10 Jahre

TK-Gesundheits-
auswertungen

Jubiläums-
band

Gesundheits-
report 2010

Gesundheitliche Veränderungen
bei Berufstätigen und Arbeits-
losen von 2000 bis 2009

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Gesundheitsreport 2010 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 24

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, Fax 040 - 69 09-22 58, Internet: www.tk-online.de, Bereich Versorgung 2, Fachreferat Gesundheitsmanagement, Autoren: Dr Thomas Grobe, Hans Dörning, ISEG (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung), Hannover, Redaktion: Wiebke Arps, Grafik: Wolfgang Geigle, Produktion: Nicole Klüver, Druck: Schipplick Winkler Printmedien, Lübeck

© 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, Krankengeld und
Arzneiverordnungen

Schwerpunktthema:
Die erste Dekade eines neuen Jahrtausends –
Gesundheitliche Veränderungen bei Erwerbspersonen
von 2000 bis 2009

Inhalt

Vorwort 7

Zusammenfassung 9

Gesundheit von Erwerbspersonen – Veränderungen in einer Dekade 21
Allgemeine Entwicklungen und Ereignisse ... 21
Spezifische Rahmenbedingungen ... 23
Methodische Vorbemerkungen ... 30
Arbeitsunfähigkeiten und Krankengeld 2000 bis 2009 ... 32
Arzneiverordnungen 2000 bis 2009 ... 40

Erwerbspersonen in der TK 55
Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter ... 56
Erwerbspersonen nach Bundesländern ... 58

Arbeitsunfähigkeit 61
Arbeitsunfähigkeit insgesamt ... 61
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer ... 65
Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht ... 66
Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern ... 69
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen ... 72
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen ... 85
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsstand ... 89
Arbeitsunfälle bei Erwerbspersonen ... 91
Rückenbeschwerden ... 95

Krankengeld 102
Krankengeld insgesamt ... 105
Krankengeld nach Dauer ... 108
Krankengeldbezug nach Alter und Geschlecht ... 109
Krankengeldbezug nach Bundesländern ... 111
Krankengeld nach Diagnosen ... 112
Krankengeldtage nach Berufen ... 122
Krankengeld nach Ausbildungsstand ... 125

Arzneimittelverordnungen 127
Arzneimittelverordnungen insgesamt ... 127
Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht ... 129
Arzneimittelverordnungen nach Bundesländern ... 132
Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen ... 135
Arzneimittelverordnungen nach Berufen ... 141
Arzneimittelverordnungen nach Ausbildungsstand ... 144

Anhang 146
Tabellenanhang ... 146
Methodische Erläuterungen ... 201
Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse ... 213

Vorwort

„Jetzt sind die guten alten Zeiten, nach denen wir uns in zehn Jahren zurücksehnen."

Peter Ustinov

Diese neunte Ausgabe des TK-Gesundheitsreports ist gleichzeitig ein Jubiläumsband. Denn die erste Ausgabe, mit der die TK ihre Gesundheitsberichterstattung 2002 begann, umfasste die Krankenstands- und Arzneimitteldaten der TK-versicherten Erwerbspersonen für die Jahre 2000 und 2001. Die diesjährige Ausgabe ermöglicht uns deshalb erstmals einen Rückblick auf zehn Jahre Gesundheitsberichterstattung und bietet die Chance, die gesundheitliche Situation der Beschäftigten auch über einen längeren Zeitpunkt hinweg zu betrachten.

In den letzten Jahren wurde viel über den Zusammenhang von Krankenständen und Konjunktur spekuliert. Zu Beginn der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts wurde fast jährlich verkündet, dass der Krankenstand unter Deutschlands Beschäftigten einen historischen Tiefstand erreicht habe, weil die Mitarbeiter sich aufgrund der angespannten Situation auf dem Arbeitsmarkt nicht krankschreiben lassen würden. Als die Fehlzeiten nach dem historischen Tiefstand 2006 erstmals wieder anstiegen, wurden die Ursachen wiederum mit den zunehmenden Anforderungen der Arbeitswelt begründet. Vor allem die deutliche Zunahme psychisch bedingter Krankschreibungen wird häufig auf die zunehmende Belastung am Arbeitsplatz zurückgeführt.

Die Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Fehlzeiten und Arzneiverordnungen von Erwerbspersonen sind jedoch vielfältig. Viele wirtschaftliche, gesellschaftliche, politische und medizinische Veränderungen wirken sich auf die gesundheitliche Situation der Beschäftigten aus. Die Einführung der Praxisgebühr und der Wegfall der verschreibungsfreien Präparate aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen führten zunächst zu einem Rückgang der Arztkontakte sowie der Arzneiverordnungen. Arzneimittelskandale wie Lipobay® und Vioxx® sowie neue Studien, die zum Beispiel gesundheitliche Risiken der Hormonersatztherapie bei Wechseljahresbeschwerden aufdeckten, führten zu einem kritischeren Umgang mit Medikamenten. Die Hartz-IV-Gesetzgebung brachte deutliche Veränderungen bei den Fehlzeiten und im Krankengeldbezug mit sich.

Auch Arbeitsverhältnisse verändern sich. Die Lebensstellung, bei der man sein gesamtes Erwerbsleben in einem Unternehmen verbringt, wird immer seltener. Stattdessen werden Erwerbsbiographien immer abwechslungsreicher, Arbeitsverhältnisse aber auch unsicherer. Arbeitsverträge sind öfter befristet, die Zeitarbeit nimmt zu.

Die Arbeitswelt selbst hat sich in den letzten zehn Jahren deutlich gewandelt und damit die gesundheitliche Situation der Beschäftigten beeinflusst. Immer weniger Menschen arbeiten in körperlich belastenden Berufen, immer mehr verbringen ihren Arbeitstag am Bildschirm. Dank Mobiltelefon und Laptop ist Arbeit nicht mehr an den Arbeitsplatz gebunden, vielmehr sind wir rund um die Uhr und überall erreichbar. Dies wiederum wirkt sich vor allem auf die psychische Gesundheit der Menschen aus. Die richtige Balance zwischen Arbeit und Freizeit zu finden wird immer schwieriger.

Zusätzlich wirkt sich der demografische Wandel deutlich auf Fehlzeiten und Arzneimittelverordnungen aus. Denn die größte Gruppe unter Deutschlands Beschäftigten, die so genannten Baby-Boomer-Jahrgänge von 1959 bis 1969 kommen inzwischen in das Lebensalter, in dem chronische und schwere Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Beschwerden und Krebserkrankungen häufiger werden. Diese gehen erfahrungsgemäß mit einem erhöhten Arzneimittelbedarf und längeren Fehlzeiten einher.

Den gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten, die all diese Entwicklungen mit sich bringen, widmet sich die vorliegende Ausgabe. Die Daten dienen dazu, Lösungsansätze zu finden. Ein nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist dabei eines der wichtigsten Instrumente. Die Investition in Sozialkaptal ist eine klassische Win-win-Situation: Die Arbeitnehmer erhalten bessere Arbeitsbedingungen, sind zufriedener und daher leistungsfähiger. Die Unternehmen haben weniger personelle Fluktuation, eine höhere Produktivität und größere Gewinne.

Die Daten zeigen aber auch, dass viele Beschwerden nicht in der Art der Arbeit begründet sind, sondern auch viel mit der Lebensweise der Menschen außerhalb der Arbeitswelt zu tun haben. Wie wir uns ernähren, wie viel wir uns bewegen und wie es uns gelingt, eine gesunde Work-Life-Balance zu finden, trägt maßgeblich zu unserer Gesundheit bei. Zivilisationskrankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes, die seit Jahren zunehmen, werden wir nicht allein mit gesünder gestalteten Arbeitsplätzen entgegentreten können. Es bedarf auch der Eigenverantwortung jedes Einzelnen für seine Gesundheit. Nur so wird es uns gelingen, lange gesund zu bleiben und die Herausforderungen der Arbeitswelt auch bis zum 67. Lebensjahr zu bewältigen.

Hamburg, im Mai 2010

Professor Dr. Norbert Klusen

Vorsitzender des Vorstands
der Techniker Krankenkasse

Zusammenfassung

Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport der TK befasst sich traditionell in zwei Hauptabschnitten mit Arbeitsunfähigkeiten sowie mit Arzneimittelverordnungen bei Erwerbspersonen. Zu beiden Bereichen werden im aktuellen Report Daten über einen Zeitraum von zehn Jahren von 2000 bis 2009 analysiert. Ergänzend wurde in den vorliegenden Gesundheitsreport ein dritter Abschnitt mit Auswertungen zu Krankengeldbezügen integriert, welche den ursprünglichen Anlass für die Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten bei Krankenkassen bilden. Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Reports befasst sich mit der Entwicklung der gesundheitlichen Situation von Erwerbspersonen innerhalb der vergangenen Dekade im Kontext veränderter Rahmenbedingungen.

Grundlage der Auswertungen bilden routinemäßig erfasste und anonymisierte Daten zu aktuell 3,40 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland waren 2009 nach einer Gegenüberstellung mit vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit ca. 11,9 Prozent bei der TK versichert.

Die erhebliche Zunahme der Versichertenzahlen in der TK gegenüber 2008 von seinerzeit 2,76 Millionen Erwerbspersonen resultiert maßgeblich aus der Fusion der TK mit der IKK-direkt. Abgesehen von den Auswirkungen auf absolute Zahlenwerte haben die fusionsbedingten Veränderungen allgemein nur geringe Auswirkungen auf die hier vorrangig präsentierten populationsbezogenen Ergebnisse, weshalb Ergebnisse zum Jahr 2009 überwiegend unter Einbeziehung der vormals bei der IKK-direkt versicherten Erwerbspersonen präsentiert werden. Auswertungen zum Schwerpunktthema im Rahmen des Gesundheitsreports berücksichtigen bei Angaben zum Jahr 2009 demgegenüber ausschließlich die Population mit ursprünglicher Versicherung bei der TK, um Verzerrungen von dargestellten Trends durch die fusionsbedingten Veränderungen der TK-Versichertenstruktur grundsätzlich zu vermeiden.

Schwerpunktthema:
Gesundheit von Erwerbspersonen – Veränderungen in einer Dekade

Vielen älteren Lesern dürfte ein Zeitraum von zehn Jahren relativ kurz und überschaubar erscheinen. Dennoch lassen sich in den Jahren 2000 bis 2009, der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts, zahlreiche Ereignisse und Veränderungen verorten, die – mehr oder minder direkt – einen Einfluss auf die allgemeine und berufliche Situation von Erwerbspersonen und ihren Gesundheitszustand gehabt haben dürften.

Das Schwerpunktkapitel des Gesundheitsreports versucht, nach einer sicherlich nur fragmentarischen Auflistung und Schilderung von allgemeinen sowie spezifischeren Ereignissen und Veränderungen, empirisches Zahlenmaterial im Hinblick auf Veränderungen der gesundheitlichen Situation von Erwerbspersonen innerhalb der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zu liefern. Grundlage der originär präsentierten Ergebnisse bilden die routinemäßig zu Erwerbspersonen bei der TK (wie bei anderen gesetzlichen Krankenkassen) erfassten Daten zu Arbeitsunfähigkeiten, zu Krankengeldbezugszeiten sowie zu Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen in den Jahren 2000 bis 2009.

Dargestellt werden sowohl Veränderungen bei Berufstätigen als auch bei Arbeitslosen (die ansonsten im Gesundheitsreport zumeist gemeinsam unter dem Begriff Erwerbspersonen betrachtet werden). Zudem wird zwischen Veränderungen unterschieden, die sich einerseits unter Berücksichtigung der vorrangig demografiebedingten Veränderungen der Geschlechts- und Altersstruktur von Beschäftigten innerhalb der Dekade darstellen lassen, und andererseits Veränderungen, die auch unabhängig davon – nämlich unter Annahme einer seit 2000 konstanten Geschlechts- und Altersstruktur – hätten beobachtet werden können.

Zweifellos wichtige und zahlenmäßig fassbare **Rahmenbedingungen** der Gesundheit von Erwerbspersonen bilden deren Geschlechts- und Altersstruktur sowie die Situation am Arbeitsmarkt, die sich in Arbeitslosenzahlen widerspiegelt (vgl. Abbildung 1 auf Seite 24 sowie Abbildung 2 auf Seite 26). Veränderungen der Altersstruktur, die zwischen 2000 und 2009 vorrangig aus den „Baby-Boomer“-Jahrgängen (ca. 1959 bis 1969) und dem anschließenden „Pillenknick“ (um ca. 1973) resultierten, dürften sich in den kommenden zehn Jahren vermutlich noch stärker auf die Gesundheit von Erwerbspersonen auswirken, als dies bereits innerhalb der hier betrachteten Dekade der Fall war. Gemeinsam mit der allgemeinen Entwicklung am Arbeitsmarkt lieferte die demografische Entwicklung innerhalb der vergangenen Dekade wesentliche Begründungen für die Durchsetzung von gesetzlichen Reformen zum Arbeitsmarkt. Die einschneidendste Reform war dabei das 2003 beschlossene und zum 1. Januar 2005 in Kraft getretene „Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“, kurz Hartz IV. 2005 war zugleich das Jahr mit den höchsten im Jahresdurchschnitt gemeldeten Arbeitslosenzahlen in Deutschland innerhalb der Dekade. In den Folgejahren sanken die Arbeitslosenzahlen bis 2008 deutlich.

Auswertungen zu erkrankungsbedingten **Arbeitsunfähigkeiten sowie zu Krankengeldbezugszeiten** zeigen in der ersten Hälfte der Dekade, und zum Teil bis einschließlich 2006, vorrangig weitgehend unveränderte oder rückläufige Werte. Demgegenüber sind die entsprechenden Fehlzeiten bei Berufstätigen zwischen 2006 und 2009, bei Arbeitslosen bis 2008, merklich gestiegen (vgl. Abbildung 5 auf Seite 34 und Abbildung 6 auf Seite 35). Einen wesentlichen Grund hierfür

bildete die überproportionale Zunahme von Fehlzeiten sowie Krankengeldbezugszeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen, von denen insbesondere Arbeitslose traditionell in sehr starkem Umfang und nach 2006 noch verstärkt betroffen waren. Maßgeblich zur Zunahme der erkrankungsbedingten Fehlzeiten nach 2005 trugen des Weiteren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bei. Lediglich im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Berufstätigen spielten auch Krankheiten des Atmungssystems in den letzten Jahren eine zunehmende Rolle, die aus zumeist kurzfristigen Krankschreibungen bei Erkältungen und grippalen Infekten resultieren und insofern bei Krankengeldzahlungen eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Abbildung 7 bis Abbildung 10 ab Seite 36).
Die Auswertungsergebnisse sprechen insgesamt für die Annahme einer zunehmenden psychischen Belastung von Erwerbspersonen, die sich insbesondere nach 2006 verstärkt auch bei Berufstätigen bemerkbar gemacht hat. In diesem Kontext lässt sich als Ursache ein verstärkter Druck am Arbeitsplatz (sowie auch bei Arbeitslosigkeit) vermuten, der im Zuge der Umsetzung der Hartz-IV-Regelungen verschärft worden sein dürfte.

Den offensichtlichsten Einschnitt im Hinblick auf **Arzneiverordnungen** bei Erwerbspersonen bildete der Wegfall der Erstattung von rezeptfrei erhältlichen Arzneimitteln durch gesetzliche Krankenkassen ab dem Jahr 2004, der kurzfristig zu einem merklichen Rückgang der abgerechneten und hier betrachteten Verordnungen führte (vgl. Abbildung 11 auf Seite 41). Unter Berücksichtigung der sich verändernden Altersstruktur ist das verordnete Arzneimittelvolumen bei Berufstätigen seit 2004, gemessen in definierten Tagesdosen[1], kontinuierlich erneut um insgesamt 38,6 Prozent von durchschnittlich 145 auf 201 Tagesdosen je Versicherungsjahr bis 2009 gestiegen (vgl. Abbildung 11 auf Seite 41). Bei einer ab dem Jahr 2000 unveränderten Altersstruktur wäre das Verordnungsvolumen bei Berufstätigen 2009 um 12 Prozent geringer ausgefallen, bei einer erst seit 2004 unveränderten Altersstruktur hätte es 8 Prozent niedriger gelegen. Lediglich 28 Prozent des Anstiegs der Verordnungen um 56 Tagesdosen je Versicherungsjahr zwischen 2004 und 2009 können einer veränderten Altersstruktur in diesem Zeitraum zugeschrieben werden, 72 Prozent müssen anderweitig erklärt werden.

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Veränderungen lassen sich Verordnungszahlen über die gesamte Dekade nur bei denjenigen Arzneimittelgruppen sinnvoll vergleichen, die zumindest weit überwiegend oder ausschließlich rezeptpflichtige Arzneimittel umfassen. Eine Gruppe in diesem Sinne bilden **kardiovaskulär wirksame Arzneimittel** (exakter: die anatomische Hauptgruppe C im

[1] Unter einer definierten Tagesdosis (DDD) versteht man, wie an anderer Stelle eingehender erläutert, diejenige Menge eines Arzneimittels, die typischerweise für die Behandlung eines Patienten an einem Tag ausreicht. Angegeben werden im Report zumeist durchschnittlich verordnete Tagesdosen je Versicherungsjahr (VJ) eines Mitglieds.

ATC-Klassifikationssystem), die bei Erwerbspersonen nahezu ausschließlich Lipidsenker sowie Medikamente mit blutdrucksenkender Wirkung umfassen. Kardiovaskulär wirksame Arzneimittel stellten bereits im Jahr 2000 die verordnungsstärkste Arzneimittelgruppe bei Berufstätigen. Bis zum Jahr 2009 nahm ihre Bedeutung noch erheblich zu. Unter Berücksichtigung von Altersveränderungen stieg ihr Verordnungsvolumen um 113 Prozent von 36,5 auf 77,8 Tagesdosen je Versicherungsjahr und hat sich damit innerhalb der Dekade mehr als verdoppelt (vgl. Abbildung 13 auf Seite 43). Ohne Altersstrukturveränderungen wäre ein Anstieg von 74 Prozent beobachtet worden (vgl. Abbildung 14 auf Seite 45).
Etwa ein Drittel des Anstiegs lässt sich demnach in dieser Arzneimittelgruppe auf Altersveränderungen zurückführen, zwei Drittel lassen sich nicht durch entsprechende Strukturveränderungen begründen. Die medikamentöse Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren wurde innerhalb der Dekade bei Berufstätigen demnach erheblich intensiviert. Gemessen in definierten Tagesdosen entfielen 2009 auf kardiovaskulär wirksame Medikamente bei Berufstätigen mit 39 Prozent fast zwei Fünftel des gesamten Arzneiverordnungsvolumens.

Innerhalb der Gruppe kardiovaskulär wirksamer Medikamente waren die deutlichsten Zuwächse in der **Subgruppe C09 „Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System“** zu verzeichnen (vgl. Abbildung 16 auf Seite 49). Das Verordnungsvolumen entsprechender Medikamente stieg innerhalb der Dekade um den Faktor 3,66. Zu den am häufigsten im Jahr 2009 verordneten Substanzen zählten Ramipril (als Substanz mit den meisten DDD je VJ bezogen auf alle Arzneimittelverordnungen bei Erwerbspersonen), mit deutlichem Abstand gefolgt von Enalapril, Candesartan sowie Lisinopril, also drei unterschiedliche ACE-Hemmer sowie der Angiotensin-II-Antagonist Candesartan. Die Menge der verordneten **Lipidsenker (Gruppe C10)** stieg unter Berücksichtigung von Alterseffekten und unter Beibehaltung der bis 2008 gültigen Bemessung von definierten Tagesdosen im Zeitraum von 2000 bis 2009 um 141 Prozent beziehungsweise um den Faktor 2,41. Verordnet wurde 2009 vorrangig die Substanz Simvastatin. Kardiovaskulär wirksame Medikamente wurden dabei in allen Jahren erheblich häufiger bei männlichen als bei weiblichen Berufstätigen verordnet. Trends zeigen bei beiden Geschlechtern – abgesehen von den zum Teil sehr unterschiedlichen Niveaus – einen ähnlich ansteigenden Verlauf (vgl. Abbildung 17 auf Seite 51).
Eine Abflachung der beobachteten Anstiege im Sinne einer Sättigung lässt sich höchstens bei altersbereinigten Werten erahnen, weshalb auch in den nächsten Jahren noch mit zunehmenden Verordnungen in diesem Arzneimittelbereich zu rechnen ist.

Neben den Anstiegen in der ATC-Hauptgruppe C waren steigende Verordnungsvolumen bei Berufstätigen von 2004 bis zum Jahr 2009 (nach Wegfall der

Erstattung rezeptfreier Arzneimittel) insbesondere in den beiden **Hauptgruppen A „Alimentäres System und Stoffwechsel“** sowie **N „Nervensystem“** zu verzeichnen. Altersbereinigt wurden 2009 in der Hauptgruppe A im Vergleich zu 2004 bei Berufstätigen 57 Prozent mehr Tagesdosen verordnet, bei Berücksichtigung von Alterseffekten lag der Anstieg sogar bei 70 Prozent. Für die Hauptgruppe N zeigte sich bei Berufstätigen zwischen 2004 und 2009 ein altersbereinigter Anstieg um 50 Prozent, unter Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur lag dieser bei 56 Prozent.

Mit 84 Prozent entfiel 2009 der weit überwiegende Teil des Verordnungsvolumens der Hauptgruppe A auf die beiden Subgruppen A02 und A10.

Die **Subgruppe A02** mit der offiziellen Bezeichnung **„Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen“** umfasste 2009 vorrangig die beiden Protonenpumpeninhibitoren (PPI) Omeprazol und Pantoprazol, die bei Refluxösophagitis und zur Behandlung von Magen-Darm-Geschwüren sowie zur Prophylaxe derselben bei Einnahme bestimmter Rheuma- beziehungsweise Schmerzmittel verabreicht werden (bei der Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika, kurz NSAR). Auffällig erscheinen die nach 2006 deutlich ansteigenden Verordnungszahlen. Innerhalb der Dekade hat sich das Verordnungsvolumen dieser Arzneimittel bei Berufstätigen insgesamt nahezu vervierfacht (vgl. Abbildung 18 auf Seite 52). Der zunehmende Einsatz von PPIs wurde bereits in zurückliegenden Jahren von anderen Autoren kritisch kommentiert. Nach den vorliegenden Ergebnissen hat sich dieser Trend unter Berufstätigen auch 2009 fortgesetzt.

Antidiabetika (Gruppe A10) zur Behandlung erhöhter Blutzuckerwerte wurden bei männlichen Berufstätigen in einem mehr als doppelt so großen Umfang wie bei weiblichen Berufstätigen verordnet. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen hat sich das Verordnungsvolumen von Antidiabetika in der hier betrachteten Dekade verdoppelt. Auch diese Zunahme lässt sich als Intensivierung der medikamentösen Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren bezeichnen.

Unter den Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems aus der Hauptgruppe N bilden **Psychoanaleptika (N06)** die verordnungsstärkste Subgruppe, wobei sich bei Berufstätigen nahezu alle dieser Verordnungen einer weiteren Untergruppe, den **Antidepressiva** (mit dem ATC-Code N06A), zuordnen lassen. Antidepressiva werden bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern verordnet. Innerhalb der Dekade hat das Verordnungsvolumen bei beiden Geschlechtern erheblich zugenommen. 2009 wurden bei Männern 119 Prozent, bei Frauen 96 Prozent mehr Tagesdosen als im Jahr 2000 verschrieben. Die Zunahme unter Berufstätigen scheint sich dabei nach 2006 im Vergleich zu den Vorjahren noch etwas beschleunigt zu haben (vgl. Abbildung 18 auf Seite 52).

Die mit Abstand gravierendsten **Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen** finden sich bei einer Differenzierung der Medikation auf der Ebene von Hauptgruppen in allen Jahren in Bezug auf Verordnungen zur Behandlung des Nervensystems (Gruppe N), wobei die Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen im Vergleich zu denen bei Berufstätigen in einzelnen Jahren jeweils etwa doppelt bis dreimal so hoch liegen (vgl. Abbildung 13 auf Seite 43 zu Berufstätigen sowie Abbildung 15 auf Seite 47 zu Arbeitslosen).

Entsprechend wurden bei arbeitslosen Frauen in der ersten Hälfte der Dekade auch etwa doppelt so viele Tagesdosen an Psychoanaleptika (Subgruppe N06) beziehungsweise an Antidepressiva verordnet wie bei berufstätigen Frauen. Nach 2006 vergrößerten sich diese relativen Unterschiede. Im Jahr 2008 erhielten arbeitslose Frauen 2,64-mal so viele Tagesdosen Psychoanaleptika wie berufstätige Frauen. 2009 stieg das Verordnungsvolumen bei arbeitslosen Frauen weiter. Durch einen deutlichen Anstieg der Verordnungen auch bei berufstätigen Frauen waren die relativen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen 2009 mit dem Faktor 2,58 allerdings etwas schwächer ausgeprägt (vgl. Abbildung 18 und Abbildung 19 ab Seite 52).

Noch deutlicher als bei Frauen sind die relativen Verordnungsunterschiede von Antidepressiva zwischen arbeitslosen und berufstätigen Männern. Bereits in der ersten Hälfte der Dekade wurden bei arbeitslosen Männern etwa 2,5-mal so viele Tagesdosen Antidepressiva wie bei berufstätigen Männern verordnet. Im Jahr 2008 erhielten arbeitslose Männer schließlich 3,53-mal so viele Tagesdosen wie berufstätige Männer. 2009 sank das durchschnittliche Verordnungsvolumen bei arbeitslosen Männern leicht, bei berufstätigen Männern stieg es demgegenüber, womit sich die relativen Unterschiede auf den Faktor 2,96 reduzierten. Der leichte Rückgang der durchschnittlichen Verordnungsmengen bei arbeitslosen Männern könnte dabei aus einem größeren Anteil an erst seit kurzem von Arbeitslosigkeit betroffenen Männern in der Gruppe der Arbeitslosen im Jahr 2009 resultieren.

Resümierend lässt sich feststellen, dass auch Auswertungen zu Trends bei Arzneiverordnungen den Eindruck unterstützen, dass es insbesondere in den Jahren nach 2006 zu ansteigenden psychischen Belastungen sowohl bei den Berufstätigen als auch in der Gruppe der Arbeitslosen gekommen ist.

Arbeitsunfähigkeiten

Im Jahre 2009 wurden bei TK-Mitgliedern insgesamt 3,40 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle und 43 Millionen Fehltage registriert. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind damit im Jahr 2009 erneut angestiegen, nachdem sie 2006 einen historischen Tiefstand erreicht hatten. Bezieht man die aktuellen Arbeitsunfähigkeitstage auf die Versicherungszeiten der Erwerbspersonen, lässt sich für das Jahr 2009 bei TK-Mitgliedern ein Krankenstand von 3,32 Prozent berechnen. Im Jahr 2006 hatte er nach altersstandardisierten Auswertungen bei 2,88 Prozent gelegen, für 2007 und 2008 konnte noch ein Krankenstand von 3,01 Prozent beziehungsweise 3,08 Prozent gemeldet werden.

Der für 2009 ermittelte Krankenstand entspricht einer durchschnittlichen Fehlzeit von 12,11 Tagen je Erwerbsperson. Die Fehlzeiten sind damit altersbereinigt von 2008 auf 2009 um durchschnittlich 0,86 Tage je Person (beziehungsweise 86 Tage je 100 Personen) gestiegen, was einem relativen Anstieg der Fehlzeiten um 7,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht (vgl. Abbildung 23 auf Seite 62). Lediglich ein geringer Anteil dieses Anstiegs bei altersbereinigten Auswertungen (1,7 Prozentpunkte beziehungsweise ein Fünftel) lässt sich auf die fusionsbedingt veränderte Versichertenstruktur in der TK zurückführen. Von 2006 auf 2007 war es bereits zu einem Anstieg um 0,46 Tage je Person (beziehungsweise 4,3 Prozent) gekommen, von 2007 auf 2008 war ein Anstieg um 0,27 Tage beziehungsweise 2,5 Prozent ermittelt worden.

Die Zunahme der Fehlzeiten im Vergleich von 2008 und 2009 resultiert vorrangig aus einem Anstieg der Krankschreibungshäufigkeit (+ 5,6 Prozent) bei einer gleichzeitig leicht gestiegenen fallbezogenen Krankschreibungsdauer (+ 2,0 Prozent). Die einzelnen Erkrankungsfälle dauerten im Mittel also etwas länger als im Vorjahr, gleichzeitig wurden Erwerbspersonen 2009 merklich häufiger krankgeschrieben.

Im Jahr 2009 waren ansteigende AU-Fallzahlen und Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr in allen Bundesländern feststellbar (vgl. Abbildung 30 auf Seite 71 sowie Tabelle A10 auf Seite 151 im Anhang). Verhältnismäßig geringe Zuwächse im Vergleich zum Vorjahr waren im Saarland zu verzeichnen. In den neuen Bundesländern nahmen die Fehlzeiten überdurchschnittlich stark zu. Unverändert findet sich eine erhebliche Spannweite hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten in den einzelnen Bundesländern (vgl. Abbildung 29 auf Seite 69). Während eine Erwerbsperson in Baden-Württemberg und Bayern im Jahr 2009 durchschnittlich lediglich 10,0 Tage beziehungsweise 10,8 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Berlin, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2009 durchschnittlich 13,9, 14,3, 14,7 beziehungsweise 15,2 gemeldete Krankheitsfehltage.

Für den Krankenstand verantwortlich sind traditionell insbesondere Krankheiten des Bewegungsapparats, Verletzungen, Atemwegserkrankungen sowie in den letzten Jahren auch psychische Störungen. Von den beiden letztgenannten Diagnosegruppen sind unter den Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK Frauen stärker betroffen, Verletzungen betreffen demgegenüber häufiger Männer (vgl. Abbildung 33 auf Seite 74).

Von 2008 auf 2009 sind die Fehlzeiten in einem überwiegenden Teil der relevanten Diagnosekapitel angestiegen (vgl. Abbildung 34 auf Seite 75). Rückläufig waren in relevantem Umfang lediglich schwangerschaftsbedingte Fehlzeiten, was auf eine rückläufige Zahl von Schwangerschaften im Jahr 2009 hindeutet. Für den Gesamtanstieg der Fehlzeiten maßgeblich verantwortlich sind ansteigende Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen und ansteigende Fehlzeiten unter der Diagnose von Atemwegserkrankungen bei beiden Geschlechtern.

Fehlzeiten unter der Diagnose von Atemwegserkrankungen zeigten in den vergangenen Jahren im Gegensatz zu Fehlzeiten unter anderen Diagnosen eher zyklische Schwankungen als einen einheitlichen Trend. Eine maßgebliche Ursache dürften unterschiedlich ausgeprägte Erkältungswellen in einzelnen Jahren sein (vgl. Abbildung 37 auf Seite 78).

Bereits für den Januar des aktuell betrachteten Jahres 2009 zeigen sich in den Daten zu Arbeitsunfähigkeiten Hinweise auf eine deutlich ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle. Ende Januar wurden im Wochenmittel erkältungsbedingte Krankenstände merklich oberhalb von Spitzenwerten aus den vorausgehenden drei Jahren erreicht. Ein relevanter Teil des Gesamtanstiegs der Fehlzeiten mit Atemwegserkrankungen im Jahr 2009 lässt sich bereits auf diese Grippe- und Erkältungswelle im ersten Quartal des Jahres zurückführen, die keinen ursächlichen Zusammenhang mit dem Erreger der „Neuen Influenza“ beziehungsweise „Schweinegrippe“ aufweist.

Auswirkungen der Neuen Influenza auf die Krankenstände des Jahres 2009 werden im vierten Quartal des Jahres sichtbar (vgl. auch die direkte Gegenüberstellung von erkältungsbedingten Krankenständen im Wochenmittel aus den beiden Jahren 2008 und 2009 in Abbildung 38 auf Seite 80). Während zum Jahresende in vorausgehenden Jahren im Wochenmittel kaum erkältungsbedingte Krankenstände oberhalb von 0,6 Prozent ermittelt wurden, lässt sich um den 18. November 2009 herum (entsprechend der 47. Kalenderwoche) ein diagnosespezifischer Krankenstand von 1,08 Prozent ermitteln, der den (zumindest bisherigen) Höhepunkt der Grippewelle im Zusammenhang mit der Ausbreitung des aktuellen A/H1N1-Virus in Deutschland markiert.

Die Zunahme der Fehlzeiten mit Krankheiten des Atmungssystems von 2008 auf 2009 dürfte nach den vorliegenden Ergebnissen etwa jeweils hälftig aus der starken Erkältungswelle zu Jahresbeginn 2009 sowie aus der Neuen Influenza mit Erkrankungsmaximum im vierten Quartal 2009 resultieren – keinesfalls lässt sich der für das Kalenderjahr 2009 insgesamt ermittelte Anstieg also allein der Neuen Influenza zuschreiben. Während der zeitliche Verlauf der Neuen Influenza im Vergleich zu anderen Grippewellen innerhalb der vergangenen zehn Jahre mit einem deutlichen Erkrankungsgipfel bereits im November eine Besonderheit darstellt, erscheinen die hier (ausschließlich unter Erwerbspersonen) ermittelten erkältungsassoziierten Fehlzeiten im Kontext der Neuen Influenza im Vergleich zu erkältungsassoziierten Fehlzeiten bei typischen Grippewellen zu Jahresbeginn eher unspektakulär.

Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen sind seit einem zwischenzeitlichen Tief im Jahr 2006 erheblich angestiegen (vgl. Abbildung 35 auf Seite 76). 2009 wurden je 100 Erwerbspersonen durchschnittlich 172 Fehltage unter entsprechenden Diagnosen gezählt, 2008 waren es noch 151, 2007 erst 140 und im Jahr 2006 erst 129 Fehltage je 100 Erwerbspersonen (vgl. Tabelle A14 auf Seite 155 im Anhang). Seit 2006 sind die Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen unter Erwerbspersonen damit um 33 Prozent gestiegen, allein von 2008 auf 2009 lässt sich ein Anstieg um 13,9 Prozent feststellen. Während die Anstiege der Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen in der ersten Hälfte des Jahrzehnts von 2000 bis 2005 in engem Zusammenhang mit einer individuell bereits eingetretenen und insgesamt ansteigenden Arbeitslosigkeit standen, lassen sich die Anstiege in den Jahren nach 2006 gleichermaßen auch unter Personen nachweisen, die zum jeweiligen Auswertungszeitpunkt als Berufstätige versichert und insofern individuell nicht direkt von einer Arbeitslosigkeit betroffen waren (vgl. Abbildung 36 auf Seite 77). Die Ergebnisse deuten auf eine zunehmende psychische Belastung von Berufstätigen hin, die sich im Zuge der Wirtschaftskrise 2009 noch merklich verstärkt hat.

Krankengeld

Krankengeldzahlungen zählen zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. In den ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit haben sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer in Deutschland in der Regel einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch ihren Arbeitgeber. Nach Beendigung der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erhält ein Versicherter bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit in der Regel Krankengeld von seiner Krankenkasse.

Da Krankengeld im Regelfall nur bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten gezahlt wird, die im Verhältnis zur Anzahl von kürzeren Arbeitsunfähigkeiten eher selten sind, ist innerhalb eines Jahres nur ein relativ geringer Teil der Erwerbspersonen von Krankengeldzahlungen betroffen. 2009 erhielten lediglich 3,9 Prozent der Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK mindestens an einem Tag des Jahres Krankengeld (inklusive fortgesetzter Fälle aus dem Vorjahr). Rechnerisch bezogen auf 1.000 durchgängig versicherte Erwerbspersonen wurden 2009 nach den Ergebnissen von altersstandardisierten Auswertungen lediglich 36 neu eingetretene Krankengeldbezugsfälle erfasst. Die Zahl der insgesamt erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle lag mit 1.022 Fällen je 1.000 Versicherungsjahre um den Faktor 28 höher (vgl. Tabelle 9 auf Seite 105).

Aufgrund der fallbezogen ausgesprochen langen durchschnittlichen Krankengeldbezugsdauer (2009: 99 Tage je KG-Fall) entfällt, trotz der geringen Anzahl von Krankengeldfällen, ein bedeutsamer Anteil der insgesamt registrierten Arbeitsunfähigkeitszeiten auf Erkrankungsphasen mit Krankengeldbezug. So entfielen 2009 von den durchschnittlich insgesamt 12,11 Fehltagen je Versicherungsjahr 3,56 Tage auf Zeiträume mit Krankengeldbezug. Obwohl weniger als 4 Prozent der AU-Fälle in einen Krankengeldbezug münden und bei diesen AU-Fällen innerhalb der ersten sechs Wochen in der Regel kein Krankengeld gezahlt wird, entfielen auf Krankengeldbezugszeiten, kurz KG-Tage, 29 Prozent der insgesamt registrierten Fehlzeiten.

Für die Auswertungen zum Thema Krankengeld standen Daten ab dem Jahr 2002 zur Verfügung. Während sich bis zum Jahr 2005, dem Jahr des Inkrafttretens der Hartz-IV-Regelungen, rückläufige Krankengeldbezugszeiten nachweisen lassen, sind die Zeiten nach 2005 stetig angestiegen, wobei der deutlichste Zuwachs in diesem Zeitraum mit einer Zunahme um 9,3 Prozent von 3,26 KG-Tagen 2008 auf 3,56 KG-Tage je Versicherungsjahr 2009 zu verzeichnen ist. Dabei resultiert die Zunahme maßgeblich aus einem deutlichen Anstieg der fallbezogenen Bezugsdauer – einzelne Krankengeldfälle dauerten 2009 im Durchschnitt merklich länger als in allen vorausgehenden Jahren. Die Zahl der neu eingetretenen Bezugsfälle war im Vergleich zum Vorjahr demgegenüber 2009 sogar leicht rückläufig.

Maßgeblich zum Anstieg der Bezugszeiten trugen insbesondere Zunahmen der gemeldeten Fehlzeiten unter Diagnosen von psychischen Störungen, in geringerem Umfang auch unter Diagnosen von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie von Verletzungen bei (vgl. Abbildung 59 auf Seite 115).

Diagnosen aus den drei zuvor genannten ICD-Kapiteln waren bereits in den Vorjahren für den Bezug von Krankengeld ausgesprochen relevant. Bei ge

schlechtsübergreifenden Auswertungen kam im Jahr 2009 den Diagnosen von psychischen Störungen als Anlass für Krankengeldbezüge mit einem Anteil von 27,7 Prozent an allen KG-Tagen die größte Bedeutung zu. Bei Frauen ließ sich mit 33,6 Prozent sogar gut ein Drittel der Krankengeldbezugszeiten entsprechenden Diagnosen zuordnen, bei Männern lag der Anteil bei 22,9 Prozent. Nur Diagnosen von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems waren bei Männern mit einem Anteil von 25,3 Prozent für höhere Krankengeldbezugszeiten verantwortlich (vgl. Abbildung 58 auf Seite 114). Es folgten in der Rangfolge nach Bedeutung bei Männern an dritter Stelle Verletzungen mit einem Anteil von 15,7 Prozent. Unter Frauen stellten, nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, demgegenüber Neubildungen mit einem Anteil von 11,4 Prozent die drittrelevanteste Erkrankungsgruppe im Hinblick auf die Krankengeldzahlungen. Gut die Hälfte der Krankengeldtage mit der Diagnose einer Neubildung ließ sich unter Frauen dabei der Diagnose Brustkrebs zuordnen (vgl. Tabelle 11 auf Seite 121), alle übrigen Diagnosen von Neubildungen spielten bei Frauen im Erwerbsalter eine deutlich geringere Rolle.

Arzneimittelverordnungen

Insgesamt wurden von Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK im Jahr 2009 Rezepte über 14 Millionen Präparate mit 670 Millionen definierten Tagesdosen zulasten der Krankenkasse bei Apotheken eingereicht. Bedingt durch die höheren Versichertenzahlen liegt das Verordnungsvolumen damit merklich höher als im Vorjahr. Mehr als zwei Drittel aller Erwerbspersonen (69 Prozent) lösten 2009 mindestens ein Rezept ein. Nach altersstandardisierten Auswertungen erhielten Erwerbspersonen im Durchschnitt Rezepte über 3,92 Präparate mit 176 Tagesdosen. Im Vergleich zum Vorjahr sind die übergeordneten Verordnungszahlen damit rechnerisch weitgehend konstant geblieben, 2006 und 2007 hatte das übergreifend ermittelte Verordnungsvolumen mit 155 und 167 Tagesdosen je Erwerbsperson demgegenüber noch auf einem merklich niedrigeren Niveau gelegen.

Die höchsten Verordnungsvolumen lassen sich auch 2009 für Erwerbspersonen in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland ermitteln. Verhältnismäßig niedrig liegen die Gesamtverordnungsvolumen demgegenüber, wie in den Vorjahren, in Bayern und Baden-Württemberg sowie in den drei Stadtstaaten, für die sich, insbesondere gemessen an vergleichsweise hohen regionalen Krankenständen, relativ geringe Verordnungsvolumen zeigen (vgl. Abbildung 71 auf Seite 134). 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.

Die Verordnungsvolumen in den einzelnen Arzneimittelgruppen haben sich in den zurückliegenden Jahren unterschiedlich entwickelt. Ein merklicher Anstieg des Verordnungsvolumens war in den letzten Jahren insbesondere im Hinblick auf Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten, die vorrangig Medikamente mit blutdrucksenkender Wirkung umfassen. Im Vergleich zum Jahr 2004 hatte das Verordnungsvolumen dieser Arzneimittelgruppe bis 2008 um 35 Prozent zugenommen. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist bis 2008 ein Anstieg um 65 Prozent zu verzeichnen, obwohl bei den Routineauswertungen zum Gesundheitsreport durch die Standardisierung eine einheitliche und unveränderte Altersstruktur der Versicherten in allen Berichtsjahren angenommen wird. 2009 wurden demgegenüber erstmals seit vielen Jahren im Vergleich zum Vorjahr, gemessen an den verordneten Tagesdosen, bei Erwerbspersonen rechnerisch weniger Herz-Kreislauf-Medikamente verordnet. Allerdings resultiert dieser Rückgang ausschließlich aus einer seit 2009 international verändert festgelegten Bemessung von definierten Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern. Legt man die bis 2008 gültige Bemessung auch bei der Berechnung der Tagesdosen 2009 zugrunde, haben die Verordnungen von Herz-Kreislauf-Medikamenten auch 2009 weiter zugenommen. Auch für das Gesamtverordnungsvolumen ergäbe sich bei diesem Vorgehen ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr (vgl. Auswertungen zum Schwerpunktthema des Gesundheitsreports).

Sexualhormone bilden die einzige relevante Arzneimittelgruppe mit stetig rückläufigen Verordnungsvolumina seit dem Jahr 2000. Auch im Jahr 2009 ist das Verordnungsvolumen im Vergleich zum Vorjahr noch leicht gesunken.

Veränderte Behandlungsraten mit Östrogenen, gegebenenfalls in Kombination mit Gestagenen, die als verordnungsrelevante Substanzen aus der Gruppe der Sexualhormone vorrangig im Zusammenhang mit den Wechseljahren bei Frauen in entsprechenden Altersgruppen verordnet wurden, dürften weiterhin eines der eindrucksvollsten Beispiele liefern, wie veränderte Einschätzungen zum Nutzen, selbst bei sehr verbreiteten Therapien, innerhalb von wenigen Jahren zu einer erheblich veränderten Arzneimittelanwendung führen können (vgl. Abbildung 79 auf Seite 191). Während in der vorrangig betroffenen Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen Frauen im Jahr 2000 mit 49,3 Prozent noch nahezu die Hälfte aller Frauen entsprechende Medikamente verordnet bekamen, waren es im Jahr 2008 nur noch 16,1 Prozent. 2009 sank der Anteil der behandelten Frauen in der genannten Altersgruppe weiter auf einen Wert von 14,5 Prozent. Auf mehr als zwei Drittel der Behandlungen mit Hormonpräparaten, die im Jahr 2000 in einer bestimmten Lebensphase noch indiziert oder anderweitig vorteilhaft erschienen, konnte im Jahr 2009 demnach offensichtlich verzichtet werden.

Gesundheit von Erwerbspersonen – Veränderungen in einer Dekade

In der vorliegenden Ausgabe des Gesundheitsreports können erstmals Daten der TK über einen Gesamtzeitraum von zehn Jahren betrachtet werden. Dies gibt den Anlass, sich im Rahmen des Themenschwerpunkts explizit mit den Veränderungen der Gesundheit von Erwerbspersonen innerhalb der vergangenen Dekade von 2000 bis 2009 zu befassen. Grundsätzlich bilden zehn Jahre, zumindest aus dem Blickwinkel vieler älterer Menschen, einen noch verhältnismäßig überschaubaren Zeitraum. Wer das Glück hatte, bereits im Jahr 2000 über einen relativ sicheren und adäquaten Arbeitsplatz zu verfügen, wird ihn oftmals in ähnlicher Form auch 2009 noch eingenommen haben. Zu grundlegenden gesellschaftlichen Umbrüchen, wie beispielsweise den Veränderungen für Bürger der DDR im Zuge der Wiedervereinigung, ist es in den vergangenen zehn Jahren in Deutschland nicht gekommen.

Dennoch waren Erwerbspersonen insgesamt oder zumindest teilweise, und abgesehen von den individuell unterschiedlichen Schicksalen, innerhalb der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts von einer Reihe von Ereignissen und Veränderungen auf ganz verschiedenen Ebenen betroffen. Viele der Veränderungen dürften einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit von Erwerbspersonen haben, der sich mit sehr unterschiedlicher zeitlicher Verzögerung bemerkbar machen kann. Zumindest einige der wesentlichsten Ereignisse und Änderungen sollen nachfolgend angesprochen werden.

Allgemeine Entwicklungen und Ereignisse

Der nachfolgende Abschnitt versucht zunächst einige wichtige, oder zumindest öffentlich wahrgenommene, Ereignisse innerhalb des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts chronologisch zu rekapitulieren, um damit den hier betrachteten Zeitraum in der eigenen Erinnerung etwas anschaulicher zu machen. Die Auswahl der Ereignisse ist dabei zwangsläufig fragmentarisch und subjektiv.

Das Jahr **2000** und damit das 21. Jahrhundert beginnt weitgehend ohne die befürchteten Probleme bei der Zeitumstellung von Computern. Der 7. März 2000 lässt sich im Nachhinein mit einem DAX-Stand oberhalb von 8.000 Punkten als Höhepunkt der **Dotcom-Blase** festmachen. Der erst als Buchgeld existierende Euro notiert am 26. Oktober 2000 auf seinem Allzeittief bei 0,8225 US-Dollar. Am 24. November wird offiziell der erste **BSE**-Fall (Bovine spongiforme Enzephalopathie) bei einem Rind in Deutschland nachgewiesen.

Im August des Jahres **2001** wird der Lipidsenker **Lipobay**® mit dem Wirkstoff Cerivastatin vom Markt genommen, nachdem bei gleichzeitiger Einnahme eines weiteren Wirkstoffs gehäuft Fälle von Rhabdomyolyse aufgetreten waren.

Am **11. September** ereignen sich die nachfolgend oft als „9/11“ bezeichneten Terroranschläge in den Vereinigten Staaten. Bereits am 7. Oktober beginnt die Operation Enduring Freedom (OEF) in Afghanistan, an der sich auch Deutschland beteiligt.

Zum 1. Januar **2002** wird der Euro als Bargeld eingeführt. Im Juli erscheint eine Veröffentlichung zur WHI-Studie (Women‘s Health Initiative) im Journal of the American Medical Association (JAMA), die maßgeblich zu einer kritischeren Einstellung gegenüber der bis dato noch weit verbreiteten **Hormonersatztherapie** beiträgt. Im August kommt es zum historischen Elbhochwasser. Am 22. September erringt die rot-grüne Koalition erneut eine Mehrheit bei der Bundestagswahl.

Vorrangig in der ersten Hälfte des Jahres **2003** erlangt die Ausbreitung des Schweren Akuten Atemwegssyndroms **(SARS)** mediale Aufmerksamkeit. Am 12. März löst die WHO diesbezüglich einen weltweiten Alarm aus. Der DAX erreicht im Handelsverlauf am selben Tag einen Tiefstand von unter 2.200 Punkten. Am 20. März beginnt der Irakkrieg (dritter Golfkrieg) ohne deutsche Beteiligung. Europa erlebt einen Jahrhundertsommer.

Im Rahmen der Osterweiterung treten zum 1. Mai des Jahres **2004** zehn Staaten der EU bei. Im September wird das schmerz- und entzündungshemmende Medikament **Vioxx**® (Rofecoxib) aufgrund erhöhter kardiovaskulärer Risiken vom Markt genommen. Am 26. Dezember verwüstet ein Tsunami nach einem Seebeben im Indischen Ozean weite Küstenabschnitte in Asien.

Im August des Jahres **2005** verwüstet der Hurrikan Katrina New Orleans. Am 18. September kommt es nach einer planmäßig gescheiterten Vertrauensfrage zu vorgezogenen Bundestagswahlen, durch die Angela Merkel in einer großen Koalition zur ersten Kanzlerin Deutschlands gewählt wird.

Anfang **2006** erregt die **Vogelgrippe,** die durch den Influenza-Subtyp A/H5N1 verursacht wird, größeres mediales Aufsehen. Am 9. Juni startet die **Fußballweltmeisterschaft** in Deutschland. Im August meldet der Branchenverband BITKOM, dass es in Deutschland erstmals mehr Handyanschlüsse als Einwohner gibt.

Ab März **2007** wird die HPV-Impfung nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) bei Mädchen zur GKV-Regelleistung. Am 1. April tritt das **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** in Kraft, mit dem die Einführung des Gesundheitsfonds sowie des direkt morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) festgelegt wird. Am 13. Juli erreicht der DAX mit mehr als 8.100 Punkten im Handel sein bisheriges Allzeithoch.

Im Jahr **2008** entwickelt sich die Immobilienkrise in den Vereinigten Staaten zur allgemeinen **Finanz- und Wirtschaftskrise.** Zum zweiten Halbjahr wird in Deutschland das Hautkrebs-Screening als GKV-Leistung eingeführt. Am 15. Juli erreicht der Euro sein bisheriges Rekordhoch von 1,5990 US-Dollar. Am 15. September meldet die Investmentbank Lehman Brothers Insolvenz an. Am 4. November gewinnt Barack Obama die Präsidentschaftswahlen in den Vereinigten Staaten.

Am 14. Januar **2009** beschließt das Bundeskabinett die Einführung der Umweltprämie, besser bekannt als Abwrackprämie. Am 6. März erreicht der DAX einen Tiefstand von 3.666 Punkten. Nach Erkrankungshäufungen in Mexiko warnt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im April vor einer weltweiten Verbreitung (Pandemie) eines Grippeerregers, des Influenzavirus-Subtyps A/H1N1, auch als **„Neue Grippe“** oder „Schweinegrippe“ bezeichnet. In Deutschland werden Vorbereitungen für umfangreiche Impfaktionen getroffen, die Ende des Jahres jedoch nur in relativ geringem Umfang in Anspruch genommen werden. Mit der Bundestagswahl am 27. September erlangt eine schwarz-gelbe Koalition unter Angela Merkel eine Mehrheit. Deutschland muss 2009 den zwischen 2003 und 2008 durchgängig gehaltenen Titel „Exportweltmeister“ an China abgeben.

Spezifische Rahmenbedingungen

Nach der eher allgemeinen Rekapitulation von Ereignissen der vergangenen Dekade soll nachfolgend ein Überblick zu Veränderungen von Rahmenbedingungen gegeben werden, die in einem, zumindest vermeintlich, direkteren Zusammenhang mit den im Gesundheitsreport zu Erwerbspersonen berichteten Maßzahlen stehen.

Berufstätige – Altersstruktur

Jede empirische Erhebung zur Gesundheit einer bestimmten Population muss deren Geschlechts- und Altersstruktur berücksichtigen. Diese Forderung resultiert aus der Erfahrung, dass Erkrankungsrisiken maßgeblich vom Alter und in der Regel auch vom Geschlecht der betrachteten Personen abhängen. Die Altersstruktur der Berufstätigen hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Kurz- bis mittelfristige Änderungen sind durch Veränderungen der geschlechts- und altersspezifischen Erwerbsquoten beziehungsweise der Erwerbstätigenquoten möglich (vgl. auch Gesundheitsreport 2007 der TK, Seite 24 ff.). Auch Zu- und Abwanderung können in diesem Sinne verhältnismäßig kurzfristig eine Rolle spielen.

Sehr maßgeblich wird die Altersstruktur der Berufstätigen allerdings durch die bereits 20 bis 60 Jahre zuvor erfassten Geburtenzahlen determiniert. Wer im

Jahr 2000 als 20- bis 60-Jähriger berufstätig war, wurde in den Jahren zwischen 1940 und 1980 geboren, im Jahr 2009 rekrutierten sich die 20- bis 60-Jährigen demgegenüber aus den Geburtsjahrgängen 1949 bis 1989. In die genannten Geburtszeiträume fallen sowohl die geburtenstarken (Nachkriegs-)Jahrgänge von ca. 1959 bis 1969 („Baby-Boomer“) als auch der sogenannte „Pillenknick“ mit einem Geburtenrückgang und anhaltend niedrigen Geburtenzahlen in Deutschland ab ca. 1973. Beide Phänomene wirken sich deutlich auch auf die aktuelle Altersstruktur von Berufstätigen aus, wie die nachfolgende Abbildung zur Entwicklung der Zahl von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland zwischen 1999 und 2009 nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) zeigt[2]. Zahlenangaben mit Geschlechtsdifferenzierung sind Tabelle A53 auf Seite 192 im Anhang zu entnehmen. Durch dickere Linien hervorgehoben werden in der Abbildung die Beschäftigtenzahlen aus den beiden Jahren 2000 und 2009.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland 1999 bis 2009

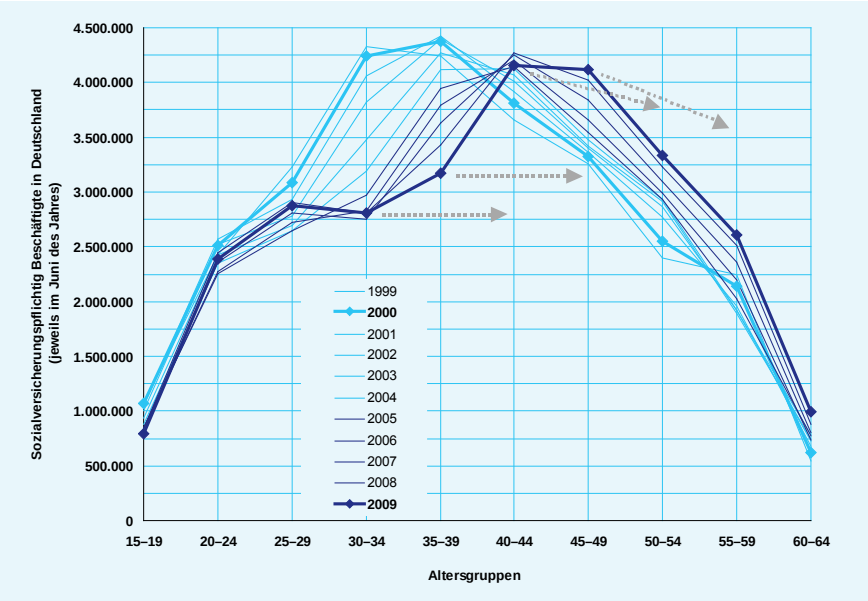


Abbildung 1 (absolute Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Altersgruppen 1999 bis 2009, jeweils Angaben zum Monat Juni, nach Zahlen der Bundesagentur für Arbeit)[3]

[2] Angaben zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind in der Regel verhältnismäßig zeitnah verfügbar, weshalb sie als Grundlage für die Darstellung sowie für nachfolgend im Schwerpunktkapitel angewendete Geschlechts- und Altersstandardisierungen genutzt wurden. Alternativ zur Darstellung und Standardisierung erwägbare Angaben zu Erwerbstätigen stammen aus dem Mikrozensus und wären bei der Erstellung des Reports zumindest für das Jahr 2009 noch nicht verfügbar gewesen.

[3] Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigungsstatistik, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte – Zeitreihen ab 1999 –, Nürnberg, Zeitreihe ab 30. Juni 1999; Stand März 2010.

Im Jahr 2000 (sowie auch ein Jahr zuvor) waren unter sozialversicherungspflichtig Beschäftigten die beiden Altersgruppen von 30 bis 39 Jahren mit Personen aus den Geburtsjahrgängen 1961 bis 1970 mit Abstand am stärksten besetzt.

Im Jahr 2009 bildeten überwiegend dieselben Beschäftigten aus der „Baby-Boomer-Generation“ – nun im Alter von 40 bis 49 Jahren – die am stärksten besetzten Altersgruppen (mit den Geburtsjahrgängen 1960 bis 1969). Bedingt durch den „Pillenknick“ waren die jüngeren Altersgruppen (mit den Geburtsjahrgängen 1970 und später) im Jahr 2009 nur noch deutlich schwächer besetzt – die Altersstruktur hat sich also innerhalb der vergangenen zehn Jahre merklich verändert. Zehn Jahre später, also 2019, dürften die dann bereits 50- bis 59-jährigen „Baby-Boomer“ weiterhin die am stärksten besetzten Altersgruppen bilden (vgl. graue Pfeile in der vorausgehenden Abbildung). Allein vor diesem bereits seit den 80er Jahren absehbaren Hintergrund ließen sich gewisse Änderungen der gesundheitlichen Situation von Erwerbspersonen in den letzten zehn Jahren erwarten, und es muss mit einem steigenden Anteil von Beschäftigten mit altersbedingten gesundheitlichen Problemen innerhalb der nächsten zehn Jahre gerechnet werden (vgl. Gesundheitsreport 2007 der TK mit dem Schwerpunkt „Gesundheit im demografischen Wandel“).

Arbeitslosigkeit

Auswertungen im Gesundheitsreport beschränken sich nicht ausschließlich auf Berufstätige, sondern beziehen sich regelmäßig, unter Verwendung des Begriffs „Erwerbspersonen“, auch auf arbeitslose Mitglieder der TK. Zwischen Arbeitslosigkeit und Maßen für die Gesundheit lassen sich empirisch vielfältige Zusammenhänge nachweisen, wobei Arbeitslosigkeit individuell sowohl Folge als auch Ursache von Krankheiten sein kann. Belegen lässt sich, trotz der sozialen Sicherungssysteme, auch in Deutschland ein ansteigendes Sterblichkeitsrisiko mit zunehmender Arbeitslosigkeitsdauer[4]. Arbeitslosigkeit dürfte sich dabei keinesfalls ausschließlich auf die Gesundheit der direkt Betroffenen negativ auswirken. Die allgemeine Arbeitsmarktsituation bestimmt auch bei Berufstätigen maßgeblich Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzsicherheit und damit letztendlich auch Lebensperspektiven und Verhalten.

Die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen bewegte sich innerhalb der gesamten ersten Dekade des 21. Jahrhunderts in Deutschland auf einem verhältnismäßig hohen Niveau (vgl. Abbildung 2). Von einer Vollbeschäftigung, wie sie in der Bundesrepublik zuletzt Anfang der 70er Jahre herrschte, war der Arbeitsmarkt zweifellos zu jedem Zeitpunkt weit entfernt. Den höchsten Stand erreichten die Arbeitslosenzahlen mit 4,86 Millionen gemeldeten Arbeitslosen im Jahr 2005,

[4] Grobe TG; Schwartz FW. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Robert Koch-Institut. Berlin 2003.

dem Jahr des Inkrafttretens der Hartz-IV-Reformen (vgl. Textabschnitte weiter unten). In den Folgejahren sank die Zahl der Arbeitslosen deutlich bis auf 3,27 Millionen im Jahr 2008. Im Zuge der im Herbst 2008 einsetzenden Finanz- und Wirtschaftskrise stieg die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen 2009 auf 3,42 Millionen. Zu dem hier dargestellten – gemessen an den wirtschaftlichen Folgen der Krise – noch moderaten Anstieg der Arbeitslosenzahlen trug zweifellos die ausgiebige Nutzung von Regelungen zur Kurzarbeit bei. So gingen nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2007 in der Summe über zwölf Monate insgesamt 412 Tsd. und 2008 bereits 898 Tsd. neue Anzeigen für Kurzarbeiter ein. Im Jahr 2009 lag die Jahressumme bei 3.570 Tsd. Personenmeldungen und damit etwa viermal so hoch[5]. Die höchsten Neuanzeigen wurden im Februar 2009 mit 721 Tsd. Personen erreicht, im selben Monat ein Jahr zuvor waren nur 39 Tsd. Personen gemeldet worden. Zum Höhepunkt der Inanspruchnahme im Mai 2009 erhielten 1.516 Tsd. Berufstätige Kurzarbeitergeld aus wirtschaftlichen Gründen gemäß §170 SGB III, also ohne saisonbedingte Kurzarbeit. Bis Dezember 2009 sank ihre Zahl auf 810 Tsd.[6].

Arbeitslose in Deutschland 1999 bis 2009

Abbildung 2 (absolute Zahl der gemeldeten Arbeitslosen in den Jahren 1999 bis 2009 [in Millionen] nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit)[7]

---

[5] Statistik der Bundesagentur für Arbeit. „Arbeitsmarkt in Zahlen, Kurzarbeit (KUG) nach dem SGB III“ (Daten bis März 2010, Stand April 2010).

[6] Bundesagentur für Arbeit: Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland – Monatsbericht März 2010, Nürnberg 2010.

[7] Zahlen bis 2008 aus dem Statistischen Jahrbuch 2009, S. 94; Zahlen 2009 nach Veröffentlichung der Bundesagentur für Arbeit „Arbeitsmarkt in Zahlen – Arbeitsmarktstatistik Jahreszahlen 2009“.

Gesetzliche Änderungen

Hartz IV Zum 1. Januar 2005 trat das Ende 2003 von der Bundesregierung beschlossene „Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ in Kraft. Die Bezugsdauer des regulären Arbeitslosengelds, welches in Abhängigkeit vom vorausgehenden Einkommen und unabhängig von der individuellen Vermögenslage aus der Arbeitslosenversicherung gezahlt wird, wurde auf typischerweise maximal 18 Monate eingeschränkt (Arbeitslosengeld I). Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe wurden zum sogenannten Arbeitslosengeld II zusammengeführt. Arbeitslosengeld II wurde damit zur Regelform der staatlich gewährten Unterhaltsleistung bei längerfristiger Arbeitslosigkeit.

Arbeitslosengeld II wird, im Gegensatz zu Arbeitslosengeld I und vergleichbar der früheren Sozialhilfe, als subsidiäre Leistung nur dann gezahlt, wenn die finanziellen Ressourcen (beispielsweise eigene Ersparnisse, Einkommen von Ehe- oder Lebenspartnern) zur Aufrechterhaltung des Lebensunterhalts nicht mehr ausreichen. Die Höhe orientiert sich am Existenzminimum.

Der Bezug von Arbeitslosengeld I ist, wie das zuvor gezahlte Arbeitslosengeld, an eine Arbeitsfähigkeit geknüpft. Insofern besteht bei Betroffenen im Krankheitsfall, genau wie bei einer normalen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, die Verpflichtung zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Bei erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten über mehr als sechs Wochen besitzen Arbeitslosengeld-I-Empfänger wie übliche Beschäftigte Anspruch auf Krankengeldzahlungen durch ihre Krankenkasse. Während eines Krankengeldbezugs ruht entsprechend der Bezug von Arbeitslosengeld.

Demgegenüber erhalten Arbeitslosengeld-II-Empfänger auch im Falle von längerfristigen Erkrankungen weiterhin Arbeitslosengeld II, womit im Gegenzug Ansprüche auf Krankengeldzahlungen entfallen. Insofern ist seit dem Jahr 2005 ein überwiegender Teil der längerfristig Arbeitslosen auch nicht mehr zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei einer Krankenkasse verpflichtet. Aufgrund von Unsicherheiten bezüglich dieser Regelungen wurden Arbeitsunfähigkeiten von Arbeitslosengeld-II-Empfängern im Jahr 2005 vermutlich noch weitgehend vollständig bei Krankenkassen gemeldet sowie erfasst und auch in den entsprechenden Auswertungen des vorliegenden Gesundheitsreports berücksichtigt. Ab dem Jahr 2006 konnten Arbeitsunfähigkeiten von Arbeitslosengeld-II-Empfängern bei den Auswertungen aufgrund der fehlenden Meldeverpflichtung nicht mehr sinnvoll berücksichtigt werden, womit sich die Zahl der berücksichtigten Arbeitslosen etwa halbierte und zwangsläufig auf Arbeitslosengeld-I-Empfänger beschränkte, die in der Regel erst eine begrenzte Zeit arbeitslos gemeldet waren.

Rente mit 67 Als gleichfalls viel diskutiertes Gesetz wurde im März 2007 das „Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demographische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“, kurz: die Einführung der Rente mit 67, beschlossen und im April im Bundesgesetzblatt verkündet. Die schrittweise Einführung beginnt ab dem Jahr 2012 und betrifft dann Geburtsjahrgänge ab 1947. Bis 2023 wird nach diesem Gesetz das Renteneintrittsalter um ein Jahr auf 66 Jahre steigen, bis 2029 um ein weiteres Jahr auf 67 Jahre. Direkte Auswirkungen sind erst in den kommenden Jahren zu erwarten.

Zeitarbeit – Arbeitnehmerüberlassung Regelungen zur Zeitarbeit in Deutschland finden sich seit 1972 im „Gesetz zur Regelung der gewerbsmäßigen Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz – AÜG)“. Arbeitgeber sollten durch Leiharbeit die Möglichkeit haben, auf Kapazitätsengpässe flexibel reagieren zu können, ohne ausschließlich auf Mehrarbeit der Stammbelegschaft zurückgreifen zu müssen. Gleichzeitig sollte allerdings auch eine Substitution regulärer Arbeitsplätze durch Leiharbeit verhindert werden. Ein wesentliches ursprüngliches Ziel des Gesetzes bestand zudem darin, eine Beschäftigungsstabilität von Leiharbeitnehmern innerhalb der Zeitarbeitsfirmen zu gewährleisten[8]. Ursprünglich war Leiharbeit nur mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag (mit der Leiharbeitsfirma) möglich, eine durchgängige Überlassung (an einen Entleiher) war auf drei Monate begrenzt. Zwischenzeitlich wurde das Gesetz mehrfach geändert. Vor dem Hintergrund hoher Arbeitslosenzahlen wurden die Möglichkeiten zur Beschäftigung von Leiharbeitern in den letzten Jahrzehnten zunehmend ausgeweitet. So wurde die Überlassungshöchstdauer in Stufen bis zum Jahr 2002 auf 24 Monate heraufgesetzt. Im Jahr 2003 wurde die Überlassungshöchstdauer mit Wirkung zum 1. Januar 2004 schließlich ganz abgeschafft. Im Gegenzug gilt seither der Gleichbehandlungsgrundsatz vom ersten Tag des Verleihs an, das heißt, Leiharbeiter haben grundsätzlich zunächst ein Recht auf gleichen Lohn und gleiche Arbeitsbedingungen wie die Kernbelegschaft eines Entleihers. Gleichzeitig wurde jedoch für Zeitarbeitsunternehmen die alternative Möglichkeit zum Abschluss eigener Tarifverträge geschaffen, die spezifische Bezahlungen für die über sie beschäftigten Leiharbeiter festlegen können und damit de facto den Gleichbehandlungsgrundsatz außer Kraft setzen.

Mitbedingt durch die Lockerungen der gesetzlichen Bestimmungen stieg die Zahl der Leiharbeiter erheblich von 339 Tsd. im Jahr 2000 auf 794 Tsd. im Jahr 2008 (Angaben jeweils zum Monat Juni; vgl. auch Gesundheitsreport 2008 der TK, Seite 18 ff.), um im Juli 2008 schließlich einen vorläufigen Höchststand von 823 Tsd. zu erreichen. Zwischen September 2008 und April 2009 sank ihre Zahl

[8] M. Antoni, Elke J. Jahn (2006). Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB). IAB Kurzbericht Nr. 14/2006.

im Zuge der Wirtschaftskrise kontinuierlich von 814 Tsd. auf 580 Tsd. Im Juni 2009 wurde nach aktuellen Zahlen ein Stand von 610 Tsd. erreicht[9].

GKV-Modernisierungsgesetz Im Rahmen des „Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) wurde zum 1. Januar 2004 unter anderem eine **Praxisgebühr** in Höhe von 10 Euro eingeführt, die seither im Regelfall von erwachsenen Versicherten bei jedem ersten Arztbesuch innerhalb eines Quartals zu entrichten ist. Die steuernde Wirkung dieser Praxisgebühr im Hinblick auf die Anzahl der Arztbesuche wurde bald nach ihrer Einführung allgemein als gering eingestuft. Des Weiteren, und für nachfolgend präsentierte Ergebnisse zweifellos bedeutsam, wurde im Rahmen des GMG die **Erstattung von rezeptfrei erhältlichen Arzneimitteln,** abgesehen von wenigen Ausnahmen, aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung **gestrichen.** Entsprechende Präparate müssen seither vom Patienten, auch wenn sie zuvor von einem Arzt verordnet wurden, in der Regel vollständig selbst bezahlt werden. Sie tauchen insofern auch nicht mehr in den Daten auf, über die Arzneiverordnungen zwischen Apotheken und Krankenkassen abgerechnet werden und die zugleich die Grundlage für Auswertungen zum vorliegenden Gesundheitsreport bilden.

U1-Verfahren Im sogenannten U1-Verfahren erhalten Kleinunternehmen mit bis zu 30 Mitarbeitern bei Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall Ausgleichszahlungen durch die Krankenkasse, im Gegenzug müssen von den Kleinunternehmen spezifische Umlagen an die Kassen gezahlt werden. Zum 1. Januar 2006 wurde im Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG), welches das zuvor gültige Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) ablöste, das U1-Verfahren auf alle gesetzlichen Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen, sowie auf Mitarbeiter auch im Angestelltenstatus ausgedehnt. Zuvor war es auf Auszubildende und Arbeiter beschränkt. Entsprechend sollten sich seit dem Jahr 2006 alle Beschäftigten von Kleinunternehmen regelmäßig auch kurzzeitige Arbeitsunfähigkeiten ärztlich bescheinigen lassen, da ihr Arbeitgeber andernfalls keine Ausgleichszahlungen erhält. Dezent erhöhte AU-Fallzahlen ab 2006 wären vor diesem Hintergrund zu erwarten gewesen.

Spezifische Bestimmungen und Umstellungen

Verordnungsvorgaben für Lipidsenker In einer Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum 1. April 2009 in Anlage III, Punkt 35 unter anderem erstmals Vorgaben für Verordnungen von Lipidsenkern als Leistung der GKV definiert. Demnach sollen Lipidsenker zulasten der GKV nur noch bei manifesten vaskulären Erkrankungen

[9] Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitnehmerüberlassung (Stand März 2010).

(KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) oder bei hohem kardiovaskulären Risiko (mit erwarteten Ereignisraten in zehn Jahren von über 20 Prozent) verordnet werden.

Definition von Tagesdosen bei Lipidsenkern Definierte Tagesdosen (DDD) umschreiben im Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikationssystem (ATC) diejenige Menge eines Arzneimittels, die typischerweise zur Behandlung für einen Tag ausreicht. Entsprechende Mengen werden unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für relevante Arzneimittelsubstanzen festgelegt, um bei Auswertungen international vergleichbare Zahlen zu verordneten Arzneimittelmengen zu gewährleisten. Verhältnismäßig selten waren im Laufe der Anwendung von Arzneimitteln bislang Veränderungen der Festlegung von Tagesdosen erforderlich, noch seltener betrafen diese Veränderungen, wie im Jahr 2009, sehr mengenrelevante Arzneimittel: Zum Jahr 2009 wurden von der WHO Definitionen typischer Tagesdosen für relevante Lipidsenker aus der Gruppe der Statine (Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin und Simvastatin) um 50 beziehungsweise 100 Prozent erhöht. Rechnerisch ergäbe sich allein durch die veränderte Bemessung von 2008 auf 2009 beispielsweise im Hinblick auf Simvastatin bei identischen Substanzmengen in beiden Jahren eine Halbierung der verordneten Tagesdosen, gemessen in DDD. Um die Veränderungen der Arzneiverordnungen unabhängig von diesen Umstellungseffekten beurteilen zu können, wurde bei den nachfolgenden Darstellungen zu Trends im Schwerpunktkapitel des Gesundheitsreports auf die bis 2008 gültigen Definitionen zu Tagesdosen bei den genannten Statinen zurückgegriffen. Demgegenüber beruhen die Auswertungen im Routineteil des Gesundheitsreports zum Jahr 2009 auf den aktualisierten Bemessungen von Tagesdosen.

Methodische Vorbemerkungen

Zum besseren Verständnis der nachfolgend präsentierten Ergebnisse zu Entwicklungen der gesundheitlichen Situation von Erwerbspersonen, sowie zur Vermeidung von Fehlinterpretationen bei einer Gegenüberstellung der hier berichteten Ergebnisse mit Ergebnissen aus den Routineteilen des Gesundheitsreports, erscheinen einige Vorbemerkungen wichtig.

- Um Trends unabhängig von möglichen Effekten der Fusion der TK im Jahr 2009 und der damit TK-spezifisch veränderten Versichertenstruktur darstellen zu können, werden im vorliegenden Kapitel auch für das Jahr 2009 ausschließlich Ergebnisse **zu originär bei der TK versicherten Mitgliedern** präsentiert.
- In der Regel werden zur differenzierteren Betrachtung von Trends im Schwerpunktkapitel Ergebnisse **separat für Berufstätige sowie Arbeitslose** präsen-

tiert, die in den Routineauswertungen zumeist unter dem Begriff Erwerbspersonen zusammengefasst betrachtet werden. Für beide Gruppen wird eine gleichartige Altersstandardisierung vorgenommen (vgl. Text weiter unten). Damit werden gegebenenfalls Unterschiede zwischen den beiden Gruppen dargestellt, die unabhängig von Unterschieden der Geschlechts- und Altersgruppenzusammensetzung bestehen. Aufgrund ihres deutlich höheren Anteils entsprechen die Ergebnisse von Berufstätigen in der Regel weitgehend den Ergebnissen in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen.

- Im Zuge der Veränderungen durch die Hartz-IV-Reform konnten ab 2006 als Arbeitslose bei Auswertungen lediglich Arbeitslosengeld-I-Empfänger berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zu Arbeitslosen im Jahr 2005 – insbesondere im Hinblick auf Krankengeldbezugszeiten – sind zurückhaltend zu interpretieren, da in den hier verwendeten Daten die 2005 bereits gültige Differenzierung der Formen des Arbeitslosengeldbezuges noch nicht möglich war.
- Im Rahmen des Gesundheitsreports werden nahezu durchgängig geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erleichtern. Dazu wird im Routineteil durchgängig eine Standardpopulation verwendet, die von den Ersatzkassen zu diesem Zwecke vereinbart wurde (vgl. Erläuterungen auf Seite 207). Um aktuelle Trends auch unter Einbeziehung allgemeiner demografischer Veränderungen darstellen zu können, wurde **im vorliegenden Schwerpunktkapitel zur Standardisierung abweichend** zumeist auf Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten des jeweiligen Jahres (nach Geschlecht und Alter) zurückgegriffen, die in Abbildung 1 auf Seite 24 dargestellt werden und in Tabelle A53 auf Seite 192 im Anhang angegeben sind. Teilweise werden zusätzlich Ergebnisse gegenübergestellt, die auf einer einheitlichen Standardisierung aller Jahresergebnisse entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur im Jahr 2000 beruhen. Sinngemäß entsprechen die so ermittelten Ergebnisse den Resultaten, die innerhalb der betrachteten Dekade ohne eine Veränderung der Geschlechts- und Altersstruktur zu erwarten gewesen wären.
- Wie bereits vorausgehend erwähnt, wurde bei allen Auswertungen zu Arzneiverordnungen im Rahmen des Schwerpunktkapitels für das Jahr 2009 die bis 2008 gültige **Definition von Tagesdosen** bei Lipidsenkern zur Ermittlung von Verordnungsvolumen in DDD zugrunde gelegt, um artifizielle Veränderungen der Trends durch die seit 2009 offiziell veränderte Bemessung zu vermeiden.

Arbeitsunfähigkeiten und Krankengeld 2000 bis 2009

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der erkrankungsbedingten Fehlzeiten bei Berufstätigen in den Jahren 2000 bis 2009. Während die durchgezogene Linie Veränderungen unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen demografischen Verschiebungen der Altersstruktur bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) zeigt, liegen der gestrichelten Linie altersbereinigte Ergebnisse unter der Annahme einer seit dem Jahr 2000 unveränderten Geschlechts- und Altersstruktur zugrunde.

AU-Tage je Versicherungsjahr Berufstätige 2000 bis 2009

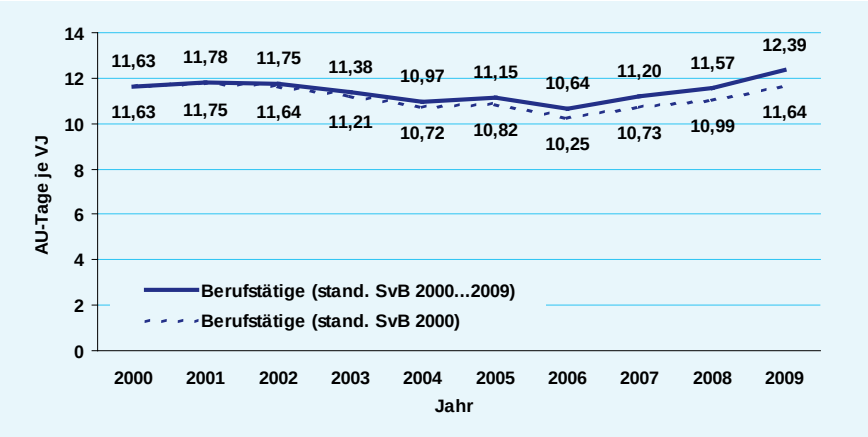


Abbildung 3 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000)

Insgesamt erscheinen die Veränderungen innerhalb von zehn Jahren moderat. **Altersbereinigt** variieren die Fehlzeiten zwischen maximal 11,75 Tagen je Versicherungsjahr im Jahr 2001 und 10,25 Tagen im Jahr 2006, wobei die Fehlzeiten bei Berufstätigen zu Beginn der Dekade mit 11,63 Tagen je VJ weitgehend den Fehlzeiten zum Ende der Dekade von 11,64 Tagen je VJ entsprechen. Das Maximum 2001 liegt 14,7 Prozent über dem niedrigsten Wert im Jahr 2006, bis 2009 zeigt sich ab 2006 ein altersbereinigter Anstieg um 13,6 Prozent.

Unter **Berücksichtigung der demografischen Veränderungen** erreichten die Fehlzeiten bei Berufstätigen 2009 mit 12,39 Fehltagen je VJ einen Höchststand innerhalb des Beobachtungszeitraums und lagen dabei 16,4 Prozent über dem entsprechenden Wert von 10,64 AU-Tagen je VJ im Jahr 2006. Ohne demografische Veränderungen der Altersstruktur seit 2000 wären im Jahr 2009 mit den bereits genannten 11,64 Tagen je VJ um 6 Prozent geringere Fehlzeiten zu erwarten gewesen als die unter Berücksichtigung der Veränderungen ermittelten 12,39 Tage je VJ. Fehlzeiten im Umfang von 0,74 AU-Tagen je VJ im Jahr 2009

resultieren demnach aus der Veränderung der Geschlechts- und Altersstruktur von Beschäftigten seit dem Jahr 2000 beziehungsweise wären bei einer unveränderten Struktur nicht angefallen.

Einführende und methodische Hinweise zum Thema Krankengeld sind dem entsprechenden Kapitel ab Seite 102 zu entnehmen. Für etwa 30 Prozent aller gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage – vorrangig im Zusammenhang mit lang andauernden Erkrankungsfällen und nach Wegfall der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber – wird Krankengeld gezahlt. Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Krankengeldbezugszeiten von Berufstätigen in Krankengeldtagen je Versicherungsjahr (KG-Tage je VJ) zwischen 2002 und 2009 (Daten aus den Jahren vor 2002 standen für die Auswertungen zum Thema Krankengeld nicht zur Verfügung).

KG-Tage je Versicherungsjahr Berufstätige 2002 bis 2009

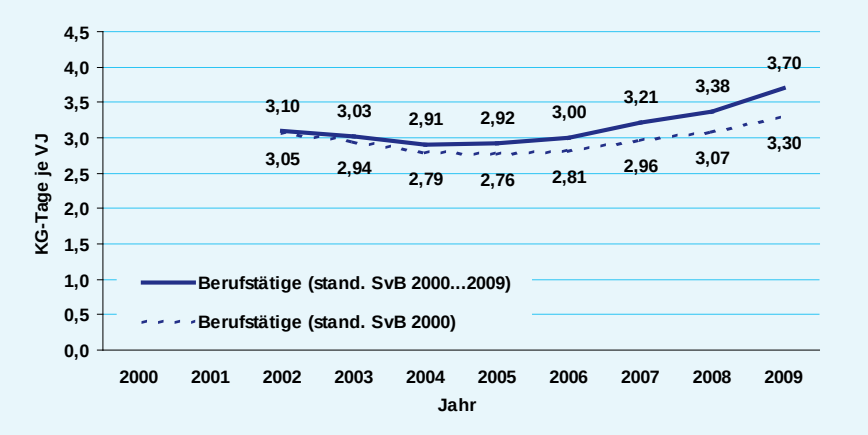


Abbildung 4 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000)

Die geringsten durchschnittlichen Krankengeldbezugszeiten lassen sich bei Berufstätigen altersbereinigt, beziehungsweise nach einheitlich altersstandardisierten Auswertungen mit 2,76 KG-Tagen je VJ für das Jahr 2005 ermitteln. Bis 2009 stieg der entsprechende Wert unabhängig von Veränderungen der Altersstruktur um 19,4 Prozent auf 3,30 KG-Tage je VJ (vgl. gestrichelte Linie).

Unter Berücksichtigung der Veränderungen der Altersstruktur bei Berufstätigen findet sich im Beobachtungszeitraum mit 2,91 KG-Tagen je VJ die kürzeste durchschnittliche und über alle Berufstätigen ermittelte Krankengeldbezugszeit im Jahr 2004. Bis 2009 lässt sich ein kontinuierlicher und zuletzt steilerer Anstieg um insgesamt 27,4 Prozent auf 3,70 KG-Tage je VJ feststellen. Ein durchschnittlicher Berufstätiger bezog demnach 2009 über 0,79 Tage länger Krankengeld

als im Jahr 2004. Den Veränderungen der Geschlechts- und Altersstruktur von Beschäftigten seit dem Jahr 2000 sind im Jahr 2009 0,4 Krankengeldtage (die Differenz der Werte 3,70 und 3,30) zuzuschreiben. Ohne demografische Änderungen seit 2000 hätten die Krankengeldbezugszeiten 2009 um 10,9 Prozent niedriger gelegen.

Wesentlich deutlicher als bei Berufstätigen haben sich Fehlzeiten sowie Krankengeldbezugszeiten in den Jahren 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen verändert, wie die nachfolgenden beiden Abbildungen zeigen.

AU-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009

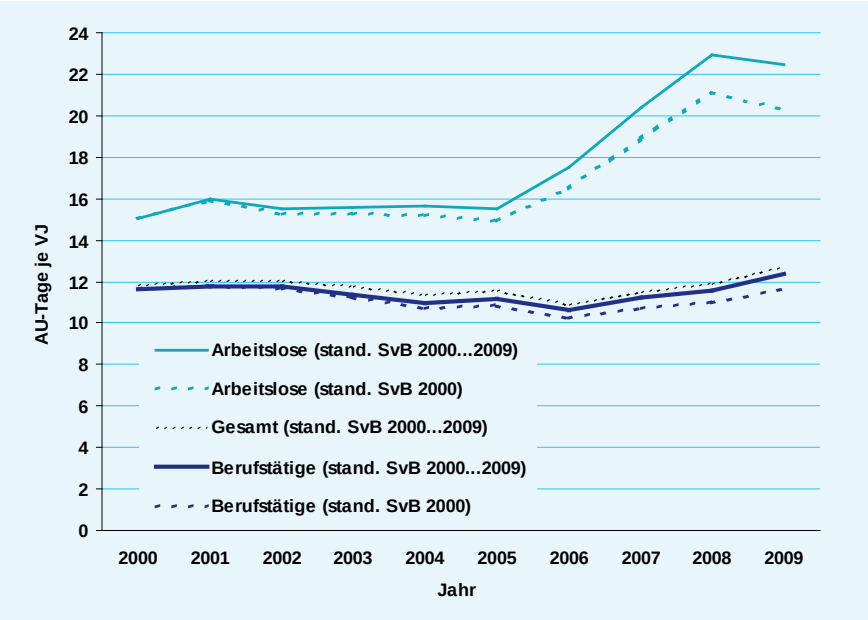


Abbildung 5 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt)

Neben der Entwicklung der gemeldeten AU-Tage bei Arbeitslosen zeigt Abbildung 5 zum Vergleich nochmals die bereits in Abbildung 3 dargestellten Werte zu Berufstätigen. Zugrunde liegende Zahlenwerte sind der Tabelle A54 auf Seite 193 im Anhang zu entnehmen. Ganz offensichtlich liegen die gemeldeten AU-Tage bei Arbeitslosen in allen Jahren merklich über denen bei Berufstätigen. Während die gemeldeten AU-Tage bei Arbeitslosen bis zum Jahr 2005 kaum Veränderungen zeigten, stiegen sie von 2005 bis 2008 erheblich, um 2009 bei leichtem Rückgang auf einem weiterhin hohen Niveau zu verharren. Nach einheitlich altersstandardisierten Auswertungen (gestrichelte Linie) kam es zwi-

schen 2005 und 2008 zu einer altersbereinigten Zunahme von 14,9 AU-Tagen je VJ auf 20,3 AU-Tage je VJ um mehr als fünf Tage beziehungsweise 41,5 Prozent. Unter Annahme einer veränderten Altersstruktur ist ein Anstieg um 47,6 Prozent zu verzeichnen.

Eine grundsätzlich vergleichbare Entwicklung zeigt sich im Hinblick auf die Krankengeldbezugszeiten in Abbildung 6, wobei aus bereits genannten Gründen die ermittelten Krankengeldbezugszeiten von Arbeitslosen im Jahr 2005 nur eingeschränkt interpretierbar sind. Zwischen 2004 (noch unter Berücksichtigung aller Arbeitslosengeldempfänger) und 2008 (ausschließlich Arbeitslosengeld-I-Empfänger) stiegen die Krankengeldbezugszeiten bei Arbeitslosen altersbereinigt um 69 Prozent beziehungsweise 4,0 Tage, unter Annahme einer veränderten Altersstruktur um 80 Prozent beziehungsweise 4,8 Tage. Die Bezugszeiten liegen bei Arbeitslosen 2009 etwa einen Tag niedriger als 2008.

KG-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2002 bis 2009

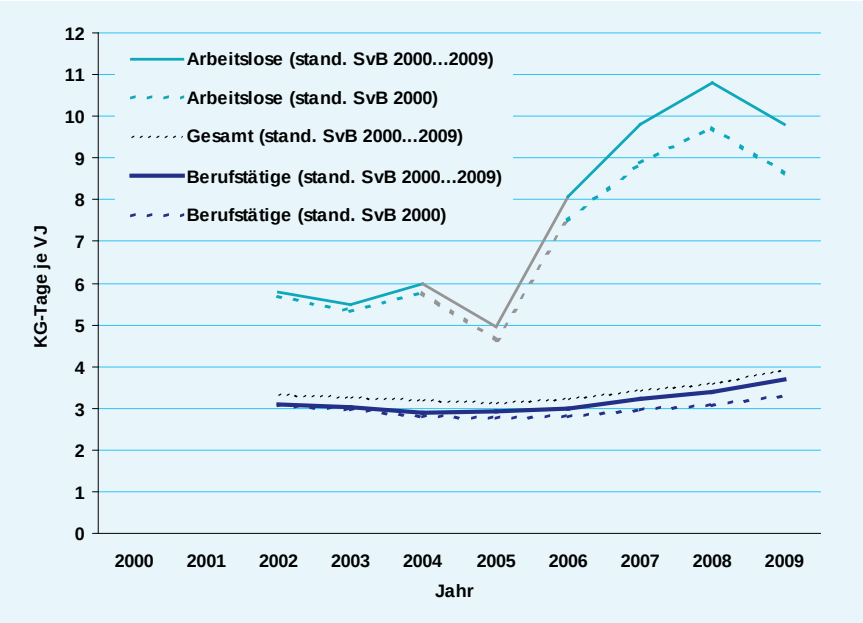


Abbildung 6 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

Nach der Einführung von Arbeitslosengeld I im Jahr 2005 sind sowohl die gemeldeten erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten als auch die erfassten Krankengeldbezugszeiten bei Arbeitslosengeld-I-Empfängern bis 2008 erheblich angestiegen. 2009 zeichnet sich ein leichter Rückgang ab, wobei sich die Werte im Vergleich zu länger zurückliegenden Jahren weiterhin auf einem sehr hohen Niveau bewegen.

Fehlzeiten differenziert nach Diagnosekapiteln

Differenziertere Einblicke in das Erkrankungsgeschehen erlauben diagnosebezogene Auswertungen. Die nachfolgende Abbildung 7 zeigt zunächst die Entwicklung der Fehlzeiten bei Berufstätigen 2000 bis 2009. Dargestellt werden Ergebnisse zu Diagnosen aus sieben anteilig relevanten Diagnosekapiteln der ICD10. Auf diese Kapitel entfielen in allen Jahren mehr als 74 Prozent der gemeldeten Fehlzeiten, 2009 waren es 77 Prozent. Zahlenangaben sind Tabelle A56 auf Seite 194 im Anhang zu entnehmen.

AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Berufstätigen

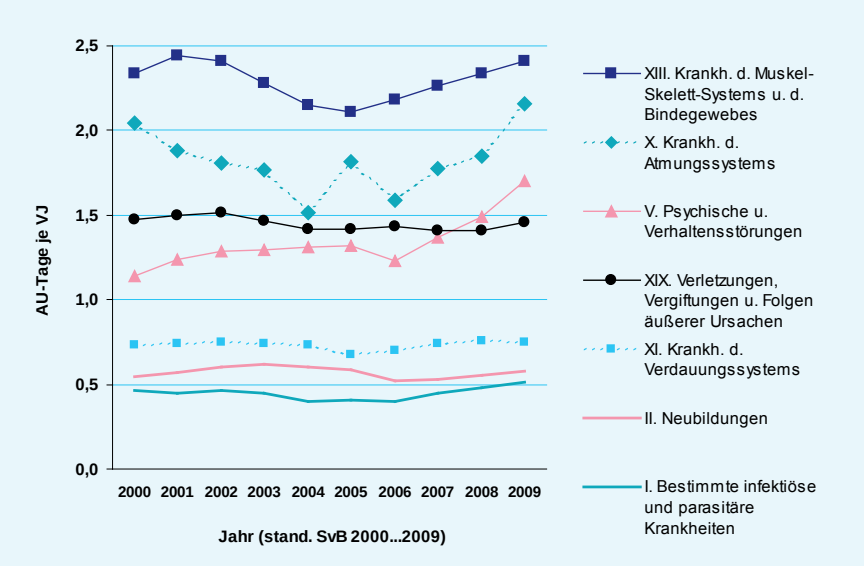


Abbildung 7 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres)

Deutlich wird aus der Abbildung, dass bei Berufstätigen die von 2006 bis 2009 um 16,4 Prozent gestiegenen Fehlzeiten vorrangig aus höheren Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems sowie der Diagnose von psychischen Störungen resultieren. Während Krankheiten des Atmungssystems, die bei Berufstätigen überwiegend aus Erkältungen und grippalen Infekten resultieren, 2009 nur relativ moderat über den Ausgangswerten zu Beginn der Dekade lagen und zum Teil erhebliche Schwankungen aufweisen, die im Zuge der Diskussion von Grippe- und Erkältungswellen an anderer Stelle im Gesundheitsreport diskutiert werden (vgl. insbesondere Abbildung 37 auf Seite 78), führt die Entwicklung bei psychischen Störungen nach 2006 zu Werten, die merklich über dem Niveau von 2000 liegen.

Bei **Berufstätigen** haben Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen von 2006 bis 2009 stetig um insgesamt 39 Prozent zugenommen. Demgegenüber waren unter Berufstätigen in Bezug auf Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen bis 2005 nur moderate Änderungen feststellbar.

Auswertungen zu Arbeitslosen ergeben eine deutlich abweichende Gewichtung des Diagnosespektrums, wie Abbildung 8 zeigt. Auch bei Arbeitslosen entfällt in allen Jahren mit einem Anteil von mehr als 75 Prozent (2009: 78 Prozent) der weit überwiegende Teil der erfassten AU-Tage auf die hier dargestellten sieben Diagnosekapitel.

Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems spielen bei Arbeitslosen, zumindest in Relation zu anderen Diagnosen, eine untergeordnete Rolle. Dominiert werden die erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten durch gemeldete AU-Tage unter der Diagnose psychischer Störungen sowie der Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Während den beiden Diagnosekapiteln zu Beginn der Dekade noch annähernd die gleiche Bedeutung im Hinblick auf die Erkrankungszeiten zukam, entfiel insbesondere 2009 ein merklich höherer Anteil auf die Diagnose psychischer Störungen (vgl. auch Zahlenangaben in Tabelle A57 auf Seite 194 im Anhang).

Bei **Arbeitslosen** haben Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen in fast allen Jahren zwischen 2000 und 2009 (um insgesamt 107 Prozent) zugenommen. Der steilste Anstieg lässt sich zwischen 2006 und 2008 beobachten. Bei der zweitrelevantesten Diagnosegruppe, den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, lässt sich ein merklicher Anstieg der Erkrankungszeiten insbesondere zwischen 2005 und 2008 feststellen.

AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen

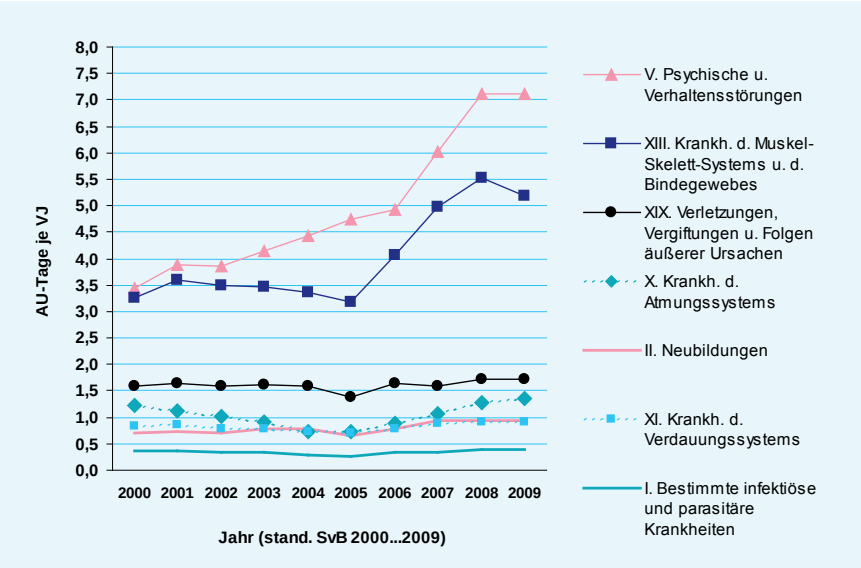


Abbildung 8 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

Einen im Hinblick auf Entwicklungen vergleichbaren Eindruck wie die soeben dargestellten Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten vermitteln bei Arbeitslosen diagnosebezogene Auswertungen zu Krankengeldbezugszeiten zumindest ab dem Jahr 2006 (vgl. Abbildung 10 sowie Tabelle A59 auf Seite 195 im Anhang). Einschränkend ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Angaben zu Krankengeldbezugszeiten im Jahr 2005 bei Arbeitslosen auch in dieser Darstellung fehlerbehaftet sind und daher nicht interpretiert werden sollten. Vor 2005 zeigen Krankengeldbezugszeiten von Arbeitslosen nur gering ausgeprägte Veränderungen.

Bei Ergebnissen zu Berufstätigen ist hervorzuheben, dass Krankengeldbezüge typischerweise durch schwerwiegende Erkrankungen verursacht werden. Insofern sind für den Krankengeldbezug (im Gegensatz zur Situation bei Arbeitsunfähigkeiten allgemein) neben psychischen Störungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems insbesondere auch Verletzungen und Neubildungen relevant (vgl. Abbildung 9 sowie Tabelle A58 auf Seite 195 im Anhang). Demgegenüber spielen Krankheiten des Atmungssystems eine untergeordnete Rolle. Der bedeutsamste Anteil an den insgesamt steigenden Krankengeldbezugszeiten resultiert (auch) bei Berufstätigen ab 2006 aus zunehmenden Erkrankungszeiten mit Diagnosen von psychischen Störungen.

KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Berufstätigen

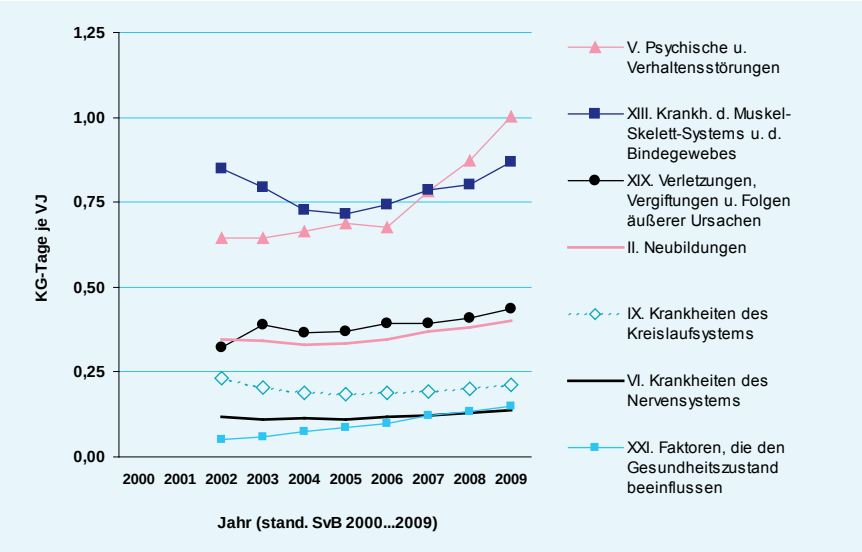


Abbildung 9 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres)

KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Arbeitslosen

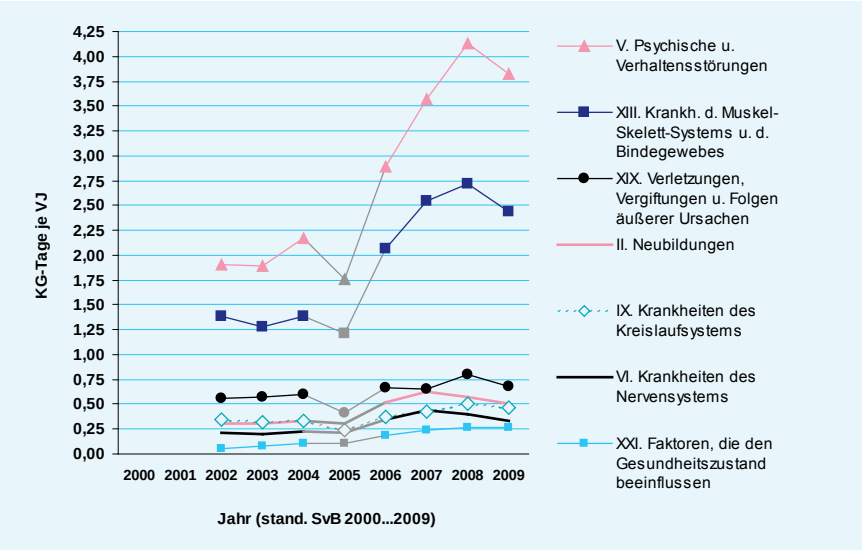


Abbildung 10 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

Arzneiverordnungen 2000 bis 2009

Der folgende Abschnitt befasst sich mit Veränderungen von Arzneiverordnungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen. Die Auswertungen beschränken sich dabei auch hier, wie im gesamten Gesundheitsreport, explizit auf Personen im typischen Erwerbsalter zwischen 15 und 65 Jahren, und genau auf diejenigen Personen, zu denen bereits Trends im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten und Krankengeldbezugszeiten berichtet wurden. Wie im vorausgehenden Abschnitt werden sowohl Ergebnisse berichtet, die sich unter Berücksichtigung der sich zwischen 2000 und 2009 verändernden Altersstruktur von Beschäftigten ermitteln lassen, als auch Ergebnisse, die sich unter Annahme einer seit 2000 gleichbleibenden Altersstruktur („altersbereinigt“) ergeben.

Bereits in der Einleitung des Kapitels wurde auf zwei maßgebliche Veränderungen bei Arzneiverordnungen hingewiesen (weitere allgemeine methodische Hinweise zu Arzneiverordnungen finden sich ab Seite 205 im Anhang):

- Seit 2004 werden rezeptfrei erhältliche Arzneimittel in der Regel nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Entsprechende Arzneimittel werden daher ab 2004 nicht mehr mit den Krankenkassen abgerechnet und können bei Auswertungen der Abrechnungsdaten, wie andere von Versicherten eigenständig erworbene Medikamente, nicht berücksichtigt werden.
- 2009 wurde die Bemessung definierter Tagesdosen (DDD) bei einigen Lipidsenkern verändert, die sich deutlich auf Berechnungen auch zu substanzübergreifend ermittelten Verordnungsvolumen in DDD auswirkt. Um Trends unabhängig von dieser eher administrativen Änderung im Jahr 2009 darstellen zu können, wurde zur Ermittlung der nachfolgend präsentierten Ergebnisse auch für das Jahr 2009 die bis 2008 gültige Bemessung zugrunde gelegt.

Die nachfolgende Abbildung 11 zeigt (mit unterschiedlicher Achsenskalierung) für Berufstätige sowohl die Anzahl der zwischen 2000 und 2009 je Versicherungsjahr verordneten Präparate als auch das durchschnittliche jährliche Verordnungsvolumen in definierten Tagesdosen je Versicherungsjahr (DDD je VJ).

Sehr offensichtlich ist zunächst der erhebliche Rückgang der Verordnungszahlen im Zuge des Wegfalls der Erstattung rezeptfrei erhältlicher Arzneimittel 2004. Während in den Folgejahren die Präparatezahlen erst nach 2006 einen kontinuierlichen und dann eher geringen Anstieg aufweisen, steigt das Verordnungsvolumen gemessen in DDD seit 2004 beständig und verhältnismäßig deutlich. Nach altersbereinigten Auswertungen, also unter Annahme einer gleichbleibenden Altersstruktur der Beschäftigten, lässt sich ein Anstieg um 27,8 Prozent von 139 DDD je VJ auf 177 DDD je VJ in den Jahren von 2004 bis 2009 ermitteln.

Präparate und DDD je Versicherungsjahr Berufstätige 2000 bis 2009

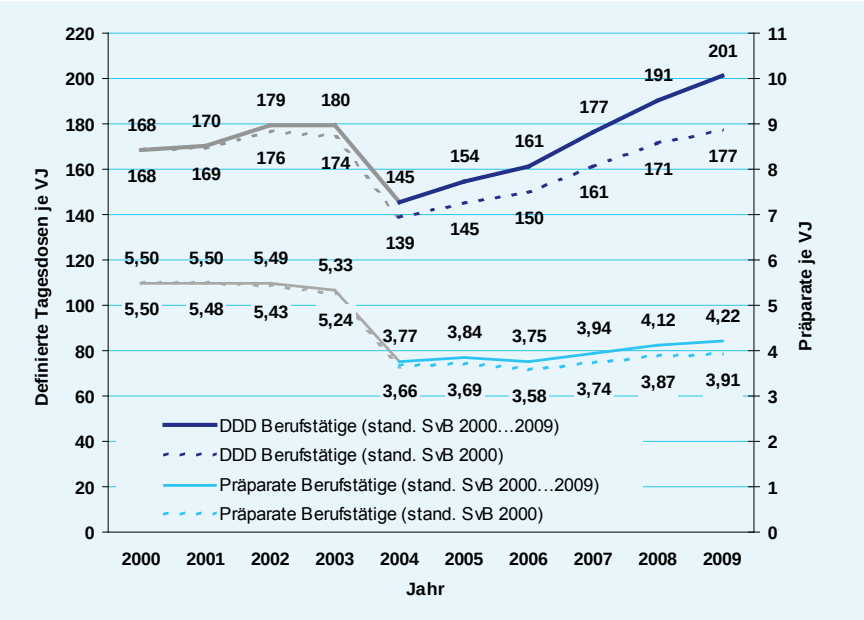


Abbildung 11 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; graue Linien bis 2004: inklusive rezeptfrei erhältliche Präparate)

Berücksichtigt man die sich verändernde Altersstruktur, findet sich bei Berufstätigen zwischen 2004 und 2009 ein Anstieg des Verordnungsvolumens um 38,6 Prozent von 145 DDD je VJ auf 201 DDD je VJ. Veränderungen der Geschlechts- und Altersstruktur innerhalb der Dekade waren damit für die zusätzliche Verordnung von etwa 24 DDD je VJ im Jahr 2009 verantwortlich. Ohne diese Veränderungen hätte das Verordnungsvolumen bei Berufstätigen nach den vorliegenden Berechnungen 2009 um 12 Prozent niedriger gelegen.

In Abbildung 12 wird der zuvor dargestellten Entwicklung des Verordnungsvolumens bei Berufstätigen die entsprechende Entwicklung bei Arbeitslosen gegenübergestellt. Zahlenangaben sind Tabelle A60 auf Seite 196 im Anhang zu entnehmen. In allen Jahren erhielten Arbeitslose, gemessen an der Zahl der definierten Tagesdosen, mehr Arzneiverordnungen als Berufstätige. Die relativen Unterschiede zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen (bei gleichartiger Altersstandardisierung) fallen dabei allerdings geringer als im Hinblick auf die gemeldeten Fehl- und Krankengeldbezugszeiten aus. Verordnungsvolumen bei den Erwerbspersonen insgesamt weichen nur gering von denen bei Berufstätigen ab.

DDD je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009

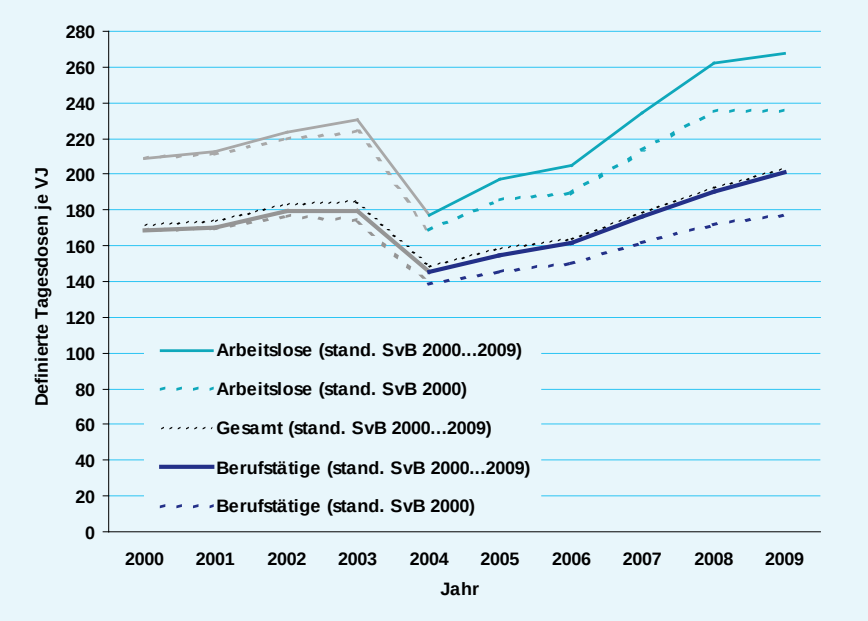


Abbildung 12 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt; graue Linien bis 2004: inklusive rezeptfrei erhältliche Präparate)

Arzneiverordnungen differenziert nach ATC-Gruppen

Vergleichbar mit der Situation bei Diagnosen existiert auch für Arzneimittel ein international verwendetes und hierarchisch aufgebautes Klassifikationssystem, das sogenannte ATC-System (vgl. Erläuterungen ab Seite 205 im Anhang). Die höchste Gliederungsebene in diesem System bilden anatomische Hauptgruppen.

Abbildung 13 zeigt die Entwicklung des Arzneimittelverordnungsvolumens bei Berufstätigen in DDD je VJ differenziert nach anatomischen Hauptgruppen des ATC unter Berücksichtigung der sich verändernden Altersstruktur zwischen 2000 und 2009. Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird ein Teil der Ergebnisse im unteren Teil der Abbildung noch einmal vergrößert dargestellt. In allen Jahren entfielen auf die hier berücksichtigten Gruppen mehr als 83 Prozent des Verordnungsvolumens, innerhalb der letzten beiden Jahre mehr als 90 Prozent. Zahlenangaben sind Tabelle A63 auf Seite 197 im Anhang zu entnehmen.

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen

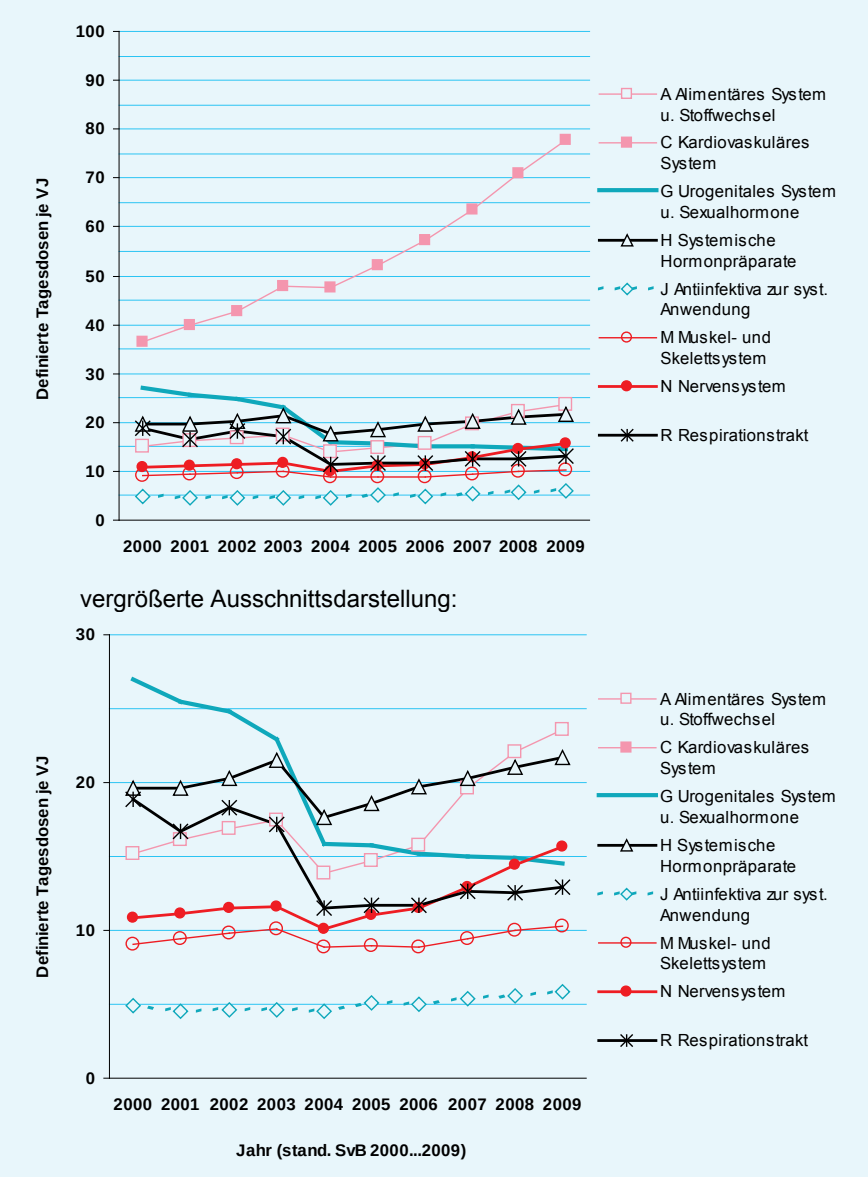


Abbildung 13 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres **– mit Effekten durch eine veränderte Altersstruktur 2000 bis 2009)**

Sehr offensichtlich ist die herausragende und nahezu stetig steigende Bedeutung von **kardiovaskulär wirksamen Arzneiverordnungen (ATC-Hauptgruppe C)** für das Verordnungsvolumen bei Berufstätigen. Während ein „durchschnittlicher Beschäftigter“ nach geschlechtsübergreifenden Berechnungen im Jahr 2000 erst 36,5 Tagesdosen entsprechender Arzneimittel verordnet bekam, waren es am Ende der Dekade 77,8 Tagesdosen.

Nur ein kleinerer Teil dieses Anstiegs lässt sich auf das zunehmende Alter der Beschäftigten zurückführen. Auch unter rechnerischer Zugrundelegung einer gleichbleibenden Altersstruktur ab dem Jahr 2000 stieg das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe von Arzneimitteln erheblich von 36,5 auf 63,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr (vgl. nachfolgende Abbildung 14 sowie Tabelle A63 auf Seite 197 im Anhang).

Das Arzneiverordnungsvolumen bei Berufstätigen wird in den letzten Jahren zunehmend und maßgeblich von kardiovaskulär wirksamen Arzneimitteln bestimmt, zu denen insbesondere auch blutdrucksenkende Medikamente zählen. Ein überwiegender Teil des Anstiegs dieser Verordnungen seit 2000, nämlich ein Anstieg um 74 Prozent, wäre dabei auch ohne Veränderung der Altersstruktur zu beobachten gewesen.
Unter Berücksichtigung des real zunehmenden Durchschnittsalters von Berufstätigen lässt sich ein innerhalb der Dekade mehr als verdoppeltes Verordnungsvolumen beziehungsweise ein Anstieg um 113 Prozent seit 2000 feststellen.
Ohne die vorrangig demografisch determinierte Veränderung der Altersstruktur von Beschäftigten seit 2000 hätte das Verordnungsvolumen an kardiovaskulär wirksamen Arzneimitteln 2009 um 18 Prozent niedriger gelegen.

Im Hinblick auf andere Arzneimittelgruppen lassen sich unterschiedliche Entwicklungen feststellen.

Verordnungen von **systemisch verabreichten Antiinfektiva (Gruppe J)** blieben relativ unbeeinflusst vom Wegfall der Erstattung rezeptfreier Arzneimittel. In der Regel handelt es sich bei Medikamenten aus dieser Gruppe um Antibiotika, die in Deutschland nicht rezeptfrei erhältlich sind und waren. Da Antibiotika zumeist nur kurzzeitig verabreicht werden, liegt ihr Verordnungsvolumen in DDD vergleichsweise niedrig. Insbesondere in den Jahren nach 2006 ist es bis 2009, unabhängig von demografischen Veränderungen, zu einem merklichen Anstieg des Verordnungsvolumens bei Berufstätigen gekommen. 2009 lag es mit 5,9 Tagesdosen je Versicherungsjahr etwa 20 Prozent höher als in der ersten Hälfte der Dekade.

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen

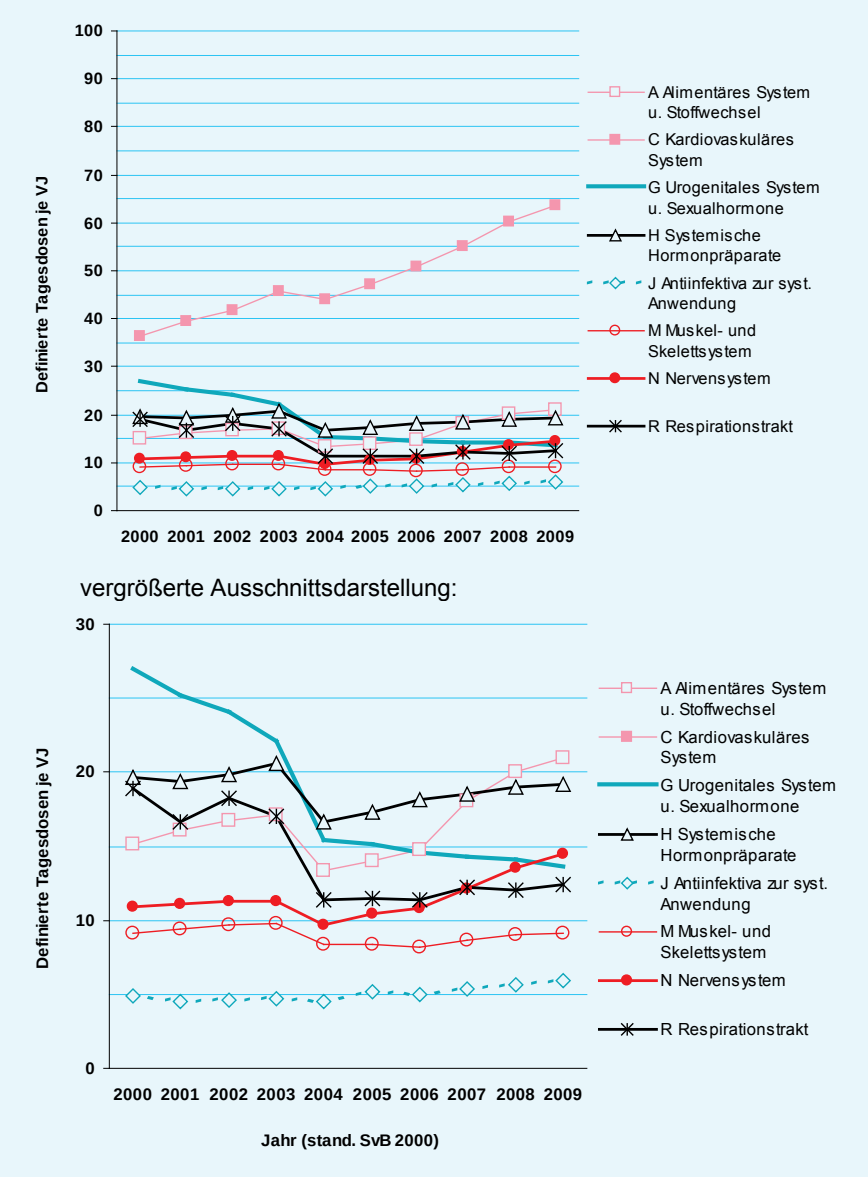


Abbildung 14 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni 2000 **– unter Annahme einer unveränderten Altersstruktur von 2000 bis 2009)**

Die erfassten Verordnungsvolumen der meisten bislang nicht genannten Arzneimittelgruppen wurden stärker durch den Wegfall der Erstattung rezeptfrei erhältlicher Arzneimittel beeinflusst. **Arzneimittel zur Behandlung des Muskel-Skelett-Systems (Gruppe M),** zu denen insbesondere entzündungs- und schmerzhemmende Medikamente zählen, wurden nach einem Tiefstand im Jahr 2006 bis 2009 in leicht zunehmendem Umfang verordnet.

Deutlich stärker stieg im selben Zeitraum bei Berufstätigen die Verordnung von **Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems (Gruppe N),** zu denen insbesondere auch Antidepressiva zählen. Altersbereinigt ergibt sich im genannten Zeitraum ein Anstieg um 33 Prozent, seit 2004 ist das Verordnungsvolumen bis 2009 um 50 Prozent gestiegen.

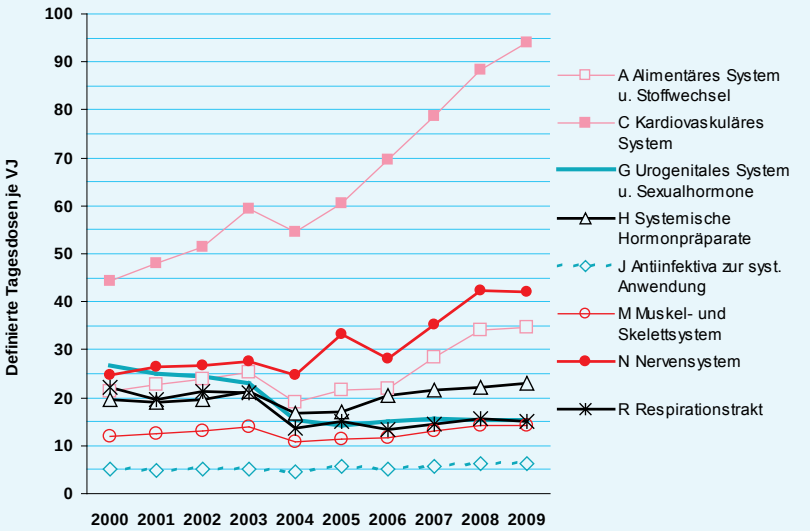
Verhältnismäßig geringe Veränderungen zeigen sich, nach dem deutlichen Rückgang 2004, bei Arzneimitteln zur Behandlung von **Atemwegserkrankungen (Gruppe R),** zu denen diverse Husten- und Erkältungspräparate, aber auch Antiasthmatika sowie bestimmte Antiallergika zählen.

Eine stetige Zunahme seit 2004 zeigt sich – besonders bei Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur – im Hinblick auf Verordnungen von **systemischen Hormonpräparaten (Gruppe H),** zu denen insbesondere Schilddrüsenmedikamente und Cortisonpräparate zählen. Bis 2009 hat ihr Verordnungsvolumen altersbereinigt um 15 Prozent, unter Berücksichtigung von Alterseffekten um 23 Prozent zugenommen.

Mit einem deutlichen Sprung von 2006 auf 2007 sind seit 2004 Verordnungen zur Behandlung des **alimentären Systems und Stoffwechsels (Gruppe A)** gestiegen, unter denen vorrangig Medikamente zur Behandlung von Magen-Darm-Problemen sowie Antidiabetika eine Rolle spielen. Altersbereinigt wurden von entsprechenden Arzneimitteln 2009 im Vergleich zu 2004 57 Prozent mehr Tagesdosen verordnet, bei Berücksichtigung von Alterseffekten lag der Anstieg sogar bei 70 Prozent.

Die einzige verordnungsrelevante ATC-Hauptgruppe mit stetig sinkenden Verordnungsvolumen innerhalb der hier betrachteten Dekade bilden **Arzneimittel zur Behandlung des urogenitalen Systems und Sexualhormone (Gruppe G).** Maßgeblich bestimmt wird das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe durch die Sexualhormone Östrogen und Gestagen, die sowohl zur Verhütung als auch im Sinne einer Hormonersatztherapie eingesetzt werden. Insbesondere durch den weiter rückläufigen Trend beim Einsatz der Hormonersatztherapie ist das Gesamtverordnungsvolumen in dieser Gruppe auch zwischen 2004 und 2009 altersbereinigt um 11 Prozent gesunken, unter Einbeziehung von Altersveränderungen bei Berufstätigen betrug der Rückgang noch 8 Prozent.

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen



vergrößerte Ausschnittsdarstellung:

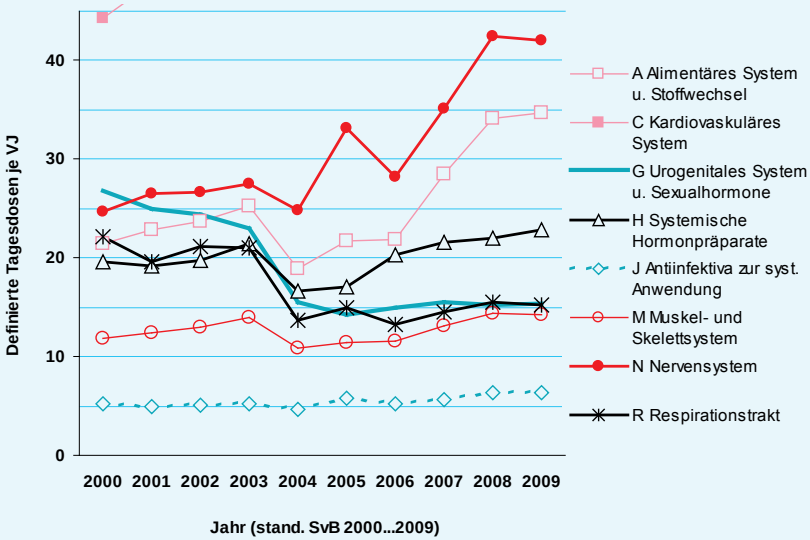


Abbildung 15 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

Abbildung 15 zeigt die Entwicklung von Arzneiverordnungen bei Arbeitslosen analog zur entsprechenden Darstellung bei Berufstätigen in Abbildung 13 auf Seite 43. Zahlenwerte sind Tabelle A64 auf Seite 198 im Anhang zu entnehmen, Tabelle A65 auf derselben Seite im Anhang beinhaltet ergänzend auch zwischen 2000 und 2009 einheitlich altersstandardisierte Ergebnisse bei Arbeitslosen.

Überwiegend finden sich bezüglich der Arzneiverordnungen bei Arbeitslosen vergleichbare Entwicklungen wie bei Berufstätigen, zumeist bewegt sich das Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen dabei auf einem mehr oder minder höheren Niveau.

Kardiovaskulär wirksame Arzneimittel wurden bei Arbeitslosen im Vergleich zu Berufstätigen, ähnlich wie Arzneimittel zur Behandlung von Atemwegserkrankungen, – nur bei diesen auf deutlich niedrigerem Niveau, im gesamten Beobachtungszeitraum in einem etwa 20 Prozent größeren Umfang verordnet. Bei Antiinfektiva liegt das Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen lediglich etwa 10 Prozent höher, noch geringer fallen die Unterschiede im Hinblick auf Sexualhormone und systemische Hormonpräparate aus. Arzneimittel zur Behandlung des Muskel-Skelett-Systems wurden demgegenüber bei Arbeitslosen, insbesondere in den letzten Jahren, in einem um etwa 40 Prozent höheren Umfang als bei Berufstätigen verordnet. Noch etwas größer fallen die Unterschiede bei Arzneimitteln zur Behandlung des alimentären Systems und Stoffwechsels aus, bei denen Unterschiede um 50 Prozent festzustellen sind.

Die mit Abstand gravierendsten Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen finden sich in allen Jahren in Bezug auf Verordnungen zur Behandlung des Nervensystems (Gruppe N), wobei die Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen im Vergleich zu denen bei Berufstätigen in einzelnen Jahren jeweils etwa doppelt bis dreimal so hoch liegen.

Sehr ausgeprägt waren diese relativen Unterschiede in den Jahren 2005 und 2008. Große Unterschiede im Jahr 2005 könnten sich dabei durch die Berücksichtigung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern ergeben haben, die erst bei den Auswertungen zu Folgejahren ausgeschlossen wurden. Große Differenzen in 2008 resultieren aus einem steilen Anstieg der Verordnungen nach 2006 und könnten auf eine verstärkte psychische Belastung bei Arbeitslosengeld-I-Empfängern hindeuten. Leicht rückläufige Verordnungen 2009 im Vergleich zum Vorjahr könnten schließlich die Folge einer größeren Zahl erst kurzfristig arbeitslos gemeldeter Personen in der Gruppe der Arbeitslosen gewesen sein, was insgesamt und vorläufig zu „durchschnittlich geringer belasteten Arbeitslosen“ geführt haben könnte.

Ausgewählte Arzneimittelverordnungen

Nachfolgend sollen ausgewählte Arzneimittelgruppen mit deutlichen Anstiegen des Verordnungsvolumens bei Berufstätigen differenzierter betrachtet werden.

Abbildung 16 zeigt die Entwicklung des Verordnungsvolumens in relevanten Subgruppen von kardiovaskulär wirksamen Medikamenten. Die fünf aufgeführten Subgruppen waren ab 2004 für 94 bis 97 Prozent und damit nahezu für das gesamte Verordnungsvolumen aus der ATC-Hauptgruppe C verantwortlich. Dargestellt werden neben Trends unter Einbeziehung von Altersveränderungen durch gestrichelte Linien jeweils auch altersbereinigte Entwicklungen unter Annahme einer gleichbleibenden Altersstruktur von Berufstätigen seit 2000. Zahlenangaben sind Tabelle A66 auf Seite 199 im Anhang zu entnehmen.

Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei Berufstätigen 2000 bis 2009

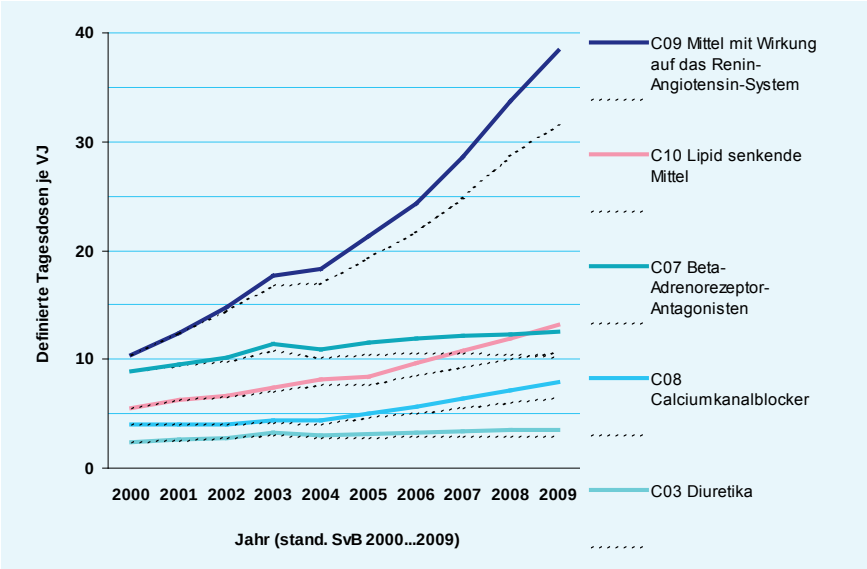


Abbildung 16 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres [durchgezogene Linien] beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000 [gestrichelte Linien]; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code)

Bei den fünf dargestellten Arzneimittelgruppen handelt es sich in vier Fällen um blutdrucksenkende Mittel im weiteren Sinne sowie um Lipidsenker, also Medikamente, die typischerweise zur Absenkung erhöhter Cholesterinwerte eingesetzt werden.

Eine große und offensichtlich stark ansteigende Bedeutung kommt Arzneimitteln aus der Gruppe C09 „Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System“ zu. Das verordnete Volumen in dieser Gruppe stieg von 10,5 Tagesdosen je VJ im Jahr 2000 nahezu um den Faktor vier auf 38,4 DDD je VJ (+ 266 Prozent) im Jahr 2009, bei den übrigen Gruppen mit blutdrucksenkender Wirkung zeigten sich demgegenüber „nur“ Zunahmen um 40 bis 98 Prozent. Altersbereinigt liegt der Zuwachs in der Gruppe C09 bei 202 Prozent.

Die Menge der verordneten Lipidsenker (Gruppe C10) stieg unter Berücksichtigung von Alterseffekten und unter Beibehaltung der bis 2008 gültigen Bemessung von definierten Tagesdosen im Zeitraum von 2000 bis 2009 um 141 Prozent von 5,5 auf 13,2 DDD je VJ. Auch altersbereinigt zeigt sich eine noch erhebliche Zunahme um 98 Prozent.

Unabhängig von Alterseffekten wurden bei Berufstätigen 2009 die dreifache Menge an Arzneimitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System sowie die doppelte Menge an Lipidsenkern wie jeweils noch im Jahr 2000 verordnet.

Verordnungen aus den hier genannten Gruppen kardiovaskulär wirksamer Arzneimittel unter Ausnahme der Diuretika betreffen Männer in merklich größerem Umfang als Frauen. Um diese sehr unterschiedlichen Verordnungsmengen in einer Abbildung sinnvoll darstellen zu können, wurde für Abbildung 17 eine halblogarithmische Darstellung gewählt, bei der zeichnerisch gleiche Abstände auf der y-Achse jeweils vergleichbare Relationen zwischen den dargestellten Mengen zum Ausdruck bringen. Zahlenangaben sind Tabelle A67 auf Seite 199 im Anhang zu entnehmen. Besonders ausgeprägt sind die dargestellten relativen geschlechtsabhängigen Verordnungsunterschiede im Hinblick auf die Lipidsenker (Gruppe C10). Verhältnismäßig kleine relative Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf das Verordnungsvolumen von Beta-Blockern (Gruppe C07), was zumindest partiell mit Potenzstörungen als einer möglichen Nebenwirkung bei der Anwendung von Beta-Blockern bei Männern zusammenhängen könnte.

Offensichtlich wird aus der Abbildung, dass das Verordnungsvolumen bei Männern und Frauen, trotz und ausgehend von unterschiedlichen Niveaus, im Laufe der dargestellten Dekade relativ gleichartige Trends nach oben zeigt.

Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009

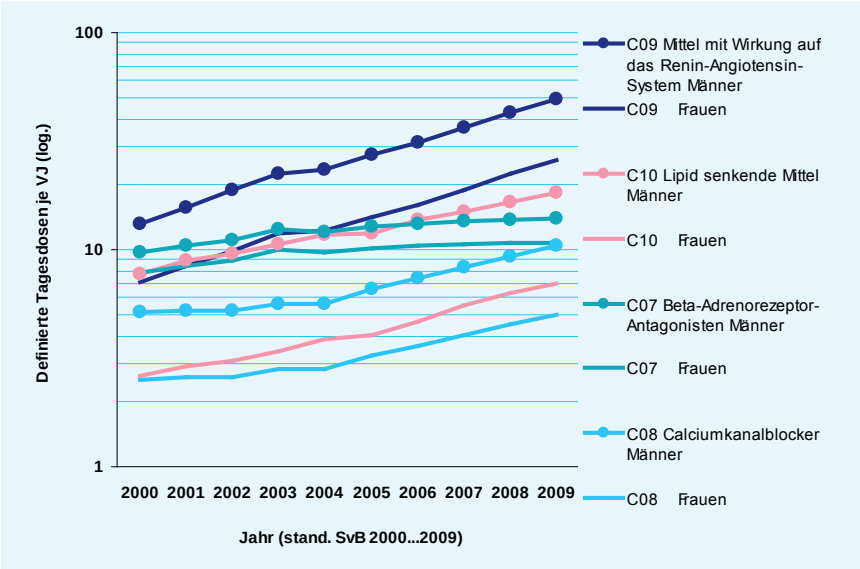


Abbildung 17 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code; halblogarithmische Darstellung; Angaben zu Männern jeweils Linien mit Punkten, bei Frauen Linien ohne Punkte)

In der nachfolgenden Abbildung 18 werden Entwicklungen von Verordnungsvolumen zu ausgewählten weiteren, und recht unterschiedlichen, Arzneimittelgruppen (auf dreistelliger ATC-Ebene, separat für berufstätige Männer und Frauen) dargestellt, für die innerhalb der betrachteten Dekade deutliche Anstiege des Verordnungsvolumens konstatiert werden können. Die zugehörigen Zahlenangaben finden sich in Tabelle A68 auf Seite 200 im Anhang.

Zwei der hier dargestellten Arzneimittelgruppen sind der ATC-Hauptgruppe A „Alimentäres System und Stoffwechsel“ zuzuordnen. Allein auf die beiden hier betrachteten Gruppen A02 und A10 entfielen 2009 bei Frauen 78 Prozent und bei Männern 88 Prozent des gesamten Verordnungsvolumens der genannten ATC-Hauptgruppe A.

Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009

Abbildung 18 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code; Angaben zu Männern jeweils Linien mit Punkten, bei Frauen Linien ohne Punkte)

Die **Gruppe A02** mit der offiziellen Bezeichnung **„Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen“** umfasste in Abrechnungsdaten 2009 vorrangig die beiden Substanzen Omeprazol (A02BC01) und Pantoprazol (A02BC02). Beide Substanzen sind sogenannte Protonenpumpenhemmer, die bei Refluxösophagitis (Sodbrennen) sowie zur Prophylaxe und Behandlung von Magen-Darm-Geschwüren verabreicht werden[10]. Entsprechende Arzneimittel wurden in allen Jahren bei männlichen Berufstätigen etwas häufiger als bei weiblichen Berufstätigen verordnet. Auffällig sind die bei beiden Geschlechtern nach 2006 deutlich ansteigenden Verordnungszahlen. Innerhalb der Dekade hat sich das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln aus der Gruppe A02 bei beiden Geschlechtern insgesamt nahezu vervierfacht.

Antidiabetika (Gruppe A10), also Arzneimittel zur Behandlung erhöhter Blutzuckerwerte, werden bei männlichen Berufstätigen in einem mehr als doppelt so großen Umfang wie bei weiblichen Berufstätigen verordnet. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen hat sich das Verordnungsvolumen innerhalb der Dekade in etwa verdoppelt.

[10] Mit Abstand folgen Ranitidin (A02BA02), Lansoprazol (A02BC03), Esomeprazol (A02BC05) und Rabeprazol (A02BC04).

Die **Gruppe N06** fasst unter der Bezeichnung **„Psychoanaleptika“** eine Reihe unterschiedlicher Psychopharmaka im weiteren Sinne zusammen. Bei Berufstätigen lassen sich nahezu alle Verordnungen aus dieser Gruppe der Subgruppe N06A **„Antidepressiva“** zuordnen. Antidepressiva werden bei Frauen etwa doppelt so häufig wie bei Männern verordnet. Innerhalb der Dekade hat das Verordnungsvolumen bei beiden Geschlechtern erheblich zugenommen. Durch den Wegfall der Erstattung rezeptfreier Arzneiverordnungen wurde der Trend der Verordnungen von Antidepressiva kaum beeinflusst. 2009 wurden bei Männern 119 Prozent, bei Frauen 96 Prozent mehr Tagesdosen als im Jahr 2000 verschrieben. Die dargestellte Zunahme unter Berufstätigen scheint sich dabei nach 2006 im Vergleich zu den Vorjahren noch etwas beschleunigt zu haben.

Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Verordnungsvolumen von Arzneimitteln aus den drei zuvor erläuterten Arzneimittelgruppen bei Arbeitslosen. Zahlenangaben finden sich in Tabelle A69 auf Seite 200 im Anhang.

Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei arbeitslosen Männern und Frauen 2000 bis 2009

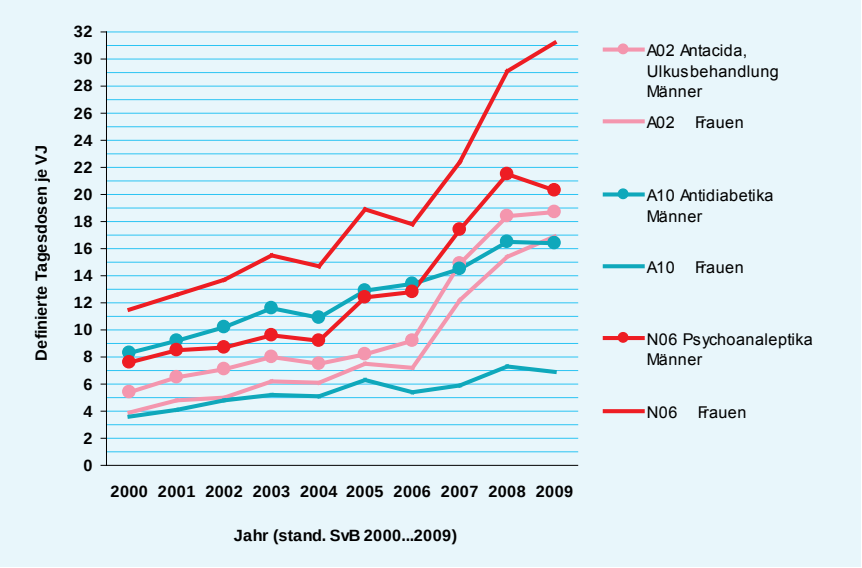


Abbildung 19 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG-I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code; Angaben zu Männern jeweils Linien mit Punkten, bei Frauen Linien ohne Punkte)

Die Verordnungstrends hinsichtlich der beiden Gruppen A02 **„Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen“** und A10 **„Antidiabetika“** entsprechen bei Arbeitslosen weitgehend denen bei Berufstätigen, wobei die Verordnungsvolumen zu allen Zeitpunkten bei Arbeitslosen etwa 50 Prozent höher als bei Berufstätigen liegen.

Erheblich größere Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen zeigen sich bei der Verordnung von **Psychoanaleptika** beziehungsweise von **Antidepressiva.**

Bei arbeitslosen Frauen wurden in der ersten Hälfte der Dekade etwa doppelt so viele Tagesdosen an Antidepressiva verordnet wie bei berufstätigen Frauen. Im Jahr 2005 waren die relativen Unterschiede, unter der auf dieses Jahr beschränkten Einbeziehung von Arbeitslosengeld-II-Empfängerinnen, merklich stärker ausgeprägt, um 2006, nach Beschränkung der Auswertungen auf Arbeitslosengeld-I-Empfängerinnen, wieder abzusinken. Nach 2006 vergrößerten sich die relativen Unterschiede erneut. Im Jahr 2008 erhielten arbeitslose Frauen mit 29,1 DDD je VJ schließlich 2,64-mal so viele Tagesdosen Psychoanaleptika wie berufstätige Frauen mit 11,0 DDD je VJ. 2009 stieg das Verordnungsvolumen bei arbeitslosen Frauen weiter auf 31,2 DDD je VJ. Durch den deutlichen Anstieg der Verordnungen auch bei berufstätigen Frauen auf 12,1 DDD je VJ waren die relativen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen 2009 etwas schwächer ausgeprägt.

Noch deutlicher als bei Frauen sind die relativen Verordnungsunterschiede von Antidepressiva zwischen arbeitslosen und berufstätigen Männern. Bereits in der ersten Hälfte der Dekade wurden bei arbeitslosen Männern etwa 2,5-mal so viele Tagesdosen Antidepressiva wie bei berufstätigen Männern verordnet. Im Jahr 2008 erhielten arbeitslose Männer mit 21,5 DDD je VJ schließlich 3,53-mal so viele Tagesdosen wie berufstätige Männer mit 6,1 DDD je VJ. 2009 sank das durchschnittliche Verordnungsvolumen bei arbeitslosen Männern leicht auf 20,3 DDD je VJ, bei berufstätigen Männern stieg es demgegenüber von 6,1 auf 6,9 DDD je VJ.

Erwerbspersonen in der TK

Insgesamt waren in der Techniker Krankenkasse (TK) Ende 2009 7,3 Millionen Personen versichert. Von diesen Personen waren 5,1 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 2009 waren in der TK durchschnittlich 3,40 Millionen Erwerbspersonen in diesem Sinne versichert, darunter 3,38 Millionen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Auswertungen des Gesundheitsreports zu einzelnen Jahren beziehen sich jeweils auf diese Altersgruppen.

Die erhebliche Zunahme der Versichertenzahlen in der TK gegenüber 2008 von seinerzeit 2,76 Millionen Erwerbspersonen resultiert maßgeblich aus der Fusion der TK mit der IKK-direkt. Allerdings lässt sich 2009 auch unabhängig von der Fusion ein Anstieg der in der TK versicherten Erwerbspersonen auf 2,86 Millionen feststellen, darunter 2,84 Millionen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Ein entsprechend gekennzeichneter Teil der Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreports berücksichtigt bei Angaben zum Jahr 2009 ausschließlich Erwerbspersonen mit ursprünglicher Versicherung bei der TK, um Verzerrungen von dargestellten Trends durch die fusionsbedingten Veränderungen der TK-Versichertenstruktur abzuschätzen beziehungsweise zu vermeiden, die ausschließlich eine TK-spezifische Entwicklung widerspiegeln würden.

Berichtet werden im Gesundheitsreport Ergebnisse zu Daten aus insgesamt zehn Kalenderjahren von 2000 bis 2009. Einen Schwerpunkt der Darstellungen bilden Ergebnisse zum Jahr 2009, die sich regelmäßig auf die aktuelle Gesamtpopulation der Erwerbspersonen in der TK unter Einbeziehung der vormals bei der IKK-direkt versicherten Personen beziehen.

Berufstätige Mitglieder der TK stellen nach Gegenüberstellungen mit vorläufigen Beschäftigtenzahlen der Bundesagentur für Arbeit von Januar bis zum November des Jahres 2009 einen Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland von ca. 11,9 Prozent.

Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter

Abbildung 20 zeigt die Verteilung der Versicherungszeiten von Erwerbspersonen in der TK im Jahr 2009 nach Geschlecht und Alter zwischen 15 und 64 Jahren. 56 Prozent der Versicherungszeiten entfallen auf Männer, 44 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.

Durch die Fusion mit der IKK-direkt hat sich 2009 insbesondere die Zahl der 25- bis 49-jährigen Erwerbspersonen gegenüber dem Vorjahr erhöht, womit jüngere Altersgruppen anteilig jetzt etwas stärker als im Vorjahr in der betrachteten Population vertreten sind.

Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht 2009

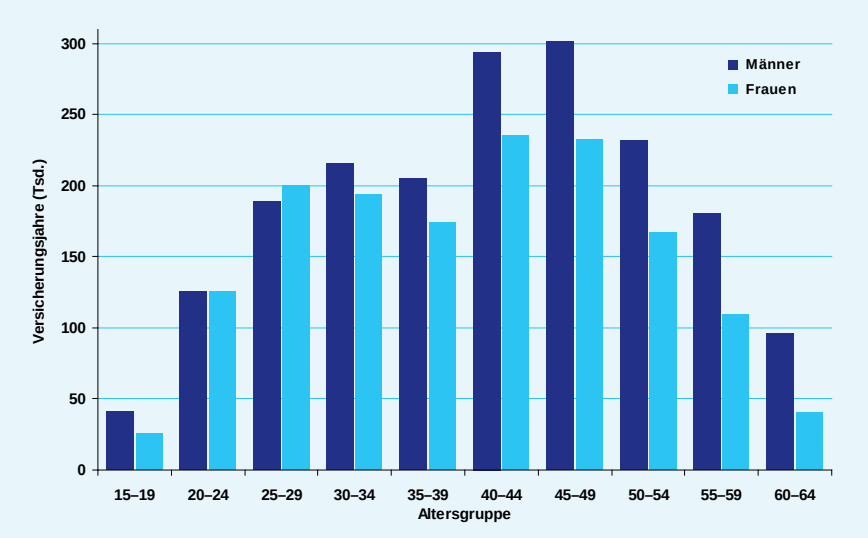


Abbildung 20

Abbildung 21 zeigt eine Gegenüberstellung der Altersverteilung von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der TK 2009 sowie in Deutschland insgesamt. In beiden Populationen finden sich die am stärksten besetzten Jahrgänge in den Altersgruppen von 40 bis 49 Jahren. Diese Altersverteilung ist als Folge der allgemeinen demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik anzusehen: Personen der genannten Altersgruppen 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 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 2009 vs. Deutschland

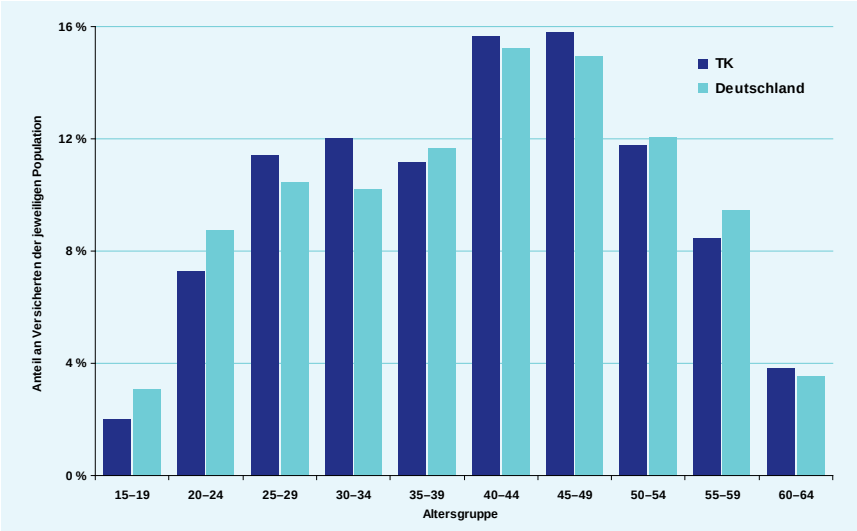


Abbildung 21 (Jahresmittel TK 2009 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu März und Juni 2009)

Vergleicht man die Altersverteilung der TK-Erwerbstätigen mit der von Erwerbstätigen in der Bundesrepublik, fällt bezüglich der TK-Population die relative Unterbesetzung der jüngsten Altersgruppen bei einigen verhältnismäßig stark besetzten jungen und mittleren Jahrgängen auf. Weiterhin finden sich in der TK-Population relativ viele Erwerbstätige im Alter zwischen 60 und 64 Jahren. Durch die Fusion mit der IKK-direkt hat in der TK im Vergleich zum Vorjahr insbesondere die anteilige Bedeutung von Erwerbspersonen im jüngeren Erwachsenenalter zugenommen.

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 1 ist die anteilige Verteilung von Erwerbspersonen in der TK nach ihrem Wohnort in Bundesländern im Jahr 2009 aufgelistet.

In Berlin wohnten 6,4 Prozent aller TK-Erwerbspersonen, in den alten Bundesländern (ohne Berlin) 82,5 Prozent und in den neuen Bundesländern 10,8 Prozent. Einen Wohnsitz im Ausland hatten 0,3 Prozent der Erwerbstätigen. Im kleinsten Bundesland Bremen waren 0,7 Prozent aller TK-Erwerbspersonen wohnhaft, im einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen mit 25,0 Prozent etwa ein Viertel aller TK-Erwerbspersonen.

Die zuvor aufgeführte Verteilung der Erwerbspersonen in der TK auf Bundesländer folgt in groben Zügen der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik. Allerdings variiert der Anteil von TK-Versicherten in den einzelnen Bundesländern. Legt man vorläufige durchschnittliche Angaben der Bundesagentur für Arbeit von Januar bis November 2009 als bevölkerungsbezogene Referenzwerte zugrunde, lassen sich für das Jahr 2009 für die Subgruppe der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten TK-Anteile zwischen 5,2 und 18,7 Prozent errechnen (vgl. Abbildung 22 auf Seite 60). Dabei beträgt der TK-Anteil in den alten Bundesländern (ohne Berlin) insgesamt 12,2 Prozent, in den neuen Bundesländern liegt er bei 8,5 Prozent. Der höchste TK-Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich mit 18,7 Prozent für Berlin. In diesem Bundesland war fast jeder fünfte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahr 2009 bei der TK versichert. Bei einem TK-Anteil von 5,2 Prozent war demgegenüber in Sachsen nur etwa jeder 20. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei der TK versichert.

Verteilung der TK-versicherten Erwerbspersonen auf Bundesländer 2009

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

Tabelle 1 (anteilige Verteilung nach Wohnort)

Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2009

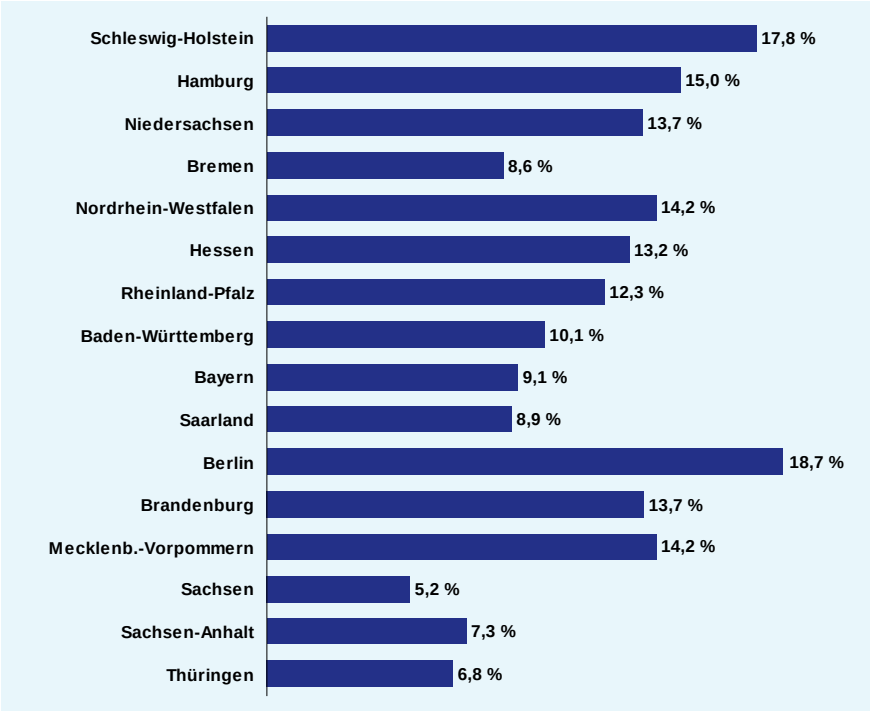


Abbildung 22 (Jahresmittel TK 2009 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland im Jahr 2009 [bis November nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, Stand Februar 2010])

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit insgesamt

Für die Auswertungen des Gesundheitsreports wurden insgesamt mehr als 23 Millionen AU-Fälle mit mehr als 306 Millionen dokumentierten Fehltagen aus den Jahren 2000 bis 2009 berücksichtigt, darunter 3,40 Millionen Fälle mit Beginn im Jahr 2009. Allein in diesem Kalenderjahr wurden unter Erwerbspersonen in der TK 43 Millionen erkrankungsbedingte Fehltage erfasst. Tabelle 2 unten gibt einen ersten Überblick zu Arbeitsunfähigkeiten bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2008 sowie 2009. Nicht standardisierte („rohe“) Werte sind ergänzend in Tabelle A1 auf Seite 146 im Anhang verzeichnet. Tabelle A2 auf derselben Seite des Anhangs liefert zudem standardisierte Angaben, die sich bei einer Beschränkung der Auswertungen 2009 auf ursprüngliche Versicherte der TK ergeben.

Aus den zunächst in der nachfolgenden Tabelle angegebenen AU-Quoten folgt, dass unter den Erwerbspersonen in der TK 51,0 Prozent aller Frauen und 44,6 Prozent der Männer innerhalb des Jahres 2009 von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren. Damit stieg 2009 der Anteil der von mindestens einer Krankschreibung betroffenen männlichen und weiblichen Erwerbspersonen um etwa zwei Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr. Bereits in den vorausgehenden beiden Jahren war es zu einem vergleichbaren Anstieg gekommen. Bei erneut gestiegenen Fallzahlen waren weibliche Erwerbspersonen 2009 im Durchschnitt 1,15-mal innerhalb eines Versicherungsjahrs (VJ) und Männer durchschnittlich 0,93-mal je VJ arbeitsunfähig gemeldet. Nach altersstandardisierten Berechnungen ergeben sich für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen im Jahr 2009 durchschnittlich 12,11 Fehltage je Versicherungsjahr (vgl. auch Abbildung 23).

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2008 sowie 2009

	2008			2009		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Quote	42,5 %	48,6 %	45,0 %	44,6 %	51,0 %	47,3 %
AU-Fälle je VJ	0,88	1,09	0,97	0,93	1,15	1,02
AU-Tage je VJ	10,3	12,6	11,2	11,2	13,4	12,1
Krankenstand	2,82 %	3,45 %	3,08 %	3,07 %	3,68 %	3,32 %
AU-Tage je Fall	11,6	11,6	11,6	12,0	11,6	11,9

Tabelle 2 (standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2009 nach Geschlecht

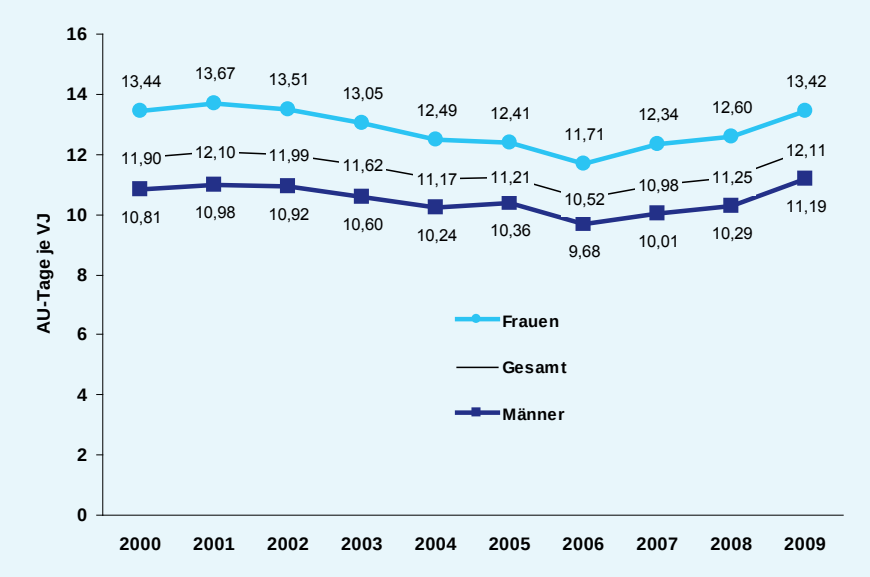


Abbildung 23 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Seit 2006 sind die erfassten Fehlzeiten demnach kontinuierlich gestiegen. Die aktuell ermittelten Fehlzeiten von durchschnittlich 12,11 gemeldeten AU-Tagen im Jahr 2009 bilden den höchsten seit 2000 für Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK insgesamt berechneten Wert. Im Vergleich zum Vorjahr liegen die Fehlzeiten 2009 um 7,7 Prozent höher.

Allerdings resultiert ein Teil des dargestellten Anstiegs der Fehlzeiten im Jahr 2009 aus den höheren altersspezifischen Fehlzeiten unter den hier erstmals berücksichtigten Versicherten, die zuvor bei der IKK-direkt versichert waren. Unter Vernachlässigung dieses Personenkreises, also bei einer Beschränkung auf ursprüngliche TK-Versicherte, ergeben sich für 2009 lediglich 11,93 Fehltage je Erwerbsperson (vgl. auch Tabelle A2 auf Seite 146), wobei dieser Wert dann noch unter den für 2001 und 2002 ermittelten Fehlzeiten liegt und somit kein „Allzeithoch“ markiert.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2009 nach altersstandardisierten Auswertungen deutlich um 7,7 Prozent angestiegen. Ein Fünftel dieses Anstiegs resultiert dabei jedoch aus einer fusionsbedingt veränderten Versichertenstruktur der TK. Unter den ursprünglich bei der TK versicherten Erwerbspersonen zeigt sich ein Anstieg der Fehlzeiten um 6,0 Prozent.

Aus den Fehlzeiten in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen von 12,11 Tagen pro Jahr lässt sich für 2009 ein Krankenstand von 3,32 Prozent errechnen. Während dabei Männer durchschnittlich 3,07 Prozent der Tage des Jahres krankgeschrieben waren, lag der Krankenstand bei den Frauen im Jahr 2009 bei 3,68 Prozent. Bei ausschließlicher Berücksichtigung von ursprünglich TK-versicherten Erwerbspersonen ergibt sich 2009 geschlechtsübergreifend ein Krankenstand von 3,27 Prozent. 2008 hatte er bei 3,08 Prozent gelegen.

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 hier präsentierten Zahlen lediglich auf Stichtagswerten 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 beziehungsweise 2,97 Prozent (standardisiert), die sich bei einer Beschränkung auf Pflichtversicherte (wie in der BMG-Statistik) nach standardisierten Auswertungen auf 3,08 Prozent, 3,10 Prozent, 3,17 Prozent beziehungsweise 3,24 Prozent erhöhen.

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, 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, in 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 (vgl. ausgefüllte Kreise in der Abbildung), und repräsentieren damit bei jeder Jahresauswertung regelmäßig unterdurchschnittliche Werte.

Krankenstände an einzelnen Kalendertagen 2009

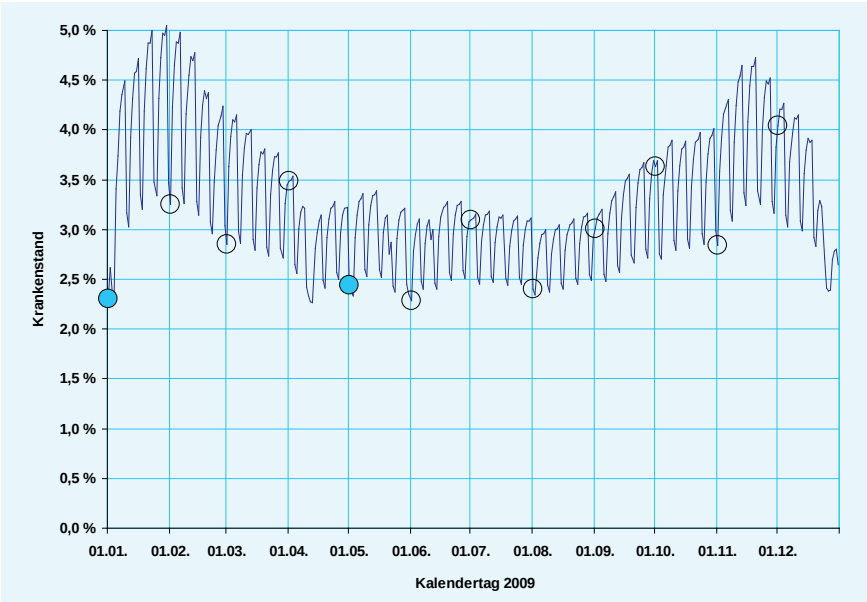


Abbildung 24 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; Kreise kennzeichnen Werte zu Monatsbeginn)

Bei Auswertung der Statistik im Sinne einer Zeitreihe über mehrere Jahre noch problematischer sind die Werte zu den übrigen Monatsersten (vgl. offene 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, was zu falschen Trendeinschätzungen führen kann.

In den vorliegenden Ergebnissen zum Jahr 2009 ergeben sich Auffälligkeiten hinsichtlich der Lage von Stichtagen vorrangig in der ersten Jahreshälfte. Fünf der ersten sechs Stichtagsergebnisse entfielen 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. Wären, wie in anderen Kalenderjahren möglich, der 1. Februar und 1. März des Jahres 2009 auf reguläre Arbeitstage gefallen, wären allein durch diesen Umstand deutlich höhere Krankenstände an den entsprechenden Stichtagen ermittelt worden. Insbesondere kurzfristige Trends sollten aus den Stichtagsstatistiken nur sehr zurückhaltend und erst nach Überprüfung der kalendarischen Lage der berücksichtigten Stichtage abgeleitet 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 25 verdeutlicht diesen Zusammenhang auf der Basis von Daten der TK zum Jahr 2009, entsprechende Zahlenangaben für das Jahr 2008 finden sich in Tabelle A3 auf Seite 146 im Anhang.

Mehr als ein Drittel aller AU-Meldungen dauerten weniger als vier Tage. Mit 67,1 Prozent erstreckten sich insgesamt mehr als zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle über maximal eine Woche. Diesen Fällen sind allerdings lediglich knapp 19 Prozent der gesamten gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen. Demgegenüber entfallen auf die nur 4,5 Prozent der Krankmeldungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen noch fast die Hälfte der gemeldeten Fehlzeiten.

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2009

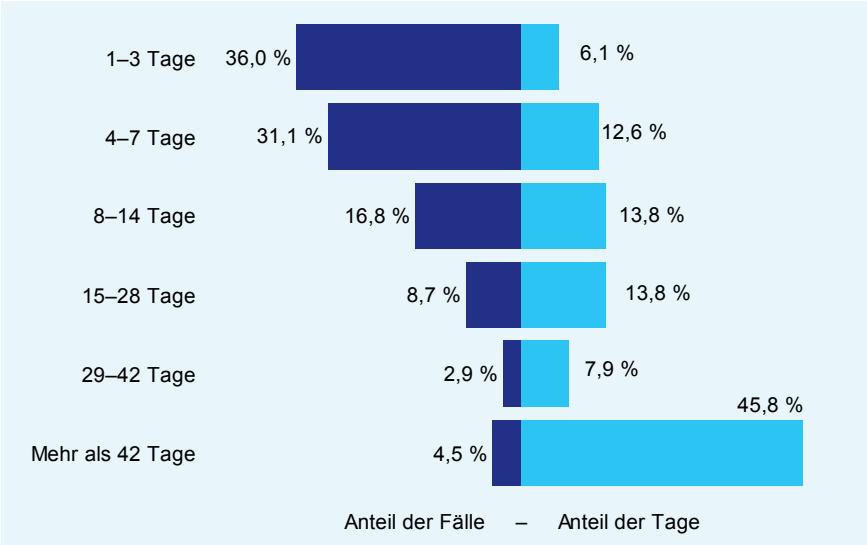


Abbildung 25 (Erwerbspersonen TK)

Bedingt durch die nicht einheitliche Meldeverpflichtung können AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen in Daten von Krankenkassen nur lückenhaft erfasst sein. Insofern dürften Angaben zu Fallzahlen des AU-Meldegeschehens auf der Basis von Krankenkassendaten immer eine Unterschätzung der „wahren“ Häufigkeit von entsprechenden Ereignissen darstellen. Da die

Summe der erfassten Fehlzeiten jedoch maßgeblich durch längerfristige Krankmeldungen bestimmt wird, dürften die nach Kassendaten errechneten Krankenstände durch die Untererfassung von nur kurz dauernden AU-Fällen recht wenig beeinflusst werden.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeiten variieren in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen. Jüngere Erwerbspersonen werden mit durchschnittlich etwa zwei AU-Fällen je Versicherungsjahr verhältnismäßig häufig krankgeschrieben. Nach Vollendung des 25. Lebensjahres finden sich nur noch etwa halb so viele Krankschreibungen (vgl. Abbildung 26). 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 27).

Insgesamt resultieren aus Fallhäufigkeit und Dauer verhältnismäßig lange Fehlzeiten beziehungsweise hohe Krankenstände insbesondere in den Altersgruppen ab 55 Jahren (vgl. Abbildung 28). Zahlenangaben zu den Abbildungen finden sich in den Tabelle A4 ff. ab Seite 147 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 2009

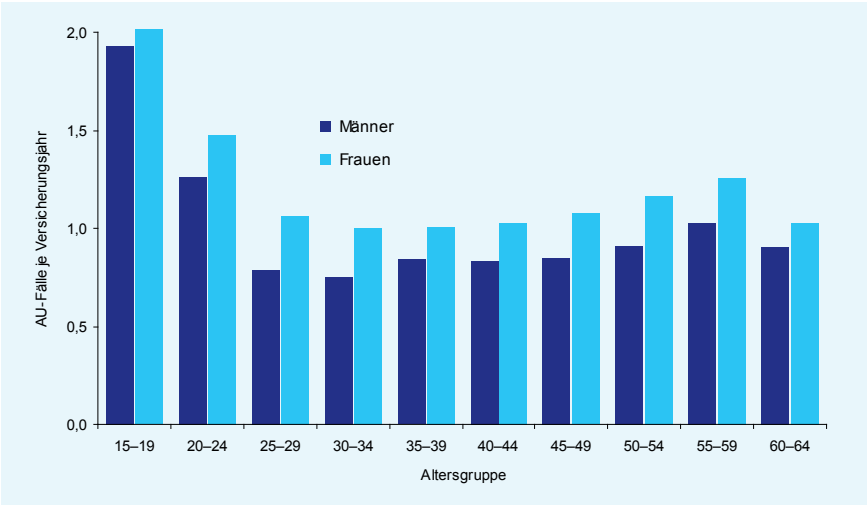


Abbildung 26 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2009

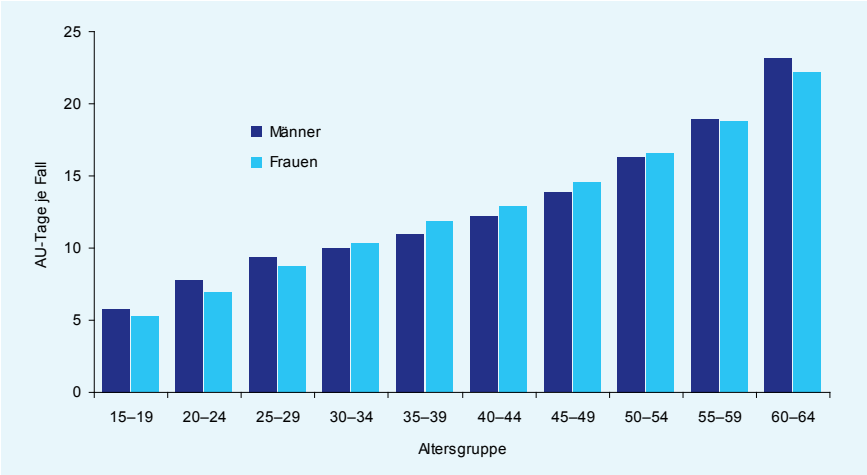


Abbildung 27 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009

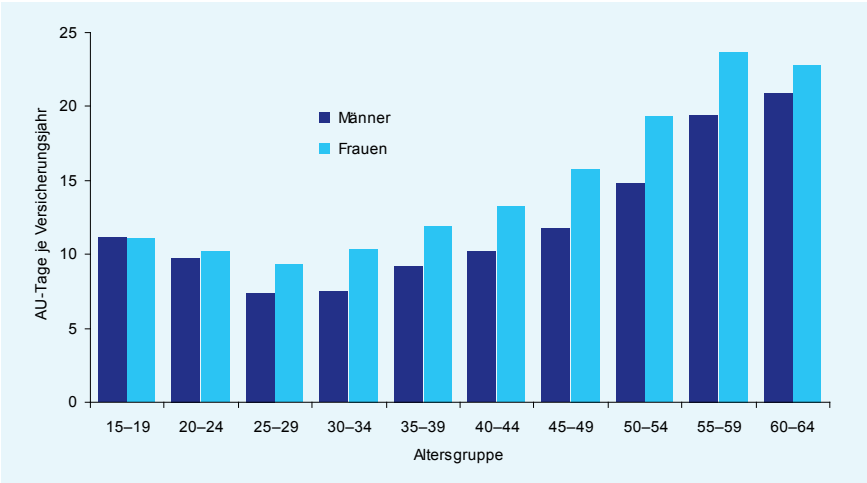


Abbildung 28 (Erwerbspersonen TK)

Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern

Abbildung 29 zeigt das AU-Meldegeschehen bei Erwerbspersonen der TK in den 16 Bundesländern für das Jahr 2009. Diese sowie weitere Zahlenwerte auch für das Jahr 2008 finden sich in Tabelle A8 ff. ab Seite 149 im Anhang.

AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2009

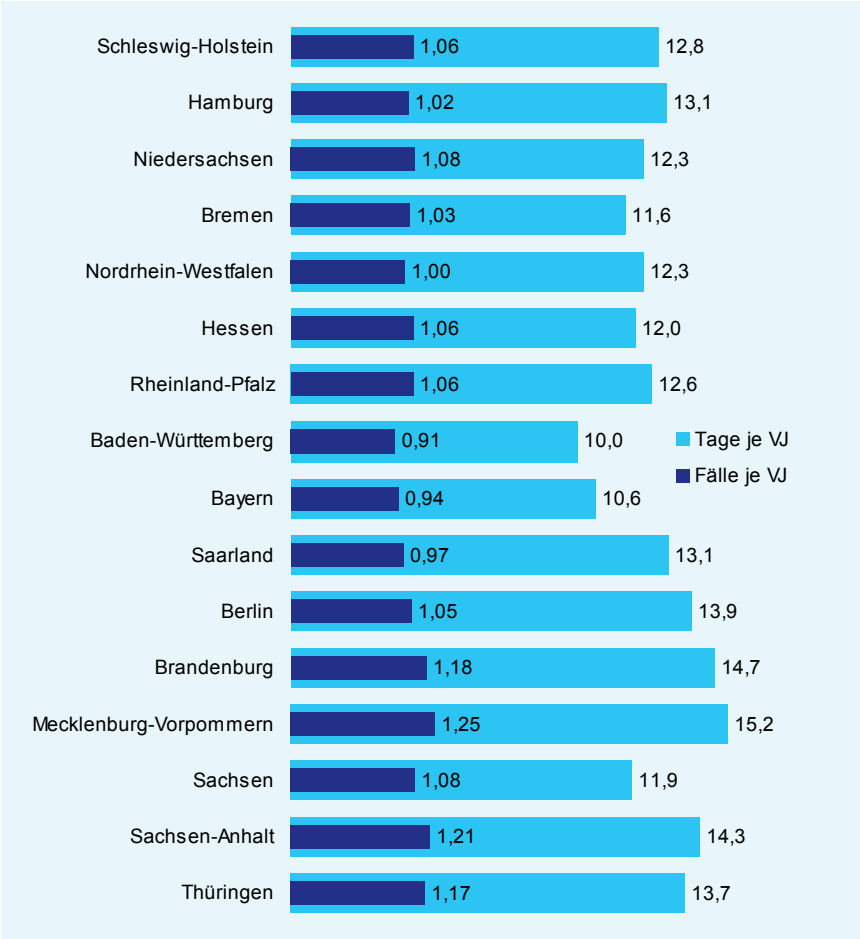


Abbildung 29 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für AU-Fall- beziehungsweise AU-Tagesangaben)

Das AU-Meldegeschehen zeigt weiterhin bundeslandabhängig merkliche Unterschiede. Die geringsten Krankschreibungshäufigkeiten (dunkle Balken in der Abbildung) wiesen wie in den Vorjahren auch 2009 mit durchschnittlich 0,91 Fällen je Versicherungsjahr Erwerbspersonen der TK aus Baden-

Württemberg auf. Demgegenüber waren Erwerbspersonen aus Mecklenburg-Vorpommern mit 1,25 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 2009 durchschnittlich zehn Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2009 durchschnittlich 15,2 gemeldete Krankheitsfehltage. Auch für Brandenburg und Sachsen-Anhalt finden sich im Jahr 2009 unter den TK-Mitgliedern mit mehr als 14 Tagen je Versicherungsjahr verhältnismäßig hohe Fehlzeiten. Berlin belegt – gemessen an der Höhe der Fehlzeiten auf Bundeslandebene – im Jahr 2009 nur noch den vierten Rang.

Gegenüber dem Vorjahr ist es in allen Bundesländern zu einem Anstieg der Fehlzeiten gekommen. Auch die Fallzahlen sind, wie bereits im vergangenen Jahr, ausnahmslos angestiegen. Verhältnismäßig geringe Anstiege von Fallzahlen und Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr waren 2009 für das Saarland zu verzeichnen. Merklich über dem Durchschnitt lagen die relativen Anstiege der Fehlzeiten in den neuen Bundesländern unter Ausnahme Thüringens (vgl. auch Tabelle A10 auf Seite 151 im Anhang).

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

Insbesondere die Rangfolge der Bundesländer nach Fehlzeiten erscheint über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 2000, abgesehen von einigen Ausnahmen, verhältnismäßig konstant (vgl. Abbildung 30). Zu den Ausnahmen zählt zweifellos Berlin. Während im Jahr 2000 in diesem Bundesland noch mit Abstand die höchsten Fehlzeiten ermittelt wurden, belegt es zwischenzeitlich, wie bereits erwähnt, nur noch den vierten Rang der bundeslandspezifischen Fehlzeitenstatistik.

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2009

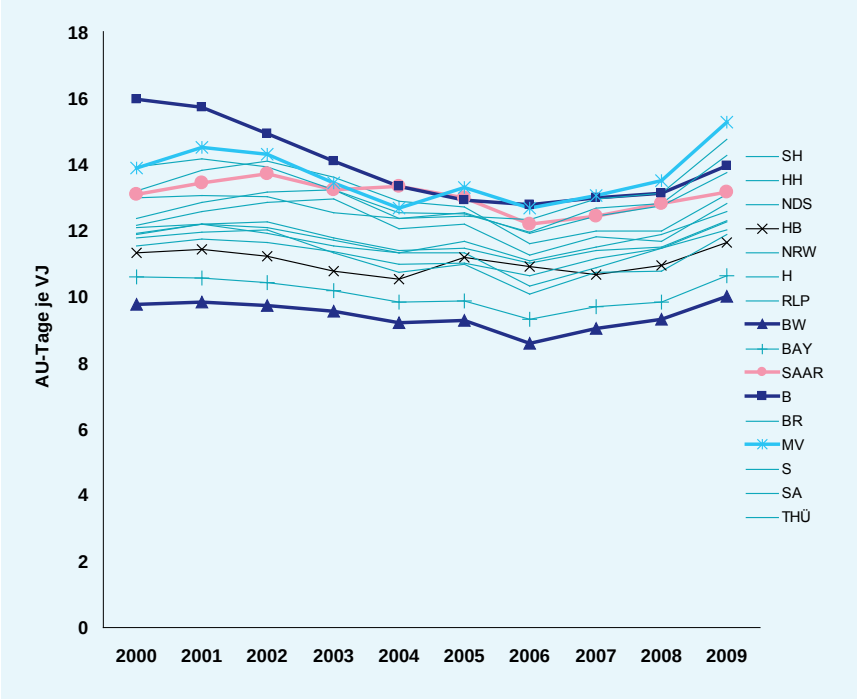


Abbildung 30 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

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 31 zeigt die Häufigkeit von AU-Fällen nach Diagnosekapiteln für Erwerbstätige der TK im Jahr 2009. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden dabei einige Diagnosekapitel zusammengefasst oder bei sehr seltener Nennung gänzlich ausgelassen. Auf die hier dargestellten Kapitel entfallen mit 98 Prozent allerdings nahezu alle der erfassten Erkrankungsereignisse. Zahlenangaben inklusive der Werte für das Jahr 2008 sind der Tabelle A12 auf Seite 153 im Anhang zu entnehmen.

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

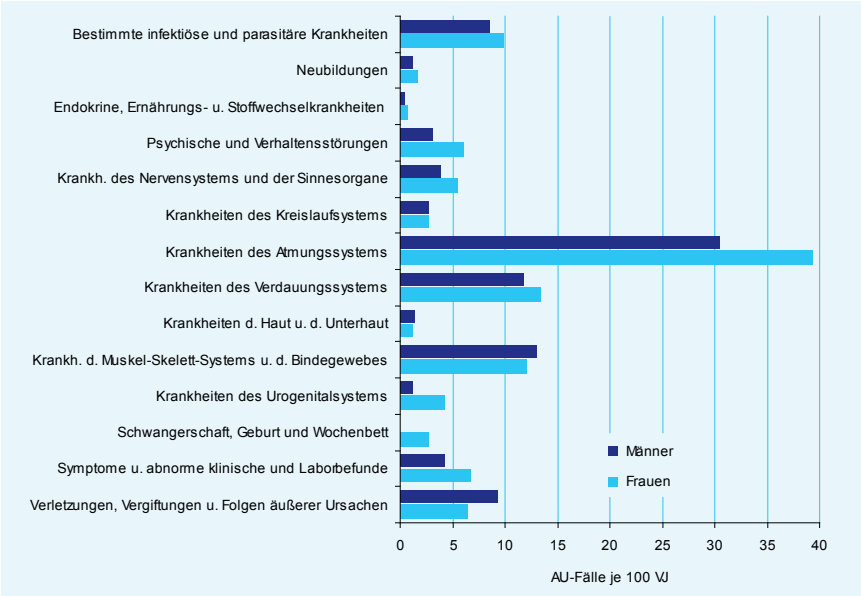


Abbildung 31 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Die mit Abstand häufigste Ursache von Krankschreibungen bilden traditionell Krankheiten des Atmungssystems, wobei es 2009 gegenüber dem Vorjahr wie schon 2007 und 2008 zu einem Anstieg der Fallzahlen gekommen ist (vgl. Tabelle A12 auf Seite 153 im Anhang). Frauen sind merklich häufiger als Männer

betroffen: Innerhalb von 100 Versicherungsjahren wurden 2009 (in Klammern: 2008) durchschnittlich unter Frauen 39 (35) und unter Männern 30 (27) 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 32 zeigt die durchschnittliche Dauer von AU-Fällen in den einzelnen Diagnosekapiteln (vgl. auch Tabelle A13 auf Seite 154 im Anhang).

AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

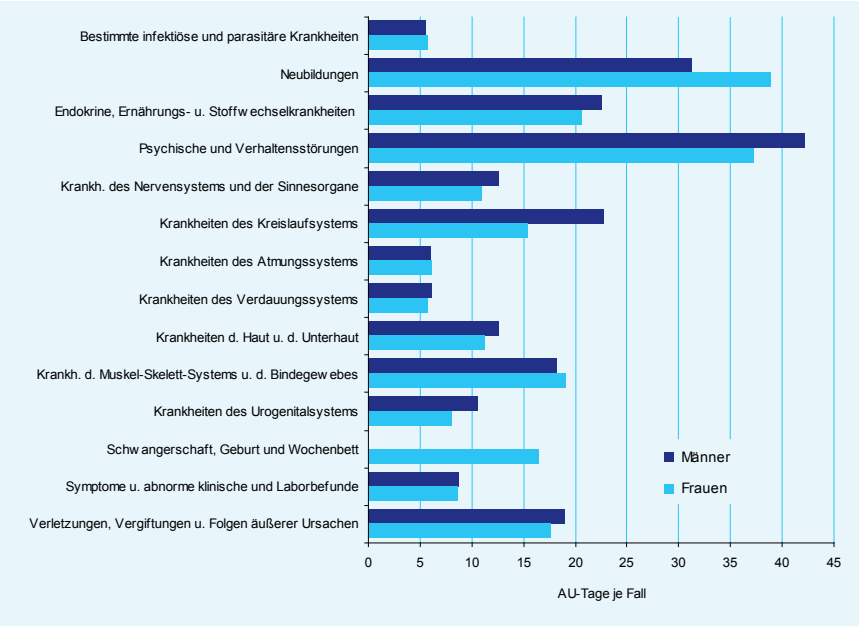


Abbildung 32 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Ausgesprochen lang dauerten Arbeitsunfähigkeiten mit durchschnittlich 31 Tagen (Männer) beziehungsweise 39 Tagen (Frauen) aufgrund der seltenen Diagnose einer Neubildung. Eine vergleichbare fallbezogene Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigt sich sonst nur bei Diagnosen von psychischen Störungen, die bei Männern und Frauen 2009 zu Krankschreibungen über fallbezogen durchschnittlich 42 beziehungsweise 37 Tage führten. Mit ca. sechs Tagen bei beiden Geschlechtern recht kurz war demgegenüber die durchschnittliche fallbezogene Krankschreibungsdauer bei den häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems. Eine vergleichbar kurze fallbezogene Krankschreibungsdauer zeigt sich auch bei Infektionskrankheiten sowie bei Krankheiten des Ver-

dauungssystems. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der fallbezogenen Dauer zeigen sich bei Krankheiten des Kreislaufsystems: Während eine Erkrankung in diesem Kapitel im Jahr 2009 unter Frauen zu einer Arbeitsunfähigkeit von 15 Tagen führte, waren Männer in entsprechenden Fällen im Mittel 23 Tage krankgeschrieben.

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

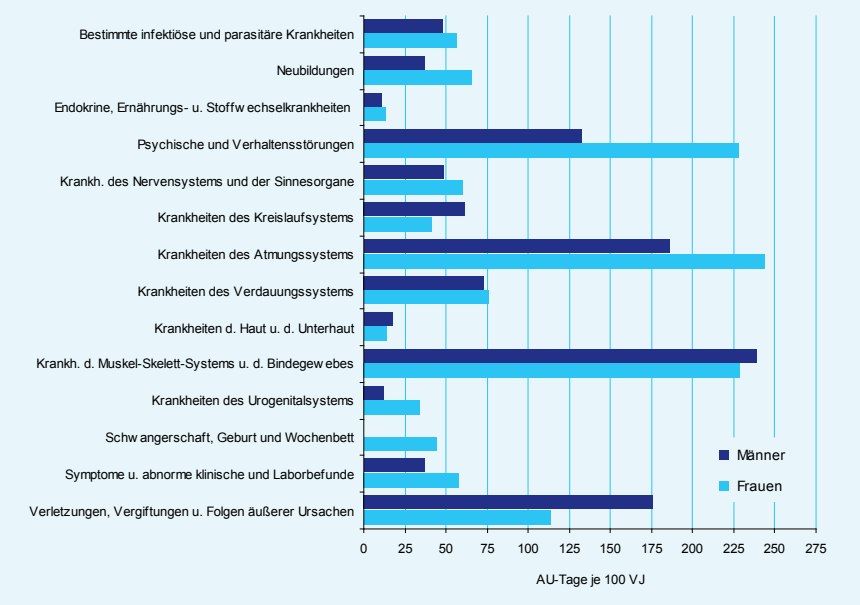


Abbildung 33 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Abbildung 33 zeigt als Produkt aus AU-Häufigkeit und fallbezogener Krankschreibungsdauer den wohl für viele Betrachtungen wesentlichen Parameter des AU-Meldegeschehens: Angegeben wird die durchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeit, bezogen auf 100 Versicherungsjahre, bei Erwerbspersonen der TK im Jahr 2009.

Die meisten Krankheitsfehltage entfielen geschlechtsübergreifend im Jahr 2009 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 155 im Anhang). Unter entsprechenden Diagnosen wurden 2009 unter Männern und unter Frauen 238 beziehungsweise 228 Fehltage in 100 Versicherungsjahren erfasst. Dies bedeutet anders ausgedrückt, dass eine durchschnittliche Erwerbsperson in der TK innerhalb des Jahres 2009 (bei 365 Versicherungstagen) im Mittel weiterhin mehr als zwei Tage

wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparats krankgeschrieben war. Ergänzende Auswertungen zu diesem Erkrankungsbereich finden sich am Ende des Kapitels zu Arbeitsunfähigkeiten unter der Überschrift „Rückenbeschwerden“ ab Seite 95.

Bei Männern folgen nach den „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ in absteigender Reihenfolge in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand die Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems“, „Verletzungen“ sowie „Psychische Störungen“. Bei weiblichen Erwerbspersonen führten „Krankheiten des Atmungssystems“ zu höheren Fehlzeiten als „Krankheiten des Bewegungsapparates“ und „Psychische Störungen“ zu annähernd identischen Fehlzeiten. Es folgen in der Bedeutung an vierter Stelle mit einigem Abstand schließlich „Verletzungen“, die bei Frauen zu deutlich weniger Fehltagen als bei Männern führten.

Veränderungen der Fehlzeiten 2009 vs. 2008 nach Diagnosekapiteln

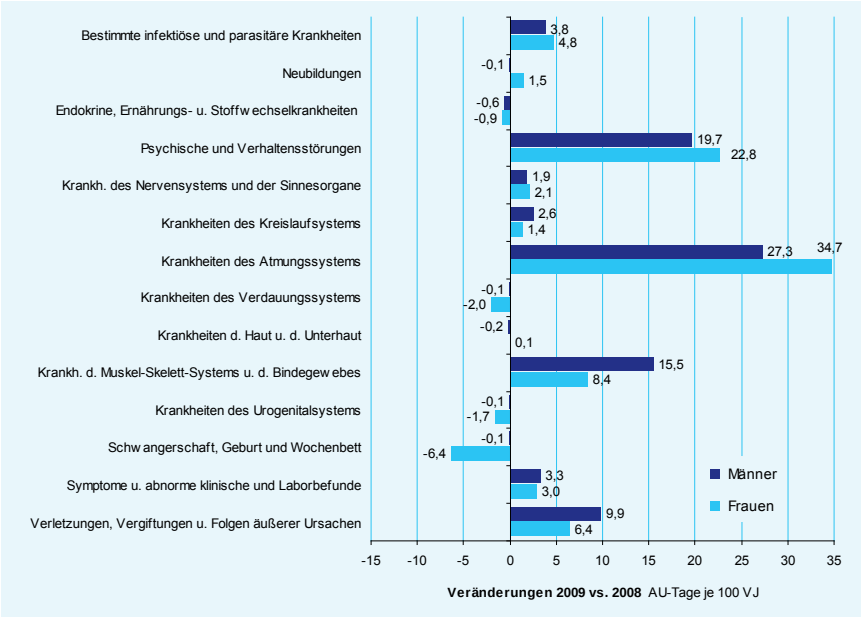


Abbildung 34 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2008, 2009)

Die Veränderungen der Fehlzeiten in einzelnen Diagnosekapiteln von 2008 auf 2009 zeigt Abbildung 34. Während von 2005 auf 2006 Fehlzeiten im Hinblick auf Atemwegserkrankungen deutlich abgenommen hatten, zeigte sich nach 2006 eine Zunahme der Fehlzeiten mit Atemwegskrankheiten, die sich auch 2009 mit einem deutlichen Anstieg fortsetzte. Gleichfalls noch relativ deutlich und im

Sinne einer Fortsetzung des Trends aus den vergangenen Jahren sind von 2008 auf 2009 die Fehlzeiten mit psychischen Störungen angestiegen.

Den Trend der Fehlzeiten innerhalb der letzten Jahre in ausgewählten, anteilig relevanten Diagnosekapiteln, auf die zusammen etwa zwei Drittel aller Fehltage entfallen, verdeutlicht zusätzlich Abbildung 35. Dargestellt sind die relativen Veränderungen in einzelnen Diagnosekapiteln seit 2000, wobei diesen Ausgangswerten für alle Kapitel ein Wert von 100 Prozent zugeordnet wurde.

Auffällig erscheint in Abbildung 35 an erster Stelle das Ergebnis in 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.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

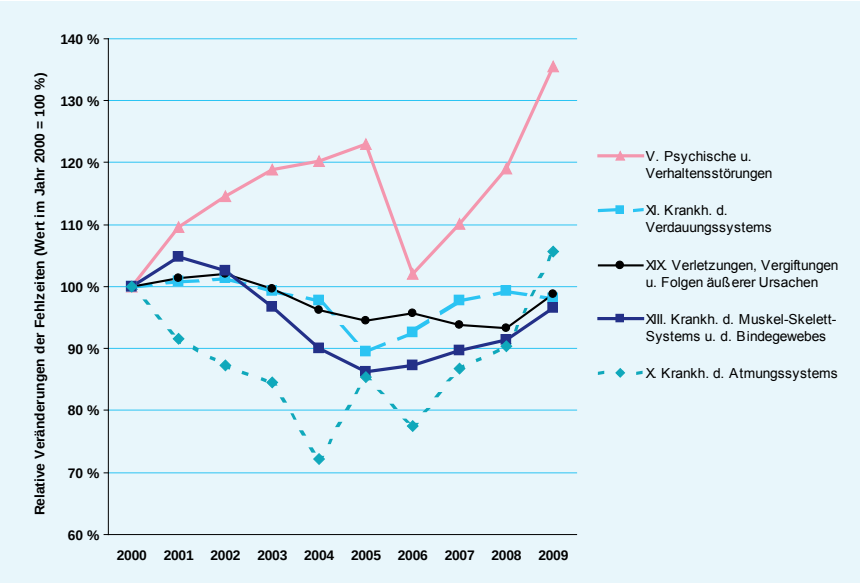


Abbildung 35 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2000–2009; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 Prozent)

Der 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. 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 36). Damit können die relativ niedrigen 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 36 (standardisiert; **BERUFSTÄTIGE** TK 2000–2009; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 Prozent)

Der für die Jahre 2007 bis 2009 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr ermittelte deutliche Anstieg der Fehlzeiten mit der Diagnose psychischer Störungen betrifft demgegenüber die Subgruppe der Berufstätigen in ähnlichem Umfang wie die Erwerbspersonen insgesamt (vgl. auch Tabelle A15 auf Seite 156 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 2009 markieren mit 157 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in dieser Gruppe den höchsten Stand seit Beginn der Auswertungen zum Jahr 2000.

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 37, Erläuterungen im Gesundheitsreport aus dem Jahr 2006 ab Seite 86 sowie Fußnote auf der nachfolgenden Seite): Während in den Jahren 2003, 2005 und 2007 zum Höhepunkt der jeweiligen Erkältungswelle jeweils mehr als 1,2 Prozent der Erwerbspersonen mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben waren, waren in den beiden Jahren 2004 und 2006 im Wochenmittel maximal jeweils nur etwa 0,7 Prozent betroffen.

Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten im Wochenmittel

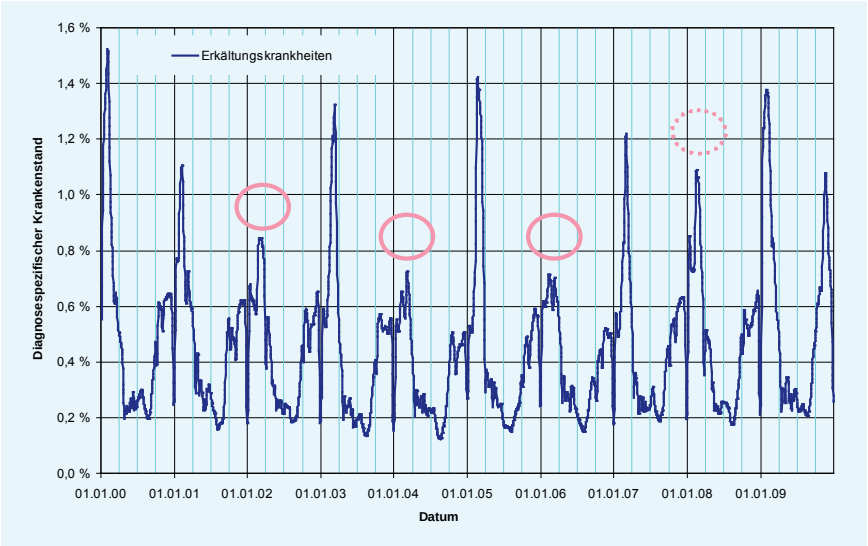


Abbildung 37 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2000–2009; Arbeitsunfähigkeiten mit ausgewählten Diagnosen – vergleiche Text)

Anfang 2008 zeigt sich nach den Auswertungen 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 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 Krankenstand[11] im Wochenmittel einen maximalen Wert von 1,38 Prozent – ein Wert, der zuletzt innerhalb des ersten Quartals 2005 erreicht worden war. An dieser Stelle zeichnet 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 im letzten Quartal des Jahres 2009. 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 (zumindest bisherigen) Höhepunkt der Grippewelle im Zusammenhang mit der Ausbreitung des aktuellen A/H1N1-Virus in Deutschland markiert.

Abbildung 38 verdeutlicht den Ablauf der beiden Grippe- beziehungsweise Erkältungswellen im Jahr 2009 (vgl. dunkelblaue Linie). Zum Vergleich sind in der Abbildung entsprechend ermittelte diagnosespezifische Krankenstände aus dem Jahr 2008 gegenübergestellt. Im zweiten und dritten Quartal der beiden Jahre finden sich jeweils weitgehend übereinstimmende Krankenstände unter der Diagnose von Erkältungskrankheiten. Demgegenüber liegen die Krankenstände sowohl im ersten Quartal 2009 als auch im vierten Quartal 2009 deutlich über denen in den entsprechenden beiden Vorjahreszeiträumen. Demnach dürfte die Zunahme der Fehlzeiten mit Krankheiten des Atmungssystems von 2008 auf 2009 etwa jeweils hälftig aus der starken Erkältungswelle zu Jahresbeginn 2009 sowie aus der Neuen Influenza mit Erkrankungsmaximum im vierten Quartal 2009 resultieren – keinesfalls lässt sich der für das Kalenderjahr 2009 insgesamt ermittelte Anstieg also allein der Neuen Influenza zuschreiben. Während der zeitliche Verlauf der Neuen Influenza im Vergleich zu anderen Grippewellen innerhalb der vergangenen zehn Jahre mit einem deutlichen Erkrankungsgipfel bereits im November eine Besonderheit darstellt, erscheint die hier ausschließlich unter Erwerbspersonen ermittelte Erkrankungsrate im Kontext der Neuen Influenza im Vergleich zu denen bei typischen Grippewellen zu Jahresbeginn eher unspektakulär.

[11] 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 2008 und 2009

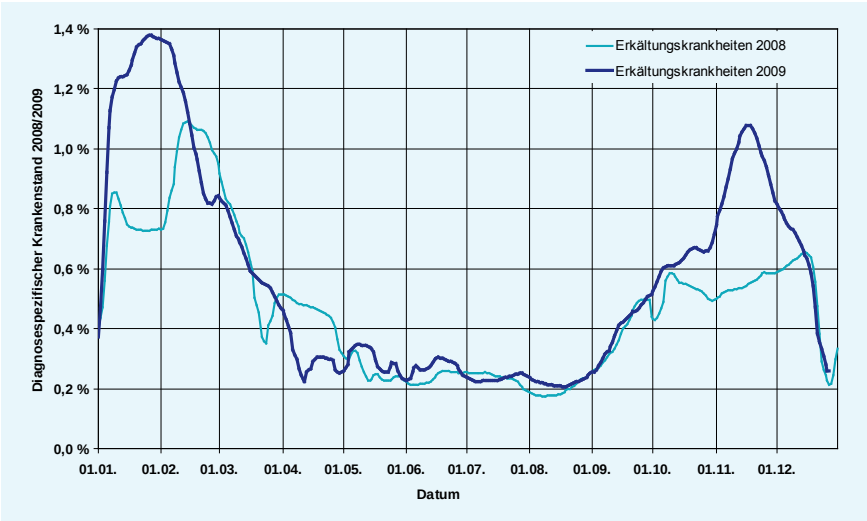


Abbildung 38 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2008, 2009; Arbeitsunfähigkeiten mit ausgewählten Diagnosen – vergleiche Text)

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 3 gibt einen Überblick zu anteilig relevanten dreistelligen ICD10-Diagnosen im AU-Meldegeschehen in absteigender **Rangfolge nach Häufigkeit der Fälle** bei Erwerbspersonen. Auf die genannten 20 Diagnosen entfielen in der TK im Jahr 2009 mit 56 Prozent mehr als die Hälfte aller Krankmeldungen. Die AU-Fallzahlen werden demnach also maßgeblich von einer nur geringen Zahl an unterschiedlichen Diagnosen bestimmt.

Neun 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“ (K52), „Verletzungen“ (T14) sowie „Depressive Episoden“ (F32) und „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43).

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2009

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 der oberen Atemwege	12,12	15,31	13,44
M54 Rückenschmerzen	5,45	4,74	5,16
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,54	5,11	4,78
J20 Akute Bronchitis	3,40	3,89	3,60
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,12	3,69	3,35
A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	3,10	3,41	3,23
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,95	3,50	3,18
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,88	3,52	3,14
J03 Akute Tonsillitis	1,68	2,31	1,94
J01 Akute Sinusitis	1,38	2,37	1,79
J32 Chronische Sinusitis	1,31	2,18	1,67
J02 Akute Pharyngitis	1,27	1,88	1,52
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,39	1,54	1,46
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,71	1,01	1,42
K29 Gastritis und Duodenitis	1,17	1,73	1,40
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	0,78	1,87	1,23
F32 Depressive Episode	0,78	1,55	1,10
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,68	1,56	1,04
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	0,97	1,14	1,04
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	0,87	1,15	0,99
Anteil aufgeführte Fälle an allen AU-Fällen	55,5 %	55,0 %	55,3 %
AU-Fälle je 100 VJ insgesamt	92,89	115,36	102,20

Tabelle 3 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

In Tabelle 4 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 2009 für die meisten krankheitsbedingten Fehltage verantwortlich waren. Da bei einer derartigen Darstellung neben der Fallhäufigkeit auch die Falldauer eine maßgebliche Rolle spielt, ergibt sich im Vergleich zu Tabelle 3 eine deutlich veränderte Rangfolge.

Als anteilig bedeutsamste Einzeldiagnose bei Männern stehen „Rückenschmerzen“ (M54) mit 65,0 Fehltagen in 100 Versicherungsjahren im Jahr 2009 auf Rang zwei der Tabelle. Bei Frauen wurden mit dieser Diagnose 59,4 Fehltage je 100 VJ erfasst. Zu noch längeren Fehlzeiten führen bei Frauen mit 84,7 AU-Tagen je 100 VJ insbesondere „Akute Infektionen“ (J06), die damit 2009 auch geschlechtsübergreifend zur Diagnose auf dreistelliger ICD-Ebene mit den meisten Fehltagen werden.

76,9 AU-Tage je 100 VJ finden sich 2009 bei Frauen unter der Diagnose „Depressive Episoden“ (F32), die bei Männern deutlich weniger Krankheitstage verursachen. Neben Depressionen spielen aus dem Diagnosekapitel „Psychische Störungen“ auch „Belastungsreaktionen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“, „Andere neurotische Störungen“ (F48), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „Angststörungen“ (F41) insbesondere bei Frauen eine größere Rolle. Männer weisen demgegenüber in der Regel höhere Fehlzeiten aufgrund einzelner Diagnosen im Zusammenhang mit Verletzungen sowie bei Erkrankungen des Bewegungsapparats auf. Hinzuweisen ist schließlich in Bezug auf Frauen auf die nicht unerhebliche Bedeutung der Diagnose „Brustkrebs“ (C50) im AU-Meldegeschehen. Sie resultiert allerdings mit gut 4.800 AU-Fällen in der TK-Population im Jahr 2009 weniger aus einer großen Häufigkeit als vielmehr aus der ausgesprochen langen fallbezogenen Dauer der einzelnen Krankmeldungen von durchschnittlich 101 Tagen.

Absolute Angaben zu AU-Fallzahlen und -Tagen zu den 100 relevantesten Diagnosen des AU-Meldegeschehens im Jahr 2009, gemessen am Fehlzeitenvolumen, sind inklusive Angaben zur durchschnittlichen Falldauer der Tabelle A16 auf Seite 159 im Anhang zu entnehmen.

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage 2009

ICD10-Diagnose	Männer [Tage je 100 VJ]	Frauen [Tage je 100 VJ]	Gesamt [Tage je 100 VJ]
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	64,6	84,7	72,9
M54 Rückenschmerzen	65,0	59,4	62,7
F32 Depressive Episode	42,6	76,9	56,8
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	30,0	25,5	28,1
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	18,5	40,5	27,6
J20 Akute Bronchitis	22,6	26,8	24,3
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	19,5	23,0	21,0
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	19,0	23,2	20,8
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	22,3	11,8	18,0
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	15,2	19,7	17,1
M23 Binnenschädigung des Kniegelenks (internal derangement)	19,3	12,4	16,4
F33 Rezidivierende depressive Störung	11,5	19,8	14,9
M75 Schulterläsionen	14,9	13,2	14,2
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks	16,5	10,8	14,1
A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	13,0	14,7	13,7
F48 Andere neurotische Störungen	8,2	19,0	12,6
F45 Somatoforme Störungen	9,1	17,4	12,5
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	13,4	10,8	12,3
F41 Andere Angststörungen	8,7	16,2	11,8
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	0,1	28,1	11,7
Anteil aufgeführte Tage an allen AU-Tagen	38,8 %	41,3 %	39,9 %
AU-Tage je 100 VJ insgesamt	1.118,9	1.341,8	1.211,3

Tabelle 4 (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 2009 bei Erwerbspersonen der TK in einzelnen Berufsfeldern, getrennt für Männer und Frauen, geben Abbildung 39 sowie Abbildung 40 auf Seite 87 und Seite 88. 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 2009 durchschnittlich **7,7 Arbeitsunfähigkeitstage** gemeldet wurden, waren Erwerbstätige in „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ im Mittel **19,7 Tage** krankgemeldet.

Der Krankenstand variiert damit unter Männern in Abhängigkeit von der Berufsfeldzugehörigkeit etwa um den Faktor 2,5, in den Bauberufen liegt er etwa um den Faktor 1,8 über den durchschnittlichen Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen der TK von insgesamt 11,2 Tagen je Versicherungsjahr (vgl. auch Tabelle A17 bis Tabelle A19 ab Seite 160 im Anhang).

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

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2009

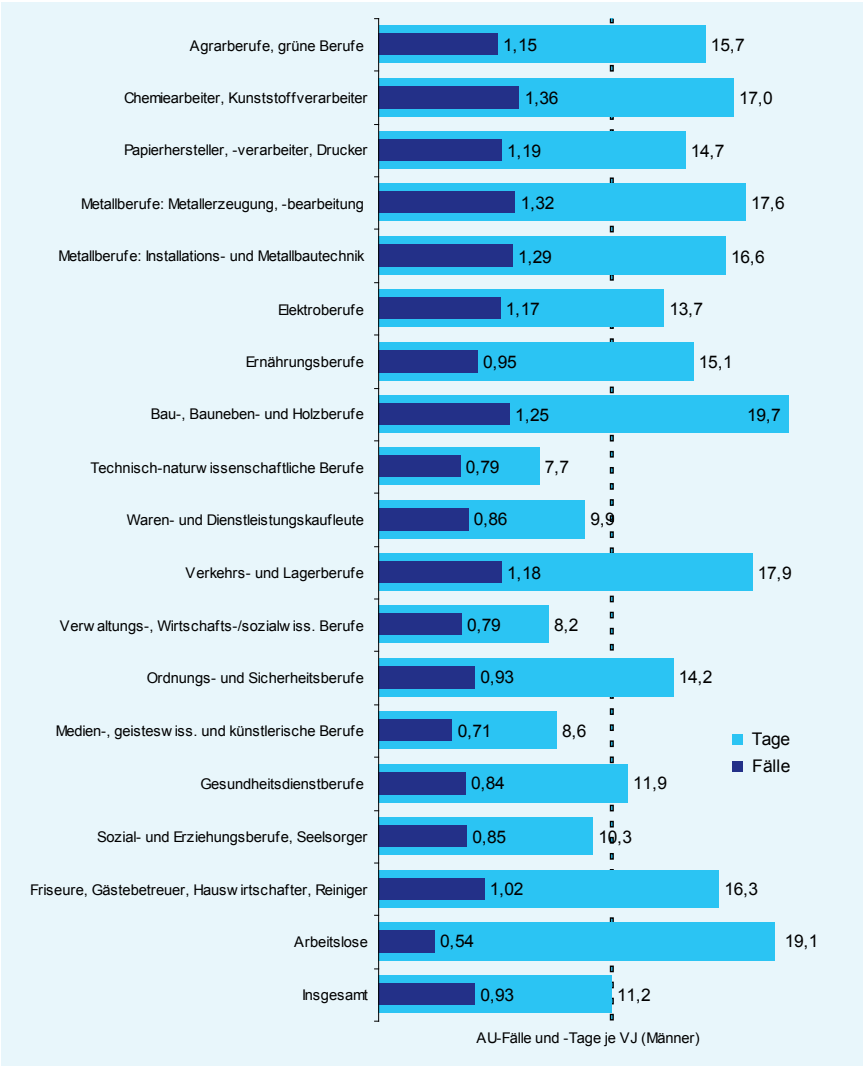


Abbildung 39 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 11,2 Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tage je VJ über alle männlichen Erwerbspersonen der TK)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2009

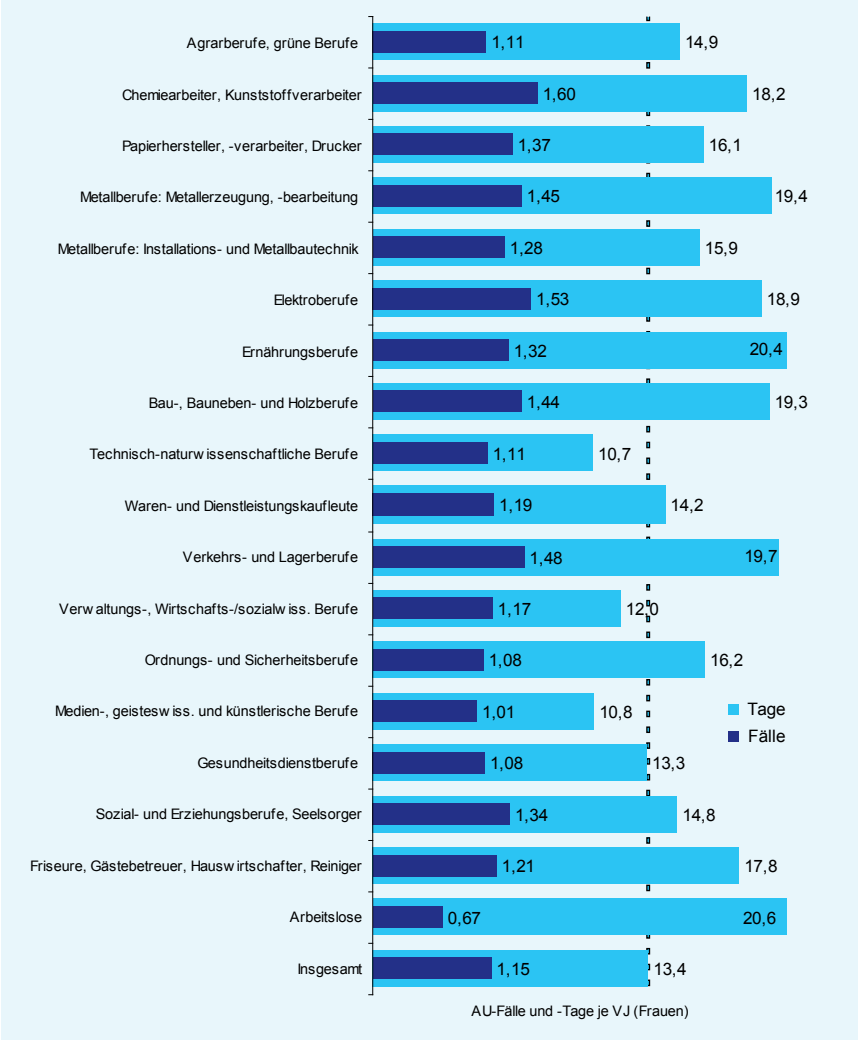


Abbildung 40 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 13,4 AU-Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tage je VJ über alle weiblichen Erwerbspersonen der TK)

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

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

Ausschließlich in den Tabellen des Anhangs finden sich Angaben auch zu Krankenständen bei Hilfsarbeitern, Auszubildenden und Erwerbspersonen ohne Berufsangabe (vgl. Tabelle A17 bis Tabelle A19 ab Seite 160 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 2009: 5,6 Prozent). Krankenstände von Auszubildenden liegen unter dem Durchschnittswert über alle Erwerbspersonen. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass eine Altersstandardisierung aus Gründen der Einheitlichkeit auch bei dieser Gruppe vorgenommen wurde, obwohl sie inhaltlich bei einer erwartungsgemäß auf jüngere Altersgruppen beschränkten Population nicht adäquat erscheint.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsstand

Abbildung 41 und Abbildung 42 zeigen Auswertungsergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten unter Erwerbstätigen der TK in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand. Wie bereits vor dem Hintergrund der berufsbezogenen Auswertungen zu vermuten ist, zeigt sich mit steigender Ausbildung ein weitgehend stetiger Rückgang der gemeldeten Fehlzeiten. Sehr ausgeprägt erscheint diese Abhängigkeit wie in den zurückliegenden Jahren unter männlichen Beschäftigten. Während erwerbstätige Männer ohne Abitur und ohne Berufsausbildung im Mittel 18,5 Fehltage im Jahr aufweisen, werden bei Männern mit Hochschul- oder Universitätsabschluss im Mittel je Jahr nur 5,6 Fehltage 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 2009

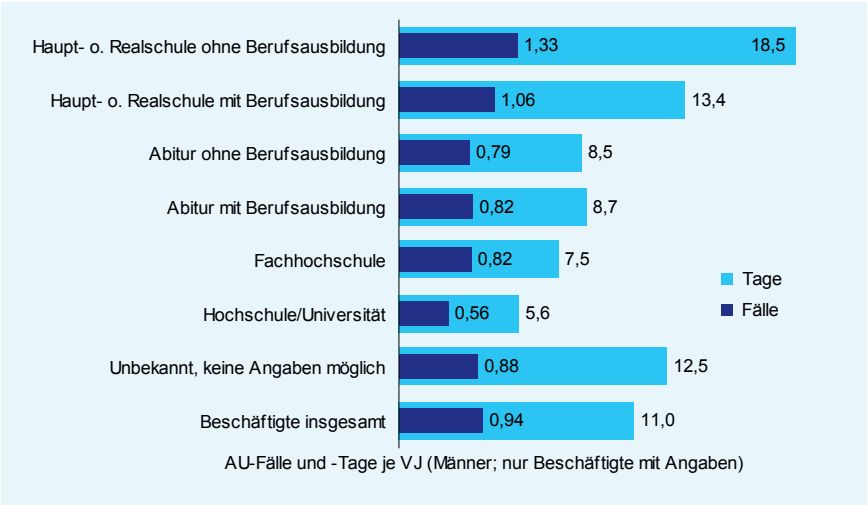


Abbildung 41 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Ausbildung, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2009

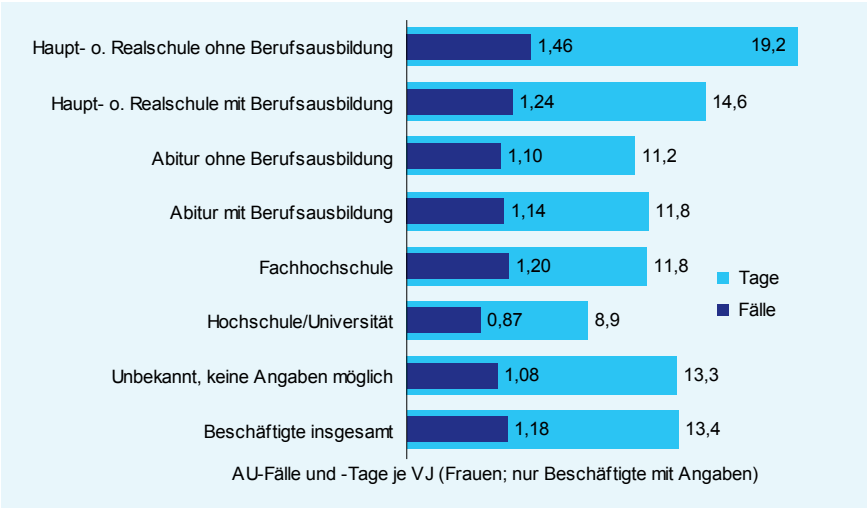


Abbildung 42 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Ausbildung, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

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 5 gibt einen Überblick zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2008 und 2009. 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 Jahre 2009 im Mittel 3,4 beziehungsweise 1,8 AU-Fälle mit Arbeitsunfällen registriert. Auf die entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten entfielen bei einer durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von etwa 23 Tagen bei beiden Geschlechtern je 100 Versicherungsjahre 79 Krankheitsfehltage bei Männern beziehungsweise 39 Krankheitsfehltage bei Frauen.

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2008 sowie 2009

			2008			2009
AU-Meldungen bei Arbeitsunfällen	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
AU-Fälle je 100 VJ	3,53	1,79	2,81	3,35	1,82	2,72
AU-Tage je 100 VJ	77,6	37,6	61,0	78,9	38,7	62,3
Krankenstand	0,21 %	0,10 %	0,17 %	0,22 %	0,11 %	0,17 %
AU-Tage je Fall	22,0	21,0	21,7	23,6	21,3	22,9

Tabelle 5 (standardisiert)

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

Abbildung 43 zeigt die in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen innerhalb von 100 Versicherungsjahren anfallenden Krankheitsfehltage unter Erwerbspersonen der TK. Offensichtlich wird, dass jüngere Männer überdurchschnittlich stark von Arbeits- und Wegeunfällen betroffen sind.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht

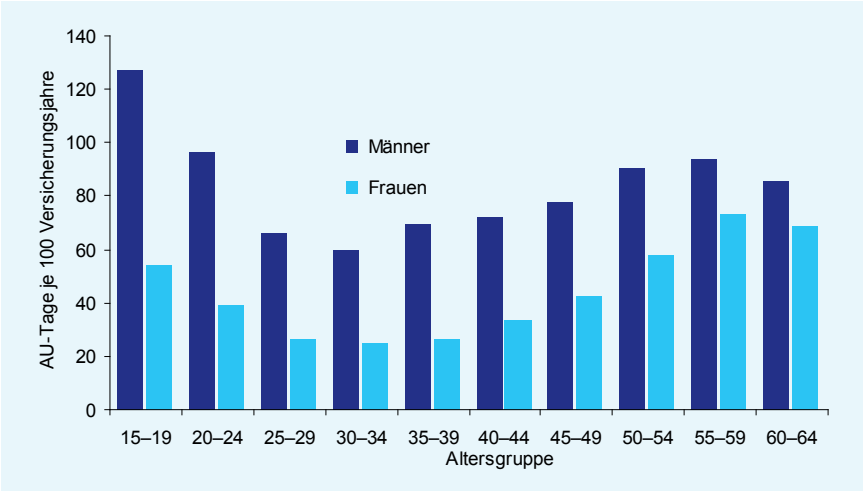


Abbildung 43 (Erwerbspersonen TK 2009)

Tabelle 6 zeigt die Verteilung von Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle auf ICD10-Diagnosekapitel. Erwartungsgemäß entfällt mit etwa 80 Prozent der weitaus überwiegende Teil der Fehlzeiten auf das ICD10-Kapitel „Verletzungen und Vergiftungen“. Eine gewisse Relevanz besitzen bei den Diagnoseangaben zu Fehlzeiten wegen Arbeitsunfällen mit einem Anteil von gut zehn Prozent auch „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“, die als Folgeerscheinungen von Unfällen angesehen werden können. Auf alle übrigen Diagnosen entfallen zusammen die verbleibenden knapp zehn Prozent der durch Arbeits- und Wegeunfälle bedingten Fehlzeiten.

Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2008 sowie 2009

			2008			2009
Diagnosekapitel	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Übrige Diagnosen	9,3 %	11,9 %	10,0 %	8,8 %	10,6 %	9,3 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	10,8 %	10,2 %	10,6 %	10,9 %	10,6 %	10,8 %
Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen	79,9 %	78,0 %	79,4 %	80,3 %	78,9 %	79,9 %

Tabelle 6 (prozentuale Anteile an den erkrankungsbedingten Fehlzeiten wegen Arbeits- und Wegeunfällen insgesamt; standardisiert)

Abbildung 44 zeigt AU-Tage durch Arbeits- und Wegeunfälle je 100 Versicherungsjahre bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen der TK 2009 in einer Aufgliederung nach Berufsfeldern. Insbesondere unter Männern zeigen sich dabei extreme berufsabhängige Unterschiede.

Während männliche Beschäftigte in „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ 295 Tage in 100 Versicherungsjahren wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, fehlten männliche Beschäftigte aus Verwaltungsberufen lediglich 26 Tage aus entsprechenden Gründen. Ein durchschnittlicher männlicher Beschäftigter mit einem Bauberuf fehlte also innerhalb eines Jahres knapp drei Tage aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen, ein Verwaltungsangestellter nur etwa einen viertel Tag.

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 regelmäßig 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 2009

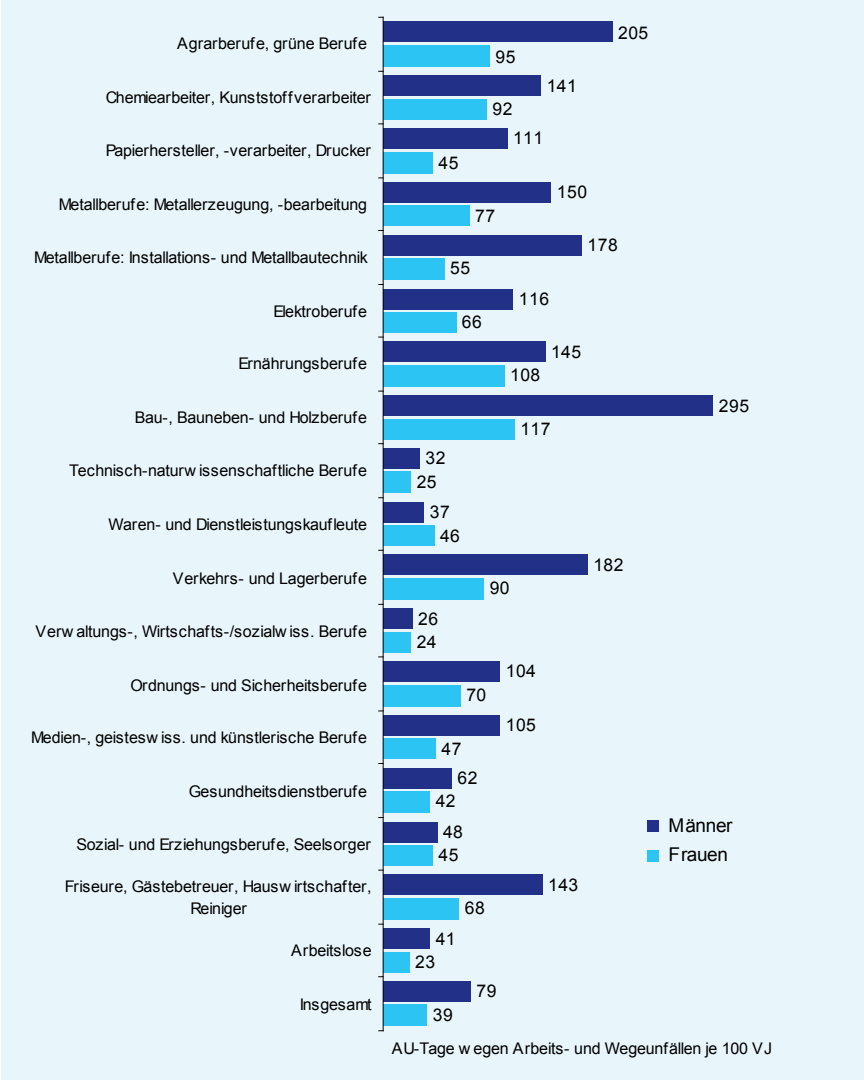


Abbildung 44 (Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert)

Rückenbeschwerden

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

Abgrenzung von Rückenbeschwerden in Diagnosen

In der ICD10 zählen Rückenbeschwerden zum übergeordneten Diagnosekapitel XIII. „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Als Rückenbeschwerden im weiteren Sinn lassen sich die Diagnosen aus der Diagnosegruppe „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ bezeichnen, 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 7; eine Diagnose 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. Allerdings finden sich bei Rückenbeschwerden häufig keine organischen Veränderungen, die als eindeutige Ursache der Beschwerden gelten können.

Rückenbeschwerden als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten

Eine Übersicht zu den Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen und ihre Bedeutung für Arbeitsunfähigkeiten bei Mitgliedern der TK im Jahr 2009 zeigen die nachfolgende Tabelle 7 sowie Abbildung 45.

Je 100 Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK wurden im Jahr 2009 insgesamt 1.211 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst. Von diesen Gesamtfehlzeiten entfielen 19,3 Prozent auf das Diagnosekapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ (234 Tage je 100 VJ), darunter 117 Tage je 100 VJ – entsprechend 9,6 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 63 Fehltage je 100 VJ. Diese entsprechen einem Anteil von 5,2 Prozent der gesamten Fehlzeiten bei Erwerbspersonen in der TK 2009. Jeder 19. krankheitsbedingte Fehltag wurde also unter der Diagnose Rückenschmerzen erfasst.

Lediglich auf die Diagnose „Akute Infektionen“ (J06) entfielen 2009 mehr Fehltage.

Bei den durchschnittlich 3,38 Millionen Erwerbspersonen in der TK im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wurden damit im Jahr 2009 in absoluten Zahlen 181.067 Krankmeldungen mit der Diagnose Rückenschmerzen (M54) registriert. Diese dauerten durchschnittlich 12,8 Tage. Es ergeben sich so allein für die Diagnose Rückenschmerzen bei TK-versicherten Erwerbspersonen 2.124.473 Fehltage. Auf Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens insgesamt (M40–M54, Rückenbeschwerden im weiteren Sinne) entfielen 2009 in der TK-Population vier Millionen Fehltage.

Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden

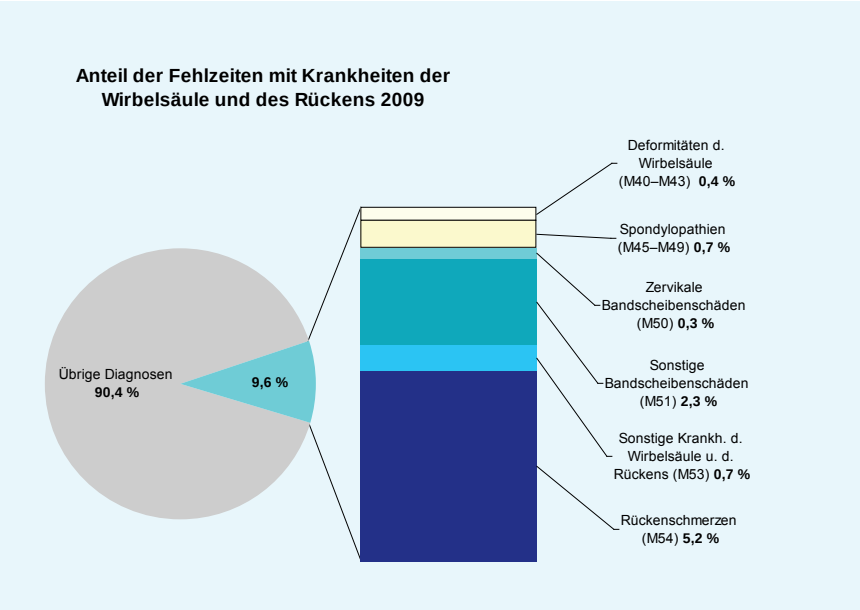


Abbildung 45 (Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert)

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 konservative Schätzungen. Nach entsprechenden Schätzungen dürften auch im

Jahr 2009 bei Erwerbspersonen in Deutschland deutlich mehr als 30 Millionen Fehltage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, darunter mehr als 15 Millionen Fehltage allein wegen Rückenschmerzen, angefallen sein.

Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten 2009

	AU-Tage je 100 VJ			Anteil
	Männer	Frauen	Gesamt	
Arbeitsunfähigkeiten insgesamt	1.119	1.342	1.211	100,0 %
Kapitel XIII: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	238	228	234	19,3 %
DG M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	120	113	117	9,6 %
UG M40–M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	4	5	5	0,4 %
UG M45–M49 Spondylopathien	10	8	9	0,7 %
UG M50–M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	106	100	103	8,5 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	3	4	4	0,3 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	30	25	28	2,3 %
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7	10	9	0,7 %
M54 Rückenschmerzen	65	59	63	5,2 %

Tabelle 7 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; DG = Diagnosegruppe, UG = Untergruppe)

Entwicklung zwischen 2000 und 2009

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 Fehltage 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 Fehltage je 100 VJ gesunken sind (vgl. Abbildung 46). Demgegenüber lässt sich seit 2006 erneut ein leichter Anstieg der Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden feststellen.

Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2009

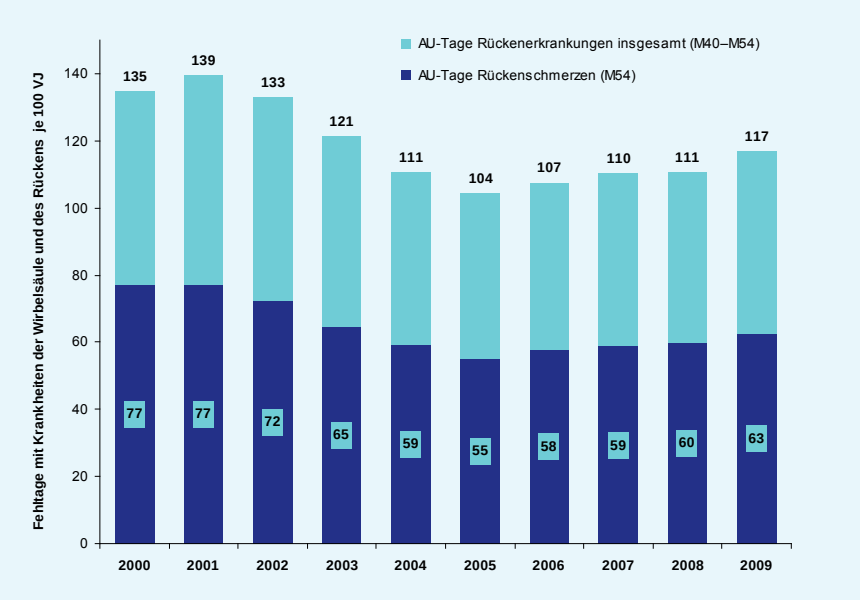


Abbildung 46 (Erwerbspersonen TK 2000–2009, standardisiert)

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 47 zeigt Fehlzeiten wegen entsprechender Diagnosen für Beschäftigte aus einzelnen Berufsfeldern im Jahr 2009. In diesen sogenannten Berufsfeldern sind jeweils Tätigkeiten mit vergleichbaren Charakteristika zusammengefasst.

Die höchsten Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden finden sich bei Beschäftigten aus dem Berufsfeld „Bau-, Bauneben- und Holzberufe“, also in einer Gruppe mit körperlich ausgesprochen starker Belastung. Ein einzelner Beschäftigter aus dieser Gruppe war im Jahr 2009 durchschnittlich etwa 2,8 Tage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens krankgeschrieben. Demgegenüber wurden bei Beschäftigten in technisch-naturwissenschaftlichen Berufen mit entsprechenden Diagnosen durchschnittlich lediglich 0,7 Fehltage je Mitarbeiter und Jahr erfasst. Die Fehlzeiten variieren zwischen den einzelnen Berufsfeldern damit um den Faktor vier.

Fehltage mit Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern

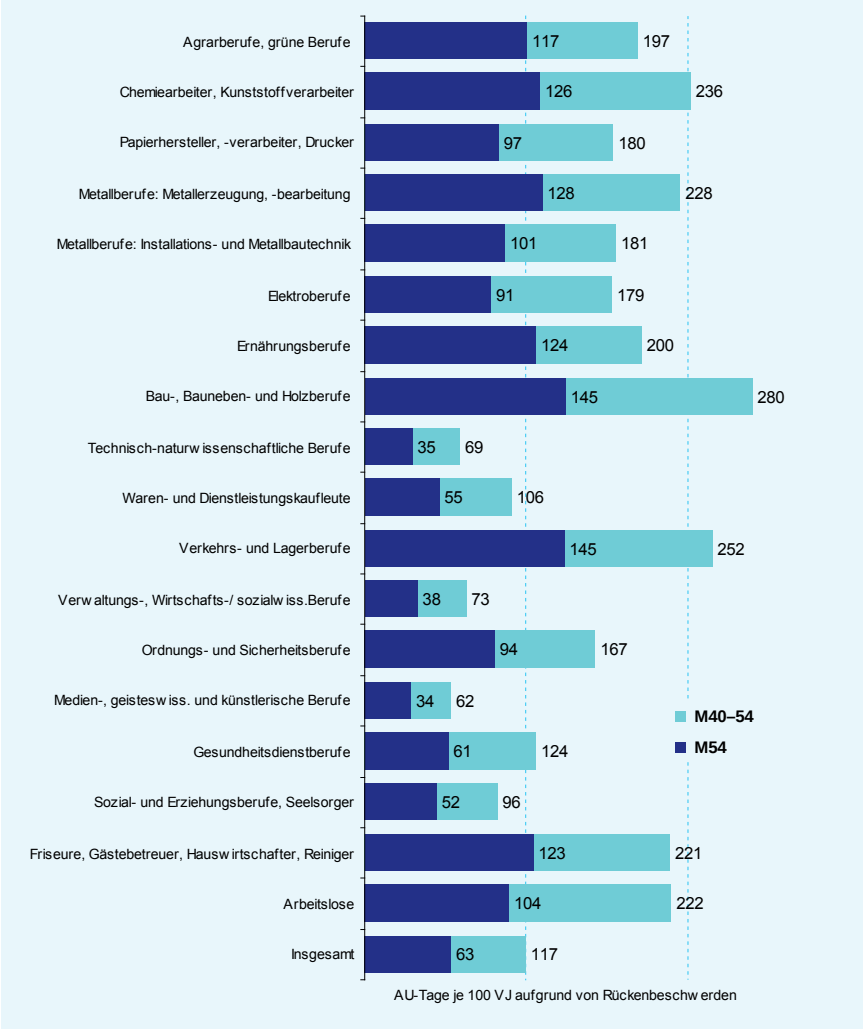


Abbildung 47 (Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert)

Rückenbeschwerden in Bundesländern

Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von Rückenbeschwerden variieren deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Tabelle 8). Während in Baden-Württemberg bei einer Erwerbsperson 2009 im Durchschnitt lediglich 0,88 Fehltage wegen der Diagnose von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54) erfasst wurden, waren es in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich 1,51 Fehltage.

Fehltage wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern

Bundesland	M40–M54	nur M54	Anteil M40–M54 an Gesamt	AU-Tage Gesamt
	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ		AU-Tage je 100 VJ
Schleswig-Holstein	135	67	11,4 %	1.182
Hamburg	125	67	10,4 %	1.198
Niedersachsen	130	69	11,5 %	1.137
Bremen	114	64	10,7 %	1.066
Nordrhein-Westfalen	124	66	11,4 %	1.088
Hessen	114	60	10,2 %	1.114
Rheinland-Pfalz	122	60	10,6 %	1.149
Baden-Württemberg	88	46	9,8 %	903
Bayern	98	47	10,0 %	971
Saarland	134	70	10,8 %	1.244
Berlin	133	78	10,2 %	1.297
Brandenburg	138	84	10,7 %	1.296
Mecklenburg-Vorpommern	151	91	11,5 %	1.306
Sachsen	91	55	8,5 %	1.072
Sachsen-Anhalt	131	87	10,3 %	1.267
Thüringen	114	69	9,2 %	1.241
Gesamt	117	63	9,6 %	1.211

Tabelle 8 (Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert)

Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern

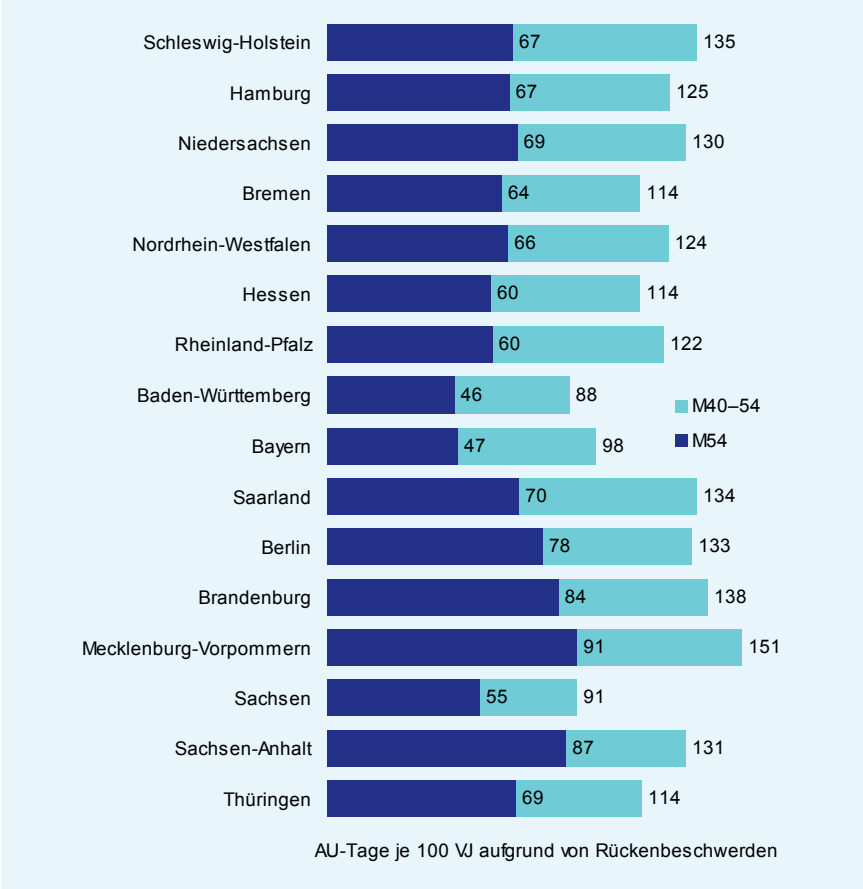


Abbildung 48 (Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert; ICD10: M40–54)

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 8).

Krankengeld

Mit dem Begriff Krankengeld werden Entgeltersatzleistungen für Erwerbspersonen im Falle einer erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeit bezeichnet, die in Deutschland zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zählen. Ansprüche auf Krankengeldzahlungen bilden den ursprünglichen Grund, weshalb Arbeitsunfähigkeiten bei einer Krankenkasse gemeldet werden müssen. Regelmäßig anspruchsberechtigt sind, neben einigen eher spezifischen Personengruppen, in erster Linie sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen sowie Arbeitslosengeld-I-Empfänger, über die im Gesundheitsreport routinemäßig berichtet wird[12].

Entgeltfortzahlung der Arbeitgeber

Im Regelfall haben sozialversicherungspflichtige Beschäftigte innerhalb der ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf eine Entgeltfortzahlung durch ihren Arbeitgeber. Da der weit überwiegende Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle weniger als sechs Wochen andauert (2009: 95,5 Prozent), werden in den meisten Fällen einer Arbeitsunfähigkeit keine Krankengeldzahlungen von Seiten der Krankenkasse fällig (vgl. Abbildung 25 auf Seite 65 zur Verteilung der Arbeitsunfähigkeiten nach Dauer).

Krankengeldzahlung der Krankenkasse

Nach Beendigung der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber erhält ein Versicherter bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit in der Regel Krankengeld von der Krankenkasse, die anteilig dann auch für die Zahlung von Beiträgen an andere Sozialversicherungsträger (Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung) zuständig ist. Obwohl Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer relativ seltene Ereignisse darstellen, entfiel 2009 auf diese lang andauernden Fälle mit knapp 46 Prozent ein erheblicher Teil der insgesamt erfassten Fehlzeiten. Entsprechend werden, trotz der – gemessen an den AU-Fallzahlen – eher geringen Anzahl von Krankengeldfällen, für einen nicht unwesentlichen Teil der insgesamt erfassten Fehlzeiten beziehungsweise AU-Tage kassenseitig Krankengeldzahlungen geleistet. Dabei sind die individuellen Bezugszeiträume oft recht lang, was auch in den nachfolgend dargestellten Auswertungsergebnissen noch deutlich wird.

[12] Arbeitslosengeld-II-Empfänger erhalten seit ihrer Abgrenzung im Jahr 2005 auch im Krankheitsfall Zahlungen der Bundesagentur für Arbeit und insofern kein Krankengeld.

Zuständigkeiten anderer Sozialversicherungsträger

Abgrenzungen von Krankengeldbezugszeiten und die Zuständigkeiten für die Entgeltersatzleistungen können im Einzelfall recht komplex sein. Für die Folgen von Arbeits- und Wegeunfällen – und damit Entgeltersatzleistungen in Form von Verletztengeld – sind beispielsweise die Unfallversicherungen zuständig. Bei anfänglich unklarer Zuständigkeit tritt üblicherweise die Krankenkasse in Vorleistung. Dies kann in einem Teil der Fälle nach weiterer Klärung Erstattungen von zunächst kassenseitig gezahlten (Teil-)Beträgen durch andere Sozialversicherungsträger zur Folge haben. Bei Erstattungen an die Krankenkasse spielen des Weiteren insbesondere auch Zahlungen der Rentenversicherung im Falle einer Bewilligung einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente eine Rolle.

Im Zusammenhang mit Krankengeldzahlungen können zudem auch wechselnde Zuständigkeiten innerhalb einzelner Erkrankungsepisoden entstehen, die zu einer nur zwischenzeitlichen Unterbrechung der Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse führen. Ein typischer Fall in diesem Sinne tritt beispielsweise ein, wenn während einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Für deren Finanzierung ist üblicherweise, inklusive der Zahlung von sogenanntem Übergangsgeld im Sinne einer Entgeltersatzleistung, die Rentenversicherung zuständig.

Erneute Arbeitsunfähigkeit mit derselben Krankheitsursache

Komplexe Regelungen kommen bei Entgeltersatzleistungen unter anderem auch dann zur Anwendung, wenn eine Erwerbsperson innerhalb eines halben Jahres erneut aufgrund derselben Erkrankungsursache arbeitsunfähig wird. In diesen Fällen kann die Krankenkasse ab Beginn einer Arbeitsunfähigkeitsepisode zur Zahlung von Krankengeld verpflichtet sein. Dies ist typischerweise der Fall, wenn vorausgehend aufgrund derselben Krankheitsursache bereits für sechs Wochen Entgeltfortzahlungen des Arbeitgebers geleistet wurden. Weitere Informationen zum Thema Entgeltfortzahlung sind anderen Quellen zu entnehmen[13].

Methodische Abgrenzungen

Aus methodischer Perspektive dürften die vorausgehenden Absätze verdeutlichen, dass für statistische Darstellungen zu den Krankengeldbezügen durchaus unterschiedliche Zählweisen und Zusammenfassungen von Intervallen zu Krankengeldfällen denkbar sind, wobei den Fällen letztendlich auch Diagnosen nach unterschiedlichen Regeln zugeordnet werden können, sofern im Verlauf der Erkrankung ärztlicherseits mehr als ein Diagnoseschlüssel dokumentiert wurde.

[13] Ausführliche Erläuterungen mit Beispielen finden sich im „Beratungsblatt Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall“ auf den Internetseiten der Techniker Krankenkasse unter www.tk-online.de.

In den zur vorliegenden Auswertung verwendeten Daten waren neben den originären Krankengeldbezugszeiten auch die bereits erwähnten Zeiträume mit Unterbrechungen dokumentiert. Insgesamt wurden für 2009 in den Daten der TK 13,42 Millionen Fehltage mit originärer Krankengeldzahlung durch die TK oder mit zwischenzeitlicher Unterbrechung der Zahlungen bei vorrangig anderweitiger Trägerschaft dokumentiert. 90 Prozent dieser Fehlzeiten entfielen dabei auf Intervalle mit Krankengeldzahlung durch die TK (12,07 Millionen Tage), 10 Prozent der Tage lassen sich den Unterbrechungen zuordnen (1,35 Millionen Tage). Zudem wurden zum Jahr 2009 in den Daten 320 Tsd. Tage mit Erstattungen von Krankengeldzahlungen an die TK ausgewiesen, die sich grundsätzlich auf Zeiten eines Krankengeldbezugs mit ursprünglichen Zahlungen durch die TK beziehen. Von den zunächst 12,07 Millionen finanzierten Krankengeldtagen wurden der TK 2009 nach vorliegenden Daten bis Februar 2010 demnach lediglich Zahlungen zu 2,66 Prozent der Tage erstattet. Allerdings zeigen Auswertungen aus zurückliegenden Jahren, dass mit größerem zeitlichen Abstand mit zusätzlichen Erstattungen zu rechnen ist, die die Höhe der bislang für 2009 erfassten Erstattungen noch überschreiten dürften.

Aktuelle Daten sind im Hinblick auf Erstattungen also erfahrungsgemäß, und beispielsweise vor dem Hintergrund langfristiger Bewilligungsprozesse bei Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsberentungen auch zwangsläufig, noch unvollständig. Um in allen Auswertungsjahren annähernd gleichartig erhobene Daten berücksichtigen zu können, wurden für die nachfolgenden Auswertungen gegebenenfalls dokumentierte **Erstattungszeiträume** vollständig ignoriert und betroffene Krankengeldbezugszeiten in allen Jahren **wie normale Krankengeldbezugszeiten berücksichtigt.** Bei der Ermittlung von Krankengeldbezugszeiten wurden zudem im Regelfall **auch dokumentierte Unterbrechungszeiträume mitberücksichtigt.** Als einzelne **Krankengeldfälle** werden entsprechend jeweils **Zeiträume mit durchgängig dokumentierten Krankengeldbezugs- und/oder Unterbrechungsintervallen** ohne anderweitige zeitliche Unterbrechungen betrachtet. Sinngemäß werden damit durchgängige Erkrankungsepisoden von Erwerbspersonen betrachtet (in denen keine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber beziehungsweise keine Arbeitslosengeld-I-Zahlung erfolgte). Als Diagnose wurde diesen Krankengeldfällen jeweils der **ICD-Schlüssel mit Gültigkeit zu Beginn des ersten Bezugsintervalls** (oder Unterbrechungsteilintervalls) der gegebenenfalls kontinuierlich erfassten Intervalle zugewiesen, um bei der Zählung von einzelnen Krankengeldfällen und den zugehörigen Krankengeldtagen immer übereinstimmende Diagnosen berücksichtigen zu können[14].

[14] Die alternativ zu erwägende gegebenenfalls auch wechselnde Zuweisung von Diagnosen zu Krankengeldtagen innerhalb von einzelnen KG-Fällen verändert diagnosebezogene Auswertungsergebnisse selbst auf der Ebene dreistelliger ICD-Diagnosen nur marginal, weshalb entsprechende Ergebnisse nicht gesondert dargestellt werden.

Krankengeld insgesamt

Tabelle 9 liefert grundlegende Ergebnisse zu Krankengeldbezugsintervallen in den Jahren 2008 und 2009. Gegenübergestellt werden in kursiver Schreibweise jeweils entsprechende Maßzahlen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten insgesamt, die bereits in Tabelle 2 auf Seite 61 dargestellt und erläutert wurden.

Krankengeld Erwerbspersonen 2008 sowie 2009

			2008			2009
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
KG-Quote	**3,62 %**	**4,04 %**	**3,80 %**	**3,74 %**	**4,08 %**	**3,88 %**
AU-Quote	*42,48 %*	*48,61 %*	*45,02 %*	*44,58 %*	*51,03 %*	*47,26 %*
KG-Fälle je VJ	**0,036**	**0,039**	**0,037**	**0,035**	**0,038**	**0,036**
AU-Fälle je VJ	*0,884*	*1,087*	*0,968*	*0,929*	*1,154*	*1,022*
KG-Tage je VJ	**3,02**	**3,60**	**3,26**	**3,37**	**3,83**	**3,56**
AU-Tage je VJ	*10,29*	*12,60*	*11,25*	*11,19*	*13,42*	*12,11*
KG-Krankenstand	**0,83 %**	**0,99 %**	**0,89 %**	**0,92 %**	**1,05 %**	**0,98 %**
Krankenstand	*2,82 %*	*3,45 %*	*3,08 %*	*3,07 %*	*3,68 %*	*3,32 %*
KG-Tage je Fall	**85,1**	**92,2**	**88,2**	**97,1**	**101,9**	**99,2**
AU-Tage je Fall	*11,6*	*11,6*	*11,6*	*12,0*	*11,6*	*11,9*

Tabelle 9 (standardisiert)

Von den rund 3,7 Millionen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die 2009 mindestens kurzzeitig als Erwerbspersonen bei der TK versichert waren[15], waren nach altersstandardisierten Auswertungen 3,9 Prozent von Krankengeldzahlungen beziehungsweise entsprechend dokumentierten Bezugszeiträumen innerhalb des Jahres 2009 betroffen – also lediglich etwa jede zwölfte Person, die innerhalb des Jahres (bei einer AU-Quote von 47,3 Prozent) überhaupt arbeitsunfähig gemeldet war.
Pro Versicherungsjahr wurden im Durchschnitt über alle Erwerbspersonen 0,036 neu beginnende Krankengeldfälle erfasst. Bezogen auf 1.000 durchgängig versicherte Personen entspricht dies 36 neuen Fällen. Damit mündete 2009 nur etwa jeder 28. gemeldete AU-Fall, entsprechend 3,5 Prozent aller AU-Fälle, in einen Krankengeldfall. Im Verhältnis zu AU-Fällen sind Krankengeldfälle ausgesprochen seltene Ereignisse, die nur einen sehr kleinen Teil der Erwerbspersonen betreffen.

[15] AU- und KG-Quoten werden im Gesundheitsreport bezogen auf die Gesamtzahl der unterscheidbaren Erwerbspersonen mit mindestens einem Versicherungstag angegeben – nahezu alle übrigen Maße werden in Bezug auf die (niedrigere) Zahl der im Jahresdurchschnitt versicherten Erwerbspersonen angegeben.

Allerdings dauern einzelne Krankengeldfälle oftmals ausgesprochen lange. Für 2009 wurde eine durchschnittliche Intervalldauer von 99 Tagen ermittelt. Aus der ausgesprochen langen Dauer der Intervalle folgt, dass trotz der geringen Fallzahlen im Durchschnitt über alle Erwerbspersonen 2009 pro Versicherungsjahr 3,56 Krankengeldtage erfasst wurden. Damit entfielen 2009 von den durchschnittlich insgesamt 12,11 gemeldeten Fehltagen je Versicherungsjahr 29 Prozent auf Krankengeldbezugsintervalle (kurz: KG-Tage) in der hier verwendeten Abgrenzung. Frauen waren von Krankengeldfällen etwas häufiger als Männer betroffen. Bei tendenziell etwas längerer Falldauer wurden damit 2009 bei Frauen mit 3,83 durchschnittlich auch mehr Krankengeldtage je Versicherungsjahr als bei Männern mit 3,37 Tagen je VJ erfasst.

Veränderungen der KG-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr seit 2002 zeigt die nachfolgende Abbildung. Ergebnisse zum Jahr 2005 in dieser Abbildung sollten aus methodischen Gründen zurückhaltend interpretiert werden[16].

KG-Tage und -Fälle je Versicherungsjahr 2002 bis 2009 nach Geschlecht

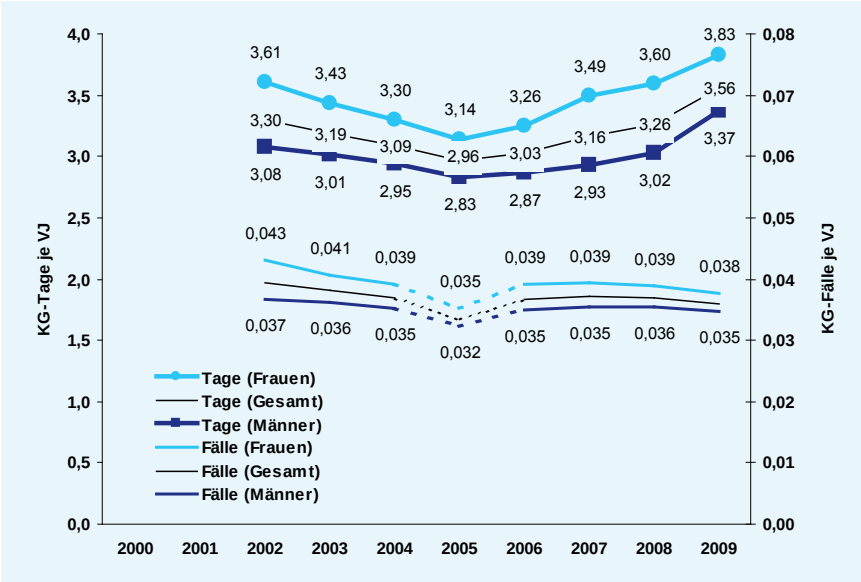


Abbildung 49 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; Ergebnisse 2005 aus methodischen Gründen nur eingeschränkt interpretierbar)

Offensichtlich wird ein Rückgang der Krankengeldbezugszeiten bis 2005, dem ein stetiger Anstieg bis 2009 folgt, wobei insbesondere der Anstieg von 3,26 KG-

[16] In Daten zum Jahr 2005 wurden Arbeitslosengeld-II-Empfänger noch in der Bezugspopulation berücksichtigt, obwohl sie keinen Anspruch auf Krankengeld besaßen. Hieraus resultiert eine leichte Unterschätzung der Fallzahlen und Bezugszeiten bei Anspruchsberechtigten.

Tagen je VJ 2008 auf 3,56 KG-Tage je VJ 2009 um 9,3 Prozent relativ deutlich ausfällt. Wie bereits bei den Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten allgemein lässt sich ein mit 2,1 Prozentpunkten kleinerer Teil des Anstiegs der altersstandardisiert errechneten Krankengeldtage 2009 in den verwendeten Daten auf die fusionsbedingten Veränderungen der TK-Versichertenstruktur im Jahr 2009 zurückführen. Beschränkt man die Auswertungen auf originär TK-versicherte Erwerbspersonen, ergeben sich 2009 durchschnittlich 3,49 KG-Tage je VJ, was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 7,2 Prozent entspricht (vgl. Tabelle A24 auf Seite 165). Grundsätzliche inhaltliche Änderungen der Aussagen von Ergebnissen ergeben sich durch die fusionsbedingten Einflüsse jedoch nicht.

Ergänzend in der Abbildung angedeutet ist die Entwicklung der KG-Fallzahlen. Für die Werte gilt die rechts dargestellte sekundäre Achsenaufteilung. Auch die KG-Fallzahlen sind bis 2005 rückläufig. Offensichtlich wird, dass die KG-Fallzahlen im Gegensatz zu den KG-Tagen nach 2006 kaum ansteigen und bei Frauen nach 2007 sogar rückläufig sind. Der Anstieg der KG-Zeiten nach 2006 resultiert demnach vorrangig aus einem Anstieg der durchschnittlichen KG-Falldauer, die in der nachfolgenden Abbildung dargestellt ist. Auffällig erscheinen bei dieser Darstellung die seit 2007 merklich zwischen Frauen und Männern divergierenden fallbezogenen Krankengeldbezugszeiten.

KG-Tage je KG-Fall 2002 bis 2009 nach Geschlecht

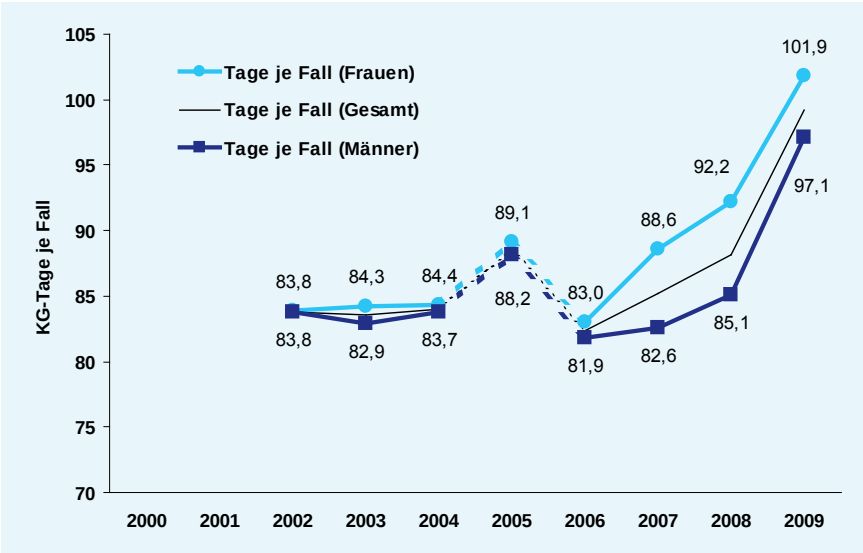


Abbildung 50 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; Ergebnisse 2005 aus methodischen Gründen nur eingeschränkt interpretierbar)

Krankengeld nach Dauer

Bereits die durchschnittliche Dauer einzelner Krankengeldfälle von 99 Tagen lässt eine andere Verteilung der Fälle nach Dauer als die im Hinblick auf AU-Fälle in Abbildung 25 auf Seite 65 dargestellte Verteilung erwarten. Dargestellt wird in der nachfolgenden Abbildung 51 die Verteilung der Krankengeldbezugszeiten innerhalb des Jahres 2009[17].

Krankengeldfälle nach Dauer innerhalb des Jahres 2009

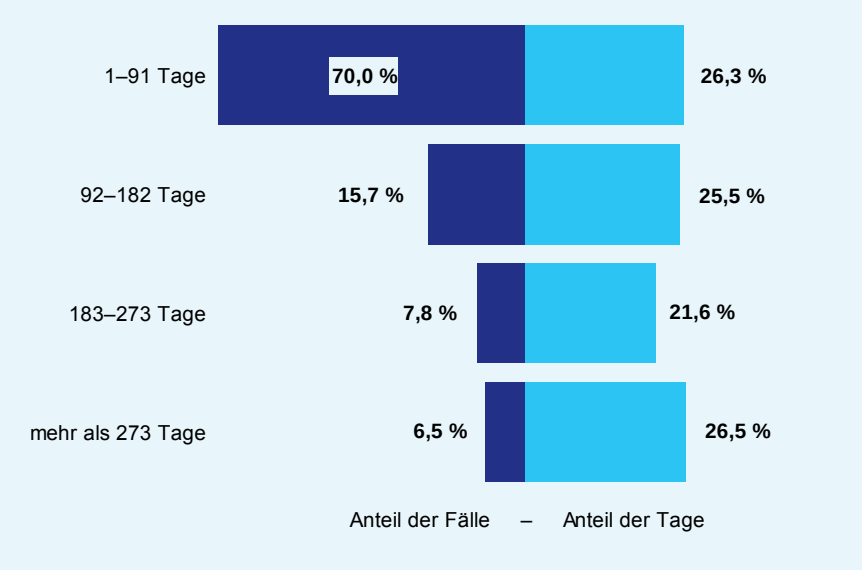


Abbildung 51 (Erwerbspersonen TK)

Mit 70 Prozent dauerten mehr als zwei Drittel der Krankengeldbezugsintervalle innerhalb des Jahres 2009 maximal 91 Tage beziehungsweise ein Quartal. Auf diese noch verhältnismäßig kurzen Bezugszeiträume entfielen jedoch lediglich 26,3 Prozent der innerhalb des Jahres 2009 erfassten KG-Tage. Nur ein geringer Anteil von 6,5 Prozent der KG-Fälle erstreckte sich innerhalb des Jahres 2009 über einen Zeitraum von mehr als 273 Tagen beziehungsweise über mehr als drei Quartale, war jedoch gleichfalls für mehr als 26 Prozent der insgesamt erfassten KG-Bezugszeiten verantwortlich.

[17] Berücksichtigt wurden hier sowohl alle einstrahlenden (mit Beginn im Vorjahr) als auch alle ausstrahlenden Fälle (mit Ende im Folgejahr), wobei zu den Fällen jeweils lediglich die innerhalb des Jahres 2009 erfassten KG-Tage berücksichtigt wurden.

Krankengeldbezug nach Alter und Geschlecht

In Analogie zu den Darstellungen auf Seite 67 und 68 zur Altersabhängigkeit von Arbeitsunfähigkeiten allgemein zeigen die nachfolgenden Abbildungen geschlechts- und altersabhängige Ergebnisse zu Krankengeldfällen sowie -tagen im Jahr 2009.

Sowohl die Häufigkeit von Krankengeldfällen als auch die Länge der fallbezogenen KG-Bezugsdauer steigen bei beiden Geschlechtern weitgehend stetig mit zunehmendem Alter, womit insbesondere auch die durchschnittliche Zahl der Krankengeldtage je Versicherungsjahr eine ausgeprägte Altersabhängigkeit aufweist (siehe Abbildung 54 auf Seite 110; zu Zahlenwerten vgl. auch Tabelle A26 ff. ab Seite 166 im Anhang). Während in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen je Versicherungsjahr 2009 durchschnittlich etwa ein Krankengeldtag erfasst wurde, waren es bei den 60- bis 64-Jährigen mehr als neun Tage. Ab einem Alter von 25 Jahren lagen die durchschnittlichen Krankengeldbezugszeiten von Frauen dabei über denen von Männern.

KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009

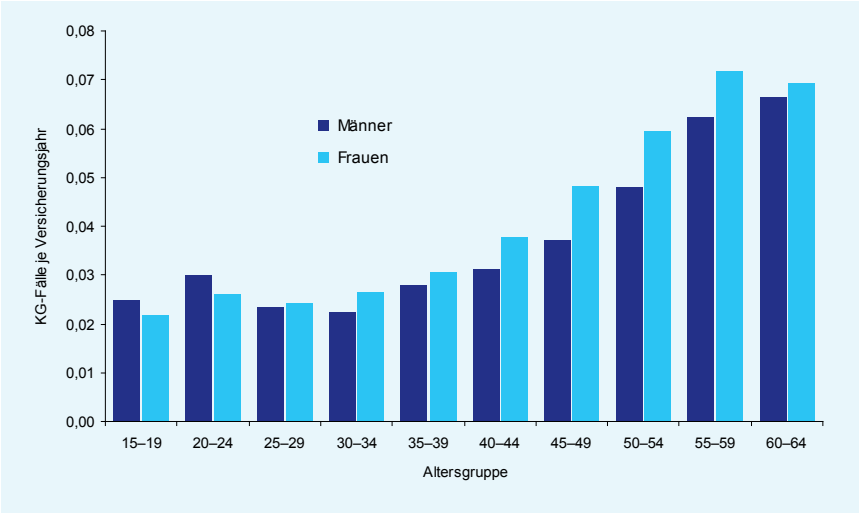


Abbildung 52 (Erwerbspersonen TK)

KG-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2009

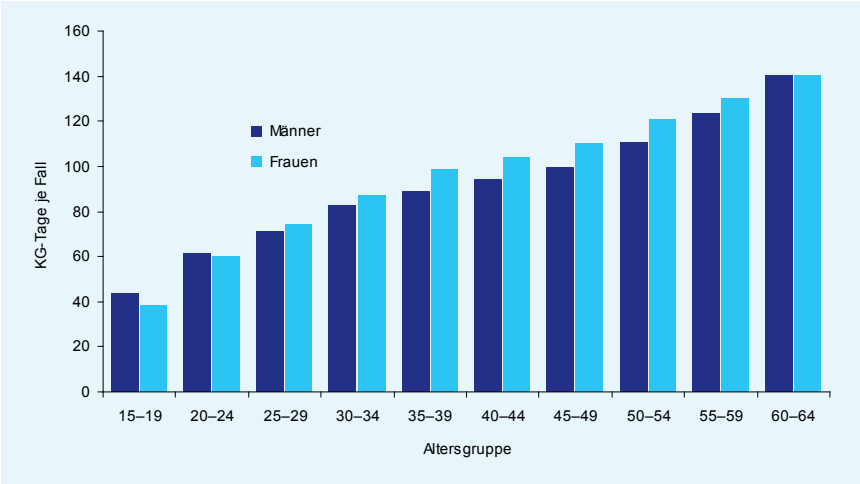


Abbildung 53 (Erwerbspersonen TK)

KG-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009

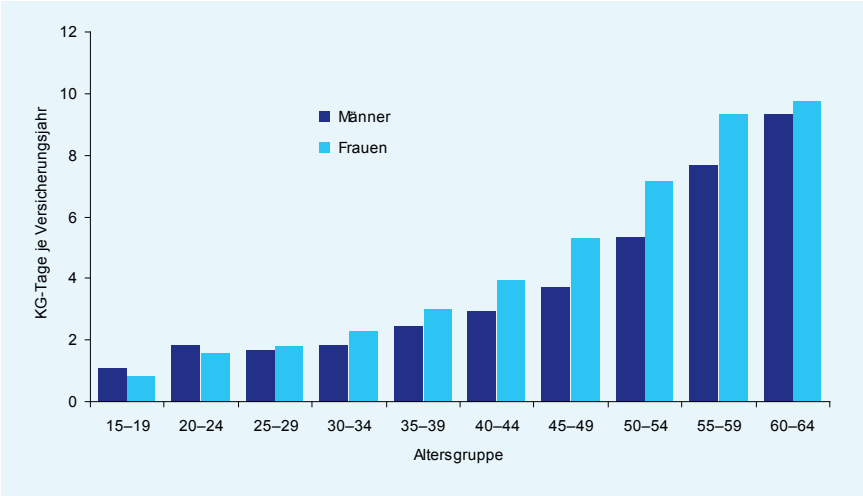


Abbildung 54 (Erwerbspersonen TK)

Krankengeldbezug nach Bundesländern

Abbildung 55 zeigt KG-Fallzahlen und durchschnittliche Krankengeldbezugszeiten je Versicherungsjahr bei Erwerbspersonen der TK in den 16 Bundesländern für das Jahr 2009. Diese sowie weitere Zahlenwerte auch für das Jahr 2008 finden sich in Tabelle A30 auf Seite 168 ff. im Anhang.

KG-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2009

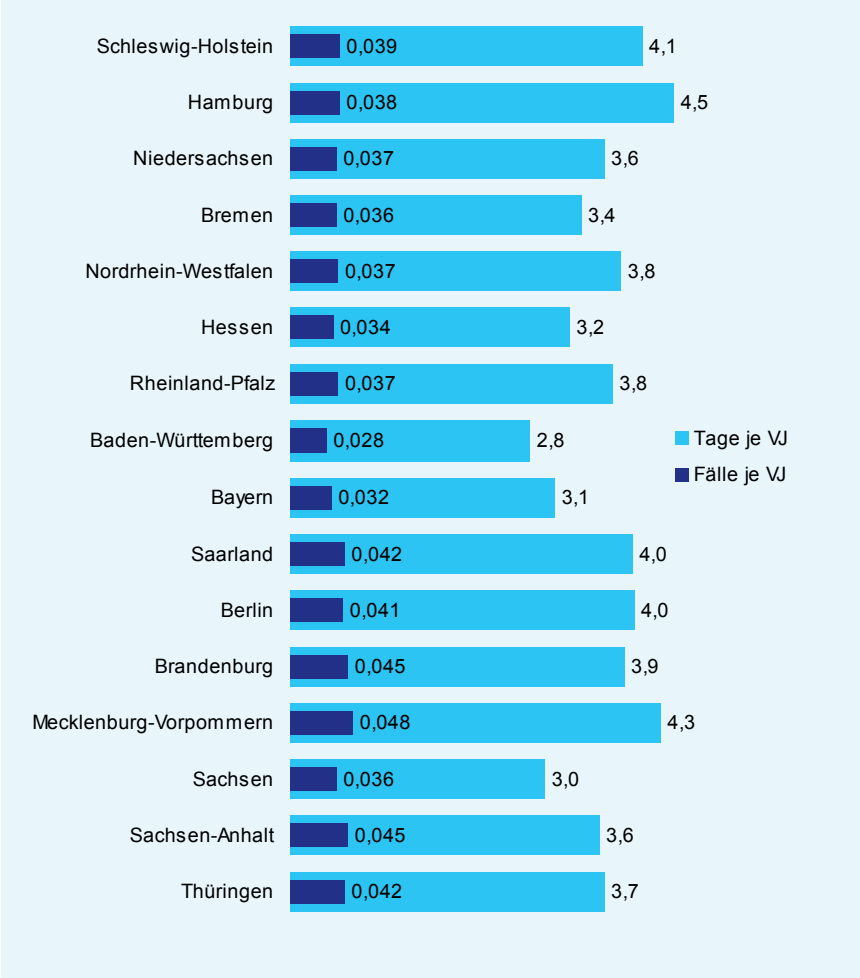


Abbildung 55 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für KG-Fall- beziehungsweise KG-Tagesangaben)

Wie bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten insgesamt (vgl. Seite 69) zeigen sich auch im Hinblick auf die Krankengeldbezugszeiten die niedrigsten Werte auf Bundes-

landebene in Baden-Württemberg und Bayern. Die längsten durchschnittlichen Krankengeldbezugszeiten konnten im Jahr 2009 für die nördlichen Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern sowie Schleswig-Holstein ermittelt werden.

Krankengeld nach Diagnosen

Arbeitsunfähigkeiten mit Krankengeldbezug zeigen im Vergleich zu den Arbeitsunfähigkeiten insgesamt ein merklich abweichendes Diagnosespektrum (vgl. auch Abbildung 31 auf Seite 72). Während die allgemeinen AU-Fallzahlen maßgeblich von Atemwegskrankheiten beeinflusst werden, spielen diese bei Krankengeldfällen eine untergeordnete Rolle.

KG-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

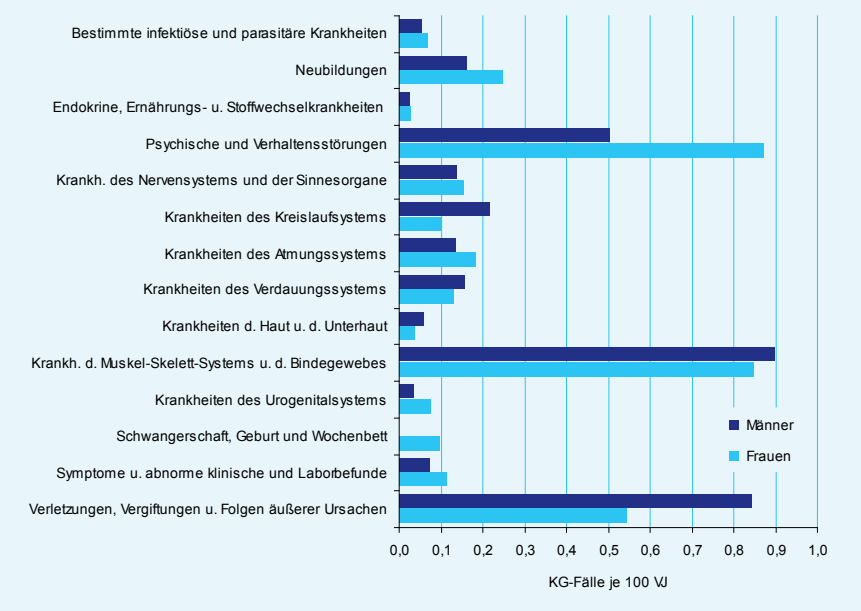


Abbildung 56 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Die häufigsten Ursachen von Krankengeldbezügen bilden Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen sowie psychische Störungen. Während psychische Störungen bei Frauen 2009 den häufigsten Grund für einen Krankengeldbezug darstellten, bildeten sie bei Männern die dritthäufigste Ursache nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Verletzungen (vgl. auch Tabelle A34 auf Seite 172 im Anhang).

Verletzungen führten dabei sowohl bei Männern als auch bei Frauen fallbezogen zu verhältnismäßig kurzen Krankengeldbezugsintervallen: Im Durchschnitt dauerte ein Krankengeldbezug im Falle einer Verletzung nur gut 60 Tage (vgl. nachfolgende Abbildung sowie Tabelle A35 auf Seite 173 im Anhang). Krankengeldfälle unter der Diagnose von Neubildungen oder psychischen Störungen dauerten im Mittel mehr als doppelt so lange.

KG-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

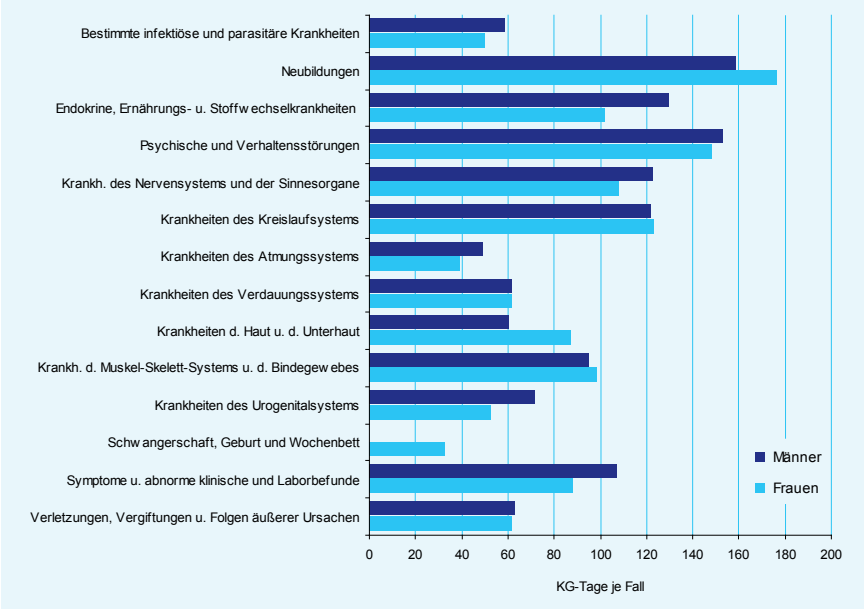


Abbildung 57 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Aus der Kombination von Fallzahlen und -dauer resultiert eine vorrangige Konzentration der Diagnosen erfasster Krankengeldtage auf vier Diagnosekapitel (vgl. nachfolgende Abbildung sowie Tabelle A36 auf Seite 174 im Anhang).

Mit Abstand die meisten Krankengeldtage bei Frauen wurden 2009 mit 129 Tagen je 100 Versicherungsjahre unter der Diagnose einer psychischen Störung erfasst. Im Durchschnitt erhielt 2009 jede weibliche Erwerbsperson rechnerisch aufgrund entsprechender Diagnosen innerhalb eines Jahres also etwa 1,29 Tage Krankengeld. In absteigender Rangfolge nach Dauer folgen unter Frauen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (0,84 Tage), Neubildungen (0,44 Tage) sowie Verletzungen (0,33 Tage je Versicherungsjahr).

KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

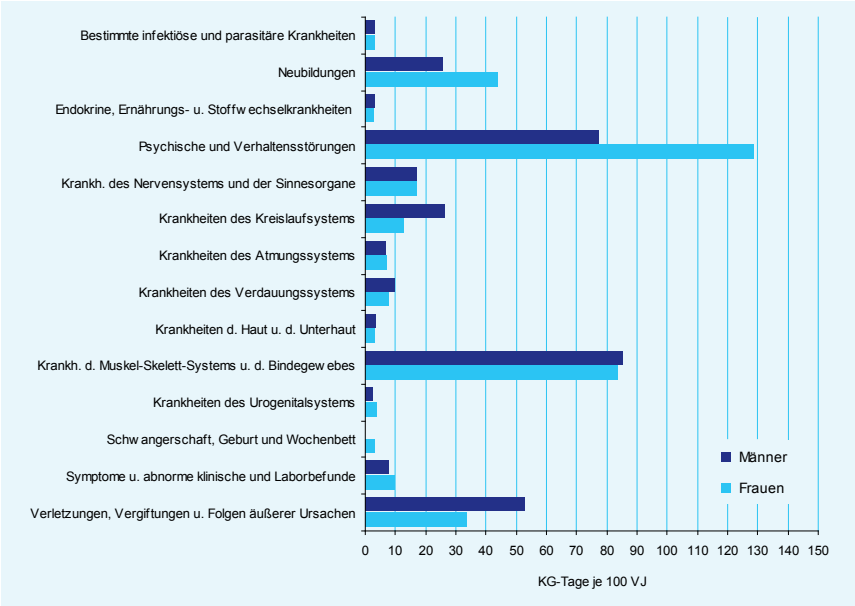


Abbildung 58 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Bei Männern führten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und psychische Störungen mit 0,85 und 0,77 Tagen zu vergleichbaren Krankengeldbezugszeiten. In absteigender Rangfolge folgen Verletzungen (0,53 Tage), Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Neubildungen (mit jeweils 0,26 KG-Tagen je Versicherungsjahr).

Abbildung 59 zeigt die Veränderungen der diagnosebezogenen Krankengeldbezugszeiten von 2008 auf 2009. Eine maßgebliche Zunahme im Vergleich zum Vorjahr lässt sich 2009 insbesondere im Hinblick auf Bezugszeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen, von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und von Verletzungen feststellen.

Die längerfristige relative Veränderung von Krankengeldbezugszeiten unter Diagnosen aus anteilig bedeutsamen Kapiteln zwischen 2002 und 2009 wird in Abbildung 60 auf Seite 116 dargestellt, wobei den Ausgangswerten aus dem Jahr 2002 für alle Kapitel ein Wert von 100 Prozent zugeordnet wurde. Die geschlechtsübergreifend und altersstandardisiert ermittelten diagnosespezifischen Bezugszeiten sind der Tabelle A37 auf Seite 175 im Anhang zu entnehmen.

Krankengeldtage 2009 vs. 2008 nach Diagnosekapiteln

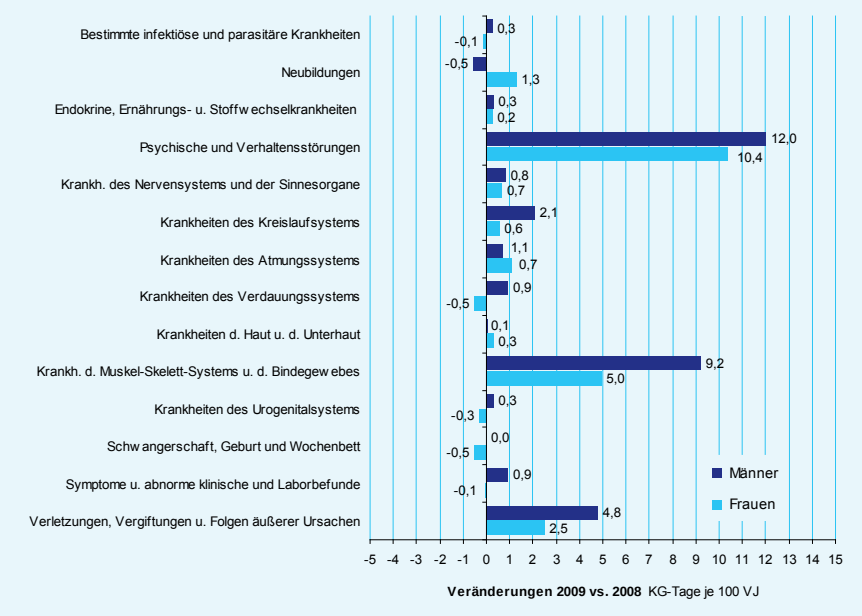


Abbildung 59 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2008, 2009)

Insbesondere Krankengeldbezugszeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie in geringerem Umfang auch unter der Diagnose von Neubildungen zeigten vor 2005, also vor Umsetzung der Hartz-IV-Reform, eine rückläufige Tendenz. Diese Trends haben sich nach 2006 eher umgekehrt, wobei die Bezugszeiten unter der Diagnose von Kreislaufkrankheiten jedoch auch 2009 noch deutlich unter den Werten von 2002 lagen. Bezugszeiten unter der Diagnose von Neubildungen zeigten die geringsten Schwankungen und lagen 2009 etwa auf demselben Niveau wie 2002. Verletzungsbedingte Bezugszeiten lagen bereits 2003 deutlich und nachfolgend kontinuierlich über den Ausgangszeiten im Jahr 2002.

Als deutlichster Trend zeigt sich in Abbildung 60, dass Krankengeldbezugszeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen bei Erwerbspersonen nach zunächst unsteter Entwicklung ab 2006 kontinuierlich um jährlich mehr als zehn Prozent gestiegen sind. Von 2006 bis 2009 ergibt sich ein Zuwachs um 37 Prozent, im Vergleich zum Ausgangsjahr 2002 beträgt die Zunahme (bei etwas höheren Ausgangswerten 2002 als im Jahr 2006) gut 35 Prozent.

Veränderungen der Krankengeldtage in relevanten Diagnosekapiteln

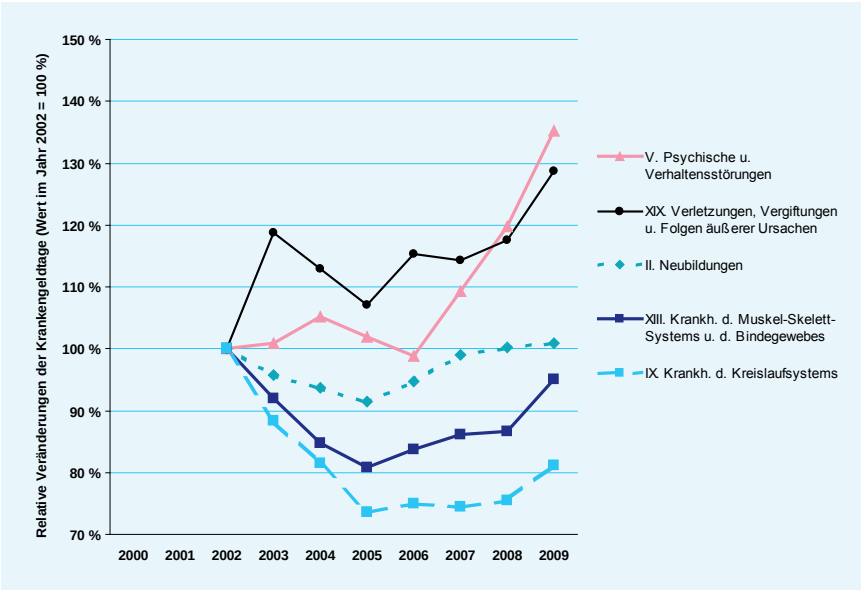


Abbildung 60 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2002–2009; Werte im Jahr 2002 entsprechen 100 Prozent)

Bereits im diagnoseübergreifenden Darstellungsabschnitt wurde angedeutet, dass Auswertungsergebnisse zu Krankengeldbezugszeiten bei Erwerbspersonen durch die Einführung des Arbeitslosengeldes II mit Wegfall des Krankengeldanspruches für Betroffene im Jahr 2005 beeinflusst werden. Keinen unmittelbaren Einfluss im Sinne verzerrender Effekte hat die Arbeitsmarktreform demgegenüber auf die nachfolgend dargestellten Auswertungsergebnisse, die sich in allen Jahren ausschließlich auf Berufstätige beziehen (vgl. auch Zahlenangaben in Tabelle A39 auf Seite 177 im Anhang).

Im Wesentlichen zeigt Abbildung 61 für Berufstätige eine Entwicklung der diagnosespezifischen Krankengeldbezugszeiten, die weitgehend derjenigen in der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen entspricht. Hervorhebenswert erscheint, dass der relative Anstieg der Krankengeldbezugszeiten unter der Diagnose psychischer Störungen seit 2006 bei Berufstätigen mit 44 Prozent bis 2009 noch deutlicher ausfällt als unter Erwerbspersonen insgesamt.

Veränderungen der Krankengeldtage in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige

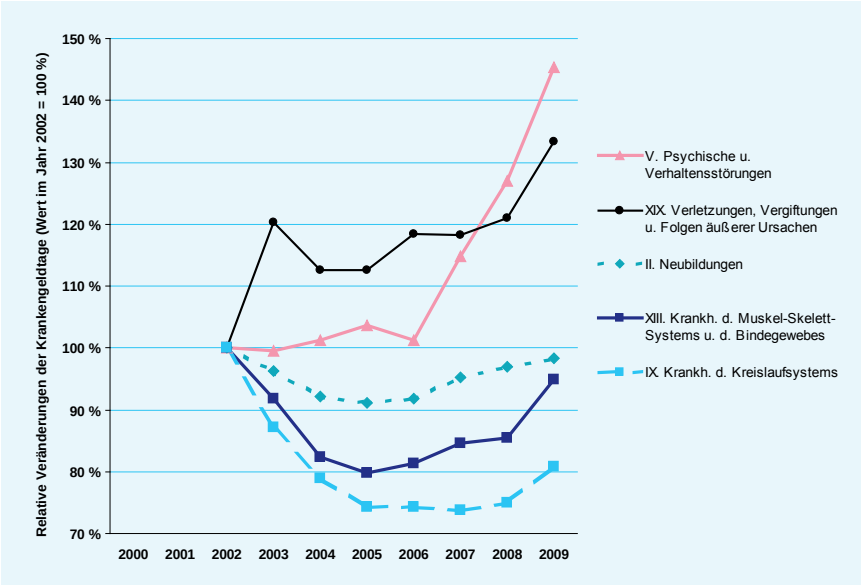


Abbildung 61 (standardisiert; **BERUFSTÄTIGE** TK 2002–2009; Werte im Jahr 2002 entsprechen 100 Prozent)

Unter Berufstätigen sind die Krankengeldbezugszeiten insgesamt von 282 KG-Tagen je 100 Versicherungsjahre im Jahr 2006 um 20 Prozent auf 339 KG-Tage je 100 VJ im Jahr 2009 gestiegen. Dabei lassen sich 48 Prozent des Anstiegs auf eine Zunahme der KG-Tage unter der Diagnose von psychischen Störungen zurückführen, die im selben Zeitraum von 63 auf 91 KG-Tage je 100 Versicherungsjahre anstiegen.

Relevante Einzeldiagnosen

Auch hinsichtlich der dreistelligen ICD-Diagnosekodierungen unterscheiden sich Arbeitsunfähigkeiten mit Krankengeldbezug maßgeblich von Arbeitsunfähigkeiten allgemein. In Analogie zu Tabelle 3 auf Seite 82 mit Angaben zu AU-Fällen gibt die nachfolgende Tabelle 10 einen Überblick zu anteilig relevanten dreistelligen ICD10-Diagnosen bei Krankengeldfällen in absteigender **Rangfolge nach Häufigkeit der Fälle** bei Erwerbspersonen. Auf die genannten 20 Diagnosen entfielen in der TK im Jahr 2009 mit 47 Prozent knapp die Hälfte aller Krankengeldfälle.

Während sich neun der 20 aufgeführten Diagnosen bei AU-Fällen allgemein den Krankheiten des Atmungssystems zurechnen lassen (erste Stelle des ICD10-Codes: J), spielen entsprechende Diagnosen als Ursache von Krankengeldbezügen eine untergeordnete Rolle. Lediglich die Diagnose J06 „Akute Infektionen“ zählt auch bei Krankengeldfällen zu den 20 häufigsten Diagnosen.

Nahezu alle häufigen Diagnosen bei Krankengeldfällen entstammen den drei Kapiteln „Psychische Störungen“ (F32, F43, F33, F41, F45, F48), „Verletzungen“ (S82, S83, T14, S52, S62, S92, S93) beziehungsweise „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ (M54, M51, M23, M75, M17). Die Diagnose „Depressive Episode“ (F32) bildet den häufigsten Anlass eines Krankengeldbezugs sowohl bei Männern als auch bei Frauen, unter Frauen bei einem Anteil an allen KG-Fällen von 8,2 Prozent mit deutlichem Abstand vor allen anderen dreistelligen Diagnosen.

Die einzige Krebsdiagnose mit herausragender Relevanz für die Zahl der Krankengeldfälle bildet die Diagnose „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“ (C50), die nahezu ausschließlich bei Frauen diagnostiziert wird[18].

[18] In seltenen Fällen kann es auch bei Männern zu Brustkrebs kommen, weshalb die hier gefundene Häufigkeit von 0,001 KG-Fällen je 100 VJ unter der Diagnose von Brustkrebs bei Männern nicht zwangsläufig ein Hinweis auf fehlerhafte Daten ist. Allerdings sollte die gefundene (geringe) Rate von etwa einem Fall je 100.000 Männer im Alter zwischen 15 und 64 Jahren nur zurückhaltend interpretiert werden, da theoretisch auch geringe Fehlerquoten bei der Diagnoseerfassung zu entsprechenden Raten führen könnten.

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: KG-Fälle 2009

ICD10-Diagnose	Männer [Fälle je 100 VJ]	Frauen [Fälle je 100 VJ]	Gesamt [Fälle je 100 VJ]
F32 Depressive Episode	0,181	0,310	0,234
M54 Rückenschmerzen	0,170	0,145	0,160
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	0,149	0,121	0,138
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,071	0,153	0,105
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	0,095	0,079	0,089
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks	0,099	0,068	0,086
M23 Binnenschädigung des Kniegelenks [internal derangement]	0,098	0,065	0,084
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	0,083	0,042	0,066
M75 Schulterläsionen	0,070	0,060	0,066
F33 Rezidivierende depressive Störung	0,047	0,088	0,064
S52 Fraktur des Unterarms	0,055	0,064	0,059
S62 Fraktur im Bereich d. Handgelenks u. d. Hand	0,075	0,021	0,053
F41 Andere Angststörungen	0,035	0,067	0,048
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Stellen	0,037	0,055	0,044
S92 Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	0,049	0,036	0,043
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,001	0,102	0,042
F45 Somatoforme Störungen	0,032	0,057	0,042
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenks]	0,040	0,033	0,037
F48 Andere neurotische Störungen	0,025	0,053	0,036
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenks und des Fußes	0,041	0,030	0,036
Anteil aufgeführte Fälle an allen KG-Fällen	41,8 %	43,8 %	42,7 %
KG-Fälle je 100 VJ insgesamt	3,47	3,76	3,59

Tabelle 10 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Analog zur Darstellung für AU-Fälle insgesamt (vgl. Tabelle 4 auf Seite 84) finden sich in Tabelle 11 auf der folgenden Seite ICD10-Diagnosen zu Krankengeldfällen in einer absteigenden **Rangfolge nach Krankengeldbezugszeiten.** Angegeben werden die 20 Diagnosen, die bei einer Auswertung auf Basis der dreistelligen Codierung im Jahr 2009 für die meisten Fehltage mit Krankengeldbezug verantwortlich waren. Da bei einer derartigen Darstellung neben der Fallhäufigkeit auch die Falldauer eine maßgebliche Rolle spielt, ergibt sich im Vergleich zu Tabelle 10 eine veränderte Rangfolge. Auf die nur 20 Diagnosen entfallen insgesamt 45 Prozent der Krankengeldbezugszeiten, unter weiblichen Erwerbspersonen sind diese Diagnosen sogar für gut die Hälfte der Krankengeldbezugszeiten verantwortlich zu machen.

Die meisten Krankengeldtage entfallen bei beiden Geschlechtern auf die Diagnose „Depressive Episode“ (F32), sie ist demnach nicht nur der häufigste Anlass für einen Krankengeldbezug, sondern auch die Einzeldiagnose mit der höchsten Relevanz für die Bezugsdauer. Allein auf diese Diagnose entfielen 2009 bei Frauen 48 Krankengeldtage je 100 Versicherungsjahre. Rechnerisch erhielt jede weibliche Erwerbsperson innerhalb eines Jahres allein unter der Diagnose einer depressiven Episode durchschnittlich also knapp einen halben Tag Krankengeld, bei männlichen Erwerbspersonen sind es knapp 0,3 Tage. Weitere krankengeldrelevante Diagnosen aus der Gruppe psychischer Störungen, von denen Frauen jeweils stärker als Männer betroffen sind, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33), „Andere Angststörungen“ (F41), „Somatoforme Störungen“ (F45), „Andere neurotische Störungen“ (F48) sowie „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (F60).

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen führen demgegenüber regelmäßig bei Männern zu längeren Krankengeldbezugszeiten als bei Frauen. Gleiches gilt für die beiden Diagnosen „Chronische ischämische Herzkrankheit“ (I25) und „Hypertonie“ (I10) aus dem Kapitel Herz-Kreislauf-Krankheiten. Eine hohe Relevanz für Krankengeldzahlungen bei Frauen zeigt sich auch in dieser Auflistung nach der Bezugsdauer für „Bösartige Neubildungen der Brustdrüse“ (C50). Die Relevanz resultiert maßgeblich auch aus der langen durchschnittlichen Bezugsdauer einzelner Fälle von 221 Tagen (vgl. Tabelle A40 auf Seite 179 im Anhang mit Angaben zu den relevantesten 50 Krankengelddiagnosen bei Erwerbspersonen in der TK 2009).

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: KG-Tage 2009

ICD10-Diagnose	Männer [Tage je 100 VJ]	Frauen [Tage je 100 VJ]	Gesamt [Tage je 100 VJ]
F32 Depressive Episode	28,0	48,4	36,4
M54 Rückenschmerzen	15,7	14,9	15,4
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	15,8	14,6	15,3
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8,9	18,5	12,9
F33 Rezidivierende depressive Störung	8,0	14,1	10,5
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,1	22,4	9,4
F41 Andere Angststörungen	5,9	10,9	8,0
M75 Schulterläsionen	6,4	5,6	6,1
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	6,5	5,4	6,1
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks	6,2	4,3	5,4
F45 Somatoforme Störungen	4,0	7,2	5,3
M23 Binnenschädigung des Kniegelenks [internal derangement]	5,8	4,1	5,1
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenks]	4,5	3,6	4,1
F48 Andere neurotische Störungen	2,6	5,6	3,9
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	4,2	2,3	3,4
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2,3	4,1	3,0
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	4,6	0,8	3,0
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenks]	3,0	2,5	2,8
S52 Fraktur des Unterarms	2,9	2,6	2,8
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	3,3	2,0	2,8
Anteil aufgeführte Tage an allen KG-Tagen	41,1 %	50,6 %	45,4 %
KG-Tage je 100 VJ insgesamt	337,2	383,1	356,3

Tabelle 11 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Krankengeldtage nach Berufen

Einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen besitzt der aktuell ausgeübte Beruf. Entsprechendes gilt selbstverständlich auch für den Krankengeldbezug (vgl. Erläuterungen zu Einflüssen bei Arbeitsunfähigkeiten auf Seite 85).

Einen Überblick zu Krankengeldfällen und -tagen im Jahr 2009 bei Erwerbspersonen der TK in einzelnen Berufsfeldern, getrennt für Männer und Frauen, geben Abbildung 62 und Abbildung 63.

Krankengeldbezugszeiten variieren unter Männern in Abhängigkeit von der Berufsfeldzugehörigkeit etwa um den Faktor 4, also relativ betrachtet noch stärker als die Fehlzeiten insgesamt, jedoch geringer als die Fehlzeiten aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen (vgl. Abbildung 39 auf Seite 87 zu Arbeitsunfähigkeiten sowie Abbildung 44 auf Seite 94 zu Arbeits- und Wegeunfällen in Abhängigkeit vom Beruf). Die geringsten durchschnittlichen Krankengeldbezugszeiten finden sich mit 1,9 Tagen je Versicherungsjahr bei Männern mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, die höchsten mit 7,8 KG-Tagen je Versicherungsjahr bei männlichen Beschäftigten mit Bauberufen.

Rechnerisch noch höhere Krankengeldbezugszeiten als in den aufgeführten Gruppen von Berufstätigen ergeben sich mit 8,3 KG-Tagen je Versicherungsjahr bei Männern in Phasen eines Arbeitslosengeld-I-Bezugs. Dabei dürfte neben der gesundheitlichen Situation der Betroffenen auch die Tatsache eine Rolle spielen, dass Zeiträume mit Krankengeldbezug nicht bei der Berechnung der Arbeitslosengeldbezugsdauer berücksichtigt werden und insofern den Übergang in den Bezug von Arbeitslosengeld II hinauszögern können.

Die berufsabhängigen Variationen von durchschnittlich erfassten Krankengeldfällen und -tagen bei weiblichen Erwerbspersonen entsprechen weitgehend denen bei männlichen Erwerbspersonen. Die Fallhäufigkeiten bewegen sich in einzelnen Berufsfeldern zumeist auf einem ähnlichen Niveau, die KG-Bezugsdauer liegt bei Frauen in den meisten Berufsfeldern tendenziell etwas höher als bei Männern.

Krankengeldtage nach Berufsfeldern, Männer 2009

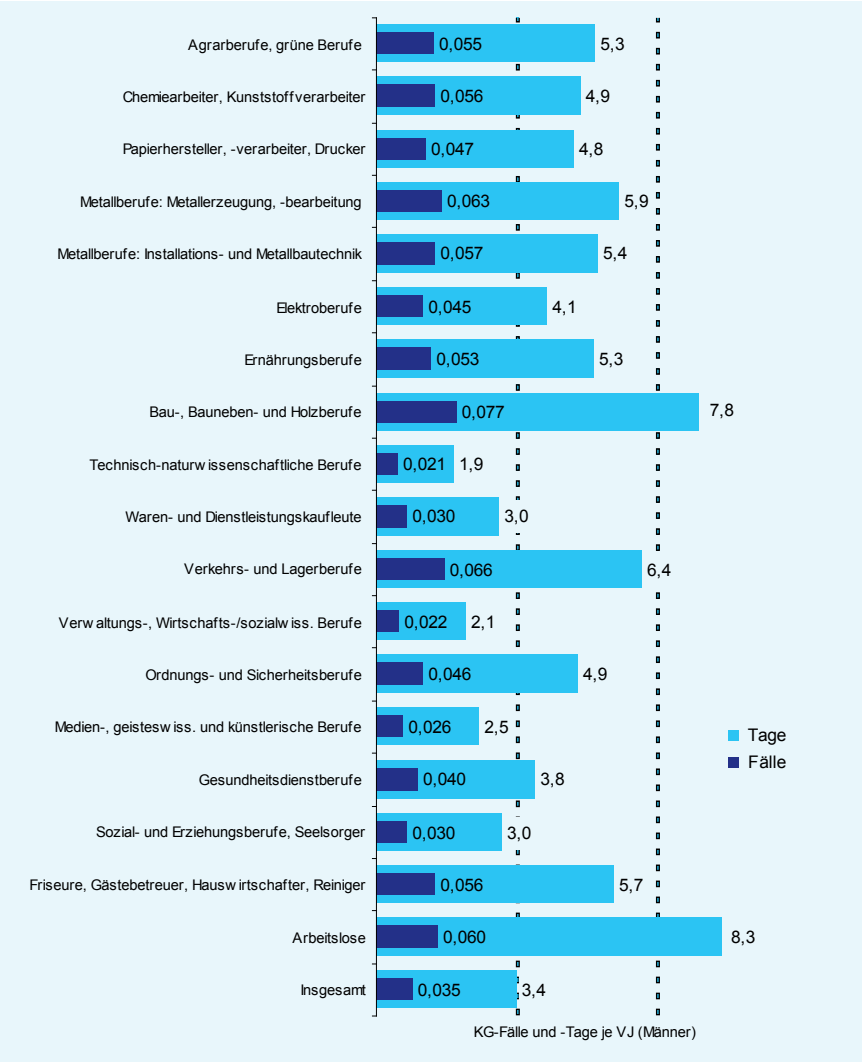


Abbildung 62 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 3,4 Tagen je VJ: durchschnittliche KG-Tage je VJ über alle männlichen Erwerbspersonen der TK; zweite Linie bei doppelt so hohem Wert)

Krankengeldtage nach Berufsfeldern, Frauen 2009

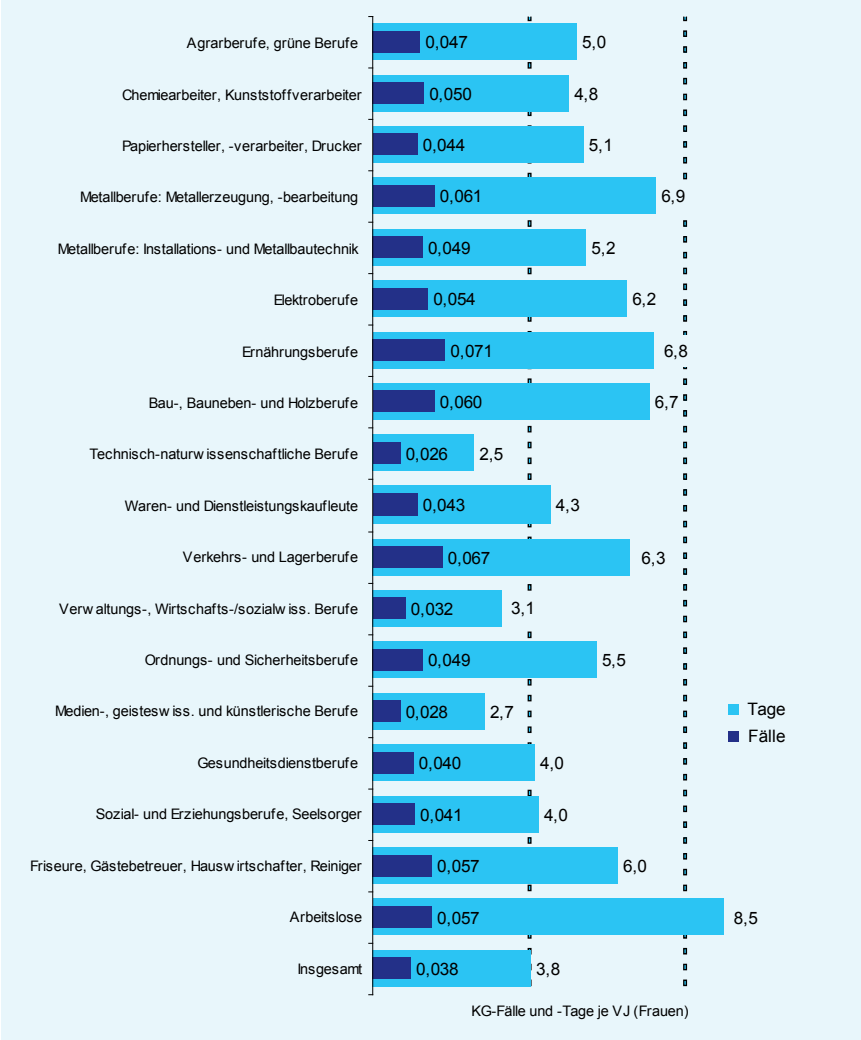


Abbildung 63 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 3,8 KG-Tagen je VJ: durchschnittliche KG-Tage je VJ über alle weiblichen Erwerbspersonen der TK; zweite Linie bei doppelt so hohem Wert)

Krankengeld nach Ausbildungsstand

Auch in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand lassen sich bei Berufstätigen erheblich divergierende KG-Fallhäufigkeiten und Krankengeldbezugszeiten ermitteln. Mit steigender Ausbildung zeigt sich in den altersstandardisierten Auswertungen ein weitgehend stetiger Rückgang der erfassten Krankengeldbezugszeiten. So wurden 2009 bei Männern mit Haupt- oder Realschulabschluss ohne dokumentierte Berufsausbildung durchschnittlich 0,066 Krankengeldfälle und 6,3 Krankengeldtage je Versicherungsjahr dokumentiert. Demgegenüber fanden sich bei männlichen Beschäftigten mit Hochschul- oder Universitätsabschluss mit 0,014 Fällen und 1,4 Krankengeldtagen je Versicherungsjahr weniger als ein Viertel der zuvor genannten Fälle und Tage. Aufgrund der etwas höheren Krankengeldbezugszeiten bei weiblichen Berufstätigen mit höherem Ausbildungsstand sind die relativen ausbildungsabhängigen Unterschiede bei Frauen nicht ganz so stark ausgeprägt.

Krankengeld nach Ausbildung, Männer 2009

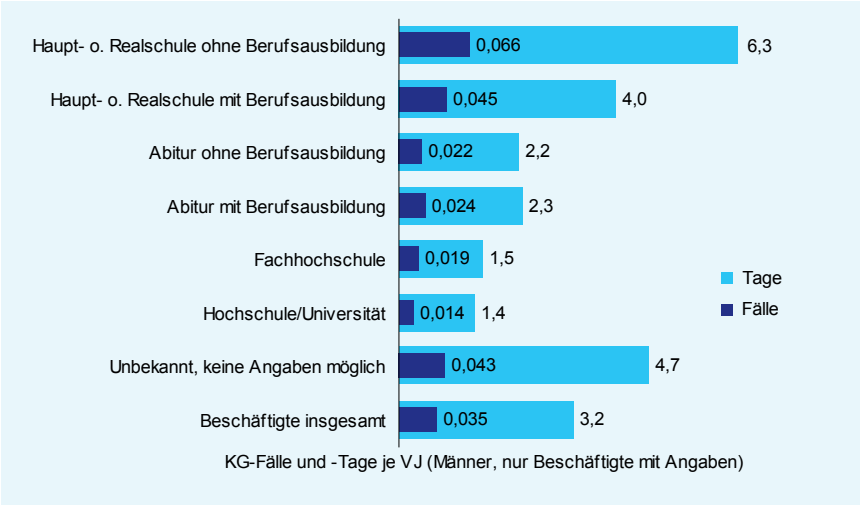


Abbildung 64 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Krankengeld nach Ausbildung, Frauen 2009

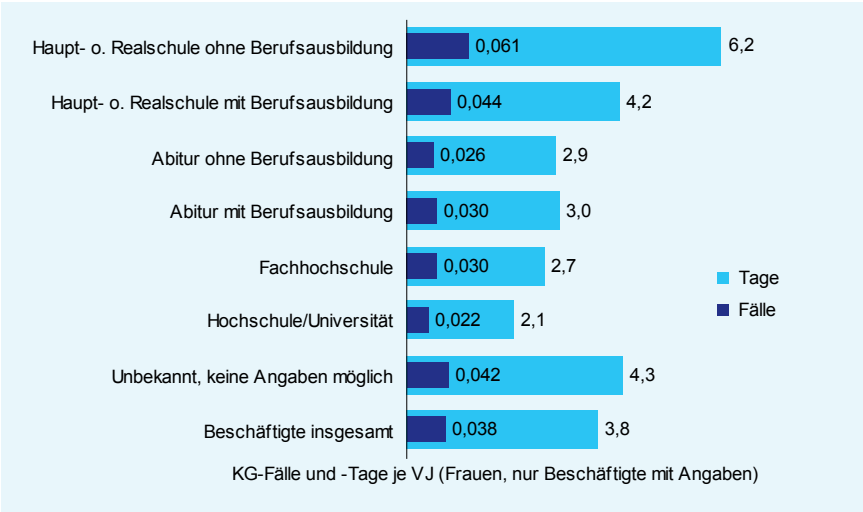


Abbildung 65 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arzneimittelverordnungen

Arzneimittelverordnungen insgesamt

Für Erwerbspersonen in der TK (ohne ALG-II-Empfänger) wurden innerhalb von 1.241 Millionen Versicherungstagen des Jahres 2009 insgesamt 14,32 Millionen Präparate beziehungsweise 15,59 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 670 Millionen definierten Tagesdosen ermitteln (Erläuterungen zu den ermittelten Kenngrößen finden sich im Anhang ab Seite 205).

Tabelle 12 gibt Auskunft über die Anteile der im Jahr 2009 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 2009

Verordnende Arztgruppe	Männer	Frauen	Gesamt
Augenärzte	3,3 %	3,9 %	3,6 %
Chirurgen	3,1 %	2,8 %	3,0 %
Frauenärzte	0,0 %	19,8 %	8,2 %
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	5,5 %	7,0 %	6,1 %
Hautärzte	8,1 %	11,4 %	9,5 %
Ärzte für innere Medizin*	*16,7 %*	*20,3 %*	*18,2 %*
Psychiater*	*2,3 %*	*3,8 %*	*2,9 %*
Orthopäden	4,7 %	5,5 %	5,0 %
Urologen	2,5 %	1,4 %	2,1 %
Allgemeinmediziner, Hausärzte*	*42,7 %*	*49,5 %*	*45,5 %*
Zahnärzte	5,3 %	6,4 %	5,8 %
Insgesamt (beliebige Arztgruppe)	63,6 %	75,7 %	68,6 %

Tabelle 12 (*Durch veränderte Arztgruppenzuordnung ab dem zweiten Halbjahr 2008 nicht mit Vorjahresergebnissen vergleichbar. Bezugsgruppe: Erwerbspersonen mit TK-Mitgliedschaft am 1. Januar 2009; standardisiert)

Von den Erwerbspersonen, die am 1. Januar 2009 bei der TK versichert waren, erhielten mit 68,6 Prozent mehr als zwei Drittel im Verlauf desselben Jahres zumindest eine Arzneimittelverordnung, die zulasten der Krankenkasse abgerechnet wurde (Vorjahr: 68,4 Prozent). Frauen waren häufiger betroffen,

lediglich 24,3 Prozent erhielten kein Rezept. Unter Männern lag dieser Anteil mit 36,4 Prozent merklich höher. In weiter zurückliegenden Jahren vor Einführung des GMG waren, bedingt durch die partielle Erstattung auch rezeptfrei erhältlicher Medikamente, noch deutlich höhere Verordnungsraten (um 75 Prozent) in Bezug auf die Gesamtpopulation zu beobachten (vgl. Gesundheitsreport der TK 2004). Insgesamt knapp die Hälfte der Erwerbspersonen erhielt 2009 zumindest ein Rezept vom Allgemeinarzt, etwa ein Fünftel der Frauen reichte zumindest ein Rezept vom Arzt für Frauenheilkunde in einer Apotheke ein. Da seit dem zweiten Halbjahr 2008 veränderte Fachgruppencodierungen für Ärzte gelten, die nur partiell mit dem bisherigen System kompatibel sind, sind insbesondere die kursiv gesetzten Werte aus Tabelle 12 nicht mit Vorjahresergebnissen vergleichbar und sollten nur als Anhaltswerte interpretiert werden.

Tabelle 13 zeigt weitere Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen. Methodische Erläuterungen finden sich im Anhang ab Seite 205.

Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr, Erwerbspersonen 2009

Parameter	Männer	Frauen	Gesamt
Arztkontakte (mit Verordnung) je VJ	**2,47**	**3,39**	**2,85**
Präparate je VJ	**3,57**	**4,41**	**3,92**
Packungen je VJ	3,83	4,92	4,28
Präparate mit ATC-Zuordnung je VJ	3,35 (94 %)	4,16 (94 %)	3,69 (94 %)
Präparate mit DDD-Angabe je VJ	3,35 (94 %)	4,16 (94 %)	3,69 (94 %)
DDD je Präparat*	53	42	48
DDD je VJ*	**177**	**175**	**176**

Tabelle 13 (*nur Präparate mit DDD-Angabe; standardisiert)

Die aus den Arzneimittelverordnungen ableitbare Zahl von Arztkontakten, also ausschließlich Kontakte mit mindestens einer Arzneimittelverordnung, belief sich im Jahr 2009 unter Männern innerhalb eines Versicherungsjahres auf durchschnittlich 2,5, unter Frauen waren es durchschnittlich 3,4 Kontakte je VJ. Da je Kontakt mehrere Präparate und je Präparat gegebenenfalls auch mehrere Packungen verordnet werden können, liegen die entsprechenden Zahlenwerte erwartungsgemäß entsprechend höher.

Bei durchschnittlich 48 DDD je rezeptiertes Präparat erhielt eine Erwerbsperson innerhalb eines Versicherungsjahres durchschnittlich insgesamt 176 Tagesdosen Arzneimittel verordnet. Der Wert für Frauen liegt mit 175 DDD je Versicherungsjahr nach altersstandardisierten Auswertungen unter dem Wert für Männer mit 177 DDD je VJ.

Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Die Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen variieren in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Versicherten. Nur verhältnismäßig geringe Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Anteils der Erwerbspersonen, die im Laufe eines Jahres zumindest 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 66 sowie Tabelle A45 auf Seite 184 im Anhang). Deutlichere Variationen zeigt die Zahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (vgl. Abbildung 67). 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 Werteniveau variiert die Zahl der verordneten Präparate nach Alter und Geschlecht unter den Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 68 unten).

Noch deutlichere alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung von Tagesdosen der verordneten Medikamente in Abbildung 69 beziehungsweise Tabelle A46 auf Seite 184 im Anhang. Die geringsten Verordnungsmengen weisen Männer im Alter zwischen 20 und 24 Jahren mit 49 DDD je VJ auf, die höchsten Männer ab 60 Jahren mit 606 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 rechnerisch erstmals wieder ein rückläufiges Verordnungsvolumen. Die Ursache hierfür liegt allerdings in einer international veränderten Festlegung von definierten Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern. Eingehendere Erläuterungen finden sich im Schwerpunktkapitel (vgl. Seite 29 f.).

Auffällig hoch ist das Verordnungsvolumen bei jungen Frauen bis zum 20. Lebensjahr mit durchschnittlich 316 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 2009

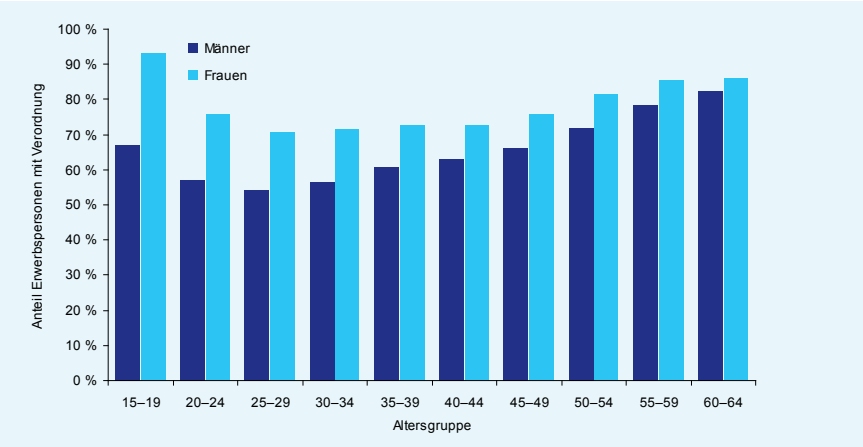


Abbildung 66 (Anteil an allen Erwerbspersonen der TK mit Versicherung am 1. Januar 2009)

Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2009

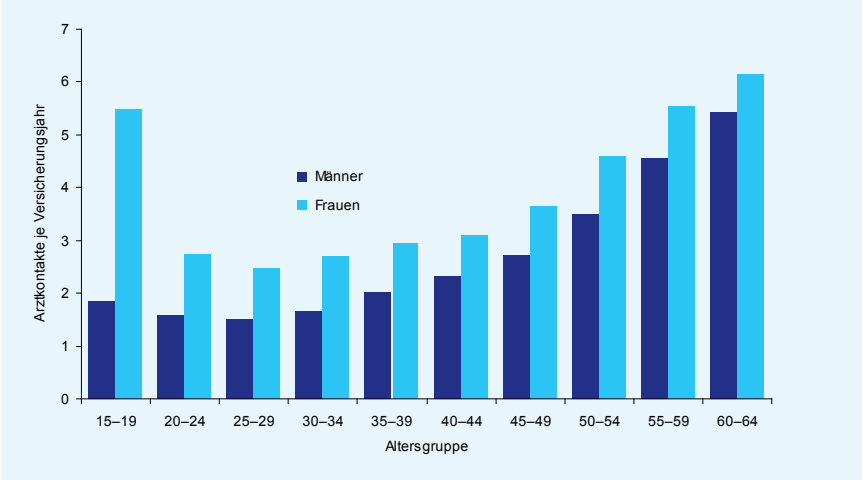


Abbildung 67 (Erwerbspersonen TK, Arztkontakte mit Arzneimittelverordnungen)

Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009

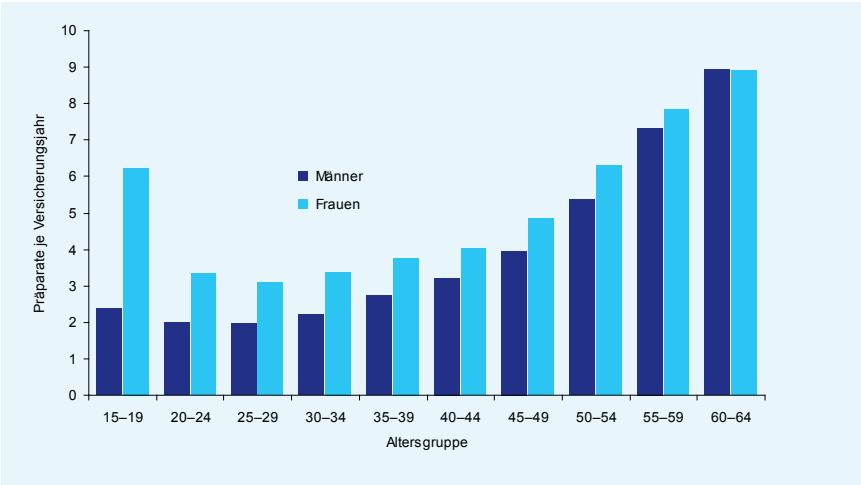


Abbildung 68 (Erwerbspersonen TK)

DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009

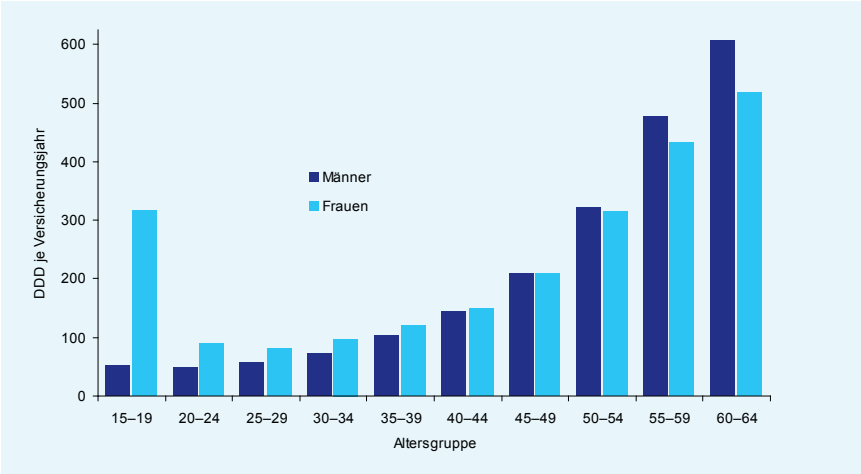


Abbildung 69 (Erwerbspersonen TK, Präparate mit DDD-Angabe)

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

Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr mit Verordnung variiert bundeslandabhängig bei Erwerbspersonen zwischen 2,5 Kontakten in einigen neuen Bundesländern und Berlin sowie 3,4 Kontakten im Saarland. Die Anzahl der dabei verordneten DDD beträgt zwischen 157 DDD je VJ in Bremen sowie 202 DDD je VJ in Sachsen-Anhalt. Der Höchstwert liegt damit 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 VJ nach Bundesländern 2009

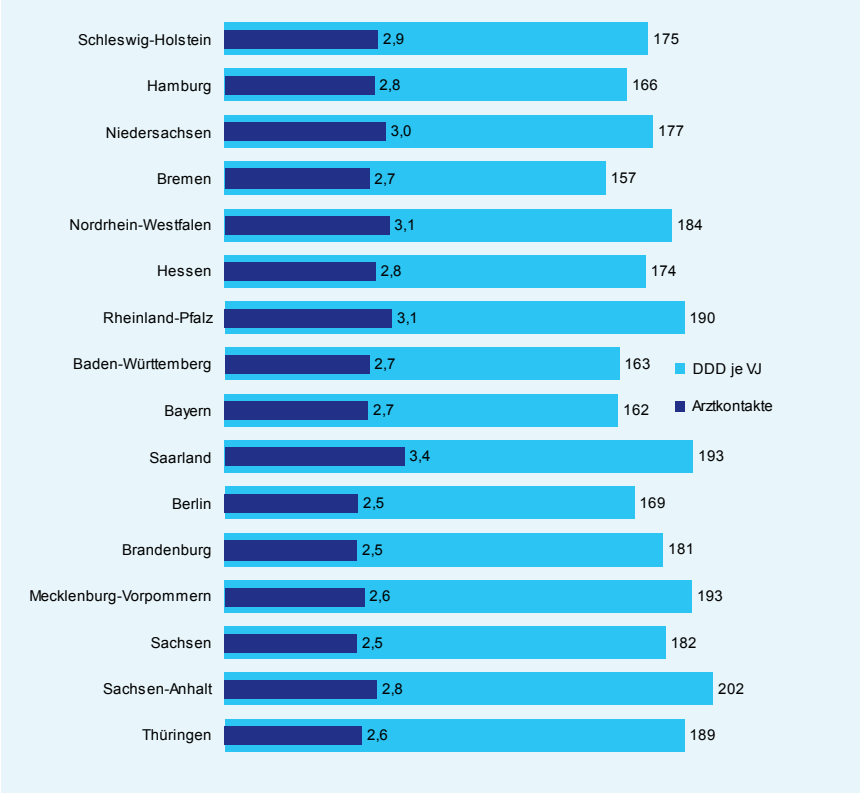


Abbildung 70 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Offensichtlich zeigt das bundeslandspezifische Verordnungsvolumen (gemessen in DDD) nicht uneingeschränkt einen einfachen linearen Zusammenhang mit den durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten von Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 71). 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) 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 nicht medikamentöse Therapieoptionen (zum Beispiel Krankengymnastik, Psychotherapie) besser verfügbar sind.

AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2009

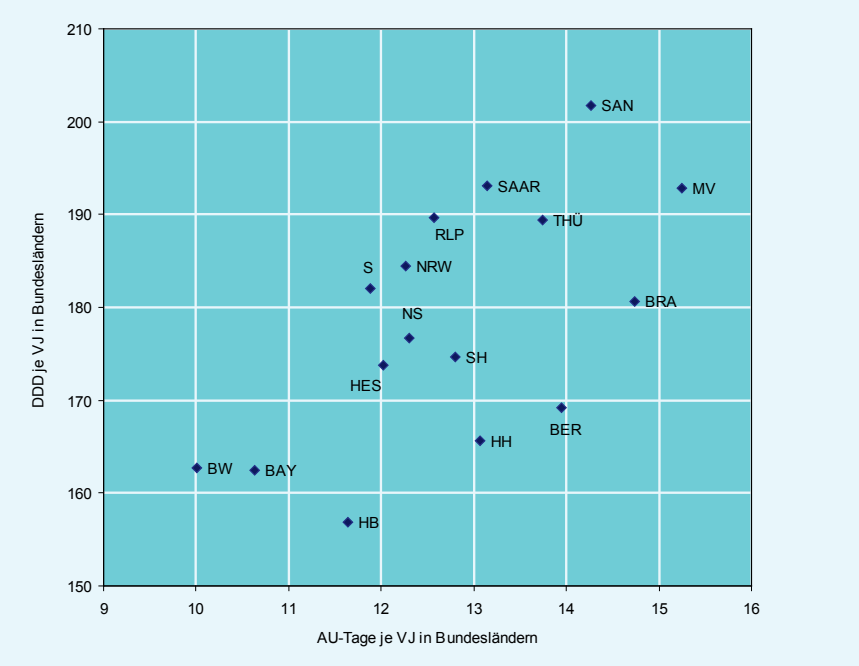


Abbildung 71 (standardisierte Werte zu 16 Bundesländern; Korrelationskoeffizient: R = 0,63; Korrelationskoeffizient bei Berücksichtigung von zwölf Bundesländern ohne die Stadtstaaten und Brandenburg: R = 0,86)

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 = 0,63 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 zum Gesamtverordnungsvolumen geben. Einen ersten Eindruck von der Relevanz einzelner Medikamentengruppen vermittelt Abbildung 72. Aufgeführt ist die Anzahl der durchschnittlich innerhalb des Versicherungsjahres 2009 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 A74 auf Seite 212 im Anhang.

Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen

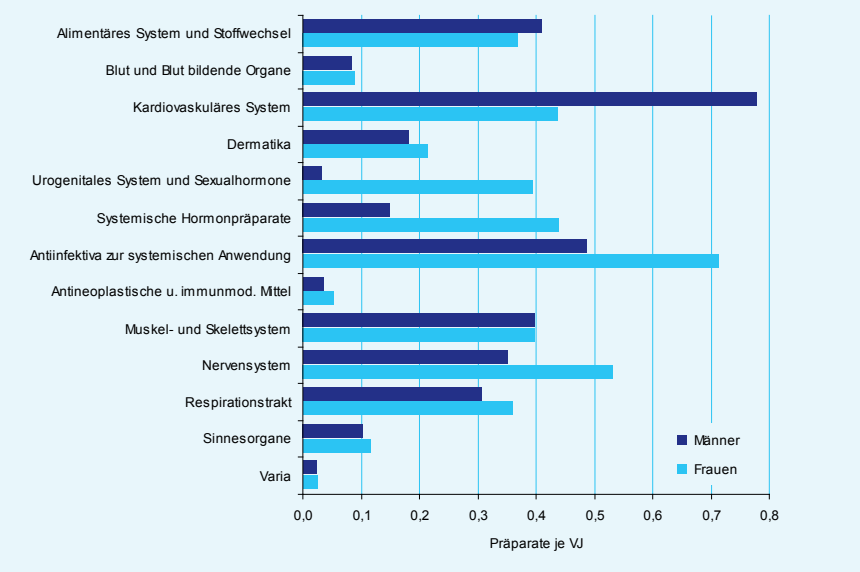


Abbildung 72 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Unter männlichen Erwerbspersonen verteilen sich Verordnungen von Präparaten im Wesentlichen auf sechs der 14 Gruppen. Durchschnittlich 0,78 Präparate pro Jahr und Erwerbsperson werden zur Behandlung des kardiovaskulären Systems (Herz-Kreislauf-System) und 0,49 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 2009 noch etwas seltener verordnet.

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 73).

Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen

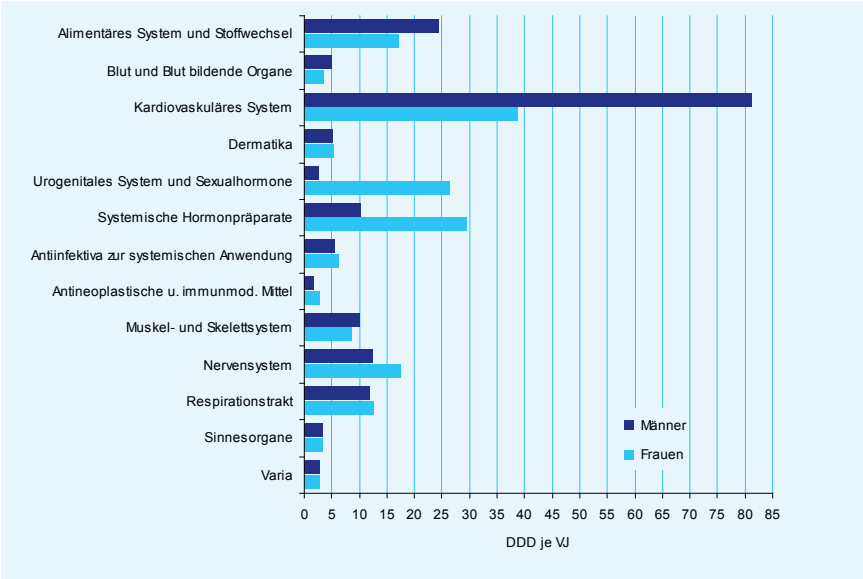


Abbildung 73 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009)

Gemessen an der Zahl verordneter Tagesdosen bilden bei Männern Arzneimittel zur Behandlung des kardiovaskulären Systems mit 81,3 Tagesdosen je Versicherungsjahr auch 2009 die mit Abstand relevanteste Medikation. In den Vorjahren war das Verordnungsvolumen in dieser Gruppe bei Männern deutlich gestiegen, zuletzt von 76,9 (2007) auf 83,7 Tagesdosen im Jahr 2008. Auf einen Wert von 38,7 beziehungsweise 29,4 Tagesdosen kommen Verordnungen von kardiovaskulär wirksamen Medikamenten sowie systemische Hormonpräparate bei Frauen (Vorjahr: 38,6 beziehungsweise 29,5 Tagesdosen; vgl. auch Tabelle A48 auf Seite 186 im Anhang). Einen Wert von 26,4 Tagesdosen je Versicherungsjahr erreichen unter Frauen Verordnungen von Sexualhormonen (Vorjahr: 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 74). Bis 2008 hatte sich das entsprechende Verordnungsvolumen nach altersstandardisierten Auswertungen und damit unabhängig von demografischen Veränderungen (und trotz des Wegfalls rezeptfreier Verordnungen aus der Erstattung 2004) um 65 Prozent erhöht. Allein zwischen den Jahren 2004 und 2008 lässt sich bei Arzneimitteln zur Behandlung des kardiovaskulären Systems altersbereinigt ein Anstieg um 34,8 Prozent von jährlich durchschnittlich 48,2 verordneten Tagesdosen auf 65,0 Tagesdosen feststellen (vgl. Tabelle A49 auf Seite 187 im Anhang). Unter Einbeziehung des rechnerischen leichten Verordnungsrückgangs 2009, der sich auf eine veränderte Bemessung von definierten Tagesdosen bei Lipidsenkern zurückführen lässt und insofern keinen realen Rückgang der Verordnungsmenge widerspiegelt, ist das Verordnungsvolumen seit 2000 noch um 61 Prozent gestiegen.

Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2009

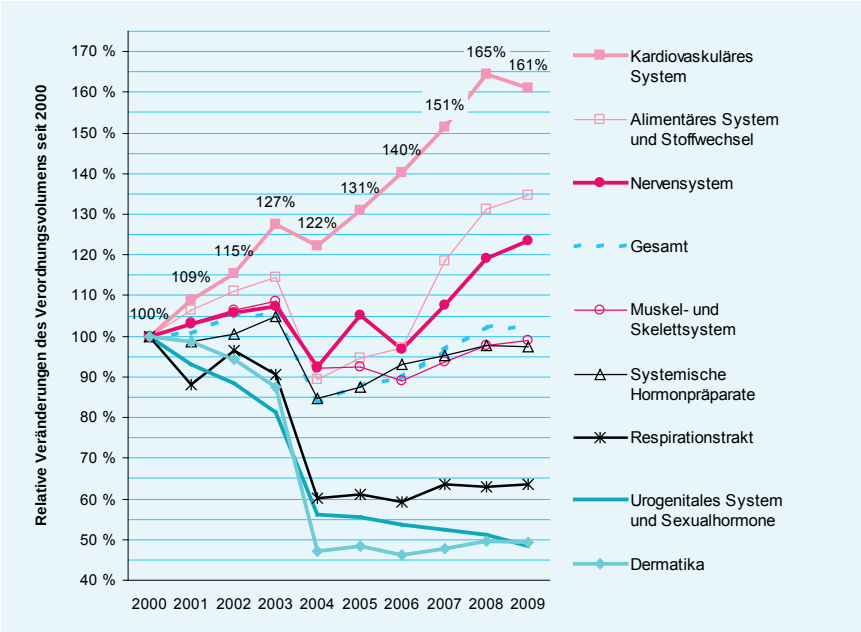


Abbildung 74 (Erwerbspersonen TK 2000–2009; standardisierte Verordnungsvolumen [DDD je VJ] in den einzelnen Gruppen im Jahr 2000 jeweils = 100 Prozent)

Eine starke anteilige Zunahme seit 2004 um 50,5 Prozent findet sich auch bei Arzneimitteln aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“, von de-

nen 2009 durchschnittlich 21,4 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet wurden. 2004 waren es demgegenüber erst 14,2 Tagesdosen. 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 2009 14,5 DDD je VJ und damit 27,5 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 14. 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 A50 sowie Tabelle A51 ab Seite 188 im Anhang.

Mit durchschnittlich 0,44 beziehungsweise 0,65 Präparaten je Versicherungsjahr entfallen mehr als zwölf Prozent aller Verordnungen bei Männern und 15 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]), Antidiabetika (A10), lipidsenkende sowie antithrombotische Mittel (C10 und B01). All diese 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 15 die Auflistung der Präparate nach dreistelliger ATC-Codierung in einer Rangfolge, gemessen am Verordnungsvolumen in DDD. In dieser Rangfolge führen Arzneimittel, die typischerweise längerfristig verordnet werden. Insofern finden sich die meist akut eingesetzten Antibiotika mit durchschnittlich 5,1 Tagesdosen je Versicherungsjahr (vgl. letzte Spalte der Tabelle) erst auf Rang zwölf. Unter Frauen werden Schilddrüsentherapeutika mit 25,8 DDD je VJ am meisten verordnet. Im Vorjahr lagen noch Sexualhormone mit 27,0 Tagesdosen auf Rang eins, die 2009 nur noch in einem Umfang von 25,1 DDD je VJ verordnet wurden. Von den verordneten Sexualhormonen entfiel auch 2009 mit 10,3 Tagesdosen ein bedeutsamer Anteil auf hormonelle Kontrazeptiva, die ausschließlich bei Frauen bis zum 20. Lebensjahr von der Kasse als solche finanziert werden (vgl. Tabelle A51 auf Seite 189 im Anhang).

Häufig verordnete Präparate 2009 (je VJ, nach ATC dreistellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	0,441	0,648	0,527
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	0,312	0,334	0,321
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	0,304	0,149	0,240
H03	Schilddrüsentherapie	0,087	0,359	0,200
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,195	0,145	0,174
N02	Analgetika	0,135	0,221	0,171
R03	Antiasthmatika	0,161	0,172	0,165
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,159	0,156	0,158
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,006	0,314	0,134
N06	Psychoanaleptika	0,103	0,176	0,133
A10	Antidiabetika	0,138	0,055	0,103
S01	Ophthalmika	0,087	0,101	0,093
R05	Husten- und Erkältungspräparate	0,076	0,098	0,085
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	0,075	0,098	0,084
C10	Lipid senkende Mittel	0,106	0,036	0,077
A03	Spasmolytika, Anticholinergika und Prokinetika	0,054	0,086	0,067
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	0,060	0,074	0,066
N05	Psycholeptika	0,057	0,077	0,066
C08	Calciumkanalblocker	0,075	0,035	0,059
B01	Antithrombotische Mittel	0,069	0,043	0,058
R01	Rhinologika	0,048	0,057	0,051
M03	Muskelrelaxanzien	0,036	0,049	0,042
C03	Diuretika	0,043	0,032	0,039
N03	Antiepileptika	0,036	0,037	0,036
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	0,039	0,030	0,035
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	0,030	0,027	0,029
M04	Gichtmittel	0,044	0,005	0,027
D10	Aknemittel	0,021	0,034	0,026
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung	0,028	0,024	0,026
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	0,022	0,033	0,026
	Genannte gesamt	3,05 (85 %)	3,70 (84 %)	3,32 (85 %)
	Insgesamt	3,575	4,412	3,922

Tabelle 14 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Häufigkeit der Präparateverordnungen in der Gesamtpopulation)

Verordnete Tagesdosen 2009 (DDD je VJ, nach ATC dreistellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	43,9	19,8	33,9
H03	Schilddrüsentherapie	7,2	25,8	14,9
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	12,5	8,4	10,8
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,5	25,1	10,7
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	11,5	9,4	10,6
R03	Antiasthmatika	8,6	8,5	8,5
N06	Psychoanaleptika	6,7	11,1	8,5
A10	Antidiabetika	9,9	3,8	7,4
C08	Calciumkanalblocker	9,3	3,8	7,0
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	6,7	7,3	6,9
C10	Lipid senkende Mittel	9,7	3,0	6,9
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	4,6	5,9	5,1
B01	Antithrombotische Mittel	4,5	2,0	3,5
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	3,1	3,4	3,2
S01	Ophthalmika	3,1	3,0	3,1
C03	Diuretika	3,4	2,5	3,1
V01	Allergene	2,8	2,9	2,9
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	2,3	2,7	2,4
N02	Analgetika	1,6	2,5	2,0
N05	Psycholeptika	1,6	1,8	1,7
N03	Antiepileptika	1,8	1,5	1,7
R01	Rhinologika	1,5	1,7	1,6
M04	Gichtmittel	2,6	0,2	1,6
G04	Urologika	2,2	0,5	1,5
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,1	1,6	1,3
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	1,3	1,1	1,2
C02	Antihypertonika	1,3	0,6	1,0
L04	Immunsuppressiva	1,0	1,0	1,0
B03	Antianämika	0,4	1,5	0,9
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	0,8	0,6	0,7
	Genannte gesamt	167,4 (95 %)	163,0 (93 %)	165,6 (94 %)
	Insgesamt	176,5	174,8	175,8

Tabelle 15 (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 den vorangehend dargestellten Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen waren in Abhängigkeit vom aktuell ausgeübten Beruf ausgeprägte Unterschiede aufgefallen (vgl. Abbildung 39 auf Seite 87). Abbildung 75 zeigt Maßzahlen zum Arzneimittelkonsum für männliche Erwerbspersonen nach Berufsfeldern, die nach den gleichen methodischen Vorgaben und für dieselben Erwerbspersonengruppen wie bei den vorangehenden Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit ermittelt wurden.

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

Die Werte zu verordneten Tagesdosen je Versicherungsjahr liegen unter erwerbstätigen Männern mit durchschnittlich 155 DDD je Versicherungsjahr im Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“ am niedrigsten. Der höchste Wert findet sich bei den „Ordnungs- und Sicherheitsberufen“ mit 199 DDD je Versicherungsjahr und damit nur 28 Prozent über dem niedrigsten Wert. Vergleichbare Relationen sind auch hinsichtlich der Zahl der Arztkontakte festzustellen. Das Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen liegt mit 234 DDD je Versicherungsjahr allerdings deutlich über den sonst nahezu einheitlichen Werten in allen Berufsfeldern bei männlichen Erwerbstätigen.

Ein vergleichbares Bild vermitteln entsprechende Auswertungen bei weiblichen Erwerbspersonen, deren Ergebnisse in Abbildung 76 dargestellt sind. Zahlenangaben finden sich ergänzend auch in Tabelle A52 auf Seite 190 im Anhang.

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern, Männer 2009

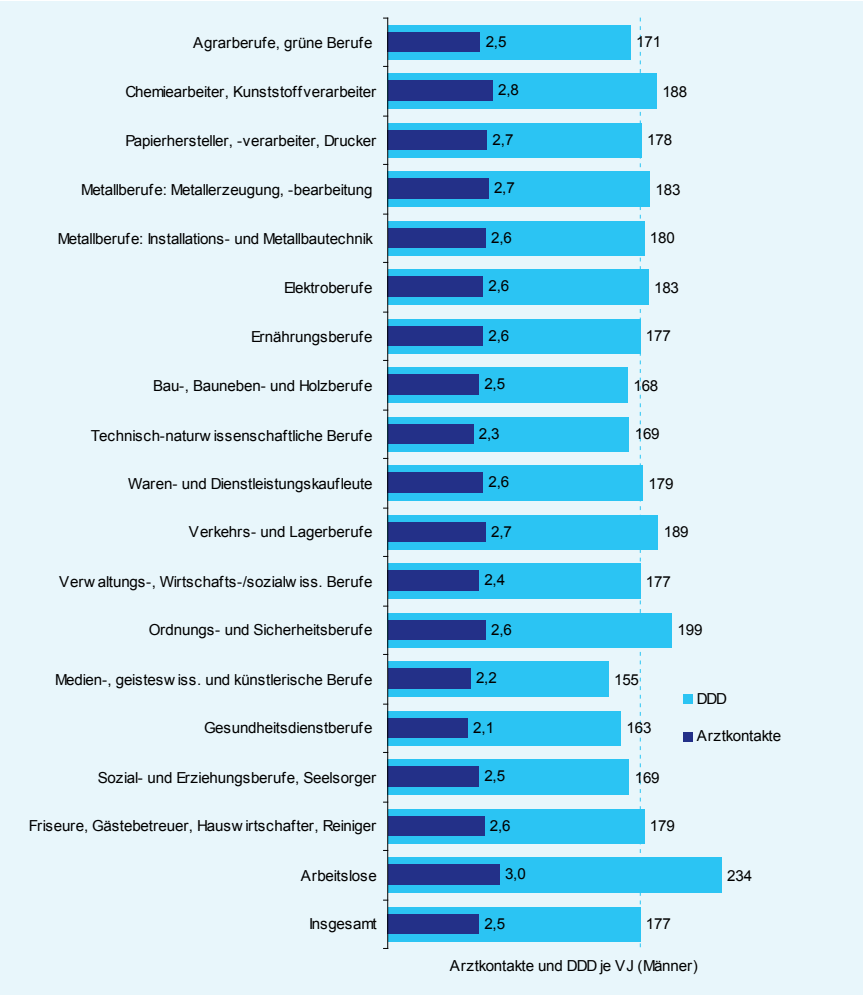


Abbildung 75 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie die Anzahl der DDD)

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern, Frauen 2009

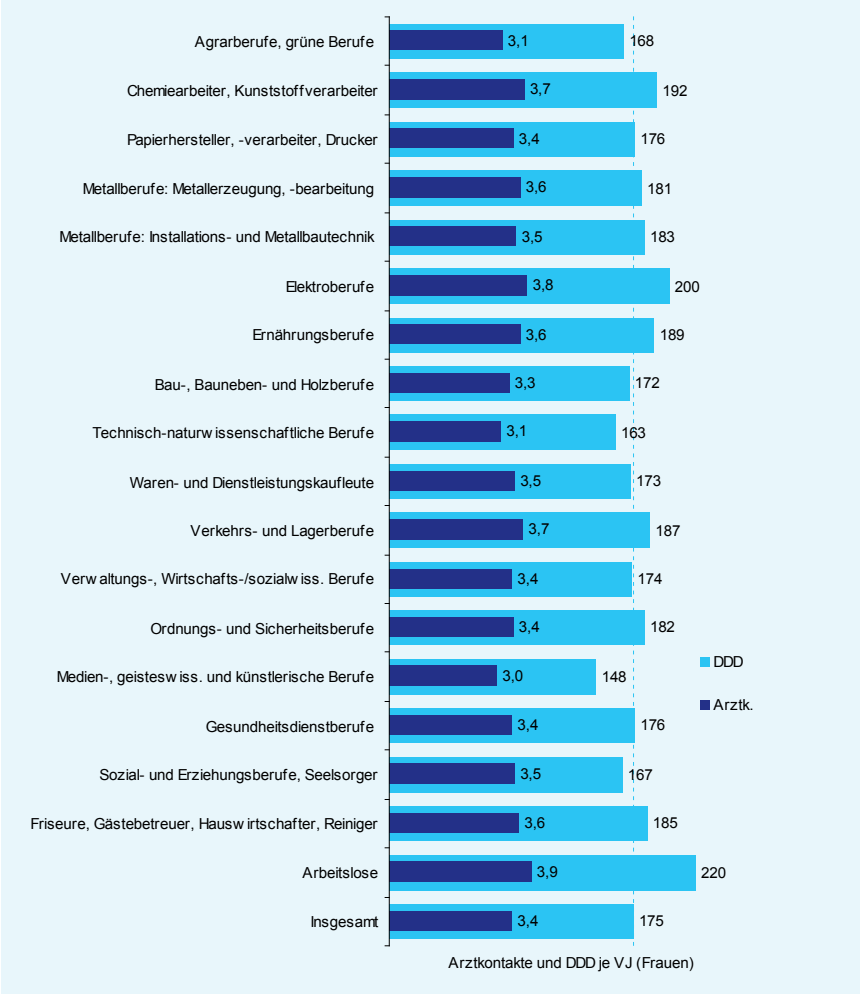


Abbildung 76 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie die Anzahl der DDD)

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 2009 sind getrennt für Männer und Frauen nach den sieben Ausbildungskategorien in Abbildung 77 sowie Abbildung 78 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 VJ nach Ausbildung, Männer 2009

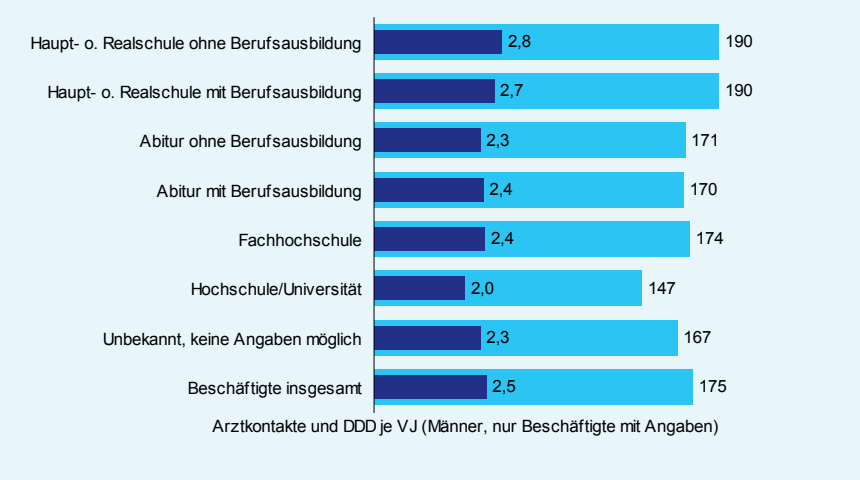


Abbildung 77 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung, TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für die Anzahl der Arztkontakte sowie die Anzahl der DDD)

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung, Frauen 2009

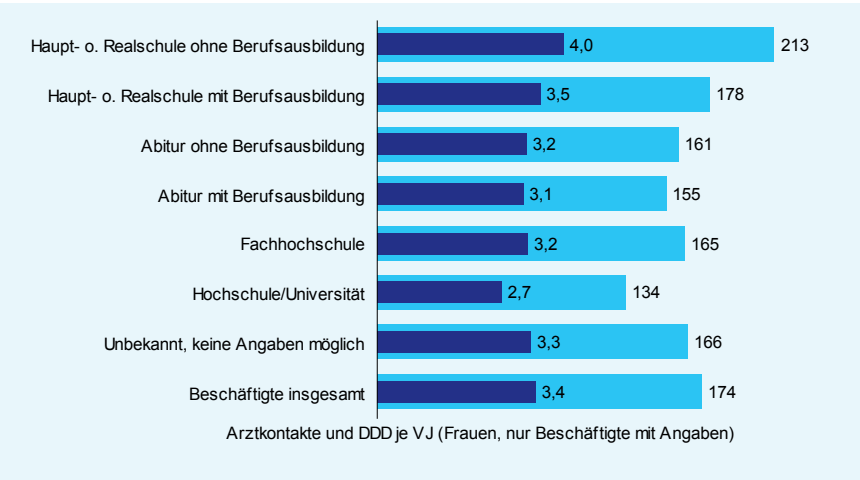


Abbildung 78 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung, TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für die Anzahl der Arztkontakte sowie die Anzahl der DDD)

Anhang

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

Tabellenanhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2008 sowie 2009

			2008			2009
Ausbildung	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
AU-Quote	43,1 %	48,7 %	45,6 %	44,8 %	51,0 %	47,6 %
AU-Fälle je VJ	0,87	1,06	0,95	0,91	1,12	1,00
AU-Tage je VJ	11,0	13,2	12,0	11,7	14,0	12,7
Krankenstand	3,02 %	3,62 %	3,28 %	3,22 %	3,83 %	3,49 %
AU-Tage je Fall	12,7	12,5	12,6	13,0	12,5	12,7

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

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2009 – originäre TK-Mitglieder

Ausbildung	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
AU-Fälle je VJ	0,92	1,14	1,01
AU-Tage je VJ	11,0	13,3	11,9
Krankenstand	3,00 %	3,65 %	3,27 %
AU-Tage je Fall	12,0	11,6	11,8

Tabelle A2 (standardisiert)

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2008 sowie 2009

		2008		2009
	AU-Fälle	**AU-Tage**	**AU-Fälle**	**AU-Tage**
1–3 Tage	37,5 %	6,4 %	36,0 %	6,1 %
4–7 Tage	30,0 %	12,2 %	31,1 %	12,6 %
8–14 Tage	16,2 %	13,5 %	16,8 %	13,8 %
15–28 Tage	8,9 %	14,3 %	8,7 %	13,8 %
29–42 Tage	3,0 %	8,3 %	2,9 %	7,9 %
> 42 Tage	4,5 %	45,5 %	4,5 %	45,8 %

Tabelle A3 (roh)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	1,70	1,90	1,78	1,93	2,10	2,00
20–24	1,19	1,39	1,29	1,26	1,48	1,37
25–29	0,75	0,99	0,88	0,79	1,06	0,93
30–34	0,72	0,94	0,83	0,75	1,00	0,87
35–39	0,81	0,95	0,88	0,84	1,00	0,92
40–44	0,80	0,97	0,87	0,83	1,03	0,92
45–49	0,81	1,02	0,90	0,85	1,08	0,95
50–54	0,88	1,10	0,97	0,91	1,16	1,02
55–59	0,99	1,20	1,06	1,02	1,26	1,11
60–64	0,82	0,92	0,85	0,90	1,03	0,94

Tabelle A4

AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	5,6	5,1	5,4	5,8	5,2	5,6
20–24	7,7	6,9	7,2	7,8	6,9	7,3
25–29	9,2	8,9	9,0	9,4	8,8	9,0
30–34	9,6	10,5	10,1	10,0	10,3	10,2
35–39	10,8	11,8	11,3	11,0	11,9	11,4
40–44	11,7	12,8	12,2	12,2	12,9	12,6
45–49	13,3	14,3	13,8	13,9	14,6	14,2
50–54	15,6	16,5	16,0	16,4	16,6	16,5
55–59	18,2	18,7	18,4	18,9	18,8	18,9
60–64	21,9	22,1	21,9	23,2	22,2	22,9

Tabelle A5

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	9,6	9,8	9,7	11,1	11,0	11,1
20–24	9,2	9,5	9,3	9,8	10,2	10,0
25–29	7,0	8,8	7,9	7,4	9,3	8,4
30–34	6,9	9,9	8,4	7,5	10,3	8,9
35–39	8,7	11,3	9,9	9,3	11,9	10,5
40–44	9,3	12,5	10,7	10,2	13,3	11,5
45–49	10,8	14,6	12,4	11,8	15,7	13,5
50–54	13,7	18,2	15,5	14,8	19,3	16,7
55–59	18,0	22,4	19,6	19,4	23,7	21,0
60–64	17,9	20,3	18,6	20,9	22,9	21,4

Tabelle A6

Krankenstand nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	2,6 %	2,7 %	2,6 %	3,1 %	3,0 %	3,0 %
20–24	2,5 %	2,6 %	2,6 %	2,7 %	2,8 %	2,7 %
25–29	1,9 %	2,4 %	2,2 %	2,0 %	2,6 %	2,3 %
30–34	1,9 %	2,7 %	2,3 %	2,1 %	2,8 %	2,4 %
35–39	2,4 %	3,1 %	2,7 %	2,5 %	3,3 %	2,9 %
40–44	2,6 %	3,4 %	2,9 %	2,8 %	3,6 %	3,2 %
45–49	3,0 %	4,0 %	3,4 %	3,2 %	4,3 %	3,7 %
50–54	3,7 %	5,0 %	4,2 %	4,1 %	5,3 %	4,6 %
55–59	4,9 %	6,1 %	5,4 %	5,3 %	6,5 %	5,8 %
60–64	4,9 %	5,6 %	5,1 %	5,7 %	6,3 %	5,9 %

Tabelle A7

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2008 Männer	2008 Frauen	2008 Gesamt	2009 Männer	2009 Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	0,93	1,10	1,00	0,97	1,19	1,06
Hamburg	0,89	1,10	0,98	0,92	1,17	1,02
Niedersachsen	0,97	1,10	1,02	1,01	1,18	1,08
Bremen	0,89	1,12	0,99	0,94	1,16	1,03
Nordrhein-Westfalen	0,90	1,08	0,97	0,92	1,12	1,00
Hessen	0,94	1,14	1,03	0,98	1,18	1,06
Rheinland-Pfalz	0,94	1,08	1,00	0,99	1,16	1,06
Baden-Württemberg	0,78	0,95	0,85	0,83	1,02	0,91
Bayern	0,80	0,97	0,87	0,86	1,05	0,94
Saarland	0,85	1,07	0,94	0,87	1,12	0,97
Berlin	0,85	1,16	0,98	0,92	1,24	1,05
Brandenburg	0,95	1,28	1,08	1,03	1,38	1,18
Mecklenburg-Vorpommern	1,03	1,35	1,16	1,12	1,44	1,25
Sachsen	0,85	1,17	0,98	0,93	1,29	1,08
Sachsen-Anhalt	0,99	1,33	1,13	1,06	1,42	1,21
Thüringen	0,99	1,30	1,11	1,03	1,37	1,17

Tabelle A8 (standardisiert)

AU-Tage je Fall nach Bundesländern

Bundesland	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	11,5	11,8	11,6	12,1	12,1	12,1
Hamburg	12,2	12,3	12,2	13,1	12,4	12,8
Niedersachsen	11,2	11,2	11,2	11,5	11,3	11,4
Bremen	11,2	10,9	11,1	11,5	11,0	11,3
Nordrhein-Westfalen	11,8	11,7	11,8	12,4	12,0	12,3
Hessen	11,2	11,1	11,2	11,4	11,2	11,3
Rheinland-Pfalz	11,9	11,8	11,9	12,0	11,6	11,9
Baden-Württemberg	10,8	11,1	11,0	11,0	11,0	11,0
Bayern	11,3	11,4	11,3	11,6	11,1	11,4
Saarland	13,7	13,5	13,6	13,9	13,0	13,5
Berlin	13,8	13,0	13,4	13,7	12,8	13,3
Brandenburg	12,4	11,8	12,1	13,0	12,0	12,5
Mecklenburg-Vorpommern	12,3	10,9	11,6	13,0	11,3	12,2
Sachsen	11,0	10,9	11,0	11,2	10,8	11,0
Sachsen-Anhalt	12,0	10,7	11,4	12,6	10,9	11,8
Thüringen	11,7	11,1	11,4	12,1	11,3	11,7

Tabelle A9 (standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	10,74	13,00	11,68	11,72	14,33	12,80
Hamburg	10,83	13,58	11,97	12,09	14,46	13,07
Niedersachsen	10,85	12,40	11,49	11,58	13,33	12,30
Bremen	10,02	12,24	10,94	10,81	12,82	11,64
Nordrhein-Westfalen	10,58	12,68	11,45	11,42	13,45	12,26
Hessen	10,57	12,72	11,46	11,14	13,26	12,02
Rheinland-Pfalz	11,17	12,83	11,86	11,89	13,54	12,57
Baden-Württemberg	8,43	10,53	9,30	9,15	11,22	10,01
Bayern	8,96	11,09	9,84	9,91	11,64	10,63
Saarland	11,71	14,35	12,81	12,15	14,55	13,15
Berlin	11,73	15,04	13,10	12,58	15,87	13,94
Brandenburg	11,72	15,10	13,12	13,44	16,58	14,74
Mecklenburg-Vorpommern	12,63	14,71	13,49	14,55	16,23	15,25
Sachsen	9,40	12,72	10,78	10,40	13,98	11,88
Sachsen-Anhalt	11,82	14,23	12,82	13,39	15,52	14,27
Thüringen	11,51	14,45	12,73	12,52	15,47	13,74

Tabelle A10 (standardisiert)

Krankenstand nach Bundesländern

Bundesland	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	2,94 %	3,56 %	3,20 %	3,21 %	3,93 %	3,51 %
Hamburg	2,97 %	3,72 %	3,28 %	3,31 %	3,96 %	3,58 %
Niedersachsen	2,97 %	3,40 %	3,15 %	3,17 %	3,65 %	3,37 %
Bremen	2,74 %	3,35 %	3,00 %	2,96 %	3,51 %	3,19 %
Nordrhein-Westfalen	2,90 %	3,47 %	3,14 %	3,13 %	3,68 %	3,36 %
Hessen	2,90 %	3,49 %	3,14 %	3,05 %	3,63 %	3,29 %
Rheinland-Pfalz	3,06 %	3,52 %	3,25 %	3,26 %	3,71 %	3,45 %
Baden-Württemberg	2,31 %	2,88 %	2,55 %	2,51 %	3,07 %	2,74 %
Bayern	2,45 %	3,04 %	2,70 %	2,71 %	3,19 %	2,91 %
Saarland	3,21 %	3,93 %	3,51 %	3,33 %	3,99 %	3,60 %
Berlin	3,21 %	4,12 %	3,59 %	3,45 %	4,35 %	3,82 %
Brandenburg	3,21 %	4,14 %	3,59 %	3,68 %	4,54 %	4,04 %
Mecklenburg-Vorpommern	3,46 %	4,03 %	3,70 %	3,99 %	4,45 %	4,18 %
Sachsen	2,58 %	3,49 %	2,95 %	2,85 %	3,83 %	3,26 %
Sachsen-Anhalt	3,24 %	3,90 %	3,51 %	3,67 %	4,25 %	3,91 %
Thüringen	3,15 %	3,96 %	3,49 %	3,43 %	4,24 %	3,77 %

Tabelle A11 (standardisiert)

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,0	9,2	8,5	8,5	9,9	9,1
II. Neubildungen	1,1	1,6	1,3	1,2	1,7	1,4
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	2,9	5,7	4,0	3,1	6,1	4,4
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	3,8	5,3	4,4	3,9	5,5	4,5
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7
X. Krankheiten des Atmungssystems	26,9	34,7	30,2	30,4	39,4	34,1
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	12,1	13,6	12,7	11,8	13,3	12,4
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,4	1,3	1,4	1,4	1,2	1,3
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,0	11,9	12,6	13,1	12,0	12,6
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	1,2	4,3	2,5	1,2	4,2	2,5
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,1	2,7	1,2	0,0	2,7	1,1
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	4,0	6,4	5,0	4,2	6,7	5,3
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	9,2	6,2	8,0	9,3	6,5	8,1
Insgesamt	88,4	108,7	96,8	92,9	115,4	102,2

Tabelle A12 (standardisiert)

AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,5	5,6	5,5	5,6	5,7	5,7
II. Neubildungen	32,7	39,2	35,9	31,3	39,0	35,1
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	22,4	21,1	21,8	22,7	20,6	21,7
V. Psychische und Verhaltensstörungen	39,3	36,0	37,4	42,2	37,3	39,3
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	12,3	10,9	11,6	12,6	11,0	11,8
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	22,0	15,3	19,3	22,8	15,4	19,7
X. Krankheiten des Atmungssystems	5,9	6,0	6,0	6,1	6,2	6,2
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	6,1	5,7	5,9	6,2	5,7	6,0
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,3	10,8	11,8	12,6	11,3	12,1
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	17,1	18,5	17,6	18,2	19,1	18,6
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	10,6	8,4	9,0	10,6	8,1	8,8
XV. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	–	18,8	18,3	–	16,4	16,2
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	8,4	8,7	8,6	8,8	8,6	8,7
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	18,1	17,3	17,8	19,0	17,7	18,6
Insgesamt	11,6	11,6	11,6	12,0	11,6	11,9

Tabelle A13 (standardisiert)

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	44	52	47	48	56	51
II. Neubildungen	37	64	48	37	66	49
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11	14	12	11	13	12
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	113	205	151	133	228	172
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	47	58	51	49	60	53
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	59	40	51	62	41	53
X. Krankheiten des Atmungssystems	159	209	180	186	244	210
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	73	78	75	73	76	74
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	18	14	16	17	14	16
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	223	220	222	238	228	234
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	13	36	22	12	34	21
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	50	21	0	44	18
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	34	55	43	37	58	46
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	166	108	142	176	114	150
Insgesamt	1.029	1.260	1.125	1.119	1.342	1.211

Tabelle A14 (standardisiert)

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

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	44	52	48	48	57	52
II. Neubildungen	36	63	47	36	64	48
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11	13	12	10	12	11
V. Psychische und Verhaltensstörungen	101	189	137	118	211	157
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	45	56	50	47	59	52
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	57	39	50	59	40	51
X. Krankheiten des Atmungssystems	160	212	182	189	248	213
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	73	78	75	73	76	74
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	17	14	16	17	14	16
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	215	212	214	231	221	227
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	12	36	22	12	34	21
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	50	21	0	44	18
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	34	55	42	37	58	45
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	166	107	141	176	113	150
Insgesamt	1.003	1.233	1.098	1.092	1.316	1.185

Tabelle A15 (standardisiert; **BERUFSTÄTIGE)**

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2009: Top 100

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	433.832	5,6	2.436.554	5,65 %
M54 Rückenschmerzen	181.067	12,8	2.313.451	5,37 %
F32 Depressive Episode	39.574	53,7	2.124.473	4,93 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	23.228	45,4	1.054.444	2,45 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	36.840	27,6	1.016.570	2,36 %
J20 Akute Bronchitis	120.436	7,0	848.692	1,97 %
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	105.839	6,8	720.273	1,67 %
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	146.002	4,6	666.627	1,55 %
M23 Binnenschädigung des Kniegelenks [internal derangement]	20.694	28,4	586.721	1,36 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	43.704	13,2	578.975	1,34 %
B34 Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	101.223	5,6	570.355	1,32 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	7.129	79,4	565.772	1,31 %
M75 Schulterläsionen	20.000	27,5	549.136	1,27 %
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	4.883	100,7	491.718	1,14 %
F48 Andere neurotische Störungen	23.006	20,7	475.328	1,10 %
F45 Somatoforme Störungen	19.626	23,5	461.038	1,07 %
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks	13.862	32,2	446.742	1,04 %
A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	98.338	4,4	433.172	1,01 %
S82 Fraktur des Unterschenkels	6.905	62,0	428.358	0,99 %
F41 Andere Angststörungen	7.894	54,2	427.731	0,99 %
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	21.510	19,6	421.050	0,98 %
J32 Chronische Sinusitis	55.102	6,6	362.058	0,84 %
J01 Akute Sinusitis	58.967	6,1	357.981	0,83 %
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder	25.717	13,5	348.458	0,81 %
M77 Sonstige Enthesopathien	19.568	17,3	338.226	0,78 %
ZZ nicht definiert	7.582	43,9	332.609	0,77 %
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	21.268	15,5	330.010	0,77 %
J03 Akute Tonsillitis	56.813	5,8	329.471	0,76 %
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparats	114.426	2,7	312.640	0,73 %
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenks]	7.776	40,2	312.278	0,72 %
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	47.304	6,5	306.583	0,71 %
K29 Gastritis und Duodenitis	44.109	6,7	294.951	0,68 %
S52 Fraktur des Unterarms	6.830	42,7	291.916	0,68 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	16.564	17,4	288.158	0,67 %
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	40.247	6,9	277.779	0,64 %
J02 Akute Pharyngitis	47.411	5,3	251.120	0,58 %
S62 Fraktur im Bereich des Handgelenks und der Hand	7.247	33,2	240.571	0,56 %
G56 Mononeuropathien der oberen Extremität	7.814	30,6	239.431	0,56 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4.907	47,3	232.108	0,54 %
S92 Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	7.099	32,4	230.261	0,53 %
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	23.011	9,5	219.204	0,51 %
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	5.968	36,6	218.281	0,51 %
M65 Synovitis und Tenosynovitis	12.981	16,6	215.738	0,50 %
M47 Spondylose	8.835	23,7	209.609	0,49 %
R53 Unwohlsein und Ermüdung	15.060	13,5	203.027	0,47 %
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektions-krankheiten	33.252	6,0	199.655	0,46 %
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenks]	3.392	58,6	198.747	0,46 %
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	6.894	28,2	194.567	0,45 %
S42 Fraktur im Bereich der Schulter u. des Oberarms	3.983	48,2	192.071	0,45 %
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	31.936	5,8	186.551	0,43 %
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	29.187	6,1	179.475	0,42 %
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	11.819	15,0	177.599	0,41 %
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	9.369	18,9	177.063	0,41 %
K40 Hernia inguinalis	8.889	19,7	175.535	0,41 %
M19 Sonstige Arthrose	4.295	35,8	153.808	0,36 %
R42 Schwindel und Taumel	13.583	10,8	146.433	0,34 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	3.093	47,3	146.330	0,34 %
M20 Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	3.565	40,9	145.985	0,34 %
I83 Varizen der unteren Extremitäten	9.348	15,6	145.884	0,34 %
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9.100	15,7	143.250	0,33 %
G43 Migräne	28.146	5,1	142.503	0,33 %
J45 Asthma bronchiale	11.382	12,3	140.439	0,33 %
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	26.716	5,2	137.838	0,32 %
S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern	11.347	11,8	133.542	0,31 %
Z96 Vorhandensein von anderen funkt. Implantaten	2.128	62,2	132.454	0,31 %
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.195	108,8	130.004	0,30 %
G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	4.401	29,4	129.333	0,30 %
F20 Schizophrenie	1.799	71,2	128.177	0,30 %
R51 Kopfschmerz	20.156	6,2	124.236	0,29 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	19.766	6,2	121.790	0,28 %
Z48 Andere Nachbehandlung n. chirurgischem Eingriff	3.981	29,1	115.961	0,27 %
G47 Schlafstörungen	9.010	12,8	115.601	0,27 %
H93 Sonstige Krankheiten des Ohrs, anderenorts nicht klassifiziert	6.961	16,3	113.784	0,26 %
R50 Fieber unbekannter Ursache	16.806	6,6	111.730	0,26 %
I21 Akuter Myokardinfarkt	1.505	72,8	109.545	0,25 %
S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern	3.649	29,9	109.216	0,25 %
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	3.872	28,2	109.144	0,25 %
S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	3.318	31,8	105.365	0,24 %
S86 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	3.553	29,6	105.242	0,24 %
Z56 Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	3.390	30,4	102.939	0,24 %
S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern	6.061	16,6	100.606	0,23 %
M13 Sonstige Arthritis	6.511	15,4	100.334	0,23 %
K57 Divertikulose des Darms	7.476	13,0	97.393	0,23 %
J41 Einfache und schleimig-eitrige chron. Bronchitis	13.466	7,1	95.785	0,22 %
M48 Sonstige Spondylopathien	1.423	66,9	95.232	0,22 %
I63 Hirninfarkt	977	96,6	94.420	0,22 %
K80 Cholelithiasis	6.111	15,4	94.408	0,22 %
Z90 Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	2.268	41,6	94.340	0,22 %
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	6.090	15,4	93.835	0,22 %
S06 Intrakranielle Verletzung	4.590	20,3	93.270	0,22 %
F34 Anhaltende affektive Störungen	1.405	66,0	92.712	0,22 %
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	1.908	48,1	91.707	0,21 %
F31 Bipolare affektive Störung	1.002	91,5	91.633	0,21 %
J34 Sonstige Krankheiten der Nase u. d. Nasennebenhöhlen	7.315	12,4	90.930	0,21 %
H81 Störungen der Vestibularfunktion	6.325	14,0	88.844	0,21 %
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	1.235	71,4	88.168	0,20 %
M70 Krankheiten des Weichteilgewebes	6.253	14,0	87.788	0,20 %
L02 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	7.537	11,6	87.488	0,20 %
Z51 Sonstige medizinische Behandlung	2.007	42,3	84.803	0,20 %
M67 Sonstige Krankheiten der Synovialis u. d. Sehnen	4.413	19,1	84.418	0,20 %
Alle aufgeführten Diagnosen	2.597.357		31.189.558	72,4 %
Diagnosen insgesamt	3.389.507	12,7	43.092.499	100 %

Tabelle A16 (Rohwerte Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; Bezugsgröße: 3.383.292 Versicherungsjahre in entsprechenden Altersgruppen bei TK-Erwerbspersonen 2009)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	1,12	1,08	1,10	1,15	1,11	1,13
Bergbauberufe*	0,95	1,27	1,08	0,97	1,12	1,03
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	1,14	1,29	1,20	1,16	1,31	1,22
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	1,32	1,59	1,44	1,36	1,60	1,46
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	1,11	1,39	1,22	1,19	1,37	1,26
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	1,38	1,54	1,44	1,32	1,45	1,37
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	1,26	1,23	1,25	1,29	1,28	1,29
Elektroberufe	1,11	1,58	1,31	1,17	1,53	1,32
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	1,15	1,33	1,22	1,19	1,34	1,25
Ernährungsberufe	0,91	1,23	1,04	0,95	1,32	1,10
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	1,23	1,42	1,31	1,25	1,44	1,33
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	0,74	1,07	0,88	0,79	1,11	0,92
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	0,81	1,11	0,93	0,86	1,19	1,00
Verkehrs- und Lagerberufe	1,13	1,40	1,24	1,18	1,48	1,31
Verw.-/Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	0,74	1,09	0,88	0,79	1,17	0,95
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	0,88	1,01	0,93	0,93	1,08	0,99
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	0,68	0,96	0,80	0,71	1,01	0,84
Gesundheitsdienstberufe	0,78	1,01	0,87	0,84	1,08	0,94
Sozial- und Erziehungs-berufe, Seelsorger	0,78	1,24	0,97	0,85	1,34	1,05
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reini-gungskräfte	0,99	1,16	1,06	1,02	1,21	1,10
Arbeitslose	0,53	0,65	0,58	0,54	0,67	0,60
Hilfsarbeiter	1,36	1,53	1,43	1,34	1,48	1,40
Auszubildende	0,80	1,11	0,93	0,84	1,16	0,98
Unbekannt	0,92	0,84	0,89	0,96	1,06	1,00
Insgesamt	0,88	1,09	0,97	0,93	1,15	1,02

Tabelle A17 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	15,2	14,3	14,8	15,7	14,9	15,4
Bergbauberufe*	15,2	15,4	15,3	14,3	11,9	13,3
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	14,6	15,8	15,1	16,0	16,2	16,1
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	16,1	17,3	16,6	17,0	18,2	17,5
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	13,4	15,7	14,4	14,7	16,1	15,3
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	16,2	19,6	17,6	17,6	19,4	18,4
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	15,7	15,1	15,5	16,6	15,9	16,3
Elektroberufe	12,5	17,9	14,7	13,7	18,9	15,9
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	14,1	15,2	14,6	17,0	16,3	16,7
Ernährungsberufe	14,3	19,3	16,4	15,1	20,4	17,3
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	18,6	18,2	18,5	19,7	19,3	19,5
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	7,2	10,1	8,4	7,7	10,7	9,0
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	8,9	12,8	10,5	9,9	14,2	11,7
Verkehrs- und Lagerberufe	16,3	18,0	17,0	17,9	19,7	18,7
Verw.-/Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	7,5	11,1	9,0	8,2	12,0	9,8
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	13,0	14,7	13,7	14,2	16,2	15,0
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	8,1	10,1	8,9	8,6	10,8	9,5
Gesundheitsdienstberufe	10,7	12,5	11,4	11,9	13,3	12,5
Sozial- und Erziehungs-berufe, Seelsorger	9,3	13,9	11,2	10,3	14,8	12,2
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reini-gungskräfte	15,2	16,5	15,7	16,3	17,8	16,9
Arbeitslose	20,4	20,8	20,6	19,1	20,6	19,7
Hilfsarbeiter	18,6	19,3	18,9	20,5	20,4	20,4
Auszubildende	7,9	11,0	9,2	7,4	12,8	9,6
Unbekannt	12,7	11,4	12,2	10,4	10,5	10,5
Insgesamt	10,3	12,6	11,2	11,2	13,4	12,1

Tabelle A18 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

Krankenstand nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	4,16 %	3,93 %	4,06 %	4,30 %	4,09 %	4,21 %
Bergbauberufe*	4,18 %	4,21 %	4,19 %	3,91 %	3,25 %	3,64 %
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	3,99 %	4,34 %	4,14 %	4,39 %	4,44 %	4,41 %
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	4,42 %	4,75 %	4,56 %	4,66 %	5,00 %	4,80 %
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	3,67 %	4,30 %	3,93 %	4,03 %	4,42 %	4,19 %
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	4,45 %	5,37 %	4,83 %	4,82 %	5,32 %	5,03 %
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	4,30 %	4,15 %	4,24 %	4,56 %	4,36 %	4,47 %
Elektroberufe	3,41 %	4,91 %	4,03 %	3,76 %	5,17 %	4,34 %
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	3,87 %	4,16 %	3,99 %	4,65 %	4,45 %	4,57 %
Ernährungsberufe	3,92 %	5,28 %	4,48 %	4,14 %	5,58 %	4,74 %
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	5,11 %	4,99 %	5,06 %	5,40 %	5,28 %	5,35 %
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	1,97 %	2,77 %	2,30 %	2,11 %	2,94 %	2,45 %
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	2,44 %	3,51 %	2,88 %	2,72 %	3,89 %	3,21 %
Verkehrs- und Lagerberufe	4,45 %	4,93 %	4,65 %	4,92 %	5,40 %	5,12 %
Verw.-/Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,05 %	3,05 %	2,47 %	2,24 %	3,30 %	2,68 %
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	3,56 %	4,03 %	3,75 %	3,88 %	4,43 %	4,11 %
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,23 %	2,76 %	2,45 %	2,35 %	2,95 %	2,60 %
Gesundheitsdienstberufe	2,93 %	3,42 %	3,13 %	3,27 %	3,66 %	3,43 %
Sozial- und Erziehungs-berufe, Seelsorger	2,55 %	3,80 %	3,07 %	2,81 %	4,06 %	3,33 %
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reini-gungskräfte	4,16 %	4,52 %	4,31 %	4,48 %	4,88 %	4,64 %
Arbeitslose	5,60 %	5,71 %	5,65 %	5,22 %	5,66 %	5,40 %
Hilfsarbeiter	5,10 %	5,29 %	5,18 %	5,61 %	5,59 %	5,60 %
Auszubildende	2,16 %	3,02 %	2,52 %	2,02 %	3,50 %	2,63 %
Unbekannt	3,48 %	3,12 %	3,33 %	2,86 %	2,89 %	2,87 %
Insgesamt	2,82 %	3,45 %	3,08 %	3,07 %	3,68 %	3,32 %

Tabelle A19 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

Krankenstand nach Ausbildungsstand 2008 sowie 2009

			2008			2009
Ausbildung	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
Haupt- o. Realschule ohne Berufsausbildung	4,76 %	5,01 %	4,86 %	5,06 %	5,26 %	5,14 %
Haupt- o. Realschule mit Berufsausbildung	3,39 %	3,70 %	3,52 %	3,66 %	4,01 %	3,81 %
Abitur ohne Berufsausbildung	2,17 %	3,06 %	2,54 %	2,32 %	3,07 %	2,63 %
Abitur mit Berufsausbildung	2,21 %	3,03 %	2,55 %	2,39 %	3,24 %	2,74 %
Fachhochschule	1,94 %	3,03 %	2,39 %	2,04 %	3,22 %	2,53 %
Hochschule/Universität	1,39 %	2,31 %	1,77 %	1,53 %	2,45 %	1,91 %
Unbekannt, keine Angaben möglich	3,05 %	3,34 %	3,17 %	3,41 %	3,64 %	3,51 %
Beschäftigte mit Ausbildungsangaben insgesamt	2,75 %	3,39 %	3,02 %	3,01 %	3,66 %	3,28 %

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

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 (roh)

			2008			2009
Ausbildung	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
AU-Fälle je 100 VJ	3,18	1,69	2,53	3,07	1,73	2,47
AU-Tage je 100 VJ	76,8	38,2	59,8	78,5	39,5	61,1
Krankenstand	0,21 %	0,10 %	0,16 %	0,22 %	0,11 %	0,17 %
AU-Tage je Fall	24,1	22,5	23,7	25,6	22,8	24,7

Tabelle A21 (roh)

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

Alters-gruppe	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	2008 Gesamt (Tage je 100 VJ)	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	2009 Gesamt (Tage je 100 VJ)
15–19	126	49	96	127	54	99
20–24	102	39	71	96	39	68
25–29	70	28	48	66	27	46
30–34	59	25	43	60	25	43
35–39	74	26	51	70	26	50
40–44	67	33	52	72	34	55
45–49	76	39	60	77	43	62
50–54	84	56	73	91	58	77
55–59	87	68	81	94	73	86
60–64	68	57	65	86	69	81

Tabelle A22

Krankengeld Erwerbspersonen 2008 sowie 2009

			2008			2009
Ausbildung	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
KG-Quote	3,91 %	4,30 %	4,08 %	3,97 %	4,32 %	4,13 %
KG-Fälle je VJ	0,038	0,041	0,039	0,037	0,040	0,038
KG-Tage je VJ	3,42	3,97	3,67	3,72	4,20	3,93
KG-Krankenstand	0,94 %	1,09 %	1,00 %	1,02 %	1,15 %	1,08 %
KG-Tage je Fall	90,2	95,9	92,8	101,5	105,6	103,4

Tabelle A23 (roh, nicht geschlechts- und altersstandardisierte Werte)

Krankengeld Erwerbspersonen 2009 – originäre TK-Mitglieder

Ausbildung	Männer	Frauen	Gesamt
KG-Fälle je VJ	0,034	0,037	0,035
KG-Tage je VJ	3,28	3,79	3,49
KG-Krankenstand	0,90 %	1,04 %	0,96 %
KG-Tage je Fall	97,4	102,2	99,5

Tabelle A24 (standardisiert)

Krankengeldfälle nach Dauer 2008 sowie 2009

		2008		2009
	KG-Fälle	KG-Tage	KG-Fälle	KG-Tage
1–7 Tage	16,9 %	0,8 %	15,0 %	0,7 %
8–14 Tage	11,3 %	1,6 %	10,1 %	1,4 %
15–28 Tage	14,5 %	4,0 %	14,2 %	3,7 %
29–56 Tage	17,3 %	9,4 %	17,5 %	8,8 %
57–91 Tage	12,6 %	12,2 %	13,1 %	11,8 %
92–182 Tage	15,0 %	26,4 %	15,7 %	25,5 %
183–273 Tage	6,8 %	20,3 %	7,8 %	21,6 %
Mehr als 273 Tage	5,7 %	25,2 %	6,5 %	26,5 %

Tabelle A25 (roh)

KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	0,027	0,023	0,025	0,025	0,022	0,024
20–24	0,033	0,027	0,030	0,030	0,026	0,028
25–29	0,025	0,027	0,026	0,024	0,024	0,024
30–34	0,024	0,027	0,026	0,022	0,026	0,024
35–39	0,030	0,032	0,031	0,028	0,031	0,029
40–44	0,031	0,040	0,035	0,031	0,038	0,034
45–49	0,037	0,050	0,043	0,037	0,048	0,042
50–54	0,048	0,061	0,053	0,048	0,059	0,053
55–59	0,063	0,072	0,066	0,062	0,072	0,066
60–64	0,061	0,067	0,062	0,066	0,069	0,067

Tabelle A26

KG-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	36,4	38,1	37,0	43,9	38,2	41,9
20–24	53,9	55,1	54,5	61,2	60,1	60,7
25–29	64,0	67,2	65,7	71,0	74,1	72,6
30–34	70,0	76,4	73,4	82,7	87,0	84,9
35–39	77,2	87,6	82,3	88,5	99,0	93,6
40–44	83,1	92,8	88,0	94,3	104,0	99,1
45–49	88,0	96,9	92,4	99,4	109,9	104,6
50–54	98,2	111,6	104,4	110,8	120,4	115,4
55–59	111,3	124,2	116,3	123,3	130,1	126,1
60–64	125,2	129,6	126,5	140,5	140,5	140,5

Tabelle A27

KG-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	0,97	0,88	0,93	1,09	0,83	0,99
20–24	1,79	1,51	1,65	1,84	1,57	1,70
25–29	1,58	1,79	1,69	1,67	1,80	1,74
30–34	1,67	2,10	1,88	1,85	2,29	2,06
35–39	2,29	2,78	2,53	2,47	3,03	2,73
40–44	2,57	3,70	3,07	2,94	3,94	3,38
45–49	3,28	4,84	3,94	3,71	5,29	4,40
50–54	4,75	6,77	5,56	5,34	7,16	6,10
55–59	7,05	8,94	7,73	7,69	9,33	8,31
60–64	7,59	8,70	7,89	9,33	9,75	9,45

Tabelle A28

KG-Krankenstand nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
15–19	0,27 %	0,24 %	0,26 %	0,30 %	0,23 %	0,27 %
20–24	0,49 %	0,41 %	0,45 %	0,50 %	0,43 %	0,47 %
25–29	0,43 %	0,49 %	0,46 %	0,46 %	0,49 %	0,48 %
30–34	0,46 %	0,58 %	0,52 %	0,51 %	0,63 %	0,56 %
35–39	0,63 %	0,76 %	0,69 %	0,68 %	0,83 %	0,75 %
40–44	0,70 %	1,02 %	0,84 %	0,80 %	1,08 %	0,93 %
45–49	0,90 %	1,32 %	1,08 %	1,02 %	1,45 %	1,20 %
50–54	1,30 %	1,86 %	1,52 %	1,46 %	1,96 %	1,67 %
55–59	1,93 %	2,45 %	2,12 %	2,11 %	2,56 %	2,28 %
60–64	2,08 %	2,38 %	2,16 %	2,56 %	2,67 %	2,59 %

Tabelle A29

KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	0,038	0,041	0,039	0,036	0,042	0,039
Hamburg	0,039	0,041	0,040	0,037	0,041	0,038
Niedersachsen	0,038	0,038	0,038	0,036	0,037	0,037
Bremen	0,035	0,042	0,038	0,034	0,037	0,036
Nordrhein-Westfalen	0,036	0,039	0,037	0,036	0,038	0,037
Hessen	0,035	0,039	0,037	0,033	0,034	0,034
Rheinland-Pfalz	0,039	0,041	0,040	0,037	0,037	0,037
Baden-Württemberg	0,027	0,032	0,029	0,026	0,030	0,028
Bayern	0,030	0,035	0,032	0,031	0,033	0,032
Saarland	0,042	0,051	0,046	0,041	0,043	0,042
Berlin	0,043	0,047	0,044	0,039	0,045	0,041
Brandenburg	0,042	0,045	0,043	0,043	0,047	0,045
Mecklenburg-Vorpommern	0,048	0,047	0,048	0,049	0,047	0,048
Sachsen	0,034	0,039	0,036	0,033	0,041	0,036
Sachsen-Anhalt	0,041	0,046	0,043	0,044	0,045	0,045
Thüringen	0,041	0,045	0,042	0,042	0,042	0,042

Tabelle A30 (standardisiert)

KG-Tage je Fall nach Bundesländern

Bundesland	2008 Männer	2008 Frauen	2008 Gesamt	2009 Männer	2009 Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	86,4	102,6	93,4	102,7	109,8	106,0
Hamburg	89,7	110,4	98,6	114,1	120,8	117,0
Niedersachsen	86,0	97,8	91,0	95,4	105,9	99,9
Bremen	74,9	85,3	79,6	92,8	99,1	95,5
Nordrhein-Westfalen	87,9	96,1	91,5	102,3	107,6	104,6
Hessen	82,0	87,0	84,2	91,9	102,5	96,4
Rheinland-Pfalz	84,5	90,1	86,9	99,0	104,7	101,4
Baden-Württemberg	83,9	92,9	88,0	97,5	103,2	100,0
Bayern	85,2	91,7	88,2	93,8	98,2	95,7
Saarland	84,7	87,4	85,9	90,8	101,9	95,5
Berlin	87,2	89,6	88,2	96,9	96,9	96,9
Brandenburg	78,4	83,2	80,5	87,9	84,1	86,2
Mecklenburg-Vorpommern	77,8	76,6	77,3	90,7	87,1	89,2
Sachsen	73,5	76,9	75,0	83,2	81,6	82,5
Sachsen-Anhalt	83,2	65,8	75,6	86,5	73,1	80,8
Thüringen	78,7	75,4	77,3	86,1	88,5	87,1

Tabelle A31 (standardisiert)

KG-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	3,32	4,21	3,69	3,71	4,65	4,10
Hamburg	3,50	4,58	3,95	4,17	4,90	4,47
Niedersachsen	3,24	3,76	3,46	3,43	3,96	3,65
Bremen	2,64	3,57	3,03	3,19	3,67	3,39
Nordrhein-Westfalen	3,21	3,74	3,43	3,65	4,11	3,84
Hessen	2,88	3,36	3,08	3,05	3,53	3,25
Rheinland-Pfalz	3,31	3,69	3,47	3,64	3,91	3,75
Baden-Württemberg	2,28	2,95	2,56	2,58	3,08	2,79
Bayern	2,55	3,20	2,82	2,93	3,29	3,08
Saarland	3,60	4,44	3,94	3,71	4,38	3,99
Berlin	3,71	4,20	3,92	3,77	4,33	4,00
Brandenburg	3,27	3,76	3,47	3,80	3,99	3,88
Mecklenburg-Vorpommern	3,73	3,62	3,68	4,46	4,10	4,31
Sachsen	2,51	3,02	2,72	2,71	3,31	2,96
Sachsen-Anhalt	3,43	3,00	3,25	3,80	3,32	3,60
Thüringen	3,19	3,40	3,28	3,59	3,75	3,66

Tabelle A32 (standardisiert)

KG-Krankenstand nach Bundesländern

Bundesland	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Schleswig-Holstein	0,91 %	1,15 %	1,01 %	1,02 %	1,27 %	1,12 %
Hamburg	0,96 %	1,26 %	1,08 %	1,14 %	1,34 %	1,22 %
Niedersachsen	0,89 %	1,03 %	0,95 %	0,94 %	1,08 %	1,00 %
Bremen	0,72 %	0,98 %	0,83 %	0,87 %	1,01 %	0,93 %
Nordrhein-Westfalen	0,88 %	1,02 %	0,94 %	1,00 %	1,13 %	1,05 %
Hessen	0,79 %	0,92 %	0,84 %	0,84 %	0,97 %	0,89 %
Rheinland-Pfalz	0,91 %	1,01 %	0,95 %	1,00 %	1,07 %	1,03 %
Baden-Württemberg	0,63 %	0,81 %	0,70 %	0,71 %	0,84 %	0,76 %
Bayern	0,70 %	0,88 %	0,77 %	0,80 %	0,90 %	0,84 %
Saarland	0,99 %	1,22 %	1,08 %	1,02 %	1,20 %	1,09 %
Berlin	1,02 %	1,15 %	1,07 %	1,03 %	1,19 %	1,10 %
Brandenburg	0,90 %	1,03 %	0,95 %	1,04 %	1,09 %	1,06 %
Mecklenburg-Vorpommern	1,02 %	0,99 %	1,01 %	1,22 %	1,12 %	1,18 %
Sachsen	0,69 %	0,83 %	0,75 %	0,74 %	0,91 %	0,81 %
Sachsen-Anhalt	0,94 %	0,82 %	0,89 %	1,04 %	0,91 %	0,99 %
Thüringen	0,87 %	0,93 %	0,90 %	0,98 %	1,03 %	1,00 %

Tabelle A33 (standardisiert)

KG-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,06	0,07	0,06	0,05	0,07	0,06
II. Neubildungen	0,18	0,26	0,21	0,16	0,25	0,20
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	0,49	0,87	0,65	0,50	0,87	0,66
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	0,15	0,17	0,16	0,14	0,16	0,15
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	0,22	0,10	0,17	0,22	0,10	0,17
X. Krankheiten des Atmungssystems	0,15	0,20	0,17	0,13	0,18	0,15
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	0,17	0,15	0,17	0,16	0,13	0,15
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,06	0,04	0,05	0,06	0,04	0,05
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	0,92	0,88	0,90	0,90	0,85	0,88
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	0,03	0,10	0,06	0,03	0,08	0,05
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,00	0,11	0,05	0,00	0,10	0,04
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	0,07	0,13	0,10	0,07	0,11	0,09
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	0,85	0,53	0,72	0,84	0,54	0,72
Insgesamt	3,55	3,90	3,70	3,47	3,76	3,59

Tabelle A34 (standardisiert)

KG-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2008 Männer	2008 Frauen	2008 Gesamt	2009 Männer	2009 Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	48,9	48,7	48,8	58,4	49,9	54,4
II. Neubildungen	143,8	163,6	153,7	159,0	176,3	168,0
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	104,4	91,9	99,0	129,5	102,1	117,0
V. Psychische und Verhaltensstörungen	133,2	135,8	134,7	153,1	148,1	150,4
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	109,1	93,0	101,8	122,9	108,3	116,4
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	108,8	115,0	110,4	121,6	123,1	122,0
X. Krankheiten des Atmungssystems	37,8	30,1	34,1	49,1	39,0	44,2
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	51,0	54,9	52,5	61,5	61,4	61,5
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	54,8	79,6	62,2	60,6	87,4	69,1
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	82,9	89,7	85,6	95,0	98,7	96,5
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	60,0	43,4	48,8	71,5	52,6	59,8
XV. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett		32,7	32,8		33,0	33,0
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	94,7	79,2	86,2	107,2	88,0	97,3
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	57,1	58,1	57,4	63,0	61,4	62,5
Insgesamt	85,1	92,2	88,2	97,1	101,9	99,2

Tabelle A35 (standardisiert)

KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,9	3,5	3,1	3,1	3,3	3,2
II. Neubildungen	26,3	42,5	33,0	25,7	43,8	33,2
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,8	2,7	2,8	3,2	2,9	3,1
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	65,2	118,5	87,3	77,3	128,8	98,6
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	16,2	16,2	16,2	17,0	16,8	17,0
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	24,3	11,9	19,2	26,4	12,5	20,6
X. Krankheiten des Atmungssystems	5,9	6,0	5,9	6,6	7,1	6,8
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	8,8	8,5	8,7	9,7	8,0	9,0
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,4	3,0	3,3	3,5	3,3	3,4
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	76,1	78,7	77,2	85,3	83,7	84,6
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	2,1	4,3	3,0	2,4	4,0	3,0
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	3,7	1,5	0,0	3,2	1,3
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	7,0	10,1	8,3	8,0	10,0	8,8
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	48,3	30,9	41,0	53,1	33,4	44,9
Insgesamt	302,3	359,6	326,0	337,2	383,1	356,3

Tabelle A36 (standardisiert)

KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 2002 bis 2009

Diagnosekapitel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	3,3	3,0	3,2	2,7	3,0	3,1	3,2
II. Neubildungen	32,9	31,5	30,8	30,1	31,2	32,6	33,0	33,2
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,7	3,5	3,0	3,6	3,1	3,0	2,8	3,1
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	72,9	73,6	76,8	74,3	72,1	79,8	87,3	98,6
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	16,2	15,2	15,6	14,8	15,7	16,1	16,2	17,0
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	25,4	22,4	20,7	18,7	19,0	18,9	19,2	20,6
X. Krankheiten des Atmungssystems	7,8	6,5	5,9	5,8	5,9	5,9	5,9	6,8
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	10,8	10,0	9,6	8,9	8,8	9,0	8,7	9,0
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,4	3,1	3,1	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	89,1	81,9	75,6	72,0	74,6	76,7	77,2	84,6
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	4,3	4,0	3,6	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	3,5	3,1	2,9	2,6	2,4	1,9	1,5	1,3
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	7,9	7,5	7,4	7,0	7,8	8,3	8,3	8,8
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	34,9	41,5	39,4	37,4	40,3	39,9	41,0	44,9
Insgesamt	330,3	318,5	309,1	296,2	302,8	316,0	326,0	356,3

Tabelle A37 (standardisiert)

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

Diagnosekapitel	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,7	3,3	2,9	3,1	3,2	3,1
II. Neubildungen	25,6	42,0	32,4	25,3	43,4	32,8
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,7	2,6	2,6	2,9	2,9	2,9
V. Psychische und Verhaltensstörungen	58,0	109,2	79,2	69,7	120,4	90,7
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	15,1	15,6	15,3	16,2	16,2	16,2
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	23,2	11,5	18,3	25,1	12,2	19,8
X. Krankheiten des Atmungssystems	5,6	5,8	5,7	6,3	7,0	6,6
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	8,4	8,1	8,3	9,3	7,6	8,6
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,2	2,8	3,1	3,3	3,1	3,2
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	70,9	73,9	72,2	80,6	79,4	80,1
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	1,9	4,2	2,8	2,2	3,8	2,9
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	3,6	1,5	0,0	3,0	1,3
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	6,6	9,5	7,8	7,6	9,6	8,4
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	47,1	30,2	40,1	52,2	32,9	44,2
Insgesamt	283,5	340,7	307,2	319,4	366,1	338,8

Tabelle A38 (standardisiert; **BERUFSTÄTIGE)**

KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 – Berufstätige

Diagnosekapitel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,3	3,0	2,6	2,8	2,6	2,8	2,9	3,1
II. Neubildungen	33,4	32,2	30,8	30,4	30,6	31,8	32,4	32,8
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,2	3,1	2,7	3,2	2,7	2,7	2,6	2,9
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	62,4	62,1	63,2	64,6	63,2	71,6	79,2	90,7
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	15,3	14,3	14,4	13,8	14,5	15,0	15,3	16,2
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	24,5	21,3	19,3	18,2	18,2	18,1	18,3	19,8
X. Krankheiten des Atmungssystems	7,3	6,3	5,6	5,7	5,6	5,6	5,7	6,6
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	10,0	9,2	8,5	8,2	8,3	8,4	8,3	8,6
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,1	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	3,1	3,2
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	84,4	77,5	69,5	67,3	68,6	71,3	72,2	80,1
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	4,0	4,0	3,4	3,1	2,9	2,8	2,8	2,9
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	3,5	3,2	3,0	2,7	2,4	1,9	1,5	1,3
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	7,5	7,1	7,0	6,8	7,5	7,8	7,8	8,4
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	33,1	39,9	37,3	37,3	39,2	39,1	40,1	44,2
Insgesamt	308,3	296,9	281,3	278,1	281,7	296,0	307,2	338,8

Tabelle A39 (standardisiert; **BERUFSTÄTIGE)**

Anteilig relevante dreistellige ICD10-Krankengeld-Diagnosen 2009: Top 50

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
F32 Depressive Episode	8.600	159,9	1.375.330	10,3 %
M54 Rückenschmerzen	5.887	99,6	586.171	4,40 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	5.110	113,0	577.328	4,34 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3.790	128,4	486.529	3,65 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	2.384	168,1	400.757	3,01 %
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1.780	220,6	392.730	2,95 %
F41 Andere Angststörungen	1.722	169,2	291.372	2,19 %
M75 Schulterläsionen	2.551	92,6	236.215	1,77 %
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenks	3.082	70,0	215.812	1,62 %
F45 Somatoforme Störungen	1.517	131,4	199.369	1,50 %
M23 Binnenschädigung des Kniegelenks [internal derangement]	2.977	61,8	184.061	1,38 %
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks	2.707	63,0	170.602	1,28 %
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenks]	1.462	113,7	166.268	1,25 %
F48 Andere neurotische Störungen	1.346	110,8	149.105	1,12 %
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	1.099	108,3	119.036	0,89 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2.140	54,8	117.324	0,88 %
M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenks]	1.003	114,1	114.409	0,86 %
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	836	130,0	108.694	0,82 %
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	847	121,6	102.962	0,77 %
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	473	211,8	100.193	0,75 %
S52 Fraktur des Unterarms	2.081	48,1	100.066	0,75 %
M47 Spondylose	629	158,7	99.811	0,75 %
M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1.057	91,2	96.347	0,72 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	732	130,8	95.759	0,72 %
ZZ Nicht definiert	1.294	74,0	95.718	0,72 %
F20 Schizophrenie	482	184,5	88.947	0,67 %
M77 Sonstige Enthesopathien	1.228	69,5	85.362	0,64 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	623	136,2	84.847	0,64 %
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	678	121,1	82.127	0,62 %
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	746	109,8	81.885	0,62 %
M19 Sonstige Arthrose	654	122,3	79.971	0,60 %
S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarms	1.262	63,1	79.603	0,60 %

ICD10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
S92 Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	1.448	53,3	77.181	0,58 %
G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	466	153,0	71.295	0,54 %
G56 Mononeuropathien der oberen Extremität	1.014	65,5	66.433	0,50 %
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	303	216,8	65.683	0,49 %
F31 Bipolare affektive Störung	387	169,4	65.543	0,49 %
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	474	138,1	65.459	0,49 %
I63 Hirninfarkt	329	196,7	64.722	0,49 %
Z51 Sonstige medizinische Behandlung	354	180,4	63.859	0,48 %
F34 Anhaltende affektive Störungen	328	193,1	63.337	0,48 %
M48 Sonstige Spondylopathien	399	157,5	62.835	0,47 %
S62 Fraktur im Bereich des Handgelenks und der Hand	1.559	40,1	62.461	0,47 %
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	304	205,3	62.401	0,47 %
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	831	73,5	61.060	0,46 %
I21 Akuter Myokardinfarkt	603	99,0	59.696	0,45 %
C18 Bösartige Neubildung des Kolons	299	188,6	56.400	0,42 %
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	549	98,7	54.175	0,41 %
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	504	99,0	49.903	0,37 %
S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	483	102,4	49.444	0,37 %
Alle aufgeführten Diagnosen	73.413		8.286.597	62,3 %
Diagnosen insgesamt	128.763	103,4	13.312.050	100 %

Tabelle A40 (Rohwerte Altersgruppen 15 bis < 65 Jahre; Bezugsgröße: 3.383.292 Versicherungsjahre in entsprechenden Altersgruppen bei TK-Erwerbspersonen 2009)

KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	0,056	0,048	0,052	0,055	0,047	0,051
Bergbauberufe*	0,067	0,111	0,085	0,067	0,052	0,061
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	0,048	0,063	0,054	0,059	0,047	0,054
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	0,054	0,059	0,056	0,056	0,050	0,054
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	0,047	0,055	0,050	0,047	0,044	0,046
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	0,059	0,067	0,062	0,063	0,061	0,062
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	0,058	0,052	0,055	0,057	0,049	0,053
Elektroberufe	0,044	0,066	0,053	0,045	0,054	0,049
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	0,052	0,059	0,055	0,053	0,047	0,050
Ernährungsberufe	0,059	0,073	0,065	0,053	0,071	0,060
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	0,076	0,066	0,072	0,077	0,060	0,070
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	0,022	0,027	0,024	0,021	0,026	0,023
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	0,030	0,041	0,035	0,030	0,043	0,035
Verkehrs- und Lagerberufe	0,065	0,067	0,066	0,066	0,067	0,066
Verw.-/Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	0,022	0,032	0,026	0,022	0,032	0,026
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	0,048	0,051	0,049	0,046	0,049	0,047
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	0,039	0,044	0,041	0,026	0,028	0,027
Gesundheitsdienstberufe	0,039	0,039	0,039	0,040	0,040	0,040
Sozial- und Erziehungs-berufe, Seelsorger	0,030	0,041	0,034	0,030	0,041	0,035
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reini-gungskräfte	0,059	0,060	0,059	0,056	0,057	0,057
Arbeitslose	0,065	0,065	0,065	0,060	0,057	0,059
Hilfsarbeiter	0,098	0,103	0,100	0,092	0,091	0,092
Auszubildende	0,023	0,026	0,024	0,019	0,035	0,026
Unbekannt	0,039	0,028	0,035	0,020	0,017	0,019
Insgesamt	0,036	0,039	0,037	0,035	0,038	0,036

Tabelle A41 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

KG-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	5,19	4,76	5,02	5,28	4,98	5,16
Bergbauberufe*	6,07	7,58	6,70	5,55	2,58	4,32
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	4,70	5,69	5,11	5,51	5,47	5,49
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	4,63	4,64	4,63	4,92	4,77	4,86
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	3,89	4,61	4,19	4,75	5,12	4,91
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	4,42	7,01	5,49	5,87	6,88	6,29
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	4,82	4,99	4,89	5,35	5,19	5,28
Elektroberufe	3,58	4,91	4,13	4,12	6,19	4,98
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	4,85	4,32	4,63	6,79	5,25	6,15
Ernährungsberufe	5,03	6,60	5,68	5,26	6,83	5,91
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	7,26	5,63	6,59	7,78	6,73	7,34
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	1,69	2,23	1,91	1,86	2,46	2,11
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	2,55	3,79	3,07	2,97	4,33	3,53
Verkehrs- und Lagerberufe	5,50	5,69	5,58	6,39	6,26	6,34
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	1,90	2,84	2,29	2,15	3,14	2,56
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	4,30	4,73	4,48	4,86	5,46	5,11
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,38	2,48	2,42	2,48	2,71	2,58
Gesundheitsdienstberufe	3,37	3,72	3,52	3,84	3,95	3,89
Sozial- und Erziehungs-berufe, Seelsorger	2,77	4,00	3,28	3,03	4,03	3,44
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reini-gungskräfte	5,14	5,20	5,16	5,72	5,96	5,82
Arbeitslose	9,81	9,09	9,52	8,33	8,52	8,41
Hilfsarbeiter	6,93	6,13	6,60	8,05	7,31	7,74
Auszubildende	2,00	3,65	2,68	1,53	3,95	2,53
Unbekannt	4,73	3,23	4,11	2,83	2,40	2,66
Insgesamt	3,02	3,60	3,26	3,37	3,83	3,56

Tabelle A42 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

KG-Krankenstand nach Berufsfeldern

Berufsfeld	Männer	Frauen	2008 Gesamt	Männer	Frauen	2009 Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	1,42 %	1,30 %	1,37 %	1,45 %	1,36 %	1,41 %
Bergbauberufe*	1,66 %	2,08 %	1,83 %	1,52 %	0,71 %	1,18 %
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	1,29 %	1,56 %	1,40 %	1,51 %	1,50 %	1,51 %
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	1,27 %	1,27 %	1,27 %	1,35 %	1,31 %	1,33 %
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	1,07 %	1,26 %	1,15 %	1,30 %	1,40 %	1,34 %
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	1,21 %	1,92 %	1,50 %	1,61 %	1,88 %	1,72 %
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	1,32 %	1,37 %	1,34 %	1,47 %	1,42 %	1,45 %
Elektroberufe	0,98 %	1,35 %	1,13 %	1,13 %	1,70 %	1,36 %
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	1,33 %	1,18 %	1,27 %	1,86 %	1,44 %	1,69 %
Ernährungsberufe	1,38 %	1,81 %	1,56%	1,44 %	1,87 %	1,62 %
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	1,99 %	1,54 %	1,80 %	2,13 %	1,84 %	2,01 %
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	0,46 %	0,61 %	0,52 %	0,51 %	0,67 %	0,58 %
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	0,70 %	1,04 %	0,84 %	0,81 %	1,19 %	0,97 %
Verkehrs- und Lagerberufe	1,51 %	1,56 %	1,53 %	1,75 %	1,72 %	1,74 %
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	0,52 %	0,78 %	0,63 %	0,59 %	0,86 %	0,70 %
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	1,18 %	1,30 %	1,23 %	1,33 %	1,50 %	1,40 %
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	0,65 %	0,68 %	0,66 %	0,68 %	0,74 %	0,71 %
Gesundheitsdienstberufe	0,92 %	1,02 %	0,96 %	1,05 %	1,08 %	1,06 %
Sozial- und Erziehungs-berufe, Seelsorger	0,76 %	1,10 %	0,90 %	0,83 %	1,10 %	0,94 %
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reini-gungskräfte	1,41 %	1,42 %	1,41 %	1,57 %	1,63 %	1,59 %
Arbeitslose	2,69 %	2,49 %	2,61 %	2,28 %	2,33 %	2,30 %
Hilfsarbeiter	1,90%	1,68%	1,81%	2,20 %	2,00 %	2,12 %
Auszubildende	0,55%	1,00%	0,73%	0,42 %	1,08 %	0,69 %
Unbekannt	1,30%	0,89%	1,13%	0,78 %	0,66 %	0,73 %
Insgesamt	0,83%	0,99%	0,89%	0,92 %	1,05 %	0,98 %

Tabelle A43 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

KG-Krankenstand nach Ausbildungsstand 2008 sowie 2009

			2008			2009
Ausbildung	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
Haupt- o. Realschule ohne Berufsausbildung	1,59 %	1,58 %	1,58 %	1,73 %	1,69 %	1,71 %
Haupt- o. Realschule mit Berufsausbildung	0,98 %	1,03 %	1,00 %	1,11 %	1,14 %	1,12 %
Abitur ohne Berufsausbildung	0,56 %	0,89 %	0,70 %	0,61 %	0,80 %	0,69 %
Abitur mit Berufsausbildung	0,56 %	0,73 %	0,63 %	0,63 %	0,82 %	0,71 %
Fachhochschule	0,40 %	0,69 %	0,52 %	0,42 %	0,74 %	0,56 %
Hochschule/Universität	0,33 %	0,56 %	0,42 %	0,39 %	0,57 %	0,46 %
Unbekannt, keine Angaben möglich	1,10 %	1,04 %	1,08 %	1,28 %	1,16 %	1,23 %
Beschäftigte mit Ausbildungsangaben insgesamt	0,78 %	0,94 %	0,84 %	0,89 %	1,03 %	0,95 %

Tabelle A44 (standardisiert; nur Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung)

Arztkontakte nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Anteil mit Arztkontakt 2009			Anzahl Arztkontakte je VJ 2009		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	67 %	93 %	77 %	1,9	5,5	3,3
20–24	57 %	76 %	66 %	1,6	2,8	2,2
25–29	54 %	71 %	63 %	1,5	2,5	2,0
30–34	56 %	72 %	64 %	1,7	2,7	2,2
35–39	61 %	73 %	66 %	2,0	2,9	2,4
40–44	63 %	73 %	67 %	2,3	3,1	2,7
45–49	66 %	76 %	70 %	2,7	3,6	3,1
50–54	72 %	81 %	76 %	3,5	4,6	4,0
55–59	78 %	86 %	81 %	4,5	5,5	4,9
60–64	82 %	86 %	84 %	5,4	6,1	5,6

Tabelle A45

Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter

Alters-gruppe	Anzahl Präparate je VJ 2009			Anzahl DDD je VJ 2009		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	2,4	6,2	3,9	53	316	155
20–24	2,0	3,3	2,7	49	89	69
25–29	2,0	3,1	2,5	57	81	69
30–34	2,2	3,4	2,8	72	97	84
35–39	2,7	3,8	3,2	103	120	111
40–44	3,2	4,0	3,6	143	151	147
45–49	4,0	4,9	4,3	209	210	209
50–54	5,4	6,3	5,8	322	314	319
55–59	7,3	7,8	7,5	477	432	460
60–64	8,9	8,9	8,9	606	518	580

Tabelle A46

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2009

	Arztkontakte je VJ			DDD je VJ		
Bundesland	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
Schleswig-Holstein	2,5	3,5	2,9	175	175	175
Hamburg	2,4	3,3	2,8	166	165	166
Niedersachsen	2,6	3,6	3,0	177	176	177
Bremen	2,3	3,2	2,7	156	157	157
Nordrhein-Westfalen	2,7	3,7	3,1	185	183	184
Hessen	2,5	3,3	2,8	174	173	174
Rheinland-Pfalz	2,7	3,7	3,1	190	189	190
Baden-Württemberg	2,3	3,3	2,7	160	166	163
Bayern	2,3	3,2	2,7	160	166	162
Saarland	2,9	4,0	3,4	195	191	193
Berlin	2,2	3,0	2,5	173	164	169
Brandenburg	2,1	3,0	2,5	186	172	181
Mecklenburg-Vorpommern	2,3	3,1	2,6	199	183	193
Sachsen	2,2	2,9	2,5	192	168	182
Sachsen-Anhalt	2,4	3,4	2,8	205	197	202
Thüringen	2,2	3,0	2,6	199	176	189
Ausland	*2,5*	*3,5*	*2,9*	*175*	*175*	*175*
Insgesamt	2,5	3,4	2,9	177	175	176

Tabelle A47 (standardisiert)

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	0,41	0,37	0,39	24,5	17,2	21,4
Blut und Blut bildende Organe	0,08	0,09	0,09	5,0	3,5	4,4
Kardiovaskuläres System	0,78	0,44	0,64	81,3	38,7	63,7
Dermatika	0,18	0,21	0,19	5,1	5,3	5,2
Urogenitales System und Sexualhormone	0,03	0,39	0,18	2,6	26,4	12,5
Systemische Hormonpräparate	0,15	0,44	0,27	10,4	29,4	18,3
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	0,49	0,71	0,58	5,5	6,3	5,8
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,03	0,05	0,04	1,5	2,9	2,1
Muskel- und Skelettsystem	0,40	0,40	0,40	10,0	8,7	9,4
Nervensystem	0,35	0,53	0,43	12,3	17,5	14,5
Respirationstrakt	0,31	0,36	0,33	11,9	12,6	12,2
Sinnesorgane	0,10	0,12	0,11	3,4	3,3	3,3
Varia	0,02	0,03	0,02	2,9	3,0	2,9
Nicht ATC-klassifiziert	0,22	0,25	0,24			
Präparate insgesamt	3,57	4,41	3,92	176,5	174,8	175,8

Tabelle A48 (*sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert)

Verordnete DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2004 bis 2009

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

Tabelle A49 (sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2004 bis 2009, 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	0,306	0,327	0,315
H03A	Schilddrüsenpräparate	0,082	0,345	0,191
J01F	Makrolide und Lincosamide	0,137	0,186	0,158
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,175	0,131	0,157
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,157	0,155	0,156
N06A	Antidepressiva	0,096	0,173	0,128
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	0,113	0,141	0,125
R03A	Inhalative Sympathomimetika	0,119	0,121	0,119
C09A	ACE-Hemmer, rein	0,146	0,065	0,112
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	0,073	0,096	0,083
J01M	Chinolone	0,062	0,107	0,081
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	0,062	0,090	0,074
C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	0,098	0,034	0,071
D07A	Corticosteroide, rein	0,060	0,083	0,070
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	0,059	0,073	0,065
A03F	Prokinetika	0,050	0,079	0,062
B01A	Antithrombotische Mittel	0,069	0,043	0,058
J01A	Tetracycline	0,053	0,058	0,055
A10B	Orale Antidiabetika	0,075	0,027	0,055
N02A	Opioide	0,051	0,058	0,054
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	0,068	0,030	0,052
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	0,048	0,057	0,051
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzien	0,041	0,062	0,050
A10A	Insuline und Analoga	0,063	0,028	0,049
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	0,063	0,029	0,048
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,000	0,112	0,047
M03B	Muskelrelaxanzien, zentral wirkende Mittel	0,035	0,049	0,041
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	0,046	0,028	0,039
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	0,047	0,026	0,038
N03A	Antiepileptika	0,036	0,037	0,036
	Genannte gesamt	2,49 (70 %)	2,85 (65 %)	2,64 (67 %)
	Insgesamt	3,575	4,412	3,922

Tabelle A50 (Erwerbspersonen TK 2009, 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	26,1	10,6	19,7
H03A	Schilddrüsenpräparate	6,5	24,0	13,7
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	11,4	9,4	10,6
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	10,5	7,0	9,1
N06A	Antidepressiva	6,4	11,0	8,3
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	8,8	3,5	6,6
C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	8,9	2,8	6,4
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	6,2	6,6	6,4
R03A	Inhalative Sympathomimetika	6,1	5,7	5,9
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	7,1	3,9	5,8
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	6,0	2,7	4,6
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,0	10,3	4,3
A10A	Insuline und Analoga	4,8	2,1	3,7
A10B	Orale Antidiabetika	5,0	1,7	3,7
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	4,4	2,4	3,6
B01A	Antithrombotische Mittel	4,5	2,0	3,5
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	3,1	3,4	3,2
V01A	Allergene	2,8	2,9	2,9
G03C	Estrogene	0,0	6,5	2,7
D07A	Corticosteroide, rein	2,0	2,5	2,2
R03B	Andere inhalative Antiasthmatika	1,9	2,2	2,0
G03F	Gestagene und Estrogene in Kombination	0,0	4,7	1,9
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	1,5	1,9	1,7
N03A	Antiepileptika	1,8	1,5	1,7
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	1,5	1,7	1,6
M04A	Gichtmittel	2,6	0,2	1,6
S01E	Glaukommittel und Miotika	1,7	1,3	1,5
C07B	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten und Thiazide	1,7	1,3	1,5
R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,1	1,6	1,3
C03A	Low-ceiling-Diuretika, Thiazide	1,5	1,0	1,3
	Genannte gesamt	146,1 (83 %)	138,3 (79 %)	142,9 (81 %)
	Insgesamt	176,5	174,8	175,8

Tabelle A51 (Erwerbspersonen TK 2009, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Menge der verordneten Tagesdosen beziehungsweise DDD in der Gesamtpopulation)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2009

	Arztkontakte			DDD		
Berufsfeld	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	2,47	3,11	2,74	171	168	170
Bergbauberufe*	2,57	2,56	2,56	184	114	155
Stein-, Keramik-, Glasher-steller/-bearbeiter	2,50	3,28	2,82	180	174	178
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	2,81	3,73	3,19	188	192	190
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	2,68	3,42	2,98	178	176	177
Metallberufe: Metallerzeu-gung, -bearbeitung	2,72	3,63	3,10	183	181	182
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	2,64	3,48	2,99	180	183	181
Elektroberufe	2,58	3,79	3,08	183	200	190
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	2,64	3,35	2,94	179	166	173
Ernährungsberufe	2,55	3,62	2,99	177	189	182
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	2,47	3,30	2,81	168	172	170
Technisch-naturwissen-schaftliche Berufe	2,31	3,09	2,64	169	163	166
Waren- und Dienstleis-tungskaufleute	2,55	3,47	2,94	179	173	176
Verkehrs- und Lagerberufe	2,66	3,68	3,08	189	187	188
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,44	3,39	2,83	177	174	176
Ordnungs- und Sicher-heitsberufe	2,63	3,40	2,95	199	182	192
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	2,24	2,98	2,54	155	148	152
Gesundheitsdienstberufe	2,15	3,37	2,65	163	176	169
Sozial- und Erziehungsbe-rufe, Seelsorger	2,46	3,46	2,87	169	167	168
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reiniger	2,60	3,56	2,99	179	185	182
Arbeitslose	3,00	3,93	3,39	234	220	228
Hilfsarbeiter	2,59	3,55	2,99	171	179	175
Auszubildende	2,29	3,10	2,62	174	156	166
Unbekannt	2,33	3,20	2,69	164	165	165
Insgesamt	2,47	3,39	2,85	177	175	176

Tabelle A52 (*Bergbauberufe bei geringen Versichertenzahlen nicht bewertbar; standardisiert)

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

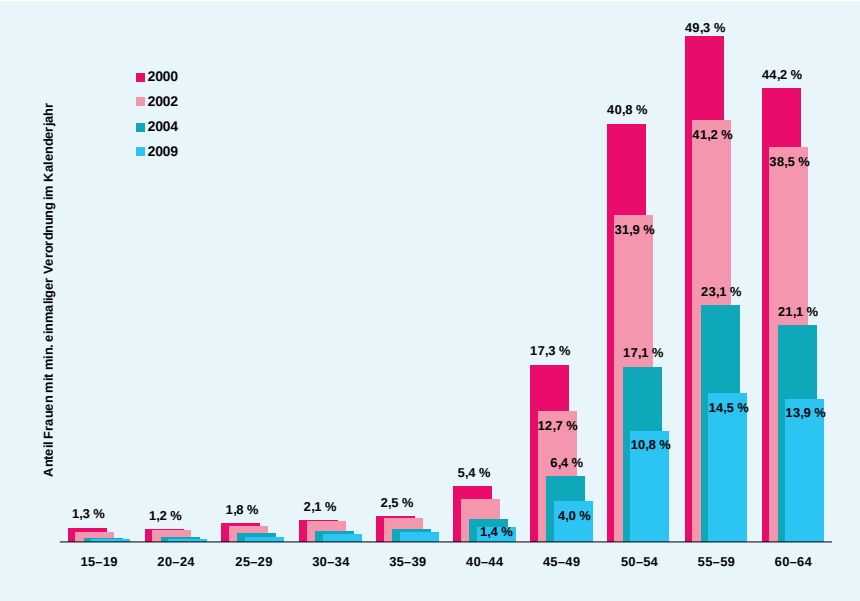


Abbildung 79 (weibliche Erwerbspersonen TK 2000, 2002, 2004 und 2009 nach Altersgruppen; Anteil Versicherte mit mindestens einmaliger Verordnung eines Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-Präparates im Kalenderjahr, ohne Berücksichtigung von Kontrazeptiva sowie ohne vaginal angewendete Präparate; Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar sowie nachfolgender Versicherung über mehr als 182 Tage im Kalenderjahr)

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland 2000 bis 2009

Jahr Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Männer, 15–19	622.041	604.179	574.620	532.059	508.446	494.923	491.760	494.422	495.359	465.627
Männer, 20–24	1.267.806	1.292.013	1.256.853	1.203.493	1.172.381	1.132.084	1.167.779	1.230.744	1.281.635	1.226.738
Männer, 25–29	1.663.890	1.572.229	1.475.770	1.413.432	1.384.480	1.366.083	1.415.360	1.482.711	1.535.830	1.494.139
Männer, 30–34	2.431.608	2.313.253	2.163.280	1.962.013	1.798.036	1.654.806	1.577.950	1.550.373	1.570.917	1.541.225
Männer, 35–39	2.522.216	2.535.633	2.504.822	2.430.849	2.351.494	2.239.422	2.153.952	2.075.869	1.949.617	1.781.029
Männer, 40–44	2.105.175	2.158.425	2.202.895	2.235.284	2.279.034	2.294.243	2.337.632	2.372.360	2.373.358	2.287.453
Männer, 45–49	1.784.825	1.800.309	1.810.867	1.820.305	1.857.623	1.892.281	1.969.258	2.071.010	2.170.222	2.207.655
Männer, 50–54	1.405.570	1.508.604	1.540.734	1.554.012	1.554.011	1.547.045	1.583.156	1.646.026	1.717.359	1.758.254
Männer, 55–59	1.220.544	1.110.213	1.075.499	1.051.805	1.056.292	1.104.855	1.197.282	1.280.705	1.357.463	1.388.455
Männer, 60–64	461.936	484.788	503.485	498.375	507.769	493.609	459.704	487.537	525.805	588.241
Männer, 65–69	37.560	42.801	47.154	48.345	47.677	44.617	46.714	52.972	58.636	61.071
Frauen, 15–19	451.744	444.578	429.752	399.506	369.908	354.354	346.561	344.159	342.016	325.838
Frauen, 20–24	1.245.046	1.278.603	1.269.734	1.225.762	1.175.099	1.121.585	1.108.175	1.128.186	1.161.929	1.164.332
Frauen, 25–29	1.423.232	1.358.667	1.308.358	1.280.133	1.264.507	1.276.797	1.305.778	1.327.316	1.367.535	1.382.370
Frauen, 30–34	1.808.334	1.745.981	1.661.523	1.515.989	1.388.662	1.317.432	1.254.441	1.200.577	1.234.405	1.263.774
Frauen, 35–39	1.851.791	1.883.286	1.887.601	1.837.265	1.765.462	1.706.293	1.639.708	1.558.196	1.478.966	1.394.191
Frauen, 40–44	1.703.396	1.762.102	1.813.511	1.832.421	1.845.795	1.848.466	1.865.436	1.883.979	1.901.504	1.872.570
Frauen, 45–49	1.535.698	1.562.882	1.589.786	1.598.000	1.621.678	1.648.485	1.694.613	1.765.155	1.849.253	1.907.949
Frauen, 50–54	1.148.505	1.261.721	1.327.367	1.364.652	1.379.084	1.383.394	1.402.779	1.448.751	1.510.095	1.572.314
Frauen, 55–59	922.167	847.954	842.215	842.625	861.638	916.591	1.000.447	1.080.045	1.159.296	1.216.273
Frauen, 60–64	160.564	191.076	223.076	246.223	273.243	284.194	277.795	311.470	349.340	407.118
Frauen, 65–69	18.852	22.638	25.061	25.425	24.800	22.364	22.706	24.218	26.550	29.965

Tabelle A53 (absolute Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Altersgruppen 2000 bis 2009, jeweils Angaben zum Monat Juni, nach Zahlen der Bundesagentur für Arbeit)

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit:
Beschäftigungsstatistik, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte – Zeitreihen ab 1999 –, Nürnberg, Zeitreihe ab 30. Juni 1999

AU-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arbeitslose (stand. SvB 2000–9)	15,1	16,0	15,5	15,5	15,6	15,5	17,5	20,4	22,9	22,5
Arbeitslose (stand. SvB 2000)	15,1	15,9	15,3	15,2	15,2	14,9	16,5	18,9	21,1	20,3
Gesamt (stand. SvB 2000–9)	11,8	12,1	12,0	11,8	11,4	11,6	10,9	11,5	11,9	12,7
Berufstätige (stand. SvB 2000–9)	11,6	11,8	11,7	11,4	11,0	11,2	10,6	11,2	11,6	12,4
Berufstätige (stand. SvB 2000)	11,6	11,8	11,6	11,2	10,7	10,8	10,2	10,7	11,0	11,6

Tabelle A54 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

KG-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2002 bis 2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arbeitslose (stand. SvB 2000–9)	-	-	5,78	5,48	5,98	4,95	8,07	9,79	10,80	9,80
Arbeitslose (stand. SvB 2000)	-	-	5,68	5,32	5,77	4,66	7,51	8,88	9,75	8,65
Gesamt (stand. SvB 2000–9)	-	-	3,33	3,25	3,20	3,11	3,22	3,43	3,59	3,91
Berufstätige (stand. SvB 2000–9)	-	-	3,10	3,03	2,91	2,92	3,00	3,21	3,38	3,70
Berufstätige (stand. SvB 2000)	-	-	3,05	2,94	2,79	2,76	2,81	2,96	3,07	3,30

Tabelle A55 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Berufstätigen

Diagnosekapitel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,47	0,45	0,46	0,45	0,40	0,41	0,40	0,45	0,48	0,52
II. Neubildungen	0,55	0,57	0,60	0,62	0,61	0,58	0,52	0,53	0,55	0,58
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	1,14	1,24	1,29	1,30	1,31	1,32	1,23	1,37	1,49	1,70
X. Krankh. d. Atmungssystems	2,05	1,88	1,81	1,77	1,51	1,82	1,59	1,77	1,85	2,15
XI. Krankh. d. Verdauungssystems	0,74	0,74	0,75	0,74	0,73	0,67	0,70	0,74	0,76	0,75
XIII. Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	2,34	2,44	2,41	2,28	2,15	2,11	2,18	2,27	2,34	2,41
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. Folgen äußerer Ursachen	1,48	1,50	1,51	1,47	1,41	1,42	1,44	1,41	1,41	1,46

Tabelle A56 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres)

AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen

Diagnosekapitel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,35	0,36	0,33	0,33	0,30	0,26	0,33	0,33	0,38	0,40
II. Neubildungen	0,69	0,72	0,70	0,78	0,78	0,66	0,78	0,94	0,93	0,93
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	3,43	3,87	3,86	4,15	4,43	4,74	4,93	6,02	7,11	7,11
X. Krankh. d. Atmungssystems	1,24	1,12	1,02	0,91	0,72	0,74	0,88	1,07	1,27	1,36
XI. Krankh. d. Verdauungssystems	0,85	0,85	0,78	0,78	0,74	0,71	0,79	0,88	0,91	0,92
XIII. Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	3,26	3,58	3,48	3,47	3,36	3,18	4,07	4,97	5,52	5,17
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. Folgen äußerer Ursachen	1,59	1,63	1,58	1,60	1,58	1,39	1,64	1,58	1,73	1,73

Tabelle A57 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Berufstätigen

Diagnosekapitel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
II. Neubildungen	-	-	0,35	0,34	0,33	0,34	0,34	0,37	0,38	0,40
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	-	-	0,64	0,65	0,66	0,69	0,68	0,78	0,87	1,00
VI. Krankheiten des Nervensystems	-	-	0,12	0,11	0,12	0,11	0,12	0,12	0,13	0,14
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	-	-	0,23	0,20	0,19	0,18	0,19	0,19	0,20	0,21
XIII. Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	-	-	0,85	0,79	0,73	0,72	0,74	0,79	0,80	0,87
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. Folgen äußerer Ursachen	-	-	0,32	0,39	0,37	0,37	0,39	0,39	0,41	0,44
XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	-	-	0,05	0,06	0,08	0,08	0,10	0,12	0,13	0,15

Tabelle A58 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres)

KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Arbeitslosen

Diagnosekapitel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
II. Neubildungen	-	-	0,31	0,31	0,34	0,30	0,52	0,63	0,58	0,51
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	-	-	1,91	1,89	2,17	1,76	2,89	3,57	4,13	3,83
VI. Krankheiten des Nervensystems	-	-	0,21	0,20	0,23	0,21	0,35	0,44	0,41	0,33
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	-	-	0,34	0,32	0,33	0,24	0,37	0,43	0,50	0,47
XIII. Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	-	-	1,38	1,28	1,39	1,22	2,06	2,54	2,71	2,44
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. Folgen äußerer Ursachen	-	-	0,56	0,57	0,60	0,41	0,67	0,65	0,79	0,68
XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	-	-	0,05	0,08	0,10	0,10	0,18	0,24	0,26	0,27

Tabelle A59 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

DDD je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arbeitslose (stand. SvB 2000–9)	209	213	223	231	177	197	205	234	262	268
Arbeitslose (stand. SvB 2000)	209	211	220	224	169	185	190	214	235	235
Gesamt (stand. SvB 2000–9)	172	174	183	185	149	159	164	179	193	204
Berufstätige (stand. SvB 2000–9)	168	170	179	180	145	154	161	177	191	201
Berufstätige (stand. SvB 2000)	168	169	176	174	139	145	150	161	171	177

Tabelle A60 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

Präparate je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arbeitslose (stand. SvB 2000–9)	6,80	6,85	6,83	6,88	4,49	4,93	4,63	5,10	5,56	5,50
Arbeitslose (stand. SvB 2000)	6,80	6,82	6,76	6,75	4,36	4,73	4,40	4,79	5,17	5,05
Gesamt (stand. SvB 2000–9)	5,60	5,61	5,61	5,48	3,84	3,95	3,79	3,98	4,16	4,26
Berufstätige (stand. SvB 2000–9)	5,50	5,50	5,49	5,33	3,77	3,84	3,75	3,94	4,12	4,22
Berufstätige (stand. SvB 2000)	5,50	5,48	5,43	5,24	3,66	3,69	3,58	3,74	3,87	3,91

Tabelle A61 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A Alimentäres System u. Stoffwechsel	15,2	16,1	16,9	17,5	13,8	14,7	15,7	19,6	22,1	23,6
C Kardiovaskuläres System	36,5	39,8	42,8	48,0	47,4	52,0	57,1	63,6	71,1	77,8
G Urogenitales System u. Sexualhormone	27,0	25,5	24,8	23,0	15,9	15,8	15,2	15,0	14,9	14,6
H Systemische Hormonpräparate	19,6	19,6	20,3	21,5	17,7	18,6	19,7	20,3	21,0	21,7
J Antiinfektiva zur syst. Anwendung	4,9	4,5	4,6	4,7	4,5	5,1	5,0	5,3	5,6	5,9
M Muskel- und Skelettsystem	9,1	9,4	9,8	10,1	8,8	9,0	8,8	9,5	10,0	10,3
N Nervensystem	10,9	11,2	11,5	11,6	10,0	11,0	11,5	12,9	14,4	15,6
R Respirationstrakt	18,9	16,7	18,3	17,2	11,5	11,7	11,7	12,6	12,5	13,0
Anteil aufgeführte Gruppen an gesamten ATC-Gruppen in %	84,4	83,9	83,2	85,4	89,3	89,3	89,6	90,0	90,1	90,5

Tabelle A62 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres **– mit Effekten durch eine veränderte Altersstruktur 2000 bis 2009)**

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A Alimentäres System u. Stoffwechsel	15,2	16,1	16,7	17,1	13,4	14,0	14,8	18,1	20,0	20,9
C Kardiovaskuläres System	36,5	39,5	41,8	45,8	44,1	47,2	50,9	55,2	60,1	63,6
G Urogenitales System u. Sexualhormone	27,0	25,2	24,1	22,1	15,4	15,2	14,6	14,3	14,2	13,7
H Systemische Hormonpräparate	19,6	19,4	19,8	20,6	16,7	17,3	18,2	18,6	19,0	19,2
J Antiinfektiva zur syst. Anwendung	4,9	4,5	4,6	4,7	4,5	5,1	5,0	5,4	5,6	5,9
M Muskel- und Skelettsystem	9,1	9,4	9,7	9,8	8,4	8,4	8,2	8,6	9,0	9,1
N Nervensystem	10,9	11,1	11,3	11,2	9,6	10,5	10,8	12,2	13,5	14,5
R Respirationstrakt	18,9	16,6	18,3	17,1	11,3	11,5	11,4	12,2	12,0	12,4
Anteil aufgeführte Gruppen an gesamten ATC-Gruppen in %	84,4	83,9	83,0	85,2	89,0	89,0	89,3	89,5	89,6	89,9

Tabelle A63 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni 2000 **– unter Annahme einer unveränderten Altersstruktur von 2000 bis 2009)**

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A Alimentäres System u. Stoffwechsel	21,4	22,8	23,7	25,2	18,9	21,7	21,9	28,5	34,1	34,7
C Kardiovaskuläres System	44,3	47,9	51,6	59,3	54,4	60,4	69,6	78,7	88,3	94,1
G Urogenitales System u. Sexualhormone	26,8	25,0	24,4	23,0	15,5	14,2	15,0	15,6	15,2	15,3
H Systemische Hormonpräparate	19,6	19,1	19,7	21,4	16,6	17,1	20,4	21,5	22,1	22,9
J Antiinfektiva zur syst. Anwendung	5,2	4,9	5,0	5,2	4,7	5,7	5,3	5,7	6,4	6,3
M Muskel- und Skelettsystem	11,9	12,4	13,0	14,0	10,9	11,4	11,5	13,1	14,3	14,3
N Nervensystem	24,6	26,5	26,7	27,5	24,8	33,2	28,1	35,1	42,4	42,1
R Respirationstrakt	22,1	19,6	21,2	21,1	13,7	15,0	13,2	14,6	15,5	15,2
Anteil aufgeführte Gruppen an gesamten ATC-Gruppen in %	84,2	83,9	82,9	85,2	90,2	90,5	90,2	90,8	90,9	91,4

Tabelle A64 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen

ATC-Gruppe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A Alimentäres System u. Stoffwechsel	21,4	22,7	23,4	24,5	18,1	20,4	20,4	25,9	30,6	30,3
C Kardiovaskuläres System	44,3	47,6	50,3	56,6	50,6	54,7	61,9	68,1	74,7	77,0
G Urogenitales System u. Sexualhormone	26,8	24,7	23,6	22,1	14,9	13,5	14,3	14,7	14,1	14,2
H Systemische Hormonpräparate	19,6	19,0	19,2	20,6	15,7	15,8	18,7	19,7	20,0	20,2
J Antiinfektiva zur syst. Anwendung	5,2	4,9	5,0	5,2	4,7	5,8	5,2	5,7	6,4	6,3
M Muskel- und Skelettsystem	11,9	12,3	12,8	13,6	10,4	10,6	10,6	11,9	12,8	12,5
N Nervensystem	24,6	26,3	26,3	26,9	24,1	32,1	26,7	33,1	39,6	39,1
R Respirationstrakt	22,1	19,6	21,1	20,9	13,4	14,5	12,8	14,1	14,7	14,2
Anteil aufgeführte Gruppen an gesamten ATC-Gruppen in %	84,2	83,8	82,8	85,1	90,0	90,3	89,9	90,4	90,6	91,0

Tabelle A65 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni 2000 **– unter Annahme einer unveränderten Altersstruktur von 2000 bis 2009;** ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich)

Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei Berufstätigen 2000 bis 2009

ATC dreistellig	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
C03 Diuretika	2,4	2,6	2,8	3,2	3,0	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6
C03 stand. SvB 2000	2,4	2,6	2,7	3,1	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9
C07 Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	8,9	9,5	10,1	11,4	11,0	11,6	11,9	12,2	12,3	12,5
C07 stand. SvB 2000	8,9	9,5	9,8	10,8	10,1	10,5	10,6	10,5	10,4	10,2
C08 Calciumkanalblocker	4,0	4,1	4,0	4,4	4,3	5,1	5,7	6,4	7,2	7,9
C08 stand. SvB 2000	4,0	4,0	4,0	4,2	4,0	4,6	5,0	5,5	6,0	6,4
C09 Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	10,5	12,4	14,7	17,7	18,2	21,3	24,3	28,6	33,8	38,4
C09 stand. SvB 2000	10,5	12,4	14,4	16,8	17,0	19,4	21,7	24,9	28,7	31,6
C10 Lipid senkende Mittel	5,5	6,3	6,6	7,4	8,2	8,4	9,6	10,8	11,9	13,2
C10 stand. SvB 2000	5,5	6,2	6,5	7,0	7,6	7,6	8,5	9,3	10,0	10,6
Anteil genannte Präparate an Gruppe C	86 %	88 %	90 %	92 %	94 %	95 %	96 %	96 %	97 %	97 %

Tabelle A66 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres beziehungsweise einheitlich nach Angaben zum Jahr 2000; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code)

Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009

ATC dreistellig	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
C03 Diuretika	2,3	2,5	2,8	3,3	3,1	3,2	3,3	3,5	3,7	3,9
C03 Frauen	2,5	2,7	2,8	3,2	2,9	3,0	3,0	3,1	3,2	3,2
C07 Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	9,8	10,5	11,1	12,4	12,0	12,8	13,1	13,5	13,7	13,9
C07 Frauen	7,9	8,4	8,9	10,1	9,7	10,2	10,4	10,6	10,7	10,8
C08 Calciumkanalblocker	5,2	5,2	5,2	5,6	5,6	6,6	7,4	8,3	9,4	10,4
C08 Frauen	2,5	2,6	2,6	2,8	2,8	3,3	3,6	4,0	4,5	5,0
C09 Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	13,2	15,7	18,7	22,4	23,2	27,3	31,2	36,5	43,0	49,1
C09 Frauen	7,1	8,4	9,8	12,0	12,2	14,1	16,1	19,0	22,5	25,8
C10 Lipid senkende Mittel	7,7	9,0	9,6	10,6	11,7	12,0	13,7	15,0	16,5	18,4
C10 Frauen	2,6	2,9	3,1	3,4	3,9	4,0	4,7	5,5	6,3	7,0

Tabelle A67 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code)

Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009

ATC dreistellig	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A02 Antacida, Ulkusbehandlung	3,3	4,0	4,4	5,1	5,4	5,5	6,2	9,4	10,9	12,4
A02 Frauen	2,8	3,3	3,6	4,1	4,3	4,7	5,3	8,3	9,8	11,1
A10 Antidiabetika	5,5	6,2	6,8	7,3	7,3	8,4	8,9	9,8	10,9	11,0
A10 Frauen	2,4	2,6	2,9	3,1	3,0	3,5	3,7	4,1	4,6	4,6
N06 Psychoanaleptika	3,1	3,4	3,6	3,9	3,8	4,2	4,6	5,3	6,1	6,9
N06 Frauen	6,2	6,6	7,1	7,7	7,0	7,8	8,3	9,7	11,0	12,1

Tabelle A68 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code)

Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei arbeitslosen Männern und Frauen 2000 bis 2009

ATC dreistellig	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A02 Antacida, Ulkusbehandlung	5,4	6,5	7,1	8,0	7,5	8,2	9,2	14,9	18,4	18,7
A02 Frauen	3,9	4,8	5,0	6,2	6,1	7,5	7,2	12,2	15,4	16,9
A10 Antidiabetika	8,3	9,2	10,2	11,6	10,9	12,9	13,4	14,5	16,5	16,4
A10 Frauen	3,6	4,1	4,8	5,2	5,1	6,3	5,4	5,9	7,3	6,9
N06 Psychoanaleptika	7,6	8,5	8,7	9,6	9,2	12,4	12,8	17,4	21,5	20,3
N06 Frauen	11,5	12,6	13,7	15,5	14,7	18,9	17,8	22,4	29,1	31,2

Tabelle A69 (standardisiert nach Angaben der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni des jeweiligen Jahres; ab 2006 bei Arbeitslosen ausschließlich ALG I-Empfänger berücksichtigt, 2005 in Daten keine Trennung zwischen ALG I und ALG II möglich; Gruppierung nach dreistelligem ATC-Code)

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

Daten zu Arbeitsfehlzeiten bieten bereits seit längerer Zeit eine wichtige Informationsquelle zur Beurteilung gesundheitlicher Risiken von Erwerbspersonen. Dass es sich bei den Erwerbspersonen nur um einen spezifischen Teilbestand aus der Gesamtversichertenpopulation einer Krankenkasse handelt, sollte allerdings bei einer Interpretation der Ergebnisse immer berücksichtigt werden. Zur Beschreibung des AU-Meldegeschehens existiert eine Reihe von Maßzahlen. Einen Überblick zu relevanten Parametern gibt die Tabelle A70 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-Meldegeschehens

Parameter	Erläuterung
AU-Fälle je VJ	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Fälle innerhalb einer Versicherungszeit von 365 Tagen, wobei 365 Tage einem Versicherungsjahr (VJ) entsprechen; die Angabe entspricht sinngemäß der durchschnittlichen Anzahl von Krankmeldungen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres.
AU-Tage je VJ	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Tage 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 Fehltage an allen Versicherungstagen in Prozent; entspricht dem Anteil der an einem Tag des Jahres durchschnittlich krankgemeldeten Erwerbspersonen (in Bezug auf alle Tage inklusive Wochenenden und Urlaubszeiten) und lässt sich in dieser Form direkt aus der Angabe AU-Tage je VJ mittels Division durch 365 berechnen. Zur Ermittlung des Krankenstands werden in anderen, insbesondere kassenexternen Statistiken aus unterschiedlichen Gründen 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 waren.

Tabelle A70

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

Bei **Darstellungen zu seltenen Ereignissen** können als Bezugszeiträume anstelle eines Versicherungsjahres (VJ) auch 100 oder 1.000 Versicherungsjahre angegeben werden. Um gelegentlich geäußerten Unsicherheiten bei der Interpretation vorzubeugen, sei erwähnt, dass es sich in diesen Fällen um einfache Änderungen der Darstellung ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit handelt, 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-Meldegeschehens 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.

Arzneiverordnungen

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 A71 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 Rezptausstellung. 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 A71

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 jene Kontakte umfasst, die mit der Ausstellung eines Rezepts verbunden waren. Sie dürfte sowohl erkrankungs- als auch facharztgruppenspezifisch in unterschiedlichem Umfang von der Gesamtzahl der Arztkontakte abweichen. Die gleichfalls zu ermittelnde Zahl der verordneten Präparate je Versicherungsjahr bezieht sich im Kontext dieses Gesundheitsreports auf die Zahl der je Rezept gemachten Eintragungen zu verordneten Präparatesorten. Gegebenenfalls vorhandene Angaben zur Anzahl der Verordnungseinheiten wurden bei dieser Angabe nicht berücksichtigt. Zwangsläufig und unabhängig von der Berechnungsweise sind Angaben zur Zahl der Präparateverordnungen nur eingeschränkt inhaltlich interpretierbar. Dies gilt insbesondere, wenn dabei sehr unterschiedliche Präparate gemeinsam berücksichtigt werden. Einen ersten Anhaltspunkt zur relativen Verteilung der Verordnungsvolumina in 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

	Personenzahl [Tsd.]		Anteil an Gesamtpop. [%]	
Altersgruppe	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 A72 (*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. Blut bildenden Organe, Störungen mit Beteil. d. Immunitätssystems	Sehr selten als AU-Diagnose: Eisenmangelanämie, sonstige Anämien, Sarkoidose
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	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 A73 (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 A74 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

Kür-zel	Bezeichnung	Typische Präparate bei Erwerbspersonen (typische Anwendungsbereiche)
A	**A**limentäres System und Stoffwechsel	Antacida (Sodbrennen, Magengeschwür), Spasmolytika (Magenkrämpfe, Gallensteine), Antidiarrhoika und Antiinfektiva (Magen-Darm-Infekt), Antidiabetika (Zuckerkrankheit), Mineralstoffe
B	**B**lut und Blut bildende Organe	Antithrombotische Mittel – Acetylsalicylsäure (Herzinfarkt- und Thromboserisiko)
C	Kardiovaskuläres System	Betablocker, ACE-Hemmer, Calciumkanalblocker (Bluthochdruck), Lipidsenker (hohe Blutfette)
D	**D**ermatika	Corticosteroide (diverse Hauterkrankungen), Antimykotika (Pilzinfektionen), Aknemittel
G	Uro**g**enitalsystem und Sexualhormone	Sexualhormone (Verhütung, Wechseljahre), Antiinfektiva (Infekte im Genitalbereich)
H	Systemische **H**ormonpräparate (exkl. Sexualhormone und Insuline)	Schilddrüsentherapie (vorwiegend Schilddrüsenunterfunktion), Corticosteroide (allergische Erkrankungen)
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	Antibiotika (diverse bakterielle Infekte)
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	Relativ selten verordnet (Krebserkrankungen)
M	**M**uskel- und Skelettsystem	Antiphlogistika (Schmerzen, entzündliche Vorgänge), topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (Salben zur äußeren Anwendung bei Schmerzen)
N	**N**ervensystem	Analgetika (Schmerzen), Psychoanaleptika (Depressionen), Psycholeptika (Psychosen)
P	Anti**p**arasitäre Mittel	Relativ selten verordnet (Wurmerkrankungen, Malaria)
R	**R**espirationstrakt	Husten- und Erkältungspräparate, Rhinologika (Schnupfen), Antiasthmatika (Asthma), Antihistaminika (allergische Reaktionen)
S	**S**innesorgane	Ophthalmika (Augentropfen aus unterschiedlichen Gründen)
V	**V**aria	Relativ selten verordnet

Tabelle A74 (Bezeichnungen gemäß WIdO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

Abbildungen

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland 1999 bis 2009 24
Arbeitslose in Deutschland 1999 bis 2009 26
AU-Tage je Versicherungsjahr Berufstätige 2000 bis 2009 32
KG-Tage je Versicherungsjahr Berufstätige 2002 bis 2009 33
AU-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009 34
KG-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2002 bis 2009 35
AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Berufstätigen 36
AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen 38
KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Berufstätigen 39
KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Arbeitslosen 39
Präparate und DDD je Versicherungsjahr Berufstätige 2000 bis 2009 41
DDD je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009 42
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen 43
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen 45
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen 47
Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei Berufstätigen 2000 bis 2009 49
Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009 51
Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009 52
Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei arbeitslosen Männern und Frauen 2000 bis 2009 53
Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht 2009 56
Anteil Beschäftigte nach Alter, TK 2009 vs. Deutschland 57
Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2009 60
AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2009 nach Geschlecht 62
Krankenstände an einzelnen Kalendertagen 2009 64
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2009 65
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009 67
AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2009 67
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009 68
AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2009 69
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2009 71
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 72
AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln 73
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 74
Veränderungen der Fehlzeiten 2009 vs. 2008 nach Diagnosekapiteln 75
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln 76
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige 77
Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten im Wochenmittel 78
Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten 2008 und 2009 80
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2009 87
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2009 88
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Männer 2009 90
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2009 90
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht 92
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Berufsfeldern 2009 94

Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden 96
Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2009 98
Fehltage mit Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern 99
Fehltage aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern 101
KG-Tage und -Fälle je Versicherungsjahr 2002 bis 2009 nach Geschlecht 106
KG-Tage je KG-Fall 2002 bis 2009 nach Geschlecht 107
Krankengeldfälle nach Dauer innerhalb des Jahres 2009 108
KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009 109
KG-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2009 110
KG-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009 110
KG-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2009 111
KG-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 112
KG-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln 113
KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 114
Krankengeldtage 2009 vs. 2008 nach Diagnosekapiteln 115
Veränderungen der Krankengeldtage in relevanten Diagnosekapiteln 116
Veränderungen der Krankengeldtage in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige 117
Krankengeldtage nach Berufsfeldern, Männer 2009 123
Krankengeldtage nach Berufsfeldern, Frauen 2009 124
Krankengeld nach Ausbildung, Männer 2009 125
Krankengeld nach Ausbildung, Frauen 2009 126
Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2009 130
Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2009 130
Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009 131
DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2009 131
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2009 133
AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2009 134
Verordnete Präparate je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen 135
Verordnete DDD je VJ nach anatomischen ATC-Gruppen 136
Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2009 137
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern, Männer 2009 142
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Berufsfeldern, Frauen 2009 143
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung, Männer 2009 145
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Ausbildung, Frauen 2009 145
Estrogene sowie Estrogene und Gestagene in Kombination: Anteil Frauen mit Verordnung innerhalb des Kalenderjahres 191

Tabellen

Verteilung der TK-versicherten Erwerbspersonen auf Bundesländer 2009 59
Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 61
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2009 82
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: AU-Tage 2009 84
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 91
Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 93
Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten 2009 97
Fehltage wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern 100
Krankengeld Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 105
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: KG-Fälle 2009 119
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen: KG-Tage 2009 121

Anteil Erwerbspersonen mit Arzneimittelverordnungen 2009 127
Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr, Erwerbspersonen 2009 128
Häufig verordnete Präparate 2009 (je VJ, nach ATC dreistellig) 139
Verordnete Tagesdosen 2008 (DDD je VJ, nach ATC dreistellig) 140

Tabellen im Anhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 146
Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2009 – originäre TK-Mitglieder 146
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2008 sowie 2009 146
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter 147
AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 147
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter 148
Krankenstand nach Geschlecht und Alter 148
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern 149
AU-Tage je Fall nach Bundesländern 150
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 151
Krankenstand nach Bundesländern 152
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 153
AU-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln 154
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 155
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln – Berufstätige 156
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Diagnosen 2009: Top 100 157
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 160
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 161
Krankenstand nach Berufsfeldern 162
Krankenstand nach Ausbildungsstand 2008 sowie 2009 163
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 (roh) 163
AU-Tage bei Arbeits- und Wegeunfällen nach Geschlecht und Alter 164
Krankengeld Erwerbspersonen 2008 sowie 2009 165
Krankengeld Erwerbspersonen 2009 – originäre TK-Mitglieder 165
Krankengeldfälle nach Dauer 2008 sowie 2009 165
KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter 166
KG-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 166
KG-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter 167
KG-Krankenstand nach Geschlecht und Alter 167
KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern 168
KG-Tage je Fall nach Bundesländern 169
KG-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 170
KG-Krankenstand nach Bundesländern 171
KG-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 172
KG-Tage je Fall nach ICD10-Diagnosekapiteln 173
KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 174
KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 175
KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln – Berufstätige 176
KG-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 – Berufstätige 177
Anteilig relevante dreistellige ICD10-Krankengeld-Diagnosen 2009: Top 50 178
KG-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 180
KG-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 181
KG-Krankenstand nach Berufsfeldern 182

KG-Krankenstand nach Ausbildungsstand 2008 sowie 2009 183
Arztkontakte nach Geschlecht und Alter 184
Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter 184
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2009 185
Verordnete Präparate und DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 186
Verordnete DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2004 bis 2009 187
Häufig verordnete Präparate (je VJ, nach ATC vierstellig) 188
Verordnete Tagesdosen (DDD je VJ, nach ATC vierstellig) 189
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2009 190
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland 2000 bis 2009 192
AU-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009 193
KG-Tage je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2002 bis 2009 193
AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Berufstätigen 194
AU-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen 194
KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Berufstätigen 195
KG-Tage je VJ nach Diagnosekapiteln 2002 bis 2009 bei Arbeitslosen 195
DDD je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009 196
Präparate je Versicherungsjahr Arbeitslose vs. Berufstätige 2000 bis 2009 196
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen 197
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Berufstätigen 197
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen 198
DDD je VJ nach ATC-Gruppen 2000 bis 2009 bei Arbeitslosen 198
Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei Berufstätigen 2000 bis 2009 199
Relevante kardiovaskulär wirksame Arzneimittel: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009 199
Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei berufstätigen Männern und Frauen 2000 bis 2009 200
Ausgewählte Arzneimittel mit ansteigendem Verordnungsvolumen: DDD je VJ bei arbeitslosen Männern und Frauen 2000 bis 2009 200
Maßzahlen des AU-Meldegeschehens 202
Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen 205
Standardpopulation nach Geschlecht und Alter 208
Kapitel der ICD10 210
Anatomische Hauptgruppen des ATC 212

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

Mit Erfolg gesund bleiben, Teil I
Selbstmanagement, Führung und Gesundheit
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 1/1

Mit Erfolg gesund bleiben, Teil II
Gesundheitsmanagement im Unternehmen
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 1/2

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

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

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

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

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

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

Darmkrebsreport 2005
Auswertungen zu Häufigkeit, Patientenkarrieren, Kosten
Erschienen: 1/2006, ISSN 1610-8450, Band 10

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

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

Gesundheitsreport 2007
Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Gesundheit im demografischen Wandel
Erschienen: 7/2007, ISSN 1610-8450, Band 13

Stress erfolgreich managen
Grundlagen, Instrumente und Strategien für die betriebliche Praxis
Erschienen: 8/2007, ISSN 1610-8450, Band 14

Gesund alt werden im Betrieb
Wie Führungskräfte den demografischen Wandel gestalten
Erschienen: 10/2007, ISSN 1610-8450, Band 15

Gesund studieren
Befragungsergebnisse des Gesundheitssurveys und Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen
Erschienen: 11/2007, ISSN 1610-8450, Band 16

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

Gesundheitsreport 2008
Auswertungen 2008, Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen; Schwerpunkt: Psychische Störungen
Erschienen: 7/2008, ISSN 1610-8450, Band 18

Gärtnergesundheit
Auswertung zur Gesundheit von Gärtnern und Gartenarchitekten
Erschienen: 8/2008, ISSN 1610-8450, Band 19

Gesunde Hochschule
Ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen
Erschienen: 10/2008, ISSN 1610-8450, Band 20

Gesundheitsreport 2009
Auswertungen 2009, Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen; Schwerpunkt: Gesundheit von Beschäftigten in Zeitarbeitsunternehmen
Erschienen: 7/2009, ISSN 1610-8450, Band 21

Altersstrukturanalyse
Auf den demografischen Wandel vorbereitet sein;
Ein Leitfaden und ein EDV-Tool
Erschienen: 12/2009, ISSN 1610-8450, Band 22

Gesunde Lebenswelt Hochschule
Ein Praxishandbuch für den Weg zur Gesunden Hochschule
Erschienen: 5/2010; ISSN 1610-8450, Band 23

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Info zu PDF-Funktionen

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

Mit Klick auf + plus oder Pfeiltaste rechts öffnen sich im Lesezeichenbaum weitere Lesezeichen - Ebenen.

Klicken sie auf + plus des ersten Lesezeichens Anzeige & Bedienungsfunktionen um zu Anzeige-Optionen zu kommen.

Internetlinks sind im Text blau markiert, zielgenau und oft auch als Lesezeichen angelegt.

Um den vollen PDF-Funktionsumfang zu nutzen, öffnen Sie diese Datei mit dem Adobe Reader ab Version 7 und nicht mit dem Plug-In Ihres Browsers. Die Version finden Sie im "Hilfe"-Menü.

Ihre Vergrößerungsoptionen

Die Datei öffnet in Ganzseitendarstellung (Strg+0). Nächste Vergrößerungsstufe ist Anzeige Fensterbreite (Strg+2).

Durch Klicken in den Text mit dem Hand - Werkzeug wird die Textspalte auf maximal 200 % vergrößert. Weitere Klicks führen bis zum Textende des Beitrags und zur Ausgangsansicht zurück. Der Zeiger muss für diese Funktion so aussehen. (Hier klicken: Hand- und Auswahl- Werkzeug ein-/ ausblenden).

Benötigen Sie sehr große Schrift, wählen Sie das Lesezeichen: >Flexiblen Zeilenumbruch, Größe; Alternativ: Strg+4, dann mit Strg+plus oder Strg-minus den Zoomfaktor einstellen. Achtung: Die Anzeige "flexibler Zeilenumbruch" ist manchmal fehlerhaft.

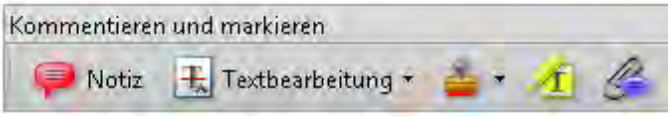
Vorleseoption mit Adobe Reader

Die vermutlich voreingestellte Englische Stimme "Microsoft Sam" oder "-Anna" muss durch deutsche Sprecher ersetzt werden: Nutzen Sie die >Infos zum Vorlesen und Download deutscher Sprecher, um deutsche Sprecher zu installieren.

Ab Reader 8 wird das Vorlesen mit Strg+Shift +Y aktiviert. Das Lesen startet dann mit Strg+Shift+V und endet mit Strg+Shift+E, unterbrochen wird es mit Strg+Shift+C. Diese Befehle finden Sie auch im Menü "Anzeige" unter "Sprachausgabe".

Bei aktivierter Sprachausgabe wird durch Klicken in den Text mit dem Auswahl-Werkzeug das Lesen des angeklickten Absatzes gestartet (ab Reader 8).

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



Kommentieren und markieren Sie mit den Hervorheben- und Notiz-Werkzeugen (Strg+6 öffnet ein neues Notizfeld Notiz).

Klicken Sie HIER oder unter Info zu PDF-Funktionen, um die Kommentar- und Notiz-Werkzeuge ein- und auszublenden.

Sie schaffen mit Kommentaren im Kommentare-Fenster Ihre eigene Navigationsebene und können dort Kommentare exportieren, importieren und beantworten.

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