
DAK Gesundheitsreport 2001

Herausgeber:

DAK Gesundheitsmanagement

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

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 2000	10
2 Arbeitsunfähigkeiten 2000 im Überblick	12
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	26
4 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	37
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	41
6 Krankenstand und Diagnosespektren von Frauen und Männern	47
7 Schlussfolgerungen	66
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	68
Anhang II: Tabellen	71

Vorwort

Mit dem Gesundheitsreport 2001 liefert die DAK zum dritten Mal in Folge eine aktuelle und umfassende Analyse des Krankenstandes ihrer Mitglieder.

Der Krankenstand ist ein Indikator, der für Unternehmen, Krankenkassen und die Politik gleichermaßen von Bedeutung ist. Durch die Auswertungen nach Branchen, Regionen und wichtigen Untergruppen von Versicherten können Veränderungen und Trends frühzeitig erkannt werden.

Neben der Bereitstellung der neuesten Zahlen und Fakten zur Häufigkeit und den Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten möchte die DAK erneut Anstöße geben und zu einer Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt beitragen.

In diesem Jahr präsentieren wir daher eine vertiefende Analyse zur Gesundheit von Frauen und Männern, die Aufschluss über die spezifischen Krankheitsspektren und die Ursachen von Krankenstandsunterschieden zwischen den Geschlechtern gibt.

Der DAK-Gesundheitsreport 2001 hat eine erfreuliche Botschaft: Der Krankenstandsanstieg der letzten Jahre ist zum Stillstand gekommen. Dies sollte zu weiteren Anstrengungen ermuntern, krankmachende Arbeitsbedingungen abzubauen und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.



Eckhard Schupeta
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Juni 2001

Zusammenfassung der Ergebnisse

2000 lag der Krankenstand der DAK-Mitglieder bei 3,5 %. Ein ganzjährig versichertes Mitglied hatte im Durchschnitt 12,8 Arbeitsunfähigkeitstage. Der Krankenstand ist damit gegenüber 1999 nahezu unverändert geblieben.

**Gesamt-
krankenstand**

Die Betroffenenquote lag 2000 bei 48 %. Das bedeutet, dass für 52 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Vergleich zu 1999 (Betroffenenquote: 49 %) waren etwas weniger DAK-Mitglieder von Arbeitsunfähigkeiten betroffen.

**Betroffenen-
quote**

Die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit ist mit 108,6 Fällen pro 100 Versichertenjahre ebenfalls praktisch konstant geblieben (1999: 108,2 AU-Fälle).

Fallhäufigkeit

Auch bei der Falldauer sind die Veränderungen marginal: Im Jahr 2000 dauerte ein Arbeitsunfähigkeitsfall 11,8 Tage (1999: 11,7).

Falldauer

Im DAK-Gesundheitsreport 2001 werden die Krankheitsarten erstmals nach der Systematik des ICD 10 ausgewertet. Dadurch können Vergleiche zu den Ergebnissen der vorangehenden Jahre beeinträchtigt werden.

**Umstellung des
Diagnoseschlüs-
sels**

Auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen entfällt weiterhin mehr als die Hälfte (54 %) aller Krankheitstage. Weitere knapp 21 % entfallen auf Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie des Kreislaufsystems.

**Die wichtigsten
Krankheitsarten**

Etwa 14 % des Krankenstandes sind auf Verletzungen zurückzuführen. Bei einem Drittel handelt es sich um Arbeits- und Wegeunfälle.

**Die Bedeutung
von Unfällen**

Der höchste und der niedrigste Krankenstandswert waren - wie bereits in den Vorjahren - in den Branchen „Öffentliche Verwaltung“ (4,3 %) und „Rechts-/Wirtschaftsberatung“ (2,3 %) zu verzeichnen.

**Branchenunter-
schiede**

Bei der Krankenstandshöhe lässt sich eine Dreiteilung der Republik konstatieren: Die südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern haben die niedrigsten Krankenstände (2,9 % bzw. 3,2 %) und die östlichen Länder die höchsten (Sachsen 3,9 %, Berlin 4,9 %). Die übrigen Länder sind nahe am DAK-Durchschnitt.

**Krankenstands-
unterschiede zwi-
schen den Bun-
desländern**

Der höhere Krankenstand der weiblichen DAK-Mitglieder ist zu einem großen Teil auf Arbeitsunfähigkeit wegen Komplikationen in der Schwangerschaft zurückzuführen. Darüber hinaus sind Ursachen wie die Doppelbelastung und ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten von Bedeutung.

**Sonderanalyse:
Unterschiede
zwischen Frauen
und Männern**

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 1999 und 2000 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wieviele AU-Fälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.
- Kapitel 3:
Arbeitsunfähig-
keiten nach
Krankheitsarten;
Bedeutung von
Arbeitsunfällen**
- Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Krankheitsfällen. Zunächst werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die die Ärzte auf den AU-Bescheinigungen vermerkt haben. Anschließend wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.
- Neu: Grundlage
ist der neue
ICD 10**
- Erstmals wird in diesem Jahr eine Analyse der Krankheitsarten auf der Grundlage des neuen Schlüssels ICD 10 vorgenommen.
- Die Kapitel 4 und 5 bieten Auswertungen nach der Zugehörigkeit der DAK-Versicherten zu den Wirtschaftsgruppen bzw. nach Bundesländern:
- Kapitel 4:
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 neuen Wirtschaftsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes von 1993 zugrunde gelegt.
- Kapitel 5:
Regionale Analy-
sen**
- In Kapitel 5 finden Sie schließlich eine Untersuchung regionaler Unterschiede im AU-Geschehen auf der Ebene der 16 Bundesländer.
- Kapitel 6: Son-
deranalyse**
- Das Thema der diesjährigen Sonderanalyse sind Unterschiede im Krankenstand und Diagnosespektrum zwischen Frauen und Männern.
- Kapitel 7:
Schluss-
folgerungen**
- Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2001 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK sowie einem Ausblick.

Weitere Hinweise und Erläuterungen

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

**Anhang I mit
Erläuterungen**

Ergänzende Tabellen

Detailliertes Zahlenmaterial zu den Arbeitsunfähigkeiten weiterer Untergruppen (Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen) finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen finden Sie auf Seite 71.

**Anhang II:
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 den DAK-Gesundheitsreports 1999 und 2000 verglichen werden.

**Die Gesundheits-
berichte der Er-
satzkassen beru-
hen auf einem
gemeinsamen
Standard**

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.

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2000

Datenbasis des DAK-Gesundheitsreports 2001

Grundlage für die vorliegende Auswertung bilden alle Personen, die im Jahr 2000 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.

Untererfassung der sehr kurzen Arbeitsunfähigkeiten

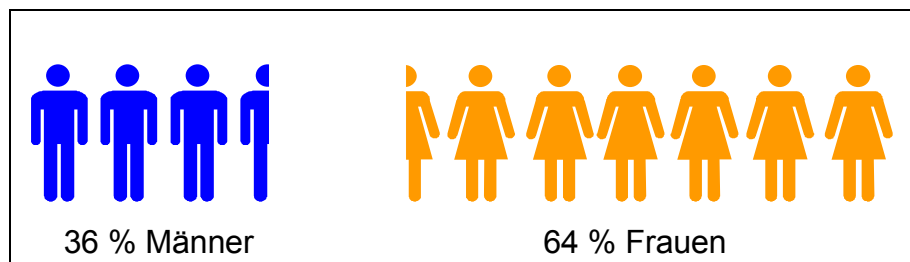
Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen. Nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle werden jedoch bei der DAK gemeldet¹.

64 % der DAK-Mitglieder sind Frauen

Die Versichertenstruktur hat sich gegenüber dem Vorjahr kaum verändert: Die Datenbasis umfasst umgerechnet 3,4 Mio. ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder, die sich zu 64 % aus Frauen und zu 36 % aus Männern zusammensetzen. Der Frauenanteil hat sich also gegenüber dem Vorjahr (65 %) geringfügig verringert.

Abb. 1 DAK-Mitglieder im Jahr 2000 nach Geschlecht

Abbildung 1



DAK 2001

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 ist es auch anderen Berufsgruppen möglich, Mitglied bei der DAK zu werden, so dass in den nächsten Jahren ein langsame Annäherung an die Geschlechterverteilung in der Erwerbsbevölkerung insgesamt zu erwarten ist.

¹ Insbesondere sehr kurze Erkrankungen werden – wie auch in den Statistiken anderer Krankenkassen – nicht vollständig registriert. Wie weitergehende Analysen gezeigt haben (vgl. DAK Gesundheitsreport 2000), hat diese Untererfassung jedoch aufgrund der sehr kurzen durchschnittlichen Dauer keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Krankenstandes.

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

Abbildung 2

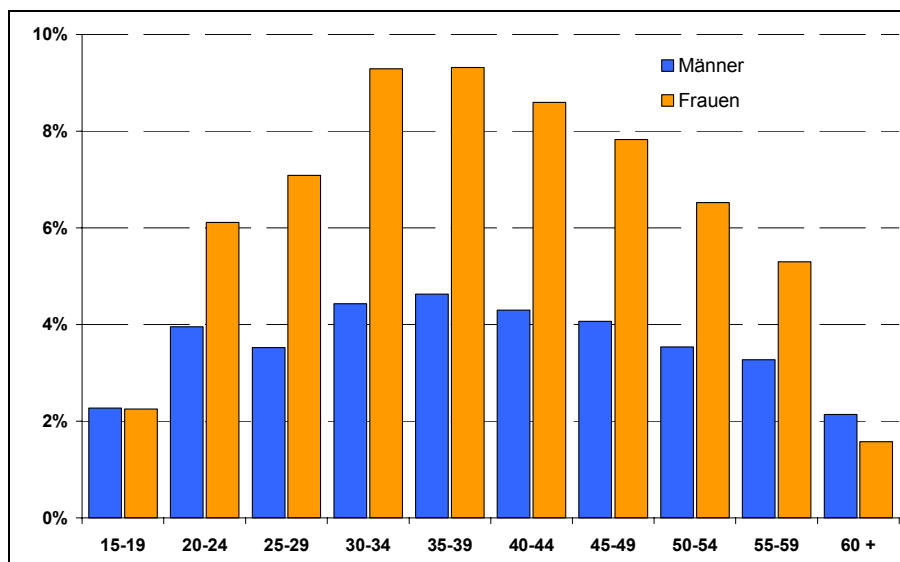


Abb. 2
Alters- und
Geschlechts-
struktur der
erwerbstätigen
DAK-Mitglieder im
Jahr 2000

DAK 2001

In beinahe allen Altersgruppen überwiegt der Anteil der Frauen. Lediglich bei den über 60-Jährigen ist die Zahl der männlichen Mitglieder 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 I) 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.

Nicht alle Mitglieder waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Um genauere Werte zu erhalten, werden die Versichertenzeiten der DAK-Mitglieder in volle "Versichertenjahre" umgerechnet. Anstelle der Bezugsgröße "pro 100 Mitglieder" zeigen viele der folgenden Auswertungen die Krankenstandskennwerte "pro 100 Versichertenjahre".

Anteil der Männer
in der deutschen
Erwerbsbevölke-
rung deutlich
höher

Viele Kennwerte
werden "pro 100
Versicherten-
jahre" angegeben

2 Arbeitsunfähigkeiten 2000 im Überblick

Der Krankenstand

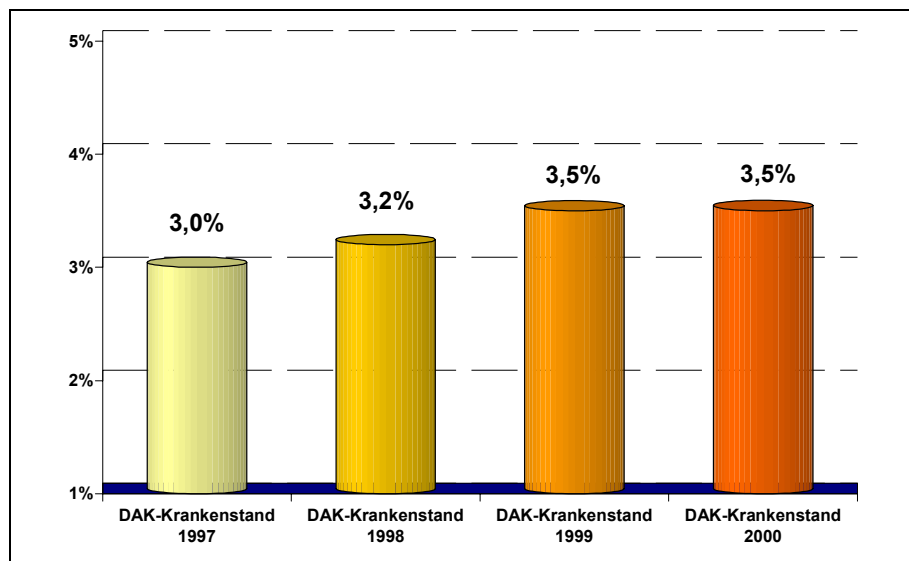
In welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder ein Betrieb von Krankheit betroffen ist, wird anhand der Kenngröße „Krankenstand“ gemessen. Er gibt an, wieviel Prozent der DAK-Mitglieder an einem Kalendertag im Jahr 2000 durchschnittlich aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren.

Krankenstand 2000 entspricht dem Vorjahreswert: 3,5 %

Im Jahr 2000 betrug der Krankenstand 3,5 % und blieb damit gegenüber dem Vorjahr unverändert. Der Trend jährlich steigender Krankenstandszahlen, den die DAK im Zeitraum von 1997 bis 1999 festgestellt hatte ist damit gebrochen: Zwischen 1997 und 1999 stieg der Krankenstand von 3,0 % auf 3,5 % stetig an und hat sich 2000 auf diesem – immer noch vergleichsweise niedrigen - Niveau stabilisiert.

Abb. 3
Krankenstand der DAK-Mitglieder 2000 im Vergleich 1997 - 2000

Abbildung 3



Quelle: DAK 2001

Trend zu steigenden Krankenständen gestoppt?

In ihren ersten beiden Gesundheitsreports musste die DAK jeweils über einen leichten Anstieg des Krankenstandes ihrer Mitglieder berichten. Im vergangenen Jahr wurde daher bereits die Frage aufgeworfen, ob sich ein Trend zu wieder steigenden Krankenständen ausbildet.

Seit Mitte der 90er Jahre waren die Krankenstände in der Bundesrepublik kontinuierlich zurückgegangen. 1997 - das erste durch die DAK-Gesundheitsberichterstattung erfasste Jahr - wurde allgemein einer der niedrigsten Krankenstände seit Jahrzehnten beobachtet.

Die beschriebene Krankenstandsentwicklung wurde vielfach - und sicher nicht völlig zu unrecht - im Zusammenhang mit der rückläufigen gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nach dem „Einheitsboom“ gesehen. Bei steigender Arbeitslosigkeit gehen die Krankenstände in der Regel zurück.

In der zweiten Hälfte der 90er Jahre erfolgte eine konjunkturelle Besserung, die sich in den Jahren 1998 bis 2000 - zumindest in Westdeutschland - auch auf dem Arbeitsmarkt positiv bemerkbar machte. Als Begleiterscheinung dieser gesamtwirtschaftlichen Aufhellung schien auch der Krankenstand der DAK-Mitglieder leicht anzusteigen.

Im Jahr 2000 ist der DAK-Krankenstand gegenüber dem Vorjahr unverändert bei 3,5 % geblieben. Erfreulicherweise hat sich der Aufwärtstrend also nicht fortgesetzt.

Was die Gründe für den unveränderten Krankenstand betrifft, so dürften mehrere Faktoren von Bedeutung sein:

- War der Krankenstand in vielen Betrieben früher ein wenig beachtetes Thema, so ist die Aufmerksamkeit in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Dies belegt die große Nachfrage nach den betrieblichen Gesundheitsberichten, die die DAK für Unternehmen erstellt. Als eine Folge der erhöhten Aufmerksamkeit dürften auch die betrieblichen Maßnahmen zum Abbau bzw. zur Vermeidung eines Wiederanstiegs des Krankenstandes verbessert worden sein.
- Die skizzierte Entwicklung eines verbesserten betrieblichen Gesundheitsmanagements hat sich verbreitert. Nach den Unternehmen der Privatwirtschaft läßt sich mittlerweile auch in den öffentlichen Verwaltungen eine intensivere Beschäftigung mit Fragen von Krankenstand, Mitarbeitermotivation und gesundheitsgerechter Gestaltung der Arbeitsbedingungen feststellen.

1999 sah es nach einem Aufwärtstrend aus

Zusammenhang zwischen Krankenstand und konjunktureller Entwicklung

Mögliche Gründe für das Ende des Anstiegs

Verbessertes betriebliches Gesundheitsmanagement

Öffentliche Verwaltungen holen auf

Zwar wird auch im Jahr 2000 in diesem Bereich erneut der höchste Krankenstand aller analysierten Branchen beobachtet (vgl. Kapitel 5). Gleichzeitig finden jedoch gerade in den Verwaltungen zahlreiche Projekte zu diesem Thema statt, die zunehmend Erfolge zeitigen dürften.

Früh-Reaktion auf verlangsamtes Wirtschaftswachstum?

- Zieht man noch einmal die gesamtwirtschaftliche Entwicklung heran, so kann man das Ende des Krankenstandsanstiegs auch als Früh-Reaktion auf die konjunkturellen Aussichten werten: Im Jahr 2001 wird mit einer Verlangsamung des Wachstums in der Bundesrepublik gerechnet.

Unternehmen, die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten berücksichtigen, haben niedrigere Krankenstände

Dass die Höhe des Krankenstandes nicht nur mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zusammenhängt, zeigen jedoch die z. T. erheblichen Krankenstandsunterschiede, die auch zwischen einzelnen Betrieben innerhalb einer Branche beobachtet werden können. So zeigen die von der DAK für einzelne Betriebe erstellten Gesundheitsreports immer wieder, dass Unternehmen, die sich im Rahmen ihrer Personalarbeit aktiv mit der Problematik befassen, teilweise deutlich unter dem Branchendurchschnitt liegende Krankenstände aufweisen.

Der im vergangenen Jahr diagnostizierte Trend eines steigenden Krankenstandes konnte für das Jahr 2000 offenbar gebremst werden. Um langfristig eine Trendwende zu dauerhaft niedrigen und stabilen Krankenständen einzuleiten, müssen Aspekte der Gesundheit und Motivation der Beschäftigten jedoch weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik gerückt und in die Prozesse der Modernisierung der Wirtschaftsunternehmen und Verwaltungen einbezogen werden.

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 2000 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".

- Die Höhe des Krankenstandes wird u.a. davon beeinflusst, wieviele Mitglieder überhaupt - wenigstens einmal - krank 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 AU-Fälle mit langer Dauer oder durch viele AU-Fälle 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.
- 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 besondere Aufmerksamkeit (Stichwort "blauer Montag"). Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören - für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung. Erkennbar wird dies, wenn man die Arbeitsunfähigkeiten nach ihrer Dauer in Klassen einteilt und berechnet, welcher Anteil des Krankenstandes bzw. der AU-Fälle auf die einzelnen Dauerklassen entfällt.

"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"

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.

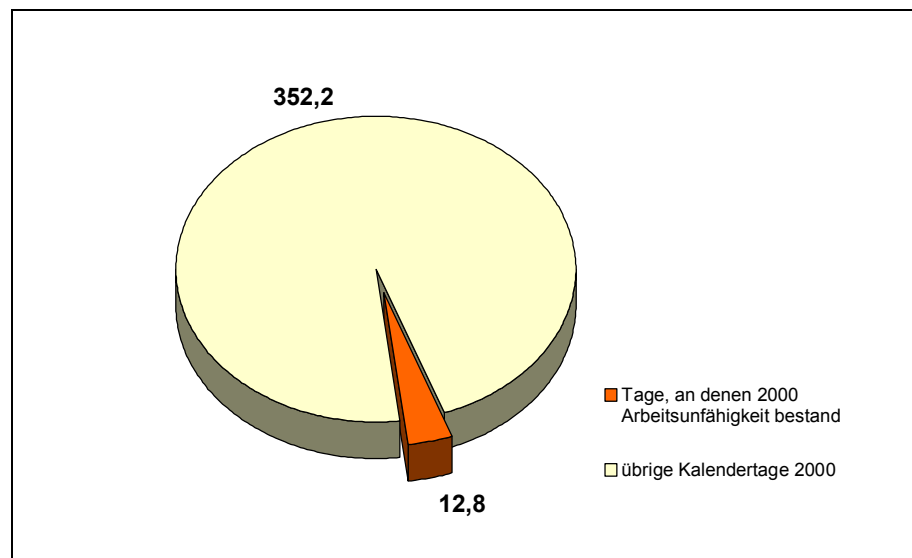
AU-Tage pro 100 Versichertenjahre

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2000 im Durchschnitt 1.277 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit registriert.

Der Krankenstand von 3,5 % in 2000 läßt sich aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnen: 2000 war ein durchschnittliches DAK-Mitglied 12,77 Tage arbeitsunfähig. Dies entspricht 3,5 % von 365 Kalendertagen.

Abb. 4
Arbeitsunfähig-
keitstage eines
durchschnitt-
lichen DAK-
Mitglieds 2000

Abbildung 4



DAK 2001

Betroffenenquote

Die Betroffenenquote lag 2000 mit 48,2 % geringfügig unter dem Vorjahreswert (48,7 %). Gut 48 % der DAK-Mitglieder waren 2000 also wenigstens einmal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Dies bedeutet umgekehrt, dass gut die Hälfte der Beschäftigten das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig war.

Abbildung 5

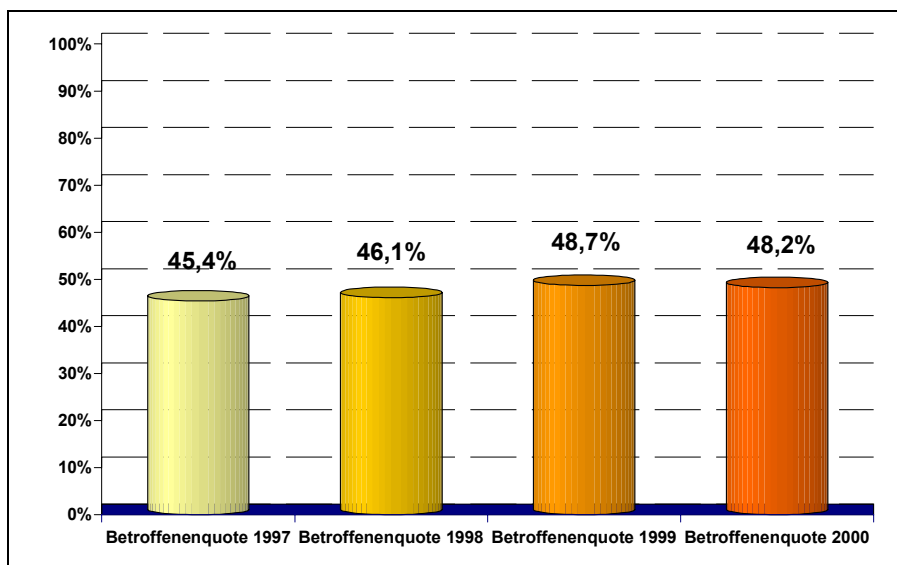


Abb. 5
Betroffenenquote
2000 im Vergleich
1997 - 2000.

Häufigkeit von AU-Fällen

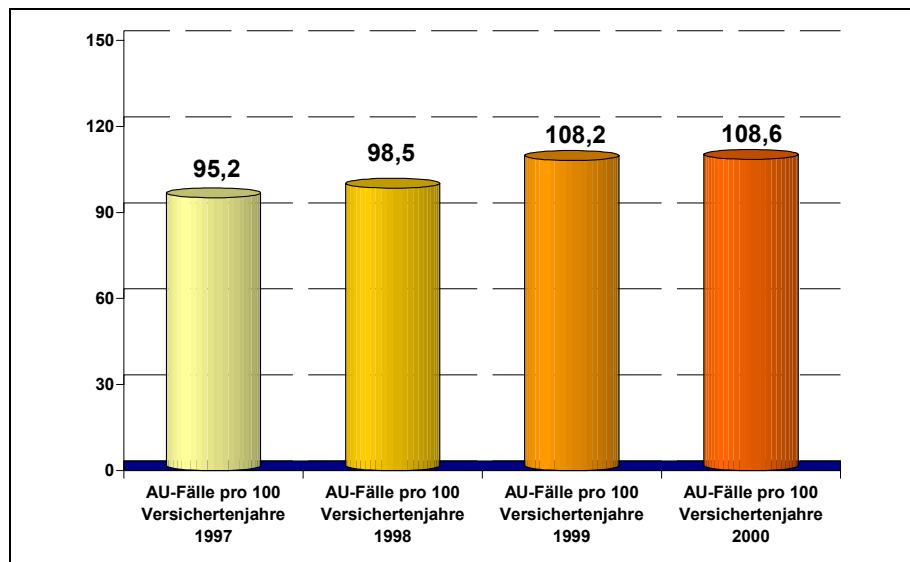
Auf 100 Versichertenjahre kamen 108,6 AU-Fälle.

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Erkrankungsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2000 gegenüber 1999 unverändert geblieben. Theoretisch hätte sich dennoch der Krankenstand anders zusammensetzen, beispielsweise die Erkrankungshäufigkeit sinken und die durchschnittlich Erkrankungsdauer ansteigen können.

Mit 108,6 Erkrankungsfällen je 100 Versichertenjahre ist jedoch auch die Erkrankungshäufigkeit gegenüber dem Vorjahr (108,2 AU-Fälle) stabil geblieben. Jedes Mitglied war im Durchschnitt also wiederum etwas mehr als ein Mal arbeitsunfähig.

Abb. 6
AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre 2000 im Vergleich zu den Vorjahren

Abbildung 6



DAK 2001

Wie aus Abbildung 6 ersichtlich, war die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 1999 kontinuierlich angestiegen. 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.

In 2000 sind auch die nach dem Kriterium Lohnfortzahlungs- bzw. Krankengeldfall (über 6 Wochen Dauer) differenzierten Fallzahlen gegenüber 1999 praktisch unverändert geblieben: Auf 100 Versichertenjahre kamen 104,6 AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer und 4,0 längere AU-Fälle (1999: 104,2 und 4,0).

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

In die vorliegende Auswertung können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen.

Die DAK erhält jedoch nicht von jeder Erkrankung Kenntnis. Zum einen reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Zum anderen ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber oftmals erst ab dem dritten Krankheitstag erforderlich, so dass 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 im vergangenen Jahr 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 2000 bedeutet das: Die "wahre" Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei etwa 125 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 2000 von 3,5 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer“ von etwa 3,6 %.

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

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

**Untersuchung der DAK zur AU-
"Dunkelziffer"**

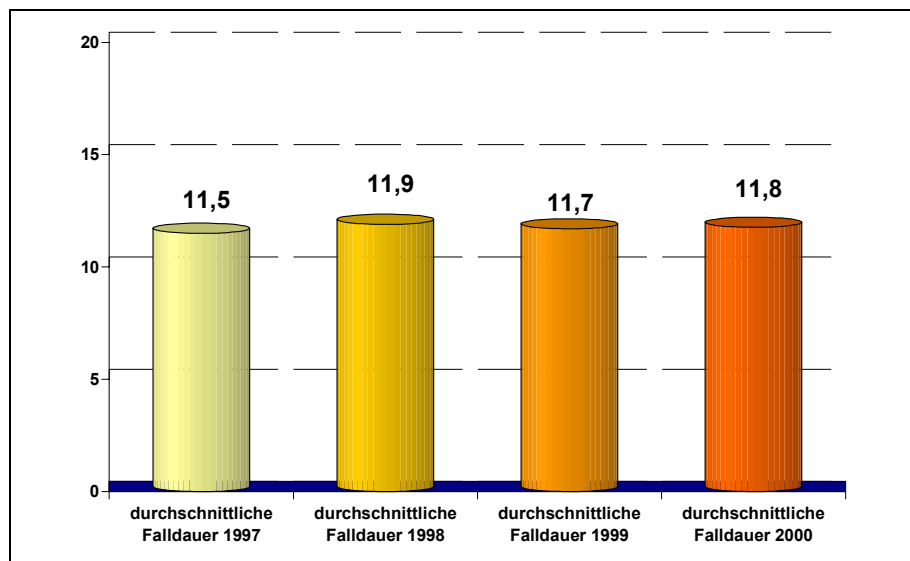
Die "wahre" Fallhäufigkeit liegt um etwa 15 % höher als der durch eine Krankenkasse ermittelbare Wert.

Durchschnittliche Falldauer

Bei gegenüber dem Vorjahr gleichbleibendem Krankenstandsniveau und nur geringfügig veränderter Fallhäufigkeit zeigt sich auch die durchschnittliche Falldauer kaum verändert.

Abb. 7
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) im Vergleich 1997 - 2000.

Abbildung 7



DAK 2001

Falldauer zeigt im Jahresvergleich nur geringfügige Schwankungen.

Ein AU-Fall dauerte 2000 im Durchschnitt 11,8 Tage, d. h., die Falldauer ist damit gegenüber dem Vorjahr (11,7 Tage) geringfügig gestiegen.

Insgesamt ist die durchschnittliche Falldauer eine Kennziffer, die im Jahresvergleich relativ wenig schwankt. Der leichte Rückgang von 1998 auf 1999 (von 11,9 auf 11,7) war auf die deutliche Zunahme der kurzen AU-Fälle in diesem Zeitraum 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 2000 gut 62 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 33,1% und 4- bis 7-Tages-Fälle 29,1%).
- Andererseits waren AU- Fälle bis 7 Tage Dauer für nur 20,5 % 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 schlägt wegen ihrer kurzen Dauer nur wenig auf den Krankenstand durch.

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

Abbildung 8

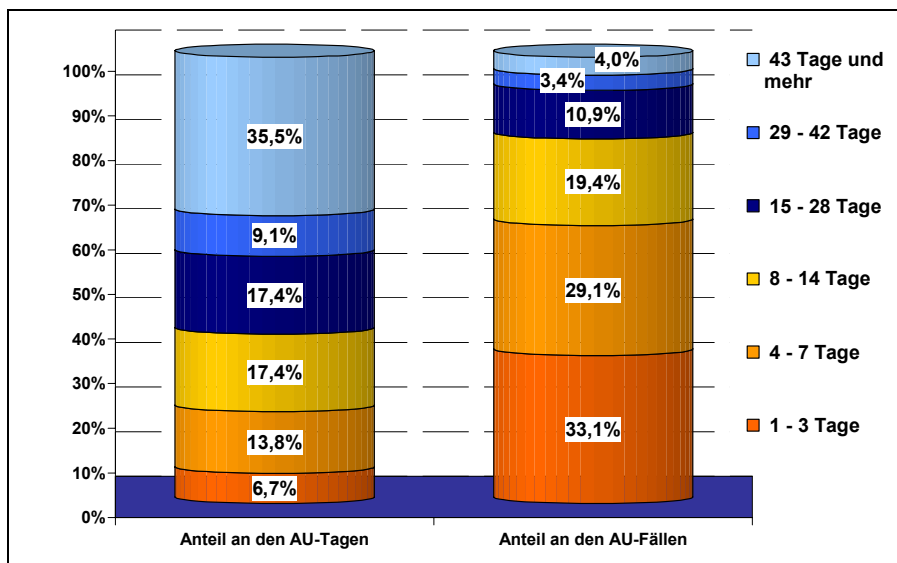


Abb. 8
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und den AU-Fällen 2000 insgesamt.

DAK 2001

Fast 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.

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.

Die Verteilung der AU-Tage und -Fälle auf die dargestellten Dauerklassen stellt sich Jahr für Jahr in den DAK-Gesundheitsreports sehr ähnlich dar. Der große Block von mehr als einem Drittel der Fehltage, der durch die Langzeitfälle zustande kommt, weist auf die Bedeutung von Maßnahmen zur Rehabilitation hin.

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.

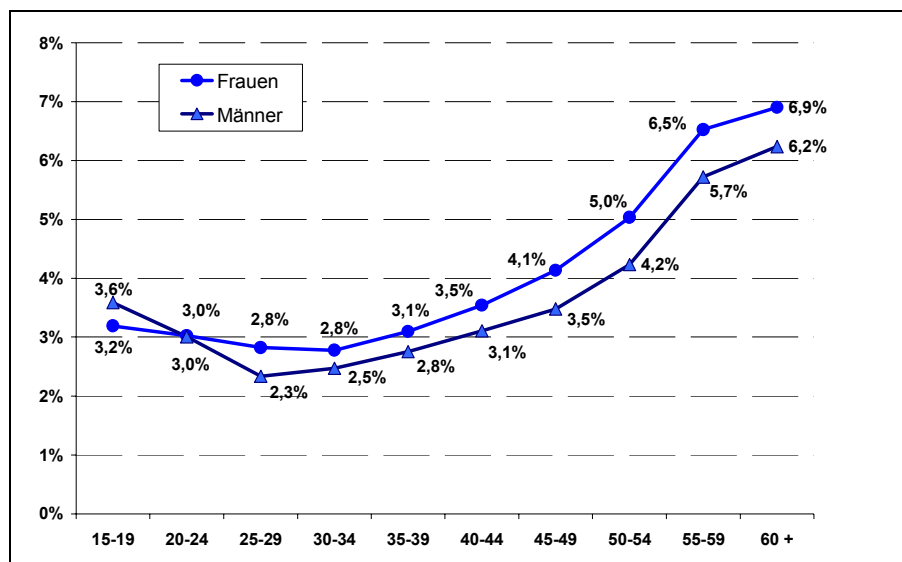
Die Thematik der Rehabilitation und Wiedereingliederung nach längerer Krankheit wird jedoch in absehbarer Zukunft ein größeres Thema auch für die Betriebe werden. Angesichts der alternden Bevölkerung in der Bundesrepublik ist in vielen Branchen mit einem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften zu rechnen. 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 2000 dargestellt ist.

Abb. 9
Krankenstand 2000 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen.

Abbildung 9



DAK 2001

Betrachtet man zunächst die Kurven der beiden Geschlechter, so fällt auf: Im Jahr 2000 liegt der Krankenstand der Frauen in acht der zehn Altersgruppen über dem der Männer. Der Krankenstand der Frauen beträgt insgesamt 3,7 % und der der Männer 3,4 %.

Höherer Krankenstand der Frauen

Dieses Phänomen des höheren Krankenstandes der weiblichen DAK-Mitglieder ist in etwa gleicher Größenordnung bereits in den Analysen der Vorjahre beobachtet worden. In dem vorliegenden DAK-Gesundheitsreport 2001 wird der geschlechtsspezifische Krankenstandsunterschied daher im Rahmen der Sonderanalyse in Kapitel 6 vertiefend untersucht.

Sonderanalyse zum Krankenstandsunterschied zwischen den Geschlechtern in Kapitel 6

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. Anschließend steigt er in den höheren Altersgruppen zunehmend steiler an: Der Unterschied zwischen den 50- bis 54- und den 55- bis 59-Jährigen ist am größten und beträgt bei beiden Geschlechtern 1,5 Prozentpunkte.

Anstieg des Krankenstandes mit zunehmendem Alter

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 kranken 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.

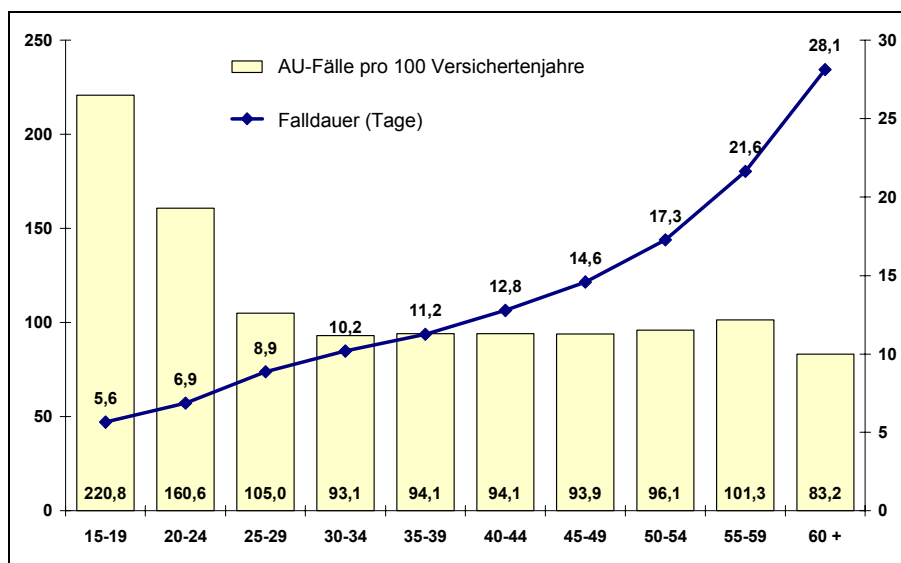
„Healthy worker“-Effekt

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.

Abweichung vom Trend in den beiden jüngsten Altersgruppen

Abb. 10
Falldauer (Rau-
ten) und Fallhäu-
figkeit (Säulen)
nach Altersgrup-
pen 2000.

Abbildung 10



DAK 2001

Fallhäufigkeit ist
in den meisten
Altersgruppen
fast gleich.

Im Alter zwischen 25 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. Auch bei den 20- bis 24-Jährigen liegt sie noch um gut 50 % höher.

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 kurzdauernden 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

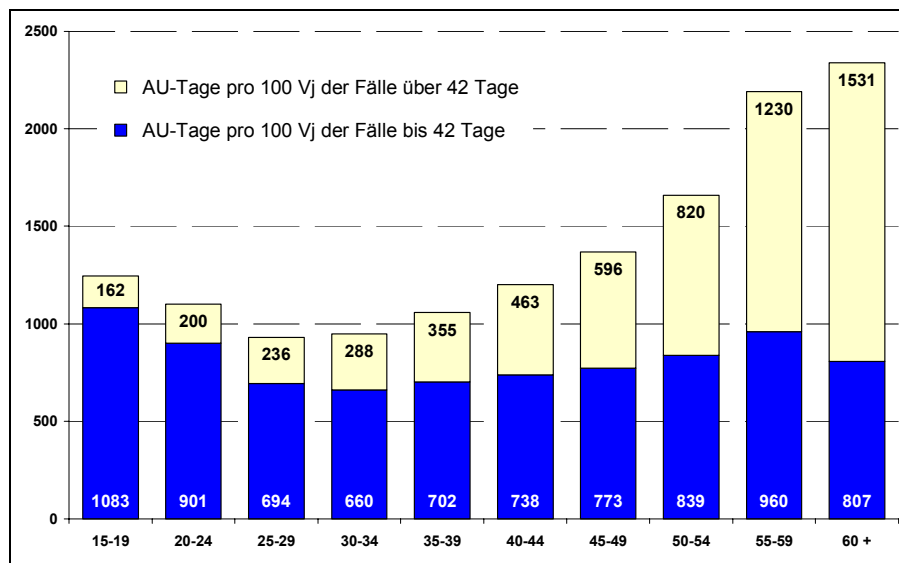


Abb. 11
AU-Tage pro 100
Versichertenjahre
der Fälle bis 42
Tage und über 42
Tage Dauer nach
Altersgruppen.

DAK 2001

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 56 % bzw. 65 % des Krankenstandes auf die Langfälle. In den beiden untersten Altersgruppen sind es 13 % bzw. 18 %. Der Altersgang des Krankenstandes ist also ganz überwiegend auf die Zunahme von schweren Erkrankungen zurückzuführen, die Arbeitsunfähigkeiten von langer Dauer verursachen.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

Das dritte 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. Diese Diagnosen werden nach einem internationalen Schlüsselssystem – dem ICD-Schlüssel – codiert.

Umstellung des Diagnose-Schlüssels von ICD 9 auf ICD 10

Bis 1999 wurden die AU-Diagnosen nach der 9. Version des ICD-Schlüssels codiert. Die Auswertungen der DAK-Gesundheitsreports 1999 und 2000 basieren auf den ICD 9-Diagnosen. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10-Schlüssel dokumentiert.

Erhebliche Unterschiede zwischen ICD 9 und ICD 10

Die 10. Revision des ICD-Schlüssels weist eine große Zahl von Änderungen und Neuerungen auf, die an dieser Stelle nicht näher erörtert werden können. Im vorliegenden DAK-Gesundheitsreport 2001 wird versucht, einen „Bruch“ in der Kontinuität der Gesundheitsberichterstattung möglichst zu vermeiden. So werden beispielsweise die im ICD 10 eigentlich 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 zunächst beibehalten. Auf diese Weise ist es leichter möglich, Vergleiche zu den Vorjahren anzustellen.

Zeitreihen können verfälscht sein

Insgesamt ist durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels jedoch mit gewissen Verzerrungen in den Zeitreihen zu rechnen. Der ICD 10 eröffnet neue Möglichkeiten der Diagnoseverschlüsselung, so dass es möglich ist, dass ein identischer Krankheitsfall im Jahr 2000 in einem anderen ICD-Kapitel codiert wird als 1999.

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden zu Vorjahresergebnissen

Wie groß diese umstellungsbedingten Verfälschungen der Zeitreihen sind, lässt sich gegenwärtig noch nicht abschätzen, so dass generell zur Zurückhaltung bei der Interpretation von Unterschieden zwischen den 2000er Ergebnissen und den Vorjahren zu raten ist.

Problem nur bei Auswertung nach Krankheitsarten

Die Problematik der eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Vorjahren bezieht sich wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den AU-Tagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder sind in Abbildung 12 dargestellt. Abbildung 13 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den AU-Fällen.

Abbildung 12

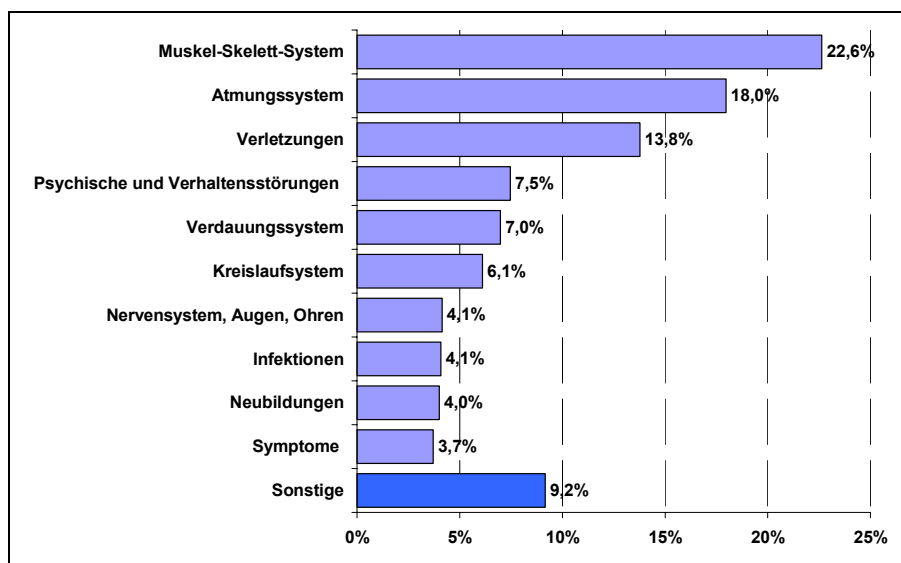


Abb. 12
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.

DAK 2001

Abbildung 13

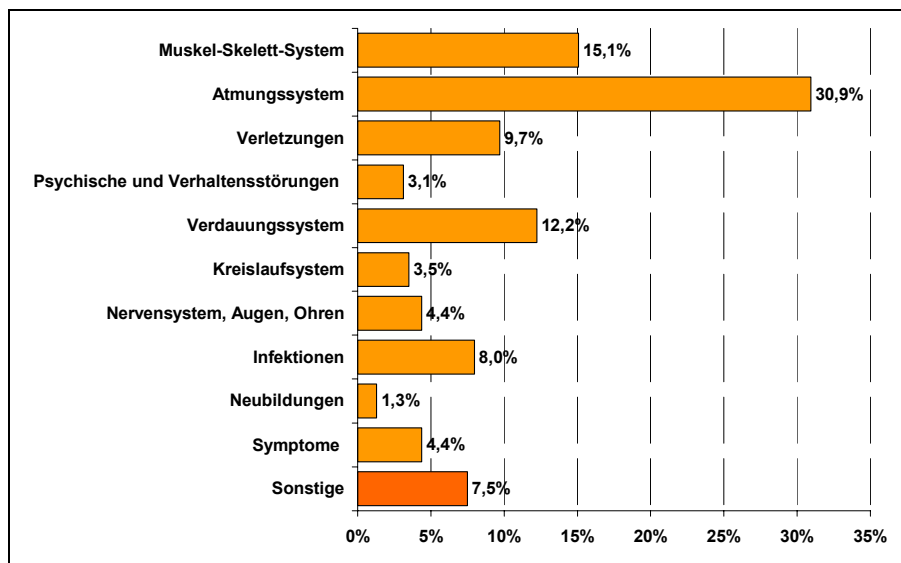


Abb. 13
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen.

DAK 2001

Muskel-Skelett-System, des Atmungs- und Verdauungssystem auch 2000 an der Spitze

An der Reihenfolge bzw. Bedeutung der Krankheitsgruppen für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen hat sich durch die Umstellung auf einen neuen Diagnoseschlüssel nicht geändert: Auf die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett-System, Atmungssystem sowie Verletzungen entfällt weiterhin mehr als die Hälfte (54 %) aller Krankheitstage.

Leichte Zunahme der Muskel-Skelett-Erkrankungen

Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten 2000 knapp 290 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre. Damit liegt diese Krankheitsart – wie in den Vorjahren auch – beim Tagevolumen an der Spitze und bei der Fallhäufigkeit an zweiter Stelle.

Der Krankenstand wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart hat 2000 sogar leicht zugenommen: In 1999 wurden nur etwa 270 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre registriert.

Die Krankheiten des Atmungssystems weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: Etwa 31 % aller Krankheitsfälle entfielen auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte brachten es im Durchschnitt auf 33,6 solche AU-Fälle.

Bei den meisten Arbeitsunfähigkeiten aus diesem ICD 10-Kapitel handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, was an der kurzen durchschnittlichen Falldauer von 6,8 Tagen ablesbar ist. Muskel-Skelett-Erkrankungen dauern mit 17,7 Tagen beispielsweise erheblich länger.

Leichter Rückgang der Atmungssystem-Erkrankungen kann auch Folge der Umstellung auf ICD 10 sein

Die Krankheiten des Atmungssystems haben im Vergleich zu 1999 leicht abgenommen – und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 36,3 auf 33,6 pro 100 Vj.) als auch was die AU-Tage betrifft (von 248 auf 230 pro 100 Vj.). Dieser leichte Rückgang kann jedoch auch eine Folge der Umstellung der Diagnosen-Codierung auf den ICD 10 sein. Gleichzeitig hat nämlich die Krankheitsart Infektionen einen leichten Zuwachs aufzuweisen. Möglicherweise hat hier durch das neue Verschlüsselungssystem eine Verschiebung zwischen den beiden Krankheitsarten stattgefunden.

Verletzungen unverändert

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen. Mit 176 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre hat bei dieser Krankheitsart keine nennenswerte Veränderung gegenüber dem Vorjahr (178 AU-Tage) stattgefunden.

Unter den verbleibenden Krankheitsarten haben vor allem die Psychischen und Verhaltensstörungen, die Krankheiten des Verdauungssystems und des Kreislaufsystems größere Bedeutung für den Krankenstand.

Die Krankheiten des Kreislaufsystems zeichnen sich durch eine lange durchschnittliche Falldauer von 20,6 Tagen, bei kleiner Fallhäufigkeit von nur 3,8 AU-Fällen pro 100 Versichertenjahre aus. Daraus resultiert ein Fehltagelastvolumen von 78 Tagen pro 100 Versichertenjahre.

Einen vergleichbar großen Beitrag zum Krankenstand leisten die Krankheiten des Verdauungssystems (89 AU-Tage pro 100 Vj.), bei jedoch gänzlich anderer Struktur als die Kreislaufkrankungen: Der einzelne Fall ist hier im Durchschnitt nur 6,7 Tage lang, dafür treten 13,3 Fälle pro 100 Versichertenjahre auf.

Beide zuletzt genannten Krankheitsarten haben im Vergleich zum Vorjahr leicht abgenommen, wobei auch hier nicht ermittelbar ist, ob es sich tatsächlich um eine Abnahme von Krankheiten aus diesem Diagnosespektrum handelt oder um eine Folge der Umstellung auf den ICD 10.

In Abbildung 12 sind die Krankheitsarten nach ihrem Anteil am Krankenstand absteigend geordnet. Die augenfälligste Veränderung bei einem Vergleich mit der entsprechenden Graphik aus dem Vorjahr ist der „Aufstieg“ der Psychischen und Verhaltensstörungen (in der Terminologie des ICD 9: Psychiatrische Krankheiten). Im DAK-Gesundheitsreport des letzten Jahres erschien diese Krankheitsart auf dem sechsten Rang mit einem Anteil von 6,6 % am Gesamt-krankenstand. In der aktuellen Analyse nimmt sie mit einem Anteil von 7,5 % den vierten Rang ein.

Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen wird seit einigen Jahren in der Fachwelt beobachtet und diskutiert. Die DAK-Gesundheitsreports der zurückliegenden Jahre haben diesen Trend bestätigt: Von 67 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre in 1997 über 78 Tage in 1998 und 84 Tage in 1999 ist das AU-Volumen in 2000 auf nunmehr 95 Tage gestiegen.

Auch wenn wegen der Umstellung auf den ICD 10 gewisse Vorbehalte bezüglich der Zeitreihen angebracht sind, fügt sich der für das Jahr 2000 ermittelte Wert in die bisherige Entwicklung der psychischen und Verhaltensstörungen. Abbildung 14 zeigt die Veränderung des AU-Tage-Volumens in einer Indexdarstellung, d. h. der Wert des Jahres 1997 wurde auf 100 normiert. Innerhalb von nur vier Jahren hat der auf diese Krankheitsart zurückzuführende Krankenstand um 42 % zugenommen.

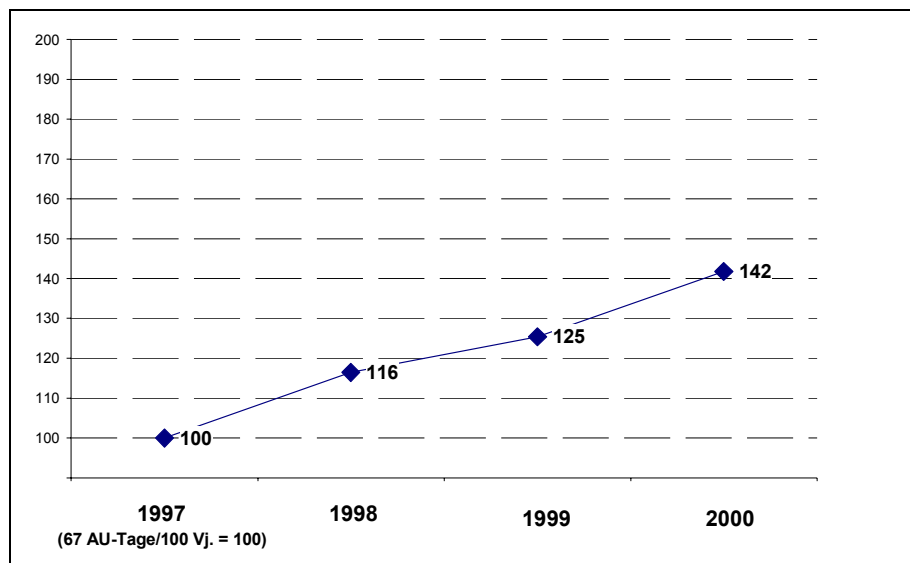
Leichte Abnahme von Krankheiten des Kreislauf- und des Verdauungssystems

Psychische und Verhaltensstörungen bei den AU-Tagen jetzt an vierter Stelle

Seit 1997 42 % mehr AU-Tage wegen psychischen und Verhaltensstörungen

Abb. 14
Indexdarstellung
der Entwicklung
der AU-Tage auf-
grund von Psy-
chischen und
Verhaltensstö-
rungen bzw.
Psychiatrischen
Krankheiten von
1997 bis 2000.

Abbildung 14



DAK 2001

Die Ursachen für die Zunahme der psychischen und Verhaltensstörungen lassen sich allein durch Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten nicht ermitteln. Neben einer tatsächlichen Zunahme dieser Krankheitsbilder – zumeist handelt es sich um depressive Episoden – ist auch die Möglichkeit zu prüfen, dass es sich nur um eine Veränderung des Diagnosenverhaltens der Ärzte handelt: Krankheitsfälle werden unter Umständen zunehmend als psychisch bedingt erkannt oder klassifiziert, die früher als rein körperlich gedeutet wurden.

Die psychischen und Verhaltensstörungen haben insbesondere bei den weiblichen Versicherten eine große Bedeutung. Nähere Erörterungen zu diesem Geschlechtsunterschied finden sich in Kapitel 6.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Diagnosespektren
von Frauen und
Männern sind
Thema der Son-
deranalyse

Den Unterschieden im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern widmet der DAK-Gesundheitsreport 2001 eine Sonderanalyse. Im folgenden werden daher nur die wichtigsten Zahlen für das Jahr 2000 berichtet, um die Kontinuität der Darstellung zu den vorangehenden DAK-Gesundheitsreports aufrecht zu erhalten.

Die Abbildungen 15 und 16 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei den Frauen bzw. den Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Abbildung 15

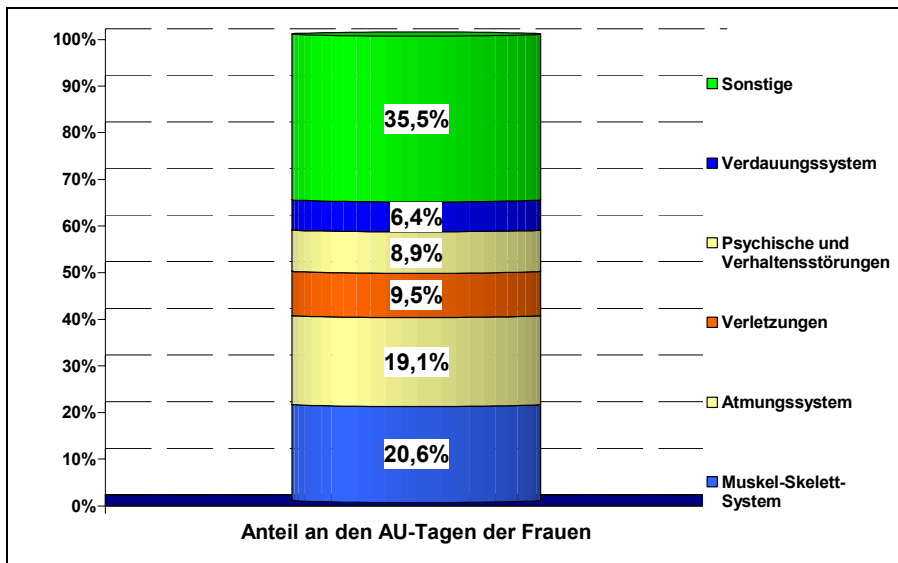


Abb. 15
Anteile der fünf bei den Frauen wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.

DAK 2001

Abbildung 16

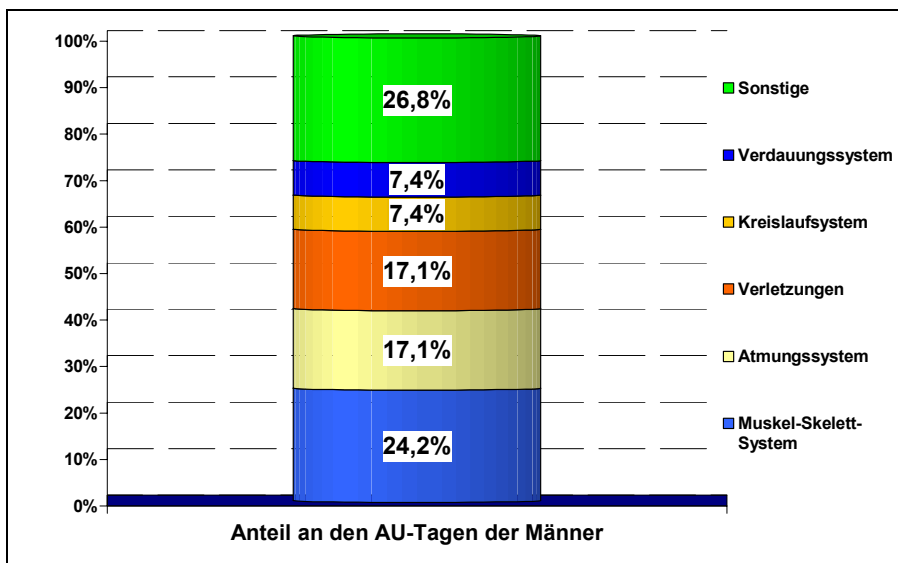


Abb. 16
Anteile der fünf bei den Männern wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen.

DAK 2001

Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer annähernd gleich große Bedeutung, wobei 2000 wie auch in den Vorjahren die Männer beim Muskel-Skelett-System und die Frauen bei den Atmungsorganen eine etwas größere Zahl von AU-Tagen aufweisen.

Verletzungen haben bei den Männern einen fast doppelt so großen Anteil am Krankenstand wie bei den Frauen, auch dies ein regelmäßig festgestellter Befund.

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. Detailliertere Informationen über den unterschiedlichen Stellenwert dieser beiden Krankheitsarten für die beiden Geschlechter bietet die Sonderanalyse in Kapitel 6.

Ferner wird durch Abbildung 15 und 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (35,5 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt, als bei den Männern (26,8 %). Im Rahmen der Sonderanalyse zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden wird auch die Gruppe der sonstigen Krankheitsarten näher untersucht.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

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

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

Abbildung 17

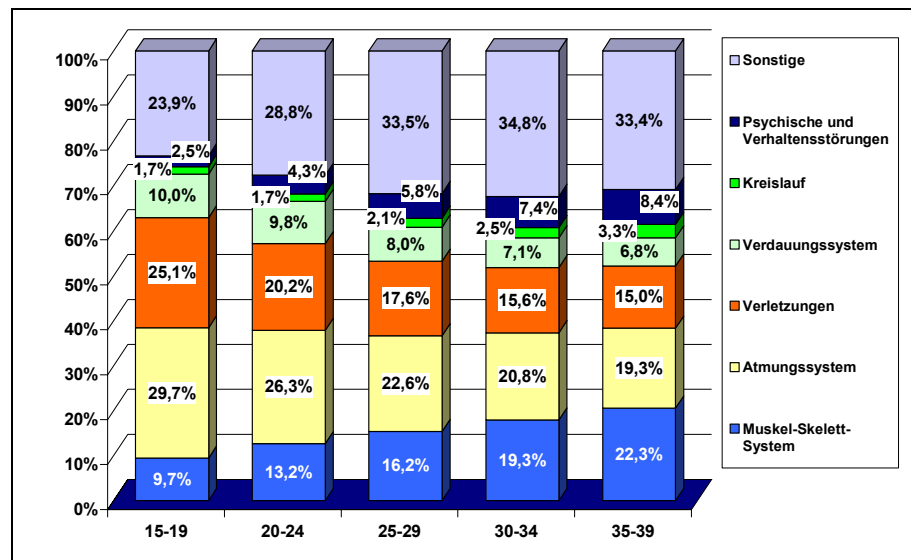


Abbildung 18

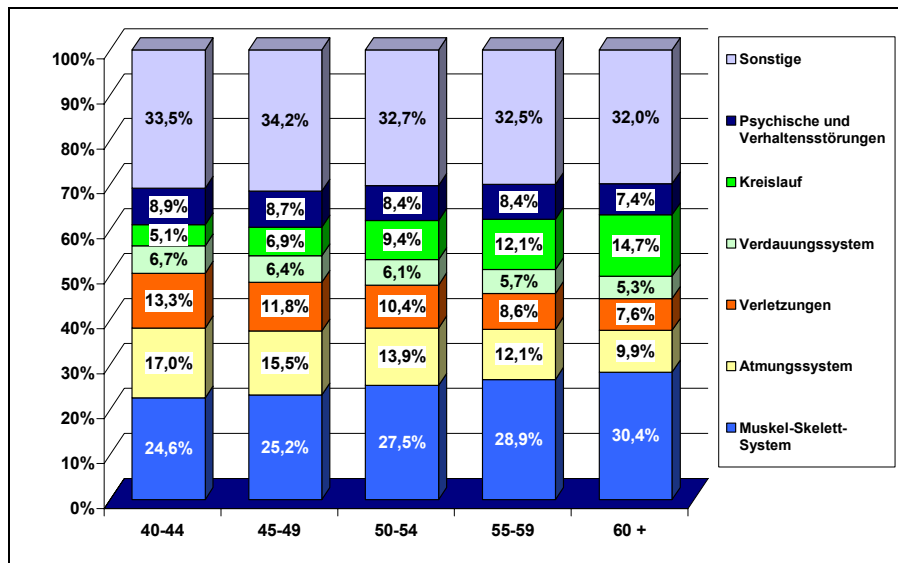


Abb. 18
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen.

DAK 2001

Auf die Krankheitsarten Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems entfallen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern mehr als die Hälfte aller Krankheitstage. In den obersten Altersgruppen schrumpft der Anteil dieser beiden Krankheitsarten auf nur noch etwa 20 % zusammen.

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

Im Altersverlauf stetig größere Bedeutung gewinnen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Kreislaufsystems. Bei den Kreislauferkrankungen schlagen die im höheren Alter vermehrt auftretenden Herzkrankheiten stark zu Buche. Viele Muskel-Skelett-Erkrankungen verlaufen chronisch-degenerativ, d. h. verschlechtern sich mit zunehmendem Alter.

Die Psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen haben in den mittleren Altersgruppen den höchsten Anteil am Krankenstand. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit den in diesem Altersbereich gehäuft auftretenden Krisen und Konflikten zusammen.

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

Zunahme von Muskel-Skelett- und Kreislauferkrankungen

Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen vor allem in den mittleren Altersgruppen

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Kriterium: Anteil an den AU-Tagen

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.

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

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	5,4%	5,8%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	4,3%	1,8%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	3,9%	7,6%
J20	Akute Bronchitis	3,0%	5,1%
F32	Depressive Episode	2,4%	0,9%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,0%	1,7%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,8%	2,9%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8%	0,6%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,8%	3,3%
F48	Andere neurotische Störungen	1,4%	0,5%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	1,3%	0,6%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,3%	0,7%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,2%	3,1%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,2%	3,2%
J01	Akute Sinusitis	1,2%	2,4%
J03	Akute Tonsillitis	1,2%	2,4%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,1%	0,7%
K29	Gastritis und Duodenitis	1,0%	2,0%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0%	0,9%
M19	Sonstige Arthrose	1,0%	0,2%
	Kumuliert	45,7%	51,6%

Veränderungen durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels von ICD 9 auf ICD 10 lassen sich vor allem auf der Ebene der Einzeldiagnosen feststellen, wenn man Tabelle 1 mit der entsprechenden Aufstellung im DAK-Gesundheitsreport des vorigen Jahres vergleicht: An der Spitze stehen jetzt die ICD 10-Diagnosen „Rückenschmerzen“ (M54) und „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M53). Auf diese beiden Einzeldiagnosen verteilen sich nunmehr weitgehend die Krankheitsfälle, die in den Vorjahren unter den ICD 9-Diagnosen „nicht näher bezeichnete Affektionen des Rückens“ bzw. „Affektionen im zervikalen Bereich“ klassifiziert waren.

Veränderungen durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels

Weitere Krankheitsbilder des Muskel-Skelett-Systems mit großer Bedeutung für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sind die Bandscheiben- und Gelenksschäden.

Erläuterungen zu den Einzeldiagnosen

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems treten unspezifische Infektionen, grippale Infekte sowie akute Bronchitiden besonders häufig auf. Ferner spielen Mandel- und Nebenhöhlenentzündungen eine Rolle. Alle diese Krankheiten sind durch eher kurze Krankheitsdauern, aber sehr häufiges Auftreten gekennzeichnet.

Depressive Episoden, nicht näher charakterisierte neurotische Störungen und Belastungsreaktionen sind die wichtigsten Einzelerkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen. 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.

Verletzungen sind die Krankheitsart mit dem drittgrößten Anteil an den AU-Tagen. Am häufigsten wurde von den Ärzten eine nicht näher bezeichnete Verletzung diagnostiziert, gefolgt von Verstauchungen und Zerrungen am Fuß bzw. Sprunggelenk.

Schließlich finden sich noch drei Krankheiten des Verdauungssystems unter den 20 für den Krankenstand wichtigsten Diagnosen: Durchfallerkrankungen und „Magenverstimmungen“ werden etwa gleich häufig mit Verdacht auf einen infektiösen Ursprung wie auch als nichtinfektiös diagnostiziert. Außerdem sind Entzündungen der Magenschleimhaut bzw. des Zwölffingerdarms ein häufiger Anlass für Arbeitsunfähigkeit.

Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

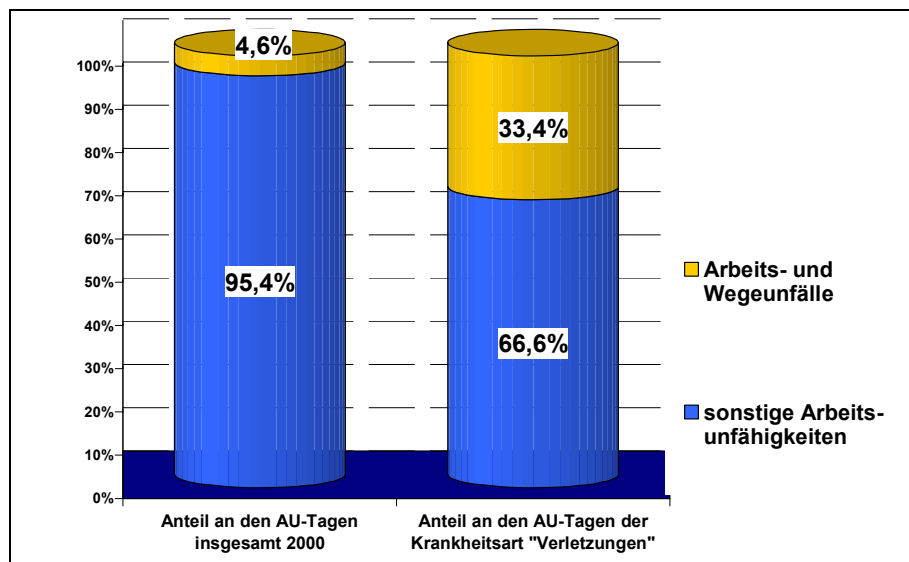
Die DAK arbeitet mit mehreren Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng zusammen. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports ist es daher von Interesse, welchen Anteil Arbeits- und Wegeunfälle an den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder haben.

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.

2000 wurden je 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder knapp 59 AU-Tage und 3,3 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtcrankenstand betrug damit 4,6 %. Betrachtet man nur den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier etwa ein Drittel.

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

Abbildung 19



DAK 2001

Die Arbeits- und Wegeunfälle im Jahr 2000 zeigen keinerlei Veränderungen gegenüber den Vorjahreswerten.

4 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Das vierte Kapitel bietet eine Analyse der Krankenstandsentwicklung differenziert nach Wirtschaftsgruppen. 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 Schlüsselsystematik leicht verändert, um die für die DAK besonders charakteristischen Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können. Die Zuordnung ist aus den Tabellen A5 und A6 in Anhang II ersichtlich.

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

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

Abbildung 20

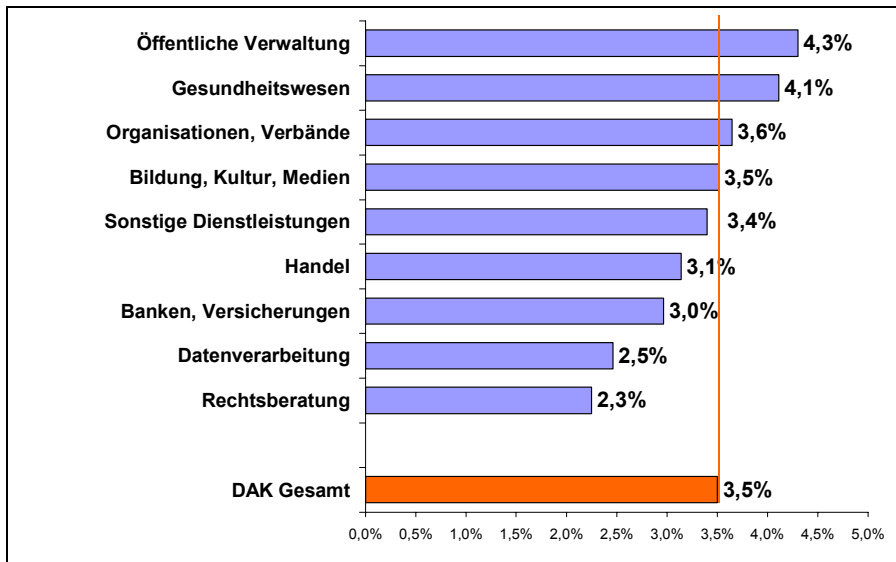


Abb. 20 Krankenstandswerte 2000 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.

DAK 2001

Abbildung 20 zeigt die Krankenstandswerte 2000 der neun Wirtschaftsgruppen, in denen zu einem besonders hohen Anteil DAK-Mitglieder beschäftigt sind. Die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen sind in Abbildung 21 dargestellt.

„Öffentliche Verwaltung“ und „Rechts-/ Wirtschaftsberatung“ bilden die Pole

Die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ (4,3 %) und „Rechts- und Wirtschaftsberatung/Wirtschaftsprüfung“ (2,3 %) unterscheiden sich um zwei Prozentpunkte im Krankenstand und bilden damit die Pole der neun Wirtschaftszweige.

Sehr große Fallhäufigkeit in der „Öffentlichen Verwaltung“

Sehr ausgeprägt unterscheiden sich diese beiden Gruppen in der Fallhäufigkeit: In der „Öffentlichen Verwaltung“ wurden etwa 133 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre beobachtet, in der „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ nur 80 AU-Fälle. Darüber hinaus trägt jedoch auch eine längere Falldauer (11,8 gegenüber 10,3 Tagen) zu dem erheblichen höheren Krankenstand in den Verwaltungen bei.

Beide Wirtschaftszweige zeigen gegenüber dem Vorjahr kaum eine Veränderung: In der „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ ist ein geringfügiger Anstieg des Krankenstandes von 2,2 % in 1999 auf 2,3 % in 2000 zu verzeichnen, die „Öffentliche Verwaltung“ ist unverändert.

„Gesundheitswesen“ und „Organisationen, Verbände“ an zweiter und dritter Stelle

Auch bei den übrigen Wirtschaftszweigen sind gegenüber dem Vorjahr kaum Veränderungen aufgetreten: Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ nehmen mit Krankenständen von 4,1 % bzw. 3,6 % den zweiten und dritten Rangplatz unter den neun für die DAK wichtigsten Branchen ein. 1999 wurden identische Werte berechnet.

Im Wirtschaftszweig „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ ist die Fallhäufigkeit fast genauso hoch wie in der „Öffentlichen Verwaltung“. Aufgrund der allerdings sehr geringen durchschnittlichen Falldauer (10,1 Tage) resultiert jedoch ein etwas niedrigerer Krankenstand.

Bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen ist eine überdurchschnittliche Falldauer (13,0 Tage) sowie eine etwas erhöhte Fallhäufigkeit (116 AU-Fälle pro 100 Vj.) für den Krankenstand verantwortlich.

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

Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Krankenpflegekräften sind im vergangenen Jahr von der DAK und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) umfassend analysiert worden². 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.

² DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege

Auf 3,5 % geringfügig zurückgegangen ist der Krankenstand im Wirtschaftszweig „Bildung, Kultur, Medien“ (1999: 3,6 %).

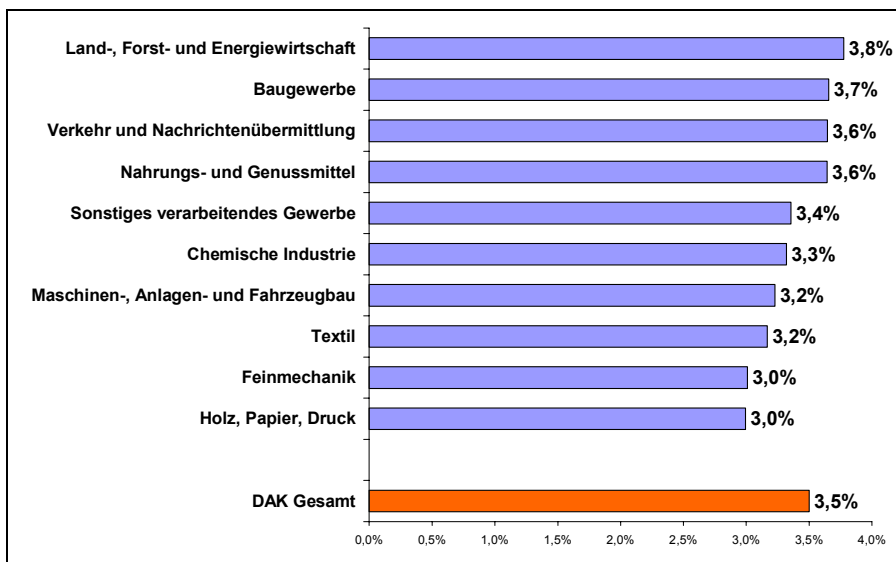
Unter dem Durchschnitt der DAK insgesamt liegen auch im Jahr 2000 die Branchen „Handel“, „Banken, Versicherungen“ und „Datenverarbeitung“. Mit Ausnahme der „Datenverarbeitung“ und des „Handels“, wo es geringfügige Rückgänge des Krankenstandes um 0,1 Prozentpunkte gegeben hat, sind keine Veränderungen gegenüber dem Vorjahr eingetreten.

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

**DAK-VBG
Gesundheitsreport
Kredit- und
Finanzinstitute**

Abbildung 21 zeigt die Krankenstände in den übrigen 10 Wirtschaftsgruppen. Wie im Vorjahr zeigt sich, dass ein Großteil der Branchen, die vor allem dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Werte haben. Bereits im Vorjahresbericht wurde darauf hingewiesen, dass DAK-Mitglieder in diesen Branchen überwiegend in den Verwaltungsbereichen arbeiten.

Abbildung 21



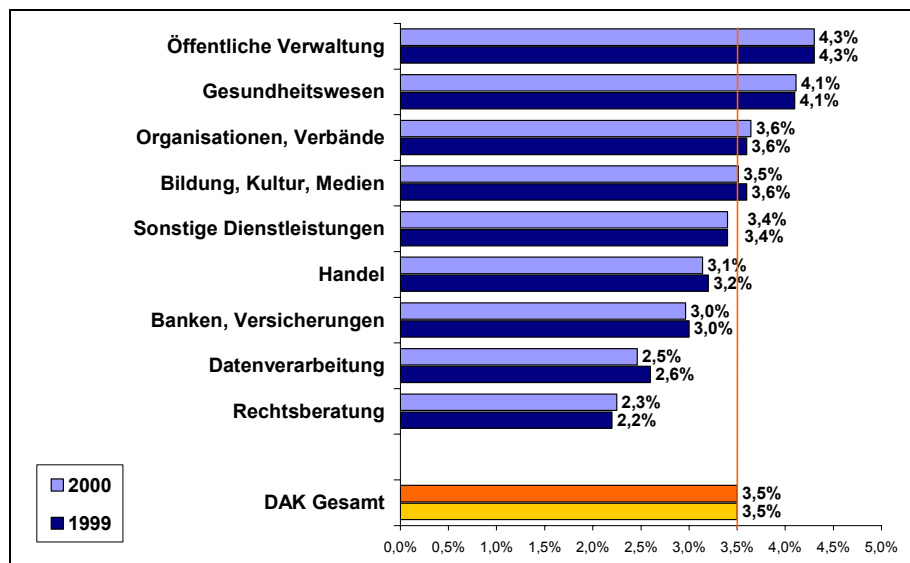
DAK 2001

**Abb. 21
Krankenstands-
werte 2000 in den
zehn übrigen
Wirtschafts-
gruppen.**

In den beiden folgenden Abbildungen 22 und 23 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der beiden Jahre 1999 und 2000 nochmals vergleichend gegenüber gestellt.

Abbildung 22

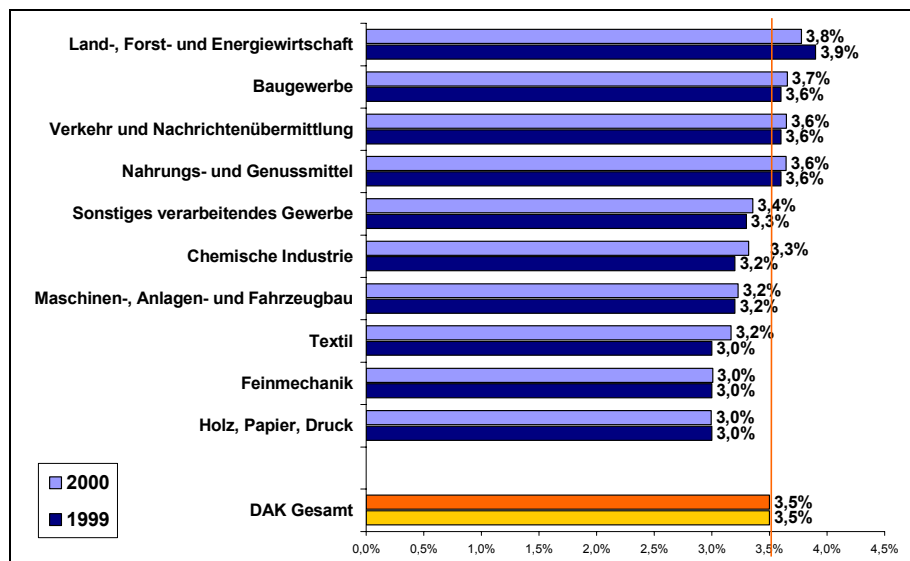
Abb. 22
Entwicklung der Krankenstandswerte 1999-2000 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.



DAK 2001

Abbildung 23

Abb. 23
Entwicklung der Krankenstandswerte 1999-2000 in den zehn übrigen Wirtschaftsgruppen.



DAK 2001

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

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

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

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für die alten und die neuen Länder ausgewiesen. Tabelle 2 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern 2000.

Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2000

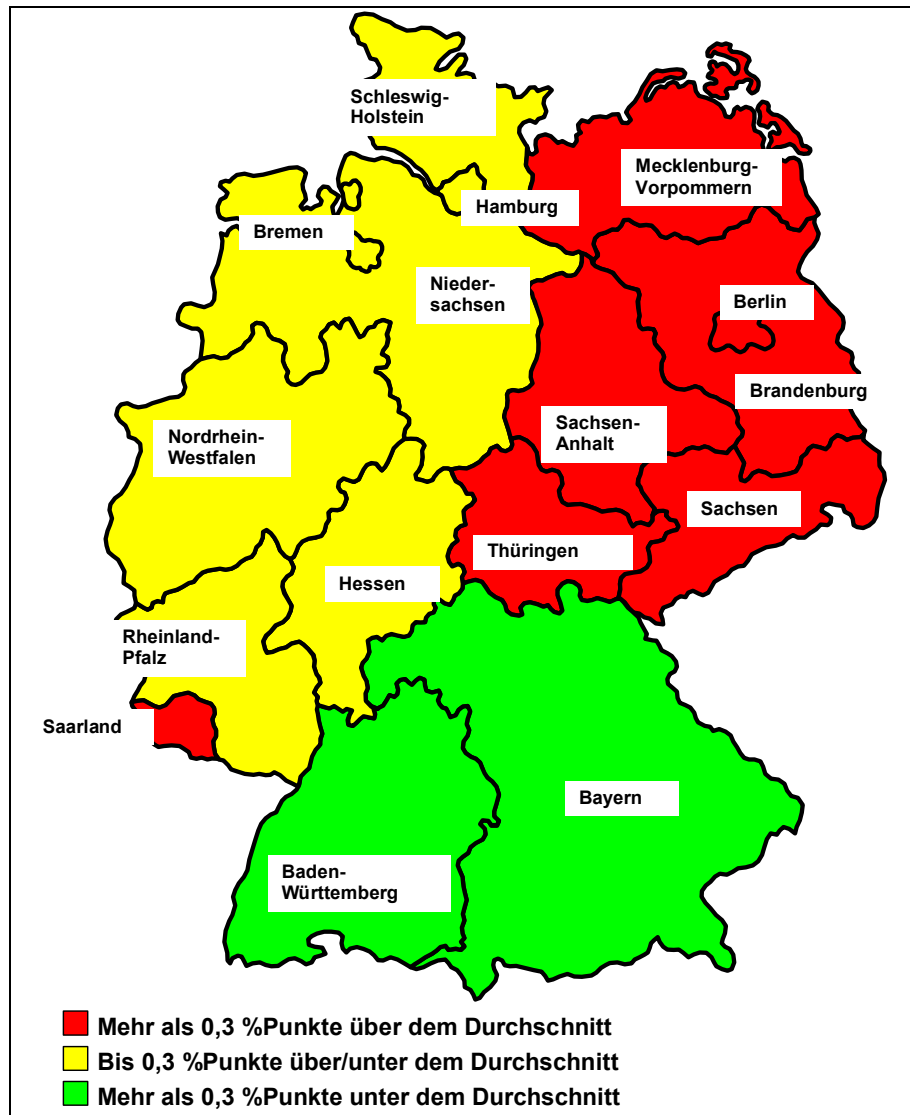
Bundesland	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,9%	1.052,7	92,6	11,4
Bayern	3,2%	1.152,8	97,6	11,8
Berlin	4,9%	1.772,0	125,7	14,1
Bremen	3,6%	1.299,0	110,5	11,8
Hamburg	3,4%	1.230,1	104,2	11,8
Hessen	3,5%	1.283,3	110,3	11,6
Niedersachsen	3,4%	1.234,4	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 (Ost und West) gehört krankenversicherungsrechtlich zu den alten Bundesländern (Rechtskreis West)

Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, bestehen erheblich regionale Unterschiede beim Krankenstand der DAK-Mitglieder. Wie bereits in den Vorjahren sind auch im Jahr 2000 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar. Abbildung 24 zeigt, welche Bundesländer um mehr als 0,3 Prozentpunkte über/unter bzw. am DAK-Gesamtdurchschnitt lagen.

Abbildung 24

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



DAK 2001

Baden-Württemberg und Bayern liegen deutlich – d. h. um mehr als 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Der Krankenstand in Baden-Württemberg beträgt wie im Vorjahr 2,9 %, womit dieses Bundesland den niedrigsten Wert aufweist. In Bayern hat der Krankenstand gegenüber 1999 zwar geringfügig (von 3,1 % auf 3,2 %) zugenommen, im Prinzip hat sich nichts daran geändert, dass die Situation im Süden der Republik besonders günstig ist.

Baden-Württemberg und Bayern weisen – wie schon in den Vorjahren - die günstigsten Krankenstandswerte auf

Nah am Bundesdurchschnitt von 3,5 % liegen die sieben Bundesländer Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz. Gegenüber 1999 sind allenfalls geringe Veränderungen in der Größenordnung von 0,1 Prozentpunkten aufgetreten, die sich nicht als eigenständige Trends interpretieren lassen.

Sieben Bundesländer liegen nah am DAK-Bundesdurchschnitt

Ein Ausnahme unter den westlichen Bundesländern ist erneut das Saarland, das mit 4,0 % Krankenstand deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Im Vorjahr wurde eine vergleichbare Situation festgestellt (Saarland 1999: 4,1 %). Der höhere Krankenstand im Saarland ist auf eine ungewöhnlich lange durchschnittliche Falldauer von 13,9 Tagen zurückzuführen.

Saarland nimmt unter den westlichen Bundesländern eine Sonderstellung ein

Im vergangenen Jahr 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. Dies ist jedoch nicht der Fall, so dass die Abweichung gegenwärtig nicht erklärt werden kann.

Durchweg über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände werden in den neuen Bundesländern und Berlin beobachtet. Den günstigsten Wert hat Sachsen, das mit 3,9 % gegenüber 1999 unverändert geblieben ist.

Alle neuen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

Ebenfalls auf Vorjahresniveau liegt Thüringen (4,0 %), wogegen in Sachsen-Anhalt der Krankenstand geringfügig angestiegen ist (von 3,9 % auf 4,0 %).

Noch etwas höher liegen Brandenburg (4,2 %, wie 1999) und Mecklenburg-Vorpommern (4,3 %, nach 4,2 % in 1999).

In allen fünf neuen Bundesländern sind die erhöhten Krankenstandswerte auf eine deutlich überdurchschnittliche Fallhäufigkeit zurückzuführen: Sieht man von Berlin ab, so weisen die alten Länder Werte zwischen 93 (Baden-Württemberg) und 110 (Bremen) AU-Fällen pro 100 Versichertenjahre auf. In den neuen Ländern liegen die Zahlen dagegen zwischen 125 (Sachsen) und 138 (Mecklenburg-Vorpommern) Fällen.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des erhöhten Krankenstandes in den neuen Bundesländern

Berlin hat mit 4,9 % den höchsten Krankenstand aller Bundesländer

Wie schon in den Vorjahren ragt auch im Jahr 2000 das Land Berlin mit einem Krankenstand von 4,9 % aus den übrigen Bundesländern heraus. Ähnlich wie im Saarland dauern die Krankheitsfälle der Berliner DAK-Mitglieder ungewöhnlich lange (14,1 Tage). Hinzu kommt in Berlin jedoch noch eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit von 126 AU-Fällen pro 100 Versichertenjahre. Im Jahr 1999 wurden für Berlin nahezu die gleichen Werte ermittelt.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 1999 ist festgestellt worden, dass die höheren Krankenstände in den neuen Bundesländern zu einem erheblichen 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.

In Berlin ließ sich 1999 jedoch kein nennenswerter Einfluss einer ungünstigeren Wirtschaftsstruktur auf das Krankenstandsniveau bestätigen. Für den höheren Krankenstand in der Hauptstadt muss somit nach anderen Ursachen gesucht werden.

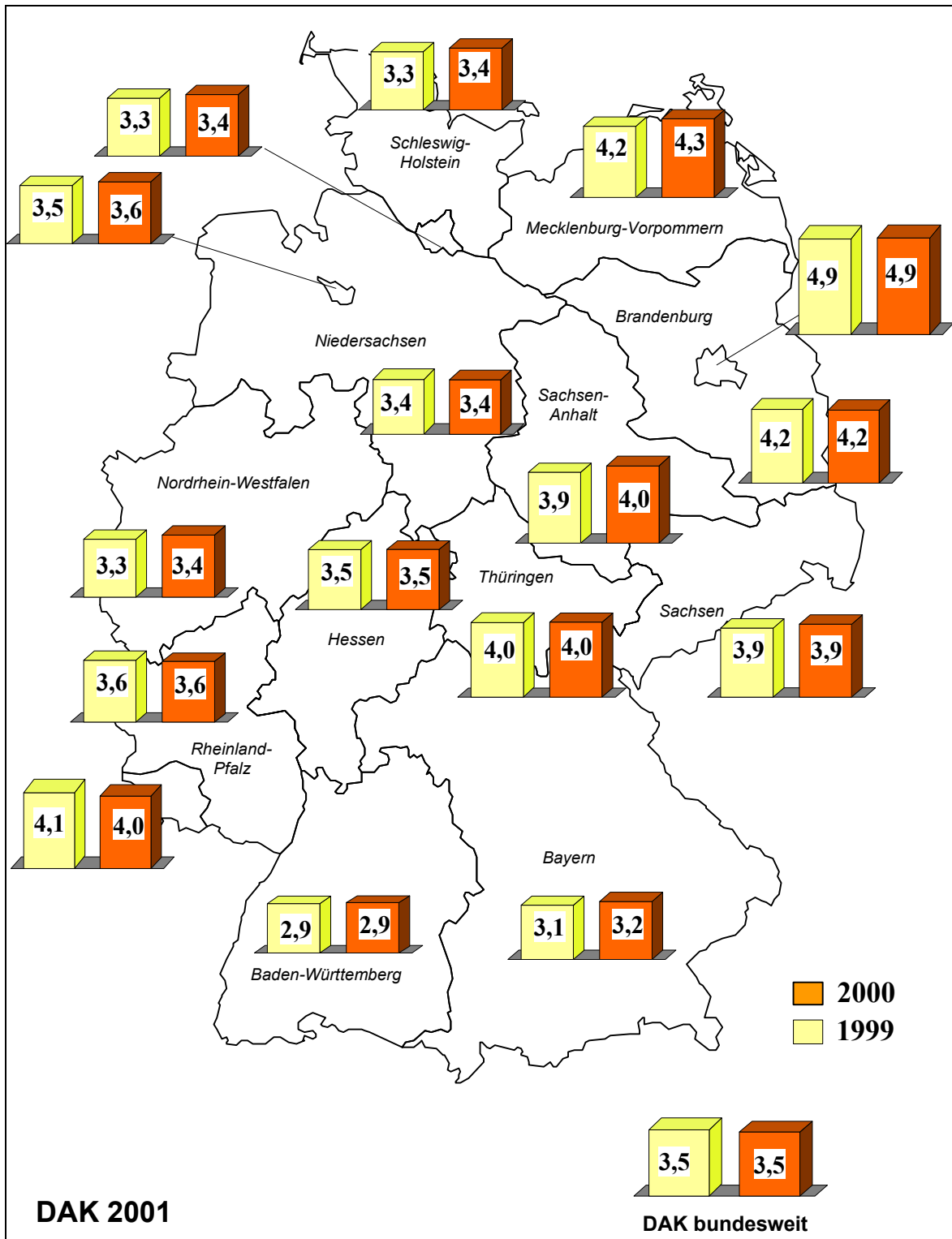
Entwicklung des Krankenstandes 1999 - 2000

Abbildung 25 gibt nochmals einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2000 im Vergleich zum Vorjahr.

Übersichtstabellen in Anhang II

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 1999 und 2000 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist ferner den Tabellen A7 und A8 im Anhang II des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 25: Krankenstandswerte 1999 und 2000 nach Bundesländern in Prozent

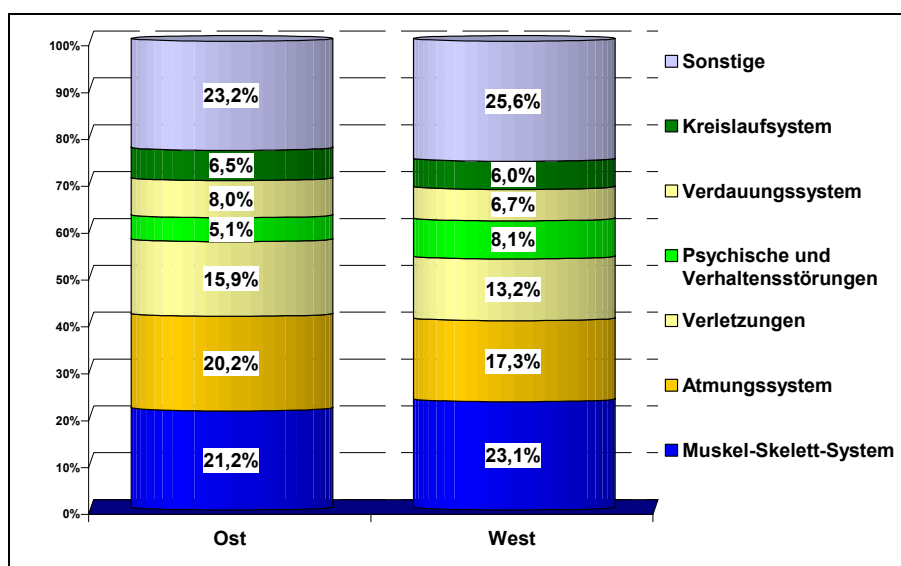


Bedeutung der Krankheitsarten in den alten und den neuen Bundesländern

In den beiden vorangehenden DAK-Gesundheitsreports wurden Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 26 zeigt die Anteile am Krankenstand 2000 der sechs wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 26

Abb. 26
Anteile der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen in den alten und den neuen Ländern.



DAK 2001

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

Nennenswerte Unterschiede bestehen weiterhin beim Anteil der Verletzungen und der psychischen und Verhaltensstörungen am Krankenstand: In den neuen Bundesländern haben die Verletzungen etwas größere und die psychischen und Verhaltensstörungen geringere Bedeutung als in den alten Ländern.

Die beiden genannten Unterschiede wurden bisher in allen DAK-Gesundheitsreports beobachtet.

6 Krankenstand und Diagnosespektren von Frauen und Männern

Zwischen Frauen und Männern bestehen teilweise deutliche Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand, Krankheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und die Lebenserwartung. Diese Unterschiede fügen sich jedoch keineswegs zu einem einheitlichen Bild:

Im Hinblick auf die Lebenserwartung müssen die Männer eindeutig als das gesundheitlich benachteiligte Geschlecht gelten. Ein männliches Neugeborenes hatte 1995 in der Bundesrepublik eine durchschnittliche Lebenserwartung von 73,3 Jahren, ein Mädchen dagegen eine von 79,8 Jahren. Betrachtet man hingegen Zahlen über die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems oder zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, so erscheinen die Frauen fast immer als die gesundheitlich stärker Beeinträchtigten.

Die Ursachen dafür sind noch nicht völlig aufgeklärt, was zum Teil auch daran liegt, dass Fragestellungen aus diesem Bereich vergleichsweise selten wissenschaftlich untersucht wurden. Die Notwendigkeit, solche Unterschiede verstärkt zu thematisieren und bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung entsprechend zu berücksichtigen, wird mittlerweile jedoch zunehmend anerkannt. Als Beispiele seien das Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin und das Bundesland Nordrhein-Westfalen genannt, die 1998 bzw. 2000 jeweils regionale Gesundheitsberichte vorgelegt haben, die sich speziell diesem Thema widmen³.

Als gesichertes Erkenntnis kann gelten, dass neben den biologischen Unterschieden auch die in vielerlei Hinsicht verschiedenen Lebenslagen von Männern und Frauen eine bedeutende Rolle spielen. Die Arbeitswelt kann dabei als ein Kreuzungspunkt gelten, an dem geschlechtsspezifische Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Lebensumständen besonders sichtbar werden: Frauen unterliegen oftmals einer Mehrfachbelastung durch Beruf, Haushalt und Familienarbeit, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken kann. Ferner unterscheiden sich die Geschlechter im Hinblick auf die Berufsfelder in denen sie tätig sind sowie die beruflichen Entwicklungschancen innerhalb einzelner Berufe.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

Lebenserwartung

medizinische Versorgung

subjektive Gesundheit

Geschlechtsunterschiede werden zunehmend beachtet

Unterschiedliche Lebenslagen führen zu gesundheitlichen Unterschieden

Arbeitswelt als Musterfall

³ Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin (Hrsg.): ... wie geht's Frau? Gesundheitsbericht 1998. Berlin: 1998.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: lögd, 2000.

Daraus resultieren unterschiedliche Konstellationen von gesundheitsbelastenden oder -fördernden Faktoren, die es weiter aufzuklären und bei der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu berücksichtigen gilt.

Sonderanalysen zu Geschlechtsunterschieden:

Der DAK-Gesundheitsreport 2001 möchte einen Beitrag dazu leisten. Deshalb wurden mehrere Sonderanalysen durchgeführt, die das Problem der geschlechtsspezifischen Unterschiede insbesondere bei den krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten aus verschiedenen Perspektiven näher beleuchten:

Krankenstand und Diagnosespektren

- Ausgangspunkt sind die Ergebnisse der nunmehr drei Jahre umfassenden DAK-Gesundheitsberichterstattung. Im Rahmen einer vertiefenden Auswertung werden die unterschiedlichen Diagnosespektren von Männern und Frauen dargestellt und in ihren Auswirkungen auf den Krankenstand untersucht. Besonders Augenmerk gilt dabei den Schwangerschaftsdiagnosen.

Berufliche Tätigkeitsschwerpunkte als Ursache?

- Als nächstes wird der Zusammenhang zwischen Krankenstandshöhe und Art der Berufstätigkeit unter Berücksichtigung des Geschlechts betrachtet. Die Fragestellung lautet hier: Lässt sich der höhere Krankenstand der weiblichen DAK-Mitglieder dadurch erklären, dass sie überproportional oft in Berufen mit besonders hohen Belastungen und daher auch hohen Krankenständen arbeiten?

Diskussion weiterer Erklärungsansätze

- Im Anschluss daran werden weitere Erklärungsansätze für geschlechtsspezifische Unterschiede diskutiert, die sich nicht mit den Arbeitsunfähigkeitsdaten untersuchen lassen.

Aktuelle Bevölkerungsumfrage zu Geschlechtsunterschieden im Krankenstand

- Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Meinungen und „Theorien“ in der Bevölkerung: Die DAK hat im Mai 2001 im Rahmen ihres Gesundheitsbarometers etwa 1.000 repräsentativ ausgewählte Bürgerinnen und Bürger zu dieser Thematik befragen lassen. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden mit den Befunden der Sonderanalysen konfrontiert.

Geschlechtsunterschiede beim Krankenstand in den DAK-Gesundheitsreports 1999 bis 2001

Frauen hatten in allen DAK-Gesundheitsreports einen höheren Krankenstand als Männer

In den drei Berichtsjahren 1998 bis 2000 lag der Krankenstand der weiblichen DAK-Mitglieder jeweils über dem der Männer: Der Abstand betrug etwa 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte. Ausgedrückt in Fehltagen bedeutet das: Auf 100 weibliche Mitglieder entfielen ca. 110 bis 130 AU-Tage mehr als auf 100 Männer (Abbildung 27).

Abbildung 27

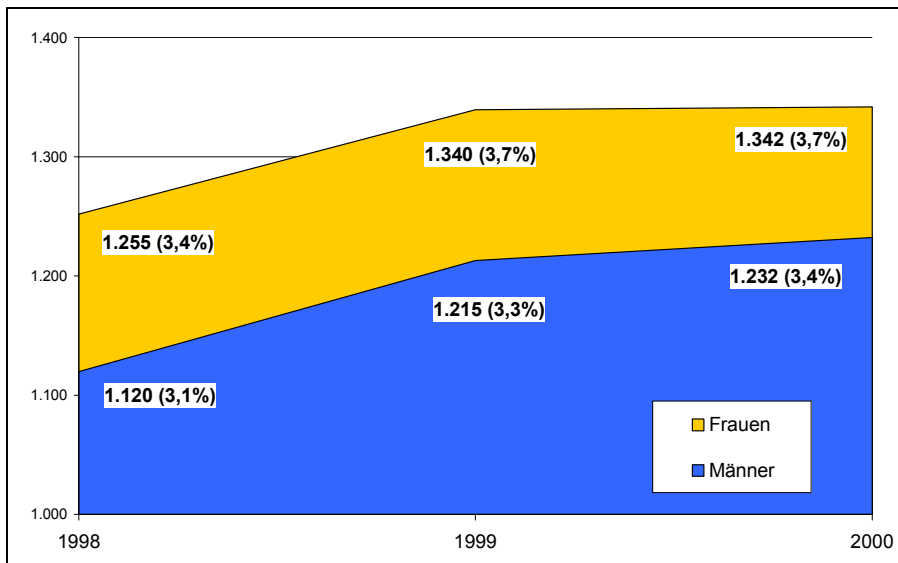


Abb. 27
AU-Tage pro 100 Versichertenjahre (Krankenstand) nach Geschlecht, 1998 bis 2000

DAK 2001

Die Auswertungen nach Geschlecht und Alter (Abbildung 9 in den DAK-Gesundheitsreports 1999, 2000 und 2001) zeigen, dass der höhere Krankenstand der Frauen mit Ausnahme der unter 20-Jährigen in allen Altersgruppen zu beobachten ist. Ferner ist erkennbar, dass der Unterschied bei den älteren Mitgliedern in der Tendenz noch zunimmt (Abbildung 28).

Krankenstand der Frauen ist in fast allen Altersgruppen höher

Abbildung 28

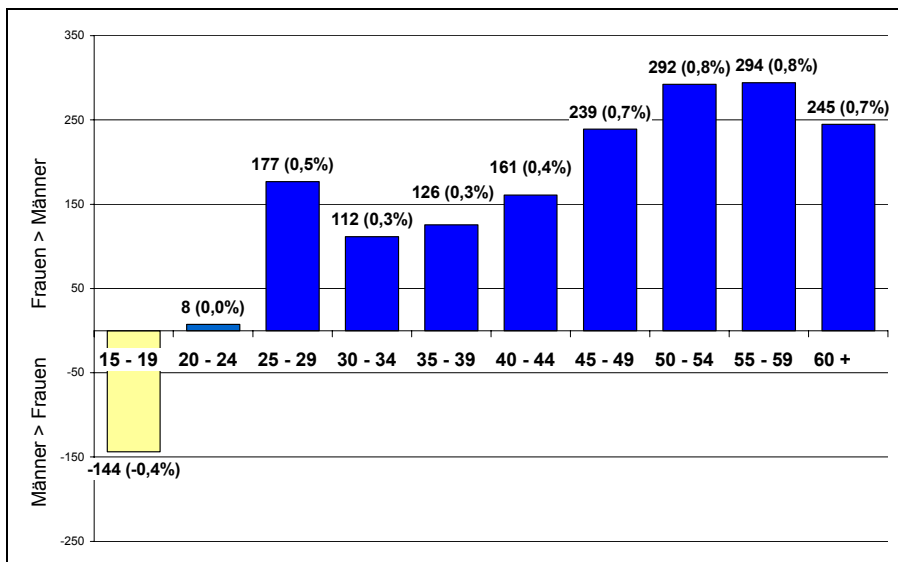


Abb. 28
Differenz AU-Tage pro 100 Versichertenjahre (Krankenstand) zwischen Frauen und Männern nach Altersgruppen 2000

DAK 2001

Krankheitsspektren von Frauen und Männern

Die fünf wichtigsten Krankheitsarten bei Frauen und Männern

In den DAK-Gesundheitsreports sind auch die je nach Geschlecht unterschiedlichen Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten (Abbildungen 14 und 15) regelmäßig dargestellt worden: Die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems sowie die Verletzungen und Vergiftungen gehören bei beiden Geschlechtern zu den vier wichtigsten Krankheitsarten. Als fünfte Gruppe finden sich jedoch bei den Männern die Krankheiten des Kreislaufsystems und bei den Frauen die Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD 9: Psychiatrischen Krankheiten).

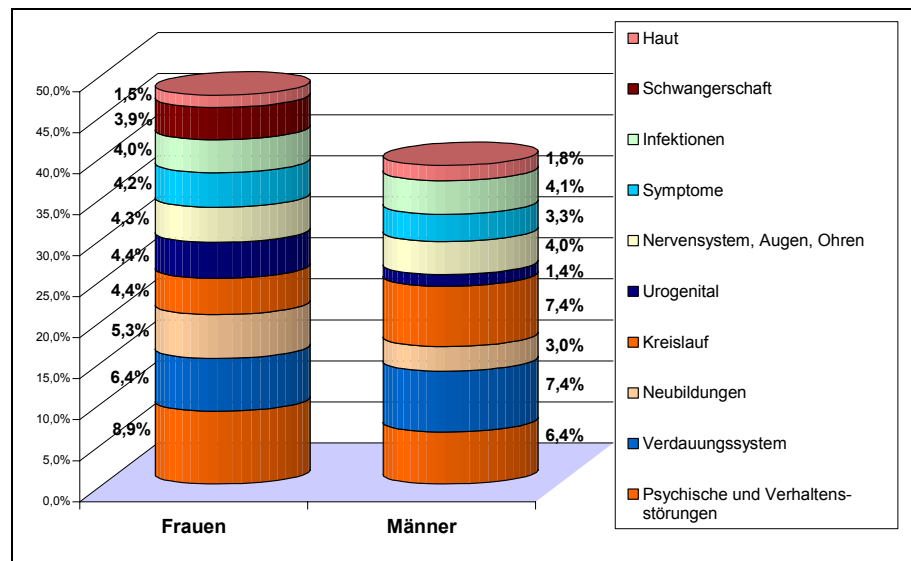
Seltenerer Krankheitsarten haben für den Krankenstand der Frauen größere Bedeutung

Ferner fällt auf, dass bei den Männern etwa 75 % aller AU-Tage auf die fünf wichtigsten Krankheitsarten entfallen, wogegen es bei den Frauen nur ca. 65 % sind. Die selteneren Krankheitsarten - die in den betreffenden Abbildungen der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst sind – haben bei Frauen folglich eine größere Bedeutung als bei Männern.

Abbildung 29 zeigt einen detaillierten Vergleich der Krankheitsarten mit ihren Anteilen an den Krankenständen der Frauen und Männer im Jahr 2000. Aus der Darstellung ausgeblendet sind die drei Krankheitsarten Muskel-Skelett, Atmungssystem und Verletzungen, die bei beiden Geschlechtern die ersten drei Plätze einnehmen (Anteile dieser drei Krankheitsarten am Krankenstand: Frauen 41,2%, Männer 58,4%).

Abb. 29 Anteile von zehn Krankheitsarten an den AU-Tagen von Frauen und Männern

Abbildung 29



Die Säulen in Abbildung 29 zeigen die zehn Krankheitsarten, die im Anteil am Krankenstand auf die drei dominierenden Gruppen folgen. Die Krankheitsarten sind in der Reihenfolge ihres Anteils bei den Frauen geordnet.

Ausgeprägte Unterschiede im Sinne einer deutlich stärkeren Betroffenheit der Frauen bestehen bei den psychischen und Verhaltensstörungen (8,9% versus 6,4%), den Neubildungen (5,3% versus 3,0%) und den Krankheiten des Urogenitalsystems (4,4% versus 1,4%).

Eine umgekehrt deutlich stärkere Betroffenheit der Männer ist bei den in Abbildung 29 dargestellten Krankheitsarten nur für die Krankheiten des Kreislaufsystems erkennbar (7,4% versus 4,4%). Die deutlich größere Bedeutung der Verletzungen und in geringerem Ausmaß auch der Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Männern drückt sich in Abbildung 29 in der Tatsache aus, dass der Gesamtanteil aller zehn dargestellten Krankheitsarten geringer ist als bei den Frauen.

Wichtige Krankheitsarten beider Geschlechter:

Frauen: Psychische Störungen, Neubildungen, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

Männer: Kreislaufsystem

Frauentypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Die für die Arbeitsunfähigkeit typischen Krankheitsspektren von Frauen und Männern lassen sich noch anschaulicher auf der Ebene von Einzeldiagnosen darstellen. Tabelle X zeigt zwölf Krankheitsdiagnosen, die bei den weiblichen DAK-Mitgliedern im Jahr 2000 mindestens 10 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre verursacht haben und bei denen die Frauen gleichzeitig ein um mindestens 20% größeres Volumen an Fehltagen aufweisen als die Männer.

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

Unter den zwölf Diagnosen sind nur drei im biologisch-organischen Sinne frauenspezifische Krankheiten. Von den übrigen neun Krankheiten können grundsätzlich auch Männer betroffen sein.

Wie bereits die Betrachtung der Krankheitsarten gezeigt hat, sind vor allem Diagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen ausgesprochen typisch für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der weiblichen DAK-Mitglieder: Depressive Episoden, unspezifische neurotische Störungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie somatoforme Störungen werden bei den Frauen um 70% bis über 90% häufiger als Begründung für Arbeitsunfähigkeit registriert als bei Männern.

Diagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen

Die größere Bedeutung der Neubildungen bei den Frauen wird ebenfalls durch Tabelle 3 erhellt: Vor allem Brustkrebsfälle tragen erheblich zum weiblichen Krankenstand bei. Hinzu kommen gutartige Geschwülste der Gebärmutter (Leiomyom des Uterus) sowie Neubildungen, deren Art und Charakter noch nicht bestimmt sind.

Neubildungen

Tabelle 3: Frauentypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

		AU-Tage pro 100 Versichertenjahre		Verhältnis Frauen- Männer
		Männer	Frauen	
F32	Depressive Episode	22,4	38,0	1,70
F48	Andere neurotische Störungen	12,9	22,8	1,77
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]		19,8	-
J01	Akute Sinusitis	11,4	18,8	1,64
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,1	17,7	1,94
D25	Leiomyom des Uterus		13,6	-
F45	Somatoforme Störungen	7,0	12,3	1,77
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,8	11,8	2,04
D48	Neubildung unsicheren oder unbekann- ten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4,1	11,7	2,84
O20	Blutung in der Frühschwangerschaft		10,9	-
I83	Varizen der unteren Extremitäten	5,3	10,4	1,96
J32	Chronische Sinusitis	6,7	10,0	1,49

DAK 2001

Brustkrebs

Brustkrebs ist die häufigste Krebstodesursache der Frauen. Die Zahl der Neuerkrankungen liegt in der Bundesrepublik bei jährlich etwa 43.000. Nach Schätzungen treten etwa 40 % der Neuerkrankungen vor dem 60. Lebensjahr auf⁴, weshalb diese Krebserkrankung auch bei Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens besonders auffällt.

Zwei Diagnosen (akute bzw. chronische Sinusitis, d.h. Nebenhöhlenentzündung) gehören zur Gruppe der Krankheiten des Atmungssystems, die bei den Frauen eine größere Rolle spielt.

Weiterhin sind Frauen häufiger von Bauch- und Beckenschmerzen betroffen sowie von Krampfadern (Varizen).

Schließlich taucht in der Liste eine Diagnose auf, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht. Die Thematik der Schwangerschaftskomplikationen wird weiter unten noch vertiefend aufgegriffen.

⁴ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Kap. 5.5. Wiesbaden 1998.

Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Bei den neun Diagnosen, die bei Männern zu einem mindestens um 20% höheren AU-Volumen als bei den Frauen führen (Tabelle 4) fällt zunächst auf, dass keine dieser Krankheiten ausschließlich an das biologische Geschlecht gebunden ist.

Tabelle 4: Männertypische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

		AU-Tage pro 100 Versichertenjahre		Verhältnis Männer- Frauen
		Männer	Frauen	
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	40,2	20,5	1,96
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	22,2	14,7	1,51
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	18,9	3,6	5,22
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	16,2	12,3	1,32
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	15,3	11,8	1,30
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	12,9	7,2	1,80
K40	Hernia inguinalis	11,1	1,6	7,09
I21	Akuter Myokardinfarkt	10,6	2,1	4,97
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	10,5	8,4	1,25

DAK 2001

Das spezifische Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Männer wird zum einen stark durch Verletzungen und Krankheiten des Bewegungsapparates bestimmt (Diagnosen T14, M23, S93, S83 und M25).

**Verletzungen und
Erkrankungen
des Bewegungs-
apparates**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zum anderen tritt die deutlich höhere Betroffenheit der Männer von Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich zu Tage: Das Volumen der AU-Tage wegen chronischer Krankheiten der Herzkranzgefäße (I25) und wegen eines akuten Herzinfarktes (I21) ist bei Männern jeweils etwa fünfmal so groß wie bei den Frauen. Als dritte Diagnose tritt Bluthochdruck als weitere mÄnnerspezifische Diagnose hinzu.

Herzinfarkt

Für den akuten Herzinfarkt gibt es Untersuchungen zur geschlechtsspezifischen ErkrankungshÄufigkeit (Inzidenz) in der Bundesrepublik: In der Altersgruppe der 25- bis 34jÄhrigen ist ein Infarkt bei MÄnnern etwa zehnmal, bei den 35- bis 44jÄhrigen etwa sechsmal, bei den 45- bis 54jÄhrigen knapp viermal und bei den 55- bis 64jÄhrigen gut dreimal so hÄufig wie bei Frauen⁵.

Eine weitere Diagnose, die fÄr die MÄnner eine erheblich grÖßere Bedeutung hat als fÄr Frauen ist der Leistenbruch (K 40).

Einfluss von Schwangerschaftsdiagnosen auf den Krankenstand der Frauen

Der hÖhere Krankenstand der Frauen ist zum Teil darauf zurÄckzuföhren, dass ArbeitsunfÄhigkeiten im Zusammenhang mit Komplikationen einer Schwangerschaft bei den MÄnnern nicht auftreten kÖnnen.

55 AU-Tage pro 100 Versicherungsjahre aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen

In den Jahren 1998 bis 2000 entfielen auf 100 weibliche DAK-Mitglieder etwa 55 AU-Tage wegen Erkrankungen oder Komplikationen im Rahmen einer Schwangerschaft. Dabei ist anzumerken, dass in die Berechnung des Krankenstandes grundsÄtzlich nur AU-FÄlle einfließen, die außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen auftreten.

Bereinigung des Krankenstandes der Frauen um Schwangerschaftsdiagnosen

ArbeitsunfÄhigkeit im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft kann bei MÄnnern nicht auftreten, weshalb es gerechtfertigt erscheint, diese Fehltage aus dem Krankenstandsvergleich zwischen den beiden Geschlechtern auszuklammern. In Abbildung 30 ist die Darstellung aus Abbildung 27 um den in dieser Weise bereinigten Krankenstand der Frauen ergÄnzt. Der Krankenstandsunterschied zwischen beiden Geschlechtern reduziert sich damit um etwa 45 %.

⁵ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht fÄr Deutschland, Kap. 5.2. Wiesbaden 1998.

Abbildung 30

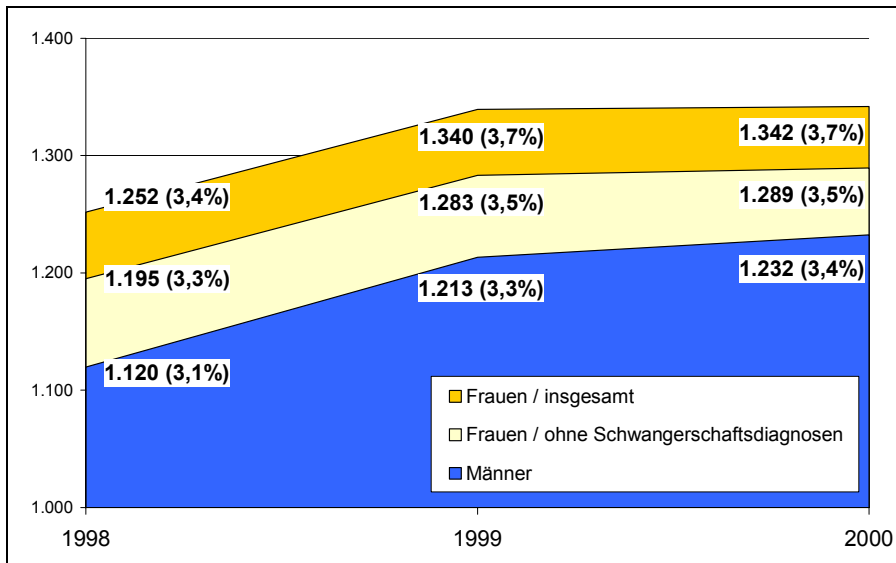


Abb. 30
AU-Tage pro 100 Versichertenjahre (Krankenstand) nach Geschlecht, 1998 bis 2000 mit und ohne Schwangerschaftsdiagnosen

DAK 2001

Der Effekt der Schwangerschaftsdiagnosen ist natürlich nur in den entsprechenden Altersgruppen vorhanden. Wie Abbildung 31 zeigt, führt die Bereinigung um diese Diagnosen dazu, dass die jungen Frauen einen niedrigeren Krankenstand aufweisen als die Männer und in den Altersgruppen bis unter 40 Jahre nur noch geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern mehr bestehen.

Krankenstandsunterschied wird deutlich reduziert

Abbildung 31

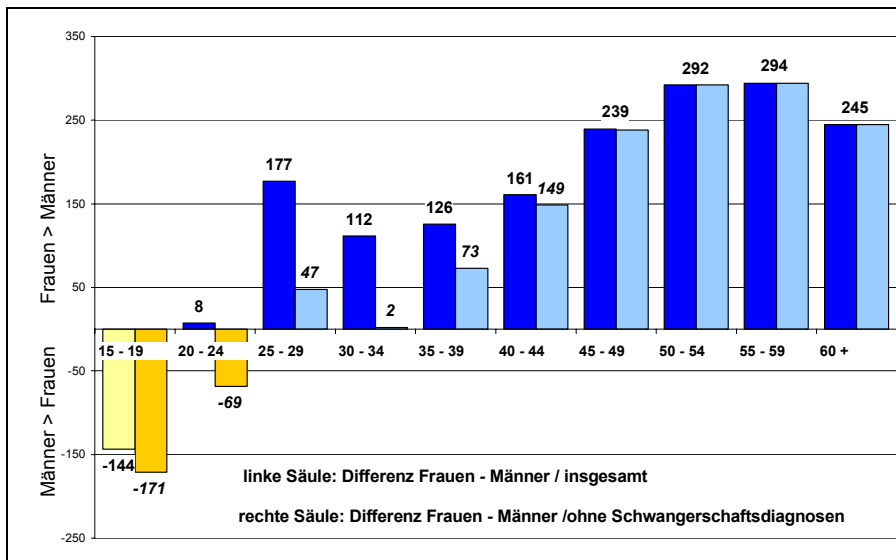


Abb. 31
Differenz AU-Tage pro 100 Versichertenjahre (Krankenstand) zwischen Frauen und Männern nach Altersgruppen 2000 mit und ohne Schwangerschaftsdiagnosen

DAK 2001

Von einem erwähnenswerten Krankenstandsunterschied – d.h. einer Differenz von mindestens einem Fehltag pro Jahr - zwischen Männern und Frauen kann bei dieser Art der Betrachtung somit nur noch oberhalb eines Alters von 40 Jahren gesprochen werden.

Geschlechtsspezifische Krankenstände in ausgewählten Berufsgruppen

Wie lassen sich verbleibende Krankenstandsunterschiede erklären?

Im vorangehenden Abschnitt wurde gezeigt, dass die Arbeitsunfähigkeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften für einen erheblichen Teil des Krankenstandsunterschiedes zwischen den Geschlechtern verantwortlich zu machen sind. Damit sind die Unterschiede jedoch nicht vollständig erklärbar.

Mögliche Ursache: Frauen arbeiten überproportional oft in Berufen mit allgemein höherem Krankenstand

Ein weiterer Faktor, der zu einem höheren Krankenstand der Frauen beitragen kann, sind Unterschiede in den beruflichen Tätigkeitsschwerpunkten der weiblichen und der männlichen DAK-Mitglieder. Die DAK versichert zwar überwiegend Beschäftigte aus Angestelltenberufen, doch gibt es auch hier große Unterschiede im Hinblick auf das Qualifikationsniveau, die Handlungsspielräume sowie die körperlichen und ergonomischen Belastungen. Es stellt sich die Frage, ob die weiblichen DAK-Mitglieder möglicherweise bevorzugt in Berufen arbeiten, die höhere Belastungen und Krankenstände aufweisen.

Analyse anhand von vier beispielhaften Berufsgruppen:

Für die folgende Analyse wurden vier Berufsgruppen ausgewählt, an denen sich der Zusammenhang zwischen berufstypischen Belastungsfaktoren und den Krankenständen besonders gut verdeutlichen lässt:

Kassierer/innen

- Kassierer/innen: Hier handelt es sich fast immer um angelernte Tätigkeiten. Die Aufgabenvielfalt und der Entscheidungsspielraum der Beschäftigten ist im allgemeinen gering. Ferner sind einseitige körperliche Belastungen typisch für Kassentätigkeiten.

Verkäufer/innen

- Verkäufer/innen: Im Vergleich zu den Kassierern/innen dürften die Angehörigen dieser Berufsgruppe vielfältigere Arbeitstätigkeiten haben, die größere Qualifikationen erfordern.

Groß- und Einzelhandelskaufleute

- Groß- und Einzelhandelskaufleute: Bei dieser Gruppe handelt es sich um einen Ausbildungsberuf, der deutlich anspruchsvollere und befriedigendere Arbeitstätigkeiten ermöglicht, als es bei den beiden anderen Berufsgruppen der Fall ist.

Unternehmer/innen, Geschäftsführer/innen

- Unternehmer/innen, Geschäftsführer/innen, Geschäftsleiter/innen: Als vierte Gruppe werden Personen betrachtet, die in einer leitenden Position tätig sind.

Abbildung 32 zeigt die Anteile beider Geschlechter an den DAK-Mitgliedern dieser vier Berufsgruppen: Von knapp 92% bei den Kassierern/innen bis zu nur noch einem Viertel in der Gruppe der Unternehmer/innen, Geschäftsführer/innen und Geschäftsbereichsleiter/innen nimmt der Frauenanteil kontinuierlich ab. Die bei den DAK-Mitgliedern festzustellenden Geschlechteranteile stimmen im übrigen gut mit den bundesweit im Rahmen des Mikrozensus ermittelten Verhältnissen in diesen Berufsgruppen überein⁶.

Unterschiedliche Frauenanteile in den vier Berufsgruppen

Abbildung 32

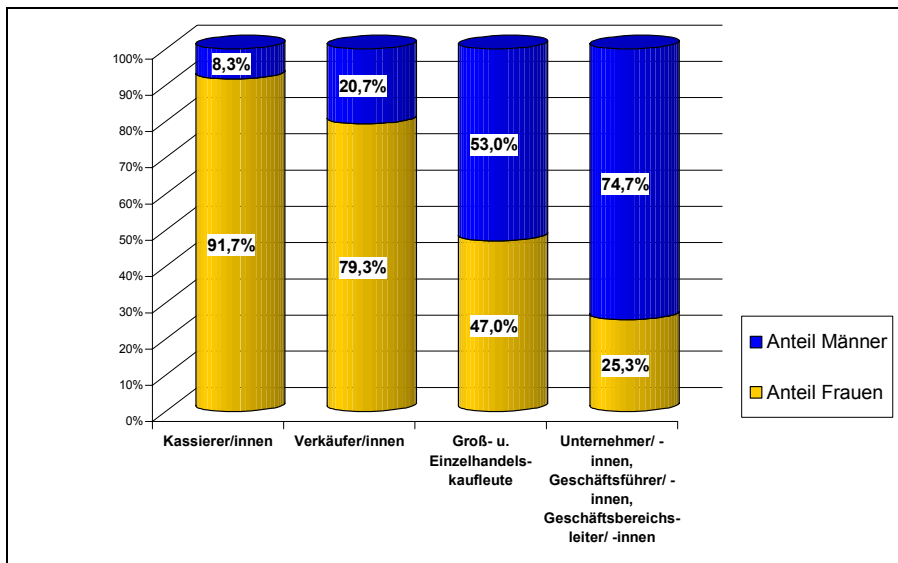


Abb. 32
Anteile der Geschlechter in vier ausgewählten Berufsgruppen

DAK 2001

Bei den vier betrachteten Berufsgruppen zeigt sich somit sehr deutlich das bekannte Phänomen, dass Frauen in den höher qualifizierten Berufen bzw. beruflichen Positionen häufig unterrepräsentiert sind.

Frauen in den höher qualifizierten Berufen weniger vertreten

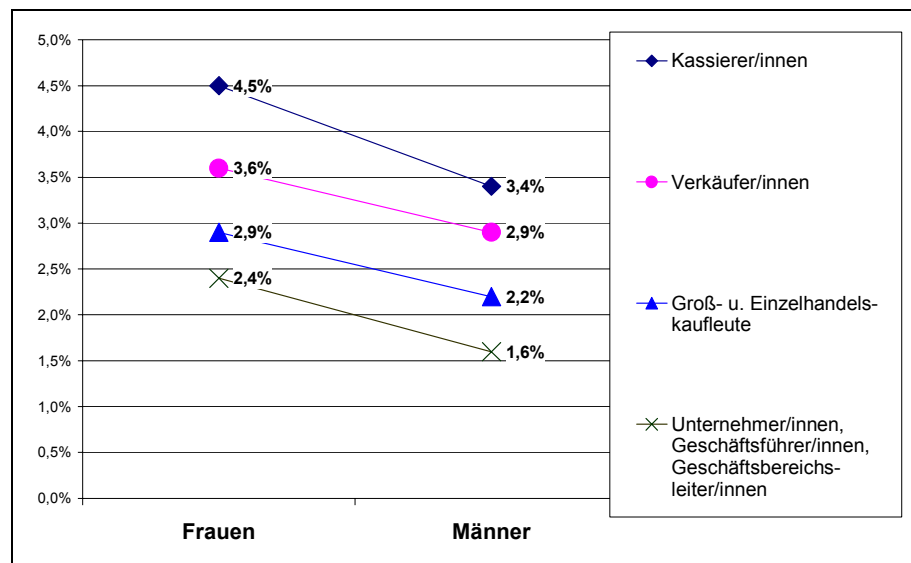
Dies wirft die Frage auf, inwieweit dieser Sachverhalt zu dem geschlechtsspezifischen Krankenstandsunterschied beiträgt: Möglicherweise resultiert für die weiblichen DAK-Mitglieder insgesamt allein deshalb ein höherer Krankenstand, weil sie überproportional oft in Berufen tätig sind, in denen der Krankenstand allgemein – also bei den dort beschäftigten Frauen und Männern gleichermaßen – höher liegt. Hinweise zur Beantwortung dieser Frage kann der Krankenstandsvergleich zwischen den vier Berufsgruppen geben (Abbildung 33).

Vergleich der Krankenstände innerhalb jeder Berufsgruppe

⁶ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland, Tab. 6.7. Wiesbaden 2000.

Abb. 33
Krankenstände
der vier Berufs-
gruppen nach
Geschlecht

Abbildung 33



DAK 2001

Abbildung 33 zeigt zum einen den deutlichen Krankenstandsunterschied zwischen den Berufen: Je höher das Qualifikationsniveau und je mehr Handlungsspielräume und Entfaltungsmöglichkeiten ein Beruf bietet, desto niedriger ist im allgemeinen der Krankenstand dieser Beschäftigten. Dieser „Berufseffekt“ ist bei beiden Geschlechtern deutlich zu erkennen.

Frauen haben auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen den höheren Krankenstand

Zum anderen zeigt Abbildung 33 jedoch auch, dass innerhalb jeder der vier analysierten Berufsgruppen die Frauen jeweils einen höheren Krankenstand haben – auch wenn man die Schwangerschaftsdiagnosen ausblendet.

Ausgangshypothese kann nicht bestätigt werden

Die beispielhafte Analyse von vier Berufsgruppen spricht also gegen die Hypothese, dass der geschlechtsspezifische Krankenstandsunterschied *ausschließlich* darauf zurückzuführen ist, dass Frauen überproportional oft in Berufen mit hohem Krankenstandsniveau tätig sind.

Die unterschiedliche Verteilung in Bezug auf Berufe und berufliche Positionen dürfte zwar zu dem Krankenstandsunterschied beitragen. Sie ist jedoch als Erklärung nicht ausreichend, weil auch innerhalb einer gegebenen Berufsgruppe die Frauen nach Altersstandardisierung und Ausklammerung der Schwangerschaftsdiagnosen in der Regel einen höheren Krankenstand aufweisen als die Männer.

Dieser Befund wurde hier nur am Beispiel von vier Berufsgruppen aufgezeigt, er gilt jedoch in gleicher Weise für die weitaus meisten der anderen Berufsgruppen, die unter den DAK-Mitgliedern in nennenswertem Umfang vertreten sind.

Sonstige Erklärungsansätze für geschlechtsspezifische Krankenstandsunterschiede

Die Sonderanalysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten haben eine Reihe von interessanten Aufschlüssen sowohl hinsichtlich der unterschiedlichen Krankheitsspektren von Männern und Frauen als auch zu einigen Ursachen für den Krankenstandsunterschied erbracht. Zur Problematik der geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede gibt es jedoch noch weitere wichtige Erklärungsansätze, die mit den AU-Daten nicht untersucht werden können:

- Die Mehrfachbelastung der meisten Frauen durch Beruf, Haushalt und Familienarbeit kann sich unter Umständen gesundheitlich negativ auswirken und dementsprechend zu einem erhöhten Krankenstand beitragen.

Der Einfluss dieses Faktors erscheint ausgesprochen plausibel, wie auch die Bevölkerungsumfrage der DAK bestätigt (vgl. den folgenden Abschnitt). Trotzdem gibt es zu den Auswirkungen von Mehrfachbelastungen nur wenig eindeutige Forschungsergebnisse. Die DAK lässt zu dieser Frage zur Zeit eine eigene Studie erstellen, die im Herbst 2001 der Öffentlichkeit vorgestellt wird.

- Frauen haben ein anderes Gesundheitsverhalten als Männer, insofern sie Krankheitszeichen eher bemerken und auch ernster nehmen als Männer.

Dieser Erklärungsansatz wird häufig für die höhere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Frauen verantwortlich gemacht. Er steht in Zusammenhang mit umfassenderen Theorien über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Körperwahrnehmung bzw. dem Umgang mit dem Körper.

Dabei ist zu beachten, dass nicht das weibliche Gesundheitsverhalten „auffällig“ ist, sondern das männliche: Krankheit und Unwohlsein sind als Zeichen von Schwäche mit dem herkömmlichen männlichen Rollenverständnis schlecht zu vereinbaren. Männer neigen daher eher zur Verleugnung oder Bagatellisierung von Symptomen, suchen seltener und später einen Arzt auf usw. Eine möglichst frühe Wahrnehmung von Krankheitszeichen ist aber bei vielen ernsten Krankheiten wünschenswert, weil die Heilungschancen dadurch erhöht werden.

Erklärungsansätze, die sich mit AU-Daten nicht prüfen lassen.

DAK-Studie zu Mehrfachbelastung im Herbst 2001

Unterschiede im Gesundheitsverhalten:

Das männliche Gesundheitsverhalten ist unter Umständen eher als problematisch anzusehen

Weniger als Erklärungsansatz für einen höheren Krankenstand, als vielmehr für einige der oben berichteten Unterschiede im Diagnose-spektrum sind ferner Forschungsergebnisse zu werten, die gezeigt haben, dass auch die medizinische Reaktion und Vorgehensweise vom Geschlecht beeinflusst bzw. gesteuert wird:

Geschlechtsabhängig unterschiedliche Diagnosen bei vergleichbaren Beschwerden

Bei Frauen werden viel eher als bei Männern psychosomatische Ursachen von Beschwerden angenommen bzw. im Rahmen der Diagnostik gezielt untersucht. Mit anderen Worten: Bei gleichem Beschwerdebild wird bei einem Mann eher eine körperliche Ursache diagnostiziert, wogegen bei einer Frau eventuell auf eine depressive Verstimmung oder eine psychische Belastungsreaktion geschlossen wird.

Dieser Effekt ist zum Teil auch darauf zurückzuführen, dass Frauen den psychosozialen Bereich bei der Schilderung ihrer Beschwerden sowie möglicher Ursachen gegenüber dem Arzt auch eher mit einbeziehen als Männer.

Dieser geschlechtsspezifische Unterschied könnte zu der für die weiblichen DAK-Mitglieder typischen hohen Zahl von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen aus der Krankheitsart „Psychische und Verhaltensstörungen“ beitragen.

Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage zu Geschlechtsunterschieden beim Krankenstand

Der Krankenstand in den Betrieben gehört zu den Themen, die bisweilen kontrovers diskutiert werden. Dabei zeigt sich oft, dass Vorurteile über die Ursachen von Arbeitsunfähigkeit oder besonders betroffene Personengruppen nach wie vor wirksam sind.

Meinungen der Bevölkerung zum geschlechtsspezifischen Krankenstand

Im Zusammenhang mit dem Sonderthema des DAK-Gesundheitsreports 2001 erschien es daher interessant zu untersuchen, welche Meinungen und „Theorien“ im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede beim Krankenstand in der Bevölkerung verbreitet sind.

Im Rahmen des DAK-Gesundheitsbarometers wurde eine repräsentative Stichprobe von 1.000 Befragten telefonisch interviewt. Die Erhebung erfolgte im Mai 2001.

Wer fehlt öfter wegen Krankheit am Arbeitsplatz?

Als Einstieg wurde gefragt, wer nach Einschätzung der Befragten öfter wegen Krankheit am Arbeitsplatz fehle, die Frauen oder die Männer, oder ob kein Unterschied bestehe. Das Gesamtergebnis entspricht nahezu perfekt einer Zufallsverteilung: 51% meinen, dass kein Unterschied besteht. Die Hälfte, die einen Unterschied annimmt, teilt sich wiederum in 25%, die meinen dass es die Männer sind und 24%, die die Frauen für öfter betroffen halten.

Interessant ist jedoch die Differenzierung nach dem Geschlecht der Befragten: Hier hält jede(r) das eigene Geschlecht für häufiger von Arbeitsunfähigkeit betroffen (Abbildung 34).

Abbildung 34

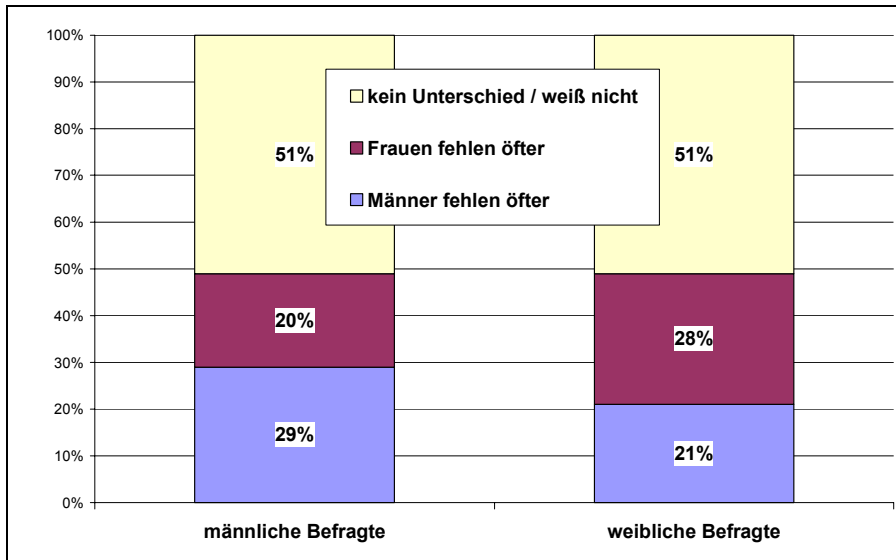


Abb. 34
Einschätzung der männlichen und weiblichen Befragten, wer öfter wegen Krankheit am Arbeitsplatz fehlt

DAK 2001

Nachdem die Interviewten ihre eigene Einschätzung geäußert hatten, wurde ihnen mitgeteilt, dass „in den meisten Untersuchungen“ bei Frauen ein höherer Krankenstand beobachtet wird. Anschließend sollte für fünf vorgeschlagene Ursachen eingestuft werden, ob man sie für zutreffend hält oder nicht. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 35.

Die Doppelbelastung der Frauen durch Beruf und Familie halten drei Viertel sowohl der männlichen als auch der weiblichen Befragten für eine Ursache eines höheren Krankenstandes der Frauen.

Deutlich mehr als die Hälfte aller Befragten hält es ferner für eine Ursache, dass Frauen Krankheitsanzeichen eher ernst nehmen als Männer. Auch bei dieser Frage gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Interviewpartnern.

Nur etwa ein Drittel meint, dass Frauen „eher einmal zu Hause bleiben“ weil sie „häufiger uninteressante Jobs als Männer“ haben. Die Frage zielt auf die Thematik einer geringeren Schwelle für die Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeit, wenn jemand einer Tätigkeit mit wenig Entfaltungsmöglichkeiten nachgeht. Die Mehrheit der Bundesbürger/innen lehnt diese Hypothese als Ursache für einen höheren Krankenstand der Frauen ab.

Wenn der Krankenstand der Frauen höher ist: welche Ursachen werden für zutreffend gehalten?

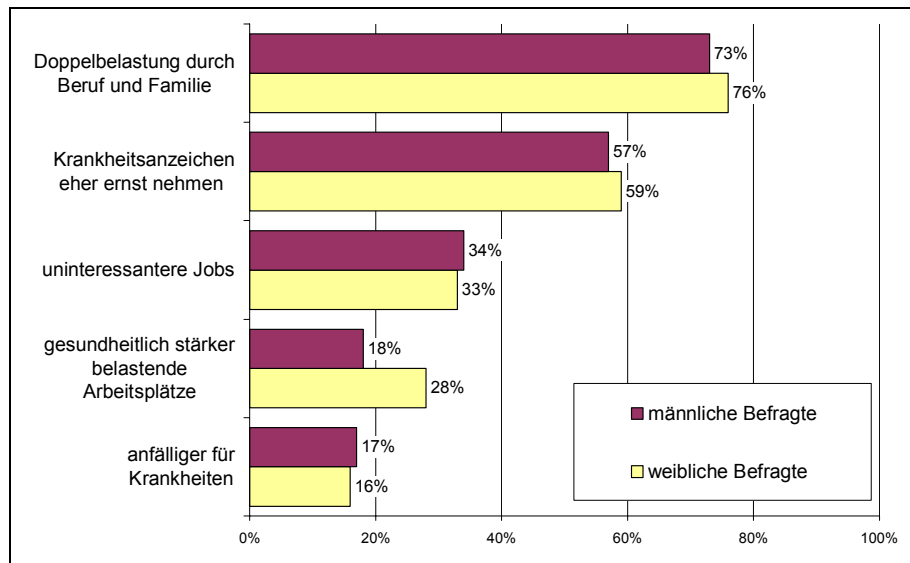
Doppelbelastung wird am häufigsten genannt

Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Mehrheit lehnt die Hypothese einer geringeren Motivation aufgrund weniger interessanter Arbeitsplätze ab

Abb. 35
Einstufung von
fünf vorgegebenen
Ursachen für
einen höheren
Krankenstand der
Frauen (Anteil,
der die Ursache
für zutreffend
hält)

Abbildung 35



DAK 2001

Erst an vierter Stelle steht die mögliche Ursache, dass Frauen „häufiger als Männer an gesundheitlich belastenden Arbeitsplätzen“ beschäftigt sind. Es ist die einzige Ursache, bei der es einen deutlichen Unterschied in der Einschätzung von weiblichen und männlichen Befragten gibt: Frauen stimmen mit 28 % deutlich eher zu.

Einschätzung der
Rolle gesundheitlicher
Belastungen am Arbeits-
platz

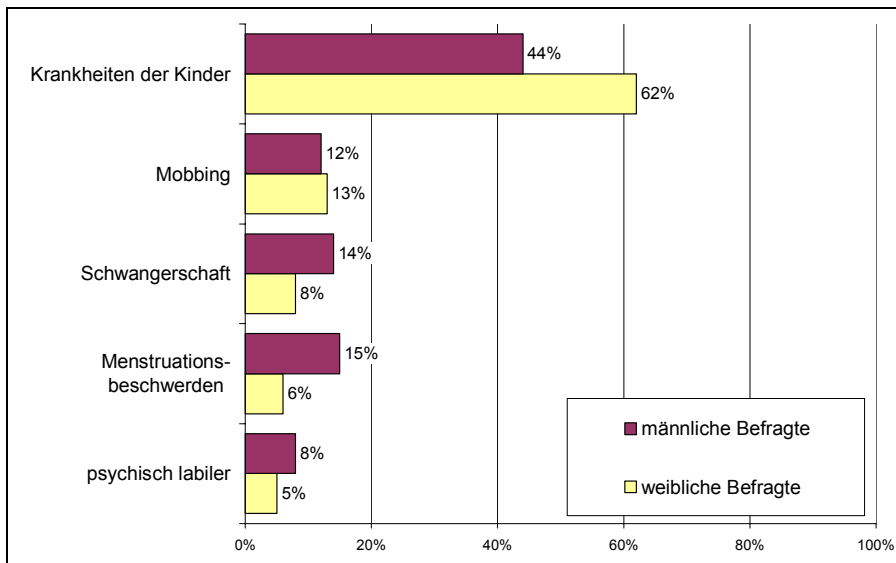
Dieser Unterschied in der Einschätzung könnte damit zusammenhängen, dass Männer noch stärker den traditionellen Klischeebildern vom Mann als körperlich schwer arbeitenden Industriearbeiter und der Frau als Sekretärin verhaftet sind. Die Tatsache, dass körperlich schwere Arbeit gerade in den industriellen „Männerberufen“ stark abgenommen, dagegen in vielen „Frauenberufen“ unverändert geblieben ist, wird dabei außer acht gelassen.

Ferner haben die interviewten Frauen möglicherweise eine realistischere Vorstellung von den gesundheitlichen Belastungen typisch weiblicher Arbeitstätigkeiten (z.B. in der Krankenpflege, im Handel oder in Reinigungsberufen).

Nur eine Minderheit der Interviewten stimmt einer „Theorie des schwachen Geschlechts“ zu und glaubt, dass Frauen anfälliger für Krankheiten sind als Männer.

Zuletzt wurden die Befragten aufgefordert, von sich aus weitere Gründe zu nennen, warum ihrer Ansicht nach Frauen öfter als Männer wegen Krankheit am Arbeitsplatz fehlen. Fünf weitere Ursachen wurden von zumindest einigen Befragten genannt (Abbildung 36).

Abbildung 36



DAK 2001

Die Krankheit eines Kindes wurde am häufigsten – insbesondere von den weiblichen Befragten – genannt. Diese Ursache spielt in den DAK-Gesundheitsreports grundsätzlich keine Rolle, weil sie vor der Auswertung der Daten ausgeschlossen wird. Zwar ist es richtig, dass die Krankheit eines Kindes formal zu einer Arbeitsunfähigkeit der Mutter führen kann. Eine Berücksichtigung dieser Fälle macht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung jedoch keinen Sinn.

Auffällig ist die am zweithäufigsten von den Befragten selbst genannte Ursache: Frauen seien häufiger als Männer Opfer von Mobbing. In wissenschaftlichen Untersuchungen zum Phänomen „Mobbing“ sind in der Tat die Mehrheit der Opfer Frauen. Trotzdem sind Zweifel angebracht: Die meisten dieser Untersuchungen wurden in Branchen durchgeführt, in denen auch mehrheitlich Frauen beschäftigt sind. Die meisten Wissenschaftler halten daher Mobbing nicht für ein speziell weibliches Problem⁷.

Schwangerschaften werden nur von wenigen weiblichen Befragten und etwas mehr Männern als Grund genannt. Die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten hatte gezeigt, dass Komplikationen der Schwangerschaft zu einem erheblichen Teil für den höheren Krankenstand der weiblichen DAK-Mitglieder verantwortlich sind.

Abb. 36
Fünf von den Befragten selbst genannte Ursachen für einen höheren Krankenstand der Frauen (Anteil, der die Ursache für zutreffend hält)

Krankheit eines Kindes als Ursache von Arbeitsunfähigkeit wird in der Gesundheitsberichterstattung nicht berücksichtigt

Sind Frauen häufiger Mobbing-Opfer?

Schwangerschaften

⁷ vgl. D. Zapf, M. Kuhl: Mobbing am Arbeitsplatz. In : B. Badura, M. Litsch, C. Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999. S. 89-97. Berlin: Springer Verlag 2000.

Menstruationsbeschwerden werden überwiegend von männlichen Befragten für eine wichtigere Ursache gehalten.

Die Ansicht, Frauen seien psychisch labiler als Männer gibt eher ein Klischee wieder, das möglicherweise auch in Zusammenhang mit der Ansicht steht, dass Frauen häufiger gemobbt würden als Männer.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Krankenstands- unterschied Frauen - Männer

Der Krankenstand der weiblichen DAK-Mitglieder lag bisher in jedem Berichtsjahr um etwa 0,3 bis 0,4 Prozentpunkte über dem der Männer. Anders ausgedrückt: Ein Frau war gut einen Tag mehr krankgeschrieben als ein Mann.

Dieser Geschlechtsunterschied zeigt sich außer bei den unter 25-Jährigen in allen Altersgruppen. Bei den älteren Versicherten nimmt der Abstand sogar noch zu.

Unterschiedliche Krankheitsspek- tren

Das Krankheitsspektrum der Männer ist stärker durch Diagnosen aus den drei wichtigsten ICD-Kapiteln Krankheiten des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems sowie Verletzungen bestimmt: Bei den Männern entfallen 58 % der AU-Tage auf diese Krankheitsgruppen, bei den Frauen nur 41 %.

Für den Krankenstand der Frauen haben die ICD-Kapitel Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen, Neubildungen, Krankheiten des Urogenitalsystems sowie natürlich die Störungen der Schwangerschaft besondere Bedeutung. Beim Krankenstand der Männer sind es die Verletzungen und die Krankheiten des Kreislaufsystems.

Frauentypische Einzeldiagnosen sind depressive Episoden, unspezifische neurotische Störungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. Ferner spielen Neubildungen, insbesondere Brustkrebs eine Rolle.

Männertypische Einzeldiagnosen sind verschiedenste Verletzungen und Gelenkschädigungen. Ferner spielen die Herz-Kreislaufkrankungen – akuter Herzinfarkt, chronisch ischämische Herzkrankheit, Bluthochdruck - eine zentrale Rolle.

Schwanger- schaftsdiagnosen

Der Krankenstandsunterschied zwischen Frauen und Männern reduziert sich um fast die Hälfte, wenn man die Schwangerschaftsdiagnosen aus der Berechnung ausblendet.

Anhand einer beispielhaften Analyse von vier Berufsgruppen wird der Frage nachgegangen, ob der verbleibende Krankenstandsunterschied zwischen den Geschlechtern dadurch zu erklären ist, dass die weiblichen DAK-Mitglieder überproportional oft in Berufen mit allgemein hohen Krankenständen arbeiten.

Unterschiede der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Krankenstandsunterschied mit dieser Hypothese nicht erklärt werden kann: Die analysierten Berufsgruppen (Kassierer/innen, Verkäufer/innen, Groß- und Einzelhandelskaufleute sowie Unternehmer/innen, Geschäftsführer/innen, Geschäftsbereichsleiter/innen) unterscheiden sich deutlich im Krankenstandsniveau. Innerhalb jeder Berufsgruppe weisen die Frauen jedoch einen höheren Krankenstand auf als die männlichen Beschäftigten.

Als alternative Erklärungsansätze kommen insbesondere die Doppelbelastung vieler Frauen durch Berufs- und Familienarbeit sowie Unterschiede im Gesundheitsverhalten in Betracht: Frauen nehmen Krankheitsanzeichen ernster und früher wahr.

Weitere Erklärungsansätze

Eine aktuelle Bevölkerungsumfrage des DAK-Gesundheitsbarometers zu der Thematik zeigt, dass die große Mehrheit der Bundesbürger/innen ebenfalls die Doppelbelastung (75 %) und das andere Gesundheitsverhalten der Frauen (58 %) für die wichtigsten Ursachen halten.

Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Der DAK-Gesundheitsreport 2001 hat eine erfreuliche Botschaft: Der seit 1997 beobachtete Anstieg des DAK-Krankenstandes ist im Jahr 2000 zum Stillstand gekommen.

Aufwärtstrend beim Krankenstand gestoppt

Wenn der vorherige Anstieg auch nicht sehr ausgeprägt war und das Niveau des Krankenstandes insgesamt noch immer relativ niedrig ist, so stellte sich doch die Frage, ob in absehbarer Zeit in der Bundesrepublik wieder mit höheren Krankenständen zu rechnen sei. Der DAK-Gesundheitsreport 2001 deutet nun darauf hin, dass es keinen dauerhaften Aufwärtstrend gibt.

Verbesserungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Im Hinblick auf die Ursachen für solche Entwicklungen sind wir teilweise auf Vermutungen und allgemeine Einschätzungen angewiesen. Aus Sicht der DAK ist es jedoch wichtig, in diesem Zusammenhang auf die Verbesserungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement hinzuweisen, die mittlerweile in zahlreichen Unternehmen und Verwaltungen Wirkung zeigen: Die Entwicklung des Krankenstandes wird genauer beobachtet, es wird rascher auf einen drohenden Anstieg reagiert und es gibt teilweise erprobte Programme und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Gesundheitsberichte für einzelne Betriebe

Die DAK wird diese Entwicklung im Rahmen ihrer Möglichkeiten weiter unterstützen. Ein Beispiel ist das Angebot an einzelne Unternehmen, von der DAK einen Gesundheitsbericht über den eigenen Betrieb erstellen zu lassen, das bereits vielfach wahrgenommen wird.

Kontinuierliche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung

Darüber hinaus legt die DAK Wert auf die kontinuierliche Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung. Die diesjährige Sonderanalyse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ist ein Beispiel dafür. Die vertiefenden Untersuchungen haben eine Reihe von wichtigen Erkenntnissen erbracht:

Krankenstandsunterschied zwischen Frauen und Männern

Bisher wurde in jedem DAK-Gesundheitsreport ein Krankenstandsunterschied zwischen weiblichen und männlichen Mitgliedern festgestellt, der mit 0,3 bis 0,4 Prozentpunkten zwar nicht gravierend war, aber dennoch Fragen nach den Hintergründen aufwarf. Durch die Sonderauswertungen konnte nun geklärt werden, dass nahezu die Hälfte dieses Unterschiedes auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften zurückzuführen ist.

Ferner sind eine ganze Reihe von Unterschieden im Diagnose-spektrum von Frauen und Männern verdeutlicht worden, wie etwa die besondere und seit Jahren zunehmende Bedeutung der psychischen Erkrankungen bei den Frauen und die nach wie vor gewichtige Rolle der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Männern.

Weitere wichtige Gründe für Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind ferner in der Doppelbelastung vieler Frauen durch Familien- und Berufsarbeit sowie in einem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten zu sehen. Wie die Umfrage der DAK gezeigt hat, stimmt die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger in der Beurteilung der Wichtigkeit dieser Faktoren überein.

Das Thema der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der daraus gegebenenfalls resultierenden Belastungen für berufstätige Mütter wird die DAK im Laufe dieses Jahres nochmals gezielt aufgreifen. Derzeit wird im Auftrag der DAK eine Studie zu dieser Thematik erstellt, die weiteren Aufschluss über die Bedeutung dieses Faktors für die Gesundheit von Frauen geben wird.

**Doppelbelastung
berufstätiger
Frauen bleibt für
die DAK ein The-
ma**

Die diesjährigen Auswertungen nach Wirtschaftszweigen haben die Ergebnisse aus den letzten Jahren bestätigt: Die deutlichen Krankenstandsunterschiede zwischen einzelnen Branchen sind weiterhin eine Aufforderung zur Intensivierung der Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz.

Im vergangenen Jahr bzw. Anfang 2001 wurden zwei Gesundheitsreports publiziert, die die DAK jeweils in Zusammenarbeit mit einer Berufsgenossenschaft erstellt hat:

**Zusammenarbeit
mit Berufsgenos-
senschaften**

Der *DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege* thematisiert die Arbeitsunfähigkeiten sowie Arbeits- und Wegeunfälle von Pflegekräften. Darüber hinaus werden Ergebnisse aus einer bundesweiten Umfrage zu den Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege vorgestellt, die konkrete Hinweise auf die notwendigen Veränderungen in diesem Dienstleistungsbereich geben.

**DAK-BGW Ge-
sundheitsreport
Krankenpflege**

Der *DAK-VBG Gesundheitsreport für Kredit- und Finanzinstitute* analysiert den Krankenstand und das Unfallgeschehen bei den Beschäftigten im Bankgewerbe.

**DAK-VBG Ge-
sundheitsreport
für Kredit- und
Finanzinstitute**

Die erfolgreiche Kooperation mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern wird fortgesetzt: Gegenwärtig arbeitet die DAK mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege an speziellen Maßnahmen zur Stressprävention.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

... pro 100 Versichertenjahre	An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 1998 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versichertenjahre.
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
AU-Fälle oder Fallhäufigkeit.	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. 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.
Krankenstand	Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre	Diese Kennzahl gibt an, 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.
Durchschnittliche Falldauer	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.
Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

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

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

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

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

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

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

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche.

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen.

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 andersorts nicht klassifiziert sind
S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 1999 und 2000 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 1999	72
Tabelle A2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000	73
Tabelle A3:	Alte Bundesländer: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000 ...	74
Tabelle A4:	Neue Bundesländer: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000	75
Tabelle A5:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 1999	76
Tabelle A6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2000	77
Tabelle A7:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 1999	78
Tabelle A8:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2000	79

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 1999

Krankheitsart	Geschlecht	pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
I. Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	43,9	6,5	6,7	3,5%
	Männer	42,2	6,4	6,6	3,5%
	Frauen	46,2	6,7	6,9	3,4%
II. Neubildungen	Gesamt	54,0	1,5	37,1	4,3%
	Männer	37,6	1,1	34,2	3,1%
	Frauen	77,0	2,0	39,4	5,7%
V. Psychiatrische Krankheiten	Gesamt	84,1	2,9	29,5	6,6%
	Männer	69,6	2,2	31,6	5,7%
	Frauen	104,6	3,8	27,7	7,8%
VI. Krankheiten des Nervensystems u. d. Sinnesorgane	Gesamt	48,3	4,1	11,8	3,8%
	Männer	45,2	3,6	12,6	3,7%
	Frauen	52,8	4,8	11,0	3,9%
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	85,4	3,9	22,1	6,7%
	Männer	100,0	3,8	26,3	8,2%
	Frauen	64,8	4,0	16,4	4,8%
VIII. Krankheiten d. Atmungsorgane	Gesamt	247,6	36,3	6,8	19,6%
	Männer	228,5	34,0	6,7	18,8%
	Frauen	274,5	39,4	7,0	20,5%
IX. Krankheiten d. Verdauungsorgane	Gesamt	96,1	14,8	6,5	7,6%
	Männer	97,0	14,3	6,8	8,0%
	Frauen	94,7	15,5	6,1	7,1%
XIII. Krh. d. Skeletts, d. Muskeln u. d. Bindegewebes	Gesamt	270,9	15,2	17,8	21,4%
	Männer	276,2	16,2	17,1	22,8%
	Frauen	263,3	13,9	18,9	19,7%
XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	Gesamt	52,2	4,9	10,7	4,1%
	Männer	45,1	4,3	10,6	3,7%
	Frauen	62,1	5,7	10,9	4,6%
XVII. Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	178,1	10,8	16,5	14,1%
	Männer	210,2	12,9	16,3	17,3%
	Frauen	132,9	7,8	17,1	9,9%
Gesamt	Gesamt	1.265,5	108,2	11,7	100 %
	Männer	1.213,1	103,2	11,8	100 %
	Frauen	1.339,5	115,2	11,6	100 %

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		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 und Laborbefunde	Gesamt	47,4	4,7	10,0	3,7%
R99	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%
Gesamt	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%

Tabelle A3: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versicherten jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	52,4	9,0	5,9	4,3%
B99	Männer	51,3	8,8	5,8	4,3%
	Frauen	54,0	9,1	5,9	4,2%
C00- Neubildungen	Gesamt	50,6	1,3	39,0	4,1%
D48	Männer	36,7	1,0	36,1	3,1%
	Frauen	70,3	1,7	41,5	5,4%
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	99,8	3,4	29,8	8,1%
F99	Männer	83,7	2,6	32,0	7,1%
	Frauen	122,6	4,4	27,9	9,5%
G00- Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren	Gesamt	52,3	4,4	11,8	4,3%
H95	Männer	49,4	4,0	12,2	4,2%
	Frauen	56,3	5,0	11,3	4,4%
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	73,8	3,5	21,3	6,0%
I99	Männer	87,9	3,5	25,0	7,4%
	Frauen	53,9	3,4	15,9	4,2%
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	212,9	32,2	6,6	17,3%
J99	Männer	195,4	29,8	6,6	16,5%
	Frauen	237,5	35,5	6,7	18,4%
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	82,6	12,1	6,8	6,7%
K93	Männer	84,8	11,8	7,2	7,2%
	Frauen	79,5	12,6	6,3	6,1%
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	283,8	15,6	18,2	23,1%
M99	Männer	290,0	16,6	17,4	24,5%
	Frauen	275,0	14,1	19,5	21,3%
R00- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	47,9	4,7	10,2	3,9%
R99	Männer	41,4	4,1	10,0	3,5%
	Frauen	57,0	5,5	10,3	4,4%
Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	162,2	9,7	16,7	13,2%
	Männer	190,1	11,5	16,6	16,1%
	Frauen	122,8	7,2	17,1	9,5%
Gesamt	Gesamt	1.229,6	103,4	11,9	100%
	Männer	1.184,2	98,6	12,0	100%
	Frauen	1.293,7	110,3	11,7	100%

Tabelle A4: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2000

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	pro 100 Versicherten jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	49,4	7,1	6,9	3,3%
B99	Männer	46,8	6,9	6,8	3,2%
	Frauen	53,2	7,5	7,1	3,4%
C00- Neubildungen	Gesamt	53,3	1,9	28,4	3,6%
D48	Männer	35,7	1,5	24,6	2,5%
	Frauen	78,2	2,5	31,5	5,0%
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	75,9	3,5	21,8	5,1%
F99	Männer	55,0	2,5	22,3	3,8%
	Frauen	105,4	4,9	21,5	6,7%
G00- Krankheiten der Nerven, des Auges und der Ohren	Gesamt	55,6	6,0	9,3	3,7%
H95	Männer	50,8	5,2	9,8	3,5%
	Frauen	62,4	7,2	8,7	4,0%
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	96,5	5,2	18,5	6,5%
I99	Männer	104,5	4,9	21,5	7,2%
	Frauen	85,1	5,7	15,0	5,4%
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	300,9	39,0	7,7	20,2%
J99	Männer	275,0	36,4	7,6	19,1%
	Frauen	337,4	42,6	7,9	21,6%
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	118,7	18,3	6,5	8,0%
K93	Männer	119,9	17,6	6,8	8,3%
	Frauen	117,0	19,2	6,1	7,5%
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	316,2	19,9	15,9	21,2%
M99	Männer	338,4	21,8	15,6	23,5%
	Frauen	285,0	17,4	16,4	18,2%
R00- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	44,1	4,7	9,4	3,0%
R99	Männer	36,3	4,0	9,0	2,5%
	Frauen	55,1	5,6	9,9	3,5%
Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	237,5	14,3	16,6	15,9%
	Männer	300,4	18,1	16,6	20,8%
	Frauen	148,7	8,9	16,7	9,5%
Gesamt	Gesamt	1.492,6	129,9	11,5	100%
	Männer	1.441,9	124,4	11,6	100%
	Frauen	1.564,2	137,8	11,4	100%

Tabelle A5: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 1999

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 - 67)	3,0%	1.091,3	100,5	10,9
Baugewerbe (45)	3,6%	1.325,6	107,3	12,4
Bildung, Kultur, Medien (74, 80, 92)	3,6%	1.327,2	133,5	9,9
Chemische Industrie (23 - 25)	3,2%	1.160,9	110,1	10,5
Datenverarbeitung (72)	2,6%	934,7	91,0	10,3
Feinmechanik (30 - 33)	3,0%	1.094,1	106,2	10,3
Gesundheitswesen (85)	4,1%	1.509,6	117,3	12,9
Handel (50 - 52)	3,2%	1.151,4	94,7	12,2
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	3,0%	1.100,8	102,9	10,7
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,9%	1.413,2	121,1	11,7
Maschinen-, Anlagen-, u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	3,2%	1.177,8	111,9	10,5
Nahrungs- u. Genußmittel (15 - 16)	3,6%	1.317,7	100,1	13,2
Öffentliche Verwaltung (75)	4,3%	1.581,5	134,7	11,7
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,6%	1.329,0	131,8	10,1
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,2%	810,4	80,3	10,1
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,4%	1.233,8	105,6	11,7
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,3%	1.220,9	109,5	11,1
Textil (17 - 19)	3,0%	1.103,3	99,9	11,0
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,6%	1.305,3	105,0	12,4
DAK Gesamt (00 - 95)	3,5%	1.265,5	108,2	11,7

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

Tabelle A6: 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 A7: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 1999

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,9%	1.044,4	92,7	11,3
Bayern	3,1%	1.136,1	96,8	11,7
Berlin*	4,9%	1.797,3	127,3	14,1
Bremen	3,5%	1.288,0	112,8	11,4
Hamburg	3,3%	1.213,0	104,0	11,7
Hessen	3,5%	1.276,0	110,2	11,6
Niedersachsen	3,4%	1.223,2	106,6	11,5
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.215,9	103,5	11,7
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.330,2	108,2	12,3
Saarland	4,1%	1.482,3	105,0	14,1
Schleswig-Holstein	3,3%	1.211,4	105,6	11,5
Alte Bundesländer	3,3%	1.218,4	103,3	11,8
Brandenburg	4,2%	1.538,6	132,4	11,6
Mecklenburg-Vorpommern	4,2%	1.522,9	133,9	11,4
Sachsen	3,9%	1.432,8	123,8	11,6
Sachsen-Anhalt	3,9%	1.431,4	124,4	11,5
Thüringen	4,0%	1.458,4	128,5	11,3
Neue Bundesländer	4,1%	1.479,1	128,8	11,5
DAK Gesamt	3,5%	1.265,5	108,2	11,7

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A8: 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

