Gesundheitsreport

Methodische Hinweise
und Ergänzungen

Die Techniker

Inhalt

Methodische Erläuterungen

3 Arbeitsunfähigkeit
5 Arzneimittelverordnungen
7 Standardisierung
8 Klassifikationssysteme: Berufsgruppen
11 Klassifikationssysteme: ICD-10
13 Klassifikationssysteme: ATC
15 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Gesundheitsreport – Methodische Hinweise und Ergänzungen, Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale, Hamburg 22291, **tk.de**; Geschäftsbereich Markt und Kunde, Team Gesundheitsmanagement, Dr. Sabine Voermans. Georg Leimbach; Autoren: Dr. Thomas G. Grobe, Sven Bessel, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen; Planung und Konzeption: Albrecht Wehner, Gesa Feddersen, Bianca Dahlke, Janine Anke, Wiebke Arps; Redaktion und Beratung: Micaela Berger, Michael Kern; Art Direction: Jenny Wirth, Stefan Mortz.

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung.

Methodische Erläuterungen

Arbeitsunfähigkeit 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 und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)“ (ICD 10) 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 1.

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 gemeldet waren.

Tabelle 1

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

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, nämlich 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 erfolgt im Gesundheitsreport nach dem Datum des Beginns einer durchgängigen Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Erstrecken sich einzelne AU-Fälle über mehrere Versicherungsintervalle, werden sie bei der Zählung zur Bestimmung der Fallhäufigkeit als Fall nur im ersten Versicherungsintervall berücksichtigt (sofern der AU-Beginn in ein dokumentiertes Versicherungsintervall fällt). 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 werden bei fehlenden Zusatzinformationen grundsätzlich als Fortsetzungen von Fällen des Vorjahres interpretiert, was erfahrungsgemäß jedoch nur zu einer marginalen, inhaltlich unbedeutsamen Unterschätzung der AU-Fallhäufigkeiten insgesamt führt.

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

Arzneimittelverordnungen Für die vorliegenden Auswertungen standen – für die Gruppe der auch bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit 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 2 kurz erläutert sind.

Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen

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

Tabelle 2

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 an Versicherten mit mindestens einer Arzneiverordnung innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums, also der Anteil an Versicherten, der in einer gewissen Zeitspanne überhaupt von einer Arzneiverordnung betroffen ist. Als weiterer Parameter lässt sich auf Basis der Verordnungsdaten die Zahl der Arztkontakte innerhalb eines Versicherungsjahres bestimmen, wobei diese Zahl zwangsläufig nur diejenigen Kontakte umfasst, die mit der Ausstellung eines Rezepts verbunden waren. Sie dürfte sowohl erkrankungs- als auch facharztgruppenspezifisch in unterschiedlichem Umfang von der Gesamtzahl der Arztkontakte abweichen. Die gleichfalls zu ermittelnde Zahl der verordneten Präparate je Versicherungsjahr bezieht sich im Kontext dieses Gesundheitsreports auf die Zahl der je Rezept gemachten Eintragungen zu verordneten Präparatesorten. Gegebenenfalls vorhandene Angaben zur Anzahl der Verordnungseinheiten wurden bei dieser Angabe nicht berücksichtigt.

Zwangsläufig und unabhängig von der Berechnungsweise sind Angaben zur Zahl der Präparateverordnungen nur eingeschränkt inhaltlich interpretierbar. Dies gilt insbesondere, wenn dabei sehr unterschiedliche Präparate gemeinsam berücksichtigt werden. Einen ersten Anhaltspunkt zur relativen Verteilung der Verordnungsvolumina in Versichertengruppen können sie dennoch liefern.

Eine inhaltlich relevante und international gebräuchliche Gruppierung von Arzneimitteln ist auf Basis der ATC-Klassifikation möglich (vergleiche 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 (DDD, definierte Tagesdosis) zu rechnen. 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 Typischerweise 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 bis 2012 die Struktur der Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 zugrunde gelegt. Seit dem Jahr 2013 wird zur Standardisierung im Gesundheitsreport gemäß einer aktualisierten Empfehlung demgegenüber auf Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbspersonen in Deutschland im Jahr 2010 zurückgegriffen, die Ergebnissen des Mikrozensus entnommen wurden.

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 Jahr 2010 aufweisen würde.

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

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

Standardpopulation nach Geschlecht und Alter

Altersgruppe	Personenzahl (Tsd.)		Anteil an Gesamtpopulation (%)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15–19*	664	499	1,73	1,30
20–24*	1.643	1.484	4,29	3,88
25–29	1.975	1.768	5,16	4,62
30–34	2.111	1.730	5,52	4,52
35–39	2.286	1.895	5,97	4,95
40–44	3.131	2.674	8,18	6,99
45–49	3.060	2.686	8,00	7,02
50–54	2.568	2.341	6,71	6,12
55–59*	2.106	1.798	5,50	4,70
60–64*	1.094	759	2,86	1,98
Insgesamt (15–64)	**20.638**	**17.634**	**53,92**	**46,08**

Tabelle 3 (*bei der Auswertung zusammengefasst, vergleiche Text [Erwerbstätige Deutschland 2010; Quelle: Statistisches Bundesamt 2011. Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland 2010 – Fachserie 1, Reihe 4.1.2, Seite 10])

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.

Grundlagen

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.

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

Klassifikationssysteme: Berufsgruppen Arbeitgeber müssen in Deutschland im Rahmen der Meldung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer bei zuständigen Sozialversicherungen, und damit auch bei den Meldungen an die Krankenkasse, unterschiedliche Informationen, unter anderem zur ausgeübten Tätigkeit, übermitteln.

Zur Meldung von beruflichen Tätigkeiten werden Schlüssel aus einem „Schlüsselverzeichnis für die Angabe zur Tätigkeit“ verwendet, das von der Bundesagentur für Arbeit bereitgestellt wird. Informationen zur traditionell bei Darstellungen im Gesundheitsreport verwendeten Aufteilung von Tätigkeitsangaben in 20 sogenannte Berufsfelder sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) seit 2023 nicht mehr verfügbar. Der ursprüngliche Seiteninhalt kann bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden.

Bis November 2011 wurde für Meldungen zu Tätigkeiten in Deutschland allgemein ein Schlüsselverzeichnis genutzt, das in wesentlichen Teilen bereits 1988 verwendet und bis 2003 nur geringfügig modifiziert worden war (Schlüsselverzeichnis Ausgabe 1992, Neuauflage 2003). Seit Dezember 2011 ist im Meldeverfahren zur Sozialversicherung gemäß § 28 a Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) demgegenüber ein vollständig erneuertes „Schlüsselverzeichnis für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“[1] anzuwenden.

Im Jahr 2012 erfolgten regulär entsprechend erstmals alle Meldungen der Arbeitgeber unter Anwendung dieses neuen Schlüsselverzeichnisses.

Aufbau des Schlüssels für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010

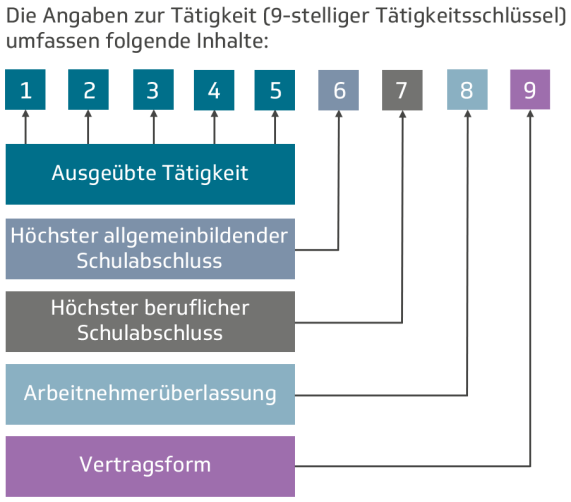

Abbildung 1 (Quelle: Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010; Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 2023)

Mit dem neuen Schlüssel sollte den Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt in den vergangenen Jahrzehnten Rechnung getragen werden. An die Stelle einer bis 2011 insgesamt fünfstelligen Angabe (mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf“ sowie einer Stelle zur „Ausbildung“) ist eine insgesamt neunstellige Angabe getreten.

- Für die Angabe zur ausgeübten Tätigkeit werden im neuen Schlüssel die ersten fünf Stellen genutzt. Diese bilden die sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“, kurz auch als KldB 2010 bezeichnet.
- Die sechste Stelle erfasst den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss.
- Die siebte Stelle erfasst den höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss.
- Mit der achten Stelle wird eine Arbeitnehmerüberlassung beziehungsweise eine individuell bestehende Beschäftigung als Leiharbeiter erfasst.
- Mit der neunten Stelle kann schließlich sowohl zwischen Voll- sowie Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen als auch zwischen befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschieden werden.

Insbesondere die Stellen sechs bis neun des neuen Schlüssels erlauben im Vergleich zum Vorgängerschlüssel deutlichere Abgrenzungen von relevanten Beschäftigtengruppen. Erstmals wird bei entsprechenden Meldungen zur Sozialversicherung klar zwischen Angaben zum allgemeinbildenden Schulabschluss und zum beruflichen Ausbildungsabschluss unterschieden sowie gegebenenfalls eine Arbeitnehmerüberlassung bei einzelnen Beschäftigten erfasst.

Gleichfalls neu ist eine Differenzierung von befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Zudem können Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse unabhängig von Angaben zur beruflichen Stellung beziehungsweise zum beruflichen Abschluss angegeben werden, was in dem bis 2011 verwendeten Schlüssel nicht möglich war.

[1] www.arbeitsagentur.de

Anders als die fünf Stellen der KldB 2010 zur Tätigkeitsangabe zunächst vermuten lassen, beinhalten standardmäßige Bezeichnungen zu den neuen Tätigkeitsschlüsseln häufig keine anschaulicheren oder konkreteren Tätigkeitsangaben als der zuvor genutzte dreistellige Schlüssel. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass insbesondere die fünfte Stelle des neuen Schlüssels (und teilweise auch die vierte) primär zur übergreifenden Kategorisierung von Tätigkeiten genutzt wird.

So wird mit der fünften Stelle des Schlüssels ganz allgemein eine Gruppierung von Tätigkeiten entsprechend einer eigenen berufsübergreifenden Dimension „Anforderungsniveau“ in insgesamt vier Gruppen von 1 bis 4 vorgenommen, wobei die Ziffer **1** für „Helfer-/Anlerntätigkeiten“, **2** für „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, **3** für „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und **4** für „hochkomplexe Tätigkeiten“ steht.

Zudem kommt der vierten Stelle der KldB eine besondere Bedeutung zu, sofern diese durch eine 9 belegt ist. Die Ziffer 9 kennzeichnet an dieser Stelle gegebenenfalls Aufsichts- und Führungskräfte, wodurch diese von anderen Fachkräften abgegrenzt werden können.

Aufsichtskräfte erhalten dabei durchgängig die Ziffernkombination **93** in der vierten und fünften Stelle des KldB-Schlüssels. In diese Kategorie „Aufsichtskräfte“ fallen weitgehend durchgängig und nahezu ausschließlich handwerkliche Meisterberufe.

Führungskräfte erhalten die Kombination **94** in der vierten und fünften Stelle des KldB-Schlüssels. „Führungskräfte“ werden damit gemäß der allgemeinen Systematik der fünften Stelle formal immer der Gruppe der „hochkomplexen Tätigkeiten“ zugeordnet. Als Führungskräfte werden relativ regelmäßig Berufe eingeordnet, die Bezeichnungen wie „Direktor“, häufig „Leiter“ oder seltener auch „Manager“ beinhalten. Zudem fallen offensichtlich einige selbstständige Berufe in die Kategorie „Führungskräfte“ (zum Beispiel Buchverleger, Hotelinhaber sowie auch Trinkhallenbesitzer), wobei die unterschiedliche Zuordnung einiger Selbstständiger gelegentlich nur schwer nachvollziehbar erscheint, aufgrund der untergeordneten anteiligen Bedeutung die Nutzung des Schlüssels jedoch kaum beeinträchtigen dürfte.

Um zur Meldung eines ausgeübten Berufes eine möglichst eindeutige und reproduzierbare Identifikation der Codierungen des neuen Tätigkeitsschlüssels zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, wurden von der Bundesagentur für Arbeit sowohl Internetseiten zur Schlüsselsuche eingerichtet als auch umfangreiche Berufslisten mit Zuordnungen zu geeigneten Schlüsseln bereitgestellt. Enthalten sind in dieser Liste rund 24.000 Berufsbezeichnungen, die jeweils einem der insgesamt 1.286 unterscheidbaren fünfstelligen Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zugeordnet werden. In der Regel dürfte es ohne spezifisches Vorwissen erst nach Rückgriff auf entsprechende Berufslisten gelingen, eine zugehörige Codierung beziehungsweise Tätigkeitsgruppe für einen bestimmten Beruf zu identifizieren.

So muss beispielsweise für einen Tischlerhelfer der Schlüssel 22301 mit der offiziellen Bezeichnung „Berufe in der Holzbe- und -verarbeitung (ohne Spezialisierung) – Helfertätigkeiten/Anlerntätigkeiten“ angegeben werden, für einen Tischler der Schlüssel 22342 „Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“ und für einen Tischlermeister der Schlüssel 22393 „Aufsichtskräfte – Holzbe- und -verarbeitung“.

Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 mit seinen insgesamt 1.286 Ausprägungen lässt sich auf Basis seiner ersten Ziffer in zehn übergeordnete Gruppen, sogenannte **Berufsbereiche**, gliedern (zum Beispiel mit einer ersten Ziffer „2“ für „Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung“). Auf Basis der ersten beiden Ziffern lassen sich 37 Gruppen, sogenannte **Berufshauptgruppen**, unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „22“ für „Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung“).

Auf Basis der ersten drei Ziffern lassen sich 144 Gruppen unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „223“ für „Holzbe- und -verarbeitung“) und auf Basis der ersten vier Ziffern lassen sich schließlich bereits 700 Gruppen unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „2234“ für „Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau“).

Weitere Informationen zu Arbeitsunfähigkeit und weiteren gesundheitsrelevanten Merkmalen auf unterschiedlichen Gliederungsebenen der KldB2010 sind auch dem Gesundheitsreport der TK 2013 zu entnehmen, der sich in einem Schwerpunktkapitel ausführlich mit neuen Auswertungsmöglichkeiten im Zuge der Einführung des „Schlüsselverzeichnisses für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“ befasste.

Im Rahmen von Routineauswertungen werden im vorliegenden Report teilweise noch Gruppierungen von Merkmalsausprägungen in Anlehnung an zuvor verwendete Kategorien genutzt, die überwiegend auf Rückcodierungen neuer Schlüsselangaben beruhen. Dies geschieht vorrangig, um Vergleiche mit Vorjahresergebnissen zu erleichtern.

Im Jahr 2013 wurden von der Bundesagentur für Arbeit (BA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB, Forschungsgruppe Berufliche Arbeitsmärkte) zwei zusätzliche Gliederungsmöglichkeiten der KldB 2010, nämlich eine an bekannten volkswirtschaftlichen Sektoren orientierte Gliederung mit fünf **„Berufssektoren“** sowie eine für differenziertere Darstellungen geeignete Gliederung in 14 **„Berufssegmente“** geschaffen. Informationen zu diesen Gliederungen wurden dem aQua-Institut vom IAB dankenswerterweise im April 2014 bereits vorab bereitgestellt und sind auf den Internetseiten der BA an der folgenden Stelle verfügbar:

www.statistik.arbeitsagentur.de → Grundlagen → Klassifikationen → Klassifikation der Berufe → KldB 2010 → Systematik und Verzeichnisse → fünf „Berufssektoren“ und 14 „Berufssegmente“ (xls).

Die 14 Berufssegmente stellen jeweils Zusammenfassungen von zumeist mehreren zweistelligen Schlüsseln der KldB 2010, also der insgesamt 37 unterschiedlichen Berufshauptgruppen, dar. Damit existiert auch zur KldB 2010 eine Gliederung, die sich mit ihrer Gliederungstiefe noch für grafische Darstellungen von Ergebnissen eignet und die insofern die bislang im Gesundheitsreport für entsprechende Darstellungen genutzte Aufteilung in sogenannte Berufsfelder (siehe weiter oben) ablösen könnte.

Klassifikationssysteme: ICD-10 Seit dem 1. Januar 2000 sind Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ gemäß ihrer 10. Revision (ICD-10) anzugeben. Die Pflege dieses auch international gebräuchlichen und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Diagnoseschlüssels obliegt in der Bundesrepublik dem Deutschen Institut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Dienstsitz Köln. Im Mai 2020 ist das ehemalige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verschmolzen und als BfArM Dienstsitz Köln in dieses integriert worden. Unter **www.dimdi.de** lassen sich umfangreiche Informationen und Materialien zur ICD-10 finden.

Kapitel der ICD-10

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 des Blutes und der blutbildenden Organe, Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	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.	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	Extrem selten als AU-Diagnose
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Angeborene Fußdeformitäten, sehr selten angeborene Fehlbildungen des Herzens
XVIII.	Symptome und 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 best. andere Folgen äußerer Ursachen	Verletzungen, Verstauchungen und Zerrungen, Knochenbrüche im Handgelenk- und Fußbereich

Kapitel	Bezeichnung	Typische AU-Diagnosen bei Erwerbspersonen aus den genannten Kapiteln
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
XXII.	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	Vor 2020 sehr selten verwendet. Beinhaltet seit 2020 Schlüsselnummern zur Kodierung von Diagnosen in Zusammenhang mit COVID-19.

Tabelle 4 (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 Forschungsprojekts 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: **www.wido.de**

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 an der ersten Stelle der Schlüsselangabe charakterisiert sind.

In der nachfolgenden Tabelle 5 sind die offiziellen Bezeichnungen der anatomischen Hauptgruppen des ATC angegeben. Zusätzlich werden zu den Hauptgruppen exemplarisch typische Arzneimittel und ihre Indikationsgebiete in Bezug auf das Verordnungsgeschehen bei Erwerbspersonen genannt, um die Bedeutung der Hauptgruppen im Kontext dieses Gesundheitsreports etwas anschaulicher zu machen.

Anatomische Hauptgruppen des ATC

Kürzel	Bezeichnung	Typische Präparate bei Erwerbspersonen (typische Anwendungsbereiche)
A	**A**limentäres System und Stoffwechsel	Antacida (Sodbrennen, Magengeschwür), Spasmolytika (Magenkrämpfe, Gallensteine), Antidiarrhoika und Antiinfektiva (Magen-Darm-Infekt), Antidiabetika (Zuckerkrankheit), Mineralstoffe
B	**B**lut und blutbildende 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	Urogenitalsystem und Sexualhormone	Sexualhormone (Verhütung, Wechseljahre), Antiinfektiva (Infekte im Genitalbereich)
H	Systemische Hormonpräparate (exkl. Sexualhormone und Insuline)	Schilddrüsentherapie (vorwiegend Schilddrüsenunterfunktion), Corticosteroide (allergische Erkrankungen)
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	Antibiotika (diverse bakterielle Infekte)
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	Relativ selten verordnet (Krebserkrankungen)
M	**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	Antiparasitäre 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	Verschiedene andere Präparate, relativ selten verordnet

Tabelle 5 (Bezeichnungen gemäß WIdO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

9 Aufbau des Schlüssels für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010

Tabellen

3 Maßzahlen des AU-Meldegeschehens
5 Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen
7 Standardpopulation nach Geschlecht und Alter
12 Kapitel der ICD-10
14 Anatomische Hauptgruppen des ATC

Hier erfahren Sie mehr

Betriebliche Gesundheitsförderung der TK
Sie möchten Kontakt zu Ihrer regionalen Gesundheits-beratung aufnehmen? Nutzen Sie gern unser Kontaktformular unter **tk.de, Suchnummer 2030698**.

Studien und Reports finden Sie im TK-Firmenkundenportal unter **firmenkunden.tk.de, Suchnummer 2031464**.

Besuchen Sie uns auch auf: