6 des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports).

Im Hinblick auf die psychischen Erkrankungen ist es von Interesse, ob die DAK-Mitglieder regional in unterschiedlich starkem Maße betroffen sind. Abbildung 34 zeigt die Krankheitstage wegen psychischer und Verhaltensstörungen nach Bundesländern, wobei alte und neue Länder getrennt gruppiert sind.

Abbildung 34

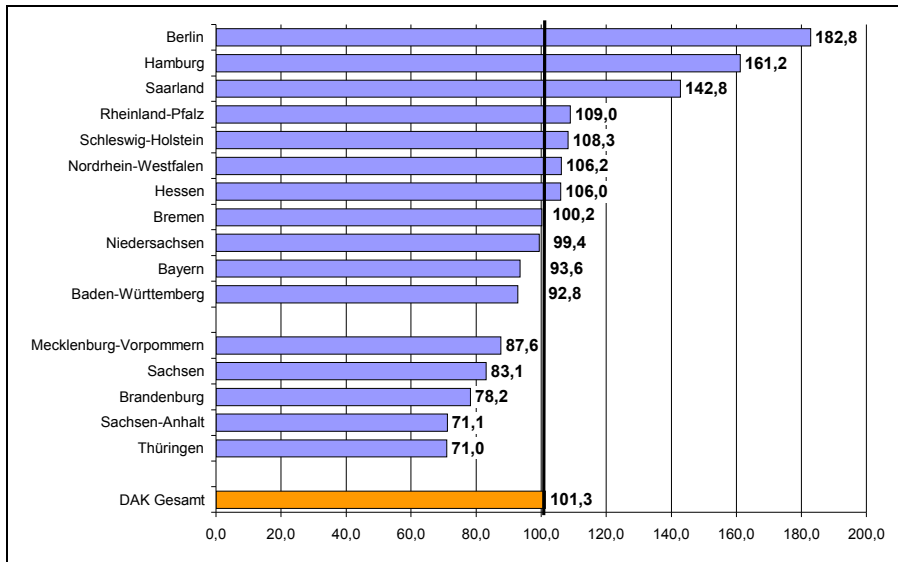


Abb. 34
AU-Tage auf- grund psychischer Störungen 2001 nach Bundesländern.

DAK 2002

Die Grafik macht deutlich, dass man bei den psychischen Erkrankungen von drei Gruppen von Bundesländern sprechen kann: Berlin, Hamburg und das Saarland weisen eine sehr hohe Zahl von Krankheitstagen auf, alle neuen Länder dagegen besonders niedrige. Die übrigen Länder liegen nahe am DAK-Durchschnittswert.

Berlin, Hamburg und Saarland an der Spitze, neue Bundesländer am unteren Ende der Skala

Die beiden folgenden Grafiken vergleichen die Abweichung eines Landes bei den psychischen Erkrankungen und beim Gesamt Krankenstand vom jeweiligen DAK-Durchschnitt (in Prozent).

Abbildung 35

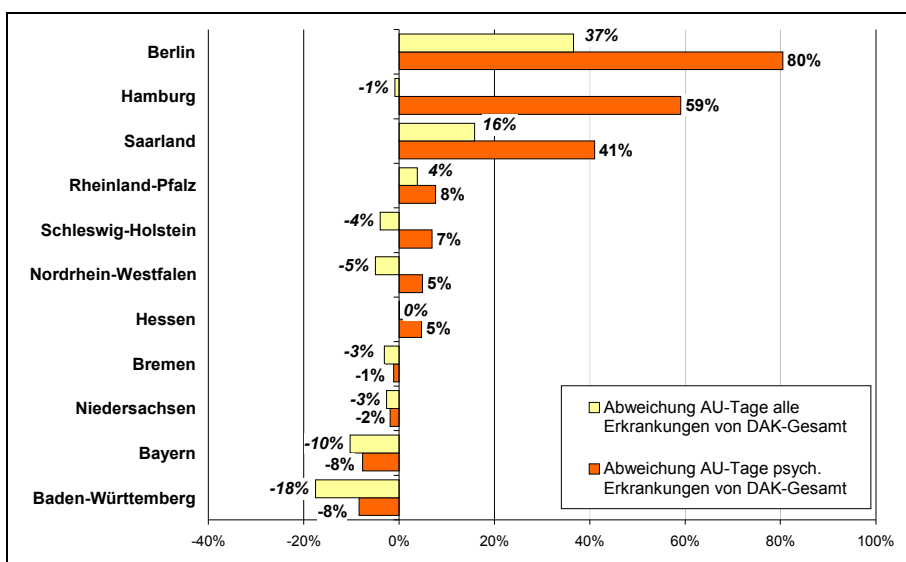


Abb. 35
Abweichung der AU-Tage wegen sämtlicher Erkrankungen und wegen psychischer Störungen vom DAK-Durchschnittswert (in %) in den alten Bundesländern.

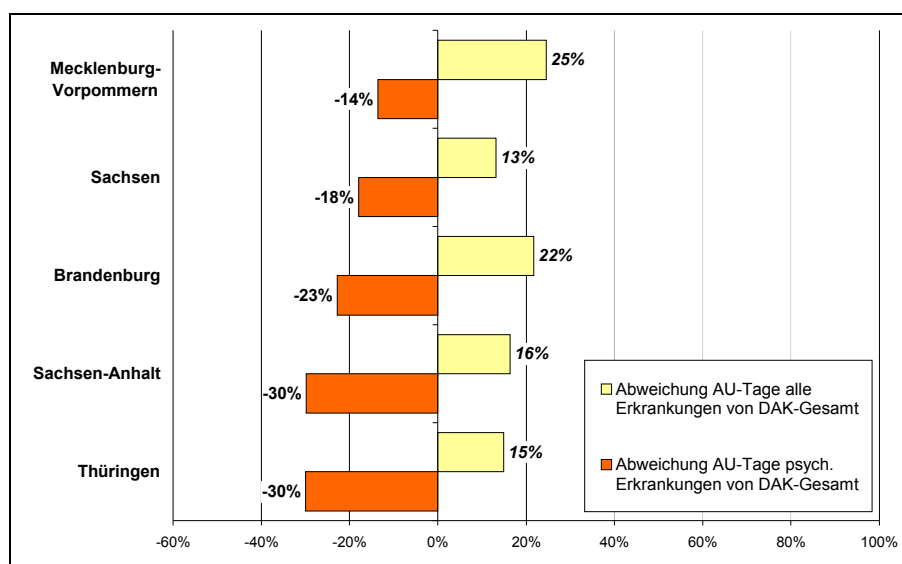
DAK 2002

Stark überproportionale Bedeutung psychischer Erkrankungen in Hamburg, aber auch in Berlin und im Saarland

Bei den drei Ländern mit besonders hohen Krankheitstagen wegen psychischer Störungen zeigt sich, dass die Abweichung vom DAK-Durchschnitt bei dieser Krankheitsgruppe noch weitaus stärker ist, als es beim Gesamtkrankenstand der Fall ist. Besonders ausgeprägt ist dies bei den DAK-Mitgliedern, die in Hamburg wohnhaft sind: Der Gesamtkrankenstand der Hamburger entspricht nahezu dem DAK-Durchschnitt, die Zahl der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen liegt jedoch um 59 % über dem DAK-Niveau.

**Abb. 36
Abweichung der AU-Tage wegen sämtlicher Erkrankungen und wegen psychischer Störungen vom DAK-Durchschnittswert (in %) in den neuen Bundesländern.**

Abbildung 36



DAK 2002

Hoher Krankenstand in den neuen Bundesländern auf andere Diagnosen zurückzuführen

In den neuen Bundesländern spielen die psychischen Erkrankungen nur eine untergeordnete Rolle. Der überdurchschnittlich hohe Gesamtkrankenstand wird durch Krankheiten aus anderen Diagnosegruppen verursacht.

Die deutlich niedrigeren Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen in den neuen Bundesländern werden nicht nur bei den DAK-Mitgliedern beobachtet. So nennt auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem letzten Gutachten die psychiatrischen Erkrankungen als eine Krankheitsgruppe, die in Ostdeutschland deutlich weniger AU-Tage verursacht (15 % weniger als in den alten Ländern)¹⁰.

Liegt der geringe Anteil psychischer Diagnosen in den neuen Ländern an einem anderen

Die durchgängig niedrige Zahl von Krankheitstagen wegen psychischer Störungen in den neuen Bundesländern könnte ein Hinweis auf Unterschiede zwischen Ost und West sowohl im Krankheitsverhalten der Bevölkerung, als auch im Diagnoseverhalten der Ärzte sein.

¹⁰ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, S. 172.

Eine Erklärung für den generellen Anstieg der psychischen Erkrankungen ist darin zu sehen, dass die Patienten ihren Ärzten heute vermehrt über psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden berichten und auch eher bereit sind, eine psychische Erkrankung als Diagnose zu akzeptieren. Gleichzeitig ist auf Seiten der Ärzte die Aufmerksamkeit für mögliche psychische Ursachen von Gesundheitsproblemen in den letzten Jahren sicherlich ebenfalls gewachsen.

Diese Entwicklung ist von den Ärzten und Patienten in den neuen Bundesländern möglicherweise noch nicht in gleichem Maße vollzogen worden wie in den alten Ländern.

Die besonders hohen Zahlen in Berlin und Hamburg legen die Interpretation nahe, dass psychische Erkrankungen vor allem in Großstädten gehäuft auftreten. Die ebenfalls erhöhten Werte im Saarland sowie die nur durchschnittlichen Werte in Bremen stützen diese Interpretation zunächst jedoch nicht.

Stadt-Land-Unterschiede beim Auftreten psychischer Erkrankungen wären aus mehrererlei Gründen plausibel: Zum einen hat die Analyse nach Wirtschaftsgruppen gezeigt, dass besonders die Beschäftigten in den Dienstleistungsbranchen vermehrt betroffen sind. In den Großstädten ist der Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungsbereich besonders hoch. Ferner könnte die bereits angesprochene Entwicklung im Krankheits- und Diagnoseverhalten bei den großstädtischen Ärzten und Patienten fortgeschrittener sein als in ländlichen Gebieten.

Die Entwicklung psychischer Störungen von 1997 bis 2001 nach Geschlecht und Alter der Versicherten

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2001 hat gezeigt, dass Frauen stärker von psychischen Störungen betroffen sind als Männer und dass die Zahl der Krankheitstage bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zunimmt bzw. ab dem Alter von etwa 35 bis 40 Jahren einen konstant hohen Anteil am Krankenstand erreicht.

Im Hinblick auf die Entwicklung im Zeitverlauf stellt sich die Frage, ob der für die Gesamtheit der aktiv berufstätigen DAK-Mitglieder beobachtete Anstieg der psychischen Erkrankungen bei allen soziodemographischen Gruppen in etwa gleichermaßen verlaufen ist.

Die Verlaufsbetrachtung zeigt, dass die jüngsten Altersgruppen eine besonders starke Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen aufweisen. Besonders ausgeprägt ist dies bei der Fallzahl zu beobachten, in etwas schwächerer Form jedoch auch bei den AU-Tagen.

Diagnoseverhalten der Ärzte?

Oder ist die Akzeptanz psychischer Diagnosen dort noch geringer ausgeprägt als im Westen?

Mögliche Ursache für regionale Unterschiede im Auftreten psychischer Diagnosen:

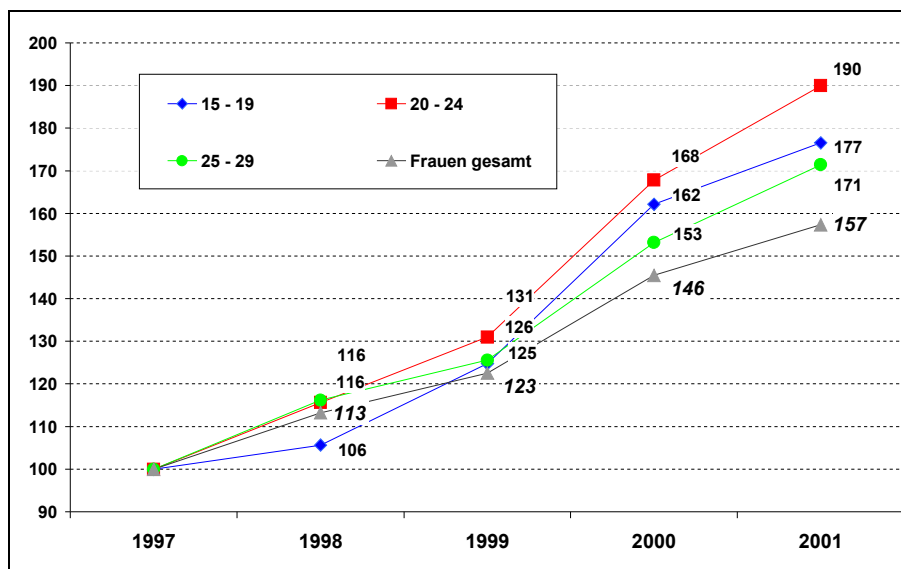
Höherer Anteil Beschäftigter in Dienstleistungen sowie anderes Krankheits- und Diagnoseverhalten von Patienten bzw. Ärzten in Großstädten

Starke Zunahme psychischer Erkrankungen bei den jüngsten Altersgruppen

In Abbildung 37 ist die Entwicklung der Fallhäufigkeit bei den weiblichen Mitgliedern der drei Altersgruppen von 15 bis 29 Jahren im Vergleich zu den Frauen insgesamt dargestellt. Die Grafik folgt der bereits aus Abbildung 28 bekannten Index-Darstellung. Abbildung 38 zeigt die analogen Ergebnisse für die Männer.

Abb. 37
Entwicklung der AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen in den drei jüngsten Altersgruppen und bei den Frauen insgesamt (Indexdarstellung, 1997 = 100)

Abbildung 37 (Frauen)



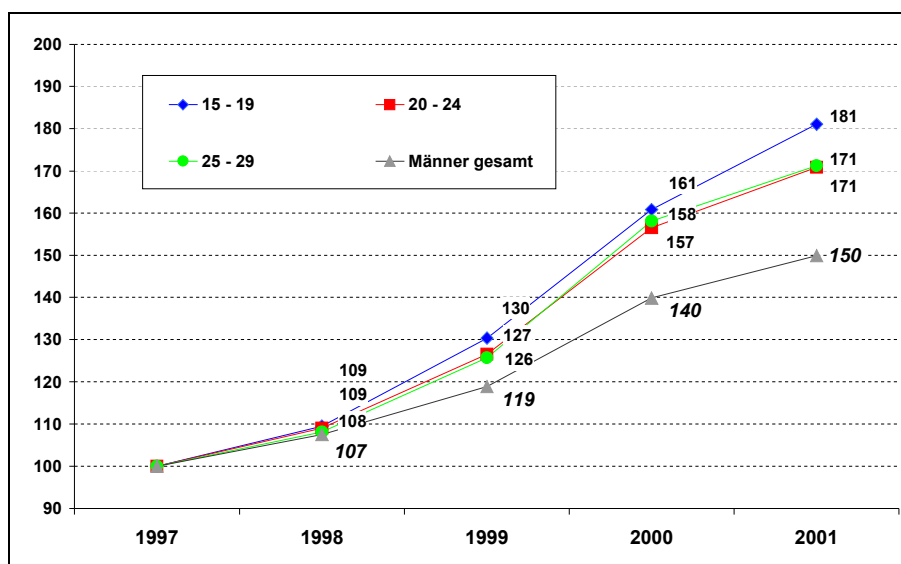
DAK 2002

Überproportionale Zunahme der Fälle bei unter 30-jährigen Frauen ...

Von 1997 bis 2001 nimmt die Fallhäufigkeit bei den weiblichen Mitgliedern insgesamt um 57 % zu, bei den 15- bis 19-jährigen sind es 77 % Wachstum, bei den 20- bis 24-jährigen sogar 90 % und bei den 25- bis 29-jährigen 71 % Zunahme.

Abb. 38
Entwicklung der AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen in den drei jüngsten Altersgruppen und bei den Männern insgesamt (Indexdarstellung, 1997 = 100)

Abbildung 38 (Männer)



DAK 2002

Bei den Männern lässt sich die gleiche überproportionale Zunahme bei den jungen Mitgliedern beobachten (Abb. 38).

... sowie unter 30-jährigen Männern

In den übrigen Altersgruppen bewegt sich das Wachstum bei den Krankheitsfällen und –tagen aufgrund psychischer Erkrankungen leicht unter oder auf etwa gleichem Niveau wie der Durchschnitt.

Diese besonders starke Zunahme der psychischen Erkrankungen bei den jungen Mitgliedern beiderlei Geschlechts weicht deutlich von der Entwicklung der AU-Fälle insgesamt (sämtliche Krankheitsarten) in diesen Altersgruppen ab: Hier nimmt die Fallhäufigkeit von 1997 bis 2001 nur um 18 % (Männer) bzw. 12 % (Frauen) zu.

Zunahme der Fälle bei psychischen Diagnosen übertrifft Zunahme der Fälle in allen Diagnosen

Als Fazit lässt sich somit festhalten:

- Bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen ist von 1997 bis 2001 eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen feststellen (etwa 50 % Wachstum), die deutlich über der leichten Zunahme der AU-Fälle und -Tage insgesamt (etwa 16 % Wachstum) liegt.
- Besonders ausgeprägt ist die Zunahme der psychischen Erkrankungen bei den jungen Mitgliedern im Alter zwischen 15 und 29 Jahren. Die Fallhäufigkeit weist hier ein Wachstum zwischen 70 % und 90 % auf.

Wachstum der AU-Tage wegen psychischer Diagnosen bei unter 30-Jährigen übertrifft Wachstum in allen Altersgruppen

Veränderungen im Spektrum der Krankheitsarten von 1997 bis 2001

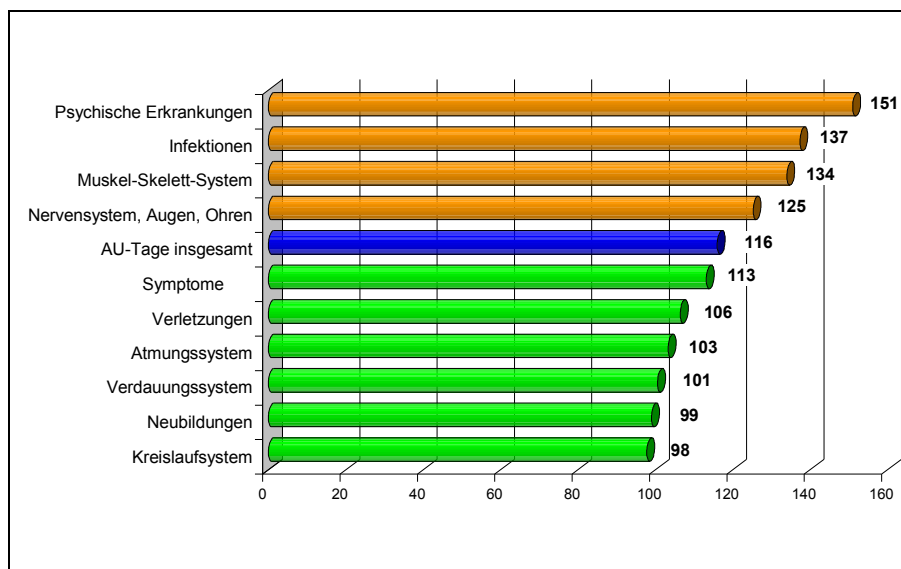
Die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen haben in dem betrachteten 5-Jahres-Zeitraum weitaus stärker zugenommen als die Arbeitsunfähigkeiten insgesamt. Diese überproportionale Zunahme muss folglich durch ein unterproportionales Wachstum oder sogar einen Rückgang bei anderen Krankheitsarten kompensiert worden sein.

Die Analyse von Zeitreihen auf der Ebene der Krankheitsarten – insbesondere bei Betrachtung einzelner Diagnosen – wird erschwert durch den Wechsel des Diagnoseschlüssels von ICD 9 zu ICD 10, der von 1999 auf 2000 vollzogen wurde. Auf der Ebene der Diagnosekapitel bzw. Hauptgruppen sind Vergleiche jedoch relativ unproblematisch.

In Abbildung 32 ist die Veränderung der AU-Tage von 1997 bis 2001 in den zehn wichtigsten ICD-Hauptgruppen bzw. Diagnosekapiteln sowie insgesamt dargestellt.

Abb. 39
Veränderung des
AU-Volumens in
2001 in Relation
zu 1997 nach Dia-
gnosekapiteln
bzw. Hauptgrup-
pen (Indexdar-
stellung,
1997=100)

Abbildung 39



DAK 2002

Krankheitsarten
mit unterpropor-
tionalem Wachs-
tum

Die AU-Tage insgesamt haben im Verlauf der fünf Jahre um 16 % zugenommen (von 100 auf 116). Ein unterproportionales Wachstum – also eine Zunahme um weniger als 16 % - weisen die Diagnosegruppen „Symptome“, „Verletzungen“, „Krankheiten des Atmungssystems“ und „Krankheiten des Verdauungssystems“ auf. Leicht abgenommen haben „Neubildungen“ und „Krankheiten des Kreislaufsystems“.

Überdurchschnittlich gewachsen sind neben den „Psychischen Erkrankungen“ die „Infektionen“, die „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ und die „Krankheiten des Nervensystems, der Augen und Ohren“.

Mögliche Ver-
schiebungen:
Von Diagnosen
aus den Gruppen
„Symptome“,
„Verdauungs-“
oder „Kreislauf-
system“ hin zu
psychischen Er-
krankungen

Aus den dargestellten Veränderungen im Spektrum der Krankheitsarten lässt sich nicht ableiten, inwieweit bzw. zwischen welchen Krankheitsgruppen es zu Diagnoseverschiebungen gekommen ist, d.h. ob Krankheitsfälle, die früher einer somatischen Diagnosegruppe zugeordnet wurden, mittlerweile häufiger als eine psychische Störung klassifiziert werden.

Denkbar sind Verschiebungen zu den psychischen Erkrankungen zum Beispiel aus den Diagnosegruppen „Symptome“, „Verdauungssystem“ und „Kreislaufsystem“.

Einige der Veränderungen des Spektrums dürften jedoch auch mit dem Wechsel des ICD-Schlüssels zusammenhängen. (Beispielsweise könnte das unterproportionale Wachstum der „Krankheiten des Atmungssystems“ und die überproportionale Zunahme der „Infektionen“ sowie „Krankheiten des Nervensystems, der Augen und Ohren“ zumindest teilweise auf die unterschiedliche Zuordnung von bestimmten Diagnosen in den beiden ICD-Versionen zurückzuführen sein.)

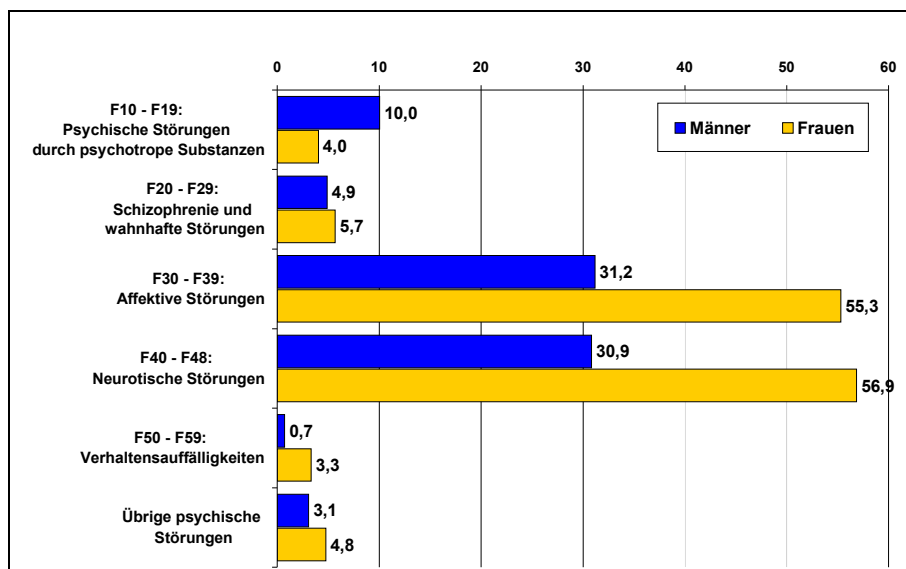
Psychische Erkrankungen im Jahr 2001 nach Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen

Die bisherigen Analysen haben die steigende Bedeutung der psychischen Störungen insgesamt aufgezeigt. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, welchen Anteil die einzelnen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen an dieser Entwicklung haben.

Die Gesamtheit der psychischen und Verhaltensstörungen wird im ICD 10 in elf Diagnosegruppen unterteilt. In den folgenden Auswertungen werden nur die im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit wichtigsten fünf dieser elf Gruppen einzeln ausgewiesen, die übrigen sechs werden zu einer Gruppe „Übrige psychische Störungen“ zusammengefasst.

Abbildung 40 zeigt die Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen und Geschlecht.

Abbildung 40



DAK 2002

Wie aus Abbildung 40 ersichtlich, wird das Krankheitsgeschehen bei beiden Geschlechtern von den Diagnosegruppen „Affektive Störungen“ und „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ dominiert. Ferner wird deutlich, dass die Frauen bei diesen beiden Diagnosegruppen jeweils erheblich mehr – nahezu doppelt so viele - Krankheitstage aufweisen als die Männer.

Die fünf im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeit wichtigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen

**Abb. 40
AU-Tage 2001
nach Diagnosegruppen und Geschlecht**

Frauen haben fast doppelt so viele AU-Tage in den beiden wichtigsten Diagnosegruppen

„Affektive Störungen“ und „Neurotische Störungen“ an der Spitze

Die „Neurotischen Störungen“ sind mit 2,7 (Frauen) bzw. 1,4 (Männer) AU-Fällen pro 100 ganzjährig Versicherte im Auftreten etwas häufiger als die „Affektiven Störungen“ (Frauen: 1,6; Männer: 0,8).

In beiden Diagnosegruppen dauert ein AU-Fall im Durchschnitt sehr lange: Bei den „Affektiven Störungen“ sind es bei den Frauen durchschnittlich 35, bei den Männern sogar 40 Tage. Bei den „Neurotischen Störungen“ sind es bei beiden Geschlechtern etwa 22 Tage.

Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen:

Bei Männern doppelt so viele AU-Tage und dreimal mehr Fälle als bei Frauen

An dritter Stelle folgen bei den Männern die „Störungen durch psychotrope Substanzen“, also der Drogen- und vor allem Alkoholmissbrauch. Mit 10 Krankheitstagen pro 100 Versichertenjahre gegenüber nur 4 Tagen bei den Frauen besteht bei dieser Diagnosegruppe ein deutliches Übergewicht der Männer.

Auch die Fallhäufigkeit liegt bei den Männern mit 0,36 pro 100 Versichertenjahre etwa dreimal so hoch wie bei den Frauen (0,14).

Bei Arbeitsunfähigkeiten wegen Substanzmissbrauchs dauert der einzelne Krankheitsfall mit durchschnittlich gut 28 Tagen ebenfalls ausgesprochen lange.

Zahl der AU-Tage wegen Schizophrenie vergleichsweise gering,

Zur Diagnosegruppe „Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“ gehören die besonders schweren psychischen Erkrankungen, die in vielen Fällen zu lang andauernden Arbeitsunfähigkeiten oder sogar zum Ausscheiden aus dem Arbeitsleben führen. Da diese Krankheiten im Vergleich zu den drei zuvor genannten jedoch selten sind, ist die Zahl der Krankheitstage mit etwa 5 Tagen pro 100 Versicherte gering.

Falldauer bei dieser Diagnose jedoch die höchste (43 Tage)

Auf 100 Versicherte kommen im Jahr 0,12 AU-Fälle, also etwa einer pro 1000 DAK-Mitglieder. Die „Schizophrenien und wahnhaften Störungen“ weisen von allen Diagnosegruppen mit etwa 43 Tagen die längste durchschnittliche Falldauer auf.

Wichtigste Einzeldiagnose innerhalb der Gruppe „Verhaltensauffälligkeiten...“: Essstörungen (überwiegend Frauen betroffen)

Als fünfte Gruppe sind in Abbildung 40 die „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ dargestellt. Bei den Männern ist die Zahl der Krankheitstage sehr gering, bei den Frauen beträgt sie 3,3 AU-Tage pro 100 Versicherte.

Dieser deutliche Geschlechtsunterschied geht auf eine Einzeldiagnose zurück, die für den größten Teil der Fehltage in dieser Diagnosegruppe verantwortlich ist, nämlich die Essstörungen (Bulimie, Anorexie).

In der letzten Kategorie in Abbildung 40 sind alle übrigen Diagnosegruppen zusammengefasst, die für sich genommen nur sehr geringe oder keine Bedeutung für die Arbeitsunfähigkeiten haben.

Es sind dies die „Organischen Störungen“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, „Intelligenzminderung“, „Entwicklungsstörungen“, „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ sowie die „Nicht näher bezeichneten psychischen Störungen“.

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten einzelnen Diagnosen innerhalb der Diagnosegruppen näher analysiert.

Affektive Störungen

Zur Gruppe der affektiven Störungen gehören insbesondere die Depressionen: Schlüsselt man die Diagnosegruppe der affektiven Störungen nach den einzelnen Diagnosen auf, so gehen bei Männern und Frauen ca. 76% der AU-Tage auf die Diagnose „Depressive Episode“ (F32) zurück.

Depressive Episoden häufigste Einzeldiagnose bei „Affektiven Störungen“

Zweitwichtigste Einzeldiagnose sind „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33), also das wiederholte Auftreten von Depressionen. Die folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Kennzahlen dieser beiden Diagnosen.

	AU-Tage pro 100 Vers.jahre		AU-Fälle pro 100 Vers.jahre		Betroffenenquote	
	m	w	m	w	m	w
F32 Depressive Episode	23,5	42,3	0,6	1,3	0,5%	1,1%
F33 Rezidivierende depressive Störung	5,1	9,2	0,1	0,2	0,1%	0,2%

Depressive Störungen sind gekennzeichnet durch eine gedrückte Stimmung der Betroffenen, Interessenverlust, verminderten Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit.

Die Depression ist eine Volkskrankheit, von der sehr viele Menschen betroffen sind – wie die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys zeigen, erheblich mehr, als durch die Arbeitsunfähigkeitsstatistik sichtbar wird: Im Laufe eines Jahres leiden 11,5 % der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren an einer Depression.

Bundes-Gesundheitssurvey: 11,5 % der Bevölkerung leiden im Laufe eines Jahres an einer Depression

Depressive Störungen sind auch für einen großen Teil der vorzeitigen Sterblichkeit verantwortlich:

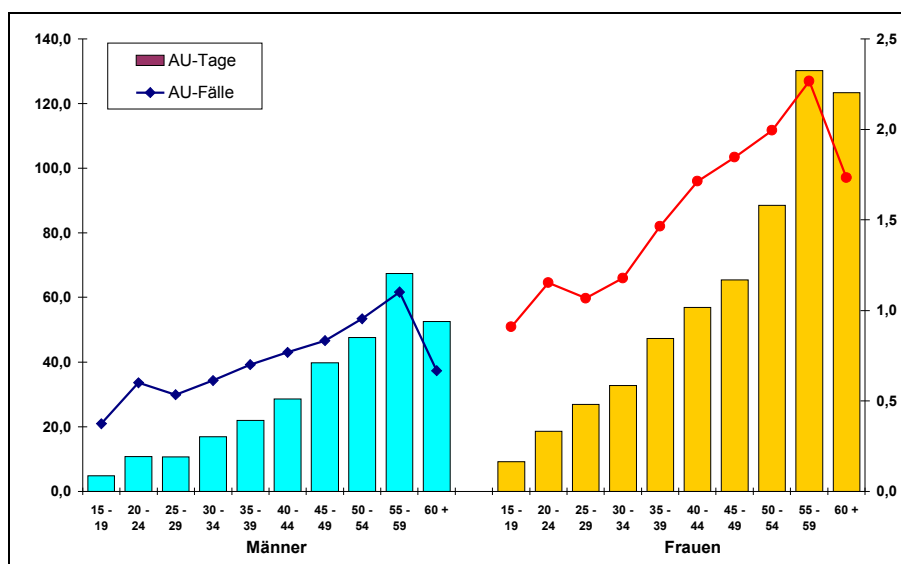
Dem Gesundheitsbericht für Deutschland zufolge waren von den etwa 12.900 im Jahr 1995 registrierten Suiziden 7.700 – also etwa 60 % - auf depressive Erkrankungen zurückzuführen.

AU-Tage wegen Depressionen steigen mit zunehmendem Alter an

Depressive Erkrankungen treten ab dem Jugendalter in allen Altersgruppen mit vergleichbarer Häufigkeit auf. Bei den Arbeitsunfähigkeiten zeigt sich jedoch ein deutlicher Altersgang im Sinne eines annähernd kontinuierlichen Anstiegs mit zunehmendem Lebensalter (Abbildung 41).

Abbildung 41

Abb. 41
AU-Tage (Säulen, linke Skala) und AU-Fälle aufgrund depressiver Episoden (F32) und rezidivierender depressiver Störungen (F33) nach Geschlecht und Altersgruppen



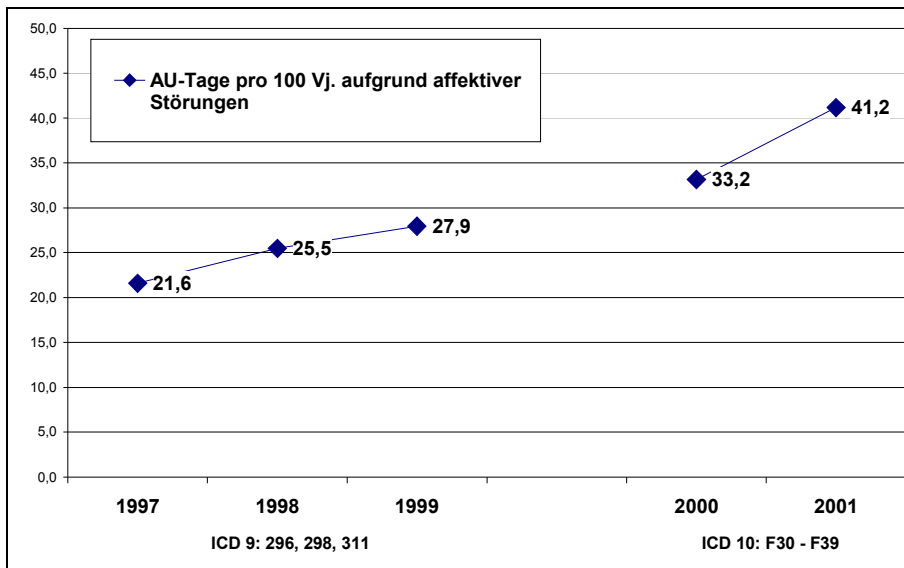
DAK 2002

Die ausgeprägte Altersabhängigkeit der AU-Tage und –Fälle aufgrund depressiver Störungen entspricht der bereits in Abbildung 29 dargestellten Situation für die psychischen Störungen insgesamt und auch die dort bereits angeführten Erklärungsansätze für das geringere AU-Volumen bei den jüngeren Mitgliedern wären hier erneut anzuführen.

Die affektiven Störungen und darunter insbesondere die Depressionen nehmen weltweit zu. Dies gilt auch für die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder.

Wegen der Umstellung des ICD-Diagnoseschlüssel von 1999 auf 2000 ist es schwierig, den zeitlichen Verlauf auf der Ebene der Einzeldiagnosen zuverlässig zu verfolgen. In Abbildung 42 ist daher die zeitliche Entwicklung der Krankheitstage für die Gesamtgruppe der affektiven Störungen dargestellt. Der Wechsel des ICD-Schlüssels ist als Unterbrechung der Verlaufskurve dargestellt.

Abbildung 42



DAK 2002

Sieht man von möglichen Unschärfen durch die ICD-Umstellung ab, dann sind die Krankheitstage aufgrund affektiver Störungen bei den berufstätigen DAK-Mitgliedern von 1997 bis 2001 um 91 % gestiegen. Allein von 2000 auf 2001 – also nach erfolgter Umstellung auf den ICD 10 - beträgt die Zunahme schon 24 %.

Bei der Interpretation dieses Wachstums sind die bereits mehrfach angesprochenen epidemiologischen Forschungsergebnisse zu berücksichtigen:

- Der Bundes-Gesundheitssurvey hat ermittelt, dass depressive Störungen in der Bevölkerung sehr viel stärker verbreitet sind, als durch die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten erkennbar wird.
- Untersuchungen in Hausarztpraxen haben gezeigt, dass depressive Störungen in vielen Fällen nicht erkannt und diagnostiziert werden. Ein Grund dafür könnte sein, dass viele depressive Patienten mit Symptomen beim Arzt vorstellig werden, die zunächst als körperlich bedingt gedeutet werden können: Energieverlust, Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Häufigstes Einzelsymptom sind Schlafstörungen¹¹.

Abb. 42
AU-Tage wegen
affektiver Stö-
rungen im Zeit-
verlauf

1997 – 2001: An-
stieg der Krank-
heitstage wegen
affektiver Störun-
gen um 91 %

Befragungen zu-
folge sind de-
pressive Störun-
gen noch viel
stärker verbreitet

Depressionen
werden vom
(Haus-)Arzt oft
nicht erkannt
bzw. diagnosti-
ziert

¹¹ Ergebnisse der bereits zitierten „Depression 2000“-Studie von Wittchen (2000)

Die steigende Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von affektiven Störungen könnte daher zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass derartige Erkrankungen mittlerweile zunehmend richtig diagnostiziert werden.

Mängel in der Versorgung depressiver Patienten

Die depressiven Störungen werden mittlerweile zunehmend als eines der drängendsten Gesundheitsprobleme erkannt. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in seinem Jahresgutachten 2000/2001 speziell auch mit der Versorgungssituation von Menschen mit depressiven Störungen befasst und kommt zu folgenden Schlüssen¹²:

- Die Mehrzahl der depressiven Patienten befindet sich in hausärztlicher Behandlung. Bei mindestens einem Drittel der Patienten wird die Erkrankung jedoch nicht erkannt und bei weniger als der Hälfte wird sie konsequent behandelt.
- Die medikamentöse Behandlung depressiver Patienten entspricht vielfach nicht den anerkannten Leitlinien.
- Patienten mit schwerwiegenden Störungen werden oft zu spät in eine spezialärztliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung überwiesen.

Der Sachverständigenrat fordert daher die Entwicklung von evidenzbasierten – d.h. auf dem gesicherten medizinischen Wissensstand basierenden - Leitlinien für die Erkennung und Behandlung von depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis.

Kaum erwiesenermaßen wirksame Ansätze zur Prävention depressiver Störungen

Im Hinblick auf die Prävention von depressiven Störungen gibt es – bis auf sehr spezifische Situationen - bis heute kaum Ansätze, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen wäre. Zu den spezifischen Ausnahmen gehören gerade im Bereich der Arbeitswelt die Maßnahmen zum Abbau von arbeitsbedingtem Stress sowie zur Verhütung von Mobbing, auf die in der Schlussdiskussion weiter unten näher eingegangen wird.

Auswertung der Verordnungen von Antidepressiva

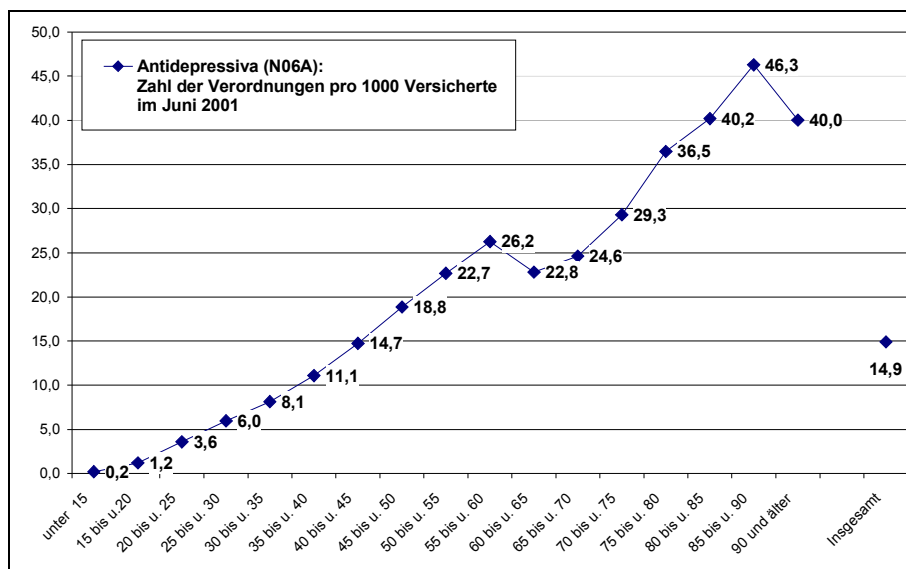
Als ein letzter Gesichtspunkt sollen im Hinblick auf die depressiven Störungen noch erste Auswertungen von Medikamentenverordnungen dargestellt werden. Abbildung 43 zeigt die Zahl der Verordnungen von Antidepressiva, die jeweils 1000 Versicherte der DAK im Juni 2001 erhalten haben.

¹² Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Ziff. 248 –250, S. 242f.

Bei diesen Daten handelt es sich um eine andere Grundgesamtheit als bei den Arbeitsunfähigkeiten: Ausgewertet wurden nicht nur die berufstätigen DAK-Mitglieder, sondern alle Versicherten aller Altersgruppen (einschließlich der Nicht-Berufstätigen).

**Berücksichtigt:
Alle DAK-
Versicherten**

Abbildung 43



**Abb. 43
Zahl der Verordnungen von Antidepressiva (N06A) pro 1000 Versicherte im Juni 2001**

DAK 2002

Die Verordnungshäufigkeit von antidepressiv wirkenden Medikamenten zeigt einen ähnlich ansteigenden Verlauf mit zunehmendem Alter wie auch die Arbeitsunfähigkeiten wegen depressiver Störungen.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Die Diagnosegruppe der neurotischen Störungen enthält neben den phobischen (F40) Störungen, den Angststörungen (F41) und Zwangsstörungen (F42) auch die Reaktionen auf schwere Belastungen (F43), die Konversionsstörungen (F44) und die somatoformen Störungen (F45).

Mengenmäßig am bedeutsamsten sind die Diagnosen „Andere Angststörungen“, „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“, „Somatoforme Störungen“ sowie „Andere neurotische Störungen“. Die Tabelle zeigt die wichtigsten Kennzahlen für diese vier Diagnosen.

**Die wichtigsten
Diagnosen der
Gruppe „Neuroti-
sche Störungen“**

		AU-Tage pro 100 Vers.jahre		AU-Fälle pro 100 Vers.jahre		Betroffenenquote	
		m	w	m	w	m	w
F41	Andere Angststörungen	4,5	8,4	0,1	0,2	0,1%	0,2%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	11,7	21,3	0,5	1,1	0,4%	0,9%
F45	Somatoforme Störungen	7,1	12,9	0,4	0,8	0,3%	0,6%
F48	Andere neurotische Störungen	6,4	12,5	0,3	0,6	0,2%	0,5%

Höchstes AU-Volumen bei Belastungsreaktionen

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage entfallen auf die Belastungsreaktionen, bei denen ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis oder eine besondere Veränderung im Leben der Auslöser der psychischen Störung ist.

Relativ viele AU-Tage sind auch bei der Diagnose „Andere neurotische Störungen“ zu beobachten, die eine Art Restkategorie für Krankheitsfälle darstellt, die nicht eindeutig einer bestimmten Störung zuzuordnen sind.

Die Diagnose „Andere Angststörungen“ ist in engem Zusammenhang mit der in der Tabelle nicht ausgewiesenen Diagnose „Phobische Störungen“ zu sehen. Letztere verursacht bei den Männern 0,5 und bei den Frauen 0,8 AU-Tage.

Zu den Angststörungen gehören bspw. Panikattacken, soziale Ängste oder mit spezifischen Situationen verbundene Ängste. Die Betroffenen sind häufig in ihren alltäglichen Aktivitäten und ihrer Lebensqualität massiv eingeschränkt.

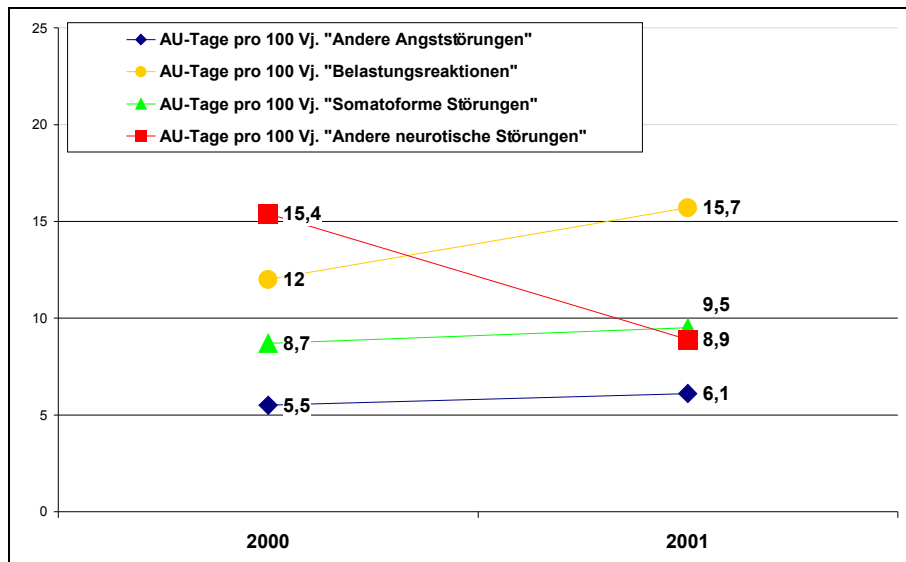
Angststörungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet

Angststörungen sind nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys in der Bevölkerung ebenfalls weit verbreitet: Innerhalb eines Jahreszeitraums erleben etwa 14,5 % eine Angststörung.

Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Äußerung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz der wiederholten Versicherung der Ärzte, dass die Symptome keine körperliche Ursache haben.

Bei diesen vier Einzeldiagnosen ist eine den ICD-Wechsel überschreitende Verlaufsdarstellung besonders problematisch, weshalb in Abbildung 43 nur die Entwicklung der Krankheitstage von 2000 zu 2001 dargestellt wird.

Abbildung 44



DAK 2002

Die „Anderen neurotischen Störungen“ haben deutlich abgenommen, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass die Ärzte bei der Diagnosecodierung die neuen Differenzierungsmöglichkeiten des ICD 10 zunehmend besser nutzen und von dieser unspezifischen Restkategorie weniger Gebrauch machen.

Die AU-Tage aufgrund von Belastungsreaktionen haben im Vergleich der beiden Jahre um etwa 31 % zugenommen. Bei den beiden anderen Diagnosen beträgt das Wachstum etwa 10 %.

Besondere Aufmerksamkeit widmet die Forschung in den letzten Jahren den „Somatoformen Störungen“. Einer der Gründe für dieses Interesse ist, dass somatoforme Beschwerden wie Brustschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle oder Rückenschmerzen zu den häufigsten körperlichen Beschwerden gehören, die einen Patienten zum Aufsuchen eines Arztes führen. Ca. 20 % aller Hausarztbesuche gehen auf unklare körperlichen Beschwerden zurück, für die im weiteren Verlauf auch keine organische Ursachen auszumachen sind. Auch aus stationären Abteilungen werden somatoforme Störungen in einer Häufigkeit von 10 bis zu 40 % der Patienten berichtet. Somatoforme Störungen zählen damit zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Die Betroffenen sind gewöhnlich von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt und widersetzen sich allen Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren.

Abb. 44
AU-Tage wegen Angststörungen, Belastungsreaktionen, somatoformen und anderen neurotischen Störungen im Zeitverlauf

Rückgang der „Anderen neurotischen Störungen“

Insbesondere Belastungsreaktionen haben zugenommen

Somatoforme Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen

Die hartnäckige Weigerung der Betroffenen zu akzeptieren, dass keine körperliche Erkrankung vorliegt, kann zu Belastungen der Arzt-Patient-Beziehung führen und dazu, dass die Betroffenen weitere medizinische Massnahmen einfordern oder häufig ihren Arzt wechseln.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Alkohol an der Spitze der missbrauchten Substanzen

An dritter Stelle der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Störungen stehen die Krankheitsfälle wegen Substanzmissbrauchs. Mit Abstand die wichtigste Einzeldiagnose sind hier die „Störungen durch Alkohol“ (F10).

Die Tabelle zeigt neben den Kennzahlen für die „Störungen durch Alkohol“ noch drei weitere substanzbezogene Diagnosen, für die jedoch nur sehr geringe Arbeitsunfähigkeitszeiten registriert werden.

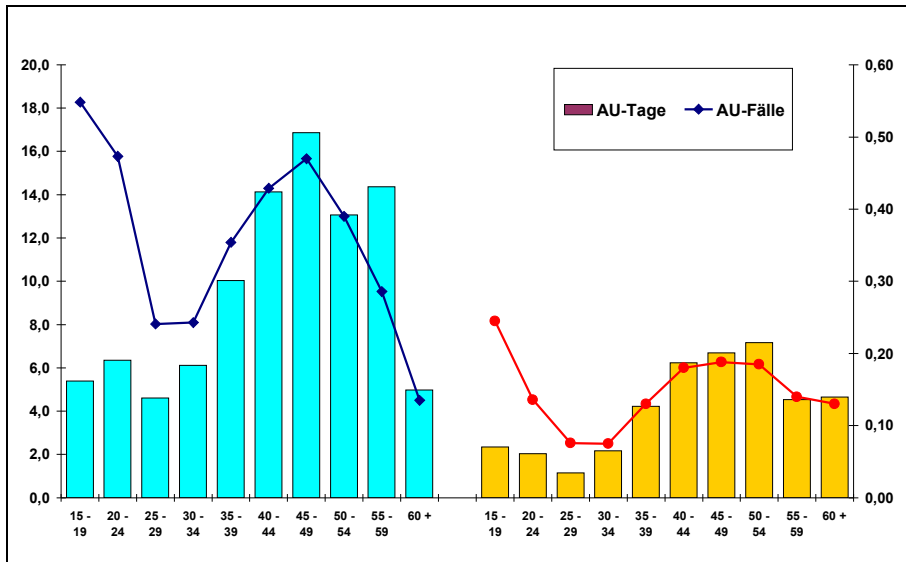
		AU-Tage pro 100 Vers.jahre		AU-Fälle pro 100 Vers.jahre		Betroffenenquote	
		m	w	m	w	m	w
F10	Störungen durch Alkohol	8,2	3,2	0,3	0,1	0,2%	0,1%
F11	Störungen durch Opioide	0,5	0,1	0,02	0,01	0,01%	0,005%
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	0,1	0,2	0,01	0,01	0,01%	0,01%
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	0,9	0,4	0,04	0,01	0,02%	0,01%

Fallzahl und AU-Tage wegen Störungen durch psychotrope Substanzen bei Männern rund dreimal höher

Bei den psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen dominieren eindeutig die männlichen DAK-Mitglieder. Auf 1000 ganzjährig versicherte Mitglieder kommen drei alkoholbedingte AU-Fälle und 82 Krankheitstage. Bei den Frauen sind es nur 1 Fall und 32 Fehltage pro 1000 Versichertenjahre.

Die substanzbezogenen Störungen weisen bei den AU-Fällen ein ungewöhnliches Profil auf (Abbildung 45): In den beiden jüngsten Altersgruppen liegt die Fallzahl sehr hoch, bei den Männern sogar höher als in den bei Betrachtung der AU-Tage besonders betroffenen Altersgruppen von 40 bis 59 Jahren.

Abbildung 45



DAK 2002

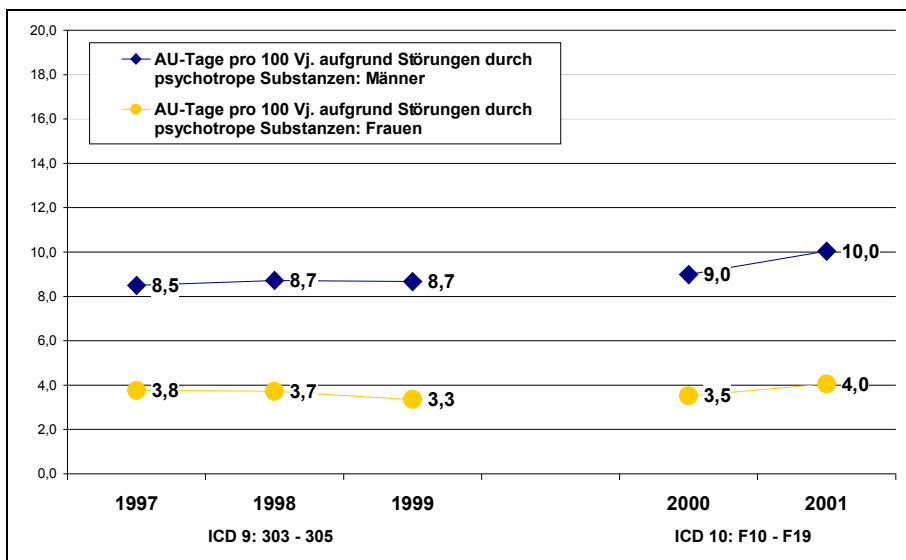
Bei den jungen DAK-Mitgliedern kommt es somit häufiger zu einer alkoholbedingten Arbeitsunfähigkeit, die jedoch nur von relativ kurzer Dauer ist (im Durchschnitt etwa 10 bis 13 Tage pro Fall). In den höheren Altersgruppen (ab 40 Jahren) liegt die durchschnittliche Falldauer bei beiden Geschlechtern über 30 Tagen.

Abb. 45
AU-Tage (Säulen, linke Skala) und AU-Fälle aufgrund von Störungen durch psycho-trope Substanzen nach Geschlecht und Altersgruppen

Häufigere, aber kürzer dauernde AU wegen Alkohol bei den Jüngeren

Die Arbeitsunfähigkeiten wegen substanzbedingter Störungen waren von 1997 bis 1999 relativ konstant (Abbildung 45). Von 2000 auf 2001 ist eine leichte Zunahme der Krankheitstage zu erkennen.

Abbildung 46



DAK 2002

Abb. 46
AU-Tage wegen Störungen durch psychotrope Substanzen im Zeitverlauf

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Essstörungen wichtigste Einzeldiagnose in dieser Gruppe

Auf die Diagnosegruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen entfallen nur relativ wenige AU-Tage. Sie soll dennoch etwas eingehender thematisiert werden, weil die „Essstörungen“ (F50) zu dieser Gruppe gehören.

Bei Männern ist ihre Bedeutung sehr gering

Die Essstörungen sind die einzige Einzeldiagnose, die in dieser Gruppe ein nennenswertes Aufkommen an AU-Tagen und –Fällen verursacht – und dies auch nur bei den weiblichen Mitgliedern.

	AU-Tage pro 100 Vers.jahre		AU-Fälle pro 100 Vers.jahre		Betroffenenquote	
	m	w	m	w	m	w
F50 Essstörungen	0,2	2,6	0,004	0,05	0,003%	0,03%

Zwei abgrenzbare Krankheitsbilder gehören zu den Essstörungen: Bulimia nervosa und Anorexia nervosa.

Sowohl von Anorexia nervosa als auch von

Bei der Anorexia nervosa weigern sich die Betroffenen, ein für ihr Alter und ihre Körpergröße normales Körpergewicht zu halten, was in der Folge zu einem fortschreitenden Gewichtsverlust führt.

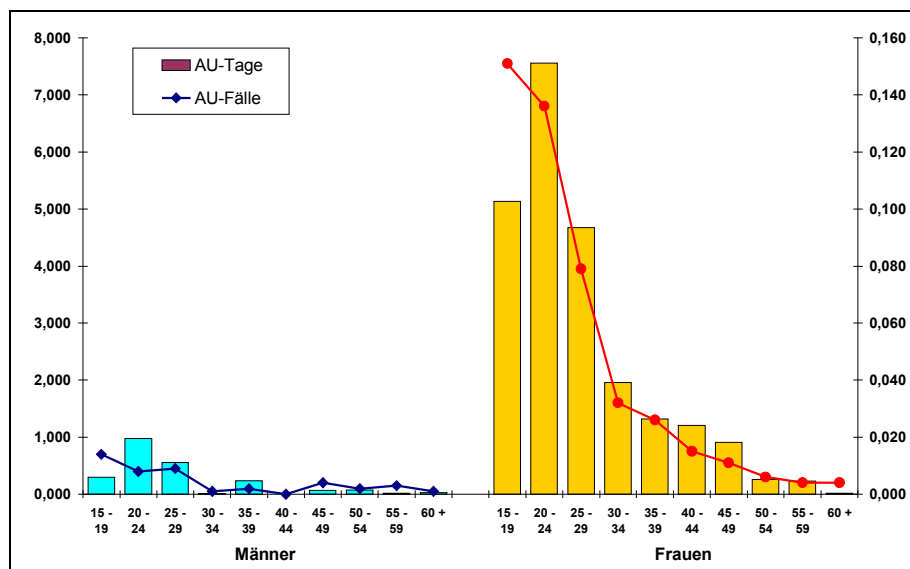
Bulimia nervosa sind ...

Bei der Bulimia nervosa leiden die Betroffenen unter wiederholten Episoden von „Fressattacken“, d.h. es werden innerhalb weniger Augenblicke Nahrungsmittel bis zu 20.000 Kalorien verschlungen (dies entspricht mehr als 30 Tafeln Schokolade) und anschliessend wieder erbrochen.

... vor allem sehr junge Frauen betroffen

Vor allem junge Frauen leiden unter Essstörungen, was auch bei Betrachtung der Arbeitsunfähigkeiten deutlich wird (Abbildung 46). Dies entspricht den Ergebnissen von epidemiologischen Untersuchungen, welche einen Beginn der Erkrankungen im Mittel mit 15 Jahren bei der Anorexie und 18 Jahren bei der Bulimie feststellen.

Abbildung 47



DAK 2002

Die Zahl der bei der DAK registrierten Krankheitstage aufgrund von Essstörungen hat von 2000 auf 2001 zugenommen.

Dies reflektiert einen Trend in westlichen Industrienationen, der seit einigen Jahrzehnten beobachtet wird. Essstörungen haben in dieser Zeit deutlich zugenommen und gehören mittlerweile zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen im jungen und mittleren Erwachsenenalter¹³. In diesem Zusammenhang wird auch ein zunehmender Anteil männlicher Patienten verzeichnet.

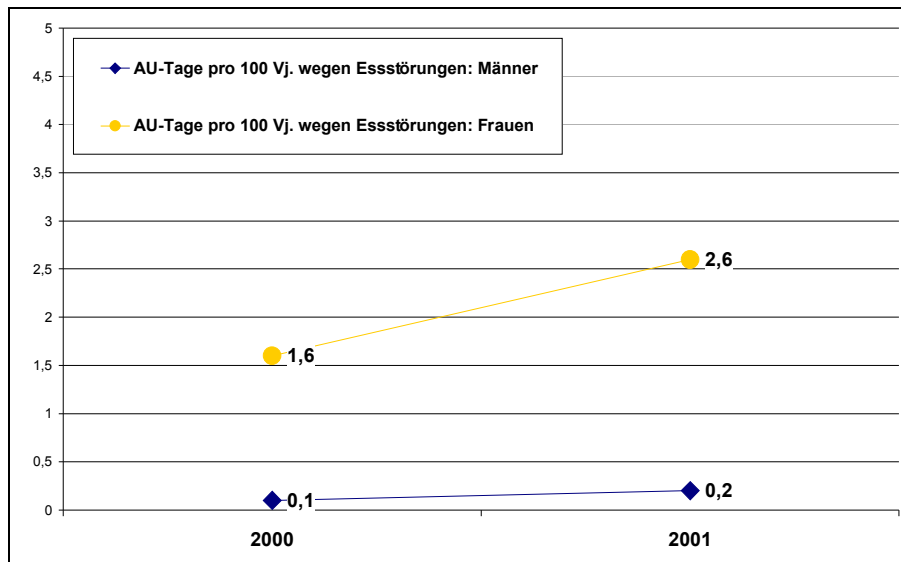
Abb. 47
AU-Tage (Säulen, linke Skala)
und AU-Fälle
aufgrund von
Essstörungen
nach Geschlecht
und Altersgruppen

Zunahme von
Essstörungen in
den westlichen
Industrienationen

¹³ Fichter, M.M (1999): Essstörungen, In: Möller, Laux, Kapfhammer: Psychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag Heidelberg, 1403-1422

Abbildung 48

Abb. 48
AU-Tage wegen
Essstörungen im
Zeitverlauf



DAK 2002

Vor allem bei An-
orexie hohe
Sterblichkeit

Bei den Essstörungen handelt es sich um ernsthafte psychiatrische Erkrankungen. So liegt die Sterblichkeitsrate bei der Anorexie zwischen 10 % bis 15 % und fordert damit mehr Opfer als jede andere psychiatrische oder psychosomatische Störung¹⁴.

... sowie ungün-
stige Prognose
und lange wäh-
render Krank-
heitsverlauf

Auch ist die Prognose der Betroffenen ungünstig. So gibt es nur selten Spontanremissionen einer Bulimie und bei der Anorexie erfolgt keine Heilung innerhalb der ersten zwei Jahre. Der Krankheitsverlauf erstreckt sich meist über viele Jahre, wobei häufig Übergänge zwischen den Störungen Anorexie und Bulimie beobachtet werden.

Verschiedene
Entstehungsur-
sachen

Als Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen werden mehrere Faktoren diskutiert. Die Spannweite reicht dabei von biologischen und genetischen Faktoren bis über spezielle Merkmale in der Persönlichkeit der Betroffenen und ihrer Familien. Ein wesentlicher soziokultureller Faktor ist sicherlich das vorherrschende Schlankeitsideal in den westlichen Industrienationen. Diesem Ideal scheinen auch in immer stärkerem Maße die Männer unterworfen zu sein, worauf die Zunahme der AU-Tage wegen Essstörungen hinweist.

¹⁴ ca. 40% der Mortalitätsrate geht auf Suizide der Betroffenen zurück

Fazit und Schlussfolgerungen zu den psychischen und Verhaltensstörungen

Die Analysen der Arbeitsunfähigkeiten der berufstätigen DAK-Mitglieder zeigen seit 1997 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitsfälle und –tage wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Im direkten Vergleich der Jahre 1997 und 2001 haben die Arbeitsunfähigkeiten dieser Krankheitsart um 51 % zugenommen.

Psychische Erkrankungen haben von 1997 – 2001 um 51 % zugenommen

Die vertiefenden Auswertungen des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports 2002 haben eine Reihe von wichtigen Erkenntnissen zur Bedeutung der psychischen Erkrankungen in bestimmten Untergruppen sowie zu der Entwicklung im Zeitverlauf geliefert:

- Frauen sind insgesamt deutlich häufiger von Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen betroffen als Männer und weisen dementsprechend auch erheblich mehr Krankheitstage und –fälle auf.
- Dieser Geschlechtsunterschied findet sich besonders ausgeprägt bei den beiden zahlenmäßig wichtigsten Diagnoseuntergruppen, nämlich den „Affektiven Störungen“ und den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“.
- Nur bei den „Störungen durch psychotrope Substanzen“ – dominierend sind hier die psychischen Störungen durch Alkohol – verhält es sich umgekehrt: Männer weisen mehr als doppelt so viele Krankheitstage auf als Frauen.
- Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen verursachen mit zunehmendem Alter der Mitglieder immer mehr Krankheitstage und –fälle.
- Auffällig bei der Untersuchung der Entwicklung im Zeitverlauf ist jedoch die besonders starke Zunahme der Krankheitstage wegen psychischer Erkrankungen in den jüngsten Altersgruppen: So nimmt beispielsweise bei den weiblichen Mitgliedern zwischen 20 und 24 Jahren die Zahl der Krankheitsfälle von 1997 bis 2001 um 90 % zu. Bei den Frauen insgesamt beträgt die Steigerung 57 %. Die überproportionale Zunahme bei den jüngsten Mitgliedern ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten.

Frauen häufiger betroffen als Männer

Anstieg mit zunehmendem Alter

In den letzten Jahren jedoch auch überproportionaler Anstieg bei den jüngsten Altersgruppen

Besonders betroffene Wirtschaftsgruppen

- Von psychischen Erkrankungen sind Beschäftigte in den Wirtschaftsgruppen „Gesundheitswesen“, „Öffentliche Verwaltungen“, „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ sowie „Medien, Bildungs- und Kultureinrichtungen“ besonders betroffen. In diesen Branchen liegt die Zahl der Krankheitstage wegen psychischer Erkrankungen deutlich über dem DAK-Durchschnitt.
- Die besondere Bedeutung der psychischen Erkrankungen für die Beschäftigten in den vier genannten Branchen wird deutlich, wenn man sie in Beziehung zu ihrem Gesamtkrankenstand aufgrund aller Diagnosen setzt: Alle vier Branchen liegen mit ihrem Gesamtkrankenstand über dem DAK-Durchschnitt. Die Abweichung des Krankenstandes aufgrund psychischer Erkrankungen vom entsprechenden DAK-Wert geht jedoch noch weit darüber hinaus.
- Beim Vergleich mit dem Gesamtkrankenstand des Wirtschaftszweiges sind auch die Beschäftigten in den Banken und Versicherungen auffällig: Bei einem deutlich unter dem DAK-Durchschnitt liegenden Gesamtkrankenstand erreichen die Krankheitstage wegen psychischer Erkrankungen in dieser Branche einen leicht überdurchschnittlichen Wert. Das bedeutet, dass die Beschäftigten im Finanzgewerbe ebenfalls einem höheren Risiko unterliegen, an einer psychischen Störung zu erkranken.

Besonders betroffene Bundesländer

- Die Auswertung nach Bundesländern zeigt stark überproportionale Krankenstände wegen psychischer Erkrankungen bei den Mitgliedern in Berlin, Hamburg und dem Saarland.
- In allen fünf neuen Bundesländern spielen die psychischen Erkrankungen eine deutlich geringere Rolle als in den alten Ländern.

Wichtigste Einzeldiagnose: Depressive Störungen

- Auf der Ebene der Einzeldiagnosen spielen die depressiven Störungen die wichtigste Rolle. Bei diesen Krankheitsbildern ist ferner ein kontinuierlicher und beim Vergleich der Jahre 2000 und 2001 sogar erheblicher Zuwachs zu verzeichnen.

Psychische Erkrankungen werden häufig nicht erkannt und optimal behandelt.

Die Interpretation dieser Ergebnisse sollte im Zusammenhang mit neueren Untersuchungen zur Epidemiologie und zur Versorgungssituation psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik erfolgen. Diese Untersuchungen zeigen, dass psychische Störungen zum einen erheblich häufiger auftreten, als die Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen und zum anderen, dass diese Erkrankungen in der medizinischen – insbesondere hausärztlichen – Versorgung in vielen Fällen nicht erkannt und auch nicht oder nicht optimal behandelt werden.

Es lässt sich daher nicht entscheiden, ob der bei den Arbeitsunfähigkeiten beobachtbare Anstieg der psychischen Erkrankungen tatsächlich die auch von Wissenschaftlern bestätigte Zunahme derartiger Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung widerspiegelt oder ob diese Erkrankungen von den Ärzten nur häufiger festgestellt werden.

Angesichts der im Bundes-Gesundheitssurvey festgestellten Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung stellen die Arbeitsunfähigkeiten mit diesen Diagnosen jedenfalls nur die „Spitze eines Eisberges“ dar.

Die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – insbesondere im Hinblick auf die besonders verbreiteten und offenbar zunehmenden depressiven Störungen – ist eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgaben in den kommenden Jahren.

Im Hinblick auf Ansätze zur Prävention psychischer Erkrankungen speziell im Kontext der Arbeitswelt ist folgendes festzuhalten:

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

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

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

Allgemein und branchenunabhängig spielt arbeitsbedingter Stress eine Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen. Beispielsweise haben wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass die Kombination von hohen Leistungsanforderungen und gleichzeitig geringen eigenen Handlungsspielräumen zu arbeitsbedingtem Stress führt und bei den Betroffenen das Risiko für das Auftreten einer depressiven Störung sowie den Konsum von Alkohol, Medikamenten und Nikotin erhöht.

Ist der Anstieg psychischer Erkrankungen auf verändertes Diagnoseverhalten zurückzuführen?

Verbesserung der Versorgung ist eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe

Maßnahmen psychosozialer Prävention:

Burn-out-Prävention

Abbau von arbeitsbedingtem Stress

Mobbing ist eine wichtige Ursache für psychische Erkrankungen

Ein weiteres wichtiges Stichwort für die Prävention psychischer Erkrankungen ist Mobbing: Nach vorliegenden Untersuchungen liegt der Anteil der Menschen, die mindestens einmal wöchentlich an ihrem Arbeitsplatz gemobbt werden zwischen 1,2 und 3,5 %¹⁵.

In den Branchen mit vielen AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen ist auch Mobbing besonders häufig

Dabei wurden auch deutliche Branchenunterschiede festgestellt: So finden sich im Gesundheits- und Sozialbereich, in den öffentlichen Verwaltungen sowie dem Kreditgewerbe überproportional viele Mobbing-Opfer. Dies sind genau die Branchen, in denen die im vorliegenden DAK Gesundheitsreport durchgeführten Analysen auch deutlich erhöhte Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen aufgezeigt haben.

Häufigste gesundheitliche Folgen von Mobbing sind psychosomatische Beschwerden, Angststörungen und depressive Verstimmungen.

Mobbing-Opfer weisen hohe Krankenstände auf

Auch die Fehlzeiten von Mobbing-Opfern sind untersucht worden: In einer deutschen Untersuchung wurde festgestellt, dass sich 27 % der Mobbing-Opfer langfristig krankschreiben lassen. Auch aus anderen Ländern gibt es Befunde, die zeigen, dass Mobbing für eine erhebliche Zahl von Fehltagen verantwortlich sein dürfte.

¹⁵ vgl. Zapf, D. & Kuhl, M.: Mobbing am Arbeitsplatz: Ursachen und Auswirkungen. In: B. Badura, M. Litsch, C. Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz. S. 89-97. Berlin: Springer-Verlag 1999.

8 Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport legt die DAK zum vierten Mal eine umfassende Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK vor. Über den Zeitraum von 1997 – 2001 kann nun die Entwicklung des Krankheitsgeschehens auf einer breiten Datenbasis analysiert werden.

Für das Jahr 2001 kann wieder eine positive Bilanz gezogen werden: Erneut haben sich Befürchtungen hinsichtlich eines weiter steigenden Krankenstandes nicht bestätigt. Der Krankenstand hat sich bereits im dritten Jahr auf dem immer noch vergleichsweise niedrigen Niveau von 3,5% stabilisiert.

Eine monokausale Erklärung für das bei den DAK-Mitgliedern gleichbleibende Krankenstandsniveau kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen verschiedene Einflussfaktoren sowohl auf betrieblicher als auch auf gesamtwirtschaftlicher Ebene berücksichtigt werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch gegenseitig aufheben können: So ist zum einen ein deutlicher Zusammenhang von Krankenstands- und wirtschaftlicher Entwicklung zu beobachten. Das seit Mitte der 90er Jahre zu beobachtende sich verlangsamende Wirtschaftswachstum übt einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.

Die Versichertenstruktur der DAK besteht überwiegend aus Beschäftigten in Angestelltenberufen. Der Anteil gewerblich beschäftigter Versicherter nimmt jedoch zu. Der Krankenstand der DAK-Versicherten müsste hierdurch eher ansteigen.

Darüber hinaus dürften die in den vergangenen Jahren in vielen Unternehmen eingeleiteten Maßnahmen zur Abbau bzw. zur Vermeidung eines Wiederanstiegs des Krankenstandes mittelfristig Erfolge gezeigt haben. Neben Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung finden u. a. bei Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung Fragen der Mitarbeitergesundheit und –motivation zunehmend Berücksichtigung.

Auf den ersten Blick Anlass zur Besorgnis gibt der steigende Anteil von Krankheitsfällen wegen psychischer Erkrankungen. Der insgesamt starke Anstieg der Krankheitstage und –fälle ist bei den jungen Mitgliedern besonders ausgeprägt.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass psychische Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung bisher zu einem hohen Prozentsatz nicht als solche erkannt und behandelt werden. Der bei den Arbeitsunfähigkeiten erkennbare Anstieg solcher Diagnosen könnte daher auch auf Verbesserungen im Bereich der Erkennung psychischer Störungen hindeuten.

Analyse des Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von 5 Jahren möglich.

Positive Bilanz: Seit 3 Jahren bleibt der Krankenstand auf stabilem Niveau

Zusammenhänge zwischen Krankenstand und Wirtschaftsentwicklung

Aktivitäten der Unternehmen zur Senkung der Krankenstände

Anstieg der psychischen Erkrankungen:

Möglicherweise Verbesserung bei der Erkennung dieser Krankheiten?

Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen

Trotzdem werden die psychischen Störungen in den kommenden Jahren eines der zentralen Themen im Gesundheitswesen werden. Die Zahl der Menschen mit depressiven Erkrankungen nimmt nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu. Gleichzeitig gibt es Defizite in der medizinischen Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

Die DAK stimmt mit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen überein, dass möglichst rasch verbindliche und den Stand des medizinischen Wissens berücksichtigende Behandlungsleitlinien erarbeitet werden sollten.

Dem Problem „Mobbing“ muss mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden

Im Zusammenhang mit den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen gewinnt das Thema „Mobbing“ besondere Bedeutung. Die betriebliche Gesundheitsförderung sollte verstärkt spezielle Angebote für Betroffene sowie zur Prävention solcher Fälle einbeziehen.

Darüber hinaus versprechen auch die erprobten Ansätze zum Abbau von arbeitsbedingtem Stress in den Betrieben Erfolge bei der Bekämpfung von psychischen Störungen.

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2000

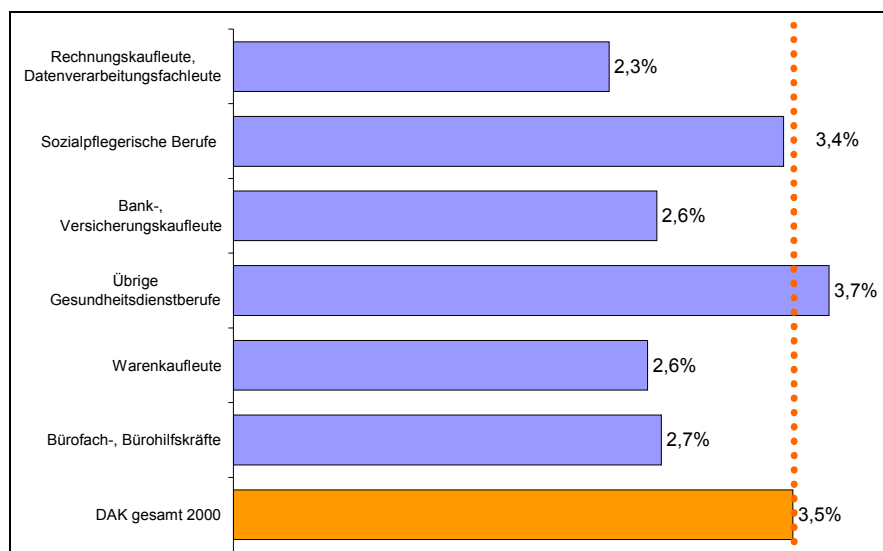
Obschon der DAK bald nach Ende des Kalenderjahres Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Mitglieder zur Verfügung stehen, kann das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bezogen auf Berufsgruppen erst mit Ablauf des Folgejahres analysiert werden. Erst dann liegen die Meldungen der Arbeitgeber mit der Angabe der Berufsbezeichnung bei der DAK vollständig vor.

In diesem Abschnitt des DAK Gesundheitsreports 2002 werden die Krankenstände des Jahres 2000 nach Berufsgruppen analysiert und mit den Daten des Jahres 1999 verglichen.

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 zusammen mehr als 60 %.

Abbildung 49 und Abbildung 50 zeigen die Krankenstände dieser zwölf Berufsgruppen im Vergleich zur DAK insgesamt im Jahr 2000.

Abbildung 49



DAK 2002

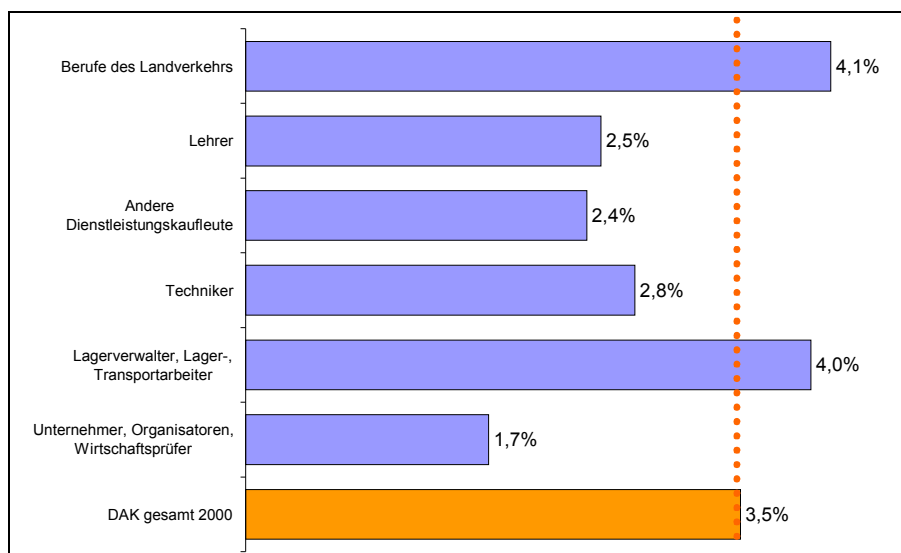
Auswertungen nach Berufsgruppen auf der Basis des Jahres 2000.

Auswertung gemäß Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988.

Abb. 49 Krankenstände von sechs Berufsgruppen 2000 im Vergleich zur DAK insgesamt.

Abb.50
Krankenstände
von sechs Be-
rufsgruppen 2000
im Vergleich zur
DAK insgesamt.

Abbildung 50



DAK 2002

Berufe des Landverkehrs mit höchstem Krankenstand.

Den höchsten Krankenstandswert der zwölf dargestellten Gruppen weisen mit 4,1 % die "Berufe des Landverkehrs" auf. Zu dieser Gruppe gehören beispielsweise Berufskraftfahrer. Sowohl die Fallhäufigkeit (knapp 119 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Falldauer (12,7 Tage) liegen in dieser Berufsgruppe über dem Durchschnitt aller DAK-Mitglieder.

Lagerarbeiter und Gesundheitsdienst an zweiter und dritter Stelle.

Auch die "Lagerverwalter/Lager- und Transportarbeiter" und die "Gesundheitsdienstberufe" (Berufe im Gesundheitswesen mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) liegen mit Krankenstandswerten von 4,0 % bzw. 3,7 % zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Während Lagerverwalter besonders häufig erkrankten (138 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre), ist der hohe Krankenstand bei den Gesundheitsdienstberufen vor allem auf eine überdurchschnittliche Erkrankungsdauer (12,6 Tage je AU-Fall) zurückzuführen.

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand.

„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2000 einen besonders niedrigen Krankenstand (1,7 %). Dies lag an der mit Abstand geringsten Häufigkeit von Krankheitsfällen (68 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) sowie der niedrigsten Falldauer (9,2 Tage je AU-Fall) aller hier betrachteten Berufsgruppen.

Kaum Veränderungen bei den Krankenständen im Vergleich zum Vorjahr.

Der Vergleich der Krankenstände in den Berufsgruppen 1999 und 2000 zeigt kaum Veränderungen (s. Abbildung 51 und Abbildung 52). Ein geringfügiger Rückgang des Krankenstandes ist lediglich bei den „Sozialpflegerischen Berufen“ (3,4 % im Jahr 2000 vs. 3,6 % in 1999), den „Rechnungskaufleuten und Datenverarbeitungsfachleuten“ (2,3 % vs. 2,4 %) sowie den Lehrern (2,5 % vs. 2,6 %) zu verzeichnen. Während bei den „Sozialpflegerischen Berufen“ und den Lehrern die Erkrankungshäufigkeit etwas zurückging, ist bei den „Rechnungskaufleuten, Datenverarbeitungsfachleuten“ die Erkrankungsdauer gegenüber dem Vorjahr gesunken.

Abbildung 51

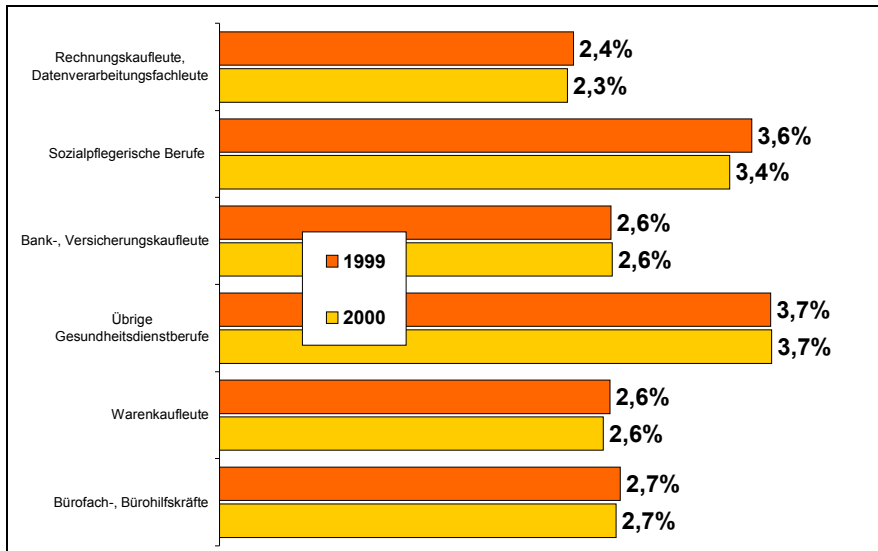


Abb. 51:
Krankenstände in den 12 wichtigsten Berufsgruppen 2000 Vergleich zum Vorjahr.

DAK 2002

Abbildung 52

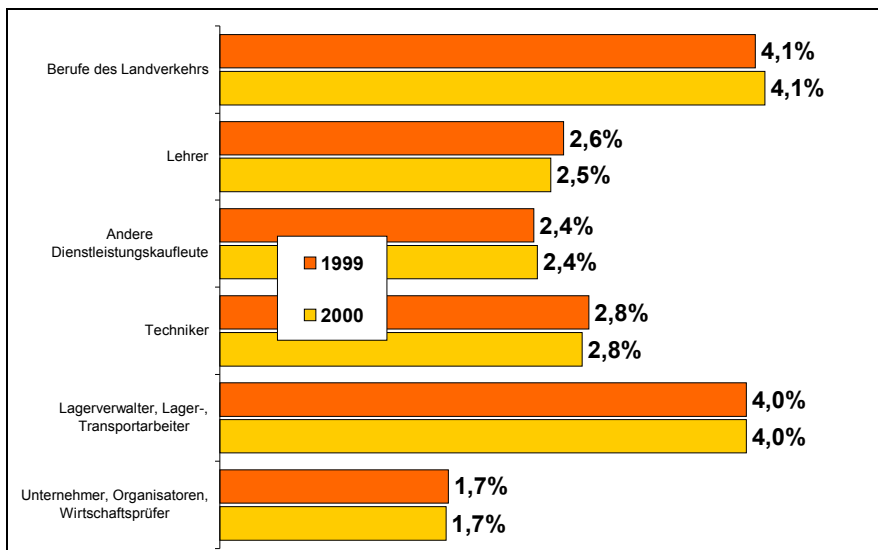


Abb. 52:
Krankenstände in den 12 wichtigsten Berufsgruppen 2000 Vergleich zum Vorjahr.

DAK 2002

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

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

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

Berufsgruppen mit hohen Krankenständen sind vielfach erheblichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Ob diese Belastungen im Laufe der Zeit zu gesundheitlichen Beschwerden und schließlich zu Erkrankungen führen, hängt 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 Arbeits-situationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen.

Befragungen geben Aufschluss über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen.

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.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Die DAK arbeitet seit Jahren bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und nimmt damit ihren gesetzlichen Auftrag wahr.

Befragung von Beschäftigten in Berufen mit hoher Stressbelastung.

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 Berufsgruppen¹⁶ liegen inzwischen in schriftlicher Form vor und können bei der Hauptgeschäftsstelle der DAK bezogen werden.

Übersichtstabelle im Anhang

Eine Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 1999 und 2000 aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen.

¹⁶ Friseur, Reinigungskräfte, Kindergärtnerinnen, Betreuer und Gruppenleiter in Werkstätten für Behinderte, Berufsschullehrer, Beschäftigte in Werkstätten der Gefährdetenhilfe, Tierärzte

Anhang II: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2001 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versichertenjahre.

... pro 100 Versichertenjahre

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

Betroffenenquote

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

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit.

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

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

Krankenstand

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

Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre

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

Durchschnittliche Falldauer

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

Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen.

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man sogenannte *standardisierte* Kennzahlen.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik.

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird jeweils der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen.

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der *nicht* auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

Um eine größtmögliche Kontinuität und Vergleichbarkeit zwischen den beiden Schlüsselsystemen zu gewährleisten, werden die im ICD 10 als getrennte Kapitel behandelten Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren weiterhin zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst – die frühere Hauptgruppe VI "Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane" des ICD 9 wird also in der Darstellung beibehalten.

Durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels 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 2001 in einem anderen ICD-Kapitel codiert wird als 1999 oder 1998.

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

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

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 2000 und 2001 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000.....	95
Tabelle A2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2001.....	97
Tabelle A3:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2001.....	98
Tabelle A4:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2001.....	99
Tabelle A5:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2000	100
Tabelle A6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2001	101
Tabelle A7:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2000	102
Tabelle A8:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2001	103
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 1999.....	104
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2000.....	105

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000

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	52,0	8,6	6,0	4,1%
B99	Männer	50,6	8,5	6,0	4,1%
	Frauen	53,9	8,9	6,1	4,0%
C00- Neubildungen	Gesamt	51,1	1,4	36,4	4,0%
D48	Männer	36,6	1,1	33,3	3,0%
	Frauen	71,7	1,8	39,0	5,3%
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	95,4	3,4	28,2	7,5%
F99	Männer	78,5	2,6	30,2	6,4%
	Frauen	119,2	4,5	26,6	8,9%
G00- Krankheiten der Nerven, H95 des Auges und der Ohren	Gesamt	52,9	4,7	11,2	4,1%
	Männer	49,7	4,3	11,7	4,0%
	Frauen	57,4	5,4	10,6	4,3%
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	78,0	3,8	20,6	6,1%
I99	Männer	91,0	3,8	24,2	7,4%
	Frauen	59,6	3,8	15,6	4,4%
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	229,6	33,6	6,8	18,0%
J99	Männer	211,0	31,2	6,8	17,1%
	Frauen	255,7	36,9	6,9	19,1%
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	89,3	13,3	6,7	7,0%
K93	Männer	91,4	12,9	7,1	7,4%
	Frauen	86,3	13,8	6,3	6,4%
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	289,3	16,4	17,7	22,6%
M99	Männer	298,3	17,6	17,0	24,2%
	Frauen	276,5	14,7	18,8	20,6%
R00- Symptome und abnorme klinische R99 und Laborbefunde	Gesamt	47,4	4,7	10,0	3,7%
	Männer	40,7	4,2	9,8	3,3%
	Frauen	56,8	5,6	10,2	4,2%
S00- Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	176,0	10,5	16,7	13,8%
T98	Männer	210,3	12,7	16,6	17,1%
	Frauen	127,6	7,5	17,0	9,5%
Gesamt¹⁷	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%

¹⁷ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 94)

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, H95 des Auges und der Ohren	Gesamt	53,3	4,9	10,9	4,2%
	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 R99 und Laborbefunde	Gesamt	49,3	5,2	9,5	3,9%
	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%
	Gesamt¹⁸	1.278,1	109,8	11,6	100%
	Männer	1.229,7	105,0	11,7	100%
	Frauen	1.346,3	116,6	11,5	100%

¹⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 94)

Tabelle A3 Bundesländer West: 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- B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	53,0	9,2	5,8	4,3%
	Männer	51,6	9,0	5,7	3,3%
	Frauen	55,0	9,4	5,8	3,4%
C00- D48 Neubildungen	Gesamt	48,0	1,3	37,9	3,9%
	Männer	36,0	1,0	35,8	2,5%
	Frauen	65,1	1,6	39,7	4,9%
F00- F99 Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	106,4	3,6	29,6	8,7%
	Männer	86,9	2,8	30,9	3,7%
	Frauen	134,1	4,7	28,4	7,0%
G00- H95 Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren	Gesamt	52,2	4,5	11,5	4,3%
	Männer	49,2	4,1	11,9	3,7%
	Frauen	56,4	5,1	11,0	4,1%
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	72,6	3,5	20,8	5,9%
	Männer	87,1	3,5	24,6	7,0%
	Frauen	52,2	3,4	15,2	5,2%
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	192,7	30,6	6,3	15,7%
	Männer	177,5	28,4	6,3	18,8%
	Frauen	214,2	33,8	6,3	20,4%
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	80,9	12,4	6,5	6,6%
	Männer	83,0	12,1	6,9	8,3%
	Frauen	78,0	12,8	6,1	7,5%
M00- M99 Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	290,5	16,1	18,0	23,7%
	Männer	295,9	17,3	17,1	23,9%
	Frauen	283,0	14,6	19,4	19,1%
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	49,8	5,2	9,6	4,1%
	Männer	42,5	4,5	9,5	2,5%
	Frauen	60,1	6,1	9,8	3,7%
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	161,0	9,7	16,6	13,1%
	Männer	188,3	11,5	16,4	20,6%
	Frauen	122,5	7,2	16,9	9,5%
Gesamt ¹⁹	Gesamt	1.225,8	104,0	11,8	100,0
	Männer	1.178,8	99,2	11,9	100,0
	Frauen	1.292,1	110,7	11,7	100,0

¹⁹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 94)

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2001

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versicherten jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	50,0	7,5	6,6	3,3%
	Männer		47,3	7,3	6,4	3,3%
	Frauen		53,9	7,8	6,9	3,4%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	53,3	1,9	28,6	3,5%
	Männer		35,9	1,5	24,6	2,5%
	Frauen		77,8	2,4	32,0	4,9%
F00- F99	Psychische und Verhaltensstörun- gen	Gesamt	78,0	3,8	20,8	5,2%
	Männer		53,8	2,6	20,9	3,7%
	Frauen		112,2	5,4	20,7	7,0%
G00- H95	Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren	Gesamt	58,5	6,3	9,2	3,9%
	Männer		53,8	5,5	9,7	3,7%
	Frauen		65,2	7,5	8,7	4,1%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	93,8	5,3	17,6	6,2%
	Männer		101,8	5,0	20,4	7,0%
	Frauen		82,5	5,8	14,3	5,2%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	294,1	39,2	7,5	19,5%
	Männer		272,1	36,8	7,4	18,8%
	Frauen		325,3	42,6	7,6	20,4%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssy- stems	Gesamt	119,9	19,2	6,2	7,9%
	Männer		120,1	18,6	6,5	8,3%
	Frauen		119,5	20,1	5,9	7,5%
M00- M99	Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	328,9	20,9	15,7	21,8%
	Männer		346,9	22,7	15,3	23,9%
	Frauen		303,5	18,4	16,5	19,1%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	45,5	5,2	8,8	3,0%
	Männer		36,3	4,4	8,2	2,5%
	Frauen		58,6	6,2	9,4	3,7%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	237,7	14,2	16,7	15,7%
	Männer		299,4	17,9	16,8	20,6%
	Frauen		150,7	9,1	16,6	9,5%
Gesamt ²⁰		Gesamt	1.509,9	134,0	11,3	100%
	Männer		1.450,9	128,0	11,3	100%
	Frauen		1.593,1	142,3	11,3	100%

²⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 94)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2000

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall
Banken, Versicherungen (65 - 67)	3,0%	1.082,2	99,2	10,9
Baugewerbe (45)	3,7%	1.334,4	105,2	12,7
Bildung, Kultur, Medien (74, 80, 92)	3,5%	1.282,0	130,9	9,8
Chemische Industrie (23 - 25)	3,3%	1.211,7	112,1	10,8
Datenverarbeitung (72)	2,5%	898,8	89,6	10,0
Feinmechanik (30 - 33)	3,0%	1.098,1	105,3	10,4
Gesundheitswesen (85)	4,1%	1.500,5	115,5	13,0
Handel (50 - 52)	3,1%	1.146,2	94,5	12,1
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	3,0%	1.092,9	100,7	10,8
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,8%	1.378,7	118,5	11,6
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	3,2%	1.178,4	111,1	10,6
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	3,6%	1.329,9	100,8	13,2
Öffentliche Verwaltung (75)	4,3%	1.570,0	133,2	11,8
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,6%	1.330,6	132,2	10,1
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,3%	821,4	79,8	10,3
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,4%	1.256,1	107,2	11,7
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,4%	1.225,1	110,6	11,1
Textil (17 - 19)	3,2%	1.156,2	99,9	11,6
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,6%	1.330,9	105,1	12,7
DAK Gesamt (00 - 95)	3,5%	1.277,8	108,6	11,8

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

Tabelle A6 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 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 2000

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,9%	1.052,7	92,6	11,4
Bayern	3,2%	1.152,8	97,6	11,8
Berlin*	4,9%	1.772,0	125,7	14,1
Bremen	3,6%	1.299,0	110,5	11,8
Hamburg	3,4%	1.230,1	104,2	11,8
Hessen	3,5%	1.283,3	110,3	11,6
Niedersachsen	3,4%	1.234,4	106,9	11,6
Nordrhein-Westfalen	3,4%	1.231,8	103,8	11,9
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.326,7	107,5	12,3
Saarland	4,0%	1.463,5	105,1	13,9
Schleswig-Holstein	3,4%	1.229,2	106,0	11,6
Alte Bundesländer	3,4%	1.229,6	103,4	11,9
Brandenburg	4,2%	1.534,3	131,9	11,6
Mecklenburg-Vorpommern	4,3%	1.556,8	137,7	11,3
Sachsen	3,9%	1.438,3	124,9	11,5
Sachsen-Anhalt	4,0%	1.464,8	127,5	11,5
Thüringen	4,0%	1.467,8	128,2	11,5
Neue Bundesländer	4,1%	1.492,6	129,9	11,5
DAK Gesamt	3,5%	1.277,8	108,6	11,8

*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	3,5%	1.278,1	109,8	11,6

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 1999

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,7%	987,1	100,2	9,8
Warenkaufleute (68)	2,6%	961,9	91,8	10,5
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,7%	1.356,7	109,4	12,4
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,6%	963,8	101,0	9,5
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,6%	1.310,5	125,7	10,4
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,4%	871,7	89,8	9,7
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,7%	633,5	69,0	9,2
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,0%	1.459,2	135,9	10,7
Techniker (62)	2,8%	1.022,5	104,2	9,8
Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe (70)	2,4%	870,5	88,4	9,9
Lehrer (87)	2,6%	952,8	96,8	9,8
Berufe des Landverkehrs (71)	4,1%	1.484,4	121,0	12,3
DAK Gesamt 1999	3,5%	1.265,5	108,2	11,7

* 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
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.