



Haut- gesundheit

Auswertungen zu
Hauterkrankungen
bei Erwerbspersonen

Hautgesundheit

Auswertungen der Techniker Krankenkasse
mit Daten und Fakten zu Hauterkrankungen
bei Erwerbspersonen

**Hautgesundheit – Auswertungen zu Hauterkrankungen bei Erwerbspersonen –
Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 12 -
ISSN 1610-8450**

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, Fax 040 - 69 09-22 58, Internet:
www.tk-online.de, Bereich Versorgung 2, Fachreferat Gesundheitsmanagement, Autoren:
Dr. Thomas Grobe, Hans Dörning, ISEG Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesund-
heitssystemforschung, Hannover, Redaktion: Gudrun Ahlers, Grafik: Wolfgang Geigle, Produktion:
Andreas Volkmar, Druck: Merkur Druck, Norderstedt.

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

Inhalt

Vorwort	6
Zusammenfassung	7
Hautarztkontakte	14
Hautarztkontakte von Erwerbspersonen nach Bundesländern	16
Hautarztkontakte nach Berufsgruppen	17
Hautarztkontakte nach Ausbildungsstand	20
Hautärztlich gestellte Diagnosen	21
Arzneimittelverordnungen – Dermatika	28
Dermatikaverordnungen nach Alter und Geschlecht	31
Dermatikaverordnungen in Bundesländern	34
Dermatikaverordnungen nach Berufen	36
Arbeitsunfähigkeiten mit Hauterkrankungen	39
Anhang	45
Methodische Erläuterungen	45
Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse	50

Vorwort

Die Haut ist mit etwa zwei Quadratmetern das größte und mit zehn bis 15 Kilogramm auch das schwerste Sinnesorgan des Menschen. Sie ist Sensor- und Schaltzentrale für Sinneswahrnehmungen, reguliert die Körpertemperatur und dient als Schutzhülle für den Körper. In dieser Funktion ist sie vielen Belastungen ausgesetzt: Sonne, Kälte und Feuchtigkeit verlangen der Haut viel ab, und viele Beschäftigte haben berufsbedingt mit Chemikalien zu tun, die die Haut angreifen. Fast 37 Prozent der anerkannten Berufskrankheiten sind Hauterkrankungen.

Für uns als Krankenkasse ein Grund, um uns näher mit dem Thema Hauterkrankungen zu beschäftigen. Deshalb haben wir zusätzlich zum jährlichen TK-Gesundheitsreport eine Sonderauswertung zum Thema Haut erstellt.

Hauterkrankungen führen nur selten zu Arbeitsunfähigkeiten und sind daher kaum relevant für die Krankenstandsdaten. Statistisch gesehen fehlen Arbeitnehmer in fünf Jahren nur einen Tag aufgrund von Hautkrankheiten. Analysiert man aber darüber hinaus auch die Facharztkontakte und Arzneimittelverordnungen, zeigt sich, dass sehr viele Menschen von Hauterkrankungen betroffen sind. Fast jeder fünfte Beschäftigte konsultierte 2005 mindestens einmal einen Hautarzt, und fast jeder achte erhielt ein Rezept zur Behandlung von Hautkrankheiten.

Die Techniker Krankenkasse und über 100 weitere Krankenkassen kooperieren in den nächsten zwei Jahren mit den Berufsgenossenschaften, Fachgesellschaften und Berufsverbänden, um mit der Präventionskampagne „Deine Haut. Die wichtigsten 2m² deines Lebens“ für mehr Hautschutz zu werben. Unser Hautreport ist ein Beitrag, um über das Ausmaß von Hauterkrankungen aufzuklären.

Christoph Straub

Dr. Christoph Straub
stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
der Techniker Krankenkasse

Hamburg, im April 2007

Zusammenfassung

Hauterkrankungen spielen in der Berufswelt eine wichtige Rolle. Ziel dieser Auswertungen ist es, Aussagen zur Relevanz und Häufigkeit von Hauterkrankungen bei Erwerbspersonen zu treffen. Als Ergänzung zum jährlich erscheinenden TK-Gesundheitsreport werden im Rahmen der vorliegenden Publikation Daten der TK zum Thema Hauterkrankungen bei Erwerbspersonen analysiert.

Grundlage der Auswertungen bilden anonymisierte Daten zu mehr als 2,5 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2005, die in Bezug auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten einen Anteil von etwa 8,8 Prozent in Deutschland stellen.

Da Arzneiverordnungen sowie Diagnosen zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen nur sehr bedingt Hinweise zur Verbreitung von Hauterkrankungen liefern können (vgl. nachfolgende Abschnitte), wurden für die vorliegende Publikation ergänzend auch Daten zur fachärztlichen Behandlung von Erwerbspersonen durch niedergelassene Hautärzte (Dermatologen) analysiert. Der weit überwiegende Teil aller Hauterkrankungen dürfte im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung behandelt werden, sofern überhaupt eine ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird. Zumindest in schwerwiegenderen oder kritischer erscheinenden Fällen dürfte dabei zumeist auch ein Facharzt kontaktiert werden. Vor diesem Hintergrund können Auswertungen von Daten zu Hautarztkontakten Anhaltspunkte zur Häufigkeit und Verbreitung zumindest von gravierenderen sowie bei einigen spezifischen Hauterkrankungen geben.

Hautarztkontakte

Für die vorliegenden Auswertungen wurde auf Daten zu Behandlungsfällen von Erwerbspersonen bei Hautärzten aus dem Jahr 2005 zurückgegriffen. Neben Informationen darüber, welche Erwerbspersonen innerhalb des Jahres innerhalb welcher Quartale bei dieser Facharztgruppe behandelt wurden, standen insbesondere auch Informationen zu den fachärztlich gestellten Diagnosen zur Verfügung.

Dermatologische Leistungen werden von einem nicht unerheblichen und auf den ersten Blick überraschend großen Teil der Erwerbspersonen in Anspruch genommen. 18,8 Prozent aller Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren kontaktierten nach den vorliegenden Daten im Jahr 2005 mindestens einmalig einen Hautarzt. Altersabhängig variierten die Kontakt-raten nur verhältnismäßig gering. Demgegenüber zeigten sich relativ deutliche geschlechtsabhängige Unterschiede: Während von den männlichen Erwerbspersonen 14,9 Prozent, also etwa jeder siebte Mann, innerhalb eines Jahres einen Hautarzt aufsuchten, waren von den weiblichen Erwerbspersonen 24,1 Prozent, also fast jede vierte Frau, betroffen.

Bereits innerhalb der einzelnen Quartale kontaktierten jeweils etwa sieben Prozent aller Erwerbspersonen einen Hautarzt. Etwa ein Drittel der Patienten hatte innerhalb des Jahres 2005 dabei in mehr als einem Quartal Kontakt zu einem Hautarzt. 14 Prozent der Patienten kontaktierten nach vorliegenden Daten innerhalb des Jahres mehrere Hautärzte.

Bei regionalen Auswertungen auf der Ebene der Bundesländer zeigten sich mäßig ausgeprägte Unterschiede. Die höchste Behandlungsrate findet sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen 2005 für Hamburg. In diesem Bundesland kontaktierten 23,5 Prozent aller Erwerbspersonen mindestens einen Hautarzt. Den zweiten Rang belegt Berlin mit einer Kontaktrate von 19,9 Prozent. Merklich geringere Kontaktraten finden sich vorrangig in den neuen Bundesländern und dabei insbesondere in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern mit Kontaktraten von 16,5 Prozent bzw. 16,1 Prozent. Mitverantwortlich für diese Unterschiede dürfte die unterschiedlich ausgeprägte Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit von Fachärzten sein, die in städtischen Ballungszentren wie Hamburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt.

Mäßig ausgeprägt erscheinen auch die Unterschiede hinsichtlich der hautärztlichen Behandlungsraten bei Auswertungen auf der Ebene von Berufsfeldern. Während nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von den Angehörigen aus der Gruppe der Agrarberufe lediglich 14,0 Prozent und aus der Gruppe der Bau-, Bauneben- und Holzberufe lediglich 14,9 Prozent einen Hautarzt aufsuchten, waren es demgegenüber aus der Gruppe der Waren- und Dienstleistungskaufleute 20,5 Prozent, aus der Gruppe der Verwaltungs-, Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufe 20,4 Prozent und aus der Gruppe der Medien-, geisteswissenschaft-

lichen und künstlerischen Berufe 21,4 Prozent. Zunächst lässt sich auch bei diesen Ergebnissen ein Einfluss der regionalen Verfügbarkeit von Fachärzten auf die Inanspruchnahme einzelner Berufsgruppen nicht ausschließen (ausgehend von der Annahme, dass bestimmte Berufsgruppen vorrangig in Ballungszentren arbeiten). Offensichtlich erscheint allerdings bereits aus diesen Ergebnissen, dass diagnoseübergreifend ermittelte hautärztliche Kontaktraten tendenziell bei körperlich belastenden Berufen eher niedriger liegen, während u. a. Personen mit vorrangiger Bürotätigkeit häufiger betroffen sind.

Ergänzende Auswertungen zeigen, dass Personen mit niedriger Schulbildung eher seltener einen Dermatologen kontaktieren und die höchste Kontaktrate bei Personen mit Universitätsabschluss nachweisbar ist. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass freiwillig Versicherte zu einem größeren Teil Hautärzte aufsuchen als Pflichtversicherte. Die Inanspruchnahme dieser Facharztgruppe zeigt demnach eine Abhängigkeit von Merkmalen der sozialen Schichtzugehörigkeit, wobei die Zugehörigkeit zu höheren Schichten tendenziell mit höheren fachärztlichen Kontaktraten assoziiert ist. Relativ deutlich zeigt sich dieser Zusammenhang nach den vorliegenden Ergebnissen insbesondere bei männlichen Erwerbspersonen.

Hautarzt Diagnosen

In weiteren Analyseschritten wurde ermittelt, wie viele Erwerbspersonen innerhalb des Jahres 2005 von einzelnen dermatologisch gestellten Diagnosen (auf dreistelliger Ebene der ICD10-Klassifikation) betroffen waren. Die zehn am häufigsten dokumentierten Diagnosen wurden 2005 bei jeweils mindestens einem Prozent aller Erwerbspersonen durch Hautärzte vergeben. Bei 5,0 Prozent der Erwerbspersonen, und damit bei mehr als einem Viertel der Patienten, die überhaupt einen Hautarzt aufsuchten, wurde ein „Melanozytennävus“ (spezifische Form eines Leberflecks) dokumentiert. 3,1 Prozent erhielten die Diagnose „Sonstige Dermatitis“ (entzündliche Reaktion der Haut), 2,5 Prozent die Diagnose einer „Dermatophytose“ (Pilzinfektion), bei 2,1 Prozent wurde ein „Atopisches Ekzem“ (Neurodermitis) und bei 1,9 Prozent wurde eine Akne fachärztlich diagnostiziert. Weitere häufig vergebene Diagnosen bei Hautärzten waren „Viruswarzen“, „Sonstige gutartige Neubildungen der Haut“, „Psoriasis“ (Schuppenflechte) und „Seborrhoisches Ekzem“ (Hautausschlag vorrangig im Kopf-/Gesichtsbereich).

Wie schon die geschlechtsspezifischen Kontaktraten vermuten lassen, wird im Rahmen von Behandlungen bei Hautärzten ein erheblicher Teil der unterschiedlichen Hauterkrankungen populationsbezogen deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert. Prominente Ausnahmen bilden unter anderem Dermatophyosen, die Psoriasis und das seborrhoische Ekzem, die, gemessen an den hautärztlichen Diagnoseraten, beide Geschlechter etwa in vergleichbarem Umfang betreffen. Erhöhte Diagnoseraten bei Frauen dürften bei einem Teil der übrigen Diagnosen zumindest partiell aus einer geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Wahrnehmung von Hautproblemen sowie aus einer unterschiedlichen Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer fachärztlichen Abklärung resultieren und keinesfalls durchgängig Ausdruck einer größeren Erkrankungs- bzw. Symptommhäufigkeit bei Frauen sein.

Einzelne Erkrankungsdiagnosen zeigen charakteristische altersabhängige Variationen der Häufigkeiten. Während beispielsweise eine Psoriasis (Schuppenflechte) oder eine Dermatophytose (Pilzerkrankung) häufiger in höheren Altersgruppen diagnostiziert wird, sinkt der Anteil an den Erwerbspersonen mit der Diagnose Akne mit zunehmendem Alter erheblich. Demnach resultieren Behandlungsanlässe in einzelnen Altersgruppen aus merklich unterschiedlich zusammengesetzten Erkrankungsspektren. Eine umfassende Darstellung würde jedoch den hier vorgegebenen Rahmen sprengen.

Auswertungen zu hautärztlich vergebenen Diagnosen bei Angehörigen einzelner Berufsfelder ergeben nur wenige Hinweise auf deutliche Häufungen spezifischer Hautprobleme in einzelnen Berufsgruppen. Nachweisbar ist in den Daten die gehäufte Diagnose einer allergischen Kontaktdermatitis (ICD10: L23) bei Personen aus Metall erzeugenden und bearbeitenden Berufen (Diagnoserate: 8,9 Betroffene je 1.000 Beschäftigte) sowie eine – bei regelmäßigem Kontakt zu Kindern nicht unerwartete – relative Häufung der beiden Diagnosen Skabies (ICD10: B86) und Kopfläuse (ICD10: B85) bei Sozial- und Erziehungsberufen, wobei jedoch selbst in dieser Berufsgruppe mit Diagnoseraten von 1,4 bzw. 0,8 Betroffenen je 1.000 Beschäftigte innerhalb eines Jahres nur bei wenigen Personen eine entsprechende Diagnose durch einen Hautarzt dokumentiert wird. Allerdings ist keinesfalls davon auszugehen, dass alle entsprechenden Erkrankungsfälle durch Dermatologen diagnostiziert werden. Viele Fälle dürften hausärztlich oder ausschließlich durch die Patienten selbst behandelt werden.

Arzneiverordnungen

Informationen zu Arzneiverordnungen werden in Daten von Krankenkassen erfasst, sofern die zugehörigen Rezepte zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Zu rezeptpflichtigen Verordnungen sind insofern in den Daten der TK relativ umfangreiche Informationen verfügbar, Aussagen über eine Selbstmedikation und rezeptfrei erhältliche Arzneimittel sind demgegenüber nicht möglich, was bei der Interpretation der Ergebnisse stets zu beachten ist.

Vergleichbar mit der ICD-Klassifikation bei Diagnosen existiert für Arzneimittel eine Klassifikation in Form des Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems (ATC). Spezifische Arzneimittel, die (weitgehend ausschließlich) zur Behandlung von Hauterkrankungen eingesetzt werden, sind in der ATC-Systematik der Gruppe D (Dermatika) zugeordnet. Die Gruppe D umfasst auf einer dreistelligen Differenzierungsebene insgesamt elf Gruppen: Antimykotika (D01), Hautschutzmittel (D02), Wundmittel (D03), Antipruriginosa (D04), Antipsoriatika (D05), Antibiotika und Chemotherapeutika dermatologisch (D06), Corticosteroide dermatologisch (D07), Antiseptika (D08), Verbände (D09), Aknemittel (D10), andere Dermatika (D11). Von Arzneimitteln aus diesen Gruppen spielen Hautschutzmittel, Wundmittel, Antipruriginosa, Antiseptika und Verbände – auch erstattungsbedingt – im Verordnungsgeschehen nur eine untergeordnete Rolle.

Von der rezeptierten Verordnung eines Dermatikums waren innerhalb des Jahres 2005 insgesamt 12,3 Prozent aller Erwerbspersonen, also knapp jede achte Person, betroffen. Die entsprechende Verordnungsrate lag unter männlichen Erwerbspersonen mit 10,8 Prozent merklich unter der bei weiblichen Erwerbspersonen mit 14,5 Prozent. Die relevanteste Subgruppe unter den Dermatika bilden Corticoide, welche bei 5,5 Prozent der männlichen und 7,9 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres verordnet werden. An zweiter Stelle folgen Antimykotika, also Medikamente zur Behandlung von Pilzinfekten, von denen Männer tendenziell häufiger betroffen sind.

Bei Auswertungen zu Dermatikaverordnungen auf der Ebene von Bundesländern auffällig erscheinen die verhältnismäßig niedrigen Verordnungsraten in Berlin. Substanzübergreifende Auswertungen auf der Ebene von Be-

rufsfeldern zeigen eher geringe berufsabhängige Unterschiede. Die höchste Verordnungsrate zeigt sich mit 13,0 Prozent bei Personen aus Metall bearbeitenden Berufen und mit 13,1 Prozent bei Waren- und Dienstleistungskaufleuten, die niedrigste Rate mit 11 Prozent bei Gesundheitsdienstberufen.

Arbeitsunfähigkeiten

Hauterkrankungen führen nur in sehr seltenen Fällen zu Arbeitsunfähigkeiten. Den Arbeitsunfähigkeiten (AU) mit Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XII „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ ließen sich im Jahr 2005 lediglich 16 von 1.121 AU-Tagen zuschreiben, die, bezogen auf 100 Erwerbspersonen, innerhalb eines Jahres erfasst wurden (vgl. Gesundheitsreport der TK 2006, Seite 117). Auf das Kapitel Krankheiten der Haut entfielen demnach weniger als 1,5 Prozent der gesamten Fehlzeiten. Auch in einer Auflistung der 100 relevantesten dreistelligen ICD10-Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten bei Mitgliedern der TK aus dem Jahr 2005, denen zusammen 70 Prozent der Arbeitsunfähigkeitszeiten zuzuordnen sind, findet sich lediglich eine einzige Diagnose auf Rang 96, welche Hauterkrankungen zugerechnet werden kann (ICD10-Diagnose L02: Hautabszess, Furunkel und Karbunkel; Gesundheitsreport der TK 2006, Seite 121).

Nicht alle Erkrankungen der Haut sind in der Systematik der ICD10 dem entsprechend benannten Kapitel zugeordnet. Insbesondere Neubildungen der Haut sowie Infekte der Haut bilden wesentliche Betätigungsfelder der dermatologischen Praxis, finden sich im ICD jedoch in den entsprechenden Kapiteln „Neubildungen“ sowie „Infektiöse Krankheiten“. Allerdings sind auch diese Erkrankungen nur für einen geringen Anteil der gemeldeten erkrankungsbedingten Arbeits Fehlzeiten verantwortlich. Berücksichtigt man alle Diagnosen, die, unabhängig von der Systematik der ICD10, vorrangig als Hauterkrankungen einzustufen sind, erhöhen sich die hauterkrankungsbedingten Fehlzeiten von 16 auf 21 Fehltage je 100 Versicherungsjahre (bei 1,8 AU-Fällen je 100 Versicherungsjahre). Auch nach der erweiterten Zuordnung von Diagnosen zu Hauterkrankungen entfallen also weniger als zwei Prozent der gemeldeten Fehlzeiten auf Hauterkrankungen. Rechnerisch fehlt eine „durchschnittliche Erwerbsperson“ wegen Hautkrankheiten innerhalb von fünf Jahren lediglich etwa einen Tag am Arbeitsplatz. Im Hinblick auf den Krankenstand spielen Hautkrankheiten demnach eine sehr untergeordnete Rolle.

Ausgehend von diesem insgesamt niedrigen Niveau sind manuell-handwerkliche Berufe verhältnismäßig häufig von Arbeitsunfähigkeiten durch Hauterkrankungen betroffen, also vorrangig Berufsgruppen, die relativ selten einen Hautarzt aufsuchen.

Resümee

Während Arbeitsunfähigkeiten mit Hauterkrankungen im Vergleich zu anderen Erkrankungen bei Erwerbspersonen eine eher untergeordnete Rolle spielen und vorrangig körperlich belastete Berufsgruppen betreffen, werden fachärztliche Leistungen von Dermatologen innerhalb eines Jahres von einem erstaunlich großen Teil der Erwerbspersonen in Anspruch genommen, wobei Personen mit höherer Bildung tendenziell häufiger einen entsprechenden Facharzt aufsuchen. Nach den Diagnoseangaben von Hautärzten spielen bei der fachärztlichen Behandlung Erkrankungen eine maßgebliche Rolle, die nur relativ selten den Anlass für eine Arbeitsunfähigkeit bilden. Hautprobleme sind, gemessen an der fachärztlichen Inanspruchnahme, unter Erwerbspersonen also durchaus verbreitet, schränken aber nur selten die Arbeitsfähigkeit so gravierend ein, dass sie zu einer Krankenschreibung führen.

Hautärztliche Kontaktraten variieren mit dem Geschlecht, Ausbildungsstand und Wohnort der Erwerbspersonen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Inanspruchnahme eines Hautarztes wesentlich auch durch die Wahrnehmung von Hautproblemen sowie durch die regionale Erreichbarkeit von Hautärzten determiniert wird.

Hinweise auf berufsspezifische Häufungen von Hauterkrankungen ergeben sich bei den Auswertungen demgegenüber insgesamt nur im Hinblick auf wenige Berufsfelder. Als Hinweis auf einen berufsspezifischen Expositionszusammenhang können Häufungen der Diagnose einer allergischen Kontaktdermatitis insbesondere bei Angehörigen von Metall erzeugenden und bearbeitenden Berufen zählen, nachdem bei dieser Berufsgruppe zugleich auch relativ häufig Corticosteroide verordnet werden und verhältnismäßig häufig Krankenschreibungen mit der Diagnose von Hauterkrankungen anfallen.

Hautarztkontakte

Für die vorliegenden Auswertungen konnte auf Daten zu Behandlungsfällen von Erwerbspersonen bei Hautärzten im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung aus dem Jahr 2005 zurückgegriffen werden. Betrachtet wurde die ambulante Versorgung ausschließlich derjenigen Erwerbspersonen, welche bereits am 1. Januar und innerhalb des Jahres 2005 mehr als 182 Tage nachweislich bei der TK versichert waren, um den Einfluss artifiziiell erniedrigter Behandlungsraten bei Personen mit nur kurzen Versicherungszeiten innerhalb des Beobachtungsjahres zu minimieren. Über entsprechende Versicherungszeiten verfügten 2,404 Millionen Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren, bei denen im Mittel 361,8 Versicherungstage innerhalb des Kalenderjahres 2005 dokumentiert waren. Neben Informationen darüber, welche Erwerbspersonen innerhalb des Jahres innerhalb welcher Quartale bei Hautärzten behandelt wurden, standen insbesondere auch Informationen zu den fachärztlich gestellten Diagnosen zur Verfügung. Die ärztlich gestellten Diagnosen sind dabei primär nicht einzelnen Arztkontakten an einzelnen Tagen zugeordnet, sondern werden mit einer Zuordnung zu den Abrechnungsfällen dokumentiert. Alle Kontakte eines Patienten innerhalb eines Quartals bei genau einem Arzt bilden im Rahmen der ambulanten Versorgung genau einen Abrechnungsfall, womit die Abrechnungsfälle nebst zugehörigen Diagnoseangaben jeweils eine zentrale Beobachtungseinheit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden.

Dermatologische Leistungen werden von einem nicht unerheblichen und auf den ersten Blick überraschend großen Teil der Erwerbspersonen in Anspruch genommen. 18,8 Prozent aller Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren kontaktierten nach den vorliegenden Daten im Jahr 2005 mindestens einmalig einen Hautarzt (vgl. Tabelle 1). Es zeigten sich relativ deutliche geschlechtsabhängige Unterschiede: Während von den männlichen Erwerbspersonen 14,9 Prozent, also etwa jeder siebte Mann, innerhalb eines Jahres einen Hautarzt aufsuchten, waren von den weiblichen Erwerbspersonen 24,1 Prozent, also fast jede vierte Frau, betroffen.

Bereits innerhalb der einzelnen Quartale kontaktierten jeweils etwa sieben Prozent aller Erwerbspersonen einen Hautarzt. Etwa ein Drittel der Patienten hatte innerhalb des Jahres 2005 dabei in mehr als einem Quartal

Kontakt zu einem Hautarzt. 14 Prozent der Patienten kontaktierten nach vorliegenden Daten innerhalb des Jahres mehrere Hautärzte (vgl. Tabelle 2).

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt

	Betroffene 2005		
	Männer	Frauen	gesamt
Anteil mit Kontakt im ersten Quartal	5,5 %	9,0 %	7,0 %
Anteil mit Kontakt im zweiten Quartal	5,8 %	9,9 %	7,5 %
Anteil mit Kontakt im dritten Quartal	5,7 %	9,2 %	7,1 %
Anteil mit Kontakt im vierten Quartal	5,3 %	8,6 %	6,7 %
Anteil mit Kontakt 2005 insgesamt	14,9 %	24,1 %	18,8 %

Tabelle 1 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Anteil mit Behandlungen in mehreren Quartalen, Arztwechsel

Hautarztkontakte dermatologischer Patienten	Betroffene 2005		
	Männer	Frauen	gesamt
Anteil mit Kontakt ausschließlich in einem Quartal	66,8 %	64,7 %	65,9 %
Anteil mit Kontakten in zwei Quartalen	21,4 %	23,3 %	22,2 %
Anteil mit Kontakten in drei Quartalen	7,4 %	8,0 %	7,6 %
Anteil mit Kontakten in allen vier Quartalen	4,4 %	4,1 %	4,3 %
Kontakt zu genau einem Hautarzt	86,4 %	85,2 %	85,9 %
Kontakt zu zwei Hautärzten	12,4 %	13,3 %	12,7 %
Kontakt zu drei oder mehr Hautärzten	1,2 %	1,5 %	1,3 %

Tabelle 2 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Altersabhängig variierten die Kontaktraten nur verhältnismäßig gering (vgl. Abbildung 1). In allen betrachteten Altersgruppen kontaktierten im Jahr 2005 mindestens 13,6 Prozent der männlichen und 21,5 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen einen Hautarzt.

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Alter und Geschlecht

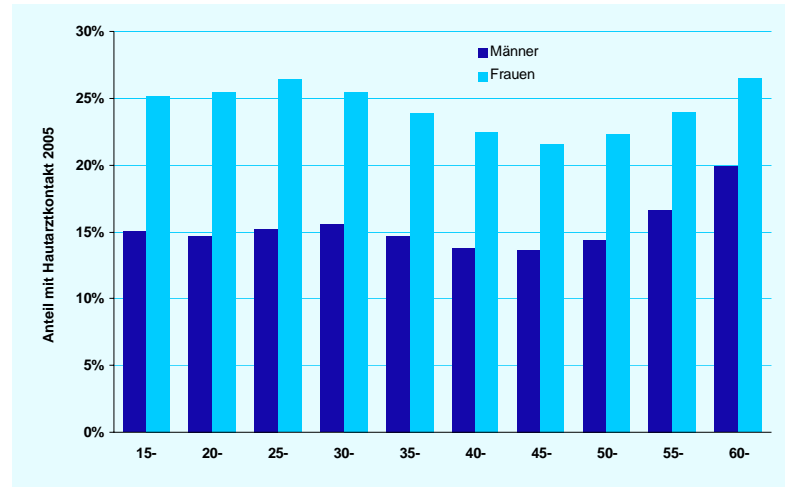


Abbildung 1 (Erwerbspersonen TK 2005)

Hautarztkontakte von 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. Bei regionalen Auswertungen auf der Ebene der Bundesländer zeigten sich im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Hautärzten mäßig ausgeprägte Unterschiede. Die höchste Behandlungsrate findet sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen 2005 für Hamburg. In diesem Bundesland kontaktierten 23,5 Prozent aller Erwerbspersonen mindestens einen Hautarzt. Den zweiten Rang belegt Berlin mit einer Kontaktrate von 19,9 Prozent (vgl. Abbildung 2). Merklich geringere Kontaktraten finden sich vorrangig in den neuen Bundesländern und dabei insbesondere in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern mit Kontaktraten von 16,5 Prozent bzw. 16,1 Prozent. Mitverantwortlich für diese Unterschiede dürfte die unterschiedlich ausgeprägte Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit von Fachärzten sein, die in städtischen Ballungszentren wie Hamburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt.

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Bundesländern

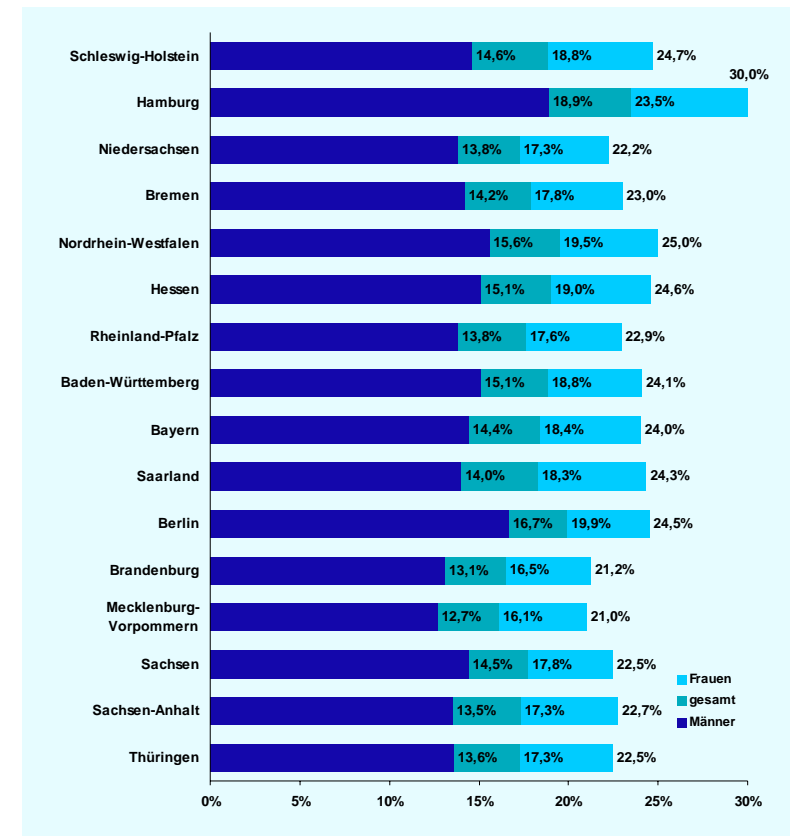


Abbildung 2 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Hautarztkontakte nach Berufsgruppen

Mäßig ausgeprägt erscheinen auch die Unterschiede hinsichtlich der hautärztlichen Behandlungsraten bei Auswertungen auf der Ebene von Berufsfeldern (vgl. Abbildung 3).

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Berufsfeldern

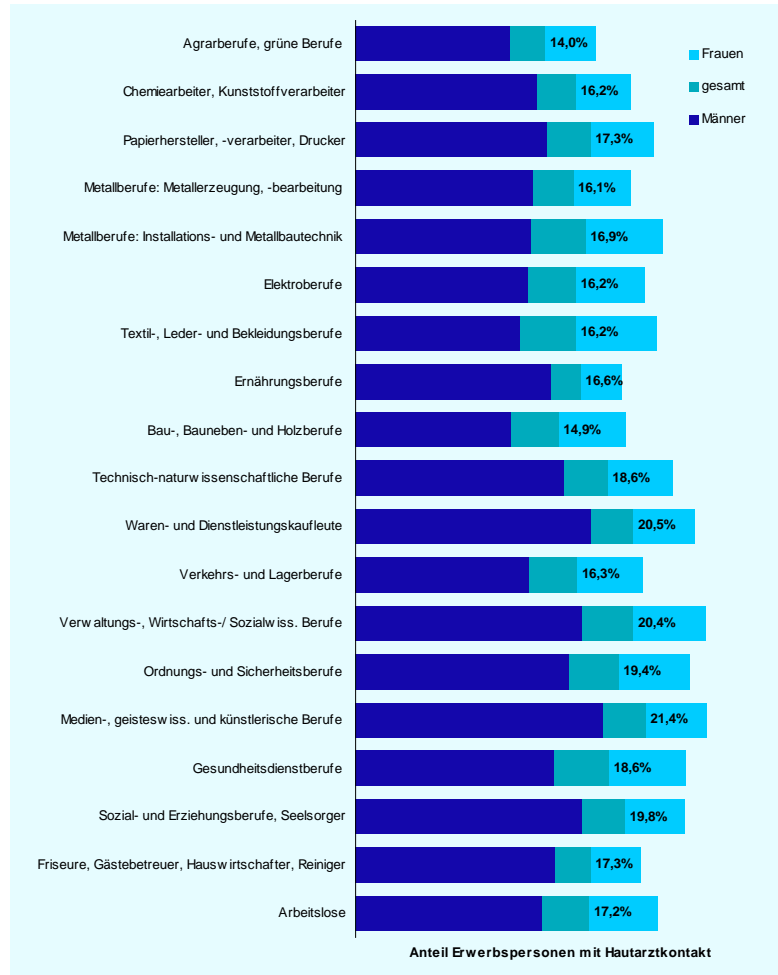


Abbildung 3 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Betroffene in 2005		gesamt
	Männer	Frauen	
Agrarberufe, Grüne Berufe	11,4 %	17,7 %	14,0 %
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	13,3 %	20,3 %	16,2 %
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	14,0 %	22,0 %	17,3 %
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	13,1 %	20,3 %	16,1 %
Metallberufe: Installations- und Metallbautechnik	12,9 %	22,7 %	16,9 %
Elektroberufe	12,7 %	21,2 %	16,2 %
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	12,0 %	22,2 %	16,2 %
Ernährungsberufe	14,5 %	19,7 %	16,6 %
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	11,5 %	19,9 %	14,9 %
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	15,3 %	23,3 %	18,6 %
Waren- und Dienstleistungskaufleute	17,3 %	24,9 %	20,5 %
Verkehrs- und Lagerberufe	12,8 %	21,2 %	16,3 %
Verwaltungs-, wirtschaftswiss./sozialwiss. Berufe	16,7 %	25,8 %	20,4 %
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	15,6 %	24,6 %	19,4 %
Medienberufe, geisteswiss. und künstlerische Berufe	18,2 %	25,8 %	21,4 %
Gesundheitsdienstberufe	14,6 %	24,3 %	18,6 %
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	16,6 %	24,2 %	19,8 %
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	14,7 %	21,0 %	17,3 %
Arbeitslose	13,7 %	22,2 %	17,2 %

Tabelle 3 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Während nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von den Angehörigen aus der Gruppe der Agrarberufe lediglich 14,0 Prozent und aus der Gruppe der Bau-, Bauneben- und Holzberufe lediglich 14,9 Prozent einen Hautarzt aufsuchten, waren es demgegenüber aus der Gruppe der Waren- und Dienstleistungskaufleute 20,5 Prozent, aus der Gruppe der Verwaltungsberufe, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufe 20,4 Prozent und aus der Gruppe der Medienberufe, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufe 21,4 Prozent.

Zunächst lässt sich auch bei diesen Ergebnissen ein Einfluss der regionalen Verfügbarkeit von Fachärzten auf die Inanspruchnahme einzelner Berufsgruppen nicht ausschließen (ausgehend von der Annahme, dass bestimmte Berufsgruppen vorrangig in Ballungszentren arbeiten). Offensichtlich erscheint allerdings bereits aus diesen Ergebnissen, dass diagnoseübergreifend ermittelte hautärztliche Kontaktraten tendenziell bei körperlich belastenden Berufen eher niedriger sind, während u. a. Personen mit vorrangiger Bütrotätigkeit häufiger betroffen sind.

Hautarztkontakte nach Ausbildungsstand

Auswertungen zu Hautarztkontakten in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand zeigen, dass insbesondere männliche Personen mit niedriger Schulbildung eher seltener einen Dermatologen kontaktieren und unter männlichen Erwerbspersonen die höchste Kontaktrate bei Personen mit Universitätsabschluss nachweisbar ist (vgl. Abbildung 4).

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Ausbildung

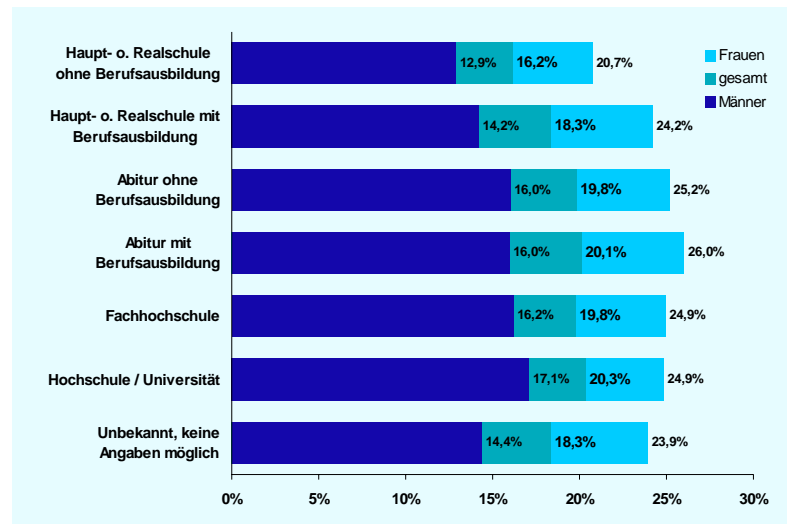


Abbildung 4 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

So kontaktierten innerhalb des Jahres lediglich 12,9 Prozent der männlichen Erwerbspersonen mit Haupt- oder Realschulabschluss und ohne

Berufsausbildung einen Hautarzt, während es unter den Personen mit Hochschul- oder Universitätsabschluss 17,1 Prozent waren. Unter weiblichen Erwerbspersonen finden sich demgegenüber allerdings ansteigende Kontaktraten mit zunehmendem Ausbildungsniveau nur bis zur Gruppe mit Abitur und Berufsausbildung. Mit weiter steigendem Ausbildungsniveau, also bei Frauen mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss, sind die Raten rückläufig.

In hier nicht weiter dokumentierten ergänzenden Auswertungen lässt sich feststellen, dass freiwillig Versicherte zu einem größeren Teil Hautärzte aufsuchen als Pflichtversicherte. Die Inanspruchnahme dieser Facharztgruppe zeigt demnach in mehrerlei Hinsicht eine Abhängigkeit von Merkmalen der sozialen Schichtzugehörigkeit, wobei die Zugehörigkeit zu höheren Schichten tendenziell mit höheren fachärztlichen Kontaktraten assoziiert ist.

Hautärztlich gestellte Diagnosen

In weiteren Analyseschritten wurde ermittelt, wie viele Erwerbspersonen innerhalb des Jahres 2005 von einzelnen dermatologisch gestellten Diagnosen bei einer Differenzierung der Diagnosen auf dreistelliger Ebene der ICD10-Klassifikation mindestens einmalig betroffen waren.

Grundsätzlich kann im Rahmen der Abrechnung eines Behandlungsfalls durch den behandelnden Arzt bei Bedarf eine nahezu unbegrenzte Zahl an Diagnosen über die Angabe entsprechender ICD10-Diagnoseschlüssel dokumentiert werden. Zu jeder Diagnoseangabe kann fakultativ eine Seitenlokalisation angegeben werden.

An sich obligat zu dokumentieren ist zu jeder Diagnose eine Zuordnung in eine von vier Kategorien, nämlich gesicherte Diagnosen (G), Verdachtsdiagnosen (V), Ausschlussdiagnosen (A) oder symptomlose Zustände (Z). Leider fehlten in den jetzt verwendeten Daten zum Jahr 2005 entsprechende Angaben noch zu insgesamt knapp zehn Prozent aller Diagnoseangaben, wobei hinsichtlich der Vollständigkeit zudem erhebliche regionale Unterschiede bestehen. So wurden bei Patienten mit Wohnort in Schleswig-Holstein und Hamburg nach vorliegenden Daten lediglich weniger als die Hälfte der erfassten Diagnosen von Hautärzten kategorisiert. Vor diesem Hintergrund wurde auf eine Berücksichtigung der vorhandenen Kategorisierungs-

rungen bei der Auswertung verzichtet. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse schließen also grundsätzlich auch immer Diagnoseangaben im Sinne von Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen ein. Tabelle 4 gibt einen Überblick zu häufigen hautärztlich dokumentierten Diagnosen. Angegeben wird der Anteil der Erwerbspersonen, bei dem innerhalb eines Jahres eine aufgeführte Diagnose mindestens einmalig durch einen Hautarzt dokumentiert wurde (Betroffene 2005 je 1.000 Erwerbspersonen).

Anteil Erwerbspersonen mit hautärztlich dokumentierten Diagnosen

ICD10-Diagnose	Betroffene je 1.000 2005		
	Männer	Frauen	gesamt
D22 Melanozytennävus	36,1	69,5	50,0
L30 Sonstige Dermatitis	25,8	38,2	31,0
B35 Dermatophytose [Tinea]	25,3	25,7	25,4
L20 Atopisches [endogenes] Ekzem	15,2	30,1	21,3
L70 Akne	11,6	29,9	19,2
B07 Viruswarzen	11,9	19,8	15,2
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,1	18,3	13,5
D23 Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	9,5	18,2	13,1
L40 Psoriasis	11,9	11,0	11,5
L21 Seborrhoisches Ekzem	10,5	9,7	10,2
L71 Rosazea	4,5	17,5	9,9
T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,0	14,3	9,4
L82 Seborrhoische Keratose	6,3	10,2	7,9
L23 Allergische Kontaktdermatitis	4,5	12,0	7,6
L72 Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	5,9	7,7	6,6
B36 Sonstige oberflächliche Mykosen	5,5	6,6	6,0
I83 Varizen der unteren Extremitäten	2,3	11,0	5,9
L73 Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	5,7	5,9	5,8
L81 Sonstige Störungen der Hautpigmentierung	2,3	8,2	4,8
C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	4,1	5,3	4,6

Tabelle 4 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Ohne an dieser Stelle auf alle aufgeführten Diagnosen eingehen zu können, sollen nachfolgend einige Ergebnisse kurz kommentiert werden.

- Die zehn am häufigsten dokumentierten Diagnosen wurden 2005 bei jeweils mindestens einem Prozent aller Erwerbspersonen durch Hautärzte gestellt.
- Bei 5,0 Prozent der Erwerbspersonen, und damit bei mehr als einem Viertel der Patienten, die überhaupt einen Hautarzt aufsuchten, wurde ein „Melanozytennävus“ (spezifische Form eines Leberflecks) dokumentiert, wobei diese Diagnose vorrangig als Differenzialdiagnose im Sinne des Ausschlusses eines bösartigen Melanoms relevant sein dürfte.
- 3,1 Prozent erhielten die Diagnose „Sonstige Dermatitis“ (entzündliche Reaktion der Haut), 2,5 Prozent die Diagnose einer „Dermatophytose“ (Pilzinfektion), bei 2,1 Prozent wurde ein „Atopisches Ekzem“ (Neurodermitis) und bei 1,9 Prozent wurde eine Akne fachärztlich diagnostiziert.
- Weitere häufig gestellte Diagnosen bei Hautärzten waren „Viruswarzen“, „Sonstige gutartige Neubildungen der Haut“, „Psoriasis“ (Schuppenflechte) und „Seborrhoisches Ekzem“ (Hautausschlag vorrangig im Kopf-/Gesichtsbereich).
- „Unerwünschte Nebenwirkungen“ (T78) wurden bei 0,9 Prozent aller Erwerbspersonen durch Hautärzte diagnostiziert. Mit diesem Diagnoseschlüssel werden, anders als nach dem Diagnosetext zunächst vermutet werden könnte, in der Regel nicht weiter spezifizierte Allergien unter Verwendung des vierstelligen Schlüssels T78.4 („Allergie, nicht näher bezeichnet“) dokumentiert.
- Die Diagnose einer „Sonstigen bösartigen Neubildung der Haut“ (C44) betrifft immerhin 0,46 Prozent aller Erwerbspersonen. Vergleichbar häufig, nämlich bei 0,45 Prozent der Erwerbspersonen, wird die Diagnose eines malignen Melanoms vergeben (C43, nicht mehr in der Tabelle enthalten). Die Häufigkeit der beiden Diagnosen darf allerdings keinesfalls als direktes Maß der Erkrankungshäufigkeit interpretiert werden, da 40 Prozent bzw. 52 Prozent der Diagnoseangaben C44 und C43 in den verwendeten Daten explizit als Ausschluss- bzw. Verdachtsdiagnosen gekennzeichnet waren. Da eine entsprechende Kennzeichnung bislang noch nicht vollständig erfolgt, sind die Ergebnisse bei diesen Diagnosen zurückhaltend zu interpretieren.

Dermatologische Diagnosen nach Alter

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen exemplarisch für einige ausgewählte häufige Diagnosen geschlechts- und altersspezifische Diagnoseraten aus der hautärztlichen Versorgung von Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 5 bis Abbildung 10 auf den nachfolgenden Seiten).

Offensichtlich wird die sehr unterschiedliche Altersabhängigkeit der einzelnen hautärztlich gestellten Diagnosen. Demnach ist bei einer Gegenüberstellung von einzelnen Altersgruppen mit erheblich unterschiedlichen Erkrankungsspektren im Hinblick auf Hauterkrankungen zu rechnen.

Diagnosehäufigkeiten innerhalb von Berufsfeldern

Bei ausreichend großen Populationen und Erkrankungszahlen lassen sich Diagnosehäufigkeiten auch für Angehörige einzelner Berufsfelder oder Tätigkeitsgruppen bestimmen. Eine systematische Übersicht zu entsprechenden Ergebnissen ist vor dem Hintergrund der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten an dieser Stelle nicht möglich. Hingewiesen sei lediglich auf einige Diagnosen, die Angehörige in einzelnen Berufsfeldern 2005 deutlich häufiger betrafen, als bei gegebener Geschlechts- und Altersstruktur zu erwarten gewesen wäre¹.

- Um 77 Prozent häufiger als erwartet wurde bei Angehörigen aus Berufen der Metallerzeugung und -bearbeitung im Jahr 2005 mit 8,8 Betroffenen je 1.000 Personen eine allergische Kontaktdermatitis (L23) durch Hautärzte diagnostiziert.
- Aus dem Berufsfeld der Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter und Reinigungskräfte waren 2,7 je 1.000 Personen von der Diagnose einer toxischen Kontaktdermatitis (L24) und damit 58 Prozent mehr als erwartet betroffen.
- Die Diagnose Skabies (B86, Krätze) betraf 1,4 und die Diagnose Pedikuloose (B85, Läuse) betraf 0,9 je 1.000 Personen aus dem Berufsfeld Sozial- und Erziehungsberufe und damit 81 Prozent bzw. 166(??) Prozent mehr Personen, als bei einem durchschnittlichen altersentsprechenden Risiko zu erwarten gewesen wäre.

¹ Ermittelt wurden Ergebnisse nach indirekter Geschlechts- und Altersstandardisierung. Zur Methodik vgl. Gesundheitsreport der TK 2004, Seite 173.

Diagnoserate D22 nach Alter und Geschlecht

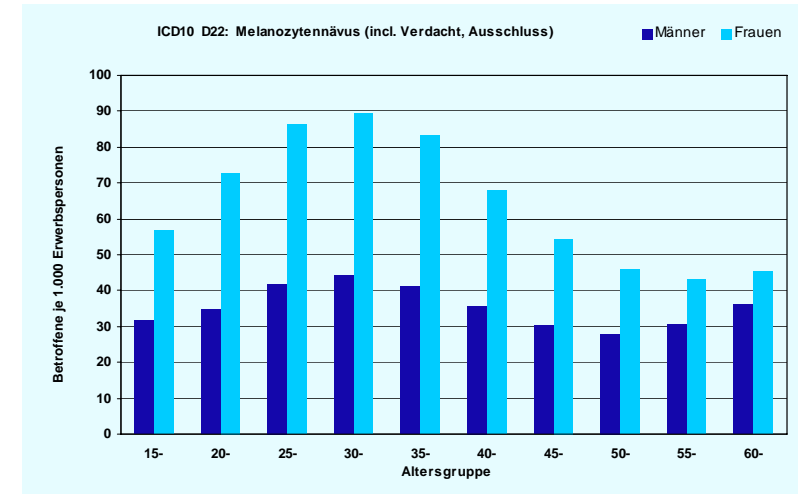


Abbildung 5 (Erwerbspersonen TK 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Diagnoserate L30 nach Alter und Geschlecht

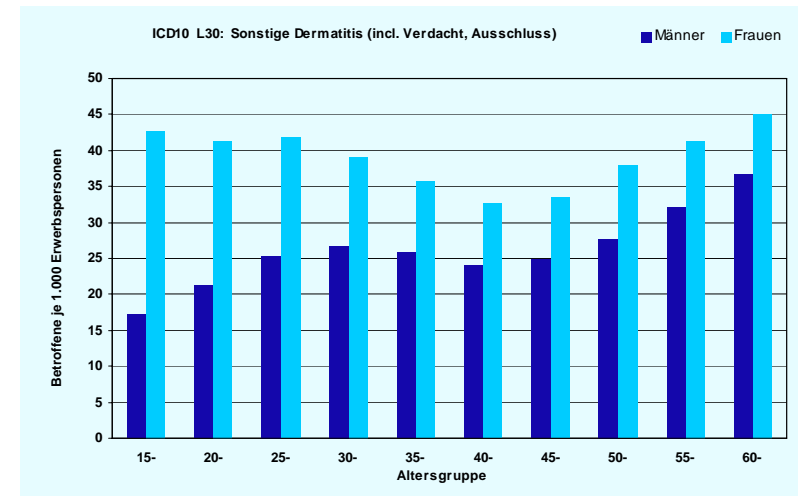


Abbildung 6 (Erwerbspersonen TK 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Diagnoserate B35 nach Alter und Geschlecht

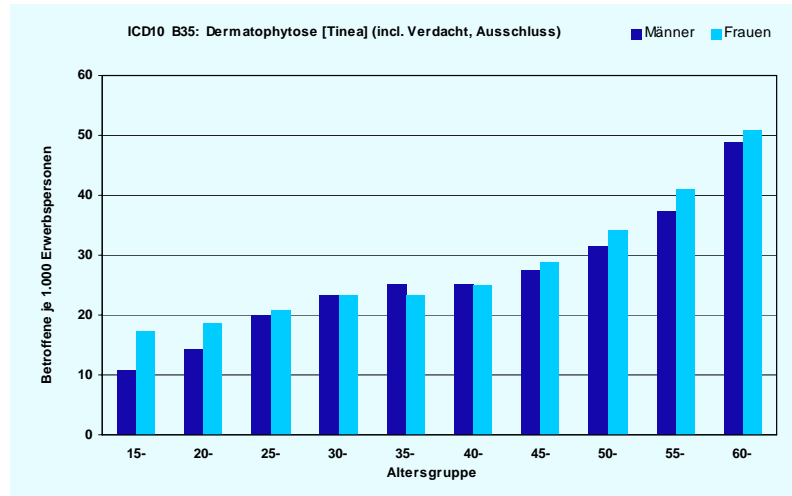


Abbildung 7 (Erwerbspersonen TK 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Diagnoserate L20 nach Alter und Geschlecht

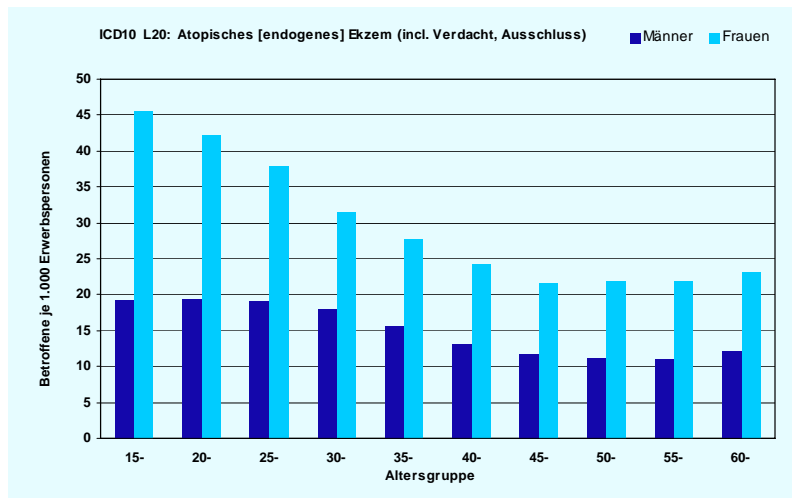


Abbildung 8 (Erwerbspersonen TK 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Diagnoserate L70 nach Alter und Geschlecht

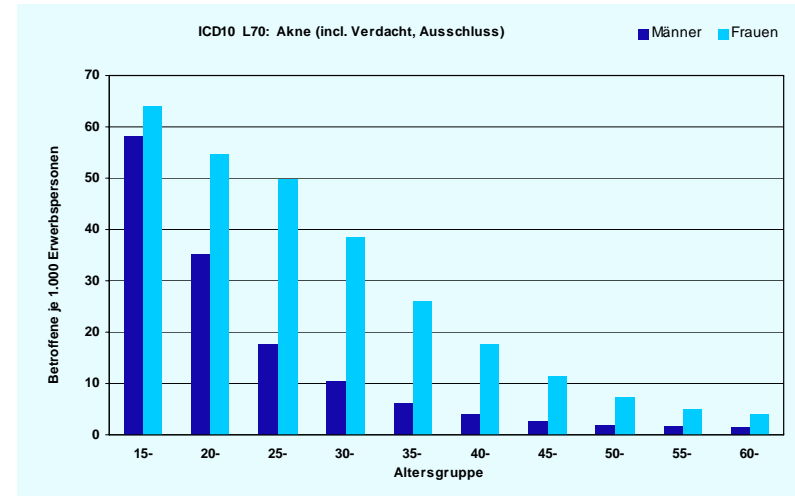


Abbildung 9 (Erwerbspersonen TK 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Diagnoserate L40 nach Alter und Geschlecht

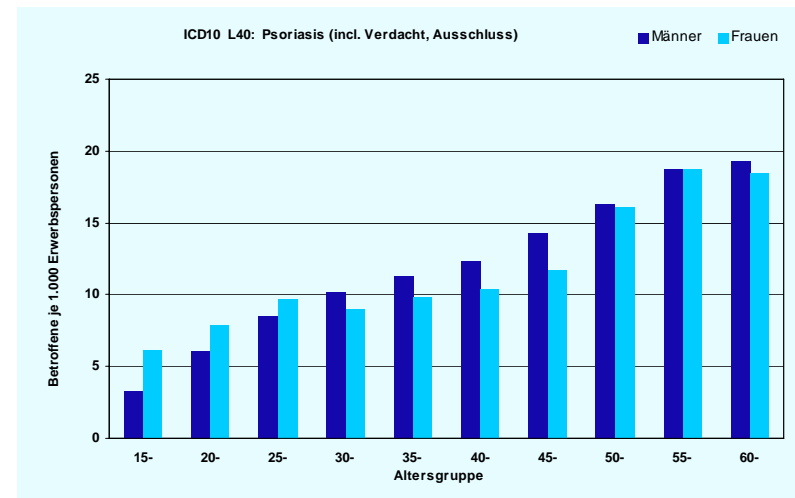


Abbildung 10 (Erwerbspersonen TK 2005; inklusive Verdachts- und Ausschlussdiagnosen)

Arzneimittelverordnungen – Dermatika

Der Arzneimittelumsatz in Deutschland lässt sich in einer ersten Differenzierung 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 ausschließlich diejenigen erfasst, die im Rahmen der ambulanten Versorgung von den Apotheken abgegeben und mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Für die vorliegenden Auswertungen standen Verordnungsinformationen präparate- bzw. versichertenbezogen zur Verfügung. Als anschauliches Maß wurde in Bezug auf Arzneimittelgruppen jeweils der Anteil der Versicherten mit mindestens einer entsprechenden Arzneiverordnung innerhalb des Jahres 2005 ermittelt, wobei lediglich Ergebnisse in Bezug auf Personen dargestellt werden, die am 1. 1. 2005 und innerhalb dieses Jahres mindestens ein halbes Jahr versichert waren. Die berücksichtigte Population entspricht also derjenigen, welche auch die Basis für Auswertungen zu Hautarztkontakten bildete.

Eine inhaltlich relevante und international gebräuchliche Zuordnung und Gruppierung von Arzneimitteln ist auf Basis der ATC-Klassifikation möglich. ATC steht dabei für Anatomisch-therapeutisch-chemischer Klassifikationsindex. Spezifische Arzneimittel, die (weitgehend ausschließlich) zur Behandlung von Hauterkrankungen eingesetzt werden, sind in der ATC-Systematik der Gruppe D (Dermatika) zugeordnet. Die Gruppe D umfasst auf einer dreistelligen Differenzierungsebene insgesamt elf Gruppen: Antimykotika (D01), Hautschutzmittel (D02), Wundmittel (D03), Antipruriginosa (D04), Antipsoriatika (D05), Antibiotika und Chemotherapeutika dermatologisch (D06), Corticosteroide dermatologisch (D07), Antiseptika (D08), Verbände (D09), Aknemittel (D10), andere Dermatika (D11).

Von Arzneimitteln aus diesen Gruppen spielen Hautschutzmittel, Wundmittel, Antipruriginosa, Antiseptika und Verbände – auch erstattungsbedingt – im Verordnungsgeschehen nur eine untergeordnete Rolle.

Von der Verordnung eines Dermatikums waren innerhalb des Jahres 2005 nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen insgesamt 12,3 Prozent aller Erwerbspersonen betroffen. Demnach erhielt also etwa jede achte Person innerhalb des Jahres mindestens einmalig ein Dermatikum auf Rezept. Im Vergleich zum Jahr 2003 liegt diese Rate in aktuellen Daten erheblich niedriger (vgl. Gesundheitsreport der TK 2004, Seite 88), was maßgeblich aus dem Wegfall der Erstattungen für rezeptfrei erhältliche Arzneimittel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 2004 resultiert.

Die aktuelle Verordnungsrate im Hinblick auf Dermatika insgesamt lag bei männlichen Erwerbspersonen mit 10,8 Prozent merklich unter der bei weiblichen Erwerbspersonen mit 14,5 Prozent. Die relevanteste Subgruppe bilden Corticoide, welche bei 5,5 Prozent der männlichen und 7,9 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres verordnet werden. An zweiter Stelle folgen, trotz erheblicher Verordnungsrückgänge seit 2003 bei oftmals rezeptfreier Verfügbarkeit von Präparaten, Antimykotika, also Medikamente zur Behandlung von Pilzinfekten, von denen Männer tendenziell häufiger betroffen sind (vgl. Tabelle 5 sowie Abbildung 11).

Lediglich Verordnungen von Antipsoriatika sowie Aknemitteln erlauben einen relativ dezidierten Rückschluss auf das Vorliegen spezifischer Hauterkrankungen, nämlich die Schuppenflechte sowie Akne. Von entsprechenden Verordnungen waren 0,4 Prozent bzw. 1,5 Prozent der Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres betroffen. Während Antipsoriatika häufiger bei Männern als bei Frauen verordnet werden, werden Aknemittel bei Männern deutlich seltener als bei Frauen verordnet.

Erwerbspersonen mit Dermatikaverordnungen

verordnende Dermatika	Anteil mit Verordnung 2005		
	Männer	Frauen	gesamt
D01 Antimykotika dermatologisch	2,87 %	2,47 %	2,70 %
... D01A Antimykotika topisch	2,54 %	2,25 %	2,42 %
... D01B Antimykotika systemisch	0,39 %	0,26 %	0,33 %
D05 Antipsoriatika	0,48 %	0,37 %	0,43 %
D06 Antibiotika und Chemotherapeutika	1,68 %	2,47 %	2,01 %
... D06A Antibiotika topisch	1,21 %	1,52 %	1,34 %
... D06B Chemotherapeutika topisch	0,50 %	0,99 %	0,71 %
D07 Corticosteroide dermatologisch	5,47 %	7,86 %	6,46 %
... D07A Corticosteroide rein	4,42 %	6,63 %	5,34 %
... D07C Corticosteroide mit Antibiotika	0,77 %	1,04 %	0,88 %
D08 Antiseptika und Desinfektionsmittel	0,25 %	0,23 %	0,24 %
D10 Aknemittel	1,02 %	2,12 %	1,47 %
D11 Andere Dermatika	0,75 %	1,29 %	0,97 %
D Dermatika (alle Formen)	10,82 %	14,49 %	12,34 %

Tabelle 5 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Erwerbspersonen mit spezifischen Dermatikaverordnungen

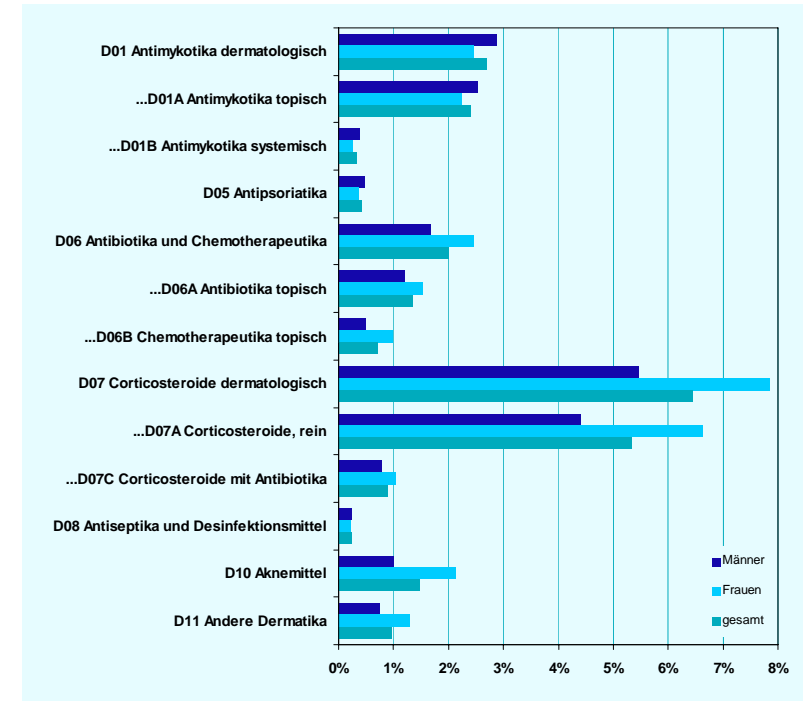


Abbildung 11 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005; beachte: Angaben teilweise zu Subgruppen von bereits zuvor dargestellten Arzneimittelgruppen!)

Dermatikaverordnungen nach Alter und Geschlecht

Dermatikaverordnungen variieren in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen. Die höchste substanzübergreifend ermittelte Verordnungsrate findet sich bei jugendlichen Frauen (vgl. Abbildung 12).

Dermatikaverordnungen nach Alter und Geschlecht

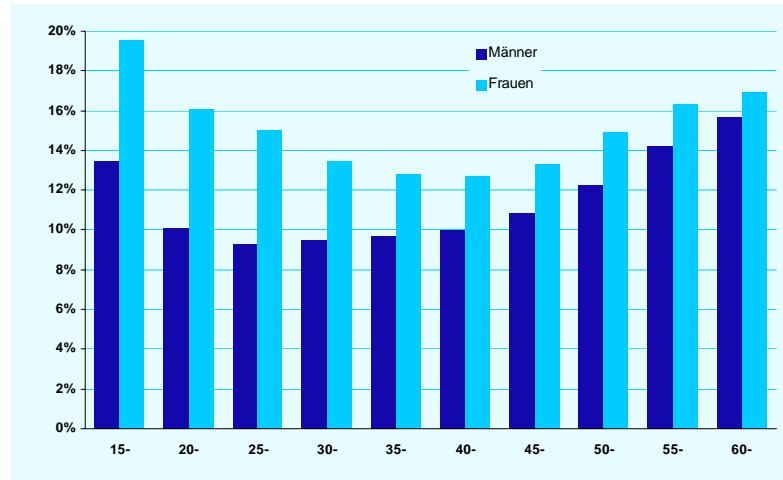


Abbildung 12 (Erwerbspersonen TK 2005)

Die Verordnungsrates insgesamt resultiert in einzelnen Altersgruppen aus recht unterschiedlichen Verordnungen, was die hier exemplarisch dargestellten Ergebnisse zur Verordnungshäufigkeit von einzelnen Arzneimittelgruppen verdeutlichen (vgl. Abbildung 13 bis Abbildung 15).

Verordnungen Corticoide (DO7) nach Alter und Geschlecht

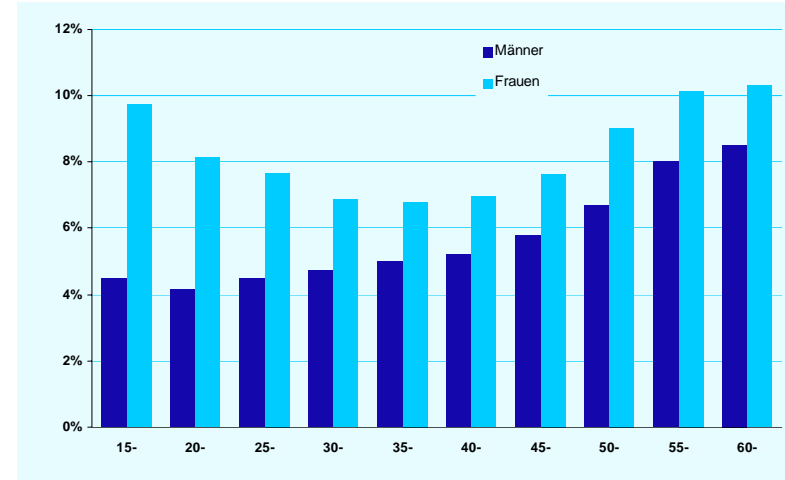


Abbildung 13 (Erwerbspersonen TK 2005)

Verordnungen Mykotika (DO1) nach Alter und Geschlecht

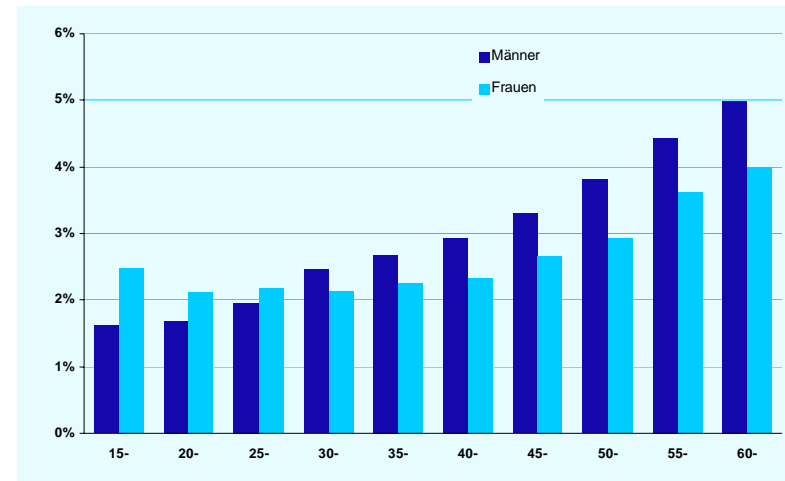


Abbildung 14 (Erwerbspersonen TK 2005)

Verordnungen Aknemittel (D10) nach Alter und Geschlecht

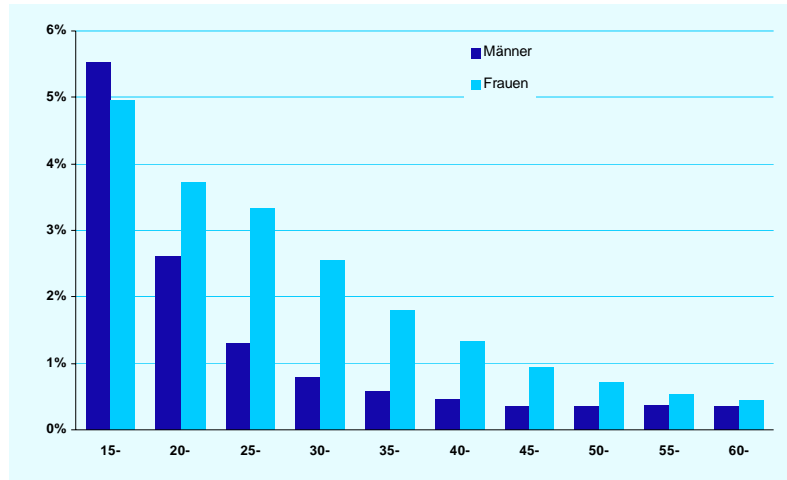


Abbildung 15 (Erwerbspersonen TK 2005)

Dermatikaverordnungen in Bundesländern

Bei Auswertungen zu Dermatikaverordnungen auf der Ebene von Bundesländern auffällig erscheinen, neben hohen Raten bei Frauen im Saarland, insbesondere die verhältnismäßig niedrigen Verordnungsraten in Berlin. Die Dermatikaverordnungsraten in Hamburg liegen, im Gegensatz zur Situation im Hinblick auf Kontakte zu Dermatologen, in einem unauffälligen Bereich.

Dermatikaverordnungen nach Bundesländern

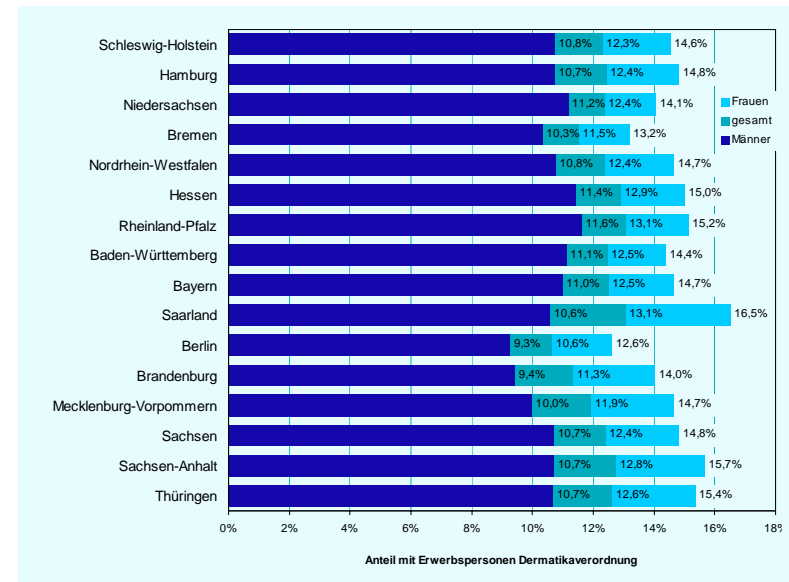


Abbildung 16 (Erwerbspersonen TK; stand. 2005)

Dermatikaverordnungen nach Berufen

Substanzübergreifende Auswertungen zur Verordnung von Dermatika auf der Ebene von Berufsfeldern zeigen eher geringe berufsabhängige Unterschiede. Die höchste Verordnungsrate zeigt sich mit 13,0 Prozent bei Personen aus Metall erzeugenden und bearbeitenden Berufen und mit 13,1 Prozent bei Waren- und Dienstleistungskaufleuten, die niedrigste Rate mit 11 Prozent bei Gesundheitsdienstberufen.

Erwerbspersonen mit Dermatikaverordnungen nach Berufsfeldern

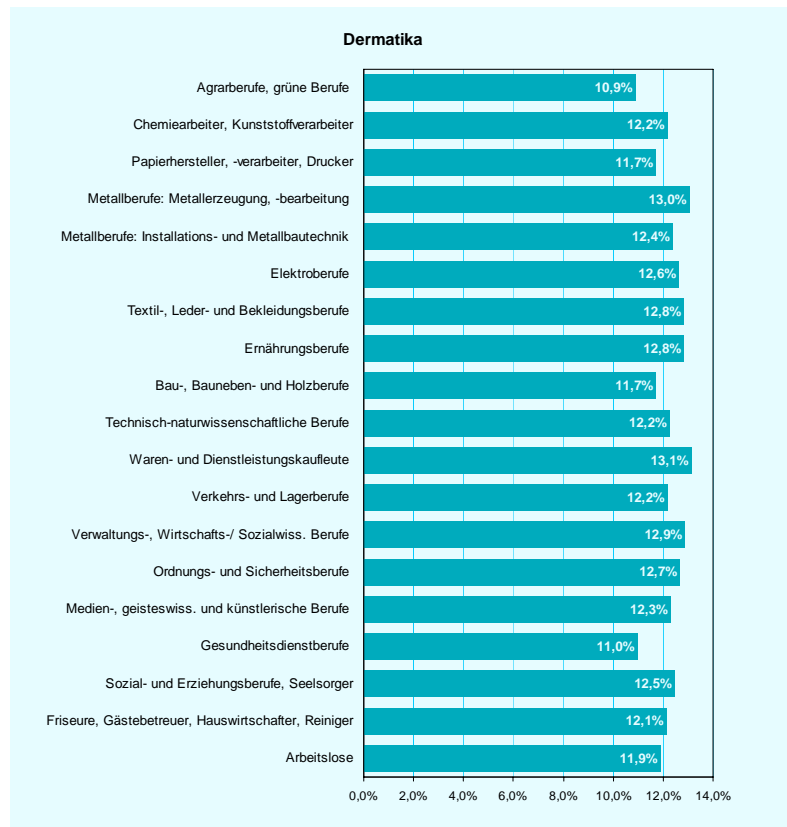


Abbildung 17 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Antimykotika, also Arzneimittel gegen Pilzkrankungen, werden bei mäßigen Variationen im Vergleich der Berufsgruppen am häufigsten bei Personen aus Metall erzeugenden und bearbeitenden Berufen verordnet.

Verordnungen von Antimykotika (D01) nach Berufsfeldern

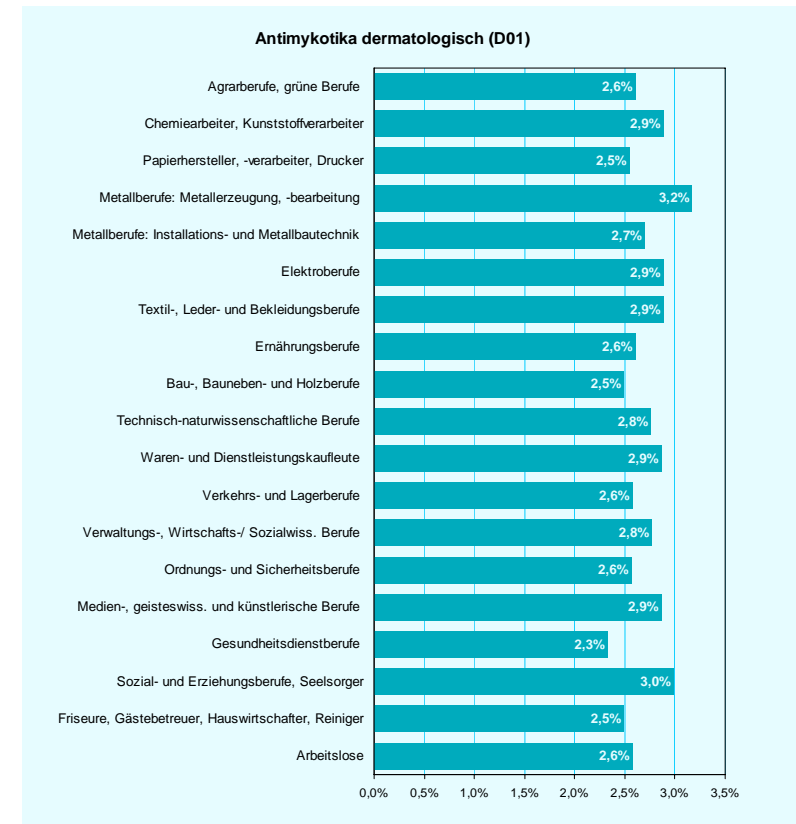


Abbildung 18 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Corticosteroide in dermatologischer Zubereitung als sehr häufig rezeptierte Verordnungen erhalten überdurchschnittlich häufig insbesondere Angehörige Metall erzeugender und bearbeitender Berufe, Angehörige aus Ernährungsberufen sowie Angehörige aus der Gruppe der Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter und Reinigungskräfte.

Verordnungen von Corticosteroiden (D07) nach Berufsfeldern

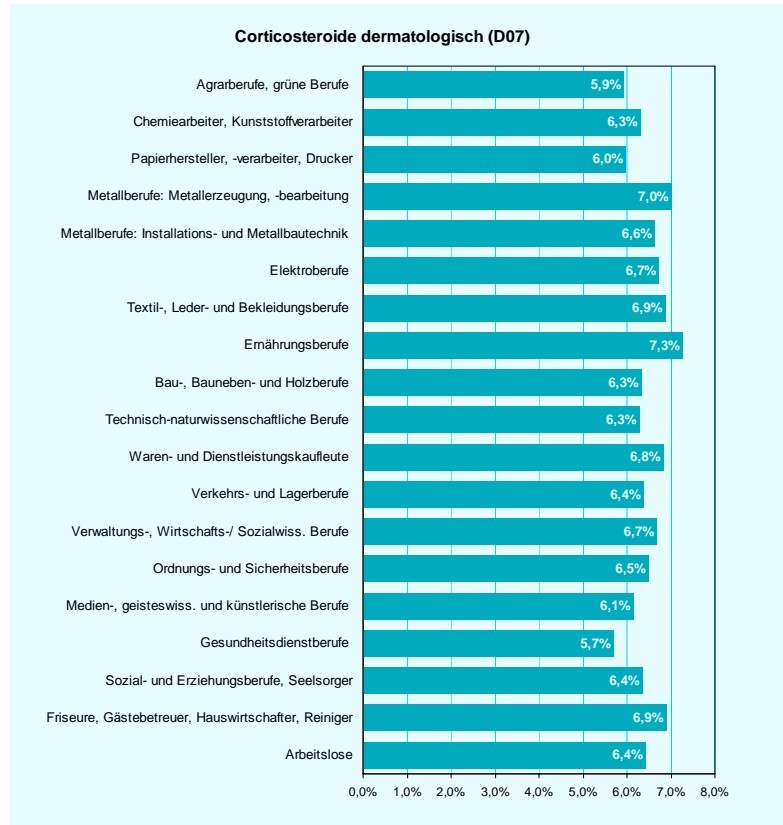


Abbildung 19 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Hauterkrankungen

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 entsprechende Meldungen mit Diagnoseangaben an die Krankenkasse des Arbeitnehmers weiterleiten. Die Angabe von Diagnosen erfolgt dabei seit dem Jahr 2000 gemäß der Internationalen Statistischen Klassifikation der Erkrankungen in ihrer 10. Revision (ICD10).

Hauterkrankungen führen nur in verhältnismäßig seltenen Fällen zu Arbeitsunfähigkeiten. Den Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen aus dem ICD-Kapitel XII „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ ließen sich im Jahr 2005 lediglich 16 von 1.121 AU-Tagen zuschreiben, die, bezogen auf 100 Erwerbspersonen, innerhalb eines Jahres erfasst wurden (vgl. Gesundheitsreport der TK 2006, Seite 117). Auf das Kapitel Krankheiten der Haut entfielen demnach weniger als 1,5 Prozent der gesamten Fehlzeiten. Auch in einer Auflistung der 100 relevantesten dreistelligen ICD10-Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten bei Mitgliedern der TK zum Jahr 2005, denen zusammen 70 Prozent der Arbeitsunfähigkeitszeiten zuzuordnen sind, findet sich lediglich eine einzige Diagnose auf Rang 96, welche den Hauterkrankungen gemäß ICD-Kapitel XII zugerechnet werden kann (ICD10-Diagnose L02: Hautabszess, Furunkel und Karbunkel; Gesundheitsreport der TK 2006, Seite 121).

Nicht alle Erkrankungen der Haut sind in der Systematik der ICD10 dem entsprechend benannten Kapitel zugeordnet. Insbesondere Neubildungen der Haut sowie Infekte der Haut bilden wesentliche Betätigungsfelder der dermatologischen Praxis, finden sich im ICD jedoch in den entsprechenden Kapiteln „Neubildungen“ sowie „Infektiöse Krankheiten“. Allerdings sind auch diese Erkrankungen nur für einen geringen Anteil der gemeldeten erkrankungsbedingten Arbeitsfehlzeiten verantwortlich. Berücksichtigt man alle Diagnosen, die, unabhängig von der Systematik der ICD10, vorrangig als Hauterkrankungen einzustufen sind, erhöhen sich die hauterkrankungsbedingten Fehlzeiten von 16 auf 21 Fehltag je 100 Versicherungsjahre (VJ; bei 1,8 AU-Fällen je 100 VJ). Auch nach der erweiterten Zuordnung von

Diagnosen zu Hauterkrankungen entfallen also weniger als zwei Prozent der gemeldeten Fehlzeiten auf Hauterkrankungen. Rechnerisch fehlt eine „durchschnittliche Erwerbsperson“ aufgrund von Hautkrankheiten innerhalb von fünf Jahren lediglich etwa einen Tag am Arbeitsplatz (was 200 Fehltagen innerhalb von 10.000 Versicherungsjahren entspräche, vgl. Tabelle 6). Im Hinblick auf den Krankenstand spielen Hautkrankheiten demnach eine sehr untergeordnete Rolle. Die Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen mit einer Differenzierung nach einzelnen Hautkrankheiten bzw. Erkrankungsgruppen werden vor diesem Hintergrund in Tabelle 6, abweichend vom sonst üblichen Vorgehen, mit Bezug auf jeweils 10.000 Versicherungsjahre ausgewiesen.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeiten mit Hauterkrankungen variieren in Abhängigkeit vom Alter der Erwerbspersonen, während die geschlechtsabhängigen Unterschiede zumindest bei einer diagnoseübergreifenden Betrachtung eher gering sind. Jüngere Erwerbspersonen sind im Vergleich zu älteren häufiger wegen der Diagnose einer Hauterkrankung arbeitsunfähig gemeldet. Aufgrund der längeren fallbezogenen Fehlzeiten entsprechen die gemeldeten AU-Tage bei Personen aus den oberen Altersgruppen jedoch weitgehend denen bei jüngeren Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 20 und 21). Die geringsten Fehlzeiten mit Hauterkrankungen finden sich in den mittleren Altersgruppen.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Hautkrankheiten

ICD10	Diagnose, Diagnosegruppe	je 10.000 VJ		
		AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
B07 – B09	Viruswarzen, sonstige Virusinfektionen der Haut	8	56	6,7
B35 – B49	Mykosen	5	44	9,5
B85 – B88	Läuse, Milben und sonstige Parasiten der Haut	2	11	5,0
C43	Bösartiges Melanom der Haut	3	73	27,7
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	4	41	11,3
D03	Melanoma in situ	0	4	17,7
D04	Carcinoma in situ der Haut	0	2	7,3
D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	6	62	10,5
D18	Hämangiom und Lymphangiom	1	30	27,2
D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes	3	27	9,2
D22	Melanozytennävus	10	34	3,2
D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	3	20	6,3
L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	22	264	11,8
L03	Phlegmone	18	190	10,4
L05	Pilonidalzyste	7	193	26,8
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	7	97	13,5
L23	Allergische Kontaktdermatitis	5	43	9,0
L30	Sonstige Dermatitis	9	105	11,6
L40	Psoriasis	4	104	25,4
L50	Urtikaria	6	40	6,8
L60	Krankheiten der Nägel	10	90	9,1
L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	10	64	6,6
Q80–Q82	Angeborene Fehlbildungen der Haut	0	11	25,5
R20–R23	Symptome, die die Haut u. das Unterhautgewebe betreffen	6	75	12,3
L00–L99	Krankheiten der Haut u. der Unterhaut nach ICD gesamt	127	1.564	12,3
	genannte Diagnosen gesamt	179	2.055	11,5

Tabelle 6 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005)

AU-Fälle aufgrund von Hauterkrankungen nach Alter und Geschlecht

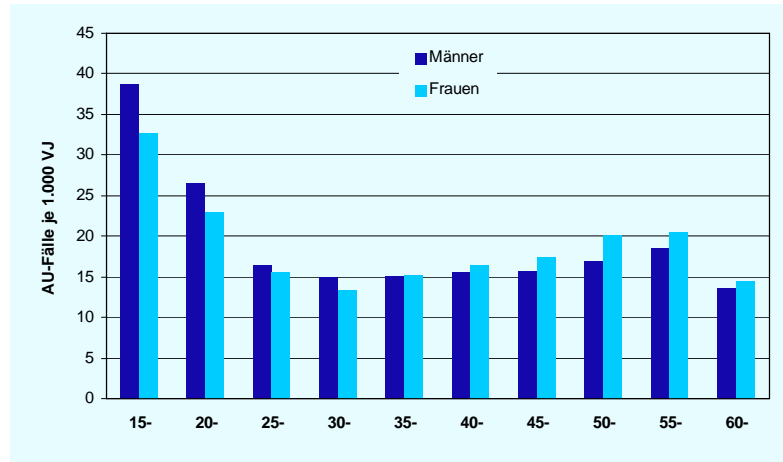


Abbildung 20 (Erwerbspersonen TK 2005; alle Diagnosen gemäß Tabelle 6)

AU-Tage aufgrund von Hauterkrankungen nach Alter und Geschlecht

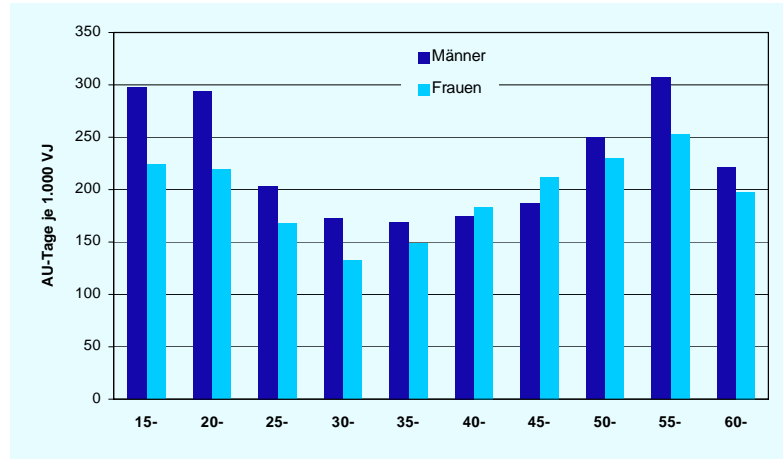


Abbildung 21 (Erwerbspersonen TK 2005; alle Diagnosen gemäß Tabelle 6)

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Hauterkrankungen nach Bundesländern

AU-Fälle und Fehlzeiten wegen der Diagnose von Hauterkrankungen variieren in den einzelnen Bundesländern merklich. Auffällig erscheinen die durchgängig verhältnismäßig häufigen Krankschreibungen wegen entsprechender Diagnosen in den neuen Bundesländern, die jedoch nicht in gleichem Umfang und auch nicht durchgängig zu höheren Fehlzeiten führen.

AU-Fälle und -Tage je 1.000 VJ nach Bundesländern 2005

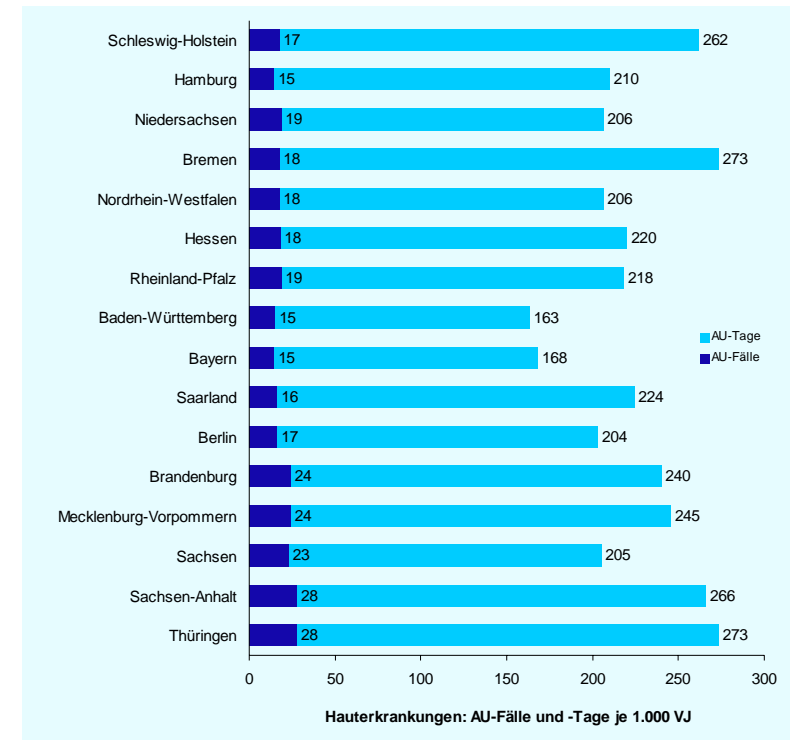


Abbildung 22 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005; alle Diagnosen gemäß Tabelle 6)

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Hauterkrankungen nach Berufen

Auch bei einer Differenzierung nach Berufsfeldern zeigen sich merklich unterschiedliche AU-Fallzahlen und Fehlzeiten wegen der Diagnose von Hauterkrankungen. Aufgrund der höheren statistischen Stabilität sollten vorrangig die AU-Fallzahlen betrachtet werden. Die höchsten Werte finden sich für Angehörige aus Metall erzeugenden und bearbeitenden Berufen, gefolgt von relativ hohen Werten bei einer Reihe von anderen handwerklich-manuellen Berufen.

Arbeitsunfähigkeit mit Hauterkrankungen nach Berufsfeldern

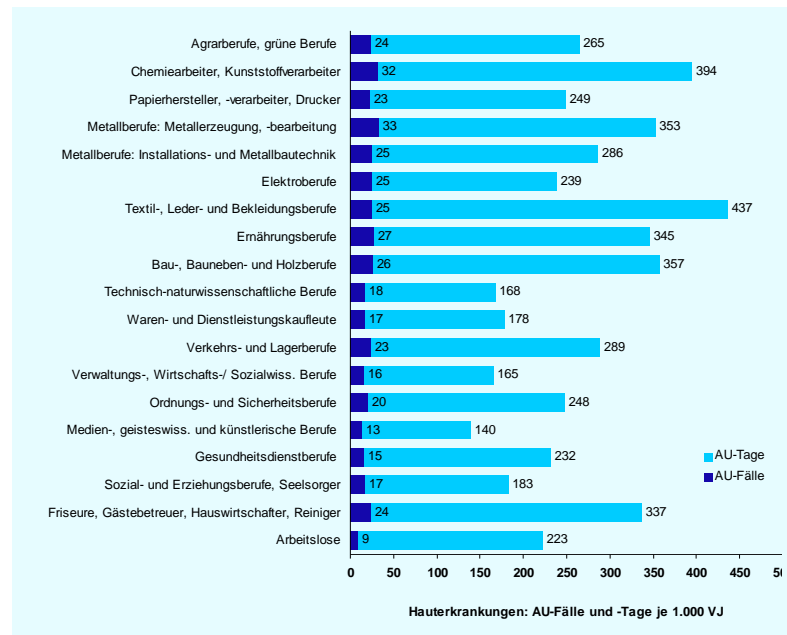


Abbildung 23 (Erwerbspersonen TK, stand. 2005; alle Diagnosen gemäß Tabelle 6)

Anhang

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*	2181	1856	6,0	5,1
25-< 30	2851	2216	7,8	6,1
30-< 35	2883	2006	7,9	5,5
35-< 40	2653	1942	7,2	5,3
40-< 45	2540	1880	6,9	5,1
45-< 50	2230	1601	6,1	4,4
50-< 55	2885	1856	7,9	5,1
55-< 60*	1738	932	4,7	2,5
60-< 65*	624	218	1,7	0,6
insgesamt	21437	15181	58,5	41,5

Tabelle A1 *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 Versichertenzahlen 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.

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 Institutes 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 der 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 A2 sind die offiziellen Bezeichnungen der anatomischen Hauptgruppen der ATC angegeben. Zusätzlich werden zu den Hauptgruppen exemplarisch typische Arzneimittel und deren Indika-

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

Anatomische Hauptgruppen der ATC

Kürzel	Bezeichnung	Typische Präparate bei Erwerbspersonen (typische Anwendungsbereiche)
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	Antacida (Sodbrennen, Magengeschwür), Spasmolytika (Magenkrämpfe, Gallensteine), Antidiarrhoika und Antiinfektiva (Magen-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)	Schilddrüsen-therapie (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- und Skelettsystem	Antiphlogistika (Schmerzen, entzündliche Vorgänge), topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (Salben zur äußeren Anwendung bei Schmerzen)
N	Nervensystem	Analgetika (Schmerzen), Psychoanaleptika (Depressionen), Psycholeptika (Psychosen)
P	Antiparasitäre Mittel	Relativ selten verordnet (Wurmerkrankungen, Malaria)
R	Respirationstrakt	Husten- und Erkältungspräparate, Rhinologika (Schnupfen), Antiasthmatica (Asthma), Antihistaminika (allergische Reaktionen)
S	Sinnesorgane	Ophthalmika (Augentropfen aus unterschiedlichen Gründen)
V	Varia	Relativ selten verordnet

Tabelle A2 (Bezeichnungen gemäß WIdO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

Abbildungen

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Alter und Geschlecht.....	16
Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Bundesländern.....	17
Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Berufsfeldern.....	18
Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Berufsfeldern.....	18
Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Ausbildung.....	20
Diagnoserate D22 nach Alter und Geschlecht.....	25
Diagnoserate L30 nach Alter und Geschlecht.....	25
Diagnoserate B35 nach Alter und Geschlecht.....	26
Diagnoserate L20 nach Alter und Geschlecht.....	26
Diagnoserate L70 nach Alter und Geschlecht.....	27
Diagnoserate L40 nach Alter und Geschlecht.....	27
Erwerbspersonen mit spezifischen Dermatikaverordnungen.....	31
Dermatikaverordnungen nach Alter und Geschlecht.....	32
Verordnungen Corticoide (D07) nach Alter und Geschlecht.....	33
Verordnungen Mykotika (D01) nach Alter und Geschlecht.....	33
Verordnungen Aknemittel (D10) nach Alter und Geschlecht.....	34
Dermatikaverordnungen nach Bundesländern.....	35
Erwerbspersonen mit Dermatikaverordnungen nach Berufsfeldern.....	36
Verordnungen von Antimykotika (D01) nach Berufsfeldern.....	37
Verordnungen von Corticosteroiden (D07) nach Berufsfeldern.....	38
AU-Fälle aufgrund von Hauterkrankungen nach Alter und Geschlecht.....	42
AU-Tage aufgrund von Hauterkrankungen nach Alter und Geschlecht.....	42
AU-Fälle und -Tage je 1.000 VJ nach Bundesländern 2005.....	43
Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Hauterkrankungen nach Berufsfeldern.....	44

Tabellen

Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt.....	15
Anteil mit Behandlungen in mehreren Quartalen, Arztwechsel.....	15
Erwerbspersonen mit Hautarztkontakt nach Berufsfeldern.....	19
Anteil Erwerbspersonen mit hautärztlich dokumentierten Diagnosen.....	22
Erwerbspersonen mit Dermatikaverordnungen.....	30
Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Hautkrankheiten.....	41

Tabellen im Anhang

Standardpopulation nach Geschlecht und Alter.....	45
Anatomische Hauptgruppen der ATC.....	49



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

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 Gesundheits-
indikatoren
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

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