

Gesundheitsreport 2012

Mobilität, Flexibilität, Gesundheit



Techniker
Krankenkasse

Gesund in die Zukunft.

**Gesundheitsreport 2012 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK,
Band 27**

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, Fax 040 - 69 09-22 58, Internet: www.tk.de,
Bereich Marketing & Vertrieb, Fachreferat Gesundheitsmanagement, Autor: Dr. Thomas Grobe, ISEG
(Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung), Hannover,
Redaktion: Gudrun Ahlers, Gestaltung: Wolfgang Geigle, Produktion: Andreas Volkmar, Druck: Merkur
Druck GmbH, Norderstedt.

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

Gesundheitsreport

der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten
zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen

Schwerpunktthema:
Mobilität, Flexibilität, Gesundheit

Inhalt

Inhalt	5
Vorwort	6
Zusammenfassung	9
Arbeitsunfähigkeit – regionale Unterschiede	10
Schwerpunkt: Mobilität und Flexibilität	19
Verwendete Daten und spezifisch betrachtete Merkmale	19
Untersuchungspopulation, Maßzahlen und Kategorien	21
Mobilität und Flexibilität – Situationsbeschreibung	24
Mobilität, Flexibilität und Gesundheit	41
Erwerbspersonen in der TK	59
Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter	59
Erwerbspersonen nach Bundesländern	61
Arbeitsunfähigkeit	64
Arbeitsunfähigkeit insgesamt	64
Interpretation von Stichtagsstatistiken	66
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer	71
Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	72
Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern	74
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen	76
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen	90
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsstand	94
Arbeitsunfälle bei Erwerbspersonen	96
Rückenbeschwerden	100
Arzneimittelverordnungen	107
Arzneimittelverordnungen insgesamt	107
Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	109
Arzneimittelverordnungen nach Bundesländern	112
Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen	115
Arzneimittelverordnungen nach Berufen	121
Arzneimittelverordnungen nach Ausbildungsstand	124
Anhang	126
Tabellenanhang	126
Methodische Erläuterungen	161
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	173

Vorwort

Auch der weiteste Weg beginnt mit dem ersten Schritt.

Konfuzius

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten bei den TK-versicherten Erwerbspersonen um gut vier Prozent gestiegen. Jeder Beschäftigte war damit statistisch gesehen einen halben Tag mehr krankgeschrieben als 2010. Seit dem historischen Tiefstand im Jahr 2006 sind die Fehlzeiten insgesamt damit um über 20 Prozent gestiegen.

Als Krankenkasse stellt sich für uns die Frage nach den Ursachen dieser Entwicklung. Unstrittig ist, dass sich die Arbeitswelt in den letzten Jahren vor allem durch die mobile Kommunikation sehr verändert, das heißt in erster Linie beschleunigt hat. Viele Beschäftigte ziehen kaum noch eine Grenze zwischen Arbeit und Freizeit, sind immer erreichbar. Das Leben auf stand-by bleibt nicht ohne Folgen: vor allem Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen steigen seit Beginn unserer Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2000 kontinuierlich an.

Und: anders als in der ersten Hälfte des letzten Jahrzehnts, in der vor allem Beschäftigungslose überproportional von psychischen Diagnosen betroffen waren, sind es in den letzten fünf Jahren vor allem die Berufstätigen, bei denen psychisch bedingte Fehlzeiten zunehmen.

Die TK-Gesundheitsberichte belegen seit Jahren, dass die psychische Belastung von Erwerbspersonen in der Republik nicht nur regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, sondern dass es auch große Unterschiede zwischen Geschlechtern, Altersgruppen und den verschiedenen Berufen gibt. So wissen wir, dass Menschen in Ballungsräumen wie Hamburg und Berlin überdurchschnittlich häufig von psychisch bedingten Fehlzeiten betroffen sind. Ein höheres Risiko haben auch Beschäftigte in Dienstleistungsberufen wie Callcenter-Mitarbeiter, Pflegepersonal und Erzieher. Dass diese Berufe häufiger von Frauen ausgeübt werden, ist sicherlich auch ein Grund dafür, dass weibliche Erwerbspersonen seelisch belasteter sind. Dies gilt vor allem für Beschäftigte zwischen Mitte dreißig und Mitte fünfzig, der so genannten Sandwich-Generation, die oftmals doppelt oder sogar dreifach belastet ist. Denn sie befinden sich beruflich häufig in der Phase, in der entscheidende Weichen für die Karriere gestellt werden, sie kümmern sich um ihre Kinder und nicht selten inzwischen auch um die Pflege ihrer Eltern.

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen TK-Gesundheitsreports identifiziert noch einen weiteren Risikofaktor: die Mobilität. Für den vorliegenden Bericht haben wir erstmals pseudonymisierte Daten zur Entfernung von Wohn- und Arbeitsort der Beschäftigten herangezogen. Die Daten zeigen, Berufspendler, zu denen etwa 45 Prozent der Beschäftigten in Deutschland zählen, sind seltener und insgesamt weniger krankgeschrieben als wohnortnah arbeitende Erwerbstätige. Sie sind jedoch häufiger und langwieriger von psychischen Diagnosen betroffen. Dieses Risiko nimmt nicht nur mit jedem weiteren Wohnortwechsel zu, sondern steigt auch mit dem Alter. Beschäftigte über 50 Jahren haben ein 1,7-fach erhöhtes Risiko einer psychisch bedingten Krankschreibung.

Als Krankenkasse sehen wir unsere Aufgabe deshalb darin, Unternehmen im Rahmen ihres betrieblichen Gesundheitsmanagements dabei zu unterstützen, die gesundheitlichen Ressourcen ihrer Beschäftigten zu erhalten und zu fördern, um den Anforderungen eines immer flexibler und mobiler werdenden Marktes auch angesichts des demografischen Wandels gerecht zu werden. Dabei geht es darum, Strategien zu entwickeln, moderne Kommunikation so zu nutzen, dass sie die Gesundheit der Beschäftigten nicht nur belastet, sondern Arbeit auch gesünder gestaltet, zum Beispiel mit einer gesünderen Arbeitszeitgestaltung und Home office-Angeboten. Bei den Themen Mobilität und Flexibilität werden deshalb künftig mehr denn je auch die Arbeitgeber gefordert sein.



Professor Dr. Norbert Klusen

Hamburg, im Juni 2012

Vorsitzender des Vorstands
der Techniker Krankenkasse

Zusammenfassung

Der Wandel in der Arbeitswelt ist für viele Beschäftigte mit steigenden Anforderungen an Flexibilität und Mobilität verbunden. Tägliches Pendeln zwischen Wohnort und Arbeitsplatz stellt für viele Berufspendler einen zusätzlichen Stressfaktor dar, oft nicht ohne Folgen für die Gesundheit. Der aktuelle Gesundheitsreport beschäftigt sich im Schwerpunkt Kapitel mit diesen mobilitätsbedingten Belastungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit.

Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport der TK befasst sich in zwei Hauptabschnitten mit Arbeitsunfähigkeiten sowie mit Arzneimittelverordnungen bei Erwerbspersonen, zu denen neben den Berufstätigen auch Bezieher von Arbeitslosengeld gezählt werden. Sowohl zu Arbeitsunfähigkeiten als auch zu Arzneimittelverordnungen werden im aktuellen Report Daten über einen Zeitraum von zwölf Jahren von 2000 bis 2011 analysiert.

Grundlage der Auswertungen bilden routinemäßig erfasste und anonymisierte Daten zu aktuell 3,7 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland waren 2011 nach einer Gegenüberstellung mit vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit ca. 12,7 Prozent bei der TK versichert.

Arbeitsunfähigkeit – Krankenstände und Arbeitsunfähigkeitsfälle

Im Jahr 2011 wurden bei TK-Mitgliedern insgesamt 3,86 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle und 51 Millionen Fehltag registriert. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Erwerbspersonen sind damit im Jahr 2011 im Vergleich zu 2010 erneut angestiegen. Bezieht man die 2011 erfassten Arbeitsunfähigkeitstage auf die Versicherungszeiten der Erwerbspersonen, lässt sich nach altersstandardisierten Auswertungen für das Jahr 2011 bei TK-Mitgliedern ein Krankenstand von 3,51 Prozent berechnen. Im Vorjahr 2010 hatte er bei 3,36 Prozent gelegen.

Der für 2011 ermittelte Krankenstand von 3,51 Prozent entspricht einer durchschnittlich gemeldeten erkrankungsbedingten Fehlzeit von 12,79 Tagen je Erwerbsperson. Die Fehlzeiten sind damit altersbereinigt von 2010 auf 2011 um 0,53 Tage, also um gut einen halben Tag je Person, gestiegen, was einem relativen Anstieg der Fehlzeiten um 4,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht (vgl. Abbildung 23 auf Seite 65).

Die Zunahme der Fehlzeiten 2011 im Vergleich zum Vorjahr resultiert ausschließlich aus einem merklichen Anstieg der Krankschreibungshäufigkeit um sechs Prozent von 1,00 AU-Fällen je Person 2010 auf 1,06 Fälle je Person und Jahr 2011. Einzelne Erkrankungsfälle dauerten im Mittel 2011 mit durchschnitt-

lich 12,1 Tagen je Fall demgegenüber etwas kürzer als im Vorjahr – die Veränderung der fallbezogenen Krankschreibungsdauer trug also nicht zu den gestiegenen Fehlzeiten bei. Erwerbspersonen waren 2011 merklich häufiger, fallbezogen jedoch etwas kürzer und in der Summe dann durchschnittlich etwa einen halben Tag länger als im Vorjahr krankgeschrieben. Seit einem historischen Tiefstand im Jahr 2006 ist es damit bis 2011 zu einer Zunahme der gemeldeten AU-Zeiten um 21,6 Prozent gekommen.

Arbeitsunfähigkeit – Interpretation von Stichtagsstatistiken

Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden regelmäßig, und dabei in den letzten Jahren zumeist recht zeitnah, kassenübergreifende Statistiken zu Krankenständen bei Pflichtmitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) veröffentlicht. Da diese Statistiken innerhalb eines Jahres auf Angaben zu jeweils nur zwölf Stichtagen beruhen, werden die realen Krankenstände innerhalb eines Jahres durch diese Statistiken des BMG jedoch nur unvollständig erfasst. Da zudem die Differenzen zwischen den Stichtagswerten und realen Krankenständen von Jahr zu Jahr schwanken können, ist eine einfache Interpretation der Stichtagsergebnisse nicht möglich und kann, insbesondere im Hinblick auf Aussagen zu kurzfristigen Trends, zu falschen Schlüssen führen. Um entsprechende Fehlinterpretationen in Zukunft zu reduzieren, befasst sich ein kurzer Abschnitt des Gesundheitsreports mit der Veranschaulichung der entsprechenden Problematik (vgl. Abbildung 24 auf Seite 67 und zugehörige Erläuterungen). Für 2012 werden die BMG-Stichtagsstatistiken die realen Krankenstände deutlich stärker als 2011 unterschätzen, bereits bei real unveränderten Krankenständen wäre mit einem relativen Rückgang der vom BMG gemeldeten Zahlen um gut vier Prozent zu rechnen. Erst Rückgänge von mehr als vier Prozent in der BMG-Statistik zu 2012 würden daher auch auf real sinkende Krankenstände von 2011 auf 2012 hindeuten.

Arbeitsunfähigkeit – regionale Unterschiede

Ansteigende AU-Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr waren 2011 in allen Bundesländern zu beobachten (vgl. Tabelle A8 auf Seite 130 im Anhang). Gleichfalls lässt sich durchgängig für alle Bundesländer ein Anstieg der Gesamtfehlzeiten feststellen. Die Zuwächse von 2010 auf 2011 variieren dabei zwischen 0,44 und 0,78 Tagen je Erwerbsperson (in Mecklenburg-Vorpommern beziehungsweise Brandenburg; vgl. Abbildung 31 auf Seite 76 sowie Tabelle A10 auf Seite 132 im Anhang).

Unverändert findet sich eine erhebliche Spannweite hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten in den einzelnen Bundesländern (vgl. Abbildung 30 auf Seite 74). Während eine Erwerbsperson in Baden-Württemberg und Bayern im Jahr 2011 durchschnittlich lediglich 10,5 Tage beziehungsweise 11,1 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Berlin, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2011 durchschnittlich 14,5, 15,1, 15,8 beziehungsweise 15,9 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltage.

Arbeitsunfähigkeit – Diagnosen und Trends

Für den Krankenstand verantwortlich sind, bei der Betrachtung der Ergebnisse nach einer Zusammenfassung von Einzeldiagnosen in übergeordnete Erkrankungsgruppen beziehungsweise Diagnosekapitel, traditionell insbesondere Krankheiten des Bewegungsapparats, Verletzungen, Atemwegserkrankungen sowie in den letzten Jahren zunehmend auch psychische Störungen.¹ Von den beiden letztgenannten Erkrankungsgruppen sind unter den Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK Frauen stärker betroffen, Verletzungen betreffen demgegenüber häufiger Männer (vgl. Abbildung 34 auf Seite 79).

Von 2010 auf 2011 zeigten Fehlzeiten mit Diagnosen aus einzelnen Diagnosekapiteln unterschiedliche Entwicklungen (vgl. Abbildung 35 auf Seite 80). Mit einer Zunahme um 7,7 Prozent und bei beiden Geschlechtern vergleichbar gestiegen sind Fehlzeiten unter der Diagnose von Atemwegserkrankungen. Im Jahr 2010 war es nur zu einer relativ schwach ausgeprägten Erkältungswelle zu Jahresbeginn gekommen, die „Neue Grippe“ des Jahres 2009 war bereits abgeklungen. Für 2011 lässt sich demgegenüber wieder ein deutlicher „Erkältungsgipfel“ im ersten Quartal nachweisen. Sehr offensichtlich wird dieser Sachverhalt in Darstellungen zum erkältungsbedingten Krankenstand im Wochenmittel für die zurückliegenden zwölf Jahre (vgl. Abbildung 38 auf Seite 84).

Für den feststellbaren Gesamtanstieg der Fehlzeiten mitverantwortlich sind insbesondere auch die von 2010 auf 2011 erneut und merklich um 6,3 Prozent angestiegenen Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen (vgl. Abbildung 35 auf Seite 80). Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen sind damit, seit einem zwischenzeitlichen Tief im Jahr 2006, kontinuierlich gestiegen (vgl. Abbildung 36 auf Seite 81). 2011 wurden je 100 Erwerbspersonen durchschnittlich 208 Fehltage unter entsprechenden Diagnosen gezählt. Jede Erwerbsperson war 2011 demnach durchschnittlich gut zwei Tage unter der Diagnose einer psychischen Störung krankgeschrieben. Im Jahr 2006 waren es erst 129 Fehltage je 100 Erwerbspersonen, also etwa 1,3 Tage je Person (vgl. auch Tabelle A14 auf Seite 136 im Anhang). Seit 2006 sind die Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen bei Erwerbspersonen altersbereinigt damit um 61 Prozent angestiegen.

Während die bei Erwerbspersonen nachweisbaren Anstiege der Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen von 2000 bis 2005 vorrangig in engem

¹ Formal ist diese Gruppierung von Diagnosen durch die Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten vorgegeben, die in Deutschland seit 2000 in ihrer 10. Revision zur Erfassung von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen verwendet wird (ICD10).

Die aufgeführten Erkrankungsgruppen entsprechen einzelnen „Kapiteln“ der ICD10. In Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement wird bei Diagnosen in einer Gruppierung nach Kapiteln der ICD10 in Deutschland oft auch von „Krankheitsarten“ gesprochen.

Zusammenhang mit einer individuell bereits eingetretenen Arbeitslosigkeit und bei insgesamt ansteigenden Arbeitslosigkeitsquoten beobachtet werden konnten, lässt sich ein vergleichbarer Anstieg wie bei den Erwerbspersonen insgesamt in den Jahren von 2006 bis 2011 auch unter Personen nachweisen, die zum jeweiligen Auswertungszeitpunkt als Berufstätige versichert und insofern individuell nicht direkt von einer Arbeitslosigkeit betroffen waren (vgl. Abbildung 37 auf Seite 82). Unter Berufstätigen stiegen die gemeldeten Fehlzeiten mit der Diagnose von psychischen Störungen von 2006 bis 2011 um 65 Prozent. Die Ergebnisse deuten auch 2011 auf eine weiter ansteigende psychische Belastung von Berufstätigen hin.

Arzneimittelverordnungen

Insgesamt wurden von Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK im Jahr 2011 Rezepte für 16 Millionen Präparate mit 816 Millionen definierten Tagesdosen zulasten der Krankenkasse bei Apotheken eingereicht. Mehr als zwei Drittel aller Erwerbspersonen (68,5 Prozent) lösten 2011 mindestens ein Rezept ein. Nach altersstandardisierten Auswertungen erhielten Erwerbspersonen 2011 im Durchschnitt Rezepte für 3,98 Präparate mit insgesamt 188 Tagesdosen. Im Vergleich zum Vorjahr mit 3,93 verordneten Präparaten und 182 Tagesdosen ist das Verordnungsvolumen damit erneut leicht gestiegen. 2006 und 2007 hatte das Verordnungsvolumen mit 155 und 167 Tagesdosen je Erwerbsperson noch auf einem merklich niedrigeren Niveau gelegen.

Arzneimittelverordnungen – regionale Variationen

Die höchsten Verordnungsvolumen lassen sich auch 2011 für Erwerbspersonen in Sachsen-Anhalt 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 55 auf Seite 114). Ein gemessen am Krankenstand eher geringes Verordnungsvolumen findet sich zudem in Brandenburg. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass in großstädtischen Regionen Arzneimittel tendenziell zurückhaltender verordnet werden, wobei ein größeres Angebot an nichtmedikamentösen Therapieoptionen in Ballungsgebieten eine Rolle spielen könnte.

Arzneimittelverordnungen – zeitliche Trends

Die Verordnungsvolumen in den einzelnen Arzneimittelgruppen haben sich in den zurückliegenden Jahren unterschiedlich entwickelt. Ein kontinuierlicher Anstieg des Verordnungsvolumens ist seit dem Jahr 2000 insbesondere im Hinblick auf Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobach-

ten. Diese umfassen vorrangig Medikamente mit blutdrucksenkender Wirkung und bilden bei Männern, gemessen an verordneten Tagesdosen, die mit Abstand bedeutsamste Verordnungsgruppe (vgl. Abbildung 57 auf Seite 116). Kurzfristige Rückgänge des ermittelten Verordnungsvolumens von 2003 auf 2004 und von 2008 auf 2009 resultieren dabei ausschließlich aus dem Wegfall der Erstattung und Erfassung rezeptfreier Arzneiverordnungen 2004 sowie einer seit 2009 veränderten Bemessung von Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern und sind insofern nicht als reale Verordnungsrückgänge zu interpretieren (vgl. Abbildung 58 auf Seite 117). Im Vergleich zum Jahr 2000 ist bis 2011, trotz dieser artifiziellen Effekte und trotz der standardmäßig im Gesundheitsreport durchgeführten rechnerischen Bereinigung von Auswirkungen der demografischen Veränderung, ein Anstieg der verordneten Tagesdosen an Herz-Kreislauf-Medikamenten um 72 Prozent zu verzeichnen.

Sexualhormone bilden weiterhin die einzige relevante Arzneimittelgruppe mit stetig rückläufigen Verordnungsvolumina seit dem Jahr 2000. Auch im Jahr 2011 ist das Verordnungsvolumen im Vergleich zum Vorjahr in dieser Arzneimittelgruppe noch leicht gesunken, was aus weiterhin rückläufigen Verordnungen von Sexualhormonen in den Wechseljahren bei Frauen resultiert.

Schwerpunkt: Mobilität und Flexibilität

Die Schlagwörter Flexibilität und Mobilität spielen in der Diskussion über ein sich wandelndes Arbeitsleben eine zunehmende Rolle. Ziel des vorliegenden Schwerpunktkapitels ist es, aktuelle Informationen zum Thema Flexibilität und Mobilität in der Arbeitswelt und zu deren Auswirkungen auf die Gesundheit zu liefern. Selbstverständlich existieren auch in den Daten einer Krankenkasse keine direkten Angaben zur Flexibilität und Mobilität ihrer Mitglieder. Eine Reihe der routinemäßig erfassten Informationen ermöglicht jedoch Gruppierungen von Versicherten, die sich zumindest hinsichtlich einer Reihe von Aspekten der Flexibilität und Mobilität unterscheiden. Betrachtet wurden im Rahmen der Auswertungen Häufigkeiten und Auswirkungen von

- Distanzen zwischen Wohnort und Arbeitsplatz 2011,
- Wohnortwechseln sowie von
- Arbeitsplatzwechseln im Zeitraum von 2009 bis 2011.

Im Hinblick auf die geografische Lage von Wohn- und Arbeitsplätzen konnte im Rahmen der Auswertungen auf knapp 400 unterscheidbare Zuordnungen zu Landkreisen sowie zu kreisfreien Städten zurückgegriffen werden (nachfolgend verkürzt als Kreise bezeichnet). Arbeitsplatzwechsel konnten auf der Basis von Veränderungen der versichertenbezogen zugeordneten Betriebsnummern ermittelt werden, die nahezu jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungspflichtig Be-

schäftigten in Deutschland zugeteilt bekommt und die für die Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreports in pseudonymisierter Form genutzt werden konnten. Betriebsnummern unterscheiden dabei in der Regel sowohl zwischen einzelnen Arbeitgebern als auch zwischen Arbeitsplätzen bei einem Arbeitgeber, sofern diese in unterschiedlichen Gemeinden lokalisiert sind.

Mobilität und Flexibilität: Arbeitsplatzdistanz

Bereits erste Gegenüberstellungen der Verteilung von Berufstätigen 2011 auf Kreise nach Wohn- und Arbeitsstellen offenbarten typische „Arbeitskreise“ und „Schlafkreise“ (vgl. Abbildung 1 auf Seite 26). Während in einigen Kreisen mehr als doppelt so viele Berufstätige ihren Arbeitsplatz wie ihren Wohnort hatten, zeigte sich in anderen Kreisen ein entsprechend deutliches, jedoch umgekehrtes Verhältnis.

Nach bundesweit ermittelten Ergebnissen von weiterführenden Auswertungen verfügten 2011 jahresdurchschnittlich 45,1 Prozent der TK-versicherten Berufstätigen über einen Arbeitsplatz, der außerhalb ihres Wohnkreises lag, mussten also zur Arbeit in einen anderen Kreis pendeln. Deutlich niedriger lag der entsprechende Anteil insbesondere in städtischen Gebieten und dabei namentlich beispielsweise in Hamburg und Berlin (vgl. Abbildung 2 auf Seite 27). Mehr als vier Fünftel der in Hamburg oder Berlin wohnhaften Berufstätigen verfügten auch über einen Arbeitsplatz innerhalb von Hamburg und Berlin, weniger als 20 Prozent waren außerhalb beschäftigt. Demgegenüber waren in einer Reihe von meist ländlichen Kreisen im Umfeld von Städten mehr als 70 Prozent der dort wohnhaften Berufstätigen 2011 außerhalb des eigenen Wohnkreises beschäftigt.

Bei einer alternativen Betrachtung, ausgehend von der räumlichen Zuordnung des Arbeitsplatzes, zeigten sich insbesondere im Süden und Westen Deutschlands regelmäßige Muster mit kleinräumigen, städtischen Regionen, in die Arbeitskräfte zu einem hohen Anteil aus abweichenden Regionen „einpendeln“ (vgl. Abbildung 3 auf Seite 29). In einigen Kreisen lagen entsprechende Anteile „einpendelnder“ Beschäftigter bei etwa 80 Prozent. Dieser in gewissen Grenzen erwartete „Stadt-Arbeitsplatz-Effekt“ war nach den vorliegenden Daten allerdings nicht in Hamburg und insbesondere nicht in Berlin zu beobachten. Lediglich 19,3 Prozent der in Berlin beschäftigten Berufstätigen kamen von außerhalb zur Arbeit nach Berlin.

Größere Arbeitsplatzdistanzen finden sich relativ häufig bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter (vgl. Abbildung 4 auf Seite 30). Bei Frauen in höherem Alter sind größere Arbeitsplatzdistanzen demgegenüber merklich seltener anzutreffen. Für beiden Geschlechter gilt, dass größere Arbeitsplatzdistanzen mit steigender Ausbildung und insbesondere bei Personen mit Universitätsabschlüs-

sen häufiger angetroffen werden, was tendenziell auch durch Auswertungen zur Abhängigkeit der Arbeitsplatzdistanz von Berufen bestätigt werden kann.

Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzdistanzen und der Gesundheit ließen sich bei geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen nur in schwach ausgeprägter Form nachweisen. Tendenziell waren entfernt vom Wohnort arbeitende Berufstätige etwas häufiger und länger mit psychischen Störungen als wohnortnah arbeitende Beschäftigte krankgeschrieben, von somatischen Erkrankungen aber weniger stark betroffen, woraus insgesamt etwas geringere AU-Quoten und -Fehlzeiten bei Berufstätigen mit größerer Arbeitsplatzdistanz resultierten (vgl. Tabelle 1 auf Seite 44).

Mobilität und Flexibilität: Wohnortwechsel

Wohnortwechsel konnten im Rahmen der Auswertungen – wie bereits angedeutet – lediglich bei Veränderungen des Wohnkreises erfasst werden, wobei zu den Versicherten aus den drei Jahren 2009 bis 2011 je Jahr zudem nur jeweils eine Angabe zum Wohnort vorlag. Zu 7,4 Prozent der berücksichtigten Erwerbspersonen wurden in den drei Jahren Wohnorte mit unterschiedlichen Kreisuordnungen erfasst. Der Anteil der insgesamt von Wohnungswechseln betroffenen Erwerbspersonen dürfte merklich höher liegen, da diese oftmals innerhalb einzelner Kreise stattfinden.

Wohnkreiswechsel betrafen insbesondere jüngere Erwerbspersonen. Der höchste Anteil ließ sich innerhalb der drei Jahre von 2009 bis 2011 mit 18,4 Prozent für Frauen feststellen, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums zwischen 20 und 24 Jahre alt waren. In höheren Altersgruppen fanden sich bei beiden Geschlechtern vergleichbare und mit ansteigendem Alter abnehmende Wechselraten. Ab einem Alter von 50 Jahren waren weniger als drei Prozent der Personen innerhalb der drei Jahre von einem Wohnkreiswechsel betroffen (vgl. Abbildung 8 auf Seite 34). Entsprechende Raten variierten merklich auch mit der Tätigkeits- und Branchenzuordnung.

Geschlechts- und altersstandardisierte Auswertungen zu gesundheitlichen Auswirkungen zeigten bei den Erwerbspersonen mit Wohnkreiswechseln diagnoseübergreifend deutlich höhere Fehlzeiten als bei Personen mit konstantem Wohnkreis (vgl. Tabelle 3 auf Seite 49). Der überwiegende Teil dieser Differenzen resultierte aus Arbeitsunfähigkeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen, von denen Personen mit Wohnkreiswechseln merklich häufiger und länger als diejenigen mit konstantem Wohnkreis betroffen waren.

Die mit den Wohnkreiswechseln assoziierten Risiken für psychische Störungen betrafen einzelne Altersgruppen dabei in recht unterschiedlichem Ausmaß. Während Personen bei einem Wechsel des Wohnkreises in einem eher typischen

„Umzugsalter“ von 25 bis 29 Jahren im Vergleich zu Personen mit konstantem Wohnkreis allenfalls geringfügig erhöhte AU-Raten unter der Diagnose psychischer Störungen aufwiesen, zeigten sich in höheren Altersgruppen zum Teil erhebliche Unterschiede (vgl. Abbildung 18 auf Seite 50). Insbesondere in fortgeschrittenem Erwerbsalter sind Wohnortwechsel demnach, gemessen an Arbeitsunfähigkeiten unter entsprechenden Diagnosen, deutlich mit psychischen Belastungen assoziiert.

Mobilität und Flexibilität: Arbeitsplatzwechsel

Arbeitsplatzwechsel betrafen in der hier betrachteten Form von 2009 bis 2011 geschlechts- und altersübergreifend mit 35,1 Prozent gut ein Drittel der Erwerbspersonen. Auch von Arbeitsplatzwechseln waren jüngere Erwerbspersonen häufiger als ältere betroffen. Während von den 20- bis 24-jährigen Männern und Frauen mehr als 50 Prozent ihren Arbeitsplatz innerhalb von drei Jahren mindestens einmal wechselten, lag der entsprechende Anteil bei den 60- bis 64-Jährigen mit lediglich 23 Prozent weniger als halb so hoch.

Geschlechts- und altersstandardisierte Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten bei Personen mit Betriebswechseln ergaben diagnoseübergreifend etwas höhere Fehlzeiten als bei Personen mit konstantem Arbeitsplatz (vgl. Tabelle 2 auf Seite 46), die – wie bei Wohnkreiswechseln – überwiegend aus längeren Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen resultierten. Dabei war eine zunehmende Anzahl an Wechseln mit ansteigenden Fehlzeiten assoziiert (vgl. Abbildung 16 auf Seite 47).

Mobilität und Flexibilität: multivariate Analysen

Zunehmende Risiken für psychische Störungen bei einer zunehmenden Zahl von Betriebswechseln sowie bei Wohnkreiswechseln ließen sich schließlich auch in multivariaten logistischen Regressionsmodellen bei gleichzeitiger Berücksichtigung weiterer Merkmale nachweisen (vgl. Abbildung 19 auf Seite 55). Demnach ist bei Personen ab fünf Betriebs- beziehungsweise Arbeitsplatzwechseln im Vergleich zu Personen mit konstantem Arbeitsplatz mit einem mehr als 2,5-fach erhöhten Risiko für eine Arbeitsunfähigkeit unter der Diagnose von psychischen Störungen zu rechnen, zweimalige Wohnkreiswechsel waren altersübergreifend mit einem mehr als 1,5-fach erhöhten Risiko assoziiert. Eine Berücksichtigung von Vorerkrankungen im Rahmen der Modellrechnungen ergab hinsichtlich der Einflüsse von Wohnkreiswechseln keine nennenswerten und hinsichtlich der Einflüsse von Betriebswechseln nur moderate Reduktionen (vgl. Tabelle 4 auf Seite 58).

Resümee

Zusammenhänge zwischen Mobilität, Flexibilität und Gesundheit sind vielschichtig und wechselseitig. Ein gewisser Grad an Gesundheit ist zweifellos Grundvoraussetzung dafür, mobil und flexibel agieren zu können. Wohnort- sowie Arbeitsplatzwechsel können dabei zu einem Teil auf einer freien Entscheidung basieren. Ein anderer Teil der Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel dürfte demgegenüber jedoch von den Betroffenen primär unter einem negativen Vorzeichen und als Belastung gesehen werden. Bei einem Teil der primär zunächst positiv oder negativ konnotierten Ereignisse können sich im weiteren Verlauf schließlich durchaus noch gegenteilige Einschätzungen und Auswirkungen ergeben. Vor dem skizzierten Hintergrund muss, abhängig von der individuellen Situation, mit recht unterschiedlichen Zusammenhängen sowie Auswirkungen von Wohnort- und Arbeitsplatzwechseln auf die Gesundheit gerechnet werden. Für Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel kann keinesfalls per se ein positiver oder negativer Einfluss auf die Gesundheit postuliert werden.

Die hier betrachteten Indikatoren für Mobilität und Flexibilität – und dabei insbesondere Wohn- sowie Arbeitsplatzwechsel – sind nach den vorliegenden Ergebnissen nachweislich mit der Gesundheit von Betroffenen assoziiert. Dabei lassen sich deutlich ausgeprägte und statistisch „positive“ Assoziationen weitgehend ausschließlich mit psychischen Störungen nachweisen, wobei die Annahme von zumindest partiell ursächlich wirksamen Zusammenhängen mit psychischen Störungen als Folge der Mobilität und Flexibilität naheliegend erscheint, auch wenn umgekehrte Wirkmechanismen nicht ausgeschlossen sind.

Jetzt kaum nachweisbare sowie teilweise auch negative Korrelationen mit bestimmten somatischen Erkrankungsrisiken bilden dabei keinen inhaltlichen Widerspruch zu den Befunden im Hinblick auf psychische Störungen. Schwerwiegende somatische Erkrankungen als Folgen von Mobilität und Flexibilität dürften gegebenenfalls überwiegend erst mit größerer zeitlicher Latenz zu erwarten sein, ihrerseits die Mobilität erheblich einschränken und zum Teil auch zu einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen, womit die entsprechend betroffenen Personen in der jetzt betrachteten Untersuchungspopulation nicht mehr enthalten wären. Untersuchungen zum Thema Flexibilität und Mobilität auf der Basis von erweiterten Daten wären vor diesem Hintergrund sicher wünschenswert.

Schwerpunkt: Mobilität und Flexibilität

Die Schlagwörter Flexibilität und Mobilität spielten in den vergangenen Jahren bei der Diskussion über ein sich wandelndes Arbeitsleben eine zunehmende Rolle. Ziel des vorliegenden Schwerpunktkapitels ist es, aktuelle Informationen zum Thema Flexibilität und Mobilität in der Arbeitswelt und zu deren Auswirkungen auf die Gesundheit zu liefern. Basis der Auswertungen bilden dabei Daten, die der Techniker Krankenkasse routinemäßig zu ihren Mitgliedern vorliegen.

Selbstverständlich existieren (auch) in den Daten einer Krankenkasse keine direkten Angaben und keine einheitlichen, standardisierten Maße zur Flexibilität und Mobilität ihrer Mitglieder in der Arbeitswelt sowie zu den damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen. Eine Reihe der routinemäßig erfassten Informationen ermöglicht jedoch Gruppierungen von Versicherten, bei denen von recht unterschiedlichen Situationen und Gegebenheiten hinsichtlich der Flexibilität und Mobilität auszugehen ist (vgl. nachfolgende Abschnitte).

Verwendete Daten und spezifisch betrachtete Merkmale

Berücksichtigt wurden bei den Auswertungen zum Schwerpunktthema Daten aus den Jahren 2009 bis 2011. Für die Auswertungen konnte auf eine Reihe von Merkmalen zurückgegriffen werden, die – im Sinne von Indikatoren – mehr oder minder direkte Hinweise auf die Flexibilität und Mobilität von Arbeitnehmern im beruflichen Umfeld liefern können, um anschließend auch Zusammenhänge dieser Indikatoren mit gesundheitlichen Aspekten betrachten zu können.

Zuordnungen von Versicherten zu Kreisen bzw. zu kreisfreien Städten

Der Wohnort eines Versicherten muss einer Krankenkasse aus vielerlei Gründen, beispielsweise zur Abwicklung des Schriftverkehrs, mit vollständiger Anschrift bekannt sein. Für regional differenzierte Auswertungen beinhalten die zum Gesundheitsreport genutzten Daten bereits traditionell Angaben zum Wohnort der Versicherten. Aus Datenschutzgründen beschränken sich diese Angaben auf Zuordnungen der Versichertenwohnorte zu Kreisen bzw. zu kreisfreien Städten.²

Diese Kreiszuordnungen von Versichertenwohnorten werden für die Auswertungen zum Gesundheitsreport jährlich in der jeweils aktuellsten Form bereitgestellt. Erkennen lässt sich anhand der verfügbaren Angaben damit, in welchen Kreisen ein Mitglied in unterschiedlichen Kalenderjahren wohnhaft war beziehungsweise ob und wie diese Wohnorte gegebenenfalls auf Kreisebene gewechselt haben. Vor entsprechenden Auswertungen mussten die Zuordnungen zu Kreisen aus unterschiedlichen Jahren aufgearbeitet werden (vgl. Seite 21).

² Die Kreiszuordnungen entsprechen den ersten fünf Stellen des insgesamt achtstelligen amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels, die ersten zwei Ziffern des Schlüssels kennzeichnen dabei das Bundesland.

Arbeitgeberzuordnungen über Betriebsnummern

Bei berufstätigen Mitgliedern gleichfalls bekannt sind einer Krankenkasse in der Regel Anschriften und Betriebsnummern der Arbeitgeber. Für den vorliegenden Gesundheitsreport konnten erstmals im Rahmen der Auswertungen pseudonymisierte Betriebsnummern der Arbeitgeber für Beschäftigungsverhältnisse von TK-Versicherten aus den Jahren 2009 bis 2011 genutzt werden.

In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jeder Arbeitgeber beziehungsweise jedes Unternehmen mit mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit (mindestens) eine achtstellige Betriebsnummer. Existieren mehrere Niederlassungen eines Unternehmens innerhalb einer Gemeinde, gilt für diese typischerweise dieselbe Betriebsnummer. Lediglich bei der Zuordnung einzelner Niederlassungen zu unterschiedlichen Wirtschaftszweigen werden gegebenenfalls auch mehrere Betriebsnummern für unterschiedliche Niederlassungen eines Unternehmens innerhalb einer Gemeinde zugeteilt. Mehrere Betriebsnummern erhält ein Unternehmen vorrangig und regulär immer dann, wenn die Unternehmensstandorte in unterschiedlichen Gemeinden liegen. Insofern besitzen Betriebsnummern regelmäßig einen eindeutigen Regionalbezug. Wechselt die zu einem versicherten Arbeitnehmer an die Krankenkasse übermittelte Betriebsnummer, bedeutet dies typischerweise, dass der Arbeitnehmer entweder seinen Arbeitgeber gewechselt hat oder dass seine Arbeitsstelle in eine Niederlassung des bisherigen Arbeitgebers in eine andere Gemeinde verlegt wurde. In beiden Fällen ist von einem Arbeitsplatzwechsel mit Veränderungen des Arbeitsumfeldes auszugehen.

Zuordnungen von Betriebsstandorten zu Kreisen bzw. kreisfreien Städten

Wie bereits beschrieben sollten sich einzelne Betriebsnummern zu einem Zeitpunkt immer einer bestimmten Gemeinde zuordnen lassen. Im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport konnte, neben der Wohnortzuordnung, ergänzend auch auf regionale Zuordnungen der pseudonymisierten Betriebsnummern zu Kreisen zurückgegriffen werden, in denen die einzelnen Mitglieder der TK beschäftigt waren. Entsprechende Zuordnungen waren ausschließlich für das Jahr 2011 verfügbar, exaktere regionale Zuordnungen der Arbeitsplätze waren aus Datenschutzgründen nicht möglich. Damit waren für das Jahr 2011 Gegenüberstellungen von Kreiszuordnungen des Wohnortes sowie der Arbeitsstätte bei den berufstätigen Mitgliedern möglich.

Untersuchungspopulation, Maßzahlen und Kategorien

Im Rahmen der Schwerpunktauswertungen näher betrachtet wurden überwiegend diejenigen TK-Mitglieder, die innerhalb der Jahre 2009 bis 2011 jeweils mindestens einen Tag eigenständig berufstätig oder arbeitslos (inkl. ALG II) bei der TK versichert waren und zu denen in allen drei Jahren die zuvor erläuterten Kreisangaben zum Wohnort vorlagen.

Wohnortwechsel

Vor der eigentlichen Betrachtung von Wohnortangaben auf Kreisebene aus unterschiedlichen Jahren mussten die verwendeten Angaben zunächst vereinheitlicht werden, da die administrative regionale Gliederung Deutschlands in Gemeinden sowie in übergeordnete (Land-)Kreise³ und kreisfreie Städte im zeitlichen Verlauf, bedingt durch Gemeinde- und Kreisreformen, immer wieder Änderungen aufweist. Während Ende 2008 in Deutschland noch 413 Kreise differenziert werden konnten, gab es in Deutschland Ende 2011 nur noch 402 Kreise und kreisfreie Städte, wobei die Zahl der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen um einen (Zusammenlegung von Stadt und Kreis Aachen) und die Zahl in Mecklenburg-Vorpommern um zehn sank.⁴

Für neu gefasste Kreise werden im Zuge von Gebietsreformen allgemein jeweils neue Kreiskennungen vergeben, die mit den zuvor gültigen Kennungen der Regionen nicht mehr kompatibel sind. Um in allen Jahren vergleichbar abgegrenzte Regionen betrachten zu können, mussten bei den Auswertungen von TK-Daten aus zurückliegenden Jahren die Kreiskennungen angepasst werden. Um dabei mit den aktuellen Daten kompatibel zu bleiben, wurden in allen Jahren ausschließlich reduzierte, aktuelle Kreiszuordnungen betrachtet.⁵ Neben Kreisen Nordrhein-Westfalens und Mecklenburg-Vorpommerns wurden zur Vermeidung geringer Fallzahlen zudem zwei Kreisnummern aus Rheinland-Pfalz („Zweibrücken“, kleinste kreisfreie Stadt Deutschlands, mit Kreis „Südwestpfalz“) sowie zwei mal zwei Kreisnummern aus Bayern („Weiden in der OPf“ mit dem Landkreis „Neustadt a. d. Waldnaab“ sowie „Schwabach“ mit dem Landkreis „Roth“) zusammengefasst, womit bei den Auswertungen über alle Jahre insgesamt noch 399 unterschiedliche und geografisch abgegrenzte Regionen betrachtet werden konnten.

³ Regionalabhängig wird in Deutschland entweder die Bezeichnung Kreis oder Landkreis verwendet. Nachfolgend wird in der Regel sprachlich vereinfachend ausschließlich von Kreisen gesprochen, womit dann sowohl Kreise und Landkreise als auch kreisfreie Städte bezeichnet werden.

⁴ Eine umfassende Darstellung findet sich in Wikipedia: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Kreisreformen_in_der_Bundesrepublik_Deutschland_nach_1990&oldid=99751050.

⁵ Auf geringe Unschärfen bei der Überführung „alter“ in „neue“ Kreisnummern, die aus der partiellen Zuordnung einzelner „alter“ Kreise zu mehreren „neuen“ Kreisen resultieren können, sei hier der Vollständigkeit halber hingewiesen. Dies betraf 2011 den Kreis Demmin, der überwiegend dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, zu einem geringeren Anteil jedoch auch Vorpommern-Greifswald zugeordnet wurde.

Berücksichtigt werden konnten auf Basis der aufgearbeiteten Daten, wie bereits erläutert, Wechsel der kalenderjährlichen Kreiszuordnung des Wohnortes. Zwangsläufig nicht erfasst wurden damit gegebenenfalls mehrfache Wechsel innerhalb von einzelnen Kalenderjahren sowie allgemein Wohnungswechsel innerhalb von Kreisen bzw. kreisfreien Städten. Aus der relativ groben Einteilung resultiert, dass Distanzen zwischen unterschiedlichen Wohnorten nur approximativ geschätzt werden können. Problematisch erscheint dies insbesondere bei geografisch benachbarten Kreisen: Letztendlich könnten die in den verwendeten Daten grundsätzlich nicht abgebildeten Wohnortwechsel innerhalb eines Kreises (zum Beispiel aus einer südöstlichen in eine nordwestliche Region Berlins) größere Entfernungen als identifizierbare Wechsel in benachbarte Kreise (zum Beispiel von Berlin, Stadtteil Wannsee, nach Potsdam) ausmachen. Um Fehlklassifikationen von Wohnortwechseln zu reduzieren, wurden daher dokumentierte Wechsel in benachbarte Kreise bei einem Teil der Auswertungen gesondert bewertet und im Zuge der Aufarbeitungen von Daten primär folgende Kategorien von Wohnortwechseln innerhalb des Beobachtungszeitraums 2009 bis 2011 gebildet:⁶

- Konstante Wohnortangaben 2009 bis 2011
- Wohnortwechsel ausschließlich innerhalb von benachbarten Kreisen oder in nicht benachbarte Kreise mit maximaler Distanz < 50 km
- Wohnortwechsel in nicht benachbarte Kreise, Distanz 50 bis < 200 km
- Wohnortwechsel in nicht benachbarte Kreise, Distanz 200 km und mehr

Als Distanzen wurden dabei jeweils die Entfernungen zwischen geografischen Mittelpunkten der erfassten Kreise ermittelt. Es wurden zunächst alle drei möglichen Distanzen (Wohnortdistanz 2009–2010, 2010–2011, 2009–2011) berechnet und anschließend wurde versichertenbezogen gesondert die größte der drei Distanzen ausgewiesen.

Arbeitsplatzentfernung – Pendlerstatus

Auf der Basis von Kreisangaben zum Wohnort sowie Kreisangaben zu Arbeitgebern bzw. Betrieben wurden, unter Berücksichtigung von vergleichbaren Überlegungen wie hinsichtlich der Wohnortwechsel, primär folgende Kategorien von Arbeitsplatzdistanzen im Jahr 2011 gebildet:

- Wohnort und Betriebsstätte im selben Kreis

⁶ Für die Identifikation der jeweils benachbarten Regionen zu allen 399 betrachteten Regionen Deutschlands wurden angepasste SAS-Programmsyntaxabschnitte aus der nachfolgend genannten und im Internet verfügbaren Publikation genutzt: Gwen Babcock (2010): Aggregation without aggravation: determining spatial contiguity and joining geographic areas using hashing; SAS Global Forum 2010; Paper 223-2010.

- Wohnort und Betriebsstätte in benachbarten Kreisen oder in nicht benachbarten Kreisen mit maximaler Distanz < 50 km
- Wohnort und Betriebsstätte in nicht benachbarten Kreisen, Distanz 50 bis < 200 km
- Wohnort und Betriebsstätte in nicht benachbarten Kreisen, Distanz 200 km und mehr

Bei einer Beschäftigung in mehreren Betrieben innerhalb des Jahres wurde mitgliedsbezogen jeweils die Distanz zum Arbeitsplatz mit der längsten Beschäftigungsdauer berücksichtigt.

Arbeitsplatzwechsel

Als Arbeitsplatzwechsel wurde bei Versicherten primär zunächst jeder Wechsel der Betriebsnummer im zeitlichen Verlauf gezählt, wobei gegebenenfalls dokumentierte zwischenzeitliche Phasen ohne Beschäftigung oder ohne Betriebsnummernangabe nicht als Wechsel des Arbeitsplatzes gezählt wurden. Da einige Beschäftigte im Laufe der Zeit mehrfach zwischen Arbeitgebern (Betriebsnummern) hin- und auch wieder zurückwechselten, wurde des Weiteren die Anzahl der Wechsel zu unterscheidbaren Betriebsnummern ermittelt, wobei nur Wechsel auf „neue“, individuell zuvor noch nicht erfasste Nummern gezählt wurden. Die Berechnungen wurden primär sowohl für den Gesamtzeitraum 2009 bis 2011 als auch für einzelne Kalenderjahre durchgeführt. Da bei einer separaten Betrachtung einzelner Kalenderjahre Wechsel des Arbeitgebers zum Jahreswechsel nicht erfasst werden, liegt die Zahl der im Gesamtzeitraum ermittelten Arbeitsplatzwechsel bei einigen Arbeitnehmern über der Zahl der Arbeitsplatzwechsel, die sich als Summe aus den drei Kalenderjahresergebnissen ergibt.

Nicht erfasst werden bei den Auswertungen auf der Basis von Betriebsnummern einzelne Arbeitsplatzwechsel von Leih- beziehungsweise Zeitarbeitern, da diese primär über ein Zeitarbeitsunternehmen beschäftigt sind und entsprechend unter dessen Betriebsnummer geführt werden, also dieselbe Betriebsnummer behalten, auch wenn sie von ihrem Zeitarbeitsunternehmen in unterschiedliche Betriebe entsandt werden. Allerdings lassen sich Beschäftigte von Zeitarbeitsunternehmen über eine spezifische Branchenzuordnung ihrer Arbeitgeber, der Zeitarbeitsunternehmen, in den Daten von Krankenkassen identifizieren, womit Zeitarbeitsbeschäftigte bei Bedarf als Gruppe gesondert betrachtet werden können (vgl. Gesundheitsreport der TK aus dem Jahr 2008 mit dem Schwerpunkt „Gesundheit von Beschäftigten in Zeitarbeitsunternehmen“, Seite 17 ff.).

Mit Gültigkeit ab Dezember 2011 wurde im Meldeverfahren zur Sozialversicherung in Deutschland erstmals seit vielen Jahren ein neuer Tätigkeitsschlüssel eingeführt, der unter anderem auch Angaben zur Arbeitnehmerüberlassung und

Befristung von Arbeitsverhältnissen enthält (vgl. http://www.arbeitsagentur.de/nn_497208/Navigation/zentral/Unternehmen/Sozialversicherung/Schlussselverzeichnis/Schlussselverzeichnis-Nav.html). Entsprechende Informationen waren bis November 2011 nicht verfügbar und konnten daher bei den vorliegenden Auswertungen noch nicht berücksichtigt werden.

Mobilität und Flexibilität – Situationsbeschreibung

Bedeutung von Kreisen als Wohn- und Arbeitsregion

Mittelbar zum Thema Mobilität gehören Ergebnisse zur Bedeutung einzelner Kreise als Wohn- bzw. Arbeitsregion, die im Zuge der Überprüfung und Sichtung der regionalen Daten ermittelt wurden. Da für die Versicherungszeiten der hier betrachteten berufstätigen Personen überwiegend gleichzeitig Informationen zur Kreiszugehörigkeit von Wohnort und Arbeitsplatz aus dem Jahr 2011 vorlagen, ließen sich mit den verwendeten Daten jahresdurchschnittlich 3,507 Millionen Personen mit beiden Angaben in zwei alternativen Varianten sowohl nach dem Wohnort als auch nach dem Arbeitsplatz und damit gegebenenfalls auch unterschiedlichen Regionen zuordnen, wobei in beiden Varianten in der Summe exakt übereinstimmende Versicherungszeiten bzw. Personenzahlen auf die Gesamtzahl der Kreise verteilt wurden.

Würde jeder Versicherte in seinem eigenen Wohnortkreis arbeiten, würden beide Varianten auch auf Kreisebene identische Zahlen zugeordneter Personen ergeben. Die Gegenüberstellung der Ergebnisse aus beiden Zuordnungsvarianten zeigt jedoch erhebliche Unterschiede und weist damit in einigen Regionen auf erhebliche Pendlerströme hin. Während in manchen Kreisen mehr als doppelt so viele Berufstätige ihren Arbeitsplatz wie ihren Wohnort hatten, zeigt sich in anderen Kreisen unter den TK-versicherten Berufstätigen ein entsprechend deutliches, jedoch umgekehrtes Verhältnis. Es offenbaren sich bei dieser Auswertung auf Kreisebene damit zum Teil typische „Arbeitskreise“ sowie „Wohn-“ beziehungsweise „Schlafkreise“ (vgl. Abbildung 1 auf Seite 26).

Typische „Arbeitskreise“, also Regionen mit einer relativen Überzahl an Arbeitsplätzen gemessen an den dort wohnhaften Personen, werden erwartungsgemäß häufig von Städten gebildet (in der Abbildung rötlich eingefärbt). „Schlafkreise“ finden sich, gemäß dem Motto „Wohnen im Grünen“, typischerweise im Umfeld der Städte (in der Abbildung bläulich eingefärbt). Sehr deutlich sind entsprechende Kontraste im Umfeld vieler kreisfreier Städte in der südlichen Hälfte Deutschlands. In der nördlichen Hälfte Deutschlands imponiert insbesondere Wolfsburg als Region mit vielen Arbeitsplätzen bezogen auf die dort wohnhaften Berufstätigen. Das Verhältnis von regional beschäftigten zu regional wohnhaften

Berufstätigen lag in Wolfsburg 2011 unter den TK-Versicherten bei 2,56 zu 1. Weniger ausgeprägt erscheinen die Kontraste allgemein in den neuen Bundesländern, was jedoch maßgeblich auch aus der großflächigen Zusammenfassung von Regionen zu Kreisen resultiert. Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern bieten Kreise nach dem Gebietsreformstand Ende 2011 kaum noch regionale Differenzierungsmöglichkeiten, was Auswertungs- und Darstellungsmöglichkeiten erheblich einschränkt. Zumindes auf den ersten Blick überraschend erscheint das weitgehend ausgeglichene Verhältnis der Arbeits- und Schlafstätten in Berlin. Die Zahl der dort beschäftigten Berufstätigen überstieg 2011 die Zahl der in Berlin wohnhaften Berufstätigen um lediglich 5,1 Prozent.

Arbeiten außerhalb des Wohnkreises

Auf Basis der Daten zu Abbildung 1 nicht direkt quantifizierbar ist der Anteil derjenigen Berufstätigen, die einen Arbeitsplatz außerhalb der eigenen Schlaf- beziehungsweise Wohnregion hat.⁷ Entsprechende Anteile werden in der nachfolgenden Abbildung 2 auf Seite 27 dargestellt.

Nach bundesweiten Ergebnissen verfügten 2011 jahresdurchschnittlich 45,1 Prozent der TK-versicherten Berufstätigen über einen Arbeitsplatz, der außerhalb ihres Wohnkreises lag, mussten also zur Arbeit in einen anderen Kreis pendeln. Deutlich niedriger lag der entsprechende Anteil insbesondere in einigen großflächigen Kreisen, die sowohl städtische als auch ländliche Gebiete umfassen, insbesondere aber in städtischen Gebieten und namentlich beispielsweise in Hamburg und Berlin (vgl. dunkelblaue Flächen in Abbildung 2). Mehr als vier Fünftel der in Hamburg oder Berlin wohnhaften Berufstätigen verfügten auch über einen Arbeitsplatz innerhalb von Hamburg beziehungsweise Berlin, weniger als 20 Prozent waren außerhalb beschäftigt.

Demgegenüber existiert eine Reihe von oftmals eher ländlichen Kreisen im Umfeld von Städten, in denen mehr als 70 Prozent der dort wohnhaften Berufstätigen außerhalb des eigenen Wohnkreises arbeiten, also zur Arbeit in einen anderen Kreis pendeln müssen.

⁷ So wäre beispielsweise ein ausgeglichenes Verhältnis von Wohn- und Arbeitsstätten wie in Berlin theoretisch auch möglich, wenn nahezu alle Berliner zur Arbeit in die umliegende Region und eine entsprechend große Gruppe aus den umliegenden Regionen zur Arbeit nach Berlin pendeln würden.

Regional beschäftigte je regional wohnhafte Berufstätige in Kreisen 2011

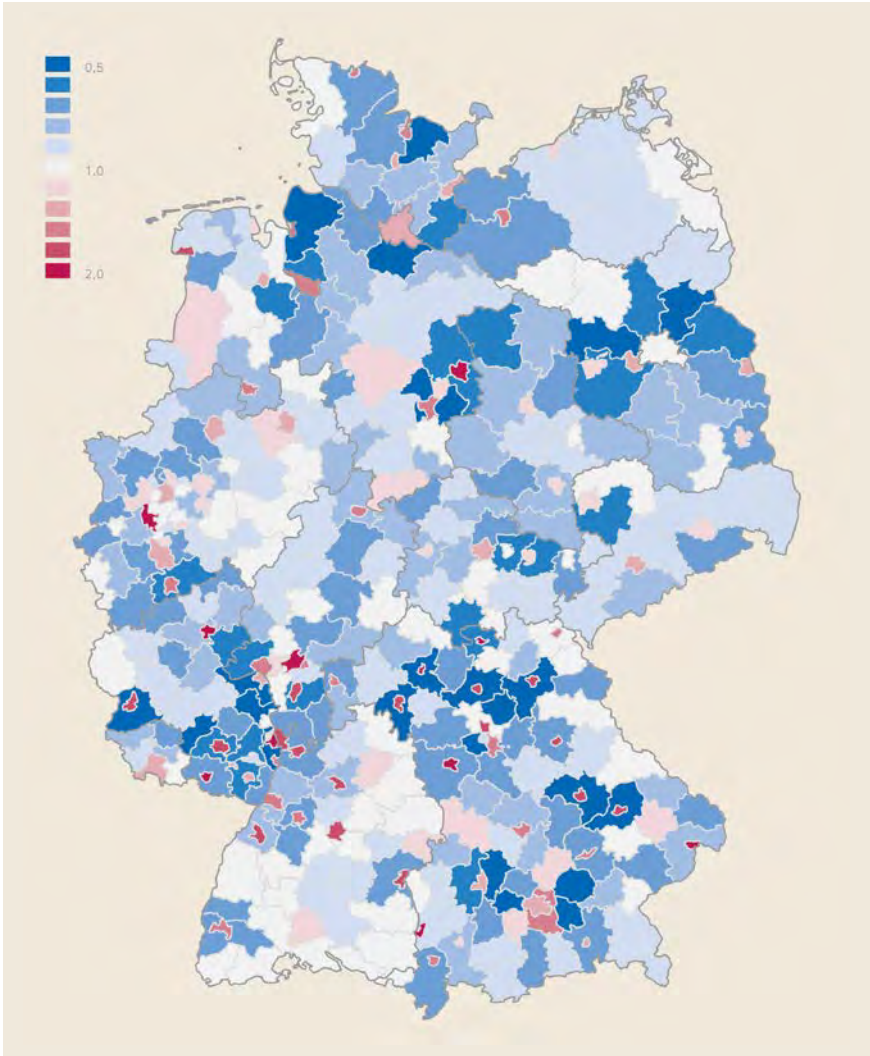


Abbildung 1 (Basis: Daten zu jahresdurchschnittlich n = 3,507 Mio. Berufstätigen mit Angabe zum Wohn- und Arbeitsstättenkreis 2011)

Anteil Berufstätige mit Arbeitsplatz außerhalb des dargestellten Wohnkreises 2011

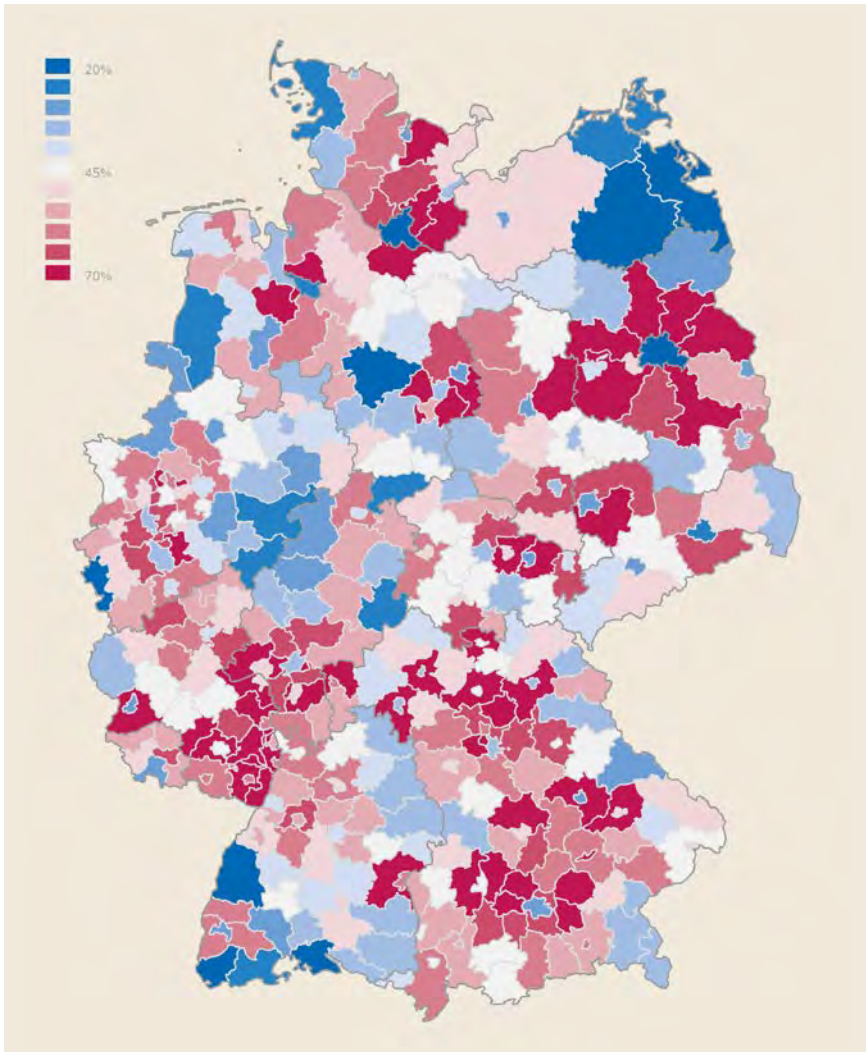


Abbildung 2 (Basis: Daten zu jahresdurchschnittlich n = 3,507 Mio. Berufstätigen mit Angabe zum Wohn- und Arbeitsstättenkreis 2011)

Wohnen außerhalb des Arbeitskreises

Eine weitere Betrachtungsmöglichkeit zeigt Abbildung 3 auf Seite 29. Dargestellt wird, ähnlich wie in Abbildung 2, hier jedoch bezogen auf die Kreise der Arbeitsstätten, der Anteil derjenigen Beschäftigten, der aus einem abweichenden Kreis, also von außerhalb, zur Arbeitsstätte im dargestellten Kreis kommen beziehungsweise pendeln musste.⁸ Bundesweit lag dieser Anteil unter den Berufstätigen mit Versicherung in der TK 2011, wie schon im vorausgehenden Abschnitt erwähnt, bei 45,1 Prozent. Während dieser bundesweit ermittelte Wert identisch bleibt, ergibt sich auf Kreisebene durch den für Abbildung 3 gewählten regionalen Bezug auf die Arbeitsstätten im Vergleich zu Abbildung 2 ein deutlich abweichendes Bild. Höhere Anteile an „einpendlenden“ Beschäftigten werden in der Abbildung 3 durch eine rötliche Färbung hervorgehoben, geringe beziehungsweise unterdurchschnittliche Anteile durch eine bläuliche Färbung.

Sehr regelmäßige Muster mit kleinräumigen, städtischen Regionen, in die Arbeitskräfte zu einem hohen Anteil aus umliegenden beziehungsweise abweichenden Regionen „einpendeln“, zeigen sich insbesondere im Süden und Westen Deutschlands. In einigen Kreisen beziehungsweise kreisfreien Städten lagen entsprechende Anteile bei etwa 80 Prozent (Offenbach am Main, Landshut, Schweinfurt, Pirmasens sowie München – Kreis 09184).

Dieser in gewissen Grenzen erwartete „Stadt-Arbeitsplatz-Effekt“ gilt nach den vorliegenden Daten andeutungsweise auch für das Bundesland Bremen, nicht jedoch für Hamburg und insbesondere nicht für Berlin. Lediglich 19,3 Prozent der in Berlin beschäftigten TK-versicherten Berufstätigen wohnten 2011 außerhalb von Berlin, mussten zum Erreichen ihres Arbeitsplatzes also erst nach Berlin „einpendeln“.

Leider ermöglicht die hier ausschließlich verfügbare räumliche Zuordnung des Arbeitsplatzes und Wohnortes nach Kreisen keine exakte Bestimmung von Arbeitsplatzdistanzen, sondern lediglich eine relativ grobe Kategorisierung, die insbesondere bei großflächigen Kreisen erhebliche Unschärfen aufweist und daher zurückhaltend interpretiert werden muss.⁹

⁸ Eine inhaltlich vergleichbare Grafik, vermutlich bezogen auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte allgemein und beschränkt auf eine Auswahl städtischer Regionen, erschien 2012 im Zeitmagazin (vgl. <http://www.zeit.de/2012/14/Deutschlandkarte-Pendler>).

⁹ Grundsätzlich dürften die bei Sozialversicherungsträgern verfügbaren Daten relativ gute Möglichkeiten zur Ermittlung von Arbeitsplatzdistanzen von Berufstätigen bieten, sofern hier ein datenschutzrechtlich gangbarer Weg zur Auswertung der regional feiner gegliederten Daten gefunden wird.

Anteil Berufstätige mit Wohnort außerhalb des dargestellten Arbeitskreises 2011

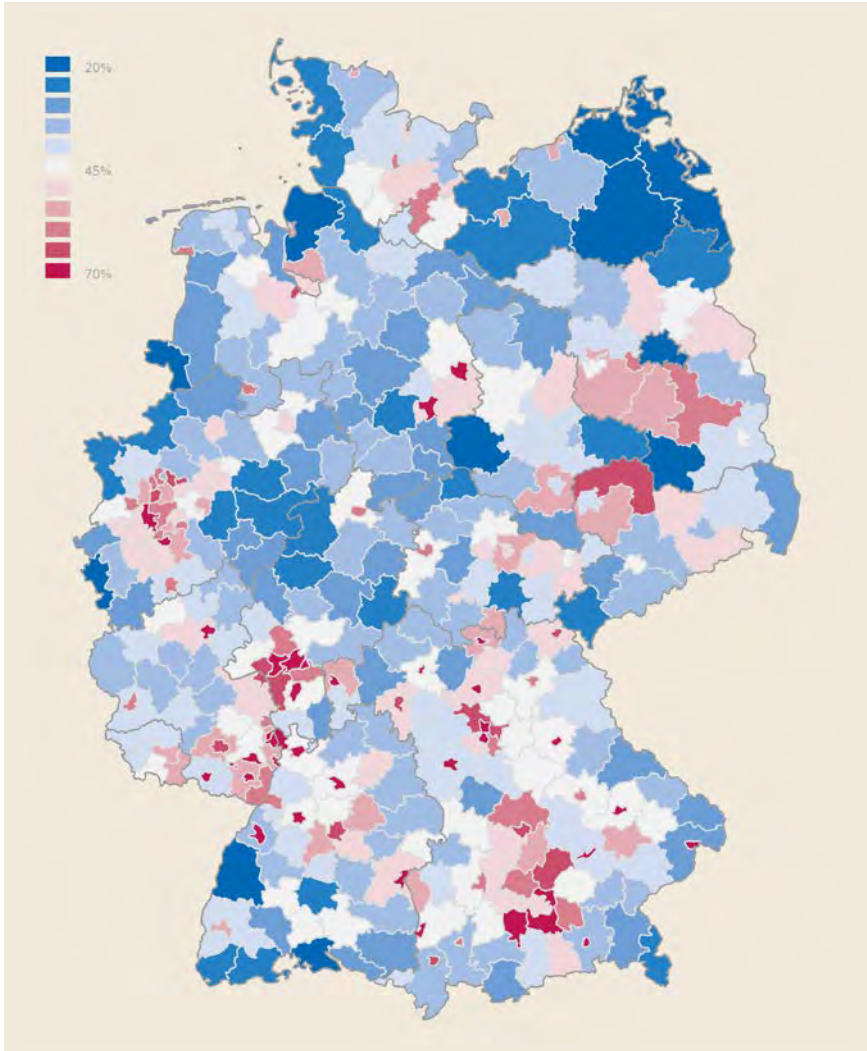


Abbildung 3 (Basis: Daten zu jahresdurchschnittlich $n = 3,507$ Mio. Berufstätigen mit Angabe zum Wohn- und Arbeitsstättenkreis 2011)

Arbeitsplatzentfernung 2011 abhängig von Versichertenmerkmalen

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, inwieweit Entfernungen zwischen Wohn- und Arbeitsplatz in Abhängigkeit von ausgewählten Versichertenmerkmalen variieren. Dargestellt werden für Subgruppen von Berufstätigen zum einen jeweils die Anteile derjenigen Berufstätigen, die 2011 allgemein in einem vom Wohnkreis abweichenden Kreis arbeiteten (hier bezeichnet als „Pendler gesamt“; insgesamt waren 45,1 Prozent der Berufstätigen betroffen). Zum anderen werden in einer weiteren Eingrenzung die Anteile derjenigen Berufstätigen dargestellt, bei denen Wohn- und Arbeitskreis nicht direkt benachbart waren und die, bezogen auf geografische Kreismittelpunkte, eine Entfernung von mehr als 50 Kilometern zurücklegten (hier gekennzeichnet durch „> 50 km Distanz“; insgesamt waren 11,9 Prozent der Berufstätigen im Jahr 2011 betroffen).

Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Alter

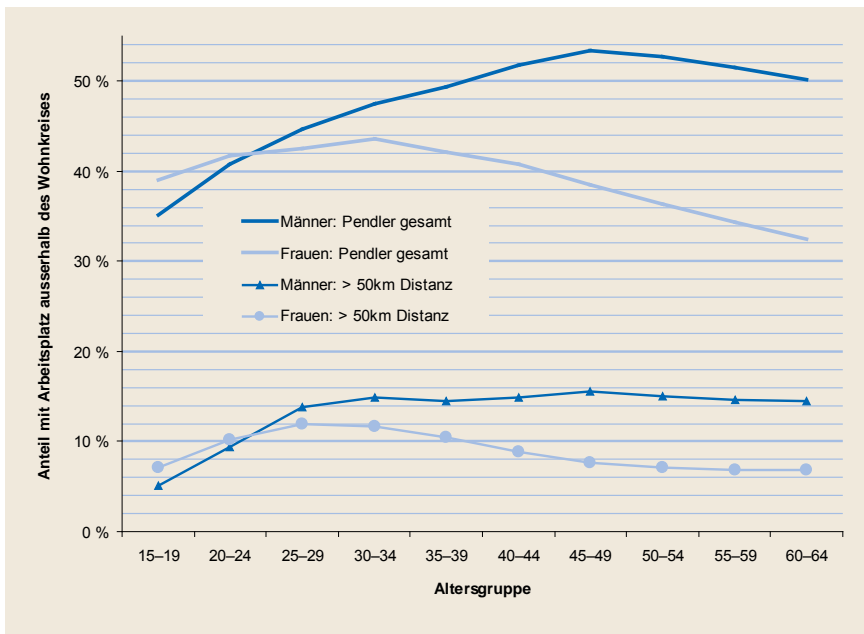


Abbildung 4 (Berufstätige mit Angaben zum Wohn- und Arbeitskreis 2011; approximative Distanz nach Mittelpunkten nicht benachbarter Kreise; Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 3,49 Mio.)

Abbildung 4 zeigt Pendleranteile bei Berufstätigen mit Versicherung bei der TK 2011 in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. Zahlenwerte sind Tabelle A31 auf Seite 153 im Anhang zu entnehmen. Beschäftigte aus jüngeren Altersgruppen arbeiten demnach verhältnismäßig selten außerhalb ihres eigenen Wohnkreises. Relativ hoch lag der Anteil demgegenüber bei männlichen Beschäftigten

in den Altersjahren vor Vollendung des 50. Lebensjahres. Insbesondere in den höheren Altersgruppen arbeiteten weibliche im Vergleich zu männlichen Berufstätigen erheblich seltener sowohl allgemein außerhalb des eigenen Wohnkreises als auch in einem Kreis mit einer Distanz von mehr als 50 Kilometern. Die Ergebnisse zu höheren Altersgruppen könnten dabei maßgeblich das Resultat einer eher traditionellen Rollenverteilung sein, bei der männliche Beschäftigte als Hauptverdiener häufiger längere Arbeitsplatzdistanzen in Kauf nehmen als weibliche Berufstätige beziehungsweise weibliche Beschäftigte zugunsten der Familie eher auf einen weiter entfernten Arbeitsplatz verzichten.

Abbildung 5 zeigt Ergebnisse zu Arbeitsplatzdistanzen in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand. Die geringsten Anteile von Beschäftigten mit allgemein abweichenden Wohn- und Arbeitskreisen finden sich bei Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss ohne eine Berufsausbildung, die höchsten bei Fachhochschulabsolventen.

Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Ausbildung

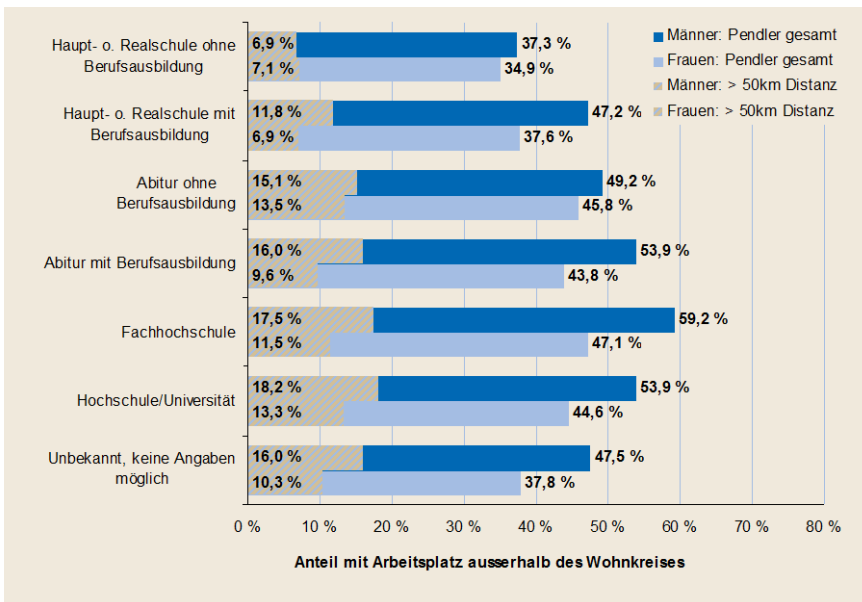


Abbildung 5 (Berufstätige mit Angaben zum Wohn- und Arbeitskreis sowie zur Ausbildung 2011; approximative Distanz nach Mittelpunkten nicht benachbarter Kreise; Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 3,48 Mio.)

Distanzen von (approximativ) mehr als 50 Kilometern zum Arbeitsplatz finden sich mit 18,2 beziehungsweise 13,3 Prozent allerdings am häufigsten bei männlichen beziehungsweise weiblichen Berufstätigen mit Universitätsabschluss. Da-

bei dürfte eine Rolle spielen, dass für bestimmte, spezialisierte akademische Berufe nur Arbeitsplätze in verhältnismäßig wenigen Regionen beziehungsweise Zentren existieren und insofern häufiger auch weiter entfernte Arbeitsplätze in Betracht gezogen werden müssen.

In Abbildung 6 sowie Abbildung 7 werden Arbeitsplatzdistanzen in Abhängigkeit von der Tätigkeit – gruppiert nach Berufsfeldern – separat für männliche und weibliche Berufstätige mit Versicherung in der TK 2011 dargestellt.

Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Berufsfeldern: Männer

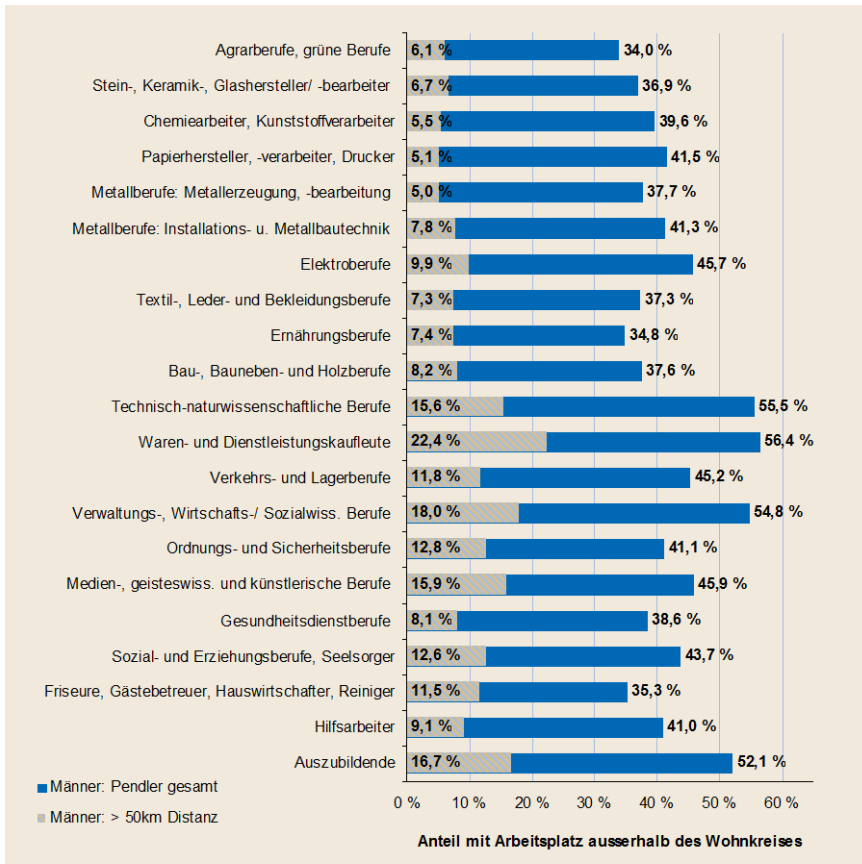


Abbildung 6 (männliche Berufstätige mit Angaben zum Wohn- und Arbeitskreis sowie zur Tätigkeit 2011; approximative Distanz nach Mittelpunkten nicht benachbarter Kreise; Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 1,87 Mio.)

Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Berufsfeldern: Frauen



Abbildung 7 (weibliche Berufstätige mit Angaben zum Wohn- und Arbeitskreis sowie zur Tätigkeit 2011; approximative Distanz nach Mittelpunkten nicht benachbarter Kreise; Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 1,60 Mio.)

Zu Berufsgruppen mit eher geringen Arbeitsplatzdistanzen zählen nach den vorliegenden Ergebnissen unter anderem Agrar- und Ernährungsberufe. Unter Waren- und Dienstleistungskaufleuten findet sich demgegenüber beispielsweise ein verhältnismäßig hoher Anteil von Beschäftigten mit einer größeren Arbeitsplatzdistanz. Ähnliches gilt auch für Auszubildende. Zu beachten ist allerdings, dass ein überwiegender Teil der Auszubildenden bei der Kodierung von Tätigkeiten unter dem angestrebten Beruf erfasst wird und der Tätigkeitsschlüssel „Auszubildende“ regulär nur für Ausbildungen verwendet werden sollte, bei denen eine spezifische berufliche Tätigkeit nicht angegeben werden kann, was insbesondere für Auszubildende im Sinne von Praktikanten gelten dürfte.

Häufigkeit von Wohnort- sowie von Betriebswechseln 2009 bis 2011 in Abhängigkeit von Versichertenmerkmalen 2009

Auch Wohnort- und Betriebswechsel betreffen erwartungsgemäß nicht alle Subgruppen von Erwerbspersonen in gleichem Maße. Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, inwiefern unterschiedliche Gruppen von Erwerbspersonen in den drei Jahren von 2009 bis 2011 in unterschiedlichem Umfang von entsprechenden Wechseln betroffen waren, wobei eine Subgruppenaufteilung hier grundsätzlich auf der Basis von Statusinformationen aus dem Jahr 2009, also zu Beginn des Beobachtungszeitraums der Erfassung der Wechsel, vorgenommen wurde. Die Auswertungen beschränken sich allgemein auf Personen mit verfügbaren Angaben zum Wohnort aus allen drei Jahren, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums zwischen 15 und 62 Jahre alt waren und somit bis 2011 die Altersgrenze zum regulären Altersrenteneintritt noch nicht überschritten hatten.

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Alter 2009

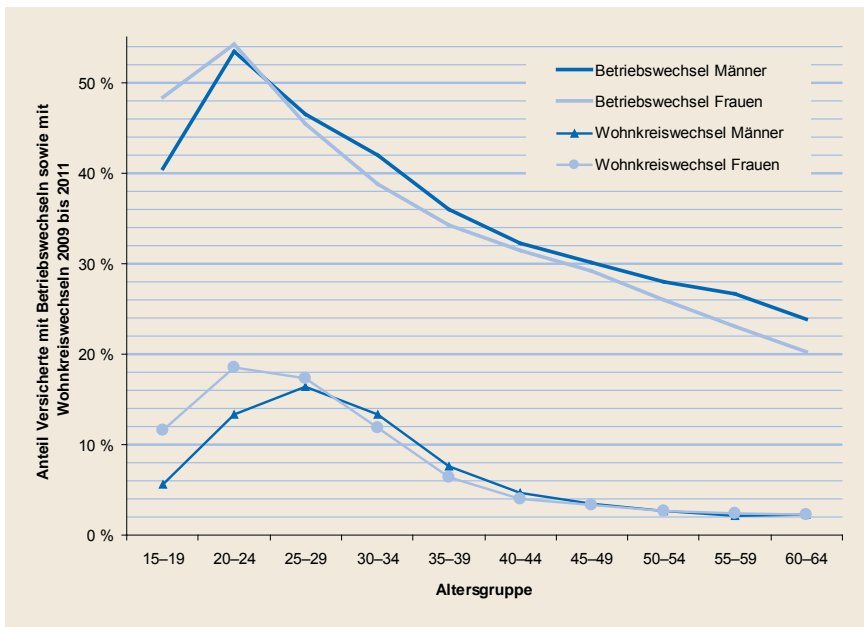


Abbildung 8 (Berufstätige und Arbeitslose mit Angaben zum Wohnkreis aus den drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 3,33 Mio.]; Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen [n = 3,22 Mio.]

Abbildung 8 zeigt zunächst den Anteil der von Betriebs- und Wohnortwechseln innerhalb des Beobachtungszeitraums von drei Jahren betroffenen Versicherten in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter im Jahr 2009. Entsprechende Zahlenangaben sind Tabelle A32 auf Seite 154 im Anhang zu entnehmen.

Geschlechts- und altersübergreifend wechselten 35,1 Prozent der Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK innerhalb von drei Jahren mindestens einmal ihren Arbeitsplatz (beziehungsweise waren mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsnummern zugeordnet). Zu 7,4 Prozent der Erwerbspersonen waren Wohnorte mit unterschiedlichen Kreiszuordnungen erfasst.

Während von den 20- bis 24-jährigen Männern und Frauen mehr als 50 Prozent ihren Arbeitsplatz innerhalb von drei Jahren wechselten, lag der Anteil bei den 60- bis 64-Jährigen geschlechtsübergreifend bei lediglich 23 Prozent.

Wohnkreiswechsel zeigen – bei allerdings merklich geringerem Häufigkeitsniveau – eine noch ausgeprägtere relative Abhängigkeit vom Alter als Betriebswechsel. Der höchste Anteil an Wohnkreiswechseln innerhalb von drei Jahren lässt sich mit 18,4 Prozent für Frauen feststellen, die im Jahr 2009 zwischen 20 und 24 Jahre alt waren. Frauen waren in den beiden jüngsten Altersgruppen um mehr als 5 Prozentpunkte häufiger von Wohnkreiswechseln als Männer betroffen. In höheren Altersgruppen finden sich bei beiden Geschlechtern vergleichbare Raten. Ab einem Alter von 50 Jahren waren weniger als 3 Prozent der Personen innerhalb von drei Jahren von einem Wohnkreiswechsel betroffen.

Abbildung 9 zeigt die von Wohnkreis- sowie Betriebswechseln 2009 bis 2011 betroffenen Anteile von Berufstätigen in einer Gruppierung nach der individuell jeweils ersten verfügbaren Angabe zur Ausbildung aus dem Jahr 2009. Auffällig erscheinen die relativ hohen Wechselraten bei Personen ohne Berufsausbildung und dabei insbesondere bei denjenigen mit Abitur. Dabei dürfte es sich relativ häufig um jüngere Personen handeln, die 2009 noch keine primär angestrebte berufliche Stellung erreicht hatten, weshalb die in nachfolgenden Jahren beobachteten Wechselraten verständlich erscheinen.

Abbildung 10 und Abbildung 11 ab Seite 37 zeigen – separat für Männer und Frauen – Wechselraten in Abhängigkeit von Tätigkeitszuordnungen nach Berufsfeldern 2009. Auch bei dieser Differenzierung von Subgruppen erscheinen relativ hohe Wechselraten bei Auszubildenden in Anbetracht des erwartungsgemäß eher niedrigen Durchschnittsalters verständlich. Bei beiden Geschlechtern überdurchschnittlich häufig von Betriebswechseln betroffen waren zudem Personen, die 2009 zunächst als Hilfsarbeiter beschäftigt oder arbeitslos versichert waren. Anstellungen ohne spezifische Qualifikation sind demnach weniger stetig. Auch Personen, die – bedingt durch Arbeitslosigkeit zu Beginn des Beobachtungszeit-

raums – erst nachfolgend einen Arbeitsplatz fanden, waren überdurchschnittlich häufig von Arbeitsplatzwechseln betroffen.

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Ausbildung 2009

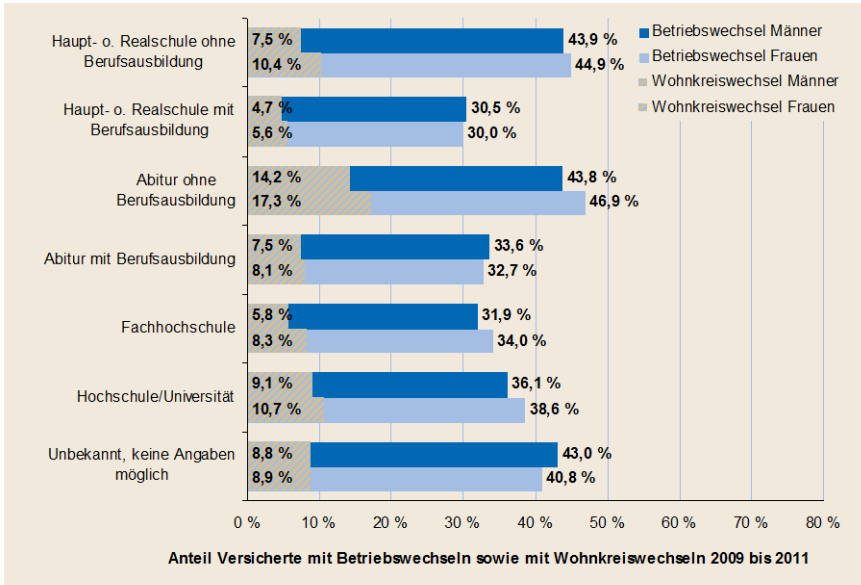


Abbildung 9 (Berufstätige nach jeweils erster verfügbarer Angabe zur Ausbildung 2009, Angaben zum Wohnkreis aus den drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 2,95 Mio.]; Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen [n = 2,95 Mio.]

Wechselraten in Abhängigkeit von den Branchenzuordnungen der Beschäftigten entsprechend ihrer ersten dokumentierten Anstellung 2009 sind Abbildung 12 und Abbildung 13 ab Seite 39 zu entnehmen. Von einem Betriebswechsel im Zeitraum von 2009 bis 2011 auffällig häufig betroffen waren nach den dargestellten Ergebnissen bei beiden Geschlechtern insbesondere Beschäftigte aus dem Gastgewerbe sowie aus der Branche „Sonstige Dienstleistungen“. Die zuletzt genannte Branche (auf der Gliederungsebene von sogenannten Abschnitten des Branchenschlüssels) umfasst als relevante Subgruppe auch Zeitarbeitsunternehmen, für deren Beschäftigte sich in den hier betrachteten Daten extrem hohe Betriebswechselraten oberhalb von 70 Prozent ermitteln ließen, die für die auffällig hohen Zahlen der übergeordneten Branchengruppe verantwortlich zu machen sind. Geringe Wechselraten zeigen sich demgegenüber branchenabhängig bei Beschäftigten in der „Wasserver-, Abwasser- und Abfallentsorgung“ sowie bei Beschäftigten in der „Öffentlichen Verwaltung, Sozialversicherung“.

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Berufsfeldern 2009: Männer

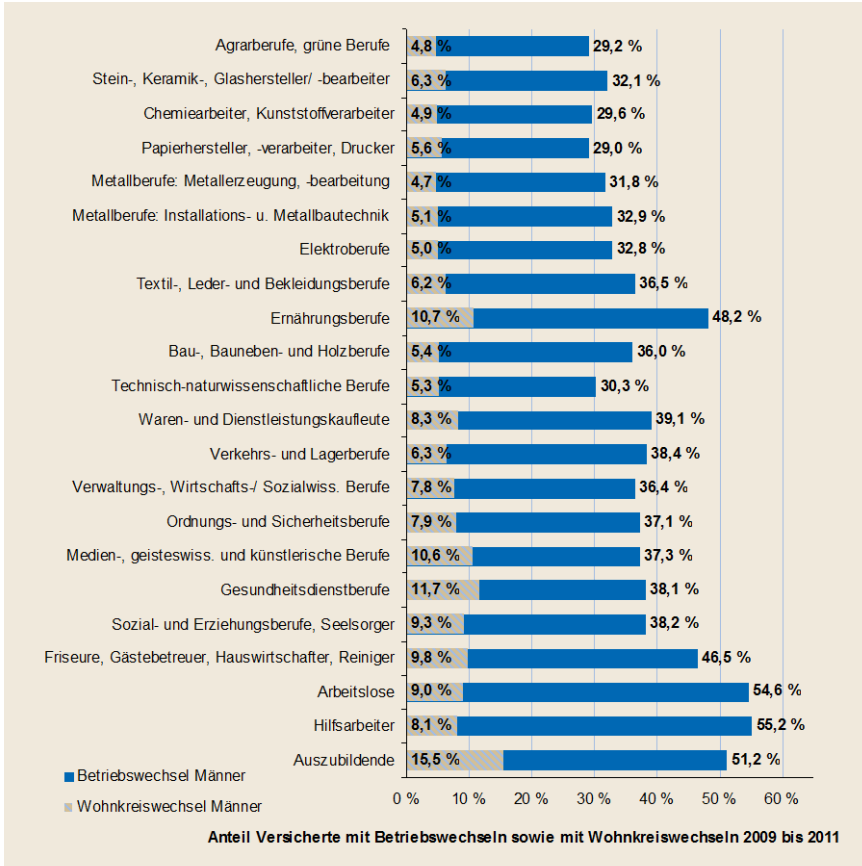


Abbildung 10 (männliche Berufstätige und Arbeitslose nach ggf. jeweils erster Statusangabe zur Tätigkeit 2009, Angaben zum Wohnkreis aus den drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 1,73 Mio.]; Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen [n = 1,68 Mio.]

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Berufsfeldern 2009: Frauen

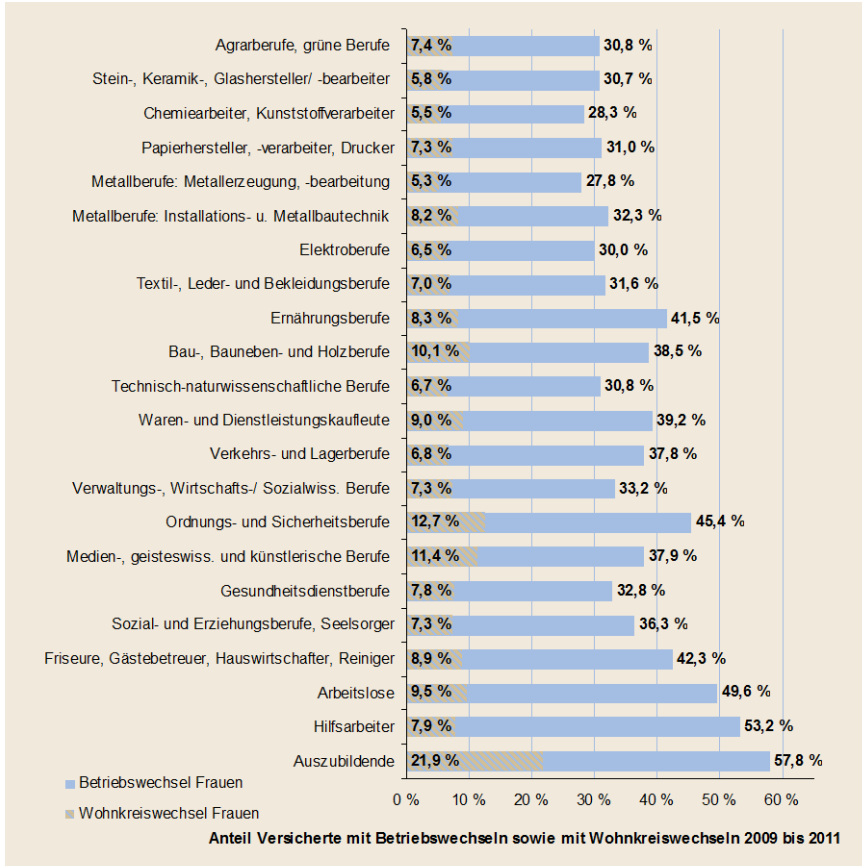


Abbildung 11 (weibliche Berufstätige und Arbeitslose nach ggf. jeweils erster Statusangabe zur Tätigkeit 2009, Angaben zum Wohnkreis aus den drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 1,41 Mio.]; Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen [n = 1,36 Mio.]

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Branchen 2009: Männer

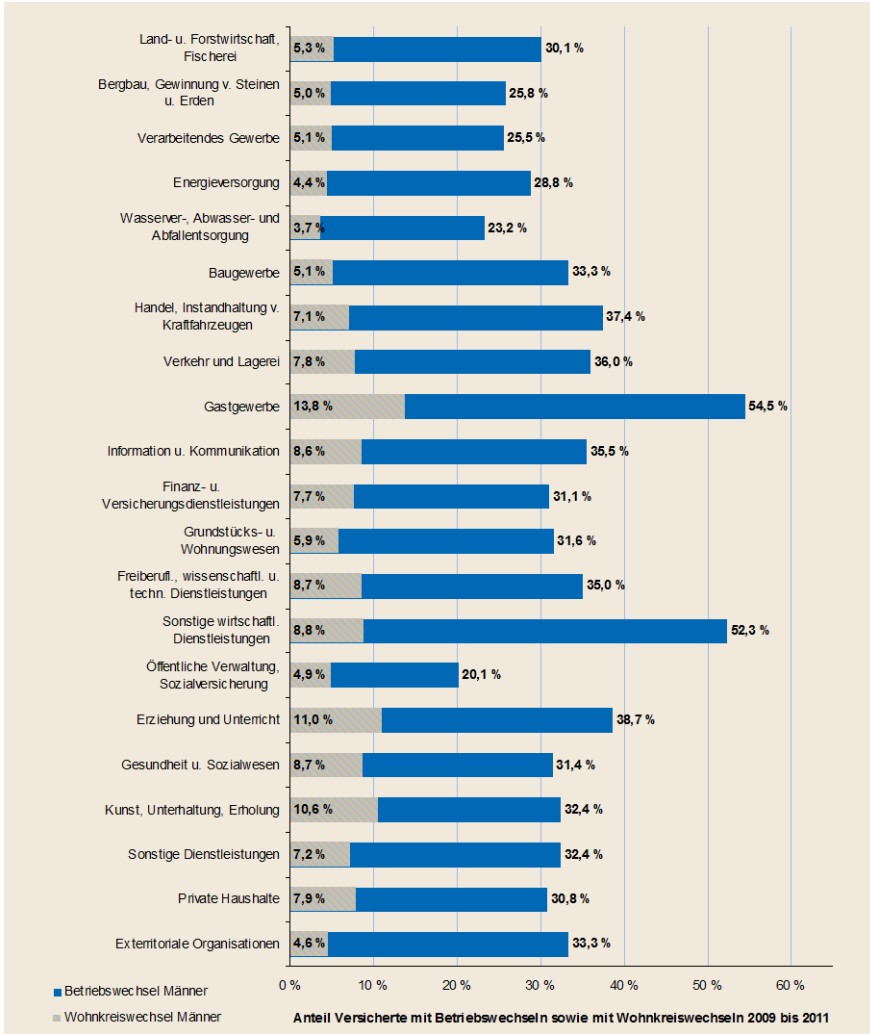


Abbildung 12 (männliche Berufstätige nach jeweils erster Statusangabe zur Branche 2009, Angaben zum Wohnkreis aus den drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 1,63 Mio.]; Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen [n = 1,63 Mio.]

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Branchen 2009: Frauen

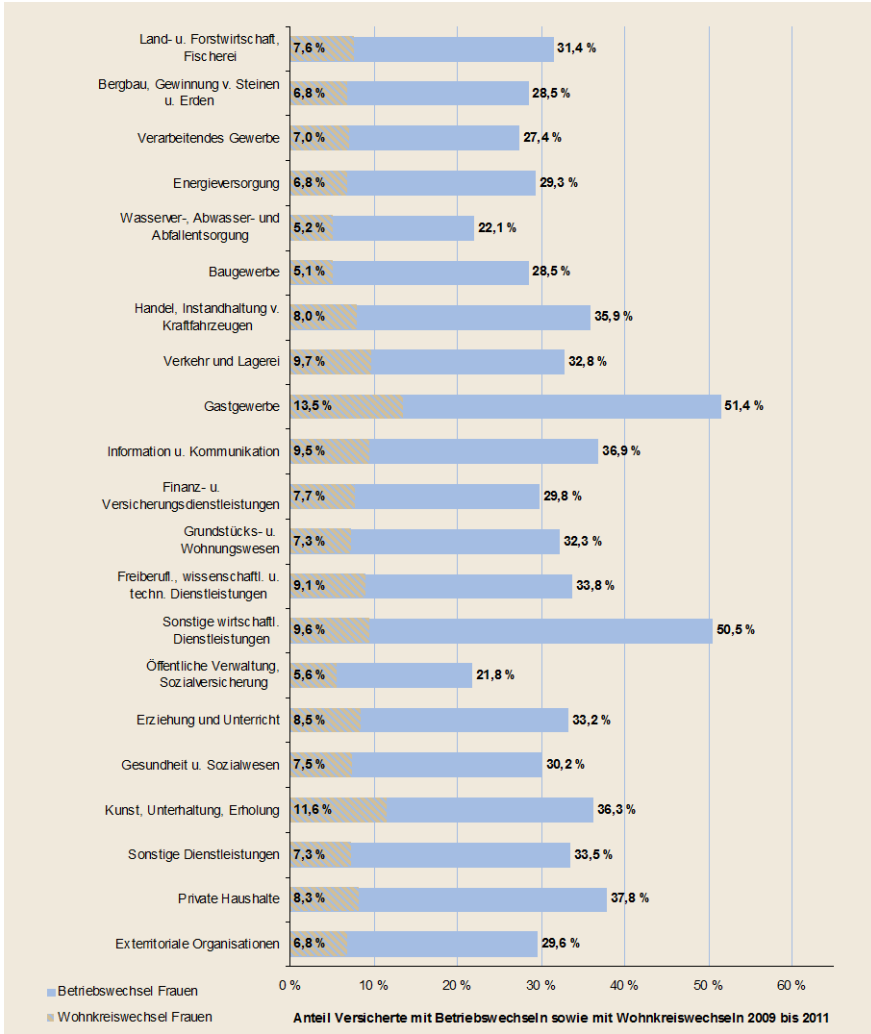


Abbildung 13 (weibliche Berufstätige nach jeweils erster Statusangabe zur Branche 2009, Angaben zum Wohnkreis aus den drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 1,33 Mio.]; Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen [n = 1,32 Mio.]

Mobilität, Flexibilität und Gesundheit

Zusammenhänge zwischen Mobilität, Flexibilität und Gesundheit sind vielschichtig und wechselseitig. Ein gewisser Grad an Gesundheit ist zweifellos Grundvoraussetzung dafür, mobil und flexibel agieren zu können. Wohnort- sowie Arbeitsplatzwechsel, als hier vorrangig betrachtete Indikatoren für Mobilität und Flexibilität, betreffen nach den bereits dargestellten Ergebnissen zudem deutlich häufiger jüngere als ältere Menschen. Beide Aspekte lassen – unabhängig von etwaigen Auswirkungen der Flexibilität und Mobilität auf die Gesundheit – erwarten, dass eine nachweislich mobile und flexible Gruppe von Erwerbspersonen tendenziell gesünder (und jünger) als eine Gruppe mit weniger mobilen und flexiblen Erwerbspersonen ist.

Wohnort- sowie Arbeitsplatzwechsel können dabei zu einem Teil auf einer (weitgehend) freien Entscheidung basieren. Sie können beispielsweise Folge eines beruflichen Aufstiegs sein, womit sie auch Folge einer primär vorrangig positiv empfundenen Veränderung der persönlichen Lebensumstände wären. Ein anderer Teil der Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel dürfte demgegenüber jedoch von den Betroffenen primär unter einem negativen Vorzeichen und als Belastung gesehen werden. Dies dürfte in der Regel für unfreiwillige und ungeplante Wechsel gelten, beispielsweise bei Verlust des Arbeitsplatzes oder nach Trennung vom Lebenspartner.

Bei einem Teil der primär zunächst positiv oder negativ konnotierten Ereignisse können sich im weiteren Verlauf schließlich durchaus noch gegenteilige Einschätzungen und Auswirkungen ergeben. Nicht jeder zunächst angestrebte Arbeitsplatzwechsel erweist sich auch im Nachhinein als glücklich, der Bau und die Finanzierung des ersehnten Eigenheims können erheblichen Stress verursachen, manche zunächst unfreiwillige Änderung kann sich demgegenüber später auch noch als positiv erweisen.

Insbesondere Wohnortwechsel betreffen zudem oftmals, vorrangig in Familien, sehr direkt mehrere Menschen, die individuell recht unterschiedlich von dem Wechsel profitieren oder belastet werden. Während ein Partner möglicherweise am Wohnort ein befriedigendes neues Arbeitsumfeld gefunden hat, hat der andere mit demselben Ortswechsel möglicherweise nur einen wesentlichen Teil seines persönlichen Umfeldes verloren.

Vor dem skizzierten Hintergrund muss, abhängig von der individuellen Situation, mit recht unterschiedlichen Zusammenhängen sowie Auswirkungen von Wohnort- und Arbeitsplatzwechseln auf die Gesundheit gerechnet werden. Für Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel kann keinesfalls per se ein positiver oder negativer Einfluss auf die Gesundheit postuliert werden.

Hinweise auf primär als positiv oder negativ einzustufende Wechsel lassen sich aus den jetzt verfügbaren Routinedaten einer Krankenkasse allenfalls sehr eingeschränkt und aufwändig ableiten. Bei Arbeitsplatzwechseln könnten zwischenzeitliche Phasen mit Arbeitslosigkeit einen Hinweis auf ungewollte Wechsel liefern. Arbeitsplatzwechsel mit Gehaltseinbußen wären tendenziell gleichfalls negativ zu interpretieren, wobei auf entsprechende Angaben im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport jedoch nicht zurückgegriffen werden konnte. Noch schwieriger, und auf Basis von Angaben zu Wohnkreisen unmöglich, erscheinen primäre Wertungen bei Wohnortwechseln. Hier dürften vorrangig Befragungen der Betroffenen mehr Informationen zum primären Anlass oder zu Auswirkungen des Wohnortwechsels liefern.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen lässt sich auf Basis der verfügbaren Daten die gesundheitliche Situation in unterschiedlichen Gruppen von Erwerbspersonen, abhängig von den jetzt effektiv erfassten Wohn- und Arbeitsplatzwechseln, empirisch beschreiben. Bei der Interpretation ist – wie bei nahezu jeder Statistik – gemäß den vorausgehenden Ausführungen zu bedenken, dass bei Gruppenunterschieden lediglich ein Überwiegen des einen oder anderen Effektes zum Ausdruck kommt. Auf Basis der Befunde zur Altersabhängigkeit von Wohn- und Arbeitsplatzwechseln sollte offensichtlich sein, dass Gruppenvergleiche ohne Berücksichtigung von Alterseffekten wenig zielführend sind – allein aufgrund ihres geringeren Durchschnittsalters dürften Personen mit Arbeitsplatz- und Wohnortwechseln von einer Reihe von schwerwiegenderen Erkrankungen seltener als andere Gruppen betroffen sein.

Die nachfolgenden Gegenüberstellungen zum Thema Gesundheit erfolgen daher auf der Basis von geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen, bei denen sinngemäß für alle betrachteten Gruppen eine (fiktive) einheitliche Geschlechts- und Altersstruktur zugrunde gelegt wird. Einbezogen wurden bei den Auswertungen als Untersuchungspopulation allgemein ausschließlich Personen mit verfügbaren Wohnortangaben aus allen drei Jahren 2009 bis 2011, die im Jahr 2009 zwischen 15 und 62 Jahre alt waren (womit das reguläre Renteneintrittsalter in der betrachteten Population grundsätzlich erst nach 2011 erreicht wurde) und die 2011 mehr als 182 Tage als Berufstätige oder ALG-I-Empfänger bei der TK versichert waren (womit zumindest für die Hälfte des Jahres gegebenenfalls eine Verpflichtung zur Abgabe von AU-Meldungen bestand).¹⁰

¹⁰ Durch diese Selektion wird vermieden, dass geringe Fehlzeiten im Jahr 2011 in bestimmten Subgruppen ausschließlich aus geringen meldepflichtigen Versicherungszeiten 2011 resultieren können. Effektiv waren Versicherte aus allen nachfolgend dargestellten Subgruppen mehr als 95 Prozent des Jahres 2011 AU-meldepflichtig bei der TK versichert.

Arbeitsplatzdistanz und Gesundheit

In Abbildung 14 werden diagnosebezogene Fehlzeiten in Abhängigkeit von der Arbeitsplatzentfernung aus dem Jahr 2011 dargestellt. Verglichen werden geschlechts- und altersstandardisiert ermittelte Fehlzeiten von Personen, die innerhalb ihres eigenen Wohnkreises oder in einem direkt benachbarten Kreis arbeiteten („Wohnen nah“) mit Fehlzeiten von Personen, die außerhalb ihres Wohnkreises in einem nicht benachbarten Kreis arbeiteten („Wohnen entfernt“). Zahlenwerte sind der nachfolgenden Tabelle 1 zu entnehmen, die auch Angaben zu diagnosebezogenen AU-Raten enthält, womit die Anteile derjenigen Versicherten bezeichnet werden, die innerhalb des Jahres mindestens einen Tag unter einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet waren. Berücksichtigt werden konnten bei dieser Auswertung selbstverständlich ausschließlich Versicherte, bei denen neben den Wohnkreisen auch Angaben zur Kreiszuordnung des Arbeitsplatzes verfügbar waren.

Diagnosebezogene Fehlzeiten 2011 nach Arbeitsplatzdistanz

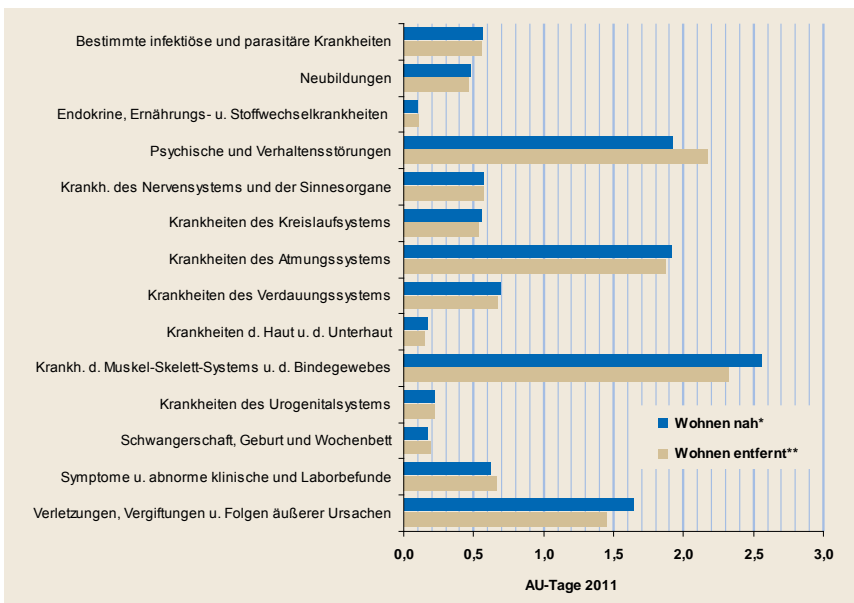


Abbildung 14 (*Versicherte mit vorrangigem Arbeitsplatz 2011 im Wohnkreis oder in einem direkt benachbarten Kreis [n = 2.475 Tsd.]; **Versicherte mit vorrangigem Arbeitsplatz 2011 in einem nicht benachbarten Kreis [n = 557 Tsd.]; standardisiert)

Allgemein unterscheiden sich die erfassten diagnosebezogenen Fehlzeiten zwischen den beiden hier verglichenen Gruppen eher gering. Entfernt zum Wohnort arbeitende Versicherte waren 2011 mit durchschnittlich 12,65 AU-Tagen etwas kürzer als nah am Wohnort arbeitende Versicherte krankgeschrieben. Die Diffe-

renz resultiert dabei vorrangig aus geringeren Fehlzeiten von entfernt arbeitenden Versicherten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie mit Verletzungen. Hinweise auf eine allgemein schlechtere Gesundheit bei größerer Arbeitsplatzdistanz lassen sich damit aus den Ergebnissen keinesfalls ableiten, eher deutet sich ein umgekehrter Sachverhalt an.

Lediglich Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen betreffen entfernt vom Wohnort arbeitende Berufstätige mit durchschnittlich 2,18 Fehltagen je Person nach den vorliegenden Ergebnissen in offensichtlich größerem Umfang als wohnortnah arbeitende Berufstätige mit durchschnittlich 1,92 gemeldeten AU-Tagen.

Diagnosebezogene AU-Raten und Fehlzeiten 2011 nach Arbeitsplatzdistanz

Diagnosekapitel	AU-Raten 2011		AU-Tage 2011	
	nah*	entfernt**	nah*	entfernt**
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,6 %	8,2 %	0,56	0,56
II. Neubildungen	1,3 %	1,3 %	0,48	0,46
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5 %	0,5 %	0,10	0,11
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	4,5 %	4,8 %	1,92	2,18
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,2 %	4,1 %	0,58	0,57
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,6 %	2,5 %	0,55	0,54
X. Krankheiten des Atmungssystems	23,0 %	22,3 %	1,91	1,87
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	9,2 %	8,7 %	0,69	0,67
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2 %	1,1 %	0,17	0,15
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,3 %	10,3 %	2,56	2,32
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2,2 %	2,2 %	0,22	0,22
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9 %	1,0 %	0,16	0,19
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	5,5 %	5,5 %	0,63	0,66
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	7,5 %	6,7 %	1,64	1,45
Insgesamt	51,2 %	49,1 %	12,86	12,65

Tabelle 1 (*Versicherte mit vorrangigem Arbeitsplatz 2011 im Wohnkreis oder in einem direkt benachbarten Kreis [n = 2.475 Tsd.]; **Versicherte mit vorrangigem Arbeitsplatz 2011 in einem nicht benachbarten Kreis [n = 557 Tsd.]; standardisiert)

Betriebswechsel und Gesundheit

Abbildung 15 zeigt diagnosebezogene Fehlzeiten im Jahr 2011 in Abhängigkeit von Betriebswechslern. Verglichen werden Erwerbspersonen, die nach verfügbaren Daten aus den Jahren 2009 bis 2011 lediglich bei einem Arbeitgeber beziehungsweise mit konstanter Betriebsnummer beschäftigt waren mit Erwerbspersonen, zu denen mindestens zwei unterschiedliche Betriebsnummern innerhalb des Zeitraums erfasst waren. Zahlenwerte, auch zu diagnosebezogenen AU-Raten, sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Diagnosebezogene Fehlzeiten 2011 nach Betriebswechslern ja vs. nein

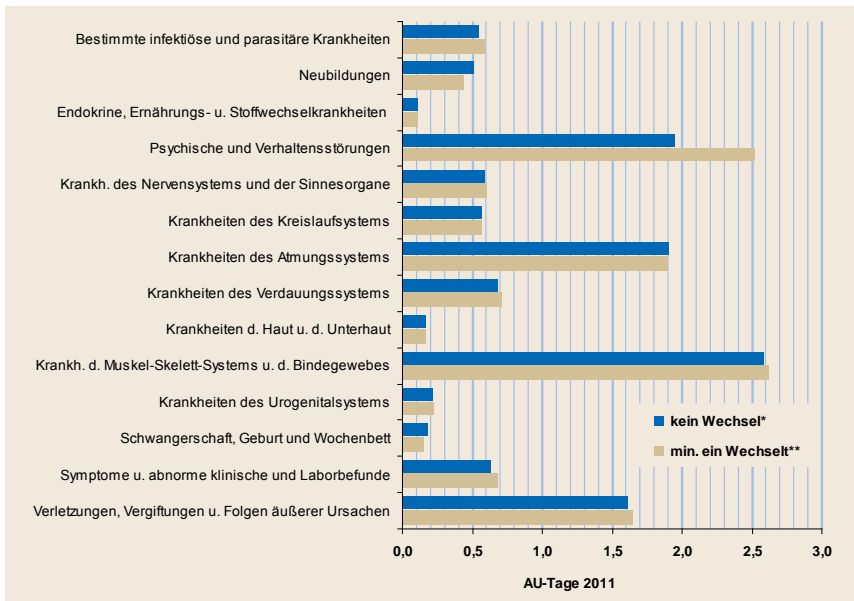


Abbildung 15 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Arbeitgeberangabe 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [n = 2.029 Tsd.]; **Versicherte mit mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsnummernangaben 2009 bis 2011 [n = 1.076 Tsd.]; standardisiert)

Insgesamt lagen 2011 nach den geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen Fehlzeiten bei Personen ohne Betriebswechsel innerhalb von drei Jahren mit durchschnittlich 12,96 Tagen etwas niedriger als bei Personen mit mindestens einem Arbeitsstättenwechsel, für die sich durchschnittlich 13,66 AU-Tage ermitteln ließen. Diese Gesamtdifferenz von 0,7 Fehltagen je Person resultiert dabei weit überwiegend aus höheren Fehlzeiten bei „Wechsler“ mit einer Diagnose aus dem Kapitel der psychischen Störungen. Während „Wechsler“ durchschnittlich gut 2,5 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben waren, wurden für Personen mit nur einer Betriebsnummernangabe weniger als 2 AU-Tage mit entsprechenden Diagnosen erfasst.

Diagnosebezogene AU-Raten und Fehlzeiten 2011 nach Betriebswechselln ja vs. nein

Diagnosekapitel	AU-Raten 2011		AU-Tage 2011	
	kein W.*	min. ein W.**	kein W.*	min. ein W.**
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,3 %	8,6 %	0,55	0,59
II. Neubildungen	1,4 %	1,2 %	0,51	0,44
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5 %	0,5 %	0,11	0,11
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	4,1 %	5,4 %	1,95	2,52
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,1 %	4,1 %	0,59	0,60
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,6 %	2,6 %	0,57	0,57
X. Krankheiten des Atmungssystems	22,8 %	22,4 %	1,90	1,90
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	9,0 %	9,0 %	0,68	0,72
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2 %	1,2 %	0,17	0,17
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,1 %	10,9 %	2,59	2,62
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2,2 %	2,2 %	0,22	0,22
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,0 %	0,9 %	0,19	0,15
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	5,4 %	5,6 %	0,63	0,68
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	7,3 %	7,3 %	1,61	1,65
Insgesamt	50,6 %	50,8 %	12,96	13,66

Tabelle 2 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Arbeitgeberangabe 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [n = 2.029 Tsd.]; **Versicherte mit unterschiedlichen Arbeitgeberangaben 2009 bis 2011 [n = 1.076 Tsd.]; standardisiert)

Wechsel von Betriebsnummern und damit von Arbeitsplätzen werden relativ häufig erfasst. Sie betrafen innerhalb von drei Jahren etwa ein Drittel der hier betrachteten Untersuchungspopulation. Auch mehrfache Wechsel kommen noch verhältnismäßig häufig vor. Vor diesem Hintergrund waren auch Auswertungen zu diagnosespezifischen Fehlzeiten mit einer weiterer Differenzierung nach der Anzahl der Wechsel möglich, deren Ergebnisse in Abbildung 16 dargestellt sind. Zahlenangaben zu dieser Abbildung finden sich in Tabelle A33 auf Seite 155 im Anhang. Tabelle A34 enthält zudem Angaben zu diagnosebezogenen AU-Raten.

Diagnosebezogene Fehlzeiten nach Betriebswechslern weiter differenziert

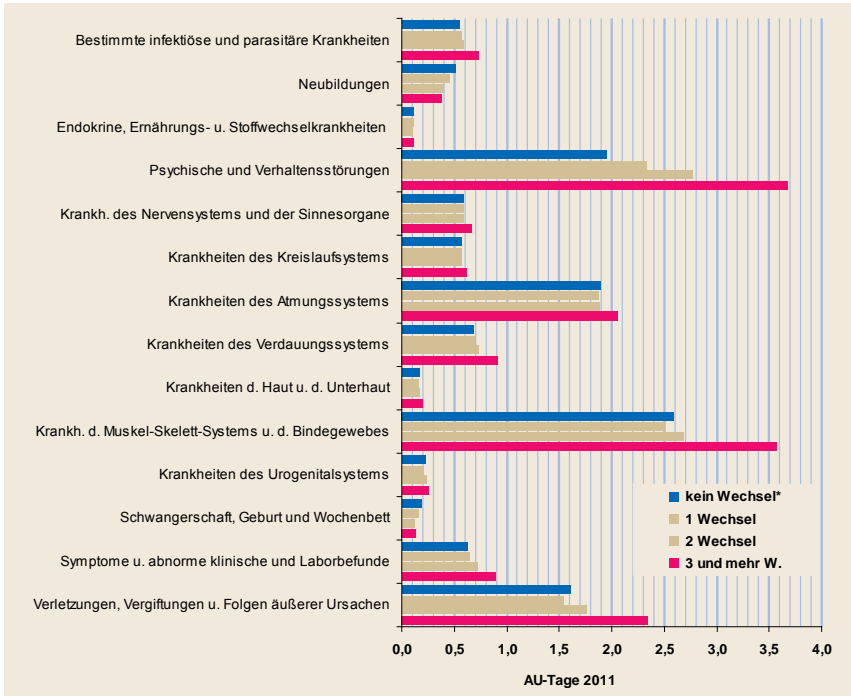


Abbildung 16 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Arbeitgeberangabe 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [n = 2.029 Tsd.]; des weiteren Versicherte mit einem Wechsel [n = 776 Tsd.], zwei [n = 214 Tsd.] sowie drei und mehr Wechseln von Betriebsnummern 2009 bis 2011 [n = 86 Tsd.]; standardisiert)

Die Fehlzeiten der vier dargestellten Gruppen unterscheiden sich diagnoseübergreifend merklich. Während bei Personen ohne Wechsel im Jahr 2011 durchschnittlich die bereits genannten 12,96 AU-Tage erfasst wurden, waren es bei Personen mit nur einem Wechsel mit 13,12 Tagen geringfügig mehr. Bei zwei und insbesondere bei drei und mehr Wechseln lassen sich mit 14,08 beziehungsweise 17,39 Tagen jedoch erheblich längere Fehlzeiten feststellen.

In der letztgenannten Gruppe führten eine Reihe von Diagnosen zu den deutlich längeren Fehlzeiten (vgl. rötliche Balken). Mit der Anzahl der Wechsel stetig und merklich stiegen dabei insbesondere Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen. Je häufiger zwischen 2009 und 2011 der Arbeitsplatz gewechselt wurde, um so länger waren Betroffene 2011 durchschnittlich mit psychischen Störungen krankgeschrieben. Auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit dieser Beobachtung keinesfalls belegt ist, liefert die Beobachtung einer entsprechenden „Dosis-Wirkungs-Beziehung“ gepaart mit den überwiegend zeitlich vorgelagerten Arbeitsplatzwechseln einen Anhaltspunkt, der eine Annahme von ur-

sächlichen Auswirkungen von Arbeitsplatzwechseln auf die psychische Gesundheit unterstützt. Ein gegenläufiger Trend lässt sich demgegenüber bei Neubildungen feststellen. Hier könnten längerfristig vorbestehende Erkrankungen bei einem Teil der Erkrankten häufige Arbeitsstellenwechsel verhindert haben, was, allgemein formuliert, der (umgekehrten) Annahme von Auswirkungen bestimmter Erkrankungen auf Arbeitsplatzwechsel entsprechen würde.

Wohnkreiswechsel und Gesundheit

Wechsel des Wohnortes bildeten – mitbedingt durch die nur relativ grobe Zuordnung des Wohnortes auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten – in den jetzt betrachteten Daten verhältnismäßig seltene Ereignisse.

Diagnosebezogene Fehlzeiten nach Wohnkreiswechsel ja vs. nein

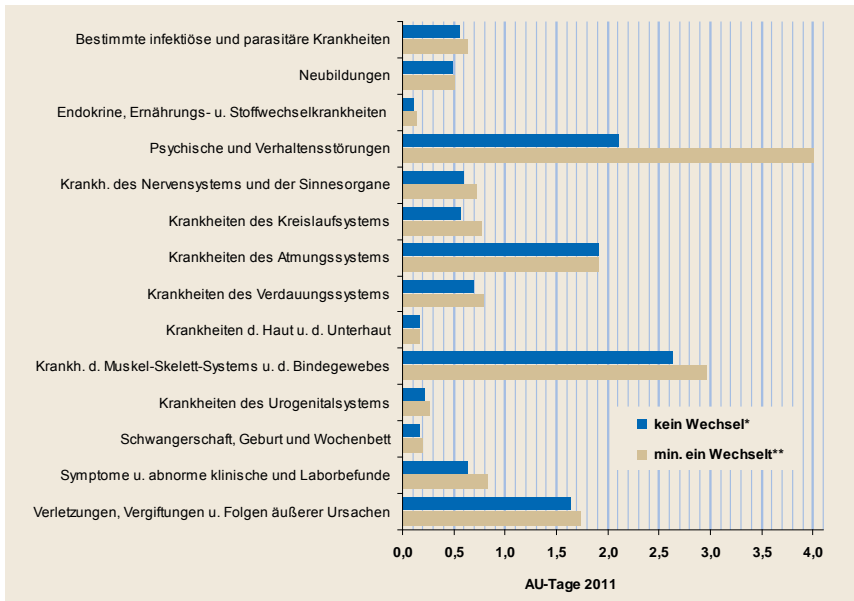


Abbildung 17 (*Versicherte mit konstanten Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 2.889 Tsd.]; **Versicherte mit unterschiedlichen Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 227 Tsd.]; standardisiert)

In Abbildung 17 werden diagnosespezifische Fehlzeiten von Personen mit konstanten Wohnkreisangaben innerhalb der Jahre 2009 bis 2011 den Fehlzeiten einer Gruppe von Personen gegenübergestellt, die innerhalb des Zeitraums in mindestens zwei unterschiedlichen Kreisen wohnten. Zahlenangaben, auch zu diagnosespezifischen AU-Raten, sind Tabelle 3 zu entnehmen. Während Personen mit konstantem Wohnkreis innerhalb des Jahres 2011 durchschnittlich 13,23 Tage arbeitsunfähig gemeldet waren, lag der entsprechende Wert bei Personen mit wechselnden Kreisangaben bei durchschnittlich 16,54 Tagen.

Noch deutlicher als bei den vorausgehenden Gegenüberstellungen resultieren Differenzen der Fehlzeiten zwischen den beiden Gruppen aus unterschiedlichen Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen. Während Personen mit konstantem Wohnort nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen 2011 durchschnittlich lediglich 2,11 Tage mit psychischen Störungen krankgeschrieben waren, wurden bei Personen mit Wohnkreiswechsel 4,01 AU-Tage und damit fast doppelt so hohe Fehlzeiten unter einer entsprechenden Diagnose erfasst.

Diagnosebezogene AU-Raten und Fehlzeiten nach Wohnkreiswechsel ja vs. nein

Diagnosekapitel	AU-Raten 2011		AU-Tage 2011	
	konstant*	Wechsel**	konstant*	Wechsel**
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,5 %	8,1 %	0,56	0,64
II. Neubildungen	1,3 %	1,2 %	0,49	0,52
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5 %	0,5 %	0,11	0,14
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	4,5 %	6,6 %	2,11	4,01
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,2 %	4,1 %	0,60	0,72
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,6 %	2,6 %	0,57	0,78
X. Krankheiten des Atmungssystems	22,8 %	21,1 %	1,91	1,91
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	9,1 %	8,4 %	0,70	0,79
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2 %	1,1 %	0,17	0,18
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,2 %	10,4 %	2,63	2,96
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2,2 %	2,3 %	0,22	0,26
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9 %	1,1 %	0,17	0,20
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	5,5 %	5,5 %	0,64	0,84
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	7,4 %	6,8 %	1,64	1,74
Insgesamt	50,9 %	49,6 %	13,23	16,54

Tabelle 3 (*Versicherte mit konstanten Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 2.889 Tsd.]; **Versicherte mit unterschiedlichen Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 227 Tsd.]; standardisiert)

Wohnortwechsel bilden in bestimmten Lebensabschnitten und dabei insbesondere im Kontext einer Familiengründung oder einer sich festigenden Partnerschaft übliche und häufig sicher auch erwünschte Ereignisse. Über entsprechende Hintergründe liefern die hier verwendeten Daten keine direkte Auskunft. Naheliegend ist jedoch die Annahme, dass entsprechende Gründe vorrangig in bestimmten, jüngeren Altersgruppen ein häufiger Grund für Wohnortwechsel sind.

Anteil Personen mit AU-Diagnose einer psychischen Störung 2011 nach Wohnkreiswechsel 2009 bis 2011 und Alter

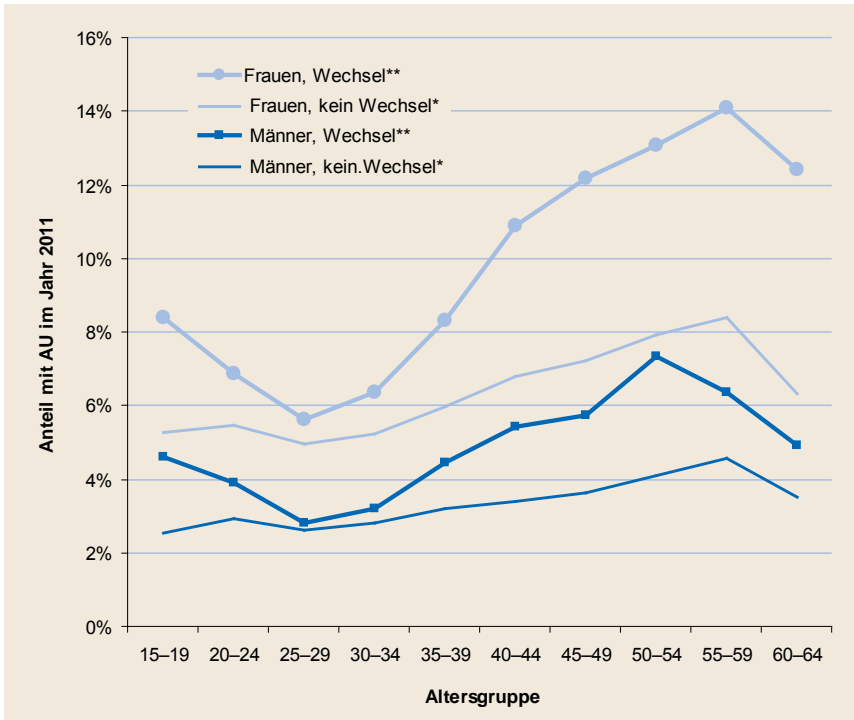


Abbildung 18 (*Versicherte mit konstanten Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 2.889 Tsd.]; **Versicherte mit unterschiedlichen Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 227 Tsd.]; Aufteilung nach Alter 2009)

Abbildung 18 zeigt geschlechts- und altersspezifische Anteile von Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit unter der Diagnose einer psychischen Störung 2011 sowohl für Personen mit konstantem Wohnkreis 2009 bis 2011 (einfache Linien) als auch für Personen mit mindestens einem Wohnkreiswechsel im genannten Zeitraum (Linien mit Markierungen). Die zugehörigen Zahlenwerte sind Tabelle A35 auf Seite 157 im Anhang zu entnehmen. In allen Subgruppen zeigen sich bei Personen mit Wohnkreiswechseln höhere AU-Raten als in den jeweiligen Vergleichsgruppen ohne Wohnkreiswechsel. Dabei fallen die Unterschiede in der Al-

tersgruppe der 25- bis 29-Jährigen bei beiden Geschlechtern jedoch ausgesprochen gering aus. Große Differenzen zwischen den Erkrankungsraten in Abhängigkeit von Wohnkreiswechseln zeigen sich demgegenüber insbesondere bei Älteren Personen um das 50. bis 60. Lebensjahr und, in weniger ausgeprägter Form, andeutungsweise auch in der jüngsten, verhältnismäßig kleinen Gruppe der 15- bis 19-jährigen Erwerbspersonen.

Nach diesen Ergebnissen sind Wohnortwechsel in unterschiedlichen Altersgruppen also keineswegs gleichartig mit einem Risiko für psychische Störungen beziehungsweise einem Risiko für entsprechende Arbeitsunfähigkeiten assoziiert. In den typischerweise häufig von Wohnortwechseln betroffenen Gruppen sind die mit Wohnortwechseln assoziierten Risiken für psychische Störungen tendenziell geringer, in eher selten von Wohnortwechseln betroffenen Gruppen tendenziell merklich höher, wobei diese Aussage nach den vorliegenden Ergebnissen insbesondere für ältere Erwerbspersonen bis einige Jahre vor Erreichen des Renteneintrittsalters gilt¹¹.

Ursachen für geringe Risiken für psychische Störungen im Kontext mit Wohnortwechseln bei 25- bis 29-Jährigen könnten, wie bereits eingangs im vorliegenden Abschnitt angedeutet, in den erwartungsgemäß überwiegend positiven Anlässen von Umzügen (wie beispielsweise jungen Partnerschaften und Familiengründungen) liegen, während in höherem Alter aus Sicht der Betroffenen auch weniger erfreuliche Lebenssituationen eine zunehmende Bedeutung als Anlässe für Wohnortwechsel erlangen dürften. Zudem könnte es einigen Betroffenen mit zunehmendem Alter schwerer fallen, soziale Kontakte in einer neuen Umgebung zu knüpfen. Insgesamt erscheinen die vorliegenden Ergebnisse damit durchaus nachvollziehbar und plausibel. Zum besseren Verständnis der Bedeutung von unterschiedlichen Anlässen für Wohnortwechsel in unterschiedlichen Lebensabschnitten und für Subgruppen von Versicherten und damit zur weiteren Klärung von Zusammenhängen der Wechsel mit gesundheitlichen Zuständen könnten insbesondere Befragungen beitragen, nachdem entsprechende Aspekte in den vorliegenden Routinedaten einer Krankenkasse nicht oder nur schwer abgrenzbar sind.

¹¹ In der Statistik wird bei einer Abhängigkeit der Effekte eines Einflussfaktors (hier: die Effekte von Wohnkreiswechseln auf psychische Störungen) von einem weiteren Merkmal (hier: eine Abhängigkeit der Effekte vom Merkmal Alter) von Interaktionseffekten gesprochen. Die hier gezeigten Interaktionseffekte gelten speziell für den Einfluss von Wohnkreiswechseln auf psychische Störungen und sind in dieser Form bei den zuvor betrachteten Einflüssen von Betriebswechseln nicht nachweisbar, wie die im Anhang auf Seite 158 enthaltenen Ergebnistabellen belegen.

Mobilität, Flexibilität und Gesundheit – multivariate Betrachtung

In den vorausgehenden Abschnitten wurden die Einflüsse unterschiedlicher Maße für Flexibilität und Mobilität auf die Gesundheit von Erwerbspersonen jeweils separat betrachtet. Resümierend lässt sich festhalten, dass sich bei den vorausgehenden Betrachtungen insbesondere und vorrangig Zusammenhänge der Flexibilität und Mobilität mit psychischen Störungen nachweisen ließen, wobei eine höhere Flexibilität regelmäßig mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen assoziiert war.

Für unterschiedliche Maße für Flexibilität wie Betriebs- oder Wohnortwechsel sind, neben den dargestellten Abhängigkeiten von weiteren Merkmalen wie dem Alter oder Beruf, auch wechselseitige Abhängigkeiten untereinander zu erwarten. So dürfte beispielsweise ein Teil der Wohnortwechsel weitgehend direkt aus einer (erfolgreichen) überregionalen Arbeitsstellensuche resultieren. Ein Teil der Wohnortwechsel wäre demnach aus Betriebswechseln erklärbar. Entsprechend könnte auch ein Teil der gesundheitlichen Auswirkungen von Wohnortwechseln primär auf Betriebswechsel zurückführbar sein.

Vor dem Hintergrund der potenziell vielfältigen und wechselseitigen Abhängigkeiten der bereits betrachteten Merkmalen sollen nachfolgend und abschließend Einflüsse für das Risiko von psychischen Störungen in multivariaten Modellen betrachtet werden, womit unterschiedliche Einflussfaktoren im Rahmen einer Parameterschätzung gleichzeitig berücksichtigt werden können. Intentionsgemäß lassen sich in entsprechenden multivariaten Modellrechnungen Einflüsse für einzelne Merkmale abschätzen, die als statistisch unabhängig von den Einflüssen der übrigen im jeweiligen Modell berücksichtigten Merkmale gelten können. Sinngemäß erlauben entsprechende Modellrechnungen also beispielsweise eine Abschätzung der Einflüsse von Wohnkreiswechseln auf psychische Störungen, die unabhängig von ggf. gleichzeitigen Einflüssen der Betriebswechsel wirksam sind.

Ermittelt wurden im Rahmen der Auswertungen eine Reihe unterschiedlicher Varianten von logistischen Regressionsmodellen, bei denen jeweils das Risiko einer Krankschreibung unter der Diagnose von psychischen Störungen (gemäß ICD10) im Jahr 2011 modelliert wurde (beziehungsweise entsprechende Ereignisse die abhängige Variable bildeten). Alle unabhängigen Variablen (Prädiktoren) wurden bei den Modellrechnungen in einer so genannten Dummy-Kodierung berücksichtigt. Als Ergebnis der Modellrechnungen erhält man bei diesem Vorgehen für jede Merkmalsausprägung einer Variablen ein Risikomaß relativ zu einer jeweils zuvor festgelegten Referenzkategorie des Merkmals, beispielsweise also das Risiko von Frauen im Vergleich zu Männern, sofern „männlich“ als Referenzkategorie festgelegt wurde.

Konkret resultieren bei logistischen Regressionsmodellen als Risikomaße so genannte Odds Ratios (OR). Inhaltlich können diese ORs im vorliegenden Fall bei einer Prädiktion verhältnismäßig seltener Ereignisse ohne wesentliche Verfälschung wie relative Risiken interpretiert werden, die manchem Leser intuitiv verständlicher erscheinen dürften. Eine OR = 1 resultiert, sofern die Risiken bei der betrachteten Merkmalsausprägung mit denen der Referenzkategorie exakt übereinstimmen, eine OR = 0,5 würde beispielsweise ein reduziertes und etwa halbiertes Risiko von Personen im Vergleich zur Gruppe mit Merkmalsausprägungen gemäß der Referenzkategorie zum Ausdruck bringen, eine OR = 2 entsprechend umgekehrt ein erhöhtes und dabei etwa verdoppeltes Risiko.

Vorgestellt wird nachfolgend vorrangig ein Modell zur Prädiktion von Krankenschreibungen mit der Diagnose psychischer Störungen, dessen vollständige Spezifikationen Tabelle A39 ab Seite 160 im Anhang zu entnehmen sind. Auf die Auswirkungen von unterschiedlichen Modellmodifikationen, die nach jeweils separaten Modellrechnungen ergänzend im Rahmen der Auswertungen gesichtet wurden, wird ausschließlich im Text eingegangen. In der primär dargestellten Modellrechnung konnten Angaben zu insgesamt 3.104 Tsd. Personen berücksichtigt werden, die in den drei Jahren von 2009 bis 2011 Wohnkreisen innerhalb von Deutschland zugeordnet werden konnten und zu denen aus dieser Zeit mindestens zwei in separaten Zeitintervallen dokumentierte Betriebsnummerangaben vorlagen, die 2009 zwischen 15 und 62 Jahre alt waren und die (zumindest) 2011 jeweils über mehr als 182 Tage als Erwerbspersonen bei der TK versichert waren, also an einem überwiegenden Teil der Tage des Jahres 2011 im Krankheitsfall zur Abgabe einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verpflichtet gewesen wären. Bei 150 Tsd. beziehungsweise 4,8 Prozent dieser Personen wurde 2011 eine Arbeitsunfähigkeit unter der Diagnose einer psychischen Störung erfasst.

Als unabhängige Variablen beziehungsweise Prädiktoren wurden bei der Modellrechnung folgende Merkmale berücksichtigt (Angaben zur Gesamtzahl der Kategorien sowie zur gewählten Referenzkategorie jeweils in Klammern):

- Geschlecht (2 Kategorien, Referenz: männlich)
- Alter (10 Kategorien, Referenz: 25-29 Jahre)
- Wohnkreiswechsel (3 Kategorien, Ref.: kein Wechsel)
- Betriebsnummernwechsel (7 Kat., Ref.: kein Wechsel)
- Bundesland des Wohnsitzes 2009 (16 Kat., Ref.: Nordrhein-Westfalen)
- Erste Angabe zur Ausbildung 2009 (8 Kat., Ref.: „Hochschul- oder Universitätsabschluss“)
- Branchenzuordnung bei erstem Berufsstatus 2009 (22 Kat., Ref.: „Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen“)

Informationen zur Distanz zum Arbeitsplatz lagen für die hier vorgestellten Auswertungen ausschließlich zum Jahr 2011 vor und waren zudem naturgemäß auf Personen beschränkt, die 2011 über einen Arbeitsplatz mit einer entsprechender Zuordnung verfügten, weshalb auf eine Berücksichtigung dieses Merkmals im Rahmen des primär dargestellten Basismodells verzichtet wurde.

Das hier primär beschriebene logistische Regressionsmodell besitzt mit einem c-Wert von 0,640 einen als befriedigend einzustufenden Vorhersagewert¹². Alle berücksichtigten Merkmale zeigten einen statistisch hochsignifikanten Einfluss, was allerdings in Anbetracht der sehr großen Untersuchungspopulation keine Rückschlüsse auf die Relevanz der gefundenen Zusammenhänge erlaubt (vgl. Angaben zu Wald Chi-Quadrat-Werten und zugehörige p-Werte in Tabelle A39 auf Seite 160 im Anhang).

Abbildung 19 auf Seite 55 zeigt die nach den Modellrechnungen mit Wohnort- und Betriebswechslern assoziierten Risiken und damit die maßgeblichsten Ergebnisse der Modellrechnungen im Hinblick auf das Schwerpunktthema „Flexibilität und Mobilität“.

Im Vergleich zu Personen ohne einen Wohnkreiswechsel zwischen 2009 und 2011 war das Risiko für eine Arbeitsunfähigkeit unter der Diagnose von psychischen Störungen bei Personen mit einem Wohnkreiswechsel um etwa den Faktor 1,3 (OR: 1,33; 95 Prozent Vertrauensbereich: 1,30 - 1,36) und bei zwei erfassten Wohnkreiswechslern um etwa den Faktor 1,7 erhöht (OR: 1,68; 95 Prozent Vertrauensbereich: 1,54 - 1,82). Auch bei gleichzeitiger Kontrolle für weitere potenzielle Einflussfaktoren ergibt sich damit bei Wohnkreiswechslern ein relevant erhöhtes Risiko für Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Störungen¹³.

In Abbildung 18 auf Seite 50 waren altersabhängig unterschiedlich ausgeprägte Auswirkungen von Wohnkreiswechslern aufgezeigt worden. Entsprechende sogenannte Interaktionseffekte zwischen dem Alter und Wohnkreiswechslern ließen sich auch in logistischen Regressionsmodellen nachweisen. Während sich bei Personen mit mindestens einmaligem Wohnkreiswechsel im Vergleich zu Personen mit konstanten Angaben bei 25- bis 29-Jährigen mit einer OR von 1,11 lediglich eine marginale Risikoerhöhung zeigte, war beispielsweise unter 50- bis 54-

¹² Der c-Wert belegt eine deutlich oberhalb von zufälligen Zuordnungen liegende Vorhersagefähigkeit der Modellergebnisse (bei denen ein c-Wert von 0,5 resultieren würde). Eine theoretisch mit den Modellergebnissen mögliche Eingrenzung des Risikos für Arbeitsunfähigkeiten unter der Diagnose psychischer Störungen auch auf versichertenbezogener Ebene würde bei einer entsprechenden, nur befriedigenden Modellgüte erwartungsgemäß allerdings kaum zu praxisrelevant nutzbaren Ergebnissen führen.

¹³ In Modellrechnungen bei gleichzeitiger Berücksichtigung ausschließlich von Geschlecht und Altersgruppen als weitere Prädiktoren resultierten OR bei einem beziehungsweise bei zwei Wechslen von 1,37 beziehungsweise 1,91. Nur ein kleinerer Teil dieser ausschließlich geschlechts- und alterskontrollierten Einflüsse ist nach dem primär im Text dargestellten umfangreicheren Modell noch auf Einflüsse der anderweitig darin berücksichtigten Merkmale zurückzuführen.

Jährigen mit einer OR von 1,71 ein erheblich erhöhtes Risiko nachweisbar (95 Prozent Vertrauensbereich: 1,59 – 1,83) . Auf eine Berücksichtigung dieser Interaktionseffekte im Rahmen des dargestellten Basismodells wurde vorrangig vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Übersichtlichkeit und Kommunizierbarkeit der Ergebnissen verzichtet, zumal die Gesamtgüte des Modells nach Berücksichtigung der Interaktionseffekte unverändert blieb.

Risiko für psychische Störungen abhängig von Wohnkreis- und Betriebswechslern (logistische Regression)

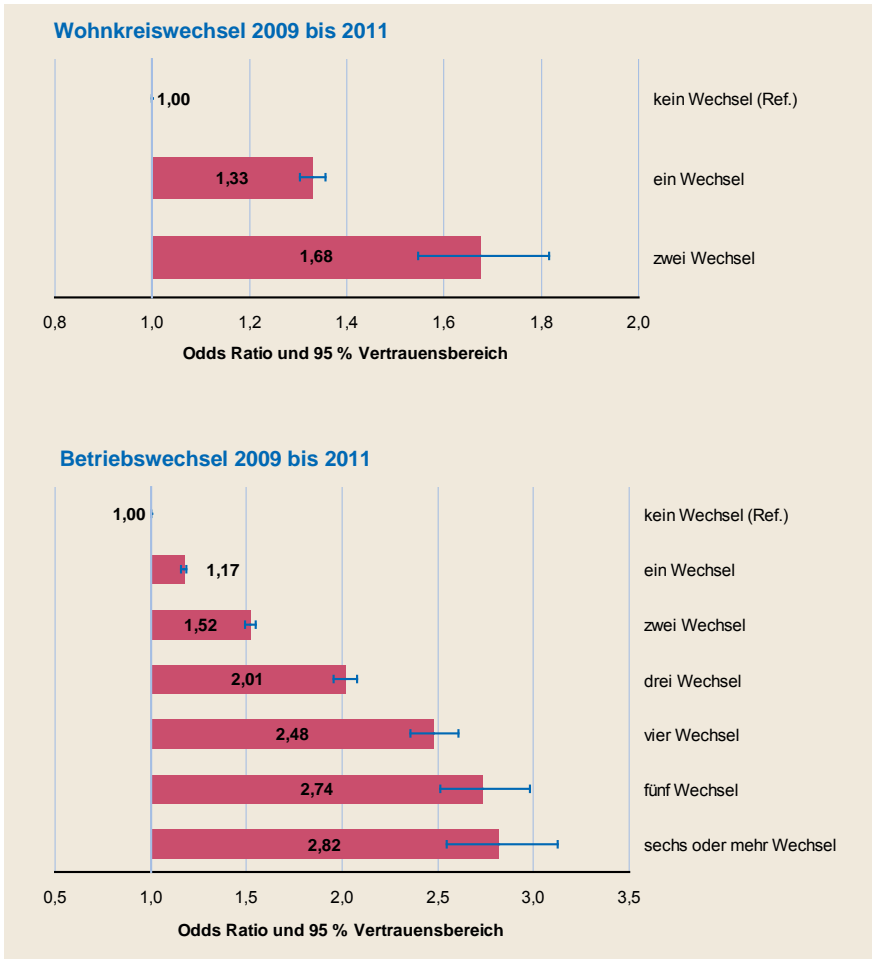


Abbildung 19 (Logistisches Regressionsmodell; berücksichtigt wurden Erwerbspersonen mit Angaben zum Wohnkreis in allen drei Kalenderjahren 2009 bis 2011, nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009, versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe, 2011 mehr als 182 Tage als Erwerbsperson bei der TK versichert [n = 3,104 Mio.]; c-Wert des dargestellten Modells: 0,640)

Die im Vergleich zu Wohnkreiswechseln sehr viel häufiger erfassten Betriebswechsel im Zeitraum zwischen 2009 und 2011 wurden bei den Modellrechnungen in sieben Kategorien von „kein Wechsel“ als Referenz bis hin zu „sechs oder mehr Wechsel“ berücksichtigt.

Korrespondierend zu Ergebnissen aus Abbildung 16 auf Seite 47 zeigt sich bei multivariaten Auswertungen auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Effekte von Geschlecht, Alter, Wohnkreiswechseln, Wohnort, Ausbildung und Branche mit einer steigenden Anzahl von Betriebswechseln in den Jahren 2009 bis 2011 ein stetig ansteigendes Risiko für Krankschreibungen unter der Diagnose von psychischen Störungen im Jahr 2011. Während das Risiko bei Personen mit nur einem Wechsel im Vergleich zu Personen ohne Wechsel erst leicht erhöht war (OR 1,17; 95 Prozent Vertrauensbereich: 1,16 – 1,19), ließ sich ab fünf Wechseln ein mehr als 2,5-fach erhöhtes Risiko nachweisen¹⁴.

Distanzen zwischen Wohn- und Arbeitsplatz wurden im primär dargestellten Modell nicht berücksichtigt. Für unterschiedliche Distanzkategorien ließen sich mit Odds Ratios zwischen 1,07 und 1,11 in separat durchgeführte Modellrechnungen bei ansonsten unveränderter Modellspezifikation lediglich leicht erhöhte Risiken für psychische Störungen bei außerhalb ihres Wohnkreises arbeitenden Beschäftigten nachweisen. Koeffizienten zu anderen Merkmalen veränderten sich durch die Berücksichtigung der Arbeitsplatzdistanz in der Regel nur unwesentlich.

Eine im Sinne einer Sensitivitätsanalyse ergänzend durchgeführte Modellrechnung mit einer Beschränkung der Untersuchungspopulation auf Personen mit weitgehend durchgängiger Berufstätigkeit in den Jahren von 2009 bis 2011 (Personen mit nachweislicher Berufstätigkeit über mindesten 300 Tage in allen drei Jahren) ergab bei identischer Berücksichtigung von Merkmalen wie im Basismodell keine substanziiell veränderten Modellparameter, der c-Wert stieg marginal auf 0,641.

Ergebnisse zu weiteren Merkmalen

Ergebnisse zu weiteren Merkmalen des multivariaten Modells lassen sich nur bedingt dem Thema Flexibilität und Mobilität zuordnen und sollen an dieser Stelle lediglich kurz erwähnt werden, zumal sie auch nicht primär im Fokus der Überlegungen zur Modellbildung standen (zu Ergebnissen vgl. auch Tabelle A39 auf Seite 160).

¹⁴ In Modellrechnungen bei gleichzeitiger Berücksichtigung ausschließlich von Geschlecht und Altersgruppen als weitere Prädiktoren resultierten OR bei einem sowie bei sechs und mehr Wechseln von 1,17 beziehungsweise 3,22. Auch in Bezug auf Betriebswechsel lässt sich nach den Ergebnissen des primär im Text dargestellten Modells also nur ein kleiner Teil von ausschließlich geschlechts- und alterskontrollierten Einflüssen noch auf Einflüsse anderweitiger Merkmale zurückzuführen.

- Frauen wiesen mit einer OR von 1,84 ein knapp doppelt so hohes Risiko für Arbeitsunfähigkeiten unter der Diagnose psychischer Störungen auf wie Männer.
- Altersabhängig waren insbesondere 55 bis 59-Jährige betroffen.
- Mit Odds Ratios oberhalb von 1,2 lag das Risiko für Krankschreibungen mit psychischen Störungen auf Bundeslandebene in Hamburg, Berlin und Brandenburg etwa ein Fünftel höher als im Referenzgebiet Nordrhein-Westfalen.
- Ausbildungsabhängig waren mit steigender Schul- und Hochschulbildung tendenziell sinkende Risiken für Arbeitsunfähigkeiten mit psychischen Störungen zu beobachten. Relativ hohe Risiken in einer bei fehlenden Angaben in den Daten ergänzend gebildeten Kategorie sind überwiegend darauf zurückzuführen, dass in der entsprechenden Subgruppe zu einem wesentlichen Teil Arbeitslose erfasst werden, zu denen regulär keine Tätigkeitsschlüssel und damit auch keine Ausbildungsangaben gemeldet werden.
- Branchenabhängige Ergebnisse des multivariaten Modells weisen auf verhältnismäßig geringe Risiken bei Beschäftigten aus der Land- und Forstwirtschaft sowie dem Baugewerbe hin. Demgegenüber lassen sich für Beschäftigte der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherungen erhöhte Risiken für Arbeitsunfähigkeiten unter der Diagnose psychischer Störungen nachweisen.

Berücksichtigung von Vorerkrankungen

Grundsätzlich wurden bei den dargestellten Modellrechnungen Assoziationen von Wohnkreis- und Betriebswechslern aus den Jahren 2009 bis 2011 mit Erkrankungseignissen des Jahres 2011 betrachtet. Obwohl damit die betrachteten Erkrankungseignisse überwiegend zeitlich den im Modell berücksichtigten Wechslern folgten und damit kaum für die Wechsel verantwortlich gemacht werden können, ist bei den Berechnungen zum Basismodell nicht ausgeschlossen, dass 2011 betroffene Personen bereits auch in den Vorjahren unter psychischen Problemen litten und diese vorbestehenden Erkrankungen teilweise eine Ursache für die Wechsel bildeten.

Um die Auswirkungen von Vorerkrankungen auf die zuvor dargestellten Ergebnisse ansatzweise abschätzen zu können wurden zwei weitere Modellvarianten berechnet. Beide ergänzenden Modellvarianten beschränkten sich auf Personen, die auch im Jahr 2009 mehr als 182 Tage mit Verpflichtung zur Meldung von Arbeitsunfähigkeiten versichert waren. In einer ersten ergänzenden Modellrechnung wurde die Untersuchungspopulation auf Personen beschränkt, bei denen 2009 keine Arbeitsunfähigkeit unter einer Diagnose von psychischen Störungen erfasst worden war. In einer zweiten ergänzenden Modellrechnung wurden, ohne eine entsprechende Beschränkung der Population, zusätzlich Vorerkrankungen aus dem Jahr 2009 in einer Aufteilung nach relevanten Kapiteln der ICD10 in

Form von 14 Indikatorvariablen als Prädiktoren berücksichtigt. Jede der 14 Indikatorvariablen zeigte dabei jeweils die Erfassung von Krankschreibungen mit Diagnosen aus einem bestimmten Kapitel der ICD10 im Jahr 2009 an. Tabelle 4 zeigt die Odds Ratios bei Ausprägungen von Wohnkreis- sowie Betriebswechseln aus dem Basismodells sowie zu den beiden ergänzend berechneten Varianten. Die mit Wohnkreiswechsel assoziierten Risiken blieben in den beiden neuen Modellvarianten nahezu unverändert. Die mit Arbeitsplatzwechseln assoziierten Risiken waren insbesondere in der zweiten Variante mit Berücksichtigung von Einflüssen von unterschiedlichen Vorerkrankungen aus dem Jahr 2009 moderat reduziert.

Logistische Regression – Risikoschätzer nach Modellvarianten

Merkmal, Ausprägung	Basismodell	Variante 1 (Restriktion, ohne psych. Vorerkrankung)	Variante 2 (Berücksichtigung Vorerkrankungen nach ICD10-Kap.)
	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio
Wohnkreiswechsel			
kein Wechsel (Ref.)	1,00	1,00	1,00
ein Wechsel	1,33	1,32	1,32
zwei Wechsel	1,68	1,65	1,64
Arbeitsplatzwechsel			
kein Wechsel (Ref.)	1,00	1,00	1,00
ein Wechsel	1,17	1,18	1,11
zwei Wechsel	1,52	1,51	1,35
drei Wechsel	2,01	1,97	1,65
vier Wechsel	2,48	2,40	1,95
fünf Wechsel	2,74	2,62	2,09
sechs oder mehr Wechsel	2,82	2,49	2,17
c-Wert	0,640	0,635	0,714
Personen mit Zielereignis	150.462	118.859	142.394
Personen ohne Zielereignis	2.953.480	2.717.107	2.800.813

Tabelle 4 (Basismodell: Logistisches Regressionsmodell; berücksichtigt wurden Erwerbspersonen mit Angaben zum Wohnkreis in allen drei Kalenderjahren 2009 bis 2011, nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009, versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe, 2011 mehr als 182 Tage als Erwerbsperson bei der TK versichert; zu Varianten vgl. Text)

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die Annahme, dass Arbeitsplatz- und insbesondere Wohnkreiswechsel auch unabhängig von längerfristig vorbestehenden Erkrankungen mit maßgeblich erhöhten Risiken für psychische Störungen assoziiert sind.

Erwerbspersonen in der TK

Insgesamt waren in der Techniker Krankenkasse (TK) Ende 2011 7,9 Millionen Personen versichert. Von diesen Personen waren 5,7 Millionen Mitglieder der Techniker Krankenkasse, 2,2 Millionen Personen waren als Familienangehörige mitversichert. Die Auswertungen des Gesundheitsreports beziehen sich ausschließlich 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 2011 waren in der TK durchschnittlich 3,70 Millionen Erwerbspersonen in diesem Sinne versichert, darunter 3,69 Millionen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Auswertungen des Gesundheitsreports zu einzelnen Jahren beziehen sich jeweils auf Erwerbspersonen aus diesen Altersgruppen.

Berichtet werden im Gesundheitsreport Ergebnisse zu Daten aus insgesamt zwölf Kalenderjahren von 2000 bis 2011. Einen Schwerpunkt bilden Darstellungen der Ergebnisse zum Jahr 2011, die sich auf die Gesamtpopulation der Erwerbspersonen in der TK unter Einbeziehung von arbeitslosen Mitgliedern beziehen.

Berufstätige Mitglieder der TK stellen nach Gegenüberstellungen mit vorläufigen Beschäftigtenzahlen der Bundesagentur für Arbeit von Januar bis zum November des Jahres 2011 einen Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland von ca. 12,7 Prozent.

Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter

Abbildung 20 zeigt die Verteilung der Versicherungszeiten von Erwerbspersonen in der TK im Jahr 2011 nach Geschlecht und Alter zwischen 15 und 64 Jahren. 54 Prozent der Versicherungszeiten entfallen auf Männer, 46 Prozent auf Frauen. Im Jahr 2001 entfielen nach Auswertungen zum ersten Gesundheitsreport der TK demgegenüber erst 37 Prozent der Versicherungszeiten auf Frauen.

Während in den Altersgruppen bis 34 Jahre Frauen etwa in gleicher Zahl wie Männer bei der TK als Erwerbspersonen versichert sind, liegt die Zahl der männlichen Versicherten insbesondere in den Altersgruppen nach Vollendung des 40. Lebensjahres deutlich über der von Frauen. Im Zuge der allgemeinen demografischen Entwicklung hat sich die Altersstruktur auch unter Erwerbspersonen in der TK merklich verändert. Im Jahr 2001 bildeten 35- bis 39-Jährige unter Erwerbspersonen noch die am stärksten besetzte Altersgruppe.

Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht 2011

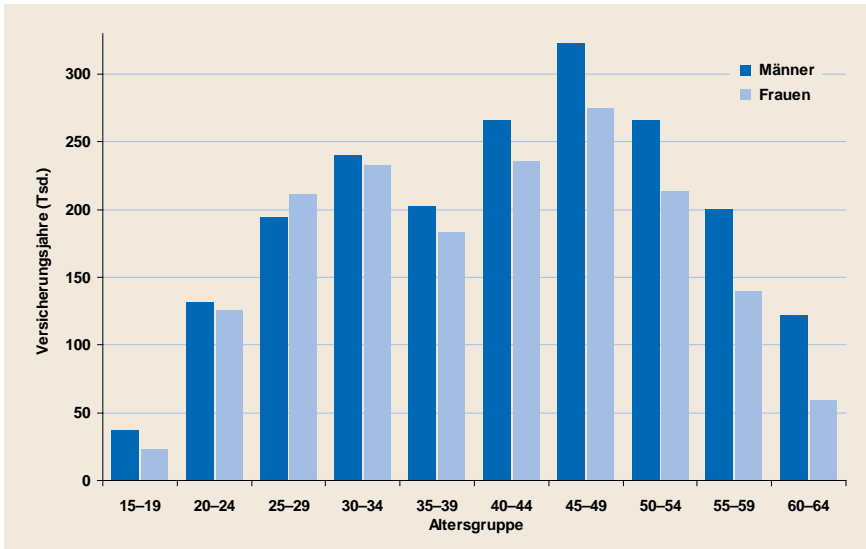


Abbildung 20

Abbildung 21 zeigt eine Gegenüberstellung der Altersverteilung von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der TK 2011 sowie in Deutschland insgesamt. Die Unterschiede sind eher graduell. In beiden Populationen findet sich der am stärksten besetzte Jahrgang in den Altersgruppen von 45 bis 49 Jahren. Diese Altersverteilung ist als Folge der allgemeinen demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik anzusehen: Personen der genannten Altersgruppe zählen zu den geburtenstarken Jahrgängen der späten 50er- beziehungsweise 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 zehn 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 weiteren merklichen Veränderung der Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland zu rechnen, wobei höhere Altersgruppen ein immer stärkeres Gewicht erlangen werden.

Ausführliche Darstellungen zu diesem Thema finden sich im Gesundheitsreport 2007 (Band 13 der Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK).

Anteil Beschäftigte nach Alter, TK 2011 vs. Deutschland

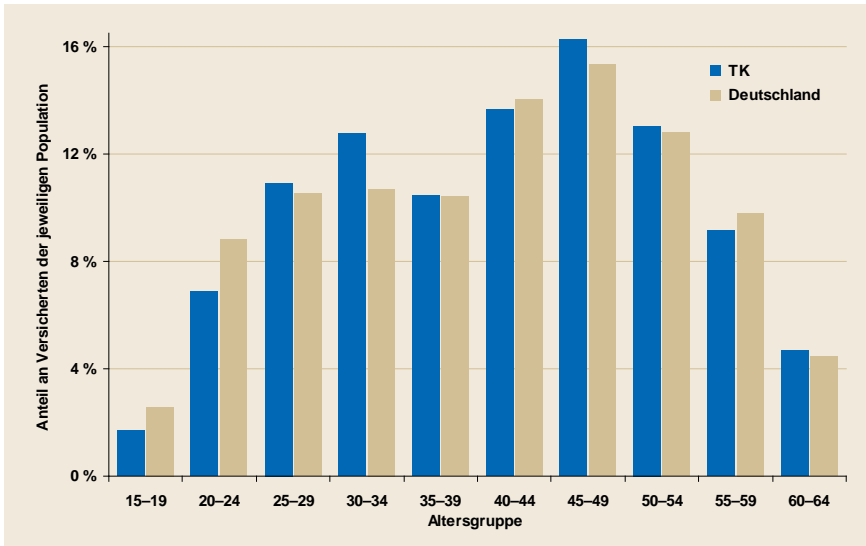


Abbildung 21 (Jahresmittel TK 2011 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu März und Juni 2011)

Vergleicht man die Altersverteilung der TK-Erwerbstätigen mit der von Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Detail, fällt bezüglich der TK-Population die relative Unterbesetzung der jüngsten Altersgruppen bei verhältnismäßig stark besetzten Jahrgängen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren auf. Die relativ starke anteilige Besetzung dieser Jahrgänge resultiert maßgeblich aus der Fusion der TK mit der IKK-direkt im Jahr 2009. Wie unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundesrepublik insgesamt sind 2011 auch bei Beschäftigten mit Versicherung in der TK die Altersgruppen zwischen 40 und 49 Jahren anteilig am stärksten besetzt.

Erwerbspersonen nach Bundesländern

Die TK ist eine bundesweit tätige Krankenkasse. Die Herkunft beziehungsweise die Wohnorte von Erwerbspersonen in der TK verteilen sich insofern auf die gesamte Bundesrepublik. In Tabelle 5 ist die anteilige Verteilung von Erwerbspersonen in der TK nach ihrem Wohnort in Bundesländern im Jahr 2011 aufgelistet.

In Berlin wohnten 6,8 Prozent aller TK-Erwerbspersonen, in den alten Bundesländern (ohne Berlin) 82,2 Prozent und in den neuen Bundesländern 10,7 Prozent. Einen Wohnsitz im Ausland hatten 0,3 Prozent der Erwerbspersonen. Im kleinsten Bundesland Bremen waren 0,7 Prozent aller TK-Erwerbspersonen

wohnhaft, im einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen mit 24,8 Prozent knapp ein Viertel aller Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK.

Verteilung der TK-versicherten Erwerbspersonen auf Bundesländer 2011

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

Tabelle 5 (anteilige Verteilung nach Wohnort)

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 durchschnittliche Angaben der Bundesagentur für Arbeit von Januar bis November 2011 als bevölkerungsbezogene Referenzwerte zugrunde, lassen sich für das Jahr 2011 für die Subgruppe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten TK-Anteile zwischen 5,6 und 20,8 Prozent errechnen (vgl. Abbildung 22 auf Seite 63). Dabei beträgt der TK-Anteil in den alten Bundesländern (ohne Berlin) insgesamt 12,9 Prozent, in den neuen Bundesländern liegt er bei 9,1 Prozent. Der höchste TK-Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich mit 20,8 Prozent für Berlin. In diesem Bundesland war etwa jeder fünfte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahr 2011 bei der TK ver-

sichert. Bei einem TK-Anteil von 5,6 Prozent war demgegenüber in Sachsen nur etwa jeder 18. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei der TK versichert.

Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2011

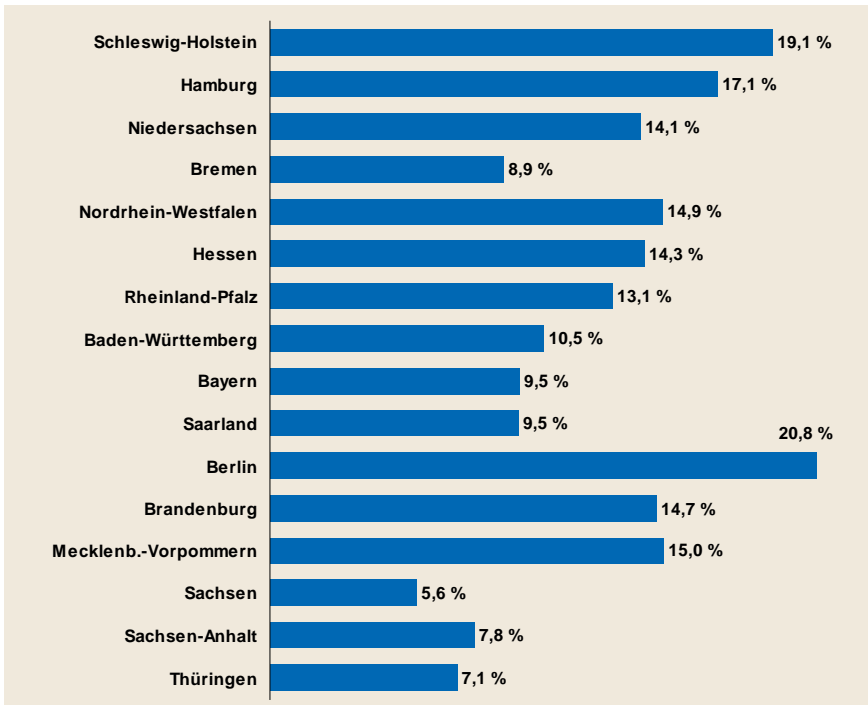


Abbildung 22 (Jahresmittel TK 2011 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland im Jahr 2011 [bis November nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, Stand Februar 2012])

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit insgesamt

Für die Auswertungen des Gesundheitsreports wurden insgesamt mehr als 30 Millionen AU-Fälle mit 403 Millionen dokumentierten Fehltagen aus den Jahren 2000 bis 2011 berücksichtigt, darunter 3,86 Millionen Fälle mit Beginn im Jahr 2011. Allein in diesem Kalenderjahr wurden unter Erwerbspersonen in der TK 51 Millionen erkrankungsbedingte Fehltage erfasst. Tabelle 6 unten gibt einen ersten Überblick zu Arbeitsunfähigkeiten bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2010 sowie 2011. Nicht standardisierte („rohe“) Werte sind ergänzend in Tabelle A1 auf Seite 126 im Anhang verzeichnet.

Aus den in Tabelle 6 angegebenen AU-Quoten folgt, dass von den Erwerbspersonen in der TK 50,5 Prozent aller Frauen und 44,2 Prozent der Männer innerhalb des Jahres 2011 von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren. Damit stieg 2011 im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der von mindestens einer Krankschreibung betroffenen Erwerbspersonen um etwa 1,5 Prozentpunkte. Von 2009 auf 2010 war es demgegenüber zu einem merklichen Rückgang der AU-Quote um etwa zwei Prozentpunkte gekommen. Zu hohen Werten 2009 hatten maßgeblich eine ausgeprägte Erkältungswelle zu Beginn des Jahres sowie die „Neue Grippe“ mit einem Erkrankungshöhepunkt im letzten Quartal des Jahres beigetragen – entsprechende Ereignisse waren 2010 ausgeblieben.

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2010 sowie 2011

	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Quote	42,5 %	48,9 %	45,2 %	44,2 %	50,5 %	46,8 %
AU-Fälle je VJ	0,91	1,12	1,00	0,97	1,19	1,06
AU-Tage je VJ	11,3	13,6	12,3	11,8	14,2	12,8
Krankenstand	3,11 %	3,72 %	3,36 %	3,23 %	3,89 %	3,51 %
AU-Tage je Fall	12,5	12,1	12,3	12,2	12,0	12,1

Tabelle 6 (standardisiert)

Ähnlich wie die AU-Quote ist auch die Zahl der AU-Fälle im Jahr 2011 gestiegen. Nach altersstandardisierten Auswertungen von TK-Daten war eine durchgängig versicherte Erwerbsperson im Jahr 2011 durchschnittlich 1,06 Mal arbeitsunfähig gemeldet. 2010 wurden demgegenüber durchschnittlich nur 1,00 Fälle je Erwerbsperson (beziehungsweise je Versicherungsjahr) erfasst. Die AU-Fallzahl ist damit 2011 im Vergleich zum Vorjahr um sechs Prozent gestiegen.

Nach gleichfalls altersstandardisierten Berechnungen ergeben sich für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen im Jahr 2011 durchschnittlich 12,79 Fehltage je Versicherungsjahr, was einem Krankenstand von 3,51 Prozent entspricht (vgl. auch Abbildung 23). Mit dem Anstieg der Krankschreibungshäufigkeit ist demnach auch die Zahl der gemeldeten Fehltage im Vergleich zum Vorjahr merklich, nämlich um 4,3 Prozent, gestiegen. Der Anstieg der effektiv gemeldeten Fehlzeiten im Jahr 2011 resultiert dabei ausschließlich aus der bereits genannten und relativ deutlichen Zunahme der Krankschreibungsfälle. Eine einzelne Krankschreibung dauerte 2011 mit durchschnittlich 12,1 AU-Tagen je Fall im Mittel demgegenüber etwas kürzer als 2010, was dem beobachteten Anstieg der Fehlzeiten eher entgegenwirkte.

AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2011 nach Geschlecht

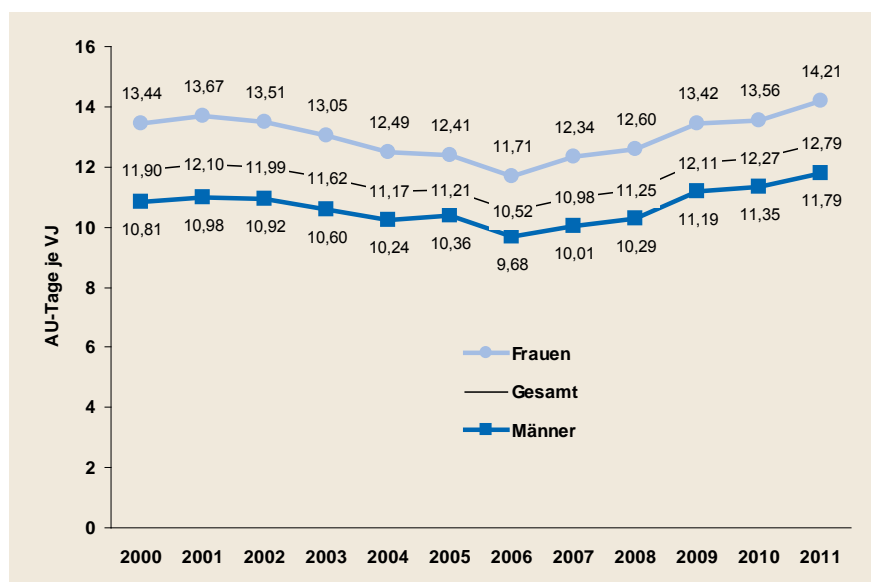


Abbildung 23 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Seit 2006 sind die erfassten Fehlzeiten bis 2011 damit kontinuierlich gestiegen. Die aktuell ermittelten Fehlzeiten von durchschnittlich 12,79 gemeldeten AU-Tagen im Jahr 2011 bilden den höchsten für Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK insgesamt berechneten Wert seit 2000.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten nach altersstandardisierten Auswertungen 2011 insgesamt erneut, nämlich um 4,3 Prozent, gestiegen. Seit einem historischen Tiefstand im Jahr 2006 ist es damit bis 2011 zu einer Zunahme der Fehlzeiten um 21,6 Prozent gekommen.

Interpretation von Stichtagsstatistiken

Aktuelle kassenübergreifende Angaben zum Krankenstand sind in Deutschland ausschließlich in Form einer Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verfügbar. Diese Statistik beruht jedoch im Gegensatz zu den im Gesundheitsreport präsentierten Zahlen lediglich auf Stichtagswerten zu Krankenständen jeweils am Monatsersten, 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 2006, 2007, 2008 und 2009 von 2,76 Prozent, 2,81 Prozent, 2,89 Prozent und 2,97 Prozent (standardisiert). Der entsprechende Wert für 2010 liegt bei 3,25 Prozent, für 2011 bei 3,40 Prozent.

Bei einer Beschränkung der standardisierten Auswertung von TK-Daten auf Pflichtversicherte (wie in der BMG-Statistik) erhöhen sich die Werte für 2006 bis 2009 auf 3,08 Prozent, 3,10 Prozent, 3,17 Prozent und 3,24 Prozent. Für 2010 ergibt sich nach den Stichtagswerten ein Krankenstand von 3,54 Prozent, für 2011 ein Wert von 3,77 Prozent.

Die Problematik der ausschließlichen Nutzung bestimmter Stichtagswerte zur Abschätzung von Krankenständen, wie sie der Statistik des BMG zugrunde liegt, verdeutlicht die nachfolgende Grafik. Dargestellt werden Krankenstände bei Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK an einzelnen Tagen des Jahres 2009 sowie 2010, wobei die in der BMG-Statistik ausschließlich berücksichtigten Werte am Monatsersten jeweils durch einen entsprechend positionierten Kreis hervorgehoben werden.

Deutlich werden in der Abbildung zunächst die wochenzyklischen Schwankungen des Krankenstands, wobei ausgesprochen niedrige Werte regelmäßig an Wochenenden sowie an Feiertagen und insbesondere in der Weihnachtszeit beobachtet werden können – also an Tagen, an denen ein überwiegender Teil der Arbeitnehmer regulär nicht arbeitet und sich folglich auch im Falle einer Erkrankung nicht krankschreiben lassen muss. Zwei der für die BMG-Statistik genutzten Stichtagswerte fallen grundsätzlich auf einen Feiertag, nämlich die am 1. Januar sowie am 1. Mai, und repräsentieren damit bei jeder Jahresauswertung regelmäßig unterdurchschnittliche Werte (vgl. blau gefüllte Kreise). Bei Auswertung der Statistik im Sinne einer Zeitreihe über mehrere Jahre noch problematischer sind die Werte zu den übrigen Monatsersten (vgl. offene beziehungsweise rötlich gefüllte Kreise). Diese können von Jahr zu Jahr zu unterschiedlichen Anteilen auf Arbeits- oder Feiertage fallen. Je mehr Monatserste auf Feiertage fallen, umso mehr unterschätzt die Stichtagsstatistik den realen Krankenstand.

Krankenstände an einzelnen Kalendertagen 2009 und 2011

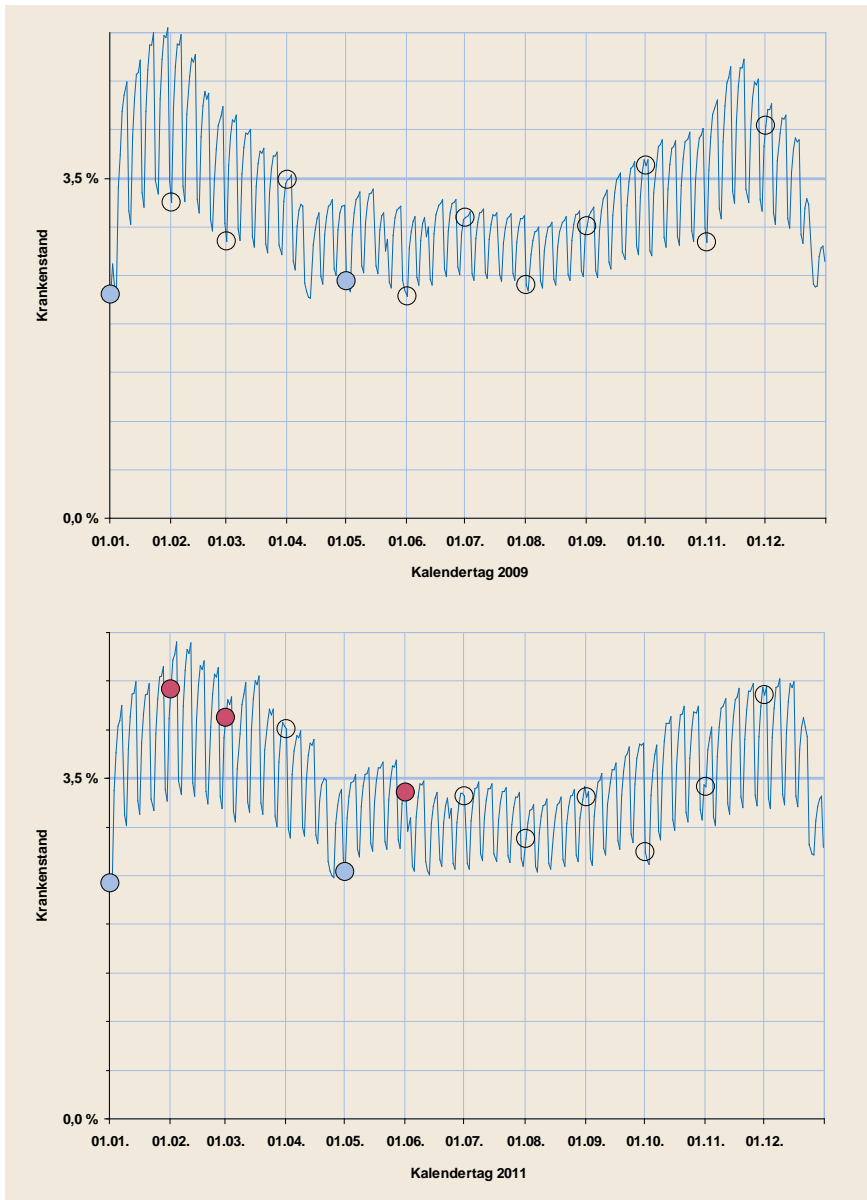


Abbildung 24 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; Kreise kennzeichnen Werte zu Monatsbeginn)

In den dargestellten Ergebnissen zum Jahr 2009 ergeben sich Auffälligkeiten hinsichtlich der Lage von Stichtagen vorrangig in der ersten Jahreshälfte. Fünf der ersten sechs Stichtagsergebnisse entfielen in diesem Halbjahr auf Feiertage beziehungsweise Wochenenden. Ganz offensichtlich wird insbesondere die Erkrankungswelle innerhalb der ersten drei Monate des Jahres 2009 nicht adäquat durch die zugehörigen Stichtagswerte abgebildet. Während sich auf der Basis von altersstandardisierten TK-Daten zu Erwerbspersonen für das erste Halbjahr 2009 ein realer Krankenstand unter Berücksichtigung aller Kalendertage von 3,36 Prozent ermitteln lässt, ergibt sich bei ausschließlicher Berücksichtigung der sechs Stichtagswerte auf der Basis von Daten zur selben Population lediglich ein Krankenstand von 2,77 Prozent.

Wären, wie in anderen Kalenderjahren möglich, der 1. Februar, der 1. März und der 1. Juni des Jahres 2009 auf reguläre Arbeitstage gefallen, wären allein durch diesen Umstand für die erste Jahreshälfte 2009 deutlich höhere Krankenstände an den entsprechenden Stichtagen ermittelt worden. Genau diese Konstellation mit den drei genannten Stichtagen an regulären Arbeitstagen findet sich für das erste Halbjahr 2011 (vgl. rötlich gefüllte Kreise im unteren Teil der Abbildung). Eine Folge dieser Konstellation ist, dass der reale Krankenstand in der ersten Hälfte 2011 mit 3,58 Prozent nur mäßig über dem Stichtagskrankenstand im entsprechenden Zeitraum von 3,48 Prozent liegt. Im Jahr 2011 lagen die Stichtage insgesamt also eher „ungünstig“ und führten zu relativ hohen Stichtagsergebnissen. Insbesondere kurzfristige Trends sollten aus den Stichtagsstatistiken nur sehr zurückhaltend und erst nach Überprüfung der kalendarischen Lage der berücksichtigten Stichtage abgeleitet werden. Andernfalls drohen erhebliche Fehlinterpretationen und Fehleinschätzungen der tatsächlichen Entwicklungen.

Für das Jahr 2012 ergibt sich nach Blick in einen Kalender demgegenüber eine recht „günstige“ Konstellation der Stichtage – allein auf Basis dieser Konstellation und ohne reale Veränderungen der Fehlzeiten wäre 2012 im Vergleich zu 2011 ein merklicher Rückgang der Stichtagskrankenstände um etwa 4,25 Prozent zu erwarten, der die vom BMG voraussichtlich Ende 2012 oder Anfang 2013 gemeldeten Krankenstände beeinflussen dürfte.

Die erwähnten Abschätzungen zu Verzerrungen von Stichtagsstatistiken des BMG für die kommenden Jahre resultieren aus den nachfolgend dargestellten Vergleichen von Krankenständen nach Berechnung aus Stichtagswerten sowie nach Berechnung aus vollständigen Angaben zu allen Tagen der Jahre 2000 bis 2011, die auf der Basis von Daten zu Erwerbspersonen in der TK ermittelt wurden (vgl. Abbildung 25).

Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben

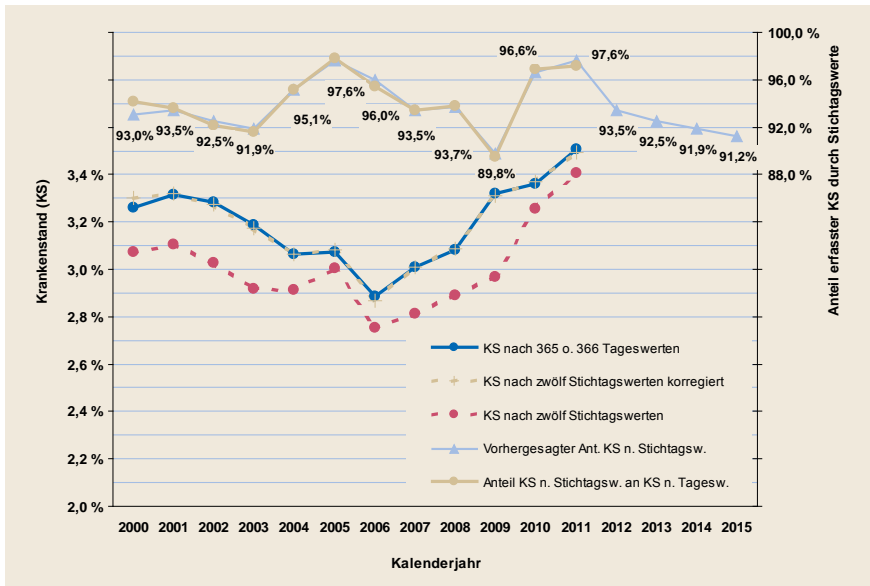


Abbildung 25 (Erwerbspersonen TK 2000 bis 2011, standardisiert)

Die typischerweise im Gesundheitsreport berichteten realen Krankenstände nach Berechnung auf der Basis von vollständigen Angaben zu allen Tagen der einzelnen Kalenderjahre sind in der Abbildung als dunkelblaue Linie kenntlich gemacht. Die jeweils auf der Basis von zwölf Stichtagswerten an den Monatsersten eines Jahres berechneten Werte sind durch die rötliche unterbrochene Linie markiert. Im oberen Teil der Abbildung finden sich schließlich Angaben zu relativen Unterschieden zwischen den beiden unterschiedlich berechneten Werten in einzelnen Jahren (vgl. zunächst die angedeutete bronzefarbene Linie): Während die Stichtagsergebnisse im positiven Extrem im Jahr 2005 fast 98 Prozent des realen Wertes für den Krankenstand erreichten und damit den realen Werten weitgehend entsprachen, waren es im anderen Extrem 2009 weniger als 90 Prozent. Die realen Werte wurden 2009 durch Stichtagsberechnungen also um gut zehn Prozent unterschätzt.

Dieser unterschiedliche Grad der Übereinstimmung in einzelnen Jahren lässt sich fast vollständig durch die unterschiedliche Lage der Stichtage in Bezug auf Sonn- und bundeseinheitliche Feiertage sowie durch die unterschiedliche Lage in Bezug auf einzelne Tage im Wochenverlauf (ohne Feiertage) erklären. Dabei weisen Samstage typischerweise annähernd ähnlich geringe Krankenstände wie Sonn- und Feiertage auf, während, beginnend auf einem deutlich höheren Niveau, der Krankenstand von Montag bis Freitag typischerweise kontinuierlich an

steigt. So ließ sich auf der Basis der beobachteten Werte 2000 bis 2011 ein lineares Regressionsmodell zur Schätzung des Anteils der Stichtagsergebnisse an realen Krankenstandswerten in den einzelnen Jahren als abhängige Variable mit einem R^2 -Wert von 0,97 berechnen, wobei zur Vorhersage der Abweichungen im Kalenderjahr jeweils lediglich die Anzahl der Stichtage innerhalb einzelner Jahre an einem Montag, Dienstag, Mittwoch oder Donnerstag, Freitag sowie an einem Samstag (jeweils ohne bundeseinheitliche Feiertage) als bekannt vorausgesetzt wurde. Die im Modell vorhergesagten Anteile sind in Abbildung 25 als hellblaue Linie vermerkt.

Offensichtlich ist die hohe Übereinstimmung der Modellvorhersage mit beobachteten Anteilen, weshalb beobachtete und vorhergesagte Anteile in der Abbildung in den Jahren 2000 bis 2011 kaum unterschieden werden können.¹⁵ Da die Lage der Stichtage nach 2011 bekannt ist, lassen sich mit dem Modell auch zukünftige Anteile für die Jahre ab 2012 schätzen.

Demnach werden die Stichtagswerte 2012 die realen Krankenstände wieder erheblich stärker als 2011 unterschätzen, weshalb allein auf der Basis von Stichtagseffekten mit dem bereits erwähnten Rückgang des gemeldeten Stichtagskrankenstandes um ca. 4,25 Prozent zu rechnen wäre. 2012 könnte demnach erst ein relativer Rückgang der Stichtagskrankenstände um deutlich mehr als vier Prozent als Hinweis auf einen Rückgang des realen Krankenstandes gewertet werden. Umgekehrt wären unveränderte Stichtagskrankenstände für 2011 und 2012 bereits als Hinweis auf einen merklichen Anstieg des realen Krankenstandes im Jahr 2012 zu deuten. Weitere Angaben zu vorhergesagten Abweichungen und zum verwendeten Regressionsmodell finden sich auf Seite 127 im Anhang.

¹⁵ Statistisch betrachtet sollte die hohe Übereinstimmung und Generalisierbarkeit der Ergebnisse zurückhaltend beurteilt werden, da in den Modellrechnungen fünf unabhängige Variablen bei nur zwölf Beobachtungen berücksichtigt wurden. Vereinfachte Modellrechnungen mit nur zwei unabhängigen Variablen zeigen jedoch grundlegend recht ähnliche Ergebnisse. Da die Abstufungen der Koeffizienten des komplexeren Modells auch inhaltlich plausibel erscheinen, wurde für die Darstellung auf dieses Modell zurückgegriffen. Mit zunehmender Verfügbarkeit von Daten sollten die Modellrechnungen jedoch kontinuierlich überprüft und Vorhersageergebnisse angepasst werden.

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 26 verdeutlicht diesen Zusammenhang auf der Basis von Daten der TK zum Jahr 2011, entsprechende Zahlenangaben für das Jahr 2010 finden sich in Tabelle A2 auf Seite 126 im Anhang.

Mehr als ein Drittel aller AU-Meldungen dauerten weniger als vier Tage. Mit 67,3 Prozent erstreckten sich insgesamt mehr als zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle über maximal eine Woche. Diesen Fällen sind allerdings lediglich 17,5 Prozent der gesamten gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen. Demgegenüber entfallen auf die 4,9 Prozent der Krankmeldungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen noch fast die Hälfte der gemeldeten Fehlzeiten.

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2011

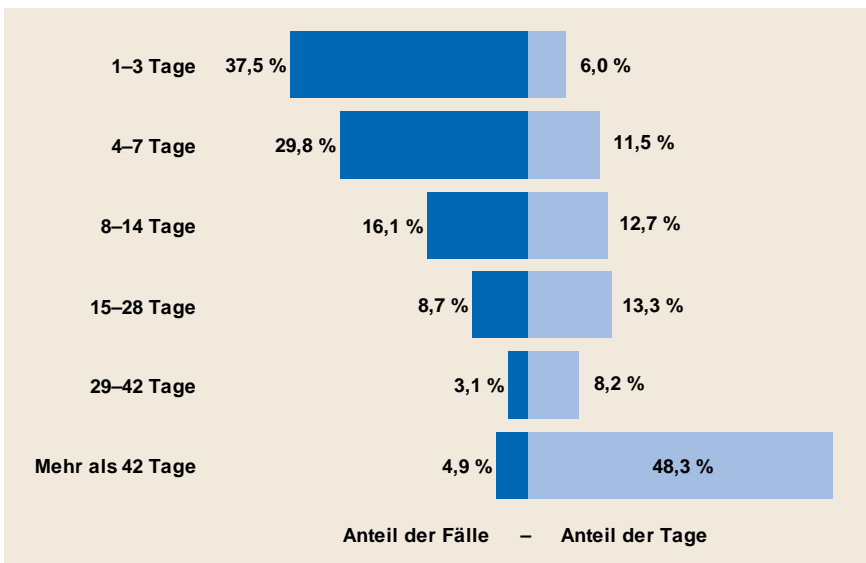


Abbildung 26 (Erwerbspersonen TK)

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-Meldegesehens 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 recht wenig beeinflusst werden.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die Häufigkeit und die Dauer von Arbeitsunfähigkeiten variieren in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen. Jüngere Erwerbspersonen werden mit durchschnittlich etwa zwei AU-Fällen je Versicherungsjahr verhältnismäßig häufig krankgeschrieben. Nach Vollendung des 25. Lebensjahres finden sich nur noch etwa halb so viele Krankschreibungen (vgl. Abbildung 27). Gleichzeitig steigt jedoch bei beiden Geschlechtern mit dem Alter die fallbezogene Krankschreibungsdauer stetig. Während eine einzelne Krankschreibung in der jüngsten Altersgruppe im Mittel weniger als sechs Tage dauert, sind es nach dem 55. Lebensjahr mehr als 18 Tage (vgl. Abbildung 28).

Insgesamt resultieren aus Fallhäufigkeit und Dauer verhältnismäßig lange Fehlzeiten beziehungsweise hohe Krankenstände insbesondere in den Altersgruppen ab 55 Jahren (vgl. Abbildung 29). Zahlenangaben zu den Abbildungen finden sich in Tabelle A4 ff. ab Seite 128 im Anhang. Bei einem zukünftig demografisch zu erwartenden Anstieg des Anteils älterer Arbeitnehmer wäre auf Basis der Altersverteilung demnach mit einer Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu rechnen.

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011

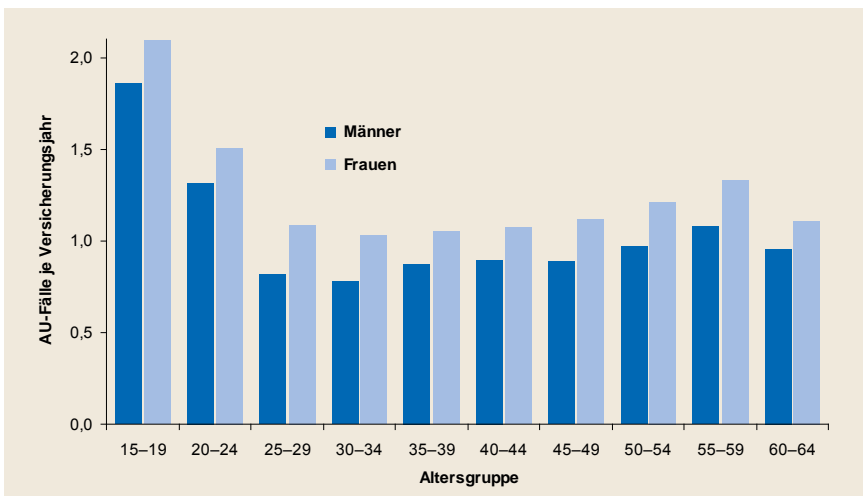


Abbildung 27 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2011

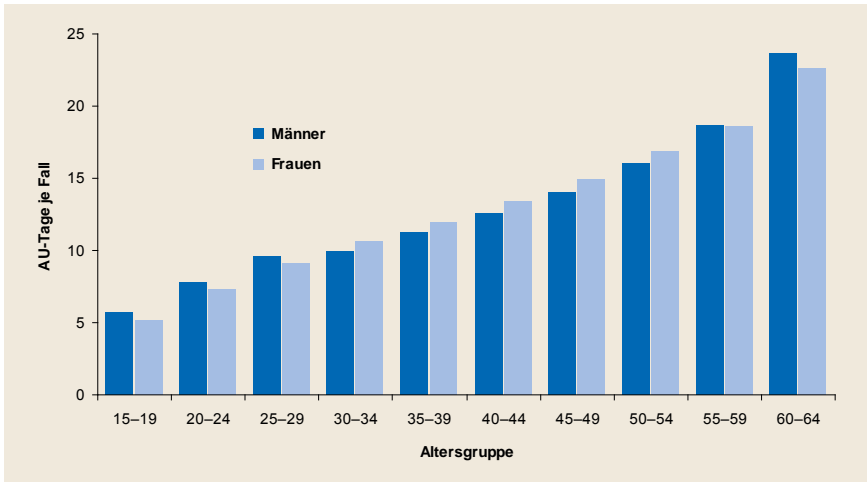


Abbildung 28 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011

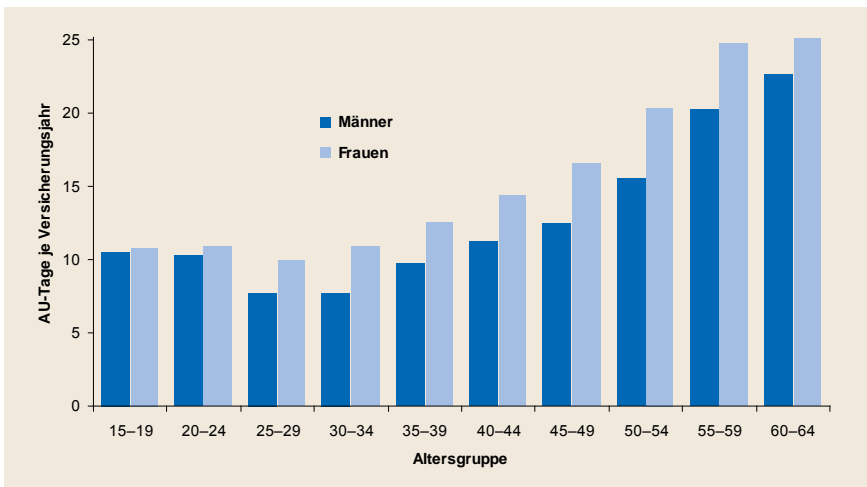


Abbildung 29 (Erwerbspersonen TK)

Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern

Abbildung 30 zeigt das AU-Meldegesehen bei Erwerbspersonen der TK in den 16 Bundesländern für das Jahr 2011. Diese sowie weitere Zahlenwerte auch für das Jahr 2010 finden sich in Tabelle A8 ff. ab Seite 130 im Anhang.

AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2011

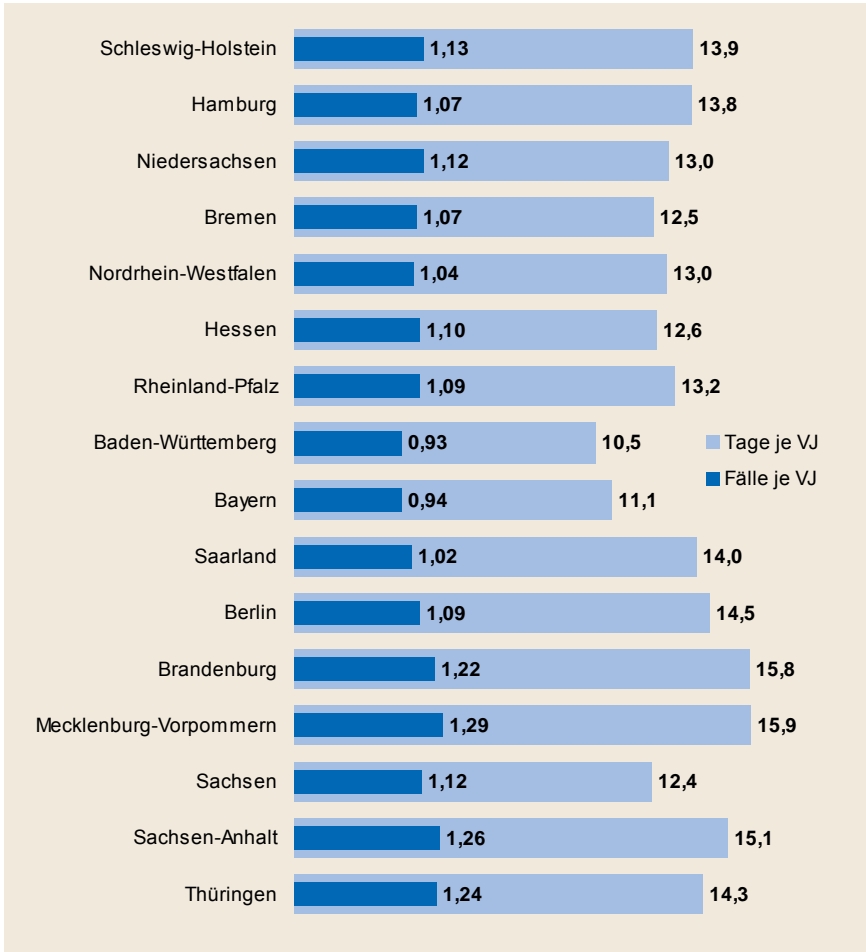


Abbildung 30 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für AU-Fall- beziehungsweise AU-Tagesangaben)

Das AU-Meldegesehen zeigt weiterhin bundeslandabhängig merkbare Unterschiede. Die geringsten Krankschreibungshäufigkeiten (dunkle Balken in der Abbildung) wiesen wie in den Vorjahren auch 2011 mit durchschnittlich 0,93 Fällen je Versicherungsjahr Erwerbspersonen der TK aus Baden-Württemberg auf. Demgegenüber waren Erwerbspersonen aus Mecklenburg-Vorpommern mit 1,29 Fällen je Versicherungsjahr um knapp 40 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 2011 durchschnittlich 10,5 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2011 durchschnittlich 15,9 gemeldete Krankheitsfehltage. Auch für Brandenburg und Sachsen-Anhalt finden sich im Jahr 2011 unter den TK-Mitgliedern mit 15,8 beziehungsweise 15,1 AU-Tagen je Versicherungsjahr verhältnismäßig hohe Fehlzeiten. Berlin belegt – gemessen an der Höhe der Fehlzeiten auf Bundeslandebene – auch im Jahr 2011 den vierten Rang.

Gegenüber dem Vorjahr ist es in allen Bundesländern 2011 zu einem Anstieg der Fehlzeiten gekommen. Die Zuwächse von 2010 auf 2011 variieren zwischen 0,44 und 0,78 Tagen je Erwerbsperson (Mecklenburg-Vorpommern beziehungsweise Brandenburg). Auch die AU-Fallzahlen sind 2011 im Vergleich zum Vorjahr ausnahmslos in allen Bundesländern gestiegen (vgl. auch Tabelle A10 auf Seite 132 im Anhang).

Befriedigende und empirisch belegte Erklärungen zu Ursachen für einzelne bundeslandspezifische Ergebniskonstellationen existieren in der Regel 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 31). Zu den Ausnahmen zählt zweifellos Berlin. Während im Jahr 2000 in diesem Bundesland noch mit Abstand die höchsten Fehlzeiten ermittelt wurden, belegt Berlin zwischenzeitlich, wie bereits erwähnt, nur noch den vierten Rang der bundeslandspezifischen Fehlzeitenstatistik.

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2011

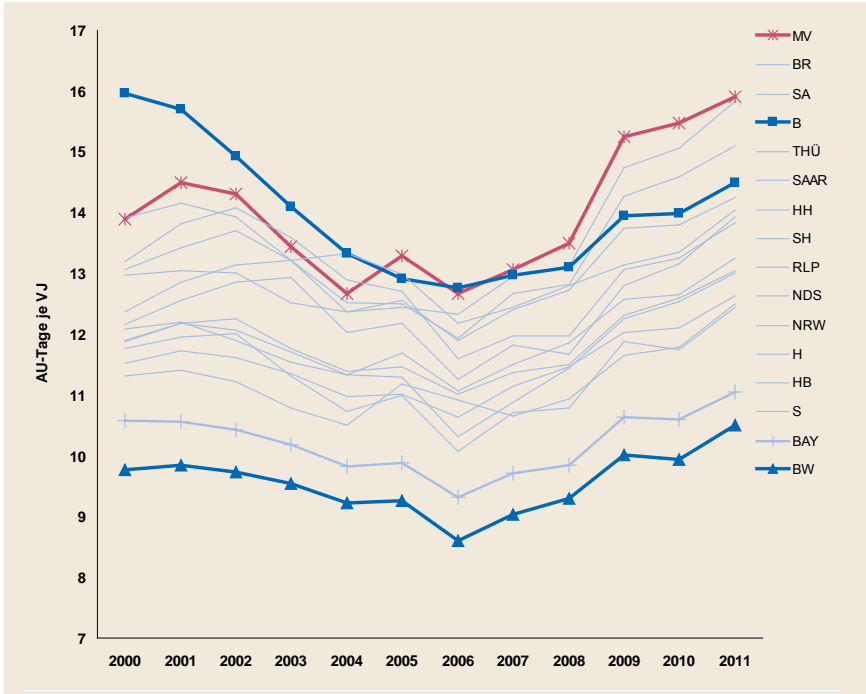


Abbildung 31 (standardisiert, Erwerbspersonen TK,)

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen

Diagnosen werden auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen in Form von ICD10-Codes angegeben (vgl. methodische Erläuterungen zur Arbeitsunfähigkeit im Anhang). 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 32 zeigt die Häufigkeit von AU-Fällen nach Diagnosekapiteln für Erwerbstätige der TK im Jahr 2011. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden dabei einige Diagnosekapitel zusammengefasst oder bei sehr seltener Nennung gänzlich ausgelassen. Auf die hier dargestellten Kapitel entfallen mit 97 Prozent allerdings nahezu alle der erfassten Erkrankungsereignisse. Zahlenangaben inklusive der Werte für das Vorjahr 2010 sind der Tabelle A12 auf Seite 134 im Anhang zu entnehmen.

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

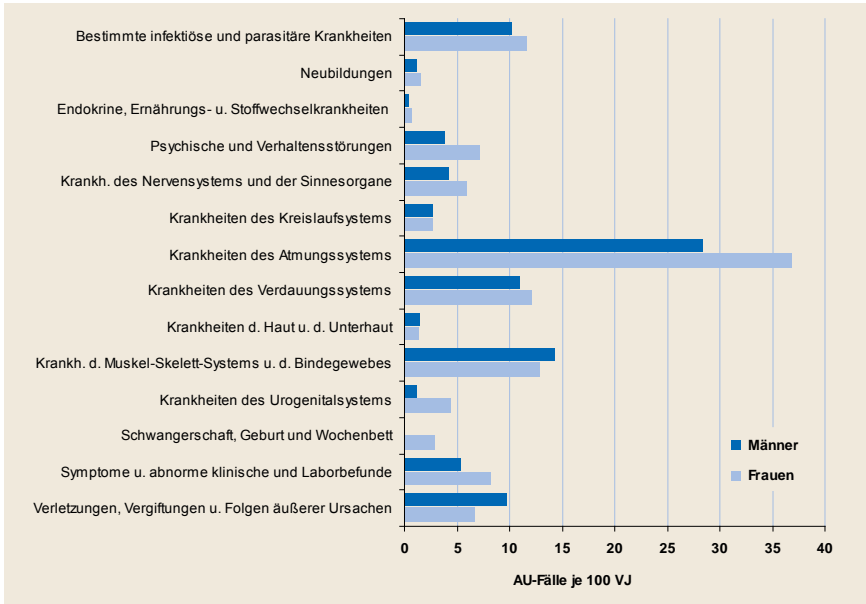


Abbildung 32 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2011)

Die mit Abstand häufigste Ursache von Krankschreibungen bilden traditionell Krankheiten des Atmungssystems, wobei es 2011 gegenüber dem Vorjahr zu einem Anstieg der Fallzahlen um 7,7 Prozent gekommen ist (vgl. Tabelle A12 auf Seite 134 im Anhang). Frauen sind merklich häufiger als Männer betroffen: Innerhalb von 100 Versicherungsjahren wurden 2011 (in Klammern: 2010) durchschnittlich unter Frauen 37 (35) und unter Männern 28 (26) 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 33 zeigt die durchschnittliche Dauer von AU-Fällen in den einzelnen Diagnosekapiteln (vgl. auch Tabelle A13 auf Seite 135 im Anhang).

AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

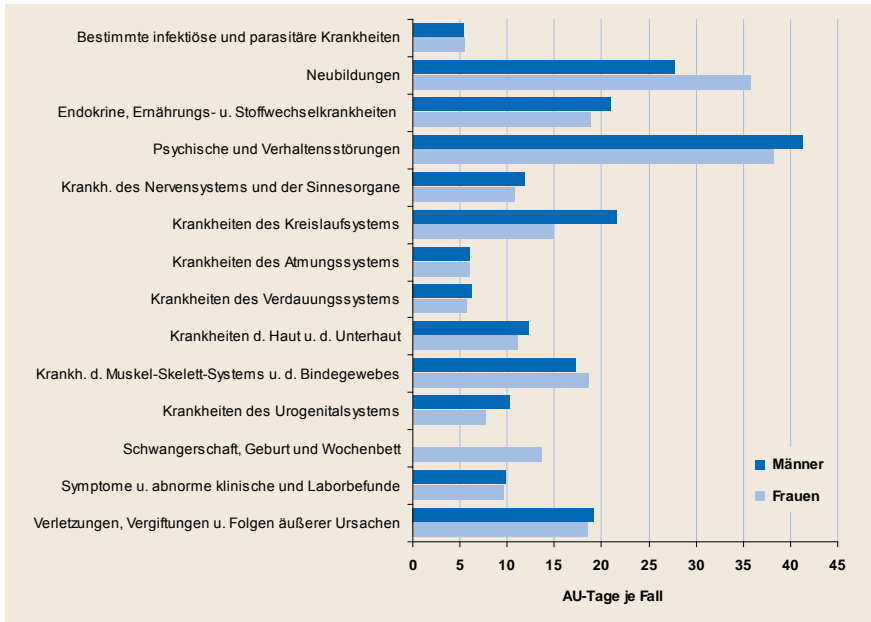


Abbildung 33 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2011)

Ausgesprochen lang dauerten Arbeitsunfähigkeiten mit durchschnittlich 28 Tagen (Männer) beziehungsweise 36 Tagen (Frauen) aufgrund der seltenen Diagnose von Neubildungen. Eine insbesondere bei Männern noch erheblich längere fallbezogene Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigt sich sonst nur bei Diagnosen von psychischen Störungen, die bei Männern und Frauen 2011 zu Krankenschreibungen über fallbezogen durchschnittlich 41 beziehungsweise 38 Tage führten. Mit ca. sechs Tagen bei beiden Geschlechtern recht kurz war demgegenüber die durchschnittliche fallbezogene Krankenschreibungsdauer bei den häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems. Eine vergleichbar kurze fallbezogene Krankenschreibungsdauer zeigt sich auch bei Infektionskrankheiten sowie bei Krankheiten des Verdauungssystems. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der fallbezogenen Dauer zeigen sich bei Krankheiten des Kreislaufsystems: Während ein Erkrankungsfall mit entsprechenden Diagnosen im Jahr 2011 unter Frauen zu einer Arbeitsunfähigkeit von 15 Tagen führte, waren Männer in entsprechenden Fällen im Mittel 22 Tage krankgeschrieben.

Abbildung 34 zeigt als Produkt aus AU-Häufigkeit und fallbezogener Krankenschreibungsdauer 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 2011.

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

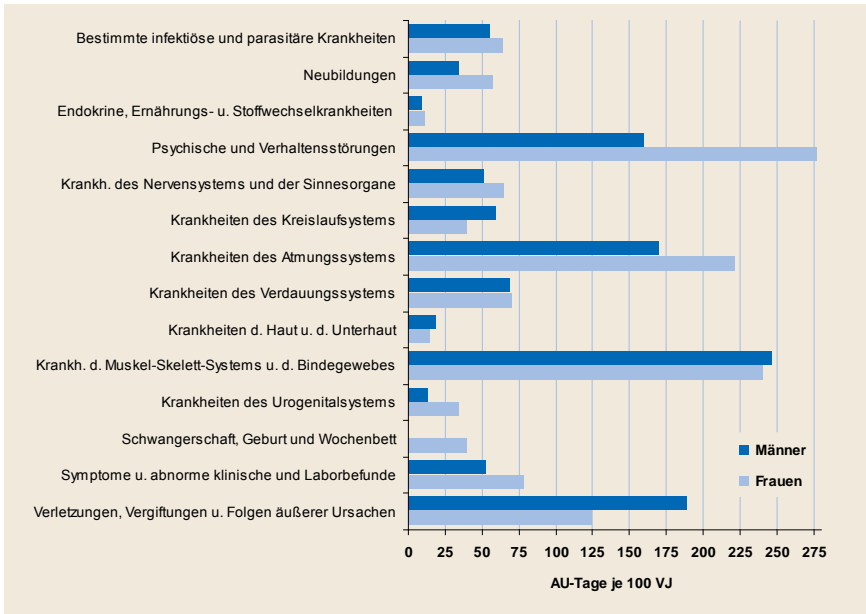


Abbildung 34 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2011)

Die meisten Krankheitsfehltage entfielen geschlechtsübergreifend im Jahr 2011 wie auch in den Vorjahren auf „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, kurz gesprochen auf „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ (vgl. auch Tabelle A14 auf Seite 136 im Anhang). Unter entsprechenden Diagnosen wurden 2011 unter Männern und unter Frauen 247 beziehungsweise 241 Fehltage in 100 Versicherungsjahren erfasst. Dies bedeutet anders ausgedrückt, dass eine durchschnittliche Erwerbsperson in der TK innerhalb des Jahres 2011 (bei 365 Versicherungstagen) im Mittel 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 100.

Bei Männern folgten 2011 in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand nach den „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ in absteigender Reihenfolge die Kapitel „Verletzungen“, „Krankheiten des Atmungssystems“ sowie „Psychische Störungen“. Bei weiblichen Erwerbspersonen führten demgegenüber 2011 „Psychische Störungen“ zu den meisten gemeldeten Erkrankungstagen. Mit absteigender Bedeutung folgten „Krankheiten des Bewegungsapparates“ und „Krankheiten des Atmungssystems“, wobei die letztgenannte Gruppe bei Frauen 2009 noch zu den höchsten Arbeitsausfällen geführt hatte. Zu deut-

lich weniger Fehltagen als bei Männern führten bei Frauen „Verletzungen“, die unter weiblichen Erwerbspersonen 2011 den Rang vier im Hinblick auf Ursachen von Fehlzeiten belegten.

Veränderungen der Fehlzeiten 2011 vs. 2010 nach Diagnosekapiteln

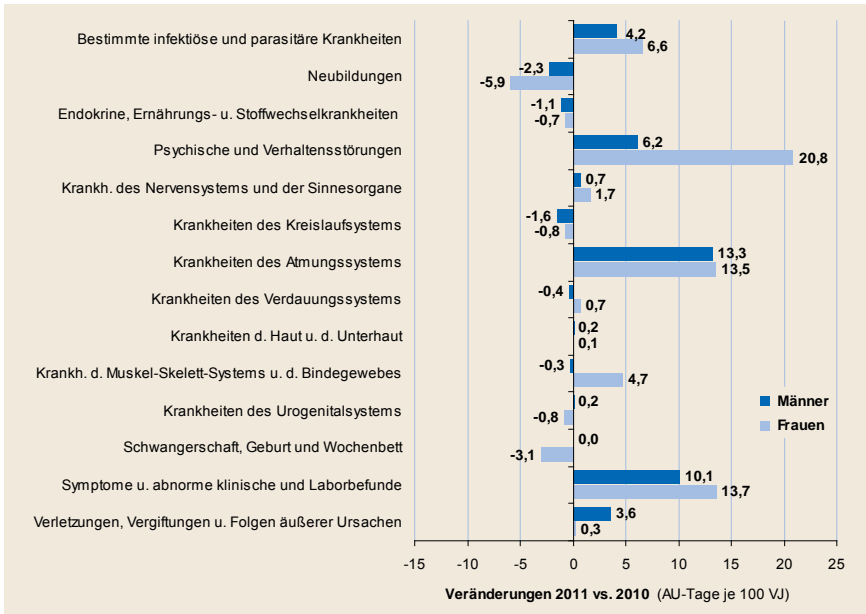


Abbildung 35 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2010, 2011)

Die zum Teil gegenläufigen Veränderungen der Fehlzeiten in einzelnen Diagnosekapiteln von 2010 auf 2011 zeigt Abbildung 35. Bei beiden Geschlechtern gleichartig ausgeprägt ist der Anstieg der Fehlzeiten mit Atemwegserkrankungen im Jahr 2011. Im Jahr 2010 kam es nur zu relativ schwach ausgeprägten Erkältungswellen, die „Neue Grippe“ aus dem Jahr 2009 war bereits weitgehend abgeklungen. 2011 spielten Erkältungskrankheiten demgegenüber offensichtlich wieder eine größere Rolle.

Deutlich, und im Sinne einer Fortsetzung des Trends aus den vergangenen Jahren, sind insbesondere unter Frauen von 2010 auf 2011 die Fehlzeiten mit psychischen Störungen angestiegen. Eine Zunahme bei beiden Geschlechtern lässt sich im Hinblick auf Fehlzeiten mit symptomorientierter Diagnoseangabe feststellen.

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 36. Dargestellt sind die relativen Ver-

änderungen in einzelnen Diagnosekapiteln seit 2000, wobei diesen Ausgangswerten für alle Kapitel ein Wert von 100 Prozent zugeordnet wurde. Auffällig erscheint in Abbildung 36 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 lagen 2006 damit nur noch geringfügig (um zwei Prozent) über denen von 2000. Dieser Rückgang 2006 resultierte teilweise aus einer veränderten Zusammensetzung der Untersuchungspopulation: Bedingt durch gesetzliche Bestimmungen im Zusammenhang mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II (ALG II) konnten längerfristig Arbeitslose als eine überdurchschnittlich von psychischen Erkrankungen betroffene Gruppe bei Auswertungen ab 2006 nicht mehr berücksichtigt werden.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

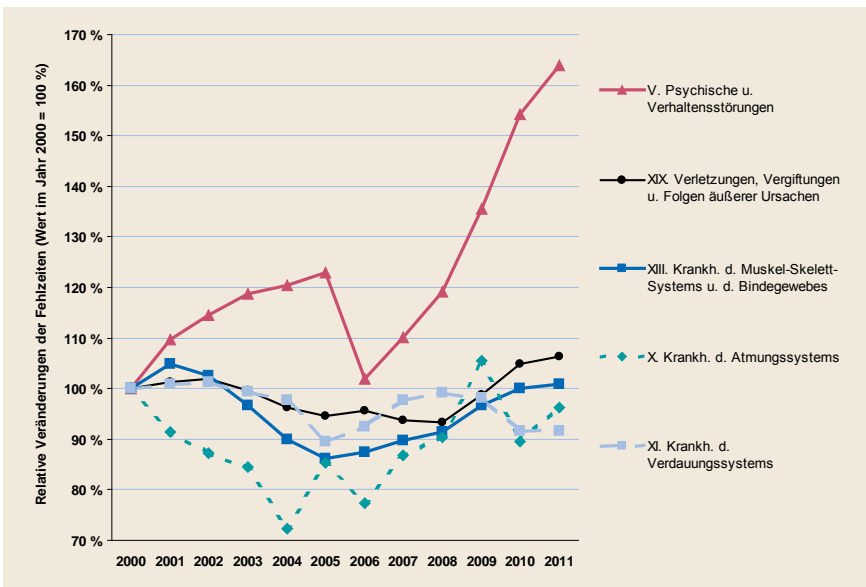


Abbildung 36 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2000–2011; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 Prozent)

Ein immer noch deutlicher Rückgang der Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen von 2005 auf 2006 lässt sich jedoch auch bei einer Beschränkung der Auswertungen ausschließlich auf Berufstätige nachweisen, an deren Zusammensetzung sich durch die Einführung des ALG II definitionsgemäß nichts Grundsätzliches verändert hat (vgl. Abbildung 37). Damit können die relativ nied-

rigen Fehlzeiten im Jahr 2006 also keinesfalls ausschließlich aus der Nicht-Berücksichtigung von ALG-II-Empfängern resultieren. Lediglich in Bezug auf den Anstieg von Fehlzeiten wegen psychischer Störungen zwischen 2002 und 2005 legt die Gegenüberstellung der beiden Abbildungen den Schluss nahe, dass der Anstieg vor 2006 maßgeblich aus steigenden Fehlzeiten (bei einer gleichfalls steigenden Zahl) von arbeitslos gemeldeten Erwerbspersonen resultiert.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige

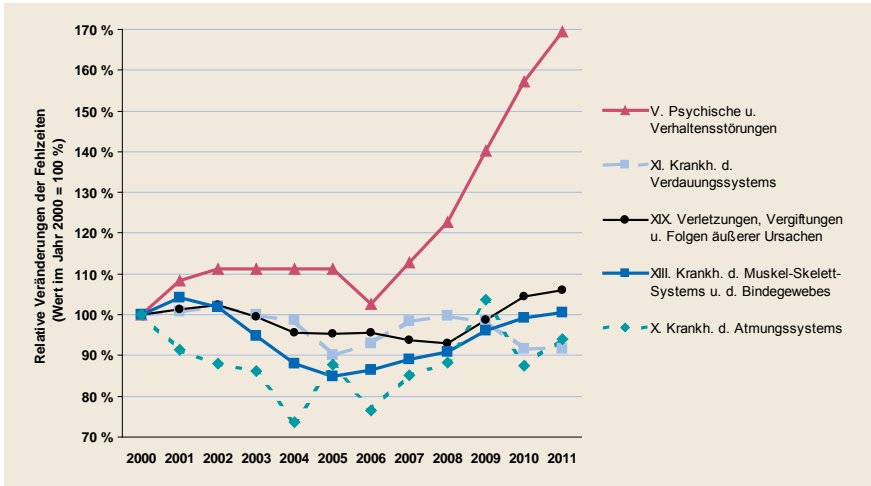


Abbildung 37 (standardisiert; Berufstätige TK 2000–2011; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 Prozent)

Der für die Jahre 2007 bis 2011 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr ermittelte deutliche Anstieg der Fehlzeiten mit der Diagnose psychischer Störungen betrifft demgegenüber die Subgruppe der Berufstätigen in vergleichbarem Umfang wie die Erwerbspersonen insgesamt (vgl. auch Tabelle A15 auf Seite 137 im Anhang). Er lässt sich damit nicht auf steigende Arbeitslosenzahlen oder steigende Fehlzeiten bei Arbeitslosen zurückführen. Die Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen bei Berufstätigen 2011 markieren mit 190 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in dieser Gruppe den mit Abstand höchsten Stand seit Beginn der Auswertungen zum Jahr 2000. Im Vergleich zum Jahr 2000 lagen die Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen bei Berufstätigen 2011 um 70 Prozent höher. Allein seit dem zwischenzeitlichen Tiefpunkt 2006 ist bei Berufstätigen eine Zunahme um 65 Prozent zu verzeichnen. 2006 waren erst 115 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre bei Berufstätigen erfasst worden.

Auffällig erscheinen bei der Betrachtung der längerfristigen Verläufe auch die Veränderungen der Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen. In den Jahren nach 2003 zeigen sich deutlich schwankende Werte ohne eindeutigen

Trend, die sich am ehesten durch unterschiedlich stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswellen in den einzelnen Jahren erklären lassen. Diese Deutung lässt sich nach Auswertungen zu Krankenständen im Wochenmittel bestätigen, bei denen ausschließlich Arbeitsunfähigkeiten mit ICD10-Diagnosen berücksichtigt wurden, die typischerweise bei Erkältungen im weiteren Sinne verwendet werden (vgl. Abbildung 38, Erläuterungen im Gesundheitsreport aus dem Jahr 2006 ab Seite 86 sowie die Fußnote unten).

Während in den „ungeraden“ Jahren 2003, 2005, 2007 und 2009 zum Höhepunkt der jeweiligen Erkältungswelle innerhalb des ersten Quartals jeweils mehr als 1,2 Prozent der Erwerbspersonen mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben waren, waren in den „geraden“ Jahren 2002, 2004 und 2006 im Wochenmittel maximal jeweils nur etwa 0,7 bis 0,8 Prozent betroffen. Anfang 2008 zeigte sich, abweichend von den zuvor beobachteten Zweijahreszyklen, eine mäßig stark ausgeprägte Zunahme von Krankschreibungen mit Erkältungskrankheiten über einen längeren Zeitraum, die zusammen mit dem relativ hohen Niveau im letzten Quartal des Jahres 2008 maßgeblich für die Gesamtzunahme von Fehlzeiten mit Atemwegserkrankungen 2008 im Vergleich zu 2007 verantwortlich war.

Zu Beginn des Jahres 2009, und zwar bereits Ende Januar, erreichte der erkältungsbedingte Krankenstand¹⁶ im Wochenmittel einen maximalen Wert von 1,38 Prozent – ein Wert, der zuletzt innerhalb des ersten Quartals 2005 erreicht worden war. An dieser Stelle zeichnete sich also deutlich eine erste, jahreszeitlich relativ frühe und ausgeprägte Erkältungs- und Grippewelle innerhalb des Jahres 2009 ab, die zu Erkrankungsraten merklich oberhalb der Werte in vorausgehenden Jahren führte. Diese Grippewelle fand medial eine nur geringe Beachtung und steht explizit noch nicht im Zusammenhang mit dem Erreger der Neuen Influenza.

Die Auswirkungen der Neuen Influenza („Schweinegrippe“) zeigen sich ausschließlich und saisonal atypisch im letzten Quartal des Jahres 2009 (vgl. Abbildung 38, Markierung „NI“ für Neue Influenza). Während zum Jahresende in anderen Jahren im Wochenmittel kaum erkältungsbedingte Krankenstände oberhalb von 0,6 Prozent ermittelt wurden, lässt sich um den 18.11.2009 herum (entsprechend der 47. Kalenderwoche) ein diagnosespezifischer Krankenstand von 1,08 Prozent ermitteln, der den Höhepunkt der Grippewelle im Zusammenhang mit der Ausbreitung des aktuellen A/H1N1-Virus in Deutschland markiert.

¹⁶ Berücksichtigt wurden AU-Meldungen unter den folgenden ICD10-Diagnosen: B34, B99, J00, J01, J02, J03, J04, J06, J09, J10, J11, J18, J20, J22, J34, J39, J40, J98.

Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, im Wochenmittel

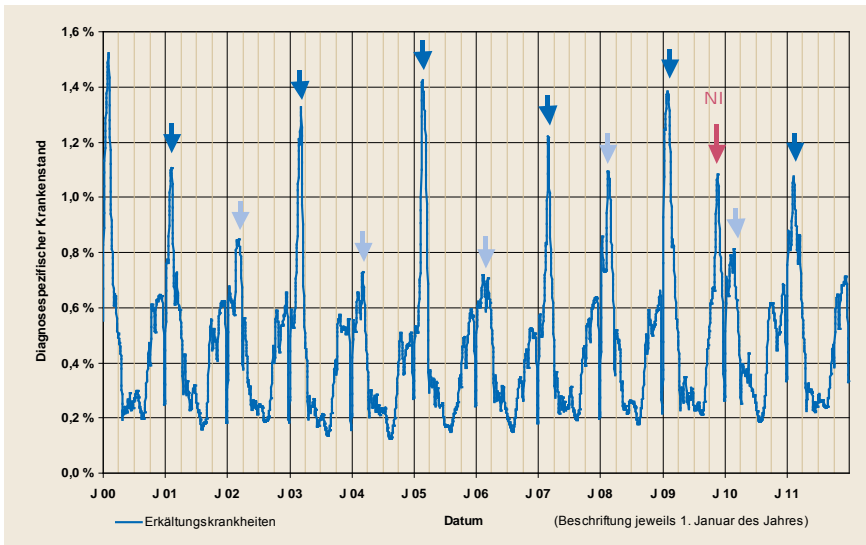


Abbildung 38 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2000–2011; Arbeitsunfähigkeiten mit ausgewählten Diagnosen – vgl. Text)

Für die erste Jahreshälfte 2010 fanden sich demgegenüber lediglich erkältungsbedingte Krankschreibungsraten, die denen bei einer eher schwach ausgeprägten Erkältungswelle entsprechen, was einer Fortsetzung der nur 2008 durchbrochenen Zweijahreszyklik mit regelhaft milden Erkältungswellen zu Beginn „gerader“ Jahre entspricht. Im Sinne dieser Zweijahreszyklik war im ersten Quartal des Jahres 2011 (eines „ungeraden“ Jahres) wieder mit einer stärkeren Erkältungswelle zu rechnen, die nach den jetzt vorliegenden Ergebnissen, wenn auch nicht in besonders stark ausgeprägter Form, eingetreten ist.

Abbildung 39 verdeutlicht insbesondere den zeitlichen Ablauf der beiden Grippebeziehungsweise Erkältungswellen im Jahr 2009 mit dem zeitlich atypischen Auftreten der Neuen Influenza im vierten Quartal (vgl. dunkelblaue Linie). Zum Vergleich sind in der Abbildung entsprechend ermittelte diagnosespezifische Krankenstände aus dem Jahr 2010 (grün) sowie dem aktuell im Report vorrangig betrachteten Jahr 2011 (rot) gegenübergestellt. Im zweiten und dritten Quartal der drei dargestellten Jahre finden sich jeweils weitgehend übereinstimmende Krankenstände unter der Diagnose von Erkältungskrankheiten. Demgegenüber liegen die Krankenstände sowohl im ersten Quartal als auch im vierten Quartal 2009 deutlich über denen in den entsprechenden Vergleichszeiträumen 2010 und 2011. Während der zeitliche Verlauf der Neuen Influenza im Vergleich zu anderen Grippewellen innerhalb der vergangenen zwölf Jahre mit einem deutlichen Erkrankungsgipfel bereits im November eine Besonderheit darstellt, er-

scheint die hier ermittelte Erkrankungsrate im Kontext der Neuen Influenza im Vergleich zu den Erkrankungsraten bei typischen Grippewellen zu Jahresbeginn quantitativ als eher gewöhnlich und unspektakulär. Offensichtlich werden in Abbildung 39 zudem nochmals die relativ geringen Krankenstände unter der Diagnose von Erkältungskrankheiten zu Beginn des Jahres 2010. Im Vergleich dazu wurden 2011 im gesamten ersten Quartal merklich höhere erkältungsbedingte Krankenstände erfasst.

Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, 2009, 2010 und 2011

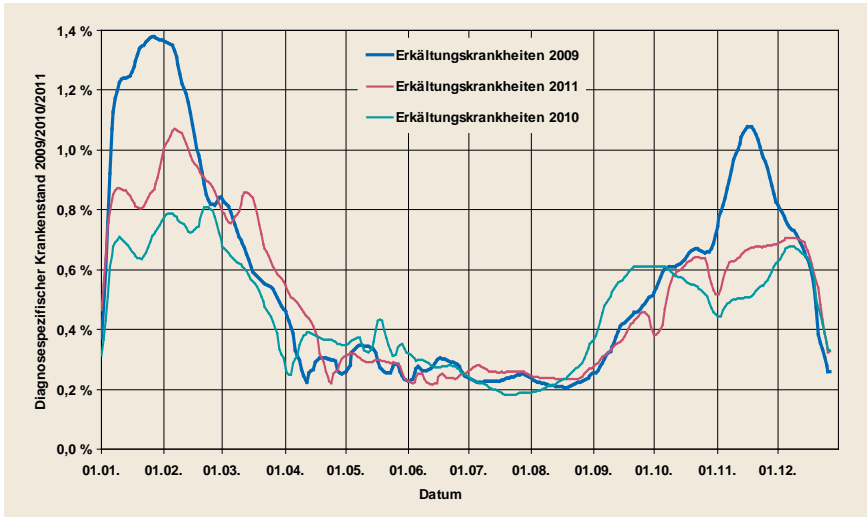


Abbildung 39 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009, 2010, 2011; Arbeitsunfähigkeiten mit ausgewählten Diagnosen im Wochenmittel – vgl. Text)

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 gültigen Ausprägungen des aktuell verwendeten ICD10-Diagnoseschlüssels – auf eine Darstellung zu anteilig bedeutsamen Diagnosen beschränkt bleiben.

Tabelle 7 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 2011 mit 53 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 Verdauungstraktes sowie nicht genauer spezifizierte Infekte eine maßgebliche Rolle. Nicht in die bereits genannten Erkrankungskategorien fallen „Rückenschmerzen“ (M54), „Zahnprobleme“ (K08), „Verletzungen“ (T14) sowie „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43) und „Depressive Episoden“ (F32) und schließlich auch die Diagnose „Migräne“ (G43).

Insbesondere „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ (J06) führten 2011 mit 12,18 AU-Fällen je 100 VJ wieder zu deutlich mehr AU-Fällen als 2010 mit seinerzeit 10,78 AU-Fällen je 100 VJ.

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2011

ICD10-Diagnose	Männer (Fälle je 100 VJ)	Frauen (Fälle je 100 VJ)	Gesamt (Fälle je 100 VJ)
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	11,02	13,81	12,18
M54 Rückenschmerzen	5,70	4,90	5,37
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	4,77	5,23	4,96
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,37	3,71	3,51
J20 Akute Bronchitis	3,22	3,69	3,41
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,24	3,58	3,38
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,89	3,44	3,12
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,55	3,06	2,77
J03 Akute Tonsillitis	1,56	2,15	1,80
J01 Akute Sinusitis	1,34	2,34	1,75
J32 Chronische Sinusitis	1,36	2,28	1,74
J02 Akute Pharyngitis	1,32	1,91	1,57
K29 Gastritis und Duodenitis	1,28	1,85	1,52
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,81	1,06	1,50
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	0,88	2,04	1,36
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,88	1,91	1,31
F32 Depressive Episode	0,95	1,77	1,29
A08 Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	0,96	1,06	1,00
G43 Migräne	0,46	1,65	0,96
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	0,84	1,11	0,95
Anteil aufgeführte Fälle an allen AU-Fällen	52,2 %	52,7 %	52,4 %
AU-Fälle je 100 VJ insgesamt	96,57	118,81	105,79

Tabelle 7 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

In Tabelle 8 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 2011 für die meisten krankheitsbedingten Fehltagel verantwortlich waren. Da bei einer derartigen Darstellung neben der Fallhäufigkeit auch die Falldauer eine maßgebliche Rolle spielt, ergibt sich im Vergleich zu Tabelle 7 eine deutlich veränderte Rangfolge. Insgesamt entfallen auf diese nur 20 von insgesamt mehr als 1.600 dreistelligen ICD10-Diagnosen rund 40 Prozent aller gemeldeten Fehlzeiten.

Als anteilig bedeutsamste Einzeldiagnose bei Männern stehen „Rückenschmerzen“ (M54) mit 69,4 Fehltagen in 100 VJ im Jahr 2011 auf Rang zwei der Tabelle. Bei Frauen wurden mit dieser Diagnose 63,5 Fehltagel je 100 VJ erfasst. Zu noch längeren Fehlzeiten führten 2011 bei Frauen mit 73,7 AU-Tagen je 100 VJ „Akute Infektionen“ (J06) und insbesondere „Depressive Episoden“ (F32) mit 90,7 AU-Tagen je 100 VJ, die damit, wie erstmals bereits 2010, auch 2011 geschlechtsübergreifend mit 68,5 AU-Tagen je 100 VJ die Einzeldiagnose auf dreistelliger ICD-Ebene mit den meisten Fehltagel waren.

Bei Männern verursachten „Depressive Episoden“ 2011 mit 52,9 AU-Tagen je 100 VJ noch deutlich weniger gemeldete Krankheitstage als bei Frauen. Dennoch war diese Diagnose bei Männern nach „Rückenschmerzen“ und „Akuten Infektionen“ für die meisten Fehltagel verantwortlich. Neben Depressionen spielen aus dem Diagnosekapitel „Psychische Störungen“ auch „Belastungsreaktionen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33), „Andere neurotische Störungen“ (F48), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „Andere Angststörungen“ (F41) insbesondere bei Frauen eine große Rolle.

Männer weisen in der Regel höhere Fehlzeiten aufgrund einzelner Diagnosen im Zusammenhang mit Verletzungen sowie bei Erkrankungen des Bewegungsapparats auf.

Absolute Angaben zu AU-Fallzahlen und -Tagen zu den 100 relevantesten Diagnosen des AU-Meldegeschehens im Jahr 2011, gemessen am Fehlzeitenvolumen, sind inklusive Angaben zur durchschnittlichen Falldauer der Tabelle A16 ab Seite 140 im Anhang zu entnehmen.

Anteil relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage 2011

ICD10-Diagnose	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	Gesamt (Tage je 100 VJ)
F32 Depressive Episode	52,9	90,7	68,5
M54 Rückenschmerzen	69,4	63,5	67,0
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	56,7	73,7	63,8
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23,7	49,4	34,4
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	27,7	23,8	26,1
J20 Akute Bronchitis	21,0	25,1	22,7
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	20,1	22,8	21,2
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	18,4	22,7	20,2
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	24,0	13,1	19,5
F33 Rezidivierende depressive Störung	13,6	25,6	18,6
F48 Andere neurotische Störungen	11,9	26,5	18,0
F45 Somatoforme Störungen	11,8	22,6	16,3
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes (Internal Derangement)	19,1	11,8	16,1
M75 Schulterläsionen	15,8	14,6	15,3
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	18,1	11,2	15,3
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	14,1	16,1	14,9
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	13,2	16,6	14,6
F41 Andere Angststörungen	10,7	20,0	14,6
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	13,8	11,9	13,0
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	13,4	10,6	12,3
Anteil aufgeführte Tage an allen AU-Tagen	39,8 %	40,3 %	40,0 %
AU-Tage je 100 VJ insgesamt	1.179,2	1.421,0	1.279,4

Tabelle 8 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen

Einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen besitzt 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 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 wirkende 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 Arbeitsplatzverlusts 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 2011 bei Erwerbspersonen der TK in einzelnen Berufsfeldern, getrennt für Männer und Frauen, geben Abbildung 40 sowie Abbildung 41 auf Seite 92 und Seite 93. 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 2011 durchschnittlich **8,0 Arbeitsunfähigkeitstage** gemeldet wurden, waren Erwerbstätige in „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ im Mittel **19,5 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 1,7 über den durchschnittlichen Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen der TK von insgesamt 11,8 Tagen je Versicherungsjahr (vgl. auch Tabelle A17 bis Tabelle A19 ab Seite 141 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.

Mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt bei Erwerbspersonen liegen 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 – insbesondere auch bei „Waren- und Dienstleistungskaufleuten“, in den „Verwaltungs-, Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen“ sowie bei „Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen“.

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2011

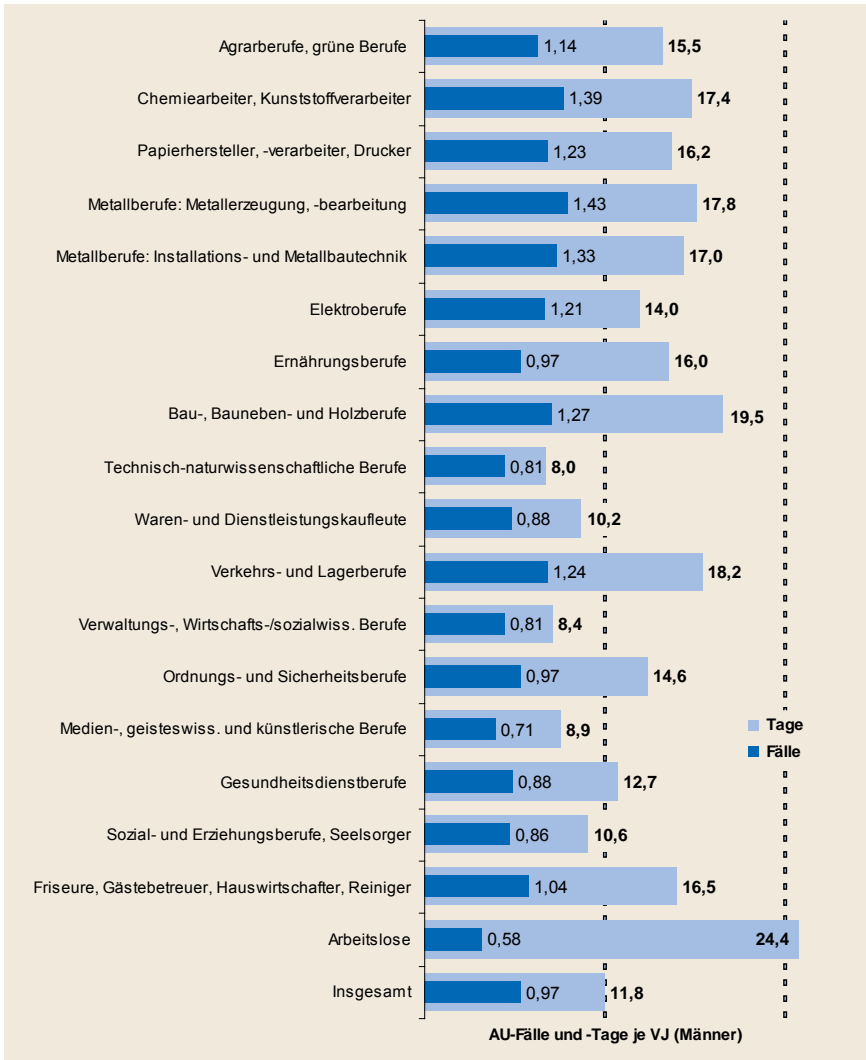


Abbildung 40 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 11,8 und 23,6 AU-Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tage je VJ aller männlichen Erwerbspersonen sowie doppelter Wert)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2011

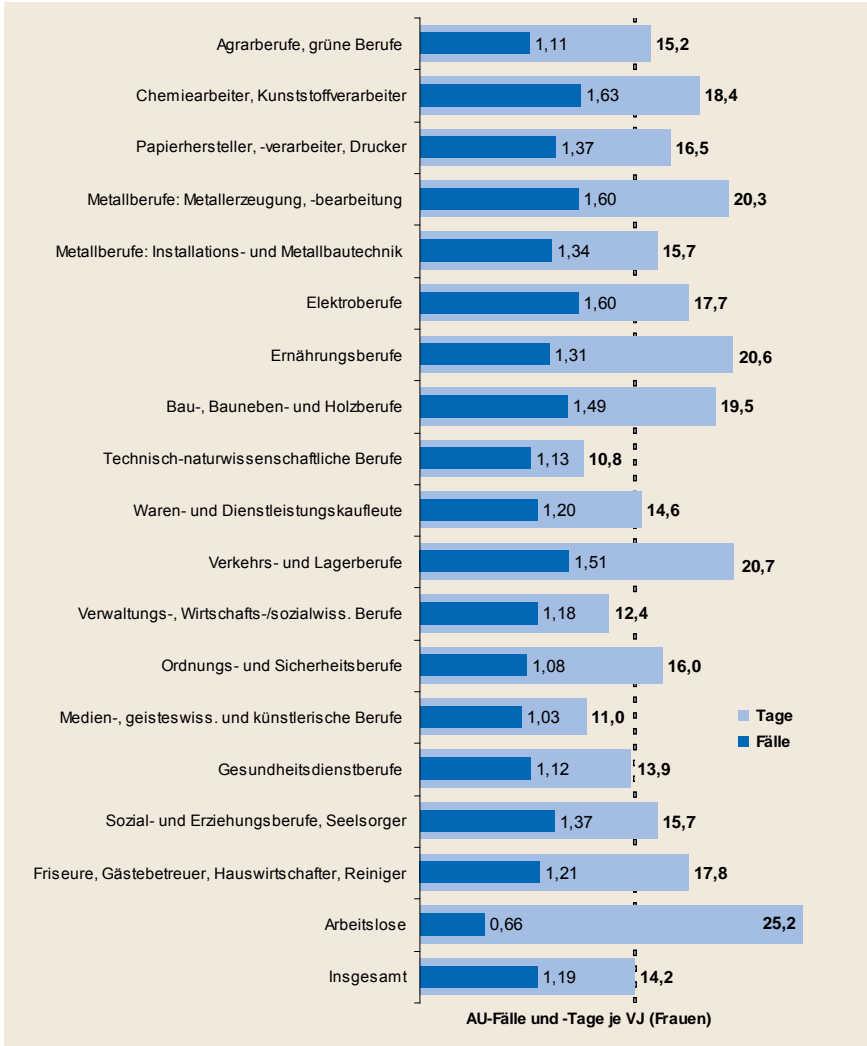


Abbildung 41 (Erwerbepersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 14,2 AU-Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tagen je VJ aller weiblichen Erwerbepersonen)

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 A17 bis Tabelle A19 ab Seite 141 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 2011: 5,6 Prozent). Krankenstände von Auszubildenden liegen unter dem Durchschnittswert für 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 adäquat erscheint.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsstand

Abbildung 42 und Abbildung 43 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 2011 im Mittel 19,7 Fehltag im Jahr aufwiesen, wurden bei Männern mit Hochschul- oder Universitätsabschluss im Mittel je Jahr nur 5,7 Fehltag erfasst. Die Fehlzeiten bei Frauen liegen in allen Ausbildungskategorien auf einem höheren Niveau als bei Männern, geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei höherem Ausbildungsstand allerdings stärker ausgeprägt als bei geringerem Ausbildungsstand.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Männer 2011

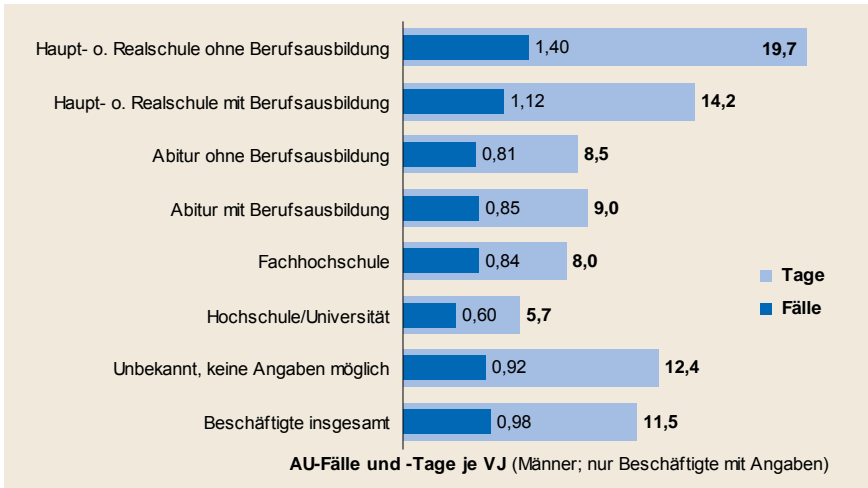


Abbildung 42 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Ausbildung, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2011

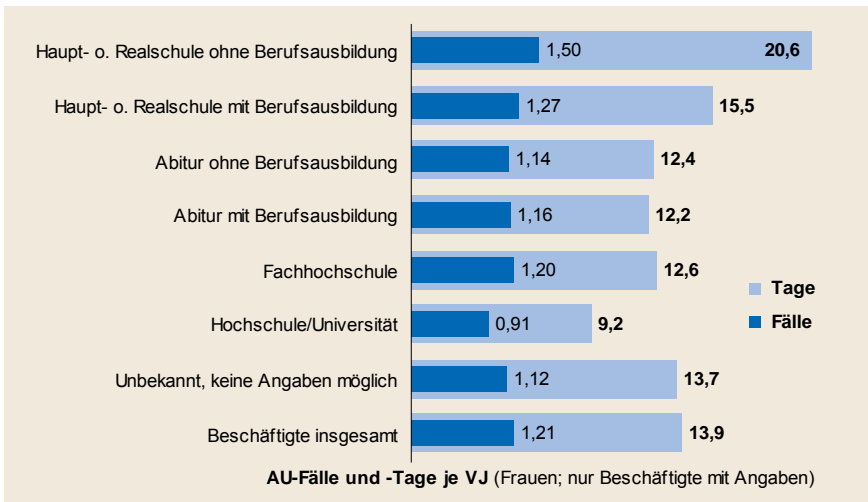


Abbildung 43 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Ausbildung, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

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 9 gibt einen Überblick zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2010 und 2011. Insgesamt betrachtet entfällt auf Arbeits- und Wegeunfälle nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der erkrankungsbedingten Fehlzeiten. Rechnerisch wurden bei je 100 durchgängig versicherten männlichen beziehungsweise weiblichen Erwerbspersonen der TK im Jahr 2011 im Mittel 3,8 beziehungsweise 2,1 AU-Fälle mit Arbeitsunfällen registriert. Auf die entsprechenden Arbeitsunfähigkeitszeiten entfielen, bei einer durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von etwas über 20 Tagen, je 100 Versicherungsjahre 88 Krankheitsfehltag bei Männern beziehungsweise 45 Krankheitsfehltag bei Frauen.

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2010 sowie 2011

AU-Meldungen bei Arbeitsunfällen	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Fälle je 100 VJ	3,70	2,17	3,07	3,79	2,09	3,09
AU-Tage je 100 VJ	85,1	46,0	68,9	88,1	45,1	70,2
Krankenstand	0,23 %	0,13 %	0,19 %	0,24 %	0,12 %	0,19 %
AU-Tage je Fall	23,0	21,2	22,5	23,2	21,6	22,8

Tabelle 9 (standardisiert)

Der Krankenstand als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen beträgt damit gut 0,2 Prozent bei Männern beziehungsweise 0,1 Prozent bei Frauen. Dies bedeutet, dass unter 1.000 männlichen Erwerbspersonen im Jahresmittel etwas mehr als zwei Personen wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, unter 1.000 weiblichen Erwerbspersonen im Mittel über alle Tage des Jahres lediglich eine Person. Unter Männern in der TK entfielen 7,5 Prozent aller gemeldeten Krankheitsfehltag auf Arbeits- und Wegeunfälle, unter Frauen waren es 2011 demgegenüber 3,2 Prozent aller gemeldeten Krankheitsfehltag.

Abbildung 44 zeigt die in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen innerhalb von 100 Versicherungsjahren anfallenden Krankheitsfehltage unter Erwerbspersonen der TK. Offensichtlich wird, dass insbesondere jüngere Männer überdurchschnittlich stark von Arbeits- und Wegeunfällen betroffen sind.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht

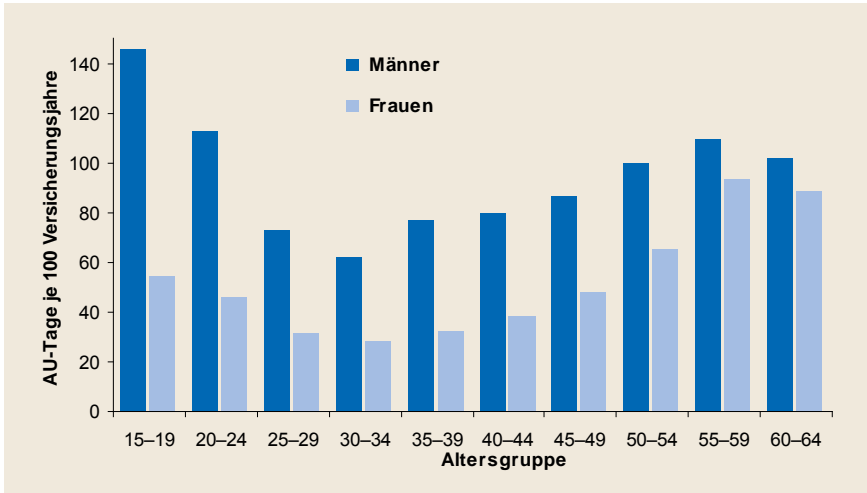


Abbildung 44 (Erwerbspersonen TK 2011)

Tabelle 10 zeigt die Verteilung von Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle auf ICD10-Diagnosekapitel. Erwartungsgemäß entfällt mit etwa 80 Prozent der weit- aus 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 zehn Prozent auch „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“, die als Folgeerscheinungen von Un- fällen angesehen werden können. Auf alle übrigen Diagnosen entfallen zusam- men die verbleibenden knapp zehn Prozent der durch Arbeits- und Wegeunfälle bedingten Fehlzeiten.

Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2010 sowie 2011

Diagnosekapitel	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Übrige Diagnosen	8,6 %	10,6 %	9,1 %	9,4 %	10,4 %	9,6 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	10,4 %	9,9 %	10,3 %	9,7 %	9,8 %	9,7 %
Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen	81,0 %	79,5 %	80,6 %	80,9 %	79,9 %	80,7 %

Tabelle 10 (prozentuale Anteile an den erkrankungsbedingten Fehlzeiten wegen Arbeits- und Wegeunfällen insgesamt, standardisiert)

Abbildung 45 zeigt AU-Tage durch Arbeits- und Wegeunfälle je 100 Versicherungsjahre bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen der TK 2011 in einer Aufgliederung nach Berufsfeldern. Insbesondere unter Männern zeigen sich dabei extreme berufsabhängige Unterschiede.

Während 2011 männliche Beschäftigte in „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ 304 Tage in 100 Versicherungsjahren wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, fehlten männliche Beschäftigte aus Verwaltungsberufen lediglich 27 Tage aus entsprechenden Gründen. Ein durchschnittlicher männlicher Beschäftigter mit einem Bauberuf fehlte also innerhalb eines Jahres etwa drei Tage aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen, ein Verwaltungsangestellter nur etwa einen viertel Tag, die Werte unterscheiden sich abhängig von der Berufsgruppenzugehörigkeit um mehr als den Faktor Zehn.

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 in der Regel 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 2011

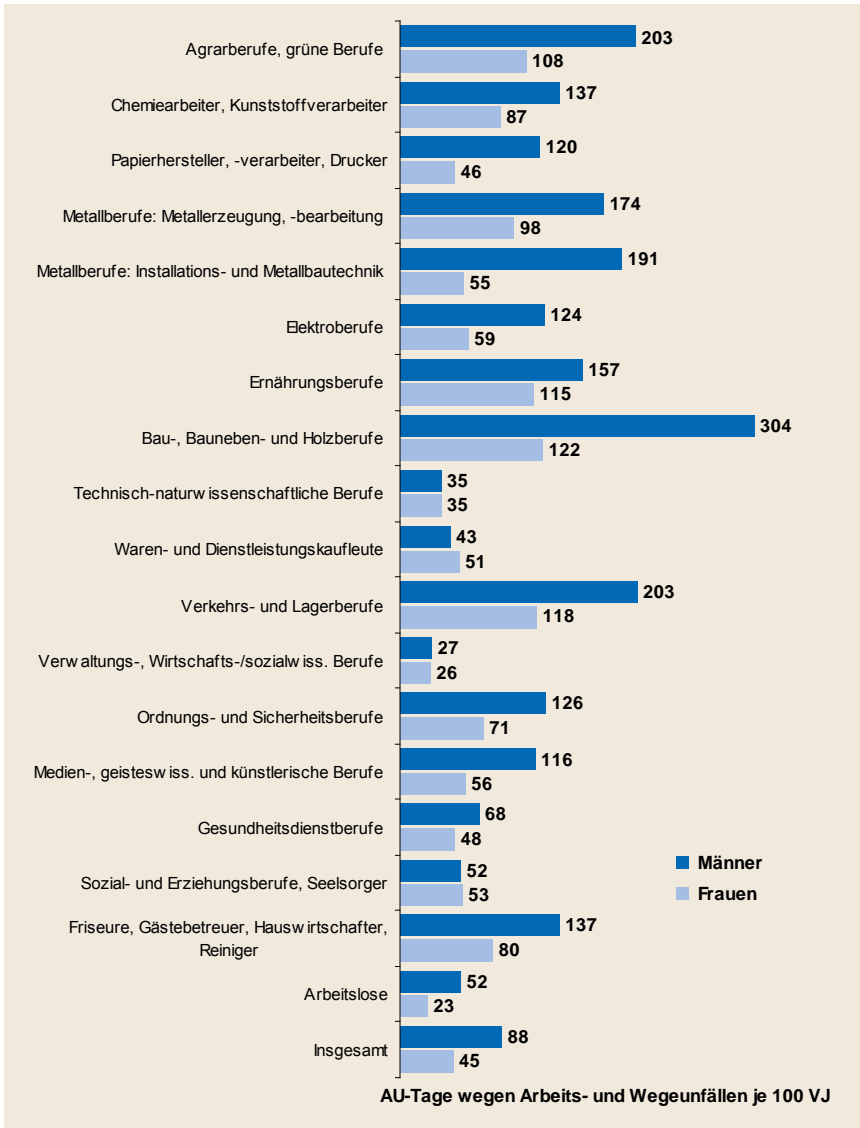


Abbildung 45 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert)

Rückenbeschwerden

Da 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 Sinne lassen sich die Diagnosen aus der Diagnosegruppe „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ bezeichnen, die alle Diagnosen mit den Ziffern zwischen M40 und M54 umfasst. Diese Diagnosegruppe gliedert sich weiter 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 11; ein Diagnoseschlüssel M52 ist in der 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. Bei Rückenbeschwerden finden sich zwar regelmäßig organische Veränderungen, die jedoch nur selten als eindeutige Ursache der Beschwerden gelten können.

Rückenbeschwerden als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten

Eine Übersicht zu den Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen und ihre Bedeutung für Arbeitsunfähigkeiten bei Mitgliedern der TK im Jahr 2011 zeigen die nachfolgende Tabelle 11 sowie Abbildung 46.

Je 100 Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK wurden im Jahr 2011 insgesamt 1.279 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst. Von diesen Gesamtfehlzeiten entfielen 19,1 Prozent auf das Diagnosekapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ (244 Tage je 100 VJ), darunter 118 Tage je 100 VJ – entsprechend 9,3 Prozent aller Fehltage – auf „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40–M54), also auf Rückenbeschwerden in weiterem Sinne.

Allein auf die relativ unspezifische Diagnose M54 „Rückenschmerzen“ entfielen 67 Fehltage je 100 VJ. Diese entsprechen einem Anteil von 5,2 Prozent der gesamten Fehlzeiten bei Erwerbspersonen in der TK 2011.

Etwa jeder 19. krankheitsbedingte Fehltag wurde also unter der Diagnose Rückenschmerzen erfasst. Lediglich auf die dreistellige Diagnose „Depressive Episode“ (F32) entfielen 2011 geschlechtsübergreifend mehr Fehltag.

Bei den durchschnittlich 3,7 Millionen Erwerbspersonen in der TK im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wurden damit im Jahr 2011 in absoluten Zahlen 207.501 Krankmeldungen mit der Diagnose Rückenschmerzen (M54) registriert. Diese dauerten durchschnittlich 13,3 Tage. Es ergeben sich so allein für die Diagnose Rückenschmerzen bei TK-versicherten Erwerbspersonen 2.763.764 Fehltag. Auf Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens insgesamt (M40–M54, Rückenbeschwerden im weiteren Sinne) entfielen 2011 in der TK-Population 4,96 Millionen Fehltag.

Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden

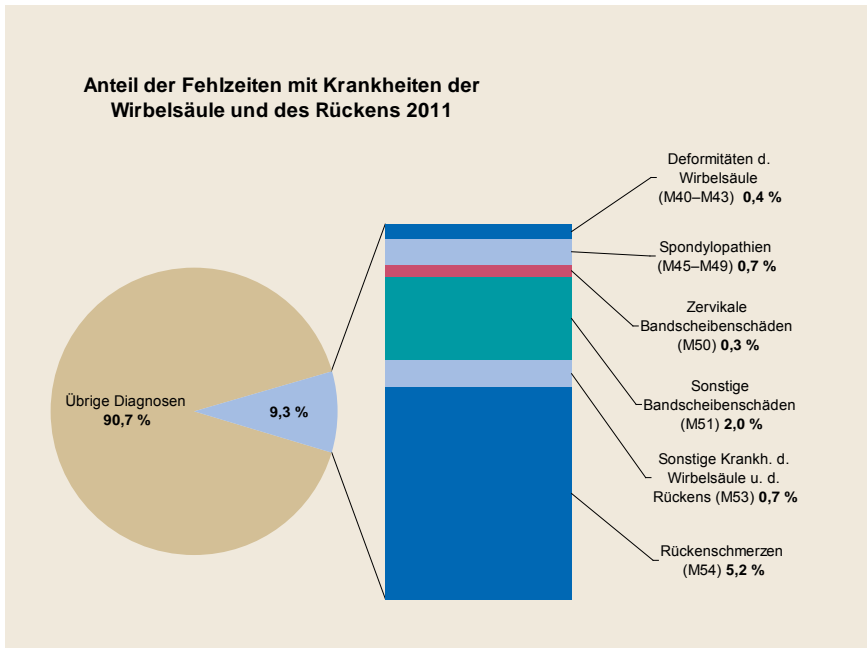


Abbildung 46 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert)

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 kon-

servative Schätzungen. Nach entsprechenden Schätzungen dürften auch im Jahr 2011 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 2011

	AU-Tage je 100 VJ			Anteil
	Männer	Frauen	Gesamt	
Arbeitsunfähigkeiten insgesamt	1.179	1.421	1.279	100,0 %
Kapitel XIII: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	247	241	244	19,1 %
DG M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	121	115	118	9,3 %
UG M40–M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	4	5	5	0,4 %
UG M45–M49 Spondylopathien	9	8	9	0,7 %
UG M50–M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	108	102	105	8,2 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	3	4	4	0,3 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	28	24	26	2,0 %
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7	10	9	0,7 %
M54 Rückenschmerzen	69	64	67	5,2 %

Tabelle 11 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; DG = Diagnosegruppe, UG = Untergruppe)

Entwicklung zwischen 2000 und 2011

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 47). Demgegenüber lässt sich seit 2006 erneut ein leichter Anstieg der Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden feststellen, der sich jedoch 2011 nicht fortgesetzt hat.

Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2011

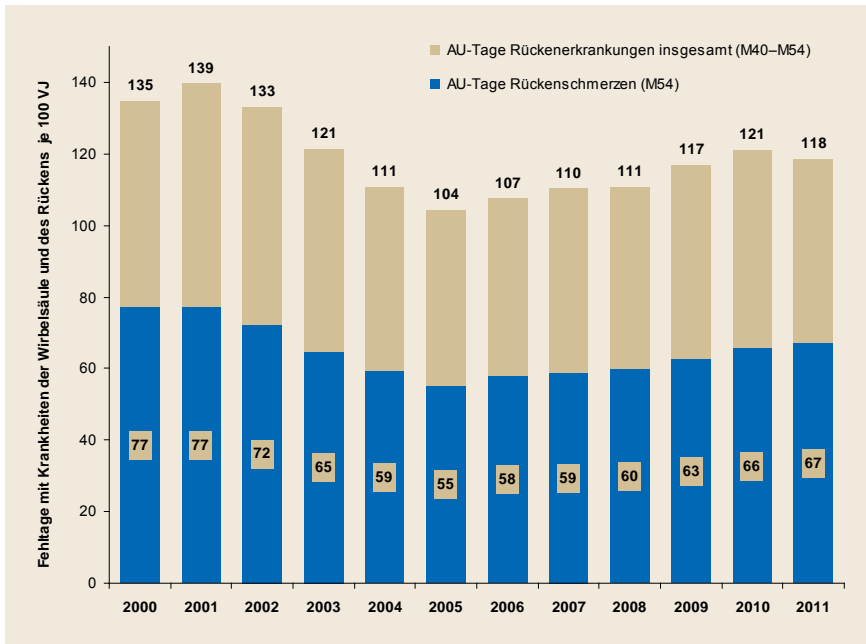


Abbildung 47 (Erwerbspersonen TK 2000–2011, standardisiert)

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 48 zeigt Fehlzeiten wegen entsprechender Diagnosen für Beschäftigte aus einzelnen Berufsfeldern im Jahr 2011. In diesen sogenannten Berufsfeldern sind jeweils Tätigkeiten mit vergleichbaren Charakteristika zusammengefasst.

Die höchsten Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden finden sich bei Beschäftigten aus den Berufsfeldern „Metallberufe: Metallherzeugung ...“ sowie „Bau-, Bau- und Holzberufe“, also in Gruppen mit körperlich ausgesprochen starker Belastung. Ein einzelner Beschäftigter aus diesen Gruppen war im Jahr 2011 durchschnittlich etwa 2,55 beziehungsweise 2,54 Tage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens krankgeschrieben. Demgegenüber wurden bei Beschäftigten in technisch-naturwissenschaftlichen Berufen mit entsprechenden Diagnosen durchschnittlich lediglich 0,66 Fehltag je Mitarbeiter und Jahr erfasst. Die Fehlzeiten variieren zwischen den einzelnen Berufsfeldern damit um den Faktor 3,9.

Fehltag mit Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern

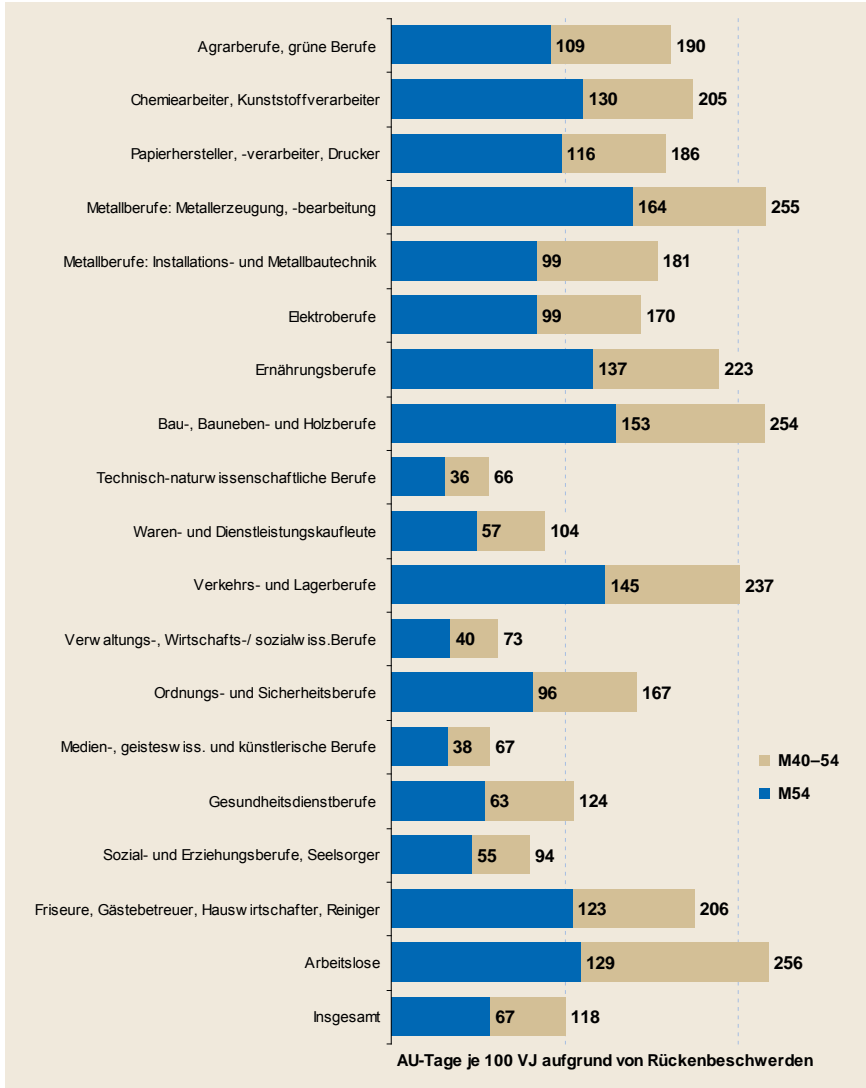


Abbildung 48 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert)

Rückenbeschwerden in Bundesländern

Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von Rückenbeschwerden variieren deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Tabelle 12). Während in Baden-Württemberg bei einer Erwerbsperson 2011 im Durchschnitt lediglich 0,88 Fehl-tage wegen der Diagnose von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54) erfasst wurden, waren es in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich 1,51 Fehl-tage.

Fehl-tage 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		AU-Tage je 100 VJ
Schleswig-Holstein	131	73	9,4 %	1.392
Hamburg	123	71	8,9 %	1.383
Niedersachsen	131	73	10,1 %	1.305
Bremen	108	63	8,7 %	1.249
Nordrhein-Westfalen	127	72	9,7 %	1.300
Hessen	117	64	9,2 %	1.263
Rheinland-Pfalz	127	65	9,6 %	1.325
Baden-Württemberg	88	48	8,4 %	1.051
Bayern	95	49	8,6 %	1.105
Saarland	140	68	10,0 %	1.404
Berlin	131	78	9,1 %	1.449
Brandenburg	150	91	9,5 %	1.584
Mecklenburg-Vorpommern	151	103	9,5 %	1.591
Sachsen	100	67	8,0 %	1.244
Sachsen-Anhalt	134	91	8,9 %	1.511
Thüringen	130	77	9,1 %	1.426
Gesamt	118	67	9,3 %	1.279

Tabelle 12 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert)

Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern

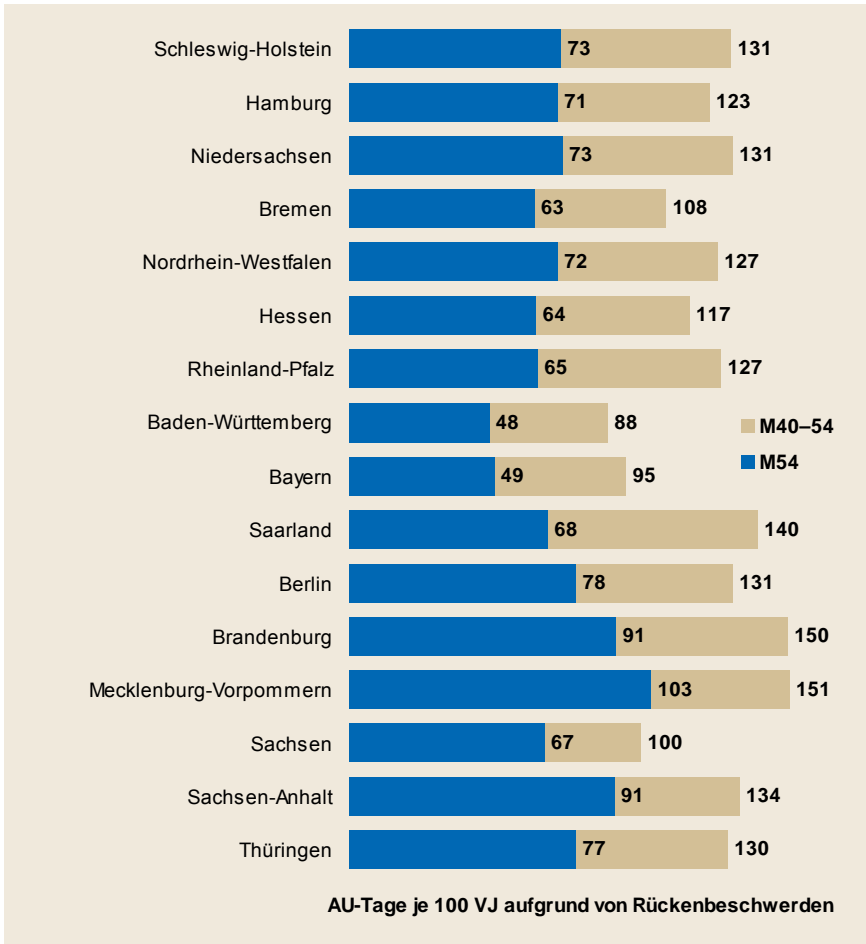


Abbildung 49 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert; ICD10: M40–M54)

In einigen Bundesländern mit insgesamt geringen Fehlzeiten, wie Sachsen, Bayern und insbesondere Baden-Württemberg, ist zugleich auch der Anteil von Fehlzeiten mit der Diagnose von Rückenbeschwerden an den Gesamtfehlzeiten verhältnismäßig gering. Hieraus resultiert, dass die relativen Unterschiede zwischen den Bundesländern im Hinblick auf die Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden noch stärker ausgeprägt sind als die Unterschiede im Hinblick auf die Fehlzeiten insgesamt (vgl. Tabelle 12).

Arzneimittelverordnungen

Arzneimittelverordnungen insgesamt

Für Erwerbspersonen in der TK (ohne ALG-II-Empfänger) wurden innerhalb von 1.352 Millionen Versicherungstagen des Jahres 2011 insgesamt 16,36 Millionen Präparate beziehungsweise 17,394 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 816 Millionen definierten Tagesdosen ermitteln (Erläuterungen zu den ermittelten Kenngrößen finden sich im Anhang ab Seite 165).

Tabelle 13 gibt Auskunft über die Anteile der im Jahr 2011 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 2010 und 2011

Verordnende Arztgruppe	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Augenärzte	3,3 %	4,0 %	3,6 %	3,4 %	4,0 %	3,7 %
Chirurgen	3,1 %	2,9 %	3,0 %	3,2 %	2,9 %	3,1 %
Frauenärzte	0,0 %	19,2 %	8,0 %	0,0 %	18,5 %	7,7 %
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	5,3 %	6,9 %	5,9 %	5,3 %	7,0 %	6,0 %
Hautärzte	8,0 %	11,5 %	9,5 %	8,0 %	11,5 %	9,5 %
Ärzte für innere Medizin	16,7 %	20,4 %	18,2 %	17,3 %	21,2 %	18,9 %
Psychiater	2,6 %	4,0 %	3,2 %	2,7 %	4,2 %	3,3 %
Orthopäden	4,9 %	5,6 %	5,2 %	4,9 %	5,6 %	5,2 %
Urologen	2,6 %	1,4 %	2,1 %	2,6 %	1,4 %	2,1 %
Allgemeinmediziner, Hausärzte	40,7 %	47,7 %	43,6 %	41,6 %	48,4 %	44,4 %
Zahnärzte	5,4 %	6,5 %	5,8 %	5,4 %	6,4 %	5,8 %
Insgesamt (beliebige Arztgruppe)	62,7 %	75,2 %	67,9 %	63,5 %	75,6 %	68,5 %

Tabelle 13 (Bezugsgruppe: Erwerbspersonen mit TK-Mitgliedschaft am 1. Januar; standardisiert)

Von den Erwerbspersonen, die am 1. Januar 2011 bei der TK versichert waren, erhielten mit 68,5 Prozent mehr als zwei Drittel im Verlauf desselben Jahres zumindest eine Arzneimittelverordnung, die zulasten der Krankenkasse abgerechnet wurde (Vorjahr: 67,9 Prozent). Frauen waren häufiger betroffen, lediglich

24,4 Prozent erhielten kein Rezept. Unter Männern lag dieser Anteil mit 36,5 Prozent merklich höher. In den Jahren vor Einführung des GMG waren, bedingt durch die partielle Erstattung auch rezeptfrei erhältlicher Medikamente, noch deutlich höhere Verordnungsdaten (um 75 Prozent) in Bezug auf die Gesamtpopulation zu beobachten (vgl. Gesundheitsreport der TK 2004). Im Vergleich zum Vorjahr ist 2011 der Anteil der Erwerbspersonen mit mindestens einer kassenseitig erstatteten Arzneiverordnung leicht gestiegen. Nach fachgruppenbezogenen Auswertungen resultiert dieser Anstieg der Verordnungsquote insbesondere aus Verordnungen von Allgemeinmedizinern und Internisten. 2011 erhielten 41,6 Prozent der männlichen und 48,4 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen zumindest ein Rezept vom Allgemeinarzt, 2010 waren es 40,7 beziehungsweise 47,7 Prozent, was durch eine im Vergleich zum Vorjahr 2011 stärker ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle mitbedingt gewesen sein dürfte. Nur noch knapp ein Fünftel der Frauen reichte, bei merklich rückläufiger Tendenz, zumindest ein Rezept vom Arzt für Frauenheilkunde in einer Apotheke ein (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 14 zeigt weitere Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen. Methodische Erläuterungen finden sich im Anhang ab Seite 165.

Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr 2010 und 2011

Parameter	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Arztkontakte (mit Verordnung) je VJ	2,46	3,37	2,83	2,49	3,39	2,86
Präparate je VJ	3,59	4,41	3,93	3,65	4,45	3,98
Packungen je VJ	3,85	4,73	4,21	3,92	4,70	4,24
Präparate mit ATC-Zuordnung je VJ	3,36 (94 %)	4,17 (95 %)	3,69 (94 %)	3,41 (94 %)	4,22 (95 %)	3,74 (94 %)
Präparate mit DDD-Angabe je VJ	3,36 (94 %)	4,17 (95 %)	3,69 (94 %)	3,41 (94 %)	4,22 (95 %)	3,74 (94 %)
DDD je Präparat*	55	43	49	56	44	50
DDD je VJ*	184	180	182	191	185	188

Tabelle 14 (*nur Präparate mit DDD-Angabe; Erwerbspersonen, standardisiert)

Die aus den Arzneimittelverordnungen ableitbare Zahl von Arztkontakten, also ausschließlich Kontakte mit mindestens einer Arzneimittelverordnung, belief sich im Jahr 2011 unter Männern innerhalb eines Versicherungsjahres auf durchschnittlich 2,5, unter Frauen waren es durchschnittlich 3,4 Kontakte je Versicherungsjahr. Da je Kontakt mehrere Präparate und je Präparat gegebenenfalls auch mehrere Packungen verordnet werden können, liegen die entsprechenden Zahlenwerte erwartungsgemäß entsprechend höher.

Bei durchschnittlich 50 DDD je rezeptiertes Präparat erhielt eine Erwerbsperson innerhalb eines Versicherungsjahres durchschnittlich insgesamt 188 Tagesdosen Arzneimittel verordnet. Der Wert ist im Vergleich zum Jahr 2010 für Frauen nach altersstandardisierten Auswertungen von 180 auf 185 DDD je Versicherungsjahr gestiegen und liegt 2011 damit noch deutlicher als 2010 unter dem Wert für Männer, bei denen ein Anstieg des Verordnungsvolumens von 184 auf 191 DDD je Versicherungsjahr zu verzeichnen ist.

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 einmal ein beliebiges Medikament verordnet bekamen. In allen Altersgruppen lag dieser Anteil bei Männern über 50 Prozent, unter Frauen bei über 70 Prozent (vgl. Abbildung 50 sowie Tabelle A23 auf Seite 146 im Anhang). Deutlichere Variationen zeigt die Zahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (vgl. Abbildung 51). Bei Männern im Alter zwischen 20 und 29 Jahren wurden durchschnittlich lediglich 1,5 Arztkontakte mit einer Verordnung erfasst. Frauen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren hatten im Jahr durchschnittlich 6,1 Arztkontakte mit einer Arzneimittelverordnung.

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 52 unten).

Noch deutlichere alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung von Tagesdosen der verordneten Medikamente in Abbildung 53 beziehungsweise Tabelle A24 auf Seite 146 im Anhang. Die geringsten Verordnungsmengen weisen Männer im Alter zwischen 20 und 24 Jahren mit 52 DDD je Versicherungsjahr auf, die höchsten Männer ab 60 Jahren mit 649 DDD je Versicherungsjahr. Insbesondere in dieser Altersgruppe war es 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, 2008 waren es 621 DDD je Versicherungsjahr. 2009 ergab sich im Vergleich zum Vorjahr mit 606 DDD je Versicherungsjahr rechnerisch erstmals wieder ein rückläufiges Verordnungsvolumen. Die Ursache hierfür lag allerdings in einer international veränderten Festlegung von definierten Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern. 2010 zeigte sich trotz veränderter Bemessung bereits wieder ein Anstieg auf 631 DDD je Versicherungsjahr. Auffällig hoch ist das Verordnungsvolumen bei jungen Frauen bis zum 20. Lebensjahr mit durchschnittlich 315 DDD je Versicherungsjahr. Ursache hierfür sind ärztliche Verordnungen von Kontrazeptiva, die

bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind.

Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2011

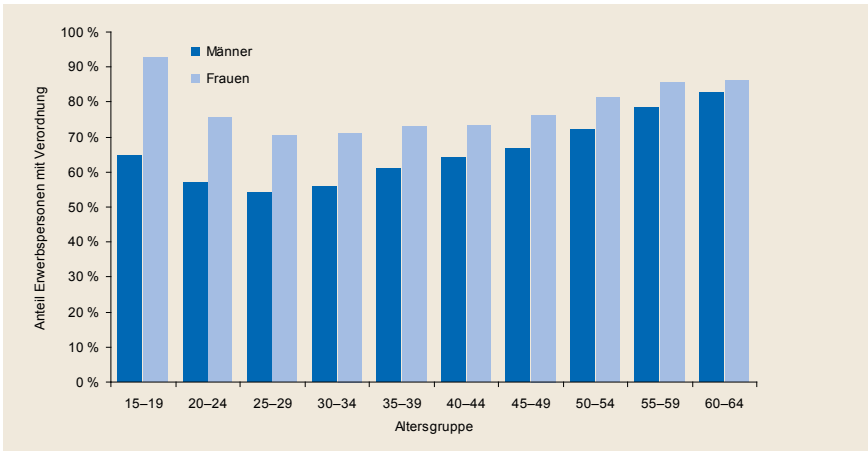


Abbildung 50 (Anteil an allen Erwerbspersonen der TK mit Versicherung am 1. Januar 2011)

Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2011

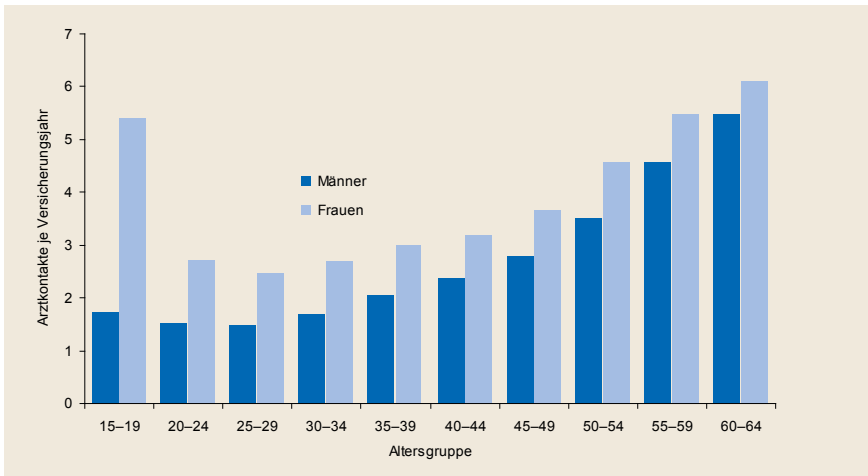


Abbildung 51 (Erwerbspersonen TK, Arztkontakte mit Arzneimittelverordnungen)

Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011

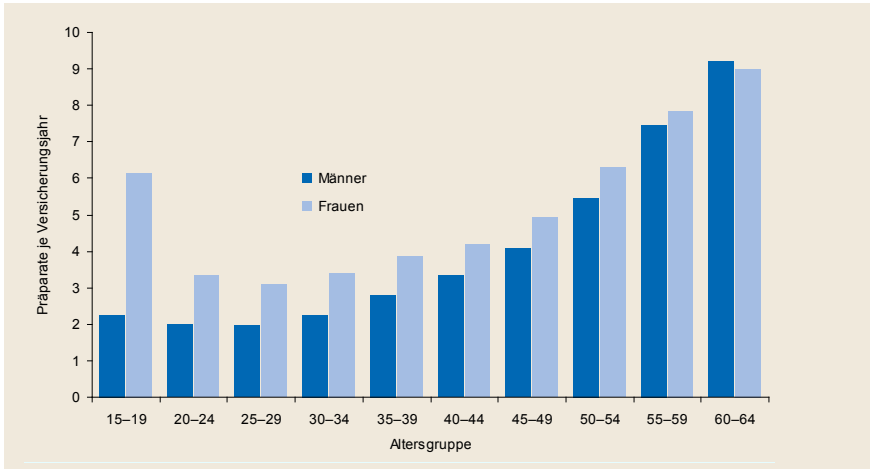


Abbildung 52 (Erwerbspersonen TK)

DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011

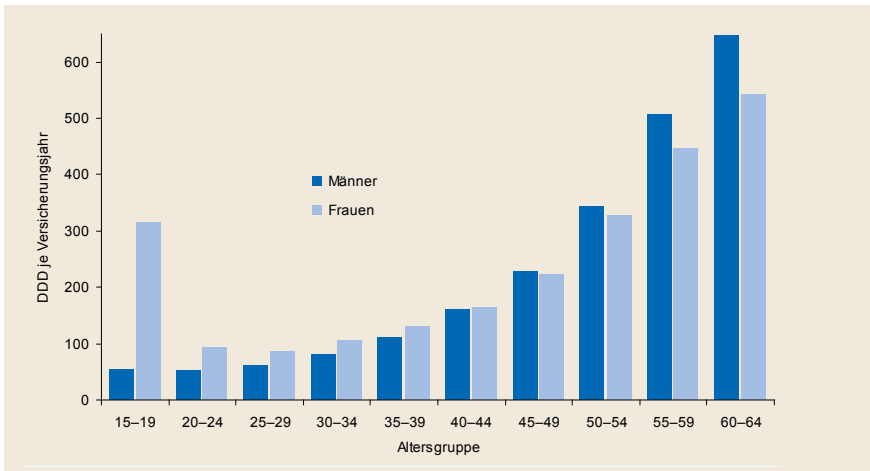


Abbildung 53 (Erwerbspersonen TK, Präparate mit DDD-Angabe)

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 54 zeigt die durchschnittliche Zahl von Arztkontakten sowie die Anzahl der verordneten DDD 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 und 2,5 Kontakten in einigen neuen Bundesländern und Berlin beziehungsweise 3,3 Kontakten im Saarland. Die Anzahl der dabei verordneten DDD beträgt zwischen 169 DDD je Versicherungsjahr in Bremen und 215 DDD je Versicherungsjahr in Sachsen-Anhalt. Der Höchstwert liegt damit gut ein Viertel über den entsprechenden Mindestwerten.

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.

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2011

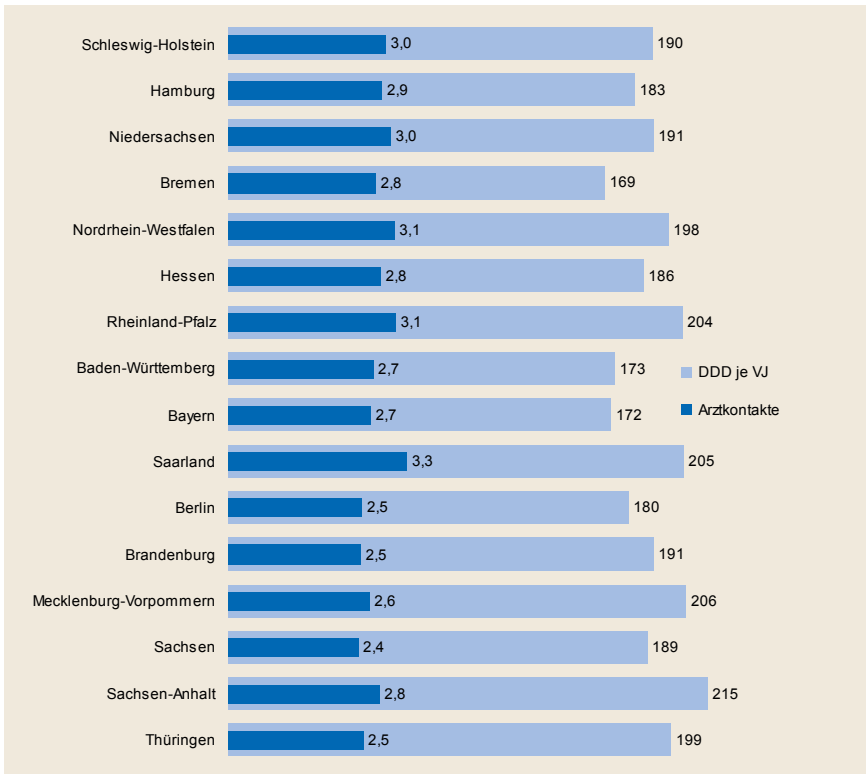


Abbildung 54 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Offensichtlich zeigt das bundeslandspezifische Verordnungsvolumen (gemessen in DDD) nicht uneingeschränkt einen einfachen linearen Zusammenhang mit den durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten von Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 55). Während in Bezug auf die meisten Bundesländer mit steigenden Fehlzeiten auch regional ermittelte Verordnungsvolumen annähernd proportional zunehmen, bewegen sich die Verordnungsvolumen in den Stadtstaaten (sowie tendenziell auch in Brandenburg und ansatzweise in Mecklenburg-Vorpommern) in Relation zu den regional ermittelten Fehlzeiten auf einem merklich niedrigeren Niveau. Bei vergleichbarem Krankenstand wird in den Stadtstaaten also eine geringere Zahl an Tagesdosen als in den übrigen Bundesländern verordnet. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass in großstädtischen Regionen Arzneimittel tendenziell zurückhaltender verordnet werden. Eine Rolle könnte dabei spielen, dass in Ballungsgebieten nichtmedikamentöse Therapieoptionen (zum Beispiel Krankengymnastik, Psychotherapie) besser verfügbar sind.

AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2011

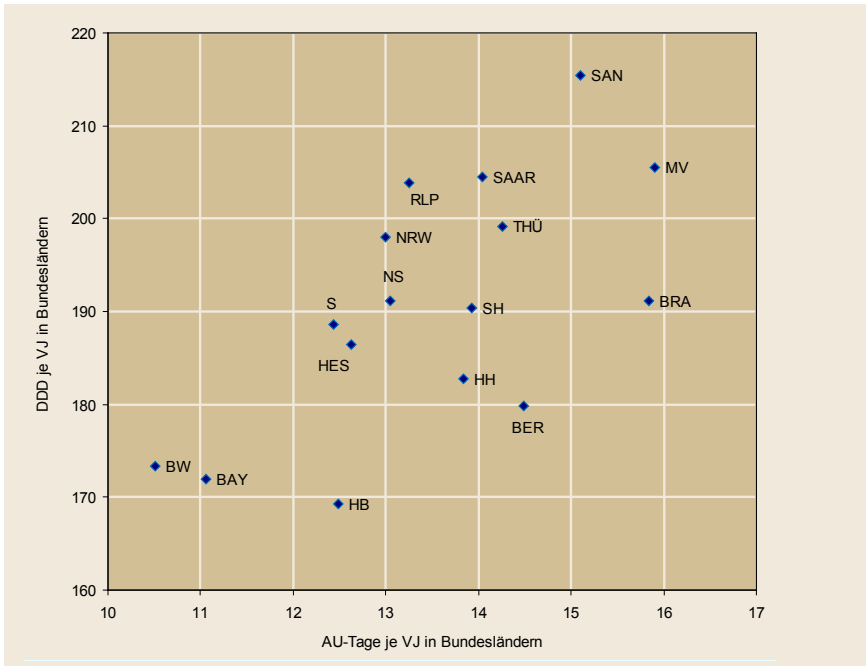


Abbildung 55 (standardisierte Werte zu 16 Bundesländern; Korrelationskoeffizient: $R = 0,65$; Korrelationskoeffizient bei Berücksichtigung von zwölf Bundesländern ohne die Stadtstaaten und Brandenburg: $R = 0,89$)

Im Vergleich zu Ergebnissen aus dem Jahr 2003, also aus Zeiten vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, sind statistische Zusammenhänge zwischen Arbeitsfehlzeiten und Arzneiverordnungsvolumen auf Bundeslandebene in aktuellen Daten sehr viel stärker nachweisbar: Während sich nach aktuellen Daten ein Korrelationskoeffizient von $R = 0,65$ ergibt, hatte dieser Wert in Daten zum Jahr 2003 lediglich bei $R = 0,14$ gelegen (vgl. Gesundheitsreport 2004, Seite 67). Bis zum Jahr 2003 waren von den Krankenkassen auch rezeptfreie Arzneimittel in größerem Umfang erstattet worden. Diese dürften häufig auch bei Erkrankungen und Beschwerden unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten oder nach regionaltypischen Gewohnheiten verordnet worden sein, was den seinerzeit nur schwachen statistischen Zusammenhang zwischen den Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeiten auf Bundeslandebene erklären würde.

Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen

Übergreifende Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen können einen Überblick über das Gesamtverordnungsvolumen geben. Einen ersten Eindruck von der Relevanz einzelner Medikamentengruppen vermittelt Abbildung 56. Aufgeführt ist die Anzahl der durchschnittlich innerhalb des Versicherungsjahres 2011 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 im weiteren Sinne die oberste Gliederungsebene der ATC-Klassifikation. Eine Auflistung typischer Arzneimittel in den anatomischen Gruppen der ATC und ihre typischen Anwendungsbereiche finden sich in Tabelle A44 auf Seite 172 im Anhang.

Verordnete Präparate je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen

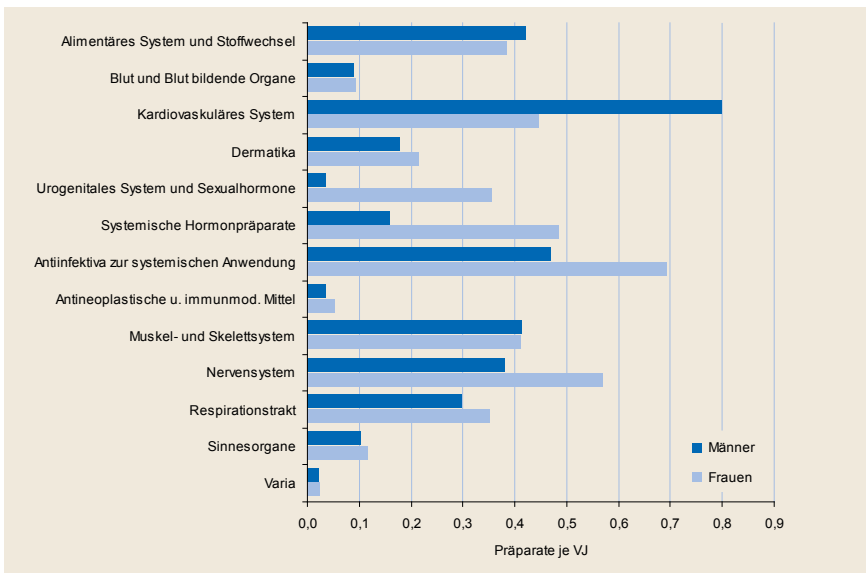


Abbildung 56 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2011)

Unter männlichen Erwerbspersonen verteilen sich Verordnungen von Präparaten im Wesentlichen auf sechs der 14 Gruppen. Durchschnittlich 0,80 Präparate pro Jahr und Erwerbsperson werden zur Behandlung des kardiovaskulären Systems (Herz-Kreislauf-System) und 0,47 zur Behandlung von Infekten (vorrangig Antibiotika) verordnet. Etwa 0,3 bis 0,4 Präparate werden bei Männern je Jahr zudem jeweils zur Behandlung von Erkrankungen des Verdauungssystems beziehungsweise von Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Nervensystems sowie der Atemwege verordnet.

Unter Frauen am häufigsten verordnet werden Antiinfektiva und Präparate zur Behandlung des Nervensystems. Auf vergleichbarem Niveau folgen systemische Hormonpräparate (vorrangig Schilddrüsenhormone) sowie Herz-Kreislauf-Mittel. Gegenüber dem Vorjahr wurden Sexualhormone bei Frauen auch 2011 noch etwas seltener verordnet (vgl. Tabelle A26 auf Seite 148).

Ein deutlich abweichendes Bild hinsichtlich 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 57).

Verordnete DDD je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen

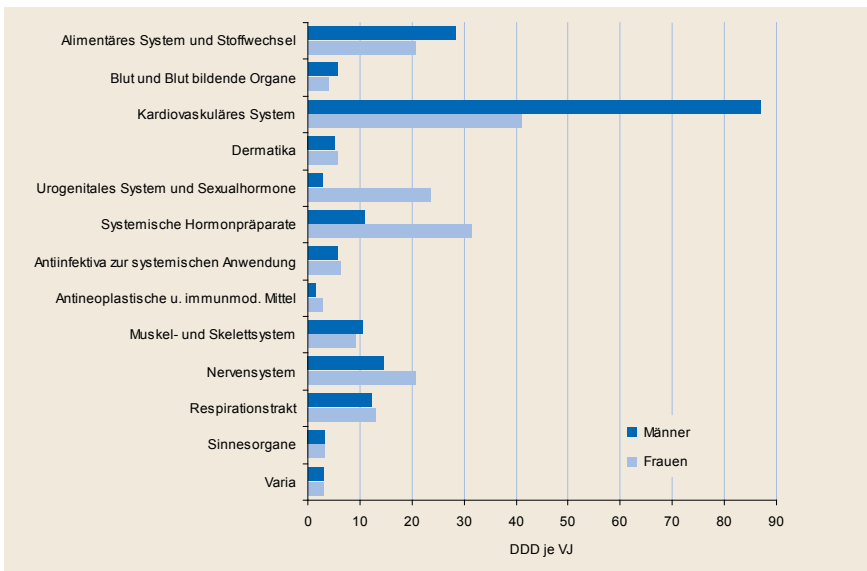


Abbildung 57 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2011)

Gemessen an der Zahl verordneter Tagesdosen bilden bei Männern Arzneimittel zur Behandlung des kardiovaskulären Systems mit 86,9 Tagesdosen je Versicherungsjahr bei weiter steigenden Verordnungsvolumen auch 2011 die mit Abstand relevanteste Medikation. Auf einen Wert von 41,0 beziehungsweise 31,4 Tagesdosen kommen Verordnungen von kardiovaskulär wirksamen Medikamenten sowie systemischen Hormonpräparaten bei Frauen (Vorjahr: 40,0 beziehungsweise 30,6 Tagesdosen; vgl. auch Tabelle A26 auf Seite 148 im Anhang). Einen Wert von nur noch 23,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr erreichen unter Frauen Verordnungen von Sexualhormonen (Vorjahr und 2009: 25,2 beziehungsweise 26,4 Tagesdosen; 2008: 28,5 Tagesdosen; 2007: 29,7 Tagesdosen).

Geschlechtsübergreifend der stärkste Anstieg seit 2000 zeigt sich insgesamt betrachtet in Bezug auf das Verordnungsvolumen kardiovaskulär wirksamer Medikamente, das vorrangig aus Verordnungen blutdrucksenkender Medikamente resultiert (vgl. Abbildung 58). Bis 2008 hatte sich das entsprechende Verordnungsvolumen nach altersstandardisierten Auswertungen, und damit unabhängig von demografischen Veränderungen, trotz des Wegfalls rezeptfreier Verordnungen aus der Erstattung 2004 bereits um 65 Prozent erhöht (vgl. auch Tabelle A27 auf Seite 149 im Anhang). Ein rechnerisch leichter Verordnungsrückgang 2009 resultierte ausschließlich aus einer veränderten Bemessung von definierten Tagesdosen bei Lipidsenkern ab 2009 und spiegelt insofern keinen realen Rückgang der Verordnungsmenge wider. Bis 2011 ist das Verordnungsvolumen im Vergleich zu 2000 trotz Berücksichtigung der veränderten Bemessung nominell um 72 Prozent gestiegen.

Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2011

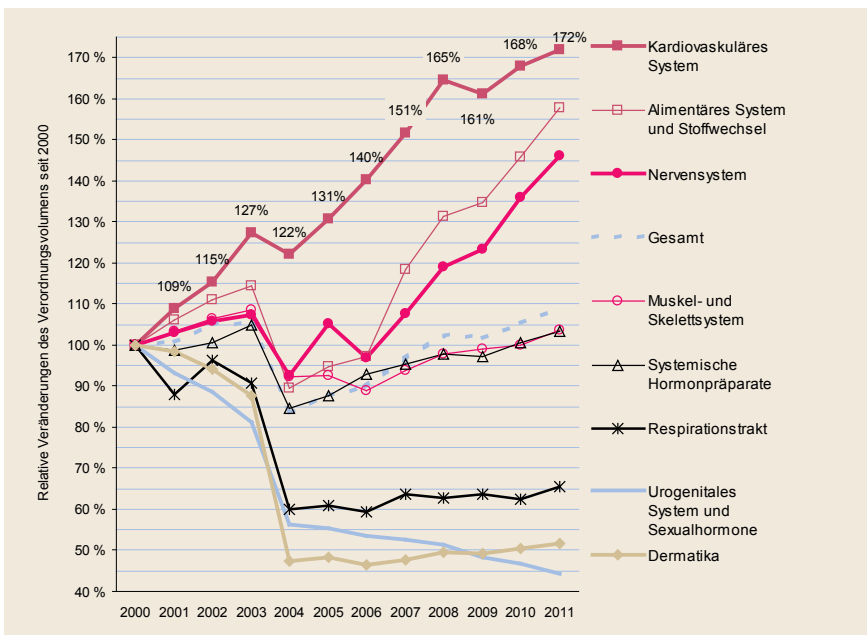


Abbildung 58 (Erwerbspersonen TK 2000–2011; standardisierte Verordnungsvolumen [DDD je VJ] in den einzelnen Gruppen im Jahr 2000 jeweils 100 Prozent)

Eine starke anteilige Zunahme, seit 2004 um 76,3 Prozent, findet sich auch bei Arzneimitteln aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“, von denen 2011 durchschnittlich 25,1 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet wurden. 2004 waren es demgegenüber erst 14,2 Tagesdosen. Maßgeblich mitverantwort-

lich für den Anstieg dürfte die protektive Gabe von Protonenpumpenhemmern bei Verordnungen nichtsteroidaler Antiphlogistika sein. Relativ deutlich stieg in den letzten Jahren zudem das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems. Während 2006 durchschnittlich 11,4 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet wurden, waren es 2010 15,9 sowie 2011 17,1 DDD je Versicherungsjahr und 2011 damit 50,8 Prozent mehr als 2006.

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 85 Prozent den weitaus überwiegenden Teil aller Verordnungen aus. Ergänzend finden sich weiter differenzierte Angaben zur Verordnungshäufigkeit nach vierstelligem ATC-Code in Tabelle A28 sowie Tabelle A29 ab Seite 150 im Anhang.

Mit durchschnittlich 0,43 beziehungsweise 0,64 Präparaten je Versicherungsjahr entfallen zwölf Prozent aller Verordnungen bei Männern und 14 Prozent der verordneten Präparate bei Frauen auf Antibiotika. Diese bilden damit geschlechtsübergreifend die bedeutsamste Verordnungsgruppe auf der Ebene dreistelliger ATC-Schlüssel. Häufiger als Frauen erhalten Männer Arzneimittel zur Behandlung von Bluthochdruck (ACE-Hemmer beziehungsweise Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System [C09], Betablocker [C07], Calciumkanalblocker [C08] sowie Diuretika [C03]). Gleichfalls häufiger als bei Frauen werden bei Männern Antidiabetika (A10), lipidsenkende sowie antithrombotische Mittel (C10 und B01) verordnet. Alle genannten Verordnungen betreffen Risikofaktoren der koronaren Herzerkrankung beziehungsweise des Herzinfarkts. Die meisten der übrigen 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 zumeist nur kurzfristig angewendeten Antibiotika mit durchschnittlich 5,2 Tagesdosen je Versicherungsjahr erst auf Rang zwölf. Unter Frauen werden Schilddrüsentherapeutika mit 27,6 DDD je Versicherungsjahr am meisten verordnet. 2008 lagen Sexualhormone mit 27,0 Tagesdosen noch auf Rang eins; 2011 wurden diese nur noch in einem Umfang von 22,3 DDD je Versicherungsjahr verordnet. Von den verordneten Sexualhormonen entfiel auch 2011 mit 9,2 Tagesdosen ein bedeutsamer Anteil auf hormonelle Kontrazeptiva, die ausschließlich bei Frauen bis zum 20. Lebensjahr von der Kasse als solche finanziert werden (vgl. Tabelle A29 auf Seite 151 im Anhang).

Häufig verordnete Präparate 2011 (je Versicherungsjahr, nach ATC dreistellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	0,428	0,638	0,515
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	0,327	0,346	0,335
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	0,333	0,164	0,263
H03	Schilddrüsenherapie	0,094	0,401	0,221
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,194	0,146	0,174
R03	Antiasthmatika	0,167	0,179	0,172
N02	Analgetika	0,136	0,221	0,171
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,171	0,170	0,171
N06	Psychoanaleptika	0,126	0,208	0,160
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,007	0,282	0,121
A10	Antidiabetika	0,137	0,056	0,104
S01	Ophthalmika	0,087	0,102	0,093
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	0,073	0,098	0,083
C10	Lipidsenkende Mittel	0,104	0,034	0,075
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	0,062	0,077	0,068
N05	Psycholeptika	0,060	0,079	0,068
A03	Spasmolytika, Anticholinergika und Prokinetika	0,054	0,086	0,067
B01	Antithrombotische Mittel	0,076	0,048	0,064
R05	Husten- und Erkältungspräparate	0,054	0,075	0,063
C08	Calciumkanalblocker	0,079	0,037	0,061
R01	Rhinologika	0,054	0,066	0,059
M03	Muskelrelaxanzien	0,040	0,054	0,045
N03	Antiepileptika	0,038	0,041	0,039
C03	Diuretika	0,043	0,031	0,038
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	0,039	0,031	0,036
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	0,027	0,026	0,027
M04	Gichtmittel	0,042	0,004	0,027
D10	Aknemittel	0,020	0,034	0,026
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	0,021	0,032	0,025
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung	0,026	0,019	0,023
Genannte gesamt		3,12 (85%)	3,78 (85%)	3,39 (85%)
Insgesamt		3,647	4,455	3,982

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

Verordnete Tagesdosen 2011 (DDD je Versicherungsjahr, nach ATC dreistellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	49,7	22,6	38,5
H03	Schilddrüsentherapie	7,5	27,6	15,9
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	14,5	12,2	13,6
N06	Psychoanaleptika	8,7	13,9	10,8
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	12,0	8,0	10,3
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,6	22,3	9,6
R03	Antiasthmatica	8,8	8,7	8,8
A10	Antidiabetika	10,5	4,2	7,9
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	7,2	7,8	7,5
C08	Calciumkanalblocker	9,7	3,9	7,3
C10	Lipidsenkende Mittel	9,8	2,9	6,9
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	4,7	5,9	5,2
B01	Antithrombotische Mittel	5,1	2,3	3,9
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	3,2	3,6	3,4
S01	Ophthalmika	3,1	3,0	3,1
V01	Allergene	2,9	3,0	3,0
C03	Diuretika	3,3	2,4	2,9
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	2,3	2,8	2,5
N02	Analgetika	1,7	2,6	2,1
R01	Rhinologika	1,8	2,1	2,0
N03	Antiepileptika	1,9	1,7	1,8
N05	Psycholeptika	1,7	1,8	1,8
G04	Urologika	2,3	0,6	1,6
M04	Gichtmittel	2,5	0,2	1,5
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,1	1,6	1,3
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	1,4	1,2	1,3
L04	Immunsuppressiva	1,1	1,0	1,0
C02	Antihypertonika	1,3	0,5	1,0
B03	Antianämika	0,5	1,5	0,9
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	0,8	0,6	0,7
	Genannte gesamt	181,7 (95%)	173,0 (94%)	178,1 (95%)
	Insgesamt	190,8	184,6	188,2

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

Arzneimittelverordnungen nach Berufen

Bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten zeigen sich in Abhängigkeit von aktuell ausgeübten Berufen beziehungsweise Berufsfeldzuordnungen regelmäßig ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich der gemeldeten Fehlzeiten (vgl. Abbildung 40 auf Seite 92). Erkrankungsbedingte Fehlzeiten variieren berufsabhängig bei Männern um mehr als den Faktor zwei. Abbildung 59 zeigt entsprechende Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen für männliche Erwerbspersonengruppen nach Berufsfeldern, die nach identischen methodischen Vorgaben wie bei den vorausgehend dargestellten Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten abgegrenzt wurden.

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

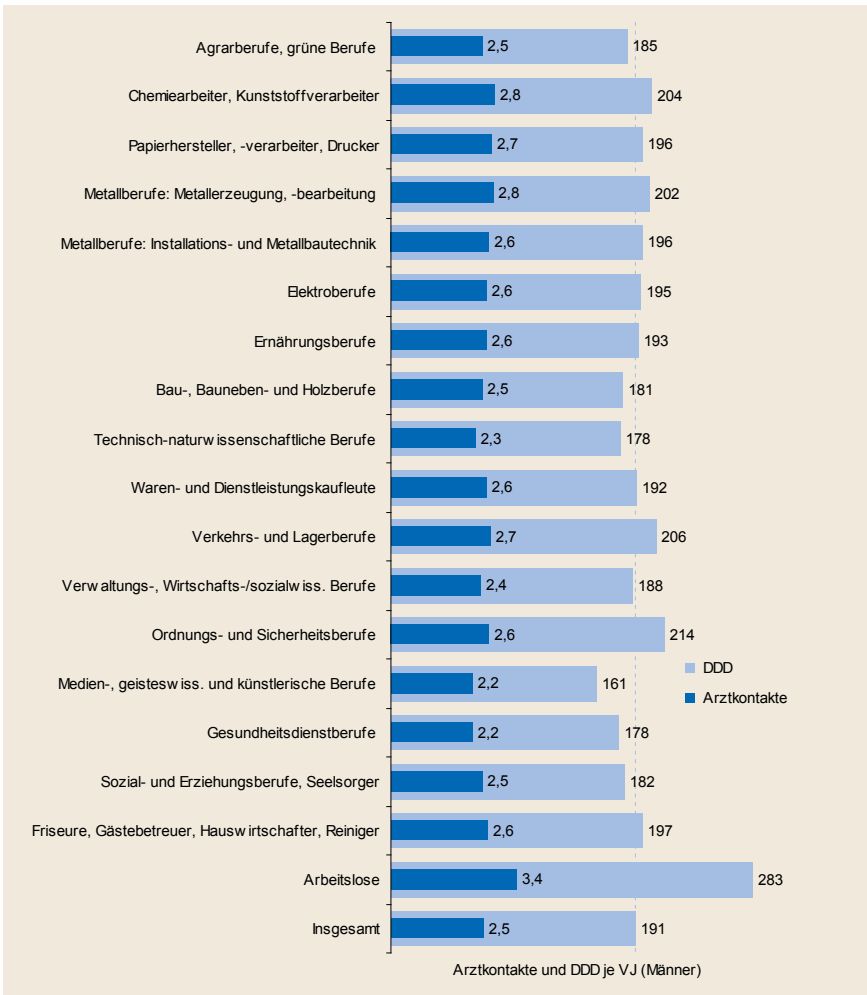
Die Werte zum Verordnungsvolumen, gemessen in Tagesdosen je Versicherungsjahr, variieren berufsabhängig bei erwerbstätigen Männern zwischen durchschnittlich 161 DDD je Versicherungsjahr im Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“ und 214 DDD je Versicherungsjahr bei den „Ordnungs- und Sicherheitsberufen“. Das Verordnungsvolumen in der letztgenannten Gruppe übersteigt das Volumen in der erstgenannten Gruppe damit lediglich um 33 Prozent. Eher mäßig ausgeprägt erscheinen auch berufsabhängige Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Arztkontakte.

Relativ deutlich über den sonst recht ähnlichen Werten in den meisten Berufsfeldern bei männlichen Erwerbstätigen liegt mit 283 DDD je Versicherungsjahr das Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen. Das durchschnittliche Verordnungsvolumen von Erwerbspersonen in der TK wird damit bei Arbeitslosen um 48 Prozent überschritten.

Ein vergleichbares Bild vermitteln entsprechende Auswertungen bei weiblichen Erwerbspersonen, deren Ergebnisse in Abbildung 60 dargestellt sind. Zahlenangaben zu Ergebnissen für beide Geschlechter finden sich ergänzend auch in Tabelle A30 auf Seite 152 im Anhang.

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Männer 2011

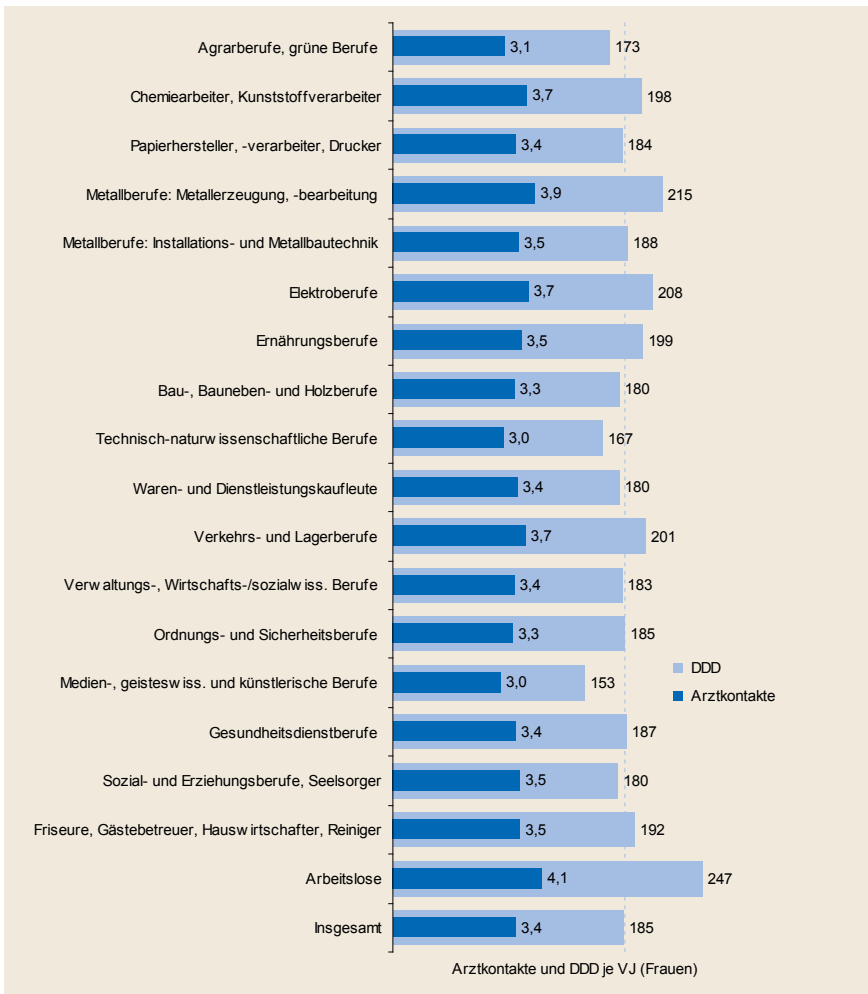
Abbildung 59 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der



Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Frauen 2011

Abbildung 60 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)



Arzneimittelverordnungen nach Ausbildungsstand

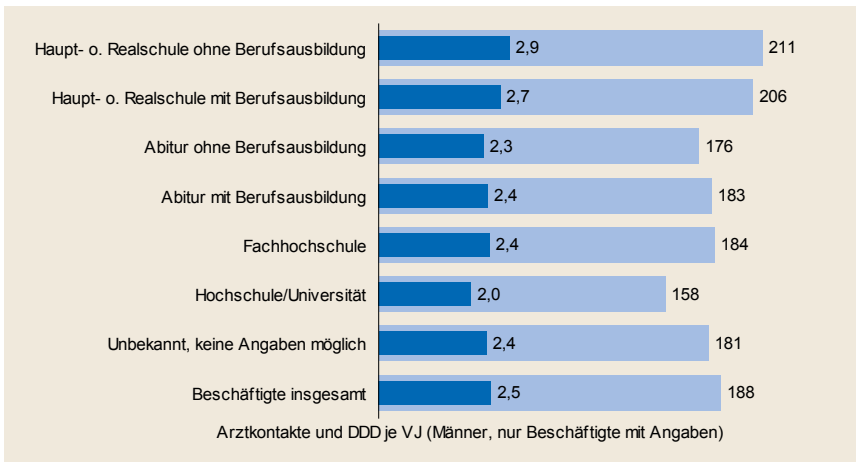
Angaben zur Ausbildung werden in Kassendaten ausschließlich bei Erwerbstätigen in sieben Kategorien gemeinsam mit Angaben zur Berufsordnung erfasst. Die Häufigkeit von Arztkontakten mit Arzneiverordnungen sowie die durchschnittlich innerhalb eines Versicherungsjahres verordneten Tagesdosen im Jahr 2011 sind getrennt für Männer und Frauen nach den sieben Ausbildungskategorien in Abbildung 61 sowie Abbildung 62 dargestellt.

Die geringsten Maßzahlen zum Arzneimittelkonsum weisen bei beiden Geschlechtern Erwerbstätige mit Hochschul- oder Universitätsabschluss auf, die höchsten demgegenüber Erwerbstätige ohne Berufsausbildung beziehungsweise ohne Abitur. Die ausbildungsbezogenen Ergebnisse entsprechen in ihren grundsätzlichen Zügen damit sozialepidemiologischen Studienergebnissen zum schichtspezifischen Gesundheitszustand. Sowohl absolute als auch relative ausbildungsabhängige Differenzen sind im Hinblick auf die Arzneiverordnungen bei Frauen deutlicher ausgeprägt als bei Männern.

Wie bei den vorausgehenden Auswertungen in diesem Kapitel zeigen sich auch bei einer Differenzierung der Arzneimittelverordnungen nach dem Merkmal Ausbildung geringere Unterschiede als bei einer entsprechend differenzierten Darstellung zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen.

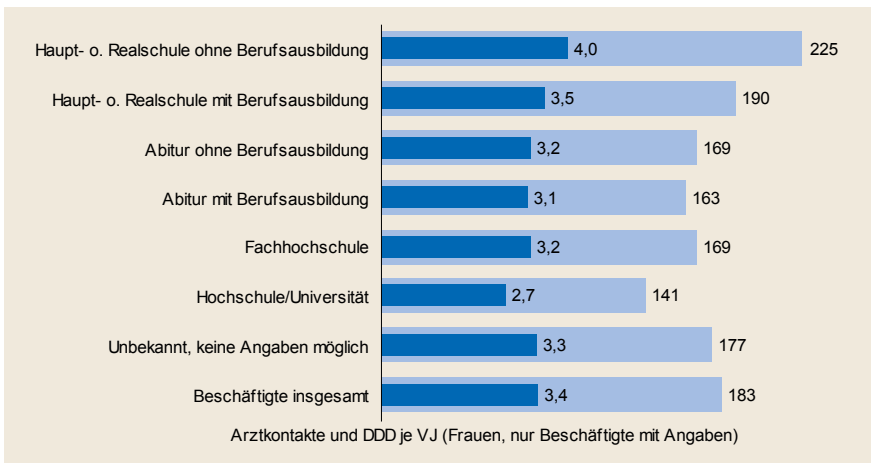
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Männer 2011

Abbildung 61 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung, TK, standardisiert; unterschiedliche Achsen-skalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)



Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Frauen 2011

Abbildung 62 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung, TK, standardisiert; unterschiedliche Achsen-skalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)



Anhang

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

Tabellenanhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2010 sowie 2011

Ausbildung	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Quote	42,9 %	49,0 %	45,7 %	44,8 %	50,8 %	47,6 %
AU-Fälle je VJ	0,89	1,10	0,98	0,95	1,16	1,04
AU-Tage je VJ	12,1	14,3	13,1	12,6	15,2	13,8
Krankenstand	3,31 %	3,92 %	3,59 %	3,46 %	4,16 %	3,78 %
AU-Tage je Fall	13,6	13,1	13,3	13,3	13,1	13,2

Tabelle A1 (roh, nicht geschlechts- und altersstandardisierte Werte)

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2010 sowie 2011

	2010		2011	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1–3 Tage	37,2 %	6,0 %	37,5 %	6,0 %
4–7 Tage	29,8 %	11,4 %	29,8 %	11,5 %
8–14 Tage	15,9 %	12,5 %	16,1 %	12,7 %
15–28 Tage	9,0 %	13,7 %	8,7 %	13,3 %
29–42 Tage	3,1 %	8,2 %	3,1 %	8,2 %
> 42 Tage	5,0 %	48,3 %	4,9 %	48,3 %

Tabelle A2 (roh)

Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben

Jahr	Beobachteter Krankenstand		Anzahl der Stichtage an den aufgeführten Wochentagen, jeweils ohne Stichtage an bundeseinheitlichen Feiertagen					Anteil Stichtagswerte an vollständigen Werten	
	Nach vollst. Tageswerten	Nach Stichtagswerten	Mo.	Di.	Mi., Do.	Fr.	Sa.	Beobachtet	Vorhergesagt
Spalte	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2000	3,26 %	3,07 %	0	2	2	2	2	94,17 %	93,04 %
2001	3,32 %	3,10 %	1	0	4	1	2	93,62 %	93,45 %
2002	3,29 %	3,03 %	1	1	1	3	1	92,15 %	92,53 %
2003	3,19 %	2,92 %	2	2	1	1	3	91,56 %	91,87 %
2004	3,06 %	2,91 %	2	1	4	1	0	95,15 %	95,15 %
2005	3,07 %	3,01 %	1	3	3	2	1	97,80 %	97,60 %
2006	2,88 %	2,75 %	0	1	4	2	2	95,47 %	95,98 %
2007	3,01 %	2,81 %	1	0	4	1	2	93,46 %	93,45 %
2008	3,08 %	2,89 %	2	2	1	2	2	93,78 %	93,68 %
2009	3,32 %	2,97 %	0	2	3	0	1	89,50 %	89,76 %
2010	3,36 %	3,26 %	3	1	4	1	0	96,87 %	96,58 %
2011	3,51 %	3,41 %	1	3	3	2	1	97,15 %	97,60 %
2012			1	0	4	1	2		93,45 %
2013			1	1	1	3	1		92,53 %
2014			2	2	1	1	3		91,87 %
2015			1	2	3	0	1		91,20 %
2016			2	2	3	2	1		97,51 %
2017			0	1	4	2	2		95,98 %
	Modellparameter	Konstante	Koeff. Mo.	Koeff. Di.	Koeff. Mi., Do.	Koeff. Fr.	Koeff. Sa.		
		79,393 %	1,436 %	1,523 %	2,231 %	2,437 %	0,631 %		

Tabelle A3 (beobachtete Krankenstände, standardisiert)

Anmerkung: Parameter des linearen Regressionsmodells finden sich in der letzten Zeile der Tabelle. Vorhergesagt wird im Modell der nach Berechnungen auf der Basis von Stichtagswerten (Spalte 2) erfasste Anteil des realen Krankenstandes (Spalte 1). Der vorhergesagte Anteil ist in Spalte 9 angegeben, der in den Jahren 2000 bis 2011 beobachtete Anteil in Spalte 8.

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	1,81	1,99	1,88	1,86	2,09	1,95
20–24	1,24	1,42	1,33	1,31	1,50	1,41
25–29	0,75	1,03	0,90	0,81	1,09	0,96
30–34	0,73	0,98	0,85	0,78	1,03	0,90
35–39	0,82	0,99	0,90	0,87	1,05	0,96
40–44	0,83	1,00	0,90	0,89	1,07	0,98
45–49	0,83	1,06	0,93	0,89	1,11	0,99
50–54	0,90	1,15	1,01	0,97	1,21	1,07
55–59	1,03	1,28	1,13	1,08	1,33	1,18
60–64	0,92	1,04	0,96	0,96	1,11	1,01

Tabelle A4

AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	5,8	5,2	5,5	5,7	5,2	5,5
20–24	8,0	7,4	7,6	7,8	7,2	7,5
25–29	9,8	9,1	9,4	9,5	9,1	9,3
30–34	10,1	10,6	10,4	9,9	10,6	10,3
35–39	11,5	12,1	11,8	11,2	11,9	11,6
40–44	12,7	13,5	13,1	12,6	13,4	13,0
45–49	14,5	14,8	14,6	14,1	14,9	14,5
50–54	16,7	17,1	16,9	16,1	16,9	16,5
55–59	19,3	18,8	19,1	18,7	18,6	18,7
60–64	23,9	23,2	23,6	23,7	22,6	23,3

Tabelle A5

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	10,4	10,4	10,4	10,6	10,8	10,6
20–24	9,9	10,5	10,2	10,3	10,9	10,6
25–29	7,4	9,4	8,4	7,7	10,0	8,9
30–34	7,4	10,3	8,8	7,7	10,9	9,3
35–39	9,4	11,9	10,6	9,8	12,5	11,1
40–44	10,5	13,5	11,9	11,2	14,4	12,7
45–49	12,0	15,6	13,6	12,5	16,6	14,4
50–54	15,0	19,7	17,1	15,5	20,4	17,7
55–59	20,0	24,1	21,6	20,3	24,8	22,1
60–64	21,9	24,2	22,6	22,7	25,1	23,5

Tabelle A6

Krankenstand nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	2,86 %	2,84 %	2,85 %	2,90 %	2,95 %	2,92 %
20–24	2,71 %	2,87 %	2,79 %	2,82 %	2,99 %	2,90 %
25–29	2,03 %	2,57 %	2,31 %	2,12 %	2,73 %	2,44 %
30–34	2,02 %	2,83 %	2,41 %	2,11 %	2,98 %	2,54 %
35–39	2,57 %	3,26 %	2,89 %	2,68 %	3,43 %	3,04 %
40–44	2,87 %	3,71 %	3,25 %	3,08 %	3,95 %	3,48 %
45–49	3,30 %	4,28 %	3,74 %	3,42 %	4,54 %	3,93 %
50–54	4,12 %	5,40 %	4,67 %	4,25 %	5,58 %	4,84 %
55–59	5,47 %	6,61 %	5,92 %	5,55 %	6,79 %	6,06 %
60–64	6,00 %	6,63 %	6,19 %	6,21 %	6,88 %	6,43 %

Tabelle A7

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	0,96	1,18	1,05	1,04	1,26	1,13
Hamburg	0,90	1,15	1,00	0,97	1,22	1,07
Niedersachsen	0,99	1,16	1,06	1,05	1,22	1,12
Bremen	0,91	1,12	1,00	1,00	1,18	1,07
Nordrhein-Westfalen	0,91	1,09	0,98	0,96	1,15	1,04
Hessen	0,95	1,15	1,04	1,02	1,22	1,10
Rheinland-Pfalz	0,96	1,12	1,03	1,02	1,19	1,09
Baden-Württemberg	0,79	0,97	0,87	0,85	1,04	0,93
Bayern	0,82	1,00	0,90	0,87	1,05	0,94
Saarland	0,86	1,07	0,94	0,93	1,15	1,02
Berlin	0,91	1,22	1,04	0,95	1,29	1,09
Brandenburg	1,02	1,35	1,16	1,08	1,42	1,22
Mecklenburg-Vorpommern	1,09	1,41	1,23	1,16	1,48	1,29
Sachsen	0,90	1,27	1,05	0,96	1,34	1,12
Sachsen-Anhalt	1,04	1,41	1,19	1,12	1,47	1,26
Thüringen	1,02	1,37	1,17	1,10	1,45	1,24

Tabelle A8 (standardisiert)

AU-Tage je Fall nach Bundesländern

Bundesland	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	12,5	12,6	12,5	12,2	12,5	12,3
Hamburg	13,4	13,0	13,2	13,0	12,8	12,9
Niedersachsen	12,0	11,8	11,9	11,6	11,6	11,6
Bremen	11,9	11,6	11,8	11,4	11,9	11,6
Nordrhein-Westfalen	12,9	12,5	12,7	12,6	12,4	12,5
Hessen	11,7	11,6	11,7	11,5	11,4	11,5
Rheinland-Pfalz	12,6	12,0	12,3	12,2	12,0	12,1
Baden-Württemberg	11,5	11,4	11,4	11,3	11,3	11,3
Bayern	12,0	11,6	11,8	11,9	11,5	11,7
Saarland	14,3	13,9	14,1	14,3	13,1	13,8
Berlin	13,9	13,1	13,5	13,6	13,0	13,3
Brandenburg	13,5	12,5	13,0	13,3	12,6	13,0
Mecklenburg-Vorpommern	13,5	11,7	12,6	13,0	11,6	12,3
Sachsen	11,6	10,7	11,1	11,3	11,0	11,1
Sachsen-Anhalt	13,0	11,4	12,2	12,5	11,4	12,0
Thüringen	12,4	11,2	11,8	11,8	11,1	11,5

Tabelle A9 (standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	12,03	14,75	13,16	12,67	15,69	13,92
Hamburg	12,02	14,98	13,25	12,57	15,62	13,83
Niedersachsen	11,86	13,64	12,60	12,27	14,15	13,05
Bremen	10,86	13,08	11,78	11,43	14,00	12,49
Nordrhein-Westfalen	11,75	13,65	12,54	12,10	14,27	13,00
Hessen	11,18	13,41	12,10	11,71	13,92	12,63
Rheinland-Pfalz	12,06	13,46	12,64	12,50	14,31	13,25
Baden-Württemberg	9,12	11,09	9,94	9,66	11,70	10,51
Bayern	9,90	11,61	10,61	10,33	12,07	11,05
Saarland	12,29	14,81	13,34	13,31	15,07	14,04
Berlin	12,60	15,95	13,99	12,92	16,72	14,49
Brandenburg	13,82	16,79	15,06	14,41	17,85	15,84
Mecklenburg-Vorpommern	14,75	16,48	15,47	15,03	17,16	15,91
Sachsen	10,40	13,65	11,75	10,83	14,71	12,44
Sachsen-Anhalt	13,54	16,09	14,60	13,96	16,72	15,11
Thüringen	12,68	15,38	13,80	12,99	16,04	14,26

Tabelle A10 (standardisiert)

Krankenstand nach Bundesländern

Bundesland	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	3,30 %	4,04 %	3,61 %	3,47 %	4,30 %	3,81 %
Hamburg	3,29 %	4,10 %	3,63 %	3,44 %	4,28 %	3,79 %
Niedersachsen	3,25 %	3,74 %	3,45 %	3,36 %	3,88 %	3,57 %
Bremen	2,97 %	3,58 %	3,23 %	3,13 %	3,83 %	3,42 %
Nordrhein-Westfalen	3,22 %	3,74 %	3,44 %	3,32 %	3,91 %	3,56 %
Hessen	3,06 %	3,67 %	3,32 %	3,21 %	3,81 %	3,46 %
Rheinland-Pfalz	3,31 %	3,69 %	3,46 %	3,42 %	3,92 %	3,63 %
Baden-Württemberg	2,50 %	3,04 %	2,72 %	2,65 %	3,21 %	2,88 %
Bayern	2,71 %	3,18 %	2,91 %	2,83 %	3,31 %	3,03 %
Saarland	3,37 %	4,06 %	3,65 %	3,65 %	4,13 %	3,85 %
Berlin	3,45 %	4,37 %	3,83 %	3,54 %	4,58 %	3,97 %
Brandenburg	3,79 %	4,60 %	4,12 %	3,95 %	4,89 %	4,34 %
Mecklenburg-Vorpommern	4,04 %	4,52 %	4,24 %	4,12 %	4,70 %	4,36 %
Sachsen	2,85 %	3,74 %	3,22 %	2,97 %	4,03 %	3,41 %
Sachsen-Anhalt	3,71 %	4,41 %	4,00 %	3,83 %	4,58 %	4,14 %
Thüringen	3,47 %	4,21 %	3,78 %	3,56 %	4,40 %	3,91 %

Tabelle A11 (standardisiert)

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	9,4	10,8	10,0	10,2	11,7	10,8
II. Neubildungen	1,2	1,7	1,4	1,2	1,6	1,4
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	3,5	6,6	4,8	3,9	7,2	5,3
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,0	5,6	4,7	4,3	6,0	5,0
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
X. Krankheiten des Atmungssystems	26,2	34,5	29,6	28,4	36,9	31,9
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	11,0	12,1	11,5	11,0	12,2	11,5
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,4	1,3	1,4	1,5	1,3	1,4
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,7	12,5	13,2	14,3	12,9	13,7
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	1,2	4,3	2,5	1,3	4,4	2,6
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	2,8	1,2	0,0	2,9	1,2
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	4,5	7,0	5,5	5,4	8,2	6,5
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	9,7	6,9	8,5	9,8	6,7	8,5
Insgesamt	90,8	112,5	99,8	96,6	118,8	105,8

Tabelle A12 (standardisiert)

AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,4	5,3	5,4	5,4	5,5	5,4
II. Neubildungen	30,0	37,7	33,9	27,7	35,8	31,6
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	22,8	20,1	21,5	21,0	18,8	19,9
V. Psychische und Verhaltensstörungen	44,4	38,8	41,2	41,3	38,3	39,6
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	12,5	11,1	11,8	11,8	10,8	11,3
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	22,3	15,2	19,4	21,7	14,9	18,9
X. Krankheiten des Atmungssystems	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	6,3	5,7	6,1	6,2	5,8	6,0
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,7	11,4	12,2	12,3	11,1	11,8
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	18,0	18,9	18,4	17,3	18,6	17,8
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	10,3	8,0	8,7	10,2	7,6	8,4
XV. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0,0	15,4	15,2	0,0	13,6	13,5
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	9,5	9,2	9,3	9,9	9,6	9,7
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	19,1	18,2	18,8	19,2	18,5	19,0
Insgesamt	12,5	12,1	12,3	12,2	12,0	12,1

Tabelle A13 (standardisiert)

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	51	57	53	55	64	59
II. Neubildungen	36	63	47	34	57	44
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	12	11	9	12	10
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	153	256	196	160	276	208
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	50	63	55	51	65	57
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	61	41	53	59	40	51
X. Krankheiten des Atmungssystems	157	208	178	170	222	192
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	69	69	69	69	70	69
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	18	14	16	18	14	17
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	247	236	243	247	241	244
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	13	35	22	13	34	22
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	42	18	0	39	16
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	43	65	52	53	78	63
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	185	124	160	188	125	162
Insgesamt	1.135	1.356	1.227	1.179	1.421	1.279

Tabelle A14 (standardisiert)

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

Diagnosekapitel	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	51	58	54	55	65	59
II. Neubildungen	35	62	46	33	56	43
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9	12	10	9	11	10
V. Psychische und Verhaltensstörungen	134	235	176	143	256	190
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	48	61	53	49	63	55
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	58	40	51	57	39	50
X. Krankheiten des Atmungssystems	159	211	180	171	225	193
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	69	69	69	68	70	69
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	18	14	16	18	14	16
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	237	228	233	239	233	236
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	13	35	22	13	34	22
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	42	18	0	39	16
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	42	64	51	52	77	62
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	184	124	159	187	124	161
Insgesamt	1.097	1.322	1.190	1.146	1.388	1.246

Tabelle A15 (standardisiert; Berufstätige)

Anteil relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2011: Top 100

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
F32 Depressive Episode	51.564	55,5	2.863.958	5,63 %
M54 Rückenschmerzen	207.501	13,3	2.763.764	5,43 %
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	427.258	5,5	2.347.458	4,61 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	51.083	27,8	1.417.813	2,78 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	26.243	41,4	1.085.756	2,13 %
J20 Akute Bronchitis	125.455	7,0	880.289	1,73 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	9.520	83,2	791.691	1,56 %
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	114.198	6,8	781.603	1,54 %
F48 Andere neurotische Störungen	33.158	22,9	758.422	1,49 %
A09 Diarrhö und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	161.810	4,5	725.957	1,43 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion	49.487	13,8	683.940	1,34 %
F45 Somatoforme Störungen	25.926	26,3	680.837	1,34 %
M75 Schulterläsionen	24.451	27,8	680.095	1,34 %
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes (Internal Derangement)	23.146	27,3	632.753	1,24 %
F41 Andere Angststörungen	10.598	56,1	594.318	1,17 %
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	96.242	5,6	535.634	1,05 %
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	5.013	104,9	525.702	1,03 %
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes	15.824	32,9	520.792	1,02 %
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	110.805	4,6	514.273	1,01 %
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7.427	68,4	507.894	1,00 %
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	25.381	19,7	500.499	0,98 %
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	12.828	36,7	470.356	0,92 %
M77 Sonstige Enthesopathien	25.076	17,7	444.286	0,87 %
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	29.163	14,4	420.274	0,83 %
J32 Chronische Sinusitis	62.120	6,2	387.685	0,76 %
R53 Unwohlsein und Ermüdung	24.664	15,3	377.143	0,74 %
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	23.325	15,8	369.359	0,73 %
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	49.003	7,4	363.639	0,71 %
J01 Akute Sinusitis	62.647	5,8	362.008	0,71 %
M25 Sonst. Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	21.022	17,0	358.091	0,70 %
K08 Sonst. Krankh. der Zähne und des Zahnhalteapparates	134.059	2,7	356.550	0,70 %
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	33.642	10,5	353.833	0,70 %
K29 Gastritis und Duodenitis	51.733	6,8	352.409	0,69 %
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	17.109	20,2	346.441	0,68 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
M17 Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	8.574	39,5	338.887	0,67 %
S52 Fraktur des Unterarmes	7.169	46,8	335.510	0,66 %
J03 Akute Tonsillitis	56.301	5,7	319.318	0,63 %
S92 Fraktur des Fußes (ausgenommen oberes Sprunggelenk)	8.406	33,8	284.250	0,56 %
S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	7.943	35,8	284.081	0,56 %
M65 Synovitis und Tenosynovitis	15.988	17,2	275.746	0,54 %
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	18.275	14,9	272.825	0,54 %
G56 Mononeuropathien der oberen Extremitäten	8.660	31,5	272.604	0,54 %
J02 Akute Pharyngitis	52.463	5,1	265.989	0,52 %
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	6.719	35,5	238.712	0,47 %
M47 Spondylose	10.619	21,0	222.800	0,44 %
S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	4.209	52,7	221.850	0,44 %
R42 Schwindel und Taumel	17.652	12,4	218.871	0,43 %
Z50 Rehabilitationsmaßnahmen	5.102	42,7	217.852	0,43 %
Z48 Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	7.489	28,8	215.492	0,42 %
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	35.135	6,1	213.687	0,42 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4.409	48,1	212.225	0,42 %
Z56 Kontakttätigkeiten mit Bezug auf das Berufsleben	5.687	36,2	205.619	0,40 %
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	3.398	60,2	204.533	0,40 %
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	33.675	5,9	199.562	0,39 %
R51 Kopfschmerz	27.038	7,3	198.494	0,39 %
M16 Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	3.735	52,9	197.652	0,39 %
G47 Schlafstörungen	13.004	15,0	195.100	0,38 %
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	30.727	6,3	192.618	0,38 %
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	12.568	15,2	190.715	0,37 %
B99 Sonstige und nicht näher bez. Infektionskrankheiten	30.590	6,2	190.186	0,37 %
K40 Hernia inguinalis	9.043	20,9	188.801	0,37 %
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	6.463	27,3	176.457	0,35 %
M19 Sonstige Arthrose	5.090	34,0	173.117	0,34 %
M20 Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	3.987	42,8	170.590	0,34 %
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.669	101,6	169.498	0,33 %
G43 Migräne	34.612	4,9	169.488	0,33 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	3.807	41,8	159.164	0,31 %
A08 Virusbedingte und sonstige näher bez. Darminfektionen	32.658	4,7	152.416	0,30 %
J45 Asthma bronchiale	13.407	11,0	147.107	0,29 %
J00 Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	29.345	5,0	146.601	0,29 %
I83 Varizen der unteren Extremitäten	9.429	15,2	143.686	0,28 %
S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	11.252	12,7	142.726	0,28 %
Z51 Sonstige medizinische Behandlung	3.384	41,2	139.500	0,27 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	23.307	5,8	134.920	0,27 %
H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	7.522	17,8	133.930	0,26 %
G35 Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)	5.160	25,1	129.722	0,25 %
S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	4.131	31,0	128.043	0,25 %
S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Handgelenkes und der Hand	7.113	17,6	125.396	0,25 %
K57 Divertikulose des Darms	9.771	12,8	125.133	0,25 %
F20 Schizophrenie	1.850	67,4	124.654	0,24 %
Z90 Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	3.047	39,6	120.524	0,24 %
F34 Anhaltende affektive Störungen	1.913	63,0	120.447	0,24 %
R69 Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	10.956	10,8	117.884	0,23 %
I21 Akuter Myokardinfarkt	1.699	68,5	116.303	0,23 %
S86 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	4.064	28,4	115.479	0,23 %
M48 Sonstige Spondylopathien	1.828	62,7	114.541	0,22 %
M13 Sonstige Arthritis	7.707	14,8	113.785	0,22 %
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7.559	14,9	112.904	0,22 %
I63 Hirninfarkt	1.121	100,4	112.598	0,22 %
R50 Fieber unbekannter Ursache	16.424	6,8	111.675	0,22 %
H81 Störungen der Vestibularfunktion	8.117	13,8	111.649	0,22 %
M67 Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	5.284	20,6	108.888	0,21 %
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	2.171	49,0	106.374	0,21 %
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	9.979	10,6	105.315	0,21 %
S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums u. d. Brustwirbelsäule	3.591	29,0	104.079	0,20 %
F31 Bipolare affektive Störung	1.127	92,0	103.630	0,20 %
M70 Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	7.365	14,0	103.054	0,20 %
K80 Cholelithiasis	6.672	14,9	99.305	0,20 %
J34 Sonstige Krankh. der Nase und der Nasennebenhöhlen	7.940	12,3	97.870	0,19 %
J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	13.618	7,2	97.836	0,19 %
Alle aufgeführten Diagnosen	2929198		37115789	72,90 %
Diagnosen insgesamt	3.847.895	13,2	50.910.226	100 %

Tabelle A16 (Rohwerte Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; Bezugsgröße: 3.685.839 Versicherungsjahre in entsprechenden Altersgruppen bei TK-Erwerbspersonen 2011)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	1,11	1,08	1,10	1,14	1,11	1,13
Bergbauberufe*	1,03	1,09	1,06	1,01	0,82	0,93
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	1,17	1,30	1,23	1,27	1,37	1,32
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	1,36	1,52	1,43	1,39	1,63	1,49
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	1,14	1,32	1,22	1,23	1,37	1,29
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	1,33	1,49	1,40	1,43	1,60	1,50
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	1,27	1,24	1,26	1,33	1,34	1,34
Elektroberufe	1,15	1,57	1,33	1,21	1,60	1,37
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	1,20	1,29	1,24	1,23	1,35	1,28
Ernährungsberufe	0,92	1,24	1,05	0,97	1,31	1,11
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	1,21	1,45	1,31	1,27	1,49	1,36
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	0,75	1,07	0,89	0,81	1,13	0,94
Waren- und Dienstleistungskaufleute	0,83	1,14	0,96	0,88	1,20	1,01
Verkehrs- und Lagerberufe	1,18	1,45	1,29	1,24	1,51	1,35
Verw./Wirtschafts-/sozialwiss. Berufe	0,77	1,13	0,92	0,81	1,18	0,96
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	0,93	1,08	0,99	0,97	1,08	1,02
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	0,68	0,97	0,80	0,71	1,03	0,85
Gesundheitsdienstberufe	0,83	1,05	0,92	0,88	1,12	0,98
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	0,80	1,29	1,01	0,86	1,37	1,07
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	1,00	1,17	1,07	1,04	1,21	1,11
Arbeitslose	0,53	0,64	0,58	0,58	0,66	0,61
Hilfsarbeiter	1,33	1,55	1,42	1,40	1,62	1,49
Auszubildende	0,79	1,14	0,94	0,85	1,21	1,00
Unbekannt	0,90	0,99	0,94	1,03	1,18	1,09
Insgesamt	0,91	1,12	1,00	0,97	1,19	1,06

Tabelle A17 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	15,4	14,6	15,1	15,5	15,2	15,4
Bergbauberufe*	13,0	13,0	13,0	14,3	6,9	11,2
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	17,6	15,1	16,5	18,3	16,4	17,5
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	16,9	18,0	17,4	17,4	18,4	17,9
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	15,3	15,6	15,4	16,2	16,5	16,3
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	17,2	19,5	18,2	17,8	20,3	18,9
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	16,4	15,0	15,8	17,0	15,7	16,4
Elektroberufe	13,6	17,9	15,4	14,0	17,7	15,6
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	15,3	16,4	15,8	15,1	16,1	15,5
Ernährungsberufe	15,1	19,7	17,0	16,0	20,6	17,9
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	19,1	19,2	19,1	19,5	19,5	19,5
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	7,6	10,4	8,8	8,0	10,8	9,1
Waren- und Dienstleistungskaufleute	9,8	14,1	11,6	10,2	14,6	12,0
Verkehrs- und Lagerberufe	17,8	19,7	18,6	18,2	20,7	19,2
Verw.-/Wirtschafts-/sozialwiss. Berufe	8,0	11,9	9,6	8,4	12,4	10,1
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	14,1	15,9	14,8	14,6	16,0	15,1
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	8,7	10,7	9,6	8,9	11,0	9,8
Gesundheitsdienstberufe	12,1	13,2	12,5	12,7	13,9	13,2
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	10,1	14,7	12,0	10,6	15,7	12,7
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	16,6	17,3	16,9	16,5	17,8	17,0
Arbeitslose	22,6	23,6	23,1	24,4	25,2	24,8
Hilfsarbeiter	19,0	19,9	19,4	19,6	21,4	20,3
Auszubildende	7,0	11,8	9,0	9,7	13,2	11,2
Unbekannt	12,7	13,3	12,9	13,9	16,8	15,1
Insgesamt	11,3	13,6	12,3	11,8	14,2	12,8

Tabelle A18 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

Krankenstand nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	4,23 %	4,00 %	4,13 %	4,25 %	4,16 %	4,21 %
Bergbauberufe*	3,56 %	3,55 %	3,56 %	3,92 %	1,88 %	3,07 %
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	4,82 %	4,13 %	4,53 %	5,01 %	4,49 %	4,79 %
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	4,63 %	4,93 %	4,76 %	4,78 %	5,05 %	4,89 %
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	4,18 %	4,26 %	4,21 %	4,43 %	4,52 %	4,47 %
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	4,72 %	5,35 %	4,98 %	4,89 %	5,57 %	5,17 %
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	4,51 %	4,11 %	4,34 %	4,64 %	4,29 %	4,50 %
Elektroberufe	3,73 %	4,90 %	4,22 %	3,85 %	4,86 %	4,27 %
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	4,19 %	4,49 %	4,32 %	4,15 %	4,40 %	4,25 %
Ernährungsberufe	4,14 %	5,41 %	4,67 %	4,38 %	5,64 %	4,90 %
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	5,23 %	5,26 %	5,24 %	5,34 %	5,33 %	5,34 %
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	2,09 %	2,86 %	2,41 %	2,18 %	2,95 %	2,50 %
Waren- und Dienstleistungskaufleute	2,69 %	3,85 %	3,17 %	2,80 %	4,01 %	3,30 %
Verkehrs- und Lagerberufe	4,87 %	5,40 %	5,09 %	4,98 %	5,67 %	5,27 %
Verw./Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,19 %	3,26 %	2,64 %	2,31 %	3,41 %	2,76 %
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	3,87 %	4,34 %	4,07 %	3,99 %	4,37 %	4,15 %
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,40 %	2,93 %	2,62 %	2,45 %	3,00 %	2,68 %
Gesundheitsdienstberufe	3,31 %	3,61 %	3,43 %	3,48 %	3,81 %	3,62 %
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	2,78 %	4,03 %	3,30 %	2,91 %	4,30 %	3,49 %
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	4,56 %	4,74 %	4,64 %	4,51 %	4,87 %	4,66 %
Arbeitslose	6,20 %	6,48 %	6,32 %	6,69 %	6,91 %	6,78 %
Hilfsarbeiter	5,19 %	5,45 %	5,30 %	5,36 %	5,87 %	5,57 %
Auszubildende	1,92 %	3,24 %	2,46 %	2,67 %	3,61 %	3,06 %
Unbekannt	3,47 %	3,65 %	3,54 %	3,81 %	4,59 %	4,13 %
Insgesamt	3,11 %	3,72 %	3,36 %	3,23 %	3,89 %	3,51 %

Tabelle A19 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

Krankenstand nach Ausbildungsstand 2010 sowie 2011

Ausbildung	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Haupt- o. Realschule ohne Berufsausbildung	5,05 %	5,30 %	5,15 %	5,39 %	5,63 %	5,49 %
Haupt- o. Realschule mit Berufsausbildung	3,68 %	3,97 %	3,80 %	3,89 %	4,24 %	4,04 %
Abitur ohne Berufsausbildung	2,29 %	3,05 %	2,61 %	2,33 %	3,41 %	2,78 %
Abitur mit Berufsausbildung	2,33 %	3,21 %	2,70 %	2,47 %	3,33 %	2,83 %
Fachhochschule	2,04 %	3,13 %	2,49 %	2,18 %	3,45 %	2,71 %
Hochschule/Universität	1,48 %	2,43 %	1,87 %	1,56 %	2,52 %	1,96 %
Unbekannt, keine Angaben möglich	3,35 %	3,62 %	3,46 %	3,41 %	3,75 %	3,55 %
Beschäftigte mit Ausbildungsangaben insgesamt	3,01 %	3,63 %	3,26 %	3,14 %	3,81 %	3,42 %

Tabelle A20 (standardisiert; nur Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung)

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2010 sowie 2011

Ausbildung	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Fälle je 100 VJ	3,41	2,07	2,80	3,45	1,99	2,78
AU-Tage je 100 VJ	85,2	47,3	68,0	88,1	47,5	69,4
Krankenstand	0,23 %	0,13 %	0,19 %	0,24 %	0,13 %	0,19 %
AU-Tage je Fall	25,0	22,9	24,3	25,5	23,9	25,0

Tabelle A21 (roh)

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

Altersgruppe	2010			2011		
	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)
15–19	131	60	104	146	54	111
20–24	107	49	79	113	46	80
25–29	69	32	50	73	31	51
30–34	61	28	45	62	28	45
35–39	76	32	55	77	32	56
40–44	79	40	61	80	38	60
45–49	85	49	69	86	49	69
50–54	96	69	85	100	65	84
55–59	105	85	97	109	93	103
60–64	95	86	92	102	89	98

Tabelle A22

Arztkontakte mit Arzneiverordnung nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	Anteil mit Arztkontakt 2011			Anzahl Arztkontakte je VJ 2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	65 %	93 %	75 %	1,7	5,4	3,1
20–24	57 %	76 %	66 %	1,5	2,7	2,1
25–29	54 %	71 %	63 %	1,5	2,5	2,0
30–34	56 %	71 %	63 %	1,7	2,7	2,2
35–39	61 %	73 %	67 %	2,0	3,0	2,5
40–44	64 %	73 %	68 %	2,4	3,2	2,8
45–49	67 %	76 %	71 %	2,8	3,7	3,2
50–54	72 %	81 %	76 %	3,5	4,6	4,0
55–59	78 %	86 %	81 %	4,6	5,5	4,9
60–64	83 %	86 %	84 %	5,5	6,1	5,7

Tabelle A23

Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	Anzahl Präparate je VJ 2011			Anzahl DDD je VJ 2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	2,2	6,1	3,7	55	315	154
20–24	2,0	3,3	2,6	52	93	72
25–29	1,9	3,1	2,5	61	88	75
30–34	2,3	3,4	2,8	79	105	92
35–39	2,8	3,9	3,3	112	130	121
40–44	3,4	4,2	3,7	160	165	162
45–49	4,1	4,9	4,5	228	223	226
50–54	5,5	6,3	5,8	343	327	336
55–59	7,4	7,9	7,6	506	448	482
60–64	9,2	9,0	9,1	649	543	614

Tabelle A24

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2011

Bundesland	Arztkontakte je VJ			DDD je VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	2,5	3,5	3,0	192	189	190
Hamburg	2,5	3,4	2,9	184	181	183
Niedersachsen	2,6	3,6	3,0	193	188	191
Bremen	2,4	3,3	2,8	168	171	169
Nordrhein-Westfalen	2,7	3,7	3,1	201	194	198
Hessen	2,5	3,3	2,8	189	183	186
Rheinland-Pfalz	2,7	3,7	3,1	206	201	204
Baden-Württemberg	2,3	3,3	2,7	173	174	173
Bayern	2,3	3,2	2,7	171	173	172
Saarland	2,9	4,0	3,3	208	200	205
Berlin	2,2	3,0	2,5	186	171	180
Brandenburg	2,1	3,0	2,5	199	180	191
Mecklenburg-Vorpommern	2,3	3,1	2,6	215	192	206
Sachsen	2,1	2,8	2,4	200	172	189
Sachsen-Anhalt	2,5	3,4	2,8	222	206	215
Thüringen	2,2	3,0	2,5	211	182	199
<i>Ausland</i>	0,9	1,9	1,3	70	102	83
Insgesamt	2,5	3,4	2,9	191	185	188

Tabelle A25 (standardisiert; Arztkontakte mit Arzneiverordnung)

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	0,42	0,38	0,41	28,3	20,6	25,1
Blut und Blut bildende Organe	0,09	0,09	0,09	5,6	3,9	4,9
Kardiovaskuläres System	0,80	0,45	0,65	86,9	41,0	67,9
Dermatika	0,18	0,22	0,19	5,3	5,6	5,4
Urogenitales System und Sexualhormone	0,04	0,36	0,17	2,9	23,6	11,5
Systemische Hormonpräparate	0,16	0,49	0,29	10,9	31,4	19,4
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	0,47	0,69	0,56	5,7	6,3	5,9
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,04	0,05	0,04	1,6	2,8	2,1
Muskel- und Skelettsystem	0,41	0,41	0,41	10,4	9,2	9,9
Nervensystem	0,38	0,57	0,46	14,7	20,6	17,1
Respirationstrakt	0,30	0,35	0,32	12,2	13,0	12,6
Sinnesorgane	0,10	0,12	0,11	3,3	3,2	3,3
Varia	0,02	0,02	0,02	3,0	3,1	3,0
Nicht ATC-klassifiziert	0,24	0,24	0,24	-	-	-
Präparate insgesamt	3,65	4,45	3,98	190,8	184,6	188,2

Tabelle A26 (*sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert)

Verordnete DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2004 bis 2011

ATC-Gruppe	Verordnete Tagesdosen je Versicherungsjahr							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alimentäres System und Stoffwechsel	14,2	15,1	15,5	18,8	20,9	21,4	23,2	25,1
Blut und Blut bildende Organe	3,6	4,0	4,1	4,2	4,5	4,4	4,7	4,9
Kardiovaskuläres System*	48,2	51,7	55,4	59,8	65,0	63,7	66,3	67,9
Dermatika	5,0	5,1	4,9	5,0	5,2	5,2	5,3	5,4
Urogenitales System und Sexualhormone	14,6	14,4	13,9	13,6	13,3	12,5	12,1	11,5
Systemische Hormonpräparate	15,9	16,4	17,5	17,9	18,3	18,3	18,9	19,4
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	4,5	5,2	5,0	5,3	5,6	5,8	5,8	5,9
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	1,4	1,7	1,8	1,9	2,1	2,1	2,2	2,1
Muskel- und Skelettsystem	8,8	8,8	8,5	8,9	9,3	9,4	9,5	9,9
Nervensystem	10,8	12,3	11,4	12,6	14,0	14,5	15,9	17,1
Respirationstrakt	11,5	11,7	11,4	12,2	12,1	12,2	12,0	12,6
Sinnesorgane	3,7	3,5	3,4	3,5	3,4	3,3	3,3	3,3
Varia	1,8	2,1	2,2	2,5	2,8	2,9	2,9	3,0
Präparate insgesamt	144,2	152,0	154,9	166,5	176,7	175,8	182,2	188,2

Tabelle A27 (sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2004 bis 2011, standardisiert;
 *Verordnungsvolumen im Jahr 2009 insbesondere bei kardiovaskulär wirksamen Medikamenten durch eine veränderte Bemessung von definierten Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar)

Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATC vierstellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	0,319	0,335	0,326
H03A	Schilddrüsenpräparate	0,089	0,390	0,214
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,170	0,169	0,169
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,177	0,133	0,159
N06A	Antidepressiva	0,119	0,205	0,155
J01F	Makrolide und Lincosamide	0,127	0,172	0,146
R03A	Inhalative Sympathomimetika	0,125	0,128	0,126
C09A	ACE-Hemmer, rein	0,158	0,071	0,122
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	0,109	0,134	0,120
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	0,076	0,103	0,087
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	0,071	0,102	0,084
J01M	Chinolone	0,060	0,106	0,079
C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	0,096	0,032	0,070
D07A	Corticosteroide, rein	0,059	0,083	0,069
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	0,061	0,076	0,068
B01A	Antithrombotische Mittel	0,076	0,048	0,064
A03F	Prokinetika	0,050	0,079	0,062
R01A	Dekongestiva u. a. Rhinologika zur topischen Anw.	0,054	0,066	0,059
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorw. Gefäßwirkung	0,072	0,031	0,055
A10B	Orale Antidiabetika	0,074	0,028	0,055
J01A	Tetracycline	0,049	0,055	0,052
N02A	Opioide	0,049	0,054	0,051
A10A	Insuline und Analoga	0,064	0,028	0,049
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	0,062	0,029	0,048
R05D	Antitussiva, excl. Kombinationen mit Expektoranzien	0,037	0,057	0,045
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	0,056	0,029	0,045
M03B	Muskelrelaxanzien, zentral wirkende Mittel	0,039	0,053	0,045
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	0,052	0,033	0,044
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,000	0,101	0,042
N03A	Antiepileptika	0,038	0,041	0,039
	Genannte gesamt	2,59 (71%)	2,97 (67%)	2,75 (69%)
	Insgesamt	3,647	4,455	3,982

Tabelle A28 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert; 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	29,8	12,3	22,6
H03A	Schilddrüsenpräparate	6,9	26,1	14,9
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	14,5	12,2	13,5
N06A	Antidepressiva	8,4	13,8	10,6
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	10,3	6,8	8,8
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	9,3	3,7	7,0
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	6,7	7,0	6,8
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	8,0	4,6	6,6
C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	9,1	2,7	6,5
R03A	Inhalative Sympathomimetika	6,3	5,9	6,1
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	6,0	2,8	4,7
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	5,3	2,8	4,2
A10B	Orale Antidiabetika	5,5	1,9	4,0
B01A	Antithrombotische Mittel	5,1	2,3	3,9
A10A	Insuline und Analoga	5,0	2,2	3,9
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,0	9,2	3,8
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	3,2	3,6	3,4
V01A	Allergene	2,9	3,0	3,0
G03C	Estrogene	0,0	6,3	2,6
D07A	Corticosteroide, rein	2,1	2,6	2,3
R03B	Andere inhalative Antiasthmatica	2,0	2,3	2,1
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	1,8	2,1	2,0
N03A	Antiepileptika	1,9	1,7	1,8
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	1,5	1,8	1,7
G03F	Gestagene und Estrogene in Kombination	0,0	3,9	1,6
S01E	Glaukommittel und Miotika	1,7	1,3	1,5
M04A	Gichtmittel	2,5	0,2	1,5
C07B	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten und Thiazide	1,5	1,2	1,4
R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,1	1,6	1,3
C03A	Low-ceiling-Diuretika, Thiazide	1,5	1,0	1,3
	Genannte gesamt	160,0 (84%)	149,1 (81%)	155,5 (83%)
	Insgesamt	190,8	184,6	188,2

Tabelle A29 (Erwerbspersonen TK 2011, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Menge der verordneten Tagesdosen beziehungsweise DDD in der Gesamtpopulation)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2011

Berufsfeld	Arztkontakte mit Arzneiverordnung			DDD		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	2,46	3,07	2,71	185	173	180
Bergbauberufe*	2,68	3,00	2,81	207	165	190
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	2,60	3,23	2,86	201	182	193
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	2,77	3,68	3,15	204	198	201
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	2,72	3,38	3,00	196	184	191
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	2,77	3,93	3,25	202	215	207
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	2,64	3,46	2,98	196	188	193
Elektroberufe	2,56	3,72	3,04	195	208	200
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	2,68	3,36	2,96	197	181	190
Ernährungsberufe	2,57	3,52	2,96	193	199	196
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	2,47	3,33	2,83	181	180	181
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	2,28	3,03	2,59	178	167	174
Waren- und Dienstleistungskaufleute	2,56	3,41	2,91	192	180	187
Verkehrs- und Lagerberufe	2,67	3,66	3,08	206	201	204
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,43	3,36	2,81	188	183	186
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	2,63	3,32	2,91	214	185	202
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,20	2,97	2,52	161	153	158
Gesundheitsdienstberufe	2,19	3,38	2,68	178	187	182
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	2,46	3,49	2,89	182	180	181
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reiniger	2,61	3,51	2,98	197	192	195
Arbeitslose	3,38	4,12	3,69	283	247	268
Hilfsarbeiter	2,60	3,62	3,02	182	195	188
Auszubildende	2,27	3,11	2,62	176	157	168
Unbekannt	3,12	3,97	3,47	247	238	243
Insgesamt	2,49	3,39	2,86	191	185	188

Tabelle A30 (*Bergbauberufe bei geringen Versichertenzahlen nicht bewertbar; standardisiert)

Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Alter

Alters- gruppe	Anteil mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises			darunter: Anteil mit Arbeitsplatzdistanz > 50km		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	35,1 %	39,1 %	36,6 %	5,1 %	7,2 %	5,9 %
20–24	40,8 %	41,7 %	41,3 %	9,4 %	10,1 %	9,8 %
25–29	44,7 %	42,6 %	43,6 %	13,8 %	11,9 %	12,8 %
30–34	47,5 %	43,6 %	45,6 %	14,9 %	11,6 %	13,3 %
35–39	49,3 %	42,1 %	45,9 %	14,4 %	10,4 %	12,5 %
40–44	51,8 %	40,8 %	46,6 %	14,9 %	8,8 %	12,0 %
45–49	53,4 %	38,5 %	46,6 %	15,6 %	7,7 %	12,0 %
50–54	52,7 %	36,3 %	45,4 %	15,1 %	7,2 %	11,6 %
55–59	51,5 %	34,3 %	44,5 %	14,6 %	6,8 %	11,4 %
60–64	50,2 %	32,4 %	44,4 %	14,5 %	6,8 %	12,0 %
Insgesamt	49,6 %	39,8 %	45,1 %	14,3 %	9,2 %	11,9 %

Tabelle A31 (Berufstätige TK-Versicherte mit Angaben zum Wohn- und Arbeitskreis 2011; approximative Distanz nach Mittelpunkten nicht-benachbarter Kreise; Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 3,49 Mio.)

Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Alter 2009

Alters- gruppe	Anteil mit Wechsel des Wohnkreises 2009 bis 2011			Anteil mit Wechsel des Betriebs 2009 bis 2011*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	5,6 %	11,6 %	8,0 %	40,5 %	48,4 %	43,6 %
20–24	13,3 %	18,4 %	15,9 %	53,4 %	54,2 %	53,8 %
25–29	16,4 %	17,3 %	16,8 %	46,5 %	45,4 %	45,9 %
30–34	13,3 %	11,8 %	12,6 %	41,9 %	38,7 %	40,4 %
35–39	7,6 %	6,4 %	7,0 %	36,0 %	34,2 %	35,1 %
40–44	4,6 %	4,0 %	4,3 %	32,3 %	31,4 %	31,9 %
45–49	3,4 %	3,3 %	3,3 %	30,1 %	29,2 %	29,7 %
50–54	2,7 %	2,7 %	2,7 %	27,9 %	26,0 %	27,1 %
55–59	2,2 %	2,4 %	2,2 %	26,6 %	23,1 %	25,3 %
60–62	2,2 %	2,3 %	2,2 %	23,9 %	20,3 %	22,9 %
Insgesamt	7,0 %	8,0 %	7,4 %	35,2 %	35,1 %	35,1 %

Tabelle A32 (Berufstätige und Arbeitslose mit Angaben zum Wohnkreis in allen drei Kalenderjahren 2009 bis 2011; nur Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009 [n = 3,33 Mio.]; * Betriebswechselrate ausschließlich ermittelt, sofern versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe vorlagen, wobei kalenderjährlich auch ohne Betriebswechsel ggf. automatisch jeweils separate Beschäftigungsintervalle dokumentiert wurden [n = 3,22 Mio.]

Diagnosebezogene Fehlzeiten 2011 nach Anzahl von Betriebswechselln

AU-Tage je Person 2011 Diagnosekapitel	Anzahl von Betriebsnummernwechseln 2009 bis 2011*			
	kein Wechsel	ein Wechsel	zwei Wechsel	min. drei W.
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,55	0,57	0,60	0,74
II. Neubildungen	0,51	0,45	0,40	0,38
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,11	0,11	0,10	0,12
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	1,95	2,33	2,78	3,67
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	0,59	0,60	0,60	0,67
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	0,57	0,57	0,57	0,61
X. Krankheiten des Atmungssystems	1,90	1,87	1,89	2,06
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	0,68	0,69	0,73	0,92
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,17	0,16	0,17	0,20
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2,59	2,51	2,68	3,57
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	0,22	0,22	0,23	0,26
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,19	0,16	0,13	0,14
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	0,63	0,65	0,73	0,90
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	1,61	1,54	1,76	2,35
Insgesamt	12,96	13,12	14,08	17,39

Tabelle A33 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Betriebsnummer 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [kein Wechsel, n = 2.029 Tsd.]; ein Wechsel beziehungsweise zwei unterschiedliche Angaben [n = 776 Tsd.], zwei Wechsel [n = 214 Tsd.], drei und mehr Wechsel [n = 86 Tsd.]; standardisiert)

Diagnosebezogene AU-Raten 2011 nach Anzahl von Betriebswechslern

Anteil betroffene Personen 2011 Diagnosekapitel	Anzahl von Betriebsnummernwechseln 2009 bis 2011*			
	kein Wechsel	ein Wechsel	zwei Wechsel	min. drei W.
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,3 %	8,4 %	8,8 %	10,0 %
II. Neubildungen	1,4 %	1,2 %	1,1 %	1,1 %
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	4,1 %	4,8 %	6,1 %	8,6 %
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,1 %	4,1 %	4,1 %	4,7 %
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,6 %	2,5 %	2,5 %	2,8 %
X. Krankheiten des Atmungssystems	22,8 %	22,5 %	22,1 %	22,6 %
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	9,0 %	8,8 %	9,2 %	10,2 %
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,4 %
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,1 %	10,5 %	11,2 %	14,2 %
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2,2 %	2,1 %	2,2 %	2,4 %
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,0 %	0,9 %	0,8 %	0,7 %
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	5,4 %	5,4 %	5,7 %	6,8 %
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	7,3 %	7,0 %	7,5 %	9,4 %
Insgesamt	50,6 %	50,0 %	51,2 %	55,7 %

Tabelle A34 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Betriebsnummer 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [kein Wechsel, n = 2.029 Tsd.]; ein Wechsel beziehungsweise zwei unterschiedliche Angaben [n = 776 Tsd.], zwei Wechsel [n = 214 Tsd.], drei und mehr Wechsel [n = 86 Tsd.]; standardisiert)

Anteil Personen mit AU-Diagnose einer psychischen Störung 2011 nach Wohnkreiswechsel und Alter

Altersgruppe 2009	Konstanter Wohnkreis 2009-2011*			Wohnkreiswechsel 2009-2011**		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	2,53 %	5,28 %	3,74 %	4,59 %	8,38 %	6,26 %
20–24	2,91 %	5,47 %	4,09 %	3,92 %	6,85 %	5,27 %
25–29	2,60 %	4,95 %	3,63 %	2,82 %	5,62 %	4,04 %
30–34	2,81 %	5,23 %	3,80 %	3,18 %	6,36 %	4,49 %
35–39	3,20 %	5,98 %	4,37 %	4,46 %	8,33 %	6,10 %
40–44	3,38 %	6,79 %	4,83 %	5,43 %	10,88 %	7,75 %
45–49	3,64 %	7,21 %	5,13 %	5,73 %	12,19 %	8,43 %
50–54	4,10 %	7,92 %	5,59 %	7,35 %	13,07 %	9,59 %
55–59	4,56 %	8,40 %	5,90 %	6,37 %	14,08 %	9,06 %
60–62	3,53 %	6,31 %	4,25 %	4,93 %	12,39 %	6,86 %
Insgesamt	3,32 %	6,26 %	4,54 %	4,82 %	9,21 %	6,64 %

Tabelle A35 (*Versicherte mit konstanten Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 2.889 Tsd.];

**Versicherte mit unterschiedlichen Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 227 Tsd.]; standardisiert)

AU-Tage je Personen mit Diagnose psychischer Störungen 2011 nach Wohnkreiswechsel und Alter

Altersgruppe 2009	Konstanter Wohnkreis 2009-2011*			Wohnkreiswechsel 2009-2011**		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	0,77	1,51	1,10	1,97	4,16	2,93
20–24	1,10	1,97	1,50	1,87	3,04	2,41
25–29	1,04	2,07	1,49	1,35	2,47	1,84
30–34	1,20	2,31	1,65	1,55	3,20	2,23
35–39	1,51	2,69	2,01	2,55	4,77	3,49
40–44	1,62	3,14	2,27	3,68	6,28	4,79
45–49	1,80	3,36	2,46	3,85	7,48	5,36
50–54	2,20	3,95	2,89	5,67	8,29	6,69
55–59	2,73	4,47	3,34	4,62	10,58	6,70
60–62	2,61	3,85	2,93	3,51	13,38	6,06
Insgesamt	1,60	2,82	2,11	3,05	5,37	4,01

Tabelle A36 (*Versicherte mit konstanten Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 2.889 Tsd.];

**Versicherte mit unterschiedlichen Wohnkreisangaben 2009 bis 2011 [n = 227 Tsd.]; standardisiert)

Anteil Personen mit AU-Diagnose einer psychischen Störung 2011 nach Betriebswechsel und Alter

Altersgruppe 2009	Kein Wechsel 2009-2011*			Mindestens ein Wechsel 2009-2011**		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15-19	2,04 %	4,36 %	3,06 %	3,57 %	7,02 %	5,09 %
20-24	2,40 %	4,36 %	3,30 %	3,59 %	6,89 %	5,11 %
25-29	2,21 %	4,15 %	3,06 %	3,10 %	6,16 %	4,44 %
30-34	2,51 %	4,66 %	3,39 %	3,32 %	6,44 %	4,60 %
35-39	2,97 %	5,52 %	4,04 %	3,82 %	7,29 %	5,29 %
40-44	3,17 %	6,37 %	4,53 %	4,03 %	8,16 %	5,79 %
45-49	3,46 %	6,77 %	4,85 %	4,21 %	8,77 %	6,11 %
50-54	4,01 %	7,53 %	5,39 %	4,52 %	9,41 %	6,43 %
55-59	4,46 %	8,18 %	5,76 %	4,71 %	9,39 %	6,34 %
60-62	3,41 %	6,24 %	4,14 %	3,72 %	6,98 %	4,56 %
Insgesamt	3,06 %	5,67 %	4,14 %	3,85 %	7,60 %	5,41 %

Tabelle A37 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Arbeitgeberangabe 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [n = 2.029 Tsd.]; **Versicherte mit mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsnummernangaben 2009 bis 2011 [n = 1.076 Tsd.]; standardisiert)

AU-Tage je Personen mit Diagnose psychischer Störungen 2011 nach Betriebswechsel und Alter

Altersgruppe 2009	Kein Wechsel 2009-2011*			Mindestens ein Wechsel 2009-2011**		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15-19	0,72	1,38	1,01	1,00	2,27	1,56
20-24	1,01	1,88	1,41	1,33	2,41	1,83
25-29	0,92	1,73	1,27	1,26	2,59	1,84
30-34	1,09	2,10	1,50	1,40	2,82	1,98
35-39	1,39	2,48	1,85	1,88	3,41	2,52
40-44	1,52	2,90	2,11	2,01	3,88	2,80
45-49	1,70	3,13	2,30	2,17	4,20	3,01
50-54	2,11	3,74	2,75	2,55	4,70	3,39
55-59	2,60	4,19	3,16	2,75	5,15	3,59
60-62	2,45	3,89	2,82	2,50	3,67	2,81
Insgesamt	1,49	2,60	1,95	1,86	3,45	2,52

Tabelle A38 (*Versicherte mit nur einer differenzierbaren Arbeitgeberangabe 2009 bis 2011 bei insgesamt min. zwei dokumentierten Angaben [n = 2.029 Tsd.]; **Versicherte mit mindestens zwei unterschiedlichen Betriebsnummernangaben 2009 bis 2011 [n = 1.076 Tsd.]; standardisiert)

Logistische Regression – Angaben zum Basismodell

Unabhängige Variable, Ausprägung	Odds Ratio	95 %-Konfidenzintervall
Geschlecht	Wald Chi-Quadrat:	10.702 (p < 0,001)
männlich (Ref.)	1,00	
weiblich	1,84	1,82 - 1,86
Alter 2009	Wald Chi-Quadrat:	5.366 (p < 0,001)
15–19 Jahre	1,00	0,95 - 1,04
20–24 Jahre	1,01	0,99 - 1,04
25–29 Jahre (Ref.)	1,00	
30–34 Jahre	1,13	1,11 - 1,16
35–39 Jahre	1,33	1,30 - 1,37
40–44 Jahre	1,50	1,47 - 1,53
45–49 Jahre	1,59	1,56 - 1,62
50–54 Jahre	1,76	1,72 - 1,80
55–59 Jahre	1,89	1,85 - 1,94
60–62 Jahre	1,43	1,38 - 1,49
Wohnkreiswechsel 2009 bis 2011	Wald Chi-Quadrat:	921 (p < 0,001)
kein Wechsel (Ref.)	1,00	
ein Wechsel	1,33	1,30 - 1,36
zwei Wechsel	1,68	1,54 - 1,82
Arbeitsplatzwechsel 2009 bis 2011	Wald Chi-Quadrat:	4.837 (p < 0,001)
kein Wechsel (Ref.)	1,00	
ein Wechsel	1,17	1,16 - 1,19
zwei Wechsel	1,52	1,49 - 1,55
drei Wechsel	2,01	1,95 - 2,08
vier Wechsel	2,48	2,35 - 2,61
fünf Wechsel	2,74	2,51 - 2,98
sechs oder mehr Wechsel	2,82	2,54 - 3,13
Bundesland des Wohnortes 2009	Wald Chi-Quadrat:	2.455 (p < 0,001)
Schleswig-Holstein	1,08	1,05 - 1,11
Hamburg	1,27	1,24 - 1,30
Niedersachsen	1,03	1,01 - 1,05
Bremen	1,13	1,07 - 1,20
Nordrhein-Westfalen (Ref.)	1,00	
Hessen	0,98	0,96 - 1,00
Rheinland-Pfalz	1,00	0,98 - 1,03
Baden-Württemberg	0,83	0,81 - 0,85
Bayern	0,83	0,82 - 0,85
Saarland	1,12	1,06 - 1,18
Berlin	1,29	1,27 - 1,32
Brandenburg	1,26	1,22 - 1,29

Unabhängige Variable, Ausprägung	Odds Ratio	95 %-Konfidenzintervall
Mecklenburg-Vorpommern	1,18	1,14 - 1,22
Sachsen	1,04	1,00 - 1,08
Sachsen-Anhalt	1,05	1,00 - 1,09
Thüringen	1,06	1,02 - 1,11
Ausbildung 2009	Wald Chi-Quadrat:	3.680 (p < 0,001)
Haupt- o. Realschule ohne Berufsausbildung	1,89	1,83 - 1,94
Haupt- o. Realschule mit Berufsausbildung	1,73	1,70 - 1,76
Abitur ohne Berufsausbildung	1,38	1,32 - 1,44
Abitur mit Berufsausbildung	1,55	1,51 - 1,59
Fachhochschule	1,39	1,35 - 1,43
Hochschule/Universität (Ref.)	1,00	
Unbekannt, keine Angaben möglich	1,47	1,44 - 1,51
Fehlende Angaben*	1,73	1,69 - 1,78
Branchenzuordnung 2009	Wald Chi-Quadrat:	3.200 (p < 0,001)
Land- u. Forstwirtschaft, Fischerei	0,73	0,66 - ,80
Bergbau, Gewinnung v. Steinen u. Erden	0,86	0,71 - 1,05
Verarbeitendes Gewerbe	1,09	1,07 - 1,12
Energieversorgung	1,17	1,11 - 1,24
Wasserver-, Abwasser- und Abfallentsorgung	1,35	1,27 - 1,44
Baugewerbe	0,90	0,86 - 0,93
Handel, Instandhaltung v. Kraftfahrzeugen	1,10	1,07 - 1,12
Verkehr und Lagerei	1,36	1,31 - 1,41
Gastgewerbe	1,08	1,03 - 1,13
Information u. Kommunikation	1,11	1,08 - 1,15
Finanz- u. Versicherungsdienstleistungen	1,38	1,33 - 1,42
Grundstücks- u. Wohnungswesen	1,18	1,11 - 1,25
Freiberufl., wissenschaftl. u. techn. Dienstleistungen (Ref.)	1,00	
Sonstige wirtschaftl. Dienstleistungen	1,27	1,23 - 1,31
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	1,67	1,62 - 1,71
Erziehung und Unterricht	1,39	1,34 - 1,43
Gesundheit u. Sozialwesen	1,38	1,35 - 1,41
Kunst, Unterhaltung, Erholung	1,34	1,26 - 1,42
Sonstige Dienstleistungen	1,38	1,34 - 1,43
Private Haushalte	0,93	0,79 - 1,10
Exterritoriale Organisationen	1,82	1,54 - 2,15
Fehlende Angaben*	1,30	1,27 - 1,33

Tabelle A39 (Logistisches Regressionsmodell; nur Erwerbspersonen mit Angaben zum Wohnkreis in allen drei Kalenderjahren 2009 bis 2011, Altersgruppen 15 bis 62 Jahre bei Alterszuordnung 2009, versichertenbezogen mindestens zwei Versicherungsintervalle mit Betriebsangabe, 2011 mehr als 182 Tage als Erwerbsperson bei der TK versichert [n = 3,104 Mio.]; c-Wert: 0,640; *fehlende Angaben resultieren insbesondere auch bei arbeitslosen Erwerbspersonen)

Methodische Erläuterungen

Arbeitsunfähigkeiten

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-Meldegesehen 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-Meldegesehens existiert eine Reihe von Maßzahlen. Einen Überblick zu relevanten Parametern gibt die Tabelle A40 auf der Folgeseite.

Grundsätzlich dürften die genannten Parameter allen Lesern bekannt sein. Praktische Details der Berechnung werden nachfolgend für Interessierte weiter erläutert.

Maßzahlen des AU-Meldegesehens

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 beziehungsweise Dauer der Arbeitsfehlzeiten innerhalb eines Versicherungsjahres; entspricht sinngemäß der durchschnittlichen Zahl von Fehltagen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres.
Krankenstand	Anteil der erkrankungsbedingten Fehltag 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 Krankenstandes werden in anderen, insbesondere kassenexternen Statistiken aus unterschiedlichen Gründen zum Teil 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 gemeldet waren.

Tabelle A40

Die Berechnung von Maßzahlen zum AU-Meldegesehen 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, die 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 auf den Tag genau jeweils den Versicherungsintervallen zugeordnet (zum Beispiel 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 mit 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.

Arzneimittelverordnungen

Für die vorliegenden Auswertungen standen – für die Gruppe der auch bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigten Erwerbspersonen – Informationen zur Verordnung von Arzneimitteln präparate- beziehungsweise versichertenbezogen zur Verfügung. Aus den Verordnungsdaten mit Versichertenbezug lassen sich eine Reihe von Maßzahlen ableiten, die in Tabelle A41 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 Rezeptausstellung. Dabei werden mehrere Verordnungen an einem Tag individuell nur dann berücksichtigt, sofern sie von Ärzten unterschiedlicher Facharztgruppen ausgestellt wurden und so von mehreren Arztkontakten am selben Tag ausgegangen werden kann.
Verordnete Präparate je VJ	Gezählt werden die einzelnen Eintragungen auf Rezepten, die sich jeweils auf eine definierte Präparateart oder -form beziehen. Nicht berücksichtigt wird, ob gegebenenfalls mehrere Einheiten desselben 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 A41

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 aus dem weitgehenden Ausschluss nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG). Zwischen 2004 und 2008 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 diejenigen 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 Versichertengruppen 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 zehn 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. DDD stellen in Bezug auf spezifische Arzneimittel damit ein anschauliches Maß dar, das 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.

Standardisierung

Sofern nicht gesondert erwähnt, werden im Gesundheitsreport geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert, die Tabellen und Abbildungen sind entsprechend gekennzeichnet.

Die hier durchgeführte direkte Geschlechts- und Altersstandardisierung bietet eine Möglichkeit, die Effekte von Altersunterschieden zwischen unterschiedlichen Vergleichsgruppen auf die dargestellten Ergebnisse rechnerisch auszugleichen. Dabei werden für alle betrachteten Subpopulationen (zum Beispiel einzelne Berufsgruppen) Maßzahlen zunächst getrennt für einzelne Alters- und Geschlechtsgruppen berechnet. Anschließend werden die Ergebnisse zu den Geschlechts- und Altersgruppen unter Zugrundelegung der Struktur einer zuvor festgelegten Standardpopulation wieder zusammengefasst.

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).

Standardpopulation nach Geschlecht und Alter

Altersgruppe	Personenzahl (Tsd.)		Anteil an Gesamtpop. (%)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15–19*	852	674	2,3	1,8
20–24*	2.181	1.856	6,0	5,1
25–29	2.851	2.216	7,8	6,1
30–34	2.883	2.006	7,9	5,5
35–39	2.653	1.942	7,2	5,3
40–44	2.540	1.880	6,9	5,1
45–49	2.230	1.601	6,1	4,4
50–54	2.885	1.856	7,9	5,1
55–59*	1.738	932	4,7	2,5
60–64*	624	218	1,7	0,6
Insgesamt	21.437	15.181	58,5	41,5

Tabelle A42 (*bei der Auswertung zusammengefasst, vgl. Text [Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992; Quelle: Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114])

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.

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.

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 in der Regel also nur wenig veränderte Ergebnisse. Die standardisierten Werte können bei oberflächlicher Betrachtung zunächst wie nicht standardi-

sierte Werte gelesen und interpretiert werden. Nicht standardisierte beziehungsweise rohe Ergebnisse sind zum Teil ergänzend im Anhang dargestellt.

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

<http://bisds.infosys.iab.de/bisds/faces/Start.jsp>

zu finden.

Klassifikationssysteme: ICD10

Seit dem 1. Januar 2000 sind Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten 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 zur ICD10 unter der nachfolgend genannten Adresse finden:

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

Kapitel der ICD10

Kapitel	Bezeichnung	Typische AU-Diagnosen bei Erwerbspersonen aus den genannten Kapiteln
I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Magen-Darm-Infekte, auch virusbedingt, nicht näher bezeichnete Infekte
II.	Neubildungen	Eher selten: bösartige Neubildungen der Brust, Prostata, des Dickdarms, gutartige Neubildungen (zum Beispiel Leberflecken, Leiomyom der Gebärmutter)
III.	Krankheiten d. Blutes u. d. Blutbildenden Organe, Störungen mit Beteil. d. Immunitätssystems	Sehr selten als AU-Diagnose: Eisenmangelanämie, sonstige Anämien, Sarkoidose
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsellkrankheiten	Eher selten: Schilddrüsenvergrößerung und -überfunktion, Zuckerkrankheit, Übergewicht
V.	Psychische und Verhaltensstörungen	Depressionen, Belastungsreaktionen, neurotische und somatoforme Störungen, Alkoholprobleme
VI.	Krankheiten des Nervensystems	Migräne, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, multiple Sklerose, Mononeuropathien, Epilepsie
VII.	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Glaukom
VIII.	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Mittelohrentzündung, Störungen des Gleichgewichtsorgans, Hörproblem und -verlust
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bluthochdruck, Hämorrhoiden, chronische ischämische Herzerkrankung
X.	Krankheiten des Atmungssystems	Akute Atemwegsinfekte, Bronchitis, Nebenhöhlenentzündung, Mandelentzündung, Grippe
XI.	Krankheiten des Verdauungssystems	Entzündliche Magen-Darm-Krankheiten, Zahnprobleme, Leistenbruch, Darmdivertikulose, Sodbrennen, Gallensteine
XII.	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	Hautabszess, Furunkel, Phlegmone, Entzündungen der Haut
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkserkrankungen
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems	Harnwegserkrankungen, Blasenentzündung, Menstruationsbeschwerden
XV.	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Blutungen in der Frühschwangerschaft, übermäßiges Erbrechen, vorzeitige Wehen
XVI.	Best. Zustände, die ihren Urspr. i. d. Perinatalperiode haben	Extrem selten als AU-Diagnose
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Angeborene Fußdeformitäten, sehr selten angeborene Fehlbildungen des Herzens
XVIII.	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Bauch- und Beckenschmerzen, Fieber, Unwohlsein und Ermüdung, Übelkeit und Erbrechen, Hals- und Brustschmerzen, Husten
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Verletzungen, Verstauchungen und Zerrungen, Knochenbrüche im Handgelenk- und Fußbereich
XX.	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	In der Regel nicht verwendet
XXI.	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Zustände nach chirurgischen Eingriffen, Probleme bei der Lebensbewältigung, Früherkennungsuntersuchungen

Tabelle A43 (Bezeichnungen gemäß DIMDI)

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 Forschungsprojektes GKV-Arzneimittelindex geleistet, das von Ärzten, Apotheken und Krankenkassen gemeinsam finanziert wird. Weiterführende Informationen zum ATC sind auf den Internetseiten des WIdO unter der nachfolgenden Adresse verfügbar.

http://wido.de/arz_atcddd-klassifi.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 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 A44 sind die offiziellen Bezeichnungen der anatomischen Hauptgruppen des ATC angegeben. Zusätzlich werden zu den Hauptgruppen exemplarisch typische Arzneimittel und deren Indikationsgebiete in Bezug auf das Verordnungsgeschehen bei Erwerbspersonen genannt, um die Bedeutung der Hauptgruppen im Kontext dieses 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 (Magencrämpfe, Gallensteine), Antidiarrhoika und Antiinfektiva (Magen-Darm-Infekt), Antidiabetika (Zuckerkrankheit), Mineralstoffe
B	Blut und Blut bildende Organe	Antithrombotische Mittel – Acetylsalicylsäure (Herzinfarkt- und Thromboserisiko)
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), Antiasthmatika (Asthma), Antihistaminika (allergische Reaktionen)
S	Sinnesorgane	Ophthalmika (Augentropfen aus unterschiedlichen Gründen)
V	Varia	Relativ selten verordnet

Tabelle A44 (Bezeichnungen gemäß WHO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Regional beschäftigte je regional wohnhafte Berufstätige in Kreisen 2011	26
Anteil Berufstätige mit Arbeitsplatz außerhalb des dargestellten Wohnkreises 2011	27
Anteil Berufstätige mit Wohnort außerhalb des dargestellten Arbeitskreises 2011	29
Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Alter	30
Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Ausbildung	31
Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Berufsfeldern: Männer	32
Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Berufsfeldern: Frauen	33
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Alter 2009	34
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Ausbildung 2009	36
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Berufsfeldern 2009: Männer	37
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Berufsfeldern 2009: Frauen	38
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Branchen 2009: Männer	39
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Branchen 2009: Frauen	40
Diagnosebezogene Fehlzeiten 2011 nach Arbeitsplatzdistanz	43
Diagnosebezogene Fehlzeiten 2011 nach Betriebswechseln ja vs. nein	45
Diagnosebezogene Fehlzeiten nach Betriebswechseln weiter differenziert	47
Diagnosebezogene Fehlzeiten nach Wohnkreiswechsel ja vs. nein	48
Anteil Personen mit AU-Diagnose einer psychischen Störung 2011 nach Wohnkreiswechsel 2009 bis 2011 und Alter	50
Risiko für psychische Störungen abhängig von Wohnkreis- und Betriebswechseln (logistische Regression)	55
Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht 2011	60
Anteil Beschäftigte nach Alter, TK 2011 vs. Deutschland	61
Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2011	63
AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2011 nach Geschlecht	65
Krankenstände an einzelnen Kalendertagen 2009 und 2011	67
Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben	69
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2011	71
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011	72
AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2011	73
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011	73
AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2011	74
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2011	76
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln	77
AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln	78
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln	79
Veränderungen der Fehlzeiten 2011 vs. 2010 nach Diagnosekapiteln	80
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln	81
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige	82
Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, im Wochenmittel	84
Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, 2009, 2010 und 2011	85

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2011	92
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2011	93
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Männer 2011	95
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2011	95
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht	97
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Berufsfeldern 2011	99
Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden	101
Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2011	103
Fehltag mit Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern	104
Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern	106
Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2011	110
Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2011	110
Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011	111
DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2011	111
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2011	113
AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2011	114
Verordnete Präparate je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen	115
Verordnete DDD je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen	116
Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2011	117
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Männer 2011	122
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Frauen 2011	123
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Männer 2011	125
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Frauen 2011	125

Tabellen

Diagnosebezogene AU-Raten und Fehlzeiten 2011 nach Arbeitsplatzdistanz	44
Diagnosebezogene AU-Raten und Fehlzeiten 2011 nach Betriebswechsell ja vs. nein	46
Diagnosebezogene AU-Raten und Fehlzeiten nach Wohnkreiswechsel ja vs. nein	49
Logistische Regression – Risikoschätzer nach Modellvarianten	58
Verteilung der TK-versicherten Erwerbspersonen auf Bundesländer 2011	62
Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2010 sowie 2011	64
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2011	87
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage 2011	89
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2010 sowie 2011	96
Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2010 sowie 2011	98
Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten 2011	102
Fehltag wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern	105
Anteil Erwerbspersonen mit Arzneimittelverordnungen 2010 und 2011	107
Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr 2010 und 2011	108
Häufig verordnete Präparate 2011 (je Versicherungsjahr, nach ATC dreistellig)	119
Verordnete Tagesdosen 2011 (DDD je Versicherungsjahr, nach ATC dreistellig)	120

Tabellen im Anhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2010 sowie 2011	126
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2010 sowie 2011	126
Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben	127
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter	128
AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter	128
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter	129
Krankenstand nach Geschlecht und Alter	129
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern	130
AU-Tage je Fall nach Bundesländern	131
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern	132
Krankenstand nach Bundesländern	133
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln	134
AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln	135
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln	136
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln – Berufstätige	137
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2011: Top 100	138
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern	141
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern	142
Krankenstand nach Berufsfeldern	143
Krankenstand nach Ausbildungsstand 2010 sowie 2011	144
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2010 sowie 2011	144
AU-Tage bei Arbeits- und Wegeunfällen nach Geschlecht und Alter	145
Arztkontakte mit Arzneiverordnung nach Geschlecht und Alter	146
Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter	146
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2011	147
Verordnete Präparate und DDD nach anatomischen ATC-Gruppen	148
Verordnete DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2004 bis 2011	149
Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATC vierstellig)	150
Verordnete Tagesdosen (DDD je VJ, nach ATC vierstellig)	151
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2011	152
Anteil Beschäftigte mit Arbeitsplatz außerhalb des Wohnkreises nach Alter	153
Anteil Versicherte mit Wohnkreiswechseln sowie mit Betriebswechseln 2009 bis 2011 nach Alter 2009	154
Diagnosebezogene Fehlzeiten 2011 nach Anzahl von Betriebswechseln	155
Diagnosebezogene AU-Raten 2011 nach Anzahl von Betriebswechseln	156
Anteil Personen mit AU-Diagnose einer psychischen Störung 2011 nach Wohnkreiswechsel und Alter	157
AU-Tage je Personen mit Diagnose psychischer Störungen 2011 nach Wohnkreiswechsel und Alter	157
Anteil Personen mit AU-Diagnose einer psychischen Störung 2011 nach Betriebswechsel und Alter	158
AU-Tage je Personen mit Diagnose psychischer Störungen 2011 nach Betriebswechsel und Alter	158
Logistische Regression – Angaben zum Basismodell	159
Maßzahlen des AU-Meldegesehens	162
Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen	165
Standardpopulation nach Geschlecht und Alter	168
Kapitel der ICD10	170
Anatomische Hauptgruppen des ATC	172

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

Gesundheitsreports 2000-2011

mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten.

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

Moderne IT-Arbeitswelt gestalten

Anforderungen, Belastungen und Ressourcen in der IT-Branche.

Erschienen: 4/2004, ISSN 1610-8450, Band 4

Schichtarbeit

Informationen für einen gesunden Ausgleich.

2. Auflage, erschienen: 08/2011, ISSN 1610-8450, Band 9

Gesund alt werden im Betrieb

Wie Führungskräfte den demografischen Wandel gestalten.

Erschienen: 10/2007, ISSN 1610-8450, Band 15

Gesundheit in KMU

Widerstände gegen betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung.

Erschienen: 5/2008, ISSN 1610-8450, Band 17

Gesunde Hochschule

Ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen.

Erschienen: 10/2008, ISSN 1610-8450, Band 20

Altersstrukturanalyse

Auf den demografischen Wandel vorbereitet sein.

Ein Leitfaden und ein EDV-Tool.

Erschienen: 12/2009, ISSN 1610-8450, Band 22

BGM-Dialog Erfolge sichtbar machen

Kosten-Nutzen und Best Practice in BGM-Projekten.

Erschienen: 7/2010, ISSN 1610-8450, Band 25

Ausführliche Informationen zu den Broschüren finden Sie unter www.tk.de, Webcode 018262.

Gesundheitsreport 2012

Der Wandel in der Arbeitswelt ist für viele Beschäftigte mit steigenden Anforderungen an Flexibilität und Mobilität verbunden. Tägliches Pendeln zwischen Wohnort und Arbeitsplatz stellt für viele Berufspendler einen zusätzlichen Stressfaktor dar, oft nicht ohne Folgen für die Gesundheit.

Der **aktuelle Gesundheitsreport** beschäftigt sich mit diesen mobilitätsbedingten Belastungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Daten zeigen, Berufspendler, zu denen etwa 45 Prozent der Beschäftigten in Deutschland zählen, sind seltener und insgesamt weniger krankgeschrieben als wohnortnah arbeitende Erwerbstätige. Sie sind jedoch häufiger und langwieriger von psychischen Diagnosen betroffen.

Grundlage der Auswertungen bilden - routinemäßig erfasste und anonymisierte - Daten zu aktuell 3,7 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Ausgewertet werden Arbeitsunfähigkeits- und Arzneiverordnungsdaten.

Der Gesundheitsreport wird herausgegeben von der Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung in Hannover.

Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK - Band 27, ISSN 1610-8450

