

Gesundheits- report

Auswertungen 2005
zu Trends bei Arbeitsunfähig-
keiten und Arzneiverordnungen



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Gesundheitsreport

der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten
bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen

**Gesundheitsreport 2005 - Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement
der TK, Band 8 - ISSN 1610-8450**

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, Fax 040/69 09-2258, Internet:
www.tk-online.de, Bereich Leistungen, Referat Gesundheitsmanagement, Autoren: Dr. Thomas
Grobe, Hans Dörning, ISEG Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemfor-
schung, Hannover, Redaktion: Gudrun Ahlers, Gestaltung: Wolfgang Geigle, Produktion: Thomas
Jasinski

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung - auch aus-
zugsweise - nicht gestattet.

Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung	9
Trends bei Arbeitsunfähigkeiten	17
Trends in Alters- und Geschlechtsgruppen	20
Trends in Diagnosegruppen	23
Trends in Berufsgruppen und bei Arbeitslosigkeit	29
Trends in Bundesländern	34
Trends bei Arzneiverordnungen	36
Trends in Alters- und Geschlechtsgruppen	40
Trends in Berufsgruppen und bei Arbeitslosigkeit	43
Trends in Bundesländern	47
Trends in Arzneimittelgruppen	50
Trends bei ausgewählten Arzneimitteln	55
Antidepressiva	55
Hormonersatztherapie	62
Lipidsenker	65
Coxibe	69
Anhang	77
Methodische Erläuterungen	77
Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse	82

Vorwort

"Gesundheit ist nicht alles,
aber ohne Gesundheit ist alles nichts!"
(Arthur Schopenhauer)

Mit dem aktuellen Report geht die Gesundheitsberichterstattung der Techniker Krankenkasse in das fünfte Jahr. In diesen fünf Jahren haben wir über 62 Millionen Rezepte und über 11 Millionen Krankschreibungen ausgewertet. Der TK-Gesundheitsreport 2005 analysiert nicht nur die Krankenstands- und Arzneimitteldaten des vergangenen Jahres, sondern bietet auch einen Gesamtüberblick über die Jahre 2000 bis 2004, der uns ermöglicht, Trends zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Am auffälligsten ist der allgemeine Trend zu sinkenden Krankenständen. Auch unter den bei der TK versicherten Erwerbspersonen ist der Krankenstand in den letzten fünf Jahren deutlich gesunken. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson im letzten Jahr fast einen Tag weniger krank als noch fünf Jahre zuvor.

Dem entgegen steht jedoch die Entwicklung bei den psychischen Krankheiten. Hier gibt es einen deutlichen Trend zu erhöhten Fehlzeiten. Der Anteil der psychischen Krankheiten an den Fehltagen insgesamt hat in den letzten fünf Jahren um 20 Prozent zugenommen. Mittlerweile geht mehr als jeder siebte Fehltag auf eine psychische Erkrankung zurück. Besonders betroffen von diesem Trend sind arbeitslose Menschen. In dieser Gruppe entfällt mit 28 Prozent mehr als jeder vierte Fehltag auf psychische Krankheiten, dreimal soviel wie bei den Beschäftigten.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Arzneimitteln. Obwohl sich das Gesamtverordnungsvolumen durch die Gesundheitsreform 2004 um über 20 Prozent stark verringert hat, liegt der Rückgang bei Antidepressiva bei nicht einmal zwei Prozent. Da durch die Gesundheitsreform die Kosten für verschreibungsfreie Medikamente nur noch in Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen werden können und davon auch die pflanzlichen Antidepressiva betroffen sind, ist das Verordnungsvolumen in diesem Bereich extrem zurückgegangen. Betrachtet man dagegen die nicht-pflanzlichen Präparate, hat sich das Volumen in den letzten fünf Jahren sogar um siebenzig Prozent erhöht.

Auch hier sind arbeitslose Menschen häufiger betroffen als Berufstätige. Fast sechs Prozent der Arbeitslosen erhielten im vergangenen Jahr ein Antidepressivum verordnet, bei den Beschäftigten waren dagegen gut drei Prozent betroffen. Die Behandlungsquote mit Antidepressiva liegt also bei Menschen, die keine Arbeit haben, um 77 Prozent höher.

Für uns als Krankenkasse zeigen diese Daten, dass wir auch weiterhin Angebote schaffen müssen, die die seelische Gesundheit unserer Versicherten stärken. Wir haben in den letzten Jahren bereits mehrere Projekte zur seelischen Gesundheit initiiert. Unsere Versicherten können ein umfangreiches Beratungs- und Informationsangebot in Anspruch nehmen: Expertenhotlines, Online-Gesundheits-Tests und Chatforen verringern bei vielen Menschen die immer noch oft vorhandene Hemmschwelle, über psychische Belastungen zu sprechen. Zudem bieten wir auch Kursprogramme zur Stressbewältigung und zur Entspannung an.

Der TK-Gesundheitsbericht zeigt aber auch, dass nicht nur immer mehr Menschen unter psychischen Erkrankungen leiden, sondern dass diese auch sehr lange, im Durchschnitt über 40 Tage, krankgeschrieben sind.

Wir setzen uns mit unseren Projekten für eine bessere Qualität in der medizinischen Behandlung ein. Mit besonders qualifizierten Partnern entwickeln wir Projekte für das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen. In Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und Berufsverbänden soll die Versorgung der Patienten nach einem stationären Aufenthalt verbessert und so die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Klinikaufenthalts verringert werden. Ein weiteres Projekt soll die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Psychotherapeut und Krankenhaus verbessern.

Die Daten weisen aber auch einen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus. Deshalb müssen künftige Angebote auch auf die besonderen Belange arbeitsloser Menschen ausgedehnt werden. Es geht darum, das Gesundheitsverhalten der Betroffenen zu fördern und präventiv zu wirken. So erarbeiten wir gerade ein neues Informationsangebot, das sich speziell an Arbeitslose richtet und sich den gesundheitlichen und seelischen Belastungen wie z.B. der Angst vor Vorstellungsgesprächen und dem Umgang mit Absagen widmet.

Um unsere Versicherten optimal zu betreuen, ist es wichtig, dass wir sie direkt ansprechen und ihnen den Zugang zu unseren Angeboten ebnen. Dabei geht es auch um das wichtige Thema Datenschutz. Wir müssen die Daten unserer Versicherten schützen und die im Gesundheitsbericht analysierten Daten sind selbstverständlich anonymisiert.

Ebenso berechtigt ist aber das Interesse unserer Versicherten, die ihre Gesundheit betreffenden Informationen schnellstmöglich zu erhalten. Die Veröffentlichung von Studien wie im Fall Vioxx® oder im Fall der Hormonersatzpräparate hat viele Patienten verunsichert. Sie erwarten zurecht zeitnahe Informationen von ihrer Krankenkasse. Wir haben mit einem Pilotprojekt in Baden-Württemberg bereits sehr gute Erfahrungen gemacht. Dabei wurden die betroffenen Patienten direkt über gesundheitliche Risiken informiert.

Wir nutzen die uns zur Verfügung stehenden TK-Medien, in dem wir über unser Mitgliedermagazin, unser Online-Angebot und den monatlichen Newsletter umgehend Informationen zur Verfügung stellen. Wir bieten unseren Versicherten bereits eine Arzneimitteldatenbank im Internet an sowie einen Arzneimittelauszug, der sie über alle ihre verordneten Medikamente informiert und so eventuellen Wechselwirkungen vorbeugt. Im Falle der Hormonpräparate konnte erfolgreich aufgeklärt werden. Das bedeutet nicht, dass Hormonpräparate zur Behandlung von Beschwerden in den Wechseljahren grundsätzlich negativ zu bewerten sind, wichtig ist uns aber unsere Versicherten zu einem bewussten Umgang zu motivieren. In den letzten fünf Jahren ist die Verordnungsquote deutlich zurückgegangen. Während im Jahr 2000 noch fast jede zweite Frau zwischen 55 und 60 Hormonersatzpräparate einnahm, war es im vergangenen Jahr nicht einmal jede vierte.

Wir wünschen uns gesetzliche Rahmenbedingungen, die uns ermöglichen, unsere Versicherten künftig noch schneller und direkter über aktuelle Studien zu informieren, sie zu Experten ihrer eigenen Gesundheit zu qualifizieren und so noch besser zu Patientensouveränität und Arzneimittelsicherheit beitragen zu können. Dafür setzen wir uns ein.

Christoph Straub

Dr. Christoph Straub
stellvertretender Vorsitzender der Techniker Krankenkasse

Hamburg, im Juni 2005

Zusammenfassung

Die Berichte zur Gesundheit der Beschäftigten in Deutschland vermelden zurzeit niedrige Krankenstände. Auch die TK-Auswertungen der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen rückläufige Werte für erkrankungsbedingte Fehlzeiten. Trotz dieser insgesamt sinkenden Krankenstände haben die Krankenschreibungen aufgrund psychischer Störungen in den letzten fünf Jahren um 20 Prozent zugenommen. Ansteigende Behandlungsraten mit Antidepressiva zeigen darüberhinaus zunehmende psychische Belastungen bei Berufstätigen und insbesondere Arbeitslosen auf.

Der jährlich erscheinende TK-Gesundheitsreport analysiert die Daten der bei der TK versicherten Erwerbspersonen zur Arbeitsunfähigkeit und zur Arzneimittelverordnung. Beide Datenbereiche werden über einen Zeitraum von 5 Jahren von 2000 bis 2004 ausgewertet und analysiert. Der erste Teil des Gesundheitsreports fasst die Ergebnisse der Auswertungen der Arbeitsunfähigkeiten zusammen. Der zweite Teil des Gesundheitsreports zeigt Trends bei den Arzneiverordnungen unter Erwerbspersonen auf. Ergänzt wird diese Betrachtung durch die Fokussierung auf einzelne Arzneimittel bzw. Arzneimittelgruppen. Die diesjährige Analyse der Arzneiverordnungen ist geprägt durch die Änderungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), das u.a. nicht rezeptpflichtige Arzneimittel aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen herausgenommen hat.

Grundlage der Auswertungen bilden routinemäßig erfasste und anonymisierte Daten zu den durchschnittlich ca. 2,4 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse.

Arbeitsunfähigkeiten

Ausgehend von traditionell relativ niedrigen Krankenständen ist es unter TK-Erwerbspersonen zwischen 2001 und 2004 insgesamt zu einem merklichen Rückgang der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen, der sich mehr oder minder stark auf alle relevanten Gruppen von Erwerbspersonen bezieht. Eine Erwerbsperson mit Mitgliedschaft in der TK fehlte im Jahr 2004 durchschnittlich nur noch 11,2 Tage entsprechend einem Krankenstand von 3,06%. Im Jahr 2001 waren es noch 12,1 Fehltag, was einem Krankenstand von 3,31% entsprach. In Abhängigkeit vom ausgeüb-

ten Beruf waren von dem Rückgang insbesondere Gruppen mit vormals hohen Krankenständen betroffen. Der Gesamtrückgang der Fehlzeiten in den letzten Jahren resultiert maßgeblich aus Rückgängen der Krankschreibungen mit einer Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie mit Atemwegserkrankungen.

Gegen den allgemeinen Trend ist eine sowohl anteilige als auch absolute Zunahme der gemeldeten Fehlzeiten mit psychischen Störungen zu verzeichnen. Ein sehr deutlicher Anstieg um knapp 10% zeigt sich, bei auch insgesamt leicht steigenden Fehlzeiten, von 2000 auf 2001. Aber auch in den Folgejahren zwischen 2001 und 2004 lässt sich eine weitere Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten mit psychischen Störungen um insgesamt etwa 10% feststellen.

Maßgeblich betroffen waren in diesem Zeitraum von dem weiteren Anstieg allerdings vorrangig Arbeitslose mit einer Zunahme um 13,5%, während unter Berufstätigen nur eine Steigerung der Fehlzeiten mit psychischen Störungen um 2,7% festzustellen ist. Der Trend unter Arbeitslosen erscheint noch bemerkenswerter vor dem Hintergrund, dass auch im Jahr 2000 Arbeitslose bereits dreifach so lange Arbeitsunfähigkeitszeiten mit psychischen Störungen aufwiesen wie Berufstätige. Der für die Gesamtpopulation der Erwerbspersonen zwischen 2001 und 2004 feststellbare Anstieg der Arbeitsunfähigkeitszeiten mit psychischen Störungen von 9,6% resultiert nach den vorliegenden Ergebnissen zu mehr als zwei Dritteln aus der überproportionalen Zunahme der unter entsprechenden Diagnosen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Arbeitslosen.

Arzneiverordnungen

Eine übergreifende Betrachtung von Arzneiverordnungen in den Jahren 2000 bis 2004 wird in ihrem Bild maßgeblich durch die Einschnitte im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) bestimmt. Im GMG wurde unter anderem die Herausnahme nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus der Erstattungspflicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2004 festgelegt. Während das durchschnittliche Gesamtverordnungsvolumen an Arzneimitteln, gemessen in definierten Tagesdosen, zwischen 2000 und 2003 unter männlichen Erwerbspersonen leicht anstieg und unter weiblichen Erwerbspersonen nur verhältnismäßig geringe Veränderungen zeigte, ist es von 2003 auf 2004 zu einem drastischen Rückgang

des Verordnungsvolumens gekommen. Die Zahl der verordneten Tagesdosen sank innerhalb eines Jahres unter männlichen Erwerbspersonen um 15%, unter weiblichen Erwerbspersonen sogar um 26%. In der Gesamtpopulation resultierte damit ein Rückgang um 20,4%, also um gut ein Fünftel.

Verhältnismäßig gering fällt bei einer Betrachtung einzelner Altersgruppen der Rückgang unter männlichen Erwerbspersonen in den höheren Altersgruppen aus, bei denen es zudem in den vorausgehenden Jahren zu einer merklichen Zunahme des Verordnungsvolumens gekommen war. 2004 übertraf das Verordnungsvolumen bei 60 bis unter 65jährigen Männern erstmals das von Frauen aus der entsprechenden Altersgruppe.

Weitgehend parallel zum allgemeinen Trend verlief die Entwicklung in einzelnen Bundesländern sowie auch in einzelnen Berufsgruppen. Gemessen an absoluten Rückgängen relativ stark betroffen waren dabei allerdings Subgruppen mit zuvor verhältnismäßig hohen Verordnungswerten. So findet sich der stärkste Rückgang auf Bundeslandebene im Saarland, einem Bundesland mit traditionell ausgesprochen hohem Verordnungsvolumen. Bei Auswertungen in Abhängigkeit vom beruflichen Status waren Arbeitslose am deutlichsten von einem Rückgang des Verordnungsvolumens von 2003 auf 2004 betroffen. Trotz dieses Rückgangs liegt das Verordnungsvolumen auch 2004 bei Arbeitslosen – insbesondere unter Männern – deutlich über dem bei berufstätigen Erwerbspersonen.

Einzelne Arzneimittelgruppen sind bereits auf der relativ groben Ebene von anatomischen Gruppen des ATC-Index recht unterschiedlich stark von einem Rückgang der Verordnungszahlen betroffen. Verhältnismäßig geringe Rückgänge zeigen sich bei den (überwiegend rezeptpflichtigen) Medikamenten zur Behandlung des kardiovaskulären Systems, sehr ausgeprägte Rückgänge ergeben sich demgegenüber bei den (oftmals rezeptfrei erhältlichen) Dermatika, aber auch bei Verordnungen von Sexualhormonen.

Eine erkrankungsbezogene Interpretation der Entwicklung des Verordnungsgeschehens ist vor dem Hintergrund der Veränderungen durch das GMG lediglich auf der Ebene von Arzneimittelgruppen möglich, bei denen ggf. Effekte des Wegfalls von Verordnungen nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel angemessen berücksichtigt werden können. Exemplarisch wurden für eine eingehendere Betrachtung im Rahmen des Gesundheitsreportes vier Arzneimittelgruppen ausgewählt und eingehender betrachtet.

Antidepressiva

Neben einer Reihe chemischer Substanzen wurden in den zurückliegenden Jahren in Deutschland auch (pflanzliche) Johanniskrautextrakte in rückläufigem, jedoch bis 2003 auch weiterhin keinesfalls unerheblichem Umfang als Antidepressiva zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet. Trotz einer Ausnahmeregelung für die Verordnung von Johanniskrautpräparaten, die allerdings erst zum 1.04.2004 in Kraft trat, sank das in den Daten von Krankenkassen dokumentierte Verordnungsvolumen entsprechender, zumeist rezeptfrei erhältlicher Präparate im Jahr 2004 erheblich auf weniger als die Hälfte des Vorjahreswertes.

Demgegenüber findet sich im Hinblick auf nicht-pflanzliche Präparate auch von 2003 auf 2004 eine erneute Zunahme des Verordnungsvolumens, die den Trend aus den vorausgehenden Jahren weitgehend unverändert fortsetzt. Von der Verordnung eines nicht-pflanzlichen Antidepressivums waren innerhalb des Jahres 2004 3,43% aller Erwerbspersonen betroffen, im Jahr 2000 waren es erst 2,63% gewesen. Das entspricht einer Steigerung der Verordnungsquote von immerhin 30% innerhalb von 5 Jahren. Von einer Behandlung mit nicht-pflanzlichen Antidepressiva waren Arbeitslose erheblich häufiger betroffen als Berufstätige. Während die Behandlungsquote unter Arbeitslosen im Jahr 2004 5,68% betrug, lag sie unter Berufstätigen im gleichen Zeitraum bei 3,21%. Entsprechende Differenzen finden sich bei beiden Geschlechtern und in nahezu allen Altersgruppen. Eine Ausnahme bilden lediglich Erwerbspersonen nach Vollendung des 60. Lebensjahres. In dieser Altersgruppe lassen sich keine nennenswerten Differenzen bei den Verordnungsquoten zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen aufzeigen, was auf eine verhältnismäßig geringe psychische Belastung bei Arbeitslosigkeit in dieser Altersgruppe hindeutet.

Ansteigende Behandlungsraten mit Antidepressiva betrafen in den letzten Jahren explizit auch berufstätige Erwerbspersonen, was als Indiz für eine zunehmende psychische Belastung auch bei (noch-) Berufstätigen angesehen werden könnte. Veränderte Therapiestrategien der behandelnden Ärzte als mögliche Erklärung sind jedoch nicht auszuschließen.

Hormonersatztherapie

Starke Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren bilden eine Indikation für die Gabe von Geschlechtshormonen, die als Hormonersatztherapie oder als Hormontherapie bezeichnet wird. Längere Zeit wurden mit einer entsprechenden, dann auch längerfristig durchzuführenden Therapie Hoffnungen im Hinblick auf die Beeinflussung einer Osteoporose sowie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verknüpft. Eine kritische Diskussion von Nutzen und Risiken der Hormontherapie wurde schließlich durch die Veröffentlichung von Ergebnissen einer großen randomisierten Studie im Jahr 2002 vorangetrieben, in der unter Gabe einer Östrogen-Gestagen-Kombination erhöhte Risiken für Brustkrebs und Herz-Kreislaufkrankungen nachweisbar waren.

Die hier ausgewerteten Daten zeigen zwischen 2000 und 2004 eindrucksvolle Veränderungen bei Verordnungen von Östrogenpräparaten bzw. Kombinationen von Östrogenen und Gestagenen, die typischerweise im Sinne einer Hormonersatztherapie eingesetzt werden. Das Verordnungsvolumen sank von durchschnittlich 30,0 Tagesdosen je Frau im Jahr 2000 um 62% auf 11,4 Tagesdosen je Versicherungsjahr im Jahr 2004. Während unter weiblichen Erwerbspersonen im Jahr 2000 noch 14% des gesamten Verordnungsvolumens auf entsprechende Hormonpräparate entfiel, war es im Jahr 2004 – trotz des erheblichen Gesamtverordnungsrückganges durch den Wegfall rezeptfreier Arzneimittel, der diese Hormonverordnungen nicht betrifft – nur noch 7,5% des Gesamtverordnungsvolumens, das auf entsprechende Hormonpräparate entfiel.

Während in der am stärksten betroffenen Altersgruppe der 55 bis unter 60jährigen Frauen im Jahr 2000 innerhalb eines Jahres 49,3%, also etwa die Hälfte aller Frauen ein entsprechendes Hormonpräparat erhielten, waren es im Jahr 2004 nur noch 23,1% und damit weniger als ein Viertel. Auch für die übrigen Altersgruppen finden sich vergleichbare relative Rückgänge der Behandlungsraten.

Innerhalb eines Zeitraums von nur fünf Jahren ist es nach diesen Ergebnissen zu einem erheblichen Wandel der Behandlungsstrategie bei einer der unter weiblichen Erwerbspersonen am häufigsten eingesetzten Therapien gekommen. Auch bei sehr häufig angewendeten Therapien sind also vor dem Hintergrund einer veränderten wissenschaftlichen Diskussion erhebli-

che Veränderungen möglich. Dies ist umso erfreulicher, da mit der medikamentösen Behandlung großer und überwiegend gesunder Bevölkerungsgruppen Risiken verknüpft sein können. So lässt sich beispielsweise eine nur leichte Anhebung des Brustkrebsrisikos nur schwer zweifelsfrei im Rahmen epidemiologischer Studien verifizieren und auch nicht im Rahmen des üblichen Monitorings unerwünschter Nebenwirkungen erkennen. Sie kann aber bei breiter Anwendung einer Risiko-induzierenden Therapie und vor dem Hintergrund einer ohnehin recht hohen Brustkrebshäufigkeit möglicherweise zu einer sehr viel größeren Zahl von zusätzlichen Todesfällen führen, als eine methodisch leichter erkennbare ausgeprägte Steigerung von Risiken, die seltene Erkrankungen mit ungewöhnlichen Erkrankungssymptomen betrifft.

Lipidsenker

Lipidsenker werden in der Systematik des ATC als Medikamente zur Behandlung des kardiovaskulären Systems eingeordnet. Die Einnahme von Lipidsenkern führt auf unterschiedlichen Wegen zu einer Reduktion des Blutfettspiegels, diese Reduktion kann ihrerseits zu einer Verminderung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen (insbesondere im Hinblick auf Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall). Das Ziel der Therapie mit Lipidsenkern besteht also in der Verringerung der Risiken für das Auftreten oder Fortschreiten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dass die Einnahme von Lipidsenkern mittelfristig nicht nur zu einer "kosmetischen" Reduktion der Blutfettspiegel sondern auch zu der eigentlich beabsichtigten Reduktion kardiovaskulärer Erkrankungsrisiken führt, konnte in einer Reihe von größeren Studien belegt werden.

Lipidsenker stellen eine der Arzneimittelgruppen dar, die für die Zunahme des Verordnungsvolumens vorrangig bei Männern innerhalb der vergangenen Jahre verantwortlich gemacht werden kann und deren Verordnungstrends auch durch gesundheitspolitische Veränderungen nicht erkennbar beeinflusst wurde. Während bei männlichen Erwerbspersonen über alle Altersgruppen im Jahr 2000 durchschnittlich erst 8,4 Tagesdosen Lipidsenker verordnet wurden, waren es nach altersstandardisierten Auswertungen im Jahr 2004 12,0 Tagesdosen, was einer Steigerung um 43% unter Annahme einer gleichbleibenden Altersstruktur in der betrachteten Population entspricht. Entsprechende Verordnungsvolumina lagen bei weiblichen

Erwerbspersonen mit 2,6 Tagesdosen in 2000 und 3,6 Tagesdosen im Jahr 2004 deutlich niedriger.

Während eine Behandlung mit Lipidsenkern bis zum 30. Lebensjahr ausgesprochen selten ist, kann in den höheren Altersgruppen ein nahezu exponentieller Anstieg der Behandlungsquoten unter Erwerbspersonen festgestellt werden. In der Gruppe der 60 bis unter 65-Jährigen erhielten im Jahr 2004 14,4% aller Männer und immerhin 8,5% aller Frauen einen Lipidsenker. Während die Behandlungsraten in den Altersgruppen bis zum 50. Lebensjahr zwischen 2000 und 2004 keinen klaren Trend aufweisen, ist es in diesem Zeitraum in den höheren Altersgruppen insbesondere bei Männern zu einer deutlichen Zunahme der Behandlungsrate gekommen. So waren in der am stärksten betroffenen Altersgruppe der 60 bis unter 65-Jährigen unter den männlichen Erwerbspersonen im Jahr 2000 erst 11,7% mit einem Lipidsenker behandelt worden, im Jahr 2004 hat sich die behandelte Gruppe um nahezu ein Viertel vergrößert.

Coxibe

Coxibe zählen als noch relativ neue Substanzklasse zu den nichtsteroidalen Antiphlogistika, die vorrangig bei Schmerzzuständen im Bereich des Bewegungsapparates eingesetzt werden. Prominenteste Vertreter dieser Substanzklasse der Coxibe sind Rofecoxib (Handelsname VIOXX®) sowie Valdecoxib (Bextra®). Nach Hinweisen auf erhöhte kardiovaskuläre Erkrankungsrisiken im Zusammenhang mit der längerfristigen Einnahme entsprechender Medikamente wurde im September 2004 zunächst Rofecoxib und im April 2005 schließlich auch Valdecoxib durch den jeweiligen Hersteller vom Markt genommen. Die Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreportes zeigen zwischen Januar 2000 bis zur Marktrücknahme von Rofecoxib im September 2004 eine stetige Zunahme der Coxib-Verordnungen mit einer Verfünffachung der Verordnungszahlen. Vor der Marktrücknahme wurden für Erwerbspersonen in der TK im Monatsmittel täglich bis zu 250 Packungen eines Coxibs verordnet. Im Jahr 2004 erhielten mehr als 40 Tsd. Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK mindestens einmalig ein Coxib, darunter mehr als 25 Tsd. Personen Rofecoxib. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies mehr als einer Million Personen im Alter zwischen 15 bis unter 65 Jahren mit mindestens einer Coxib-Verordnung innerhalb des Jahres 2004, worunter sich etwa 680 Tsd. Personen mit einer Rofecoxib-Verordnung befinden dürften. Von einer

Coxib-Verordnung waren nach diesen Berechnungen 1,9% der insgesamt 55,5 Mio. Personen aus den genannten Altersgruppen in Deutschland betroffen.

Arzneimittelverordnungen zeigen nach den vorliegenden Auswertungen im Verlauf über fünf Jahre in einzelnen Bereichen erhebliche Veränderungen. Diese Veränderungen finden sich keinesfalls ausschließlich bei sehr spezifischen und seltenen Therapieformen, sondern betreffen auch Behandlungsstrategien, die zumindest zeitweilig ausgesprochen große Bevölkerungsanteile einbeziehen. Jede häufig angewendete Therapie birgt die Gefahr, dass eine verhältnismäßig geringe relative Erhöhung von Erkrankungsrisiken im Sinne von Nebenwirkungen populationsbezogen erhebliche negative Auswirkungen hat und sollte damit einer permanenten kritischen Überprüfung unterzogen werden. Hierzu können routinemäßig erfasste Daten von Krankenkassen einen Beitrag liefern.

Trends bei Arbeitsunfähigkeiten

Allgemeiner Trend der Arbeitsunfähigkeit

Betrachtet man die letzten fünf Jahre zeigen sich seit dem Jahr 2001 in den Daten der TK - wie auch in kassenübergreifenden Statistiken - rückläufige Werte für erkrankungsbedingte Arbeitsfehlzeiten. Waren TK-Mitglieder im Jahr 2001 durchschnittlich noch 12,1 Tage krankgeschrieben, sank dieser Wert bis 2004 kontinuierlich um insgesamt 7,6% auf nur noch 11,2 Tage (vgl. Tabelle 1). Jede Erwerbsperson war im Jahr 2004 damit durchschnittlich knapp einen Tag weniger als im Jahr 2001 krankgeschrieben. In Bezug auf alle TK-Mitglieder bedeutet dies, dass im Jahr 2004 mit insgesamt nur 28 Mio. erfassten Fehltagen in Relation zu Krankenständen des Jahres 2001 etwa 2,3 Mio. Fehltag weniger gemeldet wurden.

Als eine maßgebliche Ursache für den deutlichen Rückgang der gemeldeten Fehlzeiten wird die zunehmende Angst der Beschäftigten vor einem Arbeitsplatzverlust diskutiert. Auch wenn Auswertungen von Daten einer Krankenkasse nur bedingt Aufschluss über die Bedeutung einzelner Ursachen für den Rückgang von Krankmeldungen geben können, lassen sich durch eine differenzierte Betrachtung zumindest einige Teilfragen beantworten, die sich aus der zunächst allgemeinen Feststellung eines deutlichen Rückganges ergeben.

Rückgang der Fallzahlen oder der Falldauer?

Der Krankenstand resultiert aus der Häufigkeit sowie aus der fallbezogenen Dauer von Krankmeldungen. Rückgänge des Krankenstandes können somit sowohl aus einem Rückgang der Fallzahlen als auch aus einer Verkürzung der Dauer einzelner Erkrankungsfälle resultieren.

Der seit 2001 zu beobachtende Gesamtrückgang resultiert, zumindest bei einer nicht weiter differenzierten Betrachtung, ausschließlich aus einem gravierenden Rückgang der Krankschreibungshäufigkeit: Von 2001 bis zum Jahr 2004 ist die Häufigkeit von Krankschreibungen um 13,4% gesunken. Während 2001 je 100 Erwerbspersonen noch 98 AU-Fälle gezählt wurden, waren es im Jahr 2004 unter jeweils 100 Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK durchschnittlich nur noch 85 AU-Fälle innerhalb eines Jahres. Demgegenüber hat die durchschnittlich Dauer der einzelnen Erkran-

kungsfälle im genannten Zeitraum sogar um 6,7% zugenommen. Während eine Krankschreibung im Jahr 2001 im Mittel 12,3 Tage dauerte, wurden im Jahr 2004 je Erkrankungsfall 13,1 Fehltage erfasst. Erwerbspersonen werden also deutlich seltener krankgeschrieben, fehlen dann jedoch im Krankenschreibungsfall tendenziell eher länger als noch vier Jahre zuvor (vgl. Tabelle 1).

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2000 bis 2004

		2000	2001	2002	2003	2004
gesamt	AU-Quote	47%	46%	45%	44%	41%
	AU-Fälle je VJ	0,99	0,98	0,98	0,93	0,85
	AU-Tage je VJ	11,90	12,10	11,99	11,62	11,17
	Krankenstand	3,26%	3,31%	3,29%	3,18%	3,06%
	AU-Tage je Fall	12,0	12,3	12,2	12,6	13,1
Männer	AU-Quote	44%	43%	42%	41%	38%
	AU-Fälle je VJ	0,89	0,89	0,88	0,84	0,77
	AU-Tage je VJ	10,81	10,98	10,92	10,60	10,24
	Krankenstand	2,96%	3,01%	2,99%	2,90%	2,81%
	AU-Tage je Fall	12,1	12,4	12,4	12,7	13,3
Frauen	AU-Quote	51%	50%	50%	48%	45%
	AU-Fälle je VJ	1,12	1,12	1,12	1,05	0,97
	AU-Tage je VJ	13,44	13,67	13,51	13,05	12,49
	Krankenstand	3,68%	3,74%	3,70%	3,58%	3,42%
	AU-Tage je Fall	12,0	12,2	12,1	12,4	12,9

Tabelle 1 (stand.)

Die Zunahme der fallbezogenen AU-Dauer resultiert maßgeblich aus der steigenden anteiligen Bedeutung von Erkrankungsfällen mit mehr als sechs Wochen Dauer an den Gesamtfehlzeiten (von 43% in 2000 auf 50% in 2004; vgl. Tabelle 3). Für den rückläufigen Trend der Fehlzeiten insgesamt sind also vorrangig Rückgänge bei kürzeren und damit vermeintlich leichteren Erkrankungsfällen verantwortlich.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach fallbezogener Dauer 2000 bis 2004

Anteil an AU-Fällen	2000	2001	2002	2003	2004
1 bis 3 Tage	34%	35%	35%	36%	36%
4 bis 7 Tage	30%	30%	29%	29%	29%
8 bis 14 Tage	18%	18%	17%	17%	17%
15 bis 28 Tage	10%	10%	10%	9%	10%
29 bis 42 Tage	3%	3%	3%	3%	3%
mehr als 42 Tage	5%	5%	5%	5%	5%

Tabelle 2

Arbeitsunfähigkeitstage nach fallbezogener Dauer 2000 bis 2004

Anteil Fälle an AU-Tagen	2000	2001	2002	2003	2004
1 bis 3 Tage	6%	6%	6%	6%	5%
4 bis 7 Tage	12%	12%	11%	11%	10%
8 bis 14 Tage	15%	14%	14%	13%	12%
15 bis 28 Tage	16%	15%	15%	14%	14%
29 bis 42 Tage	9%	9%	9%	8%	8%
mehr als 42 Tage	43%	45%	46%	48%	50%

Tabelle 3

Trends in Alters- und Geschlechtsgruppen

Die Häufigkeit und Dauer von Krankschreibungen variiert in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht. TK-versicherte Frauen sind etwas häufiger als Männer von Krankschreibungen betroffen. Die höchsten AU-Fallzahlen finden sich traditionell in den jüngeren Altersgruppen. Einzelne Erkrankungsfälle dauern in diesen Altersgruppen jedoch im Mittel auch kaum über eine Woche. Die höchsten Ausfallzeiten von etwa 3 Wochen finden sich bedingt durch die lange fallbezogene Erkrankungsdauer so bei älteren Erwerbspersonen und das trotz der relativ geringen Fallzahlen.

Grundsätzlich lässt sich seit 2001 ein Rückgang der Fallzahlen und Fehlzeiten bzw. Krankenstände in allen Alters- und Geschlechtsgruppen nachweisen (vgl. Tabelle 4 und Tabelle 5). Sehr ausgeprägt ist der Rückgang der Fallzahlen mit Veränderungen von zum Teil über 15% in den jüngeren Altersgruppen, in denen teilweise jedoch gegenläufig die fallbezogene AU-Dauer zugleich merklich zugenommen hat. Rückläufige fallbezogene Krankschreibungszeiten finden sich im Gegensatz zum allgemeinen Trend demgegenüber bei älteren Erwerbspersonen, bei denen jedoch die Fallzahlen nur relativ geringfügig zurückgegangen sind. Tendenziell resultiert der insgesamt beobachtete Rückgang der Krankenstände also in jüngeren Altersgruppen nahezu ausschließlich aus rückläufigen Fallzahlen, in den oberen Altersgruppen jedoch partiell auch aus rückläufigen fallbezogenen Erkrankungszeiten. Relativ geringe Veränderungen der Krankenstände resultieren zwischen 2001 und 2004 bei den 30 bis unter 40jährigen Männern und Frauen.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Alter 2000 bis 2004

		2000	2001	2002	2003	2004
Männer	15-	1,91	1,96	1,91	1,80	1,60
	20-	1,31	1,33	1,28	1,21	1,07
	25-	0,85	0,85	0,83	0,77	0,68
	30-	0,74	0,75	0,75	0,71	0,66
	35-	0,76	0,75	0,76	0,71	0,67
	40-	0,78	0,77	0,77	0,72	0,67
	45-	0,78	0,77	0,77	0,74	0,69
	50-	0,83	0,81	0,82	0,80	0,74
Frauen	55-	0,84	0,83	0,86	0,86	0,83
	60 - 64	0,74	0,70	0,71	0,71	0,68
	15-	2,01	2,08	2,07	1,92	1,77
	20-	1,57	1,57	1,54	1,42	1,28
	25-	1,09	1,09	1,10	1,01	0,92
	30-	0,97	0,96	0,96	0,88	0,82
	35-	0,96	0,95	0,94	0,89	0,81
	40-	0,98	0,98	0,97	0,92	0,85
Frauen	45-	1,02	1,01	1,01	0,96	0,90
	50-	1,07	1,07	1,08	1,04	0,99
	55-	1,06	1,07	1,09	1,08	1,04
	60 - 64	0,85	0,84	0,85	0,89	0,83

Tabelle 4

Arbeitsunfähigkeitstage nach Alter 2000 bis 2004

		2000	2001	2002	2003	2004
Männer	15-	11,3	11,4	10,8	10,4	9,7
	20-	9,9	10,0	9,9	9,7	9,1
	25-	7,9	8,0	8,0	7,6	7,2
	30-	7,1	7,5	7,7	7,4	7,4
	35-	8,0	8,2	8,1	8,0	7,9
	40-	9,5	9,6	9,5	9,2	8,8
	45-	11,3	11,5	11,3	11,0	10,6
	50-	14,4	14,8	14,8	14,4	13,9
	55-	19,3	19,5	19,4	19,0	18,3
	60 - 64	18,9	18,6	18,2	17,8	17,5
Frauen	15-	11,3	11,5	11,3	10,4	9,5
	20-	11,2	11,3	11,1	10,7	9,8
	25-	9,8	10,2	10,3	10,1	9,5
	30-	9,9	10,2	10,3	10,3	10,1
	35-	11,0	11,2	11,1	11,0	10,8
	40-	12,7	12,9	12,9	12,4	11,8
	45-	15,4	15,5	15,4	14,8	14,1
	50-	19,7	20,1	19,5	18,4	17,8
	55-	24,5	24,5	24,1	23,0	21,9
	60 - 64	21,0	21,6	21,7	21,3	20,3

Tabelle 5

Arbeitsunfähigkeitstage je Fall nach Alter 2000 bis 2004

		2000	2001	2002	2003	2004
Männer	15-	5,9	5,8	5,7	5,8	6,1
	20-	7,5	7,5	7,8	8,0	8,5
	25-	9,3	9,4	9,6	9,9	10,5
	30-	9,6	10,0	10,2	10,4	11,2
	35-	10,5	10,8	10,8	11,2	11,8
	40-	12,2	12,4	12,4	12,7	13,2
	45-	14,4	15,0	14,7	14,8	15,5
	50-	17,4	18,2	18,0	18,1	18,7
	55-	23,0	23,4	22,4	22,2	22,1
	60 - 64	25,6	26,4	25,7	25,0	25,7
Frauen	15-	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4
	20-	7,2	7,2	7,2	7,5	7,7
	25-	9,0	9,4	9,3	9,9	10,3
	30-	10,3	10,7	10,7	11,7	12,4
	35-	11,5	11,8	11,8	12,4	13,3
	40-	12,9	13,1	13,2	13,4	14,0
	45-	15,1	15,4	15,3	15,4	15,7
	50-	18,5	18,9	18,1	17,7	18,1
	55-	23,0	22,8	22,1	21,2	21,0
	60 - 64	24,7	25,7	25,4	23,8	24,4

Tabelle 6

Trends in Diagnosegruppen

Unterschiedliche Entwicklungen offenbaren sich in den Jahren 2000 bis 2004, sofern man das diagnosespezifische Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen darstellt. Betrachtet wurden zunächst Fehlzeiten auf der Ebene der fünf anteilig relevantesten ICD-Diagnosekapitel, denen in allen betrachteten Jahren insgesamt zwei Drittel der Fehlzeiten zuzuordnen sind (vgl. Abbildung 1 sowie Abbildung 2).

AU-Tage je 100 VJ in relevanten ICD10-Diagnosekapiteln

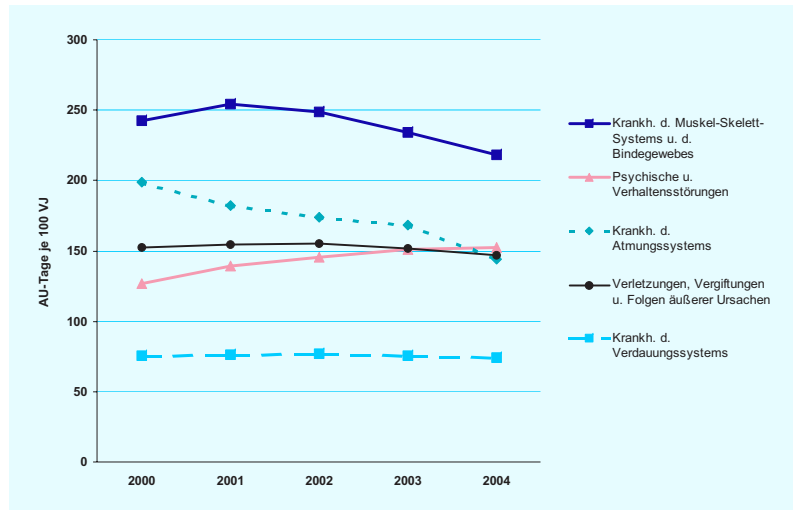


Abbildung 1 (stand.; Erwerbspersonen TK 2000 - 2004)

Ein ausgeprägter Rückgang der Fehlzeiten zeigt sich, gemessen an den Ausgangswerten aus dem Jahr 2000, im Hinblick auf Fehlzeiten mit Krankheiten des Atmungssystems. Während im Jahr 2000 je 100 Erwerbspersonen noch 199 Fehltag mit entsprechenden Diagnosen erfasst wurden, waren es im Jahr 2004 nur noch 144 AU-Tage je 100 Erwerbspersonen. Das entspricht einem Rückgang um 28%.

Merklich rückläufige Zahlen finden sich, allerdings erst nach dem Jahr 2001, auch für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Seit 2001 sind die Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen um 14% von 254 auf 218 AU-Tage je 100 Erwerbspersonen in 2004 gesunken.

Die Veränderungen in den beiden gleichfalls relevanten Diagnosekapiteln "Krankheiten des Verdauungssystems" sowie bei "Verletzungen" sind demgegenüber mit Rückgängen um 2% bzw. 4% von 2000 auf 2004 nur moderat. Im Jahr 2004 wurden unter entsprechenden Diagnosen 74 bzw. 147 Fehltag je 100 Erwerbspersonen gezählt.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

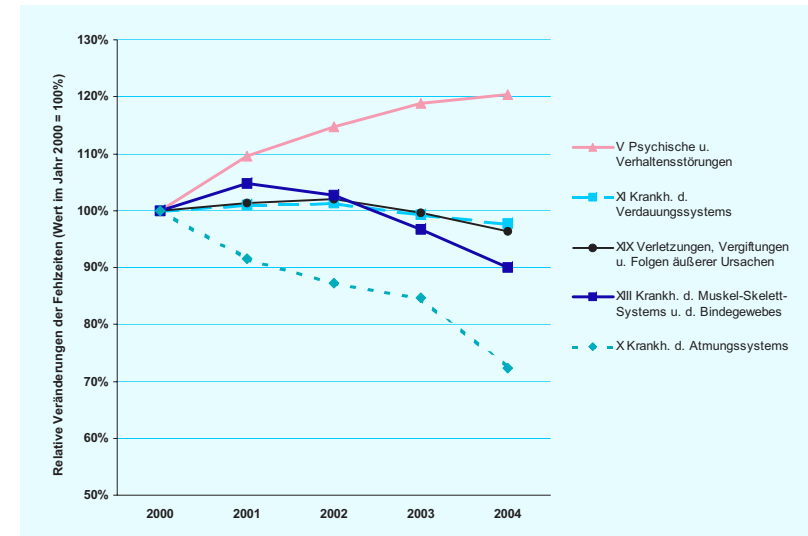


Abbildung 2 (stand.; Erwerbspersonen TK 2000 - 2004; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100%)

Im Gegensatz zur allgemeinen Entwicklung zeigen sich im Hinblick auf "Psychische Störungen" im gesamten Beobachtungszeitraum kontinuierlich steigende Fehlzeiten. Während unter entsprechenden Diagnosen im Jahr 2000 127 Fehltag je 100 Erwerbspersonen gezählt wurden, waren es im Jahr 2004 durchschnittlich 153 Fehltag je 100 Erwerbspersonen. Das entspricht einem Anstieg der Fehlzeiten um 20%. Eine "durchschnittliche Erwerbsperson" war nach diesen Ergebnissen im Jahr 2004 also gut anderthalb Tage wegen psychischer Störungen krankgeschrieben. Unter TK-versicherten Erwerbspersonen avancieren psychische Störungen damit im Jahr 2004 erstmals zur zweitrelevantesten Erkrankungsgruppe im Hinblick auf die Fehlzeiten - nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems-. Demnach wurde 2004 nahezu jeder siebte Fehltag, das entspricht 13,7% der gesamten Fehlzeiten, unter der Diagnose einer psychischen Störung gemeldet.

ICD10-Diagnosekapitel: AU-Tage je 100 VJ

ICD10-Diagnose	2000	2001	2002	2003	2004
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	46,1	44,8	45,4	43,8	39,0
Neubildungen	54,9	57,2	58,4	59,5	58,0
Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechsellkrankheiten	11,9	12,9	12,7	13,1	11,1
Psychische u. Verhaltensstörungen	126,9	139,1	145,5	150,8	152,7
Krankh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	52,1	54,2	52,6	51,3	50,7
Krankh. d. Kreislaufsystems	64,6	66,1	64,2	62,3	58,1
Krankh. d. Atmungssystems	199,0	182,1	173,8	168,3	143,8
Krankh. d. Verdauungssystems	75,8	76,5	76,8	75,3	74,1
Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	17,6	17,8	17,5	16,7	16,5
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	242,5	254,1	248,9	234,4	218,3
Krankh. d. Urogenitalsystems	28,7	28,2	27,4	26,6	26,2
Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	25,8	27,4	27,8	27,2	26,6
Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	152,2	154,3	155,2	151,7	146,6
Verletzungen, Vergiftungen u. Folgen äußerer Ursachen	16,6	18,7	18,5	19,6	22,9
gesamt	1189,8	1209,7	1199,3	1161,9	1117,4

Tabelle 7 (Erwerbspersonen TK, stand)

Betrachtet man die Trends auf der differenzierteren Ebene von 3stelligen ICD-Diagnosen, bestätigt sich die o.g. Entwicklung. (vgl. Tabelle 9). Der für die Gesamtfehlzeiten bedeutsamste Rückgang zwischen 2001 und 2004 findet sich bei der Diagnose "Rückenschmerzen", für die im Jahr 2004 mit 59 Fehltagen je 100 Versicherungsjahre 18 Fehltage weniger als noch im Jahr 2001 registriert wurden. Erhebliche Differenzen finden sich insbesondere auch bei den Einzeldiagnosen "Akute Bronchitis" mit -9,5 Tagen, "Akute Infektionen" mit -6,2 Tagen und bei "Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule" mit -5,0 Tagen.

ICD10-Diagnosekapitel: AU-Tage je Fall

ICD10-Diagnose	2000	2001	2002	2003	2004
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,8	5,7	5,5	5,6	5,7
Neubildungen	38,9	40,2	40,8	41,8	41,9
Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechsellkrankheiten	21,0	20,4	20,5	21,1	19,5
Psychische u. Verhaltensstörungen	37,2	37,1	37,9	40,7	40,9
Krankh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	11,8	11,7	11,6	12,2	12,3
Krankh. d. Kreislaufsystems	20,3	20,1	19,7	20,5	21,2
Krankh. d. Atmungssystems	6,3	6,1	6,1	6,0	5,9
Krankh. d. Verdauungssystems	6,5	6,4	6,2	6,5	6,5
Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	11,1	11,1	11,2	11,7	12,3
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	18,4	18,8	18,6	19,1	18,7
Krankh. d. Urogenitalsystems	10,0	9,8	9,7	10,0	10,8
Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	12,3	13,5	14,2	19,7	23,2
Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	17,0	17,5	17,8	18,7	19,0
Verletzungen, Vergiftungen u. Folgen äußerer Ursachen	19,6	22,5	22,2	22,4	26,6
gesamt	12,0	12,3	12,2	12,6	13,1

Tabelle 8 (Erwerbspersonen TK, stand)

Die bedeutsamsten Zuwächse zwischen 2001 und 2004 sind für die Diagnosen "Depressive Episode" mit +4,5 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre, "Rezidivierende depressive Störung" mit +2,7 Tagen, "Spezifische Persönlichkeitsstörung" mit +1,7 Tagen, "Reaktionen auf schwere Belastungen" mit +1,6 Tagen, "Schizophrenie" mit +1,6 Tagen und "Andere Angststörungen" mit +1,5 Tagen nachweisbar und entfallen damit vollständig auf Diagnosen aus dem Kapitel "Psychische Störungen".

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage je 100VJ

ICD10-Diagnose	2000	2001	2002	2003	2004
M54.- Rückenschmerzen	77,2	77,0	72,1	64,6	59,1
F32.- Depressive Episode	42,2	43,5	45,3	45,5	48,0
J06.- Akute Infektionen	44,5	40,5	38,5	39,5	34,2
M51.- Sonstige Bandscheibenschäden	30,5	32,9	32,6	30,8	28,9
J20.- Akute Bronchitis	33,7	30,3	28,7	26,4	20,8
T14.- Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	26,0	23,6	22,5	20,9	19,2
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	14,6	18,5	20,7	21,0	20,2
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	19,4	17,3	18,0	17,0	14,4
M23.- Binnenschädigung des Kniegelenkes	16,1	16,9	17,4	17,4	16,9
K52.- Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	14,6	15,0	16,8	15,5	15,4
J01.- Akute Sinusitis	15,1	14,4	13,0	12,2	9,8
M53.- Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	13,5	13,9	13,3	10,9	8,9
S82.- Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13,1	13,1	14,3	14,0	13,7
A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	12,4	13,0	14,3	13,0	10,8
J03.- Akute Tonsillitis	13,5	13,0	11,8	11,0	10,6
F45.- Somatoforme Störungen	11,4	12,6	12,0	11,6	11,0
S93.- Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	12,3	12,0	11,5	10,8	10,2
S83.- Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Kniegelenkes	11,6	11,7	12,4	12,1	12,3
C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10,9	11,5	12,0	12,1	11,4
M75.- Schulterläsionen	9,8	11,0	11,6	11,2	10,5
J11.- Grippe, Viren nicht nachgewiesen	16,0	10,9	8,8	10,8	6,5
B34.- Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	11,6	10,6	10,3	10,8	9,0
K29.- Gastritis und Duodenitis	11,5	10,6	9,7	8,4	7,9
F33.- Rezidivierende depressive Störung	8,8	10,3	10,7	11,5	12,9
M77.- Sonstige Enthesopathien	9,6	10,0	9,6	8,2	7,7
I25.- Chronische ischämische Herzkrankheit	9,4	9,8	9,3	8,6	7,4
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	8,8	9,5	9,3	8,2	7,6

Tabelle 9 (Erwerbspersonen TK, stand.; Sortierung nach 2001er Werten)

Trends in Berufsgruppen und bei Arbeitslosigkeit

Die gemeldeten Fehlzeiten unterscheiden sich traditionell erheblich in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf. Hohe durchschnittliche Fehlzeiten finden sich typischerweise in körperlich belastenden Berufen.

Bei einer Auswertung auf der Ebene von 20 Berufsfeldern, die jeweils einzelne Berufe mit vergleichbaren Charakteristika zusammenfassen, zeigen sich zwischen 2001 und 2004 rückläufige Fehlzeiten in allen Berufsfeldern (vgl. Tabelle 10). Die deutlichsten absoluten und auch relativen Rückgänge der Fehlzeiten zeigen sich dabei regelmäßig in den Berufen mit vormals ausgesprochen hohen Krankenständen.

Verhältnismäßig geringe Veränderungen zeigen sich im Hinblick auf die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Arbeitslosen, die insgesamt zwischen 2001 und 2004 um lediglich 4,7% sanken und damit im Jahr 2004 etwa so hoch wie im Jahr 2000 lagen (nachdem sie zwischen 2000 und 2001 noch gestiegen waren). In Bezug auf Beschäftigte aus allen 20 Berufsfeldern zeigen sich demgegenüber merklich ausgeprägtere anteilige Rückgänge der Fehlzeiten von 2001 auf 2004, die in 19 unter TK-Versicherten hinreichend repräsentierten Berufsfeldern zwischen 8,7% und 24,0% der Fehlzeiten des Jahres 2001 ausmachten (zu Bergbauberufen als 20. Berufsfeld sind aufgrund geringer Versichertenzahlen innerhalb der TK keine Aussagen möglich).

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2000 - 2004

Berufsfeld	2000	2001	2002	2003	2004
Agrarberufe, grüne Berufe	17,0	17,1	17,0	16,1	14,8
Stein-, Keramik-, Glashersteller/ -bearbeiter	18,6	18,3	17,0	16,3	13,9
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	16,5	17,9	16,5	15,9	14,4
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	14,6	14,8	14,4	14,0	13,2
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	18,4	18,8	18,2	16,9	15,9
Metallberufe: Installations- und Metallbau-technik	16,1	16,4	16,4	15,5	13,9
Elektroberufe	15,1	15,3	15,7	14,8	14,0
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	16,4	16,5	16,3	14,9	14,7
Ernährungsberufe	19,1	19,4	18,8	17,5	15,8
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	20,8	21,3	20,6	19,2	17,2
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	9,9	9,8	9,5	9,3	8,7
Waren- und Dienstleistungskaufleute	11,0	11,1	11,2	10,9	9,9
Verkehrs- und Lagerberufe	17,9	18,7	18,3	17,0	15,5
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ Sozialwiss. Berufe	9,7	9,7	9,8	9,4	8,7
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	15,2	14,7	14,4	14,0	12,9
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	9,6	10,0	9,9	9,6	8,8
Gesundheitsdienstberufe	12,6	12,4	11,9	11,7	11,0
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	12,0	12,2	12,0	11,4	11,0
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reiniger	17,2	17,9	17,0	16,0	14,7
Arbeitslose	15,1	15,8	15,2	15,1	15,1
gesamt	11,9	12,1	12,0	11,6	11,2

Tabelle 10 (Erwerbspersonen TK, stand.)

Diagnosebezogene Trends bei Berufstätigen und Arbeitslosen

Die vielleicht auffälligsten Befunde der vorausgehend dargestellten Abschnitte bilden zum einen

- die gegen den allgemeinen Trend ansteigenden Fehlzeiten mit psychischen Störungen und zum anderen
- die nur verhältnismäßig geringen Rückgänge der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten unter Arbeitslosen.

Aus dieser Beobachtung ergibt sich schon fast zwangsläufig die Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen beiden zunächst getrennt dargestellten Befunden. Aufschluss können hierbei diagnosebezogene Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in Berufsgruppen bzw. bei Arbeitslosen geben. In einem nachfolgenden Schritt wurden daher die Trends bei Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Diagnosen psychischer Störungen sowie bei Arbeitsunfähigkeitszeiten unter allen übrigen Diagnosen jeweils für Berufstätige sowie Arbeitslose getrennt ermittelt.

Bei Fehlzeiten mit nicht-psychischen Diagnosen zeigen sich ab 2001 unter Berufstätigen und Arbeitslosen nahezu übereinstimmende Trends (vgl. Abbildung 3). In beiden Gruppen sanken die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten zwischen 2001 und 2004 um gut 10%. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten unter nicht-psychischen Diagnosen lagen bei Arbeitslosen in den einzelnen Jahren zwischen 2000 und 2004 nur mäßig, nämlich um 9% bis 14%, über denen von Berufstätigen. Im Jahr 2004 wurden unter 100 Berufstätigen 952 Fehlzeiten unter nicht-psychischen Diagnosen erfasst, unter 100 Arbeitslosen waren es 1081 gemeldete Arbeitsunfähigkeitstage.

Erhebliche Unterschiede sowohl im Hinblick auf das Niveau als auch im Hinblick auf Trends finden sich demgegenüber bei der Gegenüberstellung von Auswertungsergebnissen zu Arbeitsunfähigkeitszeiten unter der Diagnose psychischer Störungen (vgl. Abbildung 4). Diese erreichen in allen Kalenderjahren unter Arbeitslosen Werte, die zumindest dreifach so hoch wie entsprechende Fehlzeiten bei Berufstätigen liegen.

Während unter Berufstätigen ein maßgeblicher Anstieg der Fehlzeiten mit psychischen Störungen um 8,4% lediglich von 2000 auf 2001 feststellbar ist und nachfolgend zwischen 2001 bis 2004 nur noch ein geringer weiterer

Anstieg um 2,7% zu verzeichnen ist, stiegen die Werte unter Arbeitslosen zunächst von 2000 auf 2001 um 9,9%, jedoch auch ab 2001 noch weiter um 13,5%.

Im Jahr 2004 wurden unter 100 Berufstätigen so 125 Fehltag unter psychischen Diagnosen erfasst (8,6% aller Fehltag in dieser Gruppe). Unter 100 Arbeitslosen waren es 426 der insgesamt 1506 gemeldete Arbeitsunfähigkeitstage, die unter der Diagnose einer psychischen Störung erfasst wurden (28% aller AU-Tage).

AU-Tage bei Berufstätigen sowie Arbeitslosen 2000 bis 2004: AU-Tage ohne psychische Diagnosen

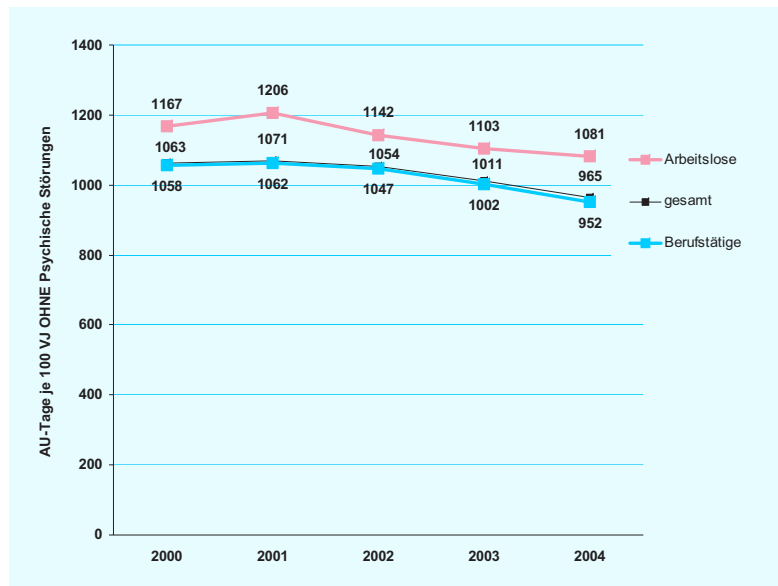


Abbildung 3 (Erwerbspersonen TK, stand.; AU-Tage je 100 VJ in den Jahren 2000 bis 2004)

AU-Tage bei Berufstätigen sowie Arbeitslosen 2000 bis 2004: AU-Tage nur Psychische Störungen (Kapitel V)

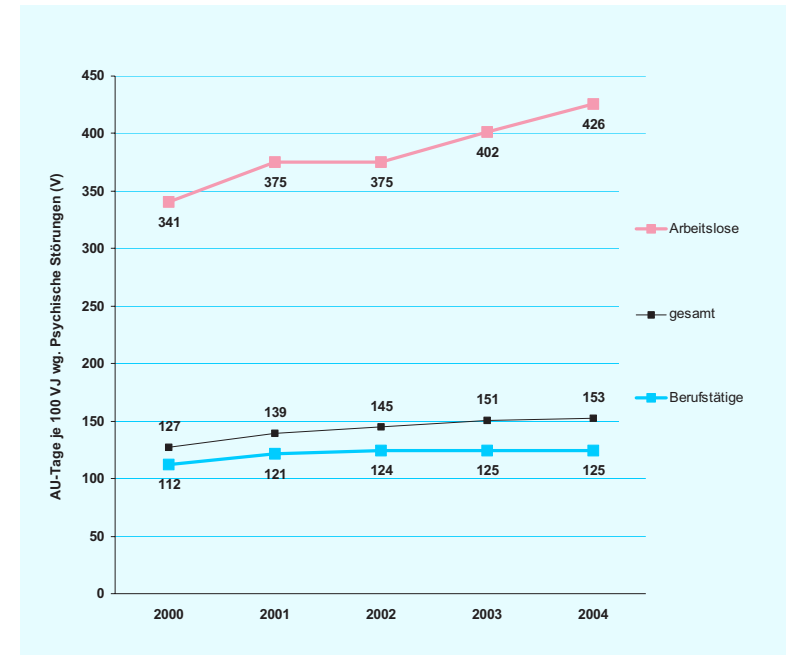


Abbildung 4 (Erwerbspersonen TK, stand.; AU-Tage je 100 VJ in den Jahren 2000 bis 2004)

Trends in Bundesländern

Auch regional existieren traditionell erhebliche Unterschiede hinsichtlich der gemeldeten Fehlzeiten. Während sich für Erwerbspersonen in Berlin im Jahr 2000 mit durchschnittlich 16,0 AU-Tagen die mit Abstand höchsten Fehlzeiten auf Bundeslandebene nachweisen ließen, waren in dem selben Jahr Erwerbspersonen in Baden-Württemberg durchschnittlich nur 9,8 Tage krankgeschrieben.

In nahezu allen Bundesländern liegen, entsprechend dem allgemeinen Trend, die durchschnittlichen Fehlzeiten im Jahr 2004 unter denen des Jahres 2000 (vgl. Tabelle 11). Rückläufige Fehlzeiten sind dabei in den meisten Ländern erst nach 2001 oder 2002 zu beobachten. Der deutlichste absolute Rückgang zeigt sich für Berlin. Bei Erwerbspersonen aus Berlin sind seit 2000 die Fehlzeiten um insgesamt 2,65 Tage auf 13,3 AU-Tage je Versicherungsjahr in 2004 gesunken. Ein "durchschnittlicher Berufstätiger" in Berlin war also im Jahr 2004 fast drei Tage weniger krankgeschrieben als noch im Jahr 2000.

Lediglich in Sachsen-Anhalt sowie im Saarland lagen die Fehlzeiten unter Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK im Jahr 2004 über den entsprechenden Werten des Jahres 2000. Die Fehlzeiten im Saarland lagen dabei 2004 erstmals auf dem Niveau der Fehlzeiten in Berlin – Berlin hat damit, zumindest unter Versicherten der TK, seine langjährige Spitzenposition in der Fehlzeitenstatistik verlassen.

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 - 2004

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004
Schleswig-Holstein	12,2	12,6	12,8	12,9	12,0
Hamburg	13,2	13,8	14,1	13,6	12,9
Niedersachsen	11,9	12,2	12,3	11,8	11,4
Bremen	11,3	11,4	11,2	10,8	10,5
Nordrhein-Westfalen	11,9	12,2	12,1	11,7	11,3
Hessen	11,5	11,7	11,6	11,4	11,0
Rheinland-Pfalz	12,1	12,2	11,9	11,5	11,3
Baden-Württemberg	9,8	9,8	9,7	9,5	9,2
Bayern	10,6	10,6	10,4	10,2	9,8
Saarland	13,1	13,4	13,7	13,2	13,3
Berlin	16,0	15,7	14,9	14,1	13,3
Brandenburg	13,9	14,2	13,9	13,2	12,4
Mecklenburg-Vorpommern	13,9	14,5	14,3	13,4	12,7
Sachsen	11,8	12,0	12,0	11,3	10,7
Sachsen-Anhalt	12,4	12,9	13,1	13,2	12,5
Thüringen	13,0	13,0	13,0	12,5	12,4
gesamt	11,9	12,1	12,0	11,6	11,2

Tabelle 11 (Erwerbspersonen TK, stand.)

Trends bei Arzneiverordnungen

Allgemeiner Trend der Arzneiverordnungen

Bei allen übergreifenden Betrachtungen von Trends zu Arzneiverordnungen zwischen 2000 und 2004 dominieren fraglos Veränderungen der Verordnungszahlen von 2003 auf 2004 das Bild. Die erheblichen Unterschiede zwischen den beiden genannten Jahren resultieren dabei vorrangig aus dem Ausschluss nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung durch die Gesetzlichen Krankenkassen, der mit Gültigkeitsbeginn zum 1. Januar 2004 im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) beschlossen wurde. Einen ersten Eindruck zur sprunghaften Veränderung der Verordnungszahlen nach dem ersten Januar 2004 vermittelt die nachfolgende Abbildung. Dargestellt werden Angaben zur absoluten Anzahl der täglich verordneten Präparate bei durchschnittlich etwa 2,4 Mio. Erwerbspersonen in der TK zwischen 2000 und 2004. Während sich für die Jahre 2000 bis 2003 typische jahreszeitliche Variationen auf insgesamt vergleichbaren Niveau bei täglich etwa gut 35 Tsd. Verordnungen zeigen, liegen die Verordnungszahlen im Jahr 2004 um mehr als 20% niedriger bei etwa 27 Tsd. verordneten Präparaten je Tag, obwohl in der TK für das Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr gleichzeitig eine Zunahme der Mitgliedszahlen zu verzeichnen war.

Offensichtlich wird in der Abbildung auch ein im Vergleich zu den Vorjahren relativ ausgeprägter Anstieg der Verordnungszahlen Ende 2003 im Vorfeld der gesetzlichen Änderungen zum Januar 2004, die neben dem Wegfall der Erstattungsmöglichkeiten von rezeptfreien Arzneimitteln auch die seinerzeit heftig diskutierte Einführung der Praxisgebühr von 10 Euro beinhalteten. Die gleichfalls offensichtlich verhältnismäßig geringen Verordnungszahlen insbesondere in den ersten Monaten des Jahres 2004 dürften vor diesem Hintergrund zum Teil auch aus einer gewissen Bevorratung insbesondere mit langfristig und regelmäßig verordneten rezeptpflichtigen Präparaten zum Jahresende 2003 resultieren. Der Anstieg der Verordnungszahlen zum Jahresende 2004 zeigt eine Größenordnung, die auch in den Jahren vor 2003 jeweils zu Jahresende beobachtet werden kann und deutet insofern an dieser Stelle zunächst nicht auf einen erneuten generellen Anstieg des Verordnungsvolumens hin.

Absolute Anzahl verordneter Präparate je Tag 2000 bis 2004

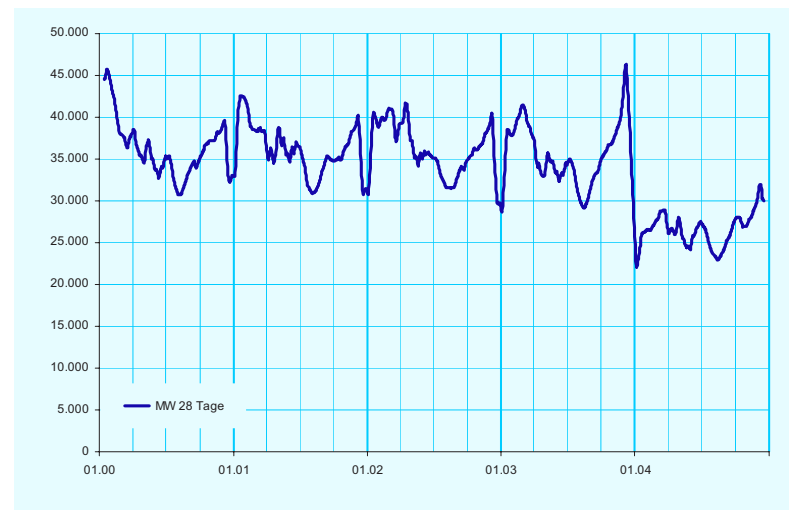


Abbildung 5 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; absolute Zahl der täglich verordneten Präparate; dargestellt sind jeweils korrigierte Mittelwerte der Verordnungszahlen über 28 Tage)

Die Veränderungen von 2003 auf 2004 werden auch in den populationsbezogenen und altersstandardisierten Ergebnissen in Bezug auf einzelne Kalenderjahre deutlich (vgl. Tabelle 1 zu Ergebnissen 2000 bis 2004 sowie Tabelle 13 mit Angaben zu relativen Veränderungen der Parameter jeweils im Vergleich zum Vorjahr). Nach nur verhältnismäßig geringen Änderungen in den Vorjahren hat von 2003 auf 2004 die Zahl der Arztkontakte mit Verordnungen sowie insbesondere auch die Anzahl der verordneten Präparate stark abgenommen. Die Arztkontaktzahlen (mit Verordnungen) sanken um 26% von 3,75 auf 2,77 Kontakte je Versicherungsjahr. Die Zahl der durchschnittlich je Erwerbsperson und Jahr verordneten Präparate sank um 31% von 5,39 auf 3,74 Präparate je Erwerbsperson und Jahr.

Etwas geringer ausgeprägt ist der Rückgang im Hinblick auf die Zahl der verordneten Tagesdosen (Defined Daily Doses - DDD). Das Verordnungsvolumen sank von 181 Tagesdosen je Versicherungsjahr in 2003 um 20% auf 144 Tagesdosen im Jahr 2004. Der moderatere Rückgang des Verordnungsvolumens in Tagesdosen resultiert daraus, dass eine einzelne Präparateverordnung 2004 durchschnittlich merklich mehr Tagesdosen als im

Vorjahr umfasste. Dies muss allerdings nicht zwangsläufig auf eine Tendenz zur Verordnung größerer Arzneipackungen hinweisen, sondern kann auch aus Veränderungen des Verordnungsspektrums durch den Wegfall rezeptfreier Arzneimittel resultieren.

Arzneiverordnungen Erwerbspersonen 2000 bis 2004

		2000	2001	2002	2003	2004
gesamt	Arztkontakte mit Verordnung je VJ	3,91	3,91	3,87	3,75	2,77
	Präparate je VJ	5,60	5,59	5,55	5,39	3,74
	DDD je VJ	172	174	182	181	144
	DDD je Präparat	33	34	35	36	41
Männer	Arztkontakte mit Verordnung je VJ	3,08	3,10	3,09	3,03	2,34
	Präparate je VJ	4,58	4,61	4,62	4,55	3,30
	DDD je VJ	143	149	159	162	138
	DDD je Präparat	34	35	37	38	44
Frauen	Arztkontakte mit Verordnung je VJ	5,09	5,05	4,97	4,78	3,39
	Präparate je VJ	7,04	6,97	6,87	6,59	4,36
	DDD je VJ	214	210	213	208	153
	DDD je Präparat	33	33	33	34	37

Tabelle 12 (stand.)

Veränderungen von Arzneiverordnungszahlen zum jeweiligen Vorjahr Erwerbspersonen 2001 bis 2004

		2001	2002	2003	2004
gesamt	Arztkontakte mit Verordnung je VJ	-0,2%	-0,9%	-3,0%	-26,1%
	Präparate je VJ	-0,2%	-0,7%	-2,8%	-30,7%
	DDD je VJ	0,9%	4,4%	-0,2%	-20,4%
	DDD je Präparat	2,8%	2,9%	2,8%	13,4%
Männer	Arztkontakte mit Verordnung je VJ	0,7%	-0,1%	-2,0%	-22,9%
	Präparate je VJ	0,6%	0,2%	-1,5%	-27,5%
	DDD je VJ	3,9%	7,1%	1,9%	-15,2%
	DDD je Präparat	4,9%	4,5%	3,8%	15,8%
Frauen	Arztkontakte mit Verordnung je VJ	-0,8%	-1,6%	-3,8%	-29,0%
	Präparate je VJ	-1,0%	-1,5%	-4,0%	-33,8%
	DDD je VJ	-1,9%	1,6%	-2,4%	-26,2%
	DDD je Präparat	0,7%	1,1%	1,6%	9,7%

Tabelle 13 (stand.)

Trends in Alters- und Geschlechtsgruppen

Abbildung 6 und Abbildung 7 zeigen getrennt für Männer und Frauen die Zahl der verordneten Präparate je Versicherungsjahr nach Altersgruppen in den Jahren 2000 bis 2004 (Ergebnisse eines Jahres jeweils in einer Linie). Grundsätzlich zeigen die Ergebnisse aus allen Jahren zunächst eine vergleichbare Abhängigkeit der Verordnungszahlen vom Alter mit merklich höheren Werten in den oberen Altersgruppen. Offensichtlich wird, dass sich die Ergebnisse des Jahres 2004 deutlich von den Ergebnissen der vorausgehenden vier Jahre absetzen. Der Rückgang der Verordnung von Präparaten in 2004 betrifft also alle Alters- und Geschlechtsgruppen. Die Differenz zu den Vorjahresergebnissen ist bei Frauen in allen Altersgruppen deutlicher ausgeprägt als bei Männern. Unter Männern finden sich verhältnismäßig deutliche Differenzen in den jüngsten Altersgruppen.

Präparate je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Männer

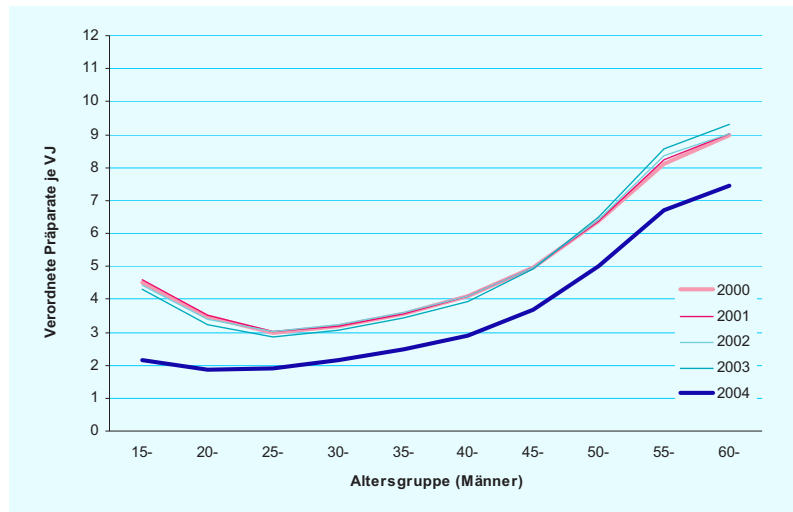


Abbildung 6 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; Männer)

Präparate je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Frauen

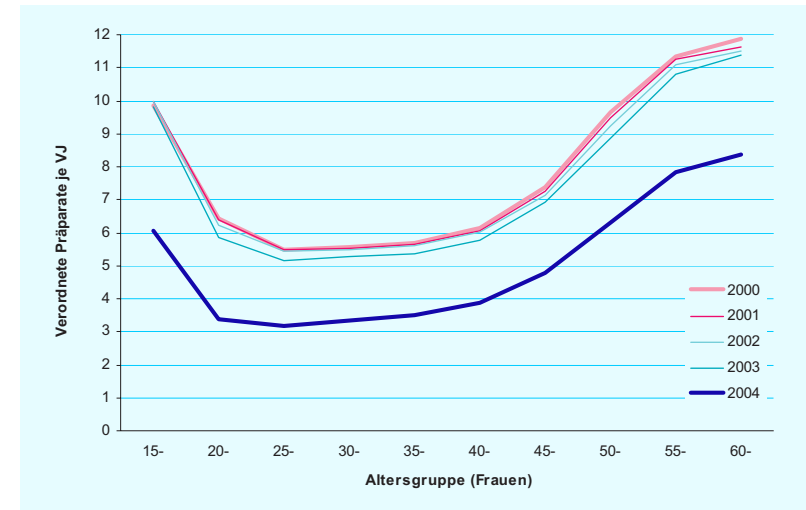


Abbildung 7 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; Frauen)

Abbildung 8 und Abbildung 9 zeigen das durchschnittliche jährliche Verordnungsvolumen je Versicherungsjahr in definierten Tagesdosen in Abhängigkeit vom Alter für Männer bzw. Frauen. Während unter Frauen das Verordnungsvolumen in den Jahren 2000 bis 2003 in allen Altersgruppen auf einem ähnlichen Niveau lag und im Jahr 2004 durchgängig geringere Werte aufwies, verlief die Entwicklung unter männlichen Erwerbspersonen in den einzelnen Altersgruppen weniger einheitlich. Unter jüngeren Männern entspricht die Entwicklung – ausgehend von einem insgesamt geringeren Verordnungsvolumen – der bei Frauen. In den oberen Altersgruppen war es unter Männern demgegenüber zwischen 2000 und 2003 zu einem kontinuierlichen Anstieg des Verordnungsvolumens gekommen. Nach einem Rückgang des Verordnungsvolumens zwischen 2003 und 2004 auch in dieser Versichertengruppe finden sich in den oberen Altersgruppen bei männlichen Erwerbspersonen für das Jahr 2004 etwa Werte, die dem Verordnungsvolumen in 2001 entsprechen, jedoch noch über den Werten aus dem Jahr 2000 liegen.

DDD je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Männer

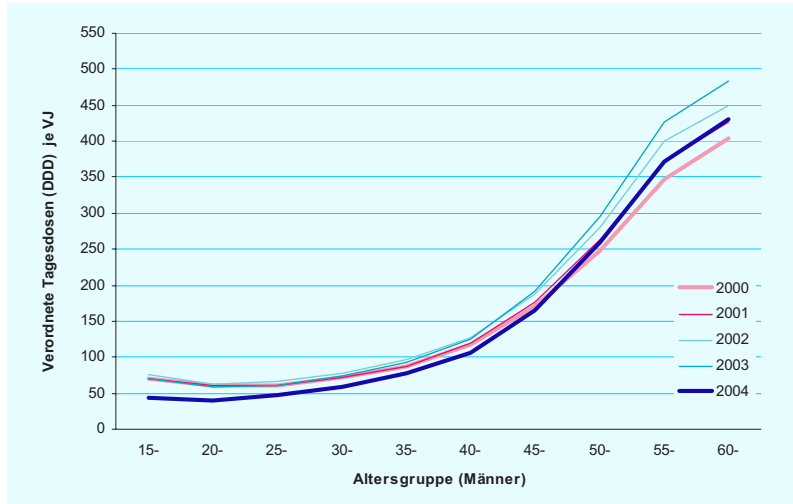


Abbildung 8 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; Männer)

DDD je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Frauen

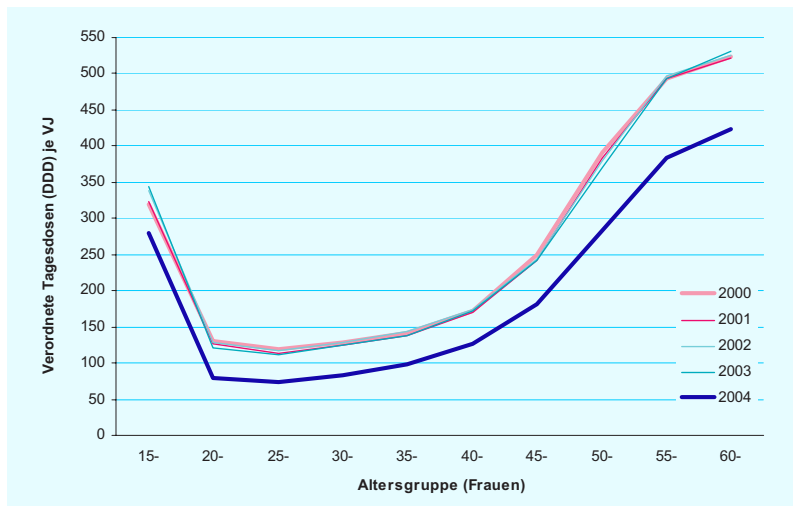


Abbildung 9 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; Frauen)

Trends in Berufsgruppen und bei Arbeitslosigkeit

Zum Inhalt des Gesundheitsreportes der TK zählen traditionell Auswertungen in Bezug auf Berufsgruppen. Während Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten erhebliche Differenzen zwischen einzelnen Berufsgruppen aufzeigen, sind Unterschiede hinsichtlich des Verordnungsvolumens zwischen einzelnen Berufsgruppen weniger stark ausgeprägt.

Abbildung 10 und Abbildung 11 zeigen die Entwicklung des Gesamtarzneiverordnungsvolumens (in Tagen je Versicherungsjahr) zwischen 2000 und 2004 in 19 Berufsfeldern sowie bei Arbeitslosen gesondert für Männer und Frauen. Zahlenangaben in den Abbildungen beziehen sich zum einen auf die Gruppe der Arbeitslosen (jeweils obere Linie) sowie zum anderen auf Durchschnittswerte für die Gesamtgruppe der berufstätigen Erwerbspersonen in der TK. Alle den Abbildungen zugrunde liegenden Zahlenwerte sind Tabelle 10 und Tabelle 15 zu entnehmen.

Tendenziell zeigen sich vergleichbare Trends des Verordnungsvolumens in allen Berufsgruppen, die Entwicklung in einzelnen Berufsgruppen verläuft auf etwas unterschiedlichem Niveau weitgehend parallel zur Entwicklung in der Gesamtpopulation. Deutlich höhere Arzneiverordnungen als in einzelnen Berufsgruppen finden sich insbesondere unter Männern in allen Jahren bei Arbeitslosen. Arbeitslose waren nach den vorliegenden Ergebnissen zugleich relativ stark vom Verordnungsrückgang im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Jahr 2004 betroffen. Insbesondere unter Frauen, aber auch unter Männern, ist die Differenz des Verordnungsvolumens zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen nach dem Rückgang der Verordnungen im Jahr 2004 geringer ausgeprägt als in den Vorjahren.

Verordnete Tagesdosen je VJ nach Berufsfeldern: Männer

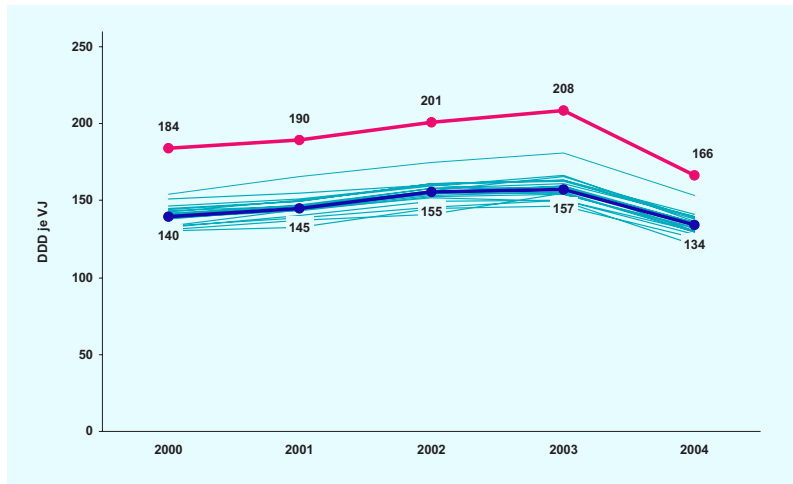


Abbildung 10 (Männliche Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) in 19 Berufsfeldern sowie bei Arbeitslosen; vgl. Text)

Verordnete Tagesdosen je VJ nach Berufsfeldern: Frauen

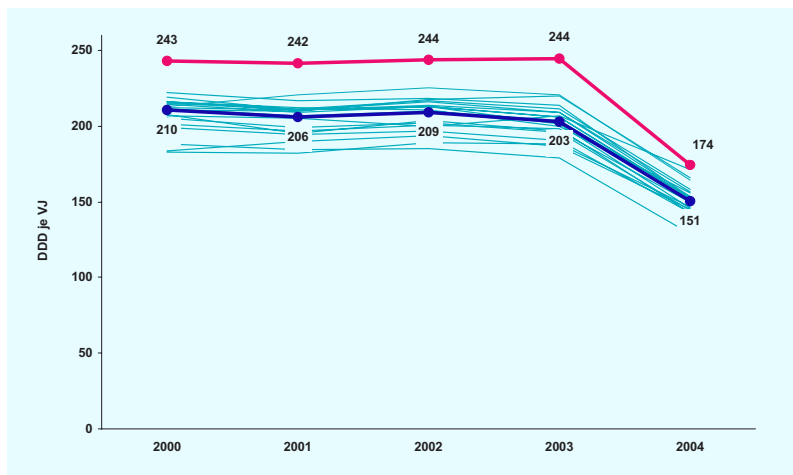


Abbildung 11 (Weibliche Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) in 19 Berufsfeldern sowie bei Arbeitslosen; vgl. Text)

DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2000 – 2004 Männer

Berufsfeld	2000	2001	2002	2003	2004
Agrarberufe, grüne Berufe	132,4	140,5	149,5	150,6	130,1
Stein-, Keramik-, Glashersteller/ -bearbeiter	130,8	137,1	141,4	154,6	130,1
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	142,7	150,5	159,4	166,2	136,4
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	146,5	150,9	160,0	163,4	141,1
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	143,7	146,4	156,1	166,0	138,7
Metallberufe: Installations- und Metallbau-technik	141,6	146,2	155,6	159,3	135,8
Elektroberufe	141,2	147,6	158,3	160,7	139,4
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	151,1	154,7	160,2	153,9	132,7
Ernährungsberufe	138,1	145,3	153,9	159,2	130,2
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	133,5	138,7	146,0	150,2	128,0
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	138,8	143,6	153,0	154,0	131,9
Waren- und Dienstleistungskaufleute	145,3	149,5	161,1	163,3	138,1
Verkehrs- und Lagerberufe	144,2	149,4	160,7	162,8	139,3
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ Sozialwiss. Berufe	140,4	146,5	157,7	159,0	135,8
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	154,2	165,4	174,8	180,9	153,2
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	130,6	133,0	144,7	146,1	125,8
Gesundheitsdienstberufe	141,1	144,1	151,5	149,4	120,9
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	139,8	145,0	155,1	154,9	129,6
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reiniger	133,5	144,1	153,3	156,0	129,5
Arbeitslose	183,7	189,6	200,7	208,5	166,5
Berufstätige gesamt	139,8	145,3	155,3	157,1	134,4
gesamt	143,2	148,7	159,4	162,4	137,7

Tabelle 14 (Männliche Erwerbspersonen TK, stand.)

DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2000 – 2004 Frauen

Berufsfeld	2000	2001	2002	2003	2004
Agrarberufe, grüne Berufe	183,2	189,5	193,4	186,8	144,7
Stein-, Keramik-, Glashersteller/ -bearbeiter	207,8	195,2	203,3	197,1	149,4
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	216,3	212,3	210,9	199,8	155,6
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	201,0	197,0	200,2	198,6	142,9
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	206,9	205,6	199,6	206,9	171,4
Metallberufe: Installations- und Metallbau-technik	212,5	210,2	216,1	209,2	153,6
Elektroberufe	210,3	209,9	217,3	220,0	165,6
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	219,4	210,6	213,2	201,6	145,9
Ernährungsberufe	214,8	209,4	212,7	205,8	153,1
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	183,1	182,0	189,3	188,2	146,3
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	198,8	194,4	197,1	190,3	142,4
Waren- und Dienstleistungskaufleute	215,3	210,3	213,1	205,9	151,7
Verkehrs- und Lagerberufe	215,8	210,5	214,0	209,3	156,9
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ Sozialwiss. Berufe	211,7	206,9	209,9	203,7	152,6
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	212,8	220,5	225,5	220,8	164,2
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	188,0	184,6	185,0	179,3	129,1
Gesundheitsdienstberufe	221,9	216,8	218,5	213,8	152,9
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	205,5	199,1	202,3	195,9	144,5
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reiniger	215,7	211,2	216,7	211,1	158,2
Arbeitslose	243,0	241,5	243,8	244,3	174,1
Berufstätige gesamt	210,4	206,0	209,1	203,2	150,8
gesamt	213,8	209,7	213,0	207,9	153,5

Tabelle 15 (Weibliche Erwerbspersonen TK, stand.)

Trends in Bundesländern

Bundeslandspezifische Auswertungen zur Entwicklung des Verordnungsvolumens zeigen zwischen 2000 und 2004 gleichfalls Trends, die in den einzelnen Bundesländern weitgehend parallel zur Gesamtentwicklung verlaufen (vgl. Abbildung 12 sowie Tabelle 16 zu vollständigen Zahlenwerten). Auffällig erscheint lediglich die deutliche Tendenz zur Angleichung der Verordnungszahlen im Saarland an Werte aus anderen Bundesländern im Zuge des Verordnungsrückgangs im Jahr 2004. Das lässt auf einen relativ hohen Anteil von nicht rezeptpflichtigen Verordnungen im Saarland in den zurückliegenden Jahren schließen.

Verordnete Tagesdosen je VJ nach Bundesländern

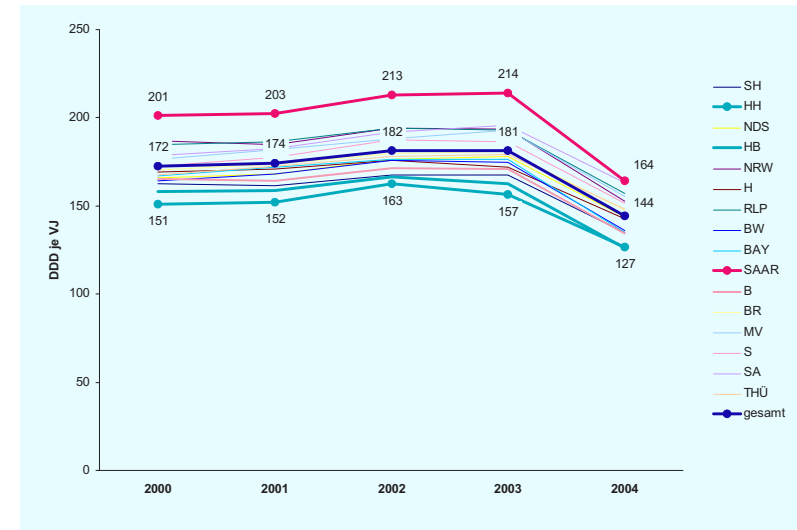


Abbildung 12 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) nach Bundesländern)

Präparate je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 - 2004

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004
Schleswig-Holstein	5,53	5,48	5,45	5,27	3,67
Hamburg	5,22	5,27	5,39	5,05	3,54
Niedersachsen	5,59	5,65	5,65	5,55	3,91
Bremen	5,46	5,35	5,36	5,09	3,39
Nordrhein-Westfalen	6,14	6,04	6,07	5,89	4,07
Hessen	5,39	5,30	5,14	4,92	3,68
Rheinland-Pfalz	5,96	5,92	5,84	5,71	4,12
Baden-Württemberg	5,42	5,49	5,43	5,29	3,59
Bayern	5,56	5,62	5,47	5,38	3,56
Saarland	7,12	7,21	7,26	7,17	4,69
Berlin	5,04	4,97	4,97	4,81	3,26
Brandenburg	4,88	4,94	4,86	4,71	3,28
Mecklenburg-Vorpommern	5,45	5,44	5,32	5,17	3,47
Sachsen	5,29	5,35	5,26	5,08	3,41
Sachsen-Anhalt	5,23	5,35	5,32	5,23	3,79
Thüringen	4,92	4,93	4,82	4,66	3,33
gesamt	5,60	5,59	5,55	5,39	3,74

Tabelle 16 (Erwerbspersonen TK, stand.)

DDD je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 - 2004

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004
Schleswig-Holstein	162,7	161,5	167,8	167,5	134,8
Hamburg	150,9	152,3	162,5	156,8	126,6
Niedersachsen	165,7	168,2	176,5	177,9	143,6
Bremen	158,4	158,6	166,3	162,7	126,3
Nordrhein-Westfalen	186,8	184,8	194,0	193,6	152,8
Hessen	169,3	170,6	175,7	171,9	142,5
Rheinland-Pfalz	184,7	186,2	194,0	193,3	156,8
Baden-Württemberg	164,2	168,3	175,7	174,9	136,1
Bayern	167,1	172,0	176,2	176,6	135,1
Saarland	201,4	202,5	213,0	213,8	164,0
Berlin	165,1	164,5	171,5	170,9	134,6
Brandenburg	170,2	173,8	179,6	180,9	147,4
Mecklenburg-Vorpommern	176,7	181,8	188,3	192,9	155,6
Sachsen	172,8	177,7	187,4	186,7	151,5
Sachsen-Anhalt	178,4	182,5	192,1	196,1	163,1
Thüringen	167,8	172,4	178,4	179,1	148,0
gesamt	172,5	174,0	181,6	181,3	144,2

Tabelle 17 (Erwerbspersonen TK, stand.)

Trends in Arzneimittelgruppen

In Abhängigkeit vom Indikationsbereich sowie in Abhängigkeit von ihrer chemischen Zusammensetzung können Arzneimittel so genannten ATC-Kodes zugeordnet werden, die eine Gruppierung von Arzneiverordnungen nach inhaltlich relevanten Gesichtspunkten erlauben. Eine erste Gruppierungsebene des ATC (Anatomisch-therapeutisch-chemischer Klassifikationsindex) bilden anatomische Gruppen, die Arzneimittel entsprechend ihres vorrangigen Anwendungsgebietes einem Organsystem oder einer Körperregion zuordnen.

Altersstandardisierte Ergebnisse jeweils getrennt für Männer und Frauen zur Anzahl verordneter Präparate sowie zum Verordnungsvolumen in definierten Tagesdosen für einzelne anatomische ATC-Gruppen in den Jahren 2000 bis 2004 sind Tabelle 18 bis Tabelle 21 zu entnehmen. Während in den Jahren 2000 bis 2003 Trends mit unterschiedlichen Vorzeichen in entsprechenden Arzneimittelgruppen feststellbar sind, ist in allen Arzneimittelgruppen und bei beiden Geschlechtern auf der Gliederungsebene anatomischer ATC-Gruppen zwischen 2003 und 2004 durchgängig ein Rückgang der Verordnungszahlen zu verzeichnen.

Eine genauere Betrachtung der Werte offenbart allerdings durchaus unterschiedliche Ausprägungen der Verordnungsrückgänge zwischen 2003 und 2004 in den einzelnen anatomischen ATC-Gruppen. Einen Überblick zu relativen Veränderungen des Verordnungsvolumens in definierten Tagesdosen ausgehend vom Jahr 2000 für die Gesamtpopulation der Erwerbspersonen in hinsichtlich des Verordnungsvolumen relevanten Arzneimittelgruppen gibt Abbildung 13.

Einen auffälligen Verlauf zeigen Verordnungen zur Behandlung von Erkrankungen des kardiovaskulären Systems, denen unter männlichen Erwerbspersonen mit Abstand die meisten der verordneten Tagesdosen zuzuordnen sind. Zu entsprechenden Arzneimitteln zählen vorrangig Blutdruckmittel sowie Lipidsenker. Hinsichtlich entsprechender Arzneimittel war es bei Erwerbspersonen zwischen 2000 und 2003 zu einem erheblichen und kontinuierlichen Anstieg des Verordnungsvolumens um 27% gekommen. Zugleich findet sich von 2003 auf 2004 nur ein verhältnismäßig geringer Rückgang des Verordnungsvolumens um 4,2%. Ein vergleichbar geringer

Rückgang zeigt sich sonst nur in der hier nicht dargestellten Gruppe der Antiinfektiva, die durch Verordnungen von Antibiotika bestimmt wird.

Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2004

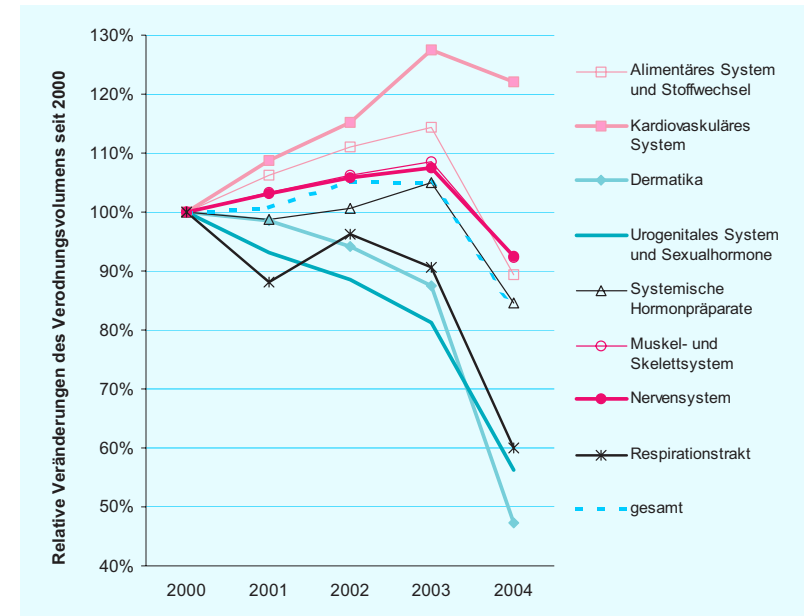


Abbildung 13 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand. Verordnungsvolumen (DDD je VJ) in einzelnen Gruppen im Jahr 2000 = 100%)

Weitgehend parallel zum allgemeinen Trend (vgl. gestrichelte Linie in der Abbildung) verläuft die Entwicklung des Verordnungsvolumens in den Arzneimittelgruppen "Alimentäres System und Stoffwechsel" (vorrangig Mittel zur Behandlung von Magen-Darm-Beschwerden aber auch Antidiabetika), "Systemische Hormonpräparate" (insbesondere Schilddrüsenpräparate sowie systemisch verabreichte Kortison-Präparate), "Muskel- und Skelettsystem" (vorrangig entzündungshemmende Medikamente, Salben zur äußeren Anwendung bei Schmerzen) sowie "Nervensystem" (klassische Schmerz- und Beruhigungsmittel, Antidepressiva sowie andere Psychopharmaka).

Demgegenüber imponiert der Trend des Verordnungsvolumens im Hinblick auf die Gruppen "Dermatika" (diverse Mittel bei Hauterkrankungen) sowie "Urogenitales System und Sexualhormone" (überwiegend Kontrazeptiva sowie Hormongaben in den Wechseljahren) durch einen kontinuierlichen Rückgang zwischen 2000 und 2003 gefolgt von einem rapiden Abfall zum Jahr 2004, womit das Verordnungsvolumen in beiden Gruppen im Verhältnis zu den Ausgangswerten im Jahr 2000 etwa halbiert ist.

Ein deutlicher Abfall des Verordnungsvolumens zwischen 2003 und 2004 findet sich auch bei Arzneimitteln zur Behandlung von Atemwegserkrankungen (Husten- und Erkältungsmittel, Schnupfenmittel, Antiasthmatica sowie Antihistaminika). Der Trend in den Vorjahren verläuft jedoch diskontinuierlich, was auf unterschiedlich ausgeprägte Häufungen respiratorischer Erkrankungen bei Erwerbspersonen in einzelnen Kalenderjahren hindeuten könnte.

Der Verordnungsrückgang von 2003 auf 2004 betrifft entsprechend den vorausgehenden Darstellungen auf der Ebene von anatomischen Gruppen des ATC, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, alle übergeordneten Anwendungsbereiche von Arzneimitteln. Dabei sind von dem Rückgang vorrangig Arzneimittelgruppen betroffen, in denen bis 2003 ein relativ hoher Anteil von rezeptfrei erhältlichen Arzneimitteln vermutet werden kann, deren Kosten 2004 in der Regel nicht mehr von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet wurden und deren Umsatz insofern auch in den Daten der Kassen nicht mehr erfasst wird. Dies gilt beispielsweise bei Arzneimitteln zur Behandlung von Atemwegserkrankungen (Gruppe Respirationstrakt). Für eine weiter differenzierte Auswertung der Verordnungsdaten stellt sich damit die Frage, ob und in welchem Umfang Arzneimittel von einem Verordnungsrückgang betroffen sind, die definitiv rezeptpflichtig sind und damit zumindest grundsätzlich auch im Jahr 2004 nach entsprechenden ärztlichen Verordnungen in den Daten einer Krankenkasse erfasst worden sein sollten.

Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Männer

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004
Alimentäres System und Stoffwechsel	0,51	0,53	0,54	0,53	0,37
Blut und Blut bildende Organe	0,08	0,09	0,10	0,11	0,07
Kardiovaskuläres System	0,69	0,72	0,74	0,78	0,68
Dermatika	0,40	0,39	0,37	0,36	0,19
Urogenitales System und Sexualhormone	0,06	0,06	0,06	0,06	0,03
Systemische Hormonpräparate	0,14	0,14	0,15	0,15	0,14
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	0,45	0,41	0,41	0,43	0,41
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03
Muskel- und Skelettsystem	0,47	0,49	0,50	0,49	0,39
Nervensystem	0,47	0,46	0,46	0,46	0,33
Respirationstrakt	0,75	0,70	0,71	0,65	0,33
Sinnesorgane	0,20	0,19	0,18	0,16	0,11
Varia	0,05	0,03	0,04	0,02	0,02
gesamt	4,58	4,61	4,62	4,55	3,30

Tabelle 18 (Erwerbspersonen TK 2000-2004; Männer, stand)

Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Frauen

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004
Alimentäres System und Stoffwechsel	0,69	0,69	0,69	0,66	0,35
Blut und Blut bildende Organe	0,15	0,15	0,16	0,15	0,08
Kardiovaskuläres System	0,50	0,51	0,51	0,52	0,41
Dermatika	0,52	0,51	0,48	0,46	0,24
Urogenitales System und Sexualhormone	1,02	0,96	0,91	0,83	0,56
Systemische Hormonpräparate	0,40	0,40	0,41	0,43	0,36
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	0,66	0,62	0,62	0,62	0,61
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,07	0,07	0,07	0,06	0,05
Muskel- und Skelettsystem	0,52	0,54	0,56	0,54	0,42
Nervensystem	0,71	0,70	0,70	0,68	0,50
Respirationstrakt	1,02	0,96	0,97	0,89	0,40
Sinnesorgane	0,28	0,26	0,25	0,23	0,13
Varia	0,04	0,03	0,04	0,03	0,02
gesamt	7,04	6,97	6,87	6,59	4,36

Tabelle 19 (Erwerbspersonen TK 2000-2004; Frauen, stand)

Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Männer

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004
Alimentäres System und Stoffwechsel	15,3	16,8	17,8	18,7	16,2
Blut und Blut bildende Organe	4,6	5,6	6,0	6,6	4,1
Kardiovaskuläres System	47,9	52,6	56,2	62,4	60,8
Dermatika	9,8	9,6	9,2	8,5	4,7
Urogenitales System und Sexualhormone	3,3	3,4	3,4	3,5	2,0
Systemische Hormonpräparate	9,9	10,0	10,6	11,0	9,2
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	4,5	4,2	4,3	4,3	4,2
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9
Muskel- und Skelettsystem	10,2	10,5	10,7	10,9	9,3
Nervensystem	10,1	10,4	10,7	10,9	9,5
Respirationstrakt	18,0	15,7	17,2	16,1	11,2
Sinnesorgane	6,7	6,6	6,7	6,2	3,7
Varia	1,7	1,7	4,9	1,8	1,7
gesamt	143,2	148,7	159,4	162,4	137,7

Tabelle 20 (Erwerbspersonen TK 2000-2004; Männer, stand)

Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Frauen

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004
Alimentäres System und Stoffwechsel	16,8	17,1	17,4	17,6	11,4
Blut und Blut bildende Organe	5,5	5,7	6,2	5,8	2,9
Kardiovaskuläres System	27,6	29,3	30,5	33,2	30,5
Dermatika	11,6	11,5	11,0	10,3	5,3
Urogenitales System und Sexualhormone	57,8	53,5	50,5	45,9	32,4
Systemische Hormonpräparate	31,3	30,5	30,7	32,0	25,3
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	5,5	5,0	5,1	5,2	5,0
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	2,7	2,7	2,8	2,4	2,1
Muskel- und Skelettsystem	8,6	9,0	9,4	9,6	8,1
Nervensystem	14,1	14,5	14,8	15,0	12,7
Respirationstrakt	20,8	18,6	20,3	19,3	11,9
Sinnesorgane	9,7	9,6	9,5	8,7	3,7
Varia	1,9	1,9	4,0	2,2	2,0
gesamt	213,8	209,7	213,0	207,9	153,5

Tabelle 21 (Erwerbspersonen TK 2000-2004; Frauen, stand)

Trends bei ausgewählten Arzneimitteln

Eine Differenzierung zwischen Effekten der Gesundheitsreform (mit Wegfall der Erstattung von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln) und anderweitig bedingten Trends bei Arzneiverordnungen ist bei einer Fokussierung der Betrachtung auf einzelne Arzneimittel bzw. Arzneimittelgruppen möglich.

Antidepressiva

Zu den Antidepressiva zählen eine Reihe unterschiedlicher Substanzen. Verordnungsrelevant waren in den vergangenen Jahren neben nichtselektiven Monoamin-Wiederaufnahmehemmern, selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und einigen anderen Präparaten auch Johanniskrautextrakte. Von der Verordnung eines Antidepressivums waren innerhalb des Jahre 2003 mehr als 4% der Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK betroffen (vgl. auch Gesundheitsreport der TK aus dem Jahr 2004, S.126). Während die meisten Antidepressiva rezeptpflichtig sind, sind Johanniskrautextrakte wie viele andere pflanzliche Präparate i.d.R. rezeptfrei erhältlich und somit in der Erstattung durch die Krankenkassen ab 2004 regulär nicht mehr enthalten. Eine Ausnahme bilden gemäß einer seit 1. April 2004 gültigen Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses unter anderem Verordnungen von Johanniskrautpräparaten bei der Behandlung von "Mittelschweren Depressionen", für welche die verordneten Präparate allerdings auch entsprechend zugelassen sein müssen.

Bereits bei der Gegenüberstellung der täglich bei Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK verordneten Präparate offenbaren sich von 2000 bis 2004 recht unterschiedliche Trends, sofern die Entwicklung bei pflanzlichen Präparaten dem Trend hinsichtlich aller übrigen Substanzen gegenübergestellt wird (vgl. Abbildung 14 und Abbildung 15). Die Verordnungszahlen bei nicht pflanzlichen Mitteln sind insbesondere in den zurückliegenden Jahren gestiegen und auch im Jahr 2004 keinesfalls gesunken. Demgegenüber ist im Hinblick auf pflanzliche Präparate bereits in den zurückliegenden Jahren ein stetiger Rückgang der Verordnungen zu beobachten. Im Zuge der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ab Jahresbeginn 2004 zeigt sich schließlich ein drastischer Einbruch der erfassten Verordnungen. In welchem Umfang entsprechende pflanzliche Präparate ab 2004 von den Versicherten selbst erworben und finanziert wurden, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht ermitteln.

Absolute Anzahl verordneter Antidepressiva – ohne pflanzliche Präparate (je Tag 2000 bis 2004)

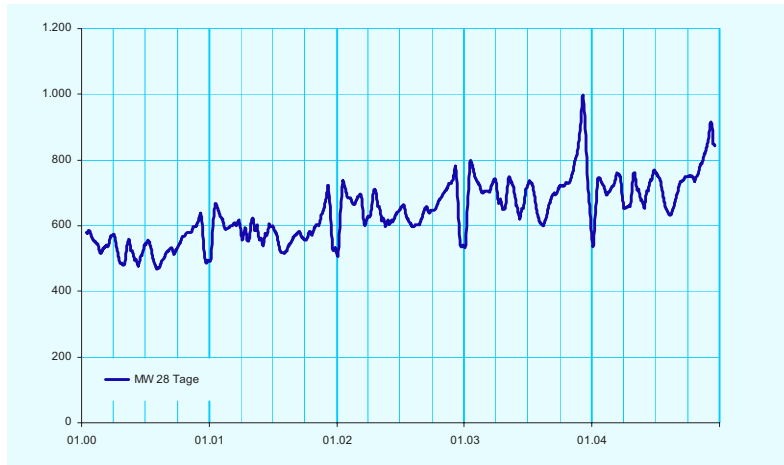


Abbildung 14 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; absolute Zahl der täglich verordneten Präparate; dargestellt sind jeweils korrigierte Mittelwerte der Verordnungszahlen über 28 Tage)

Absolute Anzahl verordneter pflanzlicher Antidepressiva (Präparate je Tag 2000 bis 2004)

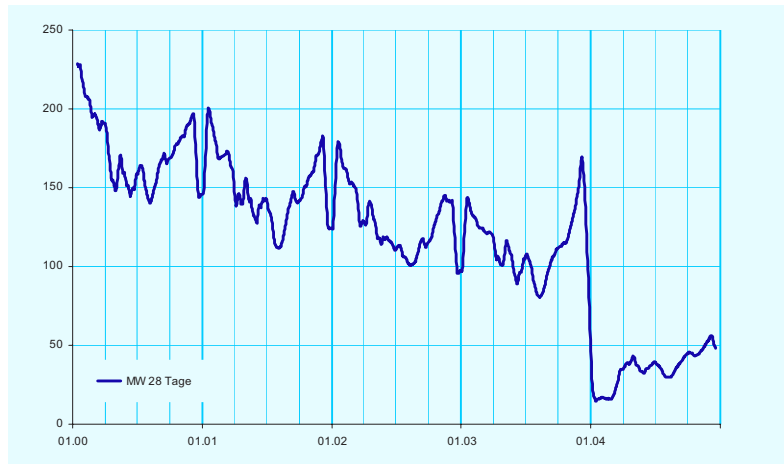


Abbildung 15 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; absolute Zahl der täglich verordneten Präparate; dargestellt sind jeweils korrigierte Mittelwerte der Verordnungszahlen über 28 Tage)

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Entwicklung des Verordnungsvolumens der Antidepressiva differenziert nach Präparatgruppen bei Erwerbspersonen. Dargestellt werden die Ergebnisse zu verordneten Tagesdosen je Versicherungsjahr in den Kalenderjahren 2000 bis 2004 (als gestapelte Flächen). Zugehörige Zahlenangaben sind der Tabelle 22 zu entnehmen.

Zwei der sechs Präparatgruppen (ATC-Kode N06AF, N06AG) haben in allen Jahren nur einen geringen Einfluss auf das Verordnungsvolumen. In nahezu gleichbleibendem und bedeutsamen Umfang wurden in den letzten Jahren nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer verordnet (N06AA). Eine kontinuierliche Steigerung des Verordnungsvolumens zeigt sich zwischen 2000 und 2004 im Hinblick "Andere Antidepressiva" (N06AX – zumeist neuere Substanzen) sowie insbesondere bei selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (N06AB).

Antidepressiva: Tagesdosen je VJ nach Präparatgruppen

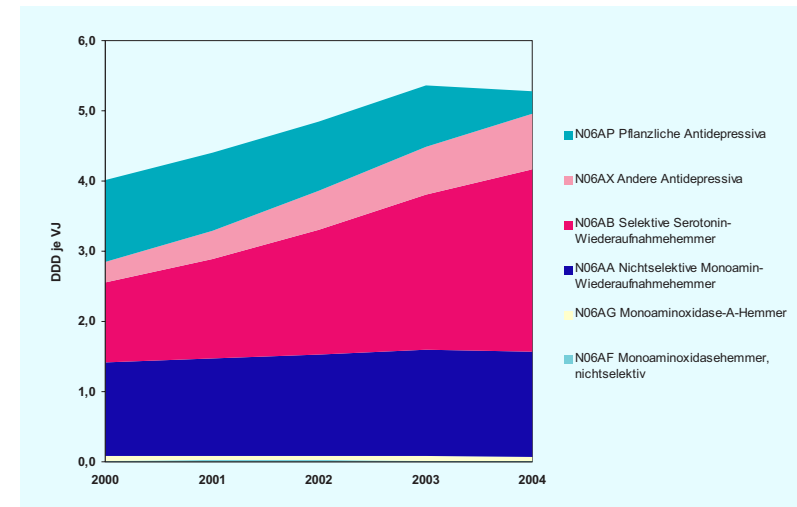


Abbildung 16 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) nach Präparatgruppen auf 5stelliger ATC-Ebene; Darstellung als gestapelte Flächen)

Pflanzliche Antidepressiva zeigen auch in dieser Darstellung bereits von 2000 bis 2003 eine rückläufige Bedeutung hinsichtlich des rezeptierten Verordnungsvolumens. Für 2004 zeigen sich erheblich reduzierte Verord-

nungszahlen bei pflanzlichen Antidepressiva, aus denen letztendlich ein leichter Gesamtverordnungsrückgang bei Antidepressiva von 5,36 Tagesdosen je Versicherungsjahr in 2003 auf durchschnittlich 5,27 Tagesdosen je Erwerbsperson in 2004 resultiert. Beschränkt man die Betrachtung auf nicht-pflanzliche Präparate, zeigen sich jedoch auch für 2004 erneut angestiegene Verordnungszahlen (vgl. Tabelle 22, letzte Zeile). Das Verordnungsvolumen an nicht pflanzlichen Antidepressiva stieg im Gesamtbeobachtungszeitraum von 2,84 Tagesdosen je Versicherungsjahr in 2000 auf 4,95 Tagesdosen im Jahr 2004.

Antidepressiva: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen

ATC	Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004
N06AA	Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer	1,34	1,39	1,45	1,51	1,49
N06AB	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	1,13	1,41	1,78	2,21	2,60
N06AF	Monoaminoxidasehemmer, nichtselektiv	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02
N06AG	Monoaminoxidase-A-Hemmer	0,06	0,05	0,05	0,06	0,06
N06AP	Pflanzliche Antidepressiva	1,17	1,11	0,99	0,88	0,32
N06AX	Andere Antidepressiva	0,29	0,41	0,56	0,67	0,78
N06A	gesamt	4,02	4,40	4,85	5,36	5,27
	ohne pflanzliche Präparate	2,84	3,29	3,86	4,48	4,95

Tabelle 22 (Erwerbspersonen TK, stand.; Tagesdosen je Versicherungsjahr – DDD je VJ)

Auch der Anteil der Erwerbspersonen, der innerhalb eines Jahres von der Verordnung eines nicht pflanzlichen Antidepressivums betroffen war, ist seit 2000 kontinuierlich gestiegen. Während im Jahr 2000 lediglich 2,6% aller Erwerbspersonen mindestens einmalig ein Antidepressivum verordnet bekamen, waren es nach altersstandardisierten Auswertungen im Jahr 2004 insgesamt 3,4% aller Erwerbspersonen, also etwa jede dreißigste Erwerbsperson. In Einklang zu den Ergebnissen bei Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit waren Arbeitslose erheblich häufiger von einer Antidepressiva-Verordnung betroffen. Von ihnen erhielten 5,7% im Jahr 2004 mindestens einmalig ein entsprechendes Medikament, unter den Berufstätigen waren hingegen nur 3,2% von einer entsprechenden Verordnung betroffen. Die Behandlungsquote unter Arbeitslosen lag damit im Vergleich um 77% bzw. den Faktor 1,77 höher als die unter Berufstätigen (vgl. Abbildung 17).

Anteil Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung in den Jahren 2000 bis 2004 nach Berufsstatus (ohne pflanz. Präparate)



Abbildung 17 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Antidepressivums im Kalenderjahr, ohne Berücksichtigung von pflanzlichen Präparaten; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr, nach Berufsstatus am 1. Januar des jeweiligen Jahres)

Während die Krankschreibungszeiten unter Berufstätigen in den letzten Jahren insgesamt merklich abgenommen haben und auch Krankschreibungszeiten wegen psychischer Störungen unter den noch berufstätigen Erwerbspersonen seit dem Jahr 2002 keine wesentlichen Veränderungen zeigen, ist der Anteil der antidepressiv behandelten Berufstätigen nach den hier vorliegenden Auswertungen seit 2002 wie auch in den Jahren zuvor kontinuierlich gestiegen. Die Befunde können auf eine erhöhte Belastung am Arbeitsplatz hindeuten, sofern rückläufige Fehlzeiten als eine Reaktion auf eine zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit interpretiert werden.

Die Behandlungsraten mit Antidepressiva variieren sowohl mit dem Berufsstatus als auch mit dem Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 18 sowie Tabelle 23 mit Zahlenangaben). Berufstätige Frauen sind in allen Altersgruppen etwa doppelt so häufig wie berufstätige Männer

von der Verordnung eines Antidepressivums betroffen. Der Altersgipfel der Verordnungsraten liegt bei Erwerbspersonen in der Altersgruppe der 55 bis unter 60-Jährigen. Berufstätige nach Vollendung des 60. Lebensjahres weisen im Vergleich zur vorgenannten Gruppe etwas geringere Behandlungsraten auf. Die Gruppe der 60 bis unter 65-Jährigen bildet zudem die einzige Altersgruppe, in der Berufstätige und Arbeitslose weitgehend identische Behandlungsraten mit Antidepressiva aufweisen. Erklärungen hierfür können zum einen Selektionseffekte liefern (durch eine vorzeitige Berentung von erkrankten und gleichzeitig arbeitslosen Erwerbspersonen in dieser Altersgruppe). Zum anderen dürfte eine Arbeitslosigkeit nach dem 60. Lebensjahr i.d.R. bislang in geringerem Umfang mit existentiellen materiellen Nöten sowie mit einer auch sonst geringeren psychischen Belastung bzw. Stigmatisierung verbunden sein, da in entsprechenden Altersgruppen ein überwiegender Teil der Bevölkerung in Deutschland ohnehin nicht mehr berufstätig ist.

Anteil Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung (ohne pflanz. Präparate) nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht 2004

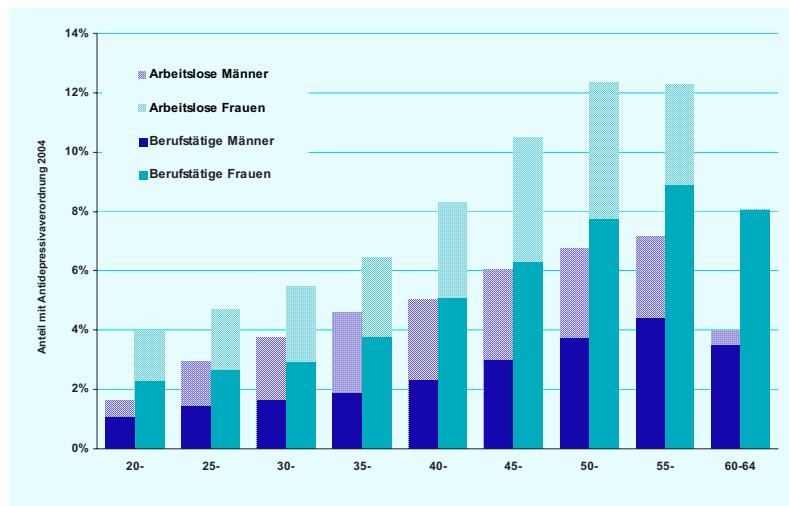


Abbildung 18 (Erwerbspersonen TK 2004; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Antidepressivums im Kalenderjahr, ohne Berücksichtigung von pflanzlichen Präparaten; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr, nach Berufsstatus am 1. Januar 2004)

Anteil Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung (ohne pflanz. Präparate) nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht 2004

Alter	Männer		Frauen	
	berufstätig	arbeitslos	berufstätig	arbeitslos
15-	0,5%	0,7%*	1,3%	3,2%*
20-	1,1%	1,6%	2,3%	4,0%
25-	1,4%	2,9%	2,6%	4,7%
30-	1,6%	3,7%	2,9%	5,5%
35-	1,9%	4,6%	3,8%	6,5%
40-	2,3%	5,0%	5,1%	8,3%
45-	3,0%	6,0%	6,3%	10,5%
50-	3,7%	6,7%	7,7%	12,4%
55-	4,4%	7,2%	8,9%	12,3%
60 - 64	3,5%	4,0%	8,1%	8,1%

Tabelle 23 (Erwerbspersonen TK 2004; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Antidepressivums im Kalenderjahr, ohne Berücksichtigung von pflanzlichen Präparaten; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr, nach Berufsstatus am 1. Januar 2004; *aufgrund der geringen Zahl von arbeitslosen Mitgliedern im Alter <20 Jahre in der Abbildung nicht dargestellt)

Hormonersatztherapie

Sexualhormone spielen bei Medikamentenverordnungen unter Frauen im Erwerbspersonalter eine maßgebliche Rolle. Ein erheblicher Teil dieser Verordnungen entfällt auf Östrogen-Präparate sowie Östrogene in Kombination mit Gestagenen, die – unter dem Stichwort Hormonersatztherapie – zur Behandlung von Beschwerden im Zusammenhang mit den Wechseljahren eingesetzt werden. Neben Einflüssen auf subjektive Beschwerden waren für entsprechende Hormon-Therapien auch protektive Effekte hinsichtlich des Osteoporoserisikos sowie hinsichtlich des kardiovaskulären Erkrankungsrisikos angenommen worden. Spätestens seit der Veröffentlichung von Ergebnissen einer randomisierten kontrollierten Studie im Jahr 2002 zu längerfristigen Auswirkungen einer Östrogen-Gestagen-Gabe bei postmenopausalen Frauen werden präventive Effekte einer entsprechenden Therapie allerdings stark in Zweifel gezogen¹.

Estrogene sowie Estrogene in Kombination mit Gestagenen: Tagesdosen je VJ nach Präparatgruppen bei Frauen

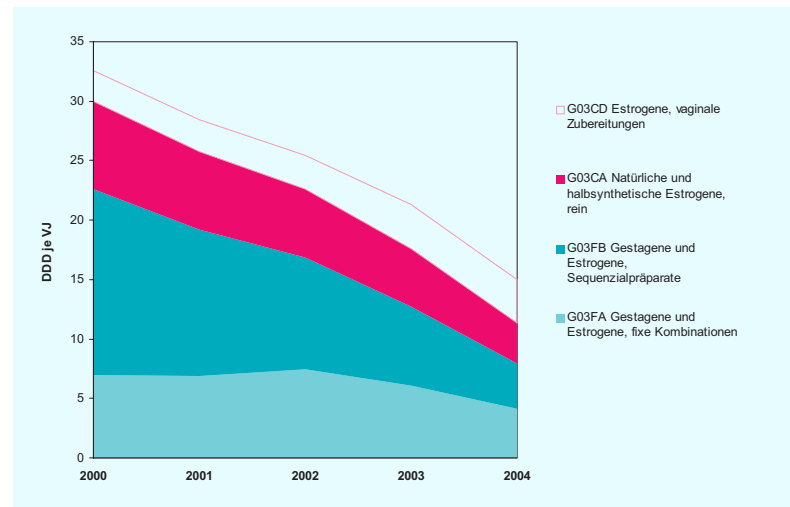


Abbildung 19 (Weibliche Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) nach Präparatgruppen auf 5stelliger ATC-Ebene; Darstellung als gestapelte Flächen)

¹ Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. *JAMA*. 2002;288:321-333

In der zitierten Studie wurde im Widerspruch zu den Erwartungen ein erhöhtes kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko von Frauen mit Hormontherapie im Vergleich zu einer Placebo-behandelten Gruppe festgestellt, zugleich fand sich ein erhöhtes Brustkrebsrisiko bei behandelten Frauen. Diese nachgewiesenen negativen Auswirkungen führten zur Einschätzung der Autoren, dass das untersuchte Östrogen-Gestagen-Präparat trotz einiger anderer positiver Effekte, u.a. im Hinblick auf das Frakturrisiko, für einen längerfristigen präventiven Einsatz nicht geeignet ist.

Vor diesem Hintergrund ist die in Abbildung 19 und Abbildung 20 dargestellte Entwicklung des Verordnungsvolumens in den Jahren 2000 bis 2004 positiv zu bewerten. Innerhalb dieser Jahre sank nach altersstandardisierter Auswertungen das Verordnungsvolumen an Östrogenen sowie Östrogen-Gestagen-Präparaten (ohne Kontrazeptiva) von insgesamt 32,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr in 2000 auf 15,0 Tagesdosen je Versicherungsjahr in 2004. Der Rückgang ist noch deutlicher, wenn bei der Betrachtung ausschließlich lokal verabreichte Östrogen-Präparate ausgeklammert werden, die nach der verstärkten Kritik an der systemisch verabreichten Hormontherapie in den Jahren 2003 und 2004 vermehrt verordnet wurden (vgl. Abbildung 20 sowie Tabelle 24). Die Verordnung von systemisch verabreichten Östrogenen, überwiegend in Kombination mit Gestagenen, sank um 62% von 30,0 DDD je VJ in 2000 auf 11,4 DDD je VJ in 2004. Allein zwischen 2002 und 2004 hat sich das Verordnungsvolumen nahezu halbiert (von 22,6 auf 11,4 DDD je VJ).

Estrogene sowie Estrogene in Kombination mit Gestagenen: Tagesdosen je VJ nach Präparatgruppen

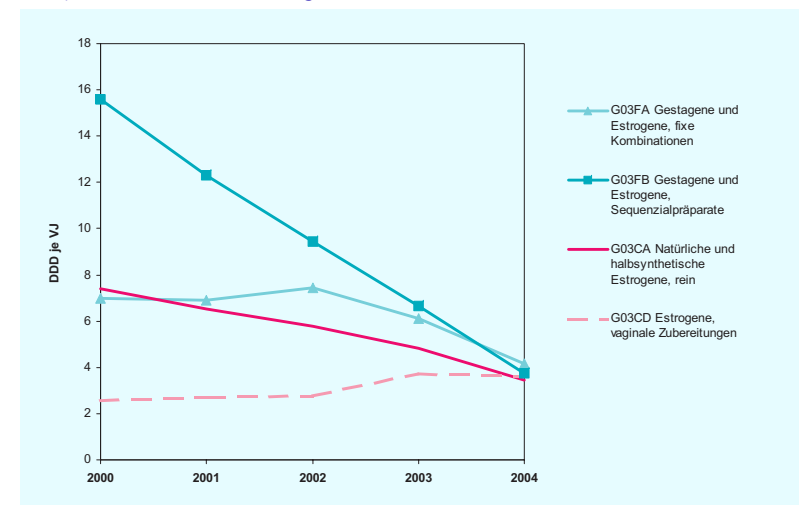


Abbildung 20 (Weibliche Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) nach Präparategruppen auf 5stelliger ATC-Ebene)

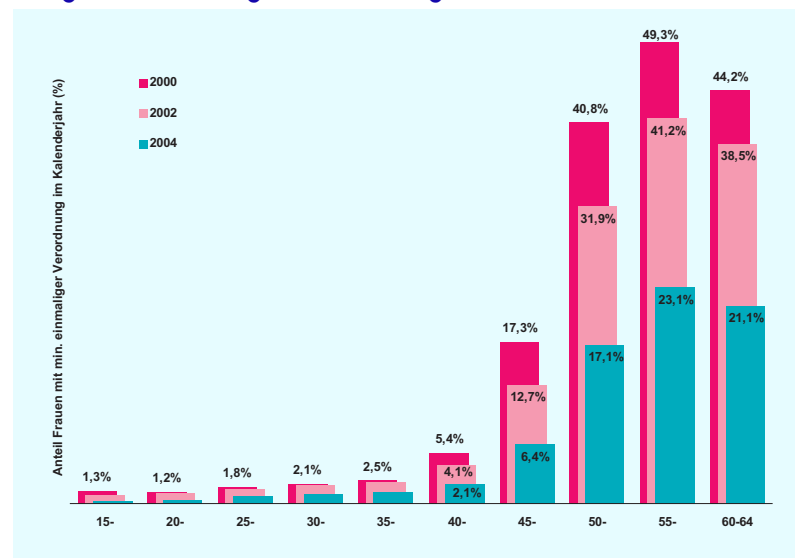
Estrogene sowie Estrogene in Kombination mit Gestagenen: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen

ATC	Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004
G03CA	Natürliche und halbsynthetische Estrogene, rein	7,4	6,5	5,8	4,8	3,5
G03CD	Estrogene, vaginale Zubereitungen	2,6	2,7	2,8	3,7	3,6
G03FA	Gestagene und Estrogene, fixe Kombinationen	7,0	6,9	7,4	6,1	4,1
G03FB	Gestagene und Estrogene, Sequenzialpräparate	15,6	12,3	9,5	6,6	3,8
G03C, G03F	Estrogene, ggf. in Kombination mit Gestagenen gesamt	32,6	28,4	25,4	21,3	15,0
	ohne vaginale Zubereitung	30,0	25,7	22,6	17,6	11,4

Tabelle 24 (Weibliche Erwerbspersonen TK, stand.; Tagesdosen je Versicherungsjahr – DDD je VJ)

Auch der Anteil der Frauen, der innerhalb eines Jahres mindestens einmalig eine Verordnung eines Hormonpräparates im zuvor genannten Sinne in einer Apotheke einlöste, sank von 2000 bis 2004 erheblich, wobei der bedeutsamere Teil dieses Rückgangs von 2002 auf 2004 stattgefunden hat. Abbildung 21 gibt einen Überblick zu altersspezifischen Behandlungsquoten in den Jahren 2000, 2002 sowie 2004.

Estrogene sowie Estrogene und Gestagenen in Kombination:



Anteil Frauen mit Verordnung innerhalb des Kalenderjahres

Abbildung 21 (Weibliche Erwerbspersonen TK 2000, 2002 und 2004 nach Altersgruppen; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Präparates im Kalenderjahr, ohne Berücksichtigung von Kontrazeptiva sowie ohne vaginal angewendete Präparate; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr)

Während in der am stärksten betroffenen Altersgruppe der 55 bis unter 60-Jährigen im Jahr 2000 mit 49,3% noch nahezu die Hälfte aller Frauen innerhalb des Jahres ein entsprechendes Präparat erhielten, waren es im Jahr 2004 in der selben Altersgruppe mit 23,1% nur noch weniger als ein Viertel der Frauen. Auch in den übrigen Altersgruppen sank der Anteil der behandelten Frauen bis 2004 gemessen an der Behandlungsquote im Jahr 2000 um mehr als die Hälfte.

Lipidsenker

Erhöhte Blutfettwerte sind mit einem erhöhten Risiko für unterschiedliche Herz-Kreislaufkrankungen assoziiert. Bestrebungen zur Senkung der Blutfettwerte zielen in erster Linie auf eine Senkung des kardiovaskulären Erkrankungsrisikos und sind damit allgemein als präventive Maßnahmen zu bezeichnen. Ursachen für erhöhte Blutfettwerte sind vorrangig in der Lebensführung zu suchen (Ernährung, Bewegungsmangel mit der Folge von Übergewicht), Fettstoffwechselstörungen im Sinne primärer Erkrankungen spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Insofern sollten Ansätze zur Modifikation von Verhaltensweisen nahezu in allen Fällen einen ersten Schritt nach Feststellung erhöhter Blutfettwerte darstellen. Eine an sich zunächst sekundäre Behandlungsoption nach der Feststellung erhöhter Blutfettwerte besteht in der Verordnung von Lipidsenkern. Abbildung 22 zeigt die Entwicklung des Verordnungsvolumens von Lipidsenkern in Tagesdosen je Versicherungsjahr bei Erwerbspersonen zwischen 2000 und 2004.

Lipidsenker: Tagesdosen je VJ nach Geschlecht 2000 - 2004

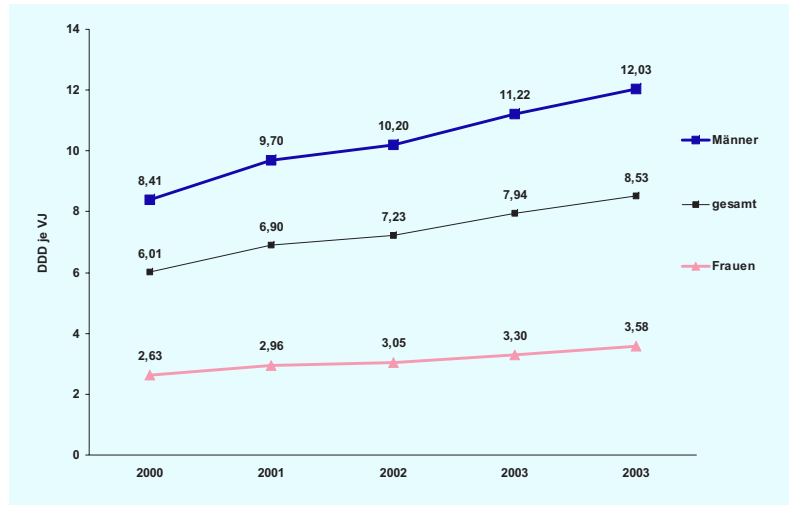


Abbildung 22 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; stand.; Verordnungsvolumen (DDD je VJ) nach Geschlecht)

Männer erhielten in allen Jahren gut dreifach höhere Verordnungsmengen als Frauen. Bei beiden Geschlechtern stieg das Verordnungsvolumen im Beobachtungszeitraum stetig. Der zwischenzeitlich etwas abgeschwächte Anstieg zwischen 2001 und 2002 wird durch die Marktrücknahme des Präparates Lipobay® (Substanznahme Cerivastatin) im August 2001 erklärlich. Die nachfolgende Zunahme des Verordnungsvolumens dürfte durch den Ablauf des Patentschutzes für Simvastatin im Mai 2003 begünstigt worden sein (Handelsname des Originalpräparates: Zocor®). Simvastatin entwickelte sich bis 2004 unter Erwerbspersonen in der TK, noch vor dem bisherigen Marktführer Atorvastatin (Handelsname Sortis®), zu dem am häufigsten verordneten Lipidsenker. Insbesondere unter männlichen Erwerbspersonen entfiel damit 2004 bei durchschnittlich 12,0 Tagesdosen je Versicherungsjahr mit 8,7% ein erheblicher Anteil des gesamten Arzneiverordnungsvolumens (137,7 DDD je VJ) auf Lipidsenker. Die 3,58 Tagesdosen Lipidsenker je Versicherungsjahr bei Frauen entsprechen einem Anteil von lediglich 2,3%.

Anteil Männer mit Lipidsenker-Verordnung im Kalenderjahr

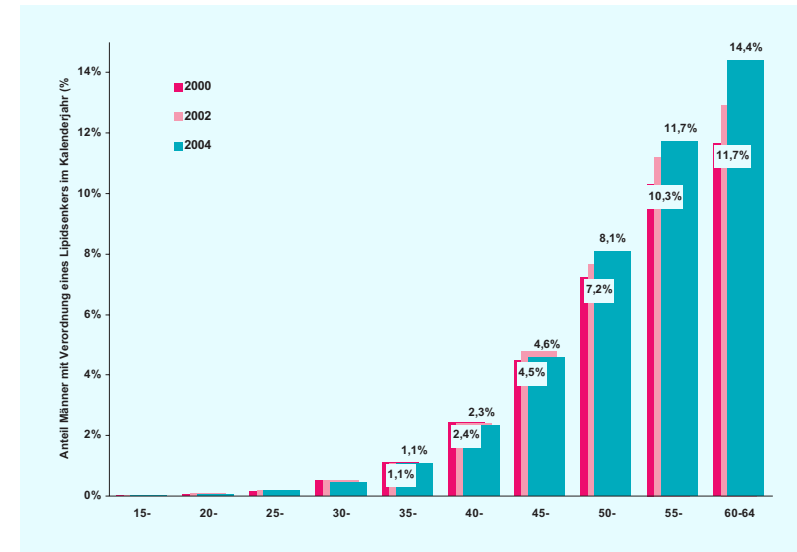


Abbildung 23 (Männliche Erwerbspersonen TK 2000, 2002 und 2004 nach Altersgruppen; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Lipidsenkers im Kalenderjahr; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr)

Verordnungen von Lipidsenkern variieren erwartungsgemäß erheblich mit dem Alter. Abbildung 23 und Abbildung 24 zeigen die Anteile von Erwerbspersonen mit mindestens einmaliger Verordnung eines Lipidsenkers in den Jahren 2000, 2002 sowie 2004 in Altersgruppen unter Männern bzw. Frauen. Während Behandlungsraten mit Lipidsenkern in den jüngeren Altersgruppen bei unter 1% liegen, steigen sie vor Eintritt in das Rentenalter bei Männern auf über 10% und lagen 2004 auch bei Frauen in der Altersgruppe der 60 bis unter 65-Jährigen bei immerhin 8,5%. Relativ starke Anstiege der Behandlungsraten sind seit dem Jahr 2000 insbesondere in den oberen Altersgruppen unter Männern zu beobachten. Von den 60 bis unter 65-Jährigen wurden 2004 14,4% mit einem Lipidsenker behandelt, im Jahr 2000 waren es erst 11,7% der Männer dieser Altersgruppe mit einer entsprechenden Behandlung.

Anteil Frauen mit Lipidsenker-Verordnung im Kalenderjahr

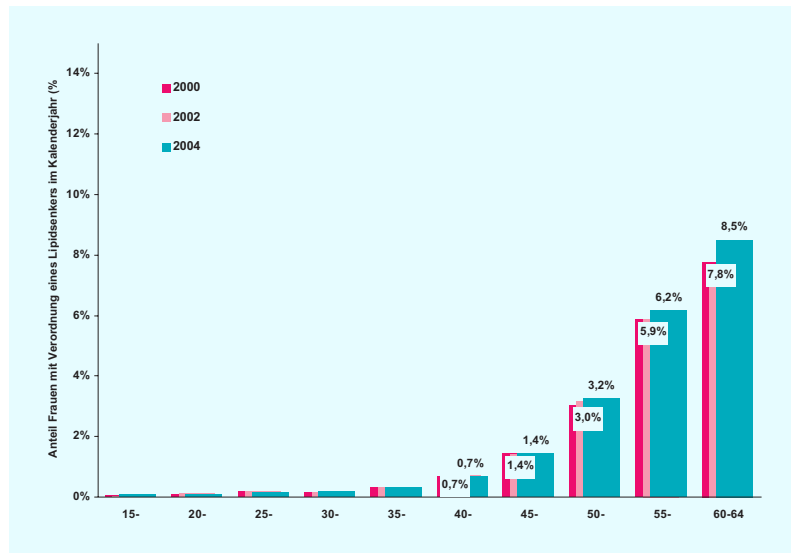


Abbildung 24 (Weibliche Erwerbspersonen TK 2000, 2002 und 2004 nach Altersgruppen; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Lipidsenkers im Kalenderjahr; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr)

Coxibe

Coxibe bilden eine Wirkstoffklasse und sind vom Wirkmechanismus als selektive Cyclooxygenase-2-Inhibitoren zu bezeichnen. Prominenteste Vertreter dieser Wirkstoffklasse sind die Substanzen Rofecoxib (VIOXX[®]) sowie Valdecoxib (Bextra[®]). Sie werden bzw. wurden vorrangig zur Behandlung rheumatisch-entzündlicher Beschwerden eingesetzt und besitzen dabei eine starke entzündungshemmende Wirkung. Im Vergleich zu anderen entzündungshemmenden Substanzen zeigten sich bei der Behandlung mit Coxiben wie Rofecoxib geringere gastrointestinale Nebenwirkungen, was maßgeblich zur Beliebtheit dieser noch relativ neuen Wirkstoffklasse beigetragen haben dürfte.

Ende September 2004 wurde VIOXX[®] in Deutschland vom Markt genommen (Hersteller MSD). Auslöser der Rücknahme waren Ergebnisse der APPROVe-Studie (Adenomatous Polyp Prevention on VIOXX[®] Studie), bei der eine Zunahme kardiovaskulärer Erkrankungen nach 18-monatiger Behandlung mit Rofecoxib beobachtet worden war. Die Rücknahme führte zu einer kritischen Diskussion auch im Hinblick auf andere Coxibe. Am 8. April 2005 wurde schließlich durch den Pharmakonzern Pfizer auch das Präparat Bextra[®] vom Markt genommen.

Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse sollen Hintergrundinformationen zur Anwendungshäufigkeit von Coxiben bei Erwerbspersonen in Deutschland liefern.

Entwicklung der Verordnungszahlen 2000 bis 2004

Auswertungen von Daten ab dem Jahresbeginn 2000 zeigen eine stetige Zunahme der Verordnungszahlen im Hinblick auf Coxibe bis September 2004, also bis zur offiziellen Marktrücknahme von VIOXX[®] durch den Hersteller MSD. Während zu Beginn des Jahres 2000 bei den ca. 2,4 Mio. Erwerbspersonen der TK täglich etwa 50 Verordnungen von Coxiben registriert wurden, wurden kurz vor der Marktrücknahme durchschnittlich etwa 250 Präparate täglich rezeptiert bzw. von den betroffenen Versicherten aus den Apotheken bezogen.

Absolute Anzahl verordneter Coxib-Präparate bei Erwerbspersonen in der TK je Tag 2000 bis 2004

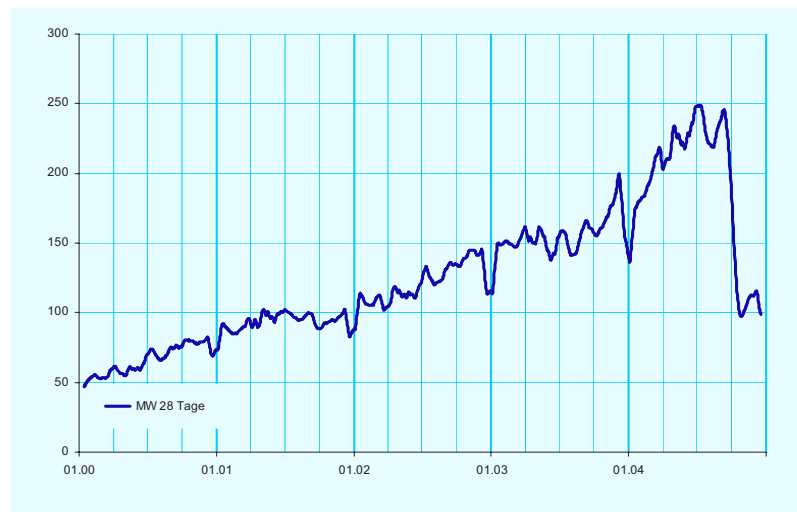


Abbildung 25 (Erwerbspersonen TK 2000 – 2004; absolute Zahl der täglich verordneten Präparate; dargestellt sind jeweils korrigierte Mittelwerte der Verordnungszahlen über 28 Tage)

Durch die Marktrücknahme von VIOXX[®] reduzierte sich der Gesamtumsatz mit Coxiben (gemessen an der Zahl verordneter Präparate) Ende 2004 auf weniger als die Hälfte des genannten Maximalwertes. So wurden im letzten Quartal 2004 täglich durchschnittlich nur noch ca. 100 entsprechende Verordnungen eingelöst. Während VIOXX[®] bis zur Marktrücknahme die Verordnungen von Coxiben eindeutig dominiert hatte (im 3. Quartal 2004 entfielen 67% der verordneten Coxib-Präparate auf VIOXX[®]), verteilten sich die Coxib-Verordnungen im 4. Quartal vorrangig auf Celecoxib (Celebrex[®], 32%) sowie insbesondere auf Valdecoxib (Bextra[®], 53%).

VIOXX-Verordnungen wurden im Einklang mit der Marktrücknahme in den Daten zum 4. Quartal quasi nicht mehr erfasst. Eine gewisse Bedeutung erlangte im 4. Quartal neben den bereits genannten Präparaten das erst im September 2004 eingeführte und ebenfalls zu den Coxib-Präparaten zählende Etoricoxib (Arcoxia[®]), welches in den vorliegenden Daten in Bezug auf das vierte Quartal 2004 einen Marktanteil von 14% erreichte.

Coxibe-Verordnungen bei Erwerbspersonen 2000 bis 2004

		2000	2001	2002	2003	2004
gesamt	Präparate je 100VJ	0,99	1,40	1,78	2,24	2,57
	DDD je 100VJ	39,9	63,8	81,1	102,4	89,0
..darunter Rofecoxib	Präparate je 100VJ	0,84	0,97	1,26	1,77	1,48
	DDD je 100VJ	35,7	49,9	63,7	85,6	36,2
Männer	Präparate je 100VJ	0,79	1,13	1,48	1,86	2,13
	DDD je 100VJ	33,1	53,0	68,0	86,0	72,3
..darunter Rofecoxib	Präparate je 100VJ	0,68	0,79	1,05	1,48	1,25
	DDD je 100VJ	29,8	41,8	53,7	72,6	30,6
Frauen	Präparate je 100VJ	1,26	1,78	2,22	2,78	3,19
	DDD je 100VJ	49,5	79,0	99,7	125,5	112,6
..darunter Rofecoxib	Präparate je 100VJ	1,07	1,22	1,57	2,18	1,80
	DDD je 100VJ	44,0	61,4	77,9	103,9	44,1

Tabelle 25 (stand.)

Tabelle 25 gibt einen ersten Überblick zu populationsbezogenen Verordnungsmengen von Coxib-Präparaten (alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse zu Erwerbspersonen). Bei der jahresbezogenen Auswertung finden sich die höchsten Verordnungswerte im Kalenderjahr 2003. Je 100 Erwerbspersonen wurden innerhalb dieses Kalenderjahres durchschnittlich etwas mehr als zwei Packungen eines Coxib-Präparates mit insgesamt gut 100 Tagesdosen der entsprechenden Substanz verordnet, wobei der weit überwiegende Teil der Verordnungen auf VIOXX[®] entfiel (1,77 Präparate mit 85,6 Tagesdosen je 100 Versicherungsjahre). Coxibe erreichten als Wirkstoffklasse auf der 5stelligen Klassifikationsebene des ATC-Index unter mehr als 700 differenzierten und verordneten Arzneimittelgruppen damit 2003 den Rang 40 hinsichtlich des Verordnungsvolumens in definierten Tagesdosen. Das Verordnungsvolumen unter Frauen lag etwa 50% über dem bei Männern.

Anteile betroffener Erwerbspersonen

Die vermutlich interessanteste Frage, die sich im Zusammenhang mit Verordnungen von Coxib-Präparaten auf der Basis von Arzneimitteldaten einer Krankenkasse kurzfristig beantworten lässt, ist die nach den von einer entsprechenden Medikation betroffenen Bevölkerungsanteilen in den zurückliegenden Jahren.

Berechnet wurden für die beiden nachfolgenden Darstellungen zu den Jahren 2003 und 2004 die Anteile der Erwerbspersonen in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen, die innerhalb des jeweiligen Jahres mindestens einmalig ein beliebiges Coxib-Präparat verordnet bekamen. Die Anteile der Erwerbspersonen mit einer VIOXX[®]-Verordnung werden separat ausgewiesen². Die den beiden Abbildungen zugrundeliegenden Zahlen sind gesondert auch in Tabellen aufgeführt.

Offensichtlich werden in den Abbildungen sowohl die Altersabhängigkeit der Verordnungsraten als auch die durchgängig höheren Verordnungsraten bei Frauen. Während 2003 die mit Coxiben behandelten Erwerbspersonen weit überwiegend VIOXX[®]-Verordnungen erhielten, spielten 2004 andere Präparate eine zunehmend relevante Rolle. Trotz der Marktrücknahme von VIOXX[®] zu Jahresende findet sich für das Jahr 2004 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt eine merklich höheren Behandlungsquote mit Coxiben.

Insbesondere in den oberen Altersgruppen lagen die Behandlungsquoten ausgesprochen hoch. Im Jahr 2004 erhielten nach den vorliegenden Berechnungen in der Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen 2,9% aller männlichen und 5,3% aller weiblichen Erwerbspersonen mindestens einmalig ein Coxib-Präparat. Die Anteile der mit VIOXX[®] behandelten Erwerbspersonen lagen 2004 in dieser Altersgruppe bei 1,84% unter Männern bzw. 3,37% unter Frauen (vgl. auch Tabelle 27).

² Basis für die Berechnungen bildeten jeweils alle Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft am ersten Januar des betreffenden Jahres, die für mehr als 182 Tage innerhalb des selben Jahres als Versicherte bei der TK gemeldet waren.

Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2003

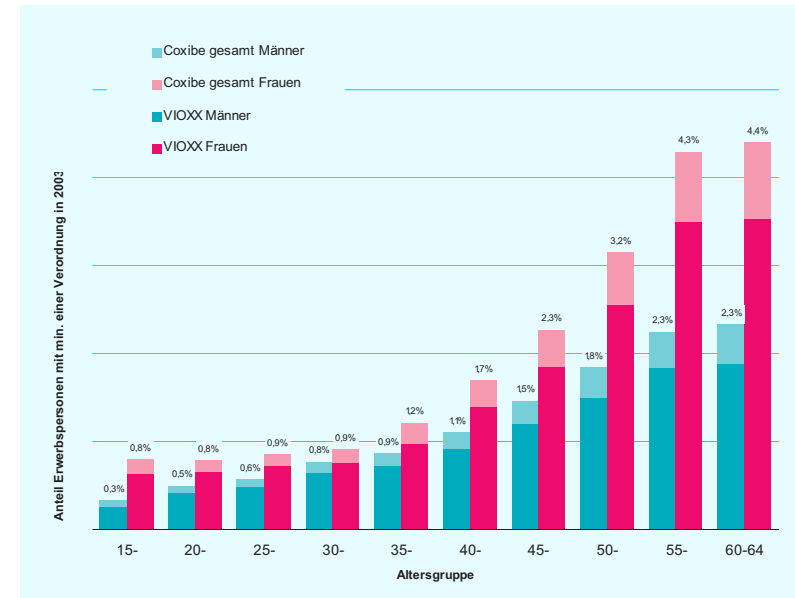


Abbildung 26 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK am 1. Januar 2003)

Aus den Daten ergeben sich in absoluten Zahlen recht große Personenkreise, die in 2004 von einer Coxib-Verordnung betroffen waren. Bereits ausschließlich in Bezug auf die 2,3 Mio. Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 bis unter 65 Jahre mit Versicherung in der TK zu Beginn des Jahres 2004 lassen sich 41 Tsd. Personen mit mindestens einer entsprechenden Verordnung identifizieren, darunter 26 Tsd. Personen, welche in 2004 definitiv VIOXX[®] verordnet bekamen.

Geht man vereinfachend und vermutlich eher konservativ von der Annahme aus, dass Nicht-Erwerbspersonen in entsprechenden Altersgruppen in Deutschland etwa zu vergleichbaren Anteilen mit Coxiben behandelt werden wie die hier ausschließlich betrachteten Erwerbspersonen, lassen sich aus den hier präsentierten Ergebnisse auch die bundesweiten Patientenzahlen mit Coxib-Behandlung im Alter zwischen 15 bis unter 65 Jahre abschätzen.

Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2004

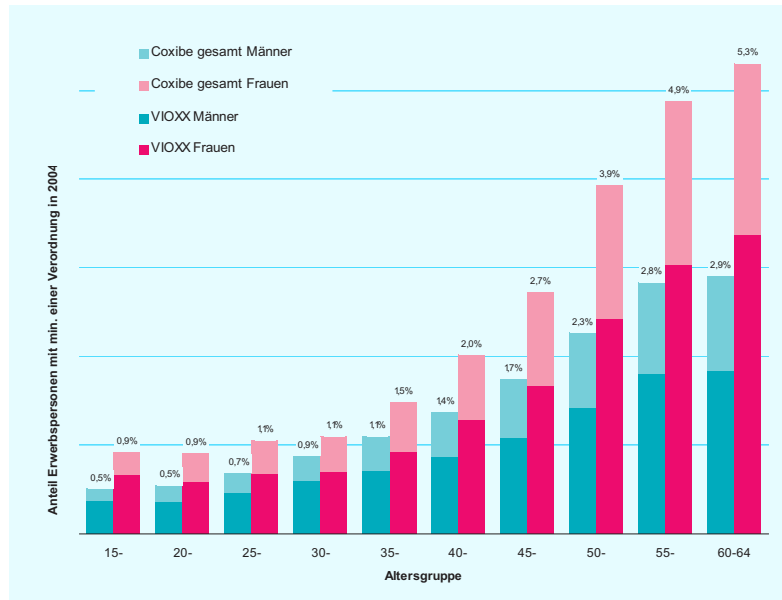


Abbildung 27 (Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK am 1. Januar 2004)

Die Bevölkerung in Deutschland umfasste in den Altersgruppen von 15 bis unter 65 Jahre am 31.12.2003 nach Fortschreibungen des Statistischen Bundesamtes 55,5 Mio. Personen. Unter Zugrundelegung der hier dargestellten Behandlungsraten in einzelnen Altersgruppen dürften von den 55,5 Mio. Personen in Deutschland im Jahre 2004 insgesamt 1.077 Tsd. Personen mindestens einmalig mit einem Coxib behandelt worden sein (vgl. Tabelle 28). Darunter dürften sich nach entsprechenden Schätzungen 680 Tsd. Personen befinden, die mindestens einmalig in 2004 mit VIOXX® behandelt wurden. Eine Berücksichtigung von Versicherten bzw. Bevölkerungsgruppen nach Vollendung des 65. Lebensjahres dürfte noch zur Ermittlung erheblich höheren Zahlen betroffener Personen in Deutschland führen, genauere Angaben sind jedoch auf Basis der hier durchgeführten Berechnungen nicht möglich.

Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2003

Altersgruppe	Coxibe gesamt	Männer VIOXX®	Coxibe gesamt	Frauen VIOXX®
15-	0,34%	0,26%	0,79%	0,63%
20-	0,50%	0,42%	0,79%	0,66%
25-	0,57%	0,49%	0,86%	0,72%
30-	0,77%	0,65%	0,92%	0,77%
35-	0,87%	0,72%	1,21%	0,98%
40-	1,10%	0,92%	1,71%	1,39%
45-	1,47%	1,20%	2,28%	1,85%
50-	1,84%	1,50%	3,15%	2,55%
55-	2,25%	1,84%	4,30%	3,50%
60-64	2,33%	1,88%	4,40%	3,54%

Tabelle 26 (Erwerbspersonen TK am 1. Januar 2003)

Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2004

Altersgruppe	Coxibe gesamt	Männer VIOXX®	Coxibe gesamt	Frauen VIOXX®
15-	0,51%	0,36%	0,92%	0,66%
20-	0,54%	0,35%	0,91%	0,58%
25-	0,69%	0,46%	1,05%	0,67%
30-	0,88%	0,60%	1,10%	0,69%
35-	1,10%	0,71%	1,49%	0,93%
40-	1,37%	0,86%	2,02%	1,28%
45-	1,74%	1,08%	2,73%	1,67%
50-	2,27%	1,42%	3,93%	2,43%
55-	2,84%	1,80%	4,88%	3,02%
60-64	2,90%	1,84%	5,30%	3,37%

Tabelle 27 (Erwerbspersonen TK am 1. Januar 2004)

Hochrechnung Bevölkerungsanteile mit Coxibe-Verordnungen 2004

Altersgruppe	männliche Gesamtbevölkerung	Männer mit Verordnung von ...			Frauen mit Verordnung von ...	
		Coxibe gesamt	VIOXX®	weibliche Gesamtbevölkerung	Coxibe gesamt	VIOXX®
15-	2.433.437	12.324	8.818	2.308.768	21.220	15.205
20-	2.476.210	13.457	8.703	2.403.261	21.909	13.902
25-	2.393.041	16.490	11.033	2.310.896	24.336	15.568
30-	2.893.463	25.348	17.258	2.763.337	30.356	19.109
35-	3.662.829	40.302	26.021	3.460.603	51.604	32.034
40-	3.567.781	48.809	30.860	3.409.135	68.987	43.487
45-	3.049.904	53.153	32.958	2.962.665	80.752	49.404
50-	2.760.122	62.745	39.244	2.760.525	108.553	66.952
55-	2.202.638	62.449	39.596	2.214.497	108.042	66.844
60-64	2.690.628	78.049	49.399	2.785.826	147.728	93.817
gesamt	28.130.053	413.128	263.892	27.379.513	663.489	416.320
			Bevölkerung	mit Coxib-Verordnung	darunter VIOXX	
		Männer und Frauen 15-64 Jahre insgesamt:	55.509.566	1.076.617	680.212	

Tabelle 28 (Bevölkerung in Deutschland am 31.12. 03; Angaben des Statistischen Bundesamtes)

Anhang

Methodische Erläuterungen

Standardisierung

Eine Möglichkeit, die Effekte von Altersunterschieden zwischen unterschiedlichen Vergleichsgruppen auf die dargestellten Ergebnisse rechnerisch auszugleichen, bietet die im Rahmen des Gesundheitsreportes angewendete direkte Altersstandardisierung. Dabei werden für jede betrachtete Subpopulation (z.B. einzelne Berufsgruppen) Maßzahlen zunächst getrennt für alle berücksichtigten Alters- und Geschlechtsgruppen der jeweiligen Subpopulation berechnet. Anschließend werden die Ergebnisse zu den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen unter Zugrundelegung der Struktur einer zuvor festgelegten Standardpopulation wieder zusammengefasst. Gemäß der "Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V" wurde für den Gesundheitsreport als Standardpopulation die Struktur der Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 zugrundegelegt. Sinngemäß entspricht ein entsprechend standardisierter Wert für eine bestimmte Subpopulation genau dem Wert, der in der Subpopulation zu erwarten wäre, sofern sie exakt die dargestellte Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 aufweisen würde.

Arbeitsunfähigkeitsquote

Die AU-Quote beschreibt den Anteil der Erwerbspersonen, die im Untersuchungszeitraum (hier ein Kalenderjahr) mindestens einen Tag arbeitsunfähig waren.

Krankenstand

Unter dem Krankenstand ist der Anteil der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage an allen Versicherungstagen in Prozent zu verstehen. Der Krankenstand entspricht dabei dem Anteil der an einem Tag durchschnittlich krankgemeldeten Erwerbspersonen (in bezug auf alle Tage inklusive Wochenenden und Urlaubszeiten etc.) und lässt sich direkt aus der Angabe "AU-Tage je VJ" mittels Division durch 365 berechnen. Zur Ermittlung des Krankenstandes werden in anderen, insbesondere Kassen-externen Statis-

tiken aus unterschiedlichen Gründen z.T. abweichende Methoden verwendet, was bei Vergleichen zu beachten ist.

Klassifikationssystem: ICD 10

In den Daten der Gesetzlichen Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten werden Erkrankungsdiagnosen erfasst. Dabei werden die Diagnoseangaben nicht als frei formulierbare Textangaben erfasst, sondern unter Verwendung eines Diagnoseschlüssels gespeichert. Seit dem 1. Januar 2000 sind Diagnosen bereits auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch die Ärzte nach der "Internationalen Statistischen Klassifikation der Erkrankungen" gemäß ihrer 10. Revision (ICD10) anzugeben.

Die Pflege dieses auch international gebräuchlichen und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Diagnoseschlüssels obliegt in der Bundesrepublik dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), auf dessen Internetseiten sich umfangreiche Informationen und Materialien zum ICD10 unter der nachfolgend genannten Adresse finden:

<http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/index.htm>

Arzneiverordnungen

Informationen zu den im Rahmen der ambulanten Versorgung ärztlich verordneten Arzneimitteln, die in Deutschland mit ca. 75% bislang den weitaus größten Teil des Arzneimittelumsatzes insgesamt ausmachen, liegen den Krankenkassen weitgehend vollständig vor. Entsprechende Arzneimittel werden in Deutschland fast ausschließlich über Apotheken abgegeben. Für die Abrechnung von Arzneiverordnungskosten bei GKV-Versicherten mit den Krankenkassen werden von den Apotheken bzw. deren Rechenzentren sämtliche auf einem Rezept enthaltene Informationen erfasst und nach einer Aufarbeitung an die jeweils für den Versicherten zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zu den im Gesundheitsreport verwendeten Maßzahlen des Arzneiverordnungsgeschehens.

Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen

Parameter	Erläuterung
Anteil Versicherte mit Verordnungen	Der Anteil von Versicherten mit Verordnungen ist ein personenbezogenes Maß, den Nenner bilden also Individuen und nicht Versicherungszeiten. Ausgewählt werden für entsprechende Auswertungen Versicherte, die bereits am 1. Januar des Jahres als Erwerbsperson bei der TK versichert waren. Bei Subgruppenanalysen bleiben spätere Statuswechsel hinsichtlich Wohnort und Tätigkeit bei diesen personenbezogenen Auswertungen gegebenenfalls unberücksichtigt.
Arztkontakte (mit Verordnung) je VJ	Gezählt werden versichertenbezogen die Tage mit einer Rezeptaussstellung. Dabei werden mehrere Verordnungen an einem Tag individuell nur dann berücksichtigt, sofern sie von Ärzten unterschiedlicher Facharztgruppen ausgestellt wurden und so von mehreren Arztkontakten am selben Tag ausgegangen werden kann.
Verordnete Präparate je VJ	Gezählt werden die einzelnen Eintragungen auf Rezepten, die sich jeweils auf eine definierte Präparateart oder -form beziehen. Nicht berücksichtigt wird, ob gegebenenfalls mehrere Einheiten desselben Präparates auf einem Rezept verordnet werden.
DDD je VJ	Ausgewiesen wird die Zahl der verordneten "Defined Daily Doses" (DDD) innerhalb eines Versicherungsjahres. Eine definierte Tagesdosis bezeichnet die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Substanzmenge, die zur Behandlung einer Person mit einem Präparat unter üblichen Umständen für einen Zeitraum von einem Tag ausreicht – für die durchgängige Behandlung einer Person über ein Jahr wären also beispielsweise 365 DDD erforderlich.

Tabelle 29

Klassifikationssysteme: ATC

Das Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC) gliedert Arzneimittel in hierarchischer Form nach therapeutischen und chemischen Kriterien. Es wird seit 1981 von der WHO allgemein für internationale Arzneimittelverbrauchsstudien empfohlen. Als zentrale Koordinationsstelle für die Aktualisierung und Fortschreibung dieses Klassifikationssystems fungiert seit 1982 das WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology in Oslo. Eine Adaptation für den bundesdeutschen Arzneimittelmarkt wird maßgeblich vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskranken-

kassen (WIdO) im Rahmen des Forschungsprojektes GKV-Arzneimittel-index geleistet, welches von Ärzten, Apotheken und Krankenkassen gemeinsam finanziert wird. Weiterführende Informationen zum ATC sind auf den Internetseiten des WIdO unter der nachfolgenden Adresse verfügbar.

<http://www.wido.de/Arzneimittel/ATC/index.html>

Für die Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreportes wurden Daten zu Arzneiverordnungen verwendet, denen zuvor TK-intern auf der Ebene der einzelnen Verordnungen ATC-Kodierungen unter Zuhilfenahme einer entsprechenden, vom WIdO bereitgestellten Überleitungstabelle zugeordnet worden waren, über die gleichfalls auch Angaben zu den definierten Tagesdosen (Defined Daily Doses - DDD) für die einzelnen Arzneiverordnungen verfügbar waren.

Die höchste Gliederungsebene der ATC bilden sogenannte "Anatomische Hauptgruppen", die bei der Kodierung der Arzneimittel in einem siebenstelligen alphanumerischen Schlüssel jeweils durch einen bestimmten Buchstaben in der ersten Stelle der Schlüsselangabe charakterisiert sind. In der nachfolgenden Tabelle 30 sind die offiziellen Bezeichnungen der Anatomischen Hauptgruppen der ATC angegeben. Zusätzlich werden zu den Hauptgruppen exemplarisch typische Arzneimittel und deren Indikationsgebiete in bezug auf das Verordnungsgeschehen bei Erwerbspersonen genannt, um die Bedeutung der Hauptgruppen im Kontext dieses Gesundheitsreportes etwas anschaulicher zu machen.

Anatomische Hauptgruppen der ATC

Kürzel	Bezeichnung	Typische Präparate bei Erwerbspersonen (typische Anwendungsbereiche)
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	Antacida (Sodbrennen, Magengeschwür), Spasmolytika (Magenkrämpfe, Gallensteine), Antidiarrhoika und Antiinfektiva (Magen- Darminfekt), Antidiabetika (Zuckerkrankheit), Mineralstoffe
B	Blut und Blut bildende Organe	Antithrombotische Mittel - Acetylsalicylsäure - (Herzinfarkt- und Thromboserisiko)
C	C Kardiovaskuläres System	Beta-Blocker, ACE-Hemmer, Calciumkanalblocker (Bluthochdruck), Lipidsenker (hohe Blutfette)
D	Dermatika	Corticosteroide (diverse Hauterkrankungen), Antimykotika (Pilzinfektionen), Aknemittel
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	Sexualhormone (Verhütung, Wechseljahre), Antiinfektiva (Infekte im Genitalbereich)
H	Systemische Hormonpräparate (excl. Sexualhormone und Insuline)	Schilddrüsentherapie (vorwiegend Schilddrüsenunterfunktion), Corticosteroide (allergische Erkrankungen)
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	Antibiotika (diverse bakterielle Infekte)
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	relativ selten verordnet (Kreberkrankungen)
M	Muskel- und Skelettsystem	Antiphlogistika (Schmerzen, entzündliche Vorgänge), topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (Salben zur äußeren Anwendung bei Schmerzen)
N	Nervensystem	Analgetika (Schmerzen), Psychoanaleptika (Depressionen), Psycholeptika (Psychosen)
P	Antiparasitäre Mittel	relativ selten verordnet (Wurmerkrankungen, Malaria)
R	Respirationstrakt	Husten- und Erkältungspräparate, Rhinologika (Schnupfen), Antiasthmatica (Asthma), Antihistaminika (allergische Reaktionen)
S	Sinnesorgane	Ophthalmika (Augentropfen aus unterschiedlichen Gründen)
V	Varia	relativ selten verordnet

Tabelle 30 (Bezeichnungen gemäß WIdO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

Abbildungen

AU-Tage je 100 VJ in relevanten ICD10-Diagnosekapiteln	24
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln	25
AU-Tage bei Berufstätigen sowie Arbeitslosen 2000 bis 2004: AU-Tage ohne psychische Diagnosen	32
AU-Tage bei Berufstätigen sowie Arbeitslosen 2000 bis 2004: AU-Tage nur Psychische Störungen (Kapitel V)	33
Absolute Anzahl verordneter Präparate je Tag 2000 bis 2004	37
Präparate je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Männer	40
Präparate je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Frauen	41
DDD je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Männer	42
DDD je Versicherungsjahr nach Altersgruppen: Frauen	42
Verordnete Tagesdosen je VJ nach Berufsfeldern: Männer	44
Verordnete Tagesdosen je VJ nach Berufsfeldern: Frauen	44
Verordnete Tagesdosen je VJ nach Bundesländern	47
Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2004	51
Absolute Anzahl verordneter Antidepressiva – ohne pflanzliche Präparate (je Tag 2000 bis 2004)	56
Absolute Anzahl verordneter pflanzlicher Antidepressiva (Präparate je Tag 2000 bis 2004)	56
Antidepressiva: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen	57
Anteil Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung in den Jahren 2000 bis 2004 nach Berufsstatus (ohne pflanz. Präparate)	59
Anteil Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung (ohne pflanz. Präparate) nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht 2004	60
Estrogene sowie Estrogene in Kombination mit Gestagenen: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen bei Frauen	62
Estrogene sowie Estrogene in Kombination mit Gestagenen: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen	64
Estrogene sowie Estrogene und Gestagenen in Kombination: Anteil Frauen mit Verordnung innerhalb des Kalenderjahres	65
Lipidsenker: Tagesdosen je VJ nach Geschlecht 2000 - 2004	66
Anteil Männer mit Lipidsenker-Verordnung im Kalenderjahr	67
Anteil Frauen mit Lipidsenker-Verordnung im Kalenderjahr	68
Absolute Anzahl verordneter Coxib-Präparate bei Erwerbspersonen in der TK je Tag 2000 bis 2004	70
Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2003	73
Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2004	74

Tabellen

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2000 bis 2004	18
Arbeitsunfähigkeitsfälle nach fallbezogener Dauer 2000 bis 2004	19
Arbeitsunfähigkeitstage nach fallbezogener Dauer 2000 bis 2004	19
Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Alter 2000 bis 2004	21
Arbeitsunfähigkeitstage nach Alter 2000 bis 2004	22
Arbeitsunfähigkeitstage je Fall nach Alter 2000 bis 2004	23
ICD10-Diagnosekapitel: AU-Tage je 100 VJ	26
ICD10-Diagnosekapitel: AU-Tage je Fall	27
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage je 100VJ	28
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2000 - 2004	30
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 - 2004	35
Arzneiverordnungen Erwerbspersonen 2000 bis 2004	38
Veränderungen von Arzneiverordnungszahlen zum jeweiligen Vorjahr Erwerbspersonen 2001 bis 2004	39
DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2000 – 2004 Männer	45
DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2000 – 2004 Frauen	46
Präparate je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 - 2004	48
DDD je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 - 2004	49
Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Männer	53
Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Frauen	53
Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Männer	54
Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen: Frauen	54
Antidepressiva: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen	58
Anteil Erwerbspersonen mit Antidepressiva-Verordnung (ohne pflanz. Präparate) nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht 2004	61
Estrogene sowie Estrogene in Kombination mit Gestagenen: Tagesdosen je VJ nach Präparategruppen	64
Coxibe-Verordnungen bei Erwerbspersonen 2000 bis 2004	71
Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2003	75
Anteil Erwerbspersonen mit Coxibe-Verordnungen in 2004	75
Hochrechnung Bevölkerungsanteile mit Coxibe-Verordnungen 2004	76
Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen	79
Anatomische Hauptgruppen der ATC	81