

Gesundheits- report

Auswertungen 2007
Arbeitsunfähigkeiten und
Arzneiverordnungen

Schwerpunkt: Gesundheit im
demografischen Wandel


Techniker Krankenkasse

Gesundheitsreport 2007 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 13 – ISSN 1610-8450

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, Fax 040 - 69 09-2580, Internet: www.tk-online.de, Bereich Versorgung 2, Fachreferat Gesundheitsmanagement, Autoren: Dr. Thomas Grobe, Hans Dörning, ISEG Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Redaktion: Gudrun Ahlers, Gestaltung: Wolfgang Geigle, Produktion: Rafaela Stein, Druck: Merkur-Druck, Norderstedt.

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.

© Techniker Krankenkasse: Das Kopieren von Bildern, Texten, Lesezeichen, Formularfeldern, Programmcode dieser PDF-Datei ist unzulässig.

Gesundheitsreport

der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten
bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen

Schwerpunktthema:
Gesundheit im demografischen Wandel

Inhalt

Vorwort	6
Zusammenfassung und Ausblick	8
Gesundheit von Erwerbspersonen im demografischen Wandel	17
Entwicklung der Bevölkerung im Erwerbspersonenalter.....	19
Erwerbsbeteiligung – mögliche mittelfristige Veränderungen	24
Altersspezifische Gesundheitsprobleme bei Erwerbspersonen.....	34
Auswirkungen der demografischen Entwicklung	42
Erwerbspersonen in der TK	51
Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter	52
Erwerbspersonen nach Bundesländern.....	54
Arbeitsunfähigkeit	57
Erhebungsgrundlagen und Erläuterungen.....	57
Arbeitsunfähigkeit insgesamt.....	59
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer	61
Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	62
Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern	65
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen	68
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen.....	79
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsstand	83
Arbeitsunfälle bei Erwerbspersonen.....	86
Rückenbeschwerden	90
Arzneimittelverordnungen	99
Erhebungsgrundlagen und Erläuterungen.....	99
Arzneimittelverordnungen insgesamt	100
Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht.....	102
Arzneimittelverordnungen nach Bundesländern	105
Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen	109
Arzneimittelverordnungen nach Berufen	115
Arzneimittelverordnungen nach Ausbildung	118
Anhang	120
Tabellenanhang.....	120
Methodische Erläuterungen.....	154
Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse	163

Vorwort

„Wichtig ist nicht, wie alt man ist,
sondern wie man alt ist.“

Gerhard Kocher (*1939),
Gesundheitsökonom

Zurzeit wird in Deutschland viel über den demografischen Wandel und dessen Folgen für unsere Gesellschaft diskutiert. Dabei geht es häufig um die Themen Familienförderung, die Finanzierung der Pflegeversicherung sowie die Gestaltung der privaten und gesetzlichen Altersvorsorge. Um letztere zukunftsfähig zu machen, hat der Gesetzgeber beschlossen, das Renteneintrittsalter schrittweise von 65 auf 67 Jahre heraufzusetzen.

Was bedeutet das für die Wirtschaft? Das Durchschnittsalter der Beschäftigten steigt stetig an. Die „Babyboomer“-Generation der sechziger Jahre, das heißt die 40- bis 44-Jährigen, bilden die größte Gruppe unter den Beschäftigten – und sie wird es auch künftig bleiben, da in den folgenden Jahrgängen, vor allem nach 1973 deutlich weniger Kinder geboren wurden. Die Folge: Schon in fünfzehn Jahren wird der Großteil der Beschäftigten in Deutschland 55 bis 59 Jahre alt sein. Das Durchschnittsalter in den Betrieben wird steigen, und da die nachkommenden Jahrgänge geburtenschwächer sind, wird die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland insgesamt sinken.

Die Betriebe werden dieser Entwicklung Rechnung tragen müssen. Für den Unternehmenserfolg wird es künftig mehr denn je ausschlaggebend sein, ob die Mitarbeiter lange gesund und leistungsfähig sind. Dies stellt besondere Herausforderungen an das Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Wir unterstützen die Firmen dabei. Dafür nutzen wir die Daten unserer Gesundheitsberichterstattung, um gezielt Angebote für die Gesundheitsförderung zu entwickeln, die genau auf die gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten zugeschnitten sind.

Den Schwerpunkt des diesjährigen TK-Gesundheitsreports widmen wir deshalb dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auf die künftige gesundheitliche Situation in den Betrieben. Wir haben die Daten aus dem Jahr 2006 ausgewertet und unter der Annahme der veränderten

Altersstrukturen Prognosen für den Zeitraum von 25 Jahren zwischen 2006 und 2031 errechnet.

Die Daten für 2006 zeigen unter anderem, dass ältere Erwerbspersonen in der Altersgruppe von 55 bis 59 heute zwar seltener, aber deutlich länger krank sind als Beschäftigte zwischen 25 und 29 Jahren. Vor allem schwere und chronische Krankheiten wie Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-erkrankungen treten häufiger auf und führen zu längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten. Auch die Arzneimittelverordnungen nehmen mit dem Alter drastisch zu. Vier von zehn Beschäftigten zwischen 55 und 59 bekamen im vergangenen Jahr Herz-Kreislauf-Medikamente, die damit in dieser Altersgruppe elfmal häufiger verordnet wurden als bei den jüngeren Kollegen zwischen 25 und 29 Jahren. Unter der Annahme, dass sich die Altersstruktur wie beschrieben verschiebt, würde das Gesamtverordnungsvolumen unter den Beschäftigten in den nächsten 20 Jahren um knapp 20 Prozent steigen.

Deshalb ist es wichtig, bereits heute gegenzusteuern und Prozesse zu initiieren, die die Gesundheit der Beschäftigten langfristig fördern. Deshalb hat die TK ihr Angebot für Betriebliches Gesundheitsmanagement erweitert und bietet zusätzlich Demografieberatung für Unternehmen an. Unsere speziell geschulten Fachberater unterstützen Firmen dabei, sich auf die strukturellen Veränderungen einzustellen und auch bei durchschnittlich älter werdenden Belegschaften innovativ zu bleiben. Und das ist leichter, als Unternehmen es oft vermuten, denn Studien zeigen, dass die 50- bis 65-Jährigen heute wesentlich fitter sind als ihre Altersgenossen vor 30 Jahren. Gefragt sind altersgerechte Personalstrategien, die die Ressourcen älterer Mitarbeiter – wie zum Beispiel deren langjährige Erfahrung – fördern und ihre Gesundheit und Arbeitskraft erhalten. Dies erfordert keine Ausnahmeregelungen für einzelne Altersgruppen, sondern vielmehr eine gesunde Gestaltung von Arbeitsplätzen, die selbstverständlich auch jüngeren Mitarbeitern gut tut.

Christoph Straub

Hamburg, im Juni 2007

Zusammenfassung und Ausblick

Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht über den demografischen Wandel und dessen Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft berichtet wird. Betroffen von der demografischen Entwicklung sind die sozialen Sicherungssysteme ebenso wie die Unternehmen und Ihre Belegschaften. Sinkende Geburtenraten und ansteigende Lebensdauer verändern die Altersstruktur in Deutschland. Die Bevölkerung nimmt deutlich ab, die Zahl der Älteren übersteigt die der Jüngeren und der Altersdurchschnitt steigt. Das mit einer durchschnittlich älteren Bevölkerung auch ältere Belegschaften verbunden sind, zeichnet sich schon heute ab.

Der Gesundheitsreport befasst sich vor diesem Hintergrund mit der gesundheitlichen Situation von älteren Erwerbspersonen und den Veränderungen der Gesundheitsprobleme von Erwerbspersonen, die auf Basis der demografischen Entwicklung innerhalb der nächsten Jahrzehnte erwartet werden können.

Schwerpunkt des diesjährigen Gesundheitsreports bilden Auswertungen zum Thema Demografischer Wandel, zwei weitere Abschnitte liefern wie in den Vorjahren aktuelle Auswertungsergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten sowie zu Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen. Grundlage der Auswertungen bilden routinemäßig erfasste und anonymisierte Daten zu aktuell mehr als 2,5 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Berufstätige Mitglieder der TK repräsentieren aktuell mehr als 9 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Die Daten bilden damit eine ausgesprochen breite Auswertungsgrundlage.

Demografischer Wandel.

In den kommenden Jahrzehnten wird sich die Bevölkerungsstruktur in Deutschland merklich verändern. Der Gesundheitsreport befasst sich mit Entwicklungen, die in diesem Kontext spezifisch bei Erwerbspersonen der im Gesundheitsreport fokussierten Personengruppe zu erwarten sind.

Die wichtigste Determinante für die Größe und Alterszusammensetzung zukünftiger Erwerbspersonengenerationen ist die Geburtenzahl. So resultiert die aktuelle Struktur maßgeblich aus Entwicklungen in den 60er- und 70er-Jahren. Die 60er-Jahre hatten zunächst als Babyboomer-Generation die geburtenstarken Jahrgänge hervorgebracht. In den 70er-Jahren, insbesondere ab dem Jahr 1973, waren jedoch nachwachsende Jahrgänge bei dann merklich reduzierten Geburtenzahlen erheblich kleiner.

Entsprechend bildeten im Jahr 2001 die Babyboomer als 35- bis 39-Jährige die am stärksten besetzte Altersgruppe unter den Erwerbspersonen, im Jahr 2006 waren es dieselben Geburtsjahrgänge als 40- bis 44-Jährige (vgl. Abbildung 1 auf Seite 17). Im Jahr 2016 werden die Babyboomer als 50- bis 54-Jährige weiterhin die stärkste Altersgruppe bilden, im Gegenzug werden zunächst insbesondere die mittleren Altersgruppen deutlich schwächer besetzt sein (vgl. Abbildung 6 auf Seite 30). Bereits in wenigen Jahren werden Erwerbspersonen im Schnitt also spürbar älter sein, da jüngere Generationen nicht im entsprechenden Umfang nachwachsen.

Bei der mittelfristigen Entwicklung der Erwerbspopulation dürften, neben den rein demografisch bedingten Veränderungen, zusätzlich wirtschaftliche und politisch-gesellschaftliche Rahmenbedingungen eine stärkere Rolle spielen. Im positiven Fall könnte eine verstärkte Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt zu reduzierten Arbeitslosenzahlen und einer erhöhten Erwerbsbeteiligung führen.

Potenziale für eine verstärkte Erwerbsbeteiligung beständen zudem in Abhängigkeit von Kinderbetreuungsmöglichkeiten bei Frauen, insbesondere aber bei beiden Geschlechtern in den höheren Altersgruppen. So erreichte die Erwerbsquote bei den 60- bis 64-jährigen Männern und Frauen in Deutschland nach Ergebnissen des Mikrozensus im Jahr 2005 lediglich einen Wert von 40,5 bzw. 22,9 Prozent, wobei in diesen Zahlen auch geringfügig Beschäftigte und Arbeitssuchende als Erwerbspersonen erfasst werden. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten dürfte dementsprechend in dieser Altersgruppe noch deutlich niedriger liegen.

Eine erhöhte Erwerbsbeteiligung älterer Personen wird absehbar aus der bereits beschlossenen und bis voraussichtlich 2029 vollständig umgesetzten Einführung der Rente mit 67 resultieren. Ohne diese Maßnahme würde (unter Annahme der aktuellen altersspezifischen Erwerbsquoten) der über-

wiegende Teil der Babyboomer-Generation 2029 bereits nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen. Damit würde sich die Gesamtzahl der Erwerbspersonen in Deutschland im Vergleich zum Jahr 2006 bis 2029 um 17,5 Prozent bzw. um 7,2 Millionen Personen reduzieren. Durch die Rente mit 67 dürfte der Rückgang nach Modellrechnungen bei gut 12 Prozent liegen, womit 2029 zunächst noch etwa 2,15 Millionen ältere Personen mehr im Erwerbsleben verbleiben dürften (vgl. Tabelle 1 auf Seite 33). Insbesondere durch eine veränderte wirtschaftliche Situation könnten reale Erwerbsquoten und damit Erwerbspersonenzahlen allerdings noch merklich variieren. In jedem Fall ist jedoch mit einer Erwerbspopulation zu rechnen, die im Schnitt merklich älter als die heutige sein wird.

Nahezu alle Erkrankungen führen bei Erwerbspersonen mit zunehmendem Alter zu zunehmenden Fehlzeiten. Verhältnismäßig geringe altersabhängige Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf Fehlzeiten unter der Diagnose von infektiösen Krankheiten sowie unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems.

Die größte absolute Differenz offenbart sich im Hinblick auf Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die ihrerseits maßgeblich aus Rückenbeschwerden im weiteren Sinne resultieren.

Ausgesprochen große relative Unterschiede zwischen jungen und älteren Erwerbspersonen finden sich im Hinblick auf Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten sowie bei Krankheiten des Kreislaufsystems. Bei diesen drei Diagnosekapiteln überschreiten die Fehlzeiten bei 55- bis 59-Jährigen die Fehlzeiten von 25- bis 29-Jährigen um die Faktoren 12,1 (Neubildungen), 8,6 (Stoffwechselkrankheiten) sowie 12,2 (Krankheiten des Kreislaufsystems). Entsprechende Erkrankungen sind in jüngeren Altersgruppen ausgesprochen selten, erlangen nach diesen Ergebnissen aber bereits im fortgeschrittenen Erwerbspersonenalter eine relevante Bedeutung.

Zu vergleichbaren Schlussfolgerungen führen auch Auswertungen von Arzneiverordnungsdaten. Insbesondere Arzneimittel, die zur Behandlung von kardiovaskulären Risikofaktoren im weiteren Sinne indiziert sind, werden sehr viel häufiger bei älteren als bei jüngeren Erwerbspersonen verordnet. Dies gilt unter anderem für Antidiabetika, Blutdruckmittel und Lipidsenker.

In Modellrechnungen zu den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die gesundheitliche Situation zukünftiger Erwerbspersonenpopulationen wurden altersspezifische Fehlzeiten und Verordnungsraten aus dem Jahr 2006 verwendet, um populationsbezogene Werte unter Annahme zukünftig veränderter Altersstrukturen zu ermitteln. Da Fehlzeiten und Arzneiverordnungen von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden, die kaum vorhersehbar sind, sind die ermittelten Werte nur eingeschränkt im Sinne von Prognosen zu interpretieren. Sinngemäß vermitteln sie jedoch in jedem Fall ein Bild davon, welche Unterschiede im Hinblick auf die gesundheitliche Situation in der Gruppe der Erwerbspersonen zu erwarten wären, wenn diese bereits heute eine zukünftig erwartete Altersstruktur aufweisen würde. Die Modellrechnungen umfassen einen Zeitraum von 25 Jahren zwischen 2006 und 2031 und berücksichtigen die bereits erwähnten Effekte der Rente mit 67.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die erkrankungsbedingten Fehlzeiten in der Gruppe der Erwerbspersonen dürften nach den vorliegenden Berechnungen auch mittelfristig insgesamt eher moderat ausfallen. Die Fehlzeiten würden bis 2031 im Vergleich zum Ausgangsjahr 2006 durch die veränderte Altersstruktur um nur etwa 7 Prozent steigen. Die erwarteten Veränderungen bewegen sich damit in einer Größenordnung, die in den vergangenen Jahren auch innerhalb kürzerer Zeiträume unabhängig von demografischen Veränderungen beobachtet wurde.

Mittelfristige demografisch bedingte Veränderungen der Fehlzeiten variieren in einzelnen Diagnosekapiteln zwischen einem Rückgang um 7,5 Prozent und einem Anstieg um 22,5 Prozent. Ein merklicher Rückgang ist ausschließlich bei schwangerschaftsbedingten Fehlzeiten zu erwarten. Dieser Rückgang resultiert aus dem endgültigen Herauswachsen der Babyboomer-Generation aus dem gebärfähigen Alter bzw. aus der deutlich reduzierten Zahl an Frauen in jüngeren Jahrgängen.

Zumindest tendenziell und mittelfristig eher rückläufig sind erwartete Fehlzeiten unter der Diagnose von Infekten sowie unter der Diagnose von Atemwegserkrankungen, von denen häufig jüngere Personen betroffen sind.

Die deutlichsten relativen Zuwächse durch demografische Effekte sind im Hinblick auf Kreislaufkrankungen, Neubildungen sowie Stoffwechselerkrankungen zu erwarten. Neben Fehlzeiten mit Erkrankungen des Auges,

die für den Krankenstand insgesamt eine untergeordnete Rolle spielen, ist ansonsten noch bei Fehlzeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems von überdurchschnittlichen Zuwächsen auszugehen.

Deutlicher als die Fehlzeiten dürften sich die Arzneiverordnungsvolumen bei Erwerbspersonen im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung verändern. Durch die veränderte Altersstruktur ist bis 2029 im Vergleich zu 2006 ein Gesamtanstieg des Verordnungsvolumens um 19 Prozent zu erwarten. Allein aufgrund des durchschnittlich höheren Alters würden Erwerbspersonen also etwa ein Fünftel mehr Arzneimittelbehandlungseinheiten verordnet bekommen. Dabei sind die deutlichsten Zuwächse im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Präparate mit einem Anstieg des Verordnungsvolumens um etwa ein Drittel zu erwarten (vgl. Abbildung 17 auf Seite 49).

In vergleichbarem Ausmaß steigt auch der Anteil der von entsprechenden Verordnungen betroffenen Erwerbspersonen. Während im Jahr 2006 noch 12 Prozent der Erwerbspersonen ein Blutdruckmittel erhielten, dürfte sich dieser Anteil durch die veränderte Altersstruktur bis 2031 auf knapp 15 Prozent erhöhen, die Behandlungsrate mit Lipidsenkern dürfte von 3 auf 4 Prozent steigen.

Die demografischen Effekte führen in der Population der Erwerbspersonen also zu einer steigenden Bedeutung von chronischen Erkrankungen, wobei den Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Behandlung eine besondere Bedeutung zukommt.

Unter der hier berücksichtigten Annahme einer eher moderaten Steigerung der Erwerbsbeteiligung in höheren Altersgruppen durch die Rente mit 67, die bildlich lediglich einer Verschiebung der aktuellen und mit dem Alter bereits vor Erreichen des 65. Lebensjahres stark rückläufigen Erwerbsquoten um zwei Jahre entspricht, führen die demografischen Veränderungen innerhalb der Erwerbspersonenpopulation insgesamt nur zu verhältnismäßig moderaten Effekten im Hinblick auf das Erkrankungsgeschehen. Stärkere Effekte in der Gruppe der Erwerbstätigen wären erst bei einer weiter gesteigerten Erwerbsbeteiligung in höheren Altersgruppen zu erwarten.

Arbeitsunfähigkeiten.

Im Jahr 2006 wurden bei TK-Mitgliedern insgesamt 2,10 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle und 28 Millionen Fehltage registriert. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind damit im Jahr 2006 merklich zurückgegangen, nachdem sich von 2004 auf 2005 im Zusammenhang mit einer ausgeprägten Erkältungswelle ein geringgradiger Anstieg der Fehlzeiten gezeigt hatte. Bezieht man die aktuellen Arbeitsunfähigkeitstage auf die Versicherungszeiten der Erwerbspersonen, lässt sich für das Jahr 2006 bei TK-Mitgliedern ein Krankenstand von 2,88 Prozent berechnen. In den Jahren 2004 und 2005 hatte er nach altersstandardisierten Auswertungen noch bei 3,06 Prozent bzw. 3,07 Prozent gelegen.

Der für 2006 ermittelte Krankenstand entspricht einer durchschnittlichen Fehlzeit von 10,52 Tagen je Erwerbsperson. Die Fehlzeiten sind damit von 2005 auf 2006 durchschnittlich um 0,69 Tage je Person (bzw. 69 Tage je 100 Personen) gesunken, was einem relativen Rückgang der Fehlzeiten um 6,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht (vgl. Abbildung 21 auf Seite 60).

Grundsätzlich, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, sind rückläufige Fehlzeiten von 2005 auf 2006 in allen Bundesländern feststellbar (vgl. Abbildung 27 auf Seite 67 sowie Tabelle A9 auf Seite 125 im Anhang).

Weiterhin findet sich eine nicht unerhebliche Spannweite hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten in den einzelnen Bundesländern (vgl. Abbildung 26 auf Seite 65). Während eine Erwerbsperson in Baden-Württemberg und Bayern im Jahr 2006 durchschnittlich lediglich 8,8 Tage bzw. 9,3 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2006 durchschnittlich 12,8 bzw. 12,7 gemeldete Krankheitsfehltage.

Für den Krankenstand verantwortlich sind traditionell insbesondere Krankheiten des Bewegungsapparates, Verletzungen, Atemwegserkrankungen sowie in den letzten Jahren auch psychische Störungen. Von den beiden letztgenannten Diagnosegruppen sind unter den Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK Frauen stärker betroffen, Verletzungen betreffen demgegenüber häufiger Männer (vgl. Abbildung 30 auf Seite 70).

Von 2005 auf 2006 haben sich die Fehlzeiten in einzelnen Diagnosekapiteln unterschiedlich verändert (vgl. Abbildung 31 auf Seite 72). Für den Gesamtrückgang der Fehlzeiten im genannten Zeitraum maßgeblich verantwortlich sind insbesondere rückläufige Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von psychischen Störungen sowie aufgrund der Diagnose von Atemwegserkrankungen. Der Rückgang bei Atemwegserkrankungen lässt sich dabei auf das Ausbleiben einer stärkeren Erkältungswelle im Jahr 2006 zurückführen, die demgegenüber zu Beginn des Jahres 2005 relativ ausgeprägt war und zu verhältnismäßig hohen Krankenständen geführt hatte.

Der Rückgang bei Fehlzeiten mit der Diagnose von psychischen Störungen resultiert aus zwei Komponenten: Bedingt durch gesetzliche Bestimmungen im Zusammenhang mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II (ALG II) entfällt für einen wesentlichen Teil der Arbeitslosen, nämlich die ALG-II-Empfänger, die Pflicht zur Meldung von Arbeitsunfähigkeitszeiten bei ihrer Krankenkasse. Entsprechend werden Krankmeldungen bei ALG-II-Empfängern in den Daten von Krankenkassen regulär nicht mehr erfasst, womit gleichzeitig auch Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten bei ALG-II-Empfängern nicht mehr sinnvoll möglich sind. Entsprechend wurden bei Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreports zum Kalenderjahr 2006 ALG-II-Empfänger nicht mehr berücksichtigt. Da längerfristig arbeitslose Erwerbspersonen in zurückliegenden Jahren überdurchschnittlich lang mit psychischen Störungen krankgemeldet waren, resultiert ein Teil des jetzt beobachteten Rückgangs in den Ergebnissen aus der Tatsache, dass eine maßgeblich betroffene Gruppe bei den aktuellen Auswertungen nicht mehr berücksichtigt wird bzw. berücksichtigt werden konnte.

Ein immer noch deutlicher Rückgang von Fehlzeiten mit psychischen Störungen von 2005 auf 2006 lässt sich jedoch auch nachweisen, wenn man die Auswertungen ausschließlich auf Berufstätige beschränkt, an deren Zusammensetzung sich durch die Einführung des ALG II nichts Grundsätzliches verändert hat. So lagen die Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von psychischen Störungen 2006 nur noch knapp 3 Prozent über dem Niveau von 2000, während in den vier Jahren zwischen 2002 und 2005 die Fehlzeiten des Jahres 2000 durchgängig um mehr als 11 Prozent überschritten wurden (vgl. Abbildung 33 auf Seite 74). Deutlich wird in einer Gegenüberstellung von Auswertungsvarianten mit und ohne eine Beschränkung auf Berufstätige, dass der Anstieg von gemeldeten Fehlzeiten wegen psychischer Störungen zwischen 2003 und 2005 maßgeblich aus dem Faktor

Arbeitslosigkeit resultierte. Ergebnisse zu anderen Erkrankungsgruppen werden nur in geringerem Ausmaß durch die Beschränkung der Auswertungen auf Berufstätige beeinflusst.

Arzneimittelverordnungen.

Insgesamt wurden von Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK im Jahr 2006 Rezepte über 9,91 Millionen Präparate mit 444 Millionen definierten Tagesdosen zulasten der Krankenkasse bei Apotheken eingereicht. Das Verordnungsvolumen hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr insgesamt nur leicht verändert. Erwerbspersonen lösten 2006 nach altersstandardisierten Auswertungen im Durchschnitt Rezepte über 3,63 Präparate mit insgesamt 155 Tagesdosen ein, im Vorjahr waren es 3,81 Präparate und 152 Tagesdosen.

Die höchsten Verordnungsvolumen lassen sich in Sachsen-Anhalt und im Saarland ermitteln. Verhältnismäßig niedrig liegen die Gesamtverordnungsvolumen demgegenüber, wie in den Vorjahren, in Bayern und Baden-Württemberg sowie in den drei Stadtstaaten, für die sich, insbesondere gemessen an vergleichsweise hohen regionalen Krankenständen, relativ geringe Verordnungsvolumen zeigen (vgl. Abbildung 49 auf Seite 107).

Die Verordnungsvolumen in den einzelnen Arzneimittelgruppen haben sich unterschiedlich entwickelt. Ein merklicher Anstieg des Verordnungsvolumens ist von 2005 auf 2006 im Hinblick auf Arzneimittel zur Behandlung des Herz-Kreislauf-Systems (insbesondere Blutdruckmittel) zu beobachten, der vorrangig aus einer vermehrten Verordnung entsprechender Arzneimittel bei männlichen Erwerbspersonen resultiert. Ob der Anstieg auf eine Intensivierung der medikamentösen Therapie oder auf erhöhte Erkrankungsraten zurückzuführen ist, kann auf Basis der vorliegenden Daten leider nicht entschieden werden.

Sexualhormone zählen zu den Arzneimitteln, die auch im Jahr 2006 rückläufige Verordnungsvolumen aufweisen. Veränderte Behandlungsraten mit Östrogenen, ggf. in Kombination mit Gestagenen, die vorrangig im Zusammenhang mit den Wechseljahren bei Frauen in entsprechenden Altersgruppen verordnet wurden, dürften weiterhin eines der eindrucksvollsten

Beispiele liefern, wie veränderte Einschätzungen zum Nutzen, selbst bei sehr verbreiteten Therapien, innerhalb von wenigen Jahren zu einer erheblich veränderten Anwendung führen können (vgl. Abbildung 58 auf Seite 150). Während von der vorrangig betroffenen Gruppe der 55- bis 59-jährigen Frauen im Jahr 2000 mit 49,3 Prozent noch nahezu die Hälfte innerhalb des Jahres entsprechende Medikamente verordnet bekamen, waren es im Jahr 2006 in der entsprechenden Altersgruppe nur noch 18,7 Prozent.

Ausblick.

Die Techniker Krankenkasse möchte die gesundheitliche Situation ihrer Versicherten nachhaltig verbessern. Die Ergebnisse zeigen die Auswirkungen des demografischen Wandels auf gesundheitliche Belastungen und Erkrankungen von Beschäftigten auf.

Die Unternehmen stehen vor der Herausforderung, mit älteren Beschäftigten innovativ zu bleiben. Die betriebliche Alters- und Qualifikationsstruktur entscheidet über die Wettbewerbsfähigkeit. Künftig ist vor allem eine altersgerechte Betriebs- und Personalpolitik gefragt. Die Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen und die Stärkung der Ressourcen Älterer tragen dazu bei, die Gesundheit und Arbeitskraft älterer Beschäftigter zu erhalten. Auf Bedürfnisse Älterer einzugehen ist für Unternehmen in vielfältiger Weise möglich.

Die TK empfiehlt Unternehmen, das betriebliche Gesundheitsmanagement und die Personalpolitik auf zukünftig ältere Belegschaften einzustellen. Die TK hat deshalb ihre betrieblichen Gesundheitsberater zu Demografieberatern ausgebildet. Sie unterstützen und beraten Unternehmen bei spezifischen Unternehmensanalysen unter demografischen Aspekten.

Gesundheit von Erwerbspersonen im demografischen Wandel

In den kommenden Jahrzehnten ist in Deutschland von einem wachsenden Anteil älterer Personen unter den Berufstätigen auszugehen. Bereits in den vergangenen fünf Jahren zwischen 2001 und 2006 hat sich die Altersstruktur in der Gruppe der Erwerbspersonen merklich verschoben. Exemplarisch verdeutlichen lässt sich dies an einer einfachen Gegenüberstellung von Erwerbspersonenzahlen des aktuellen sowie des ersten Gesundheitsreports der TK (vgl. Abbildung 18).

Erwerbspersonen in der TK nach Alter in den Jahren 2001 und 2006

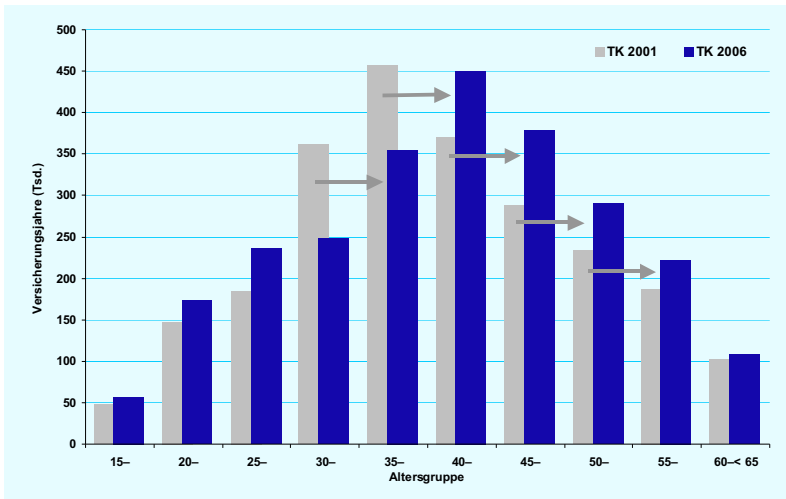


Abbildung 1

Während die Gruppe der 35- bis 39-Jährigen unter den Erwerbspersonen in der TK 2001 die mit Abstand am stärksten besetzte Altersgruppe bildete (vgl. hellgraue Säulen), war es fünf Jahre später die gleich Gruppe im entsprechend fortgeschrittenen Alter, nämlich die Gruppe der 40- bis 44-Jährigen (vgl. dunkelblaue Säulen). Entsprechend erscheint es wahrscheinlich, dass weitere zehn Jahre später, also im Jahr 2016, die 50- bis 54-Jährigen die am stärksten besetzte Altersgruppe unter den Erwerbspersonen bilden werden. Obwohl die Struktur der Erwerbspersonen einer einzelnen Krankenkasse von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren bestimmt

wird, zeigt sich in dieser einfachen Darstellung in den mittleren Altersgruppen eine Entwicklung, die vorrangig durch allgemeine demografische Veränderungen in Deutschland bedingt ist.

Die dargestellten Veränderungen in der TK, wie auch die allgemeinen demografischen Veränderungen in den nächsten Jahren, resultieren maßgeblich aus den geringen Geburtenzahlen, die infolge des sogenannten Pillenknicks bereits seit den 70er-Jahren in Deutschland zu verzeichnen sind. Geburtsjahrgänge umfassen seit dieser Zeit erheblich weniger Personen als in den 60er-Jahren, welche in Deutschland die Babyboomer-Generation hervorbrachten. Entsprechend sind die nachwachsenden Generationen in Deutschland, insbesondere ab den Geburtsjahrgängen 1973 und später, deutlich kleiner als die 1960er Jahrgänge, die aktuell für einen relativ hohen Anteil an Erwerbspersonen im Alter um 43 Jahre verantwortlich sind. Innerhalb der nächsten 20 bis 25 Jahre wird die stark vertretene Gruppe der jetzt um 43 Jahre alten Personen das bislang geltende reguläre Renteneintrittsalter erreichen. Die dann 43-Jährigen werden durch merklich kleinere Geburtsjahrgänge gebildet.

Altersgruppen um 60 Jahre sind aktuell demgegenüber schon vor dem Hintergrund der spezifischen deutschen Bevölkerungsstruktur mit geringen Geburtenraten zum Ende des Zweiten Weltkrieges unter den Berufstätigen verhältnismäßig selten vertreten. Zu dem geringen Anteil von Berufstätigen jenseits des 60. Lebensjahres trugen zudem in den vergangenen Jahren maßgeblich Möglichkeiten zum vorzeitigen Eintritt in den Altersruhestand bei. Diese Möglichkeiten wurden, unter anderem auch vor dem Hintergrund einer hohen Arbeitslosigkeit, ausgiebig genutzt.

Die Erwerbsbeteiligung von älteren Personen dürfte sich in den kommenden Jahren jedoch merklich erhöhen. Einen Grund bildet die vorgesehene Verlängerung der Lebensarbeitszeit, die ihrerseits bereits eine Reaktion auf die sich abzeichnenden Veränderungen darstellt. Ein wesentlicher Grund dürfte sich jedoch auch aus dem Rückgang der Zahl potenzieller Arbeitnehmer aus nachwachsenden Generationen, also aus dem Rückgang des sogenannten Erwerbspersonenpotenzials, ergeben. Eine „junge“ Population im erwerbsfähigen Alter wie im Jahr 2006 und insbesondere in den vergangenen Jahren wird es in Deutschland, zumindest auf absehbare Zeit, nicht wieder geben. Selbst eine kaum zu erwartende massive Steigerung der

Geburtenrate würde frühestens in 20 Jahren zu einer merklichen Veränderung der Altersstruktur von Erwerbspersonen führen, da die Neugeborenen zunächst ein entsprechendes Alter erreichen müssten.

Die Abschnitte des nachfolgenden Textes behandeln eingehender die folgenden Punkte:

- Entwicklung der Bevölkerung im Erwerbspersonenalter
- Erwerbsbeteiligung – mögliche mittelfristige Veränderungen
- Altersspezifische Gesundheitsprobleme bei Erwerbspersonen
- Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Die Ergebnisse sollen insgesamt Hinweise auf absehbare zukünftige Entwicklungen liefern, um sich frühzeitig mit potenziellen Problemen und sinnvollen Gegenmaßnahmen befassen zu können.

Entwicklung der Bevölkerung im Erwerbspersonenalter

Die Bevölkerungsentwicklung ist die wichtigste Determinante für die zukünftige Entwicklung der Anzahl der potenziellen Erwerbspersonen im Sinne derjenigen Personen, die eine Erwerbsarbeit zumindest bei günstiger Arbeitsmarktlage anstreben würden (dem sogenannten Erwerbspersonenpotenzial). Aus teilweise bereits genannten Gründen lässt sich die Bevölkerung im typischen Erwerbspersonenalter über Zeiträume von zumindest etwa 20 Jahren mit recht großer Sicherheit vorhersagen: Nahezu alle Personen, die sich in 20 Jahren am Erwerbsleben beteiligen könnten, sind bereits zum Zeitpunkt der Prognose geboren. Da die Sterblichkeit in entsprechenden Altersgruppen statistisch sehr gering ist, liegt die Zahl der potenziellen Erwerbspersonen also quasi bereits 20 Jahre im Voraus fest, sofern Wanderungsbewegungen in extremem Ausmaß oder Katastrophen wie Kriege als unwahrscheinlichere Optionen außer Acht gelassen werden.

Erst Prognosen der Bevölkerung im typischen Erwerbsalter über deutlich längere Zeiträume können theoretisch noch durch veränderte Geburtenraten beeinflusst werden. Trotz einer regen Diskussion des Themas spricht aktuell jedoch wenig für die Annahme einer kurzfristigen und erheblichen

Veränderung der Geburtenraten, womit selbst Prognosen über mehr als 20 Jahre, abgesehen von größeren Wanderungsbewegungen, verhältnismäßig sicher sein dürften.

Vom Statistischen Bundesamt wurde am 7. November 2006 in Berlin die „11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung“ für Deutschland veröffentlicht. Mit der Veröffentlichung wurden umfangreiche Texte, Grafiken und Zahlenangaben zu den Ergebnissen von Modellrechnungen zugänglich gemacht, welche die Grundlage für die nachfolgenden Darstellungen zur Bevölkerungsentwicklung bilden (vgl. Internetseiten des Statistischen Bundesamtes, Thema Bevölkerung unter www.destatis.de). Die in der vorliegenden Publikation aus Platzgründen ausschließlich dargestellten Ergebnisse beruhen grundsätzlich auf einer Variante der Modellrechnungen mit der Bezeichnung „1-W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze)“, bei der eine stetige und nur mäßig ausgeprägte Zunahme der Lebenserwartung auf 83,5 Jahre bei Männern und 89,8 Jahre bei Frauen bis 2050, eine weitgehend unveränderte Geburtenrate von 1,4 Kindern pro Frau sowie ein (Zu-)Wanderungssaldo von 100.000 Personen je Jahr angenommen wird. Nachfolgend näher betrachtet werden sollen die Ergebnisse der Modellrechnungen für die Jahre 2026 und 2046, also Prognosen über die 20 bzw. 40 Jahre ab 2006.

Bevölkerung 2026 versus 2006.

Abbildung 2 zeigt als gefüllte Balken die Einwohnerzahlen in Deutschland für beide Geschlechter in Fünf-Jahres-Altersgruppen aus dem Jahr 2006. Als offene, dunkel umrandete Balken werden die prognostizierten Zahlen für das Jahr 2026 dargestellt.

Bei den Basisangaben zum Jahr 2006 am stärksten besetzt ist, wie auch bei den Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK, die Altersgruppe der 40- bis unter 45-Jährigen, deren Geburtsjahrgänge 1962 bis 1966 die Spitze des Babybooms in den 60er-Jahren bildeten. Im Jahr 2026 werden entsprechende Personen 60 bis unter 65 Jahre alt sein und weiterhin die am stärksten vertretene Altersgruppe bilden (vgl. Pfeile in der Abbildung).

Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen 2006 und 2026



Abbildung 2 (Darstellung nach Ergebnissen von Modellrechnungen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006)

Offensichtlich wird anhand der Abbildung, dass alle Altersgruppen unterhalb von 55 Jahren im Jahr 2026 im Vergleich zu 2006 deutlich schwächer besetzt sein werden. Die Zahl der Personen in Altersgruppen, die bislang den maßgeblichen Teil aller Erwerbspersonen stellten, wird bis 2026 also merklich abnehmen. Demgegenüber sind die Altersgruppen jenseits des 55. Lebensjahres in 2026 durchgängig stärker besetzt. Gravierende Unterschiede ergeben sich bis zum Jahr 2026 insbesondere in der Altersgruppe der 60- bis unter 65-Jährigen, die aktuell in Deutschland noch eine nur geringe Erwerbsbeteiligung aufweist (vgl. spätere Abschnitte).

Bevölkerung 2046 versus 2006.

Eine Gegenüberstellung der Altersstruktur der Bevölkerung aus dem Jahr 2006 mit der erwarteten Altersstruktur im Jahr 2046 zeigt Abbildung 3.

Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen 2006 und 2046

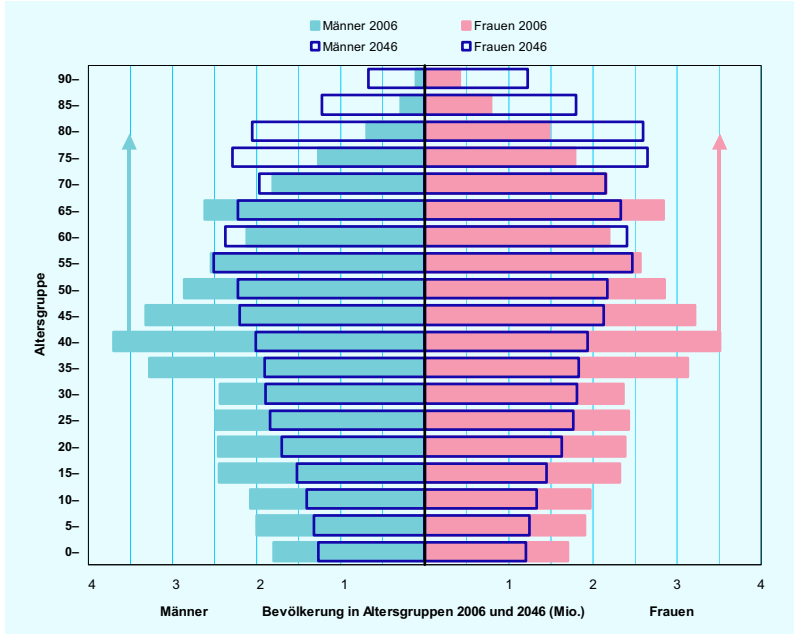


Abbildung 3 (Darstellung nach Ergebnissen von Modellrechnungen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006)

Bis zum Jahr 2046 weisen nach der Prognose nahezu alle Gruppen im erwerbsfähigen Alter sowie jüngere Altersgruppen eine deutlich geringere Besetzung als im Jahr 2006 auf. Erheblich stärker besetzt sein werden Altersgruppen ab 75 Jahre. Unter Frauen dürften 75- bis unter 85-Jährige im Jahr 2046 sogar die am stärksten vertretenen Altersgruppen überhaupt bilden.

Die bereits dargestellten Ergebnisse in Bezug auf die für eine Erwerbstätigkeit vorrangig relevanten Altersgruppen der 20- bis unter 70-Jährigen fasst die nachfolgende Abbildung 4 zusammen.

Bevölkerung 20 bis unter 70 Jahre in den Jahren 2006, 2026, 2046

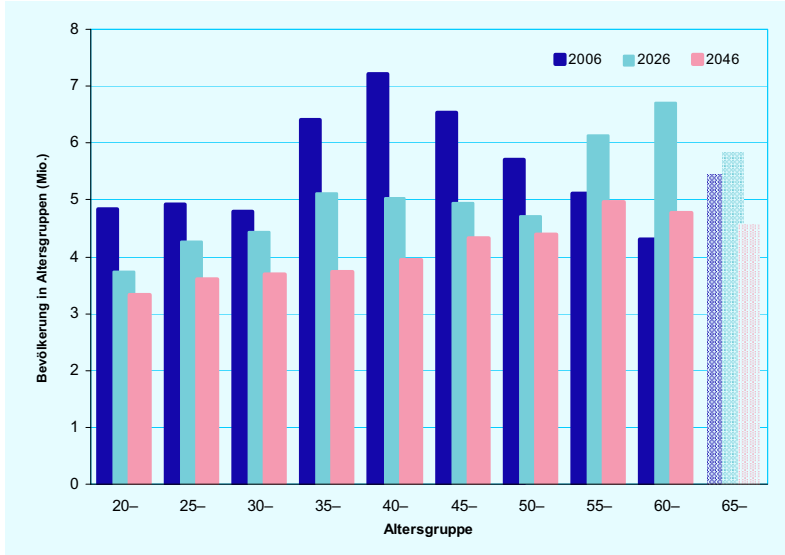


Abbildung 4 (Darstellung nach Ergebnissen von Modellrechnungen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006)

Die Gruppe der 20- bis unter 35-Jährigen umfasste 2006 in Deutschland 14,56 Millionen Menschen. Ihr Anteil an allen Personen im „klassischen“ Erwerbsalter zwischen 20 und 64 Jahren betrug 29 Prozent. Bei weitgehend unveränderter anteiliger Bedeutung wird sich diese Gruppe bis 2026 auf 12,43 Millionen und bis 2046 weiter auf 10,63 Millionen Personen verkleinern.

Der Gruppe der 35- bis unter 50-Jährigen waren 2006 demgegenüber 20,15 Millionen Personen und damit 40 Prozent aller 20- bis 64-Jährigen zuzurechnen. Der Anteil entsprechender Altersgruppen wird bis 2026 auf 33 Prozent bei dann nur noch 15,08 Millionen Personen sinken. 2046 werden diesen Altersgruppen nur noch 12,02 Millionen zuzuordnen sein.

Die Zahl der 50- bis unter 65-Jährigen steigt demgegenüber von 15,12 Millionen im Jahr 2006 (entsprechend einem Anteil von 30 Prozent) bis 2026 auf 17,54 Millionen Personen (entsprechend einem Anteil von 39 Prozent).

Bei weitgehend unveränderter anteiliger Bedeutung wird diese Gruppe im Jahr 2046 voraussichtlich noch 14,16 Millionen Personen umfassen.

Im Jahr 2006 lebten in Deutschland insgesamt 49,83 Millionen Personen, die den für eine Erwerbsbeteiligung vorrangig relevanten Altersgruppen der 20- bis unter 65-Jährigen zuzurechnen waren. Die Anzahl von Personen in entsprechenden Altersgruppen wird bis 2026 voraussichtlich um 9,6 Prozent beziehungsweise um 4,78 Millionen auf 45,05 Millionen sinken, wobei es zu der bereits dargestellten deutlichen Verschiebung der Altersverteilung kommt. Von 2026 auf 2046 dürfte der Rückgang mit einer weiteren Abnahme der Bevölkerungszahl in entsprechenden Altersgruppen um 8,25 Millionen Personen auf dann 36,80 Millionen Personen noch erheblich deutlicher ausfallen. Die Bevölkerung im typischen Erwerbsalter würde nach dieser Modellrechnung in Deutschland von 2006 bis 2046 also um etwa 13 Millionen Personen zurückgehen, was einem Rückgang um 26 Prozent entspricht. Im gleichen Zeitraum dürfte die Gesamtbevölkerung lediglich um 11,6 Millionen Personen von 82,3 Millionen im Jahr 2006 auf 70,7 Millionen Einwohner im Jahr 2046 sinken, da in den Altersgruppen ab 75 Jahre eine erhebliche Zunahme der Population zu erwarten ist (vgl. auch Abbildung 3 auf Seite 22).

Erwerbsbeteiligung – mögliche mittelfristige Veränderungen

Neben der Bevölkerungsentwicklung in relevanten Altersgruppen bildet die Entwicklung der Erwerbsbeteiligung eine weitere wesentliche Determinante für die absolute Größe und Alterszusammensetzung der zukünftigen Population der Erwerbstätigen beziehungsweise der Erwerbspersonen.

Erwerbsbeteiligung – Abgrenzung und aktuelle Zahlen.

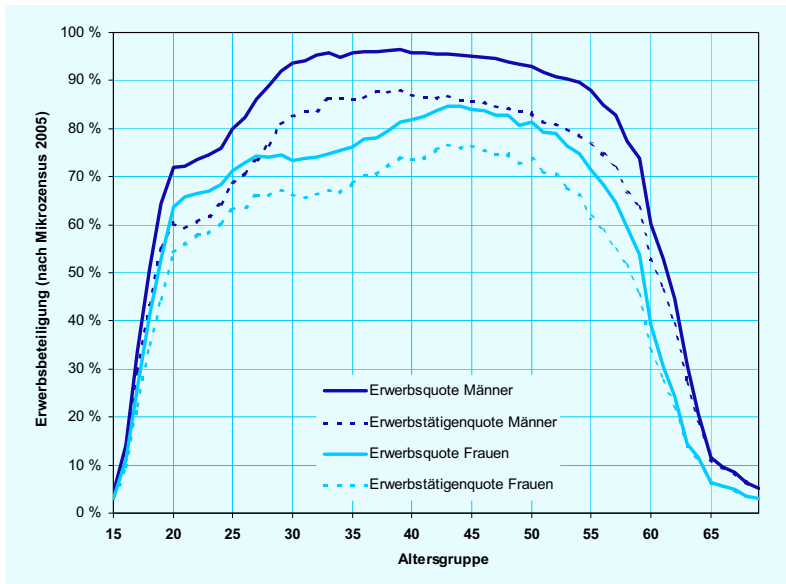
Unter Erwerbsbeteiligung wird üblicherweise eine Teilnahme am Erwerbsleben im Sinne einer beruflichen Tätigkeit beziehungsweise das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses für einen Lohn oder ein sonstiges Entgelt verstanden, wobei die Tätigkeit im Hinblick auf Art und Umfang allerdings im Einzelfall recht unterschiedlich aussehen kann.

Ein gängiges Maß für die Erwerbsbeteiligung ist die **Erwerbstätigenquote**, die den Anteil der Erwerbstätigen an allen Personen einer bestimmten Gruppe (z. B. einer Altersgruppe der Bevölkerung) angibt.

Mit der gleichfalls gebräuchlichen **Erwerbsquote** wird demgegenüber der Anteil der Erwerbspersonen (also der Erwerbstätigen **und** der Erwerbslosen) an einer Bevölkerungsgruppe angegeben.¹ Die Erwerbsquote erfasst damit also den Anteil der Personen, die bei einer günstigen Arbeitsmarktsituation nach eigenem Bekunden am Erwerbsleben teilnehmen würden.

Angaben zur Erwerbsbeteiligung in Deutschland beruhen vorrangig auf den Daten des Mikrozensus, einer jährlich durchgeführten amtlichen Befragung von ca. 380.000 Haushalten, die eine einprozentige Stichprobe der deutschen Bevölkerung bilden.

Erwerbsbeteiligung in Deutschland 2006 (nach Ergebnissen des Mikrozensus 2005 – Quelle: Statistisches Bundesamt)



Nach Erhebungsergebnissen des Mikrozensus lag gemäß Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Erwerbspersonen im Jahr 2005 in Deutschland bei 41,15 Millionen. Bei 82,5 Millionen Einwohnern lässt sich

¹ Vgl. z. B. Glossar in: Statistisches Bundesamt (2002). 10 Jahre Erwerbsleben in Deutschland. Zeitreihen zur Erwerbsbeteiligung 1991 bis 2001. Band 1 – Allgemeiner Teil (im Internet unter www.destatis.de verfügbar).

daraus unter Einbeziehung aller Altersgruppen eine Erwerbsquote von 49,9 Prozent errechnen.²

Die Erwerbsbeteiligung beschränkt sich im Wesentlichen auf die Altersgruppen der 15- bis unter 65-Jährigen. Die Erwerbsquote bei Männern in dieser Altersgruppe wird vom Statistischen Bundesamt für 2005 mit 80,4 Prozent angegeben, bei Frauen in entsprechenden Altersgruppen lag sie bei 66,8 Prozent. Eine differenzierte Übersicht zu altersspezifischen Erwerbs- bzw. Erwerbstätigenquoten bei Männern und Frauen nach Ergebnissen des Mikrozensus gibt 0.

Unter Männern erreichte die Erwerbsquote 2005 in den Altersgruppen zwischen 29 und unter 54 Jahren einen Wert von über 90 Prozent, die 95-Prozent-Grenze wurde von den Altersgruppen zwischen 35 und unter 46 Jahren überschritten. Bedingt durch eine relativ hohe Arbeitslosigkeit lag die Erwerbstätigenquote in der Regel in einzelnen Altersgruppen knapp 10 Prozent niedriger.

Die Erwerbsquote von Frauen lag 2005 durchgängig unter der von Männern. Deutliche Unterschiede finden sich ab einem Alter von 25 Jahren. Die größten Differenzen zwischen Männern und Frauen finden sich im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, also in Altersgruppen, die typischerweise mit der Kinderbetreuung befasst sind. In entsprechenden Gruppen lag die Erwerbsbeteiligung von Frauen 2005 etwa 20 Prozentpunkte unter derjenigen von Männern. Im Alter zwischen 45 und 50 Jahren differiert die Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen demgegenüber nur um etwa 10 Prozentpunkte.

In Abbildung 5 sind Ergebnisse zur Erwerbsbeteiligung der Subgruppe der 50- bis unter 70-Jährigen nochmals gesondert dargestellt. Insbesondere die Altersgruppen ab 55 Jahre werden im Jahr 2026 in Deutschland ausgesprochen stark vertreten sein (vgl. auch Abbildung 2 zur Bevölkerungsentwicklung).

² Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2006). Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit 2005 – Band 2 – Deutschland – Fachserie 1 Reihe 4.1.1.

Erwerbsbeteiligung in Deutschland 2005 Altersgruppen 50 bis 69

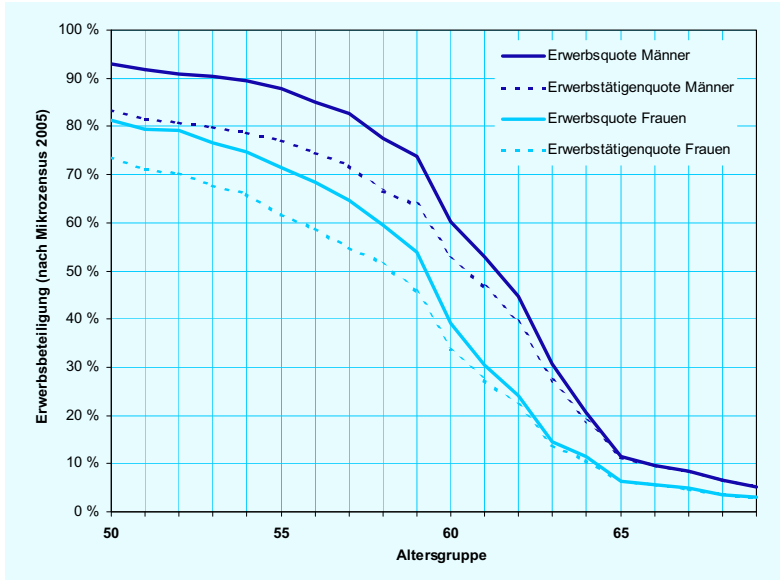


Abbildung 5 (nach Ergebnissen des Mikrozensus 2005 – Quelle: Statistisches Bundesamt)

Nach Vollendung des 50. Lebensjahres zeigt sich bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ein stetiger Rückgang der Erwerbsbeteiligung. Insbesondere ab einem Alter von 60 Jahren sinkt die Erwerbsbeteiligung nach Statistiken auch aus den vergangenen Jahren rasch ab. So lag die Erwerbsquote 2005 bei 50- bis 54-jährigen Männern und Frauen bei 91 Prozent bzw. 78 Prozent, bei den 55- bis 59-Jährigen betrug sie noch 82 Prozent bzw. 64,5 Prozent. Demgegenüber ließ sich für die 60- bis 64-Jährigen lediglich eine Erwerbsquote von 40,5 Prozent bei Männern und 23 Prozent bei Frauen errechnen. Im Alter von 64 Jahren konnten nur noch 21 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen dem Kreis der Erwerbspersonen zugerechnet werden.

Offensichtlich ist, dass jenseits des 60. Lebensjahres die Erwerbsbeteiligung in Deutschland zurzeit recht gering ist. Nur eine kleine Minderheit geht bis zum Erreichen des regulären bisherigen Renteneintrittsalters von 65 Jahren einer Erwerbsarbeit nach oder sucht aktiv eine Erwerbsarbeit.

Weiter differenzierte Betrachtung der aktuellen Erwerbsbeteiligung.

Wie einleitend bereits angedeutet, beschreibt die Erwerbstätigenquote den Beitrag einer Populationsgruppe zur Erwerbsarbeit nur unvollständig. Geringfügig Beschäftigte werden in den vorausgehend dargestellten Statistiken (wie international bei entsprechenden Statistiken üblich) genauso als Erwerbstätige berücksichtigt wie Vollzeitbeschäftigte. **Erwerbstätige** sind gemäß Operationalisierung im Mikrozensus und in Anlehnung an das Konzept der ILO³ alle „Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die im Berichtszeitraum wenigstens 1 Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschl. Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben“. Als Berichtszeitraum gilt dabei die der Befragung vorausgehende Kalenderwoche. Wer in dieser Woche mindestens eine Stunde für ein Entgelt gearbeitet hat, gilt demnach bereits als Erwerbsperson. Differenziertere Aussagen zur Verteilung der Erwerbsarbeit setzen, neben einer Zählung von Personen mit Erwerbsbeteiligung, also zusätzlich die Berücksichtigung der individuell geleisteten **Arbeitszeit** voraus. Eine entsprechende Differenzierung führt bei bestimmten Gruppen zu einer veränderten Einschätzung der Situation.⁴ So liegt der Anteil von Teilzeitbeschäftigten (inklusive geringfügig Beschäftigter) an allen Beschäftigten bei Frauen zurzeit erheblich höher als bei Männern. In den alten Bundesländern lag er 2004 nach Berechnungen des IAB unter Frauen bei 51 Prozent, in den neuen Bundesländern bei 38 Prozent. Die Teilzeitquote unter Männern lag 2004 demgegenüber lediglich bei 15 Prozent (West) bzw. 17,5 Prozent (Ost).

Bei beiden Geschlechtern lassen sich relativ hohe Anteile von Teilzeitbeschäftigten zudem bei Eintritt in das Berufsleben sowie in den Jahren vor einem Ausscheiden aus dem Berufsleben ab einem Alter von etwa 60 Jahren feststellen. Die Teilzeitquote lag nach Berechnungen des IAB unter erwerbstätigen Frauen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren 2004 bei etwa 75 Prozent, unter Männern bei etwa 45 Prozent. Insbesondere in

³ 1982 in Genf auf der 13. Internationalen Konferenz der Arbeitsstatistiker beschlossenes und auf der 16. Konferenz 1998 überarbeitetes und ergänztes „Labour Force Konzept“ der International Labour Organization (ILO).

⁴ Wagner, Susanne (2006). Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und Arbeitsvolumen nach Geschlecht und Altersgruppen * Ergebnisse der IAB-Arbeitszeitrechnung nach Geschlecht und Alter für die Jahre 1991–2004. IAB-Forschungsbericht Nr. 2/2006 (im Internet unter www.iab.de verfügbar).

diesen Gruppen wäre theoretisch also noch eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung im Sinne einer Erhöhung der geleisteten Arbeitsstunden denkbar, die über die Effekte einer Erhöhung der zuvor dargestellten Erwerbstätigenquote hinausgeht. Ob dies von den betroffenen Gruppen oder gesellschaftlich gewünscht wird, ist dabei eine andere Frage, die ihrerseits maßgeblich von den allgemeinen Rahmenbedingungen und insbesondere vom Angebot auf dem Arbeitsmarkt abhängen dürfte.

Zukünftige Erwerbsbeteiligung – Modellrechnungen.

Im Gegensatz zur Bevölkerungsstruktur lässt sich die mittelfristige Entwicklung der Erwerbsbeteiligung nur schwer vorhersagen. Der Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter dürfte, zumindest bei positiver konjunktureller Entwicklung, mittelfristig zu einer verstärkten Nachfrage nach den verbleibenden Arbeitskräften und damit tendenziell zu einer höheren Erwerbsbeteiligung führen. In die gleiche Richtung wird sich die bereits beschlossene schrittweise Anhebung des abschlagsfreien Renteneintrittsalters auf 67 Jahre auswirken, die ab 2012 wirksam wird und nach den jetzigen Bestimmungen in der vollständigen Ausprägung als ersten den Geburtsjahrgang 1964 im Jahre 2029 betreffen wird, der dann, statt mit 65 Jahren in Rente gehen zu können, regulär noch zwei weitere Jahre bis 2031 für den Erhalt einer abschlagsfreien Rente arbeiten muss. Anhaltspunkte für die zukünftige Entwicklung der Erwerbsbeteiligung und die daraus ableitbaren Einflüsse auf den Umfang und die Struktur der zukünftigen Erwerbspersonpopulationen können Modellrechnungen liefern.

Modell V-O: konstante Erwerbsquoten.

Eine mittelfristig wenig realistische, aber dennoch aufschlussreiche Annahme für Modellrechnungen besteht darin, auch für die folgenden Jahrzehnte von altersspezifisch unveränderten Erwerbsquoten auszugehen. Ermittelt wird dabei, welche Veränderungen allein aus demografisch bedingten Verschiebungen resultieren, sofern sich die Bevölkerung konstant und unverändert wie in den vergangenen Jahren am Erwerbsleben beteiligen würde. Die Ergebnisse entsprechender Berechnungen, aufbauend auf der Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes in der Variante 1-W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) sowie der Annahme einer Erwerbsquote gemäß Mikrozensusergebnissen aus dem Jahr 2005, zeigt Abbildung 6.

Erwerbspersonen in Deutschland 2006 bis 2046 (V-O)

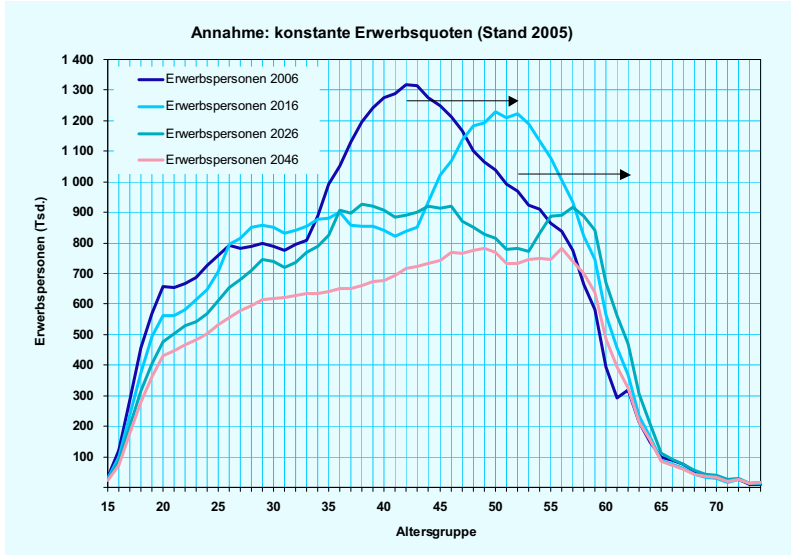


Abbildung 6 (Zahl der Erwerbspersonen in Altersgruppen unter Annahme einer gleichbleibenden altersspezifischen Erwerbsquote gemäß Mikrozensus, Stand 2005)

Abbildung 6 zeigt die erwartete Altersstruktur der Erwerbspersonen nach entsprechenden Modellannahmen mit unveränderten Erwerbsquoten für die Jahre 2006, 2016, 2026 sowie 2046.

In den zehn Jahren zwischen 2006 und 2016 kommt es, bedingt durch eine Verschiebung der geburtenstarken Jahrgänge in höhere Altersgruppen, vorrangig zu einer Veränderung der Altersstruktur unter den Erwerbspersonen (vgl. hellblaue Linie). Die Gesamtzahl der Erwerbspersonen bleibt demgegenüber zunächst verhältnismäßig konstant, sie würde bei unveränderter Erwerbsquote zwischen 2006 und 2016 um lediglich 1,6 Millionen auf 39,5 Millionen bzw. 96,1 Prozent des Ausgangswertes von 2006 sinken.

Bis 2026 erreichen die geburtenstarken Jahrgänge bereits Altersgruppen, die bislang nur eine geringe Erwerbsbeteiligung aufweisen (vgl. grüne Linie). Bei unveränderter altersspezifischer Erwerbsquote würde die Zahl der Erwerbspersonen bis 2026 gegenüber 2006 um 5,8 Millionen bzw. 14,1 Prozent auf dann nur noch 35,3 Millionen sinken. Bereits zu diesem

Zeitpunkt übersteigt der demografisch bedingte Rückgang der Erwerbspersonenzahlen deutlich die aktuelle Zahl der Arbeits- bzw. Erwerbslosen.

Bis 2046 würde die Zahl der Erwerbspersonen bei unveränderter Erwerbsquote schließlich auf nur noch 29,2 Millionen sinken. Gegenüber 2006 wäre dies ein Rückgang um 29 Prozent bzw. um 11,9 Millionen.

Modell V-1: Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre.

Nach den bisherigen Plänen wird das reguläre Renteneintrittsalter, beginnend ab dem Jahr 2012, von bislang 65 Jahren bis 2023 um ein Jahr auf 66 Jahre und bis 2029 um ein weiteres Jahr auf dann 67 Jahre ansteigen.

Bis zum Jahr 2016 wird das Eintrittsalter (dann für den Geburtsjahrgang 1951) erst um fünf Monate angehoben sein. Innerhalb der nächsten zehn Jahre ist mit gravierenden Veränderungen, die sich allein aus den Regelungen zum Renteneintrittsalter ableiten ließen, nicht zu rechnen. Die in Abbildung 6 dargestellten Modellrechnungsergebnisse zum Jahr 2016 würden sich demnach kaum verändern.

Die zu erwartenden direkten Auswirkungen der Regelungen zum Renteneintrittsalter in den Jahren 2023, 2026 sowie 2029 sind in Abbildung 7 dargestellt. Die zugehörigen Modellrechnungen beruhen auf der vereinfachten Annahme, dass sich die Erwerbsbeteiligung ab einem Lebensalter von 44 Jahren (mit relativ hoher Erwerbsbeteiligung bei beiden Geschlechtern) durch die Regelung verschieben wird, und zwar in dem Sinne, dass bei vollständiger Umsetzung im Jahr 2029 jede Altersgruppe über 44 Jahre die Erwerbsbeteiligung aufweist, die nach den Basisangaben aus dem Jahr 2005 für eine jeweils zwei Jahre jüngere Altersgruppe ermittelt wurde. Für 67-Jährige im Jahr 2029 wird also eine Erwerbsquote wie bei 65-Jährigen im Basisjahr angenommen usw. Insgesamt erscheint diese Annahme insofern zur Abschätzung von alleinigen Auswirkungen der Erhöhung des Renteneintrittsalters als realistisch, als dass das aktuelle Berentungsgeschehen im Wesentlichen lediglich um zwei Jahre in ein höheres Alter verschoben wird, wobei Tendenzen zum vorzeitigen Renteneintritt zunächst unverändert auf einem entsprechend erhöhten Altersniveau fortgeschrieben werden.

Erwerbspersonen in Deutschland 2006, 2023, 2026 und 2029 (V-1)

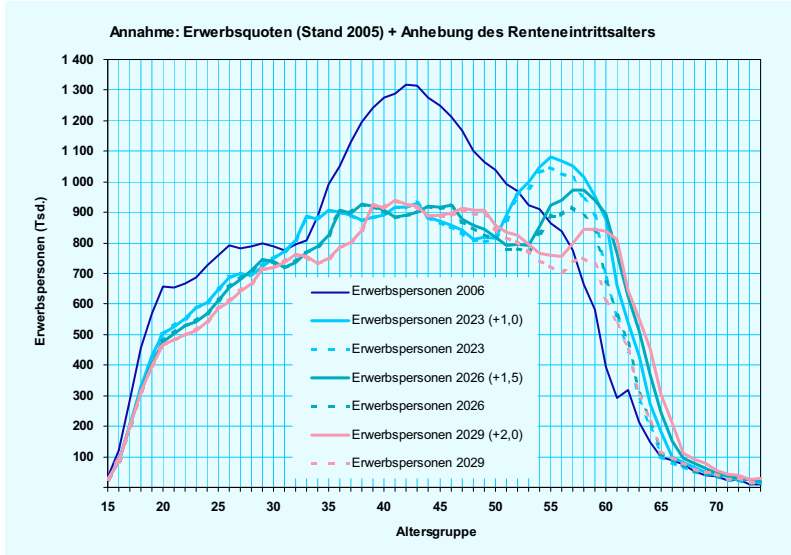


Abbildung 7 (Zahl der Erwerbspersonen in Altersgruppen unter Berücksichtigung der Anhebung des Renteneintrittsalters, ansonsten Annahme einer gleichbleibenden altersspezifischen Erwerbsquote gemäß Mikrozensus, Stand 2005)

Die in Abbildung 7 dargestellten Modellrechnungen zu Auswirkungen der Erhöhung des Renteneintrittsalters zeigen einen Anstieg der Erwerbspersonenpopulation insbesondere in den oberen Altersgruppen (vgl. auch gestrichelt dargestellte Linien, die Erwerbspersonenzahlen bei einfacher Fortschreibung bisheriger altersspezifischer Erwerbsquoten gemäß Variante 0 repräsentieren).

Tabelle 1 verdeutlicht die erwarteten Auswirkungen der Erhöhung des Renteneintrittsalters gemäß Modellrechnung V1 bis 2029 auf die Gesamtzahl der Erwerbspersonen. Während diese ohne eine entsprechende Anpassung des Renteneintrittsalters bei konstanter Erwerbsquote von 41,1 Millionen im Jahr 2006 um 17,5 Prozent auf 33,9 Millionen Personen im Jahr 2029 sinken würde, dürfte sie demgegenüber im Zuge der Einführung der Rente mit 67 im Jahr 2029 noch bei 36,1 Millionen und damit um mehr als zwei Millionen Personen höher liegen. Der anteilige Rückgang der

Erwerbspersonenzahl würde unter diesen Bedingungen lediglich 12,3 Prozent betragen, was allerdings immer noch einem absoluten Rückgang der Erwerbspersonenzahl von 2006 bis 2029 um fünf Millionen entspricht. Mittelfristig dürfte ohne eine anderweitige Steigerung der Erwerbsbeteiligung oder erhebliche Wanderungsbewegungen die Zahl der Erwerbspersonen also trotz der Einführung der Rente mit 67 noch merklich sinken.

Bei einer weiteren Fortschreibung der Modellrechnung gemäß Variante 1 läge die Zahl der Erwerbspersonen im Jahr 2046 bei 30,94 Millionen, ohne Berücksichtigung eines veränderten Renteneintrittsalters würde sie dann bei 29,24 Millionen liegen (Angaben nicht gesondert in der Tabelle aufgeführt).

Erwerbspersonen in Deutschland 2006, 2023, 2026 und 2029

Gruppe, Annahme	2006	2023	2026	2029
V0 – Erwerbspersonen gesamt (Mio.), Erwerbsquote 2005, unverändertes Renteneintrittsalter	41,11	36,78	35,31	33,92
Veränderung Erwerbspersonenzahl (2006 = 100 %)	100 %	89,5 %	85,9 %	82,5 %
V1 – Erwerbspersonen gesamt (Mio.), Erwerbsquote 2005, Renteneintrittsalter bis 2029 auf 67 Jahre	41,11	37,89	36,99	36,07
Veränderung Erwerbspersonenzahl (2006 = 100 %)	100 %	92,2 %	90,0 %	87,7 %
Differenz Variante 1: Erhöhung Renteneintrittsalter - Variante 0: konstante Erwerbsquote (Mio.)	0,00	1,12	1,68	2,15
Abweichung der Veränderung V1, V0 (Prozentpunkte)	0,0 %	2,7 %	4,1 %	5,2 %

Tabelle 1 : Annahmen zu altersspezifischen Erwerbsquoten gemäß Mikrozensus, Stand 2005; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes 2006

Altersspezifische Gesundheitsprobleme bei Erwerbspersonen

Wie bereits Routineauswertungen des Gesundheitsreports zeigen, sind Personen im fortgeschrittenen Erwerbsalter durchschnittlich innerhalb eines Jahres etwa doppelt so viele Tage krankgeschrieben wie Personen aus mittleren Altersgruppen (vgl. Abbildung 25 auf Seite 64). Die höheren durchschnittlichen Fehlzeiten von älteren Erwerbspersonen resultieren dabei in erster Linie aus einer längeren durchschnittlichen Dauer der einzelnen Erkrankungsfälle, während die Krankschreibungshäufigkeit bei älteren Erwerbspersonen kaum über der von Erwerbspersonen aus mittleren Altersgruppen und noch unter der bei jüngeren Erwerbspersonen liegt. Ältere Erwerbspersonen benötigen im Falle einer Krankschreibung in erster Linie also mehr Zeit zur Genesung als jüngere, was auch als Hinweis auf schwerwiegendere Erkrankungen in höherem Alter interpretiert werden kann. Weitere Einblicke können diagnosebezogene Auswertungen liefern.

Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten

In Abbildung 8 werden diagnosespezifische Fehlzeiten in drei Altersgruppen für Erkrankungen nach Diagnosekapiteln der ICD, also nach einer ersten Aufgliederung der Erkrankungen in unterschiedliche, zumeist organbezogene Bereiche verglichen:

- Die Gruppe der 25- bis 29-jährigen Erwerbspersonen bildet bei beiden Geschlechtern die Gruppe, die diagnoseübergreifend die geringsten Fehlzeiten aufweist.
- Die Gruppe der 40- bis 44-Jährigen wird in den Daten zum Jahr 2006 durch die Babyboomer-Generation gebildet und stellt insofern eine dominierende Altersgruppe unter den Erwerbspersonen dar.
- Die Gruppe der 55- bis 59-Jährigen ist in den Daten zum Jahr 2006 demgegenüber noch relativ schwach vertreten. Diese Altersgruppe weist diagnoseübergreifend die höchsten durchschnittlichen Fehlzeiten auf.

Die Beobachtung, dass in der Altersgruppe direkt vor Erreichen des regulären Renteneintrittsalters tendenziell geringere Fehlzeiten als unter den 55- bis 59-Jährigen beobachtet werden, dürfte in bisherigen Daten, bei einer verhältnismäßig geringen Erwerbsbeteiligung, maßgeblich auch durch Selektionseffekte und Regelungen wie die Möglichkeit zur Altersteilzeit

beeinflusst sein. Insofern sind Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten bei den 60- bis 64-Jährigen nur eingeschränkt mit Angaben aus anderen Altersgruppen vergleichbar, sofern diese als Indikatoren für die gesundheitliche Situation interpretiert werden sollen. Die Angaben zu den 55- bis 59-Jährigen dürften daher die gesundheitliche Situation von älteren Erwerbspersonen besser wiedergeben. Zahlenangaben, auch zu geschlechtsspezifischen Ergebnissen, der Auswertungen nach Diagnosekapiteln in den drei jetzt berücksichtigten Altersgruppen sind in Tabelle A29 auf Seite 146 aufgelistet.

AU-Tage je 100 VJ nach ICD10-Diagnosekapiteln in Altersgruppen

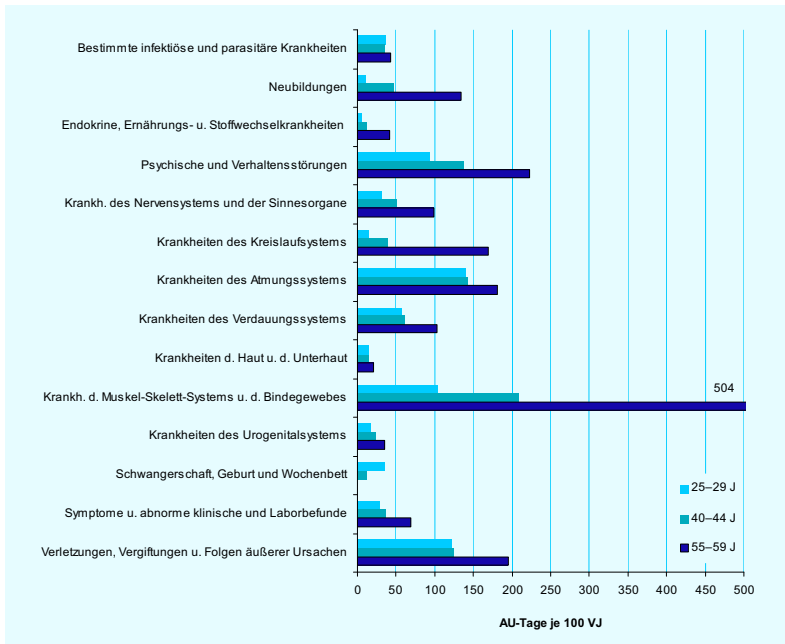


Abbildung 8 (Erwerbspersonen TK 2006, Männer und Frauen anteilig in Altersgruppen gemäß Erwerbspersonenzahlen nach Mikrozensus 2005 berücksichtigt; Balken mit Zahlenangabe verkürzt dargestellt)

Offensichtlich wird in Abbildung 8, dass ältere Erwerbspersonen in allen relevanten Diagnosekapiteln unter Ausklammerung des Themas Schwangerschaften höhere durchschnittliche Fehlzeiten aufweisen als jüngere

Erwerbspersonen. Dabei sind die Differenzen zwischen den Altersgruppen in einzelnen Diagnosekapiteln allerdings sehr unterschiedlich ausgeprägt:

- Verhältnismäßig geringe altersabhängige Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf Fehlzeiten unter der Diagnose von infektiösen Krankheiten sowie unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems, welche maßgeblich aus einfachen Erkältungskrankheiten resultieren.
- Die größte absolute Differenz zeigt sich im Hinblick auf Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, die ihrerseits maßgeblich aus Rückenbeschwerden im weiteren Sinne resultieren. Während eine Erwerbsperson im Alter zwischen 25 und 29 Jahren 2006 durchschnittlich lediglich etwa einen Tag krankgeschrieben war, war eine Erwerbsperson aus der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen innerhalb des Jahres fünf Tage unter entsprechenden Diagnoseangaben krankgeschrieben (was dem in der Abbildung angegebenen Zahlenwert von 504 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre entspricht).
- Ausgesprochen große **relative Unterschiede** zwischen jungen und älteren Erwerbspersonen zeigen sich im Hinblick auf Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen, Stoffwechselkrankheiten sowie bei Krankheiten des Kreislaufsystems. Bei diesen drei Diagnosekapiteln überschreiten die Fehlzeiten bei 55- bis 59-Jährigen die Fehlzeiten von 25- bis 29-Jährigen um die **Faktoren 12,1** (Neubildungen), **8,6** (Stoffwechselkrankheiten) sowie **12,2** (Krankheiten des Kreislaufsystems). Entsprechende Erkrankungen sind in jüngeren Altersgruppen ausgesprochen selten, erlangen aber im fortgeschrittenen Erwerbspersonenalter durchaus eine Bedeutung auch im Hinblick auf die hier zunächst ausschließlich betrachteten Arbeitsunfähigkeiten.

Arzneiverordnungen als Indikatoren für Gesundheitsprobleme.

Verordnungen von Arzneimitteln erlauben, in Abhängigkeit vom Indikationsspektrum der jeweils betrachteten Substanzen oder Substanzgruppen, mehr oder minder direkte Rückschlüsse auf Erkrankungen. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der altersabhängig unterschiedlichen Häufigkeit von Arzneiverordnungen, um damit weitere Hinweise auf altersspezifische Gesundheitsprobleme aufzuzeigen. Entsprechende Auswertungen können insbesondere zu den Erkrankungen ergänzende Informationen liefern, deren Vorliegen trotz einer Indikation zur medikamentösen Behandlung nicht regelmäßig zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

Arzneiverordnungen lassen sich hinsichtlich ihres Indikationsspektrums auf unterschiedlichen Ebenen gruppieren. Eine erste übergeordnete Ebene für eine entsprechende Zuordnung bilden anatomische Gruppen des ATC-Schlüssels (vgl. Ausführungen im Anhang zu Klassifikationen). Diese fassen jeweils Arzneimittel zusammen, die für die Behandlung bestimmter Organsysteme, also beispielsweise zur Behandlung von Erkrankungen des Kreislaufsystems, indiziert sind. Entsprechend erlaubt die Information über eine Arzneiverordnung aus einer bestimmten Gruppe einen Rückschluss auf das Vorliegen von gesundheitlichen Problemen, die ein bestimmtes Organsystem betreffen (im genannten Beispiel das Kreislaufsystem).

Abbildung 9 zeigt den Anteil der Erwerbspersonen in drei unterschiedlichen Altersgruppen, die innerhalb eines Jahres jeweils von mindestens einer Verordnung eines Arzneimittels aus einer bestimmten ATC-Gruppe betroffen waren. Die vollständigen Zahlenangaben sowie geschlechtsspezifische Ergebnisse sind in Tabelle A30 auf Seite 147 im Tabellenanhang enthalten.

Offensichtlich ist, dass ältere Erwerbspersonen von Arzneiverordnungen aus nahezu allen Arzneimittelgruppen häufiger als Erwerbspersonen aus jüngeren Altersgruppen betroffen sind. Eine relevante Ausnahme bilden Antinfektiva zur systemischen Anwendung (überwiegend Antibiotika), die in allen Altersgruppen vergleichbar häufig verordnet werden. Entsprechende Arzneimittel erhielten etwa 30 Prozent aller Erwerbspersonen mindestens einmalig innerhalb des Jahres 2006. Geringe altersabhängige Unterschiede zeigen sich zudem bei Verordnungen zur Behandlung von Erkrankungen des Respirationstraktes, also bei Atemwegstherapeutika.

Anteil Erwerbspersonen mit Arzneverordnungen in Altersgruppen

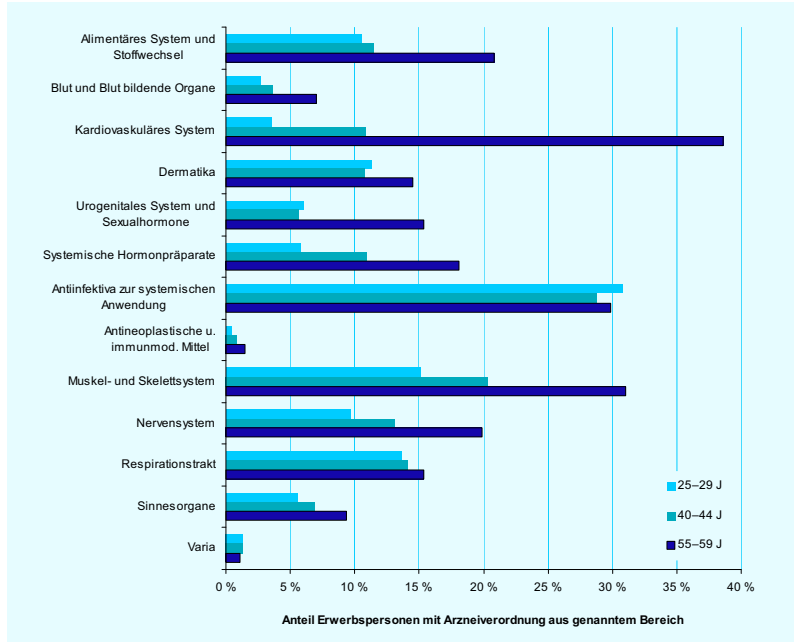


Abbildung 9 (Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2006 und mehr als 182 Versicherungstagen; TK 2006, Männer und Frauen anteilig in Altersgruppen gemäß Erwerbspersonenzahlen nach Mikrozensus 2005 berücksichtigt)

Im Hinblick auf viele Arzneimittelgruppen sind innerhalb eines Jahres 55- bis 59-Jährige etwa doppelt so häufig wie 25- bis 29-Jährige von einer Verordnung betroffen. Erheblich stärkere Unterschiede zeigen sich allerdings bei Verordnungen, die das Herz-Kreislauf-System betreffen. Während in jüngeren Altersgruppen weniger als 4 Prozent der Erwerbspersonen entsprechende Verordnungen erhalten, sind es unter den 55- bis 59-Jährigen knapp 40 Prozent und damit elfmal mehr.

Noch deutlichere altersabhängige Unterschiede zeigen sich bei Auswertungen zur Anzahl der jährlich verordneten Tagesdosen (vgl. Tabelle A31 sowie Abbildung 57 ab Seite 148 im Anhang). Dies lässt sich darauf zurückführen, dass in höheren Altersgruppen chronische Erkrankungen eine größere Rolle spielen und entsprechend Medikamente oftmals über längere Zeiträume (mit einer entsprechend hohen Zahl an Tagesdosen) verordnet

werden. In der Summe über alle Verordnungen erhielten 25- bis 29-Jährige im Durchschnitt 2006 insgesamt 59 Tagesdosen an Arzneimitteln, bei den 55- bis 59-Jährigen wurden durchschnittlich 412 Tagesdosen verordnet. Etwa die Hälfte des Verordnungsvolumens entfiel mit 204 Tagesdosen in dieser Altersgruppe allein auf Arzneimittel zur Behandlung des Kreislaufsystems. Insbesondere unter Männern im fortgeschrittenen Erwerbspersonalter dominiert diese Arzneimittelgruppe das Verordnungsgeschehen mit großem Abstand.

Verordnungsraten zu ausgewählten Arzneimitteln.

Auswertungen zu häufig verordneten Arzneimittelgruppen mit näher eingrenzbarer Indikationen zeigen, dass mit zunehmendem Alter insbesondere Arzneimittel zur Behandlung von kardiovaskulären Risikofaktoren im weiteren Sinne gehäuft verordnet werden.

- Während 2006 lediglich 0,5 Prozent der 25- bis 29-Jährigen ein Arzneimittel zur Behandlung des Diabetes Mellitus erhielten, waren es unter den 55- bis 59-Jährigen bereits 4,8 Prozent (vgl. Abbildung 10).
- 1,8 Prozent der Erwerbspersonen im Alter von 25 bis 29 erhielten 2006 ein Medikament mit blutdrucksenkender Wirkung, ein sogenanntes Antihypertensivum. In einer um 30 Jahre älteren Gruppe waren mit 33,7 Prozent mehr als ein Drittel aller Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres von einer entsprechenden Medikation betroffen (vgl. Abbildung 11).
- Einen Lipidsenker erhielten von den 25- bis 29-Jährigen lediglich 0,2 Prozent, unter den 55- bis 59-Jährigen war mit 9,9 Prozent bereits etwa jede zehnte Erwerbsperson betroffen (vgl. Abbildung 12).

Insbesondere von Diabetes und Fettstoffwechselstörungen sind, gemessen an den Verordnungsraten, Männer erheblich häufiger als Frauen betroffen. Bei der systematischen Durchsicht weiterer relevanter Arzneimittelgruppen mit eingrenzbarem Indikationsspektrum (vgl. Gesundheitsreport 2004, Seite 88 und 89) finden sich erhebliche altersabhängige Differenzen ansonsten noch im Hinblick auf Arzneimittel zur Behandlung der Gicht, die vorrangig Männer erhalten (vgl. Abbildung 13), sowie im Hinblick auf die Verordnung von weiblichen Geschlechtshormonen (Östrogene, ggf. in Kombination mit Gestagenen, vorrangig zur Behandlung von Beschwerden in der Menopause, vgl. Abbildung 58 auf Seite 150 im Anhang).

Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antidiabetika 2006

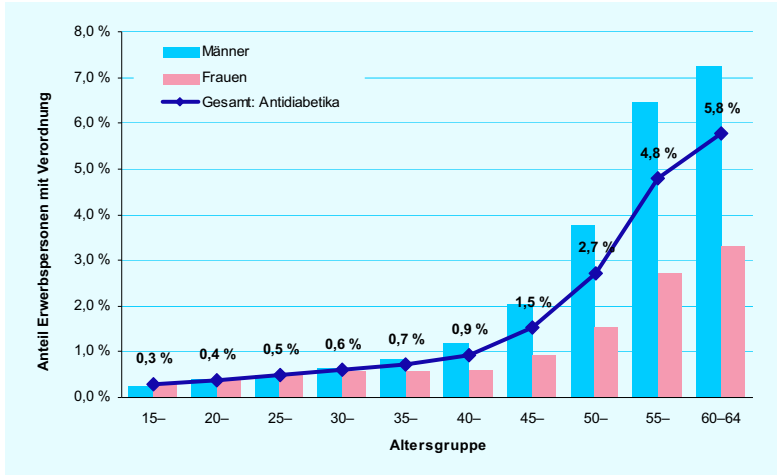


Abbildung 10 (Erwerbspersonen TK)

Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antihypertensiva 2006

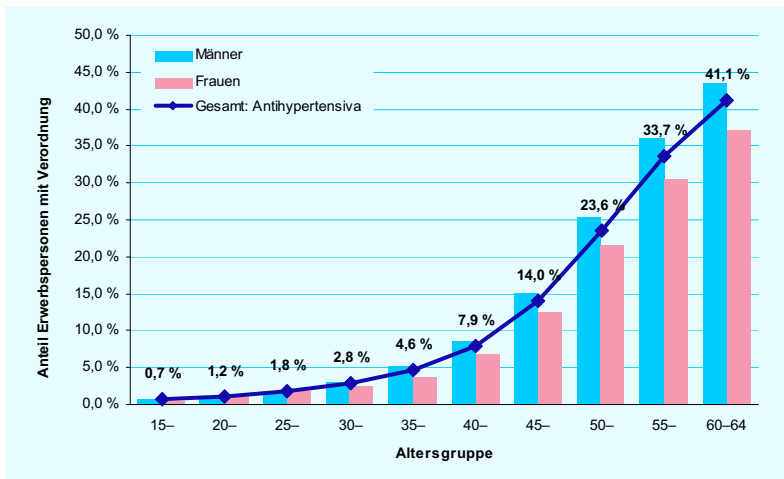


Abbildung 11 (Erwerbspersonen TK)

Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Lipidsenkern 2006

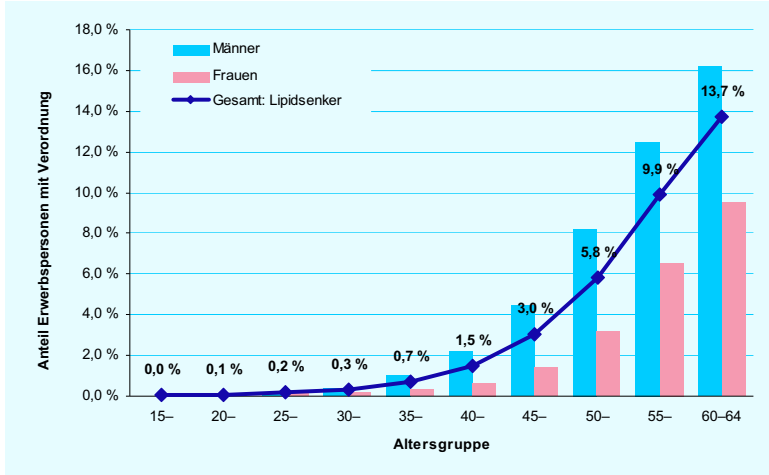


Abbildung 12 (Erwerbspersonen TK)

Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Gichtmitteln 2006

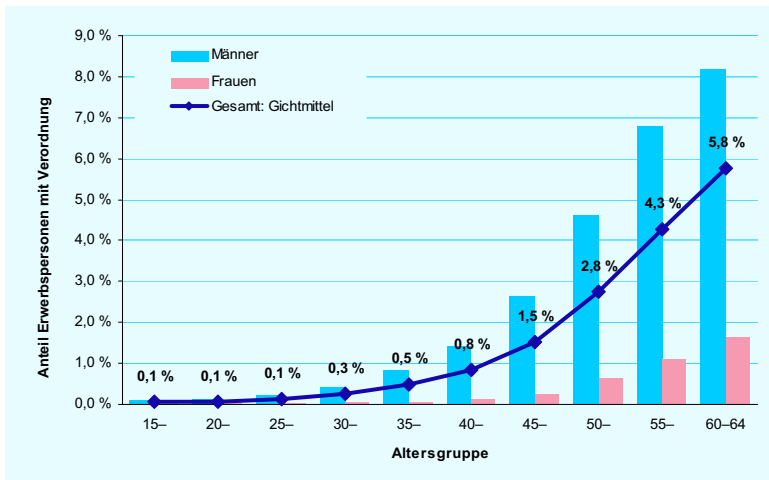


Abbildung 13 (Erwerbspersonen TK)

Die den vorausgehenden Abbildungen zugrunde liegenden Werte sind Tabelle A32 und Tabelle A33 im Anhang auf Seite 151 zu entnehmen.

Während die Verordnungsraten in Bezug auf weibliche Geschlechtshormone in den vergangenen Jahren im Zuge einer kritischen Diskussion erheblich zurückgegangen sind, sind die altersspezifischen Verordnungsraten in Bezug auf Antidiabetika, Antihypertensiva und Lipidsenker noch gestiegen. Ob dieser Anstieg vorrangig aus einer gestiegenen Erkrankungshäufigkeit (Erkrankungsprävalenz) oder aus erhöhten medikamentösen Behandlungsraten im Falle von entsprechenden Erkrankungen resultiert, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht geklärt werden. In jedem Fall dürfte jedoch auch in den kommenden Jahren bereits unabhängig von Veränderungen der Altersstruktur bei Erwerbspersonen tendenziell eher mit ansteigenden Behandlungsraten zu rechnen sein.

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Die demografische Entwicklung kann sich vorrangig über zwei Faktoren auf das Erkrankungsspektrum von Erwerbspersonen auswirken.

- Direkte Auswirkungen sind durch vorhersehbare Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung zu erwarten, die bereits innerhalb der nächsten zehn Jahre zu einem spürbar erhöhten Anteil von Erwerbspersonen in höheren Altersgruppen führen dürfte (vgl. Abbildung 6 auf Seite 30). Entsprechend ist mit einer anteilig größeren Bedeutung der Erkrankungen zu rechnen, die unter Erwerbspersonen vorrangig in höheren Altersgruppen auftreten.
- Mittel- bis langfristig ist in Deutschland zudem von einem spürbaren Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter auszugehen.

Die Auswirkungen der rückläufigen Bevölkerungszahlen auf die Geschlechts- und Altersstruktur einer zukünftigen Population von Erwerbspersonen und letztendlich auch deren effektive absolute Größe hängen dabei von vielen unterschiedlichen Faktoren ab, die zum Teil nur schwer vorhersehbar sind.

Zu den bereits absehbaren Faktoren bzw. Veränderungen mit Auswirkungen auf zukünftige Erwerbspersonenpopulationen zählt die Einführung der Rente mit 67. Sie dürfte bis zum Jahr 2029, dem ersten Jahr ihrer vollständigen Umsetzung, den Anteil der Älteren unter den Erwerbspersonen zusätzlich zu den demografischen Basiseffekten merklich erhöhen (vgl. Abbildung 7 und Tabelle 1 ab Seite 32). In den hier gezeigten Modellrechnungen zu Auswirkungen der Rente mit 67 wurde eine im Vergleich zu aktuellen Ergebnissen um zwei Jahre verschobene altersspezifische Erwerbsbeteiligung angenommen. Für Personen, die im Jahr 2029 beispielsweise 62 Jahre alt sein werden, wurde also für 2029 eine Erwerbsquote zugrunde gelegt, die in aktuellen Daten für 60-Jährige gilt. Entsprechend wird für das Jahr 2029 unter den dann 62-Jährigen bei Männern und Frauen von Erwerbsquoten von 60 bzw. 39 Prozent ausgegangen. Trotz einer Einführung der Rente mit 67 würden nach entsprechenden Annahmen im Alter von 65 Jahren auch 2029 lediglich 31 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen noch zu den Erwerbspersonen zählen (was den Erwerbsquoten von 63-Jährigen nach Angaben des Mikrozensus zum Jahr 2005 entspricht).

Das Vorgehen erscheint angemessen, um alleinige Effekte einer Erhöhung des regulären Renteneintrittsalters auf 67 Jahre abzuschätzen. Explizit nicht modelliert werden dabei jedoch Effekte von möglichen weiteren Einflüssen, wie beispielsweise Auswirkungen von restriktiv wirksamen Bestimmungen im Hinblick auf einen vorzeitigen Ruhestand, Einflüsse einer gesteigerten Nachfrage nach Arbeitskräften oder Einflüsse des Ausbaus von Kinderbetreuungsmöglichkeiten, die zu einer merklich erhöhten Erwerbsbeteiligung in unterschiedlichen Altersgruppen führen könnten.

Nachfolgend dargestellt werden Ergebnisse von Modellrechnungen zu Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf Arbeitsunfähigkeiten sowie auf ausgewählte medikamentöse Behandlungen bei Erwerbspersonen. Es geht dabei um die Frage, inwieweit allein auf Basis der demografischen Veränderungen unter Einbeziehung der bereits beschlossenen Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre wesentliche Veränderungen des Erkrankungsspektrums zu erwarten sind. Die Modellrechnungen sind dabei ausdrücklich nicht als Prognosen für eine zukünftige Entwicklung der Fehlzeiten oder Arzneiverordnungen zu verstehen, die von einer Vielzahl an Faktoren abhängig sind, sondern sollen ausschließlich demografisch bedingte Veränderungen aufzeigen.

Demografisch bedingte Veränderung der Gesamtfehlzeiten.

Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse von Modellrechnungen zu Auswirkungen der demografischen Veränderungen auf die erkrankungsbedingten Fehlzeiten. Während die hellblaue Linie erwartete Fehlzeiten unter der Annahme unveränderter Erwerbsquoten über 25 Jahre bis 2031 darstellt, werden mit der dunkelblauen Linie Fehlzeiten unter Annahme einer Verschiebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre mit einer entsprechend stärkeren Erwerbsbeteiligung in höheren Altersgruppen dargestellt.

Demografisch bedingte Veränderungen der Gesamtfehlzeiten

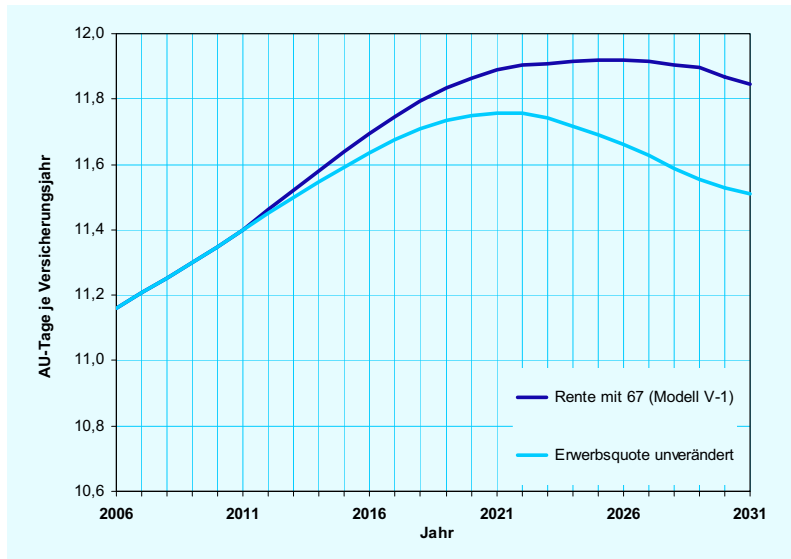


Abbildung 14 (Basis: geschlechts- und altersspezifische Fehlzeiten Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005, in Modell V-1 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Unter beiden Annahmen wäre innerhalb von 15 Jahren ab 2006 durch die veränderte Altersstruktur mit einer stetigen Zunahme der Fehlzeiten zu rechnen. Während bei unveränderten Erwerbsquoten im Jahr 2026 bereits ein erheblicher Teil der geburtenstarken Jahrgänge nicht mehr am Erwerbsleben beteiligt wäre und das Durchschnittsalter von Erwerbspersonen wieder sinken würde, wird dieser Effekt bzw. der damit verbundene Rückgang

der Fehlzeiten durch die Einführung der Rente mit 67 weitgehend aufgehoben. Unter beiden Annahmen ist jedoch der Einfluss der demografischen Veränderungen auf die Gesamtfehlzeiten nach den vorliegenden Modellrechnungen als sehr moderat einzustufen. Die Fehlzeiten würden mittelfristig selbst unter Berücksichtigung eines erhöhten Renteneintrittsalters im Vergleich zum Ausgangsjahr 2006 um nur knapp 7 Prozent steigen. Die erwarteten Veränderungen bewegen sich damit unter Erwerbspersonen in einer Größenordnung, die in den vergangenen Jahren auch innerhalb kürzerer Zeiträume (und im Rahmen altersstandardisierter Auswertungen unabhängig von demografischen Veränderungen) beobachtet wurden.

Demografisch bedingte Veränderung in Diagnosekapiteln.

Abbildung 15 zeigt die Ergebnisse von Modellrechnungen zu Effekten der demografischen Entwicklung auf die Fehlzeiten differenziert nach ICD-Diagnosekapiteln. Angegeben werden die nach Modellrechnungen unter Einbeziehung von Effekten einer verlängerten Lebensarbeitszeit erwarteten relativen Veränderungen der diagnosespezifischen Fehlzeiten innerhalb von 25 Jahren. Die Ausgangswerte in einzelnen Diagnosekapiteln aus dem Jahr 2006 wurden jeweils gleich 100 Prozent gesetzt. Angaben zu absoluten Fehlzeiten in einzelnen Jahren (AU-Tage je 100 Versicherungsjahre) sind Tabelle A34 auf Seite 152 im Anhang zu entnehmen.

Mittelfristige demografisch bedingte Veränderungen variieren in einzelnen Diagnosekapiteln zwischen einem maximalen Rückgang um 7,5 Prozent und einem maximalen Anstieg um 22,5 Prozent.

Ein merklicher Rückgang innerhalb der nächsten Jahre ist ausschließlich bei den für die Krankenstände insgesamt weniger relevanten schwangerschaftsbedingten Fehlzeiten zu erwarten. Dieser Rückgang resultiert aus dem endgültigen Herauswachsen der Babyboomer-Generation aus dem gebärfähigen Alter bzw. aus der deutlich reduzierten Zahl an Frauen in nachfolgenden Jahrgängen.

Zumindest tendenziell und mittelfristig eher rückläufig sind erwartete Fehlzeiten unter der Diagnose von Infekten sowie unter der Diagnose von Atemwegserkrankungen, die vorrangig aus gleichfalls infektbedingten Erkältungen resultieren.

Demografisch bedingte Veränderungen von Fehlzeiten nach Diagnosekapiteln

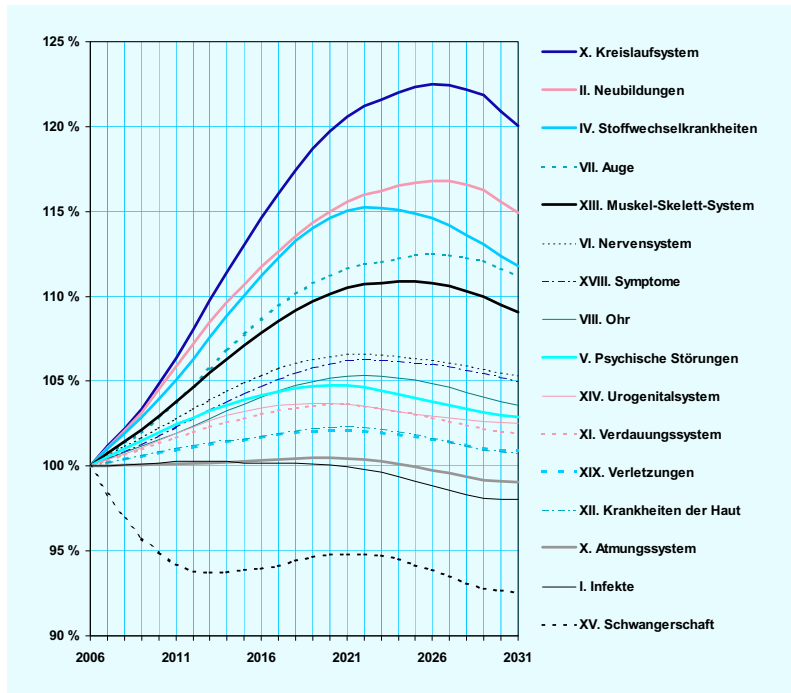


Abbildung 15 (Relative Änderungen von Fehlzeiten je Versicherungsjaar; Basis: geschlechts- und altersspezifische Fehlzeiten in Diagnosekapiteln nach ICD10, Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Die deutlichsten relativen Zuwächse sind durch demografische Effekte mittelfristig im Hinblick auf Kreislaufferkrankungen, Neubildungen sowie Stoffwechselkrankheiten zu erwarten. Neben Fehlzeiten mit Erkrankungen des Auges, die für den Krankenstand insgesamt eine untergeordnete Rolle spielen, ist ansonsten noch bei Fehlzeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems demografiebedingt von überdurchschnittlichen Zuwächsen auszugehen. Für alle übrigen Diagnosekapitel ist im Zusammenhang mit demografischen Veränderungen nur mit geringen Veränderungen zu rechnen.

Demografisch bedingte Veränderung des Arzneiverordnungsvolumens.

Abbildung 16 zeigt die Ergebnisse von Modellrechnungen zur zukünftigen Entwicklung des Gesamtarzneiverordnungsvolumens. Während die helle Linie wiederum erwartete Volumen unter der Annahme unveränderter Erwerbsquoten über 25 Jahre bis 2031 darstellt, werden mit der dunkelblauen Linie durchschnittliche jährliche Arzneiverordnungsvolumen je Erwerbsperson gemessen in definierten Tagesdosen unter Annahme einer Verschiebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre mit einer entsprechend stärkeren Erwerbsbeteiligung in höheren Altersgruppen dargestellt.

Demografisch bedingte Veränderungen des Arzneiverordnungsvolumens

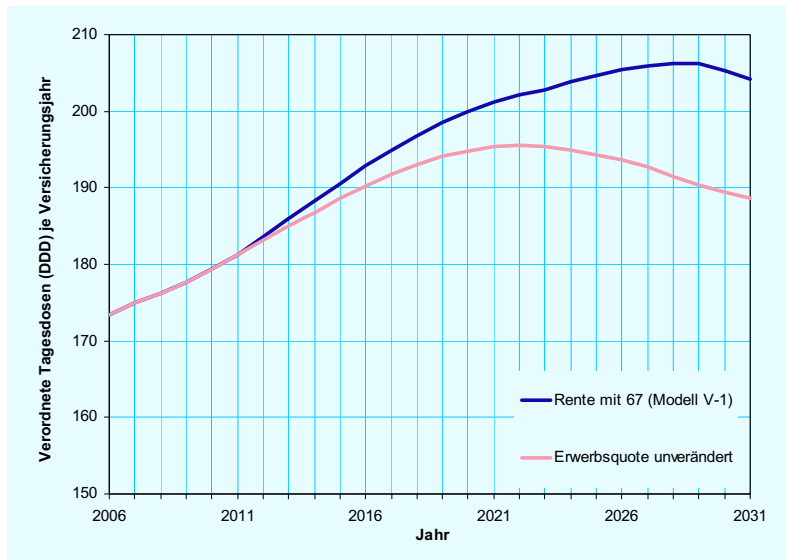


Abbildung 16 (Basis: geschlechts- und altersspezifische Arzneiverordnungsvolumen Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005, in Modell V-1 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Unter beiden Annahmen wäre auch bei Arzneiverordnungen innerhalb von 15 Jahren ab 2006 mit einer stetigen Zunahme zu rechnen. Bis 2022 würde das Verordnungsvolumen bei unveränderten Erwerbsquoten, bedingt durch eine Veränderung der Altersstruktur, um knapp 13 Prozent von

durchschnittlich 173 Tagesdosen je Erwerbsperson im Jahr 2006 auf 196 Tagesdosen im Jahr 2022 steigen. Durch die weiter veränderte Altersstruktur der Erwerbspersonenpopulation läge der entsprechende Wert nach partieller Umsetzung der Rente mit 67 im genannten Jahr bei durchschnittlich 202 Tagesdosen und würde bis zur vollständigen Umsetzung 2029 noch auf 206 Tagesdosen steigen, was einem Gesamtanstieg von 19 Prozent im Vergleich zu 2006 entspricht. Allein aufgrund ihres durchschnittlich höheren Alters würden Erwerbspersonen also durchschnittlich etwa ein Fünftel mehr Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet bekommen.

Demografisch bedingte Veränderung in Arzneimittelgruppen.

Abbildung 17 zeigt die Ergebnisse von Modellrechnungen zu Effekten der demografischen Entwicklung auf das Arzneiverordnungsvolumen, differenziert nach anatomischen ATC-Gruppen. Angegeben werden auch hier die nach Modellrechnungen unter Einbeziehung von Effekten einer verlängerten Lebensarbeitszeit erwarteten relativen Veränderungen innerhalb von 25 Jahren. Die Ausgangswerte zu verordneten Tagesdosen (DDD) aus dem Jahr 2006 wurden jeweils gleich 100 Prozent gesetzt. Angaben zu absoluten Verordnungsvolumen in einzelnen Jahren (DDD je Versicherungsjahr) sind Tabelle A35 auf Seite 153 im Anhang zu entnehmen.

Mittelfristige demografisch bedingte Veränderungen der Arzneiverordnungsvolumen variieren bei den Arzneimittelgruppen zwischen einem maximalen Rückgang um 5,6 Prozent und einem maximalen Anstieg um 32,8 Prozent.

Ein nennenswerter Rückgang lässt sich ausschließlich für die im Hinblick auf das Verordnungsvolumen wenig relevante Gruppe der „Varia“ erwarten. Weitgehend konstant und unbeeinflusst von demografischen Veränderungen sind Verordnungsvolumen der Antiinfektiva (vorrangig Antibiotika), die in allen Altersgruppen unter Erwerbspersonen vergleichbar häufig verordnet werden (vgl. auch Abbildung 9 auf Seite 38). Bei allen anderen Arzneimittelgruppen ist im Zuge der demografischen Veränderungen mit einem mehr oder minder starken Anstieg des Verordnungsvolumens unter Erwerbspersonen zu rechnen.

Demografisch bedingte Veränderungen von Verordnungen in Arzneimittelgruppen

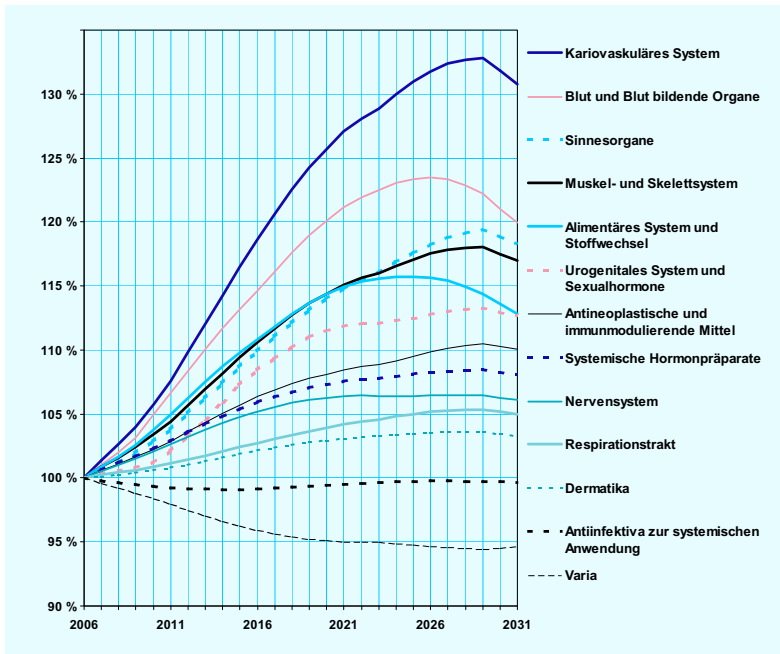


Abbildung 17 (Relative Änderungen von Arzneiverordnungsvolumen; Basis: geschlechts- und altersspezifische Verordnungsvolumen in DDD nach Arzneigruppen, Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Die mit Abstand deutlichsten Zuwächse sind durch demografische Effekte mittelfristig im Hinblick auf Verordnungen zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erwarten. Während bei der momentanen Altersstruktur innerhalb eines Jahres eine Erwerbsperson durchschnittlich 64 Tagesdosen an entsprechenden Medikamenten verordnet bekommt, würde sich dieser Wert allein durch eine veränderte Altersstruktur bis 2029 bei einem ansonsten konstanten Verordnungsverhalten auf durchschnittlich 85 Tagesdosen erhöhen und damit um 32,8 Prozent steigen.

Auch die Medikamentengruppe mit dem zweithöchsten Anstieg (unter der Bezeichnung „Blut und blutbildende Organe“) verdankt ihre Bedeutung den

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nachdem das Verordnungsvolumen bei dieser Gruppe maßgeblich aus Verschreibungen von antithrombotisch wirksamen Medikamenten resultiert. Für Arzneimittel zur Behandlung des Muskel-Skelett-Systems resultieren aus demografischen Effekten Steigerungsraten in einem mittleren Bereich.

In den Grundzügen liefern damit Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen ein weitgehend übereinstimmendes Bild. Beide Auswertungen zeigen eindrücklich, dass im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung mittelfristig insbesondere mit einer Zunahme von gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aus dem kardiovaskulären Bereich gerechnet werden muss.

Ergänzend finden sich in Tabelle 2 Angaben zu Verordnungsraten unter Erwerbspersonen im Hinblick auf ausgewählte Arzneimittelgruppen, zu denen bereits altersspezifische Ergebnisse in Abbildung 10 bis Abbildung 13 dargestellt wurden. Insbesondere von einem Bluthochdruck bzw. einer entsprechenden Medikation sind aktuell mit 12 Prozent bereits verhältnismäßig viele Erwerbspersonen betroffen. Mittelfristig dürften es allein durch Veränderungen der Altersstruktur etwa 15 Prozent aller Erwerbspersonen sein.

Demografisch bedingte Veränderungen von Arzneiverordnungsraten zu ausgewählten Arzneimittelgruppen

Arzneimittelgruppe (ATC)	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung im genannten Jahr					
	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Diabetesmedikation (A10)	1,62 %	1,72 %	1,87 %	1,98 %	2,04 %	2,00 %
Blutdruckmedikation (C02, C03, C07, C08, C09)	12,02 %	12,82 %	13,86 %	14,57 %	14,92 %	14,82 %
Lipidsenker (C10)	2,99 %	3,23 %	3,58 %	3,85 %	4,00 %	3,96 %
Gichtmittel (M04)	1,43 %	1,54 %	1,68 %	1,78 %	1,83 %	1,82 %

Tabelle 2 (Arzneiverordnungsraten; Basis: geschlechts- und altersspezifische Verordnungsraten für ausgewählte Arzneigruppen, Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Erwerbspersonen in der TK

Insgesamt waren in der Techniker Krankenkasse (TK) am 1. 1. 2007 etwa 6,0 Millionen Personen versichert. Von diesen waren 4,0 Millionen Mitglieder der TK, 2,0 Millionen Personen waren als Familienangehörige mitversichert.

Die Auswertungen des Gesundheitsreports beziehen sich auf Daten zu den Erwerbspersonen.

Als Erwerbspersonen werden im Rahmen des Gesundheitsreports sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sowie Arbeitslose mit eigenständiger Mitgliedschaft in der Krankenkasse bezeichnet, die zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verpflichtet sind. Innerhalb des Jahres 2006 waren in der TK durchschnittlich 2,53 Millionen Erwerbspersonen in diesem Sinne versichert, darunter 2,52 Millionen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Auswertungen des Gesundheitsreports zu einzelnen Jahren beziehen sich jeweils auf diese Altersgruppen.

Berichtet werden im Gesundheitsreport Ergebnisse zu Daten aus den Kalenderjahren 2000 bis 2006. Einen Schwerpunkt der Darstellungen bilden Ergebnisse zum Jahr 2006.

Berufstätige Mitglieder der TK bildeten nach Gegenüberstellungen mit vorläufigen Zahlen der Bundesagentur für Arbeit mit Angaben bis zum Juni des Jahres im Jahr 2006 einen Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland von ca. 9,2 Prozent.

Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter

Abbildung 18 zeigt die Verteilung der Versicherungszeiten von Erwerbspersonen in der TK im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter zwischen 15 und 64 Jahren. 58 Prozent der Versicherungszeiten entfallen auf Männer, 42 Prozent auf Frauen.

Während in den Altersgruppen bis 34 Jahre Frauen etwa in vergleichbarer Zahl bei der TK als Erwerbspersonen versichert sind, liegt die Zahl der männlichen Versicherten insbesondere in den Altersgruppen nach Vollendung des 35. Lebensjahres deutlich über der von Frauen.

Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht 2006

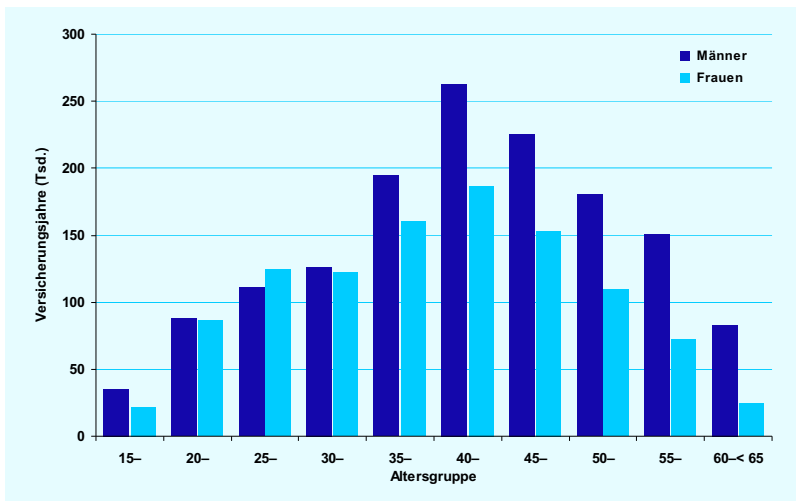


Abbildung 18

Abbildung 19 zeigt eine Gegenüberstellung der Altersverteilung von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der TK 2006 sowie in Deutschland insgesamt. In beiden Populationen finden sich die am stärksten besetzten Jahrgänge in den Altersgruppen zwischen dem 36. und dem 45. Lebensjahr. Diese Altersverteilung ist zum Teil als Folge der allgemeinen demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik anzusehen: Personen der genannten Altersgruppen zählen zu den geburtenstarken Jahrgängen der späten 50er- bzw. insbesondere der 60er-Jahre. In den nachfolgenden Jahren wurden in der Bundesrepublik deutlich weniger Kinder geboren, entsprechend erreichen jetzt auch nur noch deutlich weniger Personen das typische Erwerbseintrittsalter als vor 10 bis 15 Jahren (vgl. auch methodische Erläuterungen zum Thema Standardisierung im Anhang). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist in den nächsten 20 Jahren mit einer merklichen Veränderung der Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland zu rechnen, wobei höhere Altersgruppen ein immer stärkeres Gewicht erlangen werden.

Anteil Beschäftigte nach Alter TK 2006 – Deutschland

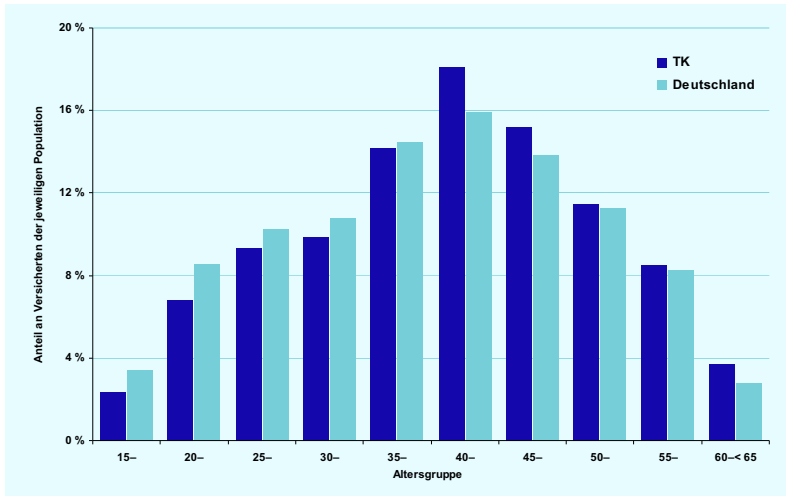


Abbildung 19 (Jahresmittel TK 2006 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu März und Juni 2006)

Vergleicht man die Altersverteilung der TK-Erwerbstätigen mit der von Erwerbstätigen in der Bundesrepublik, fällt bezüglich der TK-Population zum einen die relative Unterbesetzung der Altersgruppen bis zum 35. Lebensjahr bei verhältnismäßig stark besetzten mittleren Jahrgängen auf, zum anderen finden sich in der TK-Population relativ viele Erwerbstätige im Alter zwischen 60 und 64 Jahren. Diese Unterschiede in der Altersverteilung dürften im Wesentlichen aus dem spezifischen Berufsspektrum von TK-Erwerbstätigen resultieren, in dem Berufe mit langen Ausbildungs- bzw. Studienzeiten stark vertreten sind.

Erwerbspersonen nach Bundesländern

Die TK ist eine bundesweit tätige Krankenkasse. Die Herkunft bzw. Wohnorte von Erwerbspersonen in der TK verteilen sich insofern auf die gesamte Bundesrepublik. In Tabelle 3 ist die anteilige Verteilung von Erwerbspersonen in der TK nach deren Wohnort in Bundesländern im Jahr 2006 aufgelistet.

In Berlin wohnten 6,4 Prozent aller TK-Erwerbspersonen, in den alten Bundesländern (ohne Berlin) 82,1 Prozent und in den neuen Bundesländern 11,2 Prozent. Einen Wohnsitz im Ausland hatten 0,3 Prozent der Erwerbstätigen. Im kleinsten Bundesland Bremen waren 0,7 Prozent aller TK-Erwerbspersonen wohnhaft, im einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen mit 25,4 Prozent etwa ein Viertel aller TK-Erwerbspersonen.

Die zuvor aufgeführte Verteilung der Erwerbspersonen in der TK auf Bundesländer folgt in groben Zügen der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik. Allerdings variiert der Anteil von TK-Versicherten in den einzelnen Bundesländern. Legt man vorläufige aktuelle Angaben der Bundesagentur für Arbeit als bevölkerungsbezogene Referenzwerte zugrunde (Angaben ausschließlich zur ersten Jahreshälfte 2006), lassen sich für das Jahr 2006 für die Subgruppe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten TK-Anteile zwischen 5,3 und 14,8 Prozent errechnen (vgl. Abbildung 20 auf Seite 56). Dabei beträgt der TK-Anteil in den alten Bundesländern (ohne Berlin) insgesamt 9,4 Prozent, in den neuen Bundesländern liegt er bei 6,7 Prozent. Der höchste TK-Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich mit 14,8 Prozent für Berlin. In diesem Bundesland war etwa jeder

siebte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahr 2006 bei der TK versichert. Bei einem TK-Anteil von 5,3 Prozent war demgegenüber in Sachsen nur jeder neunzehnte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei der TK versichert.

Anteil TK-versicherte Erwerbspersonen nach Wohnort in Bundesländern 2006

Bundesland	Männer	Frauen	gesamt
Schleswig-Holstein	4,0 %	4,2 %	4,1 %
Hamburg	3,1 %	4,0 %	3,5 %
Niedersachsen	10,0 %	9,4 %	9,7 %
Bremen	0,7 %	0,8 %	0,7 %
Nordrhein-Westfalen	25,9 %	24,6 %	25,4 %
Hessen	9,1 %	8,9 %	9,0 %
Rheinland-Pfalz	4,9 %	4,5 %	4,7 %
Baden-Württemberg	11,9 %	11,0 %	11,5 %
Bayern	12,5 %	11,9 %	12,3 %
Saarland	1,2 %	1,0 %	1,1 %
Berlin	5,5 %	7,5 %	6,4 %
Brandenburg	2,6 %	3,1 %	2,8 %
Mecklenburg-Vorpommern	1,5 %	1,7 %	1,6 %
Sachsen	2,8 %	3,1 %	2,9 %
Sachsen-Anhalt	1,8 %	2,1 %	1,9 %
Thüringen	1,9 %	2,0 %	1,9 %
Ausland	0,4 %	0,2 %	0,3 %

Tabelle 3

Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2006

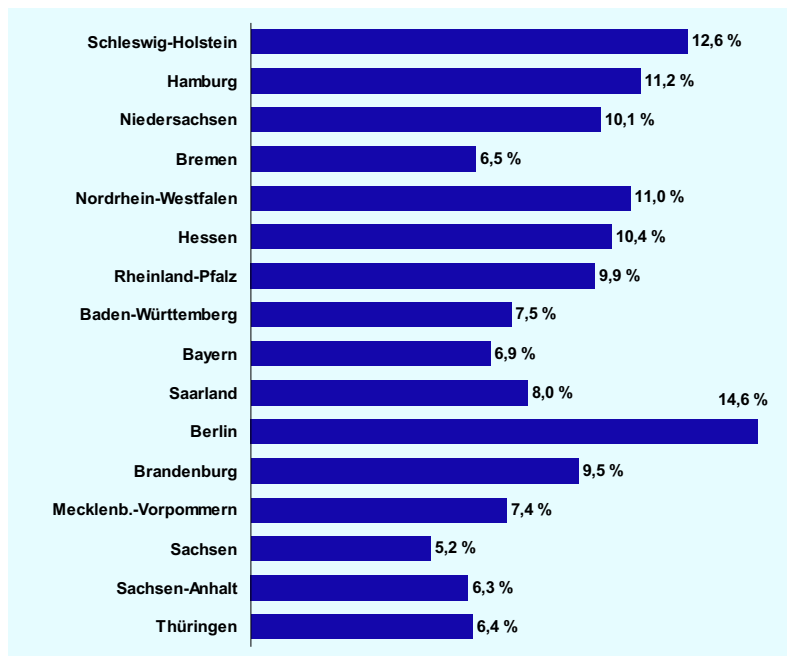


Abbildung 20 (Jahresmittel TK 2006 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu März und Juni 2006)

Arbeitsunfähigkeit

Erhebungsgrundlagen und Erläuterungen

In der Bundesrepublik sind sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer im Falle einer erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU) verpflichtet, spätestens ab dem vierten Fehltag eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim Arbeitgeber vorzulegen. Der Arzt muss eine entsprechende Meldung auch an die Krankenkasse des Arbeitnehmers weiterleiten. Im Gegensatz zu den Meldungen für die Arbeitgeber beinhalten die den Krankenkassen übermittelten Bescheinigungen eine oder mehrere Diagnoseangaben, die seit dem 1. Januar 2000 ärztlicherseits unter Verwendung der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten – 10. Revision“ (ICD10) anzugeben sind.

Die Krankenkassen sind ihrerseits verpflichtet, entsprechende Daten zu erfassen. Zum einen werden kassenseitig Auswertungsergebnisse zum AU-Meldegeschehen für die Zusammenstellung von Bundesstatistiken weitergegeben. Zum anderen benötigen Krankenkassen versichertenbezogene Informationen zu AU-Meldungen, um bei längeren Erkrankungsfällen (im Regelfall nach Ablauf der sechsten Krankheitswoche) Ansprüche des Versicherten auf Krankengeldzahlungen überprüfen zu können. Krankengeld ersetzt dann gegebenenfalls die gesetzlich oder tarifvertraglich geregelten Entgeltfortzahlungen der Arbeitgeber im Krankheitsfall.

Daten zu Arbeitsfehlzeiten bieten bereits seit längerer Zeit eine wichtige Informationsquelle zur Beurteilung gesundheitlicher Risiken von Erwerbspersonen. Dass es sich bei den Erwerbspersonen nur um einen spezifischen Teilbestand aus der Gesamtversichertenpopulation einer Krankenkasse handelt, sollte allerdings bei einer Interpretation der Ergebnisse immer berücksichtigt werden. Zur Beschreibung des AU-Meldegeschehens existiert eine Reihe von Maßzahlen. Einen Überblick zu relevanten Parametern gibt die Tabelle 4 unten.

Grundsätzlich dürften die genannten Parameter allen Lesern bekannt sein. Praktische Details der Berechnung werden für Interessierte im Methodenteil des Anhangs weiter erläutert.

Maßzahlen des AU-Meldegeschehens.

Parameter	Erläuterung
AU-Fälle je VJ	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Fälle innerhalb einer Versicherungszeit von 365 Tagen, wobei 365 Tage einem Versicherungsjahr (VJ) entsprechen; die Angabe entspricht sinngemäß der durchschnittlichen Anzahl von Krankmeldungen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres.
AU-Tage je VJ	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Tage bzw. Dauer der Arbeitsfehlzeiten innerhalb eines Versicherungsjahres; entspricht sinngemäß der durchschnittlichen Zahl von Fehltagen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres.
Krankenstand	Anteil der erkrankungsbedingten Fehltagen an allen Versicherungstagen in Prozent; entspricht dem Anteil der an einem Tag des Jahres durchschnittlich krankgemeldeten Erwerbspersonen (in Bezug auf alle Tage inklusive Wochenenden und Urlaubszeiten) und lässt sich in dieser Form direkt aus der Angabe AU-Tage je VJ mittels Division durch 365 berechnen. Zur Ermittlung des Krankenstands werden in anderen, insbesondere kassenexternen Statistiken aus unterschiedlichen Gründen z. T. abweichende Methoden verwendet, was bei Vergleichen zu beachten ist!
AU-Tage je Fall	Durchschnittliche Dauer einer einzelnen Krankschreibung; ergibt sich aus der Division der Zahl der AU-Tage durch die Anzahl der AU-Fälle.
AU-Quote	Die AU-Quote beschreibt den Anteil der Erwerbspersonen, die im Untersuchungszeitraum (hier ein Kalenderjahr) mindestens einen Tag arbeitsunfähig waren.

Tabelle 4

Sofern nicht gesondert erwähnt, werden im Gesundheitsreport geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert, die Tabellen und Abbildungen sind entsprechend mit dem Kürzel „**stand.**“ gekennzeichnet (vgl. Erläuterungen im Anhang ab Seite 154).

Arbeitsunfähigkeit insgesamt

Für die Auswertungen des Gesundheitsreports wurden mehr als 14,8 Millionen AU-Fälle mit mehr als 198 Millionen dokumentierten Fehltagen aus den Jahren 2000 bis 2006 berücksichtigt, darunter 2,10 Millionen Fälle mit Beginn im Jahr 2006. In diesem Kalenderjahr wurden unter Erwerbspersonen in der TK 28 Millionen erkrankungsbedingte Fehltag erfasst. Tabelle 5 unten gibt einen ersten Überblick zu Arbeitsunfähigkeiten bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2005 sowie 2006. Nicht standardisierte („rohe“) Werte sind ergänzend in Tabelle A1 auf Seite 120 im Anhang verzeichnet.

Aus den zunächst angegebenen AU-Quoten folgt, dass unter den Erwerbspersonen in der TK 45 Prozent aller Frauen und 39 Prozent der Männer innerhalb des Jahres 2006 von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren. Damit erkrankten 2006 1 Prozent der männlichen und 0,4 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen weniger als im Vorjahr. Bei weitgehend unveränderten Fallzahlen waren weibliche Erwerbspersonen 2006 im Durchschnitt 0,97-mal innerhalb eines Versicherungsjahres (VJ) und Männer durchschnittlich 0,78-mal je VJ arbeitsunfähig gemeldet. Nach altersstandardisierten Berechnungen ergeben sich für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen im Jahr 2006 durchschnittlich nur noch 10,5 Fehltag je Versicherungsjahr. Gegenüber dem Vorjahresergebnis ist es dabei sowohl unter Frauen als auch unter Männern zu einem Rückgang gekommen (vgl. auch Abbildung 21).

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2005 sowie 2006

	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
AU-Quote	40,0 %	45,6 %	42,3 %	39,0 %	45,2 %	41,6 %
AU-Fälle je VJ	0,79	0,97	0,86	0,78	0,97	0,86
AU-Tage je VJ	10,4	12,4	11,2	9,7	11,7	10,5
Krankenstand	2,84 %	3,40 %	3,07 %	2,65 %	3,21 %	2,88 %
AU-Tage je Fall	13,2	12,9	13,0	12,4	12,1	12,3

Tabelle 5 (stand.)

AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2006 nach Geschlecht

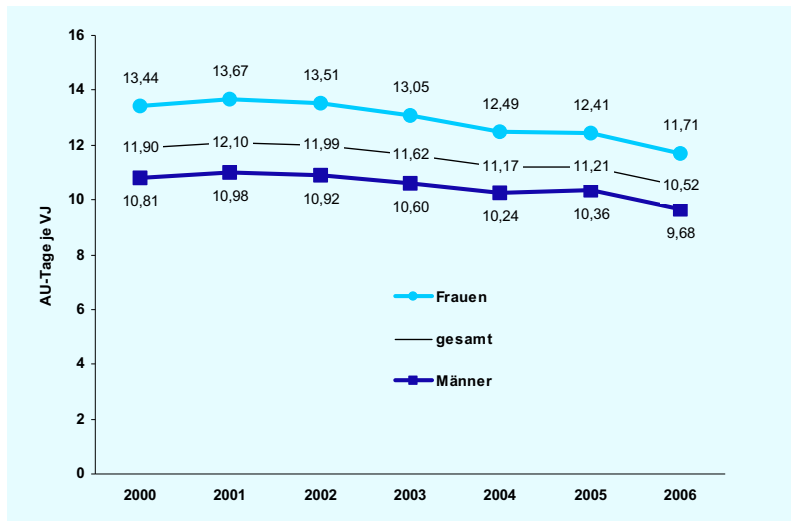


Abbildung 21 (Erwerbspersonen TK, stand.)

Aus den Fehlzeiten lässt sich ein gegenüber 2005 merklich rückläufiger Gesamtkrankenstand von 2,88 Prozent für 2006 errechnen. Während dabei Männer durchschnittlich 2,65 Prozent der Tage des Jahres krankgeschrieben waren, lag der Krankenstand bei den Frauen im Jahr 2006 bei 3,21 Prozent.

Aktuelle kassenübergreifende Angaben zum Krankenstand sind in Deutschland ausschließlich in Form der einleitend erwähnten Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verfügbar. Diese Statistik beruht jedoch im Gegensatz zu den hier präsentierten Zahlen lediglich auf Stichtagswerten, die Angaben können daher nicht direkt verglichen werden. Berechnet man auf Basis von TK-Daten Angaben zum Krankenstand in Analogie zur BMG-Statistik, resultieren aus jeweils zwölf Stichtagswerten Krankenstandswerte für die Jahre 2005 und 2006 von 3,01 Prozent bzw. 2,76 Prozent (stand.), die sich bei einer Beschränkung auf Pflichtversicherte (wie in der BMG-Statistik) nach standardisierten Auswertungen jedoch auf 3,33 Prozent bzw. 3,08 Prozent erhöhen.

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer

Arbeitsunfähigkeiten erstrecken sich zu einem überwiegenden Teil nur über kurze Zeiträume, langfristige AU-Meldungen stellen eher seltene Ereignisse dar. In Anbetracht der dann im Einzelfall jedoch ausgesprochen langen Erkrankungsdauer entfällt ein erheblicher Anteil aller gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage auf diese relativ seltenen Arbeitsunfähigkeitsfälle. Abbildung 22 verdeutlicht diesen Zusammenhang auf der Basis von Daten der TK zum Jahr 2006, entsprechende Zahlenangaben für das Jahr 2005 finden sich in Tabelle A2 auf Seite 120 im Anhang.

Mehr als ein Drittel aller AU-Meldungen dauerten weniger als vier Tage. Mit 66,5 Prozent erstreckten sich insgesamt zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle über maximal eine Woche. Diesen Fällen sind allerdings lediglich etwa 17 Prozent der gesamten gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen. Demgegenüber entfällt auf die nur 5 Prozent der Krankmeldungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen fast die Hälfte der gemeldeten Fehlzeiten.

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2006

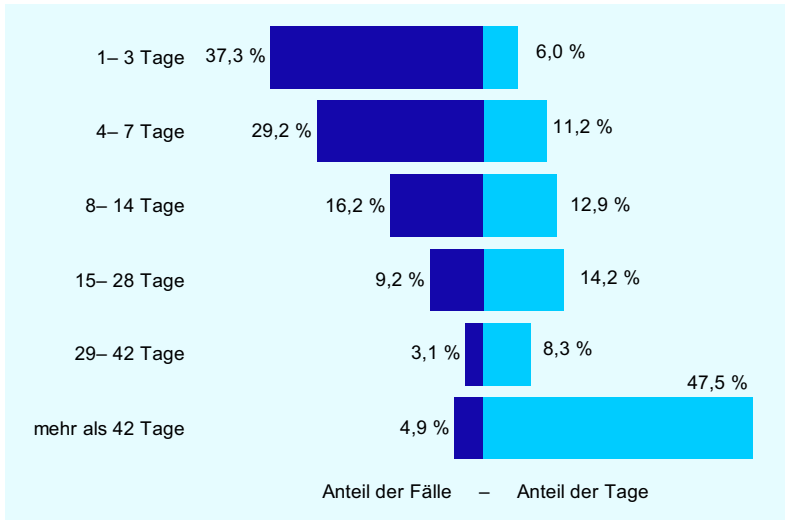


Abbildung 22 (Erwerbspersonen TK)

Bedingt durch die nicht einheitliche Meldeverpflichtung können AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen in Daten von Krankenkassen nur lückenhaft erfasst sein. Insofern dürften Angaben zu Fallzahlen des AU-Meldegeschehens auf der Basis von Krankenkassendaten immer eine Unterschätzung der „wahren“ Häufigkeit von entsprechenden Ereignissen darstellen. Da die Summe der erfassten Fehlzeiten jedoch maßgeblich durch längerfristige Krankmeldungen bestimmt wird, dürften die nach Kassendaten errechneten Krankenstände durch die Untererfassung von nur kurz dauernden AU-Fällen nur wenig beeinflusst werden.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeiten variieren in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen. Jüngere Erwerbspersonen werden mit durchschnittlich etwa 1,5 AU-Fällen je Versicherungsjahr verhältnismäßig häufig krankgeschrieben. Nach Vollendung des 30. Lebensjahres finden sich nur noch etwa halb so viele Krankschreibungen (vgl. Abbildung 23). Gleichzeitig steigt jedoch bei beiden Geschlechtern mit dem Alter die fallbezogene Krankschreibungsdauer. Während eine Krankschreibung in der jüngsten Altersgruppe im Mittel etwa fünf Tage dauert, sind es nach dem 55. Lebensjahr mehr als 20 Tage (vgl. Abbildung 24). Insgesamt resultieren aus Fallhäufigkeit und Dauer verhältnismäßig lange Fehlzeiten bzw. hohe Krankenstände in den Altersgruppen ab 50 Jahren (vgl. Abbildung 25). Zahlenangaben zu den Abbildungen finden sich in den Tabelle A3 ff. ab Seite 121 im Anhang. Bei einem zukünftig demografisch zu erwartenden Anstieg des Anteils älterer Arbeitnehmer wäre auf Basis der Altersverteilung mit einer Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu rechnen.

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006

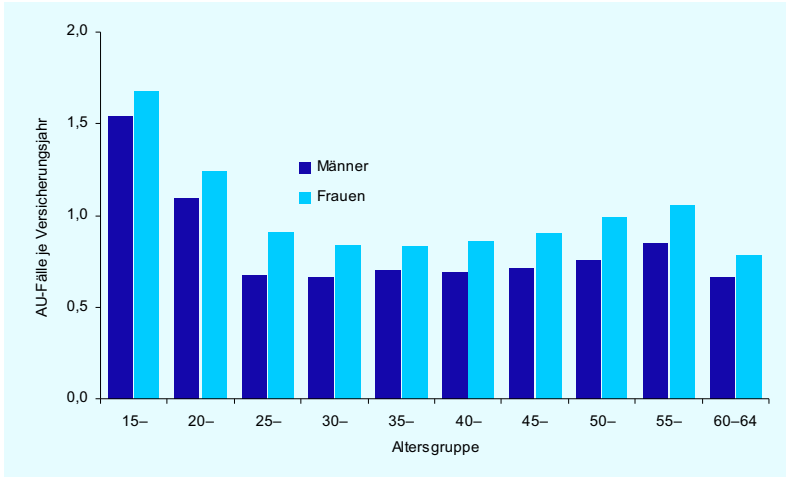


Abbildung 23 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2006

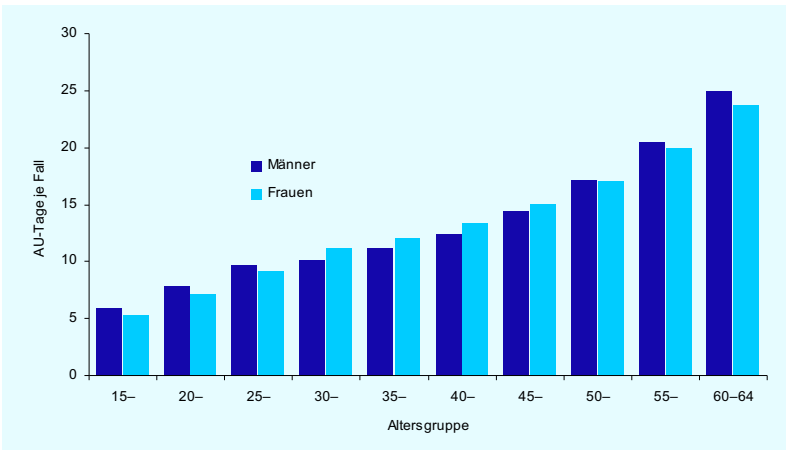


Abbildung 24 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006

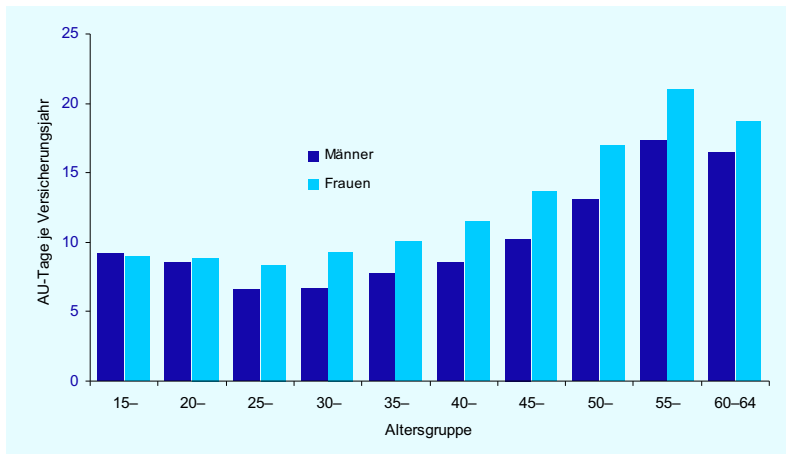


Abbildung 25 (Erwerbspersonen TK)

Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern

Abbildung 26 zeigt das AU-Meldegeschehen bei Erwerbspersonen der TK in den 16 Bundesländern für das Jahr 2006. Diese sowie weitere Zahlenwerte auch für das Jahr 2005 finden sich in Tabelle A7 auf den Seiten 123 ff. im Anhang.

AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2006

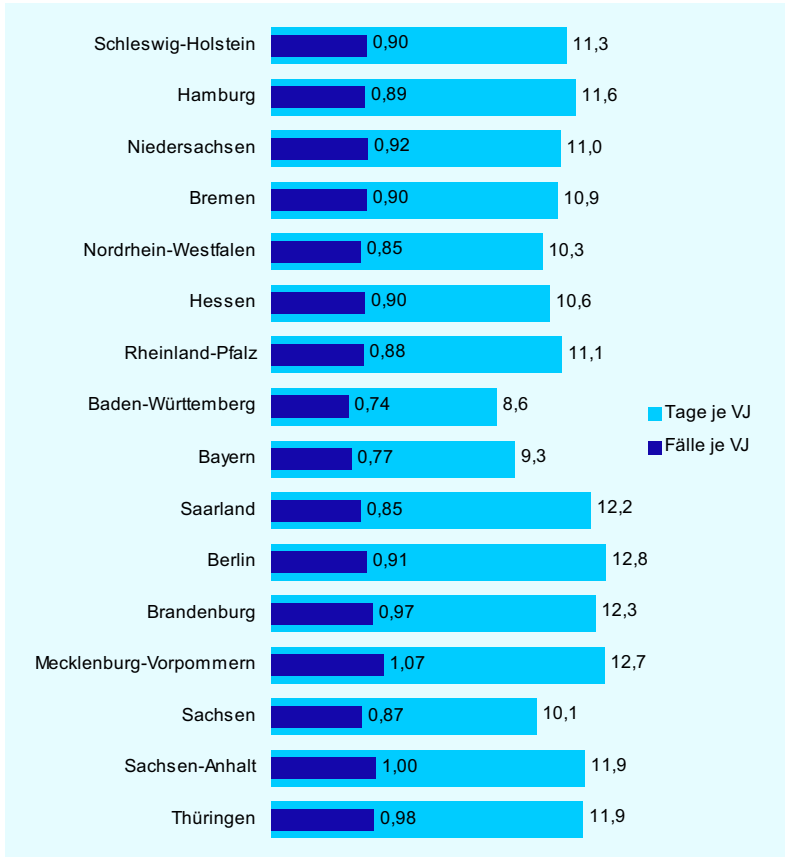


Abbildung 26 (Erwerbspersonen TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für AU-Fall- bzw. AU-Tagesangaben)

Das AU-Meldegeschehen zeigt weiterhin bundeslandabhängig merkbare Unterschiede. Die geringsten Krankschreibungshäufigkeiten (dunkle Balken in der Abbildung) wiesen wie in den Vorjahren auch 2006 mit durchschnittlich 0,74 Fällen je Versicherungsjahr Erwerbspersonen der TK aus Baden-Württemberg auf. Demgegenüber waren Erwerbspersonen aus Mecklenburg-Vorpommern mit 1,07 Fällen je Versicherungsjahr um 45 Prozent häufiger krankgeschrieben. Mit Ausnahme Sachsens zeigen sich für alle neuen Bundesländer im Vergleich zu den alten Bundesländern verhältnismäßig hohe AU-Fallhäufigkeiten.

Eine große Spannweite findet sich auch hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten. Während eine Erwerbsperson in Baden-Württemberg im Jahr 2006 durchschnittlich nur noch 8,6 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2006 durchschnittlich 12,7 gemeldete Krankheitsfehlzeiten. Für Berlin finden sich im Jahr 2006 unter den TK-Mitgliedern mit 12,8 Tagen je Versicherungsjahr die höchsten Fehlzeiten.

Gegenüber dem Vorjahr ist es in allen Bundesländern zu einem Rückgang der Fehlzeiten gekommen. Dabei fanden sich in drei Bundesländern (Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen) Rückgänge der Fehlzeiten um mehr als 8 Prozent. In Berlin und Brandenburg gingen die Fehlzeiten demgegenüber nominell nur um 1,1 Prozent bzw. 0,8 Prozent zurück (vgl. auch Tabelle A9 auf Seite 125 im Anhang).

Befriedigende und empirisch belegte Erklärungen zu Ursachen für diese bundeslandspezifische Ergebniskonstellation existieren nicht. Da die hier gezeigten TK-Ergebnisse entsprechend standardisiert wurden, sind Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur von Erwerbstätigen in den einzelnen Bundesländern für die dargestellten Differenzen **nicht** verantwortlich zu machen.

Insbesondere die Rangfolge der Bundesländer nach Fehlzeiten erscheint über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 2000, abgesehen von einigen Ausnahmen, verhältnismäßig konstant (vgl. Abbildung 27).

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2006

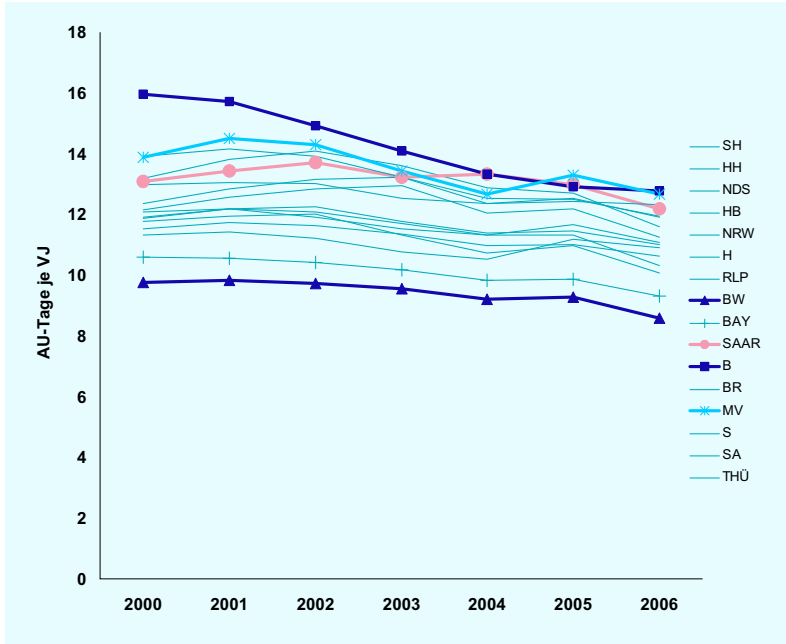


Abbildung 27 (Erwerbspersonen TK, stand.)

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen

Diagnosen werden auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen in Form von ICD10-Codes angegeben (vgl. Erläuterungen zur Arbeitsunfähigkeit zu Beginn des Berichtsteils). Diese zumeist drei- oder vierstellig dokumentierten Codierungen lassen sich insgesamt 21 Diagnosekapiteln zuordnen, die jeweils Erkrankungen bestimmter Organsysteme oder Erkrankungen mit anderen typischen Charakteristika zusammenfassen.

Abbildung 28 zeigt die Häufigkeit von AU-Fällen nach Diagnosekapiteln für Erwerbstätige der TK im Jahr 2006. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden dabei einige Diagnosekapitel zusammengefasst oder bei sehr seltener Nennung gänzlich ausgelassen. Auf die hier dargestellten Kapitel entfallen mit 98 Prozent allerdings nahezu alle der erfassten Erkrankungsereignisse. Zahlenangaben inklusive der Werte für das Jahr 2005 sind der Tabelle A11 auf Seite 127 im Anhang zu entnehmen.

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

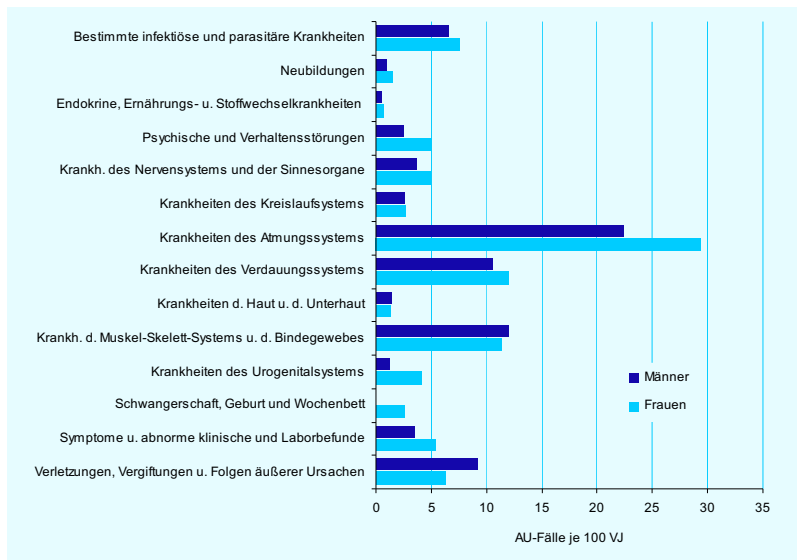


Abbildung 28 (stand.; Erwerbspersonen TK 2006)

Die mit Abstand häufigste Ursache von Krankschreibungen bilden traditionell Krankheiten des Atmungssystems, wobei es 2006 gegenüber dem Vorjahr noch zu einer deutlichen Abnahme der Fallzahlen gekommen ist (vgl. Tabelle A11 im Anhang). Frauen sind merklich häufiger als Männer betroffen: Innerhalb von 100 Versicherungsjahren wurden 2006 durchschnittlich unter Frauen 29 und unter Männern 22 entsprechende Erkrankungsfälle registriert. Neubildungen (zu denen die meisten Krebserkrankungen zählen), Stoffwechselkrankheiten (wie Diabetes), Hauterkrankungen, aber auch Krankheiten des Kreislaufsystems (wie Bluthochdruck, Schlaganfall und Herzinfarkt) spielen bei der hier betrachteten Krankschreibungshäufigkeit unter Erwerbspersonen demgegenüber nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Abbildung 29 zeigt die durchschnittliche Dauer von AU-Fällen in den einzelnen Diagnosekapiteln (vgl. auch Tabelle A12 auf Seite 128 im Anhang).

AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

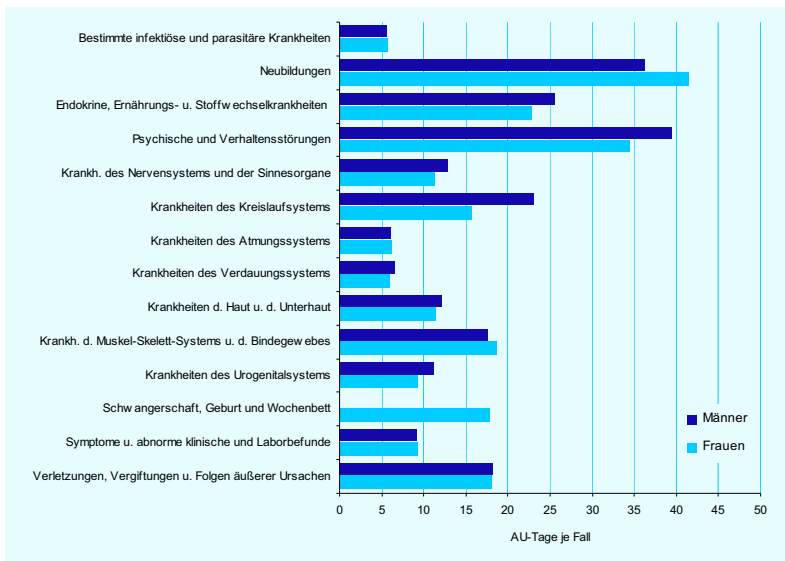


Abbildung 29 (stand.; Erwerbspersonen TK 2006)

Ausgesprochen lang dauerten Arbeitsunfähigkeiten mit durchschnittlich 36 Tagen (Männer) bzw. 42 Tagen (Frauen) aufgrund der seltenen Diagno-

se einer Neubildung. Mit ca. sechs Tagen bei beiden Geschlechtern recht kurz war demgegenüber die durchschnittliche fallbezogene Krankschreibungsdauer bei den häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems. Eine vergleichbar kurze fallbezogene Krankschreibungsdauer zeigt sich auch bei Infektionskrankheiten sowie bei Krankheiten des Verdauungssystems. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der fallbezogenen Dauer zeigen sich bei Krankheiten des Kreislaufsystems: Während eine Erkrankung in diesem Kapitel im Jahr 2006 unter Frauen zu einer Arbeitsunfähigkeit von 16 Tagen führte, waren Männer in entsprechenden Fällen im Mittel 23 Tage krankgeschrieben.

Abbildung 30 zeigt als Produkt aus AU-Häufigkeit und fallbezogener Krankschreibungsdauer den wohl für viele Betrachtungen wesentlichen Parameter des AU-Meldegesehens: Angegeben wird die durchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeit bezogen auf 100 Versicherungsjahre bei Erwerbspersonen der TK im Jahr 2006.

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

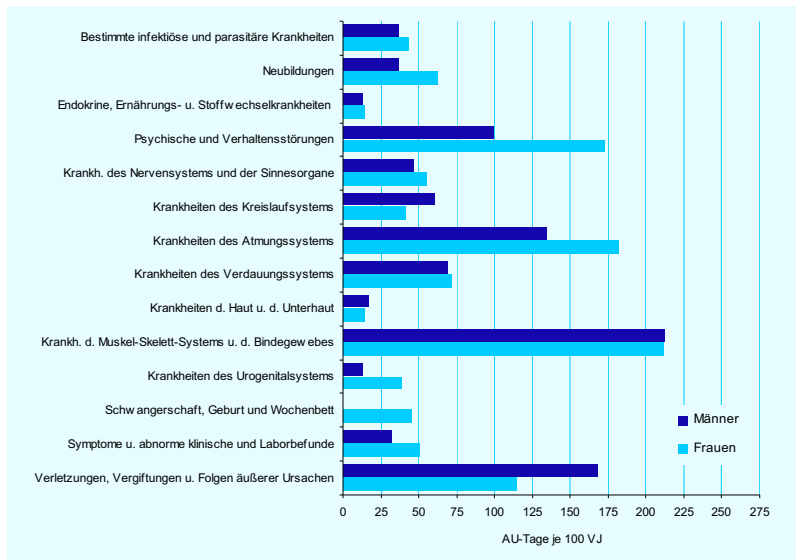


Abbildung 30 (stand.; Erwerbspersonen TK 2006)

Die meisten Krankheitsfehltagel entfielen im Jahr 2006 wie auch in den Vorjahren auf „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, kurz gesprochen auf „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ (vgl. auch Tabelle A13 auf Seite 129 im Anhang). Unter entsprechenden Diagnosen wurden 2006 unter Männern und unter Frauen 212 Fehltagel in 100 Versicherungsjahren erfasst. Dies bedeutet anders ausgedrückt, dass eine durchschnittliche Erwerbsperson in der TK innerhalb des Jahres 2005 (bei 365 Versicherungstagen) im Mittel weiterhin mehr als zwei Tage wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparats krankgeschrieben war. Ergänzende Auswertungen zu diesem Erkrankungsbereich finden sich am Ende des Kapitels zu Arbeitsunfähigkeiten unter der Überschrift „Rückenbeschwerden“ ab Seite 90.

Bei Männern folgen nach den „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ in absteigender Reihenfolge in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand die Kapitel „Verletzungen“, „Krankheiten des Atmungssystems“ sowie „Psychische Störungen“. Bei weiblichen Erwerbspersonen führen „Psychische Störungen“ sowie „Krankheiten des Atmungssystems“ zu annähernd vergleichbaren Fehlzeiten wie „Erkrankungen des Bewegungsapparats“, es folgen in der Bedeutung schließlich „Verletzungen“, die bei Frauen zu deutlich weniger Fehltagel als bei Männern führen.

Die Veränderungen der Fehlzeiten in einzelnen Diagnosekapiteln von 2005 auf 2006 zeigt Abbildung 31. Während von 2004 auf 2005 Fehlzeiten im Hinblick auf Atemwegserkrankungen deutlich zugenommen hatten, zeigt sich von 2005 auf 2006 ein merklicher Rückgang. Noch stärker ist der Rückgang der Fehlzeiten bei psychischen Störungen.

Den Trend der Fehlzeiten innerhalb der letzten Jahre in ausgewählten, anteilig relevanten Diagnosekapiteln, auf die zusammen etwa zwei Drittel aller Fehltagel entfallen, verdeutlicht zusätzlich Abbildung 32. Dargestellt sind die relativen Veränderungen in einzelnen Diagnosekapiteln seit 2000, wobei diesen Ausgangswerten für alle Kapitel ein Wert von 100 Prozent zugeordnet wurde.

Auffällig erscheint an erster Stelle das Ergebnis im Hinblick auf psychische Störungen: Nachdem die Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen zwischen 2000 und 2005 stetig gestiegen sind (+ 23 Prozent bis 2005), ist von 2005 auf 2006 ein gravierender Rückgang erkennbar. Die Fehlzeiten

aufgrund von psychischen Störungen liegen 2006 damit nur noch geringfügig (um 2 Prozent) über denen von 2000.

Veränderungen der Fehlzeiten 2006 vs. 2005 nach Diagnosekapiteln

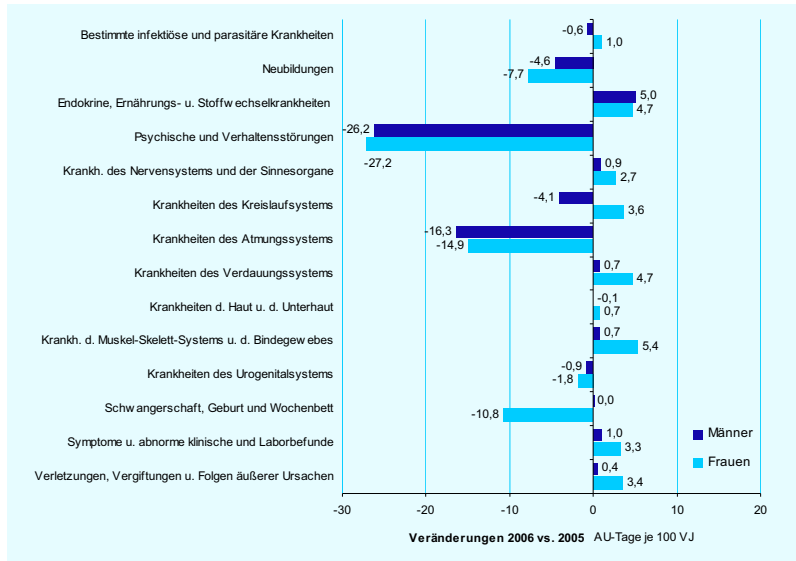


Abbildung 31 (stand.; Erwerbspersonen TK 2005, 2006);

Der Rückgang bei Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von psychischen Störungen resultiert dabei aus zwei Komponenten:

Bedingt durch gesetzliche Bestimmungen im Zusammenhang mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II (ALG II) entfällt für einen wesentlichen Teil der Arbeitslosen, nämlich die ALG-II-Empfänger, die Pflicht zur Meldung von Arbeitsunfähigkeitszeiten bei ihrer Krankenkasse. Entsprechend werden Krankmeldungen bei ALG-II-Empfängern in den Daten von Krankenkassen regulär nicht mehr erfasst, womit gleichzeitig auch Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten bei ALG-II-Empfängern spätestens ab dem Jahr 2006 nicht mehr sinnvoll möglich sind. Mit Einführung des ALG II im Jahr 2005 hatte bezüglich der Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten zunächst noch Unklarheit bestanden, weshalb entsprechende Angaben in der Regel erfasst und im zurückliegenden Gesundheitsreport auch noch berücksichtigt wurden. Bei Auswertungen im Rahmen des jetzt vorliegenden Gesundheits-

reports zum Kalenderjahr 2006 konnten ALG-II-Empfänger jedoch nicht mehr berücksichtigt werden. Da längerfristig arbeitslose Erwerbspersonen, also heutige ALG-II-Empfänger, in der Vergangenheit überdurchschnittlich lang mit psychischen Störungen krankgemeldet waren, resultiert ein Teil des von 2005 auf 2006 beobachteten Rückgangs in den Ergebnissen aus der Tatsache, dass eine zuvor maßgeblich betroffene Gruppe bei den aktuellen Auswertungen nicht mehr berücksichtigt wurde.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

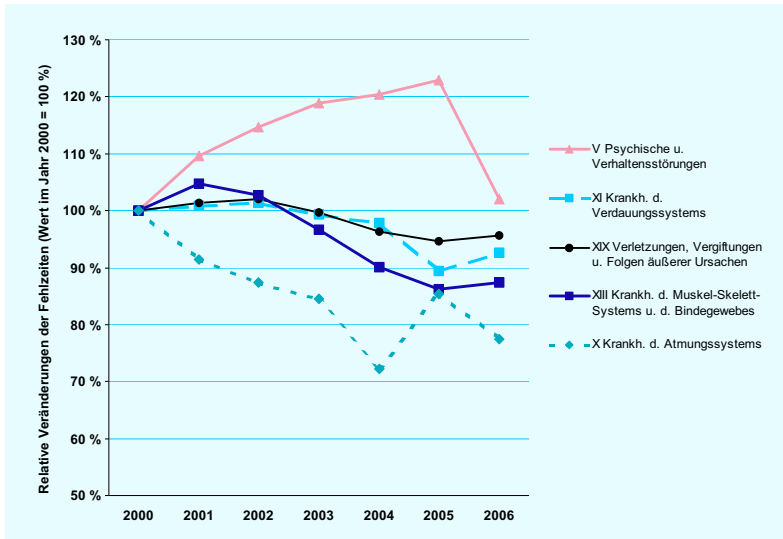


Abbildung 32 (stand.; Erwerbspersonen TK 2000–2006; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 %)

Ein immer noch deutlicher Rückgang von Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen von 2005 auf 2006 lässt sich jedoch auch nachweisen, wenn man die Auswertungen ausschließlich auf Berufstätige beschränkt, an deren Zusammensetzung sich durch die Einführung des ALG II nichts Grundsätzliches verändert hat (vgl. Abbildung 33). So lagen die Fehlzeiten wegen der Diagnose von psychischen Störungen 2006 nur noch knapp 3 Prozent über dem Niveau von 2000, während in den vier Jahren zwischen 2002 und 2005 die Fehlzeiten des Jahres 2000 durchgängig um mehr als 11 Prozent überschritten wurden. Deutlich wird bei einer Gegenüberstellung von Abbildung 32 und Abbildung 33, dass der Anstieg von Fehlzeiten we-

gen der Diagnose von psychischen Störungen in den Jahren 2003 bis 2005 maßgeblich durch die individuelle Arbeitslosigkeit beeinflusst ist. Demgegenüber stellen sich die Trends bei Arbeitsunfähigkeiten unter anderen Diagnosen bei einer Beschränkung der Auswertung auf Berufstätige nur graduell verändert dar. Zahlenangaben zu diagnosespezifischen Fehlzeiten bei Berufstätigen in den beiden Jahren 2005 und 2006 finden sich in Tabelle A14 auf Seite 130 im Anhang.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in Diagnosekapiteln – Berufstätige

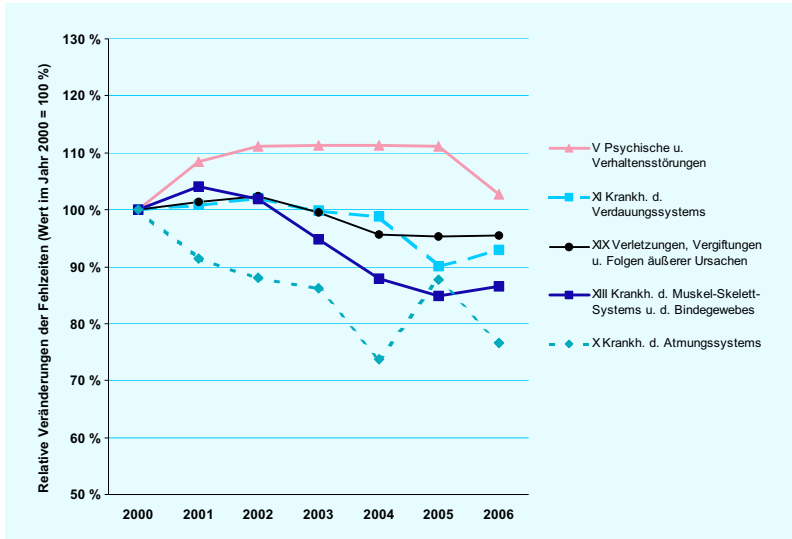


Abbildung 33 (stand.; Berufstätige TK 2000–2006; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 %)

Relevante Einzeldiagnosen.

Die vorausgehende Darstellung zu Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnosekapiteln ermöglicht einen ersten Überblick, der alle Erkrankungen einschließt. Dabei werden innerhalb der nur 21 Diagnosekapitel zwangsläufig recht unterschiedliche Erkrankungen zusammengefasst. Eine feinere Differenzierung der Diagnosen auf der dreistelligen ICD10-Ebene erlaubt demgegenüber konkretere Rückschlüsse auf das Erkrankungsgeschehen. Sie muss jedoch – in Anbetracht von insgesamt über 1.600 möglichen Ausprägungen des aktuell verwendeten ICD10-Diagnoseschlüssels – auf eine Darstellung zu anteilig bedeutsamen Diagnosen beschränkt bleiben.

Tabelle 6 gibt einen Überblick zu anteilig relevanten dreistelligen ICD10-Diagnosen im AU-Meldegesehen in absteigender **Rangfolge nach Häufigkeit der Fälle** bei Erwerbspersonen. Auf die genannten 20 Diagnosen entfielen in der TK im Jahr 2006 mit 52 Prozent mehr als die Hälfte aller Krankmeldungen. Die AU-Fallzahlen werden demnach also maßgeblich von einer nur geringen Zahl an unterschiedlichen Diagnosen bestimmt. Acht der 20 aufgeführten Diagnosen lassen sich den Krankheiten des Atmungssystems zurechnen (erste Stelle des ICD10-Codes: J). Dabei handelt es sich in der Regel um typische Diagnosen von Erkältungskrankheiten, die vorrangig die oberen Atemwege betreffen.

Neben den Atemwegserkrankungen spielen Erkrankungen und Beschwerden des Verdauungstrakts eine maßgebliche Rolle. Nicht in die bereits genannten Erkrankungskategorien fallen lediglich „Rückenbeschwerden“ (ICD10: M54), „Verletzungen“ (ICD10: T14, S93), „Depressive Episoden“ (ICD10: F32), „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD10: F43) sowie „Wenig spezifizierte Infektionskrankheiten“ (ICD10: B99).

Anteil relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2006

ICD10-Diagnose	Männer [Fälle je 100 VJ]	Frauen [Fälle je 100 VJ]	gesamt [Fälle je 100 VJ]
J06 Akute Infektionen	7,34	9,37	8,18
M54 Rückenschmerzen	5,10	4,55	4,87
K52 Sonstige nicht infek. Gastroenteritis und Kolitis	3,88	4,31	4,05
J20 Akute Bronchitis	2,86	3,39	3,08
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparats	2,78	3,44	3,06
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	2,65	2,86	2,73
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,35	2,87	2,57
J03 Akute Tonsillitis	1,81	2,36	2,04
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,83	2,21	1,99
J01 Akute Sinusitis	1,30	2,21	1,68
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,88	1,06	1,54
J32 Chronische Sinusitis	1,14	1,92	1,46
K29 Gastritis und Duodenitis	1,13	1,63	1,33
J02 Akute Pharyngitis	1,10	1,62	1,31
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	0,63	1,47	0,98
F32 Depressive Episode	0,61	1,30	0,89
S93 Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. ob. Sprunggelenkes u. d. Fußes	0,93	0,68	0,82
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	0,55	1,16	0,80
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,47	1,15	0,75
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	0,70	0,82	0,75
Anteil aufgeführte Fälle an allen AU-Fällen	52,6 %	52,0 %	52,3 %
AU-Fälle je 100 VJ insgesamt	78,06	96,86	85,85

Tabelle 6 (Erwerbspersonen TK, stand.)

In Tabelle 7 finden sich ICD10-Diagnosen in einer absteigenden **Rangfolge nach Fehlzeiten**. Angegeben werden dabei die 20 Diagnosen, die bei einer Auswertung auf Basis der dreistelligen Codierung im Jahr 2006 für die meisten krankheitsbedingten Fehltagen verantwortlich waren. Da bei einer derartigen Darstellung neben der Fallhäufigkeit auch die Falldauer eine maßgebliche Rolle spielt, ergibt sich im Vergleich zu Tabelle 6 eine deutlich veränderte Rangfolge.

Als anteilig bedeutsamste Einzeldiagnose bei Männern stehen „Rückenschmerzen“ (M54) mit 59,6 Fehltagen in 100 Versicherungsjahren weiterhin auf Rang eins der Tabelle. Bei Frauen wurden mit dieser Diagnose 55,5 Fehltag je 100 VJ erfasst. Zu vergleichbaren Fehlzeiten führen bei Frauen mit 55,2 AU-Tagen je 100 VJ „Depressive Episoden“ (F32), die bei Männern deutlich weniger Krankheitstage verursachen. Neben Depressionen spielen aus dem Diagnosekapitel „Psychische Störungen“ auch „Belastungsreaktionen“ (F43) sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ insbesondere bei Frauen eine größere Rolle. Männer weisen demgegenüber in der Regel höhere Fehlzeiten aufgrund einzelner Diagnosen im Zusammenhang mit Verletzungen sowie bei Erkrankungen des Bewegungsapparats auf. Hinzuweisen ist schließlich in Bezug auf Frauen auf die nicht unerhebliche Bedeutung der Diagnose „Brustkrebs“ (C50) im AU-Meldegesehen. Sie resultiert allerdings mit knapp 2.900 AU-Fällen in der TK-Population im Jahr 2006 weniger aus einer großen Häufigkeit als vielmehr aus der ausgesprochen langen fallbezogenen Dauer der einzelnen Krankmeldungen von durchschnittlich 104 Tagen.

Absolute Angaben zu AU-Fallzahlen und -Tagen zu den 100 relevantesten Diagnosen des AU-Meldegesehens im Jahr 2006 gemessen am Fehlzeitenvolumen sind inklusive Angaben zur durchschnittlichen Falldauer der Tabelle A15 auf Seite 134 im Anhang zu entnehmen.

Anteil relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage 2006

ICD10-Diagnose	Männer [Tage je 100 VJ]	Frauen [Tage je 100 VJ]	gesamt [Tage je 100 VJ]
M54 Rückenschmerzen	59,6	55,5	57,9
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	36,6	50,0	42,1
F32 Depressive Episode	29,8	55,2	40,3
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	28,2	23,5	26,3
J20 Akute Bronchitis	17,9	22,5	19,8
T14 Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion	23,3	12,5	18,8
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	12,2	27,5	18,6
K52 Sonstige nicht infek. Gastroenteritis und Kolitis	16,0	18,7	17,1
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	14,2	18,1	15,8
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes	17,7	12,3	15,5
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	14,3	11,7	13,2
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes	14,6	10,0	12,7
F33 Rezidivierende depressive Störung	8,2	15,5	11,2
J03 Akute Tonsillitis	9,8	13,2	11,2
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	10,7	11,9	11,2
M75 Schulterläsionen	11,2	11,1	11,2
I10 Essenzielle (primäre) Hypertonie	11,4	9,6	10,7
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,2	24,9	10,4
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	9,1	11,7	10,2
S93 Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. ob. Sprunggelenkes u. d. Fußes	11,1	8,6	10,1
Anteil aufgeführte Tage an allen AU-Tagen	36,8 %	36,2 %	36,5 %
AU-Tage je 100 VJ insgesamt	968,0	1.170,5	1.052,0

Tabelle 7 (Erwerbspersonen TK, stand.)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen

Einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen hat der aktuell ausgeübte Beruf. Der Einfluss des Berufs resultiert dabei aus einer Reihe von Faktoren. Naheliegend ist zunächst die Annahme von berufsspezifisch unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Risiken als Folge der Belastung am Arbeitsplatz. Beispielsweise ist ein Handwerker einem höheren Verletzungsrisiko am Arbeitsplatz ausgesetzt als ein Büroangestellter. Entsprechend ist bei Handwerkern – als Folge dieses Risikos – mit einem erhöhten Krankenstand zu rechnen.

Unabhängig von der Erkrankungshäufigkeit spielt der Beruf aber auch insofern eine Rolle, als dass die Tätigkeitsausübung bei ein und derselben gesundheitlichen Einschränkung berufsabhängig unterschiedlich stark beeinträchtigt ist. Während zum Beispiel ein Bänderriss am Fuß unter konservativer Behandlung bei Personen mit sitzender Tätigkeit nur zu wenigen Tagen Arbeitsausfall führen muss, dürfte er, trotz medizinisch identischer Diagnose, bei vielen Berufen, deren Ausübung mit langen Gehstrecken oder starken Belastungen des Fußes verbunden ist, zu Arbeitsunfähigkeiten über mehrere Wochen führen. Weitere, zum Teil in unterschiedliche Richtungen und nicht ausschließlich berufsgruppenspezifisch wirksame Einflüsse entstehen durch Selektionseffekte oder nur mittelbar gesundheitsrelevante Berufsbedingungen. Dazu gehören unter anderem:

- der sogenannte „Healthy Worker Effect“ bei Anstellung von körperlich überdurchschnittlich gesunden Personen für besonders belastende Tätigkeiten, woraus trotz hoher Belastung in bestimmten Berufsgruppen geringe Erkrankungsraten resultieren können,
- Selektionseffekte durch Möglichkeiten zur vorzeitigen Berentung,
- Einflüsse von tariflich unterschiedlich vereinbarten Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall,
- berufs- und zeitabhängig unterschiedlich wahrgenommene Gefahren des Arbeitsplatzverlustes sowie
- Berufszufriedenheit und Arbeitsklima, persönliche Kompetenz und Verantwortlichkeit im ausgeübten Beruf.

Eine vollständige Diskussion der berufsgruppenspezifischen Krankenstände muss all diese Einflussmöglichkeiten abwägen. Allerdings zeigen sich bei einer Betrachtung von entsprechenden Auswertungsergebnissen Muster, die sich auch ohne den Anspruch einer vollständigen Diskussion sinnvoll interpretieren lassen.

Einen Überblick zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen im Jahr 2006 bei Erwerbspersonen der TK in einzelnen Berufsfeldern, getrennt für Männer und Frauen, geben Abbildung 34 sowie Abbildung 35 auf Seite 81 und Seite 82. Erläuterungen zur Einteilung in sogenannte Berufsfelder finden sich im Anhang.

Offensichtlich ist die berufsabhängig sehr große Spannweite hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten: Während unter Männern im Berufsfeld „Technisch-naturwissenschaftliche Berufe“ innerhalb des Jahres 2006 durchschnittlich **6,9 Arbeitsunfähigkeitstage** gemeldet wurden, waren Erwerbstätige in „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ im Mittel **17,8 Tage** krankgemeldet.

Der Krankenstand variiert damit unter Männern in Abhängigkeit von der Berufsfeldzugehörigkeit etwa um den Faktor 2,5, in den Bauberufen liegt er etwa um den Faktor 1,8 über den durchschnittlichen Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen der TK von insgesamt 9,7 Tagen je Versicherungsjahr (vgl. auch Tabelle A16 bis Tabelle A18 ab Seite 135 im Anhang).

Relativ hohe Fehlzeiten weisen neben den Bauberufen unter Männern Agrarberufe, eine Reihe von typischen Industriebberufen, Verkehrs- und Lagerberufe sowie die Gruppe der Dienstleistungsberufe mit „Friseuren, Hauswirtschaftern und Reinigungskräften“ auf. Merkllich über dem Durchschnitt bei Erwerbspersonen liegen auch die erfassten Fehlzeiten bei Arbeitslosen, genauer formuliert bei Arbeitslosengeld-I-Empfängern. Geringe Fehlzeiten finden sich demgegenüber – außer in der bereits erwähnten Gruppe mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen – auch bei „Waren- und Dienstleistungskaufleuten“, in den „Verwaltungs-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen“ sowie bei „Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen“.

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2006

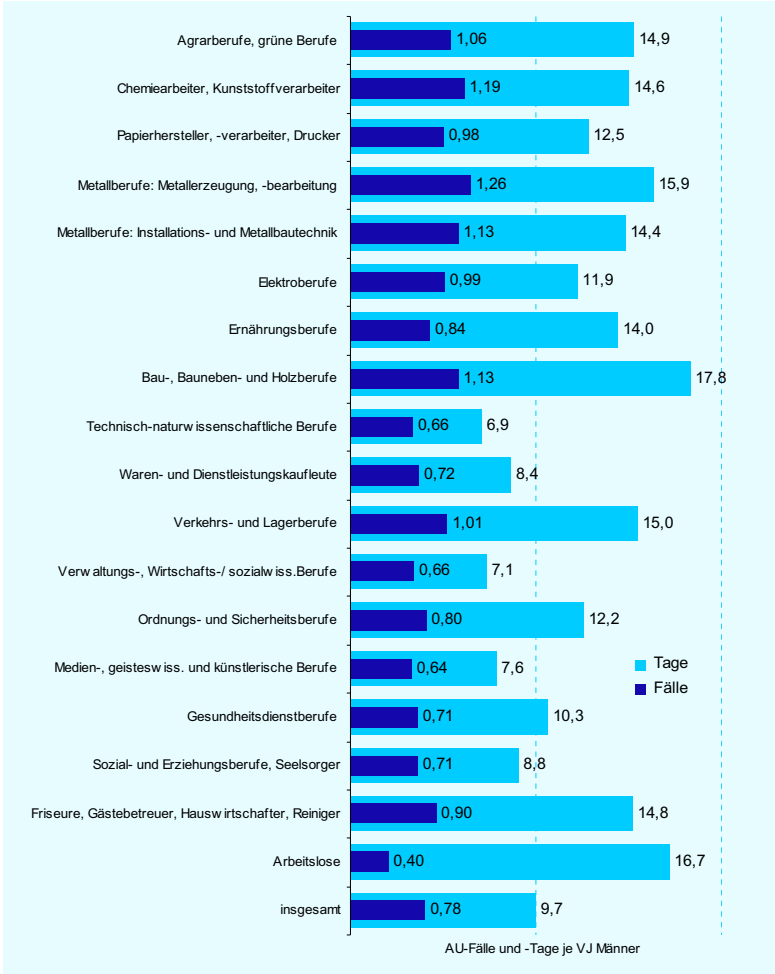


Abbildung 34 (Erwerbspersonen TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- bzw. Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 9,7 Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tage je VJ über alle männlichen Erwerbspersonen der TK)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2006

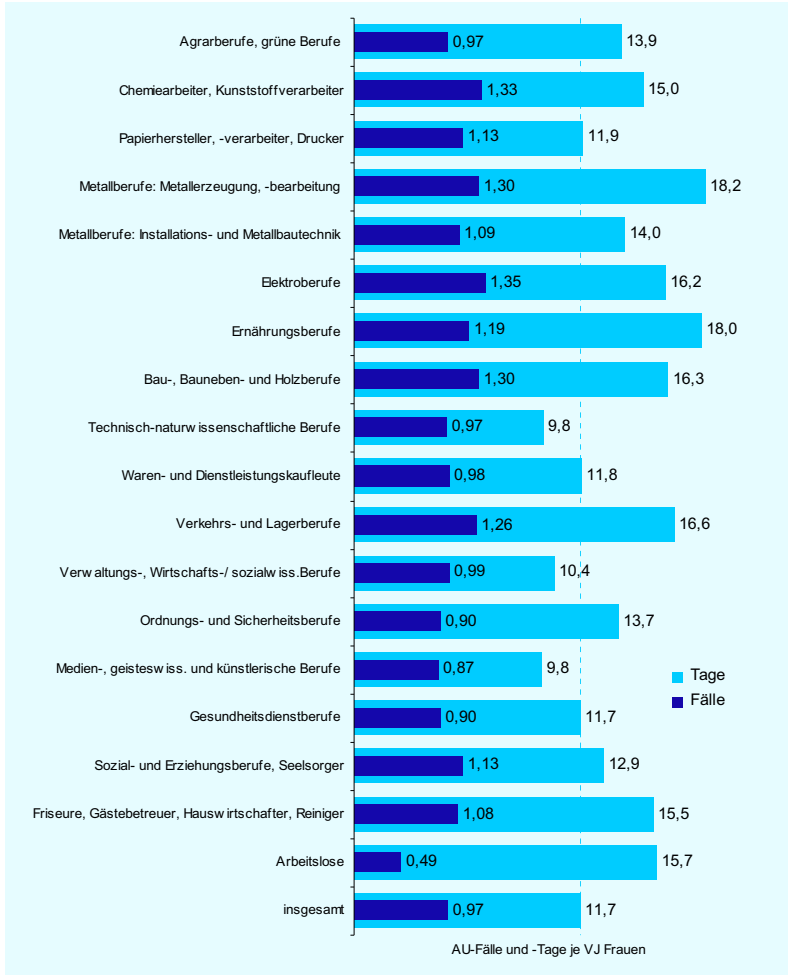


Abbildung 35 (Erwerbspersonen TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- bzw. Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 11,7 AU-Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tage je VJ über alle weiblichen Erwerbspersonen der TK)

Die berufsfeldspezifischen Krankenstände unter Frauen entsprechen, in der Regel auf einem leicht höheren Niveau, weitgehend denen der männlichen Kollegen. Auch unter Frauen weisen vorrangig die körperlich stärker belastenden Berufe die relativ höheren Krankenstände auf. Berufe mit überwiegend akademischer Ausbildung und Bürotätigkeit weisen, wie unter Männern, demgegenüber eher geringe Krankenstände auf.

Der Krankenstand unter Arbeitslosen ist im Vergleich zum Mittel über alle Erwerbspersonen in der TK erhöht, obwohl Arbeitslose die mit Abstand geringste Krankschreibungshäufigkeit aufweisen. Arbeitslose sind also relativ selten, dann aber überdurchschnittlich lange krankgeschrieben. Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass kurzzeitige Erkrankungen bei Arbeitslosen seltener als bei Berufstätigen gemeldet werden.

Ausschließlich in den Tabellen des Anhangs finden sich Angaben auch zu Krankenständen bei Hilfsarbeitern, Auszubildenden und Erwerbspersonen ohne Berufsangabe (vgl. Tabelle A16 bis Tabelle A18 ab Seite 135 im Anhang).

Hilfsarbeiter werden in üblichen Statistiken keinem der definierten Berufsfelder zugeordnet und zumeist auch nicht separat ausgewiesen. Wertet man AU-Meldungen bei Hilfsarbeitern gesondert aus, zeigt sich, in Anbetracht der zumeist körperlich stark belastenden Tätigkeiten nicht unerwartet, ein ausgesprochen hoher Krankenstand (TK 2006: 4,9 Prozent). Krankenstände von Auszubildenden liegen unter dem Durchschnittswert über alle Erwerbspersonen. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass eine Altersstandardisierung aus Gründen der Einheitlichkeit auch bei dieser Gruppe vorgenommen wurde, obwohl sie inhaltlich bei einer erwartungsgemäß auf jüngere Altersgruppen beschränkten Population nicht unbedingt adäquat erscheint.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsstand

Die Abbildung 36 und 20 zeigen Auswertungsergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten unter Erwerbstätigen der TK in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand. Wie bereits vor dem Hintergrund der berufsbezogenen Auswertungen zu vermuten ist, zeigt sich mit steigender Ausbildung ein weitgehend stetiger Rückgang der gemeldeten Fehlzeiten. Sehr ausgeprägt erscheint diese

Abhängigkeit wie in den zurückliegenden Jahren unter männlichen Beschäftigten. Während erwerbstätige Männer ohne Abitur und ohne Berufsausbildung im Mittel 16,6 Fehltag im Jahr aufweisen, werden bei Männern mit Hochschul- oder Universitätsabschluss im Mittel je Jahr nur 4,9 Fehltag erfasst. Die Fehlzeiten bei Frauen liegen in allen Ausbildungskategorien mit Ausnahme der Gruppe mit Hauptschulabschluss ohne Berufsausbildung auf einem höheren Niveau als bei Männern, geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei höherem Ausbildungsstand stärker ausgeprägt als bei geringerem Ausbildungsstand.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Männer 2006

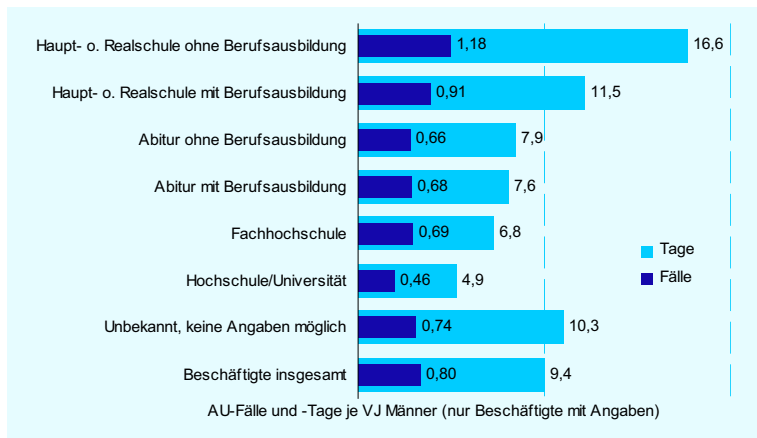


Abbildung 36 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- bzw. Tagesangaben)

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2006

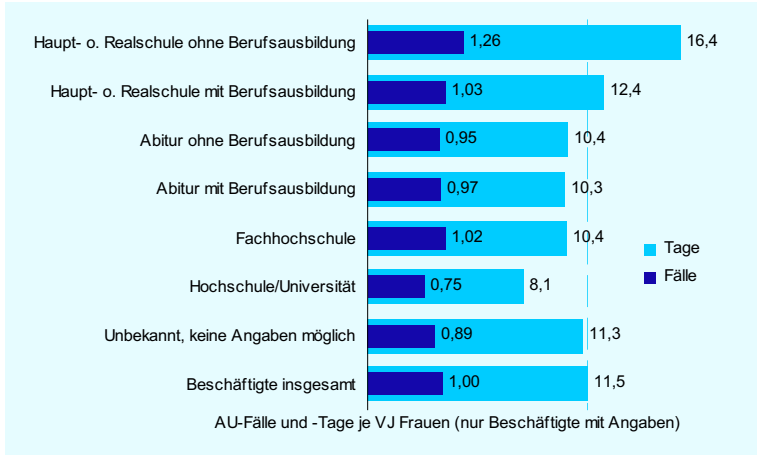


Abbildung 37 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- bzw. Tagesangaben)

Arbeitsunfälle bei Erwerbspersonen

Versicherungsleistungen als Folge sogenannter Arbeits- und Wegeunfälle fallen im deutschen Sozialversicherungssystem in die Zuständigkeit der Unfallversicherung. Bei Erwerbspersonen werden die im Zusammenhang mit Arbeits- und Wegeunfällen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten regulär jedoch auch in den Daten der Krankenkassen erfasst. Durch eine entsprechende Kennzeichnung in den Daten lassen sich die Arbeitsunfälle von den übrigen Erkrankungsfällen abgrenzen. Damit bilden Krankenkassendaten eine gute Basis für Auswertungen zur Häufigkeit und Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen bei Erwerbspersonen.

Tabelle 8 gibt einen Überblick zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2005 und 2006. Insgesamt betrachtet entfällt auf Arbeits- und Wegeunfälle nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der erkrankungsbedingten Fehlzeiten. Rechnerisch wurden bei je 100 durchgängig versicherten männlichen bzw. weiblichen Erwerbspersonen der TK im Jahr 2006 im Mittel 3,5 bzw. 1,9 AU-Fälle mit Arbeitsunfällen registriert. Auf die entsprechenden Arbeitsunfähigkeitszeiten entfielen bei einer durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von etwa 22 Tagen bei beiden Geschlechtern je 100 Versicherungsjahre 77 Krankheitsfehltag bei Männern bzw. 41 Krankheitsfehltag bei Frauen.

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2005 sowie 2006

AU-Meldungen bei Arbeitsunfällen	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
AU-Fälle je 100 VJ	3,29	1,76	2,66	3,52	1,89	2,85
AU-Tage je 100 VJ	72,7	38,1	58,4	76,8	41,3	62,1
Krankenstand	0,20 %	0,10 %	0,16 %	0,21 %	0,11 %	0,17 %
AU-Tage je Fall	22,1	21,6	22,0	21,8	21,8	21,8

Tabelle 8 (stand.)

Der Krankenstand als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen beträgt damit 0,2 Prozent bei Männern bzw. 0,1 Prozent bei Frauen. Dies bedeutet, dass unter 10.000 männlichen Erwerbspersonen im Jahresmittel etwa zwei Per-

sonen wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, unter 10.000 weiblichen Erwerbspersonen im Jahresmittel über alle Tage lediglich eine Person. Unter Männern in der TK entfielen somit 7,9 Prozent aller gemeldeten Krankheitsfehltage auf Arbeits- und Wegeunfälle, unter Frauen waren es demgegenüber nur 3,5 Prozent aller Krankheitsfehltage.

Abbildung 38 zeigt die in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen innerhalb von 100 Versicherungsjahren anfallenden Krankheitsfehltage unter Erwerbspersonen der TK. Offensichtlich wird, dass jüngere Männer überdurchschnittlich stark von Arbeits- und Wegeunfällen betroffen sind.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht

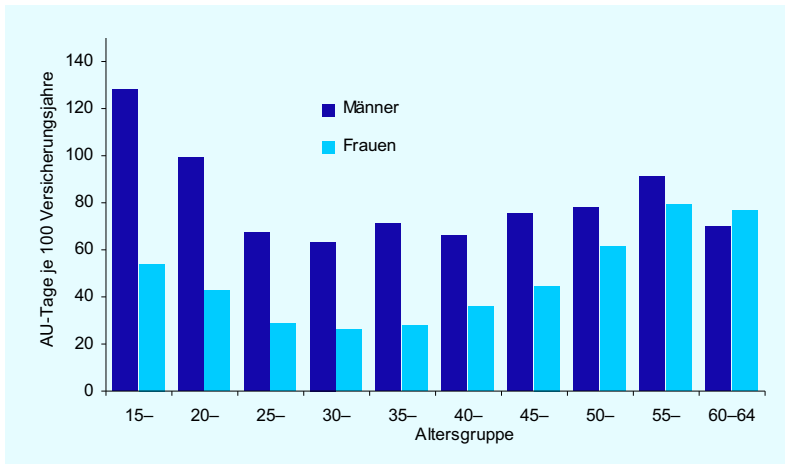


Abbildung 38 (Erwerbspersonen TK 2006)

Tabelle 9 zeigt die Verteilung von Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle auf ICD10-Diagnosekapitel. Erwartungsgemäß entfällt mit knapp 80 Prozent der weitaus überwiegende Teil der Fehlzeiten auf das ICD10-Kapitel „Verletzungen und Vergiftungen“. Eine gewisse Relevanz besitzen bei den Diagnoseangaben zu Fehlzeiten wegen Arbeitsunfällen mit einem Anteil von gut 11 Prozent auch „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“, die als Folgeerscheinungen von Unfällen angesehen werden können. Auf alle übrigen Diagnosen entfallen zusammen weniger als 11 Prozent der durch Arbeits- und Wegeunfälle bedingten Fehlzeiten.

Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2005 sowie 2006

Diagnosekapitel	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Übrige Diagnosen	10,6 %	11,9 %	11,0 %	9,9 %	10,9 %	10,2 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,1 %	12,2 %	11,4 %	10,9 %	11,4 %	11,1 %
Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen	78,2 %	75,9 %	77,6 %	79,1 %	77,7 %	78,7 %

Tabelle 9 (prozentuale Anteile an den erkrankungsbedingten Fehlzeiten wegen Arbeits- und Wegeunfällen insgesamt; stand.)

Abbildung 39 zeigt AU-Tage durch Arbeits- und Wegeunfälle je 100 Versicherungsjahre bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen der TK 2006 in einer Aufgliederung nach Berufsfeldern. Insbesondere unter Männern zeigen sich dabei extreme berufsabhängige Unterschiede.

Während männliche Beschäftigte in „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ 287 Tage in 100 Versicherungsjahren wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, fehlten männliche Beschäftigte aus Verwaltungsberufen lediglich 28 Tage aus entsprechenden Gründen. Ein durchschnittlicher männlicher Beschäftigter mit einem Bauberuf fehlte also innerhalb eines Jahres fast drei Tage aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen, ein Verwaltungsangestellter weniger als 0,3 Tage.

Die bereits festgestellten Unterschiede in der Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen zwischen Männern und Frauen zeigen sich auch innerhalb eines Teils der aufgeführten Berufsfelder. Frauen sind seltener von einem Arbeitsunfall betroffen als Männer, selbst wenn sie im selben Berufsfeld tätig sind. Diese Aussage gilt dabei vorrangig für Berufe mit manuellen Tätigkeiten. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von Arbeitsunfällen bei Berufen mit einem hohen Anteil von Büroarbeitsplätzen sind demgegenüber nur marginal.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Berufsfeldern 2006

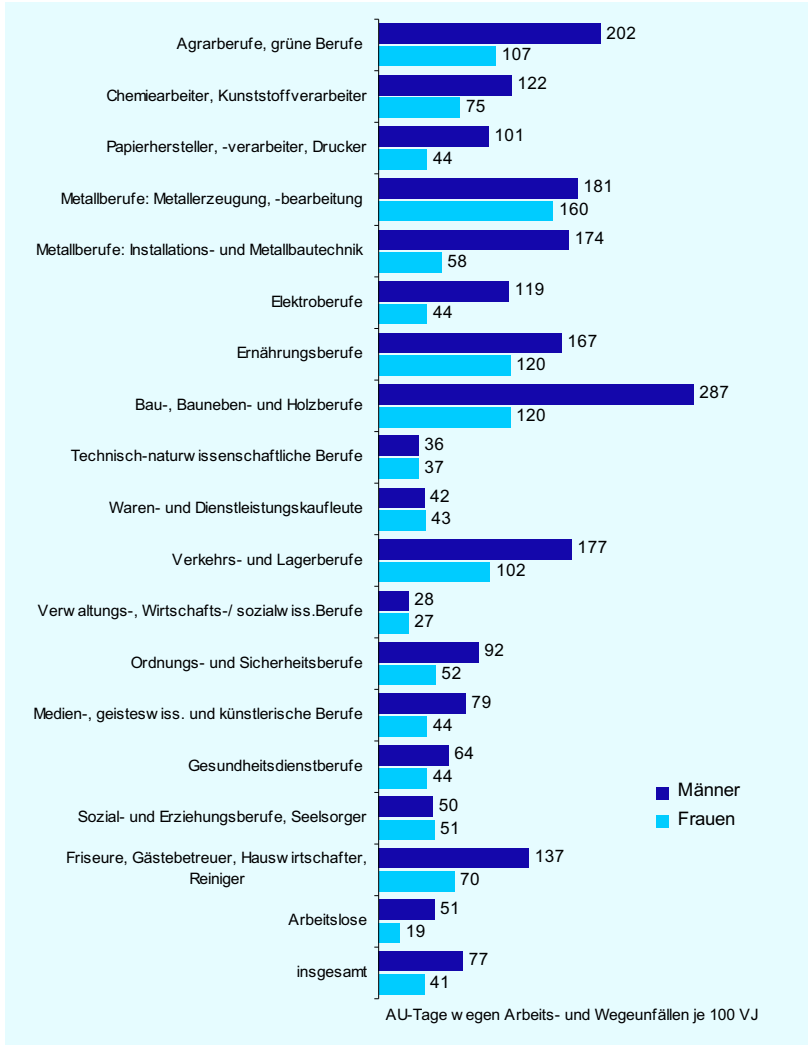


Abbildung 39 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.)

Rückenbeschwerden

Nachdem Rückenbeschwerden auch weiterhin eine wesentliche Ursache von Arbeitsunfähigkeiten bilden, werden im nachfolgenden Abschnitt Ergebnisse explizit zu diesem Thema im Zusammenhang dargestellt.

Abgrenzung von Rückenbeschwerden in Diagnosen.

In der ICD10 zählen Rückenbeschwerden zum übergeordneten **Diagnosekapitel XIII** „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Als Rückenbeschwerden im weiteren Sinn lassen sich die Diagnosen aus der **Diagnosegruppe** „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ bezeichnen, welche alle Diagnosen mit den Ziffern zwischen M40 bis M54 umfasst. Diese Diagnosegruppe ist weiter aufgegliedert in die drei **Untergruppen** „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“, „Spondylopathien“ sowie „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“. Erkrankungen aus allen drei Untergruppen können Rückenbeschwerden hervorrufen. Rückenbeschwerden im engeren Sinne werden üblicherweise in der letztgenannten Untergruppe „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ erfasst, in der vier Diagnosen enthalten sind (vgl. Tabelle 10; eine Diagnose M52 ist im ICD10 nicht enthalten). Mit dem häufig verwendeten Diagnoseschlüssel M54 aus dieser Untergruppe werden Rückenschmerzen codiert. Können als Ursache für die Beschwerden umschriebene organische Veränderungen verantwortlich gemacht werden, werden zur Bezeichnung üblicherweise andere Diagnoseschlüssel verwendet. Allerdings finden sich bei Rückenbeschwerden häufig keine organischen Veränderungen, die als eindeutige Ursache der Beschwerden gelten können.

Rückenbeschwerden als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten.

Eine Übersicht zu den Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen und deren Bedeutung für Arbeitsunfähigkeiten bei Mitgliedern der TK im Jahr 2006 zeigen die nachfolgende Tabelle 10 sowie Abbildung 40.

Je 100 Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK wurden im Jahr 2006 insgesamt 1.052 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst. Von diesen Gesamtfehlzeiten entfielen 20,1 Prozent auf das Diagnosekapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ (212 Tage je 100 VJ), darunter 107 Tage je 100 VJ – entsprechend 10,2 Prozent aller Fehltage – auf „Krankheiten der

Wirbelsäule und des Rückens“ (M40–M54), also auf Rückenbeschwerden im weiteren Sinne.

Allein auf die relativ unspezifische Diagnose M54 „Rückenschmerzen“ entfielen 58 Fehltage je 100 VJ. Diese entsprechen einem Anteil von 5,5 Prozent der gesamten Fehlzeiten bei Erwerbspersonen in der TK 2006. Jeder 18. krankheitsbedingte Fehltag wurde also unter der Diagnose Rückenschmerzen erfasst. Auf keine andere Diagnose entfallen mehr Fehltage.

Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden

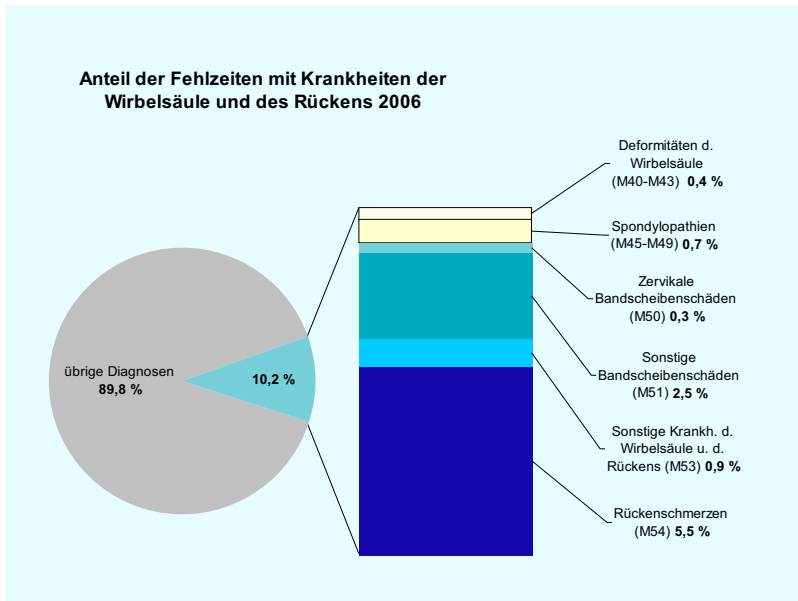


Abbildung 40 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.)

Bei den durchschnittlich 2,52 Millionen Erwerbspersonen in der TK im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wurden damit im Jahr 2005 in absoluten Zahlen 122.648 Krankmeldungen mit der Diagnose Rückenschmerzen (M54) registriert. Diese dauerten durchschnittlich 11,9 Tage. Es ergeben sich so allein für die Diagnose Rückenschmerzen bei TK-versicherten Erwerbspersonen 1.457.310 Fehltage. Auf Krankheiten der Wirbelsäule und des

Rückens insgesamt (M40–M54, Rückenbeschwerden im weiteren Sinne) entfielen 2005 in der TK-Population 2.706.570 Fehltag.

Nach den Erfahrungen aus vergangenen Jahren sind Erwerbspersonen in der TK im Vergleich zu Versicherten aus einer Reihe von anderen Krankenkassen in geringerem Ausmaß von Rückenbeschwerden betroffen, was maßgeblich aus dem Berufsspektrum von TK-Mitgliedern resultiert (vgl. Auswertungen zu Berufsgruppen weiter unten). Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ergebnisse zu Rückenbeschwerden in der TK-Population nur sehr bedingt auf Erwerbspersonen in Deutschland übertragen. Angegeben werden können lediglich sehr konservative Schätzungen. Nach entsprechenden Schätzungen dürften im Jahr 2006 bei Erwerbspersonen in Deutschland deutlich mehr als 30 Millionen Fehltag aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, darunter mehr als 15 Millionen Fehltag allein wegen Rückenschmerzen, angefallen sein.

Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten 2006

	AU-Tage je 100 VJ			Anteil in %
	Männer	Frauen	Gesamt	
Arbeitsunfähigkeiten insgesamt	968	1.171	1.052	100,0
Kapitel XIII: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	212	212	212	20,1
DG M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	110	104	107	10,2
UG M40–M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	4	4	4	0,4
UG M45–M49 Spondylopathien	7	7	7	0,7
UG M50–M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	99	93	96	9,2
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	3	4	3	0,3
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	28	24	26	2,5
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8	11	9	0,9
M54 Rückenschmerzen	60	55	58	5,5

Tabelle 10 (Erwerbspersonen TK, stand.; DG = Diagnosegruppe, UG = Untergruppe)

Entwicklung zwischen 2000 und 2006.

Zwischen 2001 und 2005 zeichnete sich eine erfreuliche Entwicklung hinsichtlich der Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden ab. Die Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54) waren deutlich von 139 Fehltagen je 100 VJ im Jahr 2001 auf nur noch 104 Fehltag je 100 VJ im Jahr 2005 gesunken. Der größere Teil dieses Rückgangs lässt sich dabei auf rückläufige Fehlzeiten mit der Diagnose von Rückenschmerzen (M54) zurückführen, die von 2001 bis 2005 von 77 auf 55 Fehltag je 100 VJ gesunken sind (vgl. Abbildung 41). Demgegenüber lässt sich von 2005 auf 2006 ein leichter Anstieg der Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden feststellen.

Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2006

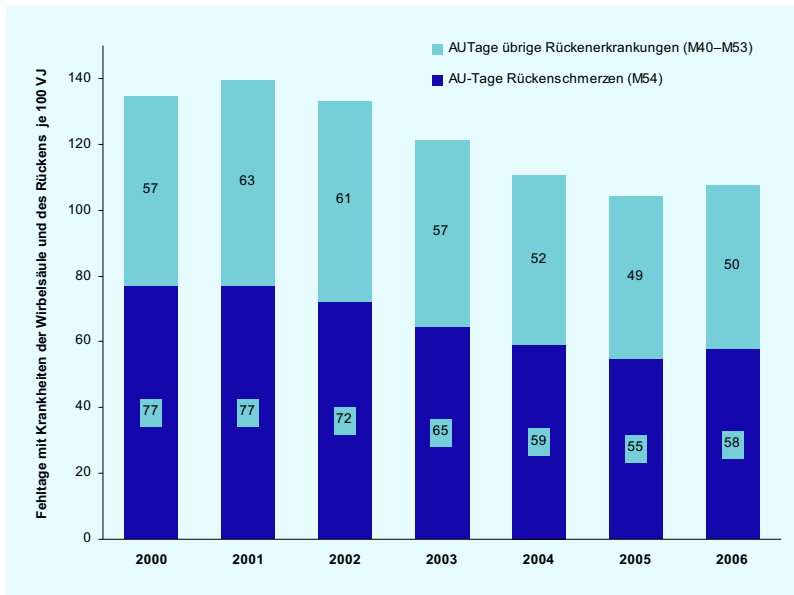


Abbildung 41 (Erwerbspersonen TK 2000–2006, stand.)

Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern

Sowohl von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54, Rückenbeschwerden im weiteren Sinne) als auch von Rückenschmerzen als Einzeldiagnose (M54) sind einzelne Berufsgruppen in sehr unterschiedlichem Umfang betroffen. Abbildung 42 zeigt Fehlzeiten wegen entsprechender Diagnosen für Beschäftigte aus einzelnen Berufsfeldern im Jahr 2006. In diesen sogenannten Berufsfeldern sind jeweils Tätigkeiten mit vergleichbaren Charakteristika zusammengefasst.

Die höchsten Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden finden sich bei Beschäftigten aus dem Berufsfeld „Bau-, Bauneben- und Holzberufe“, also in einer Gruppe mit körperlich ausgesprochen starker Belastung. Ein einzelner Beschäftigter aus dieser Gruppe war durchschnittlich im Jahr 2006 etwa 2,5 Tage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens krankgeschrieben. Demgegenüber wurden bei Beschäftigten in technisch-naturwissenschaftlichen Berufen mit entsprechenden Diagnosen durchschnittlich lediglich 0,7 Fehltage je Mitarbeiter und Jahr erfasst. Die Fehlzeiten variieren zwischen den einzelnen Berufsfeldern damit um einen Faktor knapp unter 4.

Fehltage mit Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern

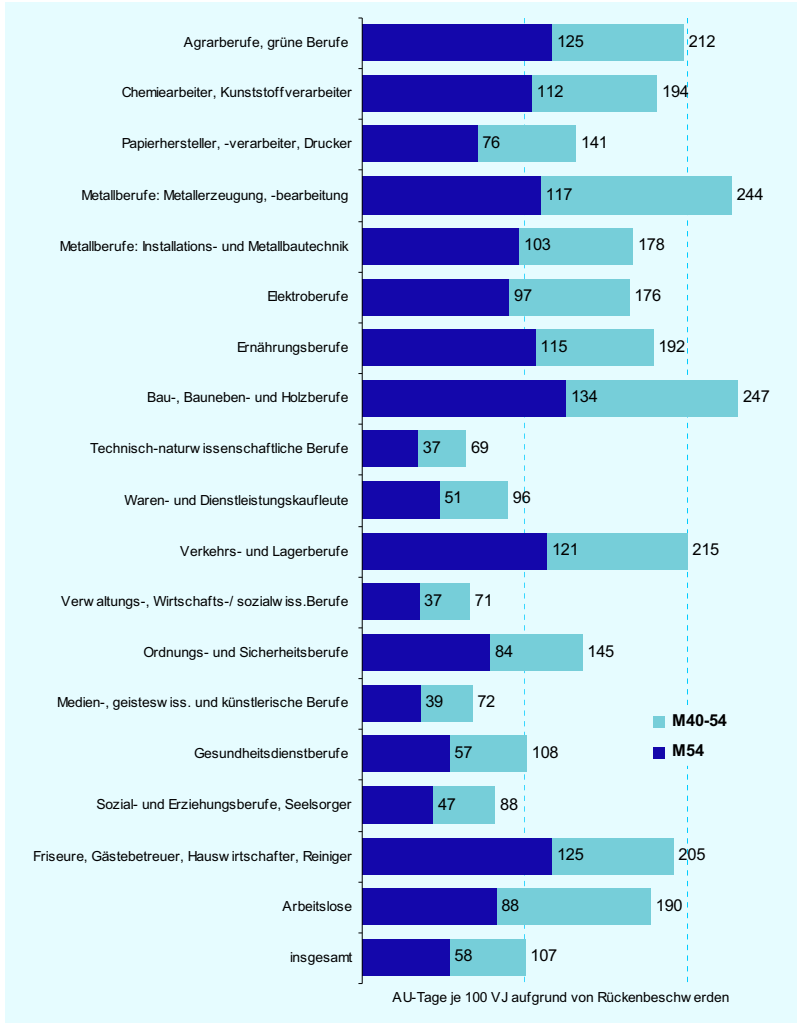


Abbildung 42 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.)

Rückenbeschwerden in Bundesländern.

Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von Rückenbeschwerden variieren deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Tabelle 11). Während in Baden-Württemberg bei einer Erwerbsperson im Durchschnitt 2006 lediglich 0,78 Fehltage wegen der Diagnose von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54) erfasst wurden, waren es in Berlin durchschnittlich 1,40 Fehltage.

Tendenziell zeigt sich, dass in den Bundesländern mit insgesamt geringen Fehlzeiten, wie Bayern und Baden-Württemberg, auch die anteilige Bedeutung von Rückenbeschwerden an den Fehlzeiten eher gering ist. Hieraus resultiert, dass die relativen Unterschiede zwischen den Bundesländern im Hinblick auf die Fehlzeiten wegen der Diagnose von Rückenbeschwerden stärker ausgeprägt sind als die Unterschiede im Hinblick auf die Fehlzeiten insgesamt (vgl. Tabelle 11).

Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern

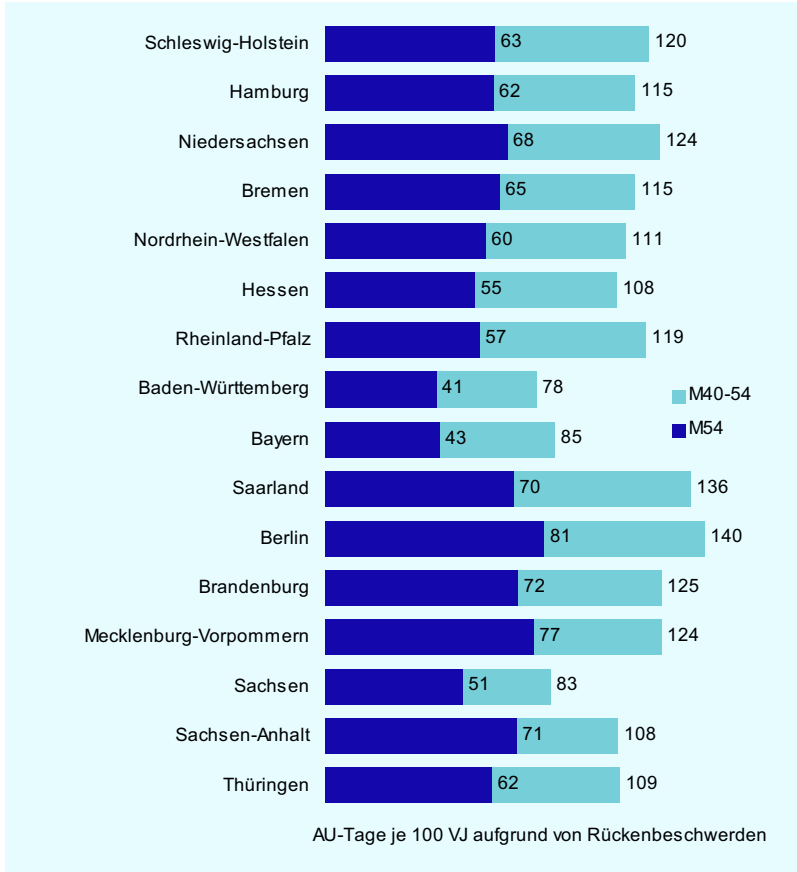


Abbildung 43 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.) M40-54

Fehltage wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern

Bundesland	M40–M54	nur M54	Anteil M40–M54 an gesamt	AU-Tage gesamt
	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	in %	AU-Tage je 100 VJ
Schleswig-Holstein	120	63	10,7	1.126
Hamburg	115	62	9,9	1.159
Niedersachsen	124	68	11,3	1.101
Bremen	115	65	10,5	1.091
Nordrhein-Westfalen	111	60	10,8	1.032
Hessen	108	55	10,2	1.063
Rheinland-Pfalz	119	57	10,7	1.107
Baden-Württemberg	78	41	9,1	859
Bayern	85	43	9,1	931
Saarland	136	70	11,1	1.219
Berlin	140	81	11,0	1.277
Brandenburg	125	72	10,1	1.233
Mecklenburg-Vorpommern	124	77	9,8	1.268
Sachsen	83	51	8,3	1.007
Sachsen-Anhalt	108	71	9,1	1.194
Thüringen	109	62	9,2	1.189
gesamt	58	107	10,2	1.052

Tabelle 11 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.)

Arzneimittelverordnungen

Erhebungsgrundlagen und Erläuterungen

Für die vorliegenden Auswertungen standen – für die Gruppe der auch bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigten Erwerbspersonen – Informationen zur Verordnung von Arzneimitteln präparate- bzw. versichertenbezogen zur Verfügung (vgl. auch Methodenteil im Anhang).

Aus den Verordnungsdaten mit Versichertenbezug lassen sich eine Reihe von Maßzahlen ableiten, die in Tabelle 12 kurz erläutert sind.

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 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 Präparats 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 12

Arzneimittelverordnungen insgesamt

Für Erwerbspersonen in der TK (ohne ALG-II-Empfänger) wurden innerhalb von 923 Millionen Versicherungstagen des Jahres 2006 insgesamt 9,91 Millionen Präparate beziehungsweise 10,67 Millionen Arzneimittelpackungen verordnet. Für 94 Prozent der verordneten Präparate waren Angaben zum ATC-Code sowie zu definierten Tagesdosen vorhanden. Aus den Angaben lässt sich ein Verordnungsvolumen von insgesamt 444 Millionen definierten Tagesdosen ermitteln.

Tabelle 13 gibt Auskunft über die Anteile der im Jahr 2006 von mindestens einer Arzneimittelverordnung betroffenen Erwerbspersonen insgesamt. Zusätzlich ausgewiesen sind die Anteile von Erwerbspersonen mit Verordnungen von Ärzten aus ausgewählten Facharztgruppen.

Anteil Erwerbspersonen mit Arzneimittelverordnungen 2006

verordnende Arztgruppe	Männer	Frauen	gesamt
Augenheilkunde	3,5 %	4,2 %	3,8 %
Chirurgie	2,6 %	2,4 %	2,5 %
Frauenheilkunde	0,0 %	21,5 %	8,9 %
Hals-Nasen-Ohren	5,7 %	7,2 %	6,3 %
Hautkrankheiten	8,1 %	12,0 %	9,7 %
Innere Medizin	13,5 %	16,5 %	14,7 %
Psychiatrie	2,0 %	3,2 %	2,5 %
Orthopädie	4,4 %	5,2 %	4,7 %
Urologie	2,4 %	1,4 %	2,0 %
Allgemeinmedizin	38,8 %	45,6 %	41,6 %
Zahnarzt	5,3 %	6,6 %	5,8 %
insgesamt (beliebige Arztgruppe)	60,7 %	74,2 %	66,3 %

Tabelle 13 : Bezugsgruppe: Erwerbspersonen mit TK-Mitgliedschaft am 1. 1. 2006; (stand.)

Von den Erwerbspersonen, die am 1. 1. 2006 bei der TK versichert waren, erhielten mit 66,3 Prozent etwa zwei Drittel im Verlauf desselben Jahres zumindest eine Arzneimittelverordnung, die zulasten der Krankenkasse abgerechnet wurde. Frauen waren häufiger betroffen, lediglich 25,8 Prozent

erhielten kein Rezept. Unter Männern lag dieser Anteil mit 39,3 Prozent merklich höher. In weiter zurückliegenden Jahren vor Einführung des GMG waren, bedingt durch die partielle Erstattung auch rezeptfrei erhältlicher Medikamente, deutlich höhere Verordnungsraten um 75 Prozent zu beobachten (vgl. Gesundheitsreport der TK 2004). Insgesamt mehr als 40 Prozent aller Erwerbspersonen erhielten 2006 zumindest ein Rezept vom Allgemeinarzt (Männer 39 Prozent; Frauen 47 Prozent), gut ein Fünftel der Frauen (21,5 Prozent) reichte zumindest ein Rezept vom Arzt für Frauenheilkunde in einer Apotheke ein.

Tabelle 14 zeigt weitere Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen. Die aus den Arzneimittelverordnungen ableitbare Zahl von Arztkontakten, also ausschließlich Kontakte mit mindestens einer Arzneimittelverordnung, belief sich im Jahr 2006 unter Männern innerhalb eines Versicherungsjahres auf durchschnittlich 2,3, unter Frauen waren es durchschnittlich 3,3 Kontakte je VJ. Da je Kontakt mehrere Präparate und je Präparat gegebenenfalls auch mehrere Packungen verordnet werden können, liegen die entsprechenden Zahlenwerte erwartungsgemäß entsprechend höher.

Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr Erwerbspersonen 2006

Parameter	Männer	Frauen	gesamt
Arztkontakte (mit Verordnung) je VJ	2,30	3,26	2,70
Präparate je VJ	3,26	4,16	3,63
Packungen je VJ	3,48	4,53	3,92
Präparate mit ATC-Zuordnung je VJ	3,06 (94 %)	3,93 (94 %)	3,42 (94 %)
Präparate mit DDD-Angabe je VJ	3,06 (94 %)	3,93 (94 %)	3,42 (94 %)
DDD je Präparat*	50	40	45
DDD je VJ*	152	159	155

Tabelle 14 *nur Präparate mit DDD-Angabe (stand.)

Bei durchschnittlich 45 DDD je rezeptiertes Präparat erhielt eine Erwerbsperson innerhalb eines Versicherungsjahres durchschnittlich insgesamt 155 Tagesdosen Arzneimittel verordnet. Der Wert für Frauen liegt mit 159 DDD je Versicherungsjahr nur noch geringgradig über dem Wert für Männer mit 152 DDD je VJ.

Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Die Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen variieren in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Versicherten. Nur verhältnismäßig geringe Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Anteils der Erwerbspersonen, die im Laufe eines Jahres zumindest einmalig ein beliebiges Medikament verordnet bekamen. In allen Altersgruppen lag dieser Anteil bei Männern über 50 Prozent, unter Frauen bei mindestens 70 Prozent (vgl. Abbildung 44 sowie Tabelle A22 auf Seite 140 im Anhang). Deutlichere Variationen zeigt die Zahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (vgl. Abbildung 45). Bei Männern im Alter zwischen 20 und 29 Jahren wurden durchschnittlich lediglich 1,4 Arztkontakte mit einer Verordnung erfasst. Frauen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren hatten im Jahr durchschnittlich 6,1 Kontakte.

Ähnlich wie die Zahl der Arztkontakte und lediglich auf einem insgesamt etwas höheren Wertenniveau variiert die Zahl der verordneten Präparate nach Alter und Geschlecht unter den Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 46 unten).

Noch deutlichere alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung von Tagesdosen der verordneten Medikamente in Abbildung 47 bzw. Tabelle A23 auf Seite 140 im Anhang. Die geringsten Verordnungsmengen weisen hier Männer im Alter zwischen 20 und unter 25 Jahren mit 41 DDD je VJ auf, die höchsten Männer ab 60 Jahre mit 516 DDD je Versicherungsjahr. Insbesondere in dieser Altersgruppe ist es damit unter Männern in den letzten Jahren zu einem merklichen Anstieg des Verordnungsvolumens gekommen. Im Jahr 2004 waren bei Männern im Alter zwischen 60 und 64 Jahren lediglich 431 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet worden.

Auffällig hoch ist das Verordnungsvolumen bei jungen Frauen bis zum 20. Lebensjahr mit durchschnittlich 295 DDD je Versicherungsjahr. Ursache hierfür sind ärztliche Verordnungen von Verhütungsmitteln, die bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind.

Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2006

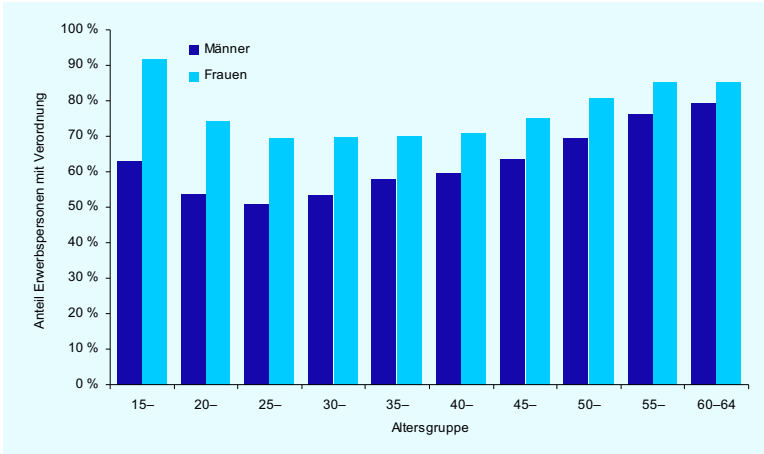


Abbildung 44 (Anteil an allen Erwerbspersonen der TK mit Versicherung am 1. 1. 2006)

Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2006

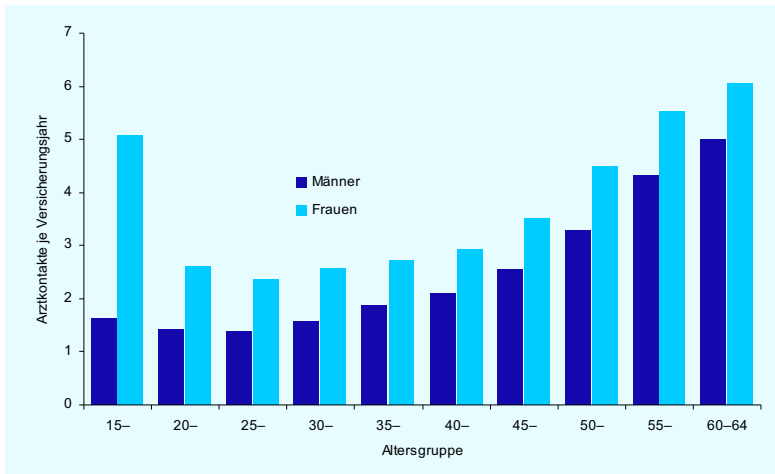


Abbildung 45 (Erwerbspersonen TK, Arztkontakte mit Arzneimittelverordnungen)

Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006

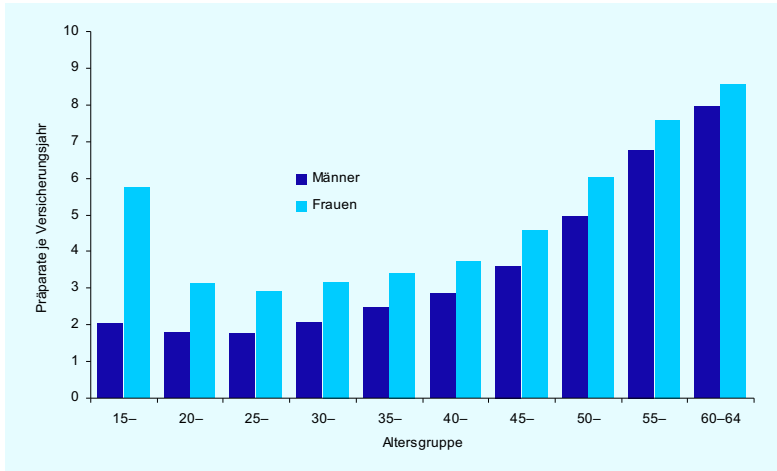


Abbildung 46 (Erwerbspersonen TK)

DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006

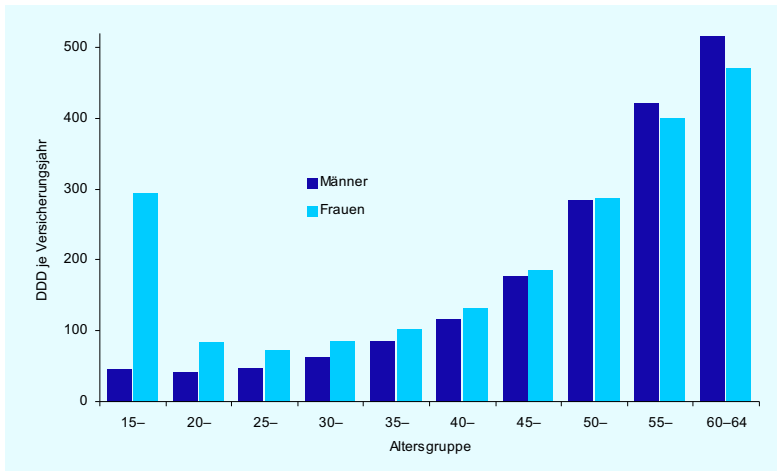


Abbildung 47 (Erwerbspersonen TK, Präparate mit DDD-Angabe)

Arzneimittelverordnungen nach Bundesländern

Der Umfang von Arzneimittelverordnungen zeigt nach Untersuchungen, wie beispielsweise dem Arzneiverordnungs-Report von Schwabe und Paffrath, traditionell merkliche regionale Differenzen. Ein Ausdruck der regionalen Unterschiede sind unter anderem die recht unterschiedlichen Arzneimittelbudgets, die in den vergangenen Jahren den einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen bezogen auf die Anzahl der GKV-Versicherten zugestanden wurden. Inwiefern regionale Unterschiede bei Arzneimittelverordnungen in der relativ homogenen Gruppe der Erwerbspersonen bestehen, soll an dieser Stelle näher betrachtet werden. Wie in den meisten anderen Darstellungen des Gesundheitsreports werden auch an dieser Stelle geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert. Mögliche Unterschiede von Versichertenpopulationen in Bundesländern hinsichtlich dieser Strukturmerkmale wurden damit rechnerisch ausgeglichen und haben so keinen relevanten Einfluss auf die Ergebnisse beziehungsweise können bei der Interpretation vernachlässigt werden.

Abbildung 48 zeigt die durchschnittliche Zahl von Arztkontakten sowie die Anzahl der verordneten Defined Daily Doses je Versicherungsjahr bei Erwerbspersonen nach Bundesländern. Für die regionale Zuordnung war der aktuelle Wohnsitz der Versicherten maßgeblich.

Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr mit Verordnung variiert bundeslandabhängig bei Erwerbspersonen zwischen 2,4 Kontakten in einigen neuen Bundesländern und Berlin sowie 3,4 Kontakten im Saarland. Die Anzahl der dabei verordneten DDD liegt zwischen 138 DDD je VJ in Hamburg und Bremen sowie 175 DDD je VJ in Sachsen-Anhalt. Der Höchstwert liegt damit ein Viertel über den entsprechenden Mindestwerten.

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2006

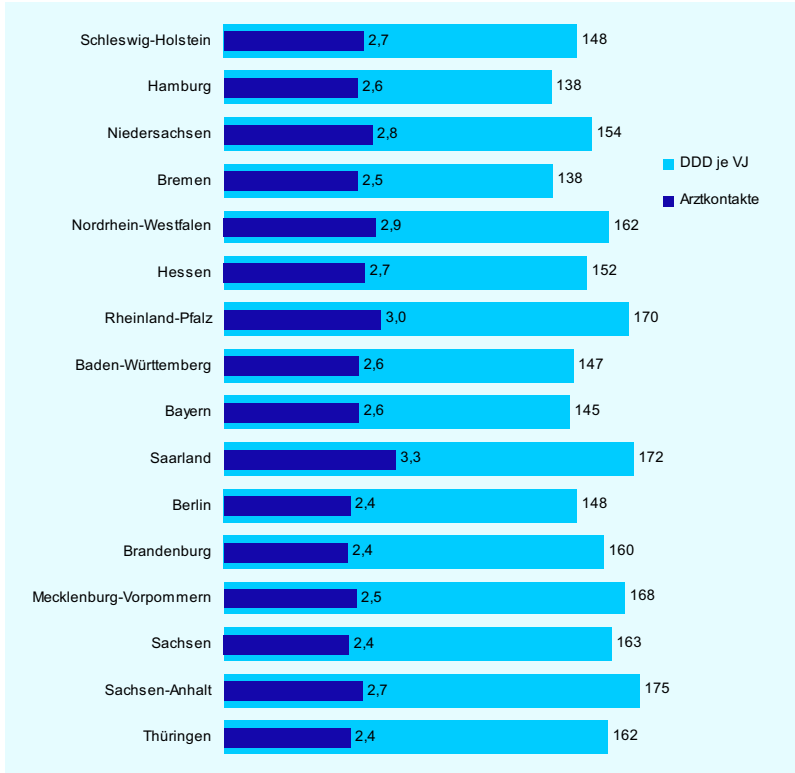


Abbildung 48 (Erwerbspersonen TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie DDD)

Auffällig erscheint das relativ geringe Verordnungsvolumen in den Stadtstaaten und darunter insbesondere auch in Berlin. Vor dem Hintergrund einer hohen Arztdichte in dieser Region wären auf den ersten Blick eher relativ hohe Verordnungsziffern – im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrage – zu erwarten. Gleichzeitig finden sich für Erwerbspersonen in Berlin im Vergleich zu anderen Bundesländern verhältnismäßig hohe Krankenstände – eine hohe Zahl von Arzneiverordnungen wäre auch vor diesem Hintergrund wenig verwunderlich gewesen.

Offensichtlich zeigt das bundeslandspezifische Verordnungsvolumen (gemessen in DDD) insbesondere in Bezug auf die Stadtstaaten nicht den zunächst erwarteten Zusammenhang zu den durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten von Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 49). Die Fehlzeiten in den übrigen Bundesländern weisen in den aktuellen Daten demgegenüber durchaus eine Korrelation mit dem regionalen Verordnungsvolumen auf, das heißt in Bundesländern mit höheren Fehlzeiten wird tendenziell auch eine höhere Zahl an Tagesdosen verordnet.

AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2006

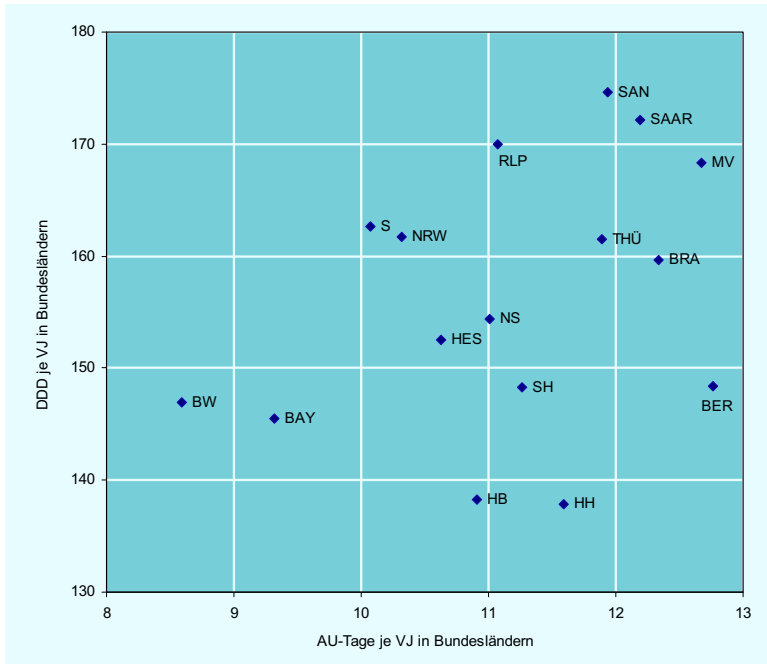


Abbildung 49 (stand. Werte zu 16 Bundesländern; Korrelationskoeffizient $R = .35$; Korrelationskoeffizient bei Berücksichtigung von 13 Bundesländern ohne Stadtstaaten: $R = .67$)

Dieses Ergebnis zu den Stadtstaaten legt die Vermutung nahe, dass in großstädtischen Regionen Arzneimittel tendenziell zurückhaltender verordnet werden. Eine Rolle könnte dabei spielen, dass in Ballungsgebieten nicht medikamentöse Therapieoptionen (z. B. Krankengymnasten, Psychotherapeuten) besser verfügbar sind.

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2003, also aus Zeiten vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, sind in den aktuellen Daten die Zusammenhänge zwischen Arbeitsfehlzeiten und Arzneiverordnungen auf Bundeslandebene sehr viel offensichtlicher nachweisbar (vgl. Gesundheitsreport 2004, Seite 67). Während sich bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Fehlzeiten und Arzneiverordnungsvolumen auf Bundeslandebene in aktuellen Daten ein Korrelationskoeffizient von $R = .35$ berechnen lässt, hatte dieser Wert in Daten zum Jahr 2003 lediglich bei $R = .14$ gelegen. Demnach dürften die bis zum Jahr 2003 von den Krankenkassen erstatteten rezeptfreien Arzneimittel häufig auch bei Erkrankungen und Beschwerden unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten oder nach regional typischen Gewohnheiten verordnet worden sein, womit ein Zusammenhang zwischen den rezeptpflichtigen Verordnungen und Arbeitsunfähigkeiten auf Bundeslandebene partiell maskiert wurde.

Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen

Übergreifende Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen können einen Überblick zum Gesamtverordnungsvolumen geben. Einen ersten Eindruck zur Relevanz einzelner Medikamentengruppen vermittelt Abbildung 50. Aufgeführt ist die Anzahl der durchschnittlich innerhalb eines Versicherungsjahres im Jahr 2006 verordneten Präparate getrennt für 13 von insgesamt 14 anatomischen Gruppen der ATC. Diese anatomischen Gruppen der ATC bilden mit ihrer Zuordnung von Arzneimitteln zu Organsystemen in weiterem Sinne die oberste Gliederungsebene der ATC-Klassifikation. Eine Auflistung typischer Arzneimittel in den anatomischen Gruppen der ATC und deren typische Anwendungsbereiche finden sich in Tabelle A37 auf Seite 162 im Anhang.

Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen

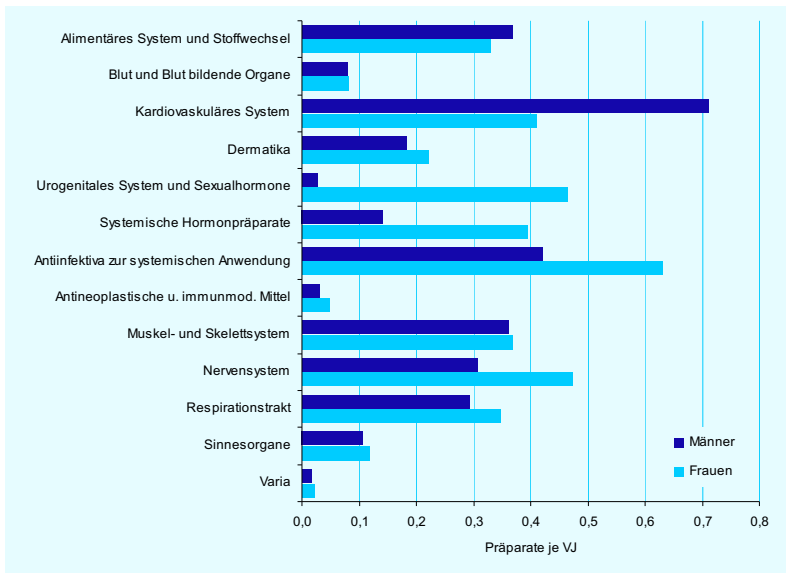


Abbildung 50 (stand.: Erwerbspersonen TK 2006)

Unter männlichen Erwerbspersonen verteilen sich Verordnungen von Präparaten im Wesentlichen auf sechs der vierzehn Gruppen. Durchschnittlich gut 0,71 Präparate je Jahr und Erwerbsperson werden zur Behandlung des

kardiovaskulären Systems (Herz-Kreislauf) und 0,42 zur Behandlung von Infekten (vorrangig Antibiotika) verordnet. Zwischen 0,3 und 0,4 Präparate werden bei Männern zudem jeweils zur Behandlung von Erkrankungen des Verdauungssystems bzw. von Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Nervensystems sowie der Atemwege verordnet. Bei Frauen am häufigsten verordnet werden Antiinfektiva gefolgt von Präparaten zur Behandlung des Nervensystems. Gegenüber dem Vorjahr wurden Sexualhormone auch 2006 erneut seltener verordnet.

Ein deutlich abweichendes Bild zu Arzneimittelverordnungen erhält man, wenn die Zahl der verordneten Tagesdosen betrachtet wird. Insbesondere die typischerweise zur langfristigen Medikation eingesetzten Präparate erhalten ein sehr viel stärkeres Gewicht (vgl. Abbildung 51).

Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen

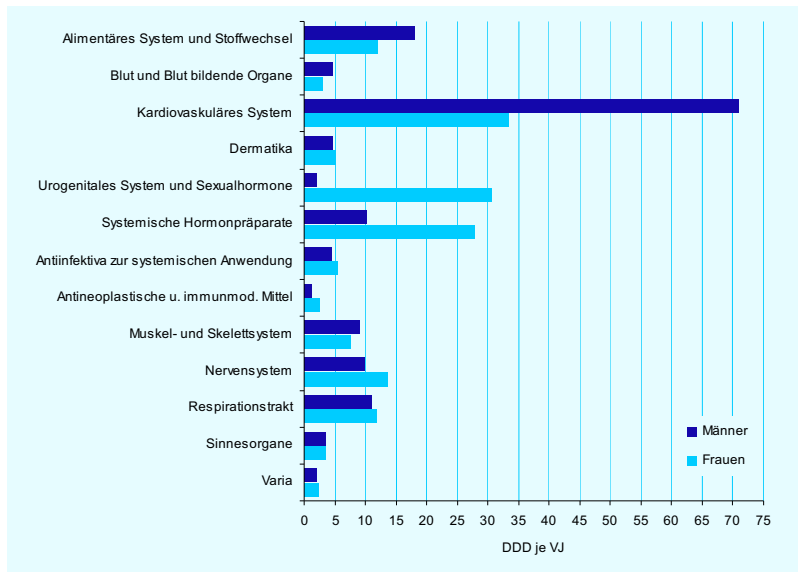


Abbildung 51 (stand.; Erwerbspersonen TK 2006)

Gemessen an der Zahl verordneter Tagesdosen bilden die mit Abstand relevanteste Medikation bei Männern Arzneimittel zur Behandlung des kardiovaskulären Systems mit 71,0 Tagesdosen je Versicherungsjahr, die

erneut deutlich mehr als im Vorjahr verordnet wurden. Auf einen Wert von 33,4 bzw. 27,8 Tagesdosen kommen Verordnungen von kardiovaskulär wirksamen Medikamenten sowie systemische Hormonpräparate bei Frauen (vgl. auch Tabelle A25 auf Seite 142 im Anhang). Einen Wert von 30,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr erreichen unter Frauen, bei weiterhin leicht rückläufiger Verordnungshäufigkeit, Verordnungen von Sexualhormonen.

Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2006

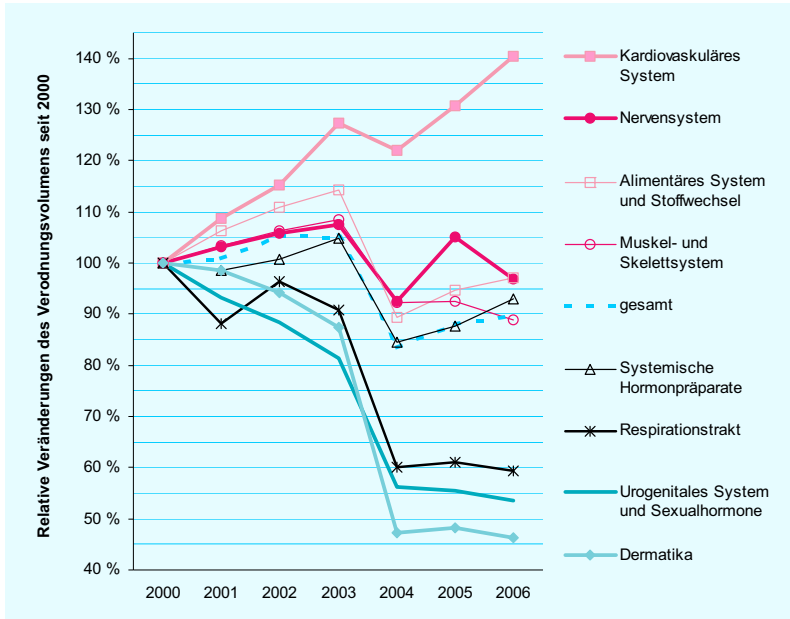


Abbildung 52 (Erwerbspersonen TK 2000–2006; stand. Verordnungsvolumen [DDD je VJ] in einzelnen Gruppen im Jahr 2000 = 100 %)

Zwangsläufig bleibt eine Darstellung von Verordnungen auf der Ebene der anatomischen Hauptgruppen der ATC wenig anschaulich im Hinblick auf die konkret verordneten Arzneimittel. Detailliertere Hinweise gibt Tabelle 15. Aufgeführt werden die 30 am häufigsten verordneten Präparate bei einer Differenzierung nach dreistelligem ATC-Code. Die 30 genannten Präparate machen mit 84 Prozent den weitaus überwiegenden Teil aller Verordnungen aus. Ergänzend finden sich weiter differenzierte Angaben zur Verordnungs-

häufigkeit nach vierstelligem ATC-Code in Tabelle A26 sowie Tabelle A27 ab Seite 143 im Anhang.

Mit durchschnittlich 0,39 beziehungsweise 0,59 Präparaten je Versicherungsjahr entfallen mehr als 12 Prozent aller Verordnungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen auf Antibiotika und bilden damit die bedeutendste Verordnungsgruppe auf der Ebene dreistelliger ATC-Schlüssel.

Häufiger als Frauen erhalten Männer Arzneimittel zur Behandlung des Bluthochdrucks (Betablocker, ACE-Hemmer bzw. Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System sowie Calciumkanalblocker), Antidiabetika, lipidsenkende und antithrombotische Mittel. All diese Verordnungen betreffen Risikofaktoren der Koronaren Herzerkrankung beziehungsweise des Herzinfarkts. Die meisten übrigen der anteilig relevanten Arzneien werden – gemessen an der Präparatezahl – häufiger bei Frauen verordnet.

Ein verändertes Bild zeigt in Tabelle 16 die Auflistung der Präparate nach dreistelliger ATC-Codierung in einer Rangfolge gemessen am Verordnungsvolumen in DDD. In dieser Rangfolge führen Arzneimittel, die typischerweise längerfristig verordnet werden. Insofern finden sich die meist akut eingesetzten Antibiotika mit durchschnittlich 4,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr (vgl. letzte Spalte der Tabelle) erst auf Rang zwölf.

Bei Frauen werden Sexualhormone mit 29,2 Tagesdosen je Versicherungsjahr weiterhin am meisten verordnet. Gegenüber dem Vorjahr ist das Verordnungsvolumen damit allerdings erneut zurückgegangen. Von den verordneten Sexualhormonen entfiel 2006 mit 11,7 Tagesdosen ein bedeutender Anteil auf hormonelle Kontrazeptiva, die ausschließlich bei Frauen bis zum 20. Lebensjahr von der Kasse als solche finanziert werden (vgl. Tabelle A27 auf Seite 144 im Anhang).

Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATC dreistellig) 2006

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	gesamt
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	0,392	0,588	0,473
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	0,269	0,301	0,282
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	0,240	0,115	0,188
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,198	0,151	0,179
H03	Schilddrüsenherapie	0,081	0,316	0,179
R03	Antiasthmatika	0,152	0,164	0,157
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,005	0,363	0,154
N02	Analgetika	0,113	0,199	0,149
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung d. pept. Ulkus	0,126	0,121	0,124
N06	Psychoanaleptika	0,083	0,144	0,108
A10	Antidiabetika	0,131	0,052	0,098
S01	Ophthalmika	0,088	0,102	0,094
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	0,079	0,104	0,089
R05	Husten- und Erkältungspräparate	0,072	0,092	0,081
N05	Psycholeptika	0,060	0,082	0,069
C10	Lipidsenkende Mittel	0,095	0,030	0,068
A03	Spasmolytika, Anticholinergika und Prokinetika	0,051	0,083	0,064
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	0,059	0,070	0,063
B01	Antithrombotische Mittel	0,064	0,036	0,052
C08	Calciumkanalblocker	0,067	0,031	0,052
R01	Rhinologika	0,040	0,049	0,044
C03	Diuretika	0,042	0,033	0,038
M03	Muskelrelaxanzien	0,031	0,046	0,037
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	0,039	0,031	0,035
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	0,028	0,043	0,034
M04	Gichtmittel	0,049	0,005	0,031
N03	Antiepileptika	0,031	0,030	0,031
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika	0,000	0,072	0,030
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	0,030	0,029	0,029
D10	Aknemittel	0,021	0,035	0,027
	genannte gesamt	2,74 (84 %)	3,52 (85 %)	3,06 (84 %)
	insgesamt	3,257	4,163	3,633

Tabelle 15 (Erwerbspersonen TK, stand.; in absteigender Rangfolge nach Häufigkeit der Präparateverordnungen in der Gesamtpopulation)

Verordnete Tagesdosen (DDD je VJ, nach ATC dreistellig) 2006

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	gesamt
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	30,7	13,5	23,6
H03	Schilddrüsenherapie	7,1	24,3	14,3
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,4	29,2	12,3
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	12,9	8,8	11,2
C10	Lipidsenkende Mittel	13,6	3,9	9,6
R03	Antiasthmatica	7,9	7,9	7,9
A10	Antidiabetika	8,9	3,5	6,7
N06	Psychoanaleptika	4,7	8,0	6,1
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	5,5	6,2	5,8
C08	Calciumkanalblocker	7,4	3,0	5,6
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung d. pept. Ulkus	6,1	4,8	5,5
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	4,0	5,2	4,5
B01	Antithrombotische Mittel	4,3	1,7	3,2
S01	Ophthalmika	3,2	3,1	3,2
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	2,9	3,2	3,0
C03	Diuretika	3,4	2,6	3,0
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	2,2	2,6	2,4
V01	Allergene	2,0	2,4	2,1
M04	Gichtmittel	2,9	0,3	1,8
N05	Psycholeptika	1,7	1,8	1,7
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,3	1,9	1,6
N02	Analgetika	1,3	2,0	1,6
N03	Antiepileptika	1,6	1,2	1,4
R01	Rhinologika	1,2	1,3	1,2
G04	Urologika	1,7	0,5	1,2
C02	Antihypertonika	1,5	0,6	1,1
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	1,1	1,0	1,1
C01	Herztherapie	1,2	0,3	0,8
B03	Antianämika	0,4	1,3	0,8
L04	Immunsuppressiva	0,8	0,7	0,7
	genannte gesamt	143,5 (94 %)	146,9 (92 %)	144,9 (94 %)
	insgesamt	152,0	158,9	154,9

Tabelle 16 (Erwerbspersonen TK, stand.; in absteigender Rangfolge nach Menge der verordneten Tagesdosen bzw. DDD in der Gesamtpopulation – nur Arzneimittel mit DDD-Angabe)

Arzneimittelverordnungen nach Berufen

Bei den vorausgehend dargestellten Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen waren in Abhängigkeit vom aktuell ausgeübten Beruf ausgeprägte Unterschiede aufgefallen (vgl. Abbildung 34 auf Seite 81). Abbildung 53 zeigt Maßzahlen zum Arzneimittelkonsum für männliche Erwerbspersonen nach Berufsfeldern, die nach den gleichen methodischen Vorgaben und für dieselben Erwerbspersonen wie bei den vorausgehenden Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit ermittelt wurden.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen hinsichtlich der krankheitsbedingten Fehlzeiten zeigen sich bei Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen insgesamt unter männlichen Erwerbstätigen zwischen den berücksichtigten Berufsfeldern nur verhältnismäßig geringe Unterschiede.

Die Werte zu verordneten Tagesdosen je Versicherungsjahr liegen unter erwerbstätigen Männern mit durchschnittlich 136 DDD je Versicherungsjahr im Berufsfeld „Gesundheitsdienstberufe“ am niedrigsten. Der höchste Wert findet sich bei den „Ordnungs- und Sicherheitsberufen“ mit 171 DDD je Versicherungsjahr und damit nur 26 Prozent über dem niedrigsten Wert. Vergleichbare Relationen sind auch hinsichtlich der Zahl der Arztkontakte festzustellen. Das Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen liegt mit 199 DDD je Versicherungsjahr allerdings deutlich über den sonst nahezu einheitlichen Werten in allen Berufsfeldern bei männlichen Erwerbstätigen.

Ein vergleichbares Bild vermitteln entsprechende Auswertungen bei weiblichen Erwerbspersonen, deren Ergebnisse in Abbildung 54 dargestellt sind.

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern Männer 2006

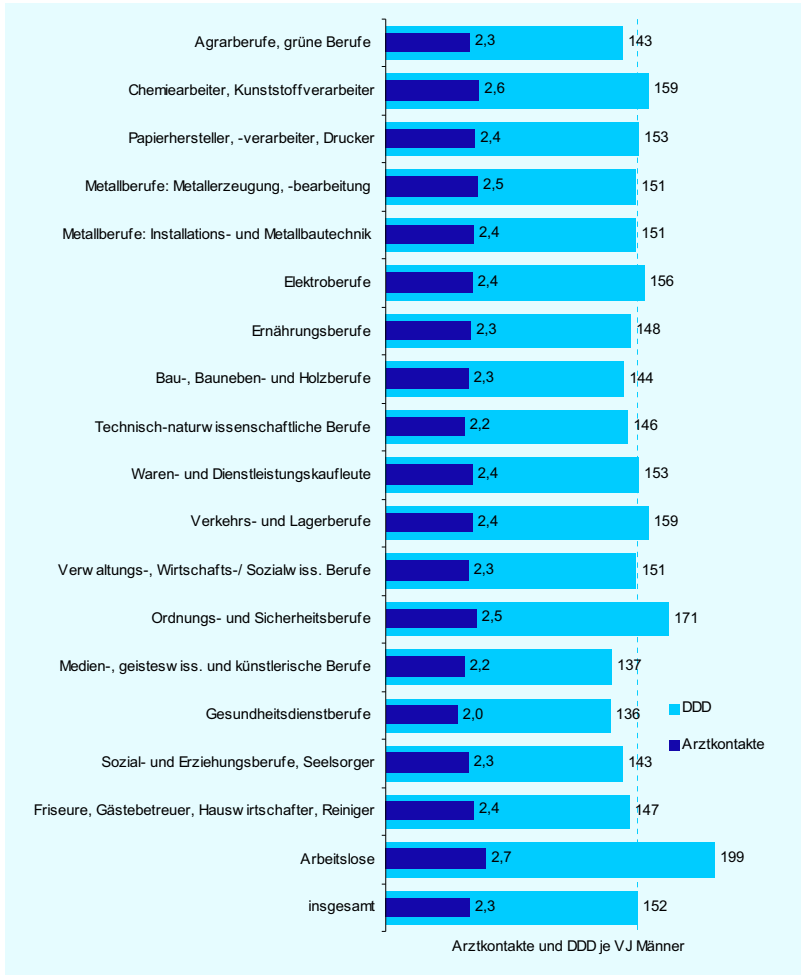


Abbildung 53 (Erwerbspersonen TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl d. Arztkontakte sowie DDD)

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern Frauen 2006

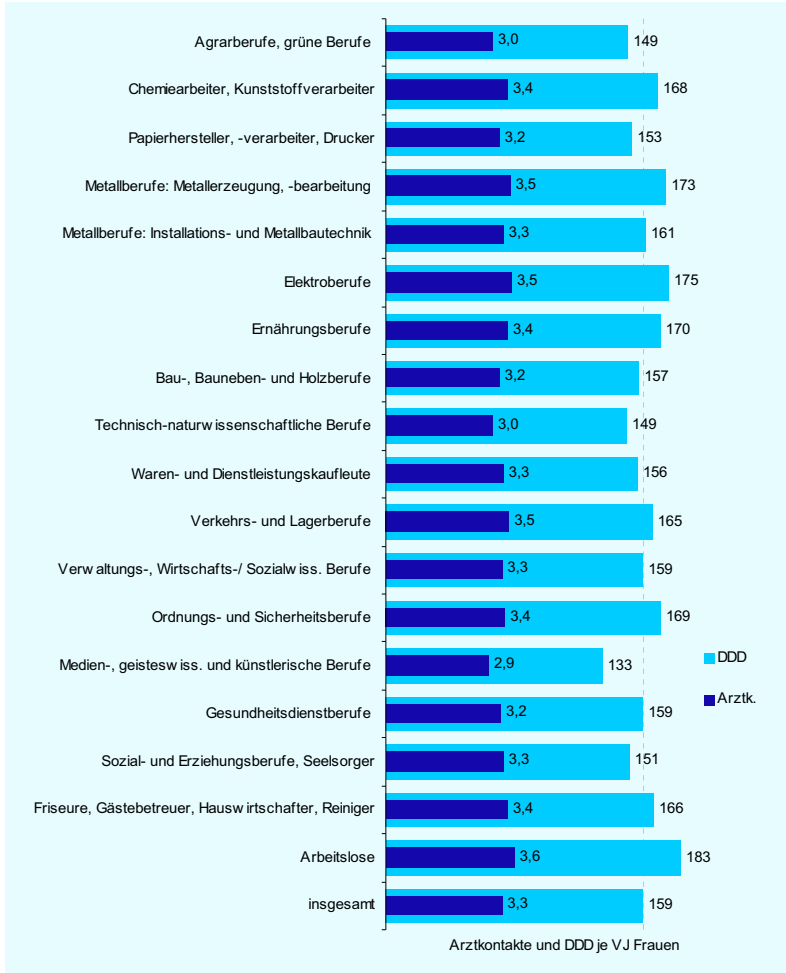


Abbildung 54 (Erwerbspersonen TK, stand.; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl d. Arztkontakte sowie DDD)

Arzneimittelverordnungen nach Ausbildung

Angaben zur Ausbildung werden in Kassendaten ausschließlich bei Erwerbstätigen in sieben Kategorien gemeinsam mit Angaben zur Berufsordnung erfasst. Die Häufigkeit von Arztkontakten mit Arzneiverordnungen sowie die durchschnittlich innerhalb eines Versicherungsjahres verordneten Tagesdosen im Jahr 2006 sind getrennt für Männer und Frauen nach den sieben Ausbildungskategorien in Abbildung 55 sowie Abbildung 56 dargestellt.

Die geringsten Maßzahlen zum Arzneimittelkonsum weisen bei beiden Geschlechtern Erwerbstätige mit Hochschul- oder Universitätsabschluss auf, die höchsten demgegenüber Erwerbstätige ohne Berufsausbildung bzw. ohne Abitur. Sowohl absolute als auch relative Differenzen sind unter Frauen deutlicher ausgeprägt.

Wie bei den vorausgehenden Auswertungen in diesem Kapitel zeigen sich auch bei einer Differenzierung nach dem Merkmal Ausbildung hinsichtlich der Arzneimittelverordnungen geringere relative Differenzen als in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen.

Die ausbildungsbezogenen Ergebnisse entsprechen damit in ihren grundsätzlichen Zügen sozialepidemiologischen Studienergebnissen zum schichtspezifischen Gesundheitszustand.

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung Männer 2006

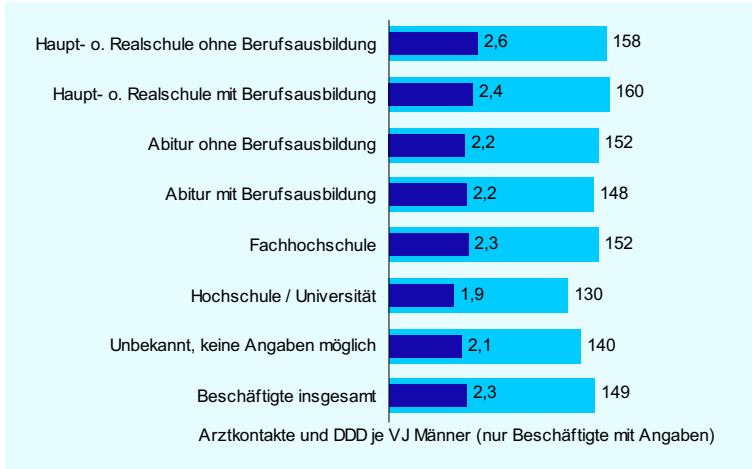


Abbildung 55 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung TK, stand.; unterschiedliche Achsen-
skalierung für die Anzahl der Arztkontakte sowie die Anzahl der DDD)

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung Frauen 2006

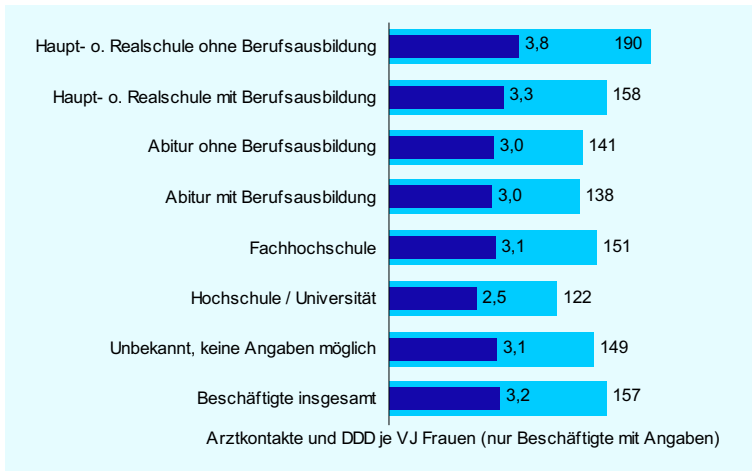


Abbildung 56 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung TK, stand.; unterschiedliche Achsen-
skalierung für die Anzahl der Arztkontakte sowie die Anzahl der DDD)

Anhang

Der Anhang gliedert sich in einen Abschnitt mit ergänzenden Tabellen sowie einen Abschnitt mit methodischen Erläuterungen.

Tabellenanhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2005 sowie 2006

Ausbildung	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
AU-Quote	40,4 %	45,3 %	42,5 %	39,4 %	45,0 %	41,8 %
AU-Fälle je VJ	0,76	0,93	0,83	0,76	0,94	0,83
AU-Tage je VJ	11,0	12,7	11,7	10,3	12,1	11,1
Krankenstand	3,01 %	3,48 %	3,20 %	2,83 %	3,31 %	3,03 %
AU-Tage je Fall	14,4	13,6	14,0	13,6	12,9	13,3

Tabelle A1 (roh)

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2005 sowie 2006

	2005		2006	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1–3 Tage	35,2 %	5,4 %	37,3 %	6,0 %
4–7 Tage	30,3 %	11,1 %	29,2 %	11,2 %
8–14 Tage	17,1 %	12,8 %	16,2 %	12,9 %
15–28 Tage	9,2 %	13,3 %	9,2 %	14,2 %
29–42 Tage	3,1 %	7,7 %	3,1 %	8,3 %
> 42 Tage	5,1 %	49,7 %	4,9 %	47,5 %

Tabelle A2 (roh)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	1,59	1,70	1,63	1,55	1,68	1,60
20-< 25	1,06	1,24	1,15	1,09	1,24	1,17
25-< 30	0,67	0,89	0,79	0,68	0,91	0,80
30-< 35	0,66	0,82	0,74	0,66	0,84	0,75
35-< 40	0,70	0,83	0,76	0,70	0,83	0,76
40-< 45	0,70	0,87	0,77	0,69	0,86	0,76
45-< 50	0,73	0,91	0,80	0,71	0,90	0,79
50-< 55	0,78	0,99	0,85	0,76	0,99	0,85
55-< 60	0,86	1,05	0,91	0,85	1,06	0,91
60-< 65	0,67	0,78	0,69	0,66	0,78	0,69

Tabelle A3

AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	6,1	5,6	5,9	5,9	5,3	5,7
20-< 25	8,5	7,6	8,0	7,8	7,2	7,5
25-< 30	10,6	10,2	10,4	9,7	9,2	9,4
30-< 35	11,1	12,2	11,7	10,1	11,1	10,7
35-< 40	11,5	13,2	12,4	11,1	12,1	11,6
40-< 45	13,1	14,0	13,5	12,4	13,4	12,9
45-< 50	15,1	15,6	15,3	14,5	15,1	14,7
50-< 55	18,1	18,0	18,1	17,2	17,1	17,2
55-< 60	21,6	20,6	21,3	20,5	19,9	20,3
60-< 65	25,9	24,5	25,6	25,0	23,8	24,7

Tabelle A4

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	9,8	9,5	9,7	9,2	8,9	9,1
20-< 25	9,0	9,5	9,2	8,6	8,9	8,7
25-< 30	7,1	9,1	8,2	6,6	8,3	7,5
30-< 35	7,4	10,0	8,6	6,7	9,3	8,0
35-< 40	8,1	11,0	9,4	7,8	10,1	8,8
40-< 45	9,2	12,1	10,4	8,5	11,5	9,8
45-< 50	11,0	14,2	12,2	10,2	13,6	11,6
50-< 55	14,1	17,9	15,5	13,1	16,9	14,5
55-< 60	18,5	21,6	19,5	17,3	21,0	18,5
60-< 65	17,3	19,1	17,7	16,5	18,7	17,0

Tabelle A5

Krankenstand nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	2,7 %	2,6 %	2,6 %	2,5 %	2,4 %	2,5 %
20-< 25	2,5 %	2,6 %	2,5 %	2,3 %	2,4 %	2,4 %
25-< 30	2,0 %	2,5 %	2,2 %	1,8 %	2,3 %	2,1 %
30-< 35	2,0 %	2,7 %	2,4 %	1,8 %	2,6 %	2,2 %
35-< 40	2,2 %	3,0 %	2,6 %	2,1 %	2,8 %	2,4 %
40-< 45	2,5 %	3,3 %	2,8 %	2,3 %	3,1 %	2,7 %
45-< 50	3,0 %	3,9 %	3,4 %	2,8 %	3,7 %	3,2 %
50-< 55	3,9 %	4,9 %	4,2 %	3,6 %	4,6 %	4,0 %
55-< 60	5,1 %	5,9 %	5,3 %	4,7 %	5,8 %	5,1 %
60-< 65	4,8%	5,2%	4,9 %	4,5 %	5,1 %	4,7 %

Tabelle A6

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2005		2006 gesamt	2006	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen
Schleswig-Holstein	0,82	0,97	0,88	0,83	1,01
Hamburg	0,77	0,98	0,86	0,80	1,01
Niedersachsen	0,86	0,98	0,91	0,87	0,99
Bremen	0,85	1,01	0,91	0,84	1,00
Nordrhein-Westfalen	0,79	0,95	0,86	0,78	0,94
Hessen	0,82	0,99	0,89	0,82	1,01
Rheinland-Pfalz	0,85	0,97	0,90	0,82	0,96
Baden-Württemberg	0,70	0,86	0,77	0,67	0,83
Bayern	0,73	0,86	0,79	0,71	0,86
Saarland	0,79	0,94	0,86	0,77	0,95
Berlin	0,75	1,03	0,87	0,79	1,08
Brandenburg	0,82	1,11	0,94	0,85	1,14
Mecklenburg-Vorpommern	0,89	1,20	1,02	0,95	1,25
Sachsen	0,76	1,04	0,87	0,75	1,04
Sachsen-Anhalt	0,86	1,17	0,99	0,87	1,17
Thüringen	0,88	1,15	0,99	0,88	1,13

Tabelle A7 (stand.)

AU-Tage je Fall nach Bundesländern

Bundesland	2005		2006 gesamt	2006		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	
Schleswig-Holstein	13,7	14,0	13,8	12,3	12,7	12,5
Hamburg	15,1	14,6	14,8	13,2	12,9	13,0
Niedersachsen	12,5	12,6	12,6	11,9	12,0	12,0
Bremen	12,1	12,4	12,2	12,0	12,1	12,1
Nordrhein-Westfalen	13,4	13,0	13,2	12,4	11,9	12,2
Hessen	12,5	12,1	12,3	12,0	11,7	11,9
Rheinland-Pfalz	13,0	12,9	13,0	12,7	12,5	12,6
Baden-Württemberg	12,0	12,2	12,1	11,6	11,8	11,7
Bayern	12,5	12,6	12,5	12,2	12,0	12,1
Saarland	15,2	15,2	15,2	14,3	14,5	14,4
Berlin	15,7	14,1	14,9	14,5	13,5	14,0
Brandenburg	14,0	12,4	13,2	13,2	12,1	12,7
Mecklenburg-Vorpommern	14,2	11,9	13,1	12,7	10,9	11,8
Sachsen	12,8	12,3	12,6	12,0	11,2	11,6
Sachsen-Anhalt	13,3	12,0	12,7	12,6	11,4	12,0
Thüringen	13,1	12,2	12,7	12,5	11,6	12,1

Tabelle A8 (stand.)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2005		2006 gesamt	2006		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	
Schleswig-Holstein	11,18	13,58	12,17	10,19	12,78	11,26
Hamburg	11,66	14,20	12,71	10,58	13,02	11,59
Niedersachsen	10,78	12,41	11,46	10,33	11,97	11,01
Bremen	10,21	12,53	11,17	10,05	12,13	10,91
Nordrhein-Westfalen	10,59	12,30	11,30	9,68	11,22	10,32
Hessen	10,31	11,98	11,00	9,84	11,74	10,63
Rheinland-Pfalz	11,05	12,57	11,68	10,42	11,99	11,07
Baden-Württemberg	8,42	10,46	9,26	7,79	9,72	8,59
Bayern	9,15	10,90	9,87	8,64	10,27	9,31
Saarland	12,03	14,36	13,00	11,10	13,73	12,19
Berlin	11,82	14,44	12,91	11,45	14,62	12,77
Brandenburg	11,43	13,86	12,44	11,23	13,89	12,33
Mecklenburg-Vorpommern	12,62	14,25	13,29	12,04	13,57	12,68
Sachsen	9,71	12,78	10,98	8,97	11,64	10,07
Sachsen-Anhalt	11,42	14,01	12,50	11,00	13,26	11,94
Thüringen	11,52	14,00	12,55	10,96	13,20	11,89

Tabelle A9 (stand.)

Krankenstand nach Bundesländern

Bundesland	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Schleswig-Holstein	3,06 %	3,72 %	3,34 %	2,79 %	3,50 %	3,09 %
Hamburg	3,19 %	3,89 %	3,48 %	2,90 %	3,57 %	3,18 %
Niedersachsen	2,95 %	3,40 %	3,14 %	2,83 %	3,28 %	3,02 %
Bremen	2,80 %	3,43 %	3,06 %	2,75 %	3,32 %	2,99 %
Nordrhein-Westfalen	2,90 %	3,37 %	3,10 %	2,65 %	3,07 %	2,83 %
Hessen	2,83 %	3,28 %	3,01 %	2,70 %	3,22 %	2,91 %
Rheinland-Pfalz	3,03 %	3,44 %	3,20 %	2,85 %	3,29 %	3,03 %
Baden-Württemberg	2,31 %	2,87 %	2,54 %	2,14 %	2,66 %	2,35 %
Bayern	2,51 %	2,99 %	2,71 %	2,37 %	2,81 %	2,55 %
Saarland	3,30 %	3,93 %	3,56 %	3,04 %	3,76 %	3,34 %
Berlin	3,24 %	3,96 %	3,54 %	3,14 %	4,01 %	3,50 %
Brandenburg	3,13 %	3,80 %	3,41 %	3,08 %	3,81 %	3,38 %
Mecklenburg-Vorpommern	3,46 %	3,90 %	3,64 %	3,30 %	3,72 %	3,47 %
Sachsen	2,66 %	3,50 %	3,01 %	2,46 %	3,19 %	2,76 %
Sachsen-Anhalt	3,13 %	3,84 %	3,42 %	3,01 %	3,63 %	3,27 %
Thüringen	3,16 %	3,83 %	3,44 %	3,00 %	3,62 %	3,26 %

Tabelle A10 (stand.)

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,4	7,4	6,8	6,6	7,6	7,0
II. Neubildungen	1,0	1,4	1,2	1,0	1,5	1,2
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	2,7	4,7	3,5	2,5	5,0	3,5
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	3,3	4,4	3,8	3,6	4,9	4,1
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,5	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6
X. Krankheiten des Atmungssystems	25,4	32,3	28,3	22,4	29,4	25,3
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	9,5	10,8	10,1	10,5	12,0	11,1
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,3	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,3	10,7	11,0	12,0	11,3	11,7
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	1,1	4,0	2,3	1,2	4,1	2,4
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	2,4	1,0	0,0	2,5	1,1
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	3,5	5,3	4,2	3,5	5,4	4,3
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	8,6	5,9	7,5	9,2	6,3	8,0
insgesamt	78,7	96,6	86,1	78,1	96,9	85,9

Tabelle A11 (stand.)

AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,8	5,8	5,8	5,6	5,7	5,7
II. Neubildungen	41,4	48,8	45,1	36,3	41,5	38,9
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	22,1	20,9	21,5	25,6	22,7	24,2
V. Psychische und Verhaltensstörungen	46,8	42,2	44,2	39,6	34,5	36,6
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	13,8	11,8	12,8	12,9	11,3	12,1
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	25,8	15,8	21,8	23,1	15,7	20,0
X. Krankheiten des Atmungssystems	5,9	6,1	6,0	6,0	6,2	6,1
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	7,2	6,2	6,7	6,6	6,0	6,3
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,8	11,5	12,3	12,2	11,4	11,9
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	18,7	19,4	18,9	17,6	18,7	18,0
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	12,5	10,0	10,7	11,1	9,3	9,8
XV. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	11,2	23,1	23,0	0	17,8	17,6
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	8,8	8,9	8,9	9,2	9,3	9,3
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	19,5	18,7	19,2	18,3	18,1	18,3
insgesamt	13,2	12,9	13,0	12,4	12,1	12,3

Tabelle A12 (stand.)

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	37	43	40	37	44	40
II. Neubildungen	42	70	53	37	62	48
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	8	10	9	13	15	14
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	125	199	156	99	172	129
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	46	52	48	46	55	50
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	64	38	53	60	41	52
X. Krankheiten des Atmungssystems	151	196	170	135	181	154
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	68	67	68	69	72	70
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	17	14	16	17	14	16
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	211	206	209	212	212	212
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	14	40	25	13	38	24
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	56	23	0	45	19
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	31	47	38	32	51	40
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	167	111	144	168	114	146
insgesamt	1.036	1.241	1.121	968	1.170,5	1.052

Tabelle A13 (stand.)

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln – Berufstätige

Diagnosekapitel	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	39	45	41	37	45	40
II. Neubildungen	41	69	53	36	61	46
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7	9	8	12	14	13
V. Psychische und Verhaltensstörungen	94	167	124	85	157	115
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	43	51	46	45	54	48
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	61	38	51	57	41	51
X. Krankheiten des Atmungssystems	161	209	181	138	186	158
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	68	68	68	69	72	70
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	17	14	15	17	14	16
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	200	199	200	202	205	204
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	14	41	25	13	38	23
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	56	24	0	45	19
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	30	48	38	32	50	39
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	168	112	145	167	114	145
insgesamt	993	1.212	1.084	937,5	1.149,7	1.025

Tabelle A14 (stand.; **BERUFSTÄTIGE**)

Anteil relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2006: Top 100

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
M54 Rückenschmerzen	127.916	12,6	1.608.308	5,77 %
F32 Depressive Episode	23.801	47,0	1.117.931	4,01 %
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	192.287	5,4	1.031.846	3,70 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	16.411	45,8	752.250	2,70 %
J20 Akute Bronchitis	75.687	6,8	511.445	1,84 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	19.498	25,6	499.726	1,79 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	34.453	12,9	445.525	1,60 %
M23 Binnenschädigung des Kniegelenks [internal derangement]	15.424	26,9	415.441	1,49 %
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	62.647	6,5	404.291	1,45 %
K52 Sonstige nicht infektiöse Gastroenteritis und Kolitis	89.947	4,4	398.139	1,43 %
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	5.258	65,0	341.942	1,23 %
M75 Schulterläsionen	13.230	24,6	326.069	1,17 %
I10 Essenzielle (primäre) Hypertonie	15.923	20,1	320.802	1,15 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	4.216	74,7	314.743	1,13 %
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2.887	104,4	301.383	1,08 %
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	9.922	30,2	300.120	1,08 %
F45 Somatoforme Störungen	12.167	21,4	260.794	0,94 %
M53 Sonstige Krankheiten d. Wirbelsäule u. d. Rückens	16.061	16,0	256.946	0,92 %
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	60.389	4,2	255.875	0,92 %
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichn. Lokalisation	46.513	5,4	252.273	0,91 %
F48 Andere neurotische Störungen	13.109	18,6	243.194	0,87 %
J03 Akute Tonsillitis	43.167	5,6	243.172	0,87 %
J01 Akute Sinusitis	40.478	6,0	243.157	0,87 %
J32 Chronische Sinusitis	35.401	6,6	233.860	0,84 %
S93 Luxation, Verstauchung u. Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	18.133	12,9	233.233	0,84 %
M77 Sonstige Enthesopathien	13.719	16,8	230.843	0,83 %
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5.490	39,7	218.155	0,78 %
S52 Fraktur des Unterarmes	4.900	43,2	211.888	0,76 %
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	76.207	2,8	209.623	0,75 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
K29 Gastritis und Duodenitis	30.534	6,8	207.324	0,74 %
F41 Andere Angststörungen	4.502	46,0	206.957	0,74 %
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	5.160	37,6	193.831	0,70 %
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	23.476	7,4	172.675	0,62 %
S92 Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	5.041	33,2	167.524	0,60 %
S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	5.116	32,4	165.847	0,60 %
M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9.512	17,1	162.629	0,58 %
ZZ Nicht definiert	1.616	99,7	161.044	0,58 %
G56 Mononeuropathien der oberen Extremität	5.209	29,9	155.901	0,56 %
J02 Akute Pharyngitis	29.689	5,1	151.091	0,54 %
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2.498	58,0	144.885	0,52 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3.481	41,4	144.006	0,52 %
K40 Hernia inguinalis	6.458	21,9	141.720	0,51 %
M65 Synovitis und Tenosynovitis	8.588	16,0	137.629	0,49 %
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	14.167	9,5	134.885	0,48 %
M47 Spondylose	5.954	21,7	129.298	0,46 %
S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	2.810	45,2	127.092	0,46 %
R53 Unwohlsein und Ermüdung	8.941	13,6	121.188	0,43 %
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7.182	16,9	121.151	0,43 %
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	19.528	6,0	118.085	0,42 %
I83 Varizen der unteren Extremitäten	6.503	17,7	114.809	0,41 %
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	7.177	15,6	112.124	0,40 %
F20 Schizophrenie	1.379	80,2	110.631	0,40 %
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	17.693	6,1	108.624	0,39 %
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	985	105,9	104.347	0,37 %
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	17.766	5,8	102.167	0,37 %
M20 Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	2.412	41,9	101.029	0,36 %
S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	8.258	11,8	97.338	0,35 %
R42 Schwindel und Taumel	8.909	10,9	96.681	0,35 %
J45 Asthma bronchiale	7.658	12,5	95.781	0,34 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	2.211	41,6	91.941	0,33 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	3.530	26,0	91.868	0,33 %
H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	5.604	16,3	91.177	0,33 %
M19 Sonstige Arthrose	2.721	33,1	90.181	0,32 %
G43 Migräne	17.736	5,0	88.697	0,32 %
G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	2.663	33,2	88.377	0,32 %
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	13.115	6,2	81.819	0,29 %
I21 Akuter Myokardinfarkt	1.107	72,8	80.584	0,29 %
S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	2.440	32,6	79.586	0,29 %
S06 Intrakranielle Verletzung	3.331	23,8	79.370	0,28 %
R51 Kopfschmerz	11.855	6,7	79.161	0,28 %
S86 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	2.660	29,7	79.089	0,28 %
K80 Cholelithiasis	4.198	18,8	78.986	0,28 %
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	14.210	5,5	78.813	0,28 %
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	1.449	54,3	78.680	0,28 %
E66 Adipositas	2.011	37,7	75.863	0,27 %
D25 Leiomyom des Uterus	2.508	30,2	75.724	0,27 %
G47 Schlafstörungen	6.788	11,1	75.023	0,27 %
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	1.322	56,1	74.155	0,27 %
Z48 Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	2.587	28,3	73.099	0,26 %
S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	2.420	30,0	72.669	0,26 %
M13 Sonstige Arthritis	4.955	14,2	70.306	0,25 %
K57 Divertikulose des Darmes	4.804	14,5	69.897	0,25 %
Z90 Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	1.684	41,3	69.487	0,25 %
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	899	73,2	65.822	0,24 %
O20 Blutung in der Frühschwangerschaft	3.724	17,5	65.189	0,23 %
J34 Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	4.502	14,4	64.707	0,23 %
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	2.697	23,9	64.410	0,23 %
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	4.025	15,6	62.721	0,23 %
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	1.714	36,3	62.265	0,22 %
L02 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	5.800	10,7	62.112	0,22 %
I63 Hirninfarkt	654	93,8	61.331	0,22 %
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	12.106	5,0	61.016	0,22 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
Z51 Sonstige medizinische Behandlung	1.454	41,8	60.813	0,22 %
H81 Störungen der Vestibularfunktion	4.348	14,0	60.679	0,22 %
S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	4.202	14,4	60.545	0,22 %
R50 Fieber unbekannter Ursache	9.284	6,3	58.828	0,21 %
M70 Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	4.429	13,1	57.929	0,21 %
J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	8.274	6,7	55.272	0,20 %
H91 Sonstiger Hörverlust	4.327	12,7	55.138	0,20 %
F31 Bipolare affektive Störung	654	84,2	55.068	0,20 %
alle aufgeführten Diagnosen	1.564.445		19.239.664	69,06 %
Diagnosen insgesamt	2.097.658	13,3	27.860.869	100 %

Tabelle A15 (Rohwerte Altersgruppen 15 bis < 65 Jahre; Bezugsgröße: 2.518.133 Versicherungsjahre in entsprechenden Altersgruppen bei TK-Erwerbspersonen 2006)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2005		2005 gesamt	2006		2006 gesamt
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	
Agrarberufe, grüne Berufe	1,11	1,00	1,06	1,06	0,97	1,02
Bergbauberufe*	0,98	0,63	0,84	1,01	0,59	0,84
Stein-, Keramik-, Glaserhersteller/-bearbeiter	1,09	1,19	1,13	1,00	1,10	1,04
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	1,22	1,37	1,29	1,19	1,33	1,25
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	1,02	1,18	1,09	0,98	1,13	1,04
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	1,26	1,42	1,33	1,26	1,30	1,28
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	1,17	1,13	1,15	1,13	1,09	1,11
Elektroberufe	1,02	1,35	1,16	0,99	1,35	1,14
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	1,08	1,23	1,14	1,01	1,16	1,07
Ernährungsberufe	0,87	1,20	1,01	0,84	1,19	0,98
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	1,17	1,26	1,20	1,13	1,30	1,20
Technisch-naturwissen- schaftliche Berufe	0,70	1,01	0,83	0,66	0,97	0,79
Waren- und Dienstleis- tungskauftleute	0,76	1,01	0,86	0,72	0,98	0,83
Verkehrs- und Lagerberufe	1,04	1,29	1,14	1,01	1,26	1,12
Verw.-/wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	0,69	1,01	0,83	0,66	0,99	0,80
Ordnungs- und Sicher- heitsberufe	0,82	0,93	0,87	0,80	0,90	0,84
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	0,66	0,90	0,76	0,64	0,87	0,74
Gesundheitsdienstberufe	0,73	0,91	0,81	0,71	0,90	0,79
Sozial- und Erziehungs- berufe, Seelsorger	0,75	1,20	0,94	0,71	1,13	0,88
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	0,93	1,11	1,00	0,90	1,08	0,98
Arbeitslose	0,40	0,47	0,43	0,40	0,49	0,44
Hilfsarbeiter	1,26	1,44	1,34	1,23	1,41	1,31
Auszubildende	0,71	1,00	0,83	0,71	1,03	0,84
unbekannt	0,68	0,68	0,68	0,82	0,78	0,80
insgesamt	0,79	0,97	0,86	0,78	0,97	0,86

Tabelle A16 (* Bergbauberufe bei geringen Versicherungszahlen nicht auswertbar; stand.)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld			2005			2006
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	15,3	13,9	14,7	14,9	13,9	14,5
Bergbauberufe*	14,4	6,3	11,0	14,4	6,4	11,1
Stein-, Keramik-, Glaserhersteller/-bearbeiter	14,8	13,7	14,4	13,5	12,0	12,9
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	14,8	15,6	15,1	14,6	15,0	14,8
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	13,4	13,2	13,3	12,5	11,9	12,2
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	15,6	17,7	16,5	15,9	18,2	16,9
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	14,6	13,6	14,2	14,4	14,0	14,2
Elektroberufe	12,0	18,3	14,6	11,9	16,2	13,7
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	14,1	13,9	14,0	14,7	13,3	14,1
Ernährungsberufe	13,8	18,1	15,6	14,0	18,0	15,7
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	17,4	16,8	17,2	17,8	16,3	17,2
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	7,5	10,4	8,7	6,9	9,8	8,1
Waren- und Dienstleistungskaufleute	8,7	11,8	10,0	8,4	11,8	9,8
Verkehrs- und Lagerberufe	14,8	16,2	15,3	15,0	16,6	15,7
Verwaltungs-, wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	7,4	10,7	8,8	7,1	10,4	8,5
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	12,0	14,0	12,8	12,2	13,7	12,8
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	7,8	10,3	8,9	7,6	9,8	8,5
Gesundheitsdienstberufe	10,2	11,8	10,9	10,3	11,7	10,9
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	9,3	13,5	11,1	8,8	12,9	10,5
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	14,2	15,7	14,8	14,8	15,5	15,1
Arbeitslose	14,5	15,1	14,8	16,7	15,7	16,3
Hilfsarbeiter	16,5	18,8	17,4	16,9	19,1	17,8
Auszubildende	6,9	10,7	8,5	7,5	9,6	8,4
unbekannt	45,5	40,3	43,3	12,0	11,0	11,6
insgesamt	10,4	12,4	11,2	9,7	11,7	10,5

Tabelle A17 (* Bergbauberufe bei geringen Versicherungszahlen nicht bewertbar; stand.)

Krankenstand nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2005		2005 gesamt	2006		2006 gesamt
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	
Agrarberufe, grüne Berufe	4,20 %	3,80 %	4,03 %	4,08 %	3,80 %	3,96%
Bergbauberufe *	3,95 %	1,72 %	3,03 %	3,95 %	1,76 %	3,04 %
Stein-, Keramik-, Glasersteller/-bearbeiter	4,06 %	3,76 %	3,94 %	3,71 %	3,29 %	3,54 %
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	4,04 %	4,28 %	4,14 %	4,00 %	4,11 %	4,05 %
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	3,67 %	3,61 %	3,64 %	3,41 %	3,26 %	3,35 %
Metallberufe: Metallereu- gung, -bearbeitung	4,27 %	4,84 %	4,51 %	4,36 %	4,99 %	4,62 %
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	3,99 %	3,74 %	3,89 %	3,95 %	3,84 %	3,90 %
Elektroberufe	3,28 %	5,02 %	4,00 %	3,26 %	4,43 %	3,74 %
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	3,86 %	3,82 %	3,84 %	4,03 %	3,65 %	3,87 %
Ernährungsberufe	3,78 %	4,95 %	4,27 %	3,85 %	4,94 %	4,30 %
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	4,77 %	4,59 %	4,70 %	4,88 %	4,45 %	4,71 %
Technisch-naturwissen- schaftliche Berufe	2,04 %	2,86 %	2,38 %	1,88 %	2,70 %	2,22 %
Waren- und Dienstleis- tungskauftleute	2,38 %	3,23 %	2,73 %	2,31 %	3,22 %	2,69 %
Verkehrs- und Lagerberufe	4,04 %	4,43 %	4,20 %	4,12 %	4,55 %	4,30 %
Verwaltungs-, wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,04 %	2,94 %	2,41 %	1,96 %	2,84 %	2,32 %
Ordnungs- und Sicher- heitsberufe	3,29 %	3,83 %	3,52 %	3,35 %	3,76 %	3,52 %
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,15 %	2,82 %	2,43 %	2,09 %	2,68 %	2,33 %
Gesundheitsdienstberufe	2,80 %	3,24 %	2,98 %	2,83 %	3,21 %	2,99 %
Sozial- und Erziehungs- berufe, Seelsorger	2,56 %	3,69 %	3,03 %	2,41 %	3,54 %	2,88 %
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	3,89 %	4,30 %	4,06 %	4,05 %	4,25 %	4,13 %
Arbeitslose	3,98 %	4,14 %	4,05 %	4,58 %	4,31 %	4,46 %
Hilfsarbeiter	4,52 %	5,14 %	4,78 %	4,62 %	5,23 %	4,88 %
Auszubildende	1,89 %	2,94 %	2,33 %	2,06 %	2,62 %	2,29 %
unbekannt	12,45 %	11,04 %	11,87 %	3,27 %	3,01 %	3,17 %
insgesamt	2,84 %	3,40 %	3,07 %	2,65 %	3,21 %	2,88 %

Tabelle A18 (* Bergbauberufe bei geringen Versichertenzahlen nicht bewertbar; stand.)

Krankenstand nach Ausbildungsstand 2005 sowie 2006

Ausbildung	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Haupt- o. Realschule ohne Berufsausbildung	4,51 %	4,63 %	4,56 %	4,55 %	4,48 %	4,52 %
Haupt- o. Realschule mit Berufsausbildung	3,18 %	3,45 %	3,29 %	3,14 %	3,39 %	3,24 %
Abitur ohne Berufsausbildung	2,30 %	2,89 %	2,55 %	2,17 %	2,86 %	2,46 %
Abitur mit Berufsausbildung	2,12 %	2,95 %	2,47 %	2,08 %	2,83 %	2,39 %
Fachhochschule	1,96 %	3,00 %	2,39 %	1,87 %	2,86 %	2,28 %
Hochschule/Universität	1,38 %	2,35 %	1,78 %	1,35 %	2,22 %	1,71 %
Unbekannt, keine Angaben möglich	2,83 %	3,05 %	2,92 %	2,83 %	3,09 %	2,94 %
Beschäftigte mit Ausbildungsangaben insgesamt	2,63 %	3,24 %	2,88 %	2,57 %	3,16 %	2,81 %

Tabelle A19 (stand.; nur Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung)

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2005 sowie 2006 (roh)

Ausbildung	2005			2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
AU-Fälle je 100 VJ	2,86	1,63	2,35	3,11	1,78	2,55
AU-Tage je 100 VJ	70,9	37,6	57,1	75,8	41,4	61,3
Krankenstand	0,19 %	0,10 %	0,16 %	0,21 %	0,11 %	0,17 %
AU-Tage je Fall	24,8	23,1	24,3	24,4	23,3	24,1

Tabelle A20 (roh)

AU-Tage bei Arbeits- und Wegeunfällen nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2005			2006		
	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	gesamt (Tage je 100 VJ)	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	gesamt (Tage je 100 VJ)
15-< 20	130	57	102	128	54	100
20-< 25	98	42	70	99	43	71
25-< 30	65	27	45	67	28	47
30-< 35	60	25	43	63	26	45
35-< 40	61	26	46	71	28	52
40-< 45	64	33	51	66	36	53
45-< 50	69	41	58	76	44	63
50-< 55	74	52	66	78	61	72
55-< 60	84	72	80	91	79	88
60-< 65	69	68	68	70	76	72

Tabelle A21

Arztkontakte nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	Anteil mit Arztkontakt 2006			Anzahl Arztkontakte je VJ 2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	63 %	92 %	74 %	1,6	5,1	3,0
20-< 25	54 %	74 %	64 %	1,4	2,6	2,0
25-< 30	51 %	69 %	61 %	1,4	2,4	1,9
30-< 35	54 %	70 %	62 %	1,6	2,6	2,1
35-< 40	58 %	70 %	63 %	1,9	2,7	2,3
40-< 45	60 %	71 %	64 %	2,1	2,9	2,4
45-< 50	64 %	75 %	68 %	2,5	3,5	2,9
50-< 55	69 %	81 %	74 %	3,3	4,5	3,8
55-< 60	76 %	85 %	79 %	4,3	5,5	4,7
60-< 65	79 %	85 %	81 %	5,0	6,1	5,2

Tabelle A22

Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	Anzahl Präparate je VJ 2006			Anzahl DDD je VJ 2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	2,1	5,7	3,5	46	295	142
20-< 25	1,8	3,1	2,5	41	83	62
25-< 30	1,8	2,9	2,4	48	73	61
30-< 35	2,1	3,2	2,6	62	86	74
35-< 40	2,5	3,4	2,9	85	103	93
40-< 45	2,9	3,7	3,2	117	131	123
45-< 50	3,6	4,6	4,0	177	187	181
50-< 55	5,0	6,0	5,4	285	288	286
55-< 60	6,8	7,6	7,0	421	401	415
60-< 65	8,0	8,5	8,1	516	471	506

Tabelle A23

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2006 (stand.)

Bundesland	Arztkontakte je VJ			DDD je VJ		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Schleswig-Holstein	2,2	3,3	2,7	144	155	148
Hamburg	2,2	3,1	2,6	134	143	138
Niedersachsen	2,4	3,4	2,8	151	160	154
Bremen	2,2	3,1	2,5	134	145	138
Nordrhein-Westfalen	2,5	3,5	2,9	159	165	162
Hessen	2,3	3,3	2,7	149	158	152
Rheinland-Pfalz	2,6	3,6	3,0	167	175	170
Baden-Württemberg	2,2	3,1	2,6	142	155	147
Bayern	2,2	3,2	2,6	139	154	145
Saarland	2,8	4,0	3,3	169	177	172
Berlin	2,0	2,9	2,4	148	149	148
Brandenburg	2,0	2,9	2,4	162	157	160
Mecklenburg-Vorpommern	2,1	3,0	2,5	173	162	168
Sachsen	2,1	2,8	2,4	169	154	163
Sachsen-Anhalt	2,2	3,3	2,7	174	176	175
Thüringen	2,1	2,9	2,4	166	156	162
<i>Ausland</i>	0,8	1,9	1,3	58	94	73
insgesamt	2,3	3,3	2,7	152	159	155

Tabelle A24 (stand.)

Verordnete Präparate und DDD nach anatomischen ATC-Gruppen

ATC-Gruppe	Anzahl Präparate je VJ			Anzahl DDD je VJ*		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Alimentäres System und Stoffwechsel	0,37	0,33	0,35	17,9	12,0	15,5
Blut und blutbildende Organe	0,08	0,08	0,08	4,8	3,1	4,1
Kardiovaskuläres System	0,71	0,41	0,59	71,0	33,4	55,4
Dermatika	0,18	0,22	0,20	4,7	5,1	4,9
Urogenitales System und Sexualhormone	0,03	0,46	0,21	2,0	30,6	13,9
Systemische Hormonpräparate	0,14	0,39	0,25	10,1	27,8	17,5
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	0,42	0,63	0,51	4,6	5,5	5,0
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,03	0,05	0,04	1,3	2,5	1,8
Muskel- und Skelettsystem	0,36	0,37	0,36	9,1	7,7	8,5
Nervensystem	0,31	0,47	0,38	9,8	13,5	11,4
Respirationstrakt	0,29	0,35	0,32	11,1	11,8	11,4
Sinnesorgane	0,11	0,12	0,11	3,5	3,4	3,4
Varia	0,02	0,02	0,02	2,0	2,4	2,2
nicht ATC-klassifiziert	0,20	0,23	0,21	0,0	0,0	0,0
Präparate insgesamt	3,26	4,16	3,63	152,0	158,9	154,9

Tabelle A25 (* sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2006, stand.)

Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATC vierstellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	gesamt
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	0,264	0,295	0,277
H03A	Schilddrüsenpräparate	0,074	0,297	0,167
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,177	0,136	0,160
J01F	Makrolide und Lincosamide	0,113	0,162	0,133
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	0,114	0,144	0,127
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,126	0,120	0,123
R03A	Inhalative Sympathomimetika	0,108	0,110	0,109
N06A	Antidepressiva	0,076	0,141	0,103
C09A	ACE-Hemmer, rein	0,112	0,048	0,086
J01M	Chinolone	0,056	0,098	0,074
D07A	Corticosteroide, rein	0,062	0,087	0,072
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	0,058	0,069	0,063
C10A	Cholesterin- und triglyceridsenkende Mittel	0,087	0,028	0,062
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	0,052	0,072	0,060
J01A	Tetracycline	0,056	0,063	0,059
A03F	Prokinetika	0,047	0,075	0,059
N02A	Opiode	0,051	0,061	0,055
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,000	0,127	0,053
B01A	Antithrombotische Mittel	0,064	0,036	0,052
A10A	Insuline und Analoga	0,066	0,029	0,050
A10B	Orale Antidiabetika	0,066	0,023	0,048
R01A	Dekongestiva u. a. Rhinologika z. topischen Anwendung	0,040	0,048	0,044
C08C	Selektive Calciumkanalblocker	0,057	0,024	0,043
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	0,035	0,053	0,042
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	0,050	0,023	0,039
M03B	Muskelrelaxanzen, zentral wirkende Mittel	0,031	0,045	0,037
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzen	0,028	0,046	0,036
R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	0,028	0,043	0,034
N02C	Migränemittel	0,010	0,067	0,034
R03B	Andere inhalative Antiasthmatika	0,030	0,037	0,033
	genannte gesamt	2,14 (66 %)	2,61 (63 %)	2,33 (64 %)
	insgesamt	3,257	4,163	3,633

Tabelle A26 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.; in absteigender Rangfolge nach Häufigkeit der Präparateverordnungen in der Gesamtpopulation)

Verordnete Tagesdosen (DDD je VJ, nach ATC vierstellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	gesamt
C09A	ACE-Hemmer, rein	16,9	6,4	12,5
H03A	Schilddrüsenpräparate	6,0	21,6	12,5
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	10,8	7,4	9,4
C10A	Cholesterin- und triglyceridsenkende Mittel	12,4	3,6	8,8
N06A	Antidepressiva	4,5	7,9	5,9
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	6,1	4,8	5,5
R03A	Inhalative Sympathomimetika	5,4	5,0	5,3
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	5,1	5,5	5,2
C08C	Selektive Calciumkanalblocker	6,8	2,7	5,1
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,0	11,7	4,8
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	5,5	3,0	4,4
A10A	Insuline und Analoga	4,9	2,1	3,7
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	4,7	2,1	3,7
B01A	Antithrombotische Mittel	4,3	1,7	3,2
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	2,9	3,2	3,0
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	3,6	2,0	3,0
A10B	Orale Antidiabetika	4,1	1,3	2,9
G03C	Estrogene	0,0	7,0	2,9
G03F	Gestagene und Estrogene in Kombination	0,0	6,3	2,6
V01A	Allergene	2,0	2,4	2,1
D07A	Corticosteroide, rein	1,9	2,3	2,1
R03B	Andere inhalative Antiasthmatica	1,7	2,1	1,8
M04A	Gichtmittel	2,9	0,3	1,8
S01E	Glaukommittel und Miotika	1,8	1,3	1,6
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	1,4	1,8	1,6
R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,3	1,9	1,6
H03C	Iodtherapie	0,9	2,3	1,5
N03A	Antiepileptika	1,6	1,2	1,4
C07B	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten und Thiazide	1,6	1,2	1,4
R01A	Dekongestiva u. a. Rhinologica z. topischen Anwendung	1,2	1,3	1,2
	genannte gesamt	122,2 (80 %)	123,4 (78 %)	122,7 (79 %)
	insgesamt	152,0	158,9	154,9

Tabelle A27 (Erwerbspersonen TK 2006, stand.; in absteigender Rangfolge nach Menge der verordneten Tagesdosen bzw. DDD in der Gesamtpopulation)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2006

Berufsfeld	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	2,31	2,99	2,59	143	149	146
Bergbauberufe*	2,52	3,37	2,87	171	243	201
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	2,32	3,44	2,79	143	170	154
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	2,58	3,44	2,93	159	168	162
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	2,45	3,21	2,76	153	153	153
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	2,52	3,51	2,93	151	173	161
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	2,41	3,30	2,78	151	161	155
Elektroberufe	2,36	3,55	2,85	156	175	164
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	2,47	3,27	2,80	146	158	151
Ernährungsberufe	2,35	3,44	2,80	148	170	157
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	2,28	3,20	2,66	144	157	149
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	2,17	3,01	2,52	146	149	147
Waren- und Dienstleistungskaufleute	2,38	3,31	2,76	153	156	154
Verkehrs- und Lagerberufe	2,40	3,45	2,83	159	165	161
Verwaltungs-, wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,27	3,27	2,68	151	159	155
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	2,49	3,36	2,85	171	169	170
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,16	2,88	2,46	137	133	135
Gesundheitsdienstberufe	1,98	3,22	2,49	136	159	145
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	2,26	3,31	2,69	143	151	146
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reiniger	2,41	3,41	2,82	147	166	155
Arbeitslose	2,74	3,62	3,11	199	183	192
Hilfsarbeiter	2,29	3,33	2,73	138	162	148
Auszubildende	1,96	2,88	2,34	136	126	132
unbekannt	2,92	3,60	3,20	204	177	193
insgesamt	2,30	3,26	2,70	152	159	155

Tabelle A28 (* Bergbauberufe bei geringen Versicherungszahlen nicht bewertbar; stand.)

AU-Tage je 100 VJ nach ICD10-Diagnosekapiteln in Altersgruppen

Diagnosekapitel	Männer			Frauen			Gesamt		
	25–29	40–44	55–59	25–29	40–44	55–59	25–29	40–44	55–59
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	34	32	38	40	38	49	36	35	43
II. Neubildungen	8	27	114	14	72	159	11	47	134
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4	9	42	6	15	41	5	12	42
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	75	91	179	117	195	279	94	139	223
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	27	43	92	37	60	108	31	51	99
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	12	41	204	16	36	124	14	39	169
X. Krankheiten des Atmungssystems	117	124	150	170	166	219	141	143	180
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	52	60	104	63	62	102	57	61	103
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	17	14	21	11	15	21	14	14	21
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	109	205	457	98	212	565	104	208	504
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	7	11	31	28	38	41	16	23	35
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	0	0	78	26	1	36	12	0
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	20	27	63	41	48	78	29	37	70
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	161	140	172	75	108	225	122	126	195
insgesamt	659	853	1731	834	1150	2102	738	989	1895

Tabelle A29

Anteil Erwerbspersonen mit Arzneiverordnungen in Altersgruppen

Diagnosekapitel	Männer			Frauen			Gesamt		
	25–29	40–44	55–59	25–29	40–44	55–59	25–29	40–44	55–59
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Alimentäres System und Stoffwechsel	8,7	10,8	20,3	12,6	12,2	21,5	10,5	11,4	20,8
Blut und blutbildende Organe	1,5	2,7	8,4	4,0	4,6	5,4	2,7	3,6	7,0
Kardiovaskuläres System	3,3	11,9	41,3	3,7	9,6	35,2	3,5	10,9	38,6
Dermatika	9,0	9,5	13,6	14,0	12,2	15,6	11,3	10,8	14,5
Urogenitales System und Sexualhormone	0,3	0,5	3,7	12,9	11,6	30,2	6,0	5,6	15,4
Systemische Hormonpräparate	3,2	6,4	11,5	9,0	16,2	26,4	5,8	10,9	18,1
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	24,7	25,7	26,3	38,2	32,5	34,4	30,8	28,8	29,9
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	0,3	0,6	1,0	0,6	1,1	2,2	0,5	0,8	1,5
Muskel -Skelett-System	14,4	19,9	30,0	15,9	20,8	32,3	15,1	20,3	31,0
Nervensystem	7,8	10,3	16,0	11,9	16,4	24,9	9,7	13,1	19,9
Respirationstrakt	12,0	13,1	13,8	15,7	15,4	17,4	13,6	14,1	15,4
Sinnesorgane	4,7	6,5	8,5	6,5	7,2	10,4	5,5	6,8	9,3
Varia	1,2	1,2	0,9	1,6	1,4	1,2	1,4	1,3	1,1

Tabelle A30 (Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2006 und mehr als 182 Versicherungstagen; TK 2006, Männer und Frauen anteilig in Altersgruppen gemäß Erwerbspersonenzahlen nach Mikrozensus 2005 berücksichtigt)

Verordnete Tagesdosen je Versicherungsjahr in Altersgruppen

Diagnosekapitel	Männer			Frauen			Gesamt		
	25–29	40–44	55–59	25–29	40–44	55–59	25–29	40–44	55–59
Alimentäres System und Stoffwechsel	6,7	14,5	47,3	6,4	10,3	31,2	6,6	12,6	40,2
Blut und blutbildende Organe	0,7	2,8	16,4	2,0	2,9	5,7	1,3	2,9	11,7
Kardiovaskuläres System	6,1	43,2	249,5	3,3	21,6	146,7	4,8	33,3	204,1
Dermatika	3,8	4,3	6,5	5,3	4,5	5,9	4,5	4,4	6,2
Urogenitales System und Sexualhormone	0,4	0,9	7,4	9,1	10,5	70,7	4,3	5,3	35,4
Systemische Hormonpräparate	3,8	10,5	22,0	13,6	33,0	55,6	8,3	20,8	36,9
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	3,9	5,0	4,6	5,5	4,9	5,2	4,6	5,0	4,9
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	0,8	1,4	2,1	1,1	2,8	5,4	1,0	2,0	3,6
Muskel-Skelett-System	3,1	7,7	23,1	3,6	7,1	20,7	3,3	7,4	22,1
Nervensystem	6,2	9,8	17,1	8,3	15,2	25,1	7,2	12,3	20,6
Respirationstrakt	8,4	11,5	16,1	9,4	12,6	17,9	8,9	12,0	16,9
Sinnesorgane	1,5	2,9	7,9	1,9	2,9	8,6	1,7	2,9	8,2
Varia	2,4	2,4	1,2	2,9	2,6	1,5	2,6	2,5	1,3
Insgesamt	47,8	117,0	421,2	72,7	131,0	400,7	59,1	123,4	412,1

Tabelle A31 (Erwerbspersonen TK 2006, Männer und Frauen bei Gesamtwerten anteilig in Altersgruppen gemäß Erwerbspersonenzahlen nach Mikrozensus 2005 berücksichtigt)

Verordnete Tagesdosen je Versicherungsjahr in Altersgruppen

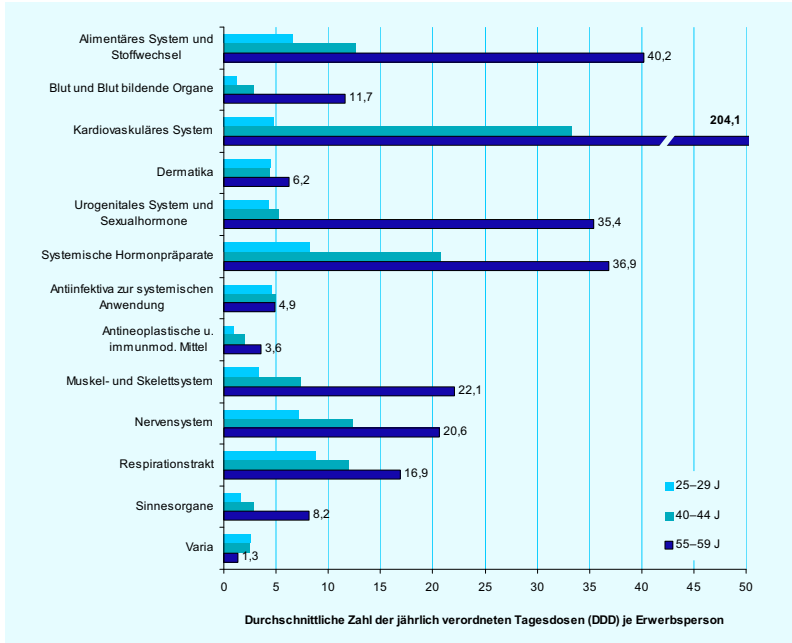


Abbildung 57 (Erwerbspersonen TK 2006, Männer und Frauen anteilig in Altersgruppen gemäß Erwerbspersonenzahlen nach Mikrozensus 2005 berücksichtigt)

Östrogene sowie Östrogene und Gestagene in Kombination: Anteil Frauen mit Verordnung innerhalb des Kalenderjahres

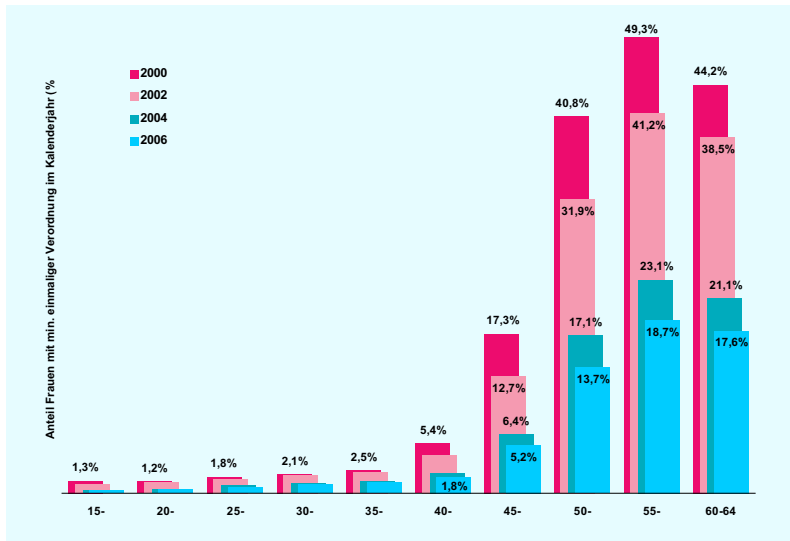


Abbildung 58 (Weibliche Erwerbspersonen TK 2000, 2002, 2004 und 2006 nach Altersgruppen; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Präparates im Kalenderjahr, ohne Berücksichtigung von Kontrazeptiva sowie ohne vaginal angewendete Präparate; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr)

Behandlungsraten Antidiabetika und Antihypertensiva

Alters- gruppe	Anteil Erwerbspersonen mit Antidiabetikaverordnung 2006			Anteil Erwerbspersonen mit Antihypertensivaverordnung 2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %
20-< 25	0,4 %	0,4 %	0,4 %	1,1 %	1,2 %	1,2 %
25-< 30	0,5 %	0,5 %	0,5 %	1,9 %	1,8 %	1,8 %
30-< 35	0,6 %	0,6 %	0,6 %	3,0 %	2,5 %	2,8 %
35-< 40	0,8 %	0,6 %	0,7 %	5,2 %	3,8 %	4,6 %
40-< 45	1,2 %	0,6 %	0,9 %	8,7 %	6,9 %	7,9 %
45-< 50	2,1 %	0,9 %	1,5 %	15,2 %	12,7 %	14,0 %
50-< 55	3,8 %	1,5 %	2,7 %	25,4 %	21,6 %	23,6 %
55-< 60	6,5 %	2,7 %	4,8 %	36,1 %	30,6 %	33,7 %
60-< 65	7,2 %	3,3 %	5,8 %	43,5 %	37,2 %	41,1 %

Tabelle A32

Behandlungsraten Lipidsenker und Gichtmittel

Alters- gruppe	Anteil Erwerbspersonen mit Lipidsenkerverordnung 2006			Anteil Erwerbspersonen mit Gichtmittelverordnung 2006		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
15-< 20	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
20-< 25	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
25-< 30	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
30-< 35	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %
35-< 40	1,0 %	0,3 %	0,7 %	0,8 %	0,1 %	0,5 %
40-< 45	2,2 %	0,7 %	1,5 %	1,4 %	0,1 %	0,8 %
45-< 50	4,5 %	1,4 %	3,0 %	2,6 %	0,3 %	1,5 %
50-< 55	8,2 %	3,2 %	5,8 %	4,6 %	0,6 %	2,8 %
55-< 60	12,5 %	6,5 %	9,9 %	6,8 %	1,1 %	4,3 %
60-< 65	16,2 %	9,5 %	13,7 %	8,2 %	1,6 %	5,8 %

Tabelle A33

Demografisch bedingte Veränderungen von Fehlzeiten nach ICD10-Diagnosekapiteln (AU-Tage je 100 VJ)

Diagnosekapitel	2006	2011	2016	2021	2026	2031
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	39,1	39,2	39,2	39,1	38,7	38,4
II. Neubildungen	55,2	58,4	61,6	63,8	64,4	63,4
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	15,4	16,2	17,1	17,7	17,7	17,2
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	138,8	142,2	144,6	145,4	144,1	142,8
VI. Krankheiten des Nervensystems	32,5	33,4	34,3	34,7	34,6	34,3
VI. Krankheiten des Auges	8,4	8,7	9,1	9,3	9,4	9,3
VI. Krankheiten des Ohres	13,1	13,3	13,6	13,8	13,7	13,5
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	58,2	61,9	66,7	70,2	71,3	69,9
X. Krankheiten des Atmungssystems	154,9	155,1	155,4	155,6	154,5	153,5
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	70,9	72,1	73,1	73,5	73,0	72,3
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	15,8	16,0	16,1	16,2	16,1	15,9
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	232,8	241,6	251,1	257,3	257,9	253,9
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	25,3	25,8	26,2	26,3	26,1	26,0
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	16,8	15,8	15,8	15,9	15,8	15,6
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	41,9	42,9	43,9	44,6	44,5	44,1
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	145,7	147,1	148,2	148,9	148,1	147,1
insgesamt	1.116	1.140	1.170	1.189	1.192	1.185

Tabelle A34 (Fehlzeiten je 100 Versicherungsjahre; Basis: geschlechts- und altersspezifische Fehlzeiten in Diagnosekapiteln nach ICD10, Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Anmerkung: Abweichungen zu Ergebnissen der Routineauswertungen zum Jahr 2006 resultieren aus der abweichenden Referenzpopulation bei der Standardisierung.

Demografisch bedingte Veränderungen von Arzneiverordnungsvolumen nach ATC-Gruppen (DDD je VJ)

Arzneimittelgruppe	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Alimentäres System und Stoffwechsel	16,54	17,37	18,33	19,01	19,13	18,66
Blut und blutbildende Organe	4,32	4,61	4,95	5,23	5,33	5,18
Kardiovaskuläres System	63,99	68,87	75,93	81,30	84,32	83,69
Dermatika	4,94	4,98	5,04	5,09	5,11	5,10
Urogenitales System und Sexualhormone	16,18	16,51	17,54	18,11	18,25	18,24
Systemische Hormonpräparate	20,23	20,83	21,43	21,76	21,90	21,86
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	4,97	4,93	4,93	4,95	4,96	4,95
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	2,05	2,11	2,18	2,23	2,26	2,26
Muskel- Skelett-System	9,50	9,92	10,51	10,94	11,17	11,12
Nervensystem	12,40	12,72	13,04	13,19	13,20	13,16
Respirationstrakt	11,98	12,11	12,31	12,48	12,60	12,58
Sinnesorgane	3,82	3,97	4,20	4,39	4,52	4,52
Varia	2,13	2,09	2,05	2,03	2,02	2,02
Alle Arzneimittel	173,4	181,3	192,9	201,2	205,4	204,2

Tabelle A35 (Arzneiverordnungsvolumen; Basis: geschlechts- und altersspezifische Verordnungsvolumen in DDD nach Arzneigruppen, Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

Anmerkung: Abweichungen zu Ergebnissen der Routineauswertungen zum Jahr 2006 resultieren aus der abweichenden Referenzpopulation bei der Standardisierung.

Methodische Erläuterungen

Standardisierung.

Eine Möglichkeit, die Effekte von Altersunterschieden zwischen unterschiedlichen Vergleichsgruppen auf die dargestellten Ergebnisse rechnerisch auszugleichen, bietet die im Rahmen des Gesundheitsreports 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.

Standardpopulation nach Geschlecht und Alter

Altersgruppe	Personenzahl [Tsd.]		Anteil an Gesamtpop. [%]	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15-< 20*	852	674	2,3	1,8
20-< 25*	2.181	1.856	6,0	5,1
25-< 30	2.851	2.216	7,8	6,1
30-< 35	2.883	2.006	7,9	5,5
35-< 40	2.653	1.942	7,2	5,3
40-< 45	2.540	1.880	6,9	5,1
45-< 50	2.230	1.601	6,1	4,4
50-< 55	2.885	1.856	7,9	5,1
55-< 60*	1.738	932	4,7	2,5
60-< 65*	624	218	1,7	0,6
insgesamt	21.437	15.181	58,5	41,5

Tabelle A36 (* bei der Auswertung zusammengefasst, vergleiche Text [Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992; Quelle: Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114])

Gemäß den „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 zugrunde gelegt. 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.

Die Auswahl einer bestimmten Standardpopulation ist willkürlich, besitzt in der Regel jedoch auch nur einen untergeordneten Einfluss im Hinblick auf die Relationen der Ergebnisse bei einer Gegenüberstellung von Subpopulationen, sofern alle Ergebnisse gleichartig, das heißt auf Basis derselben Standardpopulation, standardisiert wurden.

Eine obligate Voraussetzung für eine direkte Standardisierung sind ausreichende Versicherungszahlen in allen berücksichtigten Altersgruppen. Um diese zu gewährleisten, wurden bei Berechnungen zum Gesundheitsreport die beiden niedrigsten sowie die beiden höchsten Altersgruppen grundsätzlich zusammengefasst, sodass für jede gruppenbezogene Auswertung Werte zu insgesamt acht unterschiedlichen Altersgruppen berücksichtigt wurden (bei Auswertungen zu den einzelnen Berufsordnungen reduzierte sich diese Zahl nach einer Beschränkung auf Erwerbstätige im Alter ab 20 Jahren auf sieben Gruppen).

Insgesamt betrachtet dürften durch das hier gewählte Vorgehen Effekte von Unterschieden in der Altersstruktur bei Vergleichen von Subpopulationen weitgehend eliminiert worden sein. Geringe Alterseinflüsse sind auch nach einer Altersstandardisierung prinzipiell möglich, sofern innerhalb der einzelnen Altersgruppen noch deutliche Strukturunterschiede zwischen den Subpopulationen bestehen, was praktisch jedoch nur selten der Fall ist und damit keine relevanten Auswirkungen auf die Ergebnisse hat.

Nicht standardisierte bzw. rohe Ergebnisse sind zum Teil ergänzend im Anhang dargestellt. Verwendet wurde bei der Standardisierung eine von den Ersatzkassen für diese Zwecke gemeinsam festgelegte Standardpopulation. Mit der Standardisierung wird rechnerisch bei den Auswertungen für alle Zeiträume und alle Subgruppen eine identische Geschlechts- und Altersstruktur zugrunde gelegt, womit die Ergebnisse – kassenintern in Subgruppen oder auch kassenübergreifend – einfacher interpretiert werden können.

Ergebnisunterschiede, die sich nach einer Standardisierung in Subgruppen zeigen, bestehen unabhängig von den Strukturunterschieden, für die standardisiert wurde (hier in Bezug auf Alter und Geschlecht). Überlegungen, ob beispielsweise Unterschiede in der Krankschreibungshäufigkeit zwischen zwei Berufsgruppen lediglich aus Altersunterschieden in den beiden Beschäftigtengruppen resultieren könnten, müssen bei entsprechend standardisierten Ergebnissen nicht mehr diskutiert werden. Weitere Erläuterungen zur Standardisierung finden sich für interessierte Leser im Methodenabschnitt des Anhangs. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass sich durch die hier vorgenommene Standardisierung zumeist nur moderate Veränderungen gegenüber Rohwerten ergeben, da die Altersstruktur von Erwerbspersonen in allen relevanten Subgruppen durch die Spannweite des typischen Erwerbsalters eingeschränkt ist. Es resultieren hieraus in der Regel also nur wenig veränderte Ergebnisse. Die standardisierten Werte können bei oberflächlicher Betrachtung zunächst wie nicht standardisierte Werte gelesen und interpretiert werden.

Maßzahlen des AU-Meldegeschehens.

Die Berechnung von Maßzahlen zum AU-Meldegeschehen erscheint auf den ersten Blick trivial, bedarf bei näherer Betrachtung jedoch einiger Erläuterungen. Der nachfolgende Abschnitt wendet sich mit Ergänzungen zu den grundlegenden Erläuterungen im Hauptteil des Berichts ausschließlich an methodisch interessierte Leser.

Bei Darstellungen zu seltenen Ereignissen können als Bezugszeiträume anstelle eines Versicherungsjahres (VJ) auch 100 oder 1.000 Versicherungsjahre angegeben werden.

Um gelegentlich geäußerten Unsicherheiten bei der Interpretation vorzubeugen, sei erwähnt, dass es sich in diesen Fällen um einfache Änderungen der Darstellung ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit handelt, welche den Aussagewert der Zahlen nicht verändern. Ein Beispiel: 0,89 AU-Fälle je VJ = 89 AU-Fälle je 100 VJ = 890 AU-Fälle je 1.000 VJ; alle genannten Zahlen sind gleichbedeutend zu interpretieren.

Im Gesundheitsreport werden Fehlzeiten bei Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf Versicherungszeiten als AU-Tage je Versicherungsjahr oder als anteilige Fehlzeiten (Krankenstand) angegeben. Dabei wurden die AU-Zeiten

versichertenbezogen tagesgenau jeweils den Versicherungsintervallen zugeordnet (z. B. den Tätigkeitszeiten in spezifischen Berufen oder Branchen), in denen sie angefallen waren. Nur durch dieses Vorgehen kann eine realitätsgetreue Abbildung des AU-Meldegesehens in Bezug auf die Maße AU-Tage je Versicherungsjahr sowie Krankenstand sichergestellt werden.

Bei Vergleichen von Angaben zum Krankenstand sind mögliche Unterschiede bei der zugrunde liegenden Berechnungsmethode zu beachten: Während der in Publikationen von Krankenkassen berichtete Krankenstand üblicherweise mit gewissen Variationen nach dem hier dargestellten und angewendeten Verfahren berechnet wird, besteht arbeitgeberseitig die alternative Möglichkeit, den Anteil der erkrankungsbedingt ausgefallenen Arbeitstage an den erwarteten oder tariflich vereinbarten Arbeitstagen als Krankenstand anzugeben. Schließlich wird vom Bundesministerium für Gesundheit eine Statistik zum Krankenstand herausgegeben, die zwar auf Angaben von Krankenkassen beruht, jedoch – aus pragmatischen Gründen – nur Meldungen von Krankenständen an zwölf Stichtagen jeweils am Ersten eines Monats innerhalb eines Jahres berücksichtigt. Krankenstände auf Basis dieser Stichtagswerte liegen typischerweise unter den Krankenständen, die sich auf der Basis aller Tage eines Jahres berechnen lassen, da der Erste eines Monats überdurchschnittlich häufig auf einen Feiertag fällt. Zudem können von Jahr zu Jahr leichte Veränderungen von Werten der Stichtagsstatistik aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweils kalenderabhängig berücksichtigten Wochentage (mit wochentagstypischen Krankenständen) resultieren, weshalb Berechnungen auf entsprechenden Stichtagswerten für die Berichterstattung auf der Basis von Krankenkassendaten – sofern vollständige Daten verfügbar sind – lediglich zu Vergleichszwecken durchgeführt werden sollten.

Die Zuordnung von AU-Fällen zur Berechnung der Fallhäufigkeit erfolgte nach dem Datum des Beginns einer durchgängigen Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Erstreckten sich einzelne AU-Fälle über mehrere Versicherungsintervalle, wurden sie bei der Zählung zur Bestimmung der Fallhäufigkeit als Fall nur im ersten Versicherungsintervall berücksichtigt (sofern der AU-Beginn in das entsprechende Zeitintervall fiel). Ein einzelner, durchgängiger AU-Fall wird damit inhaltlich korrekt auch nur als ein Fall bei den Auswertungen berücksichtigt. Fälle mit Datum vom 1. Januar eines Jahres wurden bei fehlenden Zusatzinformationen grundsätzlich als Fortsetzungen von Fällen

des Vorjahres interpretiert, was erfahrungsgemäß jedoch nur zu einer marginalen, inhaltlich unbedeutsamen Unterschätzung der AU-Fallhäufigkeiten insgesamt führt.

Die fallbezogene AU-Dauer wurde im Rahmen des Gesundheitsreports als Quotient aus den ermittelten AU-Zeiten und den AU-Fallzahlen berechnet. Aus dem vorausgehend geschilderten Vorgehen bei der Zählung von AU-Fällen resultiert der Effekt, dass in Einzelfällen Versicherungsfolgeintervalle mit registrierten AU-Tagen existieren können, ohne dass diesen Intervallen das Eintreten eines AU-Falls zugeordnet wird. Dieser Effekt kann potenziell die Berechnung der fallbezogenen AU-Dauer (AU-Tage je Fall) insbesondere bei Subgruppenbetrachtungen beeinflussen. Bei Auswertungen zu größeren Subgruppen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass immer einige Intervalle berücksichtigt werden, in die der AU-Fallbeginn und nur ein Teil der AU-Tage fallen. Gleichzeitig werden aber auch Intervalle mit AU-Zeiten ohne Fallbeginn berücksichtigt, bei denen entsprechend nur die AU-Tage gezählt werden. Treten beide Effekte in annähernd ausgewogenem Umfang auf, resultieren aus dem Quotienten von AU-Tagen und AU-Fällen mit Beginn in den berücksichtigten Intervallen weitgehend korrekte Schätzungen der fallbezogenen AU-Dauer. Eine alternativ zu erwägende Berechnung der fallbezogenen AU-Dauer auf der Basis abgeschlossener AU-Fälle kommt in der Regel zu übereinstimmenden Ergebnissen.

Maßzahlen zu Arzneiverordnungen.

Der Arzneimittelumsatz in Deutschland lässt sich in einer ersten Einteilung zunächst in den Umsatz durch Selbstmedikation, auch als OTC (over the counter) bezeichnet, sowie den Umsatz durch ärztlich verordnete Präparate einteilen. Aussagen zur Selbstmedikation waren und sind auf der Basis von Krankenkassenroutinedaten grundsätzlich nicht möglich. Von den ärztlich verordneten Arzneimitteln werden in den Daten von Krankenkassen diejenigen erfasst, die im Rahmen der ambulanten Versorgung von den Apotheken abgegeben und mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Eine erhebliche Veränderung der Verordnungszahlen von 2003 auf 2004 resultierte durch den weitgehenden Ausschluss nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG). Zwischen 2004 und 2006 sind die Rahmenbedingungen weitgehend unverändert geblieben.

Ein erstes anschauliches Maß zu Arzneiverordnungen ist der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Arzneiverordnung innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums, also der Anteil von Versicherten, der in einer gewissen Zeitspanne überhaupt von einer Arzneiverordnung betroffen ist. Als weiterer Parameter lässt sich auf Basis der Verordnungsdaten die Zahl der Arztkontakte innerhalb eines Versicherungsjahres bestimmen, wobei diese Zahl zwangsläufig nur jene Kontakte umfasst, die mit der Ausstellung eines Rezepts verbunden waren. Sie dürfte sowohl erkrankungs- als auch facharztgruppenspezifisch in unterschiedlichem Umfang von der Gesamtzahl der Arztkontakte abweichen. Die gleichfalls zu ermittelnde Zahl der verordneten Präparate je Versicherungsjahr bezieht sich im Kontext dieses Gesundheitsreports auf die Zahl der je Rezept gemachten Eintragungen zu verordneten Präparatesorten. Gegebenenfalls vorhandene Angaben zur Anzahl der Verordnungseinheiten wurden bei dieser Angabe nicht berücksichtigt. Zwangsläufig und unabhängig von der Berechnungsweise sind Angaben zur Zahl der Präparateverordnungen nur eingeschränkt inhaltlich interpretierbar. Dies gilt insbesondere, wenn dabei sehr unterschiedliche Präparate gemeinsam berücksichtigt werden. Einen ersten Anhaltspunkt zur relativen Verteilung der Verordnungsvolumina in Versicherungstengruppen können sie dennoch liefern.

Eine inhaltlich relevante und international gebräuchliche Gruppierung von Arzneimitteln ist auf Basis der ATC-Klassifikation möglich (vgl. nachfolgenden Abschnitt zu Klassifikationssystemen). Bei entsprechenden Auswertungen zu Arzneimittelgruppen ist zu beachten, dass nicht alle Arzneimittelverordnungen sinnvoll einem ATC-Code zugeordnet werden können beziehungsweise zugeordnet sind. Dies betrifft jedoch üblicherweise weniger als 10 Prozent aller Verordnungen. Mit einer vergleichbaren Rate fehlender Angaben ist bei den sogenannten Defined Daily Doses zu rechnen (DDD, definierte Tagesdosis). Eine definierte Tagesdosis bezeichnet die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Substanzmenge, die zur Behandlung einer Person mit einem Präparat unter üblichen Umständen für den Zeitraum eines Tages ausreicht. DDDs stellen in Bezug auf spezifische Arzneimittel damit ein anschauliches Maß dar, welches von herstellerseitigen Veränderungen der Packungsgrößen unbeeinflusst bleibt. Einschränkend ist anzumerken, dass zur Ermittlung von DDD-Werten allerdings nur typische Dosierungen eines Medikaments herangezogen werden können, die nicht bei allen Patienten der tatsächlich verordneten Dosierung entsprechen müssen.

Klassifikationssysteme.

In vielen Tabellen und insbesondere Abbildungen wurden bei den Bezeichnungen von Berufen, Diagnosen oder Arzneimitteln zur Verbesserung der Lesbarkeit verkürzte Fassungen der Originalbezeichnungen verwendet. Die eindeutige Identifikation der Gruppen ist dadurch nicht beeinträchtigt. Sofern der Wortlaut der offiziellen oder amtlichen Schlüsselbezeichnungen interessiert, sollte dieser jedoch grundsätzlich direkt den entsprechenden anderweitig verfügbaren Schlüsseldokumentationen entnommen werden.

Klassifikationssysteme: Berufsgruppen

Zur Kennzeichnung von beruflichen Tätigkeiten von Mitgliedern der Krankenkassen wird das Schlüsselverzeichnis für die Angabe zur Tätigkeit in den Versicherungsnachweisen verwendet, das von der Bundesanstalt für Arbeit bereitgestellt wird. Die Struktur des Schlüssels wurde bereits im Hauptteil des Gesundheitsberichts erläutert.

Detaillierte Informationen, insbesondere auch zur Aufteilung der Berufsordnungen in Berufsfelder, sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unter

www.iab.de/produkte/BeitrAB150/hilfe.html

zu finden.

Klassifikationssysteme: ICD10.

Seit dem 1. Januar 2000 sind Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen 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:

www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/index.htm.

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 Ortskrankenkassen (WIdO) im Rahmen des Forschungsprojekts GKV-Arzneimittelindex 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:

www.wido.de/Arzneimittel/ATC/index.html.

Für die Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreports wurden Daten zu Arzneiverordnungen verwendet, denen zuvor TK-intern auf der Ebene der einzelnen Verordnungen ATC-Codierungen 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 des ATC bilden sogenannte „Anatomische Hauptgruppen“, die bei der Codierung der Arzneimittel in einem siebenstelligen alphanumerischen Schlüssel jeweils durch einen bestimmten Buchstaben in der ersten Stelle der Schlüsselangabe charakterisiert sind. In der nachfolgenden Tabelle A37 sind die offiziellen Bezeichnungen der Anatomischen Hauptgruppen des ATC angegeben. Zusätzlich werden zu den Hauptgruppen exemplarisch typische Arzneimittel und deren Indikations-

gebiete in Bezug auf das Verordnungsgeschehen bei Erwerbspersonen genannt, um die Bedeutung der Hauptgruppen im Kontext dieses Gesundheitsreports etwas anschaulicher zu machen.

Anatomische Hauptgruppen des ATC

Kürzel	Bezeichnung	Typische Präparate bei Erwerbspersonen (typische Anwendungsbereiche)
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	Antacida (Sodbrennen, Magengeschwür), Spasmolytika (Magenkrämpfe, Gallensteine), Antidiarrhoika und Antiinfektiva (Magen-Darm-Infekt), Antidiabetika (Zuckerkrankheit), Mineralstoffe
B	Blut und blutbildende Organe	Antithrombotische Mittel – Acetylsalicylsäure – (Herzinfarkt- und Thromboserisiko)
C	C Kardiovaskuläres System	Betablocker, 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 (exkl. 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 (Krebserkrankungen)
M	Muskel-Skelett-System	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), Antiasthmatika (Asthma), Antihistaminika (allergische Reaktionen)
S	Sinnesorgane	Ophthalmika (Augentropfen aus unterschiedlichen Gründen)
V	Varia	Relativ selten verordnet

Tabelle A37 (Bezeichnungen gemäß WIdO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

Abbildungen.

Erwerbspersonen in der TK nach Alter in den Jahren 2001 und 2006.....	17
Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen 2006 und 2026.....	21
Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen 2006 und 2046.....	22
Bevölkerung 20 bis unter 70 Jahre in 2006, 2026 und 2046.....	23
Erwerbsbeteiligung in Deutschland 2005.....	25
Erwerbsbeteiligung in Deutschland 2005 Altersgruppen 50 bis 69 Jahre.....	27
Erwerbspersonen in Deutschland 2006 bis 2046 (V-0).....	30
Erwerbspersonen in Deutschland 2006, 2023, 2026 und 2029 (V-1).....	32
AU-Tage je 100 VJ nach ICD10-Diagnosekapiteln in Altersgruppen.....	35
Anteil Erwerbspersonen mit Arzneverordnungen in Altersgruppen.....	38
Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antidiabetika 2006.....	40
Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antihypertensiva 2006.....	40
Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Lipidsenkern 2006.....	41
Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Gichtmitteln 2006.....	41
Demografisch bedingte Veränderungen der Gesamtfehlzeiten.....	44
Demografisch bedingte Veränderungen von Fehlzeiten nach Diagnosekapiteln.....	46
Demografisch bedingte Veränderungen des Arzneverordnungsvolumens.....	47
Demografisch bedingte Veränderungen von Verordnungen in Arzneimittelgruppen.....	49
Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht 2006.....	52
Anteil Beschäftigte nach Alter TK 2006 – Deutschland.....	53
Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2006.....	56
AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2006 nach Geschlecht.....	60
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2006.....	61
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006.....	63
AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2006.....	63
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006.....	64
AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2006.....	65
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2006.....	67
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln.....	68
AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln.....	69
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln.....	70
Veränderungen der Fehlzeiten 2006 vs. 2005 nach Diagnosekapiteln.....	72
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln.....	73
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige.....	74
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2006.....	81
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2006.....	82
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Männer 2006.....	84
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2006.....	85
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht.....	87
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Berufsfeldern 2006.....	89

Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden	91
Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2006.....	93
Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2006.....	103
Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2006.....	103
Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006	104
DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2006	104
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2006	106
AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2006	107
Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen.....	109
Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen.....	110
Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2006	111
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern Männer 2006	116
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern Frauen 2006	117
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung Männer 2006	119
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung Frauen 2006.....	119
Verordnete Tagesdosen je Versicherungsjahr in Altersgruppen	149
Estrogene sowie Estrogene und Gestagene in Kombination: Anteil Frauen mit Verordnung innerhalb des Kalenderjahres.....	150

Tabellen.

Erwerbspersonen in Deutschland 2006, 2023, 2026 und 2029.....	33
Demografisch bedingte Veränderungen von Arzneiverordnungsraten zu ausgewählten Arzneimittelgruppen	50
Anteil TK-versicherte Erwerbspersonen nach Wohnort in Bundesländern 2006.	55
Maßzahlen des AU-Meldegeschehens.....	58
Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2005 sowie 2006.....	59
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2006	76
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage 2006	78
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2005 sowie 2006.....	86
Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2005 sowie 2006	88
Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten.....	92
Fehltage mit Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern.....	95
Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern	97
Fehltage wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern.....	98
Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen	99
Anteil Erwerbspersonen mit Arzneimittelverordnungen 2006.....	100
Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr Erwerbspersonen 2006.....	101
Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATCdreistellig) 2006.....	113
Verordnete Tagesdosen (DDD je VJ, nach ATC dreistellig) 2006.....	114

Tabellen im Anhang.

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2005 sowie 2006.....	120
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2005 sowie 2006	120
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter.....	121
AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter	121
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter	122
Krankenstand nach Geschlecht und Alter	122
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern	123
AU-Tage je Fall nach Bundesländern.....	124
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern	125
Krankenstand nach Bundesländern	126
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln	127
AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln.....	128
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln.....	129
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln – Berufstätige	130
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2006: Top 100	131
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern.....	135
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern	136
Krankenstand nach Berufsfeldern	137
Krankenstand nach Ausbildungsstand 2005 sowie 2006	138
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2005 sowie 2006 (roh).....	138
AU-Tage bei Arbeits- und Wegeunfällen nach Geschlecht und Alter	139
Arztkontakte nach Geschlecht und Alter	140
Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter	140
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2006 (stand.)	141
Verordnete Präparate und DDD nach anatomischen ATC-Gruppen.....	142
Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATC vierstellig).....	143
Verordnete Tagesdosen (DDD je VJ, nach ATC vierstellig).....	144
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2006.....	145
AU-Tage je 100 VJ nach ICD10-Diagnosekapiteln in Altersgruppen	146
Anteil Erwerbspersonen mit Arzneiverordnungen in Altersgruppen	147
Verordnete Tagesdosen je Versicherungsjahr in Altersgruppen	148
Behandlungsraten Antidiabetika und Antihypertensiva	151
Behandlungsraten Lipidsenker und Gichtmittel	151
Demografisch bedingte Veränderungen von Fehlzeiten nach ICD10-Diagnosekapiteln (AU-Tage je 100 VJ).....	152
Demografisch bedingte Veränderungen von Arzneiverordnungsvolumen nach ATC-Gruppen (DDD je VJ)	153
Standardpopulation nach Geschlecht und Alter	154
Anatomische Hauptgruppen des ATC	162



In der Reihe Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK sind erschienen:

Mit Erfolg gesund bleiben Teil I

Selbstmanagement, Führung und Gesundheit
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 1/1



Mit Erfolg gesund bleiben Teil II

Gesundheitsmanagement im Unternehmen
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 1/2



Gesundheitsreport 2002

Auswertungen 2000-2001,
Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 2



Gesundheitsreport 2003

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Schwerpunkt: Depressive Erkrankungen
Erschienen: 9/2003, ISSN 1610-8450, Band 3



Moderne IT-Arbeitswelt gestalten

Anforderungen, Belastungen und Ressourcen
in der IT-Branche
Erschienen: 4/2004, ISSN 1610-8450, Band 4



Gesundheitsreport 2004

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Schwerpunkt: Arzneiverordnungsdaten als
Gesundheitsindikatoren
Erschienen: 7/2004, ISSN 1610-8450, Band 6



Rauchfreier Arbeitsplatz

Erfolgreiche Nichtraucherstrategien im Unternehmen
Erschienen: 1/2005, ISSN 1610-8450, Band 7



Gesundheitsreport 2005

Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Erschienen: 7/2005, ISSN 1610-8450, Band 8



Schichtarbeit

Informationen für einen gesunden Ausgleich
Erschienen: 12/2005, ISSN 1610-8450, Band 9



Darmkrebsreport 2005

Auswertungen zu Häufigkeit, Patientenkarrieren, Kosten
Erschienen: 01/2006, ISSN 1610-8450, Band 10



Gesundheitsreport 2006

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Schwerpunkt: Erkältungskrankheiten - Grippe
Erschienen: 7/2006, ISSN 1610-8450, Band 11





Hautgesundheit


Auswertungen zu Hauterkrankungen bei Erwerbspersonen
Erschienen: 4/2007, ISSN 1610-8450, Band 12



Oder schauen Sie sich unser Angebot im Internet an:
www.fk-online.de

Info zur PDF-Datei

Mit den  Lesezeichen im linken Navigationsfenster, den Links im Inhaltsverzeichnis und im Text navigieren Sie zu den Artikeln.



Mit Klick auf + öffnen sich weitere Lesezeichen zum Text. 


Klicken sie auf + des ersten Lesezeichens  **Bedienungsfunktionen für Sehbehinderte, Vorlesen mit Adobe Reader**, um zu Befehlen für diese Datei sowie zu [Links](#) für weitere Infos und Downloads zu kommen.



Soweit vorhanden, sind [Internetlinks](#) im Text zielgenau aktiv und zusätzlich als  **Lesezeichen** angelegt. (Neue Icons bei Reader 8: )

Um den vollen Funktionsumfang zu nutzen, öffnen Sie diese Datei mit dem Adobe Reader 6, 7 oder 8 und nicht mit dem Plug-In Ihres Browsers.


Ihre Leseoptionen

Die Datei öffnet in Ganzseitendarstellung  (Strg+0). Die  Lesezeichen öffnen Seiten in der jeweils von Ihnen eingestellten Größe.

Nächste Vergrößerungsstufe ist Anzeige Fensterbreite  (Strg+2).

Durch Klicken in den Text  wird die Textspalte auf die volle Fensterbreite vergrößert. Weitere Klicks führen Sie bis zum Textende eines Kapitels und zur Ausgangsansicht zurück. Der Zeiger muss für diese Funktion so  aussehen.


Eine weitere Vergrößerung bringt das Schließen des Lesezeichenfensters durch Klick auf die Registerkarte "Lesezeichen" (oder Alt+A-N-L).




Benötigen Sie sehr große Schrift, wählen Sie das Lezeichen  >Flexiblen Zeilen-


umbruch und Größe einstellen.
Alternativ: Strg+4 (Zeilenumbruch), dann mit Strg+ oder Strg- den Zoomfaktor einstellen.

Achtung: Die Anzeige "flexibler Zeilenumbruch" ist manchmal fehlerhaft.

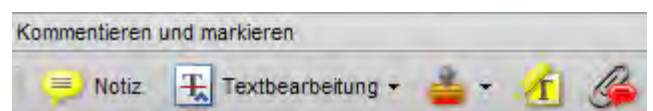
Vorleseoption mit Adobe Reader


Der vermutlich voreingestellte Sprecher "Microsoft Sam" muss gegen deutsche Sprecher ausgetauscht werden: Nutzen Sie die  **Infos zum Vorlesen ... und Download deutscher Sprecher**, um deutsche Sprecher zu installieren.

Wählen Sie unter  **Bedienungsfunktionen** das Lesezeichen  >Seite vorlesen durch Adobe Reader (Strg+Shift+V). Sie beenden das Lesen mit  Ende vorlesen (Strg+Shift+E).

Achtung nur Reader 8: Vor dem Lesen muss mit Strg+Shift+Y (Menü: >Anzeige >Sprachausgabe>) die Sprachausgabe aktiviert werden. Neue Funktion: Dann können Sie auch mit dem Auswahl-Werkzeug (V)  in einen Absatz klicken, der Ihnen dann vorgelesen wird.

Ausführliche Infos finden Sie unter dem Lesezeichen  **Infos zum Vorlesen durch Adobe Reader bei tk-online ...**



Kommentieren und markieren Sie mit dem  Hervorheben- und Notiz-Werkzeug. Klicken Sie [HIER](#) um die Kommentar- und Notiz-Werkzeuge an- und abzuschnalten. Sie schaffen mit Kommentaren Ihre eigene [Navigationsebene](#).