



Dachverband

F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

Gesundheit in Regionen

Zahlen, Daten, Fakten
mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.) „Gesundheit in Regionen“ BKK Gesundheitsreport 2014

ISBN 978-3-95466-134-3, urheberrechtlich geschützt

© 2014 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

BKK Gesundheitsreport 2014

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Gesundheit in Regionen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2014

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Gesundheit in Regionen

Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis von

P. Aurich-Beerheide | J. Berling | A. Bestmann | S. Blüher | G. Breucker | M. Brussig | A. Erdweg
K. Focke | D. Friedrich | H. Friehe | D. Fuchs | M. Ganninger | H.-J. Gittler | M. Härter | F. Knieps
H. Knoche | K. Kraywinkel | A. Kuhlmei | H. Melchior | T. Moormann | R. Müller | T. Nauert
E.-F. Pernack | H. Pfaff | C. Pieper | R. Richter | H. Rothgang | N. Scholten | H. Schulz
M. Schwarzkopf | U. Schwenk | A. Starker | E. Steffin | M. Stegmann | J. Thormählen
R. Unger | D. van den Heuvel | J. Walker | S. Wilhelmi | J. Wolf



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit in Regionen“. BKK Gesundheitsreport 2014.

ISBN 978-3-95466-134-3, urheberrechtlich geschützt

© 2014 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Der BKK Gesundheitsreport 2014 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband in Zusammenarbeit mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit erstellt.

Herausgeber: BKK Dachverband e.V., Zimmerstraße 55, 10117 Berlin
Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Susanne Wilhelmi
Autoren: Verena Bauer, Sven Bungard, Karin Kliner, Felix Lüken, Christina Maass, Dirk Rennert
Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert, BKK Dachverband

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin
www.bkk-dv.de
info@bkk-dv.de

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstraße 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de
lektorat@mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-134-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2014

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Die Herausgeber

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung
und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Universität zu Köln
Eupener Straße 129
50933 Köln

Die Autoren

Dr. Patrizia Aurich-Beerheide
Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ)
Universität Duisburg-Essen
47048 Duisburg

Verena Bauer
BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf

Dr. med. Jörg Berling
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover

Dr. PH Anja Bestmann
Geschäftsbereich Forschung und Entwicklung
Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV)
Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2
10709 Berlin

Dr. rer. pol. Stefan Blüher
Institut für Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaft
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Luisenstraße 13
10117 Berlin

Dr. Gregor Breucker
BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

PD Dr. Martin Brussig
Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ)
Universität Duisburg-Essen
47048 Duisburg

Dr. Sven Bungard
BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf

Anne Erdweg, Dipl.-Betriebsw., M.Sc.
GWQ ServicePlus AG
Tersteegenstraße 28
40474 Düsseldorf

Klaus Focke
BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Detlef Friedrich
contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH
BioMedizinZentrum
Universitätsstraße 136
44799 Bochum

Helga Friehe
Krankengeld-Fallmanagement
Audi BKK
Porschestraße 1
38440 Wolfsburg

Daniel Fuchs
BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Dr. Matthias Ganninger
Health Risk Institute (HRI)
Elsevier Health Analytics
Jägerstraße 41
10117 Berlin

Hans-Jörg Gittler
BAHN-BKK
Franklinstraße 54
60486 Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Karin Kliner

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Franz Knieps

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Hanka Knoche

BAHN-BKK
Franklinstraße 54
60486 Frankfurt am Main

Dr. Klaus Kraywinkel, M.Sc.

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Zentrum für Krebsregisterdaten
Robert Koch-Institut
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei

Institut für Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaft
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Luisenstraße 13
10117 Berlin

Felix Lüken

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf

Christina Maass

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf

Dr. phil. Hanne Melchior

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Thomas Moormann

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Dr. Rolf Müller

Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen

Dr. Thomas Nauert

Referat „Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, Prävention
in der Arbeitswelt“
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie
und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4–6
24143 Kiel

Ernst-Friedrich Pernack

Referat „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit,
Produktsicherheit“
Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie
des Landes Brandenburg
Postfach 60 11 63
14411 Potsdam

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung
und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Universität zu Köln
Eupener Straße 129
50933 Köln

Dr. Claudia Pieper

Projektbereich Versorgungsepidemiologie
Institut für Medizinische Informatik, Biometrie
und Epidemiologie (IMIBE)
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen

Dirk Rennert

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Prof. Dr. phil. Rainer Richter

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen

Nadine Scholten

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung
und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
Universität zu Köln
Eupener Straße 129
50933 Köln

Prof. Dr. phil. Holger Schulz

Stiftungslehrstuhl „Klinische Versorgungsforschung“
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Manuela Schwarzkopf

Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ)
Universität Duisburg-Essen
47048 Duisburg

Uwe Schwenk

Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Anne Starker, MPH

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Robert Koch-Institut
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Eckard Steffin

Netzwerk Gesundheit
BAHN-BKK
Franklinstraße 54
60486 Frankfurt am Main

Dr. Michael Stegmann

Statistisches Berichtswesen/Forschungsdatenzentrum (FDZ-RV)
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berner Straße 1
97084 Würzburg

Dr. Johannes Thormählen, M.H.A

GWQ ServicePlus AG
Tersteegenstraße 28
40474 Düsseldorf

Dr. Rainer Unger

Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen

Dirk van den Heuvel

Bundesverband Geriatrie e.V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Dr. med. Jochen Walker

Health Risk Institute (HRI)
Elsevier Health Analytics
Jägerstraße 41
10117 Berlin

Susanne Wilhelmi

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin

Joachim Wolf

E.ON BKK
Service Center Essen
Brüsseler Platz 1
45131 Essen

Inhalt

Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	3
Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach dem ICD-10 GM 2013 Schlüssel	7
Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC)	15
Methodische Hinweise	16
Vorwort	21
Regionale Versorgungsungleichheit: ein konzeptioneller Überblick <i>Holger Pfaff und Nadine Scholten</i>	23
1 Krankheitsgeschehen im Überblick	31
1.1 Arbeitsunfähigkeit	35
1.1.1 Langzeittrends	35
1.1.2 Entwicklung im Jahr 2014	38
1.1.3 Spektrum der Diagnosehauptgruppen bei Arbeitsunfähigkeit	40
1.1.4 Merkmale des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern	44
1.1.5 Regionale Verteilung der Arbeitsunfähigkeit	47
1.2 Ambulante ärztliche Versorgung	52
1.3 Arzneimittelverordnungen	55
Schwerpunkt Wissenschaft	59
Darmkrebs – Gibt es Hinweise auf regionale Unterschiede in der Häufigkeit und bei der Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie? Ergebnisse des Zentrums für Krebsregisterdaten und des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut <i>Klaus Kraywinkel und Anne Starker</i>	61
Ärztedichte: Bedarfsplanung plant am Bedarf vorbei <i>Uwe Schwenk</i>	67
Regionale Unterschiede in der Langzeitpflege <i>Heinz Rothgang, Rolf Müller und Rainer Unger</i>	72
Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung <i>Michael Stegmann und Anja Bestmann</i>	81
Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen <i>Hanne Melchior, Holger Schulz, Jochen Walker, Matthias Ganninger und Martin Härter</i>	87
Regionale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrenten <i>Martin Brussig, Patrizia Aurich-Beerheide und Manuela Schwarzkopf</i>	93

2	Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen	103
2.1	Arbeitsunfähigkeit	106
2.1.1	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	108
2.1.2	Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	112
2.1.3	Krankheiten des Atmungssystems	114
2.1.4	Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und ausgewählten Diagnosehauptgruppen	117
2.2	Ambulante ärztliche Versorgung	120
2.3	Arzneimittelverordnungen	134
Schwerpunkt Politik		147
	Die Schaffung von finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Blick auf Versuche zur Präventionsgesetzgebung auf Bundes- bzw. Länderebene	149
	<i>Gregor Breucker, Franz Knieps und Susanne Wilhelmi</i>	
	Einfluss föderaler Strukturen auf den Arbeitsschutz in Deutschland	155
	<i>Thomas Nauert und Ernst-Friedrich Pernack</i>	
	Handlungsbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung	162
	<i>Rainer Richter</i>	
	Demografisch bedingte Herausforderungen für die Pflege	169
	<i>Stefan Blüher und Adelheid Kuhlmei</i>	
	Regionale Versorgungsstrukturen in der geriatrischen Rehabilitation	173
	<i>Dirk van den Heuvel</i>	
3	Alter, Geschlecht und soziale Lage	179
3.1	Arbeitsunfähigkeit	182
3.1.1	Krankheitsgeschehen nach Alter und Geschlecht	182
3.1.2	Krankheitsgeschehen nach sozialer Lage	187
3.2	Ambulante ärztliche Versorgung	196
3.3	Arzneimittelverordnungen	204

Schwerpunkt Praxis	211
Aktionsbündnis gegen Darmkrebs <i>Claudia Pieper und Joachim Wolf</i>	213
Delegationsmodelle für vertragsärztliche Leistungen <i>Jörg Berling</i>	217
Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Neue Heilberufe braucht das Land! <i>Klaus Focke, Daniel Fuchs und Thomas Moormann</i>	221
Unternehmensnetzwerk „Gesund pflegen“. Gesund pflegen – eine janusköpfige Blickweise auf die Pflege! <i>Detlef Friedrich</i>	225
Das Gesundheitsnetzwerk Leben – Innovation für ein gesundes Berufsleben in der Region Ingolstadt <i>Helga Friehe</i>	229
SeGel – Psychische Gesundheit durch ein innovatives und wohnortnahes Versorgungskonzept <i>Anne Erdweg und Johannes Thormählen</i>	234
Betriebliche Gesundheitsförderung und regionale Demografie <i>Hanka Knoche, Hans-Jörg Gittler und Eckard Steffin</i>	241
4 Fehlzeiten und Arbeitswelt	247
4.1 Arbeitsunfähigkeit	250
4.1.1 Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick	250
4.1.2 Regionale Unterschiede ausgewählter Wirtschaftsgruppen	260
4.2 Ambulante ärztliche Versorgung	264
4.3 Arzneimittelverordnungen	272
5 Das Wichtigste im Überblick – Zentrale Aussagen des BKK Gesundheitsreports 2014	279
Tabellenanhang	289
Verzeichnis der Tabellen	291

Tabellenverzeichnis

1 Krankheitsgeschehen im Überblick

Tabelle 1.1	AU-Tage der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)	35
Tabelle 1.2	AU-Tage pro Monat der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder – Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)	39
Tabelle 1.3	AU-Tage der Pflichtmitglieder – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	42
Tabelle 1.4	BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	48
Tabelle 1.5	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)	50
Tabelle 1.6	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)	54

2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Tabelle 2.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	106
Tabelle 2.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	107
Tabelle 2.3	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	110
Tabelle 2.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	113
Tabelle 2.5	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	116
Tabelle 2.6	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Gesamt – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	121
Tabelle 2.7	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Frauen – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	123
Tabelle 2.8	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Männer – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	124
Tabelle 2.9	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Frauen ab 65 Jahren – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	125
Tabelle 2.10	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Männer ab 65 Jahren – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	126
Tabelle 2.11	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Frauen von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	128
Tabelle 2.12	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Männer von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	129
Tabelle 2.13	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten unter 20 Jahre – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	130
Tabelle 2.14	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Gesamt – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	136
Tabelle 2.15	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Frauen – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	137
Tabelle 2.16	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Männer – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	138

Tabelle 2.17	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Frauen ab 65 Jahren – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	139
Tabelle 2.18	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Männer ab 65 Jahren – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	140
Tabelle 2.19	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Frauen von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	141
Tabelle 2.20	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Männer von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	142
Tabelle 2.21	Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten unter 20 Jahre – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	143

3 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Tabelle 3.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	189
Tabelle 3.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	191
Tabelle 3.3	AU-Kennzahlen der Arbeitslosen (ALG-I) nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Staatsbürgerschaft (Berichtsjahr 2013)	192
Tabelle 3.4	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	200
Tabelle 3.5	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	201
Tabelle 3.6	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	208

4 Fehlzeiten und Arbeitswelt

Tabelle 4.1	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) sowie Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter (Berichtsjahr 2013)	251
Tabelle 4.2	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)	256
Tabelle 4.3	Arbeitsunfälle – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Die fünf häufigsten Verletzungsarten (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	260

Diagrammverzeichnis

1 Krankheitsgeschehen im Überblick

Diagramm 1.1	Durchschnittsalter der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	32
Diagramm 1.2	Versichertenverteilung nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	33
Diagramm 1.3	Einbezogene BKK Versicherte nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)	34
Diagramm 1.4	AU-Fälle der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (1976–2013) nach Geschlecht	36
Diagramm 1.5	AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (1976–2013) nach Geschlecht	36
Diagramm 1.6	AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	37
Diagramm 1.7	Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2012–2014)	38
Diagramm 1.8	AU-Beginn und AU-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2013)	40
Diagramm 1.9	AU-Tage der Pflichtmitglieder sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	41
Diagramm 1.10	AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (1976–2013) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)	43
Diagramm 1.11	AU-Tage je Fall der Pflichtmitglieder – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	44
Diagramm 1.12	Krankengeld-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I) – Verteilung auf die wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	45
Diagramm 1.13	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – prozentuale Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2013)	46
Diagramm 1.14	Prozentuale Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)	48
Diagramm 1.15	AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Bundesland (Wohnort) sowie Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2013)	49
Diagramm 1.16	AU-Tage der Pflichtmitglieder – im Zeitverlauf (2003–2013) nach Bundesland (Wohnort)	51
Diagramm 1.17	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	53
Diagramm 1.18	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	56
Diagramm 1.19	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	57
Diagramm 1.20	Arzneimittelverordnungen – Anteil der DDD je BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	58

2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Diagramm 2.1	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2013)	105
Diagramm 2.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) im Zeitverlauf (1994–2013) nach Geschlecht	109
Diagramm 2.3	AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Diagnosegruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	111
Diagramm 2.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Diagnosegruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	111
Diagramm 2.5	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) im Zeitverlauf (1994–2013) nach Geschlecht	112
Diagramm 2.6	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2004–2013) nach Geschlecht	114

Diagramm 2.7	AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	115
Diagramm 2.8	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	115
Diagramm 2.9	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) bei Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)	118
Diagramm 2.10	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen (F00–F99) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)	119
Diagramm 2.11	Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	122
Diagramm 2.12	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	131
Diagramm 2.13	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit depressiver Episode (F32) – Abweichung vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2013)	132
Diagramm 2.14	Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	135
Diagramm 2.15	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) für ausgewählte Arzneimittelverordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)	144
Diagramm 2.16	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A) – Abweichung vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2013)	145

3 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Diagramm 3.1	AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2013)	180
Diagramm 3.2	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	183
Diagramm 3.3	AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)	185
Diagramm 3.4	AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	186
Diagramm 3.5	AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	187
Diagramm 3.6	AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	188
Diagramm 3.7	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	190
Diagramm 3.8	AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	193
Diagramm 3.9	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)	194
Diagramm 3.10	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	197
Diagramm 3.11	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	198
Diagramm 3.12	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	199

Diagramm 3.13	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)	202
Diagramm 3.14	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	205
Diagramm 3.15	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	206
Diagramm 3.16	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2013)	207
Diagramm 3.17	Arzneimittelverordnungen – DDD nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)	209

4 Fehlzeiten und Arbeitswelt

Diagramm 4.1	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und Wirtschaftssectoren (Berichtsjahr 2013)	248
Diagramm 4.2	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2013)	253
Diagramm 4.3	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2013)	255
Diagramm 4.4	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)	258
Diagramm 4.5	Arbeitsunfälle der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2013)	261
Diagramm 4.6	Verteilung der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und den jeweils fünf häufigsten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)	262
Diagramm 4.7	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	265
Diagramm 4.8	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	266
Diagramm 4.9	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	267
Diagramm 4.10	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	268
Diagramm 4.11	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)	269
Diagramm 4.12	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)	270
Diagramm 4.13	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	273
Diagramm 4.14	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	274
Diagramm 4.15	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	275

Diagramm 4.16	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	276
Diagramm 4.17	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)	277
Diagramm 4.18	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)	278

Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach dem ICD-10 GM 2013 Schlüssel

Kapitel I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15–A19	Tuberkulose
A20–A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50–A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65–A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70–A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75–A79	Rickettsiosen
A80–A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A90–A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15–B19	Virushepatitis
B20–B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35–B49	Mykosen
B50–B64	Protozoenkrankheiten
B65–B83	Helminthosen
B85–B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarose [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90–B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95–B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten
Kapitel II Neubildungen (C00–D48)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems

C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
Kapitel III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)
ICD-10-Code	Bezeichnung
D50–D53	Alimentäre Anämien
D55–D59	Hämolytische Anämien
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65–D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70–D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80–D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
Kapitel IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)
ICD-10-Code	Bezeichnung
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10–E14	Diabetes mellitus
E15–E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40–E46	Mangelernährung
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70–E90	Stoffwechselstörungen
Kapitel V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)
ICD-10-Code	Bezeichnung
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung

F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
Kapitel VI	Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)
ICD-10-Code	Bezeichnung
G00–G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10–G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20–G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30–G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35–G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70–G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80–G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90–G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems
Kapitel VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)
ICD-10-Code	Bezeichnung
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25–H28	Affektionen der Linse
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46–H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit
H55–H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
Kapitel VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)
ICD-10-Code	Bezeichnung
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80–H83	Krankheiten des Innenohres
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres

Kapitel IX Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
I00–I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05–I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26–I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
Kapitel X Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09–J18	Grippe und Pneumonie
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60–J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80–J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85–J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90–J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
Kapitel XI Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35–K38	Krankheiten der Appendix
K40–K46	Hernien
K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes
K65–K67	Krankheiten des Peritoneums
K70–K77	Krankheiten der Leber
K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90–K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

Kapitel XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10–L14	Bullöse Dermatosen
L20–L30	Dermatitis und Ekzem
L40–L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50–L54	Urtikaria und Erythem
L55–L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60–L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80–L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
Kapitel XIII Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M00–M99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
M00–M03	Infektiöse Arthropathien
M05–M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15–M19	Arthrose
M20–M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30–M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40–M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45–M49	Spondylopathien
M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60–M63	Krankheiten der Muskeln
M65–M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80–M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86–M90	Sonstige Osteopathien
M91–M94	Chondropathien
M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes
Kapitel XIV Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
N00–N08	Glomeruläre Krankheiten
N10–N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17–N19	Niereninsuffizienz
N20–N23	Urolithiasis
N25–N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40–N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane

N60–N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70–N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99–N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems
Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
000–008	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
009–009	Schwangerschaftsdauer
010–016	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
020–029	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
030–048	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
060–075	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
080–082	Entbindung
085–092	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
094–099	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Kapitel XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
P00–P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Kapitel XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
Q00–Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10–Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20–Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30–Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35–Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38–Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems

Q50–Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60–Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelettsystems
Q80–Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90–Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
Kapitel XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelettsystem betreffen
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47–R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50–R69	Allgemeinsymptome
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R80–R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83–R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90–R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95–R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	
ICD-10-Code	Bezeichnung
S00–S09	Verletzungen des Kopfes
S10–S19	Verletzungen des Halses
S20–S29	Verletzungen des Thorax
S30–S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50–S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70–S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00–T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15–T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung

T20–T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26–T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29–T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33–T35	Erfrierungen
T36–T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51–T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79–T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80–T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89–T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90–T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
Kapitel XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)
ICD-10-Code	Bezeichnung
V01–X59	Unfälle
X60–X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85–Y09	Tätlicher Angriff
Y10–Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35–Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40–Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
Kapitel XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)
ICD-10-Code	Bezeichnung
Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20–Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55–Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80–Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC)

ATC-Code	Bedeutung
A	Alimentäres System und Stoffwechsel
B	Blut und blutbildende Organe
C	Kardiovaskuläres System
D	Dermatika
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
M	Muskel- und Skelettsystem
N	Nervensystem
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien
R	Respirationstrakt
S	Sinnesorgane
V	Verschiedene
X	Ohne ATC-Angabe

Methodische Hinweise

Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (■) Qualitätssicherung in diesem Kapitel) die Leistungs- und zugehörigen Versicherten- daten von 79,6% der BKK Versicherten und damit 13,3% aller GKV-Versicherten einbezogen werden.

Versichertendaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen hauptsächlich aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und für die notwendigen Versichertenmerkmale die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet. Bei etwaigen Datenlücken in den Versichertenzeiten (eventuell durch fehlende Quartalslieferungen oder durch Fusionen von Kassen hervorgerufen) werden die Versichertendaten aus der amtlichen Mitgliederstatistik als Vergleichs- und Gewichtungsgrundlage verwendet.

Arbeitsunfähigkeitsdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der quartalsweisen Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8). Im Report werden zusätzlich zu den Ergebnissen 2013 auch die Krankenstand-Entwicklungen der Monate Januar bis April 2014 dargestellt. Diese Daten basieren auf einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Für diese Erhebung melden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen für ca. vier Millionen erwerbstätige BKK Mitglieder jeweils die im Vormonat angefallenen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese Daten werden dann zeitnah nach verschiedenen Merkmalen wie Branchen, Berufen, Regionen sowie Alter und Geschlecht ausgewertet und liefern damit sehr aktuelle monatsdurchschnittliche Krankenstände, die schon frühzeitig Trends im Krankheitsgeschehen erkennen lassen.

Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Analog werden die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Kassen-ärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistik der GKV
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit
- Aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Die entsprechenden Quellen werden im Folgenden an den einschlägigen Stellen erwähnt und näher erläutert.

Methodik

Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den Gesundheitsreport 2014 werden alle im Jahr 2013 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2013 ermittelten Versichertendaten verbunden.

- Die Versichertendaten werden aus den im Versichertenkurzsatz angegebenen Versichertenzeiträumen ermittelt und bilden für jeden Versicherten die Versichertenzeiten für das betrachtete Datenjahr, differenziert nach unterschiedlichen Versichertenmerkmalen wie z.B. Versichertengruppe, Wohnort oder Branchenzugehörigkeit ab.
- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2013, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) im Untersuchungszeitraum. Die Falldauer wird über den im Leistungsfall angegebenen Zeitraum zwischen AU-Beginn und AU-Ende ermittelt. Dabei wird die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt, d.h., die Meldefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Krankengeldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist einschränkend zu erwähnen, dass Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen nur teilweise enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit in den Leistungsdaten dokumentiert werden.
- Bei den Arzneimitteldaten werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln –(keine Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2013 gelegen hat. Aus-

geschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen und Arzneimittel, die aufgrund von Arbeitsunfällen verordnet worden sind (aufgrund der Kostenübernahme durch die Unfallversicherung).

- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2013 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein.

Qualitätssicherung/Datenbereinigung und Datengewichtung

Bevor die Daten für die Auswertungen und damit zur Erstellung der Tabellen, Diagramme und Zahlen im Gesundheitsreport 2014 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls Datennacherhebung und Datenbereinigung.

- Für alle teilnehmenden Kassen wird geprüft, ob die Leistungs- und die Versichertendaten im erwarteten Umfang (Vergleich zum Vorjahr und Relation der Leistungsfälle zu den entsprechenden Versichertenzeiten) vorliegen. Im Falle unvollständiger oder unplausibler Daten werden Nachlieferungen veranlasst. Sind auch die Nachlieferungen unvollständig oder unplausibel, so werden diese Kassendaten aus allen Datenbeständen komplett oder gegebenenfalls für die entsprechenden Zeiträume ausgeschlossen.
- Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und bereinigt (fusionsbedingte Doppellieferungen werden ausgeschlossen).
- In den Arbeitsunfähigkeitsdaten werden nur Sätze berücksichtigt, deren Diagnosen laut dem systematischen Verzeichnis der ICD-10 GM (DIMDI) zur Verschlüsselung zugelassen sind.
- Langzeitfälle mit einer AU-Dauer von mehr als 600 Kalendertagen werden ausgeschlossen. Hierunter fallen seltene AU-Fälle, die über den grundsätzlich maximalen Anspruch auf Krankengeld für 78 Wochen hinausgehen.
- Die Versichertenzeiten werden nach Versichertengruppen an der amtlichen Statistik gewichtet, um eventuell unvollständig erfasste Zeiträume auszugleichen. Hierfür werden die Versichertenzahlen kassen- und versichertengruppenspezifisch mit denen der amtlichen Statistik ins Verhältnis gesetzt. Der daraus resultierende Faktor dient als Gewichtungsfaktor zur Ermittlung der gewichteten Versichertenzeit.

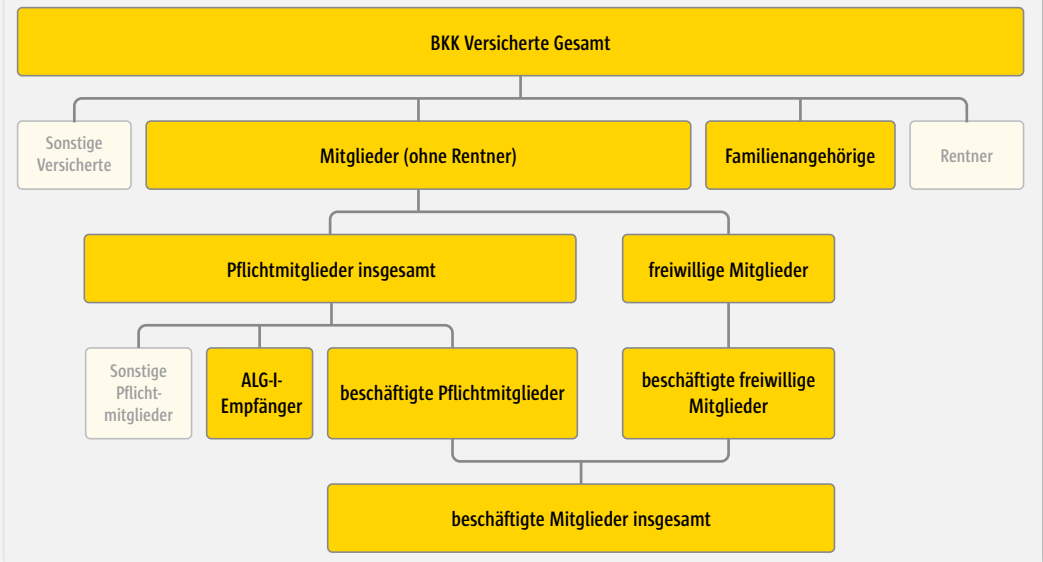
Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Für den Gesundheitsreport werden die vorliegenden Leistungs- und Versichertendaten nach verschiede-

nen Darstellungsmerkmalen wie z. B. Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Bundesland, aber auch nach arbeitgeberbezogenen Merkmalen wie Branche oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Die Diagnosen liegen nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM (s. aktuelles Klassifikationsverzeichnis des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, [III](#) Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach dem ICD-10 GM 2013 Schlüssel) verschlüsselt vor. Die Zusammenfassung der Diagnosen erfolgt entsprechend der ICD-10 GM nach Kapitel und Gruppen, gelegentlich werden auch Einzeldiagnosen dargestellt.
- Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet worden sind, ist in den entsprechenden Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. [III](#) Abbildung 1 zeigt die betrachteten Versichertengruppen:
- Für die regionale Gliederung der Daten wurde der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes) genutzt.
- Die berufsbezogenen Informationen ergeben sich aus den im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleiteten Tätigkeitsschlüsseln. Bis Dezember 2011 wurde dieser Tätigkeitsschlüssel einheitlich, fünfstellig übermittelt. 2010 ist von der Bundesagentur für Arbeit eine neue, differenziertere Klassifikation der Berufe eingeführt worden (KldB 2010), die in den Tätigkeitsschlüssel des DEÜV-Meldeverfahrens seit Dezember 2011 übernommen wurde. Der neue Schlüssel ist damit von fünf auf neun Stellen erweitert worden. In den Leistungs- und in den Versichertendaten 2013 sind teilweise fünfstellig, teilweise aber auch neue neunstellige Tätigkeitsschlüssel vorhanden. Diese Tatsache hat zu erheblichen Softwareproblemen bei der diesjährigen Datenerhebung geführt, sodass die berufsbezogenen Informationen nicht durchgehend fehlerfrei in den Datenbeständen 2013 vorliegen. Auch aufwendige Nacherhebungs- und Korrekturmaßnahmen konnten nicht zu einer vollständigen Bereinigung der Datenbestände in Bezug auf die Berufscodierung beitragen, sodass für diesen

Abbildung 1 Übersicht über die betrachteten Versichertengruppen



Bericht auf eine Ergebniszusammenfassung nach Berufsgruppen komplett verzichtet werden muss.

- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Branche und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten der Bundesagentur für Arbeit zurückgegriffen. Der Einteilung der Branchen/Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zugrunde. Die Klassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ 2003 systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreporten vergleichbar sind. Für die Auswertung im BKK Gesundheitsreport wurde eine angepasste Kategorisierung der Wirtschaftsgruppen verwendet. Diese orientiert sich an den Wirtschaftsgruppen, die im BKK System besonders bzw. weniger prominent vertreten sind. Ausgangsbasis sind die zweistelligen Kodierungen der Abteilungen in WZ 2008. Die entsprechenden Zweisteller sowie deren Neugruppierung für den BKK Gesundheitsreport sind in **»** Tabelle A.6 im Anhang unter der Spalte „Schlüssel“ abgebildet.

Bei den ermittelten Kenngrößen ist Folgendes anzumerken:

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets

um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (220 dividiert durch 365) bestimmt werden (pro Kalenderjahr werden 220 Arbeitstage gerechnet).

- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr 2013 dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert: $\times 100$). Die monatlichen Krankenstände werden analog ermittelt.
- Die Kenngrößen AU-Fälle oder AU-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-Häufigkeit und die AU-Dauer pro Versichertenjahr.
- In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Die Standardisierung dient dazu, dass Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechterverteilungen abbilden zu können. Hierbei wird das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) bzw. für arbeitsweltbezogene Auswertungen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2013 in

Deutschland als Standardpopulation genutzt. Die entsprechenden Kenngrößen werden also so berechnet, als entspräche die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Mitglieder der Verteilung bei den GKV-Versicherten insgesamt. Damit wird der Einfluss eines ungleichen Bevölkerungsaufbaus rechnerisch korrigiert und Unter-

schiede im AU-Geschehen, die nicht allein aus einer anderen Altersstruktur oder Geschlechterzusammensetzung resultieren, lassen sich feststellen. Die Standardisierung bewirkt die Vergleichbarkeit der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

Vorwort

Wo ist man in Deutschland am gesündesten – in Saßnitz auf Rügen oder in Konstanz am Bodensee? Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Wohnort und dem Auftreten bestimmter Erkrankungen? Wo werden die meisten Medikamente verordnet, wo wird am häufigsten ein Arzt konsultiert? Diesen und weiteren Fragen widmet sich das Schwerpunktthema „Gesundheit in Regionen“ im diesjährigen BKK Gesundheitsreport.

Die Aktualität und Brisanz des Themas zeigt sich an vielen Beispielen. So wurden kürzlich von der OECD und der Bertelsmann-Stiftung zwei Studien veröffentlicht, die sich mit regionalen Unterschieden bei der Häufigkeit verschiedener Operationen beschäftigen. Es werden z. B. in einigen Städten und Landkreisen bis zu achtmal mehr Personen an den Mandeln operiert oder dreimal häufiger künstliche Kniegelenke implantiert. Rein medizinisch – so die Forscher – sind diese Unterschiede nicht erklärbar und gelten als Hinweis für eine regionale Über- bzw. Fehlversorgung. Auch im Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ findet das Thema Beachtung. Insbesondere die viel diskutierte Landarztproblematik wird hier angesprochen, die auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums hohe Priorität hat. Neben der Unterversorgung auf dem Land wird gleichzeitig auch ein Abbau der Über- bzw. Fehlversorgung in den Ballungszentren und Großstädten thematisiert. Ob aber der geforderte Leistungszuschlag zu mehr Landärzten führt, bleibt angesichts aktueller Umfragen unter den Medizinstudierenden fraglich. Delegationsmodelle für ärztliche Leistungen, die schon in verschiedenen unterversorgten Gebieten erfolgreich erprobt wurden, können hier eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Auch über Wege, ärztliche Leistungen durch andere Gesundheitsberufe zu erbringen, sollte in diesem Kontext pragmatisch diskutiert werden. Das geplante Versorgungsstärkungsgesetz und der Innovationsfonds zur Erprobung neuer kreativer Ansätze für sektorenübergreifende Versorgungsformen können diesbezüglich eine gute Ausgangsbasis sein.

Bei den Betrachtungen der BKK Versicherten zeigt sich, dass der Wohnort und der Gesundheitszustand eng miteinander verwoben sind. Deutlich wird, dass nicht allein der Wohnort, sondern die vor Ort vorhandenen Versorgungsstrukturen, die Demografie, die Erwerbssituation u. v. m. im Zusammen-

hang mit regionalen Disparitäten stehen. So zeigt sich bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundeslandvergleich ein deutliches Ost-West-Gefälle. Für eine bedarfsgerechte Versorgung braucht es jedoch kleinräumigere Betrachtungen, die ein differenziertes Bild des Krankheitsgeschehens und der medizinischen Versorgung wiedergeben. Auf Landkreisebene zeigt sich innerhalb der Bundesländer für die Fehlzeiten ein heterogenes Bild, welches über die reinen Ost-West-Unterschiede hinausgeht. Ausführliche Analysen zu den Bereichen ambulante ärztliche Versorgung, Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und Arzneimittelversorgung sowie mögliche Erklärungsansätze für die gefundenen regionalen Unterschiede finden Sie auf den folgenden Seiten des Reports.

Auch in diesem Jahr konnten wir für die Erstellung des BKK Gesundheitsreports zahlreiche renommierte Autorinnen und Autoren aus Praxis, Politik und Wissenschaft gewinnen, die mit profunden Beiträgen zum diesjährigen Schwerpunktthema beitragen. Der inhaltliche Bogen spannt sich dabei von der Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung bis hin zu den demografischen Herausforderungen für den Pflegebereich. Die Beiträge beschreiben nicht nur den Status quo, sondern geben zudem Impulse für Weiterentwicklungen und Lösungsansätze, die zu einer konstruktiven Diskussion anregen sollen und dabei nicht immer uneingeschränkt der Auffassung des BKK Systems entsprechen müssen.

Das Zusammenspiel zwischen den Kerndaten des BKK Gesundheitsreports und der Expertise unserer Gastautoren bietet eine fundierte Ausgangsbasis für die weitere Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems. Zudem lassen sich mithilfe der regionalbasierten Betrachtung u. a. im Bereich der Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gezielter Maßnahmen für die zahlreichen Trägerunternehmen der Betriebskrankenkassen planen und durchführen. Diese Erkenntnisse sollten auch in das im kommenden Jahr geplante Präventionsgesetz einfließen.

Nicht zuletzt erwähnen möchte ich an dieser Stelle zwei wichtige Neuerungen. Zum einen konnten wir mit Herrn Prof. Dr. Holger Pfaff von der Universität Köln einen renommierten Versorgungs- und Gesundheitssystemforscher gewinnen, der den BKK Gesundheitsreport in diesem und auch in den kommenden Jahren mit seiner Expertise bereichern wird. Zum anderen betrifft dies die offensichtlichste Neuerung: Der BKK Gesundheitsreport erscheint erstmalig im klassischen Buchformat. Unterstüt-

zung erhalten wir hierbei von Herrn Dr. Thomas Hopfe von der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft aus Berlin, der uns als erfahrener Verleger in den kommenden Jahren begleiten wird.

Abschließend möchte ich allen einen Dank aussprechen, die am Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2014 mitgewirkt haben. Neben den schon genannten zahlreichen Autoren der diesjährigen Gastbeiträge und allen weiteren Akteuren gilt mein besonderer Dank dem Team der Gesundheitsberichterstattung des BKK Dachverbandes Frau Karin Klinner, Frau Susanne Wilhelmi und Herrn Dirk Ren-

nert, die einen wesentlichen Anteil am Gelingen des diesjährigen Reports haben.

Ich wünsche Ihnen ein anregendes Leseerlebnis!



Franz Knieps
Vorstand
BKK Dachverband e.V.

Regionale Versorgungsungleichheit: ein konzeptioneller Überblick

Holger Pfaff und Nadine Scholten

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR),
Universität zu Köln

Einleitung

Regionale Unterschiede im Gesundheitssystem sind international und vor allem in den USA [1–3] seit längerer Zeit Gegenstand der Versorgungsforschung. In Deutschland ist das Thema erst in jüngster Zeit zu einem Top-Thema geworden. Dies liegt unter anderem daran, dass die Versorgungsforschung in Deutschland im Vergleich zu den USA jünger ist [4], die notwendigen Datenquellen erst zunehmend zugänglich sind und das Thema durch eklatante regionale Unter- und Überversorgungen [5] an politischer Relevanz gewinnt. Es wird der Bevölkerung und der Politik zunehmend bewusst, dass es für die eigene Gesundheit darauf ankommt, wo man geboren ist, aufwächst, arbeitet und seinen Lebensabend verbringt. Das Ideal der gleichwertigen Lebensverhältnisse und gleichen Gesundheitschancen ist zunehmend weniger aufrechtzuerhalten. Politisch ist dies besonders deshalb brisant, weil im Grundgesetz (Art. 72, Absatz 2) dieses Ideal indirekt verankert ist. Im Folgenden soll ein Überblick über ein theoretisches Konzept zur Erklärung der regionalen Versorgungsungleichheit gegeben werden. Dazu wird der Begriff präzisiert, die Messung der Ungleichheit thematisiert, markante Über- und Unterversorgungen exemplarisch deutlich gemacht, mögliche Einflussfaktoren vorgestellt, die Folgen der Ungleichheit diskutiert und mögliche Maßnahmen zur Vermeidung der regionalen Ungleichheit präsentiert.

Begriff und Konzept der regionalen Versorgungsungleichheit

Das im Folgenden näher beschriebene theoretische Modell der regionalen Versorgungsungleichheit ist multi-dimensional. Unter regionaler Versorgungsungleichheit verstehen wir jede Form der Abweichung in der Gesundheits- und Krankenversorgung zwischen den Regionen eines Staates oder eines Staatenverbundes. Konkret ist regionale Versorgungsungleichheit gegeben, wenn es einen Unterschied hinsichtlich des Versorgungsinputs, -throughputs, -outputs und/oder -outcomes zwischen verschiedenen Regionen gibt.

Ausgangspunkt dieser Betrachtung ist das Throughput-Modell der Versorgungsforschung [6, 7]. Nach diesem systemtheoretischen Modell unterscheiden wir den Input, den Throughput, den Output und den Outcome eines Versorgungssystems (»»» Abbildung 1). Versorgungsinput sind die Ressourcen, welche in das Versorgungssystem eingehen (z.B. Personal, Infrastruktur, Finanzen), und die Patienten, die das Gesundheitssystem nutzen. Unter Versorgungsthroughput verstehen wir die konkrete Versorgung im Rahmen der Versorgungsstrukturen und -prozesse. Der Begriff des Versorgungsoutputs wird von uns definiert als die erbrachte Versorgungsleistung des Gesundheitsdienstleisters (z.B. gestellte Diagnose, durchgeführte Therapie, durchgeführte Operation). Sie steht am Ende des Versorgungs-

Abbildung 1 Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems [6]



prozesses und schließt diesen Prozess ab. Entsprechend des Throughput-Modells sind unter dem Begriff Versorgungsergebnis die erwünschten oder unerwünschten Folgen der erbrachten Versorgungsleistung zu verstehen. Zu den erwünschten Folgen zählen z.B. die Wiederaufnahme der Arbeit oder die Verlängerung der Lebenserwartung. Unerwünschte Folgen sind z.B. bleibende Behinderung durch Behandlungsfehler.

Innerhalb des Konzepts der regionalen Versorgungsungleichheit unterscheiden wir daher folgende Formen der regionalen Ungleichheit hinsichtlich des

1. Versorgungsinputs: z.B. regionale Unterschiede hinsichtlich Finanzierung, Personal, Infrastruktur, Zugangsmöglichkeiten und Inanspruchnahme
2. Versorgungsthroughputs: z.B. regionale Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsangebote, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse
3. Versorgungsergebnisse: z.B. regionale Unterschiede hinsichtlich der Quantität und Qualität der erbrachten Versorgungsleistungen
4. Versorgungsergebnisse: z.B. regionale Unterschiede hinsichtlich Morbidität, Mortalität, Reintegration, Inklusion und patientenberichteter Endpunkte.

Messung

Die Messung des Konstrukts der regionalen Versorgungsungleichheit ist – auch angesichts der vielen Unterformen der regionalen Ungleichheit – eine nicht triviale Angelegenheit. Die Messung des Konstrukts muss die Kriterien Objektivität, Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) erfüllen. Die Erfüllung dieser Kriterien kann bei Daten zur Messung der regionalen Ungleichheit der Versorgung nicht immer vorausgesetzt werden, da es sich bei diesen Daten häufig um Sekundärdaten handelt [8]. Sekundärdaten sind Daten, die nicht im Hinblick auf die Untersuchungsfrage erhoben wurden, sondern zu anderen Zwecken (z.B. Abrechnung der ärztlichen Leistung). Durch den anders gearteten Erhebungszweck können die Daten nicht immer alle wissenschaftlichen Qualitätskriterien erfüllen. Daher ist es oft notwendig, die Qualität der Daten – z.B. im Sinne der Hebung der Konsistenz der Daten – nachträglich zu überprüfen [9]. Die in der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse [10] festgelegten Kriterien für eine gute Sekundärdatenanalyse sind einzuhalten und ihr Gebrauch zu berichten. Eine Besonderheit

bei der Erfassung der regionalen Versorgungsungleichheit ist die oft gegebene Notwendigkeit, verschiedenartige Datenquellen nutzen zu müssen [8].

Regionale Versorgungsungleichheit: exemplarische Beispiele

Die regionale Ungleichheit im Gesundheitssystem ist je nach Land und Indikation sehr stark ausgeprägt. Hier ist nicht der Platz, um auf die internationale Situation eingehen zu können. Wie jedoch der BKK Gesundheitsreport 2014 eindrucksvoll demonstriert, gibt es auch in Deutschland in vielerlei Hinsicht regionale Unterschiede und Ungleichheiten im Gesundheitssystem.

Untersuchungen zeigen z.B., dass es bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Deutschland erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern gibt, so bei den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (s. Beitrag von Stegmann/Bestmann, **III** Schwerpunkt Wissenschaft). Beim Versorgungsangebot gibt es in Deutschland ebenfalls Diskrepanzen. Zu sehen sind diese Unterschiede sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen Stadt und Land wie z.B. beim Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen (s. Beiträge von Erdweg/Thormählen, **III** Schwerpunkt Praxis, und von Richter, **III** Schwerpunkt Politik). Die Arztdichte ist eine Kennzahl für das vorhandene Versorgungsangebot. Hier finden sich große Unterschiede zwischen Stadt und Land und/oder zwischen den Bundesländern (s. Beiträge von Schwenk, **III** Schwerpunkt Wissenschaft, und von Berling, **III** Schwerpunkt Praxis).

Beim Versorgungsergebnis unterscheiden wir die Dimension der Versorgungsquantität von der Dimension der Versorgungsqualität. Hinsichtlich der Versorgungsquantität lassen sich große Unterschiede zwischen den Regionen nachweisen [11]. Sie können ihren Grund in einer höheren regionalen Krankheitslast haben [12] oder aber versorgungs- und professionspolitisch bedingt sein. Unterschiede in diesem Punkt werfen – falls die regionale Fallschwere und die Krankheitslast mit berücksichtigt wurden – die Frage auf, ob es innerhalb der Ärzteschaft eventuell unterschiedliche Kriterien für Behandlungsbedarf, einen Mangel an wissenschaftlicher Evidenz und/oder einen zu großen Spielraum bei der Therapiewahl gibt [13]. Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen den Regionen objektiv und zweifelsfrei zu messen, ist schwierig. Auf dieses Problem macht z.B. die Literatur zum Thema „pay for performance“

aufmerksam [14, 15]. Die vorhandenen Untersuchungen zur Versorgungsqualität zeigen, dass auch auf dieser Ebene des Outputs ungleiche Verhältnisse zwischen Regionen herrschen können [16, 17].

Ein erhebliches ethisches Problem stellen die vorzufindenden Unterschiede in den Versorgungsergebnissen (Versorgungsergebnissen) dar. Dies zeigt sich z.B. im internationalen Vergleich der Lebenserwartungen einzelner Länder [18, 19], wie auch innerhalb von Deutschland [20]. Selbst auf regionaler Ebene können Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede festgestellt werden [21, 22]. Wie noch im **III** Kapitel Determinanten zu zeigen sein wird, sind regionale Unterschiede bei den Versorgungsergebnissen nicht zwingend auf die Versorgung zurückzuführen. So wissen wir, dass der Anstieg der Lebenserwartung nur zum Teil einer besseren Versorgung geschuldet ist [23]. Morbidität und Mortalität sind multikausal verursachte kollektive Phänomene und daher nur bedingt der Qualität des Versorgungssystems zuzurechnen. Bei den patientenbezogenen Endpunkten (z.B. patient reported outcomes: PRO) – einem anderen Versorgungsergebnis – ergibt sich ein etwas anderes Bild. Größtenteils haben wir es hier mit Ergebnissen zu tun, die dem Versorgungssystem zugerechnet werden können (z.B. Patientenerfahrungen, Patientenzufriedenheit). Die PRO-Forschung und damit

auch die Erforschung der regionalen Versorgungsungleichheit in Bezug auf die patientenberichteten Endpunkte stehen allerdings noch am Anfang.

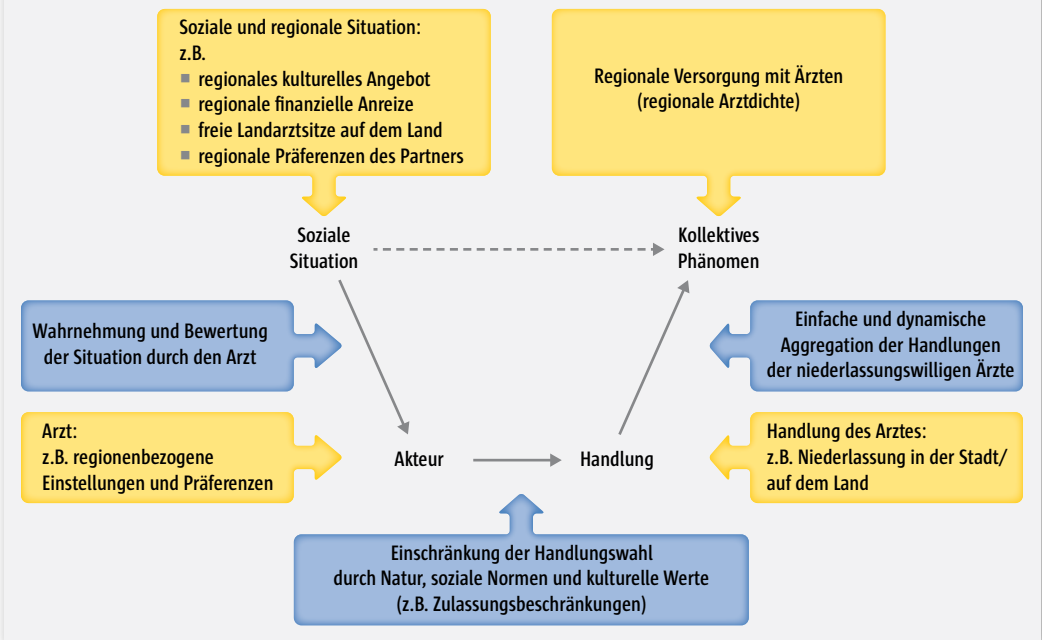
Determinanten regionaler Versorgungsungleichheit

Wenn man das Problem der regionalen Ungleichheit im Gesundheitssystem lösen will, muss man die Ursachen des Problems kennen. Hierzu wird ein Modell der regionalen Versorgungsungleichheit benötigt, welches das Problem zu erfassen versucht und mögliche Ursachencluster identifiziert. Die regionale Ungleichheit von Inanspruchnahme und Versorgung ist ein kollektives Phänomen, weshalb wir in diesem Überblick das Modell von Coleman zur Erklärung kollektiver Phänomene nutzen [24], um regionale Versorgungsungleichheit zu erklären.

Ein handlungstheoretisches Modell der regionalen Versorgungsungleichheit

Nach dem hier vorzustellenden handlungstheoretischen Modell regionaler Versorgungsungleichheit lassen sich kollektive Phänomene der Versorgung durch Handlungen konkreter Akteure – z.B. Arzt oder Patient – erklären. Zur Erklärung der Arztdichte steht der Arzt in **III** Abbildung 2 als Akteur im Mittel-

Abbildung 2 Handlungstheoretisches Modell regionaler Arztdichte



punkt. Die Arztdichte wird als Ergebnis der Einzelentscheidungen von Ärzten gesehen, sich in einer Region niederzulassen oder nicht. Diese Einzelentscheidungen können unabhängig voneinander fallen oder in einem Zusammenhang stehen (wenn z.B. die Entscheidung mehrerer Freunde, eine Landarztpraxis aufzumachen, dazu führt, dass auch andere aus dem Freundeskreis dies tun wollen). Diese Entscheidung selbst wiederum kann durch natürliche, kulturelle oder gesellschaftliche Restriktionen eingegrenzt werden. Eine gesellschaftliche Restriktion in diesem Zusammenhang ist z.B. die Zulassungsbeschränkung. Bei der Entscheidung für oder gegen eine Handlung fließen die Einstellungen, Präferenzen und sonstigen persönlichen Haltungen des Akteurs ein, wobei er die soziale Situation wahrnimmt und in Bezug auf seine eigenen Einstellungen und Haltungen bewertet.

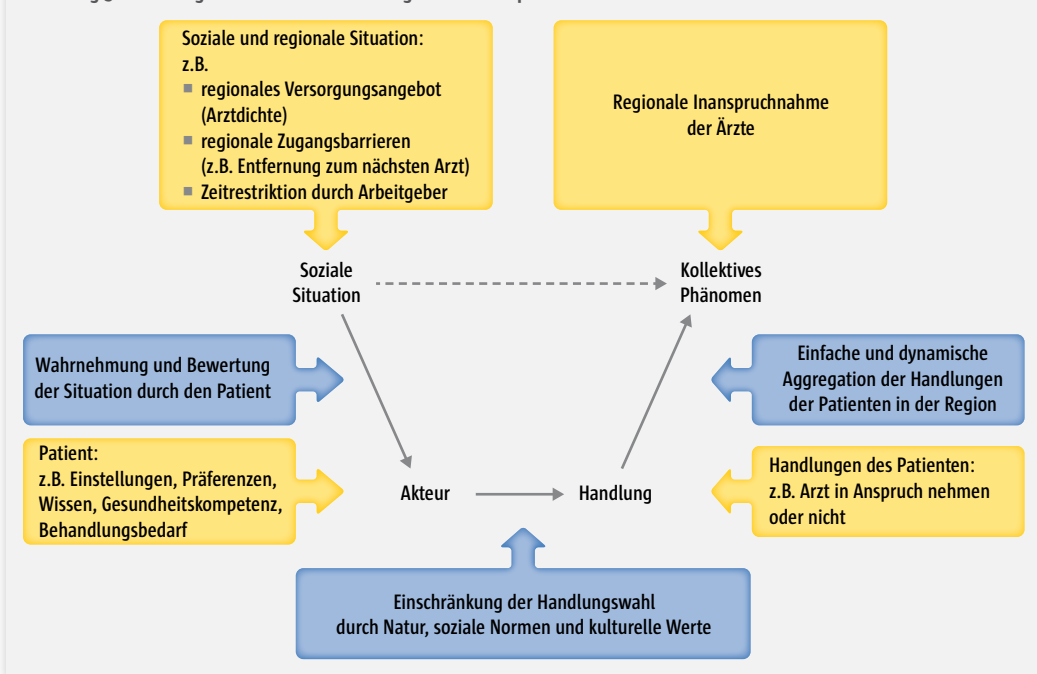
Ähnlich kann das kollektive Phänomen der regionalen Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen konzipiert werden (»»» Abbildung 3). Die Inanspruchnahme der Ärzte einer Region ist danach von der Einzelentscheidung jedes einzelnen Bürgers abhängig, zum Arzt zu gehen, wenn er sich krank fühlt. Der vorhandene Raum an Handlungsmöglichkeiten (Optionen: z.B. Arzt aufsuchen, Homöopath aufsuchen,

Rat der Verwandten einholen, Abwarten), aus dem der Patient eine Handlung auswählt, wird ebenfalls durch natürliche, kulturelle und/oder soziale Restriktionen eingeschränkt. Ob ein konkreter Arzt in Anspruch genommen wird, hängt z.B. davon ab, inwieweit die soziale Situation die Inanspruchnahme erlaubt (Finanzierung) und ermöglicht (Zugangsbarrieren) und inwieweit diese soziale Situation den individuellen Bedürfnissen des Patienten entgegenkommt und ein subjektiver Behandlungsbedarf gegeben ist.

Nach dem handlungstheoretischen Modell der Erklärung kollektiver Phänomene sind die wichtigsten Determinanten der regionalen Versorgung

- die soziale Situation,
- die Wahrnehmung und Bewertung der sozialen Situation durch die Akteure,
- die individuellen Bedürfnisse und Wissensbestände der Akteure,
- der Möglichkeitsraum der Handlungen (Was ist alles möglich und erlaubt?),
- die Entscheidung selbst und
- die Form der Aggregation der Einzelhandlungen (einfache additive Aggregation oder komplexe Aggregation z.B. in Form von Rückkoppelungsprozessen).

Abbildung 3 Handlungstheoretisches Modell regionaler Inanspruchnahme



Konkrete Determinanten der regionalen Versorgungsungleichheit

Nach Donabedian steuert der Patient die Arztsuche [25] und kann daher als Ausgangspunkt der handlungstheoretischen Betrachtung regionaler Versorgungsungleichheit dienen. Ausgehend von dem vorgestellten handlungstheoretischen Modell regionaler Versorgungsungleichheit gibt es daher zwei Hauptdeterminanten der regionalen Ungleichheit: Patient und Umwelt.

Der **Patient** selbst kann in mehrfacher Hinsicht ein Einflussfaktor für das regionale Geschehen sein. Systematisch zu unterscheiden sind beim Patienten interne und externe Faktoren sowie stabile und variable Faktoren. Zu den internen stabilen Faktoren zählen z.B. die Persönlichkeit, die Sozialisation des Patienten, der Grad der Aversion gegen Arztbesuche und die generellen Ansprüche und Erwartungen an das Medizinsystem. Zu den internen variablen Faktoren zählen dagegen die konkrete Schwere der Krankheit (Behandlungsbedarf durch individuelle Krankheitslast), das Krankheitsgefühl und die momentane Stimmung.

Zu den wichtigsten externen stabilen Faktoren gehören z.B. das soziale Netzwerk des Patienten (Laienhilfesystem – z.B. Freunde, Verwandte und Bekannte), der Arbeits- und Gesundheitsschutz des Arbeitsgebers und die externen Ressourcen des Patienten wie z.B. Verfügbarkeit eines Autos, Finanzen und zeitliche Autonomie.

Bei dem Faktor **Umwelt** geht es um die versorgungsbezogene Umwelt des Patienten. Einfluss auf die konkrete Versorgung haben hier z.B.

- die Quantität und Qualität des Versorgungsangebots,
- die Einfachheit des Zugangs zum Versorgungsangebot,
- die Möglichkeiten des alternativen Zugangs zu Hilfsangeboten (Laienhilfe, alternative Therapiemöglichkeiten),
- die Professionen und ihre Anreizstrukturen und Sozialisationsformen (finanzielle Anreize, Arztrolle),
- professionspolitische Vorgaben (z.B. im Sinne von professionellen Leitlinien),
- die Dynamik der Arzt-Patient-Interaktion, insbesondere die Dynamik des Aushandlungsprozesses zwischen Arzt und Patient (z.B. Wie weit kommt der Arzt den Wünschen des Patienten entgegen?) und
- die Möglichkeit der Professionellen (z.B. der Ärzte) und der Institutionen, sich mit anderen Professionen und Institutionen zu vergleichen und

von Peers zu lernen (z.B. im Rahmen eines Benchmarkings).

Folgen regionaler Versorgungsungleichheit

Die regionale Versorgungsungleichheit im Gesundheitssystem kann schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Wir unterscheiden vier Typen von Folgen:

1. gesundheitliche,
2. ökonomische,
3. ethisch-rechtliche sowie
4. soziale Folgen.

Zu den schwerwiegendsten Folgen der regionalen Ungleichheit im Gesundheitssystem zählen die **gesundheitlichen Folgen** für ganze Regionen. Unterversorgte Regionen haben – bei gleicher Ausgangslage hinsichtlich der Krankheitslast – im ungünstigen Fall eine geringere Lebenserwartung und eine höhere Morbidität aufzuweisen als gut versorgte und übersorgte Regionen. Am deutlichsten wird dies dort, wo es bei der Versorgung „auf Minuten“ ankommt wie bei der Schlaganfallversorgung. Hier gibt es in Deutschland immer noch – trotz insgesamt guter Versorgung – erhebliche Versorgungslücken [26].

Die **ökonomischen Folgen** regionaler Versorgungsungleichheit sind ebenfalls bei der Folgenabschätzung zu beachten. Schlecht versorgte Regionen dürften aufgrund der skizzierten gesundheitlichen Folgen eine höhere Krankheitslast aufweisen als gut versorgte Regionen. Dies erhöht nicht nur die regionalen Kosten für die Krankenkassen, sondern unter Umständen auch die Anzahl der regionalen Fehlzeiten in den Betrieben und die Anzahl der Frühberentungen in der Region.

Einen weiteren wichtigen Bereich stellen die **ethischen und rechtlichen Folgeprobleme** regionaler Versorgungsungleichheit dar. Ist es ethisch zu verantworten, dass es Regionen gibt, in denen die Chance, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bekommen, geringer ist als in anderen Regionen? Ein konkretes rechtliches Problem ist gegeben, wenn man die Forderung des Grundgesetzes nach Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland betrachtet (§ 72, Absatz 2, Grundgesetz). Regionale Versorgungsungleichheiten, zumindest auf dem Gebiet des Versorgungsangebots und des Versorgungszugangs, sind mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Aus diesem Grund müssen – entsprechend des § 70 Abs. 1 SGB V – die Krankenkassen und Leistungserbringer für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, am aktuellen Stand der medizinischen

Kenntnis ausgerichtete Versorgung Verantwortung tragen.

Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung können soziale Segregationen verstärken, indem besser gebildete, verdienende und in der Regel auch gesündere Personen in Regionen mit einer größeren Versorgungsdichte abwandern. Zurück bleiben dann schlechter qualifizierte und gesundheitlich stärker belastete Personengruppen. Die mit der sozialen Segregation einhergehende wirtschaftliche Segregation beeinflusst wiederum die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Soziale und gesundheitliche regionale Unterschiede verstärken sich damit über die Zeit und werden auf Dauer zementiert [27, 28].

Maßnahmen zur Abmilderung regionaler Versorgungsungleichheit

Maßnahmen zur Verringerung regionaler Versorgungsungleichheit müssen in erster Linie an den Grundursachen der Ungleichheit ansetzen. Dies sind in der Regel Elemente des Versorgungsinputs (z.B. Patienten, Profession, Rahmenbedingungen) und des Versorgungsthroughputs (z.B. Versorgungsangebot), weil diese den Output und den Outcome mitbedingen. Wir unterscheiden Maßnahmen, die am Patienten, am Versorgungsangebot, an der Profession und an den Rahmenbedingungen ansetzen.

Zu den **patientenbezogenen Maßnahmen** gehören Maßnahmen, die die Selbstmanagementfähigkeiten des Einzelnen fördern [29]. Der wichtigste Baustein hierfür ist die Anhebung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen (Health literacy) [30]. Ein weiterer Punkt ist die Steuerung der Ansprüche und Erwartungen der Patienten. Hier ist als Maßnahme ein gezieltes Erwartungsmanagement zu empfehlen. Unter Erwartungsmanagement verstehen wir die systematische Beeinflussung und Steuerung der Erwartungen des Patienten. In Regionen mit patienteninduzierter Überversorgung sollte es z.B. das Ziel sein, die Erwartungen der Patienten an eine Vollversorgung auf ein realisierbares Niveau zu reduzieren. Prinzipiell ist es nötig, den Patient an der Therapie mitwirken zu lassen, damit er im Sinne der Ko-Produktion zum Gelingen der Behandlung seinen Beitrag leistet und sich zum mitdenkenden Ko-Manager entwickelt [31].

Versorgungsbezogene Maßnahmen setzen unter anderem am Versorgungsangebot an. Im Falle einer Überversorgung geht es z.B. darum, das Angebot zu begrenzen. Zu beachten ist dabei das Say'sche

Theorem – Angebot schafft Nachfrage. Das Aufstellen von Zulassungsbeschränkungen für die Niederlassung der Ärzte in bestimmten Regionen ist wie die bewusste Verringerung der Krankenhäuser in überversorgten Regionen eine Handlung, die – neben anderen Gründen – das Theorem von Say berücksichtigt und durch Begrenzung des Angebots die Nachfrage zu vermindern versucht [32]. Im Falle von regionaler Unterversorgung kann es das Ziel sein, ab einem bestimmten Ausmaß an Unterversorgung Gegenmaßnahmen einzuleiten, die zu einer Verminderung der Unterversorgung führen können. Prinzipiell kann man Gegenmaßnahmen unterscheiden, die entweder äquivalent oder funktional-äquivalent sind. Bei äquivalenten Maßnahmen wird versucht, das Problem direkt zu beheben (z.B. Mangel an Ärzten durch Anwerbemaßnahmen beheben). Bei funktional-äquivalenten Maßnahmen wird ein Ersatz gesucht, der gleiche oder ähnliche Funktionen erfüllt (z.B. Ersatz des fehlenden Arztes durch entsprechend geschulte Gemeindefachkräften).

Professionsbezogene Maßnahmen sind vielfältig. Ein Ansatzpunkt ist, die berufliche Selektion und Sozialisation der Ärzte zu ändern. Zur Steigerung der Landarztichte ist es anzustreben, gezielt den Personen das Arztstudium zu ermöglichen, die auf dem Land tätig sein möchten. Ein anderer Ansatzpunkt ist, über die Professionen und professionelle Standards einheitlichere Vorgehensweisen bei der Diagnose, Indikationsstellung und Therapie anzustreben. Ziel wäre es, die regionale Varianz in diesen drei wichtigen Punkten zu minimieren. Diese professionellen Standards müssten permanent in der Ausführung überprüft und Gegenstand eines gegenseitigen Lernprozesses zwischen den Regionen werden. Dies könnte z.B. durch systematische Einführung von überregionalen Benchmarking-Workshops [33] oder durch die Methode des Peer Reviews [34] erreicht werden. Diese Formen des strukturierten gegenseitigen professionellen Lernens sind notwendig, da es sich beim ärztlichen Handeln häufig um ritualisierte Handlungsweisen handelt, die durch neues Wissen nicht ohne Weiteres geändert werden können [35].

Zu den **rahmenbezogenen Maßnahmen** zählen Maßnahmen, die z.B. an den finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen ansetzen. Es gilt als belegt, dass finanzielle Anreize je nach Ausgestaltung zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen können. So konnte gezeigt werden, dass das DRG-System dazu geführt hat, dass bestimmte Operationen häufiger erfolgen [36]. Die aktuelle Diskussion um pay for performance lenkt den Blick auf die Frage

nach den richtigen finanziellen Anreizen für die Versorgung. Auch rechtliche Rahmenbedingungen können zu einer Veränderung des Versorgungsverhaltens führen. Dies zeigt sich z. B. bei der mengenorientierten Versorgung. Bestimmte Operationen dürfen nur von Zentren bzw. Krankenhäusern durchgeführt werden, die bestimmte Mindestmengen pro Jahr erbringen. Es ist nicht ganz auszuschließen, dass dies in Einzelfällen dazu führen kann, dass mehr Operationen als nötig durchgeführt werden, um das gesetzliche Soll erfüllen zu können. Die Rahmenbedingungen können somit systematisch geändert werden, um Verhaltensänderungen zu erzielen. Haben wir es z. B. mit einer Unterversorgung mit Fachärzten zu tun, kann in einem marktwirtschaftlichen System der finanzielle Anreiz, sich in strukturschwachen Gebieten niederzulassen, erhöht werden. Ebenso kann es sinnvoll sein, bei einer Unterversorgung mit Krankenhausbetten über die Krankenhausbedarfsplanung einen Erhalt regionaler Krankenhauskapazitäten anzustreben [37].

Zusammenfassung

Diese Einleitung in den vorliegenden Gesundheitsbericht verfolgt den Zweck, einen Überblick über das Konzept der regionalen Versorgungsungleichheit zu geben. Die regionale Ungleichheit der Versorgung ist mehrdimensional und sowohl medizinisch als auch ethisch relevant. Hinsichtlich der Folgen regionaler Versorgungsungleichheit können gesundheitliche, ökonomische, ethische und soziale Folgen unterschieden werden. Diese Folgen können so schwerwiegend sein, dass man das Vorhandensein des Problems der regionalen Versorgungsungleichheit weder aus politischen noch aus ethischen Gründen akzeptieren kann. Daraus ergibt sich die Frage, wie man das Problem der regionalen Versorgungsungleichheit vermindern kann.

In diesem Zusammenhang ist es zentral, dass es nicht eine Ursache der Ungleichheit gibt, sondern mehrere. Strategien zur Behebung des Problems müssen daher auf mehreren Ebenen ansetzen.

Es wurden vier Strategien herausgearbeitet: Maßnahmen, die

1. am Patienten,
2. am Versorgungsangebot,
3. an der Profession oder
4. an den Rahmenbedingungen ansetzen.

Eine Verminderung der regionalen Versorgungsungleichheit im Gesundheitssystem kann nur gelingen, wenn über einen längeren Zeitraum an den unterschiedlichen Ursachen des Problems gleichzeitig angesetzt wird. Wir haben es hier mit einer Aufgabe zu tun, die Wissenschaft, Praxis und Politik gemeinsam vor große Herausforderungen stellt.

Literatur

1. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973; 182(4117): 1102–8
2. Fisher ES. The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003; 138(4): 288
3. Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Campbell WB, Wennberg JE. Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet* 2013; 382(9898): 1121–9
4. Pfaff H, Kaiser C. Aufgabenverständnis und Entwicklungsstand der Versorgungsforschung. Ein Vergleich zwischen den USA, Großbritannien, Australien und Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2006; 49(2): 111–9
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014
6. Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach K, Engelmann U, Halber M (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Huber 2003, S. 13–23
7. Pfaff H, Neugebauer EA, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg.). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung*. Stuttgart: Schattauer, 2011
8. Swart E, Stallmann C, Powietzka J, March S. Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten: Ein Zugewinn auch für die kleinstäumige Versorgungsforschung in Deutschland? *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2014; 57(2): 180–7
9. Hoffmann F, Andersohn F, Giersiepen K, Scharnetzky E, Garbe E. Validierung von Sekundärdaten. Grenzen und Möglichkeiten. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2008; 51(10): 1118–26
10. Swart E, Ihle P, Gothe H. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS). Die 2. Revision. *Gesundheitswesen* 2012; 74(08/09)
11. Schäfer T, Jeszenszky C, Günther KP, Malzahn J, Niethard F. Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hüft- und Knieendoprothesen. In: Klauber J (Hrsg.). *Schwerpunkt: Regionalität*. Stuttgart: Schattauer, 2012
12. Dröslers S, Knorr S, van de Sand L, Weyermann M. Regionale Unterschiede bei vermeidbaren Aufnahmen ins Krankenhaus – Untersuchung von Hypertonie und Herzinsuffizienz. *Dtsch med Wochenschr* 2012; 137: 03
13. Krome S. Wie entstehen regionale Unterschiede? *Gesundheitswesen* 2014; 76(1): 1

14. Amelung V. Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung? *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2013; 13(2): 7–15
15. Chung KC, Shauer M. Measuring quality in health care and its implications for pay-for-performance initiatives. *Hand Clin* 2009; 25(1): 71–81, vii
16. Hagen B, Altenhofen L, Kretschmann J, Weber A. Regionale Variation in der Versorgungsqualität von Typ 2-Diabetikern. Befunde aus dem Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 in der Region Nordrhein. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2012; 7 –P_1
17. Koller D, Hoffmann F, Maier W, Tholen K, Windt R, Glaeske G. Variation in antibiotic prescriptions: is area deprivation an explanation? Analysis of 1.2 million children in Germany. *Infection* 2013; 41(1): 121–7
18. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman A, Lopez AD, Murray C. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2144–62
19. Mackenbach JP, Looman CW. Life expectancy and national income in Europe, 1900–2008: an update of Preston’s analysis. *Int J Epidemiol* 2013; 42(4): 1100–10
20. Latzitis N, Sundmacher L, Busse R. Regionale Unterschiede der Lebenserwartung in Deutschland auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte und deren möglichen Determinanten. *Gesundheitswesen* 2011; 73(4): 217–28
21. Kuhn J, Wildner M, Zirngibl A. Regionale Sterblichkeitsunterschiede in Bayern. *Gesundheitswesen* 2006; 68: P24
22. Maier W, Fairburn J, Mielck A. Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines „Index Multipler Deprivation“ auf Gemeindeebene. *Gesundheitswesen* 2012; 74(7): 416–25
23. Walter U, Schwartz F. Gesundheit der Älteren und Potentiale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW (Hrsg.). *Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*, 2. Auflage. Jena, München: Urban & Fischer, 2003
24. Coleman JS. *Foundations of social theory*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press, 1994
25. Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical care* 1968; 6(3): 181–202
26. Scholten N, Pfaff H, Lehmann HC, Fink GR, Karbach U. Thrombolyse des akuten Schlaganfalls – Eine deutschlandweite Analyse der regionalen Versorgung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; 81(10): 579–85
27. Grossmann K, Haase A, Arndt T, Cortese C, Rumpel P, Rink D, Slach O, Tichá I, Violante A. How urban shrinkage impacts on patterns of socio-spatial segregation: The cases of Leipzig (Germany), Ostrava (Czech Republic), and Genoa (Italy). In: Yeakey CC, Thompson VS, Wells A (Hrsg.). *Urban ills: Twenty-first-century complexities of urban living in global contexts*. S. 241–267
28. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370(9593): 1153–63
29. Entwistle VA, Cribb A. *Enabling people to live well: Fresh thinking about collaborative approaches to care for people with long-term conditions*. London: The Health Foundation, 2013
30. Sørensen K, Van den Broucke, Stephan, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80
31. Pfaff H, Schulte H. *Der onkologische Patient der Zukunft*. *Onkologie* 2012; 18(2): 127–33
32. Kopetsch T. Gilt Roemer’s Law auch in Deutschland? Eine empirische Überprüfung der These der Angebotsinduzierung im stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens. In: *Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. 2006, S. 646–669
33. Kowalski C, Yeaton WH, Pfaff H. Assessing the impact of a benchmark workshop on quality of care as perceived by patients. *European Journal for Person Centered Healthcare* 2013; 1(2): 450–6
34. Bundesärztekammer. *Leitfaden Ärztliches Peer Review*. Berlin, 2014
35. Karbach U, Schubert I, Hagemeyer J, Ernstmann N, Pfaff H, Höpp H. Physicians’ knowledge of and compliance with guidelines: an exploratory study in cardiovascular diseases. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(5): 61–9
36. Reifferscheid A, Thomas D, Wasem J. Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz. In: *Klauber J (Hrsg.). Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen*. Stuttgart: Schattauer, 2013, S. 3–19
37. Flintrop J, Gerst T. *Krankenhausplanung: Das schwierige Unterfangen der Bundesländer, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu planen*. *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110(13): 591



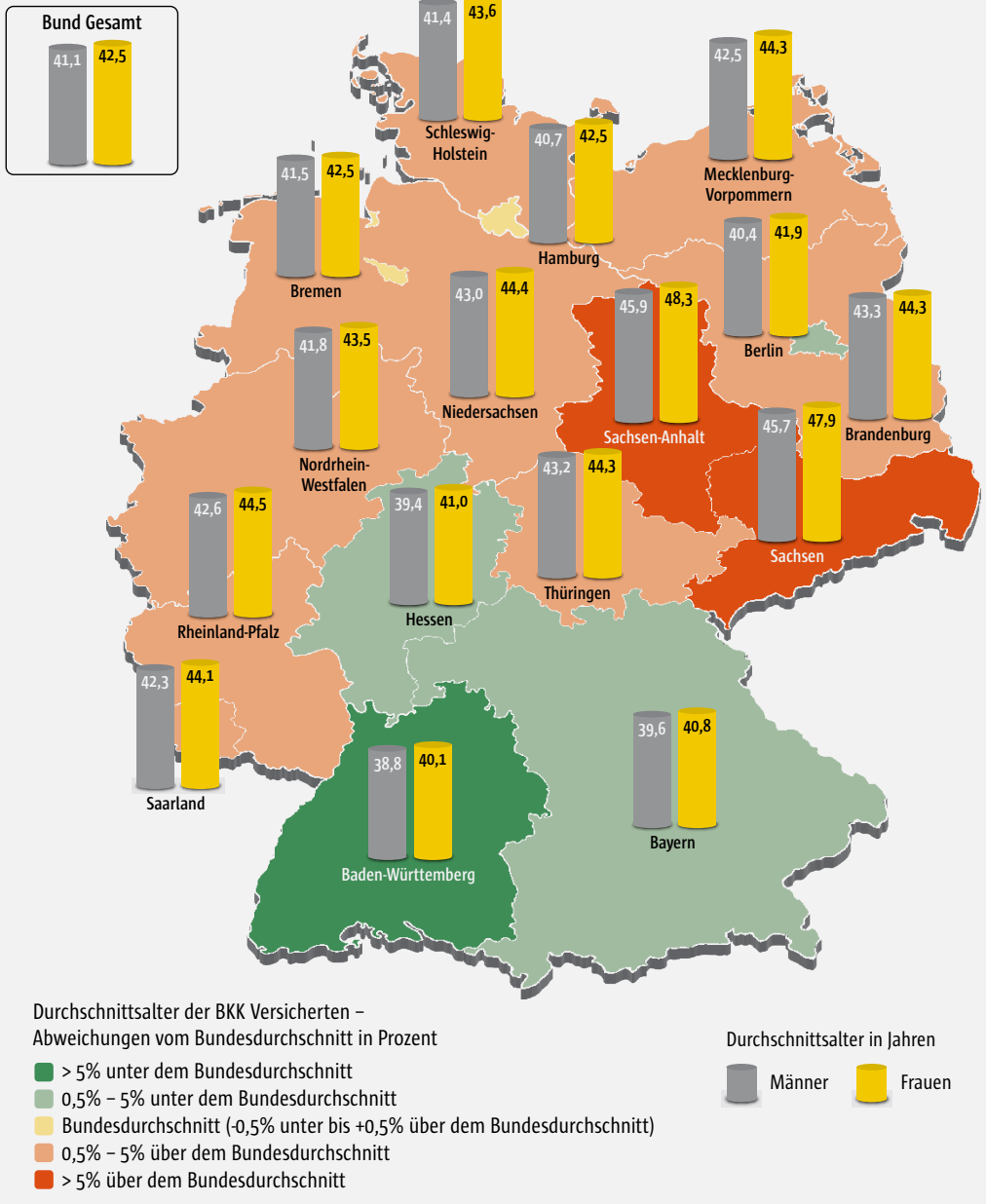
1

Krankheitsgeschehen im Überblick

Das vorliegende Kapitel vermittelt eine Übersicht über die Kennzahlen des Krankheitsgeschehens für die Versicherten der Betriebskrankenkassen im Jahr 2013. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Ent-

wicklung der Arbeitsunfähigkeit und verwandter Kenngrößen wie Falldauern und Krankengeldbezug im Zeitverlauf und auf den wichtigsten Unterschieden nach Diagnosehauptgruppen sowie nach

Diagramm 1.1 Durchschnittsalter der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Regionen. Zusätzlich wird auf aktuelle Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeit in den ersten vier Monaten des Jahres 2014 eingegangen. Ergänzt wird die Darstellung durch Übersichten über die Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung der BKK Versicherten und zur Arzneimittelverordnung.

Differenzierte Auswertungen, die auch das Alter, Geschlecht und die soziale Lage, Einzeldiagnosen und branchenspezifische Besonderheiten bei den verschiedenen Datenarten berücksichtigen, folgen in den weiteren Kapiteln des Reports.

Das Schwerpunktthema des diesjährigen BKK Gesundheitsreports lautet „Gesundheit in Regionen“. Neben zahlreichen Beiträgen von Fachexperten aus den Bereichen Wissenschaft, Politik und Praxis, die diese Thematik aus verschiedenen Perspektiven beleuchten, sind zudem regionalspezifische Auswertungen auf Basis der Daten der BKK Versicherten in den jeweiligen Kapiteln dieses Buches zu finden.

Für den vorliegenden BKK Gesundheitsreport 2013 wurden Daten von bundesweit 9,3 Mio. BKK Versicherten zur Auswertung einbezogen. Deren regionale Verteilung ist in den »» Diagrammen 1.1 und 1.2 dargestellt. Der Anteil der weiblichen Versicherten in den einzelnen Bundesländern bewegt sich zwischen 48,1% (Saarland) und 51,8% (Schleswig-Holstein), wobei der bundesweite Anteil der weiblichen Versicherten insgesamt bei 50,2% liegt. Bei der Altersstruktur der BKK Versicherten sind ebenfalls regionale Unterschiede zu beobachten. Das Durchschnittsalter der BKK Versicherten liegt bundesweit bei 41,8 Jahren. Die mit 39,5 Jahren im Durchschnitt jüngsten BKK Versicherten gibt es in Baden-Württemberg, gefolgt von Bayern und Hessen (jeweils mit 40,2 Jahren). Dagegen weist Sachsen-Anhalt mit einem Durchschnittsalter von 47,1 Jahren der BKK Versicherten den höchsten Wert auf, gefolgt von Sachsen (46,8 Jahre). So zeigt sich denn auch deutlich im Ost-West-Vergleich, dass hier die Altersdif-

Diagramm 1.2 Versichertenverteilung nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

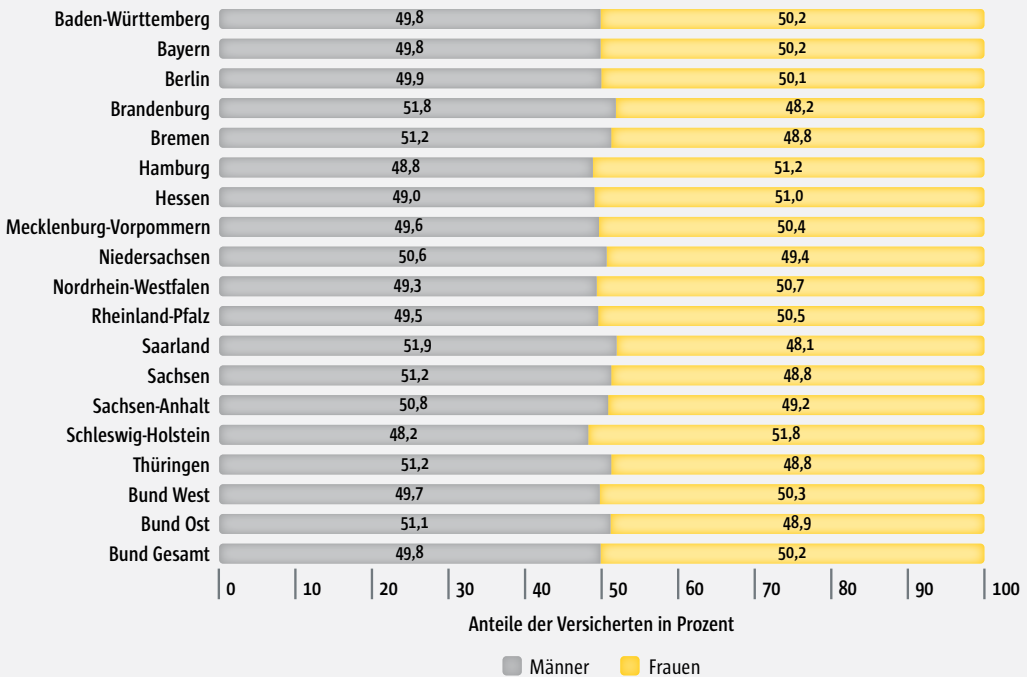
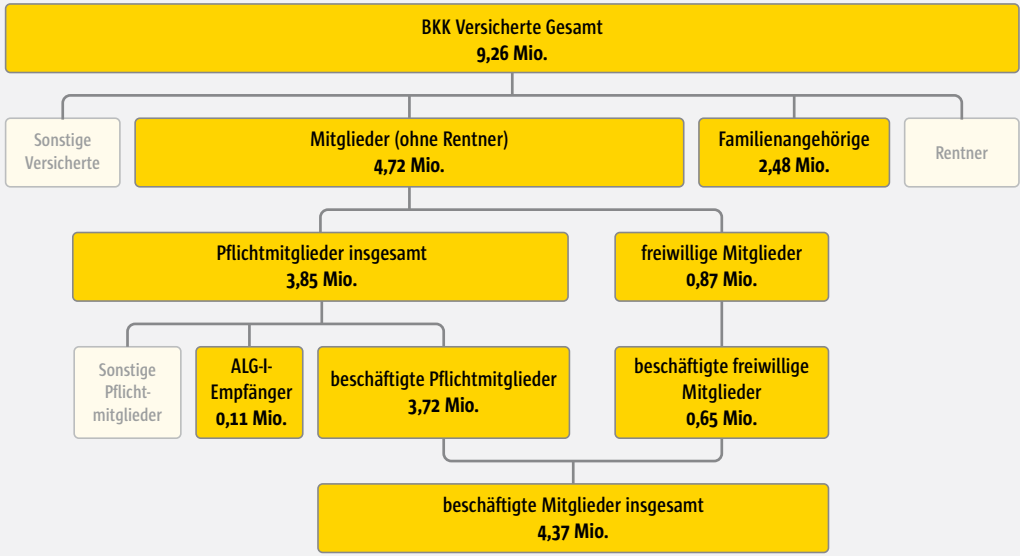


Diagramm 1.3 Einbezogene BKK Versicherte nach Versichertengruppen¹ (Berichtsjahr 2013)



1 Für die Gruppen der sonstigen Versicherten (z.B. Studenten oder ALG-II-Empfänger), der Familienangehörigen und Rentner, die hier zur Vollständigkeit dargestellt sind, werden im Folgenden keine separaten Auswertungen vorgenommen. Sie gehen jedoch z.B. in Auswertungen mit ein, die sich auf alle BKK Versicherten beziehen. Zu den sonstigen Pflichtmitgliedern gehören beispielsweise Rehabilitanden sowie selbstständige Künstler und Publizisten.

ferenz insgesamt mehr als 3 Jahre beträgt (Bund-Ost: 44,9 Jahre; Bund-West: 41,4 Jahre).

Für die Beschreibung des Krankenstands greift der BKK Gesundheitsreport 2013 vor allem auf die Arbeitsunfähigkeitsdaten von 3,85 Mio. BKK Pflichtmitgliedern – 3,72 Mio. beschäftigte Pflichtmitglieder und 0,11 Mio. ALG-I-Empfänger sowie einige kleinere Gruppen – zurück (»» Diagramm 1.3). Zum anderen gibt der Report aber auch einen systematischen Überblick über die Diagnosen bei der ambu-

lanten Behandlung von Krankheiten sowie über die Verordnung von Arzneimitteln. Damit können auch Aussagen zu solchen Krankheiten dargestellt werden, die nicht oder seltener zu einer Arbeitsunfähigkeit führen (z.B. Diabetes mellitus, Harnwegsinfekte) bzw. die eine nicht-beschäftigte Person betreffen. Für den vorliegenden BKK Gesundheitsreport wurden die ambulanten Diagnosen von rund 9,3 Mio. Versicherten sowie 69,7 Mio. Einzelverordnungen für 9,3 Mio. Versicherte analysiert.

1.1 Arbeitsunfähigkeit

Dieses Kapitel beschreibt die Entwicklung des Krankenstands der BKK Pflichtmitglieder im Jahr 2013. Auf der Grundlage einer Teilerhebung wird zudem der Trend für die ersten vier Monate des Jahres 2014 dargestellt.

1.1.1 Langzeitrends

- Die Fehlzeiten nahmen 2013 gegenüber dem Vorjahr um 7,3% von 16,6 auf 17,8 AU-Tage je BKK Pflichtmitglied zu.
- Seit 2006 haben sowohl der Krankenstand als auch die AU-Fälle je Pflichtmitglied kontinuierlich zugenommen.
- 2013 sind die Fehlzeiten bei den Frauen stärker angestiegen (+1,5 AU-Tage) als bei den Männern (+0,9 AU-Tage).

Tabelle 1.1 AU-Tage der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)

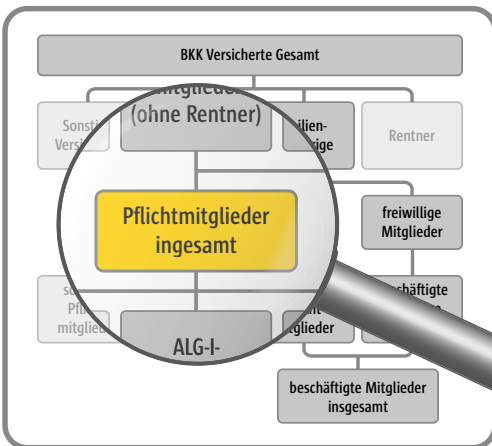
Versichertengruppe	AU-Tage
Pflichtmitglieder insgesamt	17,8
Arbeitslose (ohne ALG-II-Empfänger)	27,1
beschäftigte Pflichtmitglieder	17,6
freiwillige Mitglieder	6,9
beschäftigte freiwillige Mitglieder	9,1
beschäftigte Mitglieder insgesamt	16,3
alle Mitglieder, ohne Rentner	15,8

Dementsprechend erhöhte sich auch der Krankenstand der Pflichtmitglieder deutlich auf 4,88% und stieg damit stärker an als im letzten Berichtszeitraum (2012: 4,54%; 2011: 4,48%). Die Ursache hierfür ist v.a. in der Grippewelle im ersten Quartal 2013 zu sehen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) je Pflichtmitglied nahm mit einem Plus von 11,2% auf 1,37 AU-Fälle (2012: 1,23 AU-Fälle; 2011: 1,20 AU-Fälle) mehr als die Arbeitsunfähigkeitstage zu, wodurch sich eine Abnahme der mittleren Falldauer auf 13,0 Tage je Fall erklärt (2012: 13,5 Tage je Fall).

Auffällig ist der deutliche Anstieg der Fehlzeiten je freiwilliges BKK Mitglied um 35,3% gegenüber 2012, wobei der Wert mit 6,9 AU-Tagen (2012: 5,1 AU-Tage) immer noch deutlich unter den Fehlzeiten der Pflichtmitglieder liegt. Etwa ein Drittel dieses Anstiegs ist durch die Atemwegserkrankungen (+0,6 AU-Tage gegenüber 2012) und damit im Wesentlichen durch die Grippewelle Anfang 2013 bedingt, die Versicherte jeglichen Versichertenstatus getroffen hat und somit bei den freiwilligen BKK Mitgliedern mit ihren insgesamt niedrigen Krankenständen besonders ins Gewicht fällt.

Die Betrachtung des langfristigen Verlaufs des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (»»» Diagramme 1.4 und 1.5) zeigt mehrere Entwicklungen:

Nach den Höchstständen der Fehlzeiten mit 26,1 AU-Tagen je Pflichtmitglied im Jahr 1980 bzw.



Gegenüber 2012 nahmen 2013 die Fehlzeiten der BKK Pflichtmitglieder um durchschnittlich 1,2 Tage auf 17,8 AU-Tage (Arbeitsunfähigkeitstage = Kalendertage) zu (2012: 16,6 AU-Tage; 2011: 16,3 AU-Tage), was einer Steigerung um 7,3% entspricht (»»» Tabelle 1.1).

Diagramm 1.4 AU-Fälle der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (1976–2013) nach Geschlecht

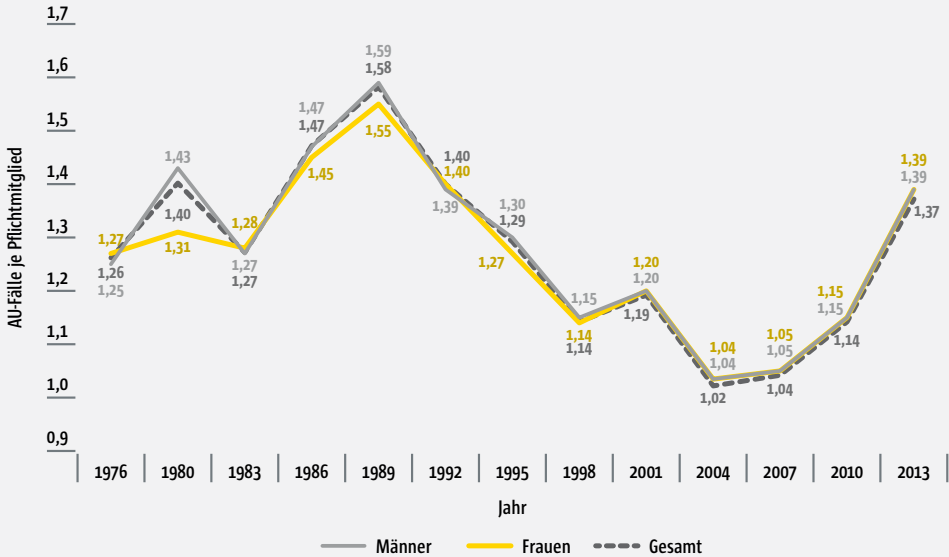
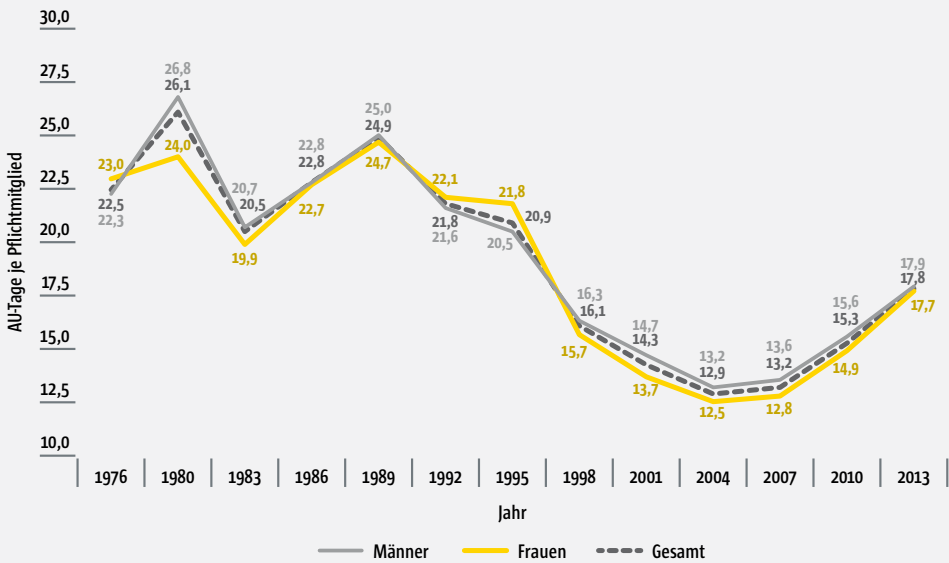


Diagramm 1.5 AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (1976–2013) nach Geschlecht



24,9 AU-Tagen im Jahr 1989 sowie einem Gipfel der AU-Fälle von 1,6 Fällen je Pflichtmitglied im Jahr 1989 kam es bis zur Mitte der 2000er-Jahre zu einer annähernden Halbierung der durchschnittlichen Fehlzeiten (2004: 12,9 AU-Tage je Pflichtmitglied). Als Ursache für diese Reduktion wird häufig die zunehmende Erwerbslosigkeit genannt, die insbesondere ältere

und kränkere Beschäftigte getroffen bzw. Befürchtungen eines Arbeitsplatzverlustes genährt hat. Der annähernd identische, aber weniger ausgeprägte Rückgang der Fallzahlen führte in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre zu einem Rückgang der mittleren Falldauer von zuvor ca. 16 Tagen je AU-Fall auf ca. 12,5 Tage je Fall.

Seit 2006 haben sowohl die Zahl der AU-Tage als auch der AU-Fälle je Pflichtmitglied wieder kontinuierlich zugenommen (2006 bis 2013: +5,0 AU-Tage je Pflichtmitglied). So stieg der Krankenstand von 3,51% (2006) auf 4,88% (2013) an. Dieser neuerliche Trend dürfte zu einem gewissen Teil der demografischen Entwicklung geschuldet sein. Zum anderen spielt auch das sich wandelnde Spektrum der AU-Diagnosen eine Rolle. Beispielsweise ist bei den psychischen Erkrankungen und auch bei den Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems seit 2007 wieder ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg der Fehlzeiten zu verzeichnen (» Kapitel 1.1.3).

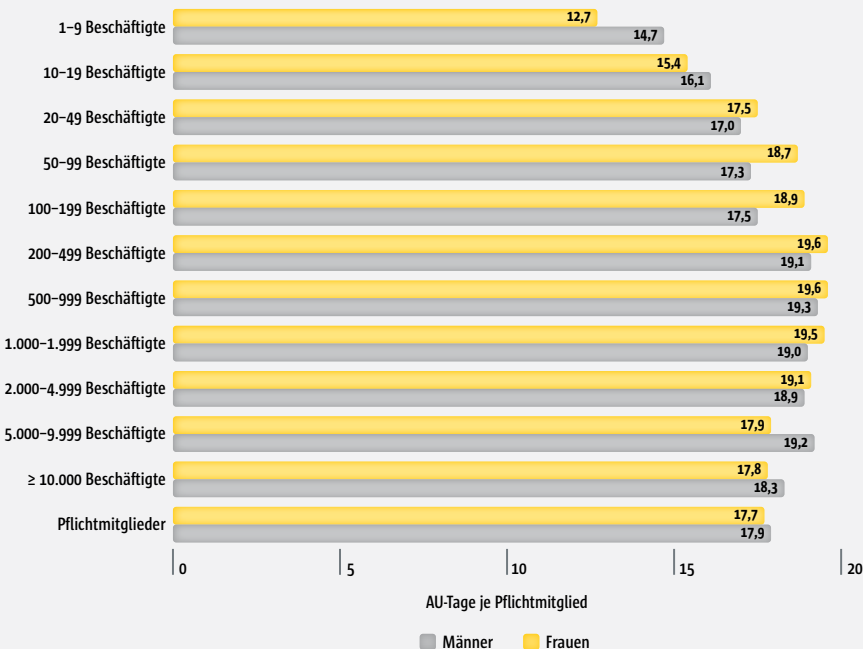
Auch das Geschlecht hat einen Einfluss auf die AU-Trends unter den BKK Pflichtmitgliedern. Die männlichen BKK Versicherten – seit 1998 mit durchweg etwas höheren Fehlzeiten als die weiblichen BKK Versicherten – wiesen im Jahr 2013 17,9 AU-Tage je Pflichtmitglied auf. Je weibliche Pflichtversicherte waren im Vergleich dazu 17,7 AU-Tage zu verzeichnen, sodass sich im Jahr 2013 nur ein geringer Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigt. Umgekehrt bedeutet dies, dass die Fehlzeiten bei den Frauen stärker seit dem Vorjahr angestiegen sind (+1,5 AU-Tage) als bei den Männern (+0,9 AU-Tage).

Teilweise dürften die unterschiedlichen Fehlzeiten auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Erwerbstätigkeit zurückzuführen sein. Etwa 43,3% der Frauen unter den beschäftigten BKK Mitgliedern sind im Dienstleistungsbereich tätig, der typischerweise eher niedrige Krankenstände aufweist. Bei den Männern ist dieser Anteil mit 31,8% wesentlich niedriger. Im produzierenden Gewerbe ist der Frauenanteil dagegen traditionell niedrig und so sind dort auch nur 16,3% der weiblichen beschäftigten BKK Mitglieder tätig, jedoch 41,4% der Männer (» Tabelle A.6 im Anhang).

Weitere Details zu diesen Einflussgrößen sind mit Schwerpunkt auf das Geschlecht in » Kapitel 3, mit Schwerpunkt auf die Wirtschaftsgruppen in » Kapitel 4 dargestellt.

Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Unternehmensgröße und der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage. So sind die mittleren Fehlzeiten bei Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten mit 12,7 AU-Tagen je weibliches und 14,7 AU-Tagen je männliches Pflichtmitglied am niedrigsten. Mit zunehmender Beschäftigtenzahl steigt die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage je Pflichtmitglied bis auf 19,6 (Frauen) bzw. 19,3 (Männer) an und nimmt erst bei Unternehmen mit 1.000 oder mehr Beschäftigten wieder ab (» Diagramm 1.6).

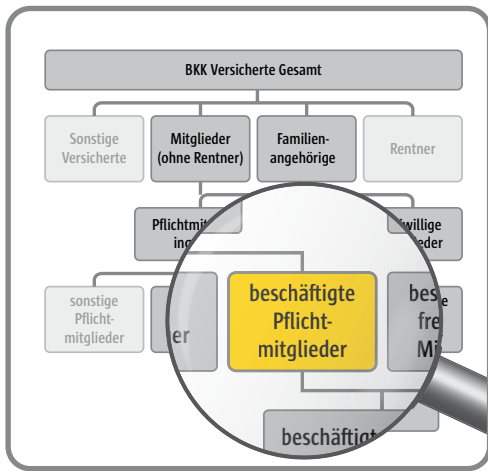
Diagramm 1.6 AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Regionale Besonderheiten prägen das Krankheitsgeschehen in besonderem Maße. Auf diesen Aspekt wird in **III** Kapitel 1.1.5, den weiteren Kapiteln sowie in den diesjährigen Sonderbeiträgen eingegangen.

1.1.2 Entwicklung im Jahr 2014

- Wegen der ausbleibenden Grippewelle sanken die Fehlzeiten im ersten Quartal 2014 um 14,8% im Vergleich zum Vorjahresquartal.
- Die Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen nahmen im ersten Quartal 2014 erneut zu (+2,3% gegenüber dem Vorjahresquartal).



III Diagramm 1.7 zeigt die aktuelle Krankenstandsentwicklung der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder im Vergleich zu den Vorjahren. Die abgebildeten Daten sind das Ergebnis einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Dargestellt sind die Daten bis April 2014, da aufgrund von Änderungen in der Erfassungssoftware und der Erfassungszeitpunkte weitere Ergebnisse noch nicht vorliegen.

Im Vergleich zu 2013 und auch zu 2012 zeigt sich im ersten Quartal 2014 ein niedrigerer Krankenstand, bei ähnlichem Verlauf der monatlichen Werte wie in den Vorjahren. Die höchsten Krankenstände waren mit 4,7% erneut im Februar und März zu verzeichnen, entsprechend einer mittleren monatlichen Fehlzeit von 1,3 AU-Tagen je beschäftigtes BKK Pflichtmitglied. Für den Februar ist damit auch der größte Unterschied im Vergleich zum Vorjahr zu konstatieren (Krankenstand im Februar 2013: 6,0%, entsprechend 1,7 AU-Tagen).

Wie die Betrachtung der unterschiedlichen Krankheitsgruppen im Vorjahresvergleich (**III** Tabelle 1.2) zeigt, ist dieser Rückgang des Krankenstands fast ausschließlich auf die geringeren Fehlzeiten durch Atemwegserkrankungen (23,0 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder und Monat) und der Infektionskrankheiten (6,0 AU-Tage) zurückzuführen. Diese hatten Anfang 2013 durch die starke Grippewelle noch zu beträchtlich mehr krankheitsbedingten Ausfällen (41,4 AU-Tage bzw. 8,6 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder und Monat) geführt.

Diagramm 1.7 Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2012–2014)

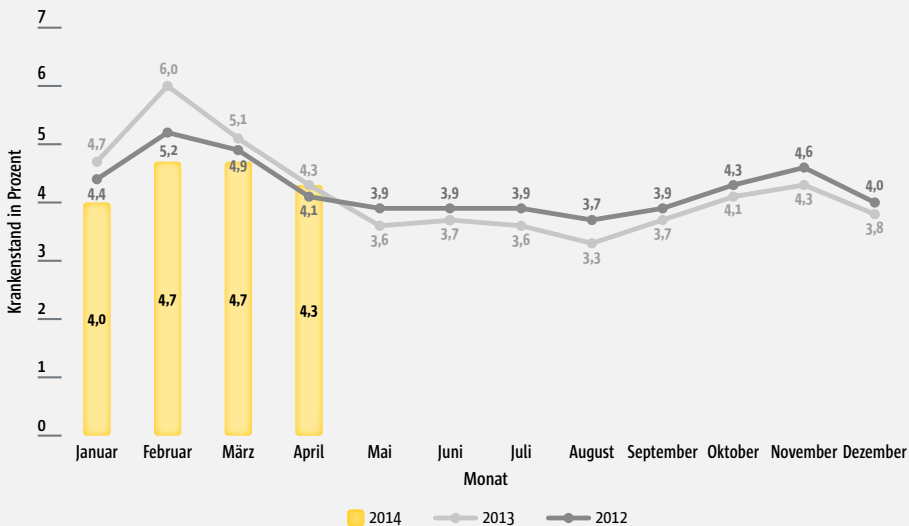


Tabelle 1.2 AU-Tage pro Monat der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder – Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)

ICD-Code	Bezeichnung	1. Quartal 2014*	
		AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat**	Differenz zum Vorjahr in Prozent
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,0	–30,8
C00–D48	Neubildungen	5,2	–3,2
E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,9	–4,9
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	17,0	2,3
G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	3,4	–0,6
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,9	0,2
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,2	–3,2
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	5,5	–4,0
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	23,0	–44,4
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	7,4	–4,4
L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,7	–4,8
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	34,2	0,6
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	2,3	–2,8
O00–O99***	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,7	–24,6
R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	6,2	–3,0
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	15,0	–6,4
Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	2,7	–8,5
A00–Z99	Gesamt	134,4	–14,8

* Aufgrund des Erhebungsverfahrens und damit einhergehender wechselnder Beteiligung sind die Ergebnisse nur eingeschränkt aussagefähig.

** durchschnittliche Anzahl von AU-Tagen pro Monat in diesem Quartal

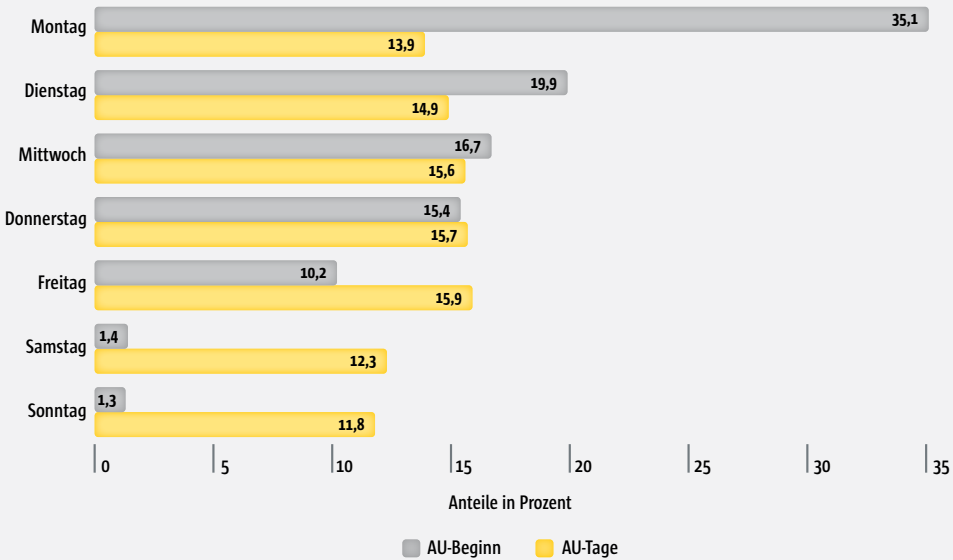
*** bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

Höher als im Vorjahresquartal fielen dagegen die Fehlzeiten durch die psychischen und Verhaltensstörungen mit einem Anstieg um 2,3% auf 17,0 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder und Monat und durch die Muskel- und Skelett-Erkrankungen (+0,6% auf 34,2 AU-Tage) aus.

Hinweise auf die Entwicklung im laufenden Jahr 2014 ergeben sich auch aus der amtlichen Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei dieser handelt es sich um Stichtagsergebnisse (jeweils bezogen auf den Monatsersten, auf den teilweise Feier-

tage und Wochenenden fallen), während die BKK Statistik das AU-Geschehen des gesamten Monats umfasst. Die ungleiche Verteilung der Krankmeldungen über die Wochentage – und die damit verbundene mögliche Fehlerwahrscheinlichkeit bei Stichtagserhebungen – ist aus **III** Diagramm 1.8 erkennbar. Die Zahl der AU-Tage, die auf einen Samstag oder Sonntag fallen, liegt unter den Werten für die übrigen Tage; dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass bei einer Neuerkrankung am Wochenende die AU-Bescheinigung in der Regel erst am Montag eingeholt wird.

Diagramm 1.8 AU-Beginn und AU-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2013)



Die GKV-Statistik unterschätzt somit in der Regel den tatsächlichen Krankenstand.

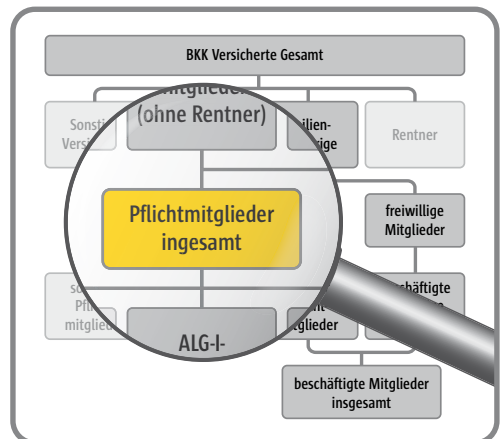
Für das Jahr 2014 bedeutet dies, dass im ersten Quartal alle drei Monatserste auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag entfielen, während dies 2013 nur für den 1. Januar zutraf. Erwartungsgemäß weist die GKV-Statistik daher für das erste Quartal 2014 eine noch stärkere Abnahme der Fehlzeiten gegenüber dem Vorjahr (-28,4%) als die Krankenstandserhebung der BKK (-14,8%) aus. Danach hat der GKV-Krankenstand im ersten Quartal 2014 durchschnittlich bei 3,4% gelegen, während er 2013 in dieser Statistik mit 4,8% angegeben wurde.

Im April lag der Krankenstand in der BKK Statistik für alle Krankheitsgruppen insgesamt mit 4,3% auf Vorjahrsniveau, sodass die weitere Entwicklung im Jahr 2014 abzuwarten bleibt.

1.1.3 Spektrum der Diagnosehauptgruppen bei Arbeitsunfähigkeit

- Mit rund einem Viertel (25,2%) aller AU-Tage sind die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems weiterhin für die meisten Fehlzeiten der BKK Pflichtmitglieder verantwortlich.

- Die Grippe- und Erkältungswelle Anfang 2013 verursachte ein Plus von 28,5% der Fehlzeiten durch Atemwegserkrankungen.
- Deshalb haben die Atemwegserkrankungen die Psychischen Störungen im Jahr 2013 von Platz 2 auf Platz 3 verdrängt.
- Die deutlich höheren Fehlzeiten der Pflichtmitglieder gegenüber den Beschäftigten sind weitgehend auf die langen Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen sowie bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen der Arbeitslosen zurückzuführen.



1.1 Arbeitsunfähigkeit

Mit rund einem Viertel (25,2%) aller AU-Tage stellen die *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* auch 2013 die Ursache für die meisten Fehlzeiten der BKK Pflichtmitglieder dar, wobei der relative Anteil am Krankheitsgeschehen um 1,3 Prozentpunkte gesunken, die absolute Zahl der AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder aber gestiegen ist (2013: 448 von 1.783 AU-Tagen; 2012: 441 von 1.661 AU-Tagen) (►► Diagramm 1.9).

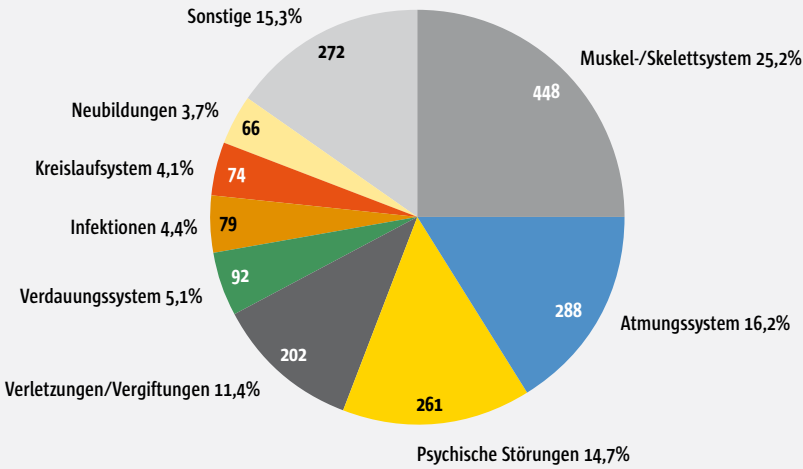
Zu den nächstgrößeren Krankheitsgruppen gehören 2013 die *Krankheiten des Atmungssystems* mit

288 AU-Tagen je 100 BKK Pflichtmitglieder (+2,7 Prozentpunkte gegenüber 2012), die *psychischen Störungen* mit 261 AU-Tagen (unverändert) sowie *Verletzungen und Vergiftungen* mit 202 AU-Tagen (-0,9 Prozentpunkte).

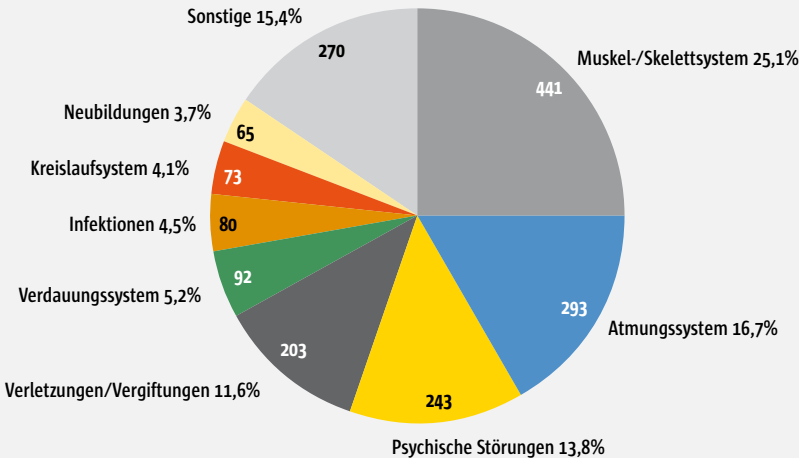
Die weiteren Ränge werden von *Krankheiten des Verdauungssystems*, *Infektionen*, *Krankheiten des Kreislaufsystems* sowie durch *Neubildungen* belegt.

Betrachtet man die beschäftigten Pflichtmitglieder, so zeigt sich eine nahezu identische Verteilung der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Ein nennens-

Diagramm 1.9 AU-Tage der Pflichtmitglieder sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder bzw. Anteile in Prozent



AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder bzw. Anteile in Prozent

werner Unterschied ergibt sich hier lediglich in der Anzahl der auf die psychischen Erkrankungen entfallenden AU-Tage, die bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mit 243 AU-Tagen je Mitglied um 7,2% niedriger als bei der Gesamtheit der BKK Pflichtmitglieder (261 AU-Tage je Mitglied) liegt. Entsprechend liegt auch der Anteil dieser Krankheitsgruppe an den Fehlzeiten mit 13,8% um 0,9 Prozentpunkte niedriger als bei der Gesamtheit der Pflichtmitglieder.

Die durchschnittlichen Fehlzeiten unterscheiden sich zwischen den beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern (17,6 AU-Tage) und allen BKK Pflichtmitgliedern (17,8 AU-Tage) für alle Krankheitsgruppen gemeinsam betrachtet nur geringfügig. Legt man die Werte der beschäftigten Pflichtmitglieder als Erwartungswert auch für die Gruppe der ALG-I-Empfänger zugrunde, so ergäbe sich für das Jahr 2013 für 111.399 ALG-I-Empfänger eine erwartete Summe von 1,9 Mio. AU-Tagen, einschließlich 207 Tsd. psychisch bedingten und 491 Tsd. durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen bedingten Fehltagen. Die Differenz zur tatsächlichen Summe der Fehlzeiten (3,0 Mio. AU-Tage) in Höhe von knapp 1,1 Mio. AU-Tagen ist zu etwa zwei Dritteln auf die massiv erhöhten psychisch bedingten Fehlzeiten bei den arbeitslosen Versicherten (891 psychisch bedingte AU-Tage je 100 Arbeitslose, entspricht 722 Tsd. zusätzlichen AU-Tagen) und zu einem Drittel auf die höheren Fehlzeiten bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen (745 AU-Tage je 100 Arbeitslose, entsprechend 339 Tsd. zusätzlichen AU-Tagen) zurückzuführen.

Auffälligste Veränderung im Vergleich zum Vorjahr ist die deutliche Zunahme der durch Krankheiten des Atmungssystems verursachten Fehlzeiten von 224 auf 288 AU-Tage je 100 BKK Pflichtmitglieder (+28,6%), die auch den Rückgang der relativen Anteile der meisten anderen Diagnosehauptgruppen bedingt.

Vom gesamten Fehlzeitenanstieg 2013 für alle Diagnosehauptgruppen (122 AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder) ist etwa die Hälfte (64 AU-Tage) auf die Atemwegserkrankungen zurückzuführen (»»» Tabelle 1.3).

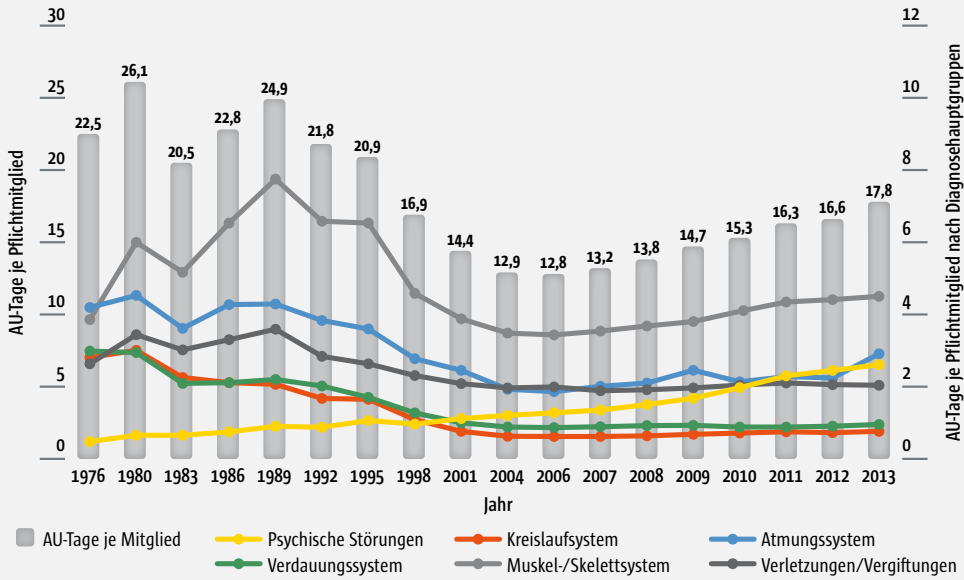
Der Vergleich mit den monatlichen Teilerhebungen 2013 und der auf dieser Grundlage vorgenommenen Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen (Tabelle 1.2 im BKK Gesundheitsreport 2013) belegt, dass für diesen Anstieg praktisch ausschließlich die Entwicklung im ersten Halbjahr 2013 verantwortlich ist, während die Fehlzeiten im zweiten Halbjahr 2013 etwas niedriger als im Vorjahr lagen (»»» Diagramm 1.7).

Deutlich wird die Bedeutung der Atemwegserkrankungen für den Krankenstand im Jahr 2013 auch bei der längerfristigen Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (»»» Diagramm 1.10). Hier wäre – ausgehend vom bisherigen Verlauf – zu erwarten gewesen, dass die psychischen Störungen wie im Vorjahr Platz Nr. 2 der AU-verursachenden Krankheitsgruppen bei den BKK Pflichtmitgliedern (inkl. Arbeitslose) einnehmen. Durch die Arbeitsunfähigkeit infolge der langdauernden Grippewelle 2012/2013 haben die Erkrankungen des Atmungssystems jedoch die psychischen Störungen – jedenfalls

Tabelle 1.3 AU-Tage der Pflichtmitglieder – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

Krankheitsart	AU-Tage	AU-Tage	Differenz	Differenz
	2012	2013	2012 zu 2013	2012 zu 2013 in Prozent
	je 100 Pflichtmitglieder			
Muskel/Skelettsystem	440,5	448,4	7,9	1,8%
Atmungssystem	224,0	288,2	64,1	28,6%
Psychische Störungen	244,4	261,5	17,1	7,0%
Verletzungen/Vergiftungen	204,8	202,3	-2,5	-1,2%
Verdauungssystem	88,0	91,5	3,5	4,0%
Infektionen	68,8	78,6	9,8	14,2%
Kreislaufsystem	71,0	73,7	2,8	3,9%
Neubildungen	61,3	66,1	4,8	7,8%
Sonstige	258,1	272,2	14,1	5,5%
alle Diagnosen	1.661,1	1782,6	121,5	7,3%

Diagramm 1.10 AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (1976–2013) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)



für das Jahr 2013 – vom zweiten Platz verdrängt. In der vergleichenden Darstellung des **III** Diagramms 1.9 als Relativwerte ist dadurch der weiter anhaltende Trend steigender psychisch bedingter Fehlzeiten im Jahr 2013 maskiert.

Die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund der psychischen Erkrankungen haben – anders als bei den anderen Krankheitsgruppen, bei denen – synchron zum Verlauf der Fehlzeiten insgesamt – seit Beginn der 1990er-Jahre bis 2006 ein Rückgang der AU-Tage zu verzeichnen war – kontinuierlich zugenommen: von 1976 (0,46 AU-Tage je Mitglied) bis 2013 (2,61 AU-Tage) auf mehr als das Fünffache. Der Anteil an den gesamten Fehlzeiten der Pflichtmitglieder ist damit von 2,0% auf 14,6% gestiegen. Der steilste Anstieg war dabei im Zeitraum von 2006 bis 2013 zu verzeichnen, mit einem Plus von 107,1%, gegenüber einem Anstieg von 31,9% für die anderen Krankheitsgruppen. Unklar ist, ob sich aus Routinedaten der Gesundheitsversorgung wie z.B. Arbeitsunfähigkeitsdaten eindeutig auf eine höhere Prävalenz psychischer Störungen schließen lässt oder ob es sich auch um Effekte einer größeren Aufmerksamkeit für entsprechende Symptome und einer sensitiveren Diagnosestellung handelt.

Allerdings hat sich die Entwicklung in den beiden letzten Jahren mit relativen Anstiegen der durch psychische Störungen verursachten AU-Tage je Pflichtmitglied von 5,7% (2012) und 6,8% (2013) gegen-

über den vorangehenden Jahren etwas abgeschwächt, sodass der weitere Verlauf in den nächsten Jahren abzuwarten bleibt.

Als recht konstant ist die Rolle der Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems zu bezeichnen, die seit den späten 1970er-Jahren durchweg die Diagnosehauptgruppe mit den meisten AU-Tagen darstellen. Die hierdurch verursachten Fehlzeiten erreichten Ende der 1980er-Jahre mit fast acht AU-Tagen je Pflichtmitglied (31,6% des AU-Geschehens) ihren vorläufigen Höhepunkt und sanken danach wie die der meisten anderen Krankheitsgruppen, bis sie 2005 mit 3,4 AU-Tagen (26,1% des AU-Geschehens) ihren Tiefpunkt erreichten. Von 2005 bis heute (2013) haben sich die durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen hervorgerufenen AU-Tage jedoch wieder um 31,0% gesteigert.

Der Einfluss von Krankheiten des Kreislauf- und des Verdauungssystems auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der BKK Pflichtmitglieder hat sich von 1976 bis 2012 ebenfalls stark verändert. 1976 waren die Kreislauferkrankungen für viermal mehr Krankheitstage verantwortlich als heute (1976: 2,8 AU-Tage; 2013: 0,7 AU-Tage), bei den Krankheiten des Verdauungssystems waren es gut dreimal mehr Tage (1976: 2,9; 2013: 0,9 AU-Tage).

Im Vergleich mit den anderen Krankheitsgruppen ist zum einen von 1976 bis Mitte der 2000er-Jahre eine über den allgemeinen Trend hinausgehende Abnahme der Fehlzeiten zu konstatieren (alle Krankheits-

gruppen zusammen: -43,1% bis 2006; Kreislauferkrankungen alleine: -77,8% bis 2006; Krankheiten des Verdauungssystems alleine: -71,3% bis 2006). Zum anderen fiel der 2006 einsetzende Wiederanstieg der durch diese beiden Krankheitsgruppen bedingten AU-Tage (Kreislauferkrankungen: +25,4% bis 2013; Krankheiten des Verdauungssystems: +10,8% bis 2013) durchweg geringer aus als bei den anderen Krankheitsgruppen (alle Krankheitsgruppen: +39,3% bis 2013).

In **III** Kapitel 3 werden die geschlechterspezifischen Erkrankungsunterschiede noch einmal detailliert dargestellt.

1.1.4 Merkmale des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern

- Die mittlere Falldauer bei Arbeitsunfähigkeit war mit 13,0 Tagen 2013 etwa einen halben Tag kürzer als im Vorjahr.
- Die längsten Krankschreibungen von BKK Pflichtmitgliedern erfolgen bei den psychischen Störungen (40,1 Tage) und bei den Neubildungen (35,8 Tage).
- Mehr als die Hälfte des Krankengelds beziehen beschäftigte BKK Pflichtmitglieder wegen Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie psychischen Störungen.
- Krankschreibungen von mehr als sechs Wochen Dauer verursachen 46,2% aller Fehlzeiten allerdings nur 4 Prozent aller AU-Fälle der Pflichtmitglieder.

Informationen zur Erkrankungshäufigkeit und -dauer ermöglichen eine Einschätzung, welche Belastung des Sozialsystems durch einzelne Diagnosehauptgruppen entsteht und welche Krankheitslast – gemessen an der Dauer der Beeinträchtigung – für die Patienten durch diese Erkrankungen hervorgerufen wird. Der Bezug von Krankengeld kann dementsprechend als ein Hinweis auf besondere Relevanz gewertet werden. Gleichzeitig bilden diese Analysen damit einen Ausgangspunkt für die Gestaltung von Präventions- und Versorgungsmaßnahmen.

Ein durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeitsfall eines BKK Pflichtmitglieds dauerte 2013 13,0 Tage und war somit etwas kürzer als im Vorjahr (13,5 Tage). Untersucht man die Falldauer der wichtigsten Diagnosehauptgruppen aus **III** Kapitel 1.1.3, so finden sich die meisten Fehltag je AU-Fall wie im Vorjahr bei den psychischen Störungen (40,1 Tage) und bei den Neubildungen (35,8 Tage) (**III** Diagramm 1.11). Krankheiten des Kreislaufsystems (22,5 Tage), Muskel- und Skelett-Erkrankungen (20,4 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,2 Tage) schlugen etwas weniger, aber mit immerhin noch etwa drei Wochen je Krankschreibung zu Buche. Deutlich kürzere Ausfallzeiten verursachen die Erkrankungen des Atmungs- bzw. des Verdauungssystems (6,8 bzw. 6,5 AU-Tage) sowie sonstige Infektionen (5,9 AU-Tage). Bei diesen Diagnosehauptgruppen handelt es sich in erster Linie um akute Probleme und seltener um dauerhaft zur Arbeitsunfähigkeit führende Krankheiten.

Diagramm 1.11 AU-Tage je Fall der Pflichtmitglieder – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

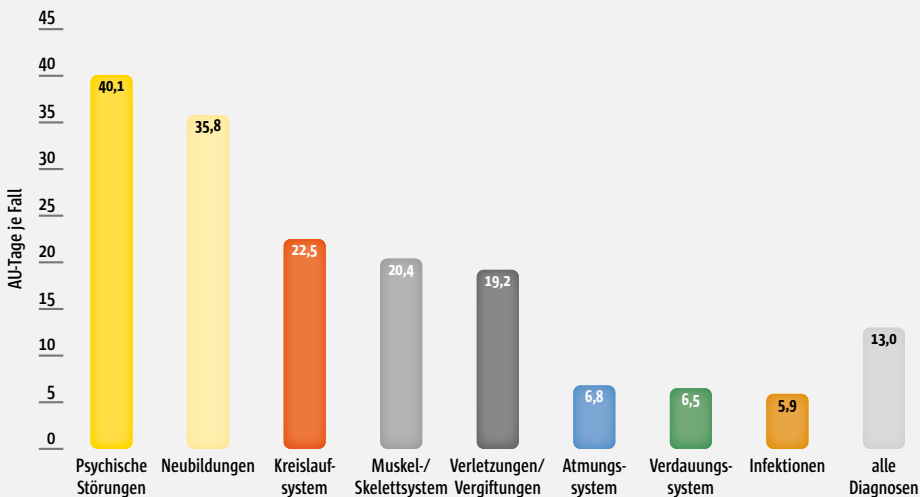
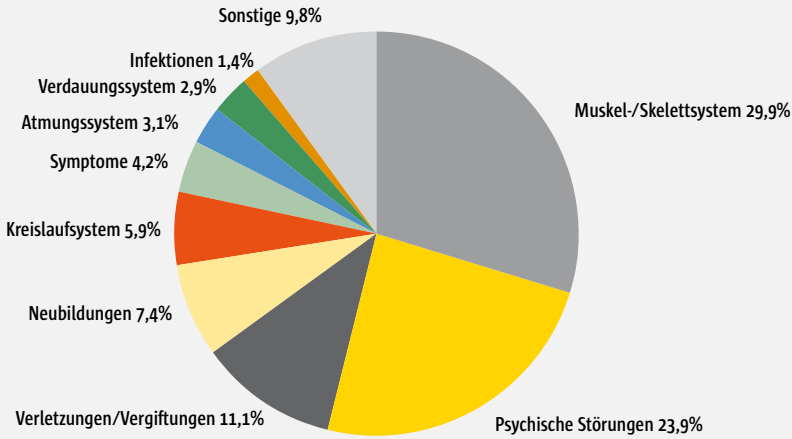
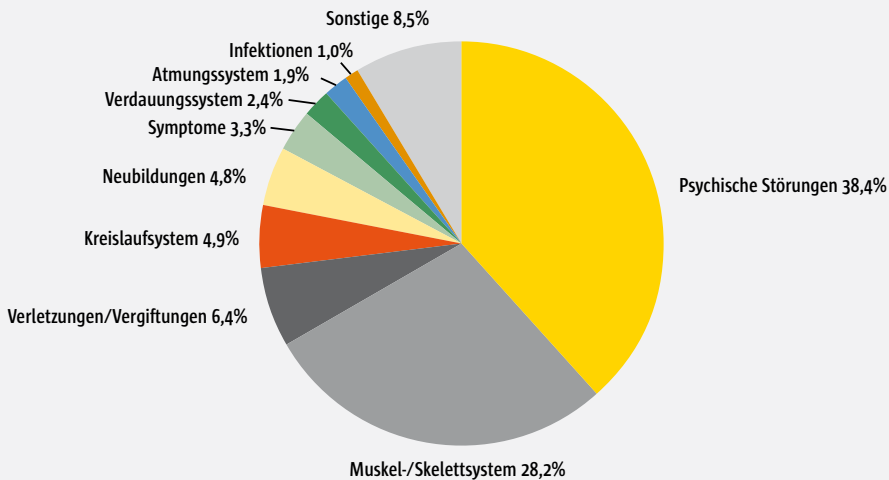


Diagramm 1.12 Krankengeld-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I) – Verteilung auf die wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



Anteile in Prozent für beschäftigte Pflichtmitglieder



Anteile in Prozent für Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)

Noch deutlicher werden diese Effekte, wenn man als Indikator für lang andauernde Krankheitsverläufe den Krankengeldbezug betrachtet (»» Diagramm 1.12). 2013 wurden die meisten Krankengeldtage der beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern durch die Muskel- und Skelett-Erkrankungen (29,9% aller Krankengeldtage, unverändert zum Vorjahr) und die psychischen Störungen (23,9%; +0,8 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr) verursacht. Beide Krankheitsgruppen zusammen sind damit für über die

Hälfte des Krankengeldbezugs verantwortlich. Bedeutsam sind auch die durch Verletzungen und Vergiftungen verursachten Krankengeldtage (11,1%), deren Anteil allerdings etwas geringer als im Vorjahr ausfiel (-1,6 Prozentpunkte).

Neubildungen verursachen trotz der langen Fallauern wegen ihrer vergleichsweise geringen Fallzahl (1,3% der AU-Fälle) nur 7,4% der Krankengeldtage der beschäftigten Pflichtversicherten. Umgekehrt verhält es sich dagegen mit den Erkrankungen des

Atmungssystems, die – obgleich diese 16,7% der Fehlzeiten und 31,2% der AU-Fälle bei den beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern ausmachen – aufgrund der kurzen Falldauern nur für 3,1% des Krankengeldbezugs verantwortlich sind.

Die Fehlzeiten bei den Arbeitssuchenden mit ALG-I-Bezug liegen mit 27,1 AU-Tagen je Versicherten fast 10 Tage über denen der beschäftigten Pflichtmitglieder (17,6 AU-Tage; **III** Kapitel 3). Wie weiter oben bereits erwähnt, ist dieses Phänomen in erster Linie durch psychische Störungen und Muskel- und Skeletterkrankungen bedingt. Dieser Umstand schlägt sich auch in den Anteilen der Krankheitsgruppen am Krankengeldbezug nieder: Je arbeitslosen BKK Versicherten verursachen die psychischen Störungen mit 5,1 Tagen viermal so viele Krankengeldtage wie bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (1,3 Tage) und sind damit bei dieser Versichertengruppe für 38,4% aller Krankengeldtage verantwortlich (**III** Diagramm 1.12). Nach Berücksichtigung dieses Effekts ist die relative Bedeutung der verschiedenen übrigen Diagnosehauptgruppen für den Krankengeldbezug bei den beschäftigten und arbeitslosen BKK Pflichtmitgliedern im Wesentlichen gleich. Allerdings haben ALGI-Empfänger auch bei allen anderen Diagnosen durchschnittlich mehr Krankengeldtage (**III** Tabelle A.2 im Anhang). Für alle Krankheitsgruppen zusammen betragen die Krankengeldtage je ALG-I-Empfänger im Jahr 2013 das 2,5-Fache der Krankengeldtage je beschäftigten Pflichtmitglied (13,3 vs. 5,4 Tage je Versicherten). Nahezu jeder zweite AU-Tag der Arbeitslosen (49,1%) war mit dem Bezug von Krankengeld verbunden. Bei den beschäf-

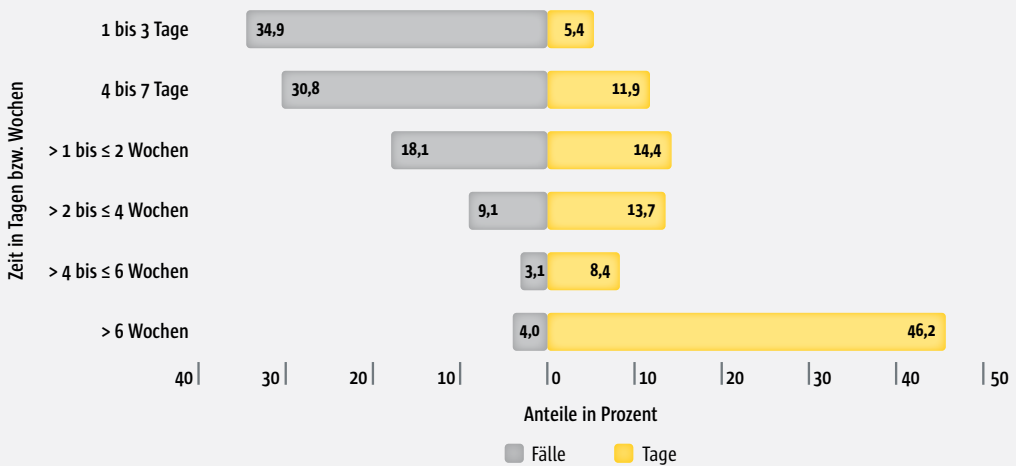
tigten Pflichtmitgliedern ist dies bei 30,4% der AU-Tage der Fall gewesen.

Die Höhe des Krankenstands wird also in erheblichem Ausmaß durch die Fälle mit langen Krankheitsdauern beeinflusst: Knapp die Hälfte (46,2%) aller AU-Tage der BKK Pflichtmitglieder wird durch nur 4,0% der AU-Fälle hervorgerufen, nämlich jene mit mehr als sechs Wochen Dauer (**III** Diagramm 1.13). Demgegenüber treten die Fälle mit kurzer Dauer von bis zu drei Tagen bzw. von vier bis sieben Tagen deutlich häufiger auf (34,9% bzw. 30,8% aller AU-Fälle), machen aber nur 5,4% bzw. 11,9% der AU-Tage aus. Auch eine Berücksichtigung möglicher Untererfassungen, z.B. durch betriebliche Regelungen, aufgrund derer Kurzzeitfälle nicht der Krankenkasse gemeldet werden, dürfte den Krankenstand nur moderat beeinflussen (**III** Tabelle A.3 im Anhang).

Andererseits zeigt der Vorjahresvergleich eine Abnahme des Anteils der Fehlzeiten, die durch Langzeitfälle mit mehr als sechswöchiger Dauer hervorgerufen werden, von 48,1% der AU-Tage (2012) auf 46,2% der AU-Tage (2013). Stattdessen hat die Bedeutung der Fälle mit vier bis sieben Tagen Dauer (11,9% der AU-Tage; +0,8 Prozentpunkte gegenüber 2012) und mit acht bis 14 Tagen Dauer (14,4% der AU-Tage; +1,1 Prozentpunkte gegenüber 2012) zugenommen. Der Einfluss eher kürzer dauernder Arbeitsunfähigkeitsfälle ist also nicht zu vernachlässigen, wenn diese – wie im Jahr 2013 durch die Erkrankungen des Atemsystems – relevante Änderungen erfahren.

Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten je BKK Pflichtmitglied vermitteln einen guten

Diagramm 1.13 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – prozentuale Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2013)

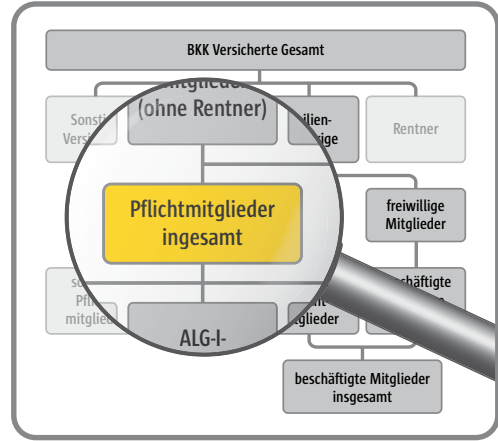


Eindruck vom Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Für die Beurteilung der Krankheitslast der BKK Versicherten ist neben den Falldauern aber ebenfalls von Bedeutung, welcher Anteil der Versicherten von Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Für 2013 ist festzustellen, dass der Anteil der BKK Pflichtmitglieder, die mindestens einen Tag arbeitsunfähig gemeldet waren, mit 61,5% weiter gegenüber den Vorjahren angestiegen ist (2012: 58,9%; 2011: 58,3%). Von diesen wurde etwa ein Drittel, nämlich 18,7% der BKK Pflichtmitglieder, dreimal oder öfter krankgeschrieben. 9,1% der BKK Pflichtmitglieder waren im gesamten Jahr länger als sechs Wochen krankgemeldet und verursachten damit 62,6% der AU-Tage. Gegenüber den Vorjahren ist der Anteil der Pflichtmitglieder mit solch längeren Fehlzeiten an der Gesamtzahl der AU-Tage unverändert hoch (2012: 62,8% der AU-Tage; 2011: 62,6%).

Die Krankheitsdauer je AU-Fall nimmt auch mit zunehmendem Alter der BKK Pflichtmitglieder zu. Im Alter von 20 bis 24 Jahren dauert ein durchschnittlicher Fall von Arbeitsunfähigkeit 6,9 Tage und nur 1,6% der AU-Fälle dauern länger als sechs Wochen. Dagegen beträgt die mittlere Falldauer bei den 60- bis 64-Jährigen 24,2 Fehltagen. In dieser Altersgruppe sind 8,3% der AU-Fälle mit einem Ausfall von mehr als sechs Wochen verbunden und verursachen 62,2% der Fehltagen.

1.1.5 Regionale Verteilung der Arbeitsunfähigkeit

- Sowohl die höchsten Krankenstände mit 21,9 AU-Tagen je Pflichtmitglied als auch der stärkste Anstieg gegenüber 2012 (+2,0 AU-Tage) sind 2013 in Brandenburg zu verzeichnen.
- Die wenigsten Fehlzeiten weist 2013 wie im Vorjahr Baden-Württemberg mit 15,4 AU-Tagen je Pflichtmitglied auf.
- Die bundesweit größten Zunahmen seit 2003 erfuhren die Fehlzeiten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg.
- Anders als im Osten ist es im Westen mit 12,8 AU-Tagen je Fall zu einer weiteren Abnahme der Krankheitsdauern je Fall gekommen.
- Bundesweit ist es in den letzten 10 Jahren zu einem Anstieg der Fehlzeiten um 4,5 AU-Tage gekommen.
- In den letzten zehn Jahren verbesserte sich der Krankenstand in Hamburg und Bremen unter den Bundesdurchschnitt 2013.



Die Verteilung der BKK Versicherten nach Alter und Geschlecht in den Bundesländern wurde bereits am Anfang des Kapitels gezeigt (»» Diagramme 1.1 und 1.2). »» Tabelle 1.4 gibt einen Überblick über die regionale Verteilung der Anzahl und Anteile der BKK Versicherten nach ihrem Wohnort. Die höchsten Anteile der BKK Versicherten an der Bevölkerung finden sich in Bayern mit 15,8% der Wohnbevölkerung, in Berlin (13,5%) und in Baden-Württemberg (13,1%). Die Bundesländer Sachsen (5,0%) und das Saarland (6,2%) haben dagegen wie in den Vorjahren den niedrigsten Anteil der BKK Versicherten. Die nach ihrer Anzahl meisten BKK Versicherten wohnen in Nordrhein-Westfalen und in Bayern (je ca. 1,9 Mio.) sowie in Baden-Württemberg (1,4 Mio.). Die Aufteilung aller BKK Versicherten auf die Bundesländer ist »» Diagramm 1.14 zu entnehmen.

In die nachfolgende Auswertung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in den Bundesländern werden nur die Daten von BKK Pflichtmitgliedern einbezogen. 2013 finden sich die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wie schon im Vorjahr in den neuen Bundesländern und im Saarland (»» Diagramm 1.15 und Tabelle 1.5). Im Mittel nahmen die Fehlzeiten in den neuen Bundesländern um 1,6 AU-Tage auf 21,2 AU-Tage je Pflichtmitglied zu, in den alten Bundesländern um 1,1 Tage auf 17,4 AU-Tage je Pflichtmitglied.

Die höchsten Krankenstände mit 21,9 AU-Tagen je Pflichtmitglied sind in Brandenburg zu verzeichnen, das auch den stärksten Anstieg gegenüber 2012 aufweist (+2,0 AU-Tage). Überdurchschnittliche Anstiege der mittleren Fehlzeiten sind besonders auch in Hessen (+1,6 AU-Tage) und in Mecklenburg-Vorpommern (+1,6 AU-Tage) zu konstatieren. Im Gegensatz dazu stiegen die Fehlzeiten im Saarland, das 2012 noch das Bundesland mit dem höchsten Kran-

Tabelle 1.4 BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.*		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	1.386.549	690.242	696.307	13,1	13,3	12,9
Bayern	1.980.199	985.851	994.348	15,8	16,0	15,8
Berlin	455.782	227.424	228.358	13,5	13,8	13,2
Brandenburg	276.365	143.164	133.201	11,3	11,9	10,7
Bremen	51.073	26.133	24.940	7,8	8,2	7,4
Hamburg	125.938	61.409	64.529	7,3	7,3	7,2
Hessen	676.775	331.683	345.092	11,2	11,3	11,2
Mecklenburg-Vorpommern	141.616	70.284	71.332	8,8	8,9	8,8
Niedersachsen	955.089	483.334	471.755	12,3	12,7	11,9
Nordrhein-Westfalen	1.934.467	953.320	981.148	11,0	11,2	10,9
Rheinland-Pfalz	435.931	215.745	220.186	10,9	11,0	10,8
Saarland	62.041	32.230	29.811	6,2	6,7	5,8
Sachsen	202.695	103.751	98.944	5,0	5,2	4,8
Sachsen-Anhalt	164.350	83.506	80.844	7,3	7,6	7,0
Schleswig-Holstein	208.224	100.441	107.783	7,4	7,4	7,5
Thüringen	161.963	82.892	79.071	7,5	7,8	7,2
Bund Gesamt	9.259.378	4.611.494	4.647.884	11,5	11,7	11,3

* Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten), Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2011.

Diagramm 1.14 Prozentuale Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)

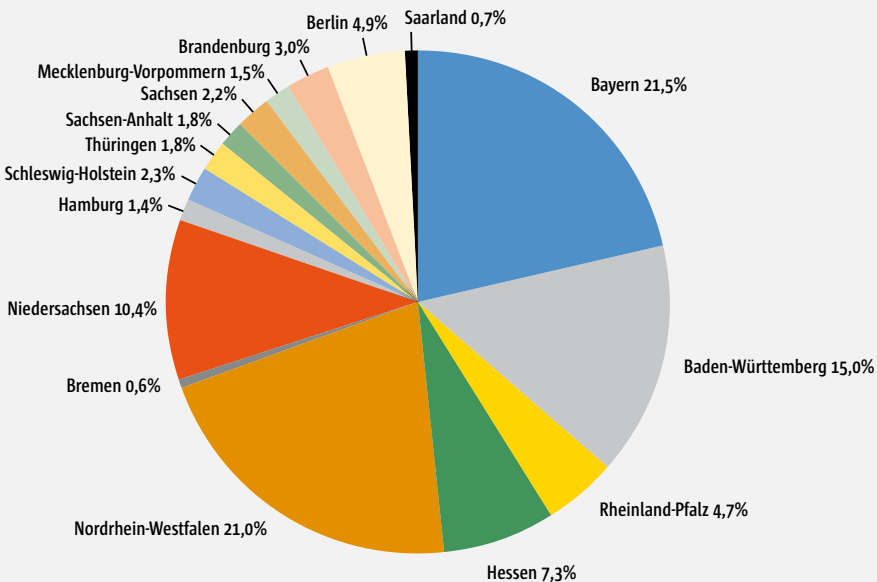
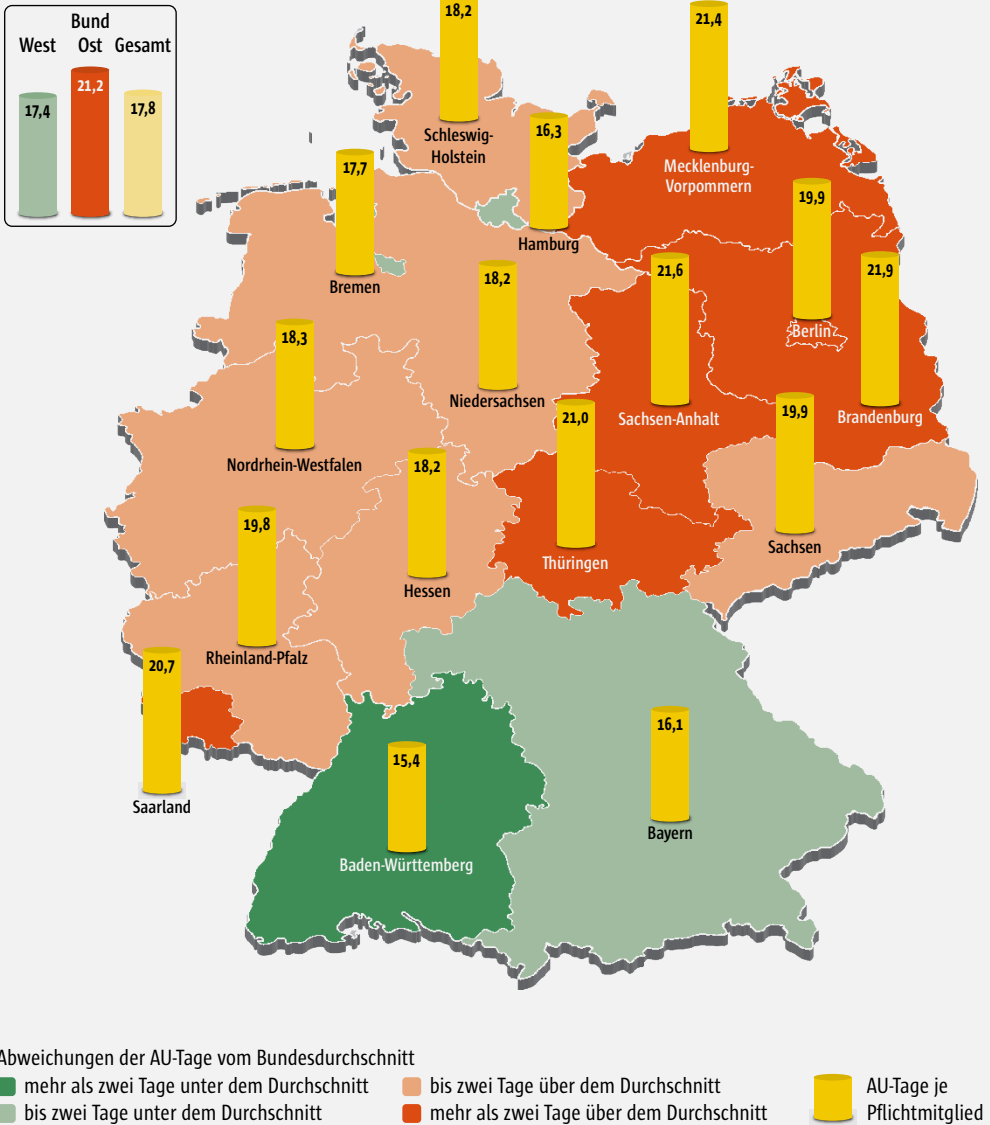


Diagramm 1.15 AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Bundesland (Wohnort) sowie Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2013)



kenstand darstellte, deutlich geringer als der Bundesdurchschnitt (+0,4 AU-Tage) auf 20,7 AU-Tage je Pflichtmitglied. Die wenigsten Fehlzeiten weist 2013 wie im Vorjahr Baden-Württemberg mit 15,4 AU-Tagen je Pflichtmitglied auf – dies entspricht nur 70,5% der mittleren Fehlzeiten des Spitzenreiters Brandenburg.

» » » Insgesamt ergibt sich in der Regionaldarstellung das bekannte Bild eines deutlichen Ost-West- sowie Nord-Süd-Gefälles der Arbeitsunfähigkeitstage.

Dieses ist zumindest teilweise der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Versicher-

Tabelle 1.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)

Bundesland	AU-Tage	Differenz zum Vorjahr	Tage je Fall	Differenz zum Vorjahr
	je Pflichtmitglied			
Baden-Württemberg	15,4	1,2	11,9	-0,2
Bayern	16,1	1,1	12,3	-0,5
Berlin	19,9	1,3	15,2	-0,1
Brandenburg	21,9	2,0	15,5	0,3
Bremen	17,7	0,4	12,8	-0,7
Hamburg	16,3	0,1	13,1	-1,6
Hessen	18,2	1,6	12,7	-0,1
Mecklenburg-Vorpommern	21,4	1,6	15,1	-0,1
Niedersachsen	18,2	1,5	12,7	-0,8
Nordrhein-Westfalen	18,3	0,8	13,5	-0,9
Rheinland-Pfalz	19,8	0,8	11,7	-0,9
Saarland	20,7	0,4	14,9	-0,7
Schleswig-Holstein	18,2	1,4	13,7	-0,6
Sachsen	19,9	1,5	14,2	0,0
Sachsen-Anhalt	21,6	1,5	14,8	-0,3
Thüringen	21,0	1,3	14,5	-0,5
Bund West	17,4	1,1	12,8	-0,5
Bund Ost	21,2	1,6	14,9	-0,1
Bund Gesamt	17,8	1,2	13,0	-0,5

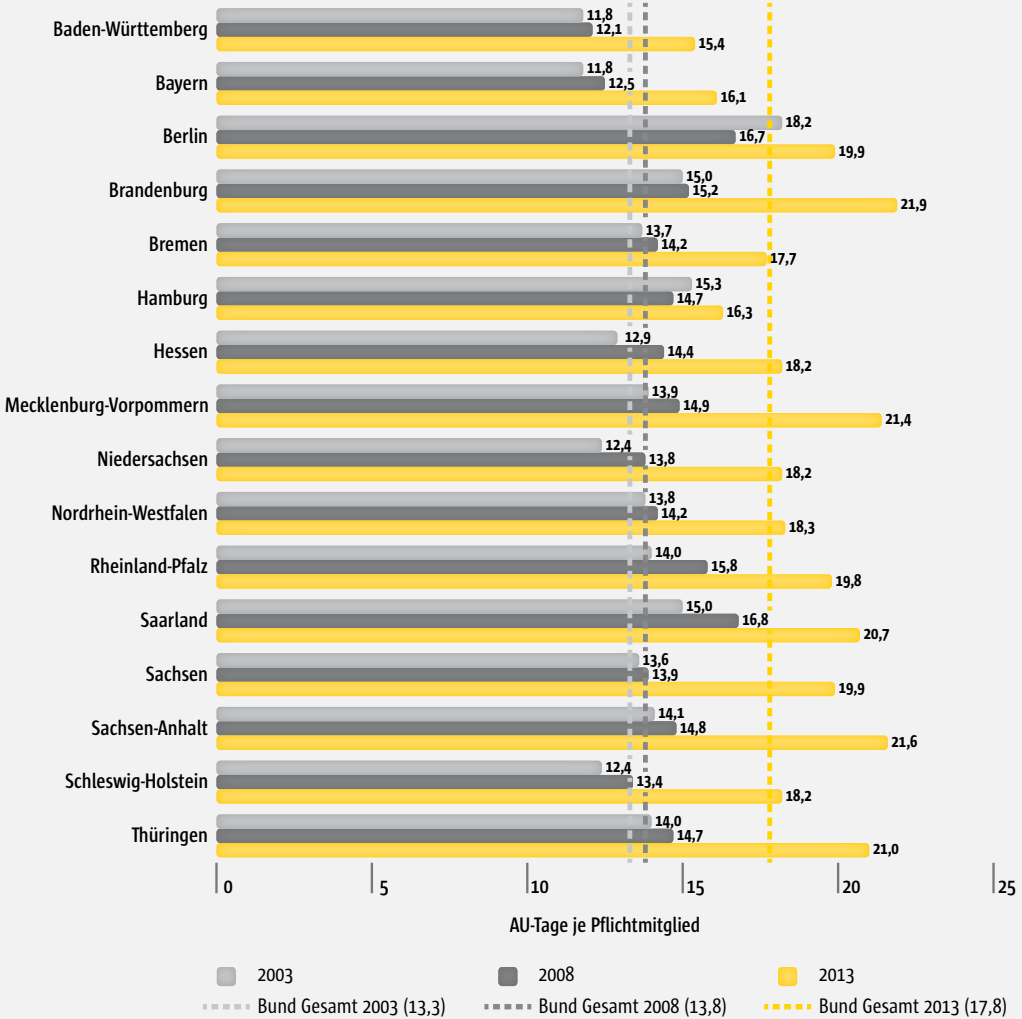
ten in den Bundesländern zuzuschreiben. Auswertungen auf Grundlage standardisierter Daten, die diese Unterschiede berücksichtigen, finden sich in **III** Kapitel 3.1.

Bemerkenswert ist auch die unterschiedliche Entwicklung der Falldauern in den Bundesländern (**III** Tabelle 1.5). Während die mittlere Falldauer in den östlichen Bundesländern mit 14,9 Tagen je AU-Fall fast unverändert zum Vorjahr ist, ist es im Westen mit 12,8 AU-Tagen je Fall zu einer weiteren Abnahme der Krankheitsdauern gekommen (2012: 13,3 AU-Tage; -0,5 AU-Tage). In Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz war die Abnahme der Falldauern mit -0,9 AU-Tagen besonders ausgeprägt. Insgesamt ist ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der Fehlzeiten und der mittleren Falldauer in den Bundesländern festzustellen.

Mittelfristig haben sich die Krankenstände in allen Bundesländern ähnlich wie der Bundeswert ent-

wickelt. Bundesweit kam es in den letzten zehn Jahren zu einem Anstieg der AU-Tage je Pflichtmitglied von 13,3 AU-Tagen im Jahr 2003 auf 17,8 AU-Tage im Jahr 2013 (**III** Diagramm 1.16), wobei diese Zunahme im Wesentlichen den Jahren nach 2006 zuzuschreiben ist (**III** Kapitel 1.1.1). Deutliche regionale Unterschiede gibt es allerdings im Ausmaß der Zunahme. So stiegen die Fehlzeiten seit 2003 in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt mit jeweils 7,5 AU-Tagen je Pflichtmitglied am stärksten, gefolgt von Thüringen (+7,0 AU-Tage) und Brandenburg (+6,9 AU-Tage). Nur geringe Anstiege waren dagegen in Hamburg (+1,0 AU-Tage) und Berlin (+1,7 AU-Tage) zu verzeichnen. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass Berlin bis 2007 den deutschlandweiten negativen Spitzenplatz der Fehlzeiten einnahm (2003: 18,2 AU-Tage je Pflichtmitglied; 2007: 17,2 AU-Tage) und diesen erst in den letzten Jahren an das Saarland bzw. die neuen Bundesländer abgab. Der geringe An-

Diagramm 1.16 AU-Tage der Pflichtmitglieder – im Zeitverlauf (2003–2013) nach Bundesland (Wohnort)



stieg ist in diesem Bundesland also vor dem Hintergrund historisch hoher Ausgangswerte zu sehen.

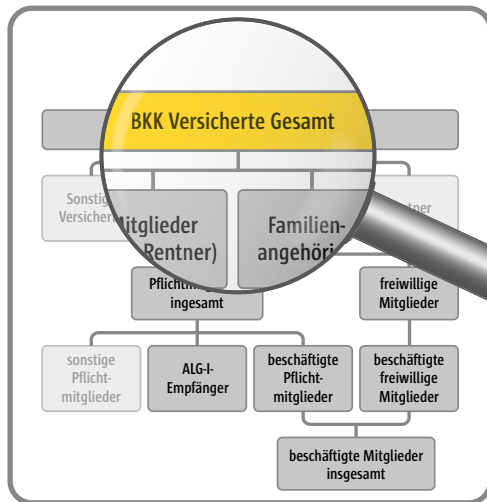
In Bezug auf den Bundesdurchschnitt haben sich Hamburg und Bremen seit 2003 von ehemals überdurchschnittlichen Krankenständen im Jahr 2013 auf einen Wert unter dem Bundesdurchschnitt verbessert, während für Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein im gleichen Zeitraum der umgekehrte Effekt, d.h. ein Anstieg über den Bundesdurchschnitt stattgefunden hat.

Ein Grund für die unterschiedlichen Krankenstände liegt u.a. in den jeweiligen demografischen

Zusammensetzungen der BKK Versicherten in den Bundesländern. Eine genauere Analyse zu diesem Aspekt findet sich in **III** Kapitel 3; dort werden auch Auswertungen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens dargestellt, die um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigt (standardisiert) wurden. Danach verbleibende Unterschiede in den Fehlzeiten reflektieren u.a. die regional unterschiedlich ausgeprägte Wirtschaftskraft und Strukturstärke sowie Unterschiede in der Zusammensetzung der BKK Versicherten hinsichtlich der Wirtschaftsgruppen.

1.2 Ambulante ärztliche Versorgung

- 94,1% der weiblichen und 87,8% der männlichen BKK Versicherten suchten 2013 einen niedergelassenen Arzt auf.
- Für etwa die Hälfte aller Versicherten (48,6%) war eine Krankheit des Atmungssystems Grund für eine Arztkonsultation.
- In Ostdeutschland wird seltener die Diagnose einer Infektion oder Atemwegserkrankung gestellt.
- In Baden-Württemberg treten 17,9% weniger Versicherte mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen als im Bundesdurchschnitt auf.



Die in diesem Kapitel dargestellten Sachverhalte ergänzen die Informationen aus der Auswertung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens um Angaben zu den in der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentierten Diagnosen. Sie bilden damit das Krankheitsgeschehen aller BKK Versichertengruppen ab – also u. a. auch von noch nicht erwerbsfähigen Kindern sowie von Erwachsenen im Rentenalter. Den Aus-

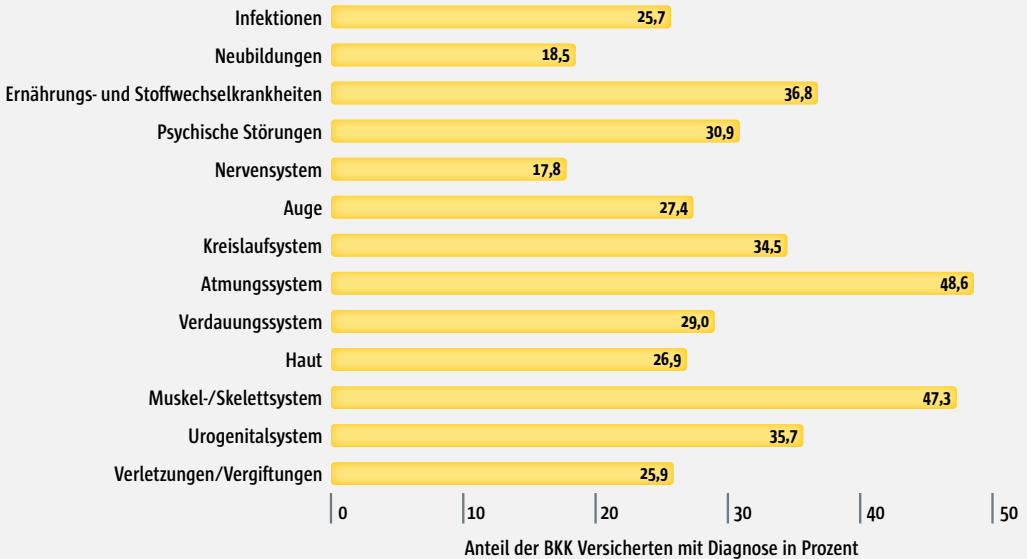
wertungen liegen die Daten von 9,3 Mio. BKK Versicherten des Jahres 2013 zugrunde.

Die Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung unternimmt nicht den Versuch, das gesamte ambulante Abrechnungsgeschehen (Fallzahlen, Ausgaben, Arztkontakte, Arztgruppen etc.) abzubilden. Vielmehr konzentrieren sich die Ausführungen in diesem Kapitel und den weiteren Kapiteln des BKK Gesundheitsreports darauf, erkennbare Unterschiede im Krankheitsgeschehen zwischen verschiedenen Altersgruppen, Geschlechtern und Wohnorten der BKK Versicherten zu schildern. In den Tabellen und Diagrammen wird in der Regel der Anteil der BKK Versicherten angegeben, für die eine bestimmte Diagnose oder Krankheitsgruppe mindestens einmal im Jahr dokumentiert wurde, unabhängig von der Anzahl eventueller Folgebehandlungen mit der gleichen Diagnose.

Neun von zehn BKK Versicherten (90,9%) nahmen im Jahr 2013 einen ambulanten Arztbesuch wahr. Bei den Frauen lag der Anteil der Personen, die sich mindestens einmal in ambulante ärztliche Betreuung begab, mit 94,1% etwas höher als bei den Männern mit 87,8%. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen in ärztlicher Behandlung stellten die Versicherten ab 65 Jahren (96,9%). Von den Kindern und Jugendlichen (unter 20-Jährige) konsultierten 91,1% einen niedergelassenen Arzt, bei den 20- bis 65-Jährigen waren es 89,3%. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen nach demografischen Merkmalen und Versicherungsstatus findet sich in **»»** Kapitel 3.2.

»» Diagramm 1.17 zeigt den Anteil der Versicherten, der mindestens einmal im Jahr 2013 eine bestimmte Diagnose in den am häufigsten vorkommenden Diagnosehauptgruppen erhalten hat. Aus dieser Darstellung ausgenommen wurden die „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Zoo bis Z99 im ICD-Katalog) sowie die „Symp-

Diagramm 1.17 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



tome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ (R00 bis R99).

Knapp die Hälfte der BKK Versicherten (47,3%) konsultierte demnach im Jahr 2013 wegen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems einen niedergelassenen Arzt, ein ähnlich hoher Anteil wie 2012 (45,9%). Für noch mehr Versicherte (48,6%) war eine Krankheit des Atmungssystems Grund für die Arztkonsultation. In Anbetracht der Grippewelle Anfang 2013 wundert es nicht, dass dieser Anteil deutlich über dem des Vorjahres (2012: 44,7% der Versicherten) lag.

Auf den nächsten Rängen folgen wie im Jahr zuvor die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit 36,8% aller Versicherten (2012: 35,3%), die Krankheiten des Urogenitalsystems mit 35,7% (2012: 34,7%), des Kreislaufsystems mit 34,5% (2012: 34,7%), die psychischen Störungen mit 30,9% (2012: 29,4%) und die Erkrankungen des Verdauungssystems mit 29,0% (2012: 27,0%). Die Rangfolge der Diagnosehauptgruppen bleibt damit abgesehen vom Anstieg der Atemwegserkrankungen unverändert zu 2012.

Mit 18,5% erscheint der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose im Bereich Neubildungen recht hoch. Einen maßgeblichen Anteil daran machen aber auch gutartige Veränderungen der Haut aus wie beispielsweise Muttermale, die im Rahmen eines Hautkrebscreenings identifiziert werden.

Ambulante ärztliche Versorgung nach Regionen

Im regionalen Vergleich ergeben sich für alle Diagnosehauptgruppen gemeinsam betrachtet nur mäßige Unterschiede. Der Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einem ambulanten Arztbesuch lag 2013 zwischen 86,9% in Sachsen und 92,1% im Saarland. **»** Tabelle 1.6 stellt die Versichertenanteile der häufigsten ICD-Diagnosegruppen im Ländervergleich dar. Hierbei fällt auf, dass 2013 in den östlichen Bundesländern ein deutlich geringerer Anteil der Versicherten die ambulante Diagnose einer Infektion oder einer Erkrankung des Atmungssystems erhielt. Die wenigsten Infektionsdiagnosen wurden in Sachsen (bei 20,7% der BKK Versicherten), Sachsen-Anhalt (21,1%) und Thüringen (21,6%) gestellt, die meisten Diagnosen dagegen in Bremen (bei 27,1% der BKK Versicherten) und Niedersachsen (26,6%). Ein fast identisches Verteilungsmuster zeigt sich für die Erkrankungen des Atmungssystems (**»** Tabelle 1.6).

Ein umgekehrtes Verteilungsmuster lässt sich für die Erkrankungen des Kreislaufsystems feststellen. Diese wurden im Rahmen eines ambulanten Arztbesuchs in Sachsen-Anhalt bei 45,9% der BKK Versicherten und damit bundesweit mit Abstand am häufigsten festgestellt. Auf den nächsten Plätzen folgen Sachsen mit 41,9% und Thüringen mit 40,3%

Tabelle 1.6 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2013)

	Infektionen	Atmungs- system	Kreislauf- system	Muskel- Skelett- system	Urogenital- system	Psychische und Verhaltens- störungen	alle Diagnosen
	Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Baden-Württemberg	24,6	46,1	28,3	43,1	33,9	28,4	89,3
Bayern	25,2	46,4	31,0	45,9	34,4	30,5	89,9
Berlin	25,8	47,3	32,8	44,1	34,6	34,1	88,5
Brandenburg	22,0	43,8	38,9	46,9	36,1	29,9	88,0
Bremen	27,1	47,7	32,2	44,6	34,0	31,5	90,3
Hamburg	26,5	48,3	30,4	42,3	33,9	34,0	89,5
Hessen	25,4	51,8	32,3	46,2	34,4	29,2	90,7
Mecklenburg-Vorpommern	23,0	44,1	39,6	47,7	36,1	31,9	88,5
Niedersachsen	26,6	49,3	38,1	50,4	36,4	33,1	91,5
Nordrhein-Westfalen	26,0	50,3	35,6	47,2	36,0	30,0	91,3
Rheinland-Pfalz	26,0	51,1	38,3	49,6	37,4	30,9	91,2
Saarland	26,5	52,3	37,5	51,3	34,3	31,7	92,1
Sachsen	20,7	41,4	41,9	46,9	35,6	30,2	86,9
Sachsen-Anhalt	21,1	43,1	45,9	49,0	36,8	29,3	89,3
Schleswig-Holstein	25,4	45,3	33,7	46,2	34,2	31,1	90,2
Thüringen	21,6	44,8	40,3	48,0	34,7	27,7	88,0
Bund Gesamt	25,7	48,6	34,5	47,3	35,7	30,9	90,9

der Versicherten. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose wiesen 2013 Baden-Württemberg (28,3%) und Hamburg (30,4%) auf.

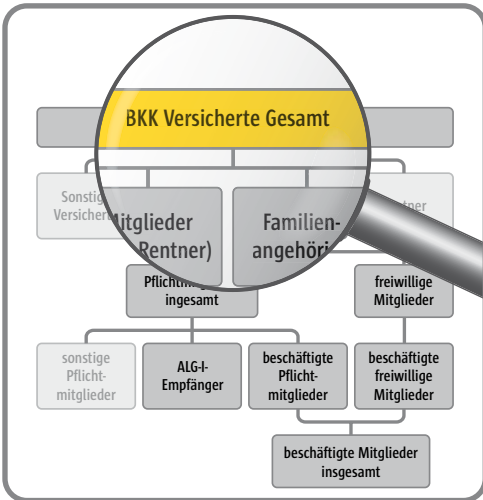
Es ist somit von einem deutlichen Zusammenhang mit der Altersstruktur der BKK Versicherten

(» Diagramm 1.1) auszugehen, ein Effekt, der sich auch für die Arzneimittelverordnungen nachweisen lässt (» Kapitel 1.3).

Details zu der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Behandlung auf Ebene von Einzeldiagnosen sind in » Kapitel 2.2 ausgeführt.

1.3 Arzneimittelverordnungen

- Drei Viertel aller BKK Versicherten (74,9%) erhielten im Jahr 2013 mindestens ein Arzneimittel verordnet.
- Gegenüber 2012 nahm die Zahl der verordneten Tagesdosen um 2,9% zu.
- Herz-Kreislauf-Medikamente stellen mit einem Viertel aller Einzelverordnungen und rund der Hälfte der verordneten Tagesdosen die bedeutendste Medikamentengruppe dar.
- Bundesweit treten die größten Verordnungsvolumina für Herz-Kreislauf-Medikamente in Ostdeutschland auf.
- Es ist ein deutlicher Einfluss der Altersstruktur auf die regionale Ausprägung der ambulanten ärztlichen und Arzneimittelversorgung erkennbar.



Ebenso wie die Darstellung der ambulanten Diagnosen stellen auch die Verordnungsdaten von Arzneimitteln eine wichtige Ergänzung in der Beschreibung des Krankheitsgeschehens dar. Zum einen

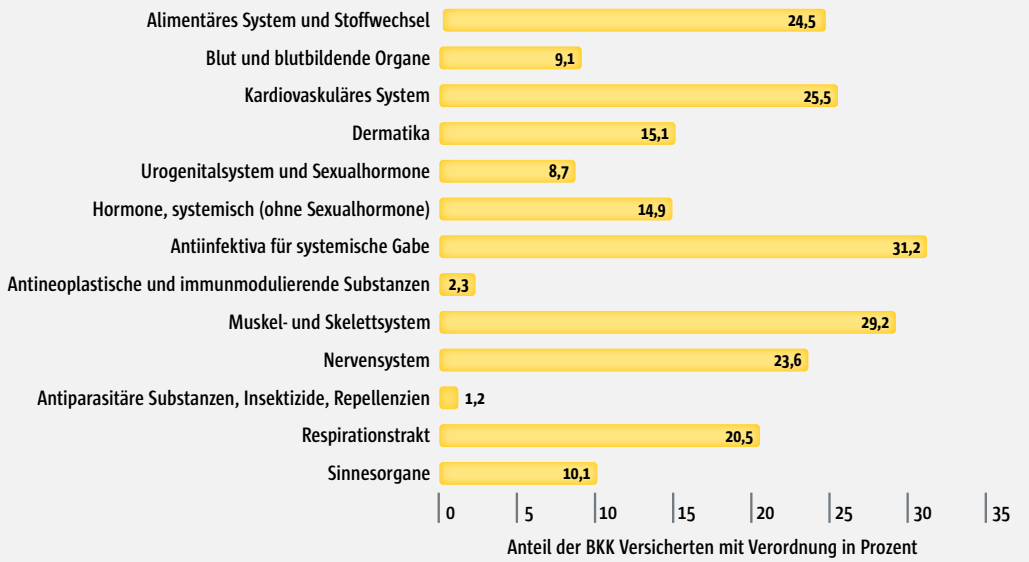
handelt es sich bei den zur Verordnung führenden Erkrankungen teilweise um Krankheiten, die nicht immer mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Zum anderen sind in dieser Datenart auch die nicht erwerbstätigen Personen bzw. Rentner erfasst.

Grundlage der folgenden Analysen für das Jahr 2013 sind 69,7 Mio. Einzelverordnungen an 9,3 Mio. BKK Versicherte. Die Medikamentenverordnungen werden dabei anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC-Klassifikation) gruppiert. Dieses Klassifikationssystem ordnet Arzneistoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie anhand anatomischer Kriterien. Die Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen zusammengefasst.

Drei Viertel aller BKK Versicherten (74,9%) erhielten im Jahr 2013 mindestens eine Arzneimittelverordnung. Auf jeden Versicherten kamen dabei im Schnitt 7,5 Einzelverordnungen mit 447 definierten Tagesdosen (Defined Daily Doses, DDD). Im Vergleich wurden damit etwas mehr Medikamente als 2012 (7,4 Einzelverordnungen und 434 Tagesdosen je Versicherten) verordnet. Der größte Teil dieses Anstiegs (+12,6 definierte Tagesdosen je Versicherten) ist durch die steigende Verordnung von Herz-Kreislauf-Medikamenten (+6,4 Tagesdosen) und von Medikamenten für das alimentäre System und bei Stoffwechselerkrankungen (+2,7 Tagesdosen) bedingt.

»» Diagramm 1.18 zeigt den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2013 mindestens eine Arzneimittelverordnung aus einer bestimmten ATC-Gruppe erhalten haben. Die Arzneimittelgruppe, die den größten Anteil an Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung auf sich vereint, sind die Antinfektiva für die systemische Gabe (dazu gehören u.a. Antibiotika und Impfstoffe) mit 31,2% aller BKK Versicherten. An den Medikamentenverordnungen dieser Gruppe wird erneut die Häufigkeit infektiöser Erkrankungen deutlich.

Diagramm 1.18 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)



Ebenfalls große Versichertenanteile entfielen auf Verordnungen von Medikamenten gegen Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems (29,2%, u.a. Schmerzmittel und Rheumamittel), Herz-Kreislauf-Medikamente (25,5%), Präparate zur Behandlung von Störungen des Stoffwechsels und des Magen-Darm-Trakts (24,5%, inkl. Antidiabetika, Säurehemmer und Abführmittel) sowie am Nervensystem wirkende Medikamente (23,6%, z.B. Schmerzmittel und Psychopharmaka).

Im Vergleich zu 2012 hat sich dabei kein Unterschied in der Rangfolge dieser Arzneimittelgruppen gemessen am Versichertenanteil mit Verordnung ergeben. Die größten Zunahmen im Anteil der Versicherten gegenüber 2012 ergaben sich bei den Antiiinfektiva für systemische Gabe (+1,4 Prozentpunkte) und den Mitteln für den Respirationstrakt (+1,3 Prozentpunkte). Dagegen blieb der Versichertenanteil, der ein Rezept aus der Gruppe der antiparasitären Substanzen, Insektizide und Repellenzien, der Gruppe der antineoplastischen und immunmodulierenden Substanzen, oder der Gruppe von Mitteln für das Urogenitalsystem und Sexualhormone benötigten, im Vergleich zum Vorjahr gleich.

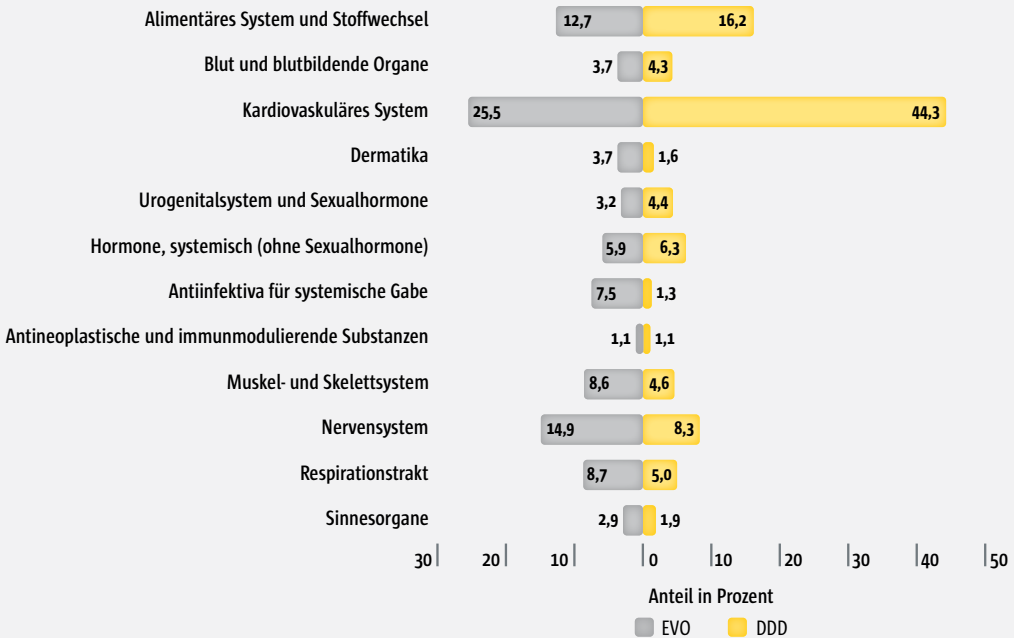
In **»»** Diagramm 1.19 sind die relativen Anteile der ATC-Gruppen an allen Einzelverordnungen (EVO) und an der Summe der Tagesdosen dargestellt. Daraus kann man zum einen ableiten, welches Verord-

nungsvolumen die Arzneitherapie mit den jeweiligen Medikamentengruppen bei den BKK Versicherten in Anspruch nimmt. Zum anderen lässt sich am Verhältnis von Einzelverordnungen zur Anzahl der verordneten Tagesdosen auch erkennen, welche Medikamentengruppen häufiger bei akuten und welche bei chronischen Erkrankungen verordnet werden.

Gemessen am Verordnungsvolumen stellen die Herz-Kreislauf-Medikamente mit gut einem Viertel (25,5%) aller Einzelverordnungen und nahezu der Hälfte (44,3%) der verordneten Tagesdosen die mit Abstand bedeutendste Medikamentengruppe dar. Gleichzeitig wird aus diesen Zahlen deutlich, dass mit Medikamenten dieser Gruppe vorwiegend chronische Erkrankungen behandelt werden, denn eine Einzelverordnung beinhaltet bei der Behandlung chronischer Erkrankungen in der Regel auch eine höhere Anzahl an Tagesdosen. Bei den kardiovaskulär wirksamen Medikamenten betrifft dies beispielsweise Mittel gegen Hypertonie, Mittel zur Behandlung der Herzschwäche und lipidsenkende Präparate als die am meisten verschriebenen Medikamente dieser Gruppe.

Ähnlich verhält es sich mit den Medikamenten für das alimentäre System und bei Stoffwechselerkrankungen. Diese verursachen mit 12,7% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und stellen 16,2% aller Tagesdosen. Auch hier sind chronische

Diagramm 1.19 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)



Erkrankungen (insbesondere Diabetes) bzw. Dauerbehandlungen (z.B. Säurehemmer) ursächlich für den hohen Anteil an den Verordnungen.

Arzneien, die am Nervensystem wirken, machen 14,9% aller Einzelverordnungen und 8,3% der Tagesdosen aus. Hier überlagern sich zwei Effekte. Zum einen umfasst diese Arzneimittelgruppe Schmerzmittel, die häufig eher kurzzeitig bei akuten Schmerzzuständen verschrieben werden. Zum anderen beinhaltet diese Kategorie aber auch Psychopharmaka, die tendenziell über einen längeren Zeitraum eingenommen werden.

Die Antiinfektiva gehören dagegen eher zu den Arzneien, die im Akutfall (z.B. bei Infektionen und Erkältungskrankheiten) eingesetzt werden. Diese Medikamente weisen damit zwar auch einen nennenswerten Anteil an den Verordnungen (7,5%) auf, ihr Anteil an den Tagesdosen bleibt aber eher gering (1,3%).

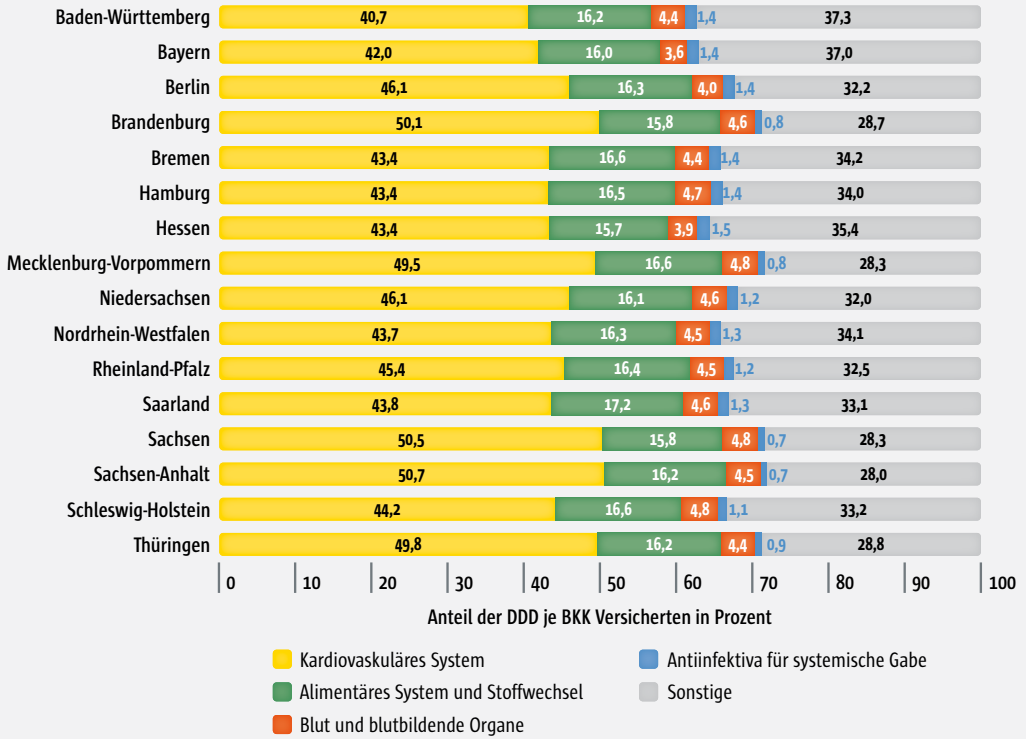
Arzneimittelverordnung nach Regionen

Der regionale Vergleich der Arzneimittelverordnungen (»» Diagramm 1.20) zeigt für einige ATC-Gruppen deutliche Unterschiede zwischen den Bundes-

ländern. Für die Herz-Kreislauf-Medikamente, als ATC-Gruppe mit der höchsten Zahl an verordneten Tagesdosen, findet sich das größte Verordnungsvolumen mit 319 DDD je BKK Versicherten in Sachsen-Anhalt, gefolgt von Sachsen (285 DDD), Mecklenburg-Vorpommern (264 DDD) und Brandenburg (254 DDD). Der Anteil an allen verordneten definierten Tagesdosen jeglicher Arzneimittelgruppe liegt in diesen Bundesländern damit bei 49,5% bis 50,7%. Die wenigsten Tagesdosen von Herz-Kreislauf-Medikamenten wurden demgegenüber in Baden-Württemberg (150 DDD je BKK Versicherten; 40,7% aller DDD) und Bayern (163 DDD; 42,0% aller DD) verordnet. Damit spiegelt sich an der medikamentösen Herz-Kreislauf-Therapie die unterschiedliche Altersstruktur der BKK Versicherten wieder (»» Diagramm 1.1). Ähnliche Unterschiede in den Verordnungsvolumina finden sich bei den Medikamenten für das alimentäre System und bei Stoffwechselerkrankungen sowie bei den Medikamenten der Gruppe Blut und blutbildende Organe (u.a. blutverdünnende Medikamente), die ebenfalls vorwiegend zur Behandlung chronischer Erkrankungen eingesetzt werden.

Anders verhält es sich bei den Antiinfektiva: Hier sind in allen östlichen Bundesländern die gering-

Diagramm 1.20 Arzneimittelverordnungen – Anteil der DDD je BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)



ten Verordnungsvolumina gemessen an definierten Tagesdosen zu verzeichnen. Je BKK Versicherten wurden in Sachsen und Brandenburg 4,0 DDD, Thüringen 4,3 DDD, und in Mecklenburg-Vorpommern sowie Sachsen-Anhalt 4,4 DDD verordnet, während Versicherte in Westdeutschland im Schnitt 5,3 bis 6,7 Tagesdosen erhielten. Ein Grund hierfür ist vermutlich, dass die ambulante Diagnose einer Atemwegserkrankung im Osten bei einem geringeren Anteil der Versicherten gestellt wird (» Kapitel 1.2) und somit Verordnungen von Antibiotika, wie sie z.B. bei bakteriellen Begleitinfektionen einer Grippe indiziert sind, weniger häufig vorgenommen werden. Damit weisen die Atemwegserkrankungen bei Betrachtung der ambulanten Diagnosen und Arzneimittelverordnungen eine andere regionale Verteilung auf als bei den Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit (» Diagramm 2.1 in Kapitel 2), wo in den öst-

lichen Bundesländern höhere Fehlzeiten zu verzeichnen sind. Die seltenere ambulante Diagnosestellung einer Atemwegserkrankung bei älteren Versicherten (» Kapitel 2.2) in Kombination mit einem höheren Durchschnittsalter in diesen Bundesländern ist möglicherweise für dieses Phänomen verantwortlich.

Insgesamt ist für die genannten ATC-Gruppen ein deutlicher Zusammenhang zwischen der regionalen Ausprägung der Arzneimittelversorgung und der Altersstruktur der BKK Versicherten in den Bundesländern zu konstatieren. Eine weitere Differenzierung anhand der dreistelligen ATC-Codes ist in » Kapitel 2.3 dargestellt.

Außerdem finden sich detaillierte Angaben zur Arzneimittelverordnung bei den Geschlechtern und in den verschiedenen Altersklassen und der Zusammenhang mit der sozialen Lage in » Kapitel 3.3.



Schwerpunkt Wissenschaft

Darmkrebs – Gibt es Hinweise auf regionale Unterschiede in der Häufigkeit und bei der Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie?

Ergebnisse des Zentrums für Krebsregisterdaten und des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut

Klaus Kraywinkel und Anne Starker
Robert Koch-Institut, Berlin

Einleitung

In Deutschland sind regionale Unterschiede in der Morbidität [1, 2] und Mortalität [3] für bestimmte Aspekte des Gesundheitsverhaltens [4] und der Gesundheitsversorgung [5, 6] bereits beschrieben worden. Auch bei den Neuerkrankungs- und Sterberaten für einige Krebserkrankungen zeigen sich regionale Ungleichheiten [7].

Die Beschreibung und Berücksichtigung regionaler Ungleichheiten ist sowohl für die Planung von Präventionsmaßnahmen als auch für die Bewertung von medizinischen Versorgungsstrukturen von besonderer Bedeutung, auch um Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden [8].

Deshalb widmet sich der vorliegende Beitrag der Betrachtung möglicher regionaler Unterschiede bei der Mortalität und Inzidenz von Darmkrebs. Darüber hinaus wird die Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie in verschiedenen Regionen Deutschlands untersucht.

Darmkrebs (Kolorektales Karzinom, ICD-10: C18–C21) ist in Deutschland die zweithäufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen und die dritthäufigste bei Männern [7]. Insgesamt erkrankten im Jahr 2010 62.430 Personen an Darmkrebs und 25.999 starben daran. Damit ist diese Krebserkrankung die dritthäufigste Krebstodesursache bei Frauen und die zweithäufigste bei Männern.

Zur Früherkennung von Krebs des Rektums und Dickdarms wird in Deutschland seit dem Jahr 2002 gesetzlich Versicherten ab einem Alter von 55 Jahren ergänzend zum chemischen Stuhltest (Guajak-Test) die Möglichkeit der Früherkennungskoloskopie angeboten [9]. Der Früherkennungskoloskopie wird ein

erhebliches Potenzial zur Reduktion der Krankheitslast an Darmkrebs zugesprochen [10]. Allerdings steht der Nachweis sinkender Neuerkrankungs- oder Sterberaten an Darmkrebs mittels randomisierter klinischer Studien noch aus [11].

Methoden

Die Daten zum epidemiologischen Krebsgeschehen in Deutschland werden vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) aus den epidemiologischen Landeskrebsregistern auf Bundesebene zusammengeführt. Ausgewertet wurden altersstandardisierte regionale Inzidenzraten für Darmkrebs (ICD-10: C18–C21) für die Jahre 2009–2011. Die Berechnung altersstandardisierter regionaler Mortalitätsraten für die Jahre 2010–2012 erfolgte auf Basis der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes. Für die Altersstandardisierung wurde jeweils die ‚Alte Europa-standardbevölkerung‘ verwendet.

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010) ist eine Querschnittsbefragung der erwachsenen, deutschsprachigen Wohnbevölkerung zu gesundheitlich wichtigen Fragestellungen, die jährlich durch verschiedene thematische Ergänzungen erweitert wird [12]. So wurden in GEDA 2010 die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (ab 55 Jahren) gefragt, ob bei ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt wurde und wenn ja, was der Anlass für die Durchführung einer Darmspiegelung gewesen war. Damit kann ermittelt werden, wie hoch der Anteil der Inanspruchnahme der Koloskopie als Früherkennungsuntersuchung ist. Eine regionale Darstellung der Daten ist möglich. Da die

Fallzahlen der Stichproben jedoch nicht ausreichen, um für alle Länder belastbare Aussagen zu treffen, werden einige Länder in Regionen zusammengefasst (Nielsen-Regionen) [13]. Mit Hilfe dieser Daten kann abgeschätzt werden, ob ggf. regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme deutlich werden. Zur besseren Vergleichbarkeit werden auch die regionalen Daten zum Krebsgeschehen nach Nielsen-Gebieten ausgewiesen.

Die Regionen werden wie folgt unterteilt: *Nord (West)*: Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen; *Nordrhein-Westfalen*: Nordrhein-Westfalen; *Mitte*: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland; *Baden-Württemberg*: Baden-Württemberg; *Bayern*: Bayern; *Ost (Nord)*: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und *Ost (Süd)*: Thüringen, Sachsen.

Ergebnisse

Regionale Unterschiede der Mortalität an Darmkrebs

Der Vergleich der Sterblichkeit an Darmkrebs über die Nielsen-Regionen im Zeitraum 2010 bis 2012 zeigt eine relativ geringe Streubreite ohne eindeutiges geografisches Muster (»» Abbildung 1). Auffallend ist vor

allem die unter dem bundesweiten Wert von 13,9/100.000 für Frauen bzw. 22,6/100.000 für Männer liegende Sterblichkeit in Baden-Württemberg. In den Regionen Nordrhein-Westfalen (Frauen) und Ost (Süd) ist die Mortalität an Darmkrebs am höchsten und liegt oberhalb der Werte für Deutschland.

Regionale Unterschiede der Inzidenz an Darmkrebs

Die Unterschiede zwischen den Regionen bei den beobachteten Neuerkrankungsraten an Darmkrebs liegen in einer ähnlichen Größenordnung wie bei den Sterberaten, wobei sich die bei der Sterblichkeit beobachteten Unterschiede nur teilweise widerspiegeln (»» Abbildung 2).

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die epidemiologischen Register in Deutschland teilweise noch unterschiedliche Grade der Erfassung aufweisen, sodass Unterschiede in einer Größenordnung bis etwa 10% auch von Untererfassung einzelner Register herrühren können. Für Baden-Württemberg liegen für den Beobachtungszeitraum aufgrund des bis zum Jahr 2012 noch im Aufbau befindlichen Registers noch keine belastbaren Daten zur Inzidenz vor.

Abbildung 1 Altersstandardisierte Sterberate Darmkrebs (C18–C21) je 100.000 Einwohner (alte Europastandardbevölkerung), nach Nielsen-Regionen in Deutschland 2010–2012. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, Berechnung des ZfKD

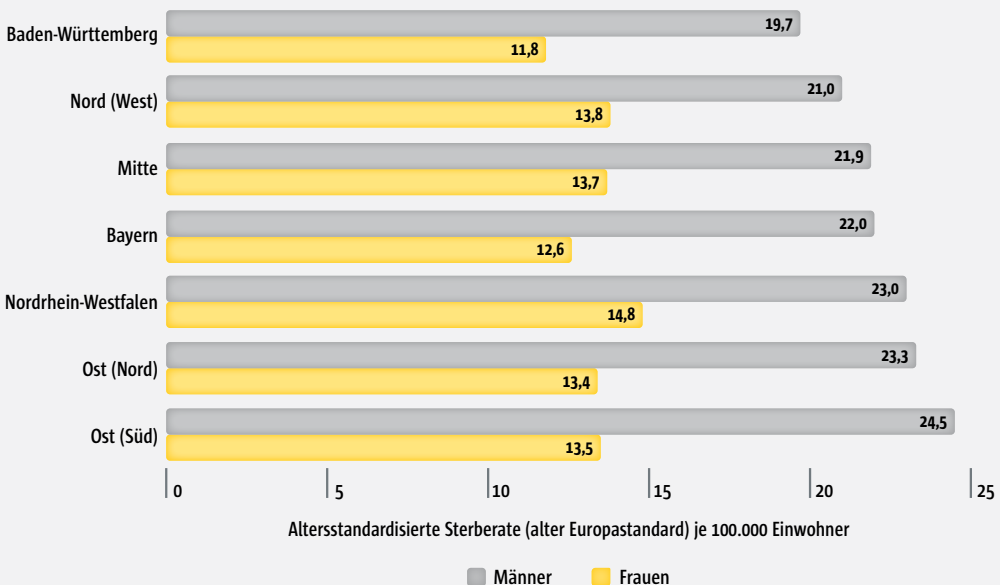
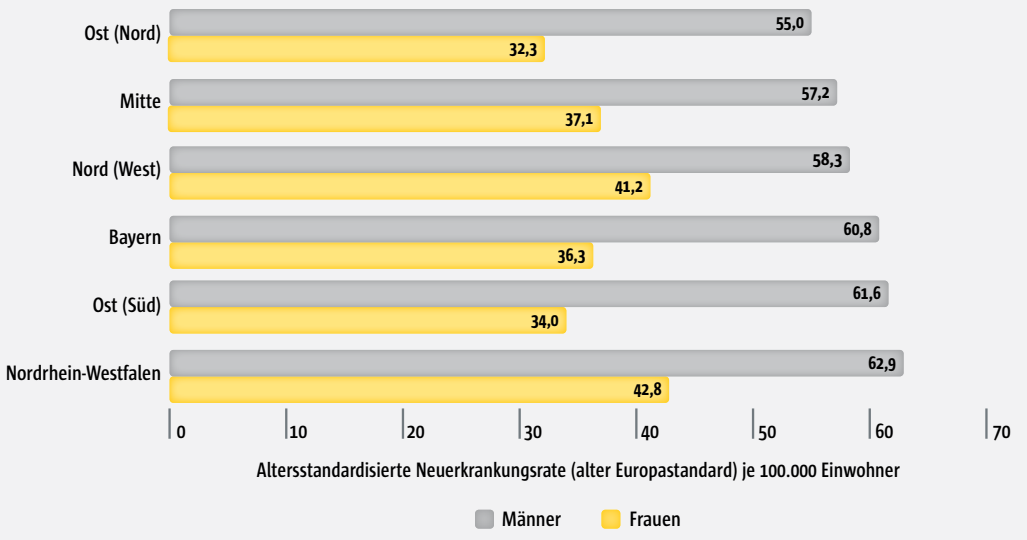


Abbildung 2 Altersstandardisierte Inzidenzrate Darmkrebs (C18–C21) je 100.000 Einwohner (alte Europastandardbevölkerung), nach Nielsen-Regionen in Deutschland 2009–2011. Quelle: Epidemiologische Krebsregister der Bundesländer, Berechnung des ZfKD



Regionale Variabilität im Vergleich zu anderen häufigen Krebserkrankungen

Wird die regionale Streuung verschiedener Krebserkrankungen anhand des Variationskoeffizienten betrachtet, zeigt sich, dass Darmkrebs bezüglich der Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit zu den Krebsarten mit eher geringer Variabilität zwischen den Regionen Deutschlands gehört. Deutlich höher sind die regionalen Unterschiede beispielsweise bei Lungen- und Magenkrebs sowie bei bösartigen Tumoren der Harnblase und ableitenden Harnwege (»» Abbildung 3).

Auch bei dieser Darstellung ist zu beachten, dass die Variabilität bei der Inzidenz zu einem gewissen Grad auch durch einen unterschiedlichen Erfassungsgrad der Register bedingt sein kann.

Zum Vergleich: Unterschiede der Krankheitslast an Darmkrebs innerhalb der Europäischen Union

Wird der regionale Vergleich auf die 28 Länder der Europäischen Union ausgeweitet, zeigt sich, dass die Sterblichkeit an Darmkrebs für den Zeitraum 2008–2010 für Deutschland bei Frauen etwa im Bereich des EU-Wertes liegt (D: 25,5/100.000, EU28: 25,2/100.000, altersstandardisiert nach EU-Standardbevölkerung, Revision 2012). Für Männer liegt die Sterblichkeit etwas niedriger als in der EU insgesamt (D: 40,2/100.000, EU28: 43,2/100.000) [14]. Unter den Nachbarländern

Deutschlands finden sich in der Schweiz bei beiden Geschlechtern niedrigere Sterberaten an Darmkrebs, in Dänemark (vor allem bei Frauen) sowie in Polen und Tschechien (vor allem bei Männern) dagegen höhere.

Innerhalb der Europäischen Union unterscheiden sich die altersstandardisierten Sterberaten an Darmkrebs teilweise um das 3- bis 4-Fache, wobei die höchsten Raten für beide Geschlechter aus Osteuropa (vor allem Ungarn), die niedrigsten aus Griechenland, Zypern und Finnland berichtet werden.

Beim Vergleich der Neuerkrankungsraten an Darmkrebs liegt Deutschland nach Schätzungen der Internationalen Agentur für Krebsforschung (engl. International Agency for Research on Cancer, IACR) im europäischen Mittelfeld. Die Unterschiede innerhalb Europas stellen sich ähnlich dar wie bei der Sterblichkeit [15].

Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie

In GEDA 2010 gaben von den anspruchsberechtigten Personen ab 55 Jahre 58,1% an, dass bei ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt wurde [12]. Bezogen auf alle Anspruchsberechtigten wurde die Koloskopie bei 23,8% im Rahmen der Krebsfrüherkennung durchgeführt. Bei der regionalen Auswertung zeigt sich kein eindeutiges regionales

Abbildung 3 Variationskoeffizient auf Ebene der Nielsen-Regionen für die altersstandardisierten Inzidenz- und Mortalitätsraten (alte Europastandardbevölkerung) häufiger Krebslokalisationen, für beide Geschlechter, wenn nicht anders angegeben. Quelle: Epidemiologische Krebsregister der Bundesländer, Berechnung des ZfKD

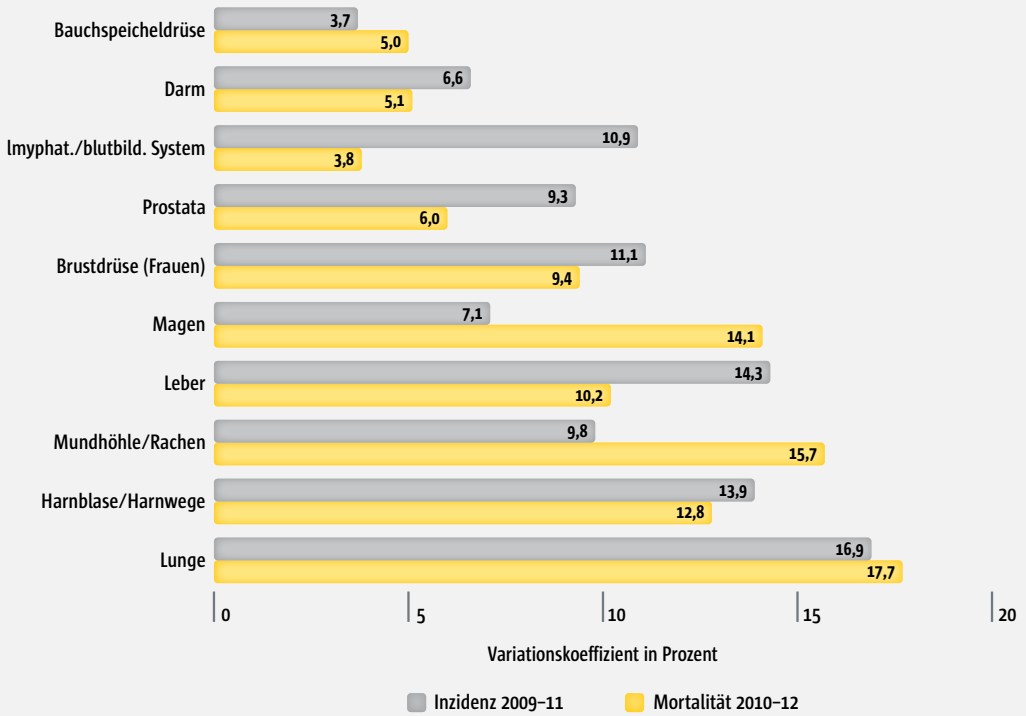


Tabelle 1 Inanspruchnahme der Früherkennungs-koloskopie (jemals), Angaben in Prozent der Befragten ab 55 Jahren, nach Geschlecht und Region. Quelle: Gesundheit in Deutschland aktuell 2010, Robert Koch-Institut

Region	Männer	Frauen
Nordrhein-Westfalen	24,7	22,4
Ost (Süd)	19,1	15,1
Ost (Nord)	27,1	27,0
Mitte	26,0	17,3
Nord (West)	32,0	19,5
Bayern	26,1	23,5
Baden-Württemberg	28,5	24,6

Muster (»»» Tabelle 1). In der Region Ost (Süd) mit den Ländern Thüringen und Sachsen ist der Anteil der Frauen und Männer, die eine Koloskopie im Rahmen

der Früherkennung in Anspruch genommen haben, am geringsten, bei Frauen in der Region Ost (Nord), bei den Männern in der Region Nord (West) am höchsten. Auffallend ist außerdem der große Geschlechterunterschied in der Region Nord (West).

Diskussion und Fazit

Im Vergleich zu anderen Krebsarten, wie zum Beispiel Lungenkrebs, erscheinen die regionalen Unterschiede der Krankheitslast durch Darmkrebs (Mortalität und Inzidenz) in Deutschland eher gering. Innerhalb Europas zeigt sich zudem eine deutlich höhere Variabilität mit hoher Krankheitslast vor allem in Osteuropa. Als Ursachen für regionale Unterschiede werden in erster Linie Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum diskutiert, die als Risikofaktoren für Darmkrebs gelten. Beispielsweise zeigen regionale Auswertungen für Deutschland eine deutliche Varianz der Rauchquoten zwischen den Kreisen [4]. Innerhalb Europas

könnten auch unterschiedliche genetische Risiken [16] eine gewisse Rolle spielen.

Die hier vorgestellten regionalen Ergebnisse zur Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie in Deutschland ergeben derzeit noch kein eindeutiges Bild. Die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) für das Jahr 2008 publizierten Zahlen, die ein gewisses Nord-Süd-Gefälle zeigten [17], ließen sich in den Befragungsdaten des RKI nur teilweise reproduzieren. Gründe hierfür können sowohl in Unterschieden in der Methodik als auch im unterschiedlichen zeitlichen Bezug liegen. Bereits publizierte Befunde aus Abrechnungsdaten über einen längeren Zeitraum (2008–2011) sprechen allerdings für deutlichere Unterschiede auf kleinräumiger Ebene [18].

Es sind inzwischen verschiedene Faktoren bekannt, die das Teilnahmeverhalten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beeinflussen können. Die Gründe dafür, warum nicht alle Anspruchsberechtigten von den Angeboten der Krebsfrüherkennung gleich gut erreicht werden, können sowohl auf Seiten der Leistungsanbieter als auch bei den Anspruchsberechtigten liegen. Sie betreffen die Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität von Informationen, die Struktur und Organisation der Untersuchungen und nicht zuletzt sozioökonomische Faktoren und die persönlichen Einstellungen zur Krebsfrüherkennung [12, 19, 20].

Grundsätzlich wäre zu erwarten, dass sich regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen langfristig auch in den regionalen Inzidenz- bzw. Mortalitätsraten widerspiegeln. Dies gilt insbesondere für die Koloskopie, der neben der Früherkennung invasiver Karzinome durch die Entfernung von Adenomen ein hohes Potenzial für die Reduktion der Krankheitslast von Darmkrebs zugesprochen wird [10].

Nach einer Zwischenbilanz aus dem Jahr 2010 wurde errechnet, dass trotz relativ geringer Teilnehmeraten zwischen 2003 und 2010 durch die Früherkennungskoloskopie in Deutschland bereits annähernd 99.000 Darmkrebsfälle durch Entfernung fortgeschrittener Adenome verhindert wurden. Außerdem liegt die geschätzte Zahl der Erkrankungsfälle, die zwischen 2003 und 2010 bei einer Früherkennungskoloskopie entdeckt wurden, bei etwa 47.000 [10]. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Zahl der verhinderten Erkrankungsfälle sich auf den Zeitraum der durchgeführten Koloskopien bezieht, nicht auf die Diagnosejahre. Der größte Teil der durch Entfernung fortgeschrittener Adenome bis zum Jahr 2010 verhinderten Karzinome wäre aber

erst nach dem Jahr 2015, im Median etwa zehn Jahre nach der Koloskopie, klinisch manifest geworden. Auf der anderen Seite dürfte die Koloskopie, wie alle Früherkennungsmaßnahmen, durch das Vorziehen der Diagnosezeitpunkts, aber auch durch die Entdeckung eines gewissen Anteils klinisch ansonsten unbemerkt gebliebener Karzinome gerade in der ersten Phase nach Einführung der Maßnahme auch zu einem Anstieg der Inzidenz führen.

Insgesamt kann zwar davon ausgegangen werden, dass die Einführung der Koloskopie zu dem seit einigen Jahren beobachtbaren Inzidenzrückgang beim Darmkrebs in Deutschland beigetragen hat [7]. Allerdings wäre der Effekt noch zu gering, um sich bei den derzeit beobachteten Unterschieden bei der Inanspruchnahme bereits in den regionalen Inzidenzraten widerzuspiegeln.

Erst recht gilt dies für die Mortalität: Bei einem medianen Überleben von derzeit mehr als 5 Jahren nach Diagnose eines kolorektalen Karzinoms wäre ein messbarer Rückgang der Sterblichkeit an Darmkrebs durch die Früherkennungskoloskopie mit hoher Wahrscheinlichkeit bis heute noch nicht zu erwarten.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse, aber auch aus theoretischen Erwägungen (u. a. der Latenz zwischen Einführung der Koloskopie und Messbarkeit protektiver Effekte) lässt sich der Einfluss regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme der Früherkennungskoloskopie auf regionale Inzidenz- und Mortalitätsraten beim Darmkrebs derzeit noch nicht abschätzen. Inwieweit sich regionale Unterschiede in der Teilnahmebereitschaft tatsächlich in regionalen Inzidenz- und Mortalitätsraten widerspiegeln, wird sich daher erst in einigen Jahren zeigen lassen. Wahrscheinlich wären dann allerdings eher kleinräumige Analysen, also ein Vergleich der Erkrankungs- und Sterberaten in Kreisen mit stabil hoher und niedriger Teilnahmebereitschaft sinnvoll.

Es wird allerdings zu berücksichtigen sein, dass neben der Teilnahmebereitschaft am Screening auch Unterschiede beim Lebensstil, insbesondere der Ernährung, zu regionalen Unterschieden in der Krankheitslast beitragen, worauf nicht zuletzt die deutlichen Unterschiede innerhalb der EU hindeuten. Wenn beide Faktoren aber miteinander assoziiert sind, also z. B. Menschen mit gesünderem Lebensstil auch häufiger am Screening teilnehmen, lassen sich die Einflüsse beider Faktoren über rein regionale Vergleiche kaum trennen. Für eine echte Ergebnisevaluation eines organisierten, qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms, zu dem sich das Darmkrebscreening nach dem Krebsfrüherken-

nungs- und -registergesetz (KFRG) [21] in den nächsten Jahren entwickeln soll, wären somit komplexere Studiendesigns notwendig. Diese sollten idealerweise auch die direkte Verknüpfung von Screening- und Krebsregisterdaten beinhalten.

Literatur

1. Repschläger U. Verteilung von Morbidität in Deutschland: Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der 80 Krankheiten des Risikostrukturausgleichs. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.). Gesundheitswesen aktuell 2011: Beiträge und Analysen. Düsseldorf: BARMER GEK, 2011, S. 170–193
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.). 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 2009
3. Gaber E, Wildner M. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 52. Berlin: Robert Koch-Institut, 2011
4. Kroll LE, Lampert T. Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren: Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2011; 55(1): 129–140
5. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Versorgungsatlas. www.versorgungsatlas.de (Zugriff am 01.07.2014)
6. Bertelsmann Stiftung. Faktencheck Gesundheit > Fakten zum Gesundheitswesen > Regionale Unterschiede. <https://faktencheck-gesundheit.de/die-faktenchecks/faktencheck-regionale-unterschiede/> (Zugriff am 01.07.2014)
7. Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Krebs in Deutschland 2009/2010. Berlin, 9/2013
8. Nolting H-D, Zich K, Deckenbach B. Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2011
9. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/> (Zugriff am 31.07.2014)
10. Brenner H, Altenhofen L, Hoffmeister M. Zwischenbilanz der Früherkennungskoloskopie nach acht Jahren: Eine Hochrechnung und erste Ergebnisse. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(43): 753–759
11. Brüchert T, Giersiepen K. Darmkrebsvorsorge: Angebot sollte reformiert werden. Die Intension der Darmkrebsvorsorge gemäß Nationalem Krebsplan bietet eine einmalige Gelegenheit, das Screening dem derzeitigen Evidenzstand anzupassen. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(1–2): A19-A22+A14
12. Starker A, Bertz J, Saß AC. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2012, S. 27–38
13. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Berlin: RKI, 2012
14. EUROSTAT. Todesursachen – standardisierte Sterbeziffer je 100 000 Einwohner: Bösartige Neubildung des Kolons, am Rectosigmoidübergang, des Rektums, des Anus und des Anuskanals (C18–C21). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/causes_death/data/database (Zugriff am 25.07.2014)
15. International Agency for Research on Cancer (IACR). Globocan 2012. <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx> (Zugriff am 30.07.2014)
16. Pox C, Aretz S, Bischoff SC. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom Version 1.0 – Juni 2013 AWMF-Registernummer: 021/007OL Zeitschrift für Gastroenterologie 2013; 51(8): 753–854
17. Riens B, Schäfer M, Altenhofen L. Teilnahmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2011
18. Vogt V, Siegel M, Sundmacher L. Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany. Social Science & Medicine 2014; 110: 74–80
19. Rückinger S, Von Kries R, Pauli S, Mielck A. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen wird in Regionen mit niedrigerem Haushaltseinkommen seltener in Anspruch genommen – Analyse von Daten der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gesundheitswesen 2008; 70(7): 393–397
20. Horch K, Ryl L, Hintzpetzer B. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. GBE kompakt 2(2). www.gbe-kompakt.de (Zugriff am 07.04.2011)
21. Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG). Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2013, Teil I Nr. 16 vom 08.04.2013, S. 617

Ärztedichte: Bedarfsplanung plant am Bedarf vorbei

Uwe Schwenk

Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Der vorliegende Artikel fasst Vorgehen und Ergebnisse des Faktenchecks Ärztedichte zusammen, den die Bertelsmann Stiftung in Zusammenarbeit mit dem IGES Institut im Juli 2014 veröffentlicht hat (siehe www.faktencheck-ärztgedichte.de). Ziel der Untersuchung war es, zu überprüfen, inwieweit die reformierte ambulante Bedarfsplanung der politischen Intention des Versorgungsstrukturgesetzes gerecht wird.

Problemlage und Fragestellung

Betrachtet man die Gesamtzahl der Ärzte, dann können Patienten in Deutschland zufrieden sein, denn die Ärztedichte ist im Bundesdurchschnitt relativ hoch. Mit 3,8 praktizierenden Ärzten pro 1.000 Einwohnern liegt sie im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern im oberen Drittel. Nur in Österreich praktizierten 2011 deutlich mehr Ärzte im Verhältnis zur Bevölkerung (4,8 praktizierende Ärzte pro 1.000 Einwohner), während die Ärztedichte beispielsweise in Frankreich, Belgien und im Vereinigten Königreich geringer war.

Damit jeder Patient einen angemessenen Zugang zu Ärzten hat, kommt es neben der Gesamtzahl vor allem auf die regionale Verteilung an. So wird zunehmend beklagt, dass das Angebot an Ärzten nicht überall in Deutschland dem regionalen Versorgungsbedarf entspricht – nicht nur das faktische, auch das geplante. Vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in sozial benachteiligten Bezirken großer Städte ist die (geplante) Ärztedichte häufig deutlich geringer als in sogenannten attraktiven Wohngebieten [1]. Entsprechend steigt die Unzufriedenheit der Patienten außerhalb der Kernstädte [2].

Es steht zu befürchten, dass sich die derzeitigen regionalen Unterschiede bei den ambulanten Versorgungsangeboten noch verschärfen werden. Durch den demografischen Wandel und aufgrund von Praxisaufgaben droht gerade auf dem Land ein Ärztemangel. Mit dem „Landärztegesetz“ (Versorgungsstrukturgesetz), das 2012 in Kraft trat, wurde daher

eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung angestoßen. Erklärte Zielsetzung der Gesetzesinitiative war es, durch mehr Bedarfsorientierung in der räumlichen Zuweisung von Arztsitzen auch in Zukunft eine gute und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Der Gemeinsame Bundesausschuss aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen hat daraufhin die Bedarfsplanungsrichtlinie erneuert; sie gilt seit dem Jahr 2013. Der Faktencheck Ärztedichte ging der Frage nach, welche Fortschritte damit erzielt wurden.

Vorgehen

Um festzustellen, wie gut die offizielle Bedarfsplanung den Erfordernissen einer Region entspricht, wurde für jede Region ein Bedarfsindex (Soll = relativer Bedarf) ermittelt und dieser mit den aktuell vorhandenen (Ist) und den geplanten Arztsitzen (Plan) verglichen. Dabei wurden mehrere Faktoren berücksichtigt: Alter, Geschlecht, wirtschaftlich-soziale Struktur und Morbidität [3]. Auf diese Weise lässt sich z.B. einer überdurchschnittlich hohen Zahl an Pflegebedürftigen in einer Region ein entsprechend höherer Bedarf an Ärzten, also eine höhere geplante Ärztedichte, zuordnen [4].

Folgende Datenquellen wurden dazu ausgewertet:

- das geschlechterspezifische Durchschnittsalter [5]
- die regionale Arbeitslosenquote [6]
- die Haushaltseinkommen je Einwohner [7]
- die Zahl der Pflegebedürftigen je Einwohner [8]
- die standardisierte Mortalitätsrate [9]
- Versorgungsprofile aus dem Risikostrukturausgleich der Krankenkassen, differenziert nach Alter und Geschlecht [10]

Der Bedarfsindex dient als Referenzgröße primär zu Vergleichszwecken. Als relatives Maß stellt er zudem

lediglich auf das aktuelle Anforderungsprofil ab. Wie sich die Versorgungsbedarfe in Zukunft entwickeln, ist ebenso wie bei der offiziellen Bedarfsplanung nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse des Vergleichs wurden kartografisch abgebildet. Hohe Rotanteile symbolisieren „Unterversorgung“, hohe Blauanteile stehen für „Übersversorgung“.

Ergebnisse

Die neu gestaltete Bedarfsplanung verbessert die Situation nur bezüglich der hausärztlichen Versorgung. Hier stimmen regionaler Bedarf und geplante Ärztedichte künftig deutlich besser überein als bisher, wenngleich es in vielen Regionen weiterhin zu Abweichungen kommt. Dagegen ändert sich bei Fachärzten, die wohnortnah verfügbar sein sollten wie Kinder-, Frauen- und Augenärzte, an der regionalen Verteilung nahezu nichts. Das Stadt-Land-Gefälle bleibt in seinem Grundmuster erhalten (Abbildung 1), für Ballungsräume wird weiterhin eine höhere Ärztedichte angestrebt.

Kinderärzte: Unterschiede in der regionalen Verteilung werden verschärft

Derzeit befindet sich knapp ein Drittel der Kinderarztpraxen in Großstädten, obwohl nur ein Viertel aller Kinder dort lebt. Diese ungleiche Verteilung bleibt auch nach der veränderten Planung bestehen, da weiterhin davon ausgegangen wird, dass Städte das Umland mitversorgen. Für die Kinderärzte heißt das konkret, dass in einer Großstadt ein Kinderarzt

offiziell nur 2.405 Kinder zu versorgen hat, in ländlichen Regionen dagegen 3.859 Kinder, also rund 60% mehr – unabhängig vom tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf.

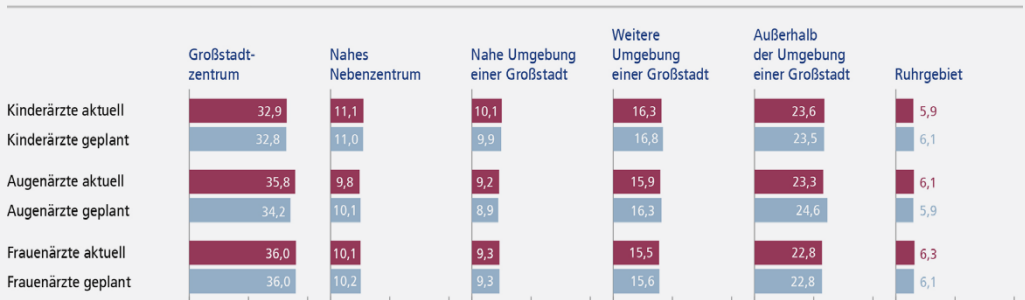
Während die aktuelle Planung der Kinderarztsitze sich auf die gesamte Bevölkerung bezieht, wird die neu gestaltete Planung nur noch die Bevölkerung unter 18 Jahren berücksichtigen. Zwischen verschiedenen Altersgruppen der Kinder wird nicht unterschieden, obwohl kleine Kinder sicherlich häufiger einen Kinderarzt beanspruchen als z.B. Teenager. In der Folge sinkt die geplante Gesamtzahl der Kinderärzte im bundesweiten Durchschnitt um 24,3% gegenüber heute. Einige Regionen, die heute noch als bedarfsgerecht versorgt gelten, werden zu unterversorgten Regionen (Abbildung 2). Vor allem in Ostdeutschland (außer Berlin) und im Osten von Niedersachsen verschlechtert sich die Situation, so dass die geplante Ärztedichte hier deutlich geringer ist als der relative Bedarf. Im Gegensatz dazu zeigen die Bundesländer Bayern, aber vor allem Baden-Württemberg den gegenteiligen Befund: Die Ärztedichte steigt hier in vielen Kreisen im Vergleich zum relativen Bedarf noch weiter an.

Frauenärzte: Regionale Ungleichgewichte werden fortgeschrieben

Nach der oben beschriebenen Methode weicht aktuell in mehr als 80% aller Regionen die Zahl der vorhandenen Frauenärzte vom rechnerischen Bedarf ab: Einerseits konzentrieren sich Frauenärzte in Großstädten, andererseits fehlen sie in kleineren Städten und ländlichen Gegenden. Durch die verän-

Abbildung 1 Ärzteverteilung nach Regionstypen

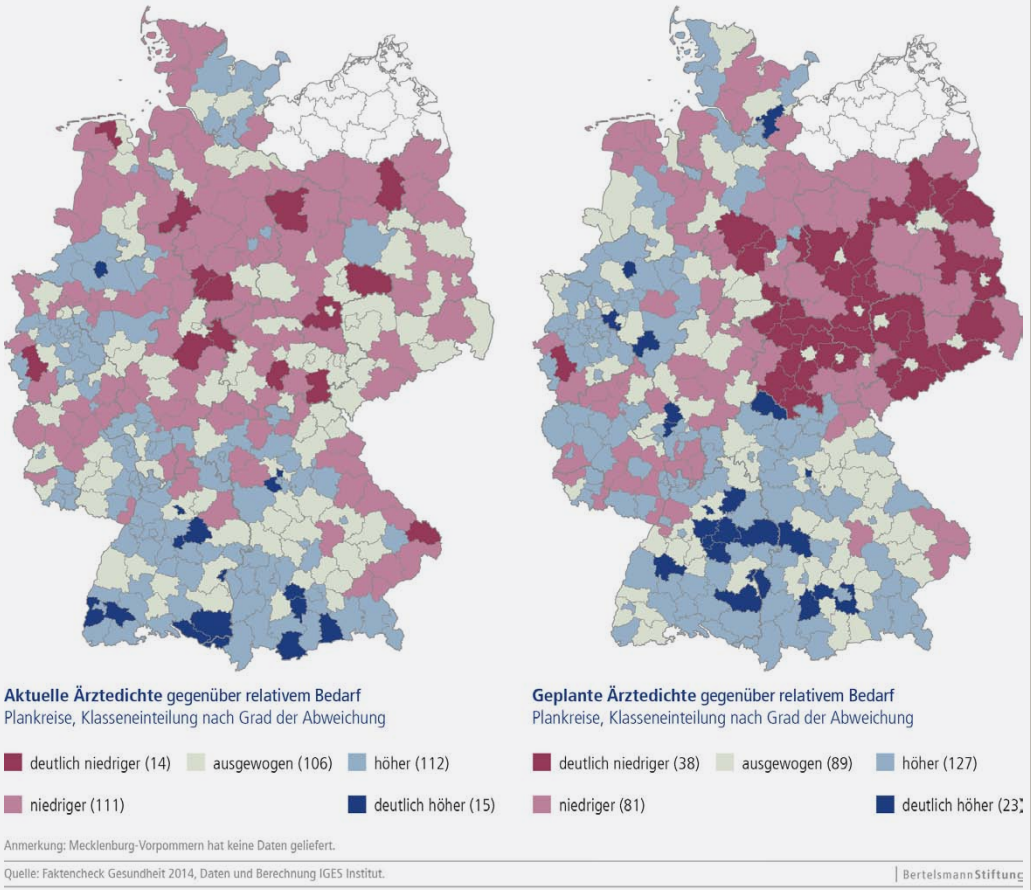
Ärzteverteilung nach Regionstypen (in Prozent)



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014.

BertelsmannStiftung

Abbildung 2 Versorgungsdichte mit Kinderärzten gegenüber relativem Bedarf
Kinderärztedichte



derte Planung bleiben die Ungleichgewichte bestehen. Auch hier wird davon ausgegangen, dass Städte das Umland mitversorgen. In einigen Regionen verstärkt sich sogar die Abweichung vom Bundesdurchschnitt. Vor allem in Ostdeutschland verschlechtert sich die Situation. Hier verschärft sich die Tendenz zur „Unterversorgung“, während in einigen westdeutschen Regionen eine gegenteilige Entwicklung zu beobachten ist: Nach der aktuellen Planung steigt die Ärztedichte im Verhältnis zum Bedarf sogar noch weiter an. Als problematisch ist ferner zu bewerten, dass die Planung auf aktuellen Daten zur Inanspruchnahme beruht. Dadurch werden gegebenenfalls vorhandene Versorgungsdefizite in die Zukunft fortgeschrieben.

Augenärzte: leichte Verbesserungen bei der Bedarfsorientierung

Auch bei den Augenärzten kann man ein Ost-West-Muster erkennen, wenn auch weniger prägnant. Während die Abdeckung in Ostdeutschland vergleichsweise schlecht ist, zeigt sich im Rest der Republik ein eher gemischtes Bild. Insgesamt weicht das Angebot in 72,9% aller Regionen vom Bedarf ab. Wie auch bei den anderen betrachteten Facharztgruppen zeigt sich eine räumliche Konzentration in den Großstädten. Nur ein Viertel aller Augenärzte haben ihren Sitz in ländlichen Gegenden. Daran ändert auch die modifizierte Bedarfsplanung nichts: Das Stadt-Land-Gefälle bleibt auch bei einer detail-

lierteren Betrachtung nahezu konstant. Eine Verbesserung wird hingegen dadurch erzielt, dass die Über-65-Jährigen, deren augenärztlicher Versorgungsbedarf besonders hoch ist, in der neuen Planung deutlich stärker berücksichtigt werden. Durch diese Änderung sinkt der Anteil der nicht bedarfsgerecht versorgten Regionen um 6,4 Prozentpunkte auf 66,5%. Unterm Strich kann konstatiert werden, dass der erweiterte Demografiefaktor in der neuen Bedarfsplanung für Augenärzte eine stärkere Bedarfsorientierung bewirkt. Die Verbesserungen sind signifikant, wenngleich nicht zufriedenstellend.

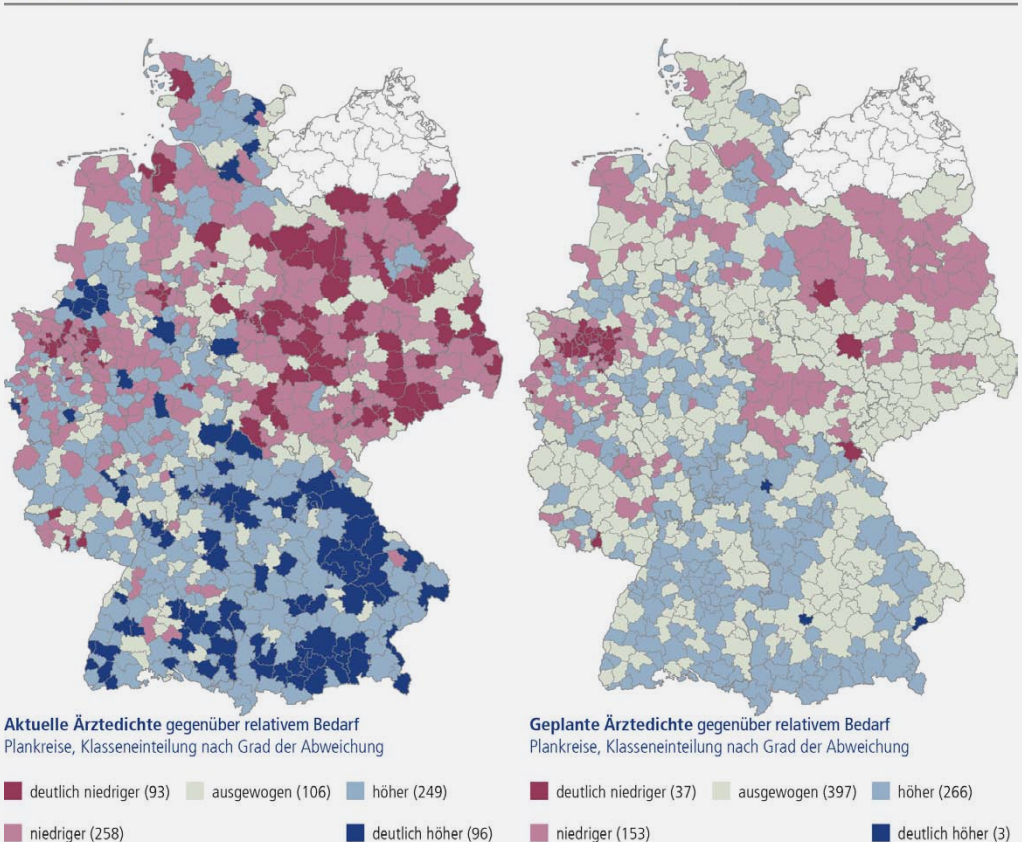
Hausärzte: Die regionale Verteilung wird bedarfsgerechter

Derzeit kann die Bedarfsplanung für die Hausärzte nur in rund 20% der Regionen als bedarfsgerecht gelten. In etwa 80% der Regionen stimmt der ärztliche Versorgungsgrad nicht mit dem Versorgungsbedarf überein. Neben dem für ganz Deutschland typischen West-Ost-Gefälle ist in den alten Bundesländern eine Ungleichverteilung zu Lasten des Nordens zu beobachten. Während in vielen Regionen Niedersachsens die Ärztedichte vergleichsweise niedrig ausfällt, gibt es in weiten Teilen Bayerns eine Tendenz zur Überversorgung (»» Abbildung 3).

Durch die neue Planung sinkt die Zahl der Regionen, in denen das Versorgungsangebot vom Versor-

Abbildung 3 Versorgungsdichte mit Hausärzten gegenüber relativem Bedarf

Hausärztedichte



Anmerkung: Mecklenburg-Vorpommern hat keine Daten geliefert.

Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten und Berechnung IGES Institut.

BertelsmannStiftung

gungsbedarf abweicht, auf etwa 53% – sofern es gelingt, freie Arztsitze in unterversorgten Regionen tatsächlich zu besetzen und Überversorgung abzubauen. Diese deutliche Verbesserung kann im Wesentlichen auf zwei Punkte zurückgeführt werden: Für die zahlenmäßige Bestimmung der Arztsitze wurde erstmals eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl festgelegt: 1.671 Einwohner je Hausarzt. Zweitens wurden die Planungsregionen verkleinert – die Hausärzte werden gemäß der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie der kleinsten Planungseinheit, d.h. den 878 Mittelbereichen zugeordnet. Trotz der Fortschritte hin zu einer stärkeren Bedarfsorientierung entspricht die Abdeckung mit Hausärzten für knapp die Hälfte aller Planungsregionen nicht dem Bedarf. Die bestehenden Ungleichgewichte werden lediglich abgemildert.

Fazit und Ausblick

Es ist ein wichtiger Anspruch unseres Gesundheitssystems, dass jeder Patient in Deutschland einen guten Zugang zu einem Arzt seiner Wahl haben soll. Vergleicht man die Zielgenauigkeit der bisherigen und der neuen Planung der Kinder-, Frauen-, Augen- und Hausarztsitze auf Basis der relevanten Bedarfsindikatoren (Alter, Geschlecht, Arbeitslosenquote, Einkommen, Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit), resultieren aus der Reform der Bedarfsplanung allenfalls graduelle Verbesserungen. Eindeutige Fortschritte lassen sich lediglich für die hausärztliche Versorgung ausmachen.

Um auch bei den betrachteten hausarzneifachgruppen eine höhere Bedarfsorientierung zu erreichen, müsste der Zuschnitt der Zulassungsregionen ebenfalls kleinräumiger gefasst und die angestrebten Verhältniszahlen einheitlich festgesetzt oder zumindest angeglichen werden, statt wie bisher nach Regionstyp zu differenzieren. Darüber hinaus ergeben sich folgende Forderungen:

- stärkere Berücksichtigung morbiditätsbezogener Faktoren der regionalen Bevölkerung, z.B. Sterblichkeit und Pflegebedürftigkeit
- stärkere Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren der regionalen Bevölkerung, z.B. Arbeitslosigkeit und Einkommenssituation
- Planung auf Basis der zukünftigen demografischen Bevölkerungsentwicklung der Regionen

- konkrete Planungsziele für unterschiedliche, klar definierte Zeiträume, z.B. für die kommenden fünf, zehn, fünfzehn und zwanzig Jahre
- Korrekturmechanismen beim Nichterreichen von Planzielen

Die Reform der Bedarfsplanung weist im Ansatz in die richtige Richtung, doch sie springt in der konkreten Umsetzung methodisch zu kurz. Was davon später Realität wird, steht noch mal auf einem ganz anderen Blatt.

Literatur

1. Sundmacher L, Ozegowski S. Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheitswesen* 2012; 74(10): 618–26
2. Böcken J, Braun B, Repschläger U. *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2012
3. Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A, Schwinger A. Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V. Berlin, 2012 http://www.iges.de/presse07/pressearchiv/pressemeldungen_2012/bedarfsplanung/e12722/infoboxContent12725/IGESInstitut_GutachtenzurNeuordnungderärztlichenBedarfsplanung_Mai2012_ger.pdf (Zugriff am 03.11.2014)
4. Stillfried D, Czihal T. Regionale Besonderheiten – Möglichkeiten der Berücksichtigung regionaler Risikoindikatoren in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen. 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung am 01. Oktober 2010 in Köln
5. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Zensus 2011. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. 2011
6. INKAR (2011). Regionale Arbeitslosenquote. INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
7. INKAR (2010). Haushaltseinkommen. INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)
8. Statistisches Bundesamt (2011). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Pflegestatistik 2011. Hrsg. Statistisches Bundesamt
9. Statistisches Bundesamt (2011). Sterbetafel Deutschland 2009/11. Statistisches Bundesamt
10. Bundesversicherungsamt (2012). Datenmeldungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung – Altersausgabenprofile nach Geschlecht. <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich> (Zugriff am 03.11.2014)

Regionale Unterschiede in der Langzeitpflege

Heinz Rothgang, Rolf Müller und Rainer Unger
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Einleitung

Im Dezember 2011 waren in Deutschland 2,5 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI [1, S. 5]. Diese Zahl wird auch in den nächsten vier Dekaden weiter steigen. Das Ausmaß der Zunahme der Fallzahlen hängt dabei insbesondere davon ab, wie sich die Pflegeprävalenzen, also die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten, im Zeitverlauf entwickeln. Seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 sind diese Quoten bemerkenswert konstant geblieben [2, S. 75f.]. Unter der Annahme auch in Zukunft konstanter Pflegeprävalenzen erwartet das Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2050 einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 4,5 Mio. [3, S. 29f.]. Um zu beurteilen, wie relevant Pflegebedürftigkeit für die Bevölkerung ist, sind die Lebenszeitprävalenzen, die Antwort auf die Frage geben, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden, noch wichtiger. Hier zeigt sich, dass bereits heute jeder zweite Mann und zwei von drei Frauen pflegebedürftig werden [2, S. 169ff.]. Angesichts dieser Zahlen kann kein Zweifel daran bestehen, dass Pflegebedürftigkeit bereits heute und mehr noch in der Zukunft ein Thema ist, das jeden betrifft und deshalb von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung ist. Wie auch in anderen Bereichen des Krankheitsgeschehens und der Versorgung sind dabei regionale Unterschiede bemerkenswert ausgeprägt. Wie stellen sich diese Unterschiede in Bezug auf Pflegeprävalenzen und Versorgung dar? Und wie werden sie sich in Zukunft entwickeln, wenn nicht gegengesteuert wird? Diesen Fragen geht der nachfolgende Beitrag nach.

Regionale Unterschiede in den Pflegeprävalenzen

Wird die Zahl der Pflegebedürftigen zur Bevölkerung der entsprechenden Region in Relation gesetzt, zeigen sich in den Regionalauswertungen des Statisti-

schen Bundesamtes zum Jahresende 2011 hohe Pflegeprävalenzen insbesondere in Teilen Mecklenburg-Vorpommerns, Brandenburgs, aber auch in Hessen, dagegen niedrige Prävalenzen in großen Teilen Baden-Württembergs und Bayerns [4]. Ein wesentlicher Grund für diese Unterschiede liegt in der Altersstruktur. So korreliert auf Ebene von 409 Kreisen und kreisfreien Städten der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung hoch mit dem Anteil der 75-Jährigen an der Bevölkerung ($r^2 = 0,36$). Gut ein Drittel der Varianz in den Pflegeprävalenzen lässt sich demnach allein mit dem Anteil der Hochaltrigen (hier: 75 Jahre und älter) erklären. Wird die Altersstruktur kontrolliert, ändert sich die regionale Verteilung. Das zeigt der Vergleich der **III** Abbildungen 1 und 2. In **III** Abbildung 1 sind die tatsächlichen Pflegeprävalenzen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für Ende 2009 angegeben. In **III** Abbildung 2 sind dann die Pflegeprävalenzen angegeben, die sich ergeben, wenn die Bevölkerung aller Kreise und kreisfreien Städte – kontrafaktisch – auf die bundesweite Bevölkerung des Jahres 2009 standardisiert wird, also so getan wird, als hätten alle Kommunen die gleiche Altersstruktur. Wie **III** Abbildung 2 zeigt, steigen die Prävalenzen insbesondere in Teilen Mecklenburg-Vorpommerns, aber auch in einzelnen Regionen etwa in Niedersachsen, während sich die hohen Werte insbesondere in Hessen deutlich reduzieren, wenn die Altersstruktur kontrolliert wird und damit nur die altersspezifischen Prävalenzen abgebildet werden. Dennoch verbleiben auch bei Kontrolle der Altersstruktur noch erhebliche regionale Unterschiede bestehen. Worauf sind diese zurückzuführen? Entsprechende Arbeiten mit Kassendaten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, insbesondere von Alter, Geschlecht (in **III** Abbildung 2 jeweils kontrolliert), Vorerkrankungen, hier insbesondere dem Vorliegen chronischer Erkrankungen, und der sozialen Lage abhängt [5, S. 132ff.; 6]. Die soziale Lage ist anhand der Routinedaten der Kassen nur schlecht rekonstru-

Abbildung 1 Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt – Jahresende 2009. Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Pflegestatistik 2009 und der regionalen Bevölkerungsfortschreibung der Bertelsmann Stiftung

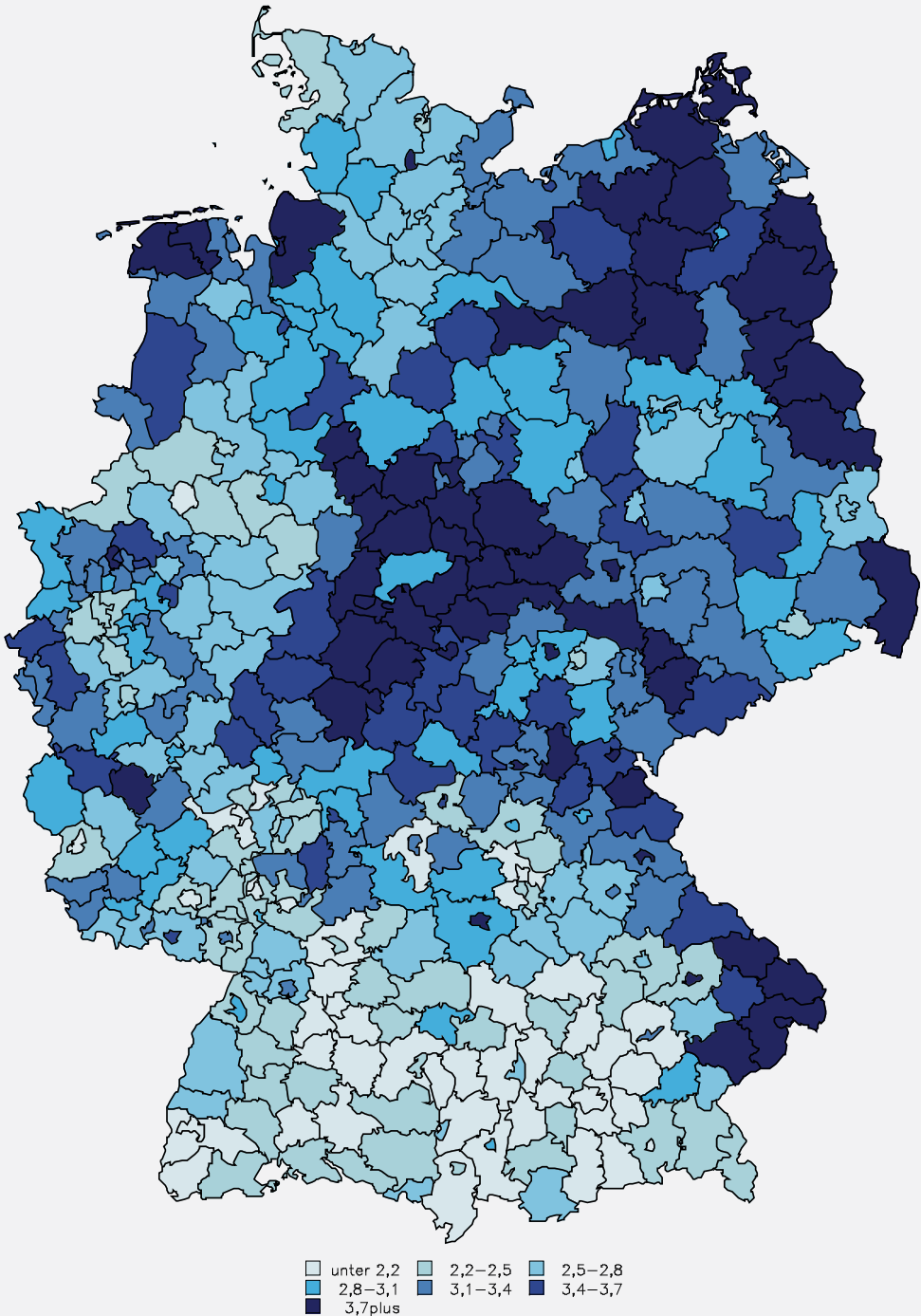


Abbildung 2 Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Bundesbevölkerung vom 31.12.2009. Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Pflegestatistik 2009 und der regionalen Bevölkerungsforschreibung der Bertelsmann Stiftung

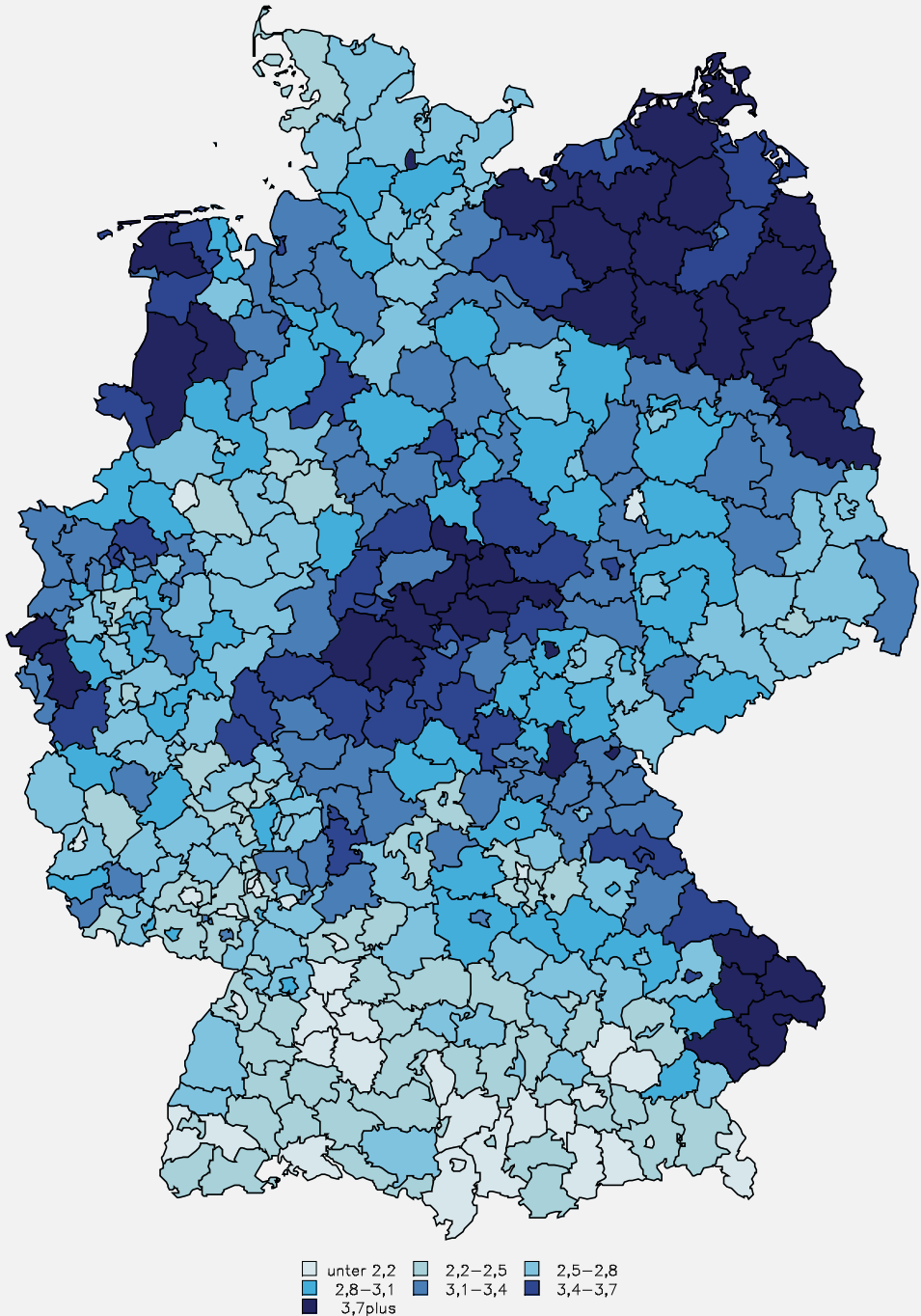
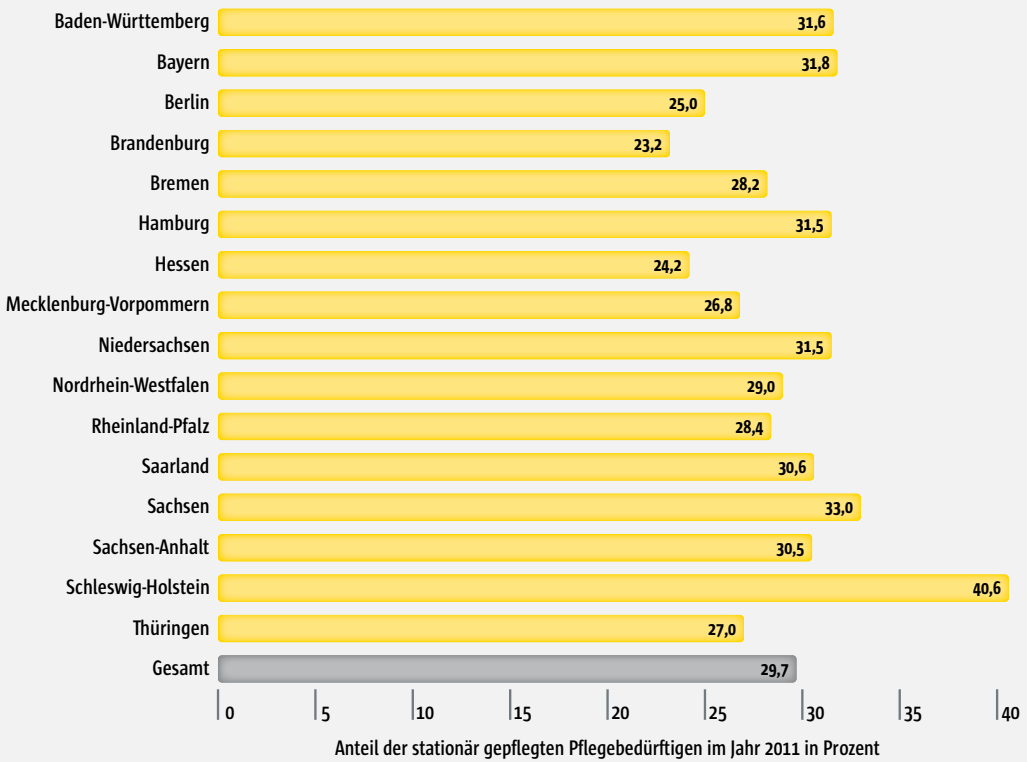


Abbildung 3 Anteil der stationär gepflegten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen am Jahresende 2011 [10]



ierbar, sodass hier auf die „Stellung im Beruf“ als Proxy für die soziale Schicht zurückgegriffen werden muss [7]. Dennoch zeigen sich erhebliche Effekte. Weiterhin hat auch der Familienstand einen deutlichen Einfluss: Insbesondere Alleinlebende weisen eine deutlich erhöhte Pflegeinzidenz auf [6, S. 225]. Einkommensangaben finden sich dagegen im Sozio-ökonomischen Panel (SOEP). Entsprechende Analysen zeigen, dass ein höheres Einkommen das Pflege-risiko erheblich reduziert [8]. Die auch nach der Kontrolle von Alter und Geschlecht überdurchschnittlichen Pflegehäufigkeiten in Brandenburg, Teilen Niedersachsens, Mecklenburg-Vorpommerns und auch Nordrhein-Westfalens gehen sicherlich nicht zuletzt auf diesen Faktor zurück.

Regionale Unterschiede in der Versorgung

Regionale Unterschiede zeigen sich aber nicht nur in den Pflegeprävalenzen, sondern auch in den Versorgungsarrangements, d.h. in den Angebotsstruk-

turen, der Inanspruchnahme und den daraus resultierenden Auslastungsquoten. So lag der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen Ende 2011 in Hessen bei unter 25%, in Schleswig Holstein dagegen bei über 40% (III Abbildung 3). Auch diese Unterschiede lassen sich zum Teil auf Altersstrukturunterschiede zurückführen, da die Häufigkeit einer stationären Pflege umso größer ist, je älter der Pflegebedürftige ist [9, S. 31ff.]. Auch bei der Auslastung der Pflegeheime zeigen sich schon auf Länderebene große Unterschiede. Sie reicht von 81% in Rheinland-Pfalz bis zu 95% in Sachsen (III Abbildung 4). Bei der Erklärung dieser Unterschiede zeigen sich insbesondere Angebotseffekte: So liegt die Auslastung umso niedriger, je höher die Heimkapazitäten gemessen als Pflegeheimplätze je 100 Pflegebedürftige sind (III Abbildung 5). Immerhin 44% dieser Ländervarianz lassen sich allein durch die Unterschiede im Angebot erklären. Noch höher ist der Erklärungsanteil hinsichtlich der Wahl der Pflegearrangements. Der Heimanteil an der Versorgung steigt dabei mit dem Angebot an Pflegeheimplätzen, was allein 82%

Abbildung 4 Auslastung der Pflegeheime am Jahresende 2011 [10]

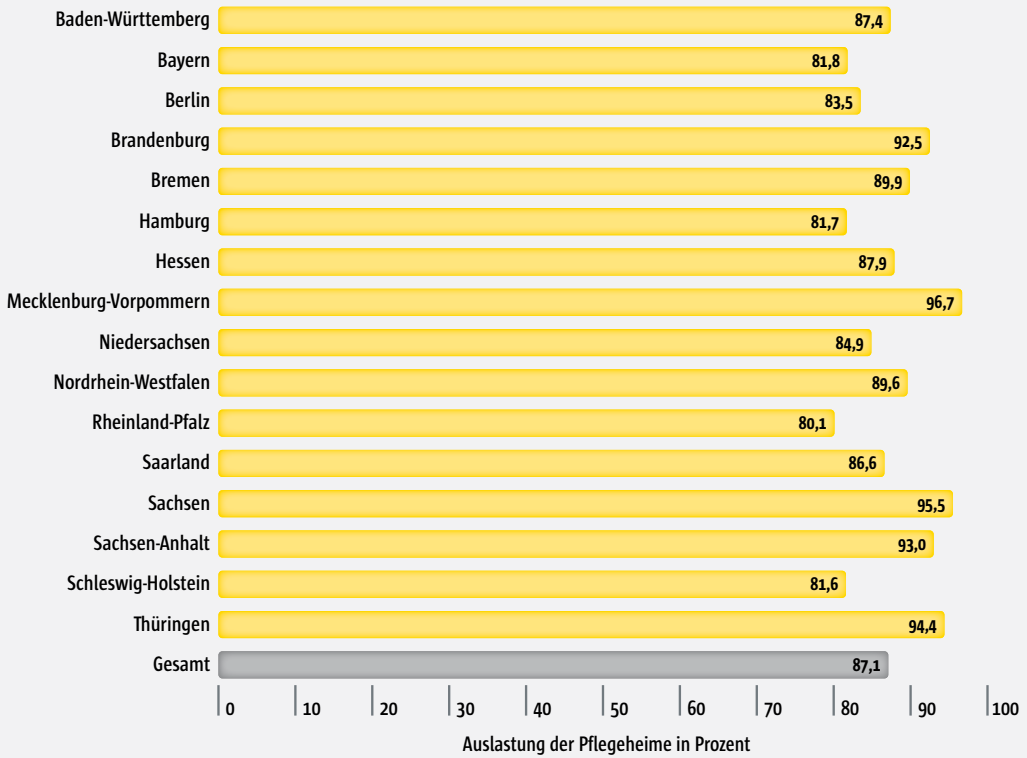


Abbildung 5 Zusammenhang von Pflegeheimauslastung und Angebotsstruktur Ende 2011. Quelle: [10], eigene Berechnungen

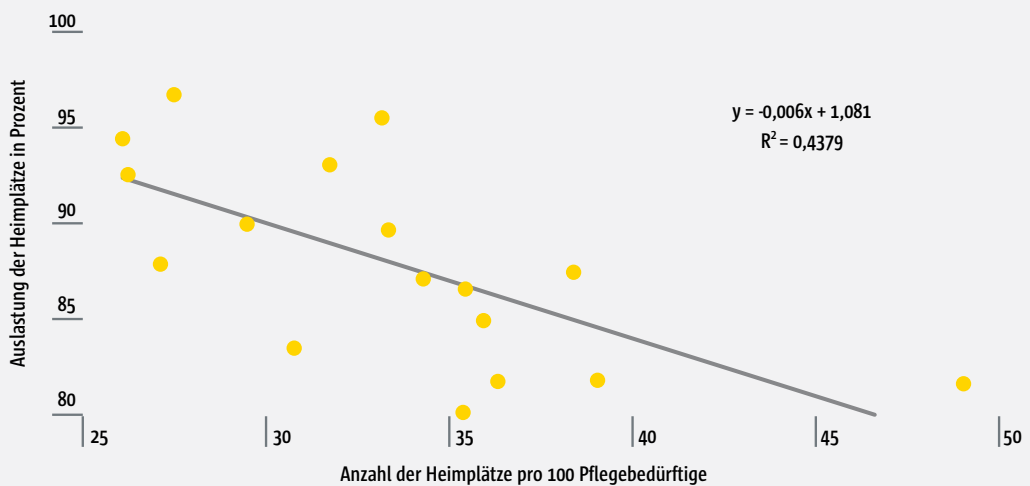
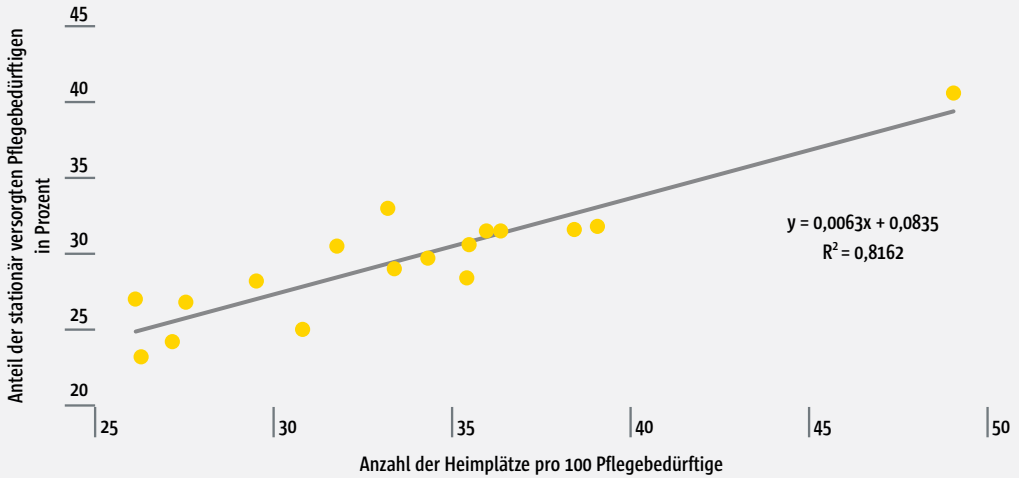


Abbildung 6 Zusammenhang von Pflegearrangements und Angebotsstruktur Ende 2011. Quelle: [10], eigene Berechnungen



des Unterschieds zwischen den Ländern in der Heimquote erklärt (»» Abbildung 6).

Wie sich zeigt, sind Unterschiede in den Versorgungsarrangements somit größtenteils auf Unterschiede in den Angebotsstrukturen zurückzuführen, und auch im Pflegebereich scheint sich somit zu zeigen, dass ein Angebot (an stationärer Pflege) sich auch seine Nachfrage schafft.

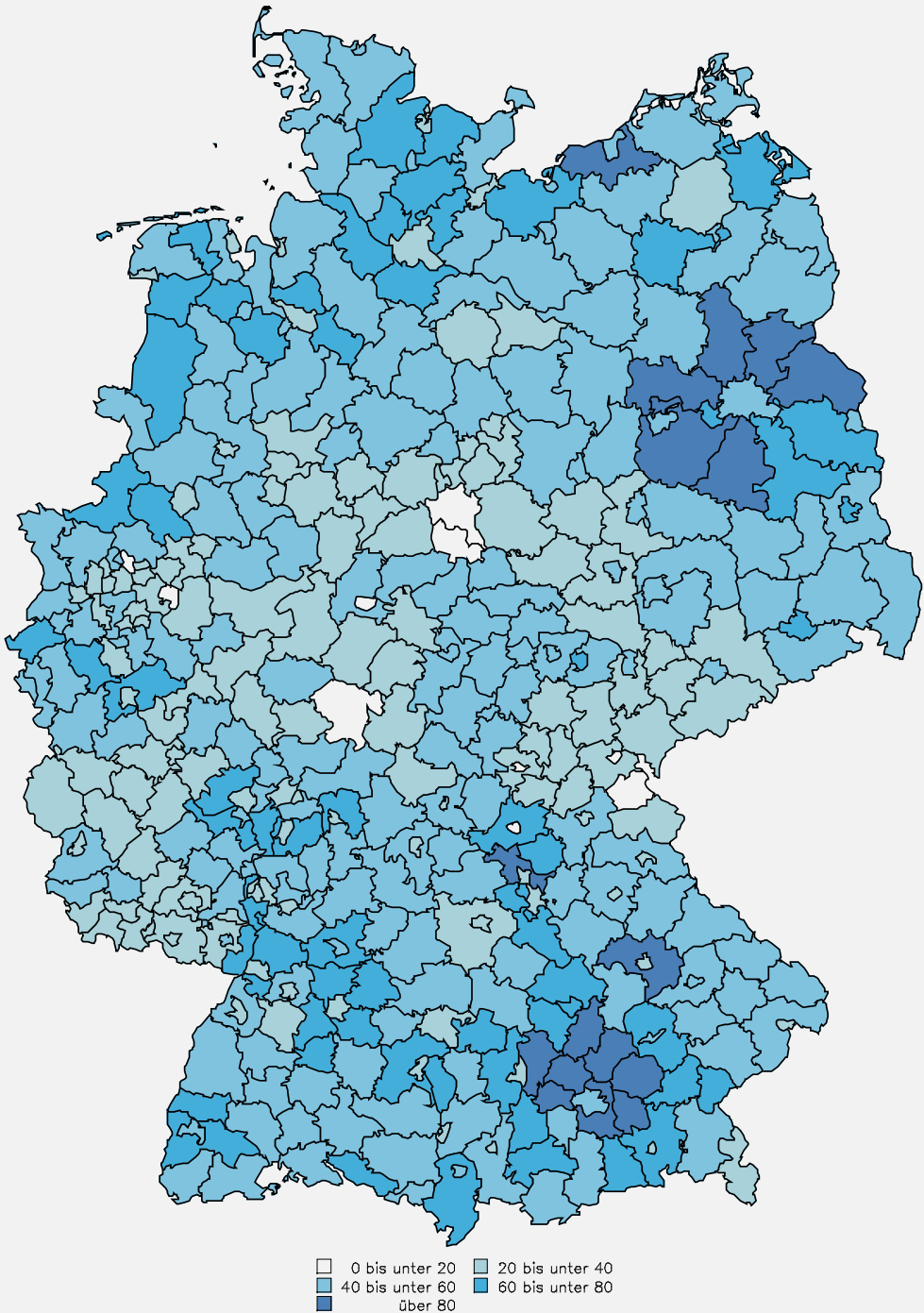
Zukünftige Entwicklungen

Auch für die Zukunft ist mit regional differenzierten Entwicklungen zu rechnen. Modellrechnungen, die auf den im Zeitverlauf als konstant unterstellten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten der Pflegestatistik für Ende 2009 sowie der Bevölkerungsvorausberechnung des „Wegweiser Kommune“ der Bertelsmann Stiftung beruhen, ergeben von 2009 bis 2030 auf Bundesebene eine Steigerung der Fallzahl um 47,4% [9, S. 34]. Bereits auf Länderebene zeigen sich dabei aber große Unterschiede. Während die norddeutschen Stadtstaaten mit einem Zuwachs der Pflegebedürftigenzahl von 28% (Bremen) bzw. 32% (Hamburg) rechnen müssen, liegt diese Steigerungsrate in Brandenburg zweieinhalb Mal so hoch (»» Tabelle 1). Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sind die Unterschiede noch größer: Wie »» Abbildung 7 zeigt, reichen Wachstumsraten hier von weniger als 20% (Goslar, Osterode am Harz, Gelsenkirchen, Vogelsbergkreis, Hagen, Kassel, Bamberg, Coburg, Hof und Wunsiedel im Fichtelgebirge) bis zu

Tabelle 1 Relative Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von 2009 bis 2030 auf Länderebene und Pflegeprävalenzen im Ausgangsjahr [9, S. 38, 43ff.; 11]

Land	Zuwachsrate 2009–2030	Pflegeprävalenz 2009
Bremen	28,2	3,2
Hamburg	32,2	2,6
Saarland	34,0	3,0
Sachsen-Anhalt	40,3	3,4
Nordrhein-Westfalen	41,1	2,8
Rheinland-Pfalz	41,1	2,6
Hessen	43,1	3,1
Niedersachsen	45,3	3,2
Thüringen	46,2	3,4
Sachsen	46,5	3,2
Baden-Württemberg	53,6	2,9
Schleswig Holstein	53,8	2,8
Bayern	53,8	2,5
Berlin	55,8	2,9
Mecklenburg-Vorpom.	55,9	3,7
Brandenburg	72,2	3,4
Deutschland	47,4	2,9

Abbildung 7 Relative Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von 2009 bis 2030 auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte.
Quelle: [9, S. 43ff.], eigene Berechnungen



mehr als 90% (Fürstentum Fürstentum, Erlangen-Höchstadt, Freising, Barning, Erding, Bad Doberan, Dachau, Ebersberg) bzw. sogar mehr als 100% (Landkreis München, Landkreis Oberhavel). Die höchsten Zuwachsraten ergeben sich dabei vor allem im „Speckgürtel“ um Berlin und München.

Bemerkenswert ist hierbei, dass – auf Länderebene – hohe Steigerungsraten nicht zwangsläufig mit niedrigen Ausgangsprävalenzen einhergehen. So weist Brandenburg die höchste Zuwachsrate, aber auch den zweithöchsten Ausgangswert auf, Mecklenburg wiederum hat die zweithöchste Zuwachsrate und den höchsten Ausgangswert. Von den sechs Bundesländern mit einer – im Vergleich zum Bund – überdurchschnittlichen Wachstumsrate haben nur zwei einen unterdurchschnittlichen Ausgangswert. Es ist also keineswegs so, dass eine hohe Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen automatisch mit einem vergleichsweise geringen Ist-Stand einhergeht. Vielmehr führt insbesondere die Binnenmigration von Ost nach West dazu, dass sich die bereits ungünstige Altersstruktur in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern noch entsprechend weiterentwickelt. Wird zudem die ungünstige wirtschaftliche Lage berücksichtigt, erklärt sich, warum sich für diese beiden Länder, die auch jetzt schon die höchsten Prävalenzen aufweisen, auch die stärksten Zuwächse ergeben.

Fazit

Insgesamt zeigt sich somit, dass regionale Unterschiede in der Langzeitpflege eine große und bislang noch nicht hinreichend thematisierte Rolle spielen. Diese Unterschiede beziehen sich sowohl auf die Zahl der Pflegebedürftigen bzw. die Prävalenzen als auch auf die Versorgung. Die unterschiedlichen Pflegeprävalenzen sind dabei zunächst einmal Ausdruck der unterschiedlichen Altersstrukturen in den betrachteten Ländern und Kommunen. Darüber hinaus sind aber auch Merkmale der sozialen Lage, insbesondere Familienstand und Einkommensunterschiede, erklärungskräftig. Auch für die Zukunft ist eine regional differenzierte Entwicklung zu erwarten. Hierbei werden sich regionale Unterschiede zum Teil sogar noch verstärken. Dies gilt insbesondere für Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, die beiden Länder mit den höchsten Pflegeprävalenzen und den höchsten zu erwartenden Zuwachsraten. In Bezug auf die Versorgungsstrukturen zeigen sich vor allem Angebotseffekte: Die Anzahl der Pflegeheimplätze pro Pflegebedürftigem im Land beeinflusst dabei die Auslastung (negativ) und vor

allem den Anteil der Pflegebedürftigen, der stationär versorgt wird (positiv).

Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Pflegepolitik? Bereits vor der Bundestagswahl wurde vielfach gefordert, die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik wieder stärker in den Blick zu nehmen [12; 13]. Nur diese können vor Ort das notwendige Case und Care Management organisieren. Die kommunal sehr unterschiedlichen Entwicklungen in Bezug auf die Zunahme der Pflegebedürftigenzahlen unterstreichen die Notwendigkeit einer kommunalen Befassung mit dem Thema noch einmal. Im Koalitionsvertrag ist hierzu die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgesehen. Diese hat sich tatsächlich aber erst am 29.9.2014 konstituiert – also rund ein Jahr nach der Bundestagswahl. Dies ist sicherlich kein gutes Zeichen. Es bleibt abzuwarten, ob die Arbeitsgruppe für den Rest der Legislaturperiode zu zielgerichteten Ergebnissen kommt. Unabhängig hiervon zeigen die Vorausberechnungen, dass Länder und Kommunen in Zukunft in unterschiedlichem Maße gefordert sind. Wünschenswert ist es daher, dass sich die Politik vor Ort ein genaues Bild von der je speziellen Lage macht und die Altenhilfeplanung auf die jeweils zu erwartende Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen abstellt. Zu beachten ist dabei aber auch die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage im Pflegeheimsektor. Wie sich gezeigt hat, gehen höhere stationäre Angebotskapazitäten mit einer stärkeren Inanspruchnahmequote einher. Da eine Ausweitung stationärer Kapazitäten in einem Bereich ohne Bedarfsplanung administrativ nicht verhindert werden kann, kann dem nur durch gezielte Förderung ambulanter Strukturen entgegengesteuert werden, die nicht nur dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung trägt, sondern auch dem drohenden Pflegenotstand entgegenwirkt, der umso größer ist, je stärker die Versorgung auf Pflegeheime ausgerichtet ist [9].

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013a
2. Rothgang H, Müller R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2013. Siegburg: Asgard-Verlag, 2013
3. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. 2010
4. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Kreisvergleich. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. 2013b

5. Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag, 2009
6. Borchert L, Rothgang H. Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer, in: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hrsg.). Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS-Verlag, 2008, S. 215–237
7. Borchert L. Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro, 2008
8. Unger R, Rothgang H. Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland. Die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden. In: Krause P, Ostner I (Hrsg.). Leben in Ost- und Westdeutschland: Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990–2010. Frankfurt: Campus, 2010, S. 625–640
9. Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 2012
10. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013c
11. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Kreisvergleich. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2011
12. Hoberg R, Klie T, Künzel G. Strukturreform Pflege und Teilhabe.2013c. http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf (Zugriff am 03.11.14)
13. Engelmann D, Gohde J, Künzel G, Schmidt S. Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2013

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung

Michael Stegmann und Anja Bestmann

Deutsche Rentenversicherung Bund, Würzburg und Berlin

Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Das Rehabilitationssystem in Deutschland ist maßgeblich mit dem Ziel verbunden, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und damit in das Arbeitsleben zu integrieren. Die Betroffenen sollen möglichst umfassend am Berufsleben und gesellschaftlichen Leben teilhaben. Dieser Teilhabegedanke hat dazu geführt, dass der Gesetzgeber den Begriff „Rehabilitation“ seit dem 1.7.2001 überwiegend durch „Teilhabe“ ersetzt hat [1]. Die Verankerung in den Sozialgesetzen (SGB I, VI und XI) steht auch in Einklang mit dem seit einigen Jahren propagierten Ziel der Inklusion, dem das Verständnis zugrundeliegt, dass jede Form körperlicher, seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigung als normaler Bestandteil menschlichen Lebens zu verstehen ist.

Der gesetzliche Auftrag

Rehabilitationsleistungen werden in Deutschland von mehreren Sozialleistungsträgern erbracht. Dazu zählen u.a. die Gesetzliche Rentenversicherung (gRV), die Gesetzliche Krankenversicherung (gKV), die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (gUV) (§ 6 SGB IX, [3]). Die im SGB IX geregelten Zuständigkeiten ergeben sich im Wesentlichen:

- aus der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis (für die gRV z.B. Erwerbstätige, Bezahler einer Rente wegen Erwerbsminderung, Arbeitssuchende, Personen mit Rentenbeitrags- oder Wartezeiten) und
- der Art der Leistungen zur Teilhabe.

Die gRV erbringt

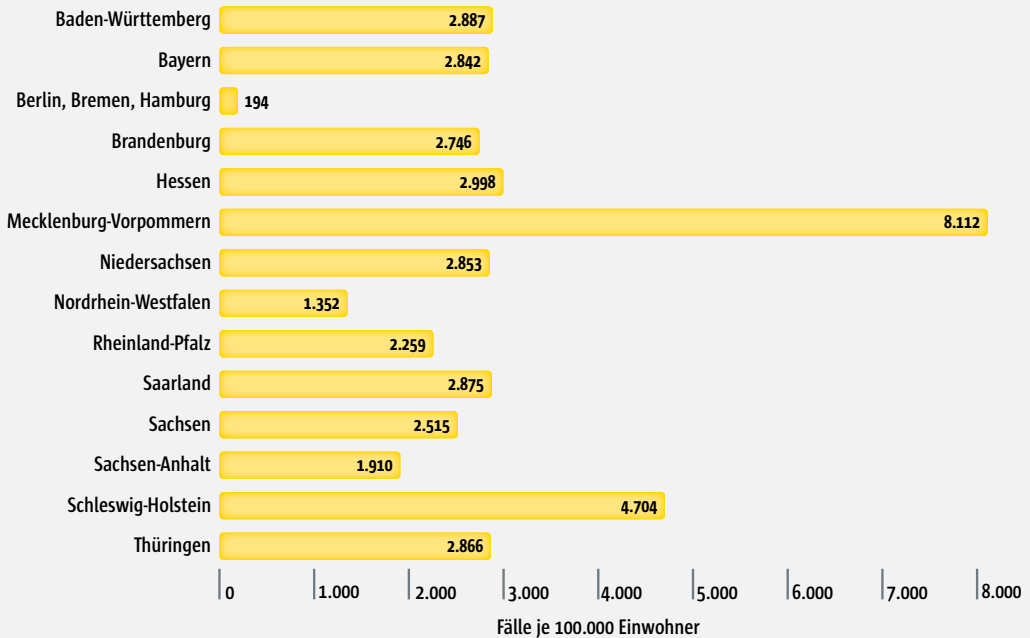
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI, §§ 26 bis 31 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) (§ 16 SGB VI, §§ 33 bis 38a und § 40 SGB IX) und
- Ergänzende Leistungen (§§ 20ff. SGB VI, §§ 44 bis 54 SGB IX).

Ziel der Leistungen ist es nach SGB IX, die Erwerbsfähigkeit der gRV-Versicherten und deren anspruchsberechtigter Angehöriger möglichst lange zu erhalten (vgl. § 15 SGB VI, § 28 SGB IX, § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI, § 16 SGB VI i.V.m. §§ 33–38, § 40 SGB IX). Die Rehabilitation ist daher für die gRV ein wichtiges Instrument, mit dem sie im Sinne einer „Rehabilitation vor Rente“ darauf abzielt, die Erwerbsfähigkeit zu sichern, zu verbessern oder wiederherzustellen.

Aktuelle Fakten und Trends

In Deutschland gibt es ein flächendeckendes Angebot an Rehabilitationseinrichtungen und -möglichkeiten. Gleichzeitig zeigen sich beachtliche regionale Unterschiede in der Infrastrukturdichte und Spezialisierung der Einrichtungen. ►►► Abbildung 1 zeigt die Reha- und Vorsorgefälle für jedes Bundesland bezogen auf die Einwohner. Hier zeigen sich eklatante regionale Unterschiede. In Mecklenburg-Vorpommern kommen 8.112 Reha- bzw. Vorsorgefälle auf 100.000 Einwohner, in den Stadtstaaten sind es nur 194. Zu berücksichtigen sind dabei allerdings insbesondere die Tatsache, dass die Leistungen in der Regel nicht am Wohnort bezogen werden, sowie die Altersstruktur der Bevölkerung. Gründe für die regionalen Verteilungsunterschiede liegen z.B. in der regional

Abbildung 1 Reha- und Vorsorgefälle in den Erbringungsorten der Leistung je 100.000 Einwohner nach Bundesländern. Statistisches Bundesamt 2013: Grunddaten der Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen 2012



begründeten, besonderen Eignung bestimmter Standorte, in der Trägerschaft und Belegungspraxis einzelner Häuser sowie ggf. im Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden (»» Abbildung 1) [2].

Zwischen den Bundesländern fallen darüber hinaus Patientenab- und zuwanderungen auf. Es zeigte sich hierbei, dass 2006 vor allem Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein die höchste relative Nettoaufwanderung aufwiesen, während Nordrhein-Westfalen, Berlin/Brandenburg und Niedersachsen/Bremen/Hamburg die größte relative Abwanderung von Rehabilitanden verzeichneten [3]. Konkret bedeutet dies, dass Rehabilitanden aus den letztgenannten Bundesländern vermehrt in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein Rehabilitationen erhalten. Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen allerdings, dass weder nach Reha-Trägerschaft noch nach Rehabilitationsart und Vorsorge unterschieden wurde, sodass die Übertragbarkeit auf die gRV begrenzt ist.

Regionale Muster medizinischer Rehabilitation

Im Folgenden sollen wesentliche Fakten zum Rehabilitationsgeschehen der gRV unter regionalem Blickwinkel dargestellt werden. Fokussiert wird auf die medizinischen Rehabilitationsleistungen, die numerisch die Mehrheit der gRV-Teilhabeleistungen beziffern. Als regionale Bezugsgröße wurden die Bundesländer gewählt, da sie eine hinreichend starke regionale Differenzierung bezogen auf den Wohnort der Rehabilitanden darstellen. In die Analyse werden die abgeschlossenen Rehabilitationsleistungen des Berichtsjahres 2012 einbezogen.

Datenbasis und Methode

Grundlage der Analysen ist die Statistik über abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen im Berichtsjahr 2012. Streng genommen wird damit nicht über Personen berichtet, sondern über Leistungen zur Rehabilitation, denn prinzipiell kann eine Person in einem Berichtsjahr mehr als eine Rehabilitation abschließen. In der Praxis trifft dies jedoch nur für einen zu vernachlässigenden Personenkreis zu.

Für die Auswertung beschränken wir uns auf Personen im Alter unter 65 Jahren, um Rentnerinnen

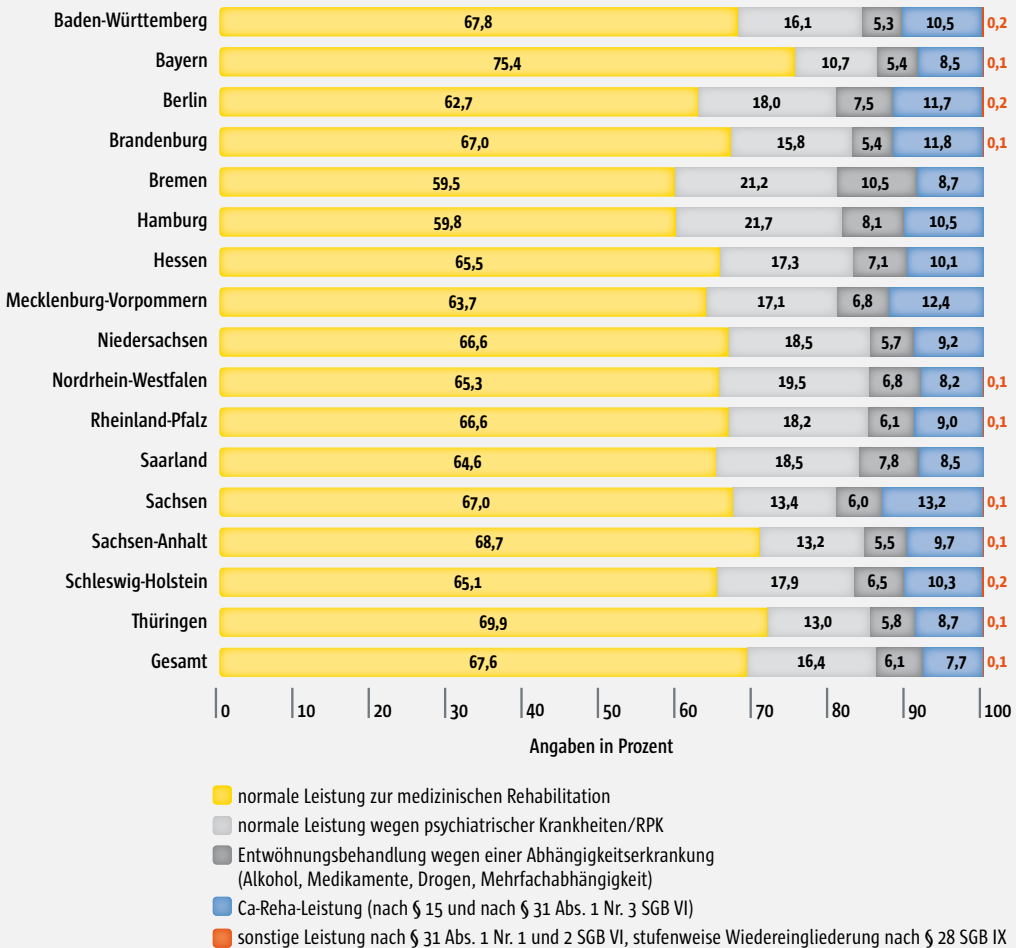
und Rentner auszuschließen. Außerdem werden Kinder nicht in die Untersuchung eingeschlossen. Damit der regionale Aspekt bei der Analyse im Fokus steht, wird eine Altersstandardisierung vorgenommen. Als Standardisierungsgröße wird die bundesweite Gesamtverteilung, das heißt, die Verteilung auf die Altersgruppen bezogen auf das gesamte Bundesgebiet, herangezogen und es werden die regionalen Ergebnisse entsprechend gewichtet.

Zentrale Ergebnisse

Eine Aufgliederung der Rehabilitationsleistungsarten nach Bundesländern zeigt, dass in der Gesamt-

schau der Anteil der Grundleistungen zur medizinischen Rehabilitation ohne spezifische Indikationsstellung (§ 26, 28 SGB IX, einschließlich § 15 SGB VI) mit ca. 68% überwiegt (»»» Abbildung 2). Lediglich Bayern zeigt einen vergleichsweise hohen Anteil in dieser Leistungsart (ca. +8%-Punkte) und die Stadtstaaten Hamburg und Bremen weichen mit ca. -8%-Punkte von diesem Trend ab. Interessanterweise sind es gerade diese beiden Städte, die erhöhte Anteile an Rehabilitationen bei psychiatrischen Krankheiten (ca. plus 5%-Punkte) sowie einen leichten Anstieg bei den Entwöhnungsbehandlungen (1 bis 2%-Punkte) im Vergleich zu den anderen Bundesländern ver-

Abbildung 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2012 nach Art der Rehabilitationsmaßnahme und Bundesland (Wohnort) des Rehabilitanden. Nur inländisch Versicherte, altersstandardisiert an Gesamtpopulation



zeichnen. In Bayern wiederum ist der Anteil der Rehabilitationen wegen psychiatrischer Krankheiten vergleichsweise niedrig (10,6 vs. 16,2% gesamt).

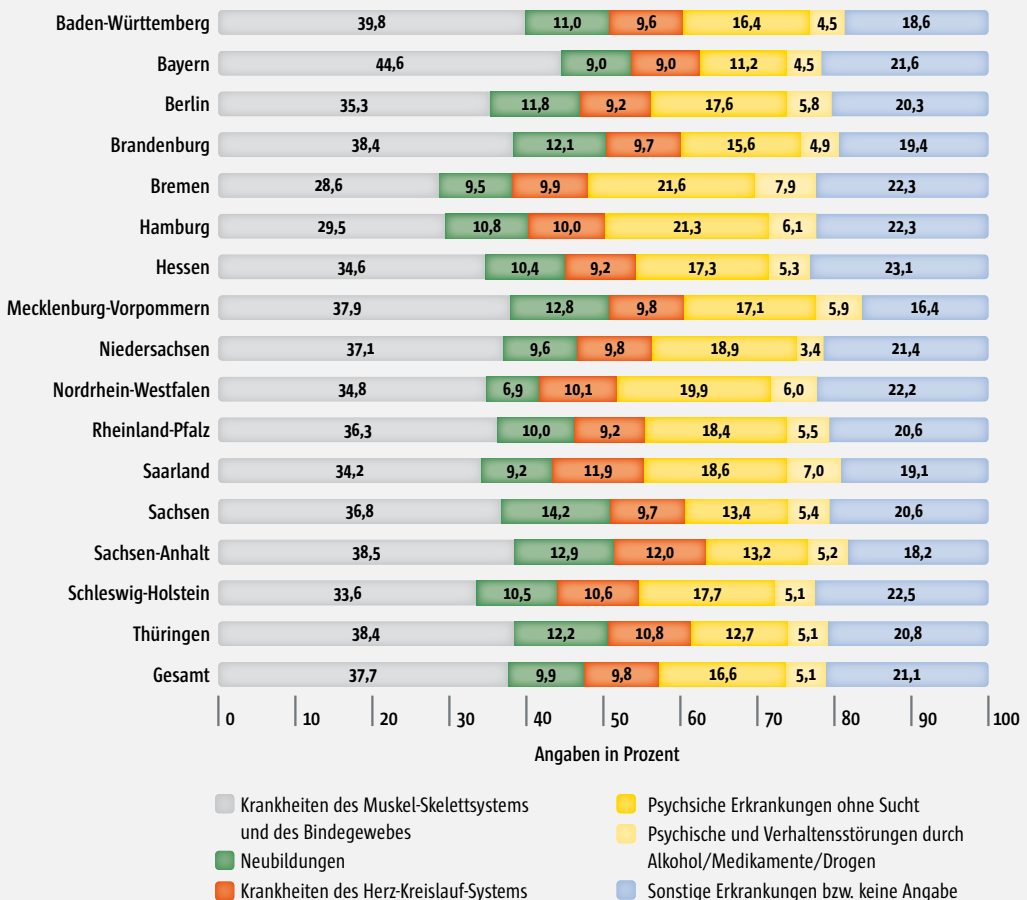
Bei den onkologischen Rehabilitationsleistungen ist für Berlin und die neuen Bundesländer ein leichter Anstieg gegenüber den alten Bundesländern (+1 bis 3%-Punkte) zu erkennen.

Betrachtet man die regionale Verteilung der Diagnosegrundgruppen im Bundesgebiet, bestätigen sich einige der beschriebene Trends und Neues wird sichtbar: Hamburg und Bremen haben weniger Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen (MSK) als der Durchschnitt (»» Abbildung 3). Diese Rehabilitanden erhalten üblicherweise normale Re-

habilitationsleistungen. Gleichzeitig findet man in den beiden o.g. Stadtstaaten bei Rehabilitationen wegen einer psychischen Erkrankung einen um fünf Prozentpunkte erhöhten Wert gegenüber dem Gesamtergebnis.

Begründet sein könnten diese Unterschiede bspw. in einer größeren Akzeptanz psychischer Diagnosen in städtischen (größere Anonymität, größere Bevölkerungsheterogenität und Vielfalt, die akzeptanzfördernd wirken können) gegenüber ländlichen Gebieten oder in einer diagnostischen „Umdeutung“ (Verschleierung) von Entwöhnungsbehandlungen bei Suchtproblematiken in eine psychische Erkrankung. Unterstützt wird letztgenannte Vermutung

Abbildung 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2012 nach erster Diagnose (ICD 10-Diagnosegrundgruppen, z.T. zusammengefasst) und Bundesland (Wohnort) des Rehabilitanden in Prozent. Nur inländisch Versicherte, altersstandardisiert an Gesamtpopulation



durch die beschriebenen vermehrten Suchtrehabilitationen von Hamburgern und Bremern (» Abbildung 2) sowie den in » Abbildung 3 sichtbaren leichten Anstiegen von Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen wegen Drogen und Alkohol in den beiden Städten.

Für Bayern bestätigt sich in » Abbildung 3 die Tendenz vergleichsweise vieler Rehabilitanden mit MSK sowie eines geringen Anteils an Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen (11,2 vs. 16,6%). Unter Umständen spielen hier neben dem bereits angeführten Stadt-Landgefälle regional divergierende kulturell geprägte Akzeptanzmuster eine Rolle. Allerdings bedürfte die Überprüfung dieser Hypothese anderer statistischer Methoden und einer erweiterten Datenbasis.

Auffällig sind ferner Unterschiede bei den onkologischen Rehabilitationen: Während in Nordrhein-Westfalen lediglich 6,9% aller Rehabilitationen im

Rahmen einer Krebserkrankung erfolgen, sind es in Sachsen 14,2%.

Betrachtet man, wie die Rehabilitationsleistungen in Deutschland von der gRV durchgeführt werden, so offenbaren sich deutliche regionale Unterschiede: Während vor allem die eher strukturschwachen und die dünn besiedelten ländlichen Flächenstaaten (Schleswig-Holstein, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen) niedrige Raten ambulanter Maßnahmen aufweisen, steigen die Anteile in den Stadtstaaten um bis zu 6%-Punkte gegenüber dem Gesamtwert (» Abbildung 4). Für diese Unterschiede sind in den ländlichen Flächenstaaten vermutlich die geringere Dichte von ambulanten medizinischen Rehabilitationskliniken sowie die größere Entfernung zum Wohnort des Rehabilitanden maßgeblich. Eine Ausnahme stellt das Bundesland Hessen dar, für das aufgrund zumindest partieller Verstärkung höhere Raten ambulanter Maß-

Abbildung 4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2012 nach Durchführungsart und Bundesland (Wohnort) in Prozent. Nur inländisch Versicherte, altersstandardisiert an Gesamtpopulation

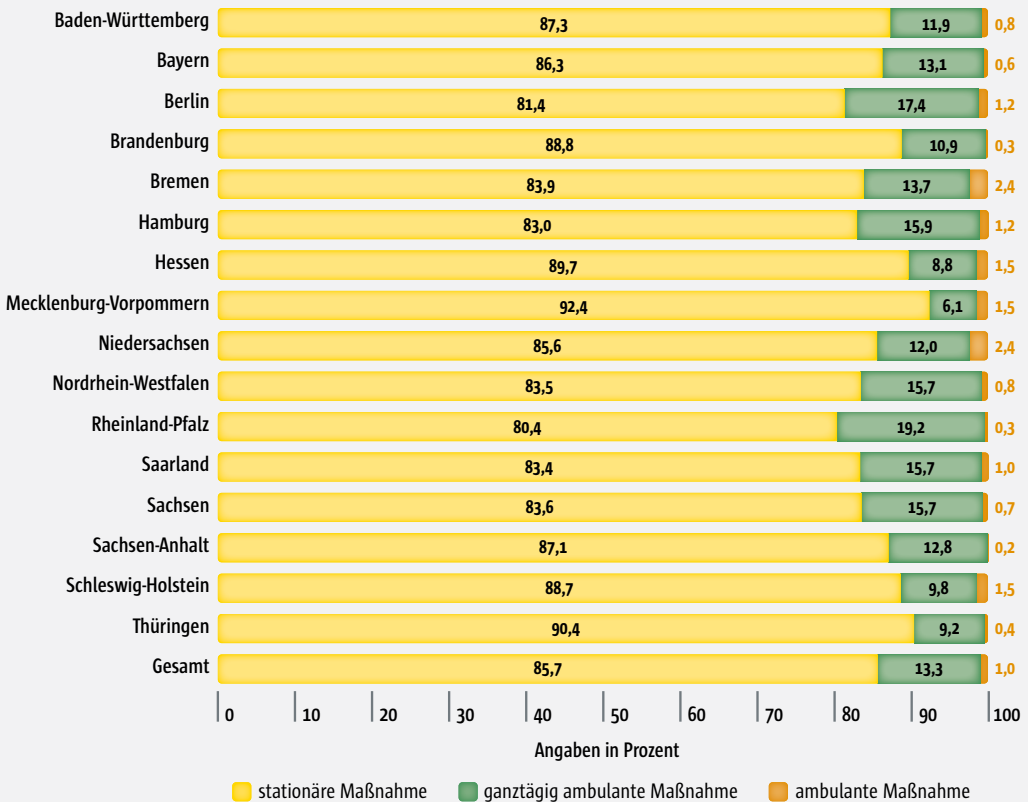
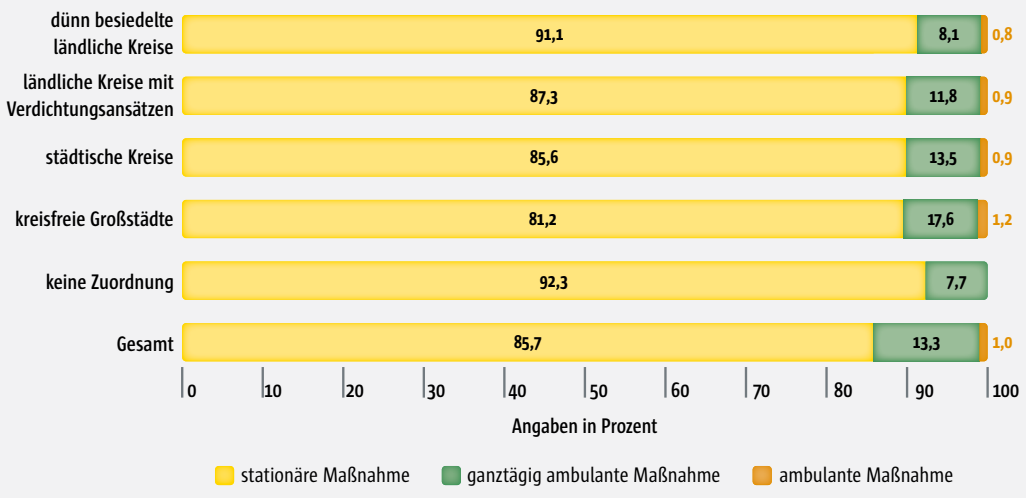


Abbildung 5 Art der Durchführung der Leistung nach siedlungsstrukturellem Kreistyp, in Prozent (Berichtsjahr 2012)



nahmen zu vermuten gewesen wären. Aggregierte Analysen unter Berücksichtigung städtisch bzw. ländlich geprägter Siedlungsstrukturdichte belegen diese Interpretation (»» Abbildung 5).

Fazit

Die regionale Aufteilung von Rehabilitationsleistungen und ihre Inanspruchnahme sind beeinflusst durch vielfältige Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren, von denen einige hier geschildert wurden. Auf eine gesonderte Analyse der Anschlussrehabilitation sowie auf geschlechtergetrennte Auswertungen wurde aus Platzgründen verzichtet.

Auf der Strukturebene sind insbesondere – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – zu nennen:

- Infrastrukturdichte und Siedlungsstruktur der jeweiligen Region (städtische Räume verfügen in der Regel über ein dichteres, ortsnahes Strukturangebot als ländliche Regionen)
- Spezialisierung von Einrichtungen beispielsweise aufgrund regionaler, geographischer Eignung (z.B. Spezialisierung von Kliniken in Reizklimaregionen auf Hauterkrankungen)
- historisierung gewachsene, regionale Klinikhäufungen aufgrund ihrer Trägerschaft und Belegungspraxis einzelner Rentenversicherungsträger
- regionale Häufung von Risikofaktoren (z.B. Städte mit hohen Anteilen an Menschen mit psychischen Störungen durch eine Suchterkrankung)

Auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene spielen darüber hinaus folgende Faktoren eine Rolle:

- Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden
- regional unterschiedliche Werte und kulturelle Akzeptanzmuster

Literatur

1. Löschau M. Leistungen zur Teilhabe. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013
2. Augurzky B, Reichert AR, Scheuer M. Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2011
3. Augurzky B, Krolow S, Lemm BM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C. Reha Rating Report 2009 – Trägerische Erholung? Essen: RWI Materialien 50, 2009
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 14. Auflage. Frankfurt am Main, 2011
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention. Bonn, 2011
6. Deck R, Raspe H. Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein – Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. Die Rehabilitation 2006; 45: 272–281
7. Lindow B, Klosterhuis H, Naumann B. Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. RV aktuell 2007; 7: 206–213
8. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen 2012. Fachserie 12 Reihe 6.1.2. Wiesbaden, 2013

Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen

Hanne Melchior¹, Holger Schulz¹, Jochen Walker², Matthias Ganninger² und Martin Härter¹
¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, und ² Health Risk Institute & Elsevier Health Analytics, Berlin

Depressive Erkrankungen gehören weltweit zu den folgenreichsten Erkrankungen und sind mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Leid und mit einer hohen gesellschaftlichen und ökonomischen Krankheitslast verbunden [1]. Nur etwa jeder zweite Mensch mit depressivem Syndrom wird als an einer Depression Erkrankter erkannt und diagnostiziert [2-4]. Darüber hinaus gibt es bislang wenig robuste Daten zur Angemessenheit der Behandlung und zum Zusammenhang zwischen der aktuellen Versorgungssituation und den Empfehlungen aus der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression [5]. Diese Entwicklungen verdeutlichen die Relevanz einer frühzeitigen Erkennung der Erkrankung, einer präzisen Diagnostik und der Einleitung einer entsprechenden angemessenen und evidenzbasierten Behandlung. Analysen auf regionaler Ebene können Missstände in der Diagnostik und Unter-, Über- und Fehlversorgung aufdecken und folglich zu einer verbesserten Versorgung beitragen. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Prävalenz und Versorgung depressiver Erkrankungen mit dem Schwerpunkt auf regionalen Unterschieden.

Regionale Unterschiede in der Prävalenz depressiver Erkrankungen

Die Prävalenz von Depressionen wurde in Deutschland zum einen durch eine bevölkerungsrepräsentative Befragung, die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit [DEGS1-MH; 6, 7], ermittelt. Hierbei wurden bei einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe strukturierte klinische Interviews zu psychischen Erkrankungen durchgeführt. Die 1-Jahres-Prävalenz der unipolaren Depressionen (ICD-10-Kodierungen: F32.x, F33.x und F34.1) liegt hiernach bei 7,7% und zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Prävalenz liegt bei Frauen mit 10,6% mehr als doppelt so hoch wie bei Männern (4,8%).

Aufgrund der wesentlich besseren Verfügbarkeit und der großen Datenmengen lassen sich Prävalenzschätzungen zum anderen anhand von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) ermitteln. Hierbei handelt es sich um sogenannte **administrative Prävalenzen**, die mit einigen Vor- und Nachteilen einhergehen. Bei den administrativen Prävalenzen muss die potenziell eingeschränkte Präzision und Validität der Diagnosen berücksichtigt werden, da die Diagnosestellung sowohl vom Verhalten des Betroffenen, nämlich ob und wie er die depressiven Symptome bei dem Behandler anspricht, als auch von dem jeweiligen Behandler und seiner validen diagnostischen Einschätzung, abhängt. So können hier Faktoren wie der subjektive Umgang mit psychischen Erkrankungen bzw. Symptomen, die subjektive Wahrnehmung des Behandlers bzw. die diagnostischen Verfahren, die zum Einsatz kommen, und das Kodierverhalten eine Rolle spielen und die tatsächliche Prävalenz der Erkrankung entsprechend verzerren. Analysen aus Krankenkassendaten bieten jedoch u. a. den großen Vorteil, durch den Umfang der Datenmenge auch regionale Unterschiede untersuchen zu können.

Im Faktencheck Depression, einer im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung von den Autoren durchgeführten Untersuchung, wurden die anonymisierten Daten von rund 7 Millionen Versicherten von über 80 Betriebs- und Innungskrankenkassen hinsichtlich regionaler Unterschiede in der Depressionsprävalenz und -versorgung analysiert [8]. Es wurden alle ambulanten GKV-Abrechnungsdiagnosen sowie die zulasten der GKV abgerechneten Diagnosen aus der stationären und teilstationären Versorgung sowie aus Institutsambulanzen und medizinischen Versorgungszentren mit aufgenommen, um ein möglichst umfassendes Abbild der Versorgungssituation zu erhalten. Alle Prävalenzzahlen wurden nach Alter und Geschlecht auf Kreisebene standardisiert.

Die Analysen erbrachten eine administrative 1-Jahres-Prävalenz der Depressionsdiagnosen im Jahr 2011 von 13,4%. Der Unterschied zur Prävalenz von 7,7% aus der epidemiologischen Untersuchung DEGS1-MH [6] lässt sich u. a. durch die Spezifika der Datengewinnung und -qualität in den jeweiligen Untersuchungen begründen. Zum einen kann von einer höheren Depressionsprävalenz in administrativen Daten ausgegangen werden, weil vornehmlich Menschen mit relevanten Beschwerden bzw. einer Erkrankung Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen und hierdurch auch Depressionen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit stärker vertreten sind als in der Allgemeinbevölkerung. Zum anderen fällt auf, dass die Hälfte von den im Faktencheck ermittelten 13,4% Versicherten eine Depressionsdiagnose ohne Spezifizierung nach Schweregrad (ICD-10-Kodierungen: F32.8/.9 oder F33.8/.9) aufweist. Die hohe Prävalenz nicht spezifizierter Depressionen ist klinisch und epidemiologisch nicht zu erwarten und deutet folglich auf Qualitätsmängel oder einen Mangel an spezifischer Vorgehensweise in der Kodierpraxis hin. Betrachtet man nur die spezifizierten Depressionsdiagnosen, die auch ihre Entsprechung im DEGS1-MH finden, so liegt die Prävalenz sogar noch unterhalb der epidemiologischen Prävalenz. Darüber hinaus kann die Erkrankungsprävalenz in Routinedaten unterschätzt werden, wenn die Patienten dem Behandler nicht von sich aus über die depressive Symptomatik berichten und/oder der Behandler die Erkrankung nicht erkennt. Auch Fehldiagnosen sind denkbar, wenn z.B. eine Suchterkrankung verkannt und als Depression diagnostiziert oder eine depressive Erkrankung nicht erkannt und von einer somatischen Diagnose „verdeckt“ wird. Aufgrund der unklaren Validität der Diagnosekodierung in Routinedaten können Depressionsdiagnosen jedoch auch kodiert oder weitergeschrieben werden, selbst wenn die Symptomatik nicht mehr voll ausgeprägt oder nicht mehr behandlungsrelevant ist. Demzufolge können Über-, Unter- und Falschdiagnosen in Routinedaten auftreten.

Die im Faktencheck Depression durchgeführten regionalen Analysen auf Ebene der 402 Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands zeigten sowohl für alle Depressionsdiagnosen als auch für die ausschließliche Betrachtung der spezifizierten Depressionsdiagnosen markante regionale Variationen (» Abbildung 1): In dem Kreis mit der niedrigsten Rate hatten 7% der Versicherten eine Depressionsdiagnose (spezifiziert oder nicht spezifiziert), der Kreis mit der höchsten Rate lag bei 21%. Insbesondere in süddeutschen Kreisen (Bayern und Baden-

Württemberg) und Großstädten (z.B. Berlin, Hamburg, München) werden Depressionsdiagnosen häufiger vergeben, während im Osten Deutschlands die Kreise mit den niedrigsten administrativen Prävalenzen zu finden sind.

Auf Bundeslandebene zeigt sich ein Ost-West-Gefälle, die niedrigsten administrativen Prävalenzen sind in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu finden (alle $\leq 11\%$). Die meisten Depressionsdiagnosen wurden mit 15,8% in Bayern vergeben, gefolgt von Berlin, Baden-Württemberg und Hamburg.

Ein ähnliches Muster zeigt sich auch, wenn man ausschließlich die **spezifizierten Depressionsdiagnosen** betrachtet. Da diese im Durchschnitt nur die Hälfte aller Depressionsdiagnosen ausmachen, variieren die administrativen Prävalenzen hier zwischen 3% und 15%. Auch hier sind die höchsten administrativen Prävalenzen in Kreisen in Bayern und Baden-Württemberg und die niedrigsten in Thüringen und Sachsen-Anhalt zu finden.

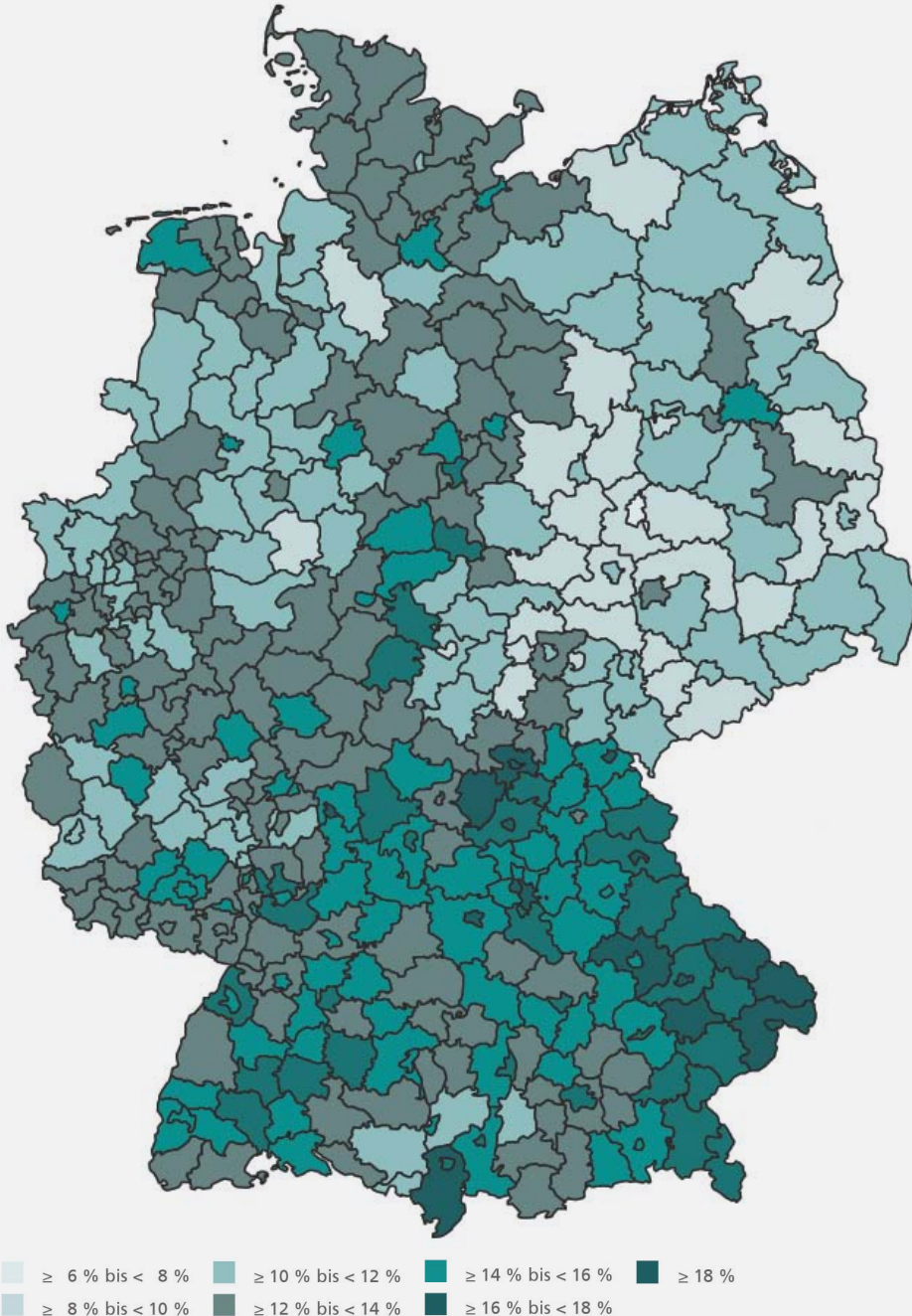
» Insgesamt weisen die Ergebnisse zur regionalen Variation der Depressionsdiagnosen im Faktencheck Depression, übereinstimmend mit bisherigen Ergebnissen aus Routinedatenanalysen, auf ein Ost-West-Gefälle sowie eine erhöhte Depressionsprävalenz in Großstädten hin.

Wie lassen sich die regionalen Unterschiede in der Prävalenz der Depressionsdiagnosen erklären?

Für die gefundenen regionalen Unterschiede können verschiedene Erklärungsansätze herangezogen werden, von denen hier einige diskutiert werden:

- **Regionale Unterschiede als Abbild tatsächlicher Prävalenzunterschiede.** Die regionalen Unterschiede in der Häufigkeit diagnostizierter depressiver Erkrankungen können ein Abbild der tatsächlich bestehenden Prävalenzunterschiede sein [9,10]. Hierfür sprechen die Ergebnisse des deutschen repräsentativen Bundesgesundheits surveys aus dem Jahr 1998 [BGS98; 11], die auf der Basis klinisch-epidemiologischer Interviews unabhängig vom Versorgungssystem ermittelt wurden und Hinweise für ein Ost-West-Gefälle der Depressionsprävalenz liefern (8,3% in Ostdeutschland vs. 11,5% in Westdeutschland). Tatsächliche Prävalenzunterschiede können dann auftreten, wenn sich die soziodemographische Bevölkerungsstruktur regional insbesondere in den Merkmalen

Abbildung 1 Regionale Verteilung der Depressionsprävalenz aller Depressionsfälle (alters- und geschlechtsstandardisiert), 2011 Prävalenz in Prozent; regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten. Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014 [8], Daten: BKK Routinedaten; Berechnung und Darstellung: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf & Elsevier Health Analytics, 2014. Kreisbezogene Daten unter www.faktencheck-depression.de



unterscheidet, die Risikofaktoren für die entsprechende Erkrankung darstellen. Gut belegt ist die Bedeutung der Merkmale Geschlecht, Alter, Partnerschaftssituation, sozioökonomischer Status sowie psychische und somatische Komorbidität als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen. Einige dieser Merkmale (z.B. Alter und Geschlecht) werden in den meisten Routinedatenanalysen bei den regionalen Vergleichen kontrolliert. Andere Merkmale, wie z.B. der sozioökonomische Status oder die Partnerschaftssituation der untersuchten Versicherten, liegen häufig in den Routinedaten nicht auf individueller Ebene vor. Die sozioökonomischen Bedingungen in Deutschland würden vermuten lassen, dass in den wirtschaftlich besser gestellten Bundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sowie in den Stadtstaaten ökonomische Schutzfaktoren stärker wirksam sind (höheres Bruttoinlandsprodukt, bessere Einkommensstruktur, zum Teil geringere Arbeitslosenquote [12]) und demzufolge Depressionen seltener auftreten. Überraschenderweise zeigt sich jedoch, dass gerade in diesen Bundesländern deutlich höhere administrative Prävalenzen depressiver Erkrankungen bestehen als in den ökonomisch-strukturell schwächeren ostdeutschen Bundesländern. Dies verdeutlicht, dass allein die unterschiedliche Verteilung der Risikofaktoren (wie der sozioökonomische Status) keine ausreichende Erklärung für die regionalen Prävalenzunterschiede liefern kann.

- Regionale Unterschiede in der Einstellung der Betroffenen.** Aufseiten der Betroffenen kann die Einstellung zu und der Umgang mit psychischen Erkrankungen einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten des Versorgungssystems und damit auf die administrativen Prävalenzraten depressiver Erkrankungen haben: Menschen mit Depressionen haben häufig Schamgefühle und Stigmatisierungsängste, was das Hilfesuchverhalten und die Inanspruchnahme einer adäquaten Behandlung hemmt [13]. Geringe gesellschaftliche Akzeptanz und Stigmatisierung können demnach dazu beitragen, dass Menschen mit depressiven Beschwerden Ärzte nicht wegen der depressiven Symptome aufsuchen bzw. diese nicht benennen [14]. Die kulturell-gesellschaftlichen Unterschiede im Umgang mit der Erkrankung Depression können sich schließlich auf regionaler Ebene widerspiegeln und zu einer Diskrepanz zwischen dem wahren Anteil der Betroffenen und dem der diagnostizierten depressiven Erkrankungen führen.

- Regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen.** Ein weiterer Erklärungsansatz für die regionalen Unterschiede der diagnostizierten depressiven Erkrankungen liegt in regional variierenden Versorgungsstrukturen. An der Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen ist eine Vielzahl von Professionen beteiligt [15]: Im ambulanten Bereich kann zwischen der primären Versorgung durch den Primärarzt (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin und praktische Ärzte) und der sekundären Versorgung durch den spezialisierten psychiatrischen, psychosomatischen oder neurologischen Facharzt oder Psychotherapeuten unterschieden werden. Der Hausarzt bildet häufig die erste Anlaufstelle für den Patienten und fungiert idealerweise als sog. Lotse und „Gatekeeper“, indem er den Behandlungsverlauf steuert und den Zugang zur sekundären Versorgung (zumeist) initiiert und kontrolliert. Die regionalen Unterschiede in der Häufigkeit der Depressionsdiagnosen können direkt mit der Versorgerdichte zusammenhängen, wenn in Regionen mit einer höheren (spezialisierten) Behandlerdichte auch eine bessere Diagnostik angenommen werden kann. Bei der regionalen Verteilung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzte sowie der Psychotherapeuten ist eine Verdichtung in den Großstädten und den mittelgroßen Städten im Vergleich zu ländlichen Kreisen zu verzeichnen [16]. Auf Bundeslandebene weisen insbesondere die neuen Bundesländer eine geringe Versorgungsdichte auf, während die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg die höchste Dichte haben. Im Faktencheck Depression wurden die regionalen Prävalenzen mit den Versorgungsstrukturen zusammen analysiert [8]: eine höhere Dichte an hausärztlichen und für psychische Erkrankungen spezialisierten Versorgern ging erwartungsgemäß mit einem höheren Anteil an Depressionsdiagnosen einher. Die unterschiedlich ausgeprägten Versorgungsstrukturen erklären allerdings jeweils nur einen kleinen Anteil der Unterschiede in der administrativen Prävalenz [8]. Des Weiteren können die Prävalenzunterschiede auch indirekt mit den Versorgungsstrukturen zusammenhängen: So kann beispielsweise das Behandlerverhalten bei regionalen unterschiedlichen Versorgungssystemen zu einer vermehrten oder verringerten Diagnosestellung führen. Ob dies zu einer Verbesserung oder eher Verfälschung der Diagnostik führt,

kann pauschal nicht gesagt werden. Auch können innovative Versorgungsmodelle, die nur in bestimmten Regionen eingeführt werden, die Diagnosequalität in dieser Region erhöhen. Sind lokale Versorgungsmodelle mit einem finanziellen Anreiz oder veränderten Abrechnungsmodellen verbunden, kann dies aber auch zu einer Über- oder Fehldiagnostik führen.

Regionale Unterschiede in der Versorgung depressiv erkrankter Menschen

Evidenzbasierte Empfehlungen zur Behandlung der Depression existieren in Deutschland seit 2009 [5], differenziert nach dem Schweregrad und dem Verlauf der Erkrankung: So wird beispielsweise bei einer akut mittelgradigen Depression eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie empfohlen. Im Faktencheck Depression wurden erstmalig die Behandlungsraten der leitlinienorientierten Behandlungen spezifisch für die verschiedenen Depressionssubgruppen untersucht und hinsichtlich regionaler Unterschiede analysiert [8]. Es zeigt sich deutlich, dass für alle akut behandlungsrelevanten Depressionssubgruppen (mittelgradige und schwere Depression sowie Dysthymie) jeweils nur ein geringer Anteil der Versicherten mit Depressionsdiagnose leitlinienorientiert behandelt wird. Lediglich die Hälfte aller behandlungsrelevanten Depressionsfälle erhielt eine ausreichend lange leitlinienorientierte Behandlung, 23% der Versicherten erhielten zwar eine entsprechende Behandlung, die aber nicht die Mindestdauer/-dosis erreichte, und 27% der Versicherten erhielten gar keine der untersuchten Behandlungen. Gerade bei den besonders einschränkenden Depressionsfällen, den schweren und den chronifizierten Depressionen, ließ sich lediglich ein Anteil von 12% der Versicherten mit schwerer Depression und 9% der Versicherten mit chronischer Depression einer leitlinienorientierten Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie auffinden. Weitere 14% der Versicherten mit schwerer Depression und 3% der Versicherten mit chronischer Depression wurden stationär behandelt und aufgrund der Behandlungsintensität stationärer Behandlungen ebenfalls als leitlinienorientiert behandelt eingeordnet. Gerade bei diesen schweren Störungsbildern sind die Anteile der Versicherten, die keine Behandlung erhalten haben, mit 18% bei schweren und 31% bei chronischen Depressionsfällen bedenklich hoch. Auswertungen aus dem Faktencheck Depression zum Anteil der psychotherapeuti-

schen Versorgung zeigen, dass bei lediglich 18% aller Versicherten mit Depressionsdiagnose in 2011 eine ambulante Psychotherapie abgerechnet wurde [8].

Im Faktencheck Depression wurden erstmals die Raten leitlinienorientierter Behandlungen auf kleinräumig-regionaler Ebene untersucht [8]: Betrachtet man alle Depressionsfälle, variiert die Antidepressiva-Verordnung (mit entsprechender Mindestdosis von neun Monaten) zwischen 20% und 36%, wobei die ostdeutschen Bundesländer tendenziell höhere Raten aufweisen als die westdeutschen Bundesländer und die Stadtstaaten. Die in mindestens zwei Quartalen abgerechneten Psychotherapien variieren hingegen deutlich stärker, zwischen 5% in ländlichen Kreisen in Ostdeutschland bis zu 38% in mittelgroßen Städten im Südwesten Deutschlands. Auf Bundeslandebene zeigt sich entsprechend ein entgegengesetztes regionales Muster zur Antidepressiva-Verordnung. Erklärt werden kann die hohe Variation der psychotherapeutischen Behandlungen durch die regionalen Unterschiede in den psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen, worauf auch die hohe Korrelation von psychotherapeutischer Versorgung und Struktur hinweist ($r = .60$). Insbesondere in der Gruppe der behandlungsrelevanten Depressionsdiagnosen (mittelgradige und schwere Depression sowie Dysthymie) fällt auf, dass im Süden Deutschlands (Bayern, Baden-Württemberg) die Raten leitlinienorientierter Behandlungen tendenziell niedriger sind als im Rest von Deutschland. Bei ausschließlicher Untersuchung der schweren Depressionsfälle, für die laut Leitlinie eine Kombinationsbehandlung indiziert ist, werden bundesweit nur ca. ein Viertel der Versicherten angemessen behandelt. Die Rate der angemessen behandelten schweren Depressionsfälle (Kombinationsbehandlung oder stationäre Behandlung) variiert auf Kreisebene zwischen 5% und knapp 40%.

Potenzielle Gründe für die z.T. sehr geringen Raten angemessen (lang) behandelter Versicherten mit Depressionsdiagnose und ihre regionale Variation sind vielfältig: Zum einen stützen sich die Analysen zur Behandlung und Leitlinienorientierung auf die administrativen Diagnosen. Die oben diskutierten Einschränkungen der Validität der administrativen Daten können auch die Gültigkeit der Ergebnisse zur Behandlungsqualität substanziell einschränken. Des Weiteren kann die Behandlungsqualität stark von den verfügbaren Versorgungsstrukturen abhängen. Ist beispielsweise eine Psychotherapie in Kombination mit der pharmakologischen Behandlung indiziert, gleichzeitig jedoch kein Psychotherapeut in der Region ausreichend zeitnah verfügbar, kann

die in der Leitlinie empfohlene Behandlung nicht umgesetzt werden. Die schon beschriebene Problematik der regional variierenden fachärztlichen und psychotherapeutischen Angebotsstruktur wird auch durch die hohen Wartezeiten von durchschnittlich 17 Wochen in diesem Versorgungssektor deutlich [17]. Ein weiteres Merkmal, das jedoch nicht in Routinedaten erfasst wird, ist die patientenseitige Präferenz bei der Behandlungswahl. Zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen mehrere Behandlungsoptionen zur Verfügung. Insbesondere bei der großen Gruppe der mittelgradigen Depressionen besteht nach den Leitlinienempfehlungen die Möglichkeit, entweder eine pharmakologische oder eine psychotherapeutische Behandlung einzuleiten. Eine präferenzsensitive Versorgung geht folglich mit einer gerechtfertigten potenziellen Variation einher, bei der der individuelle Bedarf des Betroffenen (z.B. der Wunsch des Betroffenen, Arzneimittelunverträglichkeiten, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten etc.) einbezogen wird.

Zusammenfassend zeigen die Analysen von Krankenkassendaten, trotz der diskutierten Einschränkungen, die mit Routinedaten einhergehen, einen deutlichen Missstand in der Diagnostik und Versorgung depressiver Erkrankungen auf. Die regionalen Unterschiede fallen z.T. hoch aus und können nicht allein durch eine krankheitsbedingte Variation erklärt werden. Folglich besteht Handlungsbedarf bezüglich der Verbesserung der Diagnostik und Kodierpraxis, der Implementierung der Versorgungsleitlinie, der diesbezüglich verstärkten Aus- und Fortbildung der Behandler, der Aufklärung über und damit der potenziellen Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft, der verbesserten Informationsvermittlung an die Betroffenen und letztlich auch einer bedarfsgerechteren Planung der Versorgungsstrukturen, sodass möglichst jeder potenziell von depressiven Symptomen Betroffene zeitnah und valide diagnostiziert wird und eine angemessene Behandlung erhalten kann.

Literatur

- Murray CJ, Vos T, Lozano R et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 380(9859): 2197–2223
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004; 82(11): 858–866
- Boenisch S, Kocalevent RD, Matschinger H, Mergl R, Wimmer-Brunauer C, Tauscher M, Kramer D, Hegerl U, Bramesfeld A. Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000 statutory health-insured individuals diagnosed with depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(3): 475–486
- Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz H-H. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinanzpraxis (Prevalence and Diagnosis of Depression in Primary Care). *Psychiatr Prax* 2009; 36(04): 169–174
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM D, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. 1. Auflage. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF, 2009
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87
- Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2013; 56(5–6): 733–739
- Melchior H, Schulz H, Walker J, Ganninger M, Härter M. Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 2014
- Wennberg JE. *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. New York: Oxford University Press, 2010
- Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the debate over Medicare reform. *Health Aff (Millwood) Suppl Web Exclusives* 2002: W96–114
- Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU. Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits-surveys. *Z Klin Psychol Psychother* 2004; 33(4): 251–260
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Sozioökonomische Grunddaten für die zwölf neuen EU-Mitgliedsstaaten, Deutschland und die Bundesländer. 2011
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259(5): 298–306
- Rüsch N, Berger M. Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger M (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*, 4. Auflage. München: Elsevier GmbH, 2012
- Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 41: Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch-Institut, 2008
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. 2011
- Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammer und der BPTK. 2011

Regionale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrenten

Martin Brüssig, Patrizia Aurich-Beerheide und Manuela Schwarzkopf
Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen

Einleitung

Eine Analyse regionaler Unterschiede der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten verspricht Erkenntnisse in zweifacher Hinsicht. Zum einen lassen sich Unterschiede in einer ganz grundlegenden sozialstrukturellen Dimension zeigen, nämlich der Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit. Dies wiederum legt regionale Unterschiede in den Lebenschancen – beispielsweise der Betroffenheit von einer Erwerbsminderung, der ärztlichen Versorgung, den Wirtschaftsstrukturen mit einer ungleichen Verteilung besonders belastender Berufe oder dem Entwicklungsstand des Arbeitsschutzes – nahe. Zum zweiten bietet eine Analyse regionaler Unterschiede der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten die Möglichkeit, die Funktionsweise der sozialstaatlichen Sicherung bei Erwerbsminderung besser zu verstehen. Denn anhand regionaler Unterschiede in möglichen Einflussfaktoren, wie z.B. der regionalen Beschäftigungsstruktur oder Arbeitslosigkeit, kann untersucht werden, welche Einflussfaktoren mehr oder weniger stark mit der Zugangshäufigkeit in Erwerbsminderungsrenten korrelieren. Damit ist zugleich das Ziel dieses Beitrages benannt.

Ein regionaler Vergleich bietet gegenüber anderen Vergleichsebenen (international oder historisch) den Vorteil, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen innerhalb der Untersuchungspopulation konstant sind. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind selbst ein zentraler Faktor für die Zugangswahrscheinlichkeit in Erwerbsminderungsrenten. Die international unterschiedliche Zugangshäufigkeit in Erwerbsminderungsrenten zeigt eher noch an, wie offen bzw. restriktiv ein bestimmtes nationales System der Erwerbsminderungsrente ist, als dass es eine Aussage zur Bevölkerungsgesundheit erlauben würde, und zeigt erst recht nicht an, wie sensitiv dieses Sicherungssystem auf bestimmte gesellschaftliche Risikofaktoren reagiert, wie z.B. Arbeitslosigkeit und Arbeitsbelastungen. Auch im

historischen Vergleich ändern sich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen teilweise erheblich. Daher ist die Erklärung eines rückläufigen Stellenwertes der Erwerbsminderungsrente durch eine bessere Gesundheit und bessere Gesundheitsversorgung zwar plausibel, in ihrer Reichweite aber – eben wegen veränderlicher versicherungsrechtlicher Voraussetzungen – nur sehr schwer exakt abzuschätzen. Gegenüber einer individuenbezogenen Analyse – der Frage nach den individuellen Risikofaktoren des Zugangs in Erwerbsminderungsrente – bietet eine regionale Betrachtung den konzeptionellen Vorteil, dass viele Risikofaktoren, die als individuelle Faktoren modelliert werden (wie z.B. Arbeitslosigkeit und ausgeübte Tätigkeit), in Wirklichkeit eher Kontextfaktoren sind, die zwar auf individueller Ebene erhoben werden, aber in ihrem Wirken nicht unabhängig von anderen Individuen bzw. größeren sozialen Strukturen sind.¹

Der vorliegende Beitrag stellt zunächst regionale Unterschiede in der Zugangshäufigkeit von Erwerbsminderungsrenten vor. Anschließend wird der Zusammenhang mit der Arbeitsmarktlage anhand zweier gängiger Indikatoren untersucht, nämlich der Wirtschaftsstruktur und der Arbeitslosenquote.

Relative Häufigkeit von EM-Renten im regionalen Vergleich

Vorliegende Studien zum regionalen Vergleich in der Erwerbsminderungsrente nutzen als Indikator für die Zugangshäufigkeit in der Regel den Anteil der Erwerbsminderungsrentenzugänge an den Zugängen an allen Versichertenrenten (Summe aus Altersrenten und EM-Renten) (z.B. [1], [2]). Dieser Indikator

1 Es ist beispielsweise zu erwarten, dass die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf eine Person auch davon abhängt, ob viele oder wenige Personen arbeitslos sind. Es ist weiterhin zu erwarten, dass eine hohe bzw. niedrige Arbeitslosigkeit nicht nur Wirkungen auf arbeitslose, sondern auch auf beschäftigte oder in Ausbildung befindliche Personen hat.

ist problematisch, denn er ist demographisch beeinflusst. Mit einer alternden Erwerbsbevölkerung gehen anteilig mehr Menschen in eine Altersrente, selbst wenn die altersspezifische Wahrscheinlichkeit, erwerbsgemindert zu werden, konstant bleibt. Ein rückläufiger Anteil von EM-Renten an den Versichertenrenten zeigt deshalb nicht zwingend ein rückläufiges EM-Rentenrisiko an. Sachgerechter ist es deshalb, den Anteil der Zugänge in EM-Rente an allen Personen zugrunde zu legen, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine EM-Rente erfüllen. Dies lässt sich kaum praktikabel erfüllen, werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen doch erst in einem Rentenverfahren geklärt. In diesem Beitrag werden als Näherung für den Kreis der versicherten Personen die versicherungspflichtig Beschäftigten sowie die registrierten Arbeitslosen zugrundegelegt (ähnlich auch [3]).²

Jährlich gehen in Deutschland etwa 200.000 Menschen in eine Erwerbsminderungsrente über.³ Seit dem Jahr 2000 ist dieser Wert etwas zurückgegangen (Tiefpunkt 2006 mit knapp 160.000 Neuzugängen) und danach bis 2010 wieder auf 180.000 Neuzugänge gestiegen. Bezogen auf die Zahl der versicherungspflichtig Beschäftigten und Arbeitslosen gingen 2010 im Bundesdurchschnitt etwa 5,7 Promille einer Erwerbsminderungsrente zu (Männer: 5,8; Frauen: 5,4 Promille). Das bedeutet: Von 1.000 Versicherten erhalten knapp sechs Personen pro Jahr eine Erwerbsminderungsrente zugesprochen.

Allerdings verteilen sich die Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten regional sehr unterschiedlich (III Abbildung 1).⁴ Die EM-Rentenzugangsquote ist in einigen Großstädten (Stuttgart, Hamburg, München, aber z.B. auch Karlsruhe oder Dresden) besonders niedrig. Die niedrige EM-Rentenzugangsquote in Großstädten ist zum Teil statistisch bedingt, denn die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten richtet sich nach dem Arbeitsort, und in Großstädten arbeiten viele Einpendler, die im Umland wohnen. Die EM-Rentenzugangsquote ist in Großstädten vermutlich aber auch deshalb relativ

niedrig, weil Großstädte vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, von denen auch Menschen mit einer gefährdeten Erwerbsfähigkeit profitieren. In Vorpommern und weiteren nordostdeutschen Regionen ist die EM-Rentenzugangsquote mit ca. 10 Promille etwa doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt und fast dreimal so hoch wie beispielsweise in Hamburg oder Stuttgart. Sehr hohe EM-Rentenzugangsquoten mit 10 Promille finden sich aber auch in Teilen des Ruhrgebiets (Emscher-Lippe).

In regionaler Hinsicht lassen sich drei größere Sektoren innerhalb Deutschlands feststellen:

- der Nordosten (Mecklenburg-Vorpommern, Teile von Brandenburg und Sachsen) mit hohen EM-Rentenzugangsquoten,
- der Süden (Baden-Württemberg und Bayern) mit niedrigen EM-Rentenzugangsquoten und
- ein breites Band, das von Nordwesten und Norden über Westdeutschland bis zu Hessen und Thüringen reicht, in dem die EM-Rentenzugangsquoten ein breites Spektrum umfassen.

Aber auch in den beiden Großregionen mit einer relativ homogenen EM-Rentenzugangswahrscheinlichkeit – im Nordosten und im Süden – gibt es kleinräumige Regionen, die vom jeweiligen Trend abweichen.

Die regionalen Unterschiede sind zumindest in einer mittelfristigen Betrachtung relativ stabil (III Abbildung 2). Sowohl die regionalen Rentenzugangsquoten der Jahre 2005 und 2008 als auch der Jahre 2005 und 2010 korrelieren stark miteinander. Dass die Punktwolke des Jahres 2010 in III Abbildung 2 etwas oberhalb der Punktwolke des Jahres 2008 liegt, ist Ausdruck der Tatsache, dass 2010 die EM-Rentenzugangsquote etwas höher war als 2008, wie aus der gestiegenen Zahl der Rentenbewilligungen zu erwarten war.

Ein wichtiger Faktor, der die regionale Zugangsquote in Erwerbsminderungsrenten beeinflusst, ist zunächst die regionale Altersstruktur. Obwohl der Zusammenhang keinesfalls perfekt ist ($r = 0,65$), lässt sich doch zeigen, dass dort mehr EM-Rentenzugänge zu verzeichnen sind, wo auch in der Bevölkerung überdurchschnittlich viele 50- bis unter 65-Jährige leben [4, S. 14]. Auch aus diesem Grund sind im Nordosten Deutschlands hohe EM-Rentenzugangsquoten und im Südwesten und Süden niedrige EM-Rentenzugangsquoten zu verzeichnen.

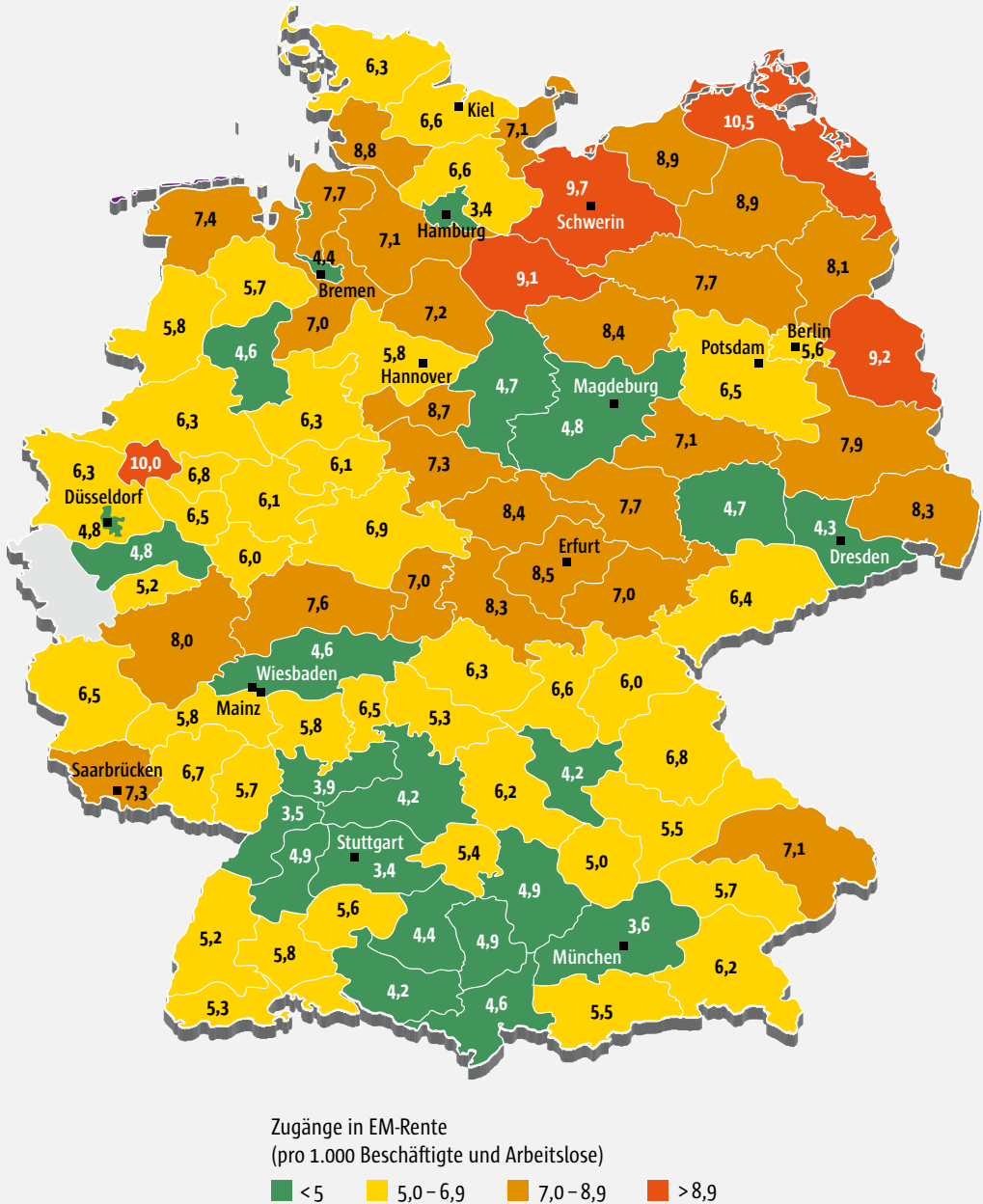
In der internationalen Diskussion werden als Erklärungsfaktoren für die regionale Varianz in der Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten häufig die regionale Arbeitslosigkeit und die regio-

2 Die verwendeten Daten beziehen sich auf das Jahr 2010. Damals waren registrierte Arbeitslose, die ALG II bezogen, aktiv versichert. Dies wurde danach geändert, sodass seitdem die registrierten Arbeitslosen den Versicherungsstatus weniger gut als bisher abbilden.

3 Wiederbewilligungen befristeter Renten sind hier nicht enthalten.

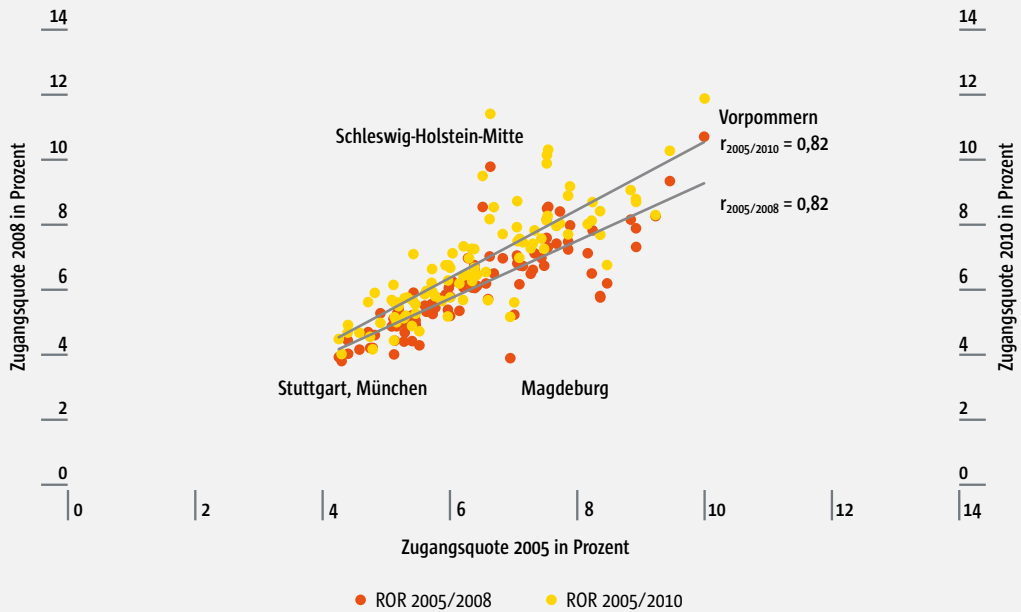
4 Die kleinste geographische Einheit, für die Daten zum EM-Rentenzugang vorliegen, ist die der Raumordnungsregionen (ROR). Diese stellen ein Beobachtungs- und Analyseraster der Bundesraumordnung dar und basieren auf den Planungsregionen der Länder. Für nähere Informationen zu dieser statistischen Einheit und deren Abgrenzungskriterien siehe die Seiten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR): <http://www.bbsr.bund.de>

Abbildung 1 Zugänge in Erwerbsminderungsrente, nach Raumordnungsregionen, 2010



Anmerkungen: Die Zahlen in den Raumordnungsregionen geben die Häufigkeit von EM-Rentenzugängen pro 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Arbeitslose an. Aachen ist aufgrund fehlender Werte nicht ausgewiesen. Quelle: FDZ-RV-RTZN2005–2010 Themenfile Raumordnungsregion, Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Abbildung 2 Regionale Zugangsquoten in EM-Rente, 2005, 2008, 2010



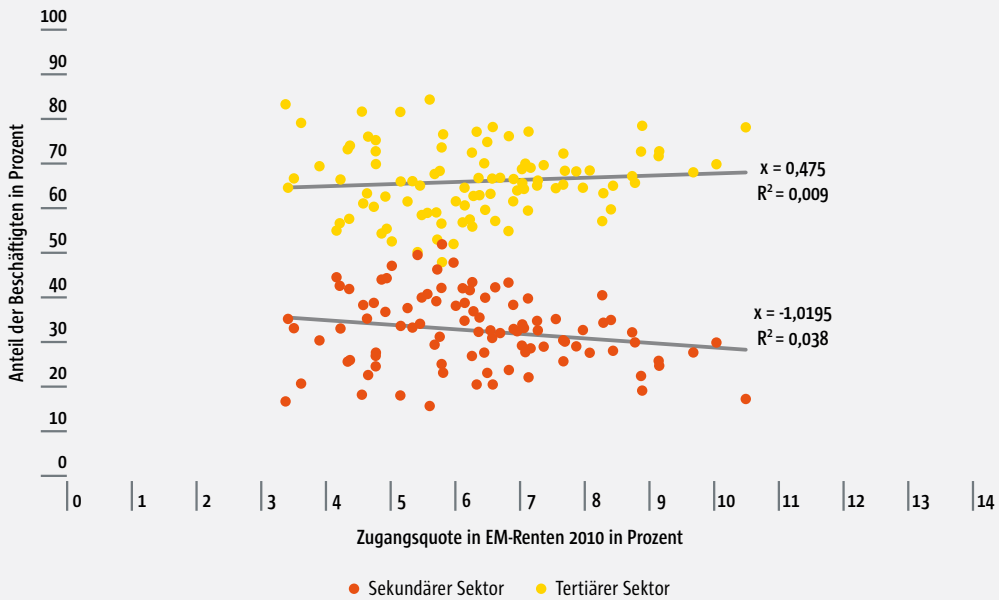
Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine Raumordnungsregion (ROR). Quelle: FDZ-RV-RTZN2005–2010 Themenfile Raumordnungsregion, Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

nale Wirtschaftsstruktur benannt [5]. Dabei wird einerseits davon ausgegangen, dass eine hohe Arbeitslosigkeit Druck auf den Arbeitsmarkt ausübt, was die Beschäftigungschancen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verringert und dazu führen kann, dass „Erwerbsminderung“ in solchen Regionen als Status leichter akzeptiert wird. Andererseits wird angenommen, dass eine eher industriell geprägte Wirtschaftsstruktur mehr belastende Tätigkeiten beinhaltet, die auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit der regionalen Bevölkerung haben, was somit frühere Rentenzugänge aufgrund einer geminderten Leistungsfähigkeit durch frühen körperlichen Verschleiß fördert. Dies wird möglicherweise noch dadurch verstärkt, dass die Folgen industrieller Belastungen eher zu körperlichen Leiden führen, für deren Diagnose und Beurteilung hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit eine längere Tradition besteht als für psychische Leiden. Da altindustriell geprägte Regionen zudem häufig stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind, verstärken sich die beiden Faktoren gegenseitig.

Regionale Wirtschaftsstruktur und Zugangshäufigkeit in EM-Renten

Ein weiterer Faktor, der die regionale Zugangsquote beeinflussen kann, ist die regionale Wirtschaftsstruktur. » Abbildung 3 zeigt für die 96 Raumordnungsregionen, wie die Beschäftigtenanteile in den verschiedenen Sektoren mit dem EMR-Zugang zusammenhängen. Die obere Punktswolke zeigt den Zusammenhang zwischen Beschäftigtenanteil im tertiären (Dienstleistungs-) Sektor und Zugängen in die Erwerbsminderungsrente. Die Trendlinie zeigt, dass hier kein Zusammenhang vorhanden ist. Die Streuung der Punkte um die Linie herum ist stark und das Bestimmtheitsmaß liegt unter 0,01. Der Anteil an Beschäftigung im Dienstleistungssektor wirkt sich also nicht auf die Zugänge in EM-Rente aus. Ähnlich verhält es sich mit dem Beschäftigtenanteil im sekundären Sektor, also der Industrie: Dort ist der errechnete Wert zwar geringfügig höher, faktisch aber immer noch so niedrig, dass man einen fehlenden Zusammenhang konstatieren muss. Interessanter ist allerdings, dass den vorliegenden Ergebnissen zufol-

Abbildung 3 Wirtschaftsstruktur und EMR-Zugänge, 2010



Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine Raumordnungsregion. Der x-Wert bezeichnet den Anstieg der Trendgeraden (je größer der Betrag von x, desto stärker der Trend), R2 bezeichnet die summierte Abweichung der einzelnen Punkte vom Trend (je größer R2, desto kleiner die Abweichungen).
Quelle: INKAR 2012, eigene Berechnungen

ge sich, wenn überhaupt, ein negativer Zusammenhang andeutet, d. h. je höher/niedriger der Anteil der Industriebeschäftigten ist, desto niedriger/höher ist die Zugangsquote in EM-Rente. Allerdings ist auch bei diesem Zusammenhang aufgrund der starken Streuung Vorsicht bei der Interpretation angebracht.

Regionale Arbeitslosigkeit und Zugangshäufigkeit in EM-Renten

Angesichts der regionalen Unterschiede in der Zugangsquote in EM-Renten mit hohen Zugangsquoten im Nordosten Deutschlands und niedrigen Zugangsquoten im Süden und Südwesten und der geringen Erklärungskraft und Wirtschaftsstruktur drängt sich die Vermutung auf, dass sich auch die regionale Arbeitslosigkeit auf den EM-Rentenzugang auswirkt. Zwar spielt der Status, arbeitslos (oder beschäftigt) zu sein, keine Rolle dabei, wie die individuelle Leistungsfähigkeit festgestellt werden soll. Die Erwerbsminderungsrente ist nicht als Absicherung eines konjunkturell oder wirtschaftsstrukturell bedingten Beschäfti-

gungsrisikos konzipiert. Mehrere Gründe sprechen gleichwohl dafür, dass sich die regionale Arbeitslosigkeit auf die Zugangswahrscheinlichkeit in EM-Rente auswirkt. Zum einen ist vielfach nachgewiesen, dass Arbeitslosigkeit eine Stressbelastung ist, die Leiden auslösen oder verschlimmern kann und ein ohnehin bestehendes Erwerbsminderungsrisiko verstärkt. Zum zweiten übt hohe Arbeitslosigkeit Druck auf bestehende Beschäftigungsverhältnisse aus, da Arbeitgeber leichter Ersatz für ausscheidende Beschäftigte finden können, als dies bei Arbeitskräfteknappheit der Fall ist. Vermutlich investieren Arbeitgeber bei hoher Arbeitslosigkeit weniger in eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, als sie es bei Arbeitskräfteknappheit tun würden. Drittens schließlich ist auf die Besonderheit der Jahre 2005 bis 2010 hinzuweisen: In diesem Zeitraum waren SGB II-Leistungsbeziehende rentenversichert und konnten allein durch den Leistungsbezug die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllen.⁵

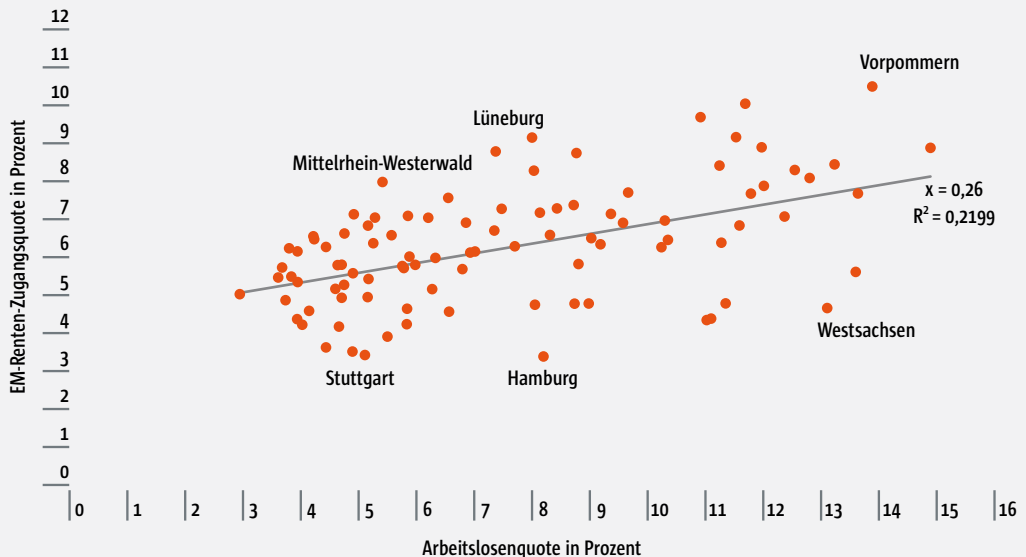
5 Seit dem 01.01.2011 sind SGB II-Leistungsbeziehende in der Rentenversicherung nicht mehr pflichtversichert.

Gerade unter den SGB II-Leistungsempfängern sind viele Personen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen. Im Jahr 2010 kamen nahezu 30% der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrente aus dem ALG II-Bezug [6], und der Anteil der SGB II-Leistungsbeziehenden ist in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit höher als in Regionen mit niedriger Arbeitslosigkeit.

Tatsächlich ist ein Zusammenhang zwischen den Zugängen in Erwerbsminderungsrente und der regionalen Arbeitslosenquote zu beobachten, der insgesamt unverkennbar zeigt: Je höher die regionale Arbeitslosenquote ist, desto mehr Zugänge in EM-Rente treten auf (»»» Abbildung 4). Der Zusammenhang ist aber nicht sehr stark ausgeprägt, und vor allem gibt es auch eine Reihe von „abweichenden“ Regionen, in denen trotz niedriger Arbeitslosigkeit viele EM-Rentenzugänge verzeichnet werden (z.B. Mittelrhein-Westerwald, Lüneburg). Und in einigen Regionen vor allem in Ostdeutschland sind die EM-Rentenzugänge trotz hoher Arbeitslosigkeit relativ niedrig (z.B. Magdeburg, Oberes Elbtal, Westsachsen, aber auch Bremen als Beispiel für eine westdeutsche Region).

Auch wenn die Feststellung der individuellen Leistungsfähigkeit mit Blick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und damit losgelöst von der konkreten Arbeitsmarktlage zu erfolgen hat, gibt es durch zwei Regelungen potenziell beträchtliche Gestaltungsspielräume innerhalb der Erwerbsminderungsrente, bei deren Wahrnehmung direkt oder indirekt die Arbeitsmarktlage berücksichtigt werden kann. Zum einen sind Erwerbsminderungsrenten grundsätzlich befristet zu vergeben. Da die Arbeitsmarktlage auch konjunkturell schwankt, ist es möglich, dass gerade die befristeten EM-Rentenzugänge parallel zur Arbeitslosigkeit verlaufen. Zum zweiten kann eine teilweise Erwerbsminderungsrente in eine volle Erwerbsminderungsrente umgewandelt werden, wenn dem Betroffenen kein Teilzeitarbeitsplatz zugänglich ist („verschlossener Arbeitsmarkt“); dies ist gerade bei hoher Arbeitslosigkeit zu vermuten. Diese Umwandlungen sind grundsätzlich auf drei Jahre befristet, können aber bis zur Regelaltersgrenze wiederholt werden. Um den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Erwerbsminderungsrente besser zu verstehen, ist von Interesse, ob gerade jene Regelungen in der EM-Rente, mit denen auf die Arbeitsmarktchancen Bezug genommen werden

Abbildung 4 Zugänge in EM-Rente und Arbeitslosenquote, nach Raumordnungsregionen, 2010



Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine Raumordnungsregion. Der x-Wert bezeichnet den Anstieg der Trendgeraden (je größer der Betrag von x, desto stärker der Trend), R2 bezeichnet die summierte Abweichung der einzelnen Punkte vom Trend (je größer R2, desto kleiner die Abweichungen).
Quelle: FDZ-RV-RTZN2005–2010 Themenfile Raumordnungsregion, Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

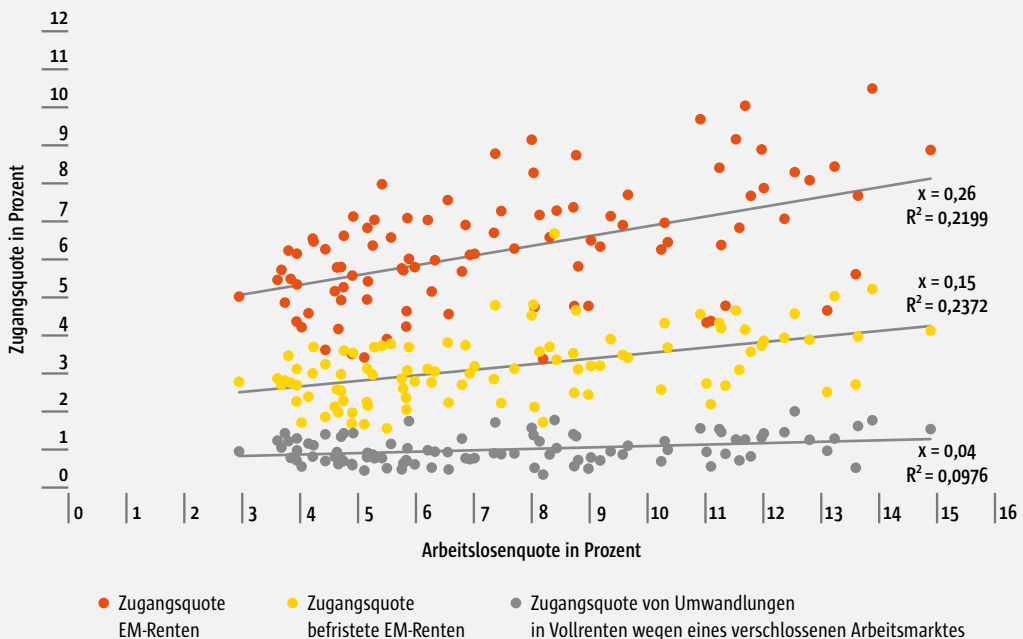
kann, besonders stark auf Unterschiede in der Arbeitsmarktlage reagieren und unterschiedliche Zugangsraten in den Erwerbsminderungsrenten bewirken.

Obwohl Erwerbsminderungsrenten grundsätzlich befristet zu bewilligen sind, machen die befristeten EM-Renten nur etwa die Hälfte aller Neuzugänge in EM-Renten aus [6, S. 12]. Auch dies gilt – wie die Bewilligung von EM-Renten generell – aber keineswegs in allen Regionen gleichermaßen. Der Anteil der Zeitrenten an allen EM-Renten beträgt beispielsweise in den Regionen Bodensee und Nord-schwarzwald nur ca. 30% (d.h. ca. 70% der EM-Renten werden unbefristet bewilligt), während er in Südthüringen und Nordthüringen bei ca. 60% und in Westsachsen sogar bei 65% liegt. An den Rändern der Verteilung ist das Verhältnis zwischen befristeten und unbefristeten EM-Renten also nahezu umgekehrt. Noch stärker ist die regionale Varianz bei den Umwandlungen der teilweisen in volle EM-Renten wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes.

Grundsätzlich werden derartige Umwandlungen seltener bewilligt als befristete bzw. unbefristete EM-Renten. Während beispielsweise in Hamburg, Bonn und Berlin knapp 20% der Neuzugänge in EM-Renten Vollrenten wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes sind, ist der Anteil in den Raumordnungsregionen Augsburg und Donau-Iller mit etwa 50% mehr als doppelt so hoch (Durchschnitt bundesweit: 30%).

Hängen diese arbeitsmarktspezifischen Regelungen in der EM-Rente nun stärker mit der regionalen Arbeitsmarktlage zusammen als die regionale Zugangsquote in EM-Rente? Entgegen der institutionellen Konstruktion dieser Umwandlungen von Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung in volle EM-Renten wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes bestätigt sich die Vermutung *nicht*, dass die Umwandlungen einer teilweisen in eine volle Erwerbsminderungsrente auf regionaler Ebene eng mit dem Niveau der Arbeitslosenquote zusammenhängt. Dies ist in **»** Abbildung 5 graphisch dargestellt. Die obere Punktwolke stellt den Zusammenhang zwischen

Abbildung 5 Zugänge in EM-Rente, befristete EM-Renten sowie Umwandlungen in volle EM-Rente wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes und Arbeitslosenquote, nach Raumordnungsregionen, 2010



Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine Raumordnungsregion. Der x-Wert bezeichnet den Anstieg der Trendgeraden (je größer der Betrag von x, desto stärker der Trend), R2 bezeichnet die summierte Abweichung der einzelnen Punkte vom Trend (je größer R2, desto kleiner die Abweichungen).
Quelle: FDZ-RV-RTZN2005–2010 Themenfile Raumordnungsregion, Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

der regionalen Arbeitslosenquote und EM-Rentenzugangsquote dar und ist identisch zu der in **III** Abbildung 4: In der Tendenz gibt es anteilig mehr Zugänge in EM-Renten dort, wo die Arbeitslosigkeit höher ist. Die mittlere Punktvolke bildet den Zusammenhang zwischen regionaler Arbeitslosigkeit und den Zugängen in befristete EM-Renten ab. Auch hier ist ein positiver Zusammenhang festzustellen (mehr Befristungen in Regionen mit höherer Arbeitslosenquote), doch dieser Zusammenhang ist schwächer als bei den Zugängen in Erwerbsminderungsrente insgesamt, wie an dem niedrigeren Anstieg der Trendgeraden ($x = 0,15$ gegenüber $x = 0,26$) erkennbar ist. Die regionale Varianz um diesen Trend herum ist bei beiden Sachverhalten (Zusammenhang zwischen regionaler Arbeitslosigkeit einerseits und Zugängen in EM-Renten bzw. Befristungen von EM-Renten andererseits) nahezu identisch, wie das Bestimmtheitsmaß (R^2) anzeigt.

Die untere Punktvolke in **III** Abbildung 5 zeigt den Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Umwandlungen in volle EM-Renten wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes. Hier gibt es praktisch keinen Trend, wie der Anstieg der Trendgeraden von nahezu 0 anzeigt ($x = 0,04$). Der fehlende Zusammenhang wird durch das niedrige Bestimmtheitsmaß zusätzlich untermauert ($R^2 = 0,10$).

Diskussion

Die Zugangsquoten in Erwerbsminderungsrenten weisen eine beträchtliche regionale Varianz auf. Im Durchschnitt liegen sie bei knapp sechs Neuzugängen in Erwerbsminderungsrenten pro 1.000 Versicherte, während sie in Regionen mit niedrigen Zugangsquoten nur etwa halb so groß und in Regionen mit hohen Zugangsquoten etwa doppelt so hoch wie der Durchschnittswert sind. Diese regionalen Unterschiede sind zumindest in einem mittelfristigen Zeitraum weitgehend stabil. Sie hängen zu einem Teil mit der regionalen Altersstruktur zusammen: Dort, wo mehr Ältere im erwerbsfähigen Alter leben, sind auch anteilig mehr Zugänge in EM-Rente zu verzeichnen. Letzteres ließe vermuten, dass Zugänge in Erwerbsminderungsrente auch mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung in der jeweiligen Region zu tun haben: je älter die Bevölkerung in einer Region, desto schlechter könnte es um ihre Gesundheit stehen, was vermehrt Zugänge in EM-Rente zur Folge haben könnte. Um diesen Zusammenhang prüfen zu können, bräuchte man allerdings Daten über den Gesundheitszustand auf regionaler Ebene.

Zwar lassen sich auf Bundeslandebene Diagnosen unter den EMR-Zugängen unterscheiden, diese Analyseebene ist jedoch im Vergleich zu den regionalen Unterschieden in den EMR-Zugängen der Raumordnungsregionen zu grob und eine tiefer gegliederte Statistik wäre notwendig. Darüber hinaus lässt die Analyse von Erkrankungsursachen *innerhalb* der EM-Rente keinen Rückschluss auf den tatsächlichen Gesundheitszustand in der Bevölkerung zu und wie sich dieser auf die Zugangsstruktur auswirkt. So wäre es beispielsweise möglich, dass bei gleicher Gesundheitsstruktur unterschiedliche Zugangsmuster entstehen, da die Übersetzung von Erkrankung in eine Berentung einen weiteren Zwischenschritt beinhaltet: Erst im Zusammenhang mit der Arbeitsmarktlage kann eine Erkrankung im jeweiligen sozio-ökonomischen Kontext als Erwerbsminderung interpretiert werden. Hier wäre weitergehende Forschung wünschenswert. Von besonderem Interesse ist, ob sich die Erwerbsfähigkeit bei körperliche Leiden „leichter“ und reliabler feststellen und gegebenenfalls in Erwerbsminderungsrenten übersetzen lassen und ob demgegenüber bei psychischen Krankheiten größere Beurteilungsspielräume in der sozialmedizinischen Begutachtung bestehen.

Die Zugangsquoten in Erwerbsminderungsrenten hängen also auch mit der regionalen Arbeitsmarktlage zusammen. Allerdings fungiert die Erwerbsminderungsrente unseren Analysen zufolge nicht, wie mitunter insbesondere in der internationalen Diskussion vermutet, als ein Ventil zur Entlastung des Arbeitsmarktes, also als ein bewusst gewähltes sozialpolitisches Instrument, um die offene Arbeitslosigkeit zu senken. Zwar gibt es unverkennbar einen Zusammenhang, dem zufolge in der Tendenz in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit anteilig mehr Zugänge in Erwerbsminderungsrente erfolgen. Es gibt aber auch eine Reihe „abweichender“ Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit und niedrigen Zugangsquoten (und umgekehrt), die dem generellen Trend nicht folgen und so bewirken, dass der Zusammenhang nur von mittlerer Stärke ist. Überraschend ist zudem, dass die Regelungen innerhalb der Erwerbsminderungsrente, mit denen auf die konkreten Arbeitsmarktchancen Bezug genommen werden kann – die Befristung der Rente sowie die Umwandlung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in eine volle EM-Rente wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes – zwar eine noch höhere regionale Varianz aufweisen als die Zugänge in EM-Rente insgesamt, die Nutzung dieser arbeitsmarktbezogenen Regelungen insgesamt aber kaum bzw. gar nicht mit der regionalen Arbeitslosigkeit

zusammenhängen. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Arbeitsmarktchancen in Rentenverfahren nicht regional einheitlich berücksichtigt werden.

Zu den Ergebnissen dieser Untersuchung gehört auch, dass es praktisch keinen Zusammenhang zwischen regionaler Wirtschaftsstruktur und der Zugangshäufigkeit in EM-Renten gibt. Dieses Ergebnis unterstreicht – wie schon die Analyse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und EM-Rentenzugang – dass der Zugang in eine Erwerbsminderungsrente nicht einheitlich entlang von bestehenden oder verschlossenen Beschäftigungsmöglichkeiten erfolgt.

Die Ergebnisse zeigen, dass regional-strukturelle Faktoren allein die Zugänge in Erwerbsminderungsrente nicht erklären können. Vielmehr scheint es so zu sein, dass diese Faktoren, wie z.B. die Arbeitsmarktlage, in unterschiedlichen Regionen verschiedentlich interpretiert werden. Dies könnte erklären, warum in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit auch niedrige Zugangsquoten vorkommen und umgekehrt. Prozesse, die zur Bewilligung (oder Ablehnung) einer Erwerbsminderungsrente führen, sind komplex und verlaufen oft mehrstufig. Von der Ausgangssituation bei Eintritt einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, die meist vom Haus- oder Betriebsarzt festgestellt wird, bis zur Ermittlung der Schwere der Erkrankung und deren Auswirkungen auf das Erwerbsleben vergehen oft einige Monate oder Jahre und es sind vor der Rentenversicherung als Letztentscheider noch zahlreiche andere Akteure an diesem Prozess beteiligt (z.B. Arbeitsagenturen, Sozialämter, Krankenkassen, Reha-Träger, Gesundheitsdienstleister etc.). Diese mehrstufigen Entscheidungs- und Verweisungsabläufe zwischen verschiedenen Trägern der Sozialversicherung erwei-

tern das Spektrum möglicher Zugangswege in die Erwerbsminderungsrente erheblich. Weitere Forschung über die Struktur der Zugangswege und das Verhalten der Akteure darin wäre wünschenswert und könnte einen Beitrag leisten, die Wirkung von regional-strukturellen Faktoren besser zu verstehen.

Literatur

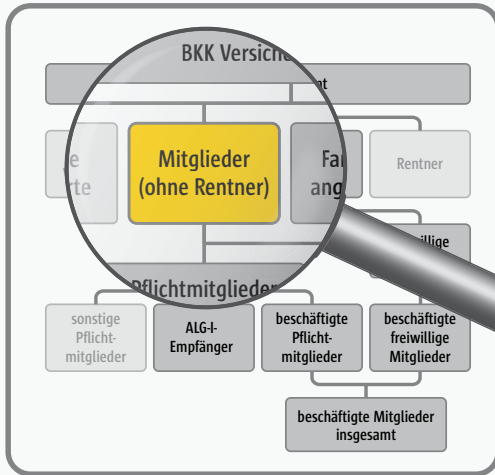
1. Ebert A, Kistler E. Arbeitsmarkt und Rentenübergang: Große Unterschiede in Branchen, Berufen und Regionen bei Beschäftigungschancen Älterer. *Soziale Sicherheit* 2007; (4): 130–137
2. Schubert M, Behrens J, Höhne A, Schaepe C, Zimmermann M. Erwerbsminderungsrenten wegen verschlossenem Arbeitsmarkt – der Arbeitsmarkt als Frühberentungsgrund. In: *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 26. bis 28. Juni 2006 in Bensheim. Sonderausgabe der DRV. Bad Homburg v.d.H.: wdv Ges. für Medien und Kommunikation (DRV-Schriften, Bd. 55), 2007, S. 237–254*
3. Hagen C, Himmelreicher RK. Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen. Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland. *ISI* 2014; (51): 6–11
4. Brüssig M. Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt: Arbeitslosigkeit und regionale Unterschiede prägen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten. Duisburg, Düsseldorf: *Altersübergangs-Report*, 2012. Online verfügbar unter <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-04/auem2012-04.pdf>
5. Beatty C, Fothergill S. Disability Benefits in the UK: An Issue of Health or Jobs? In: *Lindsay C, Houston D (Hrsg.). Disability benefits, welfare reform and employment policy. Palgrave Macmillan, 2013, S. 15–32*
6. Bäcker G. Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Duisburg, Düsseldorf: *Altersübergangs-Report* 2013. Online verfügbar unter <http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/auem2012-03.php>



2

Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Die Darstellung der häufigsten Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen liefert ein detailliertes Bild des Krankheitsgeschehens der BKK Versicherten. Damit ergänzen die Auswertungen in diesem zweiten Kapitel den zusammenfassenden Überblick des ersten Kapitels um wichtige Informationen zur gesundheitlichen Lage.



Zunächst werden – gemäß der auch in den anderen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports verfolgten Darstellungsfolge – jene Diagnosen beschrieben, die bei den BKK Mitgliedern (ohne Rentner) am häufigsten zu einer Arbeitsunfähigkeit führen (» Kapitel 2.1). Zur besseren Lesbarkeit wird die Versichertengruppe der Mitglieder ohne Rentner im Folgenden lediglich als „Mitglieder“ bezeichnet. In den anschließenden Ausführungen werden die AU-begründenden Diagnosen zunächst gegliedert nach den wichtigsten Krankheitshauptgruppen (Muskel- und Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie die Krankheiten des Atmungssystems) dargestellt und anschließend bzgl. regionaler Unterschiede betrachtet. Einen ersten Eindruck regionaler Besonderheiten im AU-Geschehen gibt die einleitende Grafik (» Diagramm 2.1), in der die Fehltagelänge je BKK Mitglied (ohne Rentner) nach Diagnosehauptgruppen differenziert ausgegeben

werden. So zeigt sich z. B., dass die Erkrankungen des Atmungssystems – v. a. die „Grippewelle“ – im Jahr 2013 besonders in der Mitte und im Osten Deutschlands ausgeprägt waren. Eine nähere Betrachtung folgt in » Kapitel 2.1.4.

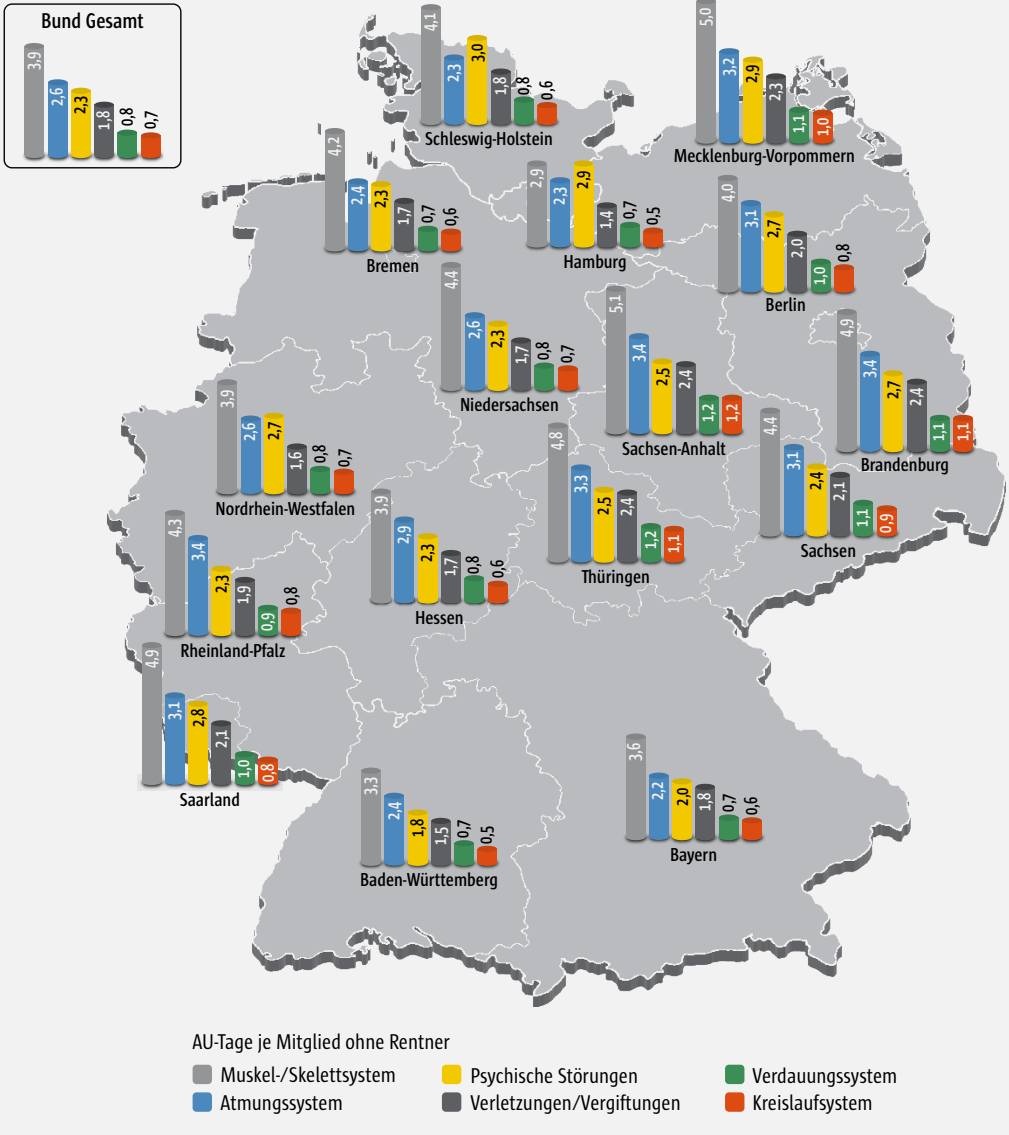
Die ambulante ärztliche Versorgung wird in » Kapitel 2.2 thematisiert. Kern der Ausführungen sind diejenigen Diagnosen, die bei BKK Versicherten (hier werden die Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt) beim Besuch eines niedergelassenen Arztes dokumentiert wurden. Hierunter fallen auch Diagnosen, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben oder zumindest keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Zudem beinhalten die Darstellungen des » Kapitels 2.2 aufgrund der erweiterten Datengrundlage auch Angaben zu den Familienversicherten und Rentnern, die mangels einer (sozialversicherungspflichtigen) Beschäftigung nicht arbeitsunfähig werden können.

In » Kapitel 2.3 werden die häufigsten Arzneimittelverordnungen betrachtet. Diese Angaben komplettieren die Beschreibung des Krankheitsgeschehens und erlauben darüber hinaus auf Grundlage des Verhältnisses von Einzelverordnungen und verordneten Tagesdosen Aussagen zur Chronizität.

Sowohl die in diesem Bericht dargestellten AU-Diagnosen als auch die ambulanten Diagnosen basieren auf der international gebräuchlichen ICD-10-Klassifikation. Da die Auswertungen der AU-Daten nur eine Diagnose je Arbeitsunfähigkeitsfall umfassen, kann Multimorbidität im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nicht abgebildet werden. Bei der Beschreibung der ambulanten ärztlichen Diagnosen werden mehrere vom niedergelassenen Arzt dokumentierte Diagnosen berücksichtigt. Da jedoch für niedergelassene Ärzte bislang keine Kodierrichtlinien eingeführt wurden, ist eine Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnosen nicht möglich.

Die folgenden Angaben zur Arbeitsunfähigkeit gelten jeweils für 1.000 Mitglieder. Dagegen werden in den Ausführungen zur ambulanten und zur Arzneimittelversorgung alle BKK Versicherten berücksichtigt. Weitergehende Auswertungen und Sonderauswertungen sind auf Anfrage beim BKK Dachverband erhältlich.

Diagramm 2.1 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2013)



2.1 Arbeitsunfähigkeit

- Anteil an Fehltagen durch psychische Erkrankungen ist in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland (+1,4 Prozentpunkte)
- Hamburg hat in wichtigsten Krankheitsgruppen die niedrigsten AU-Zeiten, allerdings bei psychischen Erkrankungen bundesweit mit die meisten Fehltag.
- Männer haben deutlich mehr Fehltag wegen Muskel-Skelett-Krankheiten als Frauen.
- Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen nach wie vor zu – allerdings ist beim Burn-out erstmals ein Rückgang zu verzeichnen.
- Anstieg der AU-Tage durch psychotrope Substanzen ist gegenüber dem Vorjahr außergewöhnlich hoch (+23,1%).
- Starke Grippewelle zu Beginn des Jahres 2013 verursacht gegenüber Vorjahr fast ein Drittel mehr Fehltag durch Atemwegserkrankungen.

Die drei Diagnosegruppen, die für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich sind, werden sowohl bei Frauen als auch bei Männern wie bereits im Vorjahr von den Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (ICD M00–M99) angeführt (»»» Tabelle 2.1). Dabei sind Männer von dieser Diagnosegruppe deutlich häufiger betroffen als Frauen. Während im Jahr 2013 durchschnittlich 168,5 AU-Fälle je 1.000 Frauen diagnostiziert werden, dokumentieren die Ärzte 216,8 Fälle je 1.000 Männer. Im Vergleich zu den Frauen treten bei den Männern damit rund 29% mehr Krankheitsfälle auf – allerdings sind die muskuloskelettal bedingten AU-Fälle bei den Männern mit 19,2 Tagen gut 2 Tage kürzer als bei den Frauen (21,3 Tage).

Die Grippewelle zu Beginn des Jahres 2013 macht sich in Form einer deutlichen Zunahme der Krankheiten des Atmungssystems (ICD J00–J99) bemerkbar. So ist die Zahl der AU-Fälle mit einer entsprechenden Diagnose gegenüber dem Jahr 2012 um

Tabelle 2.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Rang	ICD-Code	Bezeichnung	je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
			AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
Frauen					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	168,5	3.584	21,3
2.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	74,6	2.973	39,9
3.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	421,3	2.812	6,7
Männer					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	216,8	4.167	19,2
2.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	362,8	2.456	6,8
3.	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen	109,1	2.093	19,2
Gesamt					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	195,7	3.911	20,0
2.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	388,5	2.612	6,7
3.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	57,7	2.303	39,9

2.1 Arbeitsunfähigkeit

knapp 29% gestiegen. Die Krankheitstage je Fall sind jedoch nahezu unverändert geblieben. Anders als bei den Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind es bei den Krankheiten des Atmungssystems die Frauen, die häufiger betroffen sind.

Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen (ICD Foo-F99) treten mit 74,6 AU-Fällen je 1.000 Frauen zwar deutlich seltener auf als die beiden zuvor genannten Diagnosegruppen. Aufgrund der langen Dauer der Krankschreibungen (2013: 39,9 AU-Tage; 2012: 39,0 AU-Tage) stellen sie jedoch bei den weiblichen Versicherten die Diagnosegruppe mit den zweithäufigsten AU-Tagen je 1.000 Mitglieder dar.

Bei den männlichen BKK Mitgliedern schaffen es die psychischen und Verhaltensstörungen nicht unter die Top 3. Dafür fallen bei ihnen zahlreiche Arbeitsunfähigkeitstage an, die durch Verletzungen und Vergiftungen (ICD Soo-T98) verursacht werden. Mit einer AU-Dauer von knapp drei Wochen (19,2 AU-Tage) ist der Arbeitsausfall je Krankheitsfall in dieser Diagnosehauptgruppe ähnlich lang wie bei den BKK Mitgliedern mit einer muskuloskelettalen Erkrankung.

Die Auflistung der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (III Tabelle 2.2) bietet einen tieferen Einblick in das Krankheitsgeschehen. Auch hier wird noch einmal die ausgeprägte Grippewelle zu Beginn des Jahres 2013 sichtbar. Bei den Frauen nehmen die

Tabelle 2.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Rang	ICD	Bezeichnung	AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner
Frauen			
1.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1.116,7
2.	F32	Depressive Episode	1.047,4
3.	M54	Rückenschmerzen	1.010,1
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	615,9
5.	F48	Andere neurotische Störungen	329,6
6.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	327,3
7.	J20	Akute Bronchitis	308,2
8.	F33	Rezidivierende depressive Störung	278,5
9.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	266,7
10.	A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	260,5
Männer			
1.	M54	Rückenschmerzen	1.321,3
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	991,7
3.	F32	Depressive Episode	620,4
4.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	319,3
5.	M75	Schulterläsionen	317,7
6.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	310,3
7.	J20	Akute Bronchitis	296,9
8.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	296,0
9.	A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	255,4
10.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	248,4

akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (ICD J06) mit 1.117 Tagen je 1.000 Frauen Platz 1 der Rangliste jener Diagnosen ein, die für die meisten AU-Tage verantwortlich sind. Gegenüber dem Vorjahr beträgt die Steigerung +49%. Die Steigerungsrate ist bei den männlichen BKK Mitgliedern identisch, die absoluten Werte liegen dort aber auf einem deutlich niedrigeren Niveau (992 AU-Tage je 1.000 Mitglieder bzw. Rangplatz 2).

Bemerkenswert ist, dass unter den Top 10 der Einzeldiagnosen bei Frauen vier Diagnosen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen stammen, wohingegen dies „nur“ zwei bei den männlichen BKK Mitgliedern sind. Auch die Anzahl der mit den Diagnosen verbundenen AU-Tage unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Während auf 1.000 Männer im Jahr 2013 rund 620,4 AU-Tage wegen einer *depressiven Episode* (ICD F32) kommen, sind dies mit 1.047,4 AU-Tagen je 1.000 Frauen fast 69% mehr. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Diagnose *Reaktion auf schwere Belastungen und Angststörungen* (ICD F43) (Frauen: 615,9 AU-Tage je 1.000 Mitglieder; Männer: 310,3 AU-Tage).

Im Vergleich zum Vorjahr sind die durch eine depressive Episode verursachten Krankheitstage (je 1.000 Mitglieder) gestiegen (Frauen: +7,3%; Männer: +4,6%). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Arbeitsunfähigkeitstagen durch Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Demnach sind mit der entsprechenden Diagnose 2013 bei den Frauen 9,0% mehr AU-Tage assoziiert als 2012 bei den Männern +13,0%.

»» Tabelle 2.2 verdeutlicht die insgesamt stärkere Belastung der männlichen BKK Mitglieder durch muskuloskeletale Erkrankungen. Während sich bei den Frauen unter den zehn wichtigsten Einzeldiagnosen zwei Diagnosen aus dieser Diagnosegruppe finden, sind es bei den Männern vier. Sowohl die *Rückenschmerzen* (ICD M54) als auch die *sonstigen Bandscheibenschäden* (ICD M51) verursachen bei den Männern mehr AU-Tage als bei den Frauen.

Weitere geschlechtsspezifische Auswertungen des Krankheitsgeschehens finden sich in »» Kapitel 3.

In den folgenden Kapiteln werden die wichtigsten Untergruppen in einzelnen Diagnosehauptgruppen vertiefender dargestellt. Aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung für das Krankheitsgeschehen werden die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie die Krankheiten des Atmungssystems näher betrachtet. Anschließend erfolgt eine regionale Betrachtung des AU-Geschehens.

2.1.1 Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Die *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* verursachen im Jahr 2013 durchschnittlich 20,0 AU-Tage je Arbeitsunfähigkeitsfall eines BKK Mitglieds. Damit ist die Krankheitsdauer im Falle einer muskuloskeletal bedingten Arbeitsunfähigkeit fast dreimal so lang wie bei den Krankheiten des Atmungssystems (6,7 AU-Tage je Fall), die aufgrund ihrer Häufigkeit jedoch für die meisten AU-Tage verantwortlich sind. Wie bereits beschrieben, finden sich unter den Top 10 der Einzeldiagnosen bei Frauen zwei, die dem Diagnosespektrum Muskel- und Skelett-Erkrankungen zugeordnet sind, bei den Männern sind es sogar vier (»» Tabelle 2.2).

Rückenschmerzen (ICD M54), die sowohl bei Männern als auch bei Frauen die häufigste Einzeldiagnose aus dem Spektrum der Muskel- und Skelett-Krankheiten darstellen, sind mit 14,9 AU-Tagen je Fall rund ein Viertel kürzer als der Durchschnitt aller muskuloskeletalen AU-Fälle. Mit 79,7 AU-Fällen je 1.000 BKK Mitglieder werden Rückenschmerzen jedoch deutlich häufiger diagnostiziert als jede andere Einzeldiagnose dieser Krankheitsgruppe. Rückenschmerzen sind für 7,5% aller AU-Tage verantwortlich.

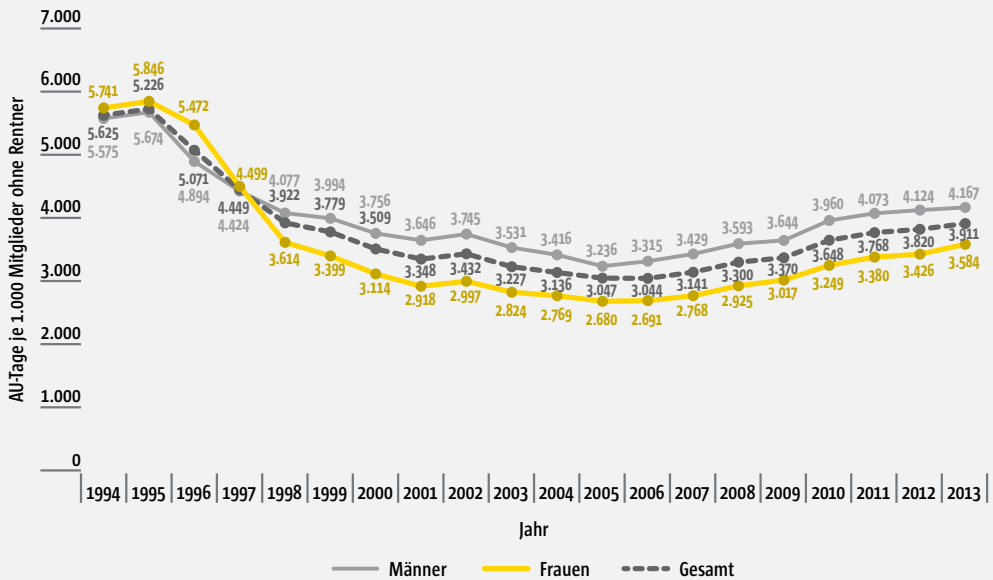
Eine weitere Einzeldiagnose, die ebenfalls eine Erkrankung des Rückens dokumentiert, ist auf Platz zwei der durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen verursachten AU-Tage zu finden: Hierbei handelt es sich um die *sonstigen Bandscheibenschäden* (ICD M51). Diese Erkrankung unterscheidet sich in ihrem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen deutlich von den Rückenschmerzen. So werden für die sonstigen Bandscheibenschäden im Jahr 2013 zwar nur 7,6 AU Fälle je 1.000 BKK Mitglieder diagnostiziert. Durch die lange Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 38,8 Tagen ergeben sich aber immerhin 296 AU-Tage je 1.000 Mitglieder.

Insgesamt verursachen die Muskel- und Skelett-Erkrankungen nahezu ein Viertel (24,7%) aller Arbeitsunfähigkeitstage. Dabei gibt es allerdings deutliche Geschlechterunterschiede.

Rund 27,2% der AU-Tage lassen sich bei den männlichen BKK Mitgliedern auf muskuloskeletale Erkrankungen zurückführen. Bei den Frauen sind es mit 21,8% deutlich weniger.

Gegenüber dem Vorjahr ist insbesondere bei den weiblichen BKK Mitgliedern eine Steigerung der AU-Tage wegen Muskel- und Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen. Während bei den männlichen Mitgliedern nur ein moderater Anstieg von 1,0% erkennbar ist, sind die betreffenden AU-Tage bei den Frauen um 4,6% gestiegen (»» Diagramm 2.2). Damit liegen die

Diagramm 2.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) im Zeitverlauf (1994–2013) nach Geschlecht



AU-Tage durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen in etwa wieder auf dem Niveau des Jahres 1998. Bis in die Jahre 2005/2006 waren die entsprechenden AU-Tage nahezu kontinuierlich gesunken und hatten 2006 einen Tiefstand von 3.045 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder erreicht. Danach sind sie jedoch ebenso kontinuierlich wieder angestiegen. Hatten die Männer bis in die Mitte der 1990er-Jahre noch weniger muskuloskelettal bedingte AU-Tage als die weiblichen BKK Mitglieder, sind die Krankheiten dieser Diagnosegruppe seit 1998 bei den Männern stärker vertreten als bei den Frauen.

» Tabelle 2.3 und » Diagramme 2.3 und 2.4 vermitteln einen vertiefenden Einblick in das Krankheitsgeschehen bei den Muskel- und Skelett-Erkrankungen.

Wie aus » Diagramm 2.3 hervorgeht, machen die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40–M54) mehr als die Hälfte der AU-Fälle im Bereich der Muskel- und Skelett-Erkrankungen aus. Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der relativen Verteilung auf die Diagnoseuntergruppen gibt es praktisch nicht. An zweiter Stelle folgen die Erkrankungen der Weichteile, also Krankheiten der Muskeln, der Sehnen oder des Weichteilgewebes (ICD M60–M79). Auch hier lassen sich zwischen weiblichen und männlichen BKK Mitgliedern nur geringfügige Unterschiede fest-

stellen. Bei beiden Gruppen ist eine Erkrankung der Weichteile ursächlich für gut ein Fünftel der AU-Tage.

Die Arthropathien (Gelenkleiden; ICD M00–M25) haben bei den Männern einen geringfügig höheren Anteil an den durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen verursachten AU-Fällen (Frauen: 17,2%; Männer: 19,6%). Osteopathien und Chondropathien (ICD M80–M94) sind nur für einen von hundert AU-Fällen verantwortlich.

Gegenüber dem Vorjahr lassen sich nahezu keine Veränderungen hinsichtlich der relativen Bedeutung der einzelnen Diagnoseuntergruppen feststellen. Keine Gruppe gewinnt oder verliert nennenswert an Bedeutung für das AU-Geschehen.

Im Vergleich von » Diagramm 2.3 und 2.4 werden bereits Unterschiede zwischen den Diagnoseuntergruppen in der AU-Dauer je Fall erkennbar. So ist der Anteil der durch Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens verursachten AU-Fälle höher als der entsprechende Anteil an den AU-Tagen. Dies deutet auf tendenziell kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten je AU-Fall hin. Dahingegen ist der Anteil der Arthropathien an den AU-Tagen mit mehr als einem Viertel deutlich erhöht gegenüber ihrem Anteil an den AU-Fällen. Dies ist ein Indiz für vergleichsweise lange AU-Dauern. Ein ähnliches Bild findet sich bei den Osteopathien und Chondropathien.

2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Tabelle 2.3 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Diagnosegruppen (ICD-Code)	Männer			Frauen			Gesamt		
	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall
Infektiöse Arthropathien (M00–M03)	0,3	6,1	23,1	0,2	3,8	19,0	0,2	5,1	21,6
Endzündliche Polyarthropathien (M05–M14)	8,7	120,0	13,8	4,8	97,3	20,3	7,0	110,1	15,7
Arthrose (M15–M19)	9,7	392,0	40,4	7,1	336,6	47,5	8,6	367,8	42,9
Sonstige Gelenkkrankheiten (M20–M25)	23,8	584,9	24,6	16,8	514,9	30,6	20,7	554,3	26,7
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30–M36)	0,3	6,3	21,2	0,7	14,7	22,8	0,5	10,0	22,2
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M43)	3,0	58,3	19,4	2,8	63,5	22,4	2,9	60,6	20,7
Spondylopathien (M45–M49)	6,0	138,4	23,0	4,7	115,4	24,4	5,5	128,3	23,5
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54)	108,1	1.814,6	16,8	83,1	1.478,3	17,8	97,1	1.667,2	17,2
Krankheiten der Muskeln (M60–M64)	3,3	34,8	10,7	2,9	33,7	11,5	3,1	34,3	11,0
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65–M68)	6,8	124,1	18,3	8,4	169,2	20,1	7,5	143,9	19,2
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70–M79)	34,2	696,7	20,4	25,3	583,4	23,1	30,3	647,1	21,4
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80–M85)	0,4	17,6	45,4	0,4	17,7	42,1	0,4	17,6	43,9
Sonstige Osteopathien (M86–M90)	0,6	26,4	41,2	0,5	19,4	36,1	0,6	23,3	39,2
Chondropathien (M91–M94)	0,8	30,3	36,1	0,7	25,3	37,5	0,8	28,1	36,6
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M95–M99)	10,8	116,2	10,7	10,1	110,2	10,9	10,5	113,5	10,8
Gesamt (M00–M99)	216,8	4.166,7	19,2	168,5	3.583,5	21,3	195,7	3.911,1	20,0

Diagramm 2.3 AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Diagnosegruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

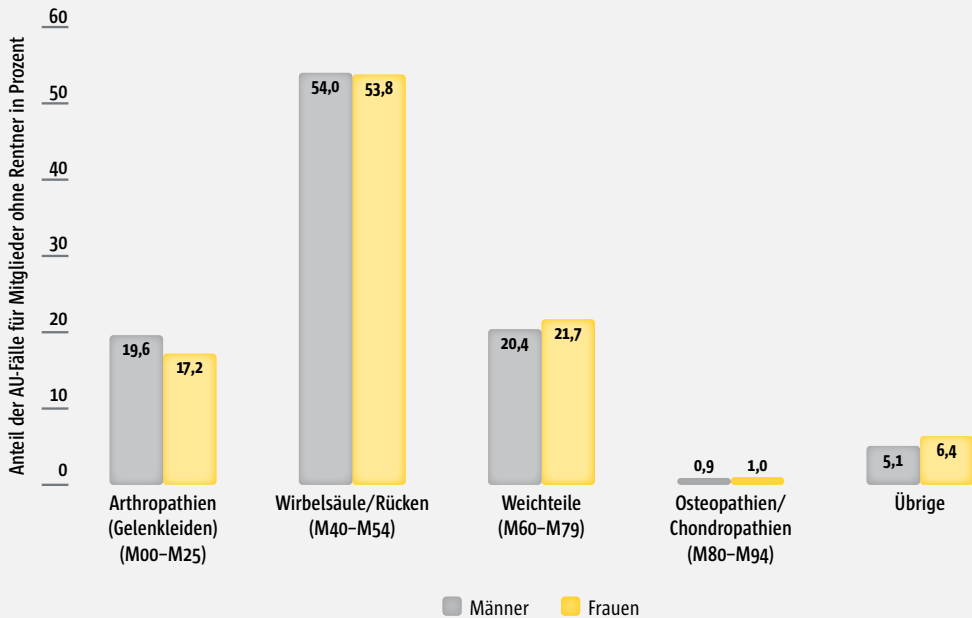
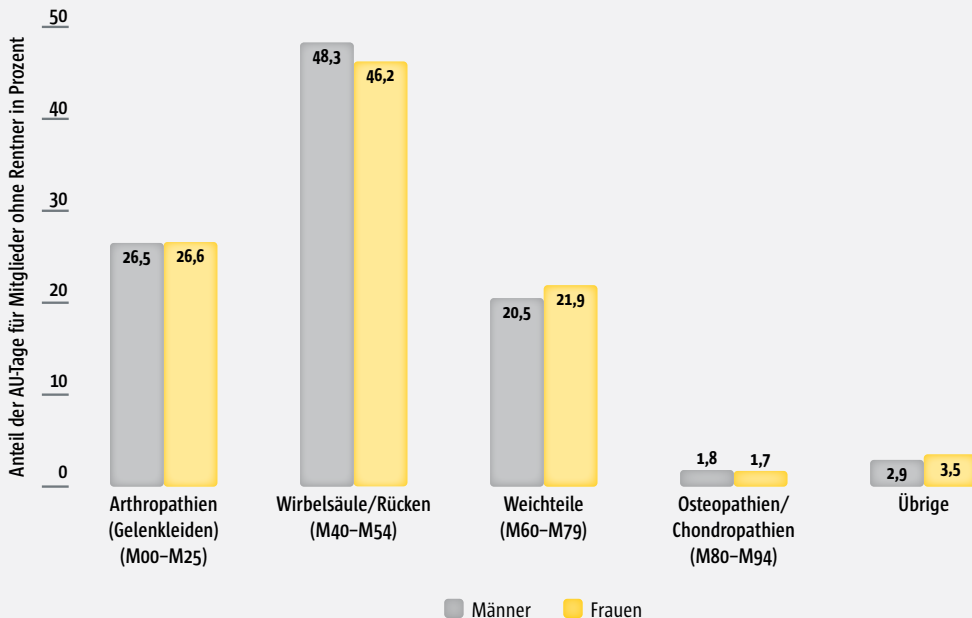


Diagramm 2.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Diagnosegruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



» Tabelle 2.3 bestätigt diesen Eindruck. Insbesondere die Arthrosen (ICD M15–M19) verursachen mit durchschnittlich 42,9 AU-Tagen überdurchschnittlich lange krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Wohingegen die sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M50–M54), die mit 97,1 AU-Fällen je 1.000 Mitglieder die Untergruppe der Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens dominieren, nur 17,2 AU-Tag je AU-Fall hervorrufen.

2.1.2 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Dem Trend der vergangenen Jahre folgend nehmen die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen auch 2013 weiter deutlich zu (» Diagramm 2.5). Dabei ist bei den männlichen BKK Mitgliedern mit +8,3% (2013: 1.781 AU-Tag je 1.000 Mitglieder) ein stärkerer Anstieg festzustellen als bei den weiblichen, bei denen der Anstieg +7,5% (2013: 2.973 AU-Tag je 1.000 Mitglieder) beträgt. Nach wie vor sind Frauen jedoch erheblich häufiger als Männer aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung nicht arbeitsfähig.

In » Kapitel 1 des Reports ist die zeitliche Entwicklung der durch psychische und Verhaltensstörungen verursachten AU-Tag im Vergleich zu anderen Diag-

nosehauptgruppen abgebildet (» Diagramm 1.10) – dort jedoch für die BKK Pflichtmitglieder.

Von 2012 auf 2013 hat die Zahl der Krankheitstage je AU-Fall leicht (+0,5 AU-Tag) zugenommen und liegt nun bei 39,9 Fehltagen pro Fall.

Die meisten AU-Tag werden durch die affektiven Störungen (ICD F30–F39) hervorgerufen: Gut 1.063 AU-Tag – und damit fast die Hälfte (46,2%) aller Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen – gehen auf ihr Konto (» Tabelle 2.4). Gegenüber 2012 stellt dies einen Anstieg um 8,2% dar. Unter dieser Diagnoseuntergruppe sind unter anderem *Depressionen* (ICD F32) und *rezidivierende depressive Störungen* (ICD F33) subsumiert, die für 35,1% bzw. 9,2% aller AU-Tag aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen verantwortlich sind.

Die regionalen Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen sind Gegenstand des Beitrags von Melchior et al. (» Schwerpunkt Wissenschaft). Der hieraus resultierende Handlungsbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung wird von Richter thematisiert (» Schwerpunkt Politik). Erdweg und Thormählen zeichnen in ihrem Artikel das Bild eines innovativen Konzeptes der wohnortnahen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (» Schwerpunkt Praxis).

Die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD F40–F48) bilden die Diagnoseuntergruppe, die sich, nach den affektiven Störun-

Diagramm 2.5 AU-Tag der Mitglieder ohne Rentner – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) im Zeitverlauf (1994–2013) nach Geschlecht

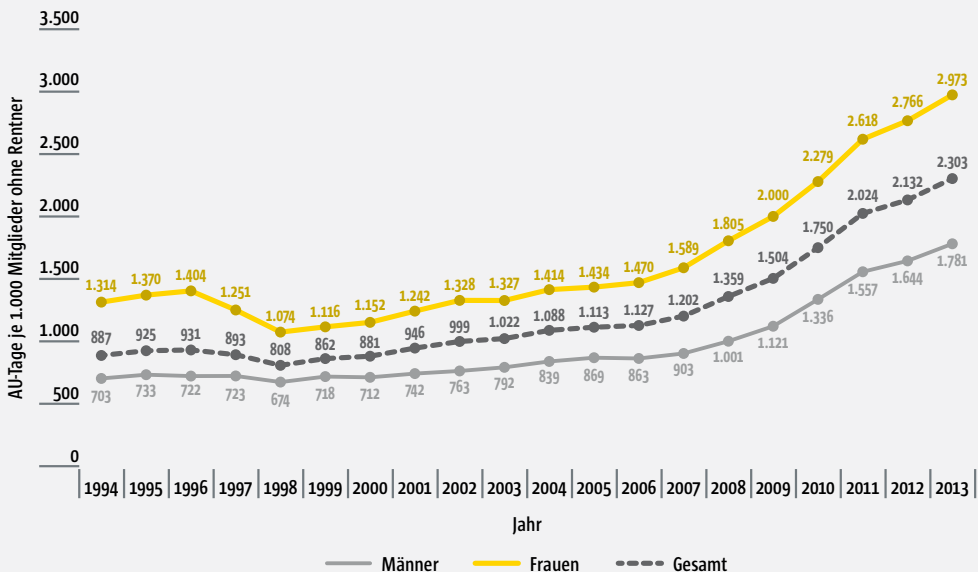


Tabelle 2.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Diagnosegruppen (ICD-Code)	Männer			Frauen			Gesamt		
	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)	0,2	10,2	47,9	0,2	8,6	39,4	0,2	9,5	44,1
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	3,0	123,8	40,7	1,2	48,3	39,4	2,2	90,7	40,4
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)	0,9	54,6	64,0	0,7	43,3	65,6	0,8	49,7	64,6
Affektive Störungen (F30–F39)	14,1	816,3	57,9	23,6	1.380,3	58,4	18,3	1.063,4	58,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	25,1	738,6	29,5	46,9	1.412,7	30,1	34,6	1.034,0	29,9
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)	0,5	10,4	23,1	0,8	31,4	41,6	0,6	19,6	33,6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)	0,4	16,0	43,3	0,6	30,9	56,3	0,5	22,5	50,2
Intelligenzminderung (F70–F79)	0,0	0,6	44,4	0,0	0,3	26,6	0,0	0,5	37,8
Entwicklungsstörungen (F80–F89)	0,0	0,7	34,1	0,0	0,3	16,6	0,0	0,5	26,6
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)	0,1	3,2	22,8	0,1	3,4	26,3	0,1	3,3	24,2
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99–F99)	0,3	6,8	25,7	0,5	13,4	27,0	0,4	9,7	26,5
Gesamt (F00–F99)	44,5	1.781,1	40,0	74,6	2.972,8	39,9	57,7	2.303,3	39,9

gen, mit 1.034 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder auf Platz zwei findet. Bei den Frauen rangieren sie mit 1.412 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder sogar noch vor den affektiven Störungen (1.380 AU-Tage je 1.000 Mitglieder). Zu den bedeutendsten Einzeldiagnosen zählen die *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstö-*

rungen (ICD F43) und die *anderen neurotischen Störungen* (ICD F48), die 19,3% bzw. 10,2% aller psychisch bedingten Fehltage verursachen. Frauen haben durchschnittlich fast doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage durch neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen wie Männer (+47,7%).

Auch in dieser Diagnoseuntergruppe ist im Vergleich zum Vorjahr mit +7,1% bei den AU-Tagen ein starker Anstieg festzustellen.

Die übrigen Diagnoseuntergruppen der psychischen und Verhaltensstörungen verursachen insgesamt nur 8,9% der AU-Tagen bzw. 8,3% der AU-Fälle innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe. Auffallend ist im Vergleich zum Vorjahr die starke Zunahme der AU-Tagen, die durch psychotrope Substanzen (ICD F10–F19) verursacht werden (+23,1%). Bei einer insgesamt geringen Fallzahl fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf. Während nur 1,2 AU-Fälle je 1.000 Frauen zu verzeichnen sind, sind es 3,0 AU-Fälle je 1.000 bei den Männern.

Burn-out-Syndrom

Eine Trendumkehr scheint sich beim *Burn-out-Syndrom* (ICD Z73) abzuzeichnen (»» Diagramm 2.6). Nachdem bis zum Jahr 2011 eine kontinuierliche Zunahme der Krankheitstage durch das Burn-out-Syndrom zu verzeichnen war, stagnierten die entsprechenden AU-Tagen bereits im vergangenen Jahr und nehmen 2013 sowohl bei Männern als auch bei Frauen weiter ab (Frauen: -11,2%; Männer: -11,5%). Der gravierende Geschlechterunterschied, mit einer erheblich stärkeren Belastung der Frauen, bleibt nach wie vor bestehen (Frauen: 97,2 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder; Männer: 62,4 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder).

Ob es sich beim Rückgang der Burn-out-Diagnosen tatsächlich um eine Veränderung des Krankheitsgeschehens handelt oder ob in der Abnahme der Burn-out-Diagnosen lediglich ein anderes Kodier- und evtl. auch Therapieverhalten zum Tragen kommt, kann auf Grundlage der Daten nicht schlüssig beantwortet werden. Aufgrund der weiteren Zunahme der psychisch bedingten AU-Tagen wäre letzteres jedoch durchaus vorstellbar.

Mögliche Kodierungen, die ebenfalls zur Dokumentation eines Burn-out-Syndroms genutzt werden, sind die ICD-Codes F43.0 *akute Belastungsreaktion*, F48.0 *Neurasthenie* (Ermüdungssyndrom) oder R53 *Unwohlsein und Ermüdung*.

2.1.3 Krankheiten des Atmungssystems

Rund ein Drittel aller AU-Fälle (31,5%) gehen 2013 auf die Gruppe der Atemwegserkrankungen (ICD J00–J99) zurück. Aufgrund der in der Regel kurzen Erkrankungsdauer verursachen sie jedoch insgesamt nur 16,5% der AU-Tagen. Das entspricht 2.612 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder ohne Rentner.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der relativen Bedeutung einzelner Diagnoseuntergruppen für das AU-Geschehen in dieser Diagnosegruppe sind in allen Diagnoseuntergruppen eher gering (»» Diagramm 2.7 und 2.8), ebenso wie die Veränderung der relativen Verteilung der AU-Fälle

Diagramm 2.6 AU-Tagen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2004–2013) nach Geschlecht

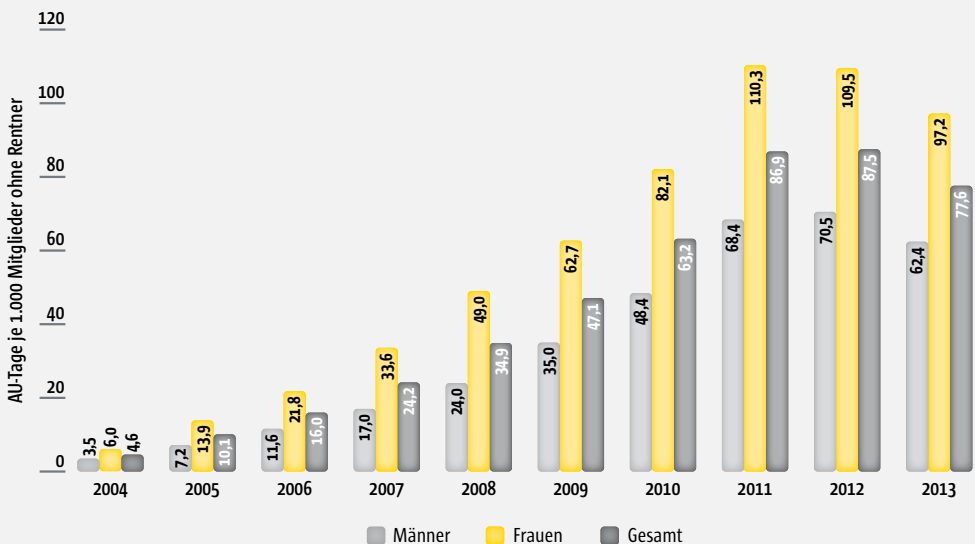


Diagramm 2.7 AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

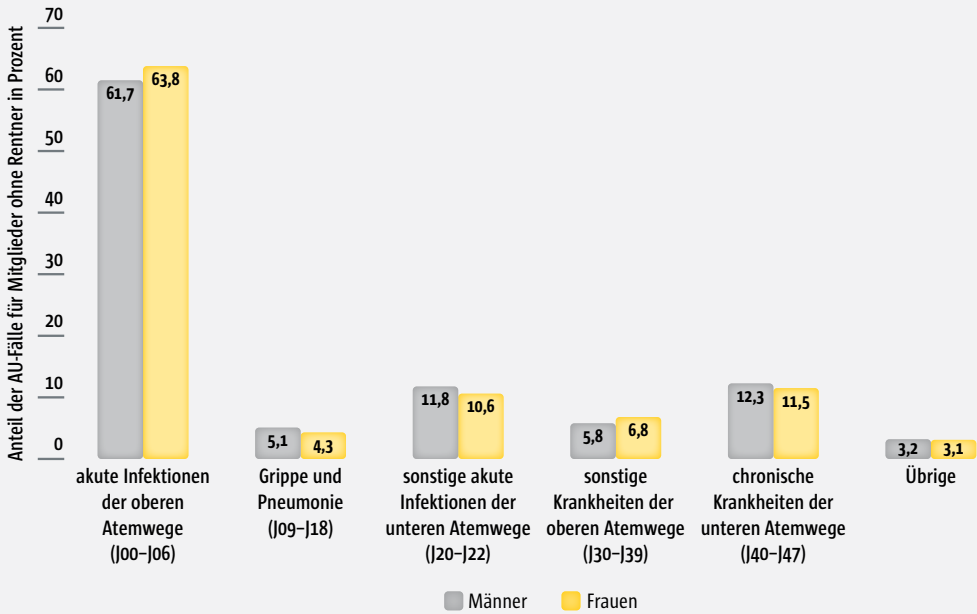
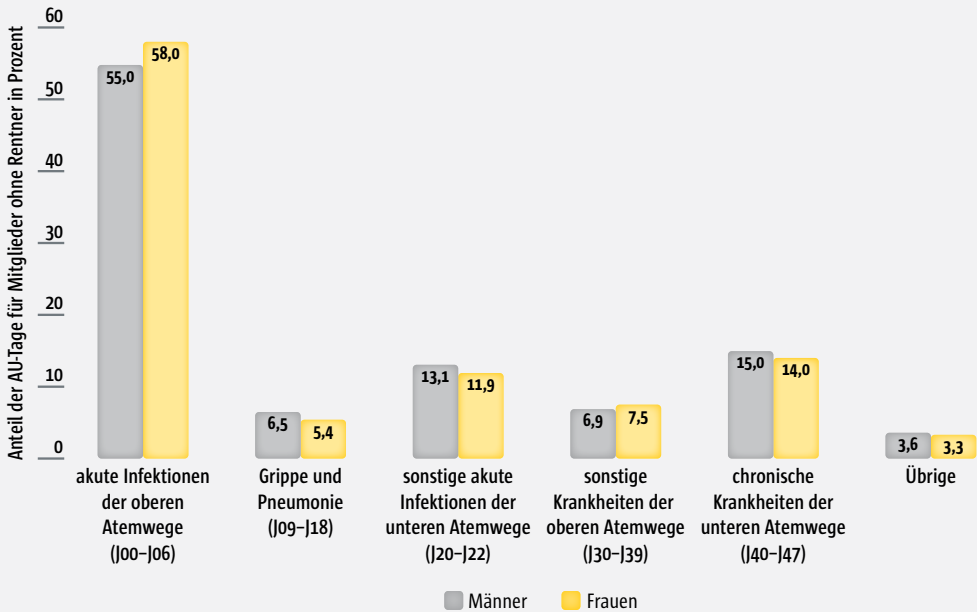


Diagramm 2.8 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

le und AU-Tage auf die Diagnoseuntergruppen gegenüber dem Vorjahr. Die meisten durch Krankheiten des Atmungssystems ausgelösten AU-Fälle gehen auf akute Infektionen der oberen Atemwege (ICD J00-J06) zurück (Frauen: 63,8% der AU-Fälle; Männer: 61,7%). Je 1.000 Mitglieder sind im Jahr 2013 durchschnittlich 1.474 Fehltag auf diese Diagnoseuntergruppe zurückzuführen (» Tabelle 2.5). Damit sind die AU-

Tage durch akute Infektionen im Vergleich zu 2012 um 36,0% gestiegen. Diese starke Zunahme dürfte im Wesentlichen auf die ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im Winter 2012/2013 zurückzuführen sein. Alleine die AU-Tage aufgrund von *akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege* (ICD J06), die den Großteil der Fehltag aufgrund akuter Infektionen ausmachen,

Tabelle 2.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Diagnosegruppen (ICD-Code)	Männer			Frauen			Gesamt		
	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00–J06)	224,0	1.350,7	6,0	268,7	1.632,3	6,1	243,6	1.474,1	6,1
Grippe und Pneumonie (J09–J18)	18,6	159,6	8,6	18,0	151,4	8,4	18,3	156,0	8,5
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20–J22)	42,9	322,0	7,5	44,6	333,9	7,5	43,6	327,2	7,5
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30–J39)	21,0	168,6	8,0	28,5	210,0	7,4	24,3	186,8	7,7
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47)	44,7	367,7	8,2	48,3	392,5	8,1	46,3	378,6	8,2
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60–J70)	0,1	2,2	23,2	0,1	0,8	11,6	0,1	1,6	18,8
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80–J84)	0,1	2,3	22,1	0,1	1,6	23,6	0,1	2,0	22,6
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85–J86)	0,0	1,5	47,1	0,0	1,2	33,9	0,0	1,4	41,2
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90–J94)	0,2	9,1	37,9	0,1	5,1	36,9	0,2	7,4	37,6
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95–J99)	11,2	72,6	6,5	12,9	83,5	6,5	12,0	77,4	6,5
Insgesamt (J00–J99)	362,8	2.456,3	6,8	421,4	2.812,3	6,7	388,5	2.612,3	6,7

haben um 47,9% zugenommen. Frauen waren mit 1.117 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder häufiger von akuten Infektionen der oberen Atemwege (ICD J06) betroffen als Männer (992 AU-Tage je 1.000 Mitglieder).

An zweiter Stelle der häufigsten AU-Fälle durch Atemwegserkrankungen stehen die chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD J40-J47) mit 11,5% (Frauen) bzw. 12,3% (Männer) der durch Atemwegserkrankungen verursachten AU-Fälle. Mit 245 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder spielt die *Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet* (ICD J40) in dieser Diagnoseuntergruppe die Hauptrolle.

Nur knapp hinter den chronischen Atemwegserkrankungen liegen die sonstigen akuten Infekte der unteren Atemwege (ICD J20-J22) (Frauen: 10,6% der AU-Fälle durch Atemwegserkrankungen, Männer: 11,8%). Auch hier ist die Bronchitis – als *akute Bronchitis* (ICD J20) – der Hauptverursacher der Arbeitsunfähigkeit mit 302 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder.

Die Grippe und Pneumonien (ICD J09-J18) machen im Jahr 2013 bei den männlichen BKK Mitgliedern 5,1% der AU-Fälle durch Atemwegserkrankungen aus. Bei den Frauen sind es 4,3%. Mit durchschnittlich 8,5 Fehltagen je AU-Fall verursacht diese Diagnoseuntergruppe im Vergleich zu den anderen akuten Atemwegserkrankungen recht lange Fall-dauern, was sich auch in ihrem Anteil an den AU-Tagen durch Krankheiten des Atmungssystems widerspiegelt (Frauen: 5,4%; Männer: 6,5%). Die starke Grippewelle zu Beginn des Jahres 2013 macht sich im Anstieg der Grippe- und Pneumonien-bedingten AU-Tage je 1.000 Mitglieder bemerkbar. Gegenüber 2012 hat die Anzahl der AU-Tage je 1.000 Mitglieder in dieser Diagnoseuntergruppe um mehr als zwei Drittel (+69,6%) zugenommen.

2.1.4 Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und ausgewählten Diagnosehauptgruppen

Der diesjährige Schwerpunkt des BKK Gesundheitsreports liegt auf den regionalen gesundheitlichen Unterschieden. In diesem Zusammenhang bieten die Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK Mitglieder eine gute Basis, um regionale Vergleiche anzustellen.

» Diagramm 2.1 zeigt, dass einzelne Diagnosehauptgruppen in den sechzehn Bundesländern einen unterschiedlich stark ausgeprägten Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben. So bilden die muskuloskelettalen Erkrankungen zwar jene Diagnosegruppe, die in jedem Bundesland die meisten Fehltag auf sich vereint, zwischen den Ländern

gibt es dabei jedoch beträchtliche Differenzen. In Hamburg fallen mit 2,9 AU-Tagen je BKK Mitglied die wenigsten Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skelett-Krankheiten an. In Sachsen-Anhalt sind es mit 5,1 AU-Tagen 76% mehr.

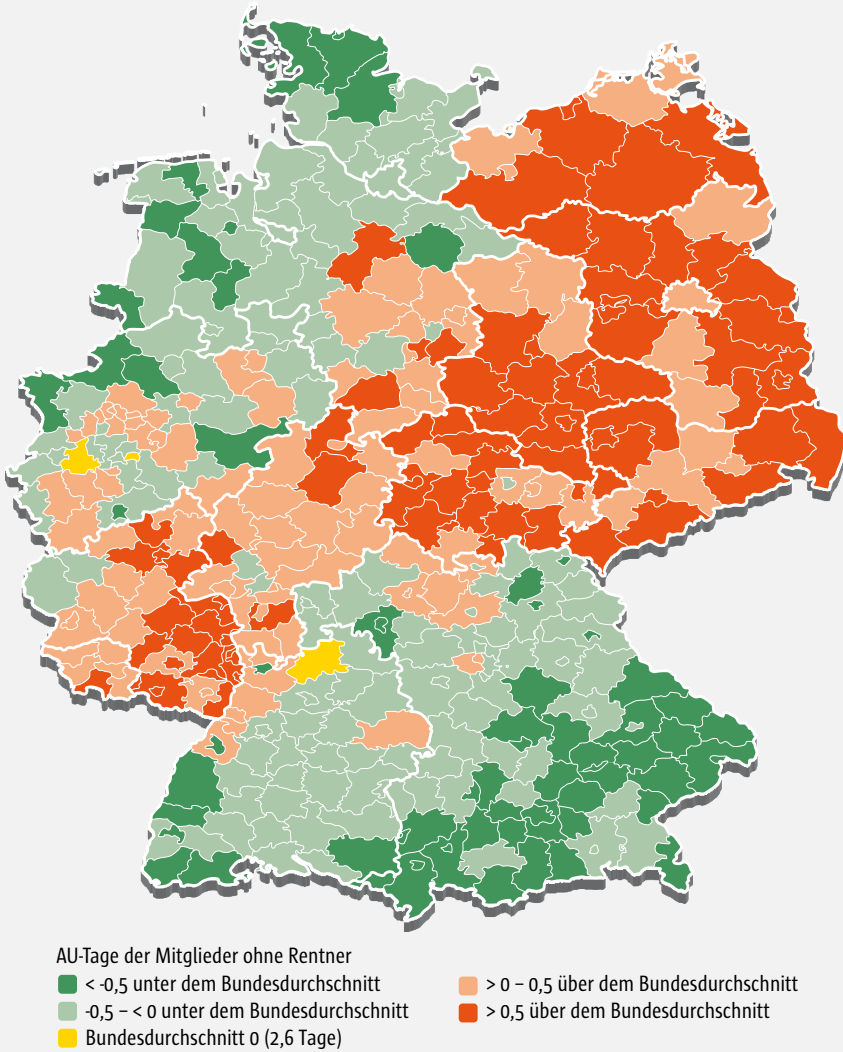
Weniger stark ausgeprägt aber dennoch deutlich sind die Abweichungen bei den Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen. In Bayern werden je BKK Mitglied durchschnittlich 2,2 Tage dokumentiert, in Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Sachsen-Anhalt sind es hingegen jeweils 3,4 AU-Tage.

» Diagramm 2.9 stellt für alle Landkreise die durchschnittliche Abweichung der nach Alter und Geschlecht standardisierten AU-Zeiten vom Bundesdurchschnitt für die Atemwegserkrankungen dar. Sehr deutlich wird dabei die regionale Dreiteilung Deutschlands. Während es nach der Standardisierung in den nordwestlichen und südlichen Landkreisen vergleichsweise wenige Krankheitstage aufgrund von Grippe und Co. gibt, zieht sich durch die Mitte und den Osten Deutschlands ein Gürtel von Landkreisen, in denen die entsprechenden AU-Zeiten über dem Bundesdurchschnitt liegen. Auffallend hoch sind auch nach der Standardisierung die Fehlzeiten in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Rheinland-Pfalz.

Bei den psychischen Störungen, die als Diagnosegruppe an dritter Stelle der Krankheitsgruppen mit den meisten AU-Tagen stehen, fällt auf, dass Hamburg mit 2,9 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (2,3 AU-Tage) und nur knapp hinter dem Spitzenreiter Schleswig-Holstein (3,0 AU-Tage) liegt. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass Hamburg in den anderen Diagnosehauptgruppen ansonsten durchgehend niedrige Fehlzeiten aufweist. Eine mögliche Erklärung ist der relativ hohe Anteil an Psychotherapeuten in der Hansestadt, welcher mit 52 je 100.000 Einwohner fast doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt ist (26,6 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner) Ein ähnlich überdurchschnittlicher Anteil an Psychotherapeuten findet sich auch in den beiden anderen Stadtstaaten Berlin (59,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner) und Bremen (56,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner).

In » Diagramm 2.10 wird die Abweichung der durchschnittlichen, nach Alter und Geschlecht standardisierten Fehlzeiten der BKK Mitglieder eines Landkreises vom Bundesdurchschnitt (2,3 AU-Tage) für die Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen dargestellt. Deutlich zu erkennen ist, dass zahlreiche Landkreise in Bayern und Baden-Württemberg mehr als einen halben Tag unter dem

Diagramm 2.9 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) bei Krankheiten des Atmungssystems (I00-I99) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

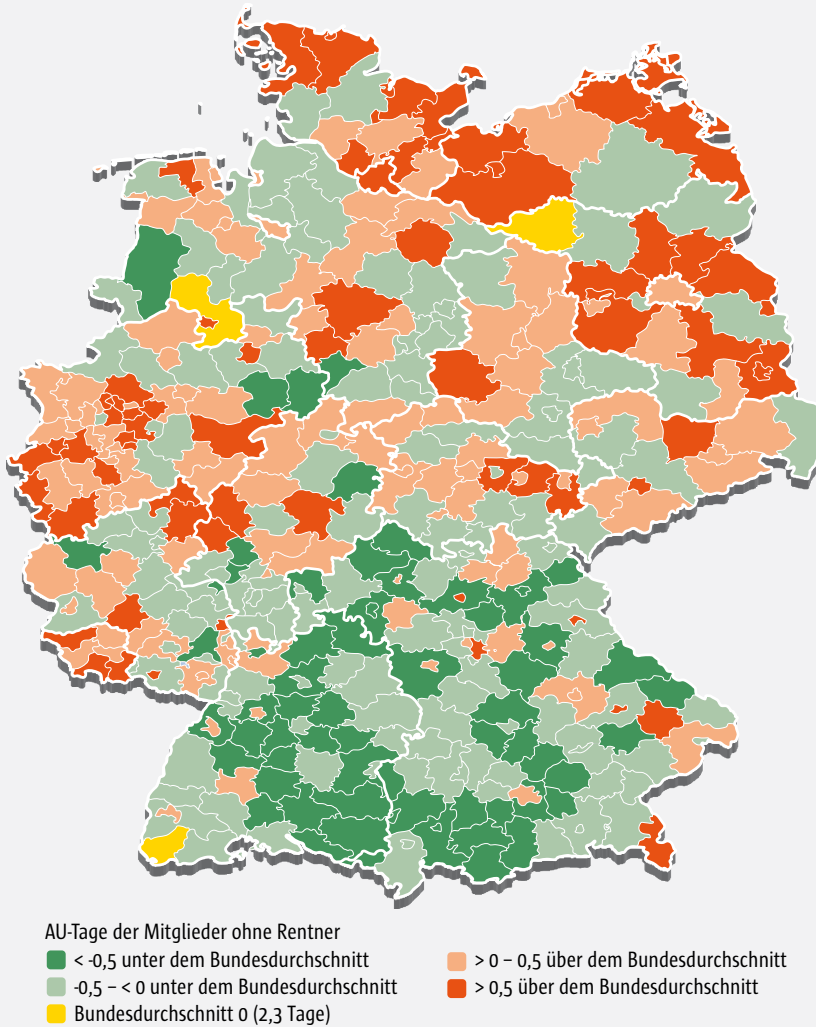


Bundesdurchschnitt der Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen liegen. Daneben finden sich nur in Hessen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen vereinzelt Landkreise, die sich so weit unter dem Bundesdurchschnitt befinden. In Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen gibt es hingegen auffallend viele Landkreise, die mehr als einen halben Tag über dem Bundesdurchschnitt liegen. Auch Hamburg bleibt nach der Stan-

dardisierung stark betroffen. Insgesamt vermittelt die Grafik ein auch innerhalb der Bundesländer regional recht heterogenes Bild.

Verletzungen und Vergiftungen verursachen im Jahr 2013 bundesweit 1,8 Fehltage je BKK Mitglied. In Hamburg und Baden-Württemberg sind es mit 1,4 bzw. 1,5 AU-Tagen etwas weniger. Mehr als einen halben AU-Tag über dem Bundesdurchschnitt liegen Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen (je 2,4 AU-Tage).

Diagramm 2.10 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen (F00-F99) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)



Bei den Krankheiten des Verdauungssystems sind es wieder die Bundesländer Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern, die mit niedrigen AU-Zeiten auffallen, ebenso wie Bremen (alle 0,7 AU-Tage) (III Diagramm 2.1). Sachsen-Anhalt und Thüringen liegen mit jeweils 1,2 AU-Tagen mehr als 30% über dem Bundesdurchschnitt.

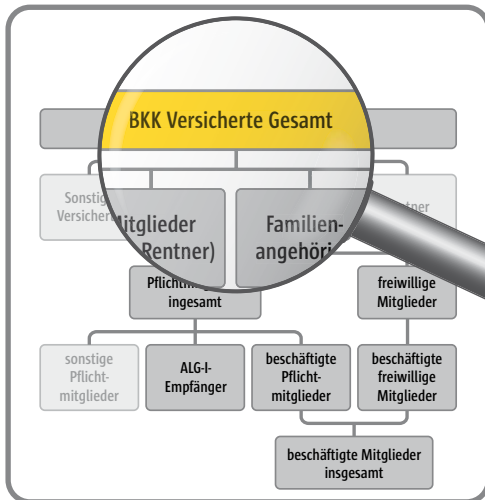
Ein ganz ähnliches Bild zeichnet sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab. In Hamburg und Baden-Württemberg wird den BKK Mitgliedern im

Jahr 2013 durchschnittlich ein halber Tag wegen entsprechender Erkrankungen attestiert. In Sachsen-Anhalt (1,2 AU-Tage), Thüringen (1,1 AU-Tage) und Brandenburg (ebenfalls 1,1 AU-Tage) sind die durchschnittlichen Fehlzeiten dagegen mehr als doppelt so lang.

Insgesamt zeigt sich, dass es nicht allein zwischen den ost- und den westdeutschen Bundesländern große Unterschiede im AU-Geschehen gibt. Vielmehr sind auch innerhalb des westdeutschen Landesteils starke Gefälle festzustellen.

2.2 Ambulante ärztliche Versorgung

- Jeder vierte BKK Versicherte (24,0%) leidet an Bluthochdruck.
- Rückenschmerz ist die Einzeldiagnose, die den höchsten Anteil an Versicherten auf sich vereint.
- Jeder Fünfte BKK Versicherte nimmt an Hautkrebs-screening, Vorsorgekoloskopie, Prostata-screening oder ähnlicher Maßnahme teil.
- Jede fünfte Frau und jeder zehnte Mann der Altersgruppe 65+ hatte 2013 eine depressive Episode.
- Anteil der BKK Versicherten mit Bluthochdruck ist in Thüringen doppelt so hoch wie in Baden-Württemberg.



Die Darstellungen des vorangegangenen Kapitels beruhen auf den Daten der erwerbstätigen BKK Mitglieder. In den beiden folgenden Kapiteln wird nun das Krankheitsgeschehen der gesamten BKK Versichertenpopulation dargestellt, also beispielsweise auch jener Personen, die als familienversicherte Angehörige in einer BKK sind oder die aufgrund einer Rente

aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind (»»» Diagramm 1.3). Auf dieser erweiterten Datengrundlage kann ein umfassendes Bild der Krankheitslast der BKK Versicherten gezeichnet werden. Es rücken damit auch solche Diagnosen in die Betrachtung, die nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit assoziiert sind.

Eine der wesentlichen Kennzahlen in den folgenden Darstellungen ist der Anteil der Versicherten, bei denen im Jahr 2013 eine Diagnose mindestens einmal dokumentiert wurde. Dabei differenzieren die Darstellungen in den Tabellen und Diagrammen häufig nach Alter und Geschlecht. Sowohl die Ausführungen zur ambulanten als auch zur Arzneimittelversorgung beziehen sich auf die Daten von 9,3 Mio. BKK Versicherten des Jahres 2013.

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen bei allen BKK Versicherten

»»» Tabelle 2.6 listet die zwanzig häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen aller BKK Versicherten für das Jahr 2013 auf. In »»» Diagramm 2.11 werden die häufigsten zehn Diagnosen der niedergelassenen Ärzte noch einmal aufgegriffen und nach Alter und Geschlecht differenziert aufbereitet.

Die nähere Betrachtung der am häufigsten vertretenen ambulanten Diagnosen zeigt eindrucksvoll, dass sich das hierin zum Ausdruck kommende Krankheitsgeschehen deutlich vom AU-Geschehen unterscheidet (»»» Kapitel 2.1). Drei Viertel der Top 20 der ambulanten Diagnosen sind nicht deckungsgleich mit den Top 20 der AU-begründenden Diagnosen. Zum einen mag dies an den verschiedenen Versichertenpopulationen liegen, die hier betrachtet werden – Mitglieder ohne Rentner bei den Daten zum AU-Geschehen und alle BKK Versicherten bei den Angaben zu den ambulanten Diagnosen. Zum anderen begründet sich dies aber auch durch die Diagnosen selbst. So finden sich in den am häufigsten dokumentierten ambulanten Diagnosen gleich mehrere

Tabelle 2.6 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Gesamt – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2.313.182	23,99
M54	Rückenschmerzen	2.295.961	23,81
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	2.001.960	20,76
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1.917.369	19,88
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	1.841.131	19,09
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1.632.075	16,92
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	1.558.237	16,16
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.527.902	15,84
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.208.421	12,53
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	1.030.163	10,68
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	1.014.197	10,52
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	937.869	9,73
F32	Depressive Episode	911.886	9,46
F45	Somatoforme Störungen	849.427	8,81
E66	Adipositas	821.505	8,52
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	806.031	8,36
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	772.692	8,01
J20	Akute Bronchitis	752.737	7,81
M47	Spondylose	744.989	7,73
D22	Melanozytennävus	743.500	7,71

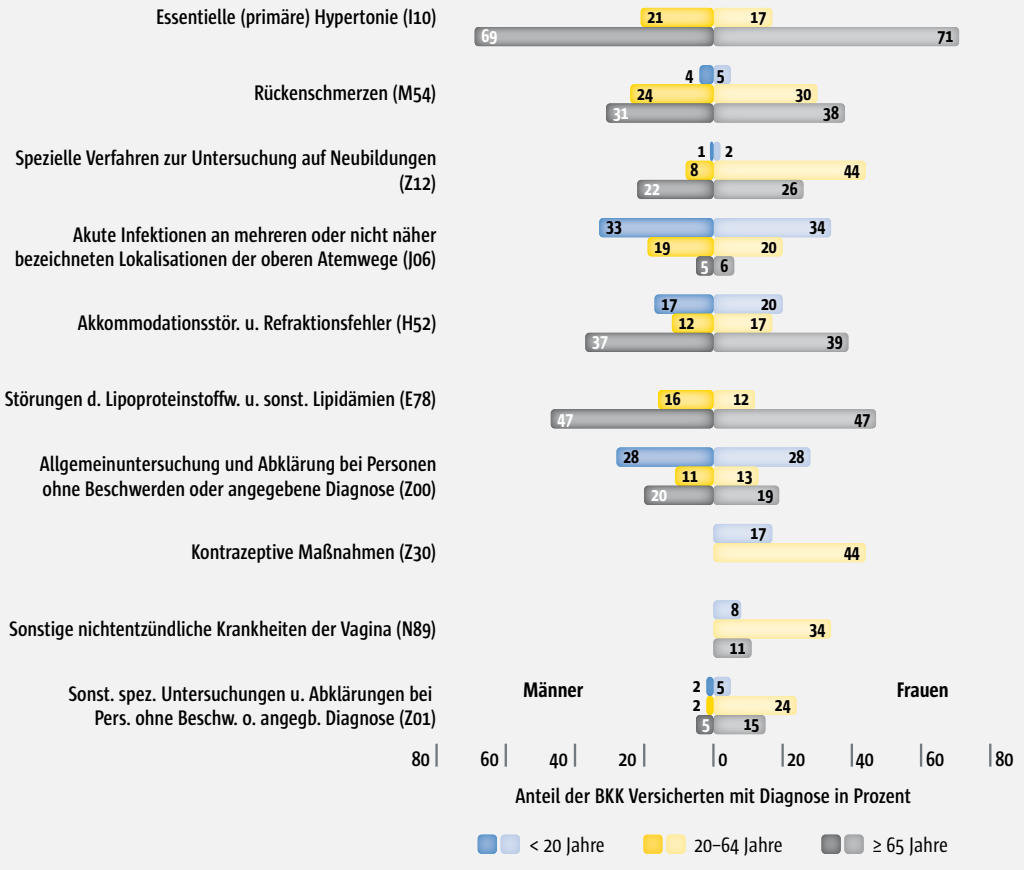
Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (bspw. Impfungen) sowie weitere Diagnosen (bspw. Adipositas), die keine Arbeitsunfähigkeit begründen.

Anders als im vergangenen Jahr werden die Top 20 der ambulanten Diagnosen in diesem Jahr von der *essentiellen (primären) Hypertonie* (ICD I10) angeführt – 24,0% aller Versicherten erhielten eine entsprechende Diagnose. Die Hypertonie ist ein gutes Beispiel für eine Diagnose, die in der BKK Versichertenpopulation weit verbreitet ist, aber nur einen recht geringen Einfluss auf berufliche Fehlzeiten hat. Ähnlich wie etwa die *Adipositas* (ICD E66; Rang 15 der Top 20) stellt die essentielle Hypertonie einen manifesten Risikofaktor für Erkrankungen dar, die häu-

fig erst im späteren Lebensverlauf auftreten (bspw. Erkrankungen der Blutgefäße oder Schlaganfall).

Knapp dahinter folgen die *Rückenschmerzen* (ICD M54), die bei 23,8% aller Versicherten diagnostiziert wurden und im Jahr 2012 noch die Top 20 der ambulanten Diagnosen anführten. Auch beim AU-Geschehen kommt den Rückenschmerzen eine bedeutsame Rolle zu: Sie verursachen mehr Arbeitsunfähigkeitstage als jede andere Einzeldiagnose. Die besondere Häufigkeit der Diagnose M54 kommt auch dadurch zustande, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom verschiedenster Grunderkrankungen (bspw. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) verschlüsselt werden.

Diagramm 2.11 Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



An dritter Stelle der Top 20 der ambulanten Diagnosen (20,8% aller Versicherten) folgen dann die *speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen* (ICD Z12). Hierbei dürfte es sich vielfach um Teilnahmen am Hautkrebscreening handeln. Aber auch die Vorsorgekoloskopie und die Untersuchungen auf Prostatakrebs gehören beispielsweise dazu. Der hohe Grad der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch die BKK Versicherten geht auch aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor, die sich unter den Top 20 der ambulanten Diagnosen wiederfinden. Rund 16,2% der BKK Versicherten nehmen im Jahr 2013 beispielsweise eine *Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen* (ICD Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen. So fallen in diese Diag-

nose die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche ebenso wie der Check-up 35.

Hinter der Diagnose *sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose* (ICD Z01), die bei 10,7% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, verbergen sich unter anderem die Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen.

Unter den zwanzig häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen finden sich zwei aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen: die *depressive Episode* (ICD F32) und die *somatoforme Störung* (ICD F45) mit 9,5% bzw. 8,8% der Versicherten, die 2013 eine entsprechende Diagnose erhalten. Gegenüber dem Vorjahr hat sich bei beiden Diagnosen der Anteil der Versicherten, bei denen eine entsprechende Erkrank-

kung erfasst wurde, erhöht (beide +0,5 Prozentpunkte).

Die starke Grippe- und Erkältungswelle zu Beginn des Jahres 2013 kommt auch in der stärkeren Bedeutung der *akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege* (ICD J06) zum Ausdruck. Während 2012 noch 16,1% aller BKK Versicherten die betreffende Diagnose erhielten, ist es 2013 ein Fünftel aller Versicherten (19,9%).

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen nach Geschlecht

Die oben beschriebene große Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung im Bereich der ambulanten Arztbesuche beinhaltet – wie »» Tabellen 2.7 und 2.8 sowie »» Diagramm 2.11 verdeutlichen – eine starke geschlechtsspezifische Komponente. So werden die zwanzig häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen bei den Frauen von den *speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen* (ICD Z12; 32,7% der weiblichen BKK Versicherten) angeführt. Auf den Rängen acht,

Tabelle 2.7 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Frauen – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.579.063	32,66
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.514.449	31,32
M54	Rückenschmerzen	1.273.552	26,34
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.208.199	24,99
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.146.107	23,71
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	1.036.634	21,44
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	974.936	20,16
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	905.038	18,72
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	812.048	16,80
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	785.861	16,25
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	658.657	13,62
N95	Klimakterische Störungen	614.776	12,72
F32	Depressive Episode	607.091	12,56
F45	Somatoforme Störungen	578.458	11,96
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	554.251	11,46
E04	Sonstige nichttoxische Struma	525.057	10,86
E66	Adipositas	474.185	9,81
N94	Schmerz u. and. Zustd. im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstr.zykl.	464.510	9,61
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	463.876	9,59
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	444.417	9,19

Tabelle 2.8 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Männer – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.167.075	24,27
M54	Rückenschmerzen	1.022.409	21,26
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	942.433	19,60
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	846.214	17,60
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	804.497	16,73
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	746.189	15,52
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	459.946	9,57
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	422.897	8,80
N40	Prostatahyperplasie	396.742	8,25
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	375.383	7,81
J20	Akute Bronchitis	372.457	7,75
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	367.494	7,64
E66	Adipositas	347.320	7,22
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	342.155	7,12
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	324.396	6,75
M47	Spondylose	321.875	6,69
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	319.225	6,64
D22	Melanozytennävus	318.252	6,62
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	309.600	6,44
J45	Asthma bronchiale	308.027	6,41

neun und fünfzehn sind weitere Vorsorgeuntersuchungen zu finden (ICD Z01, Z00 und Z25). Auch bei den männlichen BKK Versicherten finden sich unter den Top 20 der ambulanten Diagnosen drei aus dem Bereich der Vorsorgeuntersuchungen (ICD Z00, Z25 und Z12) – allerdings ist der jeweilige Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Diagnose stets niedriger als bei den Frauen. Da die ICD-Codes für Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchung oftmals ganz unterschiedliche Screenings zusammenfassen (s.u.) ist eine genauere Interpretation der dahinterstehenden Maßnahmen schwierig.

Überhaupt fällt auf, dass unter den Top 20 der ambulanten Diagnosen bei nahezu jeder Diagnose

der Anteil der weiblichen Versicherten, bei denen der entsprechende ICD-Code erfasst wurde, jeweils höher ist als bei den männlichen Versicherten – Ausnahmen sind die essentielle (primäre) Hypertonie (ICD I10; Frauen: 23,7%; Männer: 24,3%) und die Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (ICD E78; Frauen: 16,3%; Männer: 17,6%). Noch bemerkenswerter ist allerdings, dass sich bei den männlichen BKK Versicherten keine Diagnose aus dem Krankheitsspektrum der psychischen und Verhaltensstörungen unter den Top 20 der ambulanten Diagnosen findet. Dies ist insbesondere auffällig, da die *depressive Episode* (ICD F32) und die *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*

2.2 Ambulante ärztliche Versorgung

(ICD F43) bei den männlichen BKK Mitgliedern (ohne Rentner) immerhin zu den Top 10 der AU-Diagnosen gehören.

Bei den Frauen finden sich in den Top 20 der ambulanten Diagnosen gleich zwei psychische Störungen – die *depressive Episode* (ICD F32; 12,6% der weiblichen BKK Versicherten) und die *somatoforme Störung* (ICD F45; 12,0% der weiblichen BKK Versicherten).

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen nach Altersgruppen

Einen tiefer gehenden Einblick in den Krankheits- bzw. Gesundheitszustand der BKK Versicherten liefern die im Folgenden dargestellten Top 20 der ambulanten

Diagnosen differenziert nach Alter und Geschlecht (»» Tabellen 2.9 bis 2.13 sowie »» Diagramm 2.11). Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitsgeschehen und/oder in der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte werden damit deutlich.

Versicherte ab 65 Jahren

Die Analyse der ambulanten Daten der BKK Versicherten, die 65 Jahre und älter sind (im Folgenden auch als Versichertengruppe 65+ bezeichnet), zeigt, dass bei dieser Altersgruppe die chronischen Erkrankungen sowie Vorsorgeuntersuchungen einen Großteil der Diagnosen ausmachen (»» Tabelle 2.9 und 2.10). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gleichen sich die ersten drei Rangplätze der zwanzig häufigsten Einzeldiagno-

Tabelle 2.9 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Frauen ab 65 Jahren – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	608.044	71,03
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	401.406	46,89
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	337.119	39,38
M54	Rückenschmerzen	323.421	37,78
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	270.357	31,58
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	224.111	26,18
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	212.812	24,86
N95	Klimakterische Störungen	211.594	24,72
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	207.507	24,24
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	191.126	22,33
M47	Spondylose	181.537	21,21
I83	Varizen der unteren Extremitäten	175.850	20,54
F32	Depressive Episode	169.206	19,77
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	168.635	19,70
H26	Sonstige Kataraktformen	167.904	19,61
E04	Sonstige nichttoxische Struma	163.642	19,12
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	159.746	18,66
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	153.016	17,87
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	149.255	17,43
H25	Cataracta senilis	141.730	16,56

Tabelle 2.10 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Männer ab 65 Jahren – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	512.842	69,24
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	349.448	47,18
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	270.547	36,53
N40	Prostatahyperplasie	257.065	34,71
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	232.892	31,44
M54	Rückenschmerzen	230.773	31,16
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	214.768	29,00
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	212.760	28,73
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	165.726	22,38
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	144.554	19,52
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	136.594	18,44
H26	Sonstige Kataraktformen	127.334	17,19
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	126.516	17,08
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	125.998	17,01
M47	Spondylose	124.498	16,81
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	119.300	16,11
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	114.546	15,47
H25	Cataracta senilis	114.432	15,45
E66	Adipositas	99.394	13,42
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	97.187	13,12

sen ab 65 Jahren. Auf Platz eins steht die *essentielle (primäre) Hypertonie* (ICD I10), auf Platz zwei die *Störung des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien* (ICD E78) und auf Platz drei die *Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler* (ICD H52). Bei allen drei Diagnosen handelt es sich um altersassoziierte Gesundheitsstörungen.

Der Bluthochdruck (ICD I10) findet sich im Jahr 2013 bei sieben von zehn BKK Versicherten der Altersgruppe 65+, gestörte Blutfettwerte (ICD E78) immerhin noch bei knapp der Hälfte (47,0%).

Vorsorgemaßnahmen spielen in der betrachteten Altersgruppe eine große Rolle. Ein knappes Drittel der Versicherten ab 65 Jahren erhält bspw. die Diagnose Z25, *Notwendigkeit einer Impfung (Immunsierung)*

gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Frauen: 31,6%; Männer: 31,4%). Hierbei dürfte es sich zu einem Großteil um Grippeimpfungen handeln, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für alle Personen ab 60 Jahren als jährliche Standardimpfung empfohlen wird.

Ein Viertel der BKK Versicherten in der Altersgruppe 65+ erhält *spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen* (ICD Z12). Bei den Frauen sind es mit 26,2% etwas mehr als bei den Männern (22,4%). Die Diagnose umfasst bspw. Untersuchungen auf Krebs des Magens, des Darms aber auch der Brustdrüsen, des Gebärmutterhalses (beide jedoch exkl. der routinemäßigen Untersuchungen, die als Z01 verschlüsselt werden) und der Prostata.

Etwa jeder fünfte BKK Versicherte ab 65 Jahren nimmt eine *Allgemeinuntersuchung oder Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose* (ICD Z00) in Anspruch (Frauen: 18,7%; Männer: 19,5%). Hierzu zählen jährliche Routineuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen ohne nähere Angaben ebenso wie der Check-up 35.

Im Geschlechtervergleich fällt der hohe Anteil der Frauen mit *depressiven Episoden* (ICD F32) auf. Nahezu jeder fünften Frau (19,8%) ab 65 Jahren wird demnach von einem niedergelassenen Arzt im Jahr 2013 ein derartiger Befund erhoben. Bei den gleichaltrigen Männern liegt der Anteil der Versicherten mit einer depressiven Episode nur halb so hoch (9,9%).

Beeindruckend ist die Tatsache, dass bei den Versicherten ab 65 Jahren unter den häufigsten zwanzig ambulanten Einzeldiagnosen keine akuten Atemwegserkrankungen zu finden sind. Während sich die Grippe- und Erkältungswelle in der Betrachtung der gesamten BKK Versichertenpopulation noch deutlich abzeichnete (rund ein Fünftel (19,9%) der Versicherten wies eine Infektion der oberen Atemwege auf; ICD J06), findet sich in den Top 20 der ambulanten Diagnosen der über 64-jährigen nicht ein ICD-Code aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen. Lediglich bei 6,0% der Versicherten dieser Altersgruppe wird im Jahr 2013 eine akute Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege diagnostiziert. Womöglich ist letzteres zumindest teilweise darauf zurückzuführen, dass 11,1% der Versicherten in der Altersgruppe 65+ mit einer sonstigen chronisch obstruktiven Lungenerkrankung diagnostiziert werden (unter 20-Jährige: 1,9%; 20- bis unter 65-Jährige: 2,8%). Akute Atemwegsinfekte werden dann ggf. lediglich als Verschlechterung dieser Erkrankung wahrgenommen und nicht als akuter Atemwegsinfekt kodiert.

Auffallend ist in dieser Altersgruppe lediglich, dass der ICD-Code Z25, *Notwendigkeit einer Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten*, gegenüber 2012 häufiger dokumentiert wird (+7%). Auch diese Entwicklung könnte im Zusammenhang mit der Grippewelle stehen, da dieser Code unter anderem die Grippeimpfung abbildet.

Versicherte zwischen 20 und unter 65 Jahren

Die zwanzig häufigsten ambulanten Diagnosen der weiblichen BKK Versicherten im mittleren Alter (20 bis unter 65 Jahre) werden von Vorsorgemaßnahmen und Beschwerden aus dem gynäkologischen Spektrum dominiert (III Tabelle 2.11). So werden die Top 20 der ambulanten Diagnosen von den *kontrazeptiven Maßnahmen* (ICD Z30) angeführt (44,4% der weiblichen

Versicherten mittleren Alters). Auf Platz zwei folgen die *speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen* (ICD Z12; 43,7%). Unter diese Diagnose fallen zahlreiche Krebsvorsorgeuntersuchungen. Bei der betrachteten Altersgruppe kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Untersuchungen auf Hautkrebs sowie die Untersuchungen auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs den größten Anteil ausmachen. Letztere sind als Routineuntersuchungen zwar eigentlich aus dem betreffenden ICD-Code exkludiert und werden mit Z01 verschlüsselt, da die Teilnehmerate beim Hautkrebscreening in der betreffenden Altersgruppe bei Frauen aber nur bei etwa 20% liegt¹, ist davon auszugehen, dass der ICD-Code Z12 auch zur Dokumentation gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen genutzt wird.

Auf Platz drei finden sich *sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina* (ICD N89), die immerhin bei einem Drittel der Frauen (34,2%) im mittleren Alter dokumentiert wurden.

Erst nach diesen frauenspezifischen Diagnosen folgen die *Rückenschmerzen* (ICD M54), die bei den Männern (III Tabelle 2.12) auf Platz eins der häufigsten ambulanten Diagnosen liegen (24,5%; Frauen: 29,6%). Bei jedem vierten BKK Versicherten wurde also die entsprechende Diagnose gestellt. Gleich fünf weitere Diagnosen aus dem Bereich der Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind unter den Top 20 bei den männlichen Versicherten mittleren Alters vertreten, u. a. *biomechanische Funktionsstörungen, andernorts nicht klassifiziert* (ICD M99; 8,4%), *sonstige Bandscheibenschäden* (ICD M51; 7,2%) sowie *sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, andernorts nicht klassifiziert* (ICD M53; 6,5%).

Deutlich häufiger als bei den Frauen der mittleren Altersgruppe tritt bei den Männern eine essentielle (primäre) Hypertonie (ICD I10) auf (Frauen: 17,5%; Männer: 21,0%). Auch erhöhte Blutfettwerte (ICD E78) sind bei den männlichen Versicherten mit einem Anteil von 16,0% stärker vertreten als bei den Frauen (12,4%).

Psychische und Verhaltensstörungen treten bei den Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren deutlich seltener auf als in der Gruppe der Versicherten im Rentenalter. Dennoch schaffen es die *somatoformen Störungen* (ICD F45) und die *depressiven Episoden* (F32) unter die Top 20. Frauen sind im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig betroffen. Während die Diagnosen somatoforme Störung und depressive

1 vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2012): Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen.

Tabelle 2.11 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Frauen von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.359.749	44,40
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.337.699	43,68
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.046.933	34,19
M54	Rückenschmerzen	906.308	29,59
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen u. Abklärungen bei Pers. ohne Beschw. o. angegeb. Diagnose	732.320	23,91
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	606.291	19,80
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	535.281	17,48
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	518.423	16,93
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	472.250	15,42
F45	Somatoforme Störungen	425.880	13,91
F32	Depressive Episode	425.790	13,90
N95	Klimakterische Störungen	403.050	13,16
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	392.325	12,81
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	380.682	12,43
N94	Schmerz u. and. Zustd. im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstr.zykl.	377.675	12,33
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	362.615	11,84
E04	Sonstige nichttoxische Struma	354.099	11,56
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	350.380	11,44
D22	Melanozytennävus	317.019	10,35
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	312.070	10,19

Episode bei jeweils 13,9% der weiblichen Versicherten festgestellt werden, sind es bei den Männern lediglich 6,2% bzw. 7,3%.

Gegenüber dem Vorjahr lässt sich bei beiden Geschlechtern eine deutliche Steigerung des Versichertenanteils feststellen, bei dem eine *akute Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege* (ICD J06) diagnostiziert wird. Die Steigerung liegt jeweils bei fast einem Drittel (Frauen: +29% bzw. 4,5 Prozentpunkte; Männer: +32% bzw. 4,5 PP). Nahezu jeder fünfte Versicherte ist 2013 von

einem derartigen Infekt betroffen (Frauen: 19,8%; Männer: 18,65%).

Versicherte unter 20 Jahren

Die meisten ICD-Codes unter den Top 20 der ambulanten Diagnosen bei den Versicherten unter 20 Jahren stehen in Zusammenhang mit einer Erkältung (III Tabelle 2.13). So stehen auf dem ersten Rang die *akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege* (ICD J06), die bei 33,8% der Versicherten unter 20 Jahren dokumentiert wurden.

Tabelle 2.12 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten Männer von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
M54	Rückenschmerzen	756.870	24,48
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	649.664	21,01
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	576.859	18,65
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	493.711	15,97
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	366.609	11,86
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	328.988	10,64
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	259.427	8,39
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	251.332	8,13
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	245.529	7,94
F32	Depressive Episode	225.140	7,28
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	221.412	7,16
E66	Adipositas	217.896	7,05
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	214.554	6,94
J20	Akute Bronchitis	208.829	6,75
D22	Melanozytennävus	208.660	6,75
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	200.081	6,47
M47	Spondylose	195.561	6,32
F45	Somatoforme Störungen	192.944	6,24
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	190.419	6,16
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	188.782	6,10

Zu den weiteren Erkältungskrankheiten gehören u. a. die *akute Bronchitis* (ICD J20; 12,1%), die *Tonsillitis* bzw. Mandelentzündung (ICD J03; 10,3%) und die *akute Pharyngitis* bzw. Rachenentzündung (ICD J02; 8,9%). Gegenüber dem Vorjahr sind die Anteile der Versicherten, die eine im Zusammenhang mit Erkältungen stehende Diagnose erhalten haben, gestiegen. Dies dürfte auf die starke Grippe- und Erkältungswelle zu Beginn des Jahres 2013 zurückzuführen sein.

Ebenfalls von großer Bedeutung unter den zwanzig häufigsten ambulanten Diagnosen sind

die Vorsorgeleistungen. Auf Platz zwei der Rangliste liegen die U- und J-Untersuchungen, hier als *Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen* (ICD Z00; 28,2%) kodiert. Auf den Plätzen vier und fünf finden sich die *Impfungen gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten* (ICD Z27; 14,9% der Versicherten dieser Altersgruppe) – hierzu gehört bspw. die kombinierte Masern-Mumps-Röteln-Impfung – und die *Impfungen gegen andere einzelne Infektionskrankheiten* (ICD Z26; 12,9%).

Tabelle 2.13 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten unter 20 Jahre – häufigste Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteil in Prozent
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	638.470	33,75
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	532.624	28,16
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	348.433	18,42
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	281.404	14,88
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	243.301	12,86
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	235.798	12,47
J20	Akute Bronchitis	228.929	12,10
H10	Konjunktivitis	198.242	10,48
J03	Akute Tonsillitis	195.499	10,34
R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	190.334	10,06
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	178.848	9,45
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	174.188	9,21
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	173.712	9,18
J02	Akute Pharyngitis	169.145	8,94
H50	Sonstiger Strabismus	167.808	8,87
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	163.121	8,62
R05	Husten	161.272	8,53
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	155.827	8,24
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	153.562	8,12
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	152.847	8,08

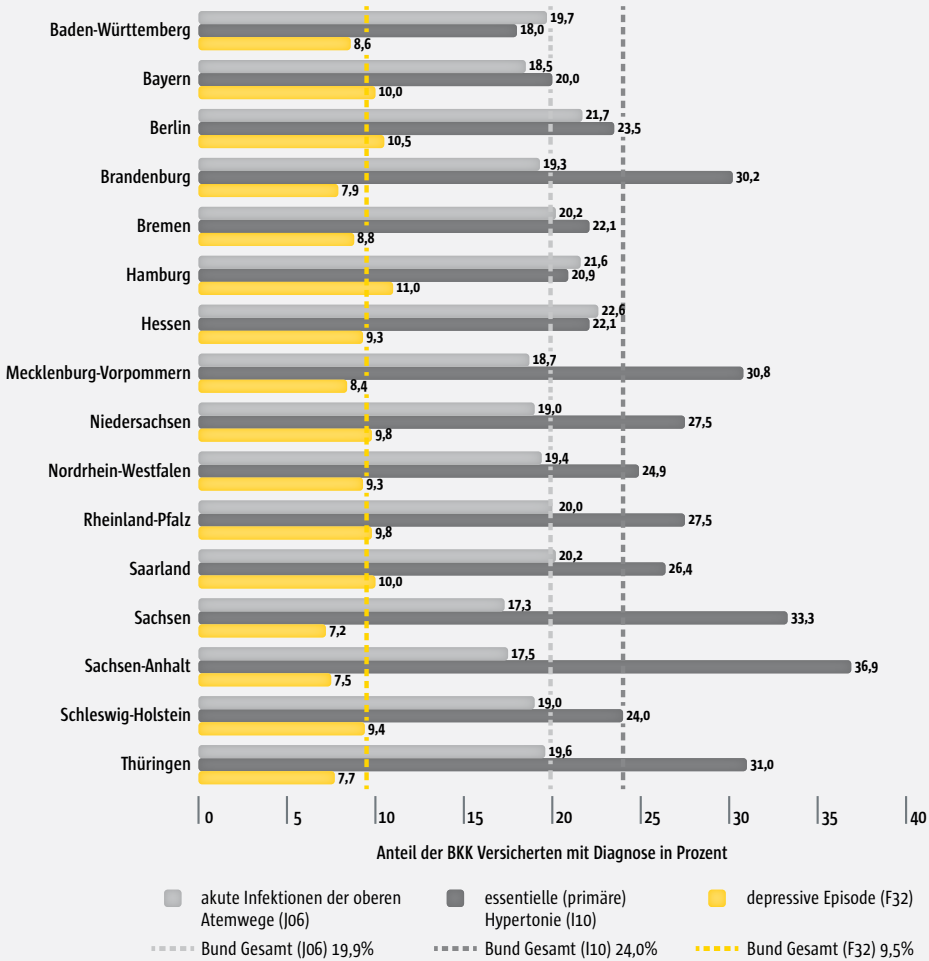
Eine Aufschlüsselung nach Geschlechtern erfolgte für diese Altersgruppe nicht, da die Rangfolge der Diagnosen bis auf die *kontrazeptiven Maßnahmen* (bei den jungen Frauen) weitestgehend identisch ist.

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen nach Regionen

Hinsichtlich der regionalen Verteilung (»» Diagramm 2.12) lassen sich auch bei den ambulanten

Daten – wie bereits schon bei den Angaben zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen – Unterschiede feststellen. So wird beispielsweise in Sachsen und Sachsen-Anhalt mit 17,3% bzw. 17,5% bei einem deutlich geringeren Anteil der Versicherten eine akute Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (ICD J06) dokumentiert, als in Berlin (21,87%) oder Hessen (22,6%). Dies scheint zumindest teilweise auf Alterseffekte zurückzuführen zu sein. So gibt es eine starke, negative Korrelation zwischen dem Durchschnittsalter

Diagramm 2.12 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Einzel-
diagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



der Versicherten eines Bundeslandes und dem Anteil der Versicherten mit der ICD-Diagnose J06: Mit steigendem Durchschnittsalter sinkt demnach der Anteil der Versicherten, bei denen diese Diagnose verzeichnet wurde (s. hierzu auch die Ausführungen zu den ambulanten Diagnosen bei den Versicherten ab 65 Jahren).

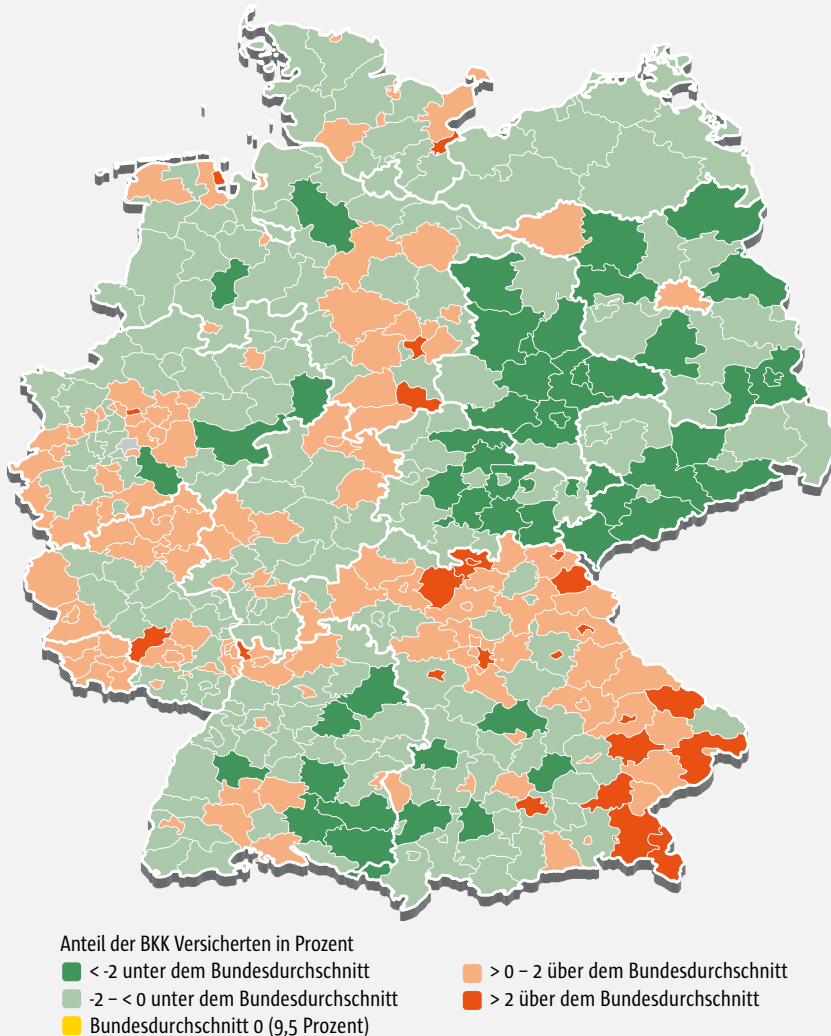
Noch gravierender sind die regionalen Differenzen bei den von niedergelassenen Ärzten attestierten essentiellen (primären) Hypertonien. So werden in Baden-Württemberg bei 18,0% der Versicherten und

in Bayern bei 20,0% der Versicherten der entsprechende ICD-Code (ICD I10) dokumentiert. In Thüringen liegt der Anteil der Versicherten mit Bluthochdruck mit 36,9% etwa doppelt so hoch. Knapp dahinter folgt Schleswig-Holstein mit 33,3% der Versicherten. Der Zusammenhang mit dem Alter der Versicherten (III Diagramm 1.1) ist hier noch deutlicher als bei den akuten Atemwegsinfektionen. Je höher das durchschnittliche Versichertenalter in einem Bundesland liegt, desto höher ist auch der Anteil der Versicherten, bei denen Bluthochdruck festgestellt wird.

Auch bei den depressiven Episoden (ICD F32) sind regionale Schwankungen erkennbar. In Sachsen und Sachsen-Anhalt erhalten mit 7,2% bzw. 7,5% besonders kleine Anteile der Versicherten eine derartige Diagnose, in Hamburg (11,0%) und Berlin (10,5%) dagegen vergleichsweise viele (s. hierzu auch die entsprechenden Ausführungen in **III** Kapitel 2.1.4). Insgesamt ist der Anteil der Versicherten mit dieser Diagnose in Ostdeutschland niedriger als in Westdeutschland. Dies stimmt mit den Analysen zu den AU-begründenden psychischen

Diagnosen (**III** Kapitel 2.1) überein. Während in Westdeutschland jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Versichertenanteil mit der Diagnose „depressive Episode“ und dem Geschlecht festzustellen ist, ist dieser Zusammenhang in Ostdeutschland besonders ausgeprägt. Mit einem steigenden Frauenanteil in der Versichertenpopulation steigt auch der Anteil der Versicherten mit einer depressiven Episode. Die Ursache hierfür kann auf Grundlage der BKK Versichertendaten nicht schlüssig geklärt werden.

Diagramm 2.13 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit depressiver Episode (F32) – Abweichung vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2013)



Eine nach Landkreisen gegliederte Darstellung des Anteils der Versicherten mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode erfolgt in **»»** Diagramm 2.13. Neben den beschriebenen auffallend niedrigen Versichertenanteilen mit einer depressiven Episode in Ostdeutschland, fällt eine

Zweiteilung Bayerns, in eine nord-östliche Hälfte, mit über dem Bundesdurchschnitt liegenden Versichertenanteilen, und eine süd-westliche Hälfte, mit unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Versichertenanteilen mit der Diagnose F32, auf.

2.3 Arzneimittelverordnungen

- Drei von vier BKK Versicherten erhalten 2013 eine Arzneimittelverordnung.
- Einem Drittel der BKK Versicherten wird ein Antibiotikum zur systemischen Behandlung verschrieben.
- Im Osten werden weniger Antidepressiva verordnet als im Westen.

Die Analyse der Arzneimittelverordnungen liefert, neben den bereits betrachteten AU- und ambulanten Diagnosen, weitere wertvolle Informationen zum Krankheitsgeschehen. Ebenso wie die Ausführungen zu den ambulanten Diagnosen basieren die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen auf der gesamten BKK Versichertenpopulation (» Diagramm 1.3).

Die folgenden Beschreibungen beruhen dabei auf den Angaben der Arzneimittelverordnungen niedergelassener Ärzte. Die Arzneien werden gemäß der ATC-Klassifikation (anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) dargestellt (Näheres in » Methodische Hinweise). Auf diese Weise können sowohl die Anzahl der Einzelverordnungen einer therapeutischen Gruppe als auch die Anzahl der verordneten Tagesdosen („defined daily dose“ – DDD) dargestellt werden. Der Vergleich der beiden Kennzahlen ermöglicht auch, Aussagen zur Chronizität einzelner Erkrankungsgruppen zu treffen. Eine Tagesdosis (DDD) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als angenommene tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei einem Erwachsenen definiert (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2007).

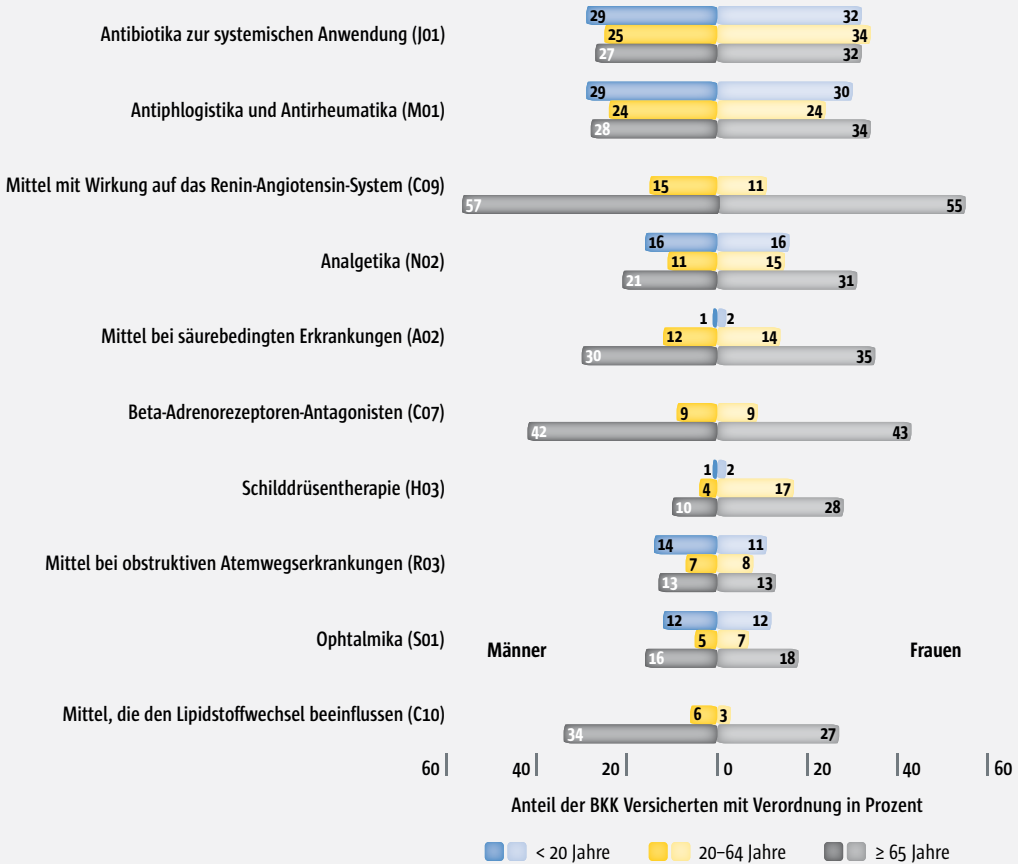
Der ATC-Katalog gliedert sich in 14 anatomische Hauptgruppen, die jeweils mit einem Buchstaben gekennzeichnet sind (» Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation [ATC]). Die beiden folgenden Ziffern ordnen die Medikamente einer therapeutischen Untergruppe zu. Weitere Ziffern bezeichnen

die pharmakologische Untergruppe, die chemische Untergruppe und die chemische Substanz, auf deren Basis die definierten Tagesdosen festgelegt werden (nach WIdO 2014).

Die zehn Wirkstoffe mit dem höchsten Anteil an Versicherten mit einer entsprechenden Verordnung werden in » Diagramm 2.14 nach Alter und Geschlecht gegliedert dargestellt. » Tabellen 2.14 bis 2.21 zeigen sowohl die Anzahl der Einzelverordnungen, den Anteil der Versicherten mit einer Verordnung als auch die Anzahl der durchschnittlich verordneten Tagesdosen je 1.000 Versicherte. Aufgelistet werden die zwanzig am häufigsten verordneten Medikamentengruppen (gemessen an der Anzahl der Einzelverordnungen). Die Unterscheidung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglicht zudem eine differenzierte Bewertung des Arzneimittelgeschehens.

Die verordneten Medikamentengruppen spiegeln vielfach das Krankheitsgeschehen wider, das bereits in der Darstellung der ambulanten Diagnosen zu finden ist (» Kapitel 2.2). Rund drei Viertel der BKK Versicherten erhalten 2013 mindestens eine Arzneimittelverordnung (74,9%). Bereits bei den ambulanten Daten war eine Diagnose aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die *essentielle (primäre) Hypertonie* (ICD I10), auf Platz eins der häufigsten Diagnosen. Dies deckt sich mit den Angaben zu den Arzneimittelverordnungen. Auch dort ist eine therapeutische Untergruppe auf Platz eins, die dem kardiovaskulären System zugeordnet ist. So erhalten 17,5% der BKK Versicherten ein *Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System* (ATC C09) (» Tabelle 2.14). Hierzu gehören vor allem die ACE-Hemmer und AT1-Rezeptor-Antagonisten. Auch die auf Rang vier befindlichen Beta-Blocker (12,9% der Versicherten haben eine entsprechende Verordnung), hier als *Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten* (ATC C07) bezeichnet, dienen der Behandlung von Bluthochdruck. Die hohe Anzahl an verschriebenen Tagesdosen (DDD) je Einzelverordnung ist typisch für eine dauerhafte

Diagramm 2.14 Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



medikamentöse Behandlung bei chronischen Erkrankungen.

Ein Beispiel für eine Medikamentengruppe, die zur Behandlung akuter Erkrankungen eingesetzt wird, findet sich auf Platz zwei der Top 20. Nahezu jeder dritte Versicherte (29,7%) erhält 2013 ein Antibiotikum zur systemischen Gabe. Mit nur rund zehn verordneten Tagesdosen auf eine Einzelverordnung ist die Behandlungsdauer eher kurz angelegt, wie es bei Infektionskrankheiten häufig üblich ist.

Recht viele Tagesdosen je Einzelverordnung weisen die *Psychoanaleptika* auf (ATC N06). Jeder dreizeh-

te Versicherte bekommt ein Medikament aus dieser Wirkstoffgruppe verschrieben. Im Vergleich zu den Antibiotika liegt die Anzahl der Einzelverordnungen rund 44% niedriger und umfasst dabei aber knapp viermal so viele Tagesdosen.

»» Diagramm 2.14 verdeutlicht eindrucksvoll, welche Medikamentengruppen bei altersassoziierten Beschwerden eingesetzt werden. So gibt es bspw. bei den Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC J01) nur vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Dagegen werden Mittel, die auf das kardiovaskuläre System wirken

Tabelle 2.14 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Gesamt – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	647	17,50	96.574
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	518	29,74	4.990
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	496	26,29	12.309
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	457	12,90	26.218
N02	Analgetika	444	15,51	6.640
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	360	14,14	37.212
H03	Schilddrüsentherapie	334	10,19	22.824
A10	Antidiabetika	328	5,26	24.314
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	314	9,30	15.372
N06	Psychoanaleptika	287	7,65	18.634
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	233	8,15	22.296
C03	Diuretika	228	6,25	20.158
B01	Antithrombotische Mittel	215	7,15	16.425
C08	Calciumkanalblocker	210	5,91	23.718
N05	Psycholeptika	205	4,30	4.979
S01	Ophthalmika	200	8,91	8.319
R01	Rhinologika	144	8,10	3.877
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	142	5,28	12.453
R05	Husten- und Erkältungspräparate	132	7,87	1.217
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	122	7,90	3.684

(ATC C09, C07 und C10), bei den unter 20-Jährigen quasi nicht verordnet, sind bei der mittleren Altersgruppe bereits nennenswert vertreten und erreichen ihren höchsten Wert bei den Versicherten der Altersgruppe 65+. *Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen* (ATC R03) werden dagegen sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren Versicherten häufiger verschrieben als bei den Personen der mittleren Altersgruppe.

Die deutlichsten Unterschiede im Geschlechtervergleich treten naturgemäß bei jenen Medikamentengruppen zutage, die auf geschlechtsspezifische gesundheitliche Unterschiede zurückgehen (►► Tabellen 2.15 und 2.16). So liegen bei den weiblichen BKK Versicherten auf Platz fünf (16,0% der weiblichen Versicherten haben eine derartige Verordnung) der Wirkstoffgruppen, die am häufigsten verordnet werden, *Medikamente zur Schilddrüsentherapie* (ATC H03).

Tabelle 2.15 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Frauen – häufigste Verordnungen (ATC)
(Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	611	16,43	88.097
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	594	33,17	5.417
N02	Analgetika	547	17,76	8.232
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	530	27,12	13.663
H03	Schilddrüsenherapie	526	16,01	35.106
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	477	13,40	26.978
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	399	15,62	40.394
N06	Psychoanaleptika	350	9,56	22.921
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	309	9,54	14.994
A10	Antidiabetika	286	4,69	20.755
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	274	10,23	24.126
C03	Diuretika	246	6,86	21.127
N05	Psycholeptika	245	5,26	5.526
S01	Ophthalmika	216	9,63	8.971
C08	Calciumkanalblocker	209	5,87	22.427
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	195	6,98	17.698
B01	Antithrombotische Mittel	183	6,33	13.249
R01	Rhinologika	142	8,19	3.818
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	135	8,95	3.940
R05	Husten- und Erkältungspräparate	134	8,10	1.145

Bei den Männern sind es hingegen nur 4,3%, die ein Präparat dieser Gruppe erhalten (Rang 17).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den *Sexualhormonen und anderen Modulatoren des Genitalsystems* (ATC G03), die bei den männlichen BKK Versicherten kaum zu finden sind (0,3% mit entsprechender Verordnung), dagegen aber bei jeder zehnten Frau (10,2%). Medikamente dieser Wirkstoffgruppe werden sowohl als Kontrazeptivum als auch zur Hor-

montherapie während des Klimakteriums verordnet.

Zwar durch eine stärkere Prävalenz, nicht jedoch direkt durch organische Unterschiede zu erklären, sind die Differenzen bei den *Psychoanaleptika* (ATC N06). Frauen erhalten diese fast doppelt so häufig wie Männer (Frauen: 9,6% mit einer Verordnung; Männer: 5,7%).

Die Betrachtung der Arzneimittelverordnungen nach Altersklassen offenbart, dass ein Groß-

Tabelle 2.16 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Männer – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	683	18,58	105.119
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	462	25,46	10.944
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	441	26,30	4.560
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	438	12,41	25.453
A10	Antidiabetika	370	5,84	27.902
N02	Analgetika	340	13,24	5.037
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	321	12,65	34.006
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	318	9,05	15.754
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	271	9,32	26.931
B01	Antithrombotische Mittel	247	7,98	19.627
N06	Psychoanaleptika	224	5,74	14.314
C08	Calciumkanalblocker	211	5,95	25.020
C03	Diuretika	211	5,64	19.182
S01	Ophthalmika	183	8,19	7.663
N05	Psycholeptika	163	3,34	4.427
R01	Rhinologika	146	8,02	3.937
H03	Schilddrüsenherapie	141	4,33	10.446
G04	Urologika	133	4,06	11.969
R05	Husten- und Erkältungspräparate	131	7,64	1.289
M04	Gichtmittel	115	4,34	6.714

teil der verschriebenen Arzneien im Alter (hier Altersgruppe der ab 65-Jährigen) zur Einflussnahme auf das kardiovaskuläre sowie das neurologische System eingesetzt werden (»» Tabellen 2.17 und 2.18). Mehr als jede zweite Person der Altersgruppe 65+ nimmt einen ACE-Hemmer oder AT₁-Rezeptor-Antagonisten ein (Frauen: 54,8%; Männer: 57,3%). 43,4% der weiblichen BKK Versicherten ab 65 Jahren und 41,7% der männlichen BKK

Versicherten ab 65 Jahren nehmen einen Beta-Blocker.

Auch zur Behandlung von Muskel- und Skeletterkrankungen, die bei den Versicherten im Rentenalter recht häufig auftreten (»» Kapitel 2.2), finden sich unter den Top 20 der Arzneimittelverordnungen die therapeutischen Pendanten. So werden *Analgetika* (ATC N02; Frauen: 30,8% mit Verordnung; Männer: 21,2%) und *Antiphlogistika und Antirheumatika* (ATC M01;

Tabelle 2.17 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Frauen ab 65 Jahren – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	2.121	54,84	304.721
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	1.631	43,40	92.947
N02	Analgetika	1.504	30,82	26.091
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	1.109	35,30	123.238
C03	Diuretika	1.070	28,79	91.403
A10	Antidiabetika	1.002	16,59	71.831
H03	Schilddrüsentherapie	932	27,72	59.799
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	853	33,74	29.477
C08	Calciumkanalblocker	839	22,85	89.310
N05	Psycholeptika	759	14,37	13.988
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	758	27,08	68.117
N06	Psychoanaleptika	716	18,48	43.232
B01	Antithrombotische Mittel	712	22,90	55.636
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	604	31,84	5.482
S01	Ophthalmika	583	17,82	30.160
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	562	12,69	31.510
C01	Herztherapie	370	10,54	23.398
N03	Antiepileptika	259	5,98	7.642
N04	Antiparkinsonmittel	247	3,67	6.244
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	236	9,91	11.960

Frauen: 33,7%; Männer: 28,4%) häufig zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung bei muskuloskeletalen Beschwerden eingesetzt. *Säurehemmer* (ATC A02), die bei den Frauen Rang 4 der meistverordneten Arzneien einnehmen und bei den Männern Rang sieben, scheinen insbesondere bei längerer Verordnungsdauer von Schmerzmitteln zur Behandlung oder Prophylaxe von Nebenwirkungen auf den Magen-Darm-Trakt eingesetzt zu werden.

Bei den weiblichen Versicherten der mittleren Altersgruppe (»»» Tabelle 2.19) wird die Liste der meisten Verordnungen von den *Antibiotika zur systemischen Anwendung* angeführt (ATC J01). Gut jede dritte Frau erhält ein Medikament dieser Wirkstoffgruppe (33,9%). Bei den Männern (»»» Tabelle 2.20) sind es mit 25,3% fast ein Viertel weniger. Die Ursache für den höheren Anteil an Verordnungen bei den Frauen dürfte u. a. im häufigeren Auftreten von Harnwegsinfektionen liegen.

Tabelle 2.18 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Männer ab 65 Jahren – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	2.169	57,25	327.828
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	1.505	41,65	86.159
A10	Antidiabetika	1.282	20,55	95.564
B01	Antithrombotische Mittel	999	30,14	82.942
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	990	34,30	96.520
C03	Diuretika	963	25,11	88.269
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	887	29,53	101.035
N02	Analgetika	842	21,15	15.025
C08	Calciumkanalblocker	791	21,68	91.995
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	669	12,88	40.908
G04	Urologika	644	18,90	59.467
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	636	28,37	21.444
S01	Ophthalmika	514	15,70	27.075
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	502	27,40	5.186
N05	Psycholeptika	425	8,60	8.001
M04	Gichtmittel	417	15,63	24.350
C01	Herztherapie	403	10,96	27.215
N06	Psychoanaleptika	368	9,92	23.853
H03	Schilddrüsenherapie	329	10,01	23.442
N04	Antiparkinsonmittel	254	3,07	8.136

Wie bereits in den vergangenen Jahren sind die Verordnungszahlen von schmerzlindernden und entzündungshemmenden Präparaten in der mittleren Altersgruppe ungebrochen hoch und im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht gestiegen. 14,5% der weiblichen und 10,6% der männlichen BKK Versicherten (»»» Tabelle 2.20) erhalten ein *Analgetikum* (ATC N02) zur Schmerzlinderung. Diese Schmerzmittel werden, wie das Verhältnis von 303 Einzel-

verordnungen zu 4.565 verordneten Tagesdosen (jeweils je 1.000 Versicherte) belegt, tendenziell eher bei akuten Schmerzzuständen verschrieben. Die Wirkstoffgruppe der *Antiphlogistika und Antirheumatika* (ATC M01), die ebenfalls zur Schmerzlinderung sowie zur Behandlung von Entzündungen eingesetzt wird, ist sogar bei 24,4% der Frauen und bei 23,6% der Männer dokumentiert. Beide Wirkstoffgruppen werden u. a. im Zusammenhang mit mus-

Tabelle 2.19 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Frauen von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	592	33,89	5.624
H03	Schilddrüsentherapie	549	17,03	37.533
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	445	24,35	11.867
N02	Analgetika	361	14,51	5.270
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	360	10,58	52.130
N06	Psychoanaleptika	328	9,51	23.084
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	303	14,16	28.222
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	287	8,98	16.069
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	252	8,34	13.127
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	220	8,94	18.162
N05	Psycholeptika	167	4,12	4.664
A10	Antidiabetika	161	2,70	11.916
S01	Ophthalmika	125	6,71	4.428
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	123	8,42	3.614
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	101	5,50	5.046
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	92	3,45	8.522
C08	Calciumkanalblocker	91	2,88	9.947
A03	Mittel bei funktionellen GI-Störungen	87	6,32	858
N03	Antiepileptika	87	1,90	3.596
B01	Antithrombotische Mittel	83	3,45	4.994

kuloskelettalen Erkrankungen eingesetzt, die einen großen Anteil an den ambulanten Diagnosen haben.

Die Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen sind im Wesentlichen geprägt durch Wirkstoffe, die bei Erkältungskrankheiten verschrieben werden (»»» Tabelle 2.21). So erhält rund ein Drittel der jüngsten Versichertengruppe im Jahr 2013 bspw. ein *Antibiotikum zur systemischen Anwendung*

(ATC J01; 30,3% der Versicherten). *Rhinologika* (ATC R01), die bei Schnupfen angewendet werden, sind bei einem Viertel der Versicherten dieser Altersgruppe vertreten (26,7%). Und auch hinter den *Antiphlogistika und Antirheumatika* (ATC M01) dürfte die medikamentöse Behandlung von Erkältungserscheinungen (etwa mit Ibuprofen) stehen (29,7% der Versicherten). Ein Großteil der bei Erkältungen verordneten Medikamente tauchen in den Statistiken für

Tabelle 2.20 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten Männer von 20 bis unter 65 Jahre – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	529	15,12	82.972
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	409	23,56	10.468
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	403	25,25	4.511
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	311	9,28	18.452
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	275	12,17	27.822
A10	Antidiabetika	256	4,08	19.553
N02	Analgetika	245	10,56	3.865
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	218	6,72	12.093
N06	Psychoanaleptika	196	5,55	14.231
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	179	6,27	18.248
N05	Psycholeptika	141	2,91	4.787
B01	Antithrombotische Mittel	137	5,02	10.161
C08	Calciumkanalblocker	134	4,05	16.371
H03	Schilddrüsentherapie	130	4,04	10.008
S01	Ophthalmika	103	5,16	4.003
C03	Diuretika	92	2,75	8.235
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	89	5,68	2.969
N03	Antiepileptika	84	1,67	4.069
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	78	4,32	4.207
M04	Gichtmittel	77	3,01	4.472

die erwachsenen BKK Versicherten nicht mehr auf, da diese Präparate im Erwachsenenalter nicht mehr erstattungsfähig sind. Die freie Verfügbarkeit derartiger Mittel in der Apotheke führt damit zu einer Unterschätzung der Anteile dieser Arzneimittel bei der Auswertung von Krankenkassendaten.

Der hohe Anteil der BKK Versicherten mit einer Antibiotikaverordnung ist vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussionen um zunehmende Anti-

biotikaresistenzen bemerkenswert. Insbesondere junge Patienten weisen in der Regel weniger Risikofaktoren auf, die eine sofortige Antibiotikatherapie ohne Abwarten auf eine Besserung (bei gleichzeitiger Therapie der Krankheitssymptome), erforderlich machen würden.

Tabelle 2.21 Arzneimittelverordnungen – Anteil und DDD der BKK Versicherten unter 20 Jahre – häufigste Verordnungen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

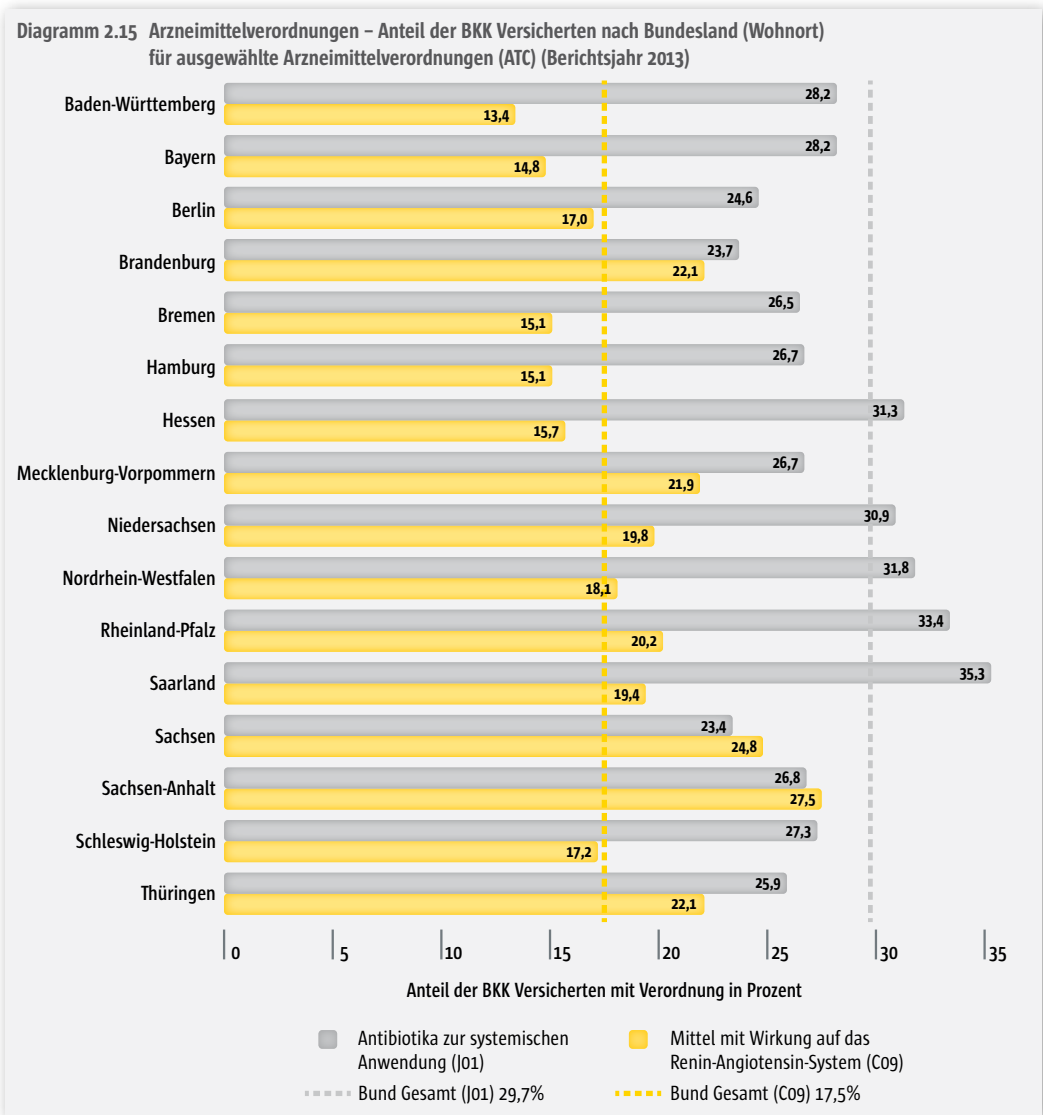
ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je 1.000 Versicherte
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	552	30,34	4.426
R01	Rhinologika	512	26,69	12.225
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	502	29,68	4.277
R05	Husten- und Erkältungspräparate	466	24,14	3.440
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	315	12,14	6.548
N02	Analgetika	252	16,07	955
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	250	7,44	21.874
S01	Ophthalmika	175	11,92	4.061
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	161	11,03	1.720
N06	Psychoanaleptika	136	2,30	4.833
A01	Stomatologika	116	6,49	10.074
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	93	6,80	2.130
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	70	4,93	400
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	69	4,61	929
A03	Mittel bei funktionellen GI-Störungen	62	4,28	337
D10	Aknemittel	61	2,81	1.788
A11	Vitamine	60	3,33	8.163
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	54	3,80	708
D02	Emmolientia und Hautschutzmittel	51	3,47	1.707
A06	Laxantien	46	2,04	771

Arzneimittelverordnungen nach Regionen

Zwischen den einzelnen Bundesländern (»»» Diagramm 2.15) variiert der Anteil der Versicherten, die eine Antibiotikaverordnung (zur systemischen Gabe) erhalten beträchtlich. So erhalten im Jahr 2013 ein knappes Viertel der Versicherten in Sachsen (23,4%), in Brandenburg (23,7%) und Berlin (24,6%) einen derartigen Wirkstoff verschrieben, im Saarland und in Rhein-

land-Pfalz sind es dagegen mehr als ein Drittel (35,3% bzw. 33,4%). Diese Unterschiede lassen sich weder auf Alters- noch auf Geschlechterdifferenzen zwischen den Bundesländern zurückführen. Da das mögliche Einsatzspektrum dieser Wirkstoffgruppe recht breit ist, kann an dieser Stelle kein direkter Zusammenhang zu einer Krankheitsentität ausgemacht werden.

Anders als bei den Antibiotika lässt sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin- und Angioten-

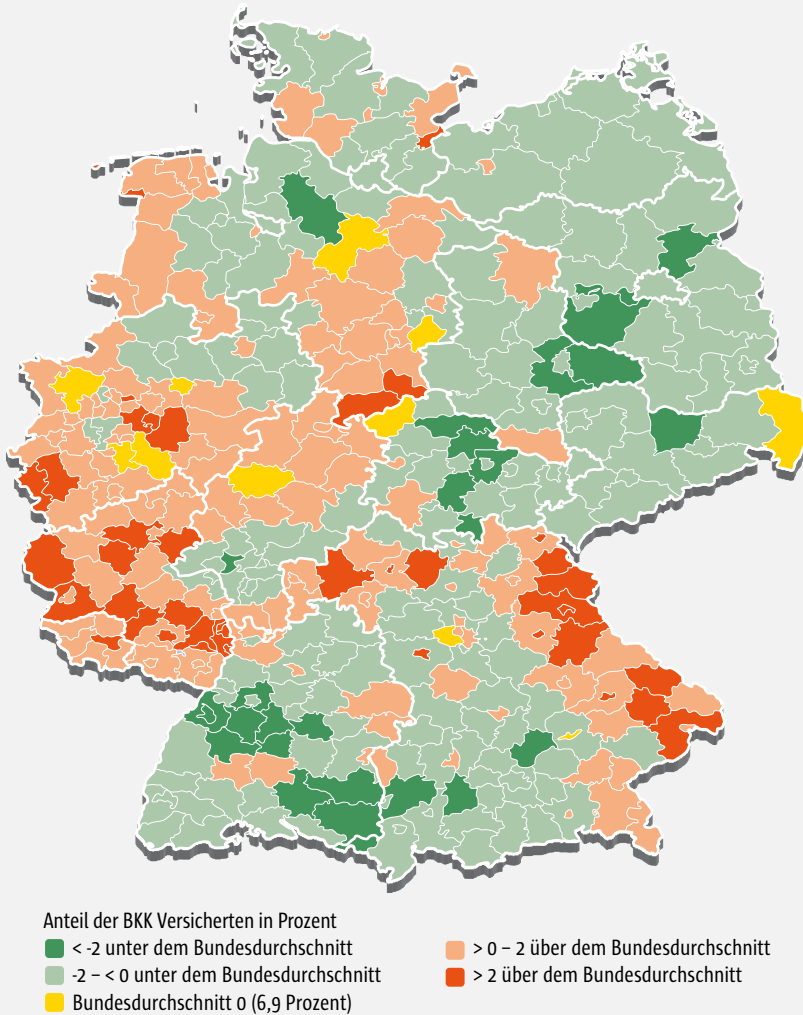


sin-System (ATC C09), die insbesondere zur Beeinflussung des Blutdrucks eingesetzt werden, ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Versicherten eines Bundeslandes und dem Anteil der Versicherten mit einer Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe erkennen. Je älter die BKK Versicherten eines Bundeslandes sind, desto höher ist der Anteil der Versicherten, der einen ACE-Hemmer oder ähnliches erhält. Ursächlich hierfür dürf-

te der mit steigendem Alter wachsende Anteil der Versicherten mit Bluthochdruck sein. Mit 27,5% ist der Anteil der Versicherten mit einer ATC C09-Verordnung in Sachsen-Anhalt besonders hoch, dicht gefolgt von Sachsen (24,8%) und Brandenburg (22,1%). In Baden-Württemberg (13,4%) und Bayern (14,8%) sind die Anteile dagegen erheblich niedriger.

»» Diagramm 2.16 stellt die Verordnung von Antidepressiva (ATC No6A) auf Landkreisebene dar. Auch

Diagramm 2.16 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A) – Abweichung vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2013)



hier wird – wie bereits bei den depressiven Episoden in der ambulanten Gesundheitsversorgung (» Kapitel 2.2) – die geringere Belastung in den neuen Bundesländern sichtbar. Ebenso ist die Zweiteilung Bayerns in eine nord-östliche Hälfte mit stärkerer Belas-

tung und eine süd-westliche Hälfte mit einer geringeren Belastung zu erkennen.

Tieferegehende Analysen des alters- und geschlechtsspezifischen Krankheitsgeschehens finden sich im folgenden » Kapitel 3.



Schwerpunkt Politik

Die Schaffung von finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Blick auf Versuche zur Präventionsgesetzgebung auf Bundes- bzw. Länderebene

Gregor Breucker, Franz Knieps und Susanne Wilhelmi
BKK Dachverband e.V., Berlin

Herausforderungen und Chancen, Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im GKV-Kontext

Ein Präventionsgesetz kommt, soviel scheint klar zu sein. Wann jedoch, bleibt abzuwarten. „Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die Betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht“ [1], so hieß es noch im Koalitionsvertrag. Nun heißt es, dass zumindest auf einer Kabinettsfassung die Jahreszahl 2014 stehen wird. Unabhängig vom Zeitplan steht es außer Frage, dass die Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung und Prävention dringend gesamtpolitisch angegangen werden muss. Die wichtigsten Anforderungen für einen Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung sowohl aus allgemeiner sozialer und ökonomischer Perspektive als auch aus Sicht der GKV (als einem der zentralen Akteure des Gesundheitssystems) sind nachfolgend zusammengefasst.

Eine Reihe sich wechselseitig beeinflussender Faktoren kennzeichnen einen tiefgreifenden Wandel in allen Ländern Europas und darüber hinaus:

- Der demografische Wandel stellt hohe Anforderungen an die Arbeits- und Sozialpolitik, die Gesundheitspolitik sowie die gesamte Gesellschaft. Stagnierende Geburtenraten bei gleichzeitiger Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung führen zu nachhaltigen Verschiebungen in der Altersstruktur [2]. Damit geht die Prognose des Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials in Deutschland [3] und vielen anderen Ländern in der Europäischen Union einher. Die Bevölkerung im Erwerbsalter wird stark abnehmen

und durch die Älteren geprägt sein. Weiterhin werden der Bevölkerung im Erwerbsalter immer mehr Senioren gegenüberstehen. Bis zum Jahr 2060 verdoppelt sich dieser Altenquotient [2].

- Veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt haben zu deutlichen Veränderungen des Krankheitsspektrums geführt. Es dominieren bereits heute die nicht übertragbaren chronischen Erkrankungen, häufig mit degenerativem Verlauf. Der demografische Wandel beschleunigt und verstärkt diesen Trend. Seit 2006 steigen die Krankenstände in den Unternehmen wieder, insbesondere die psychischen Krankheiten nehmen stark zu. Im Jahr 2012 standen diese erstmals an zweiter Stelle der häufigsten Krankheitsarten bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage nach den Muskel- und Skeletterkrankungen noch vor den Atemwegserkrankungen [4].
- In der Arbeitswelt wird das Zeitalter der Industriegesellschaft durch die Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft abgelöst. Gesundheit wird damit zu einer Voraussetzung für Produktivität, Wachstum und Innovation. Eigenverantwortung und Selbststeuerung werden zum Kern eines neuen Leitbildes in der Organisation von Arbeit. Der Erhalt von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wird zum Kernziel der Beschäftigungspolitik [5].
- Veränderte Lebens- und v.a. Arbeitsbedingungen rücken die psychischen und sozialen Anforderungen und Belastungen in den Vordergrund. So beeinflussen die Arbeitsbedingungen die Gesundheit der Beschäftigten in zweierlei Hinsicht. Zum einen führen lang anhaltender hoher Zeitdruck, häufige Unterbrechungen bei der Arbeit, monotone Tätigkeiten, fehlende Erholungsmöglich-

keiten häufig zu Stress. Andererseits wirken sich fördernde Ressourcen wie z.B. inhaltliche und zeitliche Spielräume bei der Arbeit, Kommunikation und Kooperation mit Kollegen und Vorgesetzten positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten aus [6].

- Gleichzeitig verändern sich traditionelle Lebensmuster und Wertorientierungen. Es wird von einer Individualisierung gesprochen. Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung spielen in Folge eines verbesserten Lebensstandards in individuell ausdifferenzierten Lebensentwürfen aufgrund von sozialer Sicherheit und neuen Lebenschancen eine große Rolle [7].
- Gesundheitsförderung in Lebenswelten soll einen wichtigen Beitrag zur Verminderung sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten [8]. Im Fokus stehen insbesondere sozial benachteiligte Menschen, die von vertikaler sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung (niedriger sozioökonomischer Status in Bildung, Einkommen, Stellung im Beruf) sowie von horizontaler sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung (Geschlecht, Alter, ethnisch-kultureller Hintergrund, religiöser Hintergrund, Wohngebiet) betroffen sind [9]. Hier spielt Gesundheitsförderung in den jeweiligen Lebenswelten eine wichtige Rolle. Gerade diese schwer erreichbaren Zielgruppen sollen in diesen Settings angesprochen werden [10].
- Wer durch Armut oder andere schwierige Lebensumstände benachteiligt ist, hat in Deutschland ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko und eine um bis zu zehn Jahre geringere Lebenserwartung als Menschen aus besser gestellten Bevölkerungsschichten. Insbesondere sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, wie der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey [11] belegt. Die schichtabhängigen Unterschiede betreffen nachweislich den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Eine wichtige Antwort auf diese Herausforderungen insgesamt ist der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung in allen Bereichen unserer heutigen Lebens- und Arbeitswelten sowie in besonderer Weise im Gesundheitssystem selber. Dabei konzentriert sich die Gesundheitsförderung in erster Linie auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und die Förderung von Ressourcen [12]. Im Gesundheitssystem werden zukünftig Prä-

vention und Gesundheitsförderung stärker als bisher die kurative Krankheitsversorgung, die Rehabilitation und die Pflege ergänzen. Unternehmen, Sozialpartner und Beschäftigte werden ihr jeweiliges Engagement in der arbeitsweltbezogenen Prävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung verstärken müssen, um die Wettbewerbsfähigkeit sicherzustellen. Bildungs- und Erziehungseinrichtungen werden Gesundheit zu einem Bildungs- und Erziehungsziel weiterentwickeln müssen, weil diese zu einer Voraussetzung hoher Bildungs- und Erziehungsqualität geworden ist. Sie sollten hier eine Vorbildfunktion übernehmen. Alle Akteure und Institutionen der sozialen Sicherheit werden zu verbesserten Rahmenbedingungen für eine gesunde Entwicklung der heranwachsenden Generationen Sorge tragen müssen, da Fehlentwicklungen in frühen Lebensphasen nur mit einem sehr hohen Aufwand oder gar nicht mehr kompensiert werden können. Dabei beeinflusst die Qualität von Arbeit mittelbar die Lebensbedingungen von Kindern.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen mit ihren Maßnahmen und Programmen den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung in sämtlichen betrieblichen und außerbetrieblichen Lebenswelten. Sie stellen sich dieser Aufgabe sowohl als Teil ihres Auftrages als Gesetzliche Krankenversicherung in einem solidarischen Gesundheitssystem wie auch als Teil ihrer sozialen Verantwortung. Die BKKen sind hier Vorreiter und führend, trotz Unterdeckung durch den RSA. Sie begreifen diese Unterstützung als Investition in die Zukunft. Insbesondere sehen sie sich entsprechend ihrer Traditionen und Werte als Partner der Unternehmen, Beschäftigten und ihrer Familien in der Gestaltung einer sozialen und wirtschaftlich wettbewerbsfähigen Zukunft: Wohlfahrt ist ohne Gesundheit nicht möglich. „There is no wealth without health“ – Leitmotiv der EU Gesundheitsstrategie [13].

Historie zum Präventionsgesetz

- 1989 Gesundheitsreformgesetz – § 20 im Sozialgesetzbuch V eingeführt
- 1993 Gesundheitsstrukturgesetz – Präventionsaktivitäten im Spannungsfeld von Wettbewerbsorientierung und Gesundheitszielen
- 1994 Untersuchung vom BMG, die Defizite und Fehlsteuerungen aufzeigte

1996 Beitragsentlastungsgesetz – Prävention und Gesundheitsförderungsleistungen wurden gestrichen und auf medizinische Maßnahmen und Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen reduziert

2000 GKV Gesundheitsreformgesetz – § 20 neu aufgelegt mit neuen Regelungsmechanismen, Leitfadentyp Prävention mit verbindlichen Handlungsfeldern und Kriterien beschlossen, Ausgabenrichtwert eingeführt

2004 GKV Modernisierungsgesetz – Bonusprogramme ermöglicht

2007 GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz – Betriebliche Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe aufgewertet

Vier Anläufe für ein eigenes Präventionsgesetz

Erster Versuch: Im Jahr 2005 gab es Bestrebungen der rot-grünen Regierungskoalition, ein eigenes Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention zu erlassen. Prävention und Gesundheitsförderung sollte als 4. Säule im Gesundheitssystem ausgebaut werden. Dabei war angedacht, die finanzielle Beteiligung der Sozialversicherungsträger zu erhöhen sowie die Primärprävention stärker an Gesundheitszielen auszurichten. Kooperationen zwischen den Präventionsträgern sollten gestärkt, Qualitätssicherung und Evaluation weiterentwickelt werden.

Folgende Aufgaben für drei Handlungsebenen wurden in Betracht gezogen:

- Bund: gemeinsame Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung
- Länder: gemeinsame Entscheidungsgremien von SV und Ländern zu lebensweltbezogenen Maßnahmen
- Sozialversicherungsträger: eigenverantwortliche Maßnahmen zu Verhaltensprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung
- Die Sozialversicherungen sollten 250 Mio. Euro finanzieren, davon 40% eigene Präventionsaktivitäten, 40% für lebensweltbezogene Aktivitäten in den Ländern und 20% für eine bundesweite Stiftung.

Das Gesetzesvorhaben ist an den Bundesländern gescheitert. Der Bundesrat hat den Vermittlungsausschuss angerufen, mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung des Gesetzes. Das Gesetz fiel dem Diskontinuitätsprinzip zum Opfer.

Zweiter Versuch: 2007 Bundesgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention – Eckpunkte und Referentenentwurf.

Statt einer Stiftung wurde ein Nationaler Präventionsrat als Koordinationsgremium von der schwarz-roten Regierungskoalition vorgeschlagen. Dieser sollte nationale Präventionsziele und Qualitätskriterien entwickeln und Präventionskampagnen bundesweit durchführen. Landespräventionsräte mit Einbezug der Landesverbände der Krankenkassen sollten errichtet werden, die über lebensweltbezogene Maßnahmen entscheiden und diese finanzieren würden. Dagegen gab es Vorbehalte anderer Ministerien zum Beispiel wegen einer möglichen Verletzung des grundgesetzlichen Verbotes zur Mischverwaltung. Innerhalb der Regierungskoalition konnte keine Einigung erzielt werden und somit der Gesetzentwurf bis zum Ende der Legislaturperiode nicht verabschiedet werden.

Dritter Versuch: 2013 Bundesgesetz zur Förderung der Prävention [14]. Das Gesetzesvorhaben der schwarz-gelben Regierungskoalition fiel wieder dem Diskontinuitätsprinzip zum Opfer. Zuvor hatte der Bundesrat den Vermittlungsausschuss mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung angerufen. Das Ziel, die Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wirkungsvoll zu organisieren, wurde nach Auffassung der Länderkammer mit diesem Entwurf verfehlt. Inhalte des Präventionsgesetzes waren:

- Primärprävention soll sich an gesundheitsziele, de ausrichten
- Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz beim BMG
- Erhöhung des Richtwertes für Präventionsausgaben auf 6 Euro je Versicherten, davon mind. 2 Euro für Ausgaben in BGF und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und 1 Euro für nichtbetriebliches Setting (Lebenswelten)
- BZgA führt Leistungen zur primären Prävention in Lebenswelten durch, Vergütung GKV SV an BZgA mind. die Hälfte des Mindestbetrages (0,50 Euro je Versicherten)
- Krankheitsfrüherkennung sollte zu einer primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt werden mit ärztlicher präventionsorientierter Beratung – ärztliche Präventionsempfehlung bestimmt über Teilnahme an Präventionskursen
- Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung
 - insbesondere für kleinere und mittelständige Unternehmen
 - Kassen werden verpflichtet, gemeinsame regionale Koordinierungsstellen zur Beratung und Unterstützung einzurichten; Kassen sol-

len mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren

- Boni an Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind am Erfolg der Maßnahmen auszurichten
- Krankenkassen und Arbeitgeber können durch Vereinbarungen von Gruppentarifen zielgerichtete Angebote für Beschäftigtengruppen konzipieren
- GKV SV wird verpflichtet, Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur primären Prävention sicherzustellen, ein einheitliches Verfahren zur Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation der Präventionsangebote zu etablieren und eine Übersicht im Internet zur Verfügung zu stellen

Vierter Versuch: Zum im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Regierung im November 2013 angekündigten Präventionsgesetz sind im Herbst 2014 noch keine konkreten Inhalte bekannt. Wie eingangs beschrieben sollen Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim verortet sowie die Betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden. Angedacht ist ein Gesetz, das alle Sozialversicherungsträger einbezieht, die über verpflichtende Rahmenvereinbarungen mit Ländern und Kommunen kooperieren. Dabei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Geplant ist auch eine Stärkung von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquoten. Weiterhin sollen für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien die Besonderheiten der Frauen- und Männergesundheitsforschungen berücksichtigt werden.

Dazu soll der Richtwert für Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V von aktuell 3,09 Euro um mehr als das Doppelte steigen. Dabei sollen die Ausgaben für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Prävention in den nicht betrieblichen Lebenswelten eindeutig mit einem Mindestwert festgelegt werden. Auch der Abfluss eines Anteils der Mittel an die BZgA ist wieder im Gespräch. Von einer Gemeinschaftsförderung und finanziellen Einbeziehung der Träger der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung scheint man sich verabschieden zu wollen. Lediglich die Pflegeversicherung sowie die private Krankenversicherung sollen einbezogen werden. Wie die konkreten Vorgaben zu Rahmenempfehlungen für Prävention auf der Länderebene aussehen und welche finanziellen Lasten die gesetzlichen Krankenkassen treffen werden, ist zurzeit noch nicht abzusehen.

Auch die Ausrichtung an gemeinsamen Zielen bleibt spannend. Wie die maßgeblichen Akteure in die Gestaltungspflicht genommen und der Zieleprozess auf die Landesebene heruntergebrochen werden kann, wird wohl einer der vielen Diskussionspunkte mit den Ländern sein.

Exemplarische Aktivitäten auf Landesebene

Auf Landesebene gibt es in Deutschland sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Auch die Umsetzung und Aktivitäten sind von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Einige Länder beraten in Landesgesundheitskonferenzen wichtige gesundheitspolitische Themen und verabschieden Entschlüsse, in denen sich die Beteiligten zu einer entsprechenden Umsetzung verpflichten. Dabei sind wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen die Sozialversicherungsträger, Ärzte- und Zahnärzteschaft, Apothekerinnen und Apotheker, die Krankenhausgesellschaft, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände, kommunale Spitzenverbände, Landschaftsverbände, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie Selbsthilfeorganisationen involviert. Sie stimmen sich in Themen wie der Gesundheitsberichterstattung ab, finden gemeinsame Ziele und arbeiten für eine bereichsübergreifende Versorgung zusammen [15].

In der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung kooperieren alle relevanten Akteure Hamburgs rund um das Thema Gesundheit sektorenübergreifend zusammen. Krankenkassen und Kassenverbände, Versicherungsträger, Kammern, Berufsverbände und berufsständische Vertretungen sowie Vereine und weitere gesundheitsbezogene Verbände arbeiten in der Gesundheitsförderung für Familie, Kita, Schule, Betrieb und Stadtteil zusammen. Dabei liegt der Fokus auch auf der sozialen Lage der Bevölkerung [16].

Auf Landesebene findet weiterhin in Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit eine Koordinierung gesundheitsfördernder Aktivitäten und Ansätze für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention statt. Initiiert wurde der Verbund von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Mittlerweile gehören ihm 61 Kooperationspartner an, die das Ziel verfolgen, die gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu verbessern und die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu unterstützen.

Die Koordinationsstellen setzen sich für den Informationstransfer zwischen den einzelnen Angeboten wie die Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Landesebene ein, sie vernetzen Akteure aus dem Gesundheitswesen und anderen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern wie zum Beispiel Jugend, Bildung, Umwelt, Soziales und Stadtentwicklung. Nicht zuletzt treiben sie die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung voran [17].

Die Arbeit der Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung wird in den jeweiligen Bundesländern finanziert, in der Regel paritätisch vom Gesundheitsministerium und den gesetzlichen Krankenkassen. Zusätzlich unterstützt die BZgA die Koordinierungsstellen.

BKK Positionen zur Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung

Der BKK Dachverband hat in seinem Positionspapier zur Prävention und Gesundheitsförderung fünf Eckpunkte herausgearbeitet, die für eine Präventionsgesetzgebung unabdingbar sind [18]:

Eckpunkt 1:

Funktionierende Präventionsansätze stärken und Flexibilität der Kassen erhalten

- Finanz- und Entscheidungsautonomie der Kassen stärken
- Präventionskurse als wirksamen Ansatz nicht in Frage stellen

Eckpunkt 2:

Maßnahmen zur Reduktion von Schnittstellenproblemen und Verbesserung der Transparenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung umsetzen

- zentrale Rolle der Kassen in der BGF beibehalten; Doppelstrukturen vermeiden
- Richtwertüberschreitung für BGF absichern
- Vernetzung von BGF und Versorgung ermöglichen
- Beratungsrechte der Krankenkassen ausbauen
- Betriebsärzte stärken
- BGF in KMUs fördern

Eckpunkt 3:

Eigenverantwortung und -engagement fördern; geeignete Strukturen für und Transparenz über die gemeinsame Gesundheitsförderung in außerbetrieblichen Lebenswelten schaffen

- Eigenengagement der Partner als Schlüssel für erfolgreiche Projekte stärken
- Raum für eigene Projekte der Kassen lassen
- regionale Strukturen fördern
- Transparenz über Maßnahmen aller Akteure herstellen

Eckpunkt 4:

Nutzenprüfung konsequent aus-, Informationsdefizite in der Früherkennung und Vorsorge abbauen

- dauernde Kontrolle der Evidenzlage notwendig
- Selektivverträge mit Betriebsärzten ermöglichen
- mehr Aufklärung zu Impfungen

Eckpunkt 5:

Gemeinsame Nationale Präventionsstrategie verankern und umsetzen

- gleichberechtigte Träger
- Einbezug der relevanten Akteure
- Festlegen gemeinsamer Rahmenziele
- Konsens bei der Finanzierung
- Koordinatorenfunktion der GKV
- Transparenz und Berichte

Fazit

Die beschriebenen Herausforderungen machen deutlich: Der Handlungsdruck auf die Beteiligten steigt, mit geeigneten Maßnahmen den Belastungen aus veränderten Lebens- und Arbeitsumständen frühzeitig gegenzusteuern und damit die Gesunderhaltung der Bevölkerung zu unterstützen. Die gute Botschaft dabei ist, dass niemand auf der „grünen Wiese“ agiert bzw. tätig werden muss. Viele gut funktionierende Aktivitäten setzen, wie an anderer Stelle in diesem Heft aufgezeigt, schon heute an relevanten Punkten an.

Gleichwohl gilt auch: Prävention allein wird es nicht richten können. Vielmehr müssen die verschiedenen Versorgungsbereiche von ambulant über stationär bis zu Reha und Pflege eng mit den Präventionsaktivitäten vernetzt werden. Betriebliche Gesundheitsförderung muss z.B. in der Reha angefangene Aktivitäten des Patienten unterstützen können, Präventionsmaßnahmen müssen auch im Pflegebereich ein wichtiges Element zum Erhalt eines möglichst gesunden und selbstbestimmten Lebens sein. Darüber hinaus dürfen Präventionsmaßnahmen und Aktivitäten in den anderen Versorgungsbereichen nicht an den Grenzen der Bundesländer aufhören oder jeweils ganz anderen Zielen folgen.

Ein Präventionsgesetz ist kein Selbstläufer. Letztendlich wird es auch in dieser Legislaturperiode

nicht leicht sein, ein Gesetz zu verabschieden, das allen Interessen der Bundes- und Landesebene sowie den Forderungen der Sozialversicherungsträger gerecht wird. Nach der oben aufgezeigten Historie steht die Bundesregierung unter erheblichem Druck, dass es dieses Mal gelingen muss, das Bundesgesetzblatt zu erreichen, um Anspruch und Wirklichkeit in Einklang zu bringen.

Literatur

1. Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Berlin, 2013
2. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2009
3. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Fortschrittsreport „Altersgerechte Arbeitswelt“. Ausgabe 1: Entwicklung des Arbeitsmarkts für Ältere. Berlin, 2012
4. BKK Dachverband. BKK Gesundheitsreport 2013. Berlin, 2013
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit: Arbeitsmedizinische Empfehlung. Berlin: BMAS, 2013
6. Lohmann-Haislah A. Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, 2012
7. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sozialpädagogische Familienhilfe und gesellschaftlicher Wandel. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/spfh/9-Theoretische-grundlagen/9-1/9-1-1-individualisierung-in-der-risikogesellschaft.html> (Zugriff am 03.11.14)
8. GKV Spitzenverband, MDS. Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen, 2013
9. Kaba-Schönstein L, Gold C. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln, 2011
10. Robert Koch-Institut. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2011
11. KiGGs Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. KiGGs-Basiserhebung – Ergebnisse. <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-basiserhebung.html> (Zugriff am 03.11.14)
12. Abel T, Kolip P. Prävention und Gesundheitsförderung. In: Egger M, Razum O (Hg.). Public Health. Berlin, 2014
13. European Commission. Public Health. http://ec.europa.eu/health/index_en.htm (Zugriff am 03.11.14)
14. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/13080 Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. Berlin, 2013
15. Gesundheit.nrw. Die Landesgesundheitskonferenz von Nordrhein-Westfalen. http://www.gesundheit.nrw.de/content/e19/e2803/e4570/index_ger.html (Zugriff am 03.11.14)
16. Hamburgerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. <http://www.hag-gesundheit.de/> (Zugriff am 03.11.14)
17. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/> (Zugriff am 03.11.14)
18. BKK Dachverband, Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet stärken. Positionen des BKK Dachverbandes. Berlin, 2014

Einfluss föderaler Strukturen auf den Arbeitsschutz in Deutschland

Thomas Nauert und Ernst-Friedrich Pernack

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein und Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

„Schlimmer als der Föderalismus sind nur die Reden über den Föderalismus“ (Gerhard Kocher, Schweizer Politologe und Gesundheitsökonom)

Grundzüge der Organisation des staatlichen Arbeitsschutzes im dualen Arbeitsschutzsystem, Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI)

Die verfassungsrechtlichen Grundlagen des staatlichen Arbeitsschutzes sind durch die Grundrechte eines jeden Menschen auf Würde, auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie durch das Sozialstaatsgebot gegeben. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist ein Grundrecht; dem Staat obliegt eine Garantenpflicht. Die Sicherstellung humaner und sicherer Arbeitsbedingungen gehört somit zu den Aufgaben des Staates.

Durch das Grundgesetz sind die Länder eigenständig für den Vollzug der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften zuständig. Damit unterliegt diese Aufgabe den Entscheidungsmechanismen des Föderalismus. Die Länder entscheiden in eigener Verantwortung über den Aufbau der Behörden, über deren Ausstattung mit Personal und Sachmitteln sowie über die Art und Intensität der Überwachungstätigkeit zur Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze und zugehöriger Verordnungen in den Betrieben. Für eine länderübergreifend einheitliche Verwaltungspraxis und Rechtsanwendung ist demzufolge eine intensive und enge Abstimmung der Länder notwendig.

Für die politische Abstimmung ist die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) zuständig. Die Entscheidungen der ASMK müssen von der Verwaltung vorbereitet werden. Dazu unterhalten die Ministerkonferenzen entsprechende Ausschüsse. Der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) ist ein solches der ASMK zugeordnetes Gremium mit fachlichem Beratungsauftrag. In ihm

sind die Abteilungsleiter der fachlich zuständigen Ministerien der Länder vertreten. Im LASI werden die grundsätzlichen Entscheidungen zum Arbeitsschutz und zur Produktsicherheit koordiniert.

Der LASI tagt zweimal im Jahr. Für die Vorbereitung der Sitzungen und für die abschließende Bearbeitung fachspezifischer Problemstellungen sind vier Arbeitsgruppen (AG) zuständig. In diesen entscheiden „mandatierte“ Ländervertreter alle Sachverhalte, die nicht dem LASI oder der ASMK vorbehalten sind.

Das öffentlich-rechtliche Arbeitsschutzsystem in Deutschland ist weiterhin geprägt von seinem dualen Aufbau. Denn neben den staatlichen Behörden haben auch die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung (UVT) im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zur Prävention, Rehabilitation und Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten nach dem Sozialgesetzbuch VII die Befugnis, autonome Rechtsvorschriften zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen für ihre Mitgliedsbetriebe zu erlassen und deren Umsetzung in den Betrieben zu überwachen.

In diesem dualen Gesamtsystem sind derzeit insgesamt ca. 8.400 Personen in Aufsichts- und Beratungsdiensten tätig, Büropersonal eingeschlossen. Ca. 5.400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entfallen auf die UVT, ca. 3.000 auf die Länder.

Beide Institutionen zusammen führten 2012 ca. 870.000 Betriebsbesichtigungen durch, davon ca. 267.000 durch die Arbeitsschutzaufsicht und ca. 603.000 (Aufsicht und Beratung) durch die Präventionsdienste der UVT. Für differenziertere Angaben wird auf den Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung verwiesen, der auf der Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin verfügbar ist: www.baua.de.

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) stellte in ihrer 82. Sitzung 2005 fest, dass ein modernes, präventiv ausgerichtetes Arbeitsschutzsystem

eine „unerlässliche Voraussetzung für die Gewährleistung der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten, die Rentabilität der Unternehmen, die nachhaltige Entwicklung der Volkswirtschaft und die Stabilität der sozialen Sicherungssysteme“ ist. Zuvor hatte die ASMK in diversen Grundsatzbeschlüssen seit der 73. Sitzung die wesentlichen Elemente einer Reform des Arbeitsschutzsystems in Deutschland beschrieben. Diese Beschlüsse der Arbeits- und Sozialminister bildeten die politische und demokratisch legitimierte Grundlage für eine strategische Ausrichtung des föderal und branchenspezifisch organisierten deutschen Arbeitsschutzsystems. Die Strategie zielt ganz im Sinne der europäischen Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie auf einen weit gefassten Arbeitsschutzbegriff und eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit ab.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Die gemeinsame Arbeitsschutzstrategie verfolgt das Ziel, die Gesundheit der Beschäftigten durch einen präventiven und systemorientierten Arbeitsschutz zu verbessern, die Betriebe und die Volkswirtschaft von den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen zu entlasten und damit nicht nur Gesundheit zu sichern, sondern auch einen Beitrag zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen zu leisten (78. ASMK).

Ziele und Kernelemente

Eine erfolgreiche Wahrnehmung der politischen Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit erfordert in einem föderal organisierten Staat national abgestimmte Ziele, Strategien und Programme. Diese müssen regelmäßig evaluiert und fortgeschrieben werden. Zur Bündelung unterschiedlicher Aktivitäten zur Prävention von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren wurde die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) implementiert. Die notwendigen Rechtsgrundlagen sind sowohl im Arbeitsschutzgesetz (§§ 20a und 20b) als auch im Sozialgesetzbuch VII (§ 20) enthalten.

Im Rahmen dieser gemeinsamen Strategie arbeiten die drei Träger Bund, Länder und Unfallversicherungsträger unter Mitwirkung der Sozialpartner und der im gemeinsamen Aufgabenfeld tätigen Kooperationspartner eng zusammen.

Mit der Strategie werden gemeinsame nationale Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder festgelegt und in bundesweiten GDA-Arbeitsprogrammen um-

gesetzt. In diesen Arbeitsprogrammen bündeln Bund, Länder und Unfallversicherungsträger ihre Präventions- und Überwachungsaktivitäten, stimmen sich ab und nutzen Synergien mit Kooperationspartnern.

Gleichzeitig zielt die GDA auf die Optimierung der Zusammenarbeit bei der Beratung und Überwachung der Betriebe durch ein abgestimmtes und arbeitsteiliges Vorgehen der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden und der Unfallversicherungsträger.

Ein weiteres Kernelement der GDA ist es, das Vorschriften- und Regelwerk von Staat und Unfallversicherungsträgern so aufeinander abzustimmen, dass ein verständliches, überschaubares und konsistentes Rechtsinstrumentarium für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit entsteht.

Politisch gesteuert und zentral koordiniert wird die GDA durch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK). Die NAK setzt sich zusammen aus je drei Vertretungen des Bundes, der Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Spitzenverbände der Gesetzlichen Unfallversicherung. An den Sitzungen der NAK nehmen auch je drei Vertretungen der Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit beratender Stimme teil.

Nationale Arbeitsschutzziele

In der zweiten Periode der GDA zwischen 2013 und 2018 – die erste endete 2012 – wurden folgende Arbeitsschutzziele festgelegt:

- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich
- Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung

Zu jedem dieser drei nationalen Arbeitsschutzziele wird ein bundesweites Arbeitsprogramm konzipiert, durchgeführt und evaluiert.

Im Rahmen der sogenannten Kernprozesse werden zur Umsetzung der Arbeitsprogramme vom Aufsichtspersonal der Länder und der Unfallversicherungsträger insgesamt ca. 45.000 Betriebsbesuche durchgeführt, Daten zum Stand des Arbeitsschutzes erhoben und ausgewertet. Zusätzlich beteiligen sich die Träger, die Sozialpartner und die Kooperationspartner, wie z. B. die Krankenkassen, im Rahmen von Begleitprozessen an der Zielerreichung. Hierzu zählen z. B. Kampagnen, Schulungen, Fachtagungen, Öffentlichkeitsarbeit und andere Aktivitäten.

Gemeinsame Beratungs- und Überwachungsstrategie von staatlichen Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträgern

In der GDA werden gemeinsame Leitlinien zu zentralen Fragen des Aufsichtshandelns beider Partner abgestimmt. Diese Leitlinien stellen abgestimmte Grundverständnisse und konsentrierte Handlungsanleitungen für UVT und Länder dar. Ihr Stellenwert wird in der Rahmenvereinbarung über das Zusammenwirken der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zum gemeinsamen Aufsichtshandeln wie folgt beschrieben:

„Die staatlichen Arbeitsschutzbehörden und die Unfallversicherungsträger berücksichtigen bei der Planung und Durchführung ihrer Beratungs- und Überwachungstätigkeiten die abgestimmten Grundsätze und Leitlinien [...]. Planung und Durchführung der Beratungs- und Überwachungstätigkeiten müssen gewährleisten, dass die für die Prävention zur Verfügung stehenden Personalarbeitsressourcen zielgerichtet und arbeitsunfähig eingesetzt und so inhaltliche oder zeitliche Überschneidungen von Aktivitäten in den Betrieben vermieden werden.“
[1]

Die NAK hat bisher 4 gemeinsame Grundverständnisse in der Form von GDA-Leitlinien bestätigt und zur Anwendung empfohlen (s. www.gda-portal.de):

- Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation
- Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- Beratung und Überwachung bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz
- Planung und Ausführung von Bauvorhaben

Kohärentes Vorschriften- und Regelwerk

Entsprechend dem Leitmotiv „Bessere Vorschriften und Regeln: Ein Gewinn für die Betriebe“ haben es sich Bund, Länder und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zur Aufgabe gemacht, das Vorschriften- und Regelwerk im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu optimieren. Ein wichtiger Baustein hierzu ist das im August 2011 verabschiedete Leitlinienpapier zur Neuordnung des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz. Das Leitlinienpapier definiert das Verhältnis von staatlichem Recht zu autonomem Recht der Unfallversicherungsträger und beschreibt die Verfahren, mit denen die beiden Rechtsbereiche aufeinander abgestimmt werden.

Dachevaluation

Neben einer Evaluation der einzelnen Arbeitsprogramme wird auch die Strategie als Ganzes evaluiert. Dazu werden u.a. Betriebe, Beschäftigte und Aufsichtspersonal in einer repräsentativen Stichprobe befragt. Die Betriebs- und Beschäftigtenbefragung wurde 2011 mittels einer standardisierten, computerassistierten telefonischen Befragung umgesetzt. Es wurden 6.500 in den Betrieben verschiedener Größenklassen für den Arbeitsschutzverantwortliche und ca. 5.500 Beschäftigte befragt. Außerdem sind im Herbst 2011 Kooperationspartner und regionale Netzwerke in 57 Befragungen interviewt worden. Zudem wurden allgemein zugängliche Statistiken und Datenquellen herangezogen. Die Ergebnisse werden regelmäßig auf der Website der GDA (www.gda-portal.de) veröffentlicht.

Länderbezogene Auswertung der ersten GDA-Periode im LASI

Der LASI führte im Februar 2014 einen Workshop zur Reflexion der ersten GDA-Periode durch. Darin wurden der Einfluss der föderalen Strukturen auf den Arbeitsschutz in Deutschland sowie die Auswirkungen des dualen Arbeitsschutzsystems insoweit aufgearbeitet, als die Ergebnisse aus den Arbeitsprogrammen der GDA, aus der Befragung des Aufsichtspersonals und aus der Betriebs- und Beschäftigtenbefragung zusammenfassend ausgewertet wurden.

Als ein Ergebnis wurde festgestellt, dass die Qualifikation und die Kompetenzen der Aufsichtsbeamtinnen und -beamten der Länder im Hinblick auf die in LASI-Veröffentlichungen oder GDA-Leitlinien enthaltenen Grundsätze für die Aufsichtstätigkeit weiter erhöht und angeglichen werden müssen. Denn es wurde eine große Bandbreite zwischen den Ländern bei der Beurteilung der Eignung der Arbeitschutzorganisation und der Angemessenheit der Gefährdungsbeurteilung offenbar. Hierzu sollen Möglichkeiten zur Verbesserung, z.B. in der Form länderübergreifender Fachfortbildung oder konkretisierender LASI-Veröffentlichungen, geprüft werden.

Weiterhin wurde klargestellt, dass sich die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie nicht auf die Umsetzung der nationalen Arbeitsschutzziele und die Mitwirkung der Arbeitsschutzbehörden an GDA-Arbeitsprogrammen beschränken darf, sondern vielmehr ein wichtiger Bestandteil der gesamten Überwachungs- und Beratungstätigkeit der staatlichen Arbeitsschutzbehörden ist. Die abgestimmten GDA-Leitlinien als Kernelemente einer gemeinsamen Überwachungs- und Beratungsstrategie sind auch außerhalb der GDA-Arbeitsprogramme we-


sentliche Grundlagen staatlicher Aufsichtstätigkeit. Die Ergebnisse der Aufsichtspersonalbefragung zeigten auf, dass dieses Grundverständnis noch intensiver als bisher den Führungskräften und dem Aufsichtspersonal im staatlichen Arbeitsschutz vermittelt werden muss.

Scoreboard der Arbeitsschutzbehörden der Länder

Bund und Länder haben sich 2005 entschlossen, gemeinsam ein Programm zur Erfassung und Bewertung des „Arbeitsschutzprofils in Deutschland“ zu entwickeln, anhand dessen die strategischen Ziele und die Zielerreichung überprüft sowie Verbesserungspotenziale festgestellt werden können. In anderen EU-Mitgliedsstaaten existierten schon entsprechende Instrumente, z.B. das skandinavische „Arbeitsschutz-Scoreboard“. Dieses Scoreboard wurde durch den LASI weiterentwickelt und angepasst.

Mit diesem Instrument werden alle Länder in einem einheitlichen Fragebogen u.a. zu ihren Ressourcen und Zielen im Arbeitsschutz befragt. Der Prozess wird durch ein Experteninterview mit den verantwortlichen Leitungen in den Ländern ergänzt. 2008 und 2010 wurden jeweils entsprechende Erhebungen in den Ländern durchgeführt. Das nächste Scoreboard wird 8/2014 abgeschlossen sein. Die Länder haben sich darauf geeinigt, die Ergebnisse des Scoreboards für einen fachpolitischen Dialog mit dem BMAS zu nutzen. Hierbei wird es u.a. auch um die Frage gehen, ob in der Folge der vielfältig auf die Arbeitsschutzbehörden zusätzlich übertragenen anderen Aufgaben sowie der gleichzeitig zur Haushaltskonsolidierung in den Ländern erfolgten Personalreduzierungen noch ausreichende Ressourcen für eine verantwortungsvolle Aufgabenwahrnehmung des Arbeitsschutzes in den Ländern zur Verfügung stehen.

Alle 15 Länder, die sich 2010 beteiligten, besitzen ein Konzept für die Aufsichtstätigkeit ihrer Arbeitsschutzbehörden. Ausgewählte Ergebnisse des Scoreboards zeigen auf, dass sich die konzeptionellen Ansätze unterscheiden.

Ein Teilergebnis einer Länderumfrage aus dem Jahr 2008 enthält  Abbildung 1. Einige Länder (Baden-Württemberg, Bremen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen) weisen hier einen hohen Anteil anlassbezogener Besichtigungen auf, in anderen Ländern (Schleswig-Holstein, Sachsen Anhalt und Brandenburg) finden Betriebsbesichtigungen hingegen häufig eigeninitiativ statt.

Auch die Angaben zum Verwaltungshandeln lassen vermuten, dass in den Ländern unterschiedlich

vorgegangen und gehandelt wird. Es wurde daher als ein Ergebnis der Erhebung herausgestellt, dass einem gemeinsamen Grundverständnis zum Aufsichtshandeln eine hohe Priorität beigemessen werden muss. Außerdem wurde herausgearbeitet, dass Qualitätsanforderungen und Qualitätskriterien zur Beurteilung der Arbeit und der Arbeitsergebnisse der Arbeitsschutzbehörden geschaffen bzw. aneinander angeglichen werden müssen.

Mit diesen Erkenntnissen wurde der Grundstein dafür gelegt, zentrale Aufgaben und Kernprozesse des Arbeitsschutzes der Länder einheitlich zu beschreiben und Grundelemente für eine risikoorientierte Steuerung der Aufsichtstätigkeit zu entwickeln. Mit dieser Aufgabe befasst sich derzeit eine Arbeitsgruppe des LASI unter Federführung von Brandenburg.

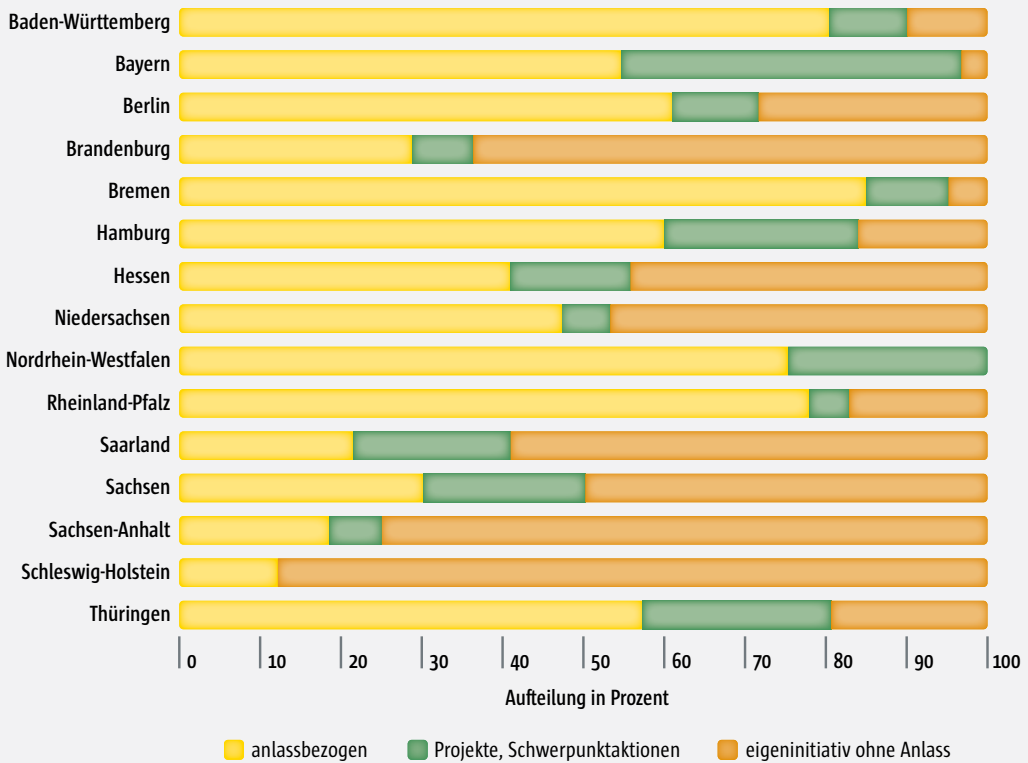
Im Herbst 2014 wird eine LASI-Veröffentlichung „LV 1 – Überwachungs- und Beratungstätigkeit der Arbeitsschutzbehörden der Länder – Grundsätze und Standards“ fertiggestellt werden. Als Arbeitsschutzaufgaben der staatlichen Arbeitsschutzbehörden werden darin in Abgrenzung zu den vielen weiteren diesen Behörden übertragenen Aufgaben diejenigen Tätigkeiten definiert, die sich direkt aus dem Arbeitsschutzgesetz und den darauf fußenden Verordnungen herleiten.

„Kernaufgaben“ des Arbeitsschutzes, Personalressourcen der Länder

Das von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte ILO-Abkommen 81 (<http://www.ilo.org>) fordert eine ausreichende Zahl von Aufsichtsbeamten und -beamtinnen ein, damit die Aufgaben der Arbeitsaufsicht wirksam vollzogen werden können. Als Einflussgrößen sind das Gefährdungspotenzial, die Betriebsgröße, die Zahl und Struktur der Betriebe und die Gesamtzahl der Erwerbstätigen zu berücksichtigen. Die Betriebe sind so oft und so gründlich zu besichtigen, wie dies zur Sicherung einer wirksamen Durchführung der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften notwendig ist (ILO 81). Es existieren hierzu jedoch keine näheren Erläuterungen. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) hat empfohlen, dass in einer industriellen Marktwirtschaft das Verhältnis Arbeitsinspektoren/Arbeitnehmer ca. 1/10.000 betragen soll.

Bedingt durch die Einordnung der Arbeitsschutzbehörden in unterschiedliche Organisationsstrukturen in den 16 Ländern – wobei große Flächenländer einer anderen Organisation bedürfen als kleinere Stadtstaaten, überdies differieren die Wirtschafts-

Abbildung 1 Länderumfrage 2008 – prozentuale Aufteilung der Gründe für Betriebsbesichtigungen der Arbeitsschutzbehörden. Quelle: Scoreboard der Arbeitsschutzbehörden der Länder 2008



strukturen und Bevölkerungsdichten stark – sind die Arbeitsschutzverwaltungen inzwischen mit sehr unterschiedlichen Aufgaben betraut. In einigen Ländern agieren Umwelt- und Arbeitsschutz getrennt (z.B. Brandenburg, Schleswig-Holstein), in anderen zusammen (z.B. Niedersachsen, Rheinland-Pfalz). In einigen werden die Aufgaben in dreistufigen Organisationsformen bis zur kommunalen Ebene organisiert (z.B. Baden-Württemberg), in anderen findet man zweistufige Organisationsformen (z.B. Brandenburg). Auch die zusätzlich den Arbeitsschutzbehörden übertragenen Aufgaben sind unterschiedlich verteilt (Umweltschutz, Produktsicherheit, Medizinprodukte, Strahlenschutz, Patientensicherheit, u.a.m.).

Eine Tendenz ist jedoch länderübergreifend gleichermaßen feststellbar: Seit Ende der 80er-Jahre ist es überall zu einem steten Aufwuchs gekommen, der sich auch fortsetzen wird – v.a. durch EU-Rechtsetzung und Vereinheitlichung oder Erhöhung von Standards.

Als ein anschauliches Beispiel sei die Durchführung des Gesetzes zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NISG) genannt. Dieses Gesetz regelt den Schutz und die Vorsorge im Hinblick auf die schädliche Wirkung nichtionisierender Strahlung am Menschen. Es gilt für den Betrieb medizinischer Anlagen, aber auch bei Anwendung nichtionisierender Strahlung außerhalb der Medizin, z.B. in kommerziellen Sonnenstudios. Obwohl keine originäre Arbeitsschutzaufgabe, wurde die Zuständigkeit für den Vollzug dieses Gesetzes in mehreren Ländern den Arbeitsschutzbehörden, zumeist aber ohne Zuführung von Personal, übertragen.

Um hier zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit zu kommen, müssen die veröffentlichten Angaben zu den personellen Ressourcen der Arbeitsschutzbehörden der Länder stärker in Relation zu den Aufgaben betrachtet werden. Die Ressourcen werden sowohl in den Jahresberichten der Länder als

auch im jährlichen Bericht der Bundesregierung zum Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (SUGA-Bericht, [2]) veröffentlicht.

Der Tabellenteil TG des SUGA-Berichts enthält Angaben über Tätigkeiten und Ressourcen der Länder. Die Tabelle TG 2 beschreibt den Personalstand der Länder. Da aus den vorgenannten Gründen diese Angaben keine Aussagen mehr zu dem tatsächlich für Arbeitsschutzkernaufgaben zur Verfügung stehenden Personal zulassen, hat der LASI im Frühjahr 2014 beschlossen, zukünftig das Aufsichtspersonal der Länder aufgabenbezogen darzustellen. Dieses Vorgehen wird von zwei grundsätzlichen Überlegungen geleitet:

- Darstellung des tatsächlich zur Verfügung stehenden Personals in Vollzeiteinheiten (nicht der Planstellen)
- Getrennte Darstellung von Aufsichtsbeamtinnen/-beamten mit Arbeitsschutzkernaufgaben sowie Aufsichtsbeamtinnen und -beamten/Beschäftigten insgesamt

Unter den Arbeitsschutzkernaufgaben werden folgende Vollzugsaufgaben subsummiert:

Arbeitsschutzgesetz und hierauf gestützte Verordnungen, wie z.B. Biostoffverordnung, Betriebssicherheitsverordnung, Arbeitsstättenverordnung, Gefahrstoffverordnung, Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitszeitgesetz, Mutterschutzgesetz und Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz, Jugendarbeitsschutzgesetz, Kinderarbeitsschutzverordnung, Fahrpersonalgesetz und Verordnung, Berufskrankheiten-Verordnung, Seemannsgesetz.

Nicht zu den Arbeitsschutzkernaufgaben gehören z.B.: Bundeserziehungsgeldgesetz, Pflegezeitgesetz, Heimarbeitsgesetz, Sprengstoffgesetz und seine Verordnungen, Produktsicherheitsgesetz und seine Verordnungen, Atomgesetz und seine Verordnungen, Chemikaliengesetz (CLP, REACH) und seine Verordnungen, Medizinproduktegesetz und Verordnungen, Ladenöffnungsrecht, Bundes-Immissionsschutzgesetz und Verordnungen, Gentechnik, Gesetz über die umweltgerechte Gestaltung energieverbrauchsrelevanter Produkte u. a.

Zwar birgt auch ein solches Vorgehen Unsicherheiten, da z.B. in gemeinsamen Arbeitsschutz- und Umweltverwaltungen die Aufgabenverteilung häufig geschätzt werden muss. Doch ist dies aus Sicht der Verfasser dennoch weit klarer als die bisherigen Angaben, die eine Zuordnung der Kapazitäten für den Vollzug des Arbeitsschutzrechts unmöglich machen.

Aus **III** Abbildung 2 wird deutlich, dass – abhängig von Organisation der Aufsicht – die Personalres-

ourcen, die für die Arbeitsschutzaufsicht zur Verfügung stehen (grüner Balken), deutlich geringer sind als das insgesamt in den Arbeitsschutzbehörden eingesetzte Aufsichtspersonal.

Zusammenfassung

Der föderale Aufbau unseres Landes erfordert unausweichlich einen hohen Abstimmungsaufwand zwischen den Ländern, der v.a. im Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik und seinen mandatierten Arbeitsgruppen geleistet werden muss. Ein gemeinsamer politischer Wille „des Föderalismus“ ist erste Voraussetzung für einen guten Arbeitsschutz in Deutschland.

Das für den Arbeitsschutz insgesamt bestehende umfassende Regelwerk, zunehmende Europäische Rechtsetzung in anderen Bereichen (z.B. der Produktsicherheit und der Energieeffizienz) und die Reaktion auf neue Risiken in der Arbeitswelt (z.B. Nanotechnologie, grüne Technologien) verbunden mit neuen Standards vermehren die Rechtsgrundlagen und verkomplizieren den Vollzug. Das dualistische System verursacht weiteren Abstimmungsaufwand – unabhängig von seinen vielen Chancen für ein Mehr an Sicherheit und Gesundheit in den Betrieben.

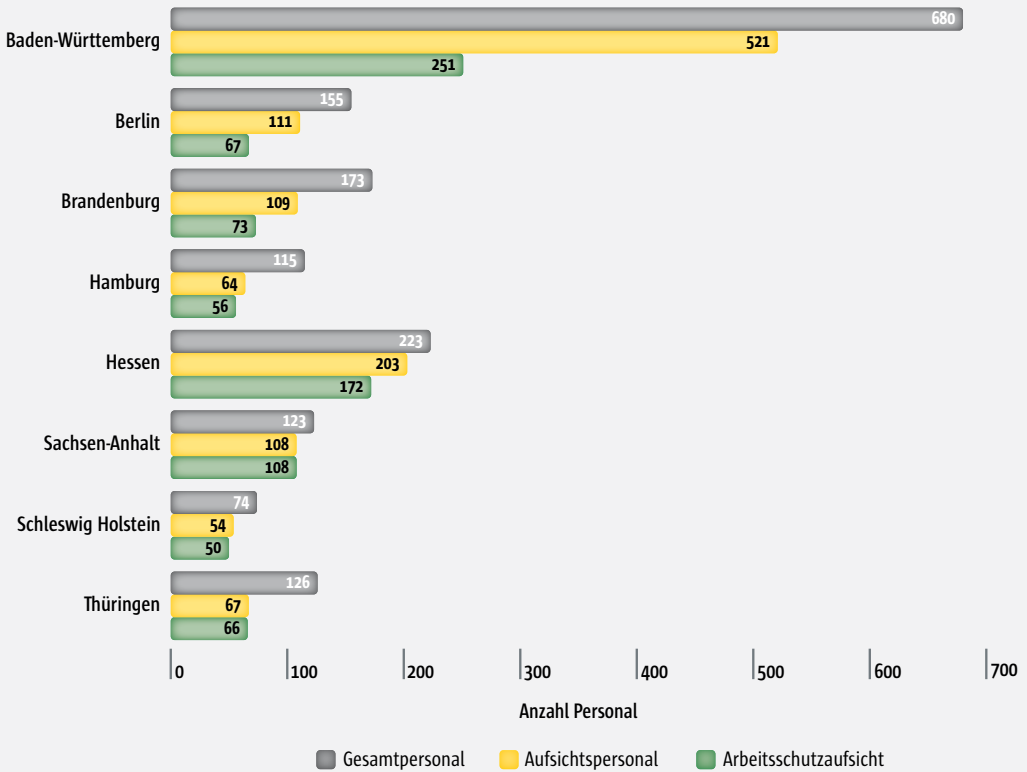
Um dies zu berücksichtigen, Strategien anzupassen und das Regelwerk im Vollzug zu vereinheitlichen, wurde die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie etabliert. Die GDA geht 2014 in „zweite Runde“. Sie führt zu einer besseren Abstimmung der Besichtigungstätigkeit von Arbeitsschutzbehörden der Länder und Unfallversicherungsträger, sie umfasst drei nationale Arbeitsschutzziele und zugehörige Arbeitsprogramme. Sie wird evaluiert. Schon jetzt lässt sich sagen: eine grundsätzliche Alternative gibt es nicht. Besser geht aber immer!

Der LASI hat die Ergebnisse der ersten GDA-Periode aufgearbeitet und wird als Konsequenz Kompetenz und Qualifikation der Aufsichtsbeamtinnen und -beamten im Aufsichtshandeln in Bezug auf gemeinsame Leitlinien und LASI-Veröffentlichungen weiter verbessern und angleichen.

Die Länder führen wiederkehrend ein Scoreboard durch. Als Konsequenz aus den Ergebnissen erarbeiten die Länder derzeit ein länderübergreifendes Konzept für eine risikogesteuerte Besichtigungstätigkeit und definieren Grundsätze und Standards für die Überwachungs- und Beratungstätigkeit der Arbeitsschutzaufsicht.

Die Darstellung der Personalressourcen im Arbeitsschutzbericht der Bundesregierung wird an-

Abbildung 2 Personalressourcen von 8 Ländern 2013 für Arbeitsschutzaufsicht, Abfrage Stand 3/2014



gepasst. Vorläufige Ergebnisse der neu gefassten Tabelle zeigen eine „ehrliche“ und gemessen an der Wirtschaftskraft und der Bedeutung des Arbeitsschutzes (individuell, betrieblich und volkswirtschaftlich) zu niedrige Personalausstattung der Arbeitsschutzbehörden der Länder. Die Übereinstimmung mit der ILO-Vereinbarung 81 muss kritisch geprüft werden.

Zuletzt sei noch ein Hinweis der Verfasser an die publizistischen „Gastgeber“ gestattet: Ein unzureichender Gesundheitsschutz bei der Arbeit erhöht die Leistungsausgaben der Krankenkassen und verschiebt die eigentlich klar geregelten Verantwortlichkeiten im System.

Literatur

1. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Rahmenvereinbarung über das Zusammenwirken der staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). <http://www.gda-portal.de/de/pdf/Musterrahmenvereinbarung.pdf> (Zugriff am 04.11.2014)
2. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ 2001–2014. <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Suga/Suga.html> (Zugriff am 04.11.2014)

Handlungsbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung

Rainer Richter

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

Psychotherapie ist ein elementarer Bestandteil der leitlinien-gerechten Versorgung psychisch kranker Menschen. Die langen Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeu-ten sind ein Beleg dafür, dass die ambulanten Behand-lungskapazitäten nicht ausreichen, um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden. Die psychotherapeutischen Behand-lungskapazitäten unterscheiden sich dabei regional ganz erheblich, mit einem ausgeprägten West-Ost- und Stadt-Land-Gefälle. Es geht aber nicht nur um zusätzliche Kapazi-täten, sondern auch um die qualitative Frage, innerhalb welcher Strukturen und mit welchem fachlichen Angebot die Versorgung der Zukunft organisiert wird. Eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung wird nicht möglich sein, ohne dass das Angebot an Psychotherapie über die engen Rahmenbedingungen der Richtlinienpsychotherapie hinauswächst. Patienten benötigen einen schnelleren und niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Ver-sorgung über das Angebot einer psychotherapeutischen Sprechstunde. Darüber hinaus ist ein stärker differenziertes psychotherapeutisches Leistungsangebot erforderlich, das den sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarfen der Pa-tienten entspricht. Hierbei wird auch eine größere Transpa-renz über Spezialisierungen, Behandlungsschwerpunkte und spezifische psychotherapeutische Leistungsangebote sowie über die verfügbaren Behandlungsplätze erforderlich sein.

Einführung

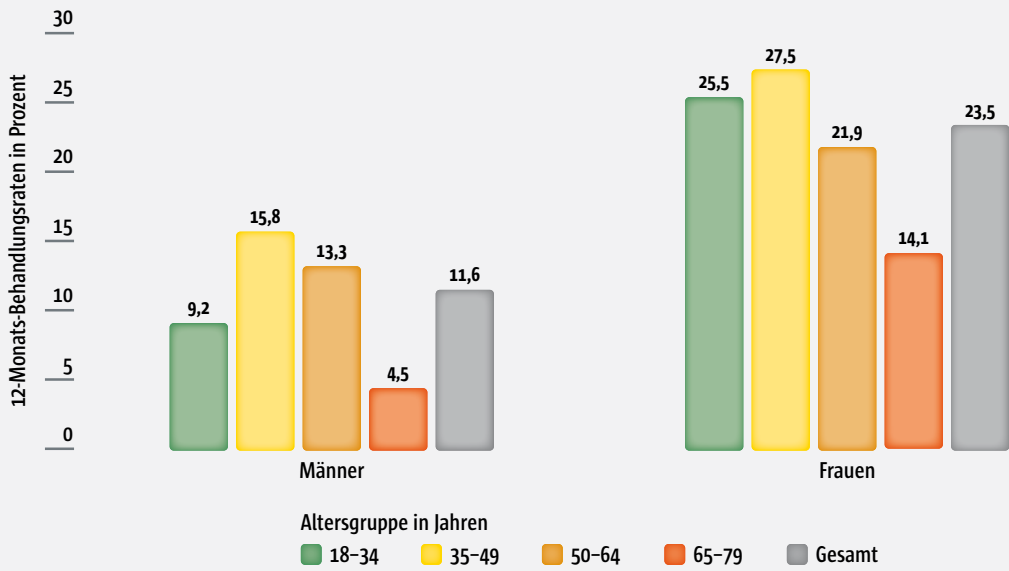
Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Nach den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Er-wachsener in Deutschland (DEGS [1]) leidet mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland (27,7%, 18 bis 79 Jahre) in einem Zwölfmonatszeitraum an klinisch bedeutsamen psychischen Störungen. Diese reprä-sentative Studie kommt auch zu dem Ergebnis, dass ein sehr großer Teil dieser Patienten keine Behand-lung erhält (» Abbildung 1). Dabei fallen die Be-handlungsraten bei Männern und älteren Menschen besonders niedrig aus. Wesentliche Gründe hierfür sind unzureichende Erkennensraten in der Primär-

versorgung, fehlende Behandlungskapazitäten bei Psychotherapeuten und Psychiatern sowie spezifi-sche Barrieren der Inanspruchnahme psychothera-peutischer und psychiatrischer Behandlungsange-bote, unter anderem die nach wie vor starke Stigma-tisierung von psychischen Erkrankungen.

Es ist davon auszugehen, dass weit mehr Men-schen eine psychotherapeutische Behandlung benö-tigen, als Patienten sie derzeit in Anspruch nehmen. Bislang nutzen vor allem jüngere Generationen Psy-chotherapie bei psychischen Beschwerden und Lei-den, während Ältere deutlich seltener eine leitlinien-gerechte Versorgung erhalten. Dabei ist auch zu be-rücksichtigen, dass sich die psychischen Beschwer-den und Erkrankungen unter anderem hinsichtlich Dauer, Akuität beziehungsweise Chronizität, Ver-lauf, Beschwerdeintensität, Schweregrad der resul-tierenden Beeinträchtigungen, psychischer und so-matischer Komorbidität und dem daraus resultieren-den subjektiven Leidensdruck deutlich unterschei-den. Entsprechend unterschiedlich ist der individu-elle Versorgungs- und Behandlungsbedarf der betroffenen Menschen.

Um dem weiter steigenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden, wird es daher notwendig sein, die psychotherapeutischen Beratungs- und Behand-lungskapazitäten auszubauen. Damit eng verbun-den ist aber auch die Frage, welche Praxisstrukturen und welches Leistungsspektrum die psychothera-peutische Versorgung der Zukunft haben soll. Men-schen mit psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf einen schnellen und niederschwelli-gen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, durch den sie auf der Basis einer fachgerechten Dia-gnostik und Indikationsstellung möglichst schnell eine adäquate Behandlung erhalten können. Hier-für bedarf es der flächendeckenden Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, die eine zeit-nahe orientierende Erstdiagnostik und vorläufige In-dikationsstellung für die weitere Versorgung ermög-licht. Darüber hinaus ist jedoch auch das psychothe-

Abbildung 1 Behandlungsraten psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht bei 12-Monats-Fällen im DEGS 2008–2011. Die 12-Monats-Behandlungsraten sind besonders niedrig für junge Männer und Ältere (65–79 Jahre) [2]



reputische Leistungsangebot so weiterzuentwickeln, dass es eine angemessene Differenzierung der Versorgung psychisch kranker Menschen entsprechend ihres individuellen Behandlungsbedarfs erlaubt. Die derzeitigen Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie können dem, hinsichtlich der angemessenen Intensität und Spezifität, nicht hinreichend entsprechen.

Das derzeitige Leistungsspektrum der ambulanten Psychotherapie ist daher im diagnostischen Bereich zusätzlich zur psychotherapeutischen Sprechstunde um eine Leistung der vertieften differenzialdiagnostischen Abklärung zu ergänzen. In diesem Zusammenhang sollte auch die Möglichkeit vorgesehen werden, dass auf Überweisung zeitnah eine differenzialdiagnostische Abklärung als konsiliarische Leistung durchgeführt werden kann. Der Inhalt der probatorischen Sitzungen ist durch die Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung hierfür zu eng geführt. Gemäß § 11 Absatz 12 Psychotherapie-Vereinbarung dienen sie ausschließlich dem Zweck festzustellen, ob ein Antrag für eines der drei Richtlinienpsychotherapieverfahren gestellt werden soll.

Aufbauend auf einer orientierenden Erstdiagnostik oder gegebenenfalls erst nach einer vertieften differenzialdiagnostischen Abklärung sollte der niedergelassene Psychotherapeut jedoch die Indikation

für ein breiteres Spektrum von Leistungen stellen können und auf diese wirksam verweisen. Hierzu zählen unter anderem präventiv ausgerichtete Beratungsleistungen, Verweis auf psychosoziale Beratungsangebote jenseits der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zum Beispiel die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII, Leistungen der teilstationären und stationären Jugendhilfe oder Hilfsangebote der sozialpsychiatrischen Dienste. Ferner sollte gemäß den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression bei leichten Depressionen auch ein beobachtendes Abwarten verbunden mit einem regelmäßigen Monitoring des Krankheitsverlaufs zu Standardleistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde gehören.

Schließlich bedarf es im therapeutischen Bereich einer Reihe von ergänzenden psychotherapeutischen Leistungen, von psychoedukativen Gruppen, über Maßnahmen der geleiteten Selbsthilfe, einschließlich evidenzbasierter Selbsthilfemanuale und wissenschaftlich überprüfter mediengestützter Heilmittel zur begleitenden Unterstützung, Psychoedukation bis hin zu Kriseninterventionen, aufsuchenden Behandlungsangeboten für Patienten, die nicht in der Lage sind, eine psychotherapeutische Praxis aufzusuchen, Krankenhauseinweisung und Verordnung einer Reha-Maßnahme. Auch bereits be-

stehende Behandlungsmöglichkeiten aus dem Bereich der übenden und suggestiven Verfahren (unter anderem Autogenes Training, Entspannungsverfahren) sollten hierbei stärker in der Versorgung genutzt werden.

Politischer Handlungsbedarf hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung

Im Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und SPD vereinbart, die Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verringern. Die Koalitionäre kündigen an, hierfür ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie schaffen, die Gruppentherapie fördern und das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren zu wollen. Ferner soll in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapie-Richtlinie überarbeitet werden.

Eine gute psychotherapeutische Versorgung wird aber davon abhängen, inwieweit in diesem Kontext die Versorgungsstrukturen und das Versorgungsangebot wirklich weiterentwickelt werden. Das Potenzial gruppenpsychotherapeutischer Leistungen wird mit einem Anteil von rund 2% an allen psychotherapeutischen Behandlungen in der Tat nicht ausreichend ausgeschöpft. Dagegen haben Kurzzeittherapien in der psychotherapeutischen Versorgung bereits heute einen Anteil von rund 60% an allen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Behandlungen [3]. Würden im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zusätzliche (finanzielle) Anreize gesetzt, vornehmlich Kurzzeittherapien durchzuführen, dürfte dies zwangsläufig zulasten der Gruppe der Patienten mit schweren Beeinträchtigungen und intensiverem Behandlungsbedarf gehen (zum Beispiel Patienten mit Anorexie, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder psychotischen Störungen). Schon heute erlauben die Rahmenbedingungen der Psychotherapie-Richtlinie für diese Patientengruppen vielfach keine suffiziente ambulante Versorgung.

Es wird daher vielmehr erforderlich sein, dass die Politik die gesetzliche Engführung der psychotherapeutischen Behandlung auf die Kernleistungen der Psychotherapie-Richtlinie aufhebt und eine breitere Definition vornimmt. Die psychotherapeutische Behandlung sollte daher analog der ärztlichen Behandlung als Tätigkeit des Psychotherapeuten definiert werden, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der psychotherapeutischen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Hierbei bedarf es auch einer ausdrückli-

chen Regelung der Möglichkeit zur Delegation einzelner Leistungen, die als delegierte Leistungen Teil der psychotherapeutischen Behandlung sind. Eine solche Definition ermöglicht den Psychotherapeuten neben der Behandlung von Krankheiten im engeren Sinne auch die Erbringung von Präventionsmaßnahmen, Verordnung von Heilmitteln und die Delegation einzelner Teilaufgaben (zum Beispiel im Rahmen der Diagnostik, des Monitoring und des Case Management).

Durch eine breitere Definition der psychotherapeutischen Behandlung wird ein Rahmen geschaffen, in dem die notwendigen Leistungen zur Prävention, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten festgelegt werden können. Diese Leistungen als Teil der GKV-Versorgung kann die gemeinsame Selbstverwaltung dann flexibel auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben im Einzelnen festlegen. Damit jedoch dieses breitere psychotherapeutische Leistungsspektrum durch die gemeinsame Selbstverwaltung realisiert wird, werden entsprechende gesetzliche Vorgaben erforderlich sein.

Der schnellere Zugang der Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung über die Implementierung von psychotherapeutischen Sprechstunden sollte auch zur Konsequenz haben, dass die Patienten die notwendigen Leistungen zeitnah erhalten. Hierfür müssen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, dass Psychotherapeuten ihre Patienten an andere Ärzte überweisen, in ein Krankenhaus einweisen, Heilmittel und Sozialtherapie verordnen sowie Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit ausstellen können.

Handlungsbedarf aus regionaler Perspektive unter Berücksichtigung spezifischer Risikogruppen

Die aktuellen Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen zeigen eine erhebliche Variation mit dem sozioökonomischen Status [1]. Ein geringer sozioökonomischer Status ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen. Dieser Befund gilt insbesondere auch für Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Nach den aktuellen Ergebnissen der ersten Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) fällt der Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in diesen Familien mit rund 31% fast dreimal so hoch aus wie in Familien mit hohem Sozialstatus [4].

Zugleich ist die fachspezifische Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit niedrigem Sozialstatus besonders defizitär. Dieser Unterversorgung sollte künftig stärker mit einer kleinräumigen Bedarfsplanung insbesondere in großstädtischen Regionen begegnet werden, um hierdurch auch Versicherten aus sozial benachteiligten Familien einen wohnartnahen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen.

Bei Erwachsenen haben darüber hinaus auch Personen, die weder verheiratet sind noch in einer Partnerschaft leben, ein höheres Krankheitsrisiko. Der Grad der Urbanisierung spielt dagegen nur eine vergleichsweise geringfügige Rolle mit der Tendenz zu etwas höheren Prävalenzraten bei affektiven und psychotischen Störungen in Großstädten als in ländlichen Regionen. Die aktuellen Daten des DEGS konnten dabei im Gegensatz zum Bundes-Gesundheitssurvey (BGS) von 1998 keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern identifizieren.

Dagegen unterscheiden sich die ambulanten Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Menschen regional ganz erheblich, mit entsprechenden Folgen hinsichtlich der Wartezeiten beim Psychotherapeuten. Im bundesweiten Durchschnitt warten psychisch kranke Menschen circa drei Monate auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten (»»» Tabelle 1 und »»» Abbildung 2). Nach dem ersten diagnostischen Gespräch wartet ein psychisch kranker Mensch nochmals durchschnittlich drei Monate auf den eigentlichen Beginn der Therapie. In ländlichen Regionen ist die Wartezeit jedoch beträchtlich länger. Nach der Reform der Bedarfsplanung in der letzten Legislaturperiode wird sich möglicherweise die Situation in den ländlichen

Regionen entspannen. Allerdings war die psychotherapeutische Versorgung auf dem Land bisher auch besonders defizitär. Ein Spezialfall bleibt dagegen der verstädterte Raum des Ruhrgebiets, in dem 17 Wochen Wartezeit die Regel sind [5] und die ambulante psychotherapeutische Versorgungsdichte allein nach den Vorgaben der aktuellen Bedarfsplanung um den Faktor 3 schlechter ausfällt als in anderen großstädtischen Agglomerationsräumen. Dabei ist gerade auch für das Ruhrgebiet mit seinen sozialen Problemlagen von einer höheren psychischen Morbiditätsrate und einem höheren Versorgungsbedarf auszugehen. Die schlechtere Versorgungslage hat dabei auch Rückwirkungen auf den Grad der leitliniengerechten Versorgung, zum Beispiel bei schweren depressiven Störungen oder chronischer Depression (vgl. auch den Beitrag von Melchior et al., »»» Schwerpunkt Wissenschaft). Diesen Patienten sollte eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden, eine solche wird jedoch in psychotherapeutisch und psychiatrisch schlechter versorgten Regionen deutlich seltener realisiert. Und die auch sonst hohe Rate der Unbehandelten fällt hier noch höher aus. Hier ist es daher dringend erforderlich, in der Bedarfsplanung die Sonderregion Ruhrgebiet aufzuheben und die Verhältniszahlen für die Arztgruppen der Psychotherapeuten und der Nervenärzte an das Niveau anderer Großstädte des Bundesgebietes anzupassen.

Handlungsbedarf auf Seiten der Leistungserbringer

Psychotherapeutische Sprechstunden mit Vermittlungsfunktion erfordern eine regionale Vernetzung der psychotherapeutischen Praxen. Nur über größere, miteinander vernetzte Versorgungsstrukturen wird es möglich sein, das gesamte Spektrum der differenzierten psychotherapeutischen Leistungen zu entwickeln und den Patienten zur Verfügung zu stellen. Gerade Praxisnetze ermöglichen eine kooperative Behandlung von Patienten. Sie können dabei aktuelle Informationen generieren, welcher Psychotherapeut für welche Patienten kurzfristig freie Behandlungsplätze in Einzel- oder Gruppenpsychotherapie anbieten kann. Auch die spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsangebote und -schwerpunkte der beteiligten Akteure könnten so zielgenau genutzt und auch für Patienten und Zuweiser transparent gemacht werden. Aufbau und Pflege der hierfür notwendigen IT-gestützten Kooperationsstrukturen, einschließlich der damit verbundenen Investitionen, wären zentrale Aufgaben eines

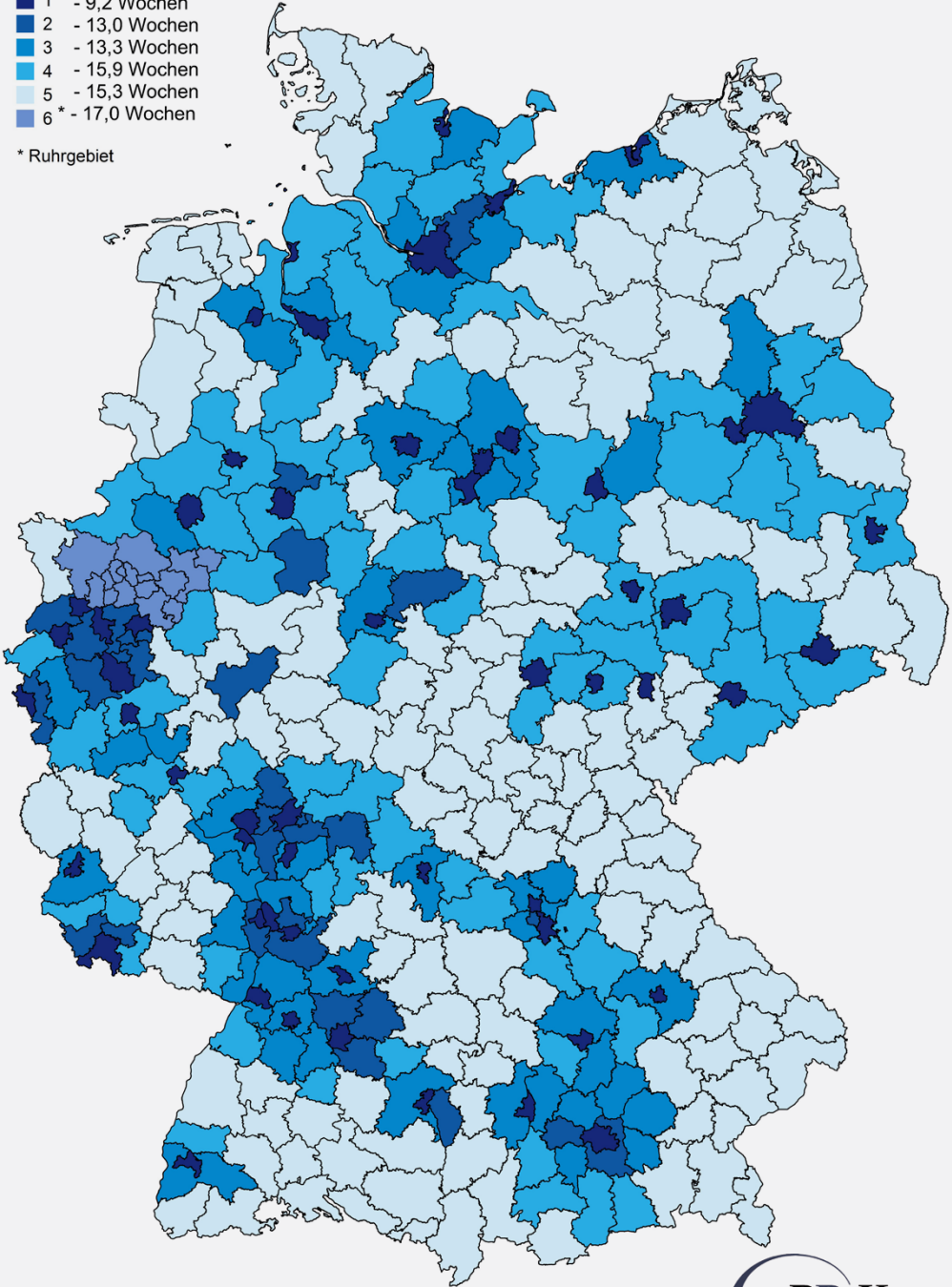
Tabelle 1 Wartezeiten auf ein Erstgespräch nach Versorgungszonen der Bedarfsplanungs-Richtlinie.
Quelle: BPTK, 2013, eigene Berechnungen

Versorgungszone	Karte (»»» Abbildung 2)	Einwohner in Prozent	Wartezeit Erstgespräch (in Wochen)
1		25,3	9,2
2		10,8	13
3		11,6	13,3
4		20,0	15,9
5		26,0	15,3
6 (Ruhrgebiet)		6,3	17

Abbildung 2 Durchschnittliche Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch nach Versorgungszonen (in Wochen)

- 1 - 9,2 Wochen
- 2 - 13,0 Wochen
- 3 - 13,3 Wochen
- 4 - 15,9 Wochen
- 5 - 15,3 Wochen
- 6* - 17,0 Wochen

* Ruhrgebiet



solchen Praxisnetzes. Dabei sollten zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen in die IT-gestützte Netzstruktur und des vernetzten Arbeitens in § 87b SGB V extrabudgetäre Zuschläge vorgesehen werden, damit die Implementierung der differenzierten Versorgungsangebote einschließlich der begleitenden Maßnahmen zur systematischen Vernetzung für die beteiligten Praxen auch wirtschaftlich darstellbar wird.

Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung

Die Herstellung von mehr Transparenz über die spezifischen Behandlungsangebote, aber auch der Behandlungsschwerpunkte und besonderen Qualifikationen von Psychotherapeuten würde auf der Ebene der Versorgungsstrukturen und Zuweisungsprozesse einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung leisten.

Auf der Ebene der einzelnen psychotherapeutischen Behandlungen wird die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung derzeit durch das sogenannte Gutachterverfahren geprägt. Psychotherapeutische Leistungen als Kernleistungen der Psychotherapie-Richtlinie sind grundsätzlich antrags-, genehmigungs- und gutachterpflichtig. Psychotherapeuten können sich jedoch ab einem definierten Zeitpunkt von der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie befreien lassen.

Nach der Gutachterstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden im Jahr 2011 dennoch immerhin rund 320.000 Berichte und Gutachten erstellt, verbunden mit direkten Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von circa 28 Millionen Euro. Dabei wurden nur 3 bis 4% der Anträge nicht befürwortet. Daher wird von verschiedenen Seiten die Reform des Antrags- und Gutachterverfahrens gefordert. Da das Antrags- und Gutachterverfahren dabei sowohl als Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung als auch als Instrument der Qualitätssicherung dient, sollten diese beiden Aspekte bei einer Weiterentwicklung erhalten bleiben.

Damit das Gutachterverfahren seine Wirkung als ein Instrument der Qualitätssicherung entfalten kann, bedarf es der Akzeptanz dieses Instruments bei den niedergelassenen Psychotherapeuten. Viele kleinteilige Bewilligungsschritte, wie sie heute noch festgeschrieben sind, dürften hierbei weder erforderlich noch hilfreich sein. Nicht zuletzt die aktuellen Daten der KBV [3] zeigen, dass es in der Psycho-

therapie nicht die befürchtete Tendenz gibt, die bewilligten Therapiekontingente auszuschöpfen, vielmehr wird die Therapiedauer an den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten angepasst. Es sollte daher darauf geachtet werden, dass keine Fehlreize für zu kurze Therapien gesetzt werden und der Zugang für Patienten mit einem hohen und gegebenenfalls komplexeren Behandlungsbedarf durch zu kurze Behandlungsdauern verschlechtert wird.

Die Akzeptanz des Gutachterverfahrens hängt aber auch davon ab, ob die Berichte an den Gutachter und vor allem auch die Antworten des Gutachters im Versorgungsalltag als hilfreich und nützlich empfunden werden. Nach den wenigen hierzu existierenden Studien handelt es sich nur um ein begrenzt objektives und valides Verfahren. So wird beispielsweise die prozentuale Übereinstimmung der Gutachterstellungen auf 46 bis 70% beziffert [6]. Es geht also auch um eine verbesserte Funktionalität der Gutachten für die Unterstützung der Behandlungsplanung und -konzeption sowie um eine effizientere Nutzung psychotherapeutischer Ressourcen.

Als ergänzende Maßnahmen der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie wird darüber hinaus die Einführung psychometrischer Verfahren zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik, der Therapiezielerreichung oder der Qualität der Therapiebeziehung diskutiert. Insbesondere Studien aus dem angloamerikanischen Raum konnten zeigen, dass eine systematische Nutzung dieser Informationen im Therapieprozess auch zu günstigeren Therapieverläufen führen kann [7]. Schon seit längerer Zeit werden diese Instrumente unter anderem auch im Rahmen der praktischen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfolgreich genutzt, sowohl in der vertieften Ausbildung in Verhaltenstherapie als auch in den Psychodynamischen Verfahren. Entscheidend für die Qualitätssicherung und qualitätsfördernde Funktion der psychometrischen Verfahren ist es dabei allerdings, dass diese vorrangig als Feedbackinstrument für die Praxis im Sinne der Prozessqualität genutzt und nicht als Instrument der Ergebniskontrolle missverstanden werden, da ihre Validität hierfür unzureichend ist.

Literatur

1. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch M, Hapke U, Maske U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU. 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for

- Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014; 23(3): 304-19
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU. Mental health service use among people with mental disorders in Germany. Epidemiological data from the German Health Interview and Examination Survey for Adults, Module Mental Health (DEGS1-MH). 2014
 - Multmeier J, Tenckhoff B. Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111(11): A-438/B-380/C-364
 - Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt* 2014; 57: 807–819
 - BPTK. BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf (Zugriff am 04.11.2014)
 - Vogel H, Meng K. Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachtern bei Anträgen auf ambulante analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen. *Psychotherapeut* 2007; 52 (1): 35–40
 - Lambert MJ. Helping clinicians to use and learn from research-based systems: the OQ-analyst. *Psychotherapy* 2012; 49: 109–114

Demografisch bedingte Herausforderungen für die Pflege

Stefan Blüher und Adelheid Kuhlmei

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Sehr langes Leben – d.h. das Erreichen eines Alters von über 80 bis 100 Jahren – wird immer häufiger zur individuellen und sozialen Realität. Zu der Vielzahl der sich hieraus ergebenden Konsequenzen gehören auch spezifische Krankheitsentwicklungen. Krankheiten, die im höheren Lebensalter insofern von Besonderheiten gekennzeichnet sind, als neben der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen vor allem die Gefahr von komplexen Krankheitsverläufen mit mehreren, zum Teil interagierenden physischen und psychischen Erkrankungen zunimmt. Geriatrietypische (Multi-)Morbidität stellt zugleich eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit dar. Gesellschaften des längeren Lebens, die u.a. dadurch charakterisiert sind, dass spezifische alterskorrelierte Krankheits- und Pflegeverläufe für einen zunehmenden Teil der Bevölkerung wahrscheinlicher werden, verlangen somit ganz neue Antworten auf Fragen nach einer angemessenen pflegerischen Versorgung, die u.a. strukturelle, (berufs-)politische, qualifikatorische, monetäre und auch ethische Dimensionen betreffen. Bevor einzelne Aspekte dieser Entwicklung diskutiert werden, sollen hier zunächst noch einmal die Größenordnungen der demografisch bedingten Herausforderungen für Pflege und Versorgung skizziert werden.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [1] hat eine Prognose zur Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 vorgelegt. Diese nennt für 2050 eine Zahl von 4,35 Millionen Pflegebedürftigen.

Ein Überblick über alternative Prognosen zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger bis zum Jahre 2050 zeigt, dass die Vorausberechnungen des Rates mit den Größenordnungen vergleichbarer Schätzungen weitgehend übereinstimmen (►► Tabelle 1). Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status-quo-Prognosen zwar von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuelleren Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen. Bei

den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression beruhen, gelangt das Statistische Bundesamt hier mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie die Ratsprognose (2,93 Millionen). Die Zahlen fallen hier insofern geringer aus, als die Morbiditätskompressionsthese zugrundelegt, dass (pflegebegründende) Morbiditäten nicht zuletzt durch erfolgreiche gesundheitsfördernde und präventive Interventionen vermieden oder zumindest deutlich verzögert werden können.

Insgesamt gesehen kann auf der Basis dieser Prognose kein Zweifel bestehen, dass die Entwicklung – schon rein *quantitativ* – die Gesundheitspolitik und das Versorgungssystem künftig mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert. Über die reine Größenordnung hinaus sind im Zusammenhang mit politischen Entscheidungen zur Zukunft der Pflege aber vor allem auch *qualitative* Aspekte einer als angemessen zu betrachtenden pflegerischen Versorgung zu thematisieren. Worin bestehen nun aber konkrete Herausforderungen im Hinblick auf Qualität in der Pflege angesichts der oben beschriebenen Entwicklung, die auf eine Ausweitung der Nachfrage nach pflegerischen Leistungen hinausläuft?

Bevor diese Frage wieder aufgenommen wird, ist zunächst festzuhalten, dass die oben angeführte Übersicht zu den Prognosen des zukünftigen Pflegebedarfs deutlich zeigt, dass das *Ausmaß* einer zu erwartenden Ausweitung des Pflegebedarfs nicht als gegeben betrachtet werden muss, sondern mit geeigneten Maßnahmen durchaus gestaltbar sein kann. So zeigen die Daten aus der eigenen Berechnung im Zeitverlauf der Prognose bis 2050 eine erhebliche Differenz von beinahe einer Million Pflegebedürftigen, je nachdem, ob die Fortschreibung des Status quo oder aber die Annahmen der Morbiditätskompression zugrundegelegt werden (4,35 Mio. ohne Kompressionsannahme vs. 3,5 Mio. mit Kompressionsannahme). In der Prognose bis 2030 wird eine deutliche Differenz zwischen Status quo und Kompression auch durch die Berechnungen des Statistischen Bundes-

Tabelle 1 Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (in Millionen)

Prognose	Jahr						
	Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050	
[1]	SQ ¹		2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
	KT ²	2,24 (2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
[2]	SQ	1,86 (2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	1,85 (2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
[3]	SQ		2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	2,13 (2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
[4]	SQ	1,90 (2002)	-	-	3,10	3,40	-
[5]	SQ	1,81 (1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
[6]	SQ	1,82 (2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
[7]	SQ	2,01 (2002)	-	-	3,11	-	4,00
[8]	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
[9]	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

¹ Status-quo-Prognose; ² Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

amtes bestätigt. Dies bedeutet, dass neben strukturell zu gestaltenden Elementen wie (monetärer) Vorsorge und einer angemessenen Versorgung bei eingetretenem Pflegebedarf vor allem auch präventiven Strategien zur Beeinflussung des Pflegerisikos wesentlich mehr Beachtung zu schenken ist, um im Sinne der Morbiditätskompression das Auftreten von (pflegebegründenden) Erkrankungen zumindest zu verzögern. Damit ist gleichzeitig eine aktuelle wissenschaftliche Herausforderung für die Pflege- und Versorgungsforschung formuliert: So ist noch weitgehend ungeklärt, an welchen Kumulationspunkten physischer, psychischer und sozialer Konstellationen Pflegebedürftigkeit entsteht bzw. unter welchen Bedingungen sie nicht oder verzögert entsteht. Dieser Frage genauer nachzugehen, erscheint in hohem Maße lohnenswert, sowohl im Sinne der Betroffenen selbst als auch in gesundheitsökonomischer Perspektive. Hierfür werden vor allem gute, größer angelegte Längsschnittstudien für das höhere Lebensalter benötigt, um Effekte bezüglich der Entstehung von Pflegebedarf im Zeitverlauf zu identifizieren. Dies birgt gleichzeitig die Chance, mehr belastbare Befunde für die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention zu liefern. So zeigt zum Beispiel eine französische Langzeitstudie [10], dass mindestens 30% aller demenziellen Erkrankungen vermeid- oder zumindest verschiebbar sind. Insbesondere eine Kombination aus psychomotorischen Übungen und

Gedächtnistraining vermag offenbar das Demenzrisiko – und damit ein wesentliches pflegebegründendes Leiden – deutlich zu verringern oder zu verzögern. Eine Herausforderung kann diesbezüglich darin gesehen werden, leistungsfähige präventive Strukturen im Sinne von personeller und finanzieller Ausstattung zu stärken und gleichzeitig eine Kultur der – nicht nur monetären, sondern auch gesundheitsbezogenen – Eigenfürsorge und Vorsorge gerade in den Gesellschaften des langen Lebens zu etablieren.

Eine Kultur der Vorsorge betrifft – in Verbindung mit strukturpolitischen Erfordernissen – auch den Bereich des Wohnens im Alter. So kann die (rechtzeitige) Anpassung von Wohnumwelten an die Bedürfnisse eines langen Lebens als wirksames Investment in den Erhalt von individueller Autonomie und Lebensqualität, aber auch gesundheitsökonomisch als Instrument der Kosteneindämmung verstanden werden. Hinweise hierfür liefern Befunde, wonach signifikante Zusammenhänge zwischen kritischen Wohnbedingungen und dem Pflegerisiko sowie Institutionalierungsgefahren bestehen. Allein die diesbezüglichen städtebaulichen Herausforderungen sind immens: So sind derzeit nur etwas mehr als 5% aller Seniorenhaushalte in Deutschland hinsichtlich des Zugangs und der Wohnungsnutzung als barrierefrei zu bezeichnen [11].

Eng verknüpft mit dem Thema Wohnen im Alter ist die Frage von Versorgungsmöglichkeiten in der

eigenen Häuslichkeit, zumal alle Befunde darauf verweisen, dass die Pflege und Versorgung in der eigenen Wohnung die am weitest häufigsten präferierte Option im Falle eines Hilfebedarfs darstellt [12, 13]. Ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wird zumeist gleichgesetzt mit einem höheren Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität. Es kann mithin als eine wesentliche demografische Herausforderung gelten, benötigte und gewünschte häusliche Versorgung durch geeignete ambulante Strukturen sicherzustellen. Hieraus zu schließen, dass zukünftig auf den weiteren Ausbau auch stationärer Versorgungsangebote verzichtet werden könnte oder sollte, wäre indes verfehlt. Vielmehr ist ein Versorgungsmix aus ambulanten und stationären wie auch professionellen und informellen Hilfesystemen vonnöten, um möglichst individuelle und auf wechselnde Hilfebedarfe flexibel reagierende Versorgungsnetze zu spannen.

Der weitere Ausbau professioneller ambulanter Versorgung steht dabei auch keineswegs in Widerspruch zur nach wie vor starken Stellung der Pflege und Versorgung durch nahe Familienangehörige. Vielmehr ergänzen sich beide Unterstützungsformen im häuslichen Versorgungsmix und mehr noch: Häufig ermöglicht die professionelle Dienstleistung überhaupt erst die familiäre Pflege über längere Zeiträume. So zeigt sich auch eine zunehmende Akzeptanz professioneller Helfer: Laut Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2013 erhofft sich fast die Hälfte (48%) aller Befragten und sogar 58% der Frauen und Männer über 65 Jahre im Falle eines Pflegebedarfs Unterstützung durch professionell Pflegenden [14]. Damit äußern sich 11% mehr Befragte dahingehend als noch im Monitor 2004 [15]. Diese Befunde spiegeln sicherlich auch eine gesellschaftliche Realität wider, die die Bedeutung der klassischen Familie relativiert, jedoch nicht im Sinne einer Abkehr, sondern vielmehr im Sinne einer Pluralisierung und Öffnung des Familienbegriffs hin zu erweiterten Netzwerken aus wahlfamilialen, nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen oder sonstigen Formen privater Integration, die nach Bedarf durch professionelle Dienstleister ergänzt werden (müssen).

Die bisher genannten Aspekte – so z.B. der Aufbau leistungsfähiger präventiver Strukturen, wohnungs- und städtebaupolitische Herausforderungen und der Ausbau flexibler Versorgungsstrukturen aus ambulanten und stationären sowie professionellen und informellen Helfern – müssen zudem vor dem Hintergrund regionaler Besonderheiten gesehen werden. So sind in Deutschland bemerkenswerte regionale Differenzen in der derzeitigen und prognosti-

zierten Entwicklung von Pflegebedürftigkeit auszumachen. Die oben angeführten Prognosen zur deutschlandweiten Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger stellen gleichsam die Hintergrundfolie für die politische Agenda dar; der konkrete politische Handlungsbedarf indes manifestiert sich vor allem auf der Ebene der Länder, der Kommunen und der Landkreise. So zeigen etwa Berechnungen des Statistischen Bundesamtes 2001 und 2013 [16, 17] sowie eigene Berechnungen des Sachverständigenrates [18], dass im Ländervergleich die Zuwachsraten der Zahl Pflegebedürftiger im Zeitraum von 1999 bis 2011 zwischen 5,6% (Schleswig-Holstein) und 49,2% (Brandenburg) liegen. Betrachtet man das Beispiel Brandenburg kleinräumiger, so stellt sich die Situation etwa in der Landeshauptstadt Potsdam wiederum völlig anders dar als in vielen Landkreisen, z.B. im besonders strukturschwachen östlichen Teil des Landes. Die deutlichen regionalen Unterschiede verweisen darauf, dass politische Gestaltung letztlich viel kleinräumiger denken und handeln muss, als dies in der Debatte um die großen Linien der Pflegepolitik vielfach den Anschein erweckt. Dass in unterschiedlichen Bedarfsräumen dabei häufig noch nicht die erforderlichen Entwicklungen zu beobachten sind, zeigt ein Befund aus den beiden Nachbarländern Berlin und Brandenburg: So stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste in Berlin im Zeitraum von 1999 bis 2011 um fast 70% (die Zahl der Pflegebedürftigen im selben Zeitraum um gut 33%), in Brandenburg hingegen nahm die Zahl der Pflegedienste nur um knapp 16% zu, die Zahl der Pflegebedürftigen jedoch, wie oben angeführt, um beinahe 50% [17, 18]. Hier können für die Zukunft verstärkte Fehlallokationen von Ressourcen – im Sinne von regionaler Unter-, aber auch partieller Überversorgung – befürchtet werden. Ähnliche Entwicklungen sind auch für die ärztliche Versorgung zu konstatieren. Analog zur Diskussion um geeignete Anreize für Ärztinnen und Ärzte zur Aufrechterhaltung einer adäquaten Versorgungsstruktur in ländlichen Räumen könnte beispielsweise auch die Gründung von Pflegediensten strukturpolitisch sinnvoll befördert werden, um ein wichtiges Element im oben angesprochenen Versorgungsmix zu stärken.

Wenn von demografisch bedingten Herausforderungen für Pflege und Versorgung die Rede ist, laufen in der Debatte viele Beiträge Gefahr, in einer rein monetär fokussierten Argumentation steckenzubleiben. Auch wenn die hier skizzierten Herausforderungen im Bereich der Prävention, im Bereich des Wohnens sowie im Hinblick auf den Auf- und Ausbau maximal flexibler Versorgungsstrukturen immer auch monetär unterlegt sein müssen, darf nicht

übersehen werden, dass es sich beim Thema Pflege um ein gesellschaftspolitisches Thema ersten Ranges handelt, das weit über Verteilungsfragen im Sinne von „wer zahlt wieviel wofür“ hinausgeht. Eine Auseinandersetzung mit einer sich noch immer ausweitenden Lebensphase Alter müsste sich in Form einer politisch moderierten Standortbestimmung der Gesellschaft u. a. in Bezug auf zwei wesentliche Fragen vollziehen:

1. Welche Sichtweisen auf Gesundheit und Krankheit, insbesondere im höheren und höchsten Lebensalter, sind aus heutiger Sicht realistisch und
2. welche Konsequenzen können sich hieraus für den Einzelnen ergeben?

Das kollektive und individuelle Ansinnen, in jeder Phase des Lebens gesund und leistungsfähig zu sein, können weder Medizin noch Gesellschaft einlösen. Dies gilt in besonderem Maße für die Lebensphase Alter, in der ein Freisein von jeglichen Leiden und Erkrankungen letztlich als ein theoretisches Konstrukt betrachtet werden muss. Die diesbezügliche Herausforderung kann somit ausdrücklich nicht in dem Versuch bestehen, einen bestimmten Gesundheitszustand bis zum Lebensende erhalten zu wollen, sondern darin, eine im Lebensverlauf durchschnittlich zunehmende Vulnerabilität zu bewältigen, indem die in den jeweiligen Lebensphasen vorhandenen Ressourcen der Betroffenen identifiziert und unterstützt werden. Als Gütekriterien dieser Bewältigung können ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und der Erhalt von Autonomie im Sinne von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in allen Phasen des Lebens gelten. Dies für eine wachsende Zahl von alten Frauen und Männern zu gewährleisten, ist die zentrale, demografisch bedingte Herausforderung, die neben materiellen Ressourcen zuallererst eine innere Verfasstheit der Gesellschaft erfordert, die sich darauf einstellt, dass verbreitete Zustände höchster Vulnerabilität und entsprechender Unterstützungsbedarf mehr und mehr zur gesellschaftlichen Normalität werden.

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. SVR 2009. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=195> (Zugriff am 24.06.2014)
2. Rothgang H. Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags. 2001
3. Statistisches Bundesamt: Demographischer Wandel in Deutschland – Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden, 2008
4. Rürup-Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. 2003. <http://www.bwva.de/profil/information/ruerup-kommission.html> (Zugriff am 24.06.2014)
5. Blinkert B, Klie T. Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differenzierten Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050 (Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages). 2001
6. Dietz B. Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden, 2002
7. Ottnad A. Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall. Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos. München, 2003
8. Häcker J, Raffelhüschen B. Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimso-ffekts“. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Diskussionsbeiträge 2006; 11
9. Häcker J, Höfer MA, Raffelhüschen B. Reformkonzepte der gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand: Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. 2005
10. Ritchie K, Carriere I, Ritchie CW, Berr C, Artero S, Ancelin M-L. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *British Medical Journal* 2010; 341: c3885
11. Teti A, Grittner U, Kuhlmeier A, Blüher S. Wohnmobilität im Alter. Altersgerechtes Wohnen als primärpräventive Strategie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2013; 1–9
12. Motel A, Künemund H, Bode C. Wohnen und Wohnumfeld. In: Kohli M, Künemund H (Hrsg.). Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich, 2000, S. 124–175
13. BMVBS. Wohnen im Alter. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. *Forschungen* 2011; 147
14. Bertelsmann-Stiftung. Gesundheitsmonitor 5/2013. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-A8124530-36889A34/bst/GesundheitsMonitor_5-2013_web.pdf (Zugriff am 24.06.2014)
15. Bertelsmann-Stiftung. Gesundheitsmonitor 2004. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-091F8755-66695C93/bst/xcms_bst_dms_19317_19318_2.pdf (Zugriff am 24.06.2014)
16. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 1999: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden, 2001
17. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden, 2013
18. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. SVR 2014. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465> (Zugriff am 08.09.2014)

Regionale Versorgungsstrukturen in der geriatrischen Rehabilitation

Dirk van den Heuvel
Bundesverband Geriatrie e.V., Berlin

Welche regionalen Unterschiede gibt es in den Versorgungsstrukturen der geriatrischen Rehabilitation?

Wirft man einen Blick auf die spezifische Versorgung geriatrischer Patienten in Deutschland, findet sich über die einzelnen Bundesländer hinweg keine einheitliche Versorgungslandschaft. Dies hat verschiedene Gründe, die im Folgenden näher dargestellt werden sollen.

Eine entscheidende Rolle für die unterschiedliche Entwicklung der Versorgungsstrukturen spielt der Versorgungsbedarf des geriatrischen Patienten. Dieser wird sehr gut in der Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS) beschrieben, die die Geriatrie wie folgt definiert:

„Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativer Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.“ [1]

Diese Definition greift die Vielfältigkeit und Komplexität der gesundheitlichen Probleme dieser speziellen Patientenklentel auf. Prägend sind somit eine geriatritypische Multimorbidität und Vulnerabilität sowie ein erhöhtes Risiko eines Verlustes an Autonomie bzw. eine Verschlechterung des Selbsthilfestatus. Damit ergibt sich ein sehr breit gefächertes und umfassendes Versorgungsprofil geriatrischer Patienten.

Welche Bedeutung dieser Versorgungsbedarf auf die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen hat, wird deutlich, wenn in einem zweiten Schritt der Aufbau des deutschen Gesundheitssystems betrachtet wird. In Deutschland differenzieren sich die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen nach stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung

und sind darüber hinaus in die Versorgungssektoren Akutmedizin, Rehabilitation und vertragsärztliche Versorgung aufgeteilt.

Vergleicht man nun diesen Aufbau des deutschen Gesundheitssystems mit dem Versorgungsauftrag der Geriatrie, so liegen die Leistungen dieses Fachgebiets genau zwischen den verschiedenen sozialrechtlichen Versorgungssektoren bzw. im Schnittpunkt der Versorgungsstrukturen. Bei geriatrischen Patienten ist es aufgrund ihrer Multimorbidität und Vulnerabilität kaum möglich, akutmedizinischen Behandlungsbedarf und rehabilitative Versorgung zu trennen.

Dies hat insbesondere im stationären bzw. teilstationären Sektor eine hohe Bedeutung. Eine stationäre bzw. teilstationäre akutmedizinische Behandlung muss zugleich von (früh-)rehabilitativen Maßnahmen begleitet werden, um den Verlust an Autonomie, z.B. durch eine deutliche Verschlechterung im Bereich der Mobilität oder auch hinsichtlich des kognitiven Status (postoperatives Delir usw.), zu verhindern. Gleichzeitig bewirkt die Multimorbidität bei geriatrischen Patienten, dass im Rahmen einer entsprechenden Rehabilitationsmaßnahme immer auch ein gewisser akutmedizinischer Behandlungsbedarf besteht.

Historisch hat dies in den einzelnen Bundesländern dazu geführt, dass es keine einheitliche Verortung der geriatrischen Versorgung gegeben hat. Je nach Bundesland entwickelten sich die ersten geriatrischen Versorgungsstrukturen einerseits im Krankenhaussektor und andererseits im Rehabilitationsbereich. Die daraus resultierende unterschiedliche Schwerpunktsetzung ist auch heute noch in den einzelnen regionalen Versorgungskonzepten der Bundesländer erkennbar, wobei die jeweilige Ausprägung unterschiedlich stark erhalten geblieben ist. Somit lässt sich die unterschiedliche konzeptionelle Verortung medizinisch-inhaltlich bzw. historisch erklären.

In Deutschland sind der akutmedizinische Bereich und die medizinische Rehabilitation zwei sozialpolitisch und sozialrechtlich sehr stark voneinan-

der getrennte Versorgungssektoren, welche sowohl hinsichtlich des Zugangs, der Finanzierung bzw. der Abrechnung als auch der Qualitätssicherung völlig eigenständig und different geregelt sind. Daraus folgt, dass auch die stationäre bzw. teilstationäre Versorgung geriatrischer Patienten in den einzelnen Bundesländern, entsprechend der jeweiligen Schwerpunktsetzung, unterschiedlich ausgestaltet sind.

Diese sozialrechtliche Trennung hat auch Auswirkung auf die Art der Versorgungsplanung. Bundesländer wie z.B. Baden-Württemberg oder Bayern, die den Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung primär in der Rehabilitation angesiedelt haben, verfügen zumeist über separate Geriatriekonzepte. In Bundesländern, in denen der Schwerpunkt im Bereich der Akutmedizin verortet ist, erfolgt die Planung der Versorgung i. d. R. über den Krankenhausplan und nur in Einzelfällen über ein eigenes Geriatriekonzept. Beispiele hierfür sind Hamburg oder Nordrhein-Westfalen.¹ Somit zeigt sich auch auf der Planungsebene eine starke Differenzierung, insbesondere vor dem Hintergrund des normativen Wesens von Krankenhausplänen im Vergleich zum politischen Charakter von Geriatriekonzepten.

Dieses inhomogene Bild setzt sich auch im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft fort. Geriatrische Fachärzte, d. h. in diesem Bereich speziell fort- oder weitergebildete Ärzte, gibt es im Vergleich zu anderen Fachgebieten nur sehr wenige. Jedoch stellt insbesondere der Hausarzt – als erster Ansprechpartner und langjähriger Begleiter der Patienten – die „Basis“ der geriatrischen Versorgung dar. Die geringe Anzahl niedergelassener „Geriatrer“ hat u. a. auch Auswirkungen auf die Antragsstellung für eine geriatrische Rehabilitation. Damit ein entsprechender Rehabilitationsantrag für einen geriatrischen Patienten gestellt werden kann, muss der Hausarzt gewisse Anforderungen erfüllen. Ermächtigt sind zur Antragsstellung ausschließlich Fachärzte bestimmter medizinischer Fachgebiete oder Ärzte, die einen speziellen Fortbildungskurs absolviert haben. Die Qualifikation zum Geriater berechtigt z. B. zur Antragsstellung. Somit wirkt sich die geringe spezifische geriatrische Qualifikation im niedergelassenen Bereich unmittelbar auf die Antragsmöglichkeiten – und damit die Versorgung – im Bereich der geriatrischen Rehabilitation aus.

In den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt gibt es mit sog. Schwer-

punktpraxen sehr sinnvolle Ansätze, die Kompetenz im Umfeld der hausärztlichen Versorgung zu verbessern. Allerdings ist seit Jahren ein relativer Stillstand der weiteren Etablierung dieses Versorgungszweiges festzustellen. Grundlage sind zumeist Verträge zur Integrierten Versorgung (IV-Verträge). In den vergangenen Jahren gab es Versuche, weitere Verträge abzuschließen. Letztlich ist es jedoch bisher nicht zu einem weiteren Vertragsschluss gekommen. Somit bildet in den meisten Regionen der stationäre bzw. teilstationäre Sektor den Schwerpunkt der fachspezifischen geriatrischen Versorgung.

Leitet sich hieraus politischer Handlungsbedarf ab?

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung hat die Geriatrie in Deutschland erheblich an Bedeutung gewonnen. Der Bedarf an fachspezifischen Versorgungsstrukturen wird auch künftig weiter stark anwachsen. Dieser Umstand muss zu einer Stärkung der spezifischen Versorgungsstrukturen führen. Ein wichtiger Punkt ist dabei sicherlich die Verbesserung der Schnittstellenproblematik.

Seit vielen Jahren steht die sektorenübergreifende Versorgung von Patienten ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Es sollen die Schnittstellenprobleme an den jeweiligen Sektorengrenzen abgebaut und eine ganzheitliche Patientenversorgung ermöglicht werden. Dazu gab es in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von gesundheitspolitischen Ansätzen, beispielhaft sei an dieser Stelle die Entwicklung der IV-Verträge genannt. Betrachtet man jedoch die Versorgungsrealität bzw. das SGB V, so muss leider konstatiert werden, dass auch heute noch das Gesundheitssystem sektoral unterteilt und von Budgetgrenzen geprägt ist. Der vielschichtige und übergreifende geriatrische Versorgungsbedarf steht somit im direkten Widerspruch zum Aufbau des deutschen Gesundheitssystems. Hier liegt es in der Hand der Politik, grundlegende Reformen weiter voranzutreiben, die eine echte Aufhebung oder zumindest eine „Durchlässigkeit“ der sektoralen Struktur bewirken.

Mit Blick auf eine am Bedarf des Patienten ausgerichtete Versorgungsstruktur werden zukünftig konzeptionelle Lösungen gefragt sein, die eine sektorenübergreifende, vernetzte Versorgung ermöglichen. Vor dem Hintergrund der bisherigen politischen Probleme bei der Reform des Gesundheitswesens in diesem Bereich hat sich der Bundesverband Geriatrie seit dem Jahr 2010 mit der Entwicklung einer solchen Versorgungsstruktur – dem „Geriatrischen Versorgungsverbund“ – befasst. Aufbauend

1 Im Weißbuch Geriatrie sind die einzelnen Bundesländer mit ihren jeweiligen Versorgungsschwerpunkten bzw. Geriatriekonzepten ausführlich dargestellt und erläutert [2].

auf Erfahrungen aus bereits etablierten Einzelprojekten wurde ein umfassendes Konzept entwickelt und im Weißbuch Geriatrie erstmals dargestellt. Ziel ist es, die geriatrispezifische Kompetenz – im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich – zu bündeln und darauf aufbauend eine sektorenübergreifende Versorgung zu realisieren. Dazu wurde konzeptionell ein „Geriatrisches Zentrum“ mit einem Versorgungsnetzwerk kombiniert.

In verschiedenen Bundesländern wird dieser Konzeptansatz erprobt, so z.B. in vier Modellregionen in Sachsen. Im neuen Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2015 wird ebenfalls auf das Konzept des sog. Geriatrischen Versorgungsverbundes zurückgegriffen.

Bei der konkreten Umsetzung in die Praxis ergeben sich jedoch immer wieder einzelne Hürden, die vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen für die verschiedenen Sektoren kaum zu überwinden sind. Dies fängt bei der unterschiedlichen Regelung des Zugangs zu den verschiedenen Versorgungsbereichen an, betrifft die jeweiligen Qualitätssicherungssysteme und setzt sich bei den unterschiedlichen Finanzierungsarten (fallpauschaliertes DRG-System/tagesgleicher Pflegesatz) fort.

Während im Krankenhausbereich über die Aufnahme eines geriatrischen Patienten eigenverantwortlich entschieden werden kann, dürfen im niedergelassenen Bereich stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen nur besonders qualifizierte Mediziner verordnen. Dazu muss zuvor ein entsprechendes Antragsverfahren durchlaufen werden. Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse mit dem Vordruck Muster 60 „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ den Reha-Antrag des Versicherten mit und in einem weiteren Schritt verordnet der Vertragsarzt mit dem Vordruck Muster 61 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation [3]. In der Praxis spielen Reha-Anträge aus dem niedergelassenen Bereich daher eine untergeordnete Rolle.

Auch im Bereich der Qualitätssicherung zeigen sich bei der Versorgung geriatrischer Patienten die Auswirkungen der sektoralen Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems. Die unterschiedlichen Qualitätssicherungssysteme der verschiedenen Sektoren führen zwar nicht unmittelbar zu einer direkten Beeinträchtigung der Versorgung, gleichwohl gibt es keine aufeinander abgestimmten Systeme oder Abläufe. So müssen die Einrichtungen z.B. bei der Datenerfassung bzw. im Bereich der Dokumentation unterschiedliche Systeme bedienen. Dies erzeugt einen erhöhten Aufwand und gleichzeitig wird die

Chance vertan, ganzheitliche Behandlungsabläufe zu erfassen und die Qualitätsdaten im Sinne der Weiterentwicklung der Versorgung zu nutzen.

Zudem zeigt sich in der praktischen Anwendung, dass die bestehenden Qualitätssicherungssysteme der verschiedenen Versorgungssektoren zumeist zu wenig geriatrispezifisch ausgelegt sind. Um dem breiten Behandlungsbedarf des geriatrischen Patienten gerecht zu werden, haben sich in der Geriatrie spezifische Behandlungsverfahren bzw. -ansätze entwickelt. Diese fachspezifischen Verfahren „überfordern“ sehr häufig die im Bereich der Qualitätssicherung bestehenden Erfassungssysteme, da diese in ihrer Ausgestaltung (z.B. Datensatz, Erfassungsmethode usw.) nicht auf die Versorgung multimorbider Patienten bzw. den in der Geriatrie bestehenden gleichzeitigen akutmedizinischen und rehabilitativen Ansatz ausgelegt sind.

Hier ist es dringend erforderlich, dass politisch diesem Umstand deutlich stärker als bisher Rechnung getragen wird. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass durch fachlich unpassende Qualitätsvorgaben bzw. Qualitätsbewertungen falsche Anreize bzw. Vorgaben gesetzt werden. Jüngstes Negativbeispiel sind diesbezüglich die aktuellen Überlegungen zur Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeleistungen im Krankenhaus. Dabei finden bspw. die Inhalte der Aktivierend-Therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) keine Berücksichtigung.

Darüber hinaus gibt es im Bereich der Finanzierung das grundsätzliche Problem, dass aktuell einzelne Leistungen weder im Akut- noch im Rehabilitationsbereich abgebildet werden können. So ist bspw. ein Case-Management, welches Patienten über die verschiedenen Sektoren hinweg begleitet, im gegenwärtigen Vergütungssystem nicht vorgesehen. Die aktuellen Regelungen beziehen sich primär auf die Überleitung in die jeweilige Folgeversorgung. Eine „übergreifende“ fachlich-organisatorische Begleitung des Patienten über den gesamten Ablauf der Behandlungskette – stationär, teilstationär, ambulant – ist zumindest regelhaft im System nicht vorgesehen bzw. wirtschaftlich abbildbar. Die Vereinbarung von sog. Zentrumszuschlägen, welche im aktuellen Vergütungsrecht für geriatrische Zentren vorgesehen sind, würde die Situation deutlich verbessern. Allerdings sind bis heute in ganz Deutschland noch keine Zentrumszuschläge vereinbart worden. Die aufgezeigten Probleme werden noch durch eine strukturelle Unterfinanzierung der geriatrischen Rehabilitation verschärft. Die Versorgung geriatrischer Patienten ist eine personalintensive Versorgung und weniger eine „Gerätemedizin“. Dies

wird jedoch nur unzureichend von den Vergütungsmechanismen erfasst. Somit wird es kurz- und mittelfristig darauf ankommen, die finanzielle Basis der Geriatrie ausreichend abzusichern, da anderenfalls die Herausforderungen des demografischen Wandels kaum zu bewältigen sein werden.

Zum Teil hat die Politik in jüngster Zeit versucht, einzelne Hürden bei der Versorgung geriatrischer Patienten aufzugreifen, wie z.B. die sektorenübergreifende Steuerung des geriatrischen Patienten. Ein Beispiel ist hierbei die gesetzgeberische Einführung von Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA).

Der Gesetzgeber hat damit eine langjährige Forderung der geriatrischen Einrichtungen aufgegriffen. Eine GIA könnte genau das Bindeglied zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sein und eine vernetzte, ganzheitliche Versorgung fördern bzw. sicherstellen. Allerdings hat sich der Gesetzgeber beim Gesetzestext nicht an bestehende Regelungen für Institutsambulanzen orientiert, sondern eine sehr komplexe neue Regelung entwickelt. Kritisch zu betrachten ist v.a., dass die GIA nur als „subsidiäre Leistung“ ausgestaltet wurde und ergänzend eine separate Vereinbarung über Inhalt und Umfang der Versorgung durch den GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft notwendig ist. Damit wird die GIA kaum das beschriebene positive Potenzial entwickeln können. Insofern zeigt auch dieses Beispiel, dass die gesetzlichen Regelungen allzu oft den besonderen Belangen des geriatrischen Patienten (noch) nicht gerecht werden.

Diese Herausforderungen können ausschließlich vom (Bundes-)Gesetzgeber geregelt werden. Die einzelne Einrichtung bzw. ein Versorgungsverbund kommen hier an ihre jeweilige konzeptionelle Grenze. Insgesamt kann lediglich versucht werden, die negativen Wirkungen zu mildern.

Eine weitere besondere Rolle spielt im Bereich der geriatrischen Versorgung die strikte Trennung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Für den betagten bzw. hochbetagten Patienten hat der sozialpolitische Grundsatz „Reha vor Pflege“ eine besondere Bedeutung. Jedoch sind Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland zwei getrennte Säulen der Sozialversicherung. Dies macht es schwierig, aufeinander abgestimmte Konzepte zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen. Auch hier wird es in den kommenden Jahren politischen bzw. gesetzgeberischen Handlungsbedarf geben. Im Koalitionsvertrag ist ein entsprechender Prüfauftrag, inwieweit die geriatrische Rehabilitation zur Vermeidung von Pflege herangezogen werden kann, enthalten.

Es bleibt zu hoffen, dass dieser Ansatz sachorientiert und im Sinne der geriatrischen Patienten verfolgt und umgesetzt wird.

Stellt der demografische Wandel einzelne Regionen vor einen besonderen politischen Handlungsbedarf?

Es gibt verschiedene Bundesländer in Deutschland, in denen sich die Altersstruktur der Bevölkerung im Sinne des demografischen Wandels deutlich schneller verändert, als dies in anderen Regionen der Fall ist. Beispiele hierfür sind u.a. die Länder Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern. So wird nach Prognosen der Landesregierung das Bundesland Sachsen im Jahre 2020 die älteste Bevölkerung in Deutschland aufweisen. Hier hat man reagiert und fördert aktiv die weitere Entwicklung der geriatrischen Versorgung u.a. mit der Einrichtung von verschiedenen Modellprojekten. Man kann heute sagen, dass alle Bundesländer vor der Herausforderung stehen, die Entwicklung der Altersstruktur gesundheitspolitisch aufzugreifen. Die jeweilige Gesundheitsversorgung muss sich gezielt auf die komplexen Bedürfnisse einer steigenden Zahl älterer Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einstellen. Einige Bundesländer und Regionen werden diese Herausforderung in sehr kurzer Zeit und schneller als andere Länder meistern müssen. So nehmen diese Bundesländer im Idealfall zugleich auch eine versorgungspolitische Vorreiterrolle ein. Der ab 2014 noch zur Verfügung stehende politische Zeitrahmen ist mit 5–10 Jahren äußerst knapp. Verschiedene Bundesländer haben sich bisher nur äußerst langsam den notwendigen politischen Fragen genähert.

Zukünftig wird es nicht mehr möglich sein, sich nur für die Formulierung eines Geriatriekonzeptes zwei oder drei Jahre Zeit zu lassen – anderenfalls wird man keine Zeit mehr für dessen Umsetzung haben.

Eine weitere politische Herausforderung stellt die Entwicklung im ländlichen Raum dar. Hier tritt neben der Veränderung der Bevölkerungsstruktur auch die Notwendigkeit, die medizinische (Grund-) Versorgung zu sichern bzw. neu zu gestalten, in den Vordergrund. Die medizinische Infrastruktur wird sich in diesem Bereich grundsätzlich ändern – an dieser Stelle sei nur der „Landarztmangel“ oder die Schließung kleinerer Krankenhäuser genannt. Aktuell gibt es verschiedene Ansätze, neue bzw. ergänzende Versorgungsstrukturen zu entwickeln. So er-

lebt die frühere Gemeindegeschwester eine Renaissance und neue mobile ärztliche Angebote werden geschaffen.



Aus Sicht der Geriatrie werden diese neuen Ansätze nur erfolgreich sein können, wenn die besonderen Belange der betagten und hochbetagten Patienten von Anfang an eine ausreichende Berücksichtigung finden. Dies wird in vielen Bereichen ein Umdenken und das Verlassen altbekannter Positionen notwendig machen.

Literatur

1. Europäische Union der medizinischen Spezialisten (UEMS). Kopenhagen: 06/09/08
2. Bundesverband Geriatrie. Weißbuch Geriatrie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2010
3. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie), in Kraft getreten am 19. Juni 2009. http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/reha_richtlinien/_jcr_content/par/download/file.res/2009-01-22_rehabilitationsrichtlinie_20090619.pdf (Zugriff am 19.08.2014)



3

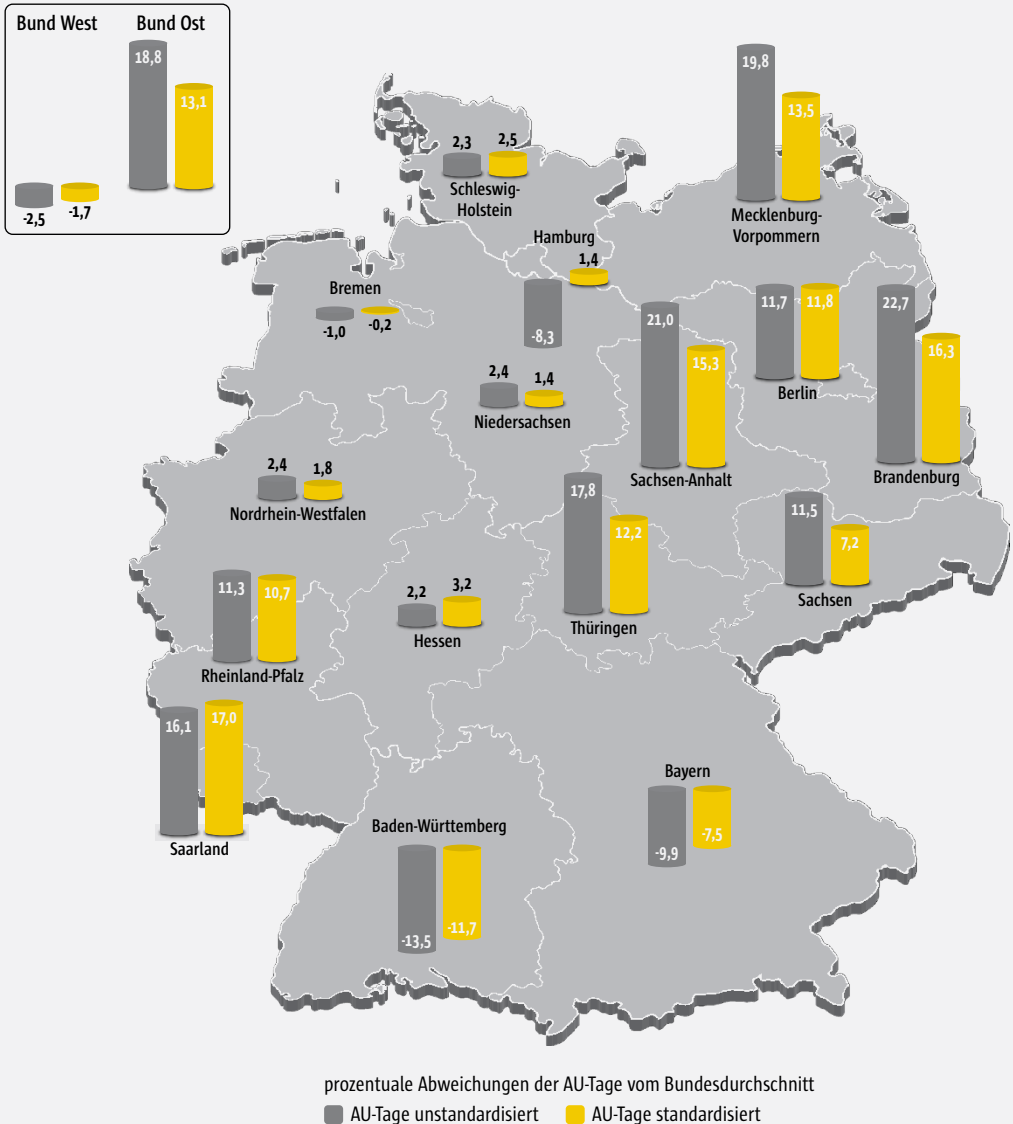
Alter, Geschlecht und soziale Lage

Der BKK Gesundheitsreport 2014 widmet sich in diesem Jahr schwerpunktmäßig den regionalen Unterschieden in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Akutversorgung, der Pflege und der Rehabilitation. Darüber hinaus

werden u.a. Aspekte der psychischen Gesundheit und des Arbeitslebens hinsichtlich regionaler Unterschiede beleuchtet.

Wie die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion um unsere alternde Gesellschaft und um die

Diagramm 3.1 AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2013)



damit einhergehenden Probleme vor allem im ländlichen Umfeld zeigt, hat das gewählte Schwerpunktthema im vorliegenden dritten Kapitel des BKK Gesundheitsreports besondere Relevanz.

»» Diagramm 3.1 macht deutlich, dass die bisweilen deutlichen regionalen Schwankungen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens bei den BKK Pflichtmitgliedern zumindest zum Teil auf die Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zurückzuführen sind. So weist der Vergleich standardisierter mit nicht-standardisierten Werten aus, wie groß der Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur auf das Fehlzeitengeschehen ist. Eine nähere Betrachtung erfolgt im »» Kapitel 3.1.

Unter dem Aspekt ebendieser regionalen Unterschiede betrachtet das Kapitel neben den demografischen Merkmalen Alter und Geschlecht auch die soziale Lage der BKK Mitglieder. Letztere wird anhand von Parametern wie Beschäftigungsverhältnis und Versichertenstatus eruiert. Der Darstellung der Versichertendaten zur Arbeitsunfähigkeit (AU) folgt die Analyse der ambulanten Diagnosen und der Arzneimittelverordnungen in Bezug auf die genannten soziodemografischen Merkmale. Die Datengrundlage bilden ausgewählte Diagnosegruppen der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM 2013) bzw. sämtliche ATC-Gruppen (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem für Arzneimittel).

Die dargestellten Tabellen und Diagramme beziehen sich auf unterschiedliche Versichertengruppen. So betrachtet der erste Teil des Kapitels bei der Beschreibung der AU-Daten nach Alter und Geschlecht ausschließlich die knapp 3,9 Mio. BKK Pflichtmitglieder. Hierunter fallen sowohl Beschäftigte als auch Arbeitslose (ALG-I-Empfänger). ALG-II-Empfänger (Langzeitarbeitslose) finden in der Darstellung keine Berücksichtigung, da sie keinen Krankengeldanspruch geltend machen können und in der Regel keine AU-Fälle erzeugen. Die Beschreibung der AU-Daten unter dem Aspekt der sozialen Lage beinhaltet einen Vergleich der beschäftigten freiwilligen BKK Mitglieder (0,7 Mio.) mit den pflichtversicherten Beschäftigten (3,7 Mio.) und den ALG-I-Empfängern (0,1 Mio.).

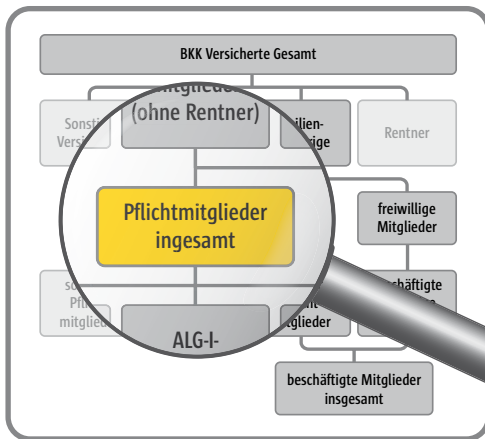
Der zweite Teil des Kapitels fokussiert auf die ambulante ärztliche Versorgung nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage anhand der dokumentierten ICD-Diagnosegruppen der für die Analyse berücksichtigten BKK Versichertengemeinschaft mit 9,3 Mio. Versicherten. Nicht-Erwerbstätige und Rentner sowie Kinder und Jugendliche werden hier ebenfalls berücksichtigt. Auch die Arzneimittel-Verordnungen im dritten Teil des Kapitels beziehen sich auf die o.g. BKK Versichertengemeinschaft.

Weitere Angaben zu den jeweils geltenden Versichertengruppen finden sich im Text sowie in den dargestellten Tabellen und Diagrammen.

3.1 Arbeitsunfähigkeit

- Anstieg der AU-Tage pro Pflichtmitglied in allen Altersklassen im Vergleich zu 2012
- Starke Zunahme der Muskel- und Skeletterkrankungen und gleichzeitig Abnahme der Atemwegserkrankungen mit zunehmendem Alter
- Abnahme der Zahl der Atemwegserkrankungen mit den Jahren in den späteren Altersklassen
- Pflichtversicherte BKK Mitgliedern haben die meisten Erkrankungstage bei Muskel- und Skeletterkrankungen (4,4 AU-Tage).
- Bei den freiwillig Versicherten verursachen die Krankheiten des Atmungssystems mit 1,9 AU-Tagen und bei den ALG-I-Empfängern die psychischen Störungen (8,9 AU-Tage) die zahlreichsten AU-Tage.

3.1.1 Krankheitsgeschehen nach Alter und Geschlecht



Die Darstellung der folgenden Daten bezieht sich auf die BKK Pflichtmitglieder insgesamt und somit sowohl auf Beschäftigte als auch auf ALG-I-Empfänger.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

» Diagramm 3.2 zeigt die Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle nach Altersgruppen und Geschlecht je 100 Pflichtmitglieder.

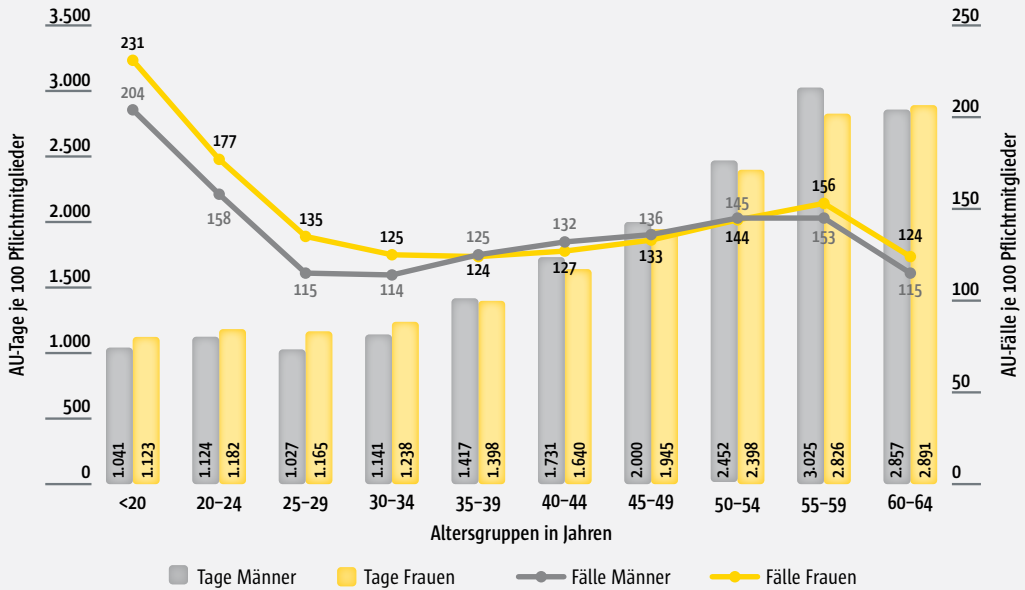
Wie in den Jahren zuvor weisen die Frauen die meisten AU-Tage in der Altersklasse der 60- bis 64-Jährigen mit 28,9 Tagen je Pflichtmitglied auf, dicht gefolgt von den 55- bis 59-Jährigen mit 28,3 AU-Tagen (+1,4 bzw. +1,0 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Die wenigsten Krankheitstage liegen mit nur 11,2 AU-Tagen bei den unter 20-jährigen Frauen vor (+1,0 AU-Tage verglichen zum Vorjahr).

Bei den Männern erreicht die Altersklasse der 55- bis 59-jährigen mit 30,3 AU-Tagen (+1,3 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr) die meisten Krankheitstage, bei den 60- bis 64-Jährigen sinkt die Zahl auf 28,6 (+1,1 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Am wenigsten fallen hier die 25- bis 29-jährigen Männer mit nur 10,3 AU-Tagen (+0,7 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr) aus dem Berufsalltag aus.

Bis einschließlich der 30- bis 34-jährigen sind die jüngeren Männer, gemessen an den AU-Tagen, weniger krank. Mit Ausnahme der 60- bis 64-Jährigen lässt sich danach bei den Männern ab 35 Jahren eine kontinuierlich höhere Zahl an AU-Tagen feststellen als bei den Frauen.

Wie auch im letzten Jahr bilden die BKK Pflichtmitglieder unter 20 Jahren beider Geschlechter die Altersklasse mit den häufigsten Krankschreibungen. Männliche Jugendliche verzeichnen hier 2,0 AU-Fälle, weibliche 2,3 AU-Fälle pro Pflichtmitglied. Während bei den jüngeren Mitgliedern vorwiegend akute Erkrankungen der Atemwege oder des Verdauungssystems zu einer vergleichsweise kurzen Arbeitsunfähigkeit führen (» Diagramm 3.5), werden die Fehlzeiten der älteren Versicherten häufig durch subakute oder chronische Störungen bspw. des Muskel- und Skelettsystems über einen längeren Zeitraum verursacht (» Diagramm 3.6).

Diagramm 3.2 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Regionale Betrachtungen der Arbeitsunfähigkeit (nach Alter und Geschlecht standardisiert)

- Deutliches Ost-West-Gefälle bei Zahl der Erkrankungstage
- AU-Tage in Bayern und Baden-Württemberg weit unterhalb des Bundesdurchschnitts
- Differenzierteres Bild des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf Landkreisebene mit zusätzlich ausgeprägtem Nord-Süd-Gefälle
- v.a. Landkreise in Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland mit AU-Tagen über dem Bundesdurchschnitt

Im regionalen Vergleich zeigen sich das Alter und das Geschlecht der Versicherten als wesentliche Einflussfaktoren auf die Anzahl der Erkrankungstage und Erkrankungstage. Für die folgende Darstellung der Arbeitsunfähigkeitsdaten in den einzelnen Bundesländern werden die BKK Daten standardisiert, um das Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen abbilden zu können (» Methodische Hinweise).

In » Diagramm 3.1 wird die standardisierte und nicht-standardisierte Arbeitsunfähigkeit in Tagen je BKK Pflichtmitglied nach Bundesländern als pro-

zentuale Abweichung vom Bundesdurchschnitt dargestellt. Die nicht-standardisierte Abweichung vom BKK Durchschnitt liegt mit 17,8 Erkrankungstagen je Mitglied 1,2 AU-Tage über dem letztjährigen Wert. Die standardisierten Abweichungen liegen mit 18,1 AU-Tagen ebenfalls 1,2 AU-Tage über dem entsprechenden Durchschnittswert des letzten Jahres.

Die wenigsten Fehltag (unstandardisierte negative prozentuale Abweichung vom Bundesdurchschnitt) weisen im Jahr 2013 Baden-Württemberg (-13,5%), Bayern (-9,9%) und Hamburg (-8,3%) auf. Auch bei einer Standardisierung nach Alter und Geschlecht bleibt diese Rangfolge erhalten (Baden-Württemberg -11,7%, Bayern -7,5%, Hamburg +1,4%). Gemeinsam mit Hamburg hat Niedersachsen die drittniedrigste AU-Tage-Zahl, die durch Standardisierung von +2,4% auf +1,4% sinkt.

Die meisten AU-Tage bei Nicht-Standardisierung weisen demgegenüber Brandenburg (22,7%), Sachsen-Anhalt (21,0%) und Mecklenburg-Vorpommern (19,8%) auf. Nach Standardisierung bilden das Saarland (17,0%), Brandenburg (16,3%) und Sachsen-Anhalt (15,3%) die Länder mit den größten prozentualen Abweichungen der AU-Tage vom Bundesdurchschnitt.

Sowohl bei den standardisierten als auch bei den nicht-standardisierten AU-Tagen wird auf den ersten

Blick ein Ost-West-Gefälle deutlich, das nur durch die Werte für das Saarland und Rheinland-Pfalz unterbrochen wird. In den ostdeutschen Bundesländern werden der Bundesdurchschnitt der standardisierten Erkrankungstage im Berichtsjahr 2013 um durchschnittlich 13,1% (+0,8 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr) und der nicht-standardisierte Durchschnitt um 18,8% (+1,0 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr) überschritten. Demgegenüber liegt der westdeutsche Durchschnitt bei den standardisierten AU-Tagen -1,7% und bei den nicht-standardisierten Erkrankungstagen -2,5% unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt (-0,3 bzw. -0,5 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr).

In den meisten Bundesländern weisen die BKK Pflichtmitglieder im Vergleich zur gesamten GKV-Population eine ungünstige Alters- und Geschlechtsverteilung auf, die dazu führt, dass sich die AU-Tage bei Standardisierung der Daten dem Bundesdurchschnitt annähern. Neben den Stadtstaaten Berlin und Hamburg bilden Hessen und das Saarland hier Ausnahmen, da die Alters- und Geschlechtsstandardisierung zu einer Erhöhung der AU-Tage führt. Wäre die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Pflichtversicherten in diesen Bundesländern identisch mit dem demografischen Aufbau der Gesamtheit der GKV-Versicherten, wären mehr AU-Tage je Pflichtmitglied zu erwarten. In Hamburg steigt die Zahl der Tage, die ein BKK Pflichtmitglied aufgrund von Arbeitsunfähigkeit ausfällt, nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung anhand der gesamten GKV-Versichertenpopulation am stärksten, und zwar von unterdurchschnittlichen -8,3% auf +1,4% über dem Bundesdurchschnitt.

Bayern und Baden-Württemberg stellen - wie in den vergangenen Jahren - eine starke Abweichung vom übrigen Erscheinungsbild des regionalen Krankheitsgeschehens dar. Die weit unter dem bundesweiten Durchschnitt der AU-Verteilung liegenden nicht-standardisierten Werte (Bayern: -9,9%; Baden-Württemberg: -13,5%) ändern sich nach Standardisierung nur marginal im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Bayern: -7,5%; Baden-Württemberg: -11,7%). Die beiden südlichsten Bundesländer weisen offensichtlich eine deutlich jüngere, aber gleichzeitig auch gesündere BKK Pflichtversichertenpopulation auf.

» Diagramm 3.3 beschreibt die Abweichung der alters- und geschlechtsstandardisierten AU-Tage jedes Landkreises vom standardisierten Bundesdurchschnitt.

Die wenigsten Fehltageweisen mit -5,4 bzw. -5,1 AU-Tagen die bayerischen Landkreise Lindau (Bodensee) und München sowie der baden-württember-

gische Landkreis Heidelberg (-5,0 AU-Tage Abweichung vom standardisierten Bundesdurchschnitt) auf. Demgegenüber weisen die Stadt Herne in Nordrhein-Westfalen mit +6,0 AU-Tagen sowie die Landkreise Barnim (Brandenburg) und Mansfeld-Südharz (Sachsen-Anhalt) mit jeweils 5,6 AU-Tagen über dem standardisierten Bundesdurchschnitt die meisten Fehltageweisen auf.

Wie bereits in » Diagramm 3.1 lässt sich auch in » Diagramm 3.3 ein Ost-West- sowie ein Nord-Süd-Gefälle hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit feststellen. Vor allem in den ostdeutschen Landkreisen werden durchschnittlich mehr Fehltageweisen attestiert als im standardisierten Bundesdurchschnitt. Ein vergleichbar flächendeckender überdurchschnittlicher Krankenstand zeigt sich nur in Hessen, dem Saarland und Rheinland-Pfalz. In den übrigen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) ergibt sich ein inhomogenes Bild des Krankheitsgeschehens in den einzelnen Landkreisen. Bayern und Baden-Württemberg, aber auch Teile Niedersachsens zeigen wie in der vorangegangenen Darstellung unterdurchschnittlich wenig Arbeitsausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit.

Ausführliche Angaben zur Arbeitsunfähigkeit nach Landkreisen finden sich in » Tabelle A.12 im Anhang.

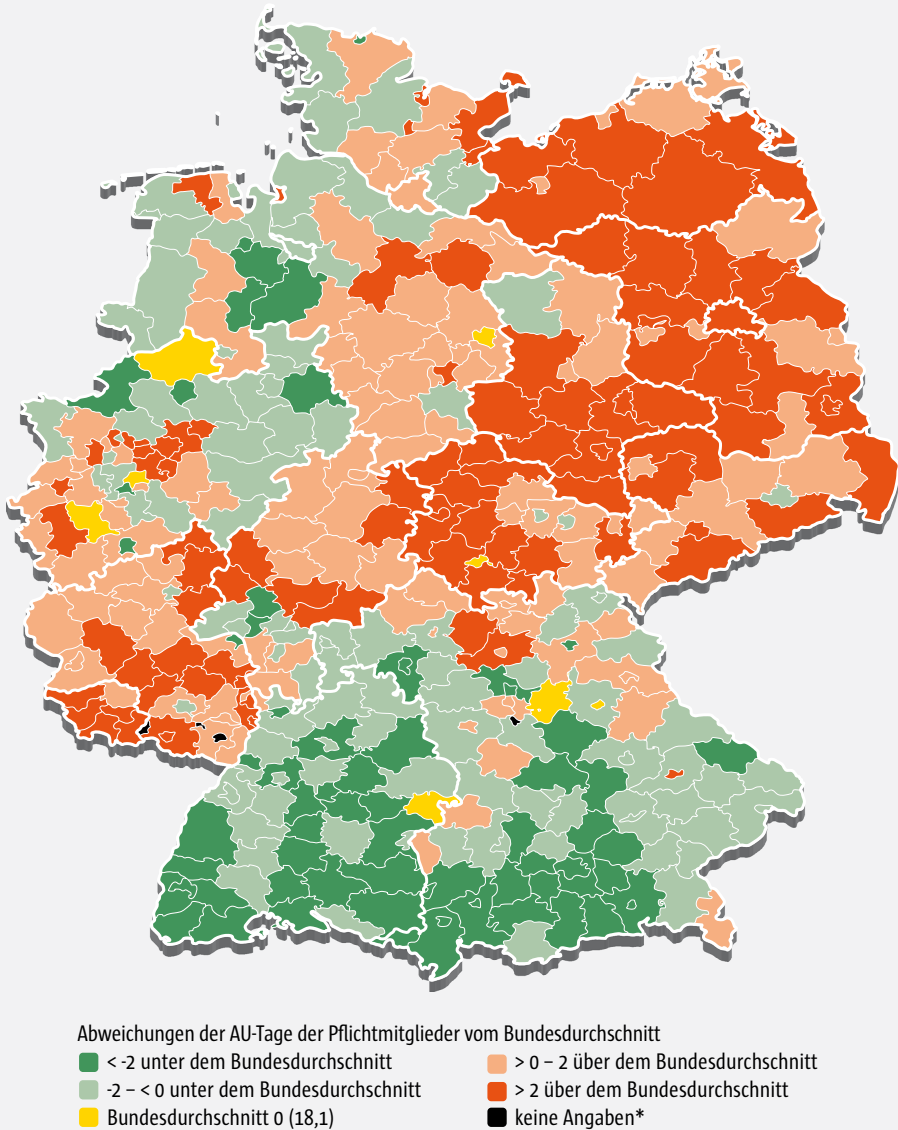
Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen

Im » Diagramm 3.4 werden die Arbeitsunfähigkeitstage nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen aufgeschlüsselt, die hier und im Folgenden durch eine Auswahl verschiedener ICD-Diagnosegruppen abgebildet werden. Einen Überblick über die ICD-Codes liefert das » Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel.

In der vorliegenden Auswahl weisen die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (3,9 AU-Tage pro Pflichtmitglied), psychische Störungen (3,2 AU-Tage) und Erkrankungen des Atmungssystems (3,0 AU-Tage) die meisten Erkrankungstage bei den weiblichen BKK Pflichtmitgliedern auf. Im Vergleich zum Vorjahr steigen die Fehlzeiten um 0,1 AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, um 0,2 AU-Tage bei den psychischen Störungen und um 0,7 AU-Tage bei den Erkrankungen des Atmungssystems - letzteres wiederum ein deutliches Anzeichen der Grippeperiode im I./II. Quartal 2013.

Bei den Männern bilden die Muskel- und Skeletterkrankungen ebenfalls die Diagnosehauptgruppe

Diagramm 3.3 AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

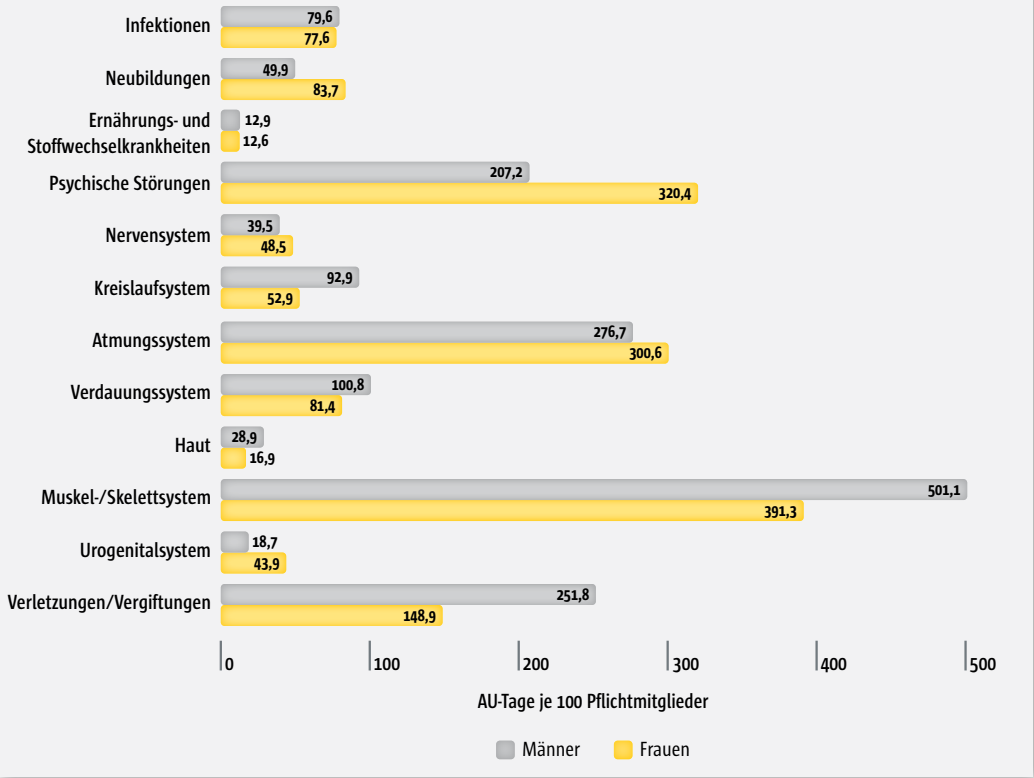


* Die Kreise Landau in der Pfalz, Zweibrücken und Schwabach wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen

mit den meisten AU-Tagen (5,0 AU-Tagen, unverändert zum Vorjahr), gefolgt von den Erkrankungen des Atmungssystems (2,8 AU-Tagen; +0,6 AU-Tagen im Vergleich zum Vorjahr) und den Verletzungen und Vergiftungen mit 2,5 AU-Tagen pro Pflichtmitglied (-0,1 AU-Tagen im Vergleich zum Vorjahr).

Die stärkere Belastung der männlichen BKK Mitglieder durch muskuloskeletale Erkrankungen und Verletzungen und Vergiftungen ist möglicherweise einem höheren Anteil an körperlicher Arbeit bei den männlichen Beschäftigten geschuldet. So weisen sie mehr AU-Fälle und -Tage aufgrund dieser beiden Dia-

Diagramm 3.4 AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



gnosehauptgruppen auf als die Frauen. Bei Analyse der ambulanten Diagnosen, die alle Versicherten (auch Familienangehörige und Rentner) einschließen, ist der Anteil der männlichen Versicherten mit einer ambulanten Diagnose aus diesen Diagnosehauptgruppen jedoch geringer als der Anteil der weiblichen Versicherten (»» Diagramm 3.11 und »» Kapitel 3.2).

Insgesamt weisen die Männer in der untersuchten Population nur geringfügig mehr Erkrankungstage auf als die Frauen (17,9 vs. 17,7 AU-Tage); größere Differenzen zwischen beiden Geschlechtern in den unterschiedlichen Diagnosegruppen gleichen sich krankheitsübergreifend größtenteils aus.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Diagnosehauptgruppen

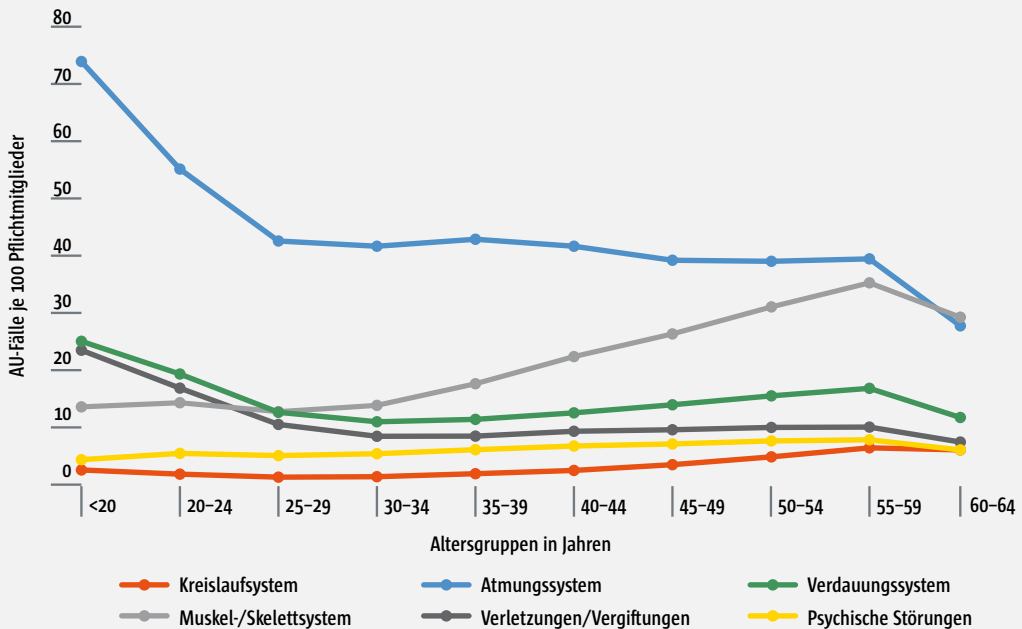
Die Erkrankungshäufigkeiten (AU-Fälle), differenziert nach Alter und Diagnosehauptgruppe, werden in »» Diagramm 3.5 abgebildet. Die sechs dargestellten

Diagnosehauptgruppen bilden diejenigen mit den meisten AU-Tagen für beide Geschlechter ab. Die Erkrankungshäufigkeiten bezogen auf alle Diagnosehauptgruppen sind in »» Tabelle A. 5 im Anhang aufgelistet.

Deutliche Altersabhängigkeiten weisen vor allem die Erkrankungshäufigkeiten des Atmungssystems und des Muskel- und Skelettsystems auf. Während bei den muskuloskelettalen Erkrankungen bis in die Altersklasse der 30- bis 34-Jährigen durchschnittlich 13,9 AU-Fälle auf 100 BKK Pflichtmitglieder entfallen, steigt die Zahl der Erkrankungsfälle in den folgenden Altersklassen auf bis zu 35,3 AU-Fälle bei den 55- bis 59-Jährigen an. Ab einem Alter von 60 Jahren sinkt die Zahl wieder leicht auf 29,5 AU-Fälle. Im Vergleich zum Vorjahr steigt die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen über alle Altersklassen um lediglich 0,2 AU-Fälle je 100 BKK Pflichtmitglieder.

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems zeichnet sich über das gesamte Altersspektrum eine verhältnismäßig hohe Erkrankungshäufigkeit ab. Unter dieses Krankheitsspektrum gruppieren sich

Diagramm 3.5 AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



verschiedenste Erkältungskrankheiten, aufgrund derer Versicherte teilweise mehrmals im Jahr – wenn auch nur kurzzeitig – aus dem Erwerbsleben ausfallen. Die durchschnittliche Fallzahl über alle Altersklassen beträgt hier 42,4 AU-Fälle im Gegensatz zu durchschnittlich 11,3 AU-Fällen in den übrigen dargestellten Diagnosegruppen. In der Altersklasse der unter 20-Jährigen fallen bei 100 BKK Pflichtmitgliedern durchschnittlich 74,1 AU-Fälle aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems an (+10,5 AU-Fälle im Vergleich zum Vorjahr). Die Fallzahl sinkt im Alter auf 28,0 AU-Fälle bei den 60- bis 64-Jährigen (+6,1 AU-Fälle im Vergleich zum Vorjahr).

In **III** Diagramm 3.6 wird die Verteilung der Krankheitstage in den sechs häufigsten Diagnosehauptgruppen nach Altersklassen sowie unabhängig vom Geschlecht dargestellt. Während der Krankenstand über alle Diagnosehauptgruppen mit dem Alter erwartungsgemäß leicht zunimmt, verzeichnen die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems einen auffälligen Anstieg mit zunehmenden Lebensjahren. In der Altersklasse der unter 20-Jährigen entfallen in dieser Diagnosehauptgruppe auf 100 BKK Pflichtmitglieder 92,3 AU-Tage (+3,3 AU-Tage im Vergleich zu 2012), die auf das Zehnfache in der Alters-

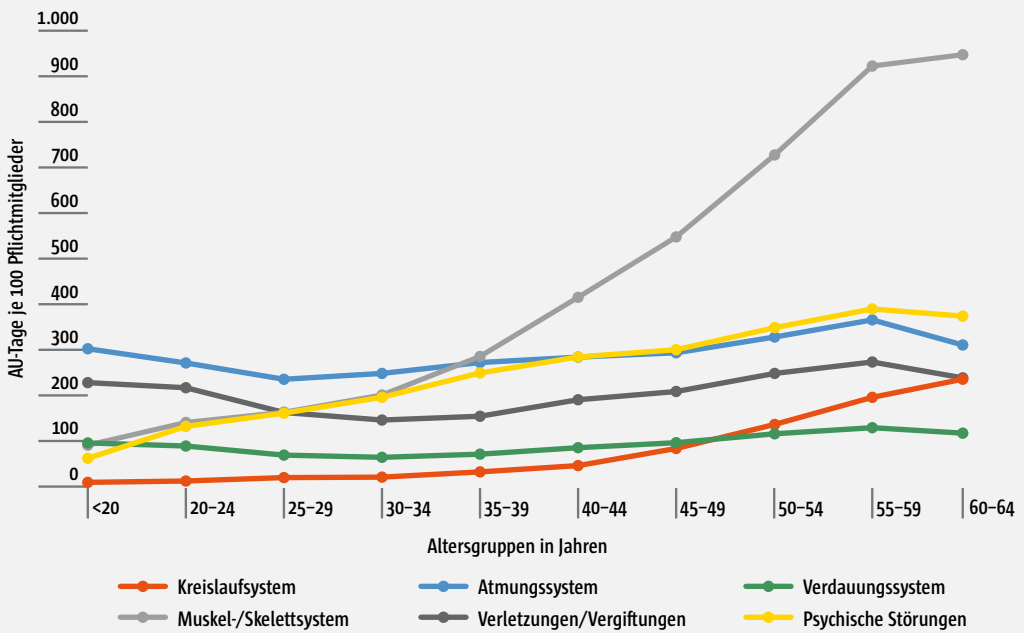
klasse der 60- bis 64-Jährigen ansteigen (949,9 AU-Tage; -18,1 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr).

Obwohl die Altersklasse der unter 20-Jährigen überdurchschnittlich viele AU-Fälle durch Erkrankungen des Atmungssystems aufweist, spiegelt sich das nicht in der Zahl der entsprechenden AU-Tage in dieser Altersklasse wider. Diese ist in der Altersklasse der unter 20-Jährigen sogar etwas niedriger (303,0 AU-Tage pro 100 BKK Pflichtmitglieder) als in der Altersklasse der 60- bis 64-Jährigen mit 310,7 AU-Tagen (+48,8 AU-Tage und +72,2 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Das bedeutet, dass ältere Pflichtmitglieder zwar seltener wegen einer Atemwegserkrankung krankgeschrieben werden, aber pro Fall durchschnittlich länger arbeitsunfähig sind. Die Ursachen hierfür können einerseits in tatsächlichen Unterschieden hinsichtlich des Krankheitsverlaufs in Abhängigkeit des Alters liegen, aber auch durch unterschiedliches Attestierungsverhalten der Ärzte bedingt sein.

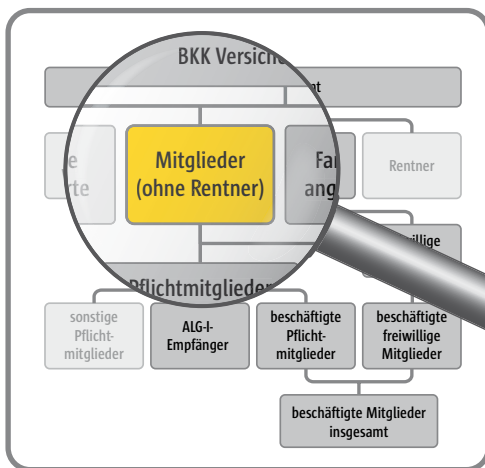
3.1.2 Krankheitsgeschehen nach sozialer Lage

Das vorliegende Kapitel widmet sich der attestierten Arbeitsunfähigkeit der BKK Mitgliedergemeinschaft

Diagramm 3.6 AU-Tage der Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



anhand des Versichertenstatus. Dieser unterteilt beschäftigte Pflichtversicherte (inkl. Teilzeitbeschäftigte), ALG-I-Empfänger mit Krankengeldanspruch sowie freiwillig Versicherte. Freiwillig versicherte BKK Mitglieder beziehen ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze, die 2013 bei einem Brutto-Jahreseinkommen von 52.200 Euro lag.



Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus

- Die Zahl der Fehltage bei den freiwillig Versicherten ist insgesamt nur halb so hoch wie bei den pflichtversicherten Beschäftigten.
- ALG-I-Empfänger weisen insgesamt die meisten AU-Tage (27,1 AU-Tage) und die längsten Fehlzeiten je Fall auf (37,1 AU-Tage).
- Hohe Rate an AU-Tagen bei ALG-I-Empfängern aufgrund von psychischen Störungen
- In Bayern haben ALG-I-Empfänger im Bundeslandvergleich die höchsten Fehlzeiten (30,3 AU-Tage je ALG-I-Empfänger), gleichzeitig aber bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die zweitniedrigsten Fehlzeiten (15,7 AU-Tage) nach Baden-Württemberg (15,2 AU-Tage).
- Die wenigsten AU-Tage bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (7,4 AU-Tage) treten in Hamburg auf.

In **»** Tabelle 3.1 werden die Arbeitsunfähigkeit und die gemeldeten Arbeitsunfälle differenziert nach Versichertenstatus dargestellt. Hier bilden die pflichtversicherten Beschäftigten mit ca. 3,7 Mio. Versicher-

Tabelle 3.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	Tage je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
Pflichtversicherte Beschäftigte	Männer	1.936	137,4	1.770,5	12,9	4,7	88,3
	Frauen	1.785	140,8	1.746,2	12,4	2,2	39,3
	Gesamt	3.721	139,0	1.758,8	12,7	3,5	64,8
davon: Teilzeitbeschäftigte	Männer	102	85,6	1.149,1	13,4	2,7	47,2
	Frauen	480	118,1	1.570,9	13,3	1,7	27,9
	Gesamt	582	112,4	1.496,9	13,3	1,9	31,3
Freiwillig versicherte Beschäftigte	Männer	527	83,6	889,9	10,6	0,9	14,7
	Frauen	124	91,7	1.000,7	10,9	0,8	12,1
	Gesamt	651	85,2	911,0	10,7	0,8	14,2
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	59	67,5	2.660,5	39,4	-	-
	Frauen	53	79,2	2.765,8	34,9	-	-
	Gesamt	111	73,0	2.710,3	37,1	-	-

ten (83%) den Großteil der BKK Mitglieder und weisen durchschnittlich knapp 17,6 Fehltage je Mitglied (+1,2 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr) auf. Der darin enthaltene Anteil der Teilzeitbeschäftigten von 582.000 Versicherten (16% der pflichtversicherten Beschäftigten) fiel aufgrund von Arbeitsunfähigkeit durchschnittlich 15,0 Tage aus dem Erwerbsleben aus (kein Unterschied zum Vorjahr).

Es ist darüber hinaus erkennbar, dass freiwillig versicherte Beschäftigte mit durchschnittlich 9,1 AU-Tagen je Mitglied (+2,4 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr) nur halb so lange krankgeschrieben sind wie die pflichtversicherten Beschäftigten.

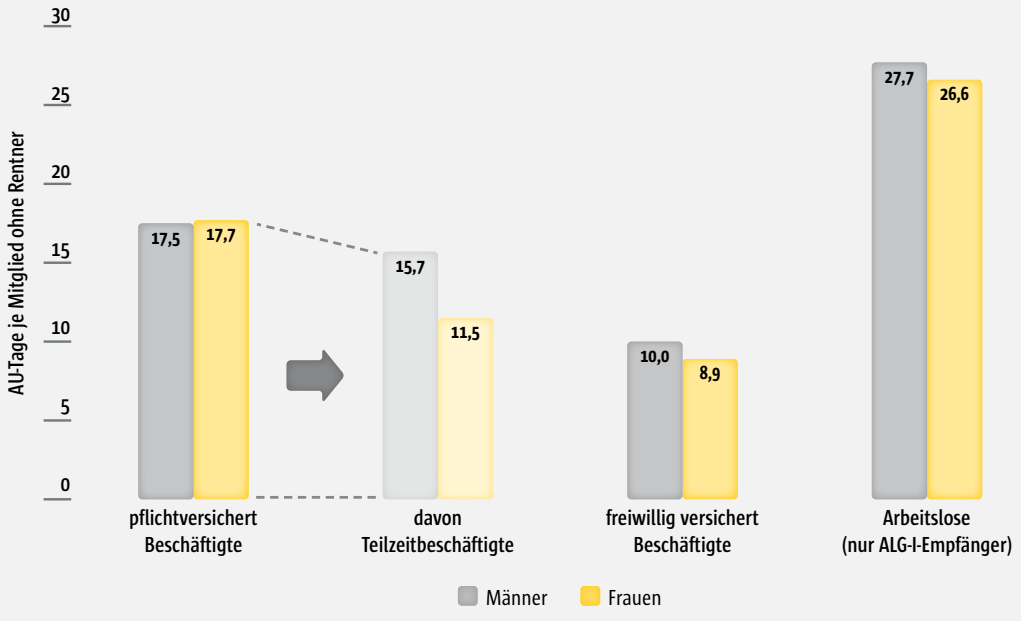
» Dies liegt möglicherweise daran, dass Versicherte mit einem höheren beruflichen Qualifikationsprofil – und einem damit häufig einhergehenden größeren beruflichen Handlungs- und Entscheidungsspielraum – sowie mit einem höheren Einkommen gesünder sind als Versicherte mit einem niedrigeren Qualifikationsprofil und einem geringeren Gestaltungsspielraum.

Die Fehlzeiten der 651.000 freiwillig versicherten Beschäftigten fallen pro AU-Fall auch deutlich kürzer (10,7 AU-Tage) im Vergleich zu den vollzeitbeschäftigten Pflichtmitgliedern mit durchschnittlich 12,7 AU-Tagen je Fall aus. Die Differenz entspricht in etwa der des letzten Jahres.

Die zahlenmäßig kleinste Gruppe der ALG-I-Empfänger (111.000 BKK Mitglieder) weist mit 27,1 AU-Tagen (+1,3 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr) die meisten Erkrankungstage je Mitglied auf. Unter Berücksichtigung der geringen Anzahl der Erkrankungsfälle (73 AU-Fälle je 100 ALG-I-Empfänger) hat die vergleichsweise lange Erkrankungsdauer von 37,1 AU-Tagen je Fall einen starken Einfluss auf die AU-Tage (-3,8 AU-Tage je Fall im Vergleich zum Vorjahr). Die Zahlen spiegeln die besonders hohe Morbidität dieser Versichertengruppe wider.

Die geschlechtsspezifische Differenz der AU-Tage innerhalb der verschiedenen Versichertengruppen wird in » Diagramm 3.7 veranschaulicht. Lediglich in der Gruppe der pflichtversicherten Beschäftigten weisen die Frauen mit 17,5 AU-Tagen (+1,5 AU-Tage in 2012) geringfügig weniger Erkrankungstage auf als die Männer mit 17,7 AU-Tagen (+0,9 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Dies gilt jedoch nicht für die in dieser Versichertenpopulation eingeschlossenen Teilzeitbeschäftigten: Hier weisen Frauen mit 15,7 AU-Tagen (+0,2 AU-Tage in 2012) deutlich mehr Erkrankungstage auf als Männer mit 11,5 AU-Tagen (-0,8 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Eine Ursache hierfür sind möglicherweise die im Bundesdurchschnitt jüngeren teilzeitbeschäftigten Männer, die seltener und kürzer arbeitsunfähig sind als die im Vergleich älteren teilzeitbeschäftigten Frauen.

Diagramm 3.7 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Bei den freiwillig Versicherten und den ALG-I-Empfängern weisen die weiblichen Mitglieder im Vergleich zum letzten Jahr ebenfalls einen deutlichen Anstieg der AU-Tage auf (freiwillig Versicherte +3,9 AU-Tage, ALG-I-Empfängerinnen +2,0 AU-Tage), sodass sie die Fehlzeiten der männlichen Versicherten übersteigen.

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Diagnosehauptgruppen

In **»** Tabelle 3.2 werden die attestierten Erkrankungstage nach verschiedenen Diagnosehauptgruppen differenziert und anhand des Versichertenstatus der BKK Mitglieder gruppiert. Ein umfassender Überblick über die Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage nach weiteren ICD-Diagnosen ist in **»** Tabelle A.1 im Anhang zu finden. Im Folgenden wird auf die drei Diagnosehauptgruppen mit dem jeweils höchsten prozentualen Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen eingegangen.

Wie bereits in den vergangenen Jahren entfallen auch im Berichtsjahr 2013 die meisten Erkrankungstage bei den pflichtversicherten BKK Mitgliedern auf die Muskel- und Skeletterkrankungen. Bei den freiwillig Versicherten treten die muskuloskelettalen Erkrankungen mit 1,8 AU-Tagen knapp hinter die

Krankheiten des Atmungssystems (1,9 AU-Tage) an zweite Stelle. Mit 4,4 AU-Tagen pro pflichtversicherten und 1,8 AU-Tagen pro freiwillig versicherten Beschäftigten (+0,1 AU-Tage bzw. +0,3 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr) machen die Muskel- und Skeletterkrankungen 25,1% bzw. 19,8% der gesamten Erkrankungstage aus. Anders als im Jahr 2012 folgten an zweiter Stelle die Krankheiten des Atmungssystems. Sie übersteigen mit 2,9 AU-Tagen bei den Pflichtversicherten und 1,9 AU-Tagen bei den freiwillig Versicherten die Erkrankungstage durch psychische Störungen um 0,5 AU-Tage je pflichtversicherten Beschäftigten bzw. 0,7 AU-Tage je freiwillig Versicherten.

Bei den ALG-I-Empfängern zeigt sich ein abweichendes Bild hinsichtlich der Verteilung der Diagnosehauptgruppen. Die mit Abstand meisten AU-Tage werden bei dieser Versichertengruppe durch psychische Störungen verursacht (8,9 AU-Tage je Mitglied; +0,6 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr), gefolgt von Muskel- und Skeletterkrankungen (7,5 AU-Tage; -0,2 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). An dritter Stelle stehen in dieser Versichertenpopulation Verletzungen und Vergiftungen (2,0 AU-Tage; +0,1 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Psychische Störungen und muskuloskelettale Erkrankungen zeichnen somit verantwortlich für über 50% der AU-Tage in dieser Versichertengruppe.

Tabelle 3.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

Diagnosehauptgruppe	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)
	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner			
Muskel- und Skeletterkrankungen	441	360	180	745
Krankheiten des Atmungssystems	293	247	188	141
Psychische Störungen	243	243	121	891
Verletzungen und Vergiftungen	203	137	91	196
Krankheiten des Verdauungssystems	92	67	54	92
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	80	64	44	46
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	78	70	40	95
Krankheiten des Kreislaufsystems	73	51	47	120
Neubildungen	65	77	47	109
Krankheiten des Nervensystems	43	41	20	84
Krankheiten des Urogenitalsystems	31	36	14	35
Krankheiten der Haut und Unterhaut	23	15	9	27
Krankheiten des Ohres	15	14	12	17
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	14	16	5	17
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12	11	7	23
Krankheiten des Auges	12	9	9	12
Gesamt	1.759	1.497	911	2.710
Diagnosehauptgruppe	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empf.)
	Anteile an allen AU-Tagen in Prozent			
Muskel- und Skeletterkrankungen	25,1	24,0	19,8	27,5
Krankheiten des Atmungssystems	16,7	16,5	20,6	5,2
Psychische Störungen	13,8	16,2	13,3	32,9
Verletzungen und Vergiftungen	11,5	9,2	9,9	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems	5,2	4,5	5,9	3,4
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,5	4,3	4,9	1,7
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	4,4	4,7	4,4	3,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,1	3,4	5,2	4,4
Neubildungen	3,7	5,2	5,2	4,0
Krankheiten des Nervensystems	2,4	2,8	2,2	3,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,7	2,4	1,6	1,3
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1,3	1,0	1,0	1,0
Krankheiten des Ohres	0,9	0,9	1,3	0,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	0,8	1,0	0,5	0,6
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,7	0,7	0,7	0,9
Krankheiten des Auges	0,7	0,6	1,0	0,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

*bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

»» Tabelle 3.3 geht im Besonderen auf die Nationalität der arbeitslosen BKK Pflichtmitglieder ein. Der prozentuale Anteil der arbeitslosen BKK Mitglieder mit ausländischer Staatsbürgerschaft (8,9%) liegt leicht höher als der Anteil der Ausländer an allen BKK Mitgliedern (6,7%). Vor diesem Hintergrund ist es interessant, mögliche Morbiditätsunterschiede zu betrachten, die unter Umständen eine Arbeitslosigkeit begünstigen und durch tätigkeits- oder berufsbedingte Belastungen hervorgerufen werden.

Generell lässt sich in der Versichertengruppe der arbeitslosen BKK Mitglieder mit ausländischer Staatsbürgerschaft eine erhöhte Zahl der AU-Fälle und -Tage im Vergleich zur gesamten BKK Versichertenpopulation mit ALG-I-Bezug feststellen. Während dieser Unterschied bei den Krankheiten des Kreislauf- und Verdauungssystems moderat ausfällt, ist er bei den Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, des Atmungssystems und bei den psychischen und Verhaltensstörungen deutlich erkennbar. Eine Ausnahme

stellen die Verletzungen und Vergiftungen dar: Hier entfallen im Vergleich durchschnittlich weniger AU-Fälle und -Tage auf ausländische BKK Mitglieder.

Wie in der o.g. Gesamtpopulation gründen sich auch bei den arbeitslosen BKK Mitgliedern mit ausländischer Staatsbürgerschaft die mit Abstand meisten AU-Tage auf psychische und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems. Obwohl die Zahl der AU-Fälle mit einer psychischen oder Verhaltensstörung je 100 ausländischen arbeitslosen Mitgliedern (10,8 AU-Fälle) in etwa der des Gesamtkollektivs (10,1 AU-Fälle je 100 arbeitslose BKK Mitglieder) entspricht, liegt die Zahl der AU-Tage in dieser Diagnosehauptgruppe mit 10,6 AU-Tagen je BKK Mitglied mit ausländischer Staatsherkunft deutlich über der aller arbeitslosen BKK Mitglieder (8,9 AU-Tage). Vor allem die arbeitslosen BKK Mitglieder aus dem ehemaligen Jugoslawien weisen nahezu doppelt so viele AU-Tage je Mitglied aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen auf

Tabelle 3.3 AU-Kennzahlen der Arbeitslosen (ALG-I) nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Staatsbürgerschaft (Berichtsjahr 2013)

Versichertengruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage	AU-Fälle	AU-Tage
	je 100 Pflichtmitglieder	je 100 Pflichtmitglieder	je Fall	(absolut)	(absolut)
Arbeitslose (ALG-I) (gesamt)					
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	15,3	744,9	48,6	17.061	829.825
Psychische und Verhaltensstörungen	10,1	890,9	87,8	11.299	992.404
Krankheiten des Atmungssystems	13,7	141,1	10,3	15.280	157.220
Verletzungen und Vergiftungen	5,2	196,2	37,8	5.777	218.603
Krankheiten des Verdauungssystems	5,8	91,9	15,7	6.508	102.368
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,6	120,0	46,4	2.880	133.661
Gesamt	73,0	2.710,3	37,1	81.346	3.019.203
Arbeitslose (ALG-I) mit ausländ. Staatsbürgerschaft					
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	20,0	785,0	39,3	1.986	78.065
Psychische und Verhaltensstörungen	10,8	1.055,0	97,3	1.078	104.920
Krankheiten des Atmungssystems	16,3	178,3	10,9	1.624	17.729
Verletzungen und Vergiftungen	4,9	168,1	34,4	486	16.720
Krankheiten des Verdauungssystems	5,9	111,6	18,8	589	11.094
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,7	121,3	44,2	273	12.064
Gesamt	85,0	2.982,2	35,1	8.456	296.578

(16,0 AU-Tage) wie die arbeitslosen BKK Mitglieder insgesamt. Aber auch türkischstämmige und südeuropäische BKK Mitglieder (aus Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) zeigen eine erhöhte Zahl von AU-Tagen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (15,0 bzw. 12,3 AU-Tage). Insgesamt führt das zu einer Verlängerung der AU-Dauer bei den ausländischen BKK Mitgliedern um 9,5 Tage je Fall (auf 97,3 AU-Tage vs. 87,8 AU-Tage).

Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen liegt zwar die Zahl der AU-Fälle bei ausländischen Arbeitslosen im Vergleich zu allen arbeitslosen BKK Mitgliedern (15,3 AU-Fälle je 100 BKK Mitglieder) mit 20,0 AU-Fällen erheblich höher. Aufgrund der deutlich geringeren Krankheitstage je Fall (39,3 vs. 48,6 AU-Tage) liegen die Fehlzeiten der ausländischen Arbeitslosen in dieser Diagnosehauptgruppe jedoch nur knapp über denen der arbeitslosen BKK Mitglieder insgesamt (785 vs. 745 AU-Tage). Vor allem türkische (23,9 AU-Fälle je 100 Mitglieder), südeuropäische (22,7 AU-Fälle) und osteuropäische BKK Mitglieder (21,5 AU-Fälle) leiden vermehrt unter muskuloskeletalen Erkrankungen. Eine mögliche Ursache für die hohe Zahl an Krankheitsfällen könnte die vermehrte körperliche Arbeit in den beschriebenen Bevölkerungsgruppen darstellen.

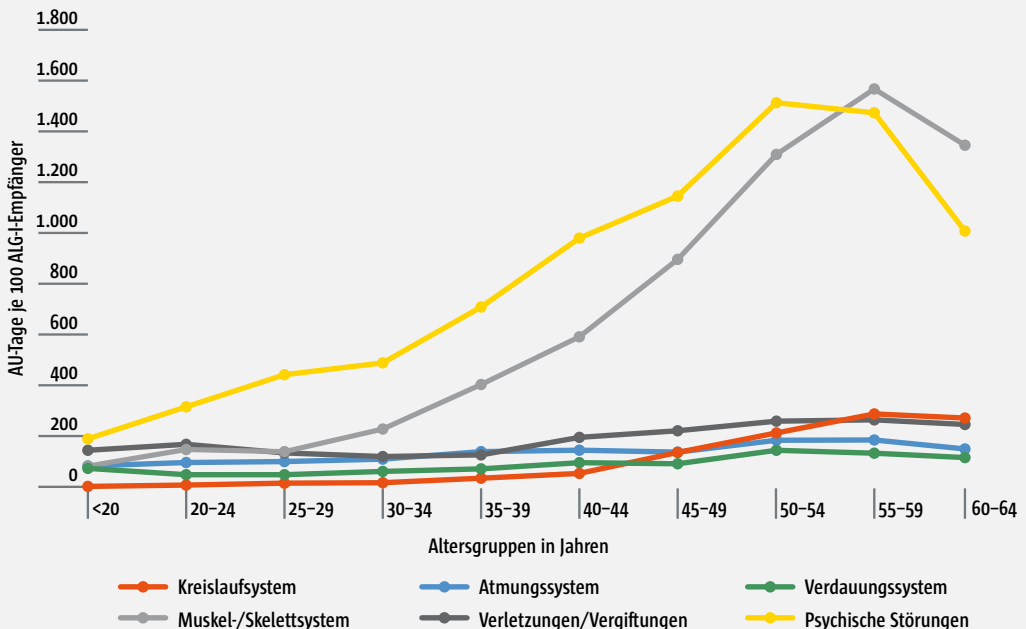
Bei der Interpretation der hier dargestellten Daten sollte berücksichtigt werden, dass sich die einzelnen Gruppen nicht allein aufgrund ihrer Nationalität unterscheiden dürften, sondern auch und vor allem hinsichtlich soziodemografischer Merkmale wie berufliche Tätigkeit, Bildung, Alter, Einkommen und Ähnliches.

All diese Faktoren wirken sich auf das Krankheitsgeschehen aus. Der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit wird in » Kapitel 4 ausführlich dargestellt, in dem das Krankheitsgeschehen nach Wirtschaftsgruppen beleuchtet wird.

Auf die besonderen Bedürfnisse psychisch Erkrankter gehen Herr Dr. Thormählen und Frau Erdweg » Schwerpunkt Praxis) in ihrer Vorstellung eines innovativen Konzeptes der wohnortnahen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Schwerpunkt Praxis und Wirtschaft ein und auch das folgende Kapitel widmet sich im Besonderen der Krankheitslast ALG-I-Empfänger in Abhängigkeit vom Alter.

» Diagramm 3.8 bildet die Fehlzeiten der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und ausgewählten Diagnosehauptgruppen ab. Einen besonders auffälligen Krankheitsverlauf über das Alter neh-

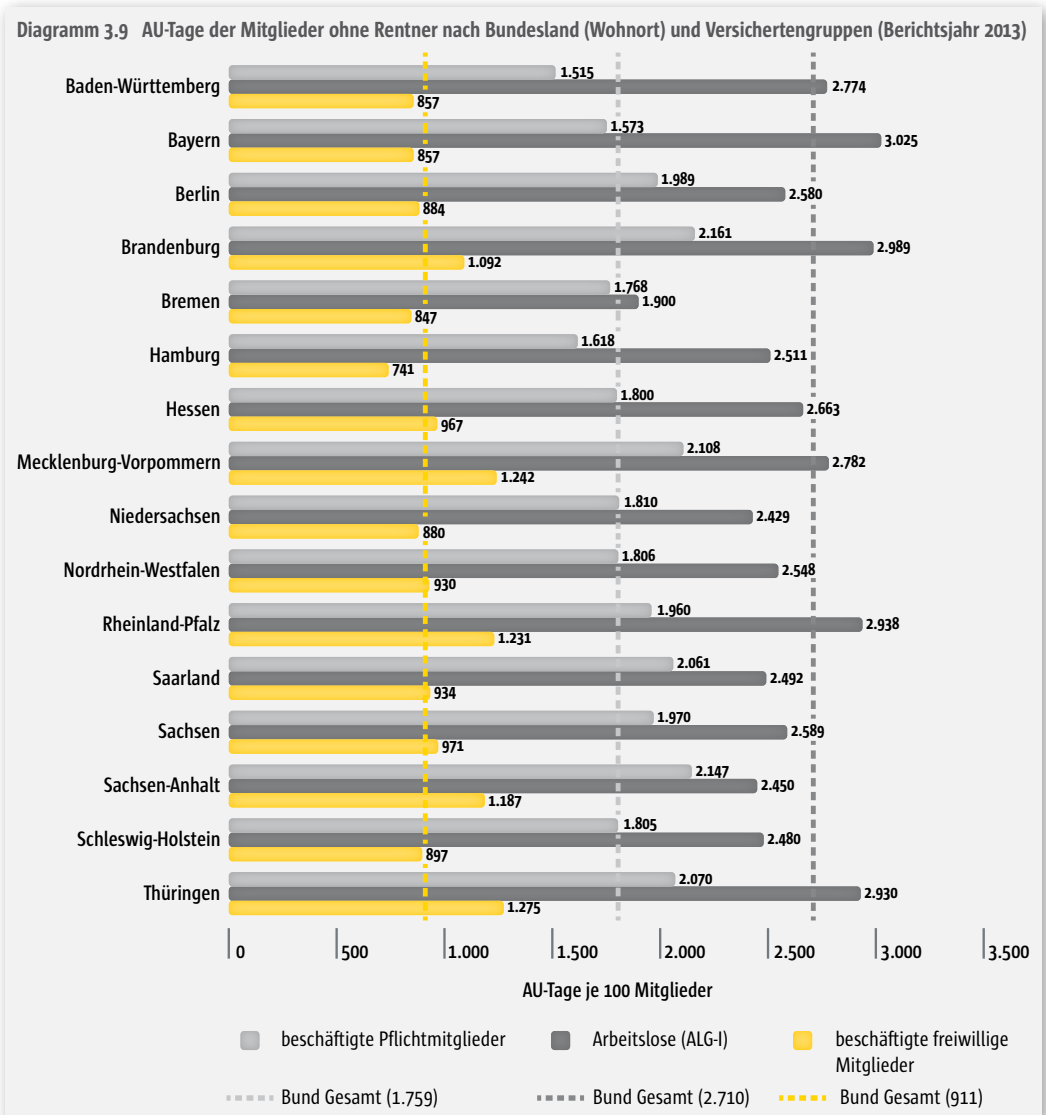
Diagramm 3.8 AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



men – wie bereits im letzten Kapitel zu erkennen – zum einen Muskel- und Skeletterkrankungen und zum anderen psychische Störungen. Für die psychischen Störungen zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Erkrankungstage ab der jüngsten Altersklasse der unter 20-Jährigen mit 2,0 AU-Tagen je ALG-I-Empfänger (+1,3 AU-Tag im Vergleich zum Vorjahr) bis hin zur Altersklasse der 50- bis 54-jährigen BKK Mitglieder mit 15,1 AU-Tagen (+3,0 AU-Tag im Vergleich zum Vorjahr). Ab einem Alter von 55 Jahren sinkt die Zahl der psychisch bedingten AU-Tag bei

ALG-I-Empfängern zunächst leicht auf 14,7 AU-Tag und ab 60 Jahren stark auf 10,1 AU-Tag, was durch die zeitliche Nähe zur Verrentung begründet sein kann.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den muskuloskelettalen Erkrankungen ab. Während in der Altersklasse der unter 20-jährigen BKK Mitglieder 0,8 AU-Tag (+0,6 AU-Tag im Vergleich zum Vorjahr) je ALG-I-Empfänger attestiert werden, steigt diese Zahl auf bis zu 15,6 AU-Tag in der Gruppe der 55- bis 59-jährigen (-0,5 AU-Tag) und sinkt ab



einem Alter von 60 Jahren wieder auf 13,4 AU-Tage (+0,8 AU-Tage).

Auch bei den übrigen abgebildeten Diagnosegruppen (Erkrankungen des Verdauungs-, Kreislauf- und Atmungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen) lassen sich mit steigendem Alter Zunahmen der Fehlzeiten beobachten.

Regionales Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Versichertenstatus

» Diagramm 3.9 zeigt das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Versichertenstatus in den einzelnen Bundesländern. Es wird deutlich, dass sich die Bundesländer zwar in der absoluten Menge der AU-Tage in den jeweiligen Versichertengruppen unterscheiden, die Rangfolge der Gruppen – nach der auf sie entfallenden Anzahl an AU-Tagen – ist jedoch überall gleich. Am wenigsten Fehltageweisen die beschäftigten freiwilligen Mitglieder auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern. Am meisten AU-Tage werden den arbeitslosen BKK Mitgliedern attestiert.

Bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern variieren die Fehltageweisen zwischen 7,4 AU-Tagen je Mitglied in Hamburg (8,5 AU-Tage in Bremen, 8,6 AU-Tage in Bayern und Baden-Württemberg) und 12,8 AU-Tagen in Thüringen (12,4 AU-Tage in Mecklenburg-Vorpommern, 12,3 AU-Tage in Rheinland-Pfalz).

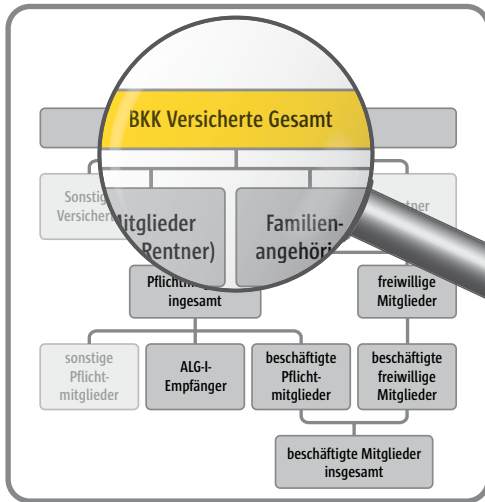
Beschäftigte Pflichtmitglieder fehlen durchschnittlich fast doppelt so lange wie beschäftigte freiwillige Mitglieder (17,6 AU-Tage zu 9,1 AU-Tage). In den ostdeutschen Bundesländern erreichen die Fehlzeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder mehr

als 20 AU-Tage – mit Ausnahme von Sachsen, wo der Durchschnitt mit 19,7 AU-Tagen knapp darunter liegt. Westdeutsche beschäftigte Pflichtmitglieder sind durchschnittlich 17,7 Tage im Jahr 2013 arbeitsunfähig. Die wenigsten Fehltageweisen Baden-Württemberg und Bayern mit 15,2 bzw. 15,7 AU-Tagen je Mitglied auf, gefolgt von Hamburg mit 16,2 AU-Tagen je Mitglied. Brandenburg (21,6 AU-Tage), Sachsen-Anhalt (21,5 AU-Tage) und Mecklenburg-Vorpommern (21,1 AU-Tage) sind die Bundesländer mit den meisten AU-Tagen bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern.

Aus den Daten wird deutlich, dass die beschäftigten freiwilligen Mitglieder im Saarland zwar kaum mehr AU-Tage aufweisen (9,3 AU-Tage) als der westdeutsche Durchschnitt (9,1 AU-Tage), die beschäftigten Pflichtmitglieder erreichen dagegen jedoch deutlich mehr Fehltageweisen (20,6 AU-Tage, Westdeutschland 17,7 AU-Tage). Damit liegen die Fehlzeiten in etwa auf dem Niveau der neuen Bundesländer (20,7 AU-Tage). Die erhöhte Morbidität der saarländischen Pflichtmitglieder könnte möglicherweise mit dem hohen Anteil der Beschäftigten in der metallverarbeitenden Industrie in Zusammenhang stehen, die 41,2% dieser Versichertengruppe ausmachen (» Kapitel 4).

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage weisen über alle Bundesländer hinweg die Arbeitslosen mit bis zu 30,2 bzw. 29,9 AU-Tagen je Mitglied (Bayern bzw. Brandenburg) auf. An dritter Stelle folgt Rheinland-Pfalz mit 29,4 AU-Tagen. Am wenigsten AU-Tage (19,0) entfallen auf die Arbeitslosen in Bremen, gefolgt von Niedersachsen mit 24,3 AU-Tagen und Sachsen-Anhalt mit 24,5 AU-Tagen je Mitglied.

3.2 Ambulante ärztliche Versorgung



- Frauen erhalten häufiger eine ambulante Diagnose als Männer (94,1% versus 87,8%).
- Arbeitslose erhalten deutlich seltener ambulante Diagnosen als Beschäftigte und Familienangehörige (69,2% zu 87,8% bzw. 89,2%), leiden aber vermehrt an psychischen Störungen.
- Bei Beschäftigten werden meist Krankheiten des Atmungssystems und des Muskel- und Skelettsystems ambulant diagnostiziert.
- Ostdeutsche Bundesländer weisen für alle Versichertengruppen den geringsten Anteil an BKK Versicherten mit einer ambulanten Diagnose auf.
- Die höchsten Werte weist beim Anteil der ambulanten Diagnosen für alle Versichertengruppen das Saarland auf.

» Kapitel 3.2 beschäftigt sich mit den in ambulanter Behandlung gestellten Diagnosen der niedergelassenen Ärzte, gruppiert nach den Diagnosehauptgruppen. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeits-

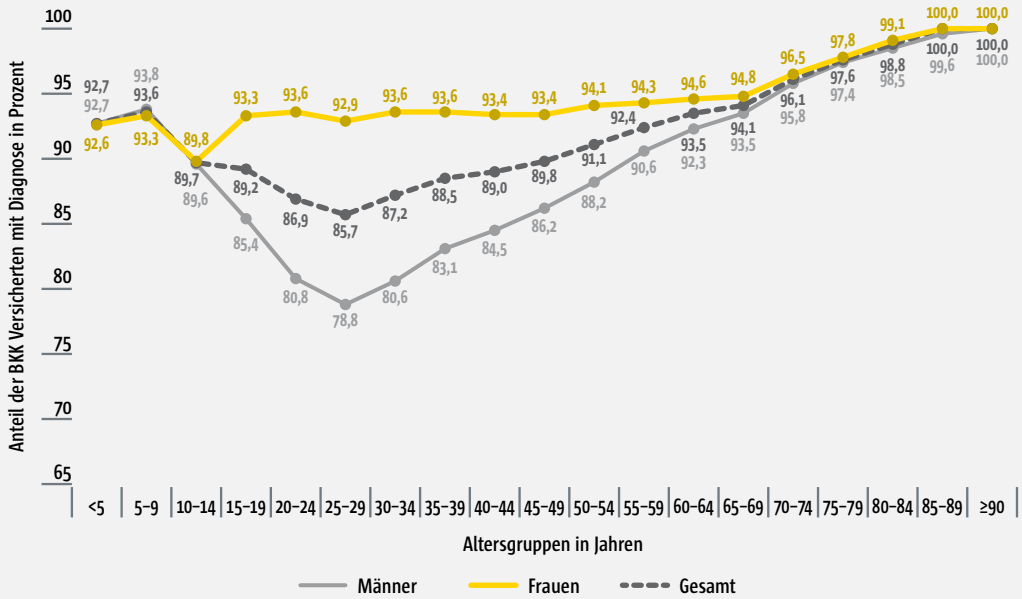
daten resultiert aus den ambulant dokumentierten Diagnosen nicht zwingend eine Krankschreibung. Auch präventive und diagnostische Maßnahmen werden über ambulante Diagnosen abgebildet.

Die Diagramme und Tabellen des folgenden Kapitels basieren auf Daten von 9,3 Mio. BKK Versicherten. Die Auswertungen berücksichtigen neben den BKK Pflichtmitgliedern und freiwillig Versicherten auch die Nicht-Erwerbstätigen und Rentner sowie die mitversicherten Kinder und Jugendlichen. Im Folgenden werden ausschließlich die Anteile der Versicherten dargestellt, die mindestens einmal im Laufe des Berichtsjahres 2013 eine ICD-Diagnose erhalten haben. Patienten, bei denen eine bestimmte Diagnose innerhalb des Kalenderjahres mehrfach dokumentiert wurde, werden bezogen auf diese Diagnose nur einmal berücksichtigt. Zur besseren Lesbarkeit und schnelleren Erfassung der Inhalte werden die jeweiligen prozentualen Anteile betrachtet.

Ambulante Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Während in » Kapitel 2 vor allem auf häufige ICD-Einzeldiagnosen des ambulanten Krankheitsgeschehens eingegangen wird, beziehen sich die Aussagen im Folgenden allen voran auf die häufigsten Diagnosehauptgruppen, differenziert nach Alter und Geschlecht der Versicherten. » Diagramm 3.10 zeigt die prozentualen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose an allen Versicherten nach Geschlecht und in Abhängigkeit des Alters. Es wird deutlich, dass die Anteile beider Geschlechter mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-jährigen nahezu identisch sind. Der relativ hohe Anteil der Kinder und Kleinkinder mit mindestens einer ambulant-ärztlichen Konsultation (92,7% bei den unter 5-jährigen und 93,6% bei den 5- bis 9-jährigen) ist durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und

Diagramm 3.10 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Impfungen begründet. In der Altersklasse der 10- bis 14-jährigen erhalten durchschnittlich 89,7% im Jahr 2013 eine ambulante Diagnose.

Bei den Frauen liegt der Anteil mit mindestens einer ambulanten Diagnose zwischen 15 und 69 Jahren stetig auf einer Höhe (zwischen 93 bis 94%), demnach befinden sich Frauen kontinuierlich in ärztlicher Betreuung, u. a. aufgrund geschlechtsspezifischer Vorsorgemaßnahmen und der Verordnung von Kontrazeptiva. Bei den männlichen Versicherten sinkt der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose mit 78,8% auf den geringsten Anteil in der Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen und steigt dann kontinuierlich auf bis zu 100% in der Altersklasse der über 90-Jährigen.

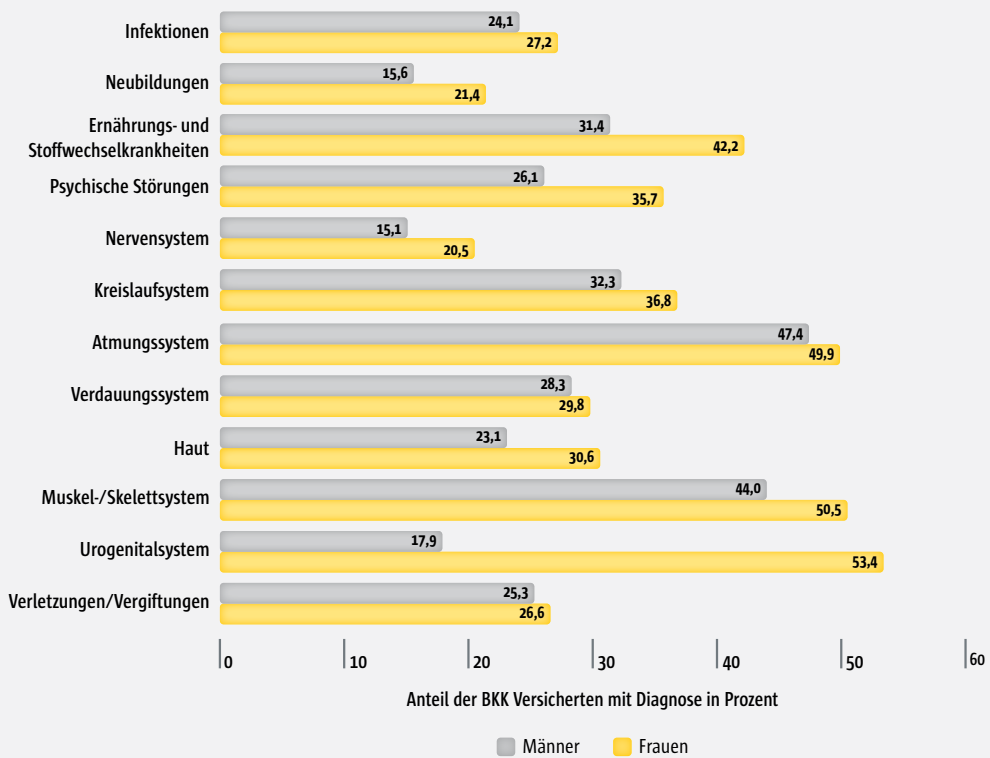
Ambulante Diagnosen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen

» Diagramm 3.11 zeigt den Anteil der BKK Versicherten mit ambulanten Diagnosen in ausgewählten Diagnosehauptgruppen, differenziert nach Geschlecht. In allen dargestellten Diagnosehauptgruppen ist der Anteil der Versicherten mit einer ambulanten Diagnose bei den Frauen größer als bei den Männern. Während bei über der Hälfte (53,4%) aller Frauen eine Erkrankung des Urogenital-

systems diagnostiziert wird, wird eine entsprechende Diagnose aus dieser Diagnosehauptgruppe nur bei 17,9% der Männer festgestellt. In dieser Diagnosehauptgruppe erkranken – vergleichbar zum Vorjahr – 25,0% der Frauen an sonstigen nichtentzündlichen Krankheiten der Vagina (ICD-Code N89), 12,7% an klimakterischen Störungen (N95) und 9,6% der Frauen suchen aufgrund von Schmerzen und anderen Zuständen im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und des Menstruationszyklus (N94) einen Arzt auf. Auch bei den Männern entspricht die Verteilung der Einzeldiagnosen der des Vorjahres: Die häufigsten Einzeldiagnosen der männlichen Versicherten bilden allen voran die Prostatahyperplasie (ICD-Code N40; 8,3%) und mit nur 2,5% weit dahinter die sonstigen Krankheiten des Harnsystems (N32). » Kapitel 2.2 geht detailliert auf weitere ambulante Einzeldiagnosen und Geschlechterdifferenzen ein.

Bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie bei den psychischen und Verhaltensstörungen tritt ebenfalls eine deutliche Geschlechterdifferenz von jeweils ca. 10 Prozentpunkten zutage. Die häufigste stoffwechselphysiologische Einzeldiagnose bildet bei beiden Geschlechtern die Störung des Lipoproteinstoffwechsels und sonstiger Lipidämien (E78; 17,6% der männlichen Versicherten und 16,3% der weiblichen Versicherten). Bei den männlichen Versicherten folgen die Fälle mit einem Typ-2-Diabetes

Diagramm 3.11 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



(E11; 7,8%). Frauen leiden häufiger an einer *nichttoxischen Struma* (E04; 10,9%) und *Adipositas* (E66; 9,8%). Im Bereich der psychischen Störungen treten bei beiden Geschlechtern gleichermaßen am häufigsten *depressive Episoden* (F32) auf (12,6% der weiblichen Versicherten, 6,3% der männlichen Versicherten), gefolgt von *somatiformen Störungen* (F45; 12,0% der Frauen, 5,6% der Männer).

Mit 50,5% treten auch ambulante Diagnosen aus dem Krankheitsspektrum des Muskel- und Skelettsystems bei über der Hälfte der weiblichen Versicherten auf und werden mit 44,0% auch bei den männlichen Versicherten häufig diagnostiziert. Bei den AU-begründenden Diagnosen ist die geschlechtergetrennte Verteilung umgekehrt, die männlichen Mitglieder weisen mit 25,5 AU-Fällen je 100 Pflichtmitglieder deutlich mehr AU-Fälle aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auf als die weiblichen (18,2 AU-Fälle). Einer der Gründe für dieses scheinbar widersprüchliche Bild ist möglicherweise die Diagnose *Osteoporose ohne pathologische Fraktur* (M81), von der 19,7%

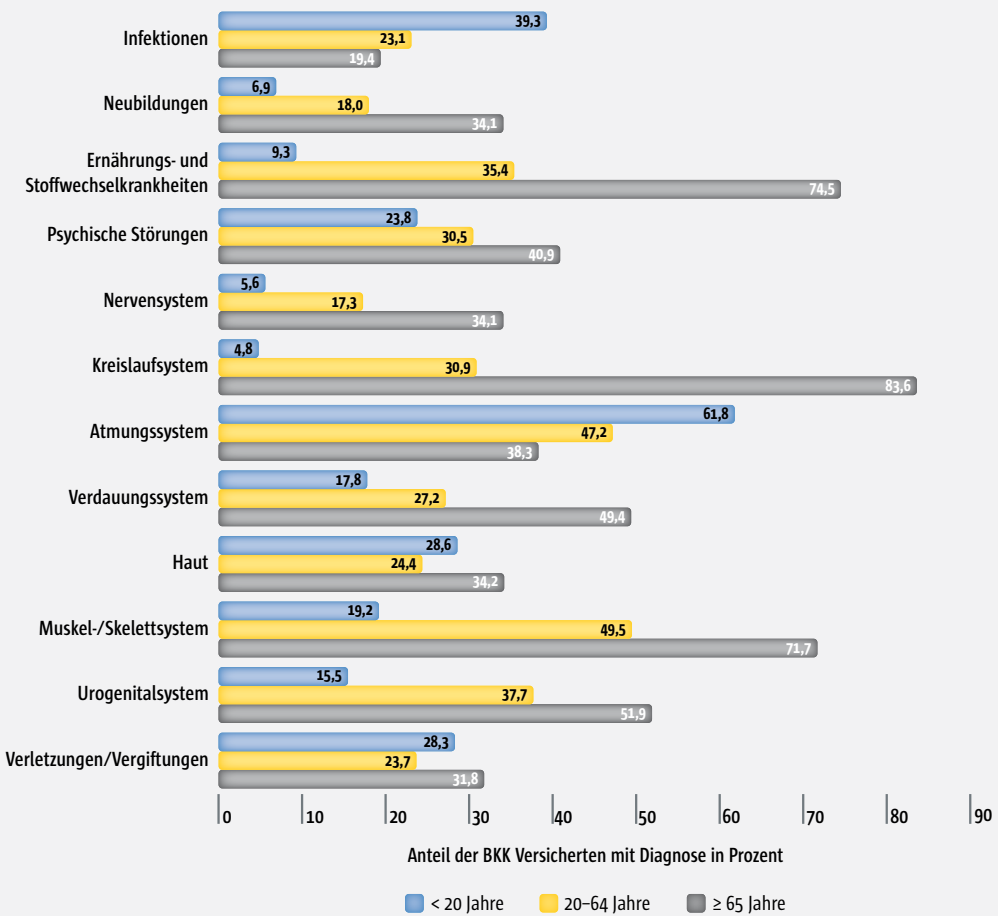
der Frauen über 64 Jahre betroffen sind. Da diese Erkrankung vorwiegend in höherem Alter auftritt, hat sie kaum Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, führt aber unter den weiblichen BKK Versicherten zu einem höheren Anteil an Personen mit ambulanter ICD-Diagnose.

Demgegenüber weisen die Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems und auch die Diagnosehauptgruppe der Verletzungen und Vergiftungen nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede auf.

Ambulante Diagnosen nach Alter und Diagnosehauptgruppen

Das **»»»** Diagramm 3.12 differenziert die BKK Versicherten mit einer ambulanten Diagnose aus einer bestimmten Diagnosehauptgruppe nach Altersgruppen. Bei den meisten Diagnosehauptgruppen steigt der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose mit

Diagramm 3.12 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



dem Alter (teils erheblich) an. Die größten altersbedingten Anstiege der Erkrankungshäufigkeit weisen die Krankheiten des Kreislaufsystems, des Ernährungs- und Stoffwechsels und des Muskel- und Skelettsystems auf. Hierbei zeigen sich verschiedene im Alter stärker vertretene Einzeldiagnosen ursächlich.

Beispielsweise steigen im Bereich der Kreislaufkrankungen die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose von 4,8% bei den unter 20-Jährigen auf bis zu 83,6% bei den Versicherten über 65 Jahre an. In dieser Diagnosegruppe tritt die *Hypertonie* (I10) nur bei 19,3% der 20- bis 65-jährigen Versicherten auf. Ab einem Alter von 65 Jahren leiden 70,2% der BKK Versicherten an *Bluthochdruck* (I10).

Die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems steigen mit dem Alter von 19,2% in der jüngsten Ver-

sichertengruppe auf 71,7% in der Altersklasse der über 65-Jährigen an. Die Diagnose *Rückenschmerzen* (M54) erhalten beim niedergelassenen Arzt 34,7% der Versicherten über 65 Jahren, während nur 4,2% der unter 20-Jährigen und 27,0% der 20- bis 65-jährigen diese Diagnose aufweisen.

Auch die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten zeigen ein ähnliches Bild mit einem altersbedingten Anstieg von 9,3% auf 74,5%. Unter die Stoffwechselkrankheiten, die im Alter (über 65 Jahre) vermehrt auftreten, fallen die *Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien* (E78; 47,0%), *Typ-2-Diabetes* (E11; 26,8%) und *Adipositas* (E66; 14,8%), im Vergleich zu 14,2%, 4,4% bzw. 8,5% bei den 20- bis 65-Jährigen. Zahlreiche ernährungs- und stoffwechselphysiologische Erkrankungen haben kaum Ein-

fluss auf das AU-Geschehen, da sie in der Regel durch geeignete (medikamentöse) Behandlungsmöglichkeiten keinen Arbeitsausfall verursachen. Folgekrankheiten, die z.B. aus einer Erhöhung der Blutzuckerwerte resultieren und eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würden, treten meist erst auf, wenn die Betroffenen bereits verrentet sind.

Auch bei den psychischen und Verhaltensstörungen steigt der prozentuale Anteil der Versicherten mit einer ambulanten Diagnose mit dem Alter um nahezu das Doppelte an. Während bei den unter 20-jährigen BKK Versicherten 23,8% eine psychische oder Verhaltensstörung aufweisen, ist dies bei 30,5% der 20- bis 65-Jährigen und 40,9% der über 65-Jährigen der Fall. Vor allem die weiblichen Versicherten dieser Altersgruppe leiden vermehrt an *depressiven Episoden* (F32; 19,8%) und *somatoformen Störungen* (F45; 14,5%). Bei den männlichen Versicherten betrifft dies nur 9,9% bzw. 8,3%.

Ein umgekehrtes Verteilungsmuster zeigt sich bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen. In diesen Krankheitsgruppen sind die jungen BKK Versicherten weit häufiger von einer ambulanten Diagnosestellung betroffen als die älteren. Während 33,8% der unter 20-Jährigen mindestens einmal im Jahr 2013 die ambulante Diagnose einer *akuten Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege* (J06) erhalten und bei weiteren 12,1% eine *akute Bronchitis* (J20) und bei 10,3% eine *akute Tonsillitis* (J03) diagnostiziert wird, werden diese Atemwegsinfektionen bei den 20- bis 65-Jährigen seltener diagnostiziert (19,2%, 7,1% und 3,7%). Bei den über 65-Jährigen sinken die Diagnosehäufigkeiten der drei genannten Atemwegsinfektionen weiter. In den Vordergrund rücken mit fortgeschrittenem Alter *sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheiten* (J44; 11,1%).

Ebenso nimmt die Zahl der Magen-Darm-Infekte im Laufe des Lebens ab. Hier sind 9,5% der unter 20-Jährigen, 6,7% der 20- bis 65-Jährigen und 2,4% der über 65-Jährigen betroffen. Bei diesen Diagnosehäufigkeiten lässt sich allerdings nicht ausschließen, dass sie ein unterschiedliches Konsultationsverhalten der Versicherten widerspiegeln.

Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten der Haut treten hingegen vor allem bei den Versicherten unter 20 und dann wieder bei den ab 65-Jährigen vermehrt auf. Während bei den über 65-jährigen männlichen und weiblichen Versicherten vor allem die ambulante Diagnose *sonstige Dermatitis* (L30; 10,3% bzw. 10,2%) gestellt wird, erhalten die meisten jugendlichen Versicherten die Diagnose eines *atopischen Ekzems* (L20; männliche Versicherte

7,9%; weibliche Versicherte 8,3%). Entsprechende Diagnosen erhalten nur 5,2% (*sonstige Dermatitis*) bzw. 2,3% (*atopisches Ekzem*) der männlichen und 6,7% (*sonstige Dermatitis*) bzw. 4,1% (*atopisches Ekzem*) der weiblichen Versicherten zwischen 20 und 65 Jahren. Die Altersverteilung weist darauf hin, dass sich Krankheiten wie das *atopische Ekzem* (Neurodermitis) mit dem Alter „auswachsen“, wohingegen andere Krankheiten erst im fortgeschrittenen Alter auftreten, wenn die Haut altersbedingt empfindlicher wird.

Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus und Geschlecht

Die folgenden Kapitel differenzieren das ambulante Versorgungsgeschehen hinsichtlich der sozialen Lage der BKK Versichertenpopulation anhand des Versichertenstatus. Es werden die beschäftigten BKK Mitglieder, die Arbeitslosen sowie die mitversicherten Familienangehörigen (Kinder und Ehepartner) einander gegenübergestellt.

Aus **III** Tabelle 3.4 wird ersichtlich, dass sich im Jahr 2013 über 90% der BKK Versicherten mindestens einmal in eine ambulante ärztliche Behandlung geben und eine Diagnose erhalten. Dabei ist der An-

Tabelle 3.4 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Versicherten- gruppe	Geschlecht	Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Alle Versicherten	Männer	87,8
	Frauen	94,1
	Gesamt	90,9
davon sind:		
Beschäftigte	Männer	83,9
	Frauen	92,8
	Gesamt	87,8
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	63,2
	Frauen	76,2
	Gesamt	69,2
Familien- angehörige	Männer	86,9
	Frauen	90,8
	Gesamt	89,2

teil bei den weiblichen Versicherten mit 94,1% deutlich höher als bei den männlichen mit 87,8%. Der Anteil der in ambulanter Behandlung befindlichen Arbeitslosen fällt im Jahr 2013 mit 69,2% um etwa 20 Prozentpunkte geringer aus als der Anteil der ambulant behandelten Beschäftigten und Familienangehörigen. Im Vergleich zum letzten Jahr steigt der Anteil aller Versicherten mit mindestens einer ambulanten Diagnose leicht an (1,1 Prozentpunkte).

Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus und Diagnosehauptgruppen

Wie in ►► Tabelle 3.5 deutlich wird, erhalten fast die Hälfte der BKK Versicherten einmal im Jahr 2013 die Diagnose einer Atemwegserkrankung. Während diese Diagnosehauptgruppe bei nur knapp 30% der Arbeitslosen dokumentiert wird, stellt sie bei den beschäftigten Mitgliedern mit 48,3% und den Familienangehörigen mit 53,0% die am häufigsten ambulant diagnostizierte Diagnosegruppe dar. Eine Ursache hierfür ist, dass Atemwegserkrankungen bei Versicherten unter 20 Jahren häufiger diagnostiziert werden als bei älteren Versicherten. Bei 33,8% aller Ver-

sicherten unter 20 Jahren wird im Berichtsjahr 2013 eine akute Entzündung der oberen Atemwege diagnostiziert (6,0% bei den Versicherten über 65 Jahren), 12,1% erleiden eine akute Bronchitis (5,6% bei den über 65-Jährigen). Diese Versichertenpopulation dürfte vor allem in der Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder und Familienangehörigen wiederzufinden sein.

Vergleichsweise hoch fällt in der Gruppe der Familienangehörigen auch der Anteil der Versicherten mit ambulant diagnostizierten Infektionen aus (31,9%). Die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen lässt aber nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen, da Kinder und Jugendliche mit den genannten Beschwerden eventuell häufiger einen Arzt aufsuchen als Erwachsene.

An zweiter Stelle stehen bei der Gesamtpopulation der BKK Versicherten die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Diese verursachten im letzten Jahr mit 45,9% die meisten ambulanten ICD-Diagnosen und werden dieses Jahr bei 47,3% der BKK Versicherten durch einen niedergelassenen Arzt diagnostiziert. Hier ist der Anteil der beschäftigten Mitglieder mit einer muskuloskelettalen Erkrankung mit 47,8% allerdings wesentlich höher als bei den

Tabelle 3.5 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)

Diagnosehauptgruppe	Versicherte insgesamt	davon		
		beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Familienangehörige
	Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent			
Krankheiten des Atmungssystems	48,6	48,3	29,7	53,0
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	47,3	47,8	35,9	27,4
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	36,8	32,2	26,4	19,3
Krankheiten des Urogenitalsystems	35,7	33,9	23,1	26,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	34,5	28,2	23,2	13,9
Psychische und Verhaltensstörungen	30,9	27,0	32,2	25,6
Krankheiten des Verdauungssystems	29,0	25,6	20,8	20,1
Krankheiten der Haut	26,8	22,8	16,0	27,3
Verletzungen, Vergiftungen	25,9	22,6	16,7	25,7
Infektionen	25,6	23,3	14,8	31,9
Neubildungen	18,5	16,7	9,4	10,8
Krankheiten des Nervensystems	17,8	15,3	14,9	9,4

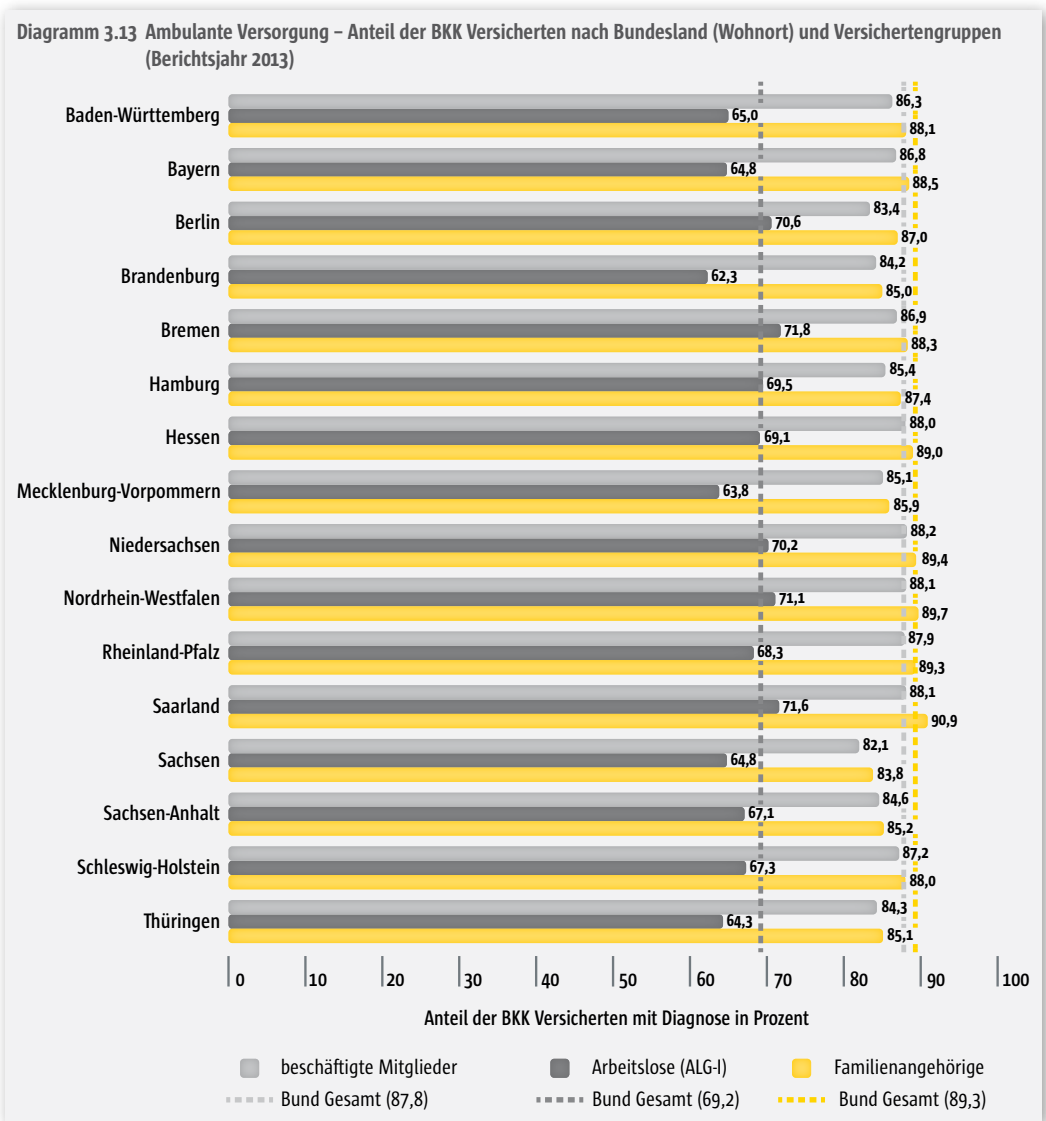
Arbeitslosen mit 35,9% und den Familienangehörigen mit 27,4%. 26,4% der 20- bis 65-Jährigen weist die Diagnose Rückenschmerz (M54) auf, was ein Hinweis auf beschäftigungsbedingte Erkrankungsfaktoren wie körperliche Belastung oder ergonomische Probleme sein kann.

Die ambulant diagnostizierten psychischen Erkrankungen nehmen im Jahr 2013 bei den Arbeitslosen mit 32,2% den zweiten Platz, bei den beschäftigten Mitgliedern mit 27,0% den sechsten und bei den Angehörigen mit 25,6% den siebten Platz ein.

Wie bereits im Vorjahr verdeutlicht die vorangestellte Position der psychischen Erkrankungen an zweiter Stelle bei den nicht-erwerbstätigen Versicherten die Relevanz dieser Diagnosehauptgruppe.

Regionale ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus

» Diagramm 3.13 zeigt für alle Bundesländer die Versichertenanteile mit mindestens einer ambulanten



ten Diagnose nach Versichertenstatus. In allen Bundesländern zeigt sich die gleiche Rangfolge der Versichertenanteile über die Versichertengruppen: Familienangehörige erhalten am häufigsten eine ambulante Diagnose, dicht gefolgt von den beschäftigten Mitgliedern. Der Anteil der arbeitslosen BKK Versicherten mit mindestens einer ambulanten Diagnose liegt um durchschnittlich fast 20 Prozentpunkte unter dem der übrigen Versichertengruppen.

In der Gruppe der Beschäftigten weisen die östlichen Bundesländer durchschnittlich geringere Versichertenanteile mit mindestens einer Diagnose eines niedergelassenen Arztes auf (Bund Ost: 84,0% mit Diagnose; Bund West: 87,3% mit Diagnose). Auch bei den Arbeitslosen und Familienangehörigen zeigt sich ein ähnliches Bild: In beiden Versichertenpopulationen werden in den ostdeutschen Bundesländern bei einem geringeren Anteil der Versicherten ambulante Diagnosen gestellt als in den westdeutschen Bundesländern (Arbeitslose in den ostdeutschen Bundesländern: 65,5% im Vergleich zu 68,9% in den westdeutschen Bundesländern; Familienangehörige in den ostdeutschen Bundesländern: 83,3% im Vergleich zu 89,0% in den westdeutschen Bundesländern).

Den größten Anteil an beschäftigten Mitgliedern mit einer ambulanten Diagnose weist Niedersachsen mit 88,2% auf, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und dem Saarland mit jeweils 88,1% und Hessen mit

88,0%. Am wenigsten ambulante Diagnosen erhalten die beschäftigten BKK Mitglieder in Sachsen (82,1%), Berlin (83,4%) und Brandenburg (84,2%).

In der Gruppe der Arbeitslosen zeigt Bremen mit 71,8% den größten Anteil Versicherter mit einer ambulanten Diagnose, gefolgt vom Saarland (71,6%) und Nordrhein-Westfalen (71,1%). Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen bilden hingegen die Bundesländer mit den kleinsten Anteilen an Arbeitslosen mit mindestens einer ambulanten Diagnose (62,3%, 63,8% und 64,3%).

Im Jahr 2013 erhalten im Saarland mehr als neun von zehn Familienangehörigen mindestens eine ambulante Diagnose. Auch in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen beträgt der Anteil der versicherten Familienangehörigen mit einer Diagnose knapp 90% (89,7% bzw. 89,4%). Am wenigsten ambulante Diagnosen erhalten die Familienangehörigen in Sachsen (83,8%), Brandenburg (85,0%) und Thüringen (85,1%).

Das Saarland weist über alle Versichertengruppen am meisten ambulante Diagnosen auf. Dies entspricht auch dem regionalen Ordnungsverhalten: Sowohl saarländische Beschäftigte, aber auch Arbeitslose und vor allem die Familienangehörigen erhalten verhältnismäßig viele verschreibungspflichtige Arzneimittel (III Kapitel 3.3). Die beschäftigten BKK Pflichtmitglieder des Saarlands weisen darüber hinaus wesentlich mehr AU-Tage auf als der westdeutsche Durchschnitt (III Kapitel 3.1).

3.3 Arzneimittelverordnungen

- Fast 90% der versicherten Kinder erhalten im Jahr 2013 mindestens ein Medikament.
- Weibliche BKK Versicherte bekommen mehr Arzneimittel verschrieben als männliche Versicherte.
- Deutlich mehr verordnete Arzneimittel-Tagesdosen bei arbeitslosen BKK Versicherten (ca. 400 DDD) als bei übrigen Versichertengruppen (Beschäftigte ca. 270 DDD; Familienangehörige ca. 196 DDD)
- Insgesamt weist Baden-Württemberg die wenigsten (368 DDD) und Sachsen-Anhalt die meisten (630 DDD) Arzneimittelverordnungen auf.
- Rheinland-Pfalz hat sowohl bei den Arbeitslosen (446 DDD) als auch bei den Familienangehörigen (254 DDD) die höchsten Arzneimittel-Tagesdosen im Bundeslandvergleich.

» Kapitel 3.3 beschäftigt sich mit der Arzneimittelversorgung der BKK Versicherten. Als Grundlage dient das international etablierte anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC), das eine Zuordnung der Arzneistoffe zu einem bestimmten ATC-Code ermöglicht. Der jeweilige Buchstabe am Anfang eines ATC-Codes weist dabei auf eine der 14 Hauptgruppen hin, die das entsprechende Organ oder System abbilden, auf die das Arzneimittel seine Wirkung entfaltet. Das vorliegende Kapitel beschränkt sich auf die Darstellung der ATC-Hauptgruppen, da eine differenzierte Aufschlüsselung der im Jahr 2013 verordneten Arzneimittel bereits in » Kapitel 2 erfolgt. Analog den Darstellungen der ambulanten Diagnosen werden in den folgenden Diagrammen anteilig die BKK Versicherten dargestellt, denen mindestens einmal im Berichtsjahr 2013 ein Medikament aus einer der 14 ATC-Hauptgruppen verschrieben wird. Zur besseren Lesbarkeit und schnelleren Erfassung der Inhalte werden die jeweiligen prozentualen Anteile der Versicherten mit Arzneimittelverordnung betrachtet.

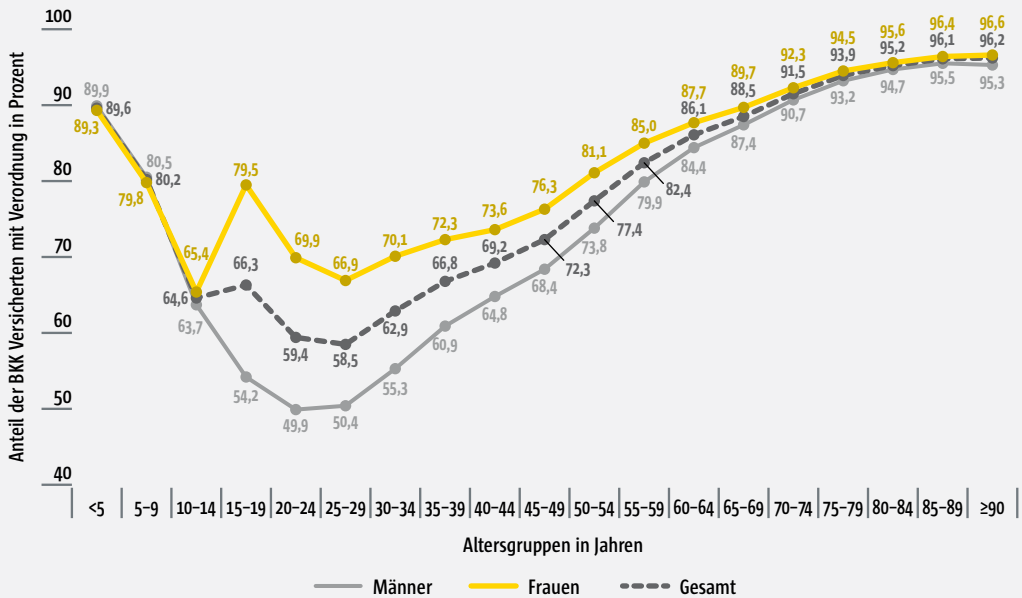
Auch in diesem Kapitel liegt den folgenden Darstellungen nahezu die gesamte BKK Versichertengemeinschaft mit 9,3 Mio. Versicherten zugrunde.

Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Der Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung variiert in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts. So zeigt » Diagramm 3.14, dass die Verschreibungshäufigkeit von Arzneimitteln bei Kleinkindern und Kindern bis zu einem Alter von 14 Jahren bei beiden Geschlechtern nahezu identisch ist und von durchschnittlich 89,6% der unter 5-jährigen auf 64,6% der 10- bis 14-jährigen sinkt. Hier sind analog zu den ambulanten Diagnosedaten vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneistoffe die am häufigsten verordneten (» Kapitel 3.2). Eine weitere Begründung für den hohen Anteil bei den jungen BKK Versicherten mit einer Verordnung könnte die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie von Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zwölf Jahre sein. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dann auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen nicht erstattungsfähig sind und somit durch die BKK Statistik nicht abgebildet werden.

Ab einem Alter von 15 Jahren trennen sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten. Der Anteil der männlichen Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung sinkt weiter auf bis zu 49,9% in der Altersklasse der 20- bis 24-jährigen und steigt dann erwartungsgemäß kontinuierlich bis in die höchste Altersklasse der über 90-jährigen. Der Anteil der weiblichen Versicherten mit einer Medikamentenverordnung beträgt in der Altersklasse der 15- bis 19-jährigen 79,5% und übersteigt damit den Anteil der männlichen Versicherten mit einer Verordnung um 25,3 Prozentpunkte. Dies ist u. a. auf die Versorgung von verschreibungspflichtigen Kontrazeptiva zurückzuführen. Die Verschreibungshäufigkeit von Arzneimitteln sinkt dann wieder auf 66,9% in der Altersklasse der 25- bis 29-jährigen Frauen und gleicht sich erst in der Altersklasse der 75- bis 79-jährigen wieder an den männlichen Anteil an. In den

Diagramm 3.14 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



betrachteten Altersklassen zwischen 15 und 74 Jahren liegt der Anteil der Arzneimittelverordnungen stets unter denen der Frauen.

Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und ATC-Code

Wie bereits in **III** Diagramm 3.14 verdeutlicht, zeigt auch **III** Diagramm 3.15, dass die weiblichen BKK Versicherten – größtenteils unabhängig von der ATC-Gruppe – häufiger Arzneimittel verschrieben bekommen als die männlichen Versicherten. Die Verschreibungshäufigkeiten der Arzneimittel decken sich mit den in **III** Kapitel 3.2 beschriebenen höheren Anteilen der Frauen bei verschiedenen ambulanten Diagnosen.

Wie schon im Vorjahr bilden die ATC-Gruppen B (*Blut und blutbildende Organe*) und C (*Kardiovaskuläres System*) eine Ausnahme. In diesen Gruppen ist der Geschlechteranteil der Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung nahezu identisch (Gruppe B: 9,1% bei beiden Geschlechtern; Gruppe C: 25,5% bei den weiblichen Versicherten und 25,6% bei den männlichen Versicherten).

Bei den weiblichen Versicherten ist der Anteil mit Verordnungen von *Antinfektiva für die systemische Gabe*

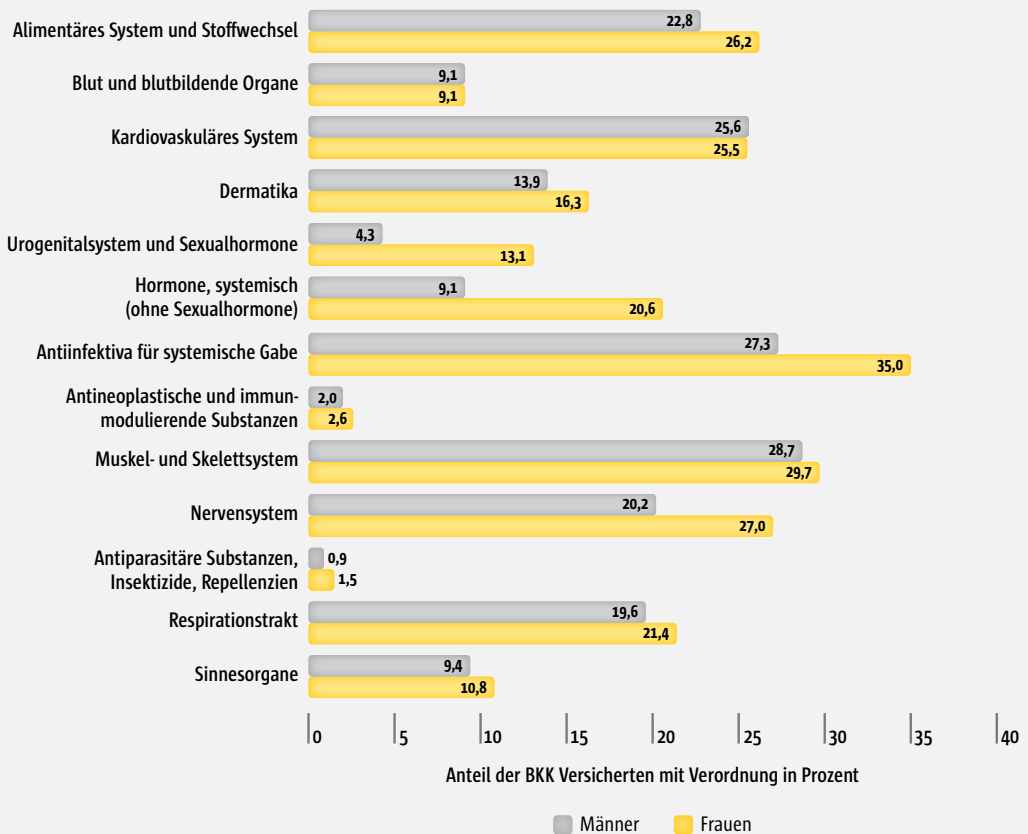
mit 35,0% am größten. Der gegenüber den männlichen BKK Mitgliedern um 7,7 Prozentpunkte höhere Anteil an Versicherten mit dieser Verordnungsgruppe bei den weiblichen BKK Mitgliedern könnte auf eine geschlechtsspezifisch höhere Krankheitslast z.B. aufgrund von Harnwegsinfekten zurückzuführen sein.

Vor allem die Wirkstoffgruppen der *systemischen Hormone* und des *Urogenitalsystems* und der *Sexualhormone* weisen deutliche Geschlechterdifferenzen von 11,5 und 8,8 Prozentpunkten auf, die zu einem Großteil durch die Verschreibung von Kontrazeptiva und anderen Hormonpräparaten wie Schilddrüsenhormonen bei den weiblichen Versicherten bedingt ist.

Auch in der ATC-Gruppe des *Nervensystems* ist der Versichertenanteil mit entsprechenden Arzneimittelverordnungen bei den Frauen um ein Drittel größer als bei den Männern. Zu dieser Gruppe gehören u.a. Medikamente wie Psycholeptika und Psychoanaleptika, deren Verschreibung wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem größeren Anteil weiblicher Versicherter mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung steht (**III** Kapitel 3.2).

Die Medikamentengruppe, die den männlichen Versicherten am häufigsten verordnet wird, setzt sich mit einem Anteil von 29,7% aus den Arzneimitteln zusammen, deren Wirkung am *Muskel- und Skelettsystem* ansetzt.

Diagramm 3.15 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



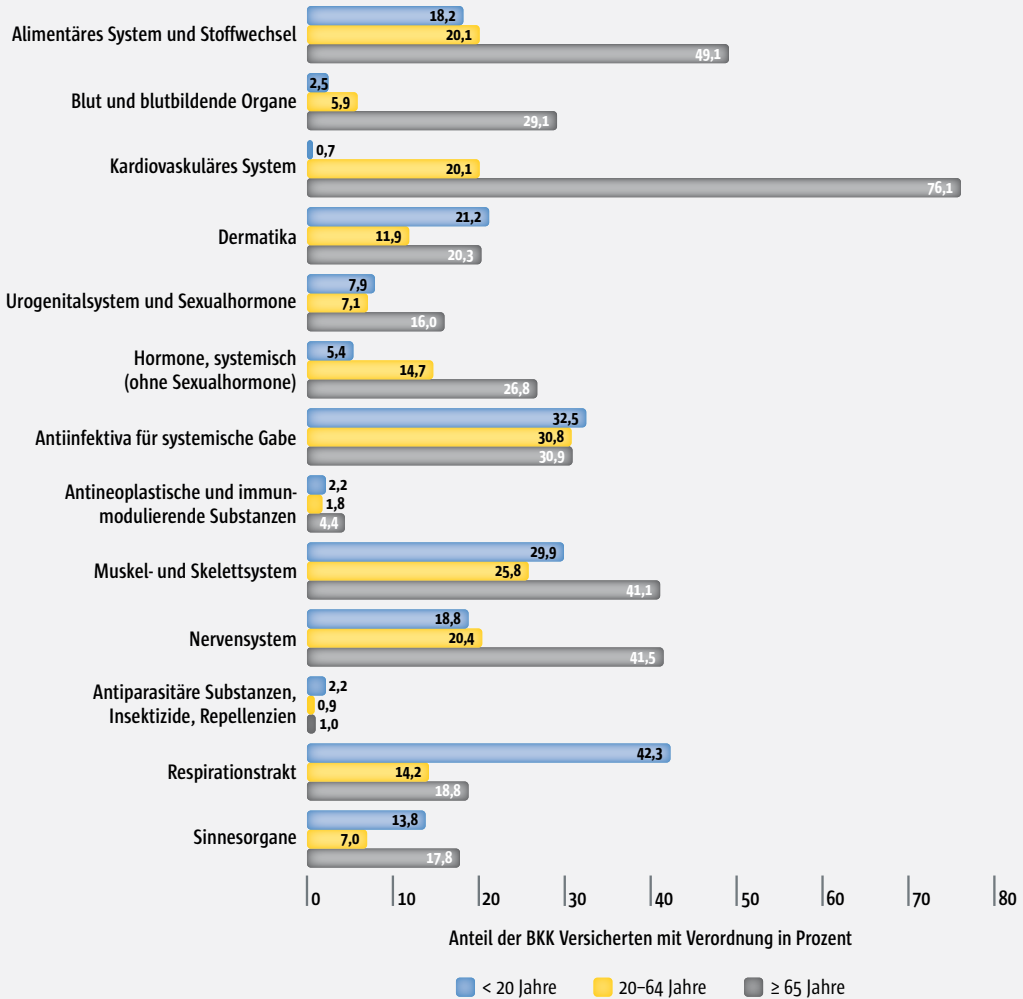
Arzneimittelverordnungen nach Alter und ATC-Code

»» Diagramm 3.16 stellt die unterschiedlichen Verordnungshäufigkeiten der Arzneimittelgruppen in Abhängigkeit des Alters dar. Auch hier spiegelt sich das bereits in »» Kapitel 3.2 beschriebene ambulante Versorgungsgeschehen wider. Während die Verordnungen in den meisten ATC-Gruppen mit dem Alter ansteigen, werden im Jahr 2013 *Dermatika*, *Antinfektiva* und Arzneimittel des *Respirationstrakts* verstärkt in der Altersklasse der unter 20-jährigen BKK Versicherten verordnet. Auffällig hoch ist hier die Rate der Kinder und Jugendlichen, die mindestens ein Arzneimittel zur Behandlung von Atemwegserkrankungen erhalten (42,3%). In den beiden anderen Altersgruppen liegt der Wert um ca. zwei Drittel bzw. die Hälfte darunter. Mehr als jedem vierten Versicherten unter 20 Jahren wird im vergangenen Jahr ein Schnupfen-

mittel (*Rhinologikum*, R01) verschrieben. Der Anteil der jungen Versicherten, die ein *Husten- und Erkältungspräparat* (R05) erhalten, ist mit 24,1% fast genauso hoch. Ältere Versicherte erhalten diese Präparate sehr viel seltener. Der Grund für die Unterschiede zwischen den Altersklassen liegt im Wesentlichen in der Erstattungsfähigkeit von Schnupfen- und Erkältungspräparaten bei Kindern bis zwölf Jahren.

Der hohe Anteil der jungen Versicherten mit Verordnungen in der Gruppe des *Muskel- und Skelettsystems* von 29,9% ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass in dieser Gruppe auch Schmerzmittel wie *Ibuprofen* abgebildet werden, die zum Fiebersenken bei Kindern und Kleinkindern eingesetzt werden. Der Anteil der Versicherten unter 20 Jahren, die 2013 mindestens einmal ein *Antiphlogistikum oder Antirheumatikum* (M01, z.B. *Ibuprofen*) erhalten haben, liegt bei 29,7%.

Diagramm 3.16 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2013)



In der Altersklasse der über 65-Jährigen dominiert mit großem Abstand die Verordnung von Herz-Kreislauf-Medikamenten mit 76,1%. Hier lässt sich ein Zusammenhang zu den 70,2% Hypertonie-Patienten in der gleichen Altersklasse feststellen (» Kapitel 3.2). Weiterhin erhielten mit 49,1% der Versicherten fast die Hälfte dieser Altersgruppe Arzneimittel für die Behandlung des *alimentären Systems und des Stoffwechsels*. Hierbei handelt es sich besonders um Mittel bei *säurebedingten Erkrankungen (Ao2)* (32,6% der Versicherten). Eine Ursache hierfür könnte sein, dass im höheren Lebensalter eine Schmerzmittelgabe oft mit

der Gabe eines Säureblockers kombiniert wird, um unerwünschte Nebenwirkungen der Schmerzmedikation auf den Magen-Darm-Trakt zu reduzieren. *Antidiabetika (A10)* wurden 18,4% aller Versicherten dieser Altersklasse verordnet.

Arzneimittelverordnungen nach ATC-Code und Versichertenstatus

Die soziale Lage der BKK Versicherten wird auch in diesem Kapitel anhand des Parameters Versicherten-

status auf Basis der hier betrachteten 9,3 Mio. BKK Versicherten abgebildet.

»» Tabelle 3.6 bildet die Anteile der Versicherten – unterteilt nach Versichertenstatus – mit mindestens einer Arzneimittelverordnung nach ATC-Code ab. Die jeweiligen Versicherten-Anteile in den verschiedenen ATC-Gruppen differieren stark, entsprechen aber größtenteils den Erkenntnissen aus den ambulanten Diagnosen der BKK Versicherten (»» Tabelle 3.5). Während ein knappes Drittel der Familienangehörigen (u.a. Kinder und Jugendliche) Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen des Respirationstrakts verschrieben bekommt, spielt diese Arzneigruppe bei den anderen Versichertengruppen eine untergeordnete Rolle.

Es folgen die Antiinfektiva zur systemischen Gabe, die 30,5% der Familienangehörigen und vergleichbar viele beschäftigte Mitglieder (30,8%) mindestens einmal im Berichtsjahr 2013 erhalten. Den Nicht-Erwerbstätigen wird deutlich seltener ein entzündungshemmendes systemisches Medikament verordnet (18,6%), da sie mit einer entsprechenden

Erkrankung möglicherweise seltener einen Arzt konsultieren.

Bei den Arbeitslosen erhalten immerhin 19,7% der Versicherten im Berichtsjahr 2013 mindestens ein Medikament zur Behandlung des Nervensystems. Damit weist diese Versichertengruppe auch bei den Arzneimittel-Verordnungen im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen die meisten Behandlungen psychischer oder psychosomatischer Störungen auf.

Regionale Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

»» Diagramm 3.17 zeigt die Arzneimittelverordnungen der jeweiligen Versichertengruppen je Bundesland. In diesem Fall werden die Verordnungen in definierten Tagesdosen (engl.: *Defined Daily Dose*, DDD) eines Wirkstoffs je Versicherten angegeben.

Es fällt auf, dass die Arbeitslosen in allen Bundesländern mit durchschnittlich 403 DDD je Versicherten deutlich mehr verordnete Tagesdosen aufweisen

Tabelle 3.6 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2013)

ATC-Code	Verordnungshauptgruppe	Versicherte insgesamt	davon		
			beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose	Familienangehörige
		Anteil Versicherte mit Verordnung in Prozent			
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	24,5	18,8	15,7	18,7
B	Blut und blutbildende Organe	9,1	5,1	4,9	3,9
C	Kardiovaskuläres System	25,5	19,1	15,6	7,6
D	Dermatika	15,1	11,1	7,4	18,1
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,7	6,9	4,7	8,0
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	14,9	13,7	9,5	9,9
J	Antiinfektiva für systemische Gabe	31,2	30,8	18,6	30,5
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	2,3	1,6	1,2	2,1
M	Muskel- und Skelettsystem	29,2	25,5	17,2	27,3
N	Nervensystem	23,6	18,4	19,7	19,4
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	1,2	0,8	0,8	1,8
R	Respirationstrakt	20,5	13,8	9,7	32,8
S	Sinnesorgane	10,1	6,6	3,9	11,6

als die übrigen dargestellten Versichertengruppen. Es folgen die beschäftigten Mitglieder (256 DDD) und an dritter Stelle die Familienangehörigen (193 DDD). Die einzige Ausnahme bildet das Saarland, wo die verordneten Tagesdosen der Familienangehörigen die der beschäftigten Mitglieder übertreffen.

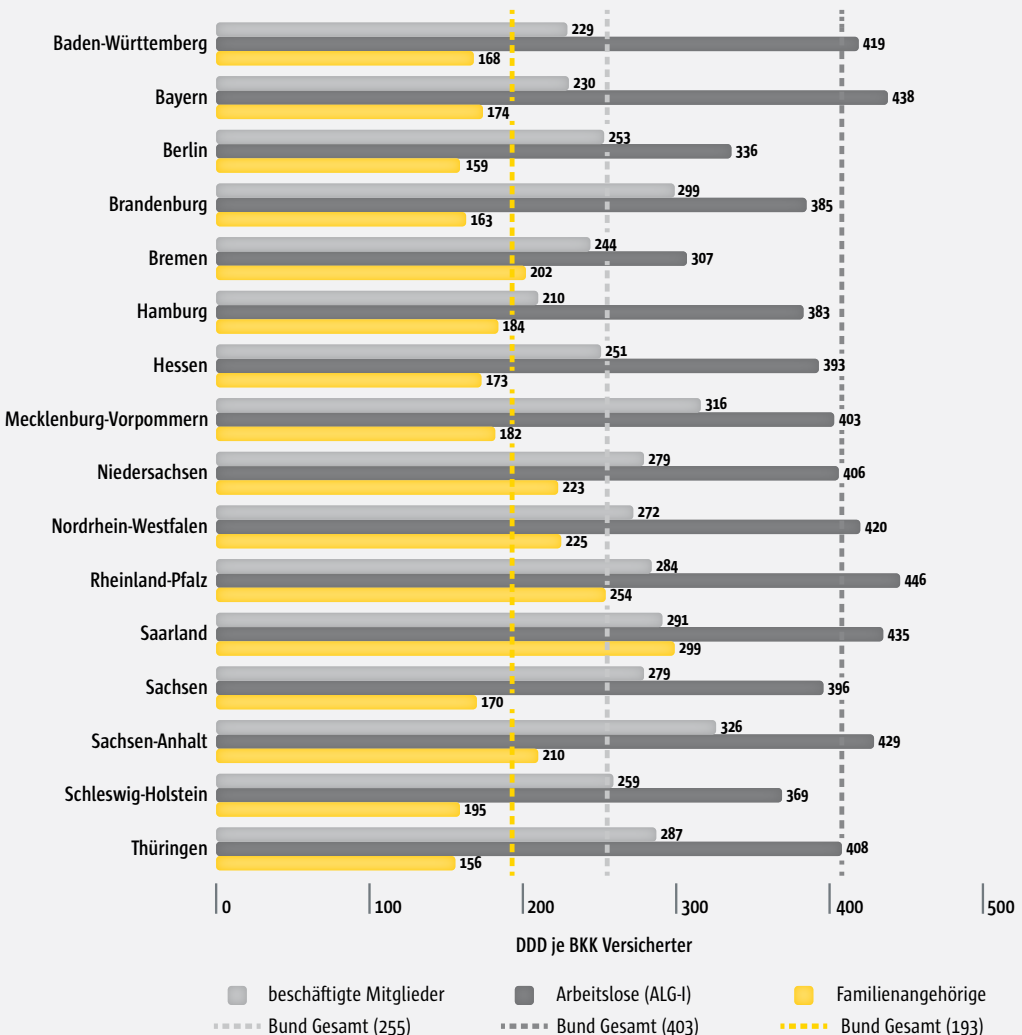
Bremen und Berlin weisen mit 307 DDD und 336 DDD verhältnismäßig wenige Arzneimittelverordnungen in der Gruppe der Arbeitslosen auf. An dritter Stelle steht hier Schleswig-Holstein mit 369 DDD je Versichertem. Demgegenüber werden den Arbeitslosen in Rheinland-Pfalz, Bayern und

dem Saarland die meisten Tagesdosen verordnet (446, 438, 435 DDD).

Bei den beschäftigten Versicherten werden die wenigsten Arzneimittel in Hamburg (210 DDD), Baden-Württemberg (229 DDD) und Bayern (230 DDD) verordnet. Die meisten Arzneimittelverordnungen erhalten die Beschäftigten in Sachsen-Anhalt (326 DDD), Mecklenburg-Vorpommern (316 DDD) und Brandenburg (299 DDD).

Unter den Familienangehörigen weisen Thüringen (156 DDD), Berlin (159 DDD) und Brandenburg (163 DDD) die wenigsten Arzneimittelverordnungen

Diagramm 3.17 Arzneimittelverordnungen – DDD nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2013)



auf. Demgegenüber werden in Rheinland-Pfalz (254 DDD) und Nordrhein-Westfalen (225 DDD) hinter dem Saarland am meisten Arzneimittel verordnet.

Die regionale Verteilung der verordneten Arzneimitteldosen überschneidet sich teilweise mit den Verteilungen der in den vorherigen Kapitelabschnitten dargestellten Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit, weicht aber tendenziell zur Regionalität in der ambulanten ärztlichen Versorgung ab.

Beispielsweise weist das Saarland die höchsten DDD-Raten in der Versichertengruppe der Familienangehörigen auf, die mit 299 DDD je Versicherten über 100 Tagesdosen über dem Durchschnitt der übrigen Bundesländer liegen und die verordneten Tagesdosen der beschäftigten Mitglieder (291 DDD) übersteigen. Gleichzeitig zeigen die saarländischen, aber auch Familienangehörige aus Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen sowohl bezogen auf die verordneten Tagesdosen, aber auch auf den Anteil der Versicherten mit mindestens einer ambulanten Diagnose eine erhöhte Morbidität im Vergleich zu den übrigen Bundesländern. Ebenso lassen sich in den Bundesländern mit geringen Verordnungsvolumina in der Gruppe der Angehörigen geringere Anteile von Versicherten mit ambulanter Diagnose feststellen (z.B. Thüringen, Berlin und Brandenburg, **»»** Diagramm 3.13).

So zeigt sich darüber hinaus, dass Arbeitslose, die viele Arzneimittelverordnungen erhalten, auch

mehr Arbeitsunfähigkeitstage aufweisen. Dies trifft vor allem auf Rheinland-Pfalz, Bayern und das Saarland zu (**»»** Diagramm 3.13). Ein Grund hierfür könnte sein, dass in diesen Bundesländern die Arbeitslosenquote vergleichsweise gering ist. Mit sinkender Arbeitslosenquote besteht die Möglichkeit, dass insbesondere jene Personen arbeitslos werden bzw. vermehrt in Arbeitslosigkeit verbleiben, die eine erhöhte Morbidität aufweisen. Infolgedessen wäre der Anteil der auf medikamentöse Behandlung angewiesenen chronisch Kranken an allen Arbeitslosen in den genannten Bundesländern höher als in den Bundesländern, die generell eine höhere Arbeitslosenquote aufweisen (z.B. Bremen und Berlin). Bei den beschäftigten Mitgliedern zeigt sich ebenfalls ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Zahl der Arzneimittelverordnungen und den AU-Tagen. Die Bundesländer mit geringen Tagesdosen je beschäftigte Versicherte (Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern) sind auch die Bundesländer mit den wenigsten AU-Tagen. Dies dürfte auf eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich jüngere und somit eventuell gesündere Beschäftigtenstruktur in den drei genannten Bundesländern zurückzuführen sein. Die hohe Anzahl verordneter Arzneimitteldosen in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ist dementsprechend mit den meisten Fehltagen assoziiert (**»»** Diagramme 3.1 und 3.9).



Schwerpunkt Praxis

Aktionsbündnis gegen Darmkrebs

Claudia Pieper und Joachim Wolf

Universitätsklinikum Essen und E.ON BKK, Essen

Was ist das Aktionsbündnis gegen Darmkrebs?

Hintergrund: Die Zahlen sind alarmierend

Die Krebsprävention ist eines der dringendsten Gesundheitsthemen unserer Zeit. Der Darmkrebs ist dabei unter den bösartigen Neubildungen die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen und die dritthäufigste bei Männern (»» Abbildung 1).

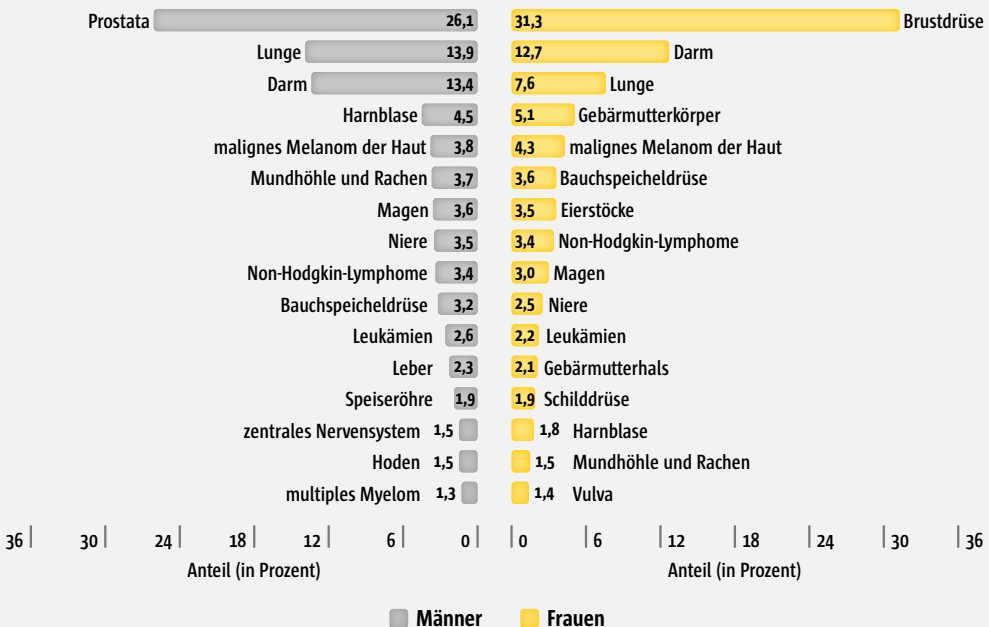
Als Kolonkarzinom oder Darmkrebs bezeichnet man bösartige Tumore des Dickdarms. Die Zahl der Neuerkrankungen beim Darmkrebs lag im Jahr 2010 bei etwa 73.000 [1].

Der Darmkrebs gehört zu den Krebsarten, bei denen das Erkrankungsrisiko mit fortschreitendem Alter stetig ansteigt. Das mittlere Erkrankungsalter

liegt bei 75 Jahren bei Frauen und bei 71 Jahren bei Männern. Das Lebenszeitrisko, an Darmkrebs zu erkranken, liegt bei ca. 6–7% in der Bevölkerung und erhöht sich auf bis zu 11%, wenn ein Verwandter ersten Grades betroffen ist, bzw. auf bis zu 25%, wenn zwei oder mehr Verwandte ersten Grades betroffen sind [2]. Das Vorliegen einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung oder von Dickdarmpolypen steigert das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken. Ernährungsbedingte Faktoren sowie regelmäßiger Alkoholkonsum erhöhen das Risiko ebenso wie Übergewicht und Bewegungsmangel [1].

Dabei handelt es sich beim Darmkrebs um eine Krebserkrankung, die sich durch Früherkennungsmaßnahmen in einem sehr frühen Stadium erkennen

Abbildung 1 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010 (ohne nicht melanotischen Hautkrebs) [1]



lässt. Da sich Darmkrebs in der Regel langsam aus Vorstufen entwickelt, besteht die Möglichkeit, durch frühzeitige Erkennung und Entfernung von gutartigen Vorstufen die Erkrankung zu vermeiden. Im Frühstadium liegen die Heilungschancen bei bis zu 90%. Wird Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert, ist die Chance auf Heilung geringer [3].

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind die einzige Möglichkeit, Darmkrebs im Frühstadium zu erkennen. Seit dem Jahr 2002 können alle GKV-Versicherten ab dem Alter von 50 Jahren eine Beratung und verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs in Anspruch nehmen. Bei familiärer Veranlagung zu Darmkrebs oder sonstigen besonderen Risiken werden alle Vorsorgeuntersuchungen auch bei jüngeren Menschen erstattet. Ab dem Alter von 50 Jahren übernehmen die Krankenkassen für die Versicherten den guajakbasierten Okkultbluttest (Papierstreifentest) und die Austastung, ab dem Alter von 55 Jahren haben Versicherte Anspruch auf eine Darmspiegelung (Koloskopie), die bei negativem Befund nach 10 Jahren wiederholt wird. Alternativ kann alle zwei Jahre der Papierstreifentest in Anspruch genommen werden.

Die Teilnehmeraten

Dabei zeigen sich jedoch nicht nur Unterschiede zwischen den Geschlechtern – Frauen nehmen beispielsweise in jüngerem Alter deutlich mehr als Männer die Darmkrebsfrüherkennung in Anspruch –, sondern auch hinsichtlich der Regionen.

Bei den standardisierten Raten der Inanspruchnahme des Okkultbluttests findet man eher geringe Raten in Kreisen der Bundesländer Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, regional aber auch Raten von bis zu 25% wie in Rostock. Bei der Darmspiegelung zeigt sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle: In Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Berlin und den neuen Bundesländern lag die Teilnehmerate um etwa ein Drittel höher als im Süden (z. B. Hamburg 3,2%) [4].

Solche Beobachtungen können möglicherweise auch auf vorhandene lokale Früherkennungs-Initiativen zurückzuführen sein, die entsprechende Wirkung zeigen.

Das Vorgehen

Trotz flächendeckender Früherkennungsmöglichkeiten ist die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Darmkrebs bisher gering. Vor allem Männer sind als „Vorsorgemuffel“ bekannt [5]. Aus anderen Ländern weiß man mittlerweile, dass gerade bei invasiven Verfahren wie der Kolosko-

pie, der Darmspiegelung, der Einsatz persönlicher Einladungsverfahren eine höhere Akzeptanz erzielt [6]. Die Vorteile eines solchen Einladungsverfahrens, das auch im Rahmen eines organisierten, qualitätsgesicherten Screeningprogramms für Darmkrebs im Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz vorgesehen ist [7], bestehen

- in der Motivierung durch persönliche Ansprache,
- im Anstoß zur thematischen Auseinandersetzung,
- in der Nutzung von Multiplikator-Effekten (Versicherter, Familie, Freunde) und
- im Erreichen von Personen, die sonst nicht zum Arzt gehen.

Dieses Wissen macht sich das „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“ zunutze, um die Teilnehmeraten an den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen zu steigern. Dabei wird Versicherten, die keine Koloskopie in Anspruch nehmen wollen, eine geeignete Alternative angeboten. Das geschieht durch den im „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“ kostenfrei zur Verfügung gestellten immunologischen Stuhltest. Dieser ist empfindlicher und weniger störanfällig als der derzeit als Kassenleistung eingesetzte Test auf verstecktes (okkultes) Blut (Papierstreifentest). Im Laufe des ersten Jahres wurden dabei allein im Rahmen dieser Initiative über 40.000 Tests anfordert. Die Rücklaufquote der immunologischen Stuhltests liegt kontinuierlich bei über 50%. Außerdem zeigen die Auswertungen eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme des immunologischen Stuhltests vor allem durch Männer.

Die Einladung

Das Aktionsbündnis startete im Juli 2012 mit einem bundesweiten schriftlichen Einladungsverfahren. Versicherte, die Anspruch auf die gesetzliche Früherkennung haben, werden in diesem Rahmen wie folgt angeschrieben:

1. 50- bis 54-jährige BKK Versicherte erhalten einen Brief mit dem Angebot der Zusendung des immunologischen Stuhltests,
2. 55-jährige BKK Versicherte erhalten zu ihrem 55. Geburtstag ein Schreiben mit der Aufforderung zur Inanspruchnahme einer Koloskopie. Alternativ wird ihnen die Zusendung des immunologischen Stuhltests angeboten.

Im Falle eines positiven Stuhltests erhalten die Versicherten eine persönliche Mitteilung für ihren Hausarzt mit der Empfehlung, den Befund durch eine Koloskopie abklären zu lassen. Die Gastro-

enterologen haben dann die Möglichkeit, sofern der Versicherte einverstanden ist, den Befund der Koloskopie anonym auf einem entsprechenden Befundbogen dem Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen, das das Aktionsbündnis wissenschaftlich begleitet, mitzuteilen. Hier werden die Befunde ebenso wie die Zahl der angeforderten immunologischen Stuhltests begleitend zum Verlauf des Aktionsbündnisses dokumentiert.

Flankiert wird diese Initiative von einer Homepage zur Information für Versicherte, Ärzte und Interessierte: <https://www.bkk-gegen-darmkrebs.de/>.

Wer ist am Aktionsbündnis beteiligt?

Teilnehmer, Partner, Träger

Das Projekt steht unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers. Unter der Federführung des BKK Dachverbands e.V., des BKK Landesverbands NORDWEST und unter der Mitarbeit der E.ON BKK wurde das Projekt in kurzer Zeit zu Deutschlands größter Initiative für die Darmkrebsprävention dieser Art.

Derzeit beteiligen sich bundesweit 61 Betriebskrankenkassen und der Privatversicherer BARMENIA an dem Aktionsbündnis (» Abbildung 2). Wissenschaftlich begleitet wird diese Initiative durch das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen. Weitere Partner sind die Felix Burda Stiftung, die Stiftung LebensBlicke, das Netzwerk gegen Darmkrebs, der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng) und die „Ärzte Zeitung“.

Veranstaltungen

Ein besonderes Highlight war das Symposium des Aktionsbündnisses mit einer Podiumsdiskussion nach dem ersten Jahr im September 2013 in Berlin, bei dem viele der Akteure, aber auch Interessierte aus Wissenschaft, Politik und Praxis zusammengekommen sind, um sich über den Stand des Aktionsbündnisses zu informieren. Darüber hinaus wurden unter Moderation der Ärztezeitung die aktuellen Entwicklungen in der Darmkrebsprävention diskutiert.

Auszeichnungen

Gewürdigt wurde das Aktionsbündnis gegen Darmkrebs im Jahr 2013 mit dem Darmkrebskommunikationspreis der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Preisverleihung fand am 4. September 2013 anlässlich einer Feier zum 15-jährigen Bestehen der Stif-

Abbildung 2 Logo des Aktionsbündnisses gegen Darmkrebs



tung LebensBlicke statt. Als besonders innovative Aktion, die Darmkrebs in den Fokus der Öffentlichkeit rückt und die Akzeptanz erhöht, konnte das „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“ auch die Jury des Felix Burda Award in der Kategorie „Engagement des Jahres“ 2014 überzeugen.

Was sind die Besonderheiten dieser Initiative?

Das bundesweite Einladungsverfahren

Dass Menschen in Deutschland Früherkennungsuntersuchungen zur Darmkrebsvorsorge unter-

schiedlich in Anspruch nehmen, darauf weist unter anderem das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hin. Es zeigen sich nicht nur Unterschiede zwischen Männern und Frauen, sondern auch zwischen Bundesländern sowie städtischen und ländlichen Regionen [5]. Daher sind regionale Präventionskampagnen sinnvoll und wirksam. Zahlreiche Projekte und Initiativen sprechen für sich: Projekte wie 1000-Leben-retten-Ruhr oder regionale Modellprojekte zum Einladungsverfahren wie im Saarland [8, 9] motivieren Menschen zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für den Darmkrebs.

Beim Aktionsbündnis gegen Darmkrebs geht es jedoch gerade darum, im ganzen Bundesgebiet alle Versicherten, die das entsprechende Alter erreicht haben, zur Früherkennung einzuladen. Ein besonderes Anliegen ist es darüber hinaus, denjenigen, die eine Koloskopie ablehnen, eine geeignete Alternative, den immunologischen Stuhltest anzubieten. Darum wurde mit einer entsprechenden Vorarbeit und weiterhin bestehenden Netzwerk-Arbeit eine Beteiligung von anfangs 48 und derzeit 61 Betriebskrankenkassen und einem Privatversicherer erreicht. Ein weiterer Zuwachs wird angestrebt.

Der immunologische Stuhltest (iFOBT)

Eine weitere Besonderheit ist der in dem Aktionsbündnis eingesetzte Stuhltest. Vorteil eines immunologischen Tests (iFOBT) gegenüber dem herkömmlichen guajakbasierten Okkultbluttest (Papierstreifentest) ist der Nachweis von spezifischem menschlichem Blutfarbstoff, dem sogenannten Hämoglobin. Dadurch können etwa doppelt so viele der Krebserkrankungen und rund dreimal so viele der fortgeschrittenen Krebsvorstufen gefunden werden. Der iFOBT ist dazu deutlich einfacher in der Anwendung, denn bestimmte Diätvorschriften müssen nicht mehr beachtet werden [10]. Der immunologische Stuhltest ist bislang noch nicht in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden. Im Rahmen des Aktionsbündnisses gegen Darmkrebs wird er den Versicherten aber kostenlos zur Verfügung gestellt.

Ausblick

Seitens der Träger wurde beschlossen, dass Einladungsverfahren weiterzuführen, bis es wie im

Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vorgesehen etabliert ist.

Derzeit steht im Rahmen der nicht invasiven Tests zur Früherkennung keine Untersuchungsmethode zur Verfügung, die tatsächlich Auskunft über das Vorliegen bösartiger Neubildungen oder ihrer Vorstufen geben kann. Bis dies der Fall ist, bleibt die Koloskopie die bevorzugte Methode der Früherkennung. Für Personen, die diese ablehnen, müssen jedoch geeignete Alternativen angeboten werden.

Literatur

1. Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Hrsg.). Krebs in Deutschland 2009/2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 9. Ausgabe. Berlin, 2013
2. Katalinic A, Raspe H, Waldmann A. Identifikation von Personen mit familiärem oder hereditärem Darmkrebsrisiko mittels eines Fragebogens zur Familienanamnese. *Z Gastroenterol* 2009; 47: 1125–1131
3. Herold G. Innere Medizin: eine vorlesungsorientierte Darstellung. Herold, Köln, 2012
4. Riens B, Schäfer M, Altenhofen L, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Teilnehmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. 2011. http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID11bis13_Dok1_Bericht.pdf (Zugriff am 01.10.14)
5. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebs (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2011. 2012. http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsdaten_2011_Deutschland_erw.pdf (Zugriff am 01.10.14)
6. Khalid-de Bakker C, Jonkers D, Smits K, Mesters I, Masclee A, Stockbrügger R. Participation in colorectal cancer screening trials after first-time invitation: a systematic review. *Endoscopy* 2011; 43: 1059–1086
7. Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) vom 20.08.2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 16, ausgegeben zu Bonn am 8. April 2013
8. 1000-Leben-retten-Ruhr. Homepage. <http://www.1000-leben-retten-ruhr.de/> (Zugriff am 01.04.14)
9. SAMS: Neue Präventionsstudie für das Saarland. Homepage. <http://www.sams.saarland.de/> (Zugriff am 01.04.14)
10. Brenner H, Tao S. Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy. *European Journal of Cancer* 2013; 49: 3049–3054

Delegationsmodelle für vertragsärztliche Leistungen

Jörg Berling

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Hannover

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat in den vergangenen Jahren immer wieder mit Sorge auf die medizinische Versorgungssituation im ländlichen Bereich hingewiesen. Obwohl statistisch alle Regionen in Niedersachsen noch ausreichend ärztlich versorgt sind, gibt es in einigen ländlichen Gegenden schon jetzt einen Mangel an Hausärzten. Hinzu kommt, dass in den nächsten Jahren viele Ärzte aus Altersgründen aus dem Beruf ausscheiden werden. Da junge Ärzte sich aus den unterschiedlichsten Gründen nur selten auf dem Land niederlassen wollen, besteht die Gefahr, dass der medizinische Bedarf einer alternden Landbevölkerung nicht mehr ausreichend gedeckt werden kann.

Diese Gefahren wurden auch von der KVN schon früh erkannt. Durch verschiedene Maßnahmen ist ein breiter Katalog entstanden, der die Attraktivität des Arztberufs erhöht. Verschiedene Anreize sollen Ärzte dazu bewegen, sich in von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederzulassen und damit für eine Entschärfung der Versorgungsprobleme auf dem Land zu sorgen.

Damit sich auch in Zukunft Menschen überall in Deutschland darauf verlassen können, die notwendige medizinische Hilfe wohnortnah zu erhalten, muss der Arztberuf insgesamt attraktiver werden. Dort, wo es nötig ist, muss der Arzt in seiner Praxistätigkeit entlastet werden. Eine Möglichkeit der Entlastung besteht in der Delegation von ärztlichen Leistungen auf Medizinische Fachangestellte (MFA). In vier Bundesländern, nämlich in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt, wurden dazu im Zeitraum 2005 bis 2008 unter der Bezeichnung AGnES (Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health-gestützte Systemische Intervention) Modellprojekte durchgeführt. Einen eigenen Weg ging Niedersachsen mit dem Projekt „MoNi“ (Modell Niedersachsen).

Delegationsvereinbarung

Zum 1. Oktober 2013 ist die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Ver-

sorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V in Kraft getreten. Die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband geschlossene Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und führt in einem Katalog beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nicht ärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind [1].

Die neunseitige Vereinbarung regelt beispielhaft, welche Tätigkeiten nicht ärztliches Personal erbringen darf, und welche Anforderungen es erfüllen muss. So kann das Röntgen an MFA, eine Medizinisch-technische Assistentin oder Radiologie-Assistentin (MTA bzw. MTRA) delegiert werden. Allerdings nur dann, wenn sie über eine Fortbildung oder Fachkenntnisse im Strahlenschutz verfügen. Festgelegt ist weiterhin, dass bei der Gabe des Kontrastmittels ein Arzt anwesend sein muss. Natürlich stehen auch die Hausbesuche auf der Liste. Der Beispielkatalog enthält zudem spezielle Leistungen, gegliedert nach Facharztgruppen.

Das Prinzip Delegation statt Substitution ist für die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen immer oberstes Ziel gewesen. Die Verantwortung für Qualität und Angemessenheit einer delegierten Leistung darf nicht abgegeben werden, sondern muss in den Händen der niedergelassenen Ärzte liegen. Dieses Prinzip spiegelt sich in der Vereinbarung wider. Mit der Vereinbarung ist Rechtssicherheit geschaffen worden.

Die Vereinbarung regelt auch, welche Anforderungen nicht ärztliche Mitarbeiter erfüllen müssen. Vorausgesetzt ist mindestens der Abschluss als Medizinische Fachangestellte (MFA) oder eine vergleichbare medizinische oder heilberufliche Ausbildung. Zudem muss zwischen dem nicht ärztlichen Mitarbeiter und dem delegierenden Vertragsarzt ein dienstvertragliches Verhältnis bestehen.

Generell gilt: Bevor Ärzte Leistungen delegieren, müssen sie selbst einen persönlichen Kontakt zum Patienten gehabt haben. Auch bei sogenannten Risikokonstellationen ist die Anwesenheit des Arztes nötig. Der Arzt trägt die Verantwortung, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Er muss zugleich seiner Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht nachkommen. Ausschlaggebend über den Umfang der Anleitung und Überwachung ist die Qualifikation der nicht ärztlichen Angestellten. Höchstpönliche Leistungen wie Anamnese, Indikations- und Diagnosestellung oder operative Eingriffe, die nur der Arzt aufgrund seiner besonderen Fachkenntnisse erbringen kann, dürfen nicht delegiert werden.

Besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland ist die Vereinbarung das richtige Signal. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist aus dem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken. Erfahrungen hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) mit dem Modell Niedersachsen (MoNi) in den vergangenen Jahren gesammelt.

MoNi

Bereits im April 2010 hat die KVN gemeinsam mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (heute Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung) das Projekt MoNi angeschlossen [2].

Das Projekt war von vornherein lokal eng begrenzt und auf sieben ausgewählte Praxen beschränkt. In den Modellregionen Vechta (Landkreis Vechta) und Schneverdingen (Heidekreis) haben MFA der teilnehmenden Arztpraxen in den vergangenen drei Jahren Hausbesuche bei Patienten durchgeführt. Sie führten im häuslichen Umfeld der Patienten vom Arzt delegierbare Tätigkeiten selbstständig aus (zum Beispiel Fäden ziehen, Blutdruck und Blutzucker messen, Medikamente nach ärztlicher Verordnung verabreichen, EKG-Messungen). Die Patienten wurden auf diese Weise umfassend versorgt.

Der vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) durchgeführte Evaluationsbericht (unveröffentlicht) kam zu durchweg positiven Ergebnissen. Zwar wurde die Zahl der Interventionspraxen als zu gering angesehen, um verlässliche Aussagen zur Entwicklung des Leistungsvolumens, dem Entlastungsvolumen und den ökonomischen Rahmenbedingungen zu erhalten. Aus der Befragung der „MoNis“,

Ärzte und Patienten ergab sich jedoch ein durchweg positives Bild. Das Ziel, mit dem Einsatz der „MoNis“ den Arzt in seinen Tätigkeiten zu entlasten und vor allem Hausbesuche durchzuführen, um die Versorgungslage in ländlichen Gebieten zu verbessern, wurde erreicht. Die Delegation von ärztlichen Leistungen auf MFA funktioniert und wird von den Patienten positiv aufgenommen. Für die beteiligten Krankenkassen und ihre Verbände war die stärkere Einbeziehung qualifizierter und erfahrener nicht ärztlicher Mitarbeiter durch die Delegation ärztlich verantworteter Leistungen eine sinnvolle Maßnahme zur Aufrechterhaltung einer guten ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen.

Die Hausbesuche durch die MFA haben zu spürbaren Verbesserungen in der gesundheitlichen Situation der Betroffenen geführt und den Hausarzt entlastet. Von den behandelnden Ärzten bekam die MFA konkrete Behandlungsanweisungen. Auf diese Weise erhielten die Patienten eine intensivere und umfassendere Versorgung, ohne dass die Ärzte unter ständigem Zeitdruck zu Hausbesuchen unterwegs sein mussten.

Aus MoNi wird VERAH

Das Projekt MoNi ist am 30. Juni 2014 ausgelaufen. Die Erfahrungen dieses Modellprojektes haben die niedersächsischen Krankenkassen und die KVN dazu bewogen, die Umsetzung der bundesweiten Delegationsvereinbarung in Niedersachsen durch eine Sonderförderung zu unterstützen: Im Zuge der Honorarverhandlungen für das Jahr 2014 konnten beide Partner vereinbaren, dass die Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch MFA nach der neuen Delegationsvereinbarung nicht nur in von Unterversorgung bedrohten oder unterversorgten Mittelbereichen ermöglicht werden sollen, sondern unabhängig vom Versorgungsgrad in allen Bereichen Niedersachsens. Damit soll die angespannte hausärztliche Versorgungssituation nachhaltig entlastet werden.

Die Voraussetzung für die Förderung ist die Absolvierung einer spezifischen Fortbildung der MFA entsprechend der Delegationsvereinbarung. Anerkannt werden nur Fortbildungen, die von der Ärztekammer Niedersachsen zertifiziert worden sind. Die Deutschen Hausärzteverbände in Niedersachsen haben sich bereit erklärt, entsprechende Fortbildungsangebote für MFA kurzfristig zu organisieren. Die Fortbildungen orientieren sich an der „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)“ [3].

Unabhängig davon können auch alle anderen einschlägigen zertifizierten Fortbildungsgänge in Anspruch genommen werden. Die Fortbildungsveranstaltungen starten in diesen Tagen.

Ärzte setzen auf Delegation

Auf dem Land werden die Ärzte knapp. Dazu kommen die Folgen der demografischen Entwicklung: Die Menschen werden älter, und damit steigt auch die Zahl chronisch kranker, multimorbider Patienten. Will man also eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in gewohnter Qualität aufrechterhalten, müssen Ärzte von Tätigkeiten entlastet werden, die nicht in ihre Kernkompetenz fallen.

Die Suche nach effektiveren Formen der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe kommt zwar in Gang. Welche ärztlichen Leistungen aber an wen delegierbar sind oder ob und in welchen Fällen Angehörige anderer Gesundheitsberufe eigenverantwortlich heilkundlich tätig werden sollen, darüber gehen die Ansichten auseinander.

Eine Übertragung ärztlicher Leistungen und Verantwortlichkeiten auf nicht ärztliche Gesundheitsberufe im Sinne einer Substitution unterläuft aus unserer Sicht das Recht des Patienten auf eine Behandlung nach fachärztlichem Standard und führt zu einem Qualitätsabfall und einer unwirtschaftlichkeit in der Versorgung. Die absehbare demografische Entwicklung mit einem Anstieg von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen führt zu einem zunehmenden Koordinierungs- und Kooperationsbedarf bei der Patientenbetreuung. Dabei darf vor allem die ärztliche ganzheitliche Sicht auf die zu behandelnden Menschen nicht verloren gehen. Eine weitere Fragmentierung unseres Gesundheitssystems ist zwingend zu vermeiden.

Die stärkere Einbeziehung gut qualifizierter und erfahrener nicht ärztlicher Mitarbeiter durch die Delegation ärztlich verantworteter Leistungen kann hingegen gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, des steigenden Behandlungsbedarfs und des derzeitigen Nachwuchsmangels im Arztberuf eine sinnvolle Maßnahme zur Aufrechterhaltung einer guten ärztlichen Versorgung in Praxen, Krankenhäusern und Pflegeheimen sein. Zugleich kann sich der Arzt durch Delegation von Verwaltung und Bürokratie entlasten und sich so stärker seinen Patienten widmen; auch das erhöht die dringend notwendige Attraktivität des Arztberufes.

Eine Leistungsdelegation an nicht ärztliche Mitarbeiter aber kann und darf nicht pauschal oder al-

lein leistungsbezogen erfolgen. Sie muss vielmehr in jedem Einzelfall weitere Kriterien verantwortungsvoll berücksichtigen:

1. die sich beim Patienten individuell ergebende Indikationsstellung und dabei zu berücksichtigende Einflussfaktoren, wie zum Beispiel weitere Erkrankungen oder, ob es sich um bereits bekannte oder neu auftretende Beschwerden handelt;
2. die berufsgruppenspezifische Qualifikation des mit der Leistung beauftragten nicht ärztlichen Mitarbeiters im Allgemeinen und dessen persönliche (Zusatz-)Qualifikationen, Erfahrungen und Fertigkeiten im Besonderen;
3. das Versorgungsumfeld des Patienten.

Aus diesem Grund muss die Leistungsdelegation an nicht ärztliche Mitarbeiter, deren Auswahl, Anleitung, Koordination und Kommunikation, Durchführung- und Erfolgskontrolle sowie deren Dokumentation vollständig in der Verantwortung des Arztes bleiben.

Die niedergelassenen Ärzte sprechen sich also klar für das Prinzip der Delegation aus. Zum einen ist dieser Bereich durch die Delegationsvereinbarung eindeutig geregelt. Zum anderen wird dadurch eine weitere Fragmentierung der Versorgung verhindert. Großen Koordinierungsbedarf gibt es insbesondere bei der Behandlung von chronisch kranken, multimorbiden Patienten. Dafür ist die Substitution, also die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten in die Eigenverantwortung von Angehörigen der Alten- und Krankenpflegeberufe, nicht das richtige Rezept. Sie schafft nur neue Schnittstellen. Die Fäden müssen im Sinne eines Case Managements beim Arzt zusammenlaufen.

Dazu kommt, dass die Substitution eine Menge offener Fragen aufwirft. Wer haftet, wenn andere Gesundheitsberufe über Therapien entscheiden? Wer trägt das Regressrisiko, wenn sie Heil- oder Hilfsmittel verordnen?

Wir sollten uns auf die Delegation ärztlicher Leistungen konzentrieren und dabei insbesondere auf die Medizinischen Fachangestellten setzen.

In unserer älter werdenden Gesellschaft lässt sich eine gute Krankenversorgung künftig nur gemeinsam in Teamarbeit der verschiedenen Berufe sicherstellen. Die größte Herausforderung für das Gesundheitswesen liegt dabei nicht bei den finanziellen, sondern bei den personellen Ressourcen. Wir erleben schon heute einen gravierenden Mangel an Fachkräften, nicht nur bei Ärzten. Das macht eine effektive Zusammenarbeit, die von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist, umso wichtiger.

Literatur

1. KBV. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. 2013, www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf (Zugriff am 15.09.14)
2. Lex C. Hausärzte werden entlastet. Medizinische Fachangestellte übernehmen „arztfremde Tätigkeiten“. Niedersächsisches Ärzteblatt 2009; 11: 38–39
3. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN). MoNi's sollen Ärzte entlasten. Niedersächsisches Ärzteblatt 2014; 3: 56–57

Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Neue Heilberufe braucht das Land!

Klaus Focke, Daniel Fuchs und Thomas Moormann
BKK Dachverband e.V., Berlin

Die Interessenvertreter der Kassenärzte haben sich festgelegt: Angesichts der demografischen Entwicklung und der sich verringern den Anzahl tätiger „Landärzte“ sei die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung im ländlichen Raum in erster Linie durch eine umfassende Attraktivitätssteigerung des Arztberufes aufrechtzuerhalten. Dazu identifizieren die Funktionäre die Entlastung niedergelassener Ärzte als notwendigen Schritt. Das Mittel der Wahl ist für sie die Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliches Personal – insbesondere auf Medizinische Fachangestellte (MFA) – mit dem Primat der Qualitäts- und Durchführungsverantwortung durch die Mediziner.

Die Autoren dieses Artikels wagen angesichts der Feststellung, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Kontext vergleichsweise strukturkonservativ und nur begrenzt innovationsfreundlich ist, einen unvoreingenommenen Blick über den Tellerrand und stellen fest: Die Zuweisung von Aufgaben und Funktionen zu Professionen und Institutionen ist oft wenig effizient. Diese Schwächen treten besonders an den Sektorengrenzen und an den Schnittstellen zwischen den Professionen zutage. Humane und monetäre Ressourcen werden verschwendet. Das System verharrt im Althergebrachten, anstatt sich ernsthaft am Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. So gelingt es immer weniger, nicht nur die Versorgung in ländlichen Regionen, sondern auch in sozial benachteiligten Stadtteilen sicherzustellen. Will man gleichermaßen Versorgungsdefizite, Pflegenotstand und regionalen Ärztemangel überwinden, sind ein neues Denken und neue Selbstverständlichkeiten nötig. Nicht die Delegation, sondern die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ist das Gebot der Stunde. Hierin liegen Chancen für eine wirkliche Patientenorientierung. Es braucht daher einen neuen starken Impuls, der langfristig zu einer bedarfsgerechteren Entwicklung der Versorgungsstrukturen beiträgt.

Herausforderungen

Eines ist sicher: Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Es ist kein Zu-

fall, wenn seit vielen Jahren keine gesundheitsökonomische Analyse, kein Sachverständigengutachten und kein gesundheitspolitischer Beitrag ohne den Verweis auf den sozio-demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt auskommen. Es wird Konsequenzen für die Planung und das Management medizinischer und pflegerischer Angebote haben, wenn Zahl und Anteil von älteren und hochbetagten Menschen, von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie von Singlehaushalten zunehmen. Auch kann es nicht ohne Folgen bleiben, wenn sich die Infrastruktur einschließlich der medizinischen Angebote in urbanen Räumen verdichtet und in ländlichen Regionen und am Stadtrand ausdünn. Das Gleiche gilt für den Trend zur Spezialisierung der ärztlichen Professionen und für selbstbewusstere Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens, die ihre Präferenzen und Bedürfnisse immer häufiger äußern und einfordern.

Die Anforderungen an Versorgungsplanung, Patientensteuerung und Behandlungsmanagement sind heute bereits deutlich anspruchsvoller und komplexer. Eine patientenorientierte Versorgung muss sich deshalb mehr denn je auf intensive Kommunikation, Koordination und Kooperation aller Gesundheits- und Heilberufe stützen. Diese Herausforderungen sind immens und sie werden noch größer, je länger die heutigen Strukturen und Prozesse konserviert bleiben.

Fehlversuche und Alibi-Reformchen

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren einige Versuche unternommen, die traditionelle Trennung zwischen den Professionen zu überbrücken und innovativen Akteuren Spielraum für neue Ausbildungs- und Versorgungskonzepte zu schaffen.

Dazu zählen die Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und die damit verbundenen

Finanzierungsregelungen, ein Regelungsauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in Alters- und Pflegeheimen und im häuslichen Umfeld sowie eine Auflistung der ärztlich anzuordnenden Leistungen und den dazugehörigen Anforderungen. Bei diesen Versuchen ging es lediglich um ärztlich angeordnete Leistungen und nicht um die selbstständige Ausübung von Heilkunde und insofern fehlte ihnen das wirklich innovative Element. Ebenfalls ohne Fortschritte blieb faktisch die Möglichkeit von Modellvorhaben zur selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Altenpfleger nach § 63 Abs. 3c SGB V verbunden mit der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom Oktober 2011. Die in diesem Kontext wenigen beschlossenen diagnosebezogenen Leistungskomplexe und prozedurenbezogenen Einzeltätigkeiten sind bislang keine wirkliche Weiterentwicklung der bereits gelebten Delegationspraxis. Zum einen hat der G-BA die Indikations- und Diagnosestellung in der Hand der Ärzteschaft belassen und somit innerhalb möglicher Modellvorhaben eine weichgespülte Variante der Substitution geschaffen. Auf der anderen Seite wirken auch hier die bekannten hohen Umsetzungshürden für Modellvorhaben stark innovationshemmend. Beispielsweise müssen die Ausbildungspläne der infrage kommenden Pflegefachberufe in Bezug auf die Modellvorhaben angepasst und vom Gesundheits- und Familienministerium genehmigt werden. Bislang konnte kein Modellvorhaben starten.

Arztentlastende Projekte wie AGnES (Arztentlastende, gemeindenahе, E-Health gestützte, Systemische Intervention), MoNi (Modell Niedersachsen), VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) werten die Tätigkeit von Pflegekräften und medizinischen Fachangestellten durchaus auf. Doch auch diese erschöpfen sich lediglich in einer Delegation ärztlicher Leistungen.

Trotz aller erkannten Versorgungsprobleme zeigt die verfasste Ärzteschaft bislang wenig Bereitschaft, bisherige Selbstverständnisse über Bord zu werfen und die Versorgung grundlegend neu, nämlich interdisziplinär zu denken. Stellvertretend dafür steht der Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008 in Ulm, in welchem die Ärzteschaft die Substitution ärztlicher Leistungen als Generalangriff auf ihre Profession brandmarkte. Seitdem ist ihre – von politischen Mehrheiten mitgetragene – Position klar: Delegation ja, Substitution nein.

Professionelle Identität überstrahlt alles

Sichtbarer Ausdruck der für die im deutschen Gesundheitswesen charakteristische und historisch gewachsene hierarchische Arbeitsteilung zwischen den Medizinerinnen/Medizinern und den sonstigen Gesundheitsberufen ist der Arztvorbehalt in § 15 Abs. 1 SGB V. Er steht symbolisch für das unterschiedlich empfundene Sozialprestige der Gesundheitsberufe und die fehlende Attraktivität (Bezahlung und Entwicklungsperspektive) der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, obgleich bei Letzterem realistisch gesehen mehrere Faktoren einen entscheidenden Einfluss haben. In der Konsequenz steht er allerdings einem gleichberechtigten Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe zum Wohle der Patientinnen und Patienten entgegen. Auch die professionelle Identität der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bestimmt sich häufig in Unterordnung zur ärztlichen Profession.

Die Gründe und deren Auswirkungen sind vielfältig. Sie beginnen mit der Ausbildung und der Frage der akademischen Qualifikation. Es gibt, anders als in vielen anderen europäischen Staaten, in Deutschland keine gemeinsame Grundausbildung der Gesundheitsberufe (einschließlich Medizin). Das Medizinstudium und die anschließende fachärztliche Weiterbildung werden in der Regel öffentlich aus Steuer- und Beitragsmitteln finanziert. Andere Gesundheitsberufe müssen die Aus- und Weiterbildung häufig selbst bezahlen. Daneben soll auch das Honorargefälle nicht unerwähnt bleiben und der Umstand, dass nicht-ärztlichen Berufen derzeit kaum Leitungsfunktionen offenstehen. Bemerkenswert ist, dass die berufspolitische Zersplitterung beispielsweise der Pflegeberufe mit einer vergleichsweise geringen Verhandlungsmacht und Durchsetzungsstärke einhergeht und damit zusätzlich die professionelle Identität der Pflegeberufe torpediert.

Reformdruck als Chance?

Die Vision eines Gesundheitssystems, das die bisherigen institutionellen, professionellen und mentalen Grenzen überwindet, bietet die Chance für eine Aufwertung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe – als wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Effizienz des gesamten Versorgungssystems. Dazu sind alle Weiterentwicklungsschritte konsequent aus der Patientenperspektive zu organisieren und zu bewerten, verfügbares Wissen zu nutzen und eine

Optimierung von Teilsystemen zu Lasten des Gesamtsystems zu vermeiden.

Basis dieser Vision ist die enge und vom kooperativen Gedanken getragene Interaktion zwischen gleichberechtigten Partnern bzw. Institutionen mit gemeinsamen Zielvorstellungen. Umfassend sind dabei alle Berufe als Gesundheitsberufe zu verstehen, deren Tätigkeitsfelder unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten [1]. Entsprechend stellt der Sachverständigenrat fest, dass zur Verbesserung und Aufrechterhaltung der Versorgung eine Tätigkeitsübertragung aus dem ärztlichen Aufgabenspektrum insbesondere in den Pflegebereich notwendig ist und damit eine größere Handlungsautonomie der Pflege nicht zu umgehen ist. Insbesondere die Übertragung weitreichender internationaler Modelle wie Advanced Nursing Practice (ANP) sollte als Vorbild dienen.

Weichenstellungen für interdisziplinäre Kooperation

Die Robert Bosch Stiftung hat im Jahr 2012 Eckpunkte formuliert [2], welche geeignet sind, einen nachhaltigen Reformprozess einzuleiten:

1. Abkehr von streng hierarchischen Organisationsformen zugunsten flacherer Organisationsstrukturen, die sich an gemeinsamen versorgungspolitischen Zielvorgaben für alle betroffenen Gesundheitsberufe orientieren.
2. Institutionen der Gesundheitsversorgung müssen der interdisziplinären Kooperation durch Strukturelemente wie Teambesprechungen oder Fallkonferenzen einen Rahmen geben und dadurch Teambildungsprozesse befördern.
3. Die Ausbildungseinrichtungen müssen durch ihr Lehr- und Lernangebot Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenz schaffen.
4. Ausbildung und Forschung müssen interdisziplinär und kooperativ angelegt sein, um eine entsprechende berufliche und wissenschaftliche Sozialisation zu erreichen. Hierzu ist eine Vernetzung der Ausbildungsstätten für unterschiedliche Gesundheitsberufe unerlässlich.

Entscheidend sind also die Entwicklung gleichberechtigter nicht-ärztlicher, heilkundlich tätiger Gesundheitsberufe und deren adäquate Einbindung in die Versorgungsprozesse. Ein solcher Entwicklungsprozess könnte wie folgt angelegt sein:

Als Basis für die Entwicklung neuer heilkundlicher Berufsbilder wird der G-BA zur Beschreibung

konkreter diagnosen- und prozedurenbezogener Leistungen und Tätigkeitsfelder gesetzlich beauftragt. Diese Beschreibung erfolgt fortlaufend mit Blick auf die jeweiligen Versorgungsbedarfe (einschließlich der Versorgungsdefizite) und wird mit konkreten Qualifikationsanforderungen an die nicht-ärztlichen Leistungserbringer hinterlegt. Die Aufgabenzuweisung an den G-BA geht insoweit inhaltlich über die bisherige Aufgabenstellung nach § 63 Abs. 3c SGB V hinaus und bezieht sich nicht mehr nur auf Modellvorhaben.

Es bedarf zudem eines (neuen) Heilberufegesetzes des Bundes. Auf dessen Basis sollen in Heilberufeordnungen und Approbationsordnungen neue heilkundliche Berufsbilder sowie auf bestehende nicht-heilkundliche Berufsbilder aufbauende Zusatzqualifikationen geregelt werden. Die konkrete Umsetzung in den universitären Ausbildungseinrichtungen obliegt wie bisher ausschließlich den Universitäten bzw. Bundesländern im Rahmen der Hochschulgesetzgebung.

Auf dieser rechtlichen Basis und mit Bezug auf die im G-BA beschlossenen Qualifikationsanforderungen, Leistungen und Tätigkeitsfelder können sich universitäre Ausbildungsangebote (auch und insbesondere an den medizinischen Fakultäten) mit realistischen Erwerbsaussichten entwickeln, denen die entsprechenden durch die zuständigen Landesbehörden genehmigten, theoretischen und praktischen curricularen Strukturen und Prüfungsordnungen zugrundeliegen.

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden gesetzlich beauftragt, das Nähere zur Qualitätssicherung und Vergütung der neuen heilberuflich tätigen Leistungserbringer zu vereinbaren. Verhandlungsgrundlage sind auch hier die konkreten, diagnosen- und prozedurenbezogenen Leistungen und Leistungspakete des G-BA. In jedem Fall bedarf es einer gesetzlichen Bereinigungsvorschrift, damit die Leistungsverchiebungen nachvollzogen werden können und das Geld der Leistung folgen kann. Darüber hinaus ist die Entwicklung dieser neuen nicht-ärztlichen Leistungserbringung bei der Bedarfsplanung der etablierten Leistungserbringensektoren zu berücksichtigen.

Im Ergebnis wird ein Prozess in Gang gesetzt, der vom Ergebnis her an die Leistungserbringergruppe der Hebammen/Entbindungspfleger erinnert. Hier gibt es bereits die berufsrechtliche Möglichkeit der selbständigen Leistungserbringung ohne ärztliche Verordnung (§ 4 Abs. 1 Hebmengesetz) verbunden mit den sozialrechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung und Vergütung (§ 134a SGB V). Der be-

schriebene Prozess sollte allerdings nicht von der Diskussion zur Haftungsproblematik oder beispielsweise der aktuell diskutierten Verkammerung der Pflegeberufe überlagert werden. Das Haftungsrisiko eines selbständig heilberuflich Tätigen kann nur bei diesem selbst liegen. Wie es abgesichert wird, ist eine andere, viele Gesundheitsberufe betreffende Diskussion. Auch die Frage, ob neue nicht-ärztliche, heilberuflich tätige Gesundheitsberufe in Berufskammern organisiert sein sollten, kann zumindest zunächst dahin gestellt bleiben.

Fazit

Der aufgezeigte Impuls wäre das Aufbruchssignal für sämtliche nicht-ärztliche Gesundheitsberufe und hier insbesondere für die Pflege. Pflegefachkräfte erhalten die Aussicht auf eine berufspolitische und berufliche Weiterentwicklung und auf eine größere gesellschaftliche Anerkennung. Die Substitution ärztlicher Leistungen wird zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte führen, sie können sich künftig auf ihre Kernaufgaben konzentrieren. Immer mehr ärztliches Personal wird die aktuellen Probleme nicht lösen

helfen, es geht vielmehr um die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe auf einem neuen Selbstverständnis. Ziel ist eine Neustrukturierung der Versorgung, die nicht zum „Arzt light“ oder zur Zweiklassenmedizin wird, sondern die Versorgungsqualität hebt. So erhalten die Patientinnen und Patienten perspektivisch eine bessere Versorgung gerade auch in bisher unterversorgten Gebieten. Auf diese gesundheitspolitischen Prämissen sollten sich alle Akteure einigen können und insofern kann das Signal der Stunde nur lauten: Neue Heilberufe braucht das Land!

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15> (Zugriff am 03.10.14)
2. Robert Bosch Stiftung. Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. 2013. http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Onlinwe_Einzelseiten.pdf (Zugriff am 03.10.14)

Unternehmensnetzwerk „Gesund pflegen“. Gesund pflegen – eine janusköpfige Blickweise auf die Pflege!

Detlef Friedrich

contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH, Bochum

„Gesund pflegen“ beschreibt die Arbeit der Pflegenden für Patienten und Bewohner inhaltlich – sie gesund pflegen. Gleichzeitig soll aber auch deutlich werden, dass die Pflegenden diese Pflegearbeit so ausführen können müssen, dass sie selbst gesund bleiben.

„Vor allem müssen wir den Pflegeberuf so attraktiv machen, dass ihn auch hierzulande möglichst viele Menschen erlernen und ausüben wollen“ [1], sagt der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann.

Pflegeberufe genießen ein hohes Ansehen in der Bevölkerung und stehen nach den Feuerwehrmännern auf Platz 2 [2] – trotz des eigenen sehr kritischen Blicks der Branche auf die Bedingungen des Pflegeberufes. So glauben 74% der Pflegenden in der Altenpflege, diesen Beruf nicht bis zur Rente ausühen zu können [3]. Grund hierfür sind die Belastungen in der Pflege, bei denen schwierige Körperhaltungen, Belastungen durch Zeitdruck und der Schichtdienst im Fokus stehen. Der Fachkräftemangel in der Pflege ist in der Branche angekommen und stellt in den Pflegeunternehmen das Thema „Gesund pflegen“ in einen neuen Kontext. Was kann getan werden, um Mitarbeitende gesund im Job zu halten, als Arbeitgeber attraktiv zu bleiben bzw. zu werden und Auszubildende für die Pflege zu gewinnen?

Ausgangspunkt für das Unternehmensnetzwerk „Gesund pflegen“ war die Überlegung, dass im Bereich gesunder Arbeit für Pflegenden ein klares Umsetzungsdefizit erkennbar ist.

Die Idee des Unternehmensnetzwerkes wird getragen von folgenden Überlegungen:

1. Wir haben kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsdefizit im Gesundheitswesen – es gibt viele Good-Practice-Beispiele.
2. Die Anforderungen an Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen und die benötigten Ressourcen sind für ein einzelnes Unternehmen sehr herausfordernd – Synergien können durch gemeinsames Lernen geschaffen werden.
3. Unternehmensnetzwerke können diese Synergien schaffen!

So wurden im Rahmen des Wettbewerbes „Great Place to Work“ und verschiedener Aktivitäten der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege immer wieder gute Lösungen präsentiert, deren Verbreitung und Umsetzung in den Unternehmen nur schleppend stattfand. Bei genauerer Nachfrage wurde immer wieder das Thema der Ressourcen aufgeworfen, so dass die Fragestellung diskutiert wurde, welche Möglichkeiten geschaffen werden können, um den Ressourceneinsatz zu verringern und die Motivation der einzelnen Unternehmen, an der Umsetzung von Lösungen zu arbeiten, zu steigern. In der Diskussion mit dem Bundesministerium für Arbeit, der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie der contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH wurden verschiedene Lösungswege diskutiert und im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) ein Projekt mit dem Titel „Gesund pflegen“ – Unternehmensnetzwerk zur Implementierung gesundheitsorientierter Führungs- und Unternehmenskultur in der Pflege verabredet und durchgeführt.

Unter dem Label „Unternehmensnetzwerk Gesund pflegen“ finden wir verschiedene Kooperationen von Unternehmen, die gemeinsam an einer gesundheitsorientierten Führungs- und Unternehmenskultur arbeiten und Synergien und neue Ideen in der gemeinsamen Umsetzung generieren wollen. Die folgenden drei Themen stehen hierbei im Vordergrund der Arbeit:

1. Die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität durch das Lernen von Besten Arbeitgebern.
2. Die Implementierung einer gesundheitsförderlichen Führungskultur in einem bundesweiten Kooperationsverbund unterschiedlicher Pflegeanbieter.
3. Neue Ansätze in der regionalen Nachwuchsgewinnung – care4future: Schüler für Pflegeberufe begeistern.

Beispiele guter Praxis sollten als Ausgangspunkt und Grundlage dabei helfen, Erfahrungen auszutau-

schen, sind allein jedoch nicht ausreichend: Die gemeinsame Arbeit an diesen Themen sollte zum einen die schnellere Erarbeitung und die raschere Verbreitung der Lösungen gewährleisten. Ein wichtiger Ansatz bei diesem gemeinsamen Lernen war die Offenheit – auch konkurrierender Unternehmen –, eigenes Wissen vor Ort zur Verfügung zu stellen und gemeinsame Lösungen auf dieser Basis weiter zu entwickeln.

Im Folgenden werden diese drei Ansätze beschrieben.

Das Lernen von Besten Arbeitgebern

Im Rahmen des Wettbewerbs „Great Place to Work“ stellen Unternehmen im Rahmen der Prämierung immer wieder Beispiele guter und gesundheitsorientierter Führung vor. Diese Anregungen waren für die verschiedensten Unternehmensvertreter sehr inspirierend. Allerdings fehlte die Zeit, über eine vertiefte Diskussion über die Chancen und Risiken der erarbeiteten Ergebnisse eine nachhaltige Übertragung in die eigenen Unternehmen mit besonderem Blick auf zu vermeidende Fehler zu erzielen. Für den Aufbau einer Unternehmenskultur, die mit einem Spitzenplatz bei den Besten Arbeitgebern belohnt wird, haben viele der Unternehmen einen 5-10-jährigen Prozess hinter sich gebracht. Gerade diese Unternehmen waren bereit, ihr Sonderwissen mit anderen zu teilen.

Mit verschiedenen „Besten Arbeitgebern“, Vertretern des BMAS, der BGW sowie der Initiative Neue Qualität der Arbeit wurde deshalb in einem ersten Schritt ein Vorgehen im Rahmen eines gemeinsamen Seminars abgestimmt und dann in einem zweiten Schritt offene Workshops in den verschiedenen Partnerunternehmen vor Ort durchgeführt, zu dem weitere Unternehmen der Branche eingeladen wurden. Die „Besten Arbeitgeber“ stellten ihre Konzepte vor und es fand ein reger Austausch mit den Führungskräften und Mitarbeitern über die Wirkung, aber auch über die Herausforderungen einer gelungenen Umsetzung statt. Im Dialog wurden Möglichkeiten der weiteren Entwicklung in den teilnehmenden Unternehmen besprochen und geprüft, welche Maßnahmen die teilnehmenden Unternehmen gemeinsam planen und umsetzen können und wie Synergien in der Vorbereitung und Umsetzung geschaffen werden können.

Es zeigte sich, dass die Umsetzungsanforderungen und -geschwindigkeiten sehr heterogen waren, so dass man sich darauf verständigte, einen losen

Erfahrungsaustausch zu pflegen und diesen Austausch einmal jährlich bei einem Netzwerktreffen zu vertiefen.

Der Kooperationsverbund zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Führungskultur

Gesundheitsförderliche Führung war das Ausgangsthema des Kooperationsnetzwerkes verschiedener regional und deutschlandweit tätiger privater und freigemeinnütziger Pflegeanbieter, an dem zunächst primär die Personalverantwortlichen der Unternehmen teilnahmen. In einem ersten Schritt wurde durch die Entwicklung einer gemeinsamen Definition der gesundheitsförderlichen Führung und deren primäre Handlungsfelder eine Vertrauenskultur geschaffen. Da die Ausgangslagen der Unternehmen selbst sehr heterogen waren, wurden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt und verschiedene Zielgruppen angesprochen. So wurde zum einen die unterste Führungsebene adressiert. Für diese wurden passgenaue Seminarmodule entwickelt, die in die bestehenden Strategien zur Führungskräfteentwicklung implementiert wurden. Diese spezifische Fortbildung, die Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit konkreten Führungssituationen verbindet, wurde durch ein Coaching während der Umsetzung begleitet. Das Modul wurde den anderen Unternehmen schon während der Entwicklung zur Verfügung gestellt.

Ein zweiter Unternehmensverbund entwickelte ein weiteres Modul, welches bei organisatorischen Umstrukturierungen durch eine vorgeschaltete Arbeitssituationsanalyse die möglichen Belastungsfaktoren im Vorfeld erhebt und entsprechende neue Rollenanforderungen und Copingstrategien für die Mitarbeiter präventiv schult. Hierdurch konnten Umstrukturierungsprozesse deutlich belastungsärmer umgesetzt werden.

Ein dritter Unternehmensverbund entwickelte ein Schulungsmodul zur gesundheitsförderlichen Führung für die obere Führungskräfteebene. Der Blickwinkel des Personalleiters der Stiftung Liebenau beschreibt deutlich die Herausforderung:

„Der Zusammenhang zwischen Führen und Gesundheit muss den Führungskräften deutlich werden. Es geht bei dem Thema ‚Gesundheit im Unternehmen‘ letztlich nicht nur darum, Hilfsmittel wie bspw. Tragehilfen anzuschaffen, sondern Führungskräfte müssen sich bewusst werden, dass sie in ihrer Rolle einen enormen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeitenden ausüben können.“ Herr Sans (Stiftung Liebenau)

Der gemeinsame Austausch im Rahmen der Entwicklung führte zu einem hohen Vertrauen im Netzwerk, welches sich viermal im Jahr gemeinsam bespricht. Hier wurden auch aktuelle Themen der Personaler angesprochen, Tipps und Tricks ausgetauscht und Erfahrungen bei der Implementierung besprochen. Die entwickelten Konzepte standen allen Unternehmen zur Verfügung, so dass der Ressourcenaufwand sich entsprechend deutlich verringerte und von den Erfahrungen der jeweiligen Unternehmen gelernt werden konnte. Frau Geringhoff von der Cura Unternehmensgruppe fasst dieses wie folgt zusammen: „Den Austausch der Netzwerkpartner empfinde ich als sehr befruchtend, auch wenn man sich von der Idee verabschieden musste, dass es allein ein Modell geben kann.“

care4future – Schüler für die Pflege begeistern

Die Nachwuchssicherung im Bereich der Pflegeberufe ist eine der größten Herausforderungen der Branche. Der Bedarf ist so groß, dass in der Zukunft jeder 4. Schüler einen Pflegeberuf ergreifen müsste, wenn keine anderen Lösungen gefunden werden. Während regional die Handwerkskammern sowie die Industrie- und Handelskammern eine Abstimmung zur Ausbildungssituation mit der Arbeitsagentur, den Kommunen sowie Ministerien vornehmen, gibt es keine regionale Bündelung der Interessen der Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Aus diesem Grund sind eine Vielzahl von Einzelinitiativen und „Runden Tischen“ aktiv, die auf Schulen oder die Arbeitsagenturen zugehen.

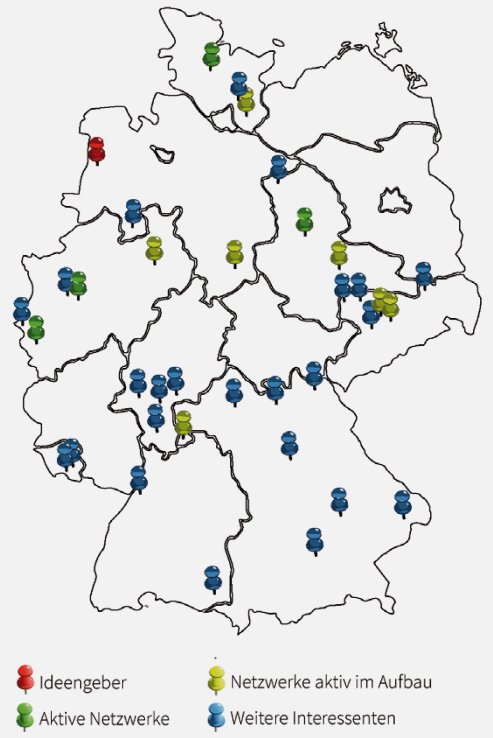
Das Unternehmensnetzwerk „Gesund pflegen“ hat hier mit der Initiative „care4future“ [4] ein besonderes regionales Netzwerk geschaffen. Ausgehend von einer Initiative der Michaelschule und Berufsfachschule für Altenpflege in Papenburg wurde care4future entwickelt. Das Konzept zeigt einen Weg auf, wie junge Menschen auf interessante und authentische Art und Weise mit dem Pflegeberuf in einen positiven Kontakt gebracht werden können: In regionalen Netzwerken kooperieren Unternehmen der Pflegebranche mit allgemeinbildenden Schulen, Pflegeschulen und der örtlichen Arbeitsagentur, um Schülerinnen und Schülern Orientierung in der Berufsfindungsphase zu bieten und das Berufsfeld Pflege vorzustellen. Kern des Konzeptes: Ein Wahlpflichtkurs „Pflege“ für die Abschlussjahrgänge an allgemeinbildenden Schulen. Das Besondere dieses Kurses: Die Auszubildenden der Pflegeschulen sind es, die den Schülerinnen und

Schülern Grundbegriffe der Pflege nahebringen, ihre Motivation für den Pflegeberuf vermitteln und sie als Mentoren während ihrer Praktikumseinsätze begleiten.

Mittlerweile bestehen insgesamt siebzehn regionale care4future-Netzwerke oder befinden sich im unmittelbaren Aufbau (■) Abbildung 1, orange bzw. gelb gekennzeichnet). Weitere zwanzig Regionen haben ernsthaftes Interesse signalisiert (blau gekennzeichnet), mit der Bildung eines care4future-Netzwerks zu beginnen.

Und care4future wirkt: Nach fünfjähriger Erfahrung des Ausgangsnetzwerkes sind über 60% der ehemaligen Kursteilnehmenden in Gesundheits- oder Sozialberufen tätig, davon 25% direkt in der Pflege. In den Pilotnetzwerken können sich 50% der Schülerinnen und Schüler vorstellen, nach dem Schulabschluss eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen. Bleiben werden sie aber nur, wenn die Arbeitsbedingungen vor Ort so geschaffen werden, dass auch diese Schülerinnen und Schüler langfristig gesund pflegen können.

Abbildung 1 Aktive care4future-Netzwerke und Netzwerke im Aufbau



Das Unternehmensnetzwerk „Gesund pflegen“ ist als Initiative gestartet und hat verschiedene Unternehmen in gemeinsame, thematische Arbeitszusammenhänge gebracht, um die Entwicklung einer gesunden Pflege zu fördern. Der Wettbewerb „Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ hat sich weiter etabliert und führt bei jährlichen Konferenzen die Teilnehmer in einen regelmäßigen Dialog, der auch darüber hinaus unterjährig erfolgt. Mit care4future konnte eine deutschlandweit einmalige regionale Kooperationsform geschaffen werden, die sich kontinuierlich weiterentwickelt. Voraussetzung für alle diese Kooperationen: Vertrauen und Personen,

die sich im Netzwerk engagieren und die notwendige Energie mitbringen.

Literatur

1. Kosfeld CP. Pflege hat jetzt Vorrang. Das Parlament 2014; 28
2. forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. Bürgerbefragung öffentlicher Dienst. Berlin: Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion, 2013
3. DGB Index Gute Arbeit. Werden Sie von Ihrer Rente leben können. Berlin: DGB-Index Gute Arbeit GmbH, 2012
4. contec GmbH. Ein Handlungsleitfaden zur regionalen Gewinnung von Nachwuchskräften in der Pflege. Bochum: contec GmbH, 2013

Das Gesundheitsnetzwerk Leben – Innovation für ein gesundes Berufsleben in der Region Ingolstadt

Helga Friehe
Audi BKK, Wolfsburg

Einleitung

Der demografische Wandel hat längst begonnen und stellt ganz Deutschland vor eine große Herausforderung. Jede Region ist gefordert, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen für die Region zu begeistern und damit an die Region zu binden. Die ansässigen Unternehmen, die Leistungsanbieter (Ärzte aller Fachrichtungen, Betriebsärzte/Arbeitsmediziner, Rehabilitationseinrichtungen, die Anbieter von Rehabilitationssport oder der intensivierten Reha-Nachsorge IRENA) sowie die Sozialversicherungsträger können dabei einen großen Anteil leisten. Die ganzheitliche Betrachtung einer Region unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Rahmenbedingungen bietet die Chance, bei gezielter Vernetzung dem Trend von Binnenwanderungen, welcher durch Arbeitsplatzsuche ausgelöst wird, positiv entgegenzuwirken. Arbeitsunfähigkeitszeiten können vermieden oder verkürzt werden.

Die Grundhaltung aller Netzwerkpartner ist von entscheidender Bedeutung, um einen dauerhaften Erfolg der Netzwerkarbeit zu realisieren.

Status quo der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation in Deutschland wird nach übereinstimmender Auffassung der Fachexperten in den kommenden Jahren stetig zunehmen. Die Bevölkerungsentwicklung, die Veränderung des Krankheitsspektrums und der sozialen Kontextfaktoren, die Zunahme chronischer Erkrankungen gelten u. a. als wesentliche Einflussfaktoren für einen wachsenden medizinischen Rehabilitationsbedarf.

Die Aufgabe der niedergelassenen Vertragsärzte ist es, zusätzlich zum Antrag des Betroffenen selbst für eine medizinische Rehabilitation, einen ärztli-

chen Befundbericht zu verfassen. Unterstützung bekommen die Vertragsärzte dabei durch die Arbeitsmediziner und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Bei der Antragstellung sollte die individuelle persönliche Situation des Patienten eingehend hinterfragt und berücksichtigt werden. Eine gute Beratung und Unterstützung des Patienten sorgt für mehr Transparenz und baut Ängste ab.

Die erforderliche Betreuung und Versorgung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen führt häufig dazu, dass berufstätige Patienten eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme gar nicht erst beantragen. Dies ist u. a. dadurch begründet, dass ambulante wohnortnahe Angebote zur Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen noch nicht hinreichend bekannt sind. Eine vernetzte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten, Rehabilitationsärzten in den Reha-Einrichtungen, dem MDK und den Betriebsärzten/Arbeitsmedizinern ist eher die Ausnahme.

Die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wird so häufig zur Belastungsprobe für den niedergelassenen Vertragsarzt und den berufstätigen Patienten. Wobei durchaus unterschiedliche Ursachen dafür vorliegen können, wie z. B. nicht zeitnah verfügbare Aufnahmetermine in den Reha-Einrichtungen oder die Ablehnung von Anträgen auf eine medizinische Rehabilitation. So gingen z. B. 2012 bei der Deutschen Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Die Bewilligungsquote lag bei circa 65%. Die Ablehnung eines Antrages (19% aller Anträge) erfolgte meist aus medizinischen Gründen (92%) [1].

Erkrankungen von Muskeln, Skelett oder Bindegewebe stellen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nach wie vor die häufigste Rehabilitationsindikation dar. Der Anteil im stationären Bereich liegt dabei bei ca. einem Drittel aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Im

ambulanten Bereich ist dieser Anteil systembedingt wesentlich höher: 66% der Frauen und 60% der Männer erhalten hier eine Rehabilitation aufgrund einer Muskel-Skelett- oder Bindegeweberkrankung [1].

Das Gesundheitsnetzwerk Leben

Das im Raum Ingolstadt lokalisierte „Gesundheitsnetzwerk Leben“ (» Abbildung 1) wurde 2012 von der Audi BKK ins Leben gerufen. Partner dieses Netzwerks sind u. a. GO IN (regionales Ärztenetzwerk mit 460 Vertragsärzten aller Fachrichtungen), PSIN (regionales Netz niedergelassener Psychiater, ärztlicher Psychotherapeuten, Neurologen und Nervenärzte, die unabhängig in freier Praxis tätig sind), die Danuviusklinik, die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Passauer Wolf City Reha (ambulante Reha-Einrichtung mit Zulassung durch die Deutsche Rentenversicherung), rehabewegt e.V. (Verein mit Zulassung für die Durch-

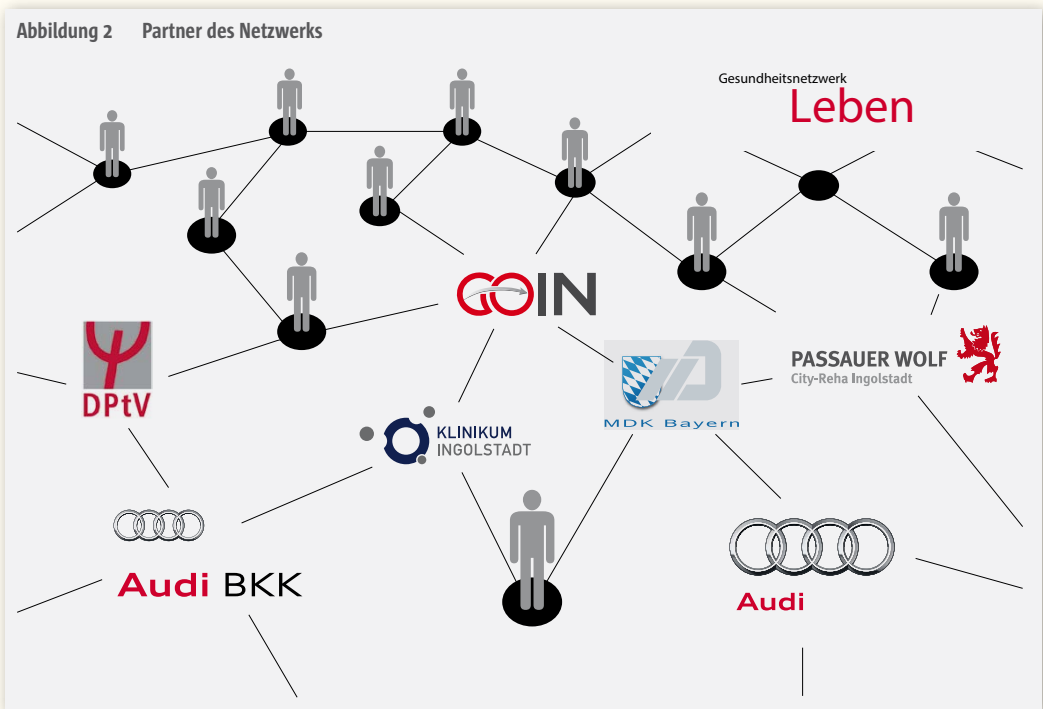
führung von Reha-Sport), Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Bayern sowie die größten Arbeitgeber der Region, die AUDI AG und das Klinikum Ingolstadt (» Abbildung 2).

Das „Gesundheitsnetzwerk Leben“ basiert auf einer ganzheitlichen Betrachtung der Region und seiner berufstätigen Menschen. Ziel ist es, die medizinische Versorgung, die bestehenden Strukturen und Versorgungsabläufe gemeinsam zu optimieren und zu intensivieren, um künftig gesundheitlichen Einschränkungen bei berufstätigen Menschen vorzubeugen, notwendige Maßnahmen zeitnah einzuleiten und auch die Nachsorge zu beschleunigen. Jede Maßnahme soll zum Wohle des Patienten individuell festgelegt werden. Eine hochwertige, lückenlose Versorgungskette soll dabei gewährleistet sein. Arbeitsunfähigkeit soll vermieden oder verkürzt und Erwerbsunfähigkeit soll verhindert bzw. vermieden werden. Zeitgleich soll die Region gestärkt, der Zu-

Abbildung 1 Das „Gesundheitsnetzwerk Leben“ in der Region Ingolstadt



Abbildung 2 Partner des Netzwerks



sammenhalt gefördert und Bürokratie abgebaut werden. Dabei soll eine dauerhafte Nachhaltigkeit sowie eine humanökologische Ausrichtung gewährleistet werden. Die gemeinsame ethische Verantwortung prägt das Handeln aller teilnehmenden Netzwerkpartner. Jeder beteiligte Mensch steht im Mittelpunkt des Wirkens. Die Eigenverantwortung des berufstätigen Menschen soll dabei gefördert und gestärkt sowie eine Win-win-Situation für alle Beteiligten erreicht werden.

Medizinische Rehabilitation im Kontext des Gesundheitsnetzwerks Leben

Hier setzt das 1. Modul/Einleitung einer orthopädischen oder traumatologischen Reha-Maßnahme an. Das Modul wurde von den beteiligten Partnern im Gesundheitsnetzwerk Leben entwickelt. Alle beteiligten Partner im Netzwerk möchten besser aufklären, unterstützen und begleiten. Durch ein Vier-Augen-Prinzip (niedergelassener Vertragsarzt + Rehabilitationsarzt) oder Sechs-Augen-Prinzip (Betriebsarzt/Arbeitsmediziner oder Medizinischer Dienst der Krankenversicherung + Rehabilitationsarzt + nieder-

gelassener Vertragsarzt) sollen Ablehnungen vermieden und medizinisch notwendige Nachsorgemaßnahmen auch zeitnah eingeleitet werden. Durch die gezielte individuelle Beratung des Patienten sollen auch die sozialen Kontextfaktoren stärker berücksichtigt werden.

Stellt der GO IN Arzt oder Betriebsarzt der AUDI AG/ Klinikum Ingolstadt oder der MDK fest, dass eine orthopädische oder traumatologische Reha-Maßnahme indiziert ist, hat der Patient die Möglichkeit, sich eingehender in der Reha-Sprechstunde durch die Passauer Wolf City-Reha beraten zu lassen. Der Patient bekommt dafür einen Flyer zur Verfügung gestellt.

Nicht für jeden Patienten ist eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme (in einem entfernten Ort) die richtige Wahl. Gerade bei lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten mit mehreren Klinikaufenthalten ist für Patienten das gewohnte häusliche Umfeld zur psychischen Stabilisierung ein entscheidender Faktor zur schnelleren Genesung und zügigen Wiedereingliederung ins Berufsleben. Lebt ein Patient allein oder gibt es Probleme im häuslichen Umfeld, ist durchaus eine Unterbringung in einer stationären Rehabilitationsklinik die adäquate Lösung.



Je früher mit notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen begonnen wird, umso schneller werden Patienten wieder gesund.

Ziel sollte es immer sein, die individuelle Leistungsfähigkeit wieder herzustellen und damit auch die Lebensqualität zu verbessern. Im Gesundheitsnetzwerk Leben arbeiten alle Akteure (»»» Abbildung 3) vernetzt. Durch die frühzeitige Einbeziehung der Betriebsärzte/Arbeitsmediziner können die im Kontext der Rehabilitation maßgebenden Arbeitsbedingungen des Patienten gezielt mit einbezogen werden. Der erfolgreiche und reibungslose Wiedereinstieg ins Berufsleben wird unterstützt.

Im Mittelpunkt steht der Patient. Er hat die Möglichkeit, sich ohne vorherige Terminvereinbarung bezüglich seiner orthopädisch-traumatologischen Beschwerden bei einem Reha-Arzt vorzustellen. Dies ist jeden Dienstag von 15:00-17:00 Uhr (ausgenommen Feiertage) im Passauer Wolf City-Reha Ingolstadt möglich. Das Ärzteteam der Passauer Wolf City-Reha besteht aus drei Fachärzten. Wenn die Voraussetzungen einer Rehabilitationsmaßnahme gegeben sind, wird der zuweisende Arzt ggf. mit telefonischer Rücksprache bei der Einleitung der Rehabilitation unterstützt.

Die beteiligten Vertragsärzte versenden die Anträge mit einem gesonderten Anschreiben direkt an

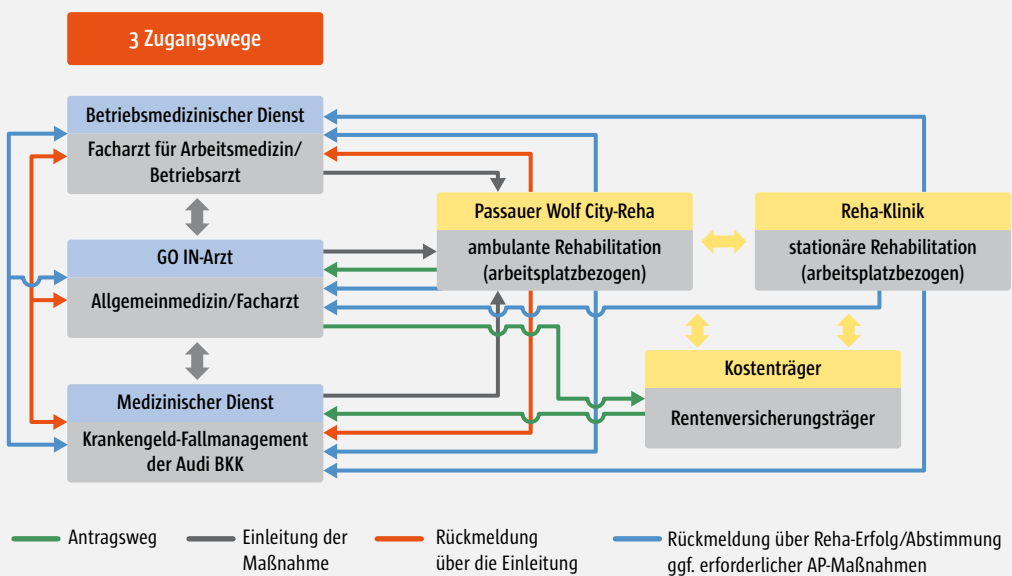
die zuständigen Rentenversicherungsträger und stehen dem Sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers (der DRV Bayern Süd und der DRV Bund) bei Rückfragen persönlich zur Verfügung. Der zuständige Krankengeld-Fallmanager der Audi BKK wird mit der direkten Durchwahlnummer in dem Anschreiben mit aufgeführt. Sollte es in Einzelfällen zu Rückfragen kommen, ist ein schneller direkter telefonischer Kontakt jederzeit möglich.

Alle beteiligten Vertragsärzte, Arzthelferinnen, Rehabilitationsärzte, Arbeitsmediziner, der Medizinische Dienst und die Krankengeld-Fallmanager der Audi BKK wurden in Schulungen über die Möglichkeit der Patientensteuerung und den Ablauf in der Reha-Sprechstunde sowie die Versendung des Reha-Antrages geschult. Durch das GO IN Magazin (eine Zeitschrift, die in den Arztpraxen den Patienten zur Verfügung steht) wird regelmäßig über die Partner im Gesundheitsnetzwerk Leben sowie über die bei den Netzwerkpartnern und auch den Patienten gewonnenen Erkenntnisse berichtet.

Ausblick

Bisher haben 180 berufstätige Menschen das Angebot genutzt. Aktuell stellen sich hauptsächlich Patienten vor, die von zuweisenden Orthopäden, Unfallchirurgen, Hausärzten und Neurochirurgen in die Reha-

Abbildung 3 Vernetzte Arbeit der Akteure. 1. Modul: Einleitung einer orthopädisch/traumatologischen Reha-Maßnahme



Sprechstunde geschickt werden. Auch die Betriebsärzte der Audi AG und des Klinikums Ingolstadt sind rege an dem Projekt beteiligt.

Alle Partner im Gesundheitsnetzwerk Leben arbeiten an der gezielten Entwicklung von weiteren Modulen und Optimierung des bereits vorhandenen Moduls.

Literatur

1. Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Bericht 2013. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/rehabericht_2013.pdf;jsessionid=ACD42EBF8819AAB94A24E09D55195652cae03?__blob=publicationFile&v=5 (Zugriff am 03.10.14)

SeGel – Psychische Gesundheit durch ein innovatives und wohnortnahes Versorgungskonzept

Anne Erdweg und Johannes Thormählen
GWQ ServicePlus AG, Düsseldorf

Einleitung

Zahlreiche Studien und Publikationen [u. a. 1, 4, 5, 7] belegen den steigenden Handlungsdruck im Bereich der psychischen Erkrankungen. Im Blickpunkt stehen dabei die seit Jahren steigenden Behandlungszahlen und die Kapazitätsdefizite im Versorgungsangebot sowie die Folgen, die sich daraus für die Betroffenen wie für Arbeitgeber und Sozialsysteme ergeben. Eine systematische Ausweitung und Ergänzung des Versorgungsangebots ist auf breiter Ebene trotzdem noch nicht zu erkennen. Allerdings haben verschiedene Kassen in den letzten Jahren Programme entwickelt, die nicht zuletzt den schon 1975 von einer Sachverständigenkommission im Auftrag des Bundestags (Psychiatrie-Enquete) formulierten Empfehlungen zur Förderung gemeindenaher Versorgung mit bedarfsgerechten und präventiven Hilfsangeboten [2] Rechnung tragen. Dazu gehört das Programm SeGel (Seelische Gesundheit leben), das von der GWQ ServicePlus AG im Auftrag verschiedener mittelständischer Krankenkassen (derzeit sind 16 Krankenkassen dem Vertrag beigetreten) eingeführt wurde.

Die rechtliche Grundlage liefern die §§ 140a ff. SGB V zur Integrierten Versorgung (IV). Durch die IV soll das Miteinander der Professionen des Gesundheitswesens gefördert werden. Klug eingesetzt kann die IV zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung und zur Schaffung ganz neuer Versorgungsangebote genutzt werden.

Diesen Anspruch verfolgt die GWQ mit dem integrierten Versorgungsprogramm SeGel. Es wurde mit dem Ziel entwickelt, vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten zu verringern und die Lebensqualität der betroffenen Patienten zu erhöhen. Dafür spielt der Verbleib im gewohnten sozialen und beruflichen Umfeld während der Programmteilnahme eine entscheidende Rolle.

Die bisherigen Daten und Rückmeldungen sprechen dafür, dass SeGel diese Ziele erreicht: Sowohl

die ersten Wirtschaftlichkeitsberechnungen als auch die Rückmeldungen von eingeschriebenen Patienten zeigen eine positive Bilanz.

Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Herausforderung

Die gesellschaftlichen Herausforderungen, die bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewältigt werden müssen, sind immens. Auch wenn nicht endgültig geklärt ist, ob es einen absoluten Anstieg der Erkrankungen gibt oder „nur“ die Anzahl der Diagnosestellung gestiegen ist: Die zunehmenden Fallzahlen führten in den letzten Jahren zu einem anwachsenden medizinischen Ressourcenbedarf. Die gesundheitlichen Ausgaben für psychische Erkrankungen stiegen im Zeitraum von 2002 bis 2008 um 23% auf 28,7 Millionen € [3] an. Im Jahr 2012 stellten psychische Erkrankungen bei BKK Pflichtmitgliedern mit rund 14,7% bereits die zweithäufigste Ursache für Fehlzeiten dar, zudem löst die Krankheitsgruppe überdurchschnittlich lange Fehlzeiten (24,4 AU-Tage) aus. Im Zeitraum von 2005 bis 2012 sind die Fehlzeiten um 97,1% gestiegen [4]. Prognostiziert wird, dass sich dieser Trend auch zukünftig fortsetzt und psychische Erkrankungen an erster Stelle für arbeitsbedingte Fehlzeiten stehen werden.

Für die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung existiert im deutschen Gesundheitssystem eine Vielzahl unterschiedlicher Professionen. Trotzdem gibt es ein offenkundiges Kapazitäts- und Zugangsproblem. Tatsächlich wird nur jeder Dritte Patient von einem Psychiater, Psychotherapeuten oder Hausarzt betreut [5]. Dabei ist die Frage, wer welches Versorgungsangebot erhält, oft nicht abhängig von der Indikation, sondern vom Zufall oder, häufiger noch, von der regionalen Verfügbarkeit der Ressourcen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen möglichst schnell eine koordinierte ambulante

te und wohnortnahe Unterstützung, die bei chronischen und schweren Krankheitsverläufen auch 24 Stunden am Tag erreichbar ist [6]. In der Realität warten die Betroffenen heute durchschnittlich 19,4 Wochen auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch [7], für Patienten in einem krisenhaften Zustand bleibt meist die stationäre Aufnahme als einzige Behandlungsmöglichkeit.

Das hat negative Konsequenzen: Lange Wartezeiten stellen für Patienten eine erhebliche Belastung dar und können zur Verschlimmerung oder gar zur Chronifizierung des Krankheitszustands führen [8]. Stationäre Aufenthalte hingegen bedeuten einen tiefgreifenden Einschnitt ins Alltags- und Sozialleben der Patienten und sollten deshalb, wo medizinisch möglich, vermieden werden. Zudem erleben viele Patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt einen Behandlungsbruch aufgrund der geringen Kapazitäten im ambulanten Bereich sowie der mangelhaften Koordination der Sektoren.

Überwindung der Sektoren mit Integrierter Versorgung

Die strikte Trennung der Versorgungssektoren und die dadurch bedingten Defizite bei Kooperation und Kommunikation ist ein bekanntes, nicht nur für psychische Erkrankungen relevantes Problem. Dem steuerte der Gesetzgeber durch die im Jahr 2000 eingeführte Integrierte Versorgung entgegen. Dieser Ansatz wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) weiterentwickelt und bildet nach §§ 140a ff SGB V die Grundlage für den Aufbau einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären und facharztübergreifenden Gesundheitsversorgung [9].

Das damit verbundene Ziel der Optimierung der Versorgungsqualität bei Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ist allerdings aufgrund der langjährigen und grundsätzlich weiter existierenden sektoralen Trennung bei Therapie und Finanzierung nicht einfach zu erreichen. Schon der Aufwand für Konzeption und Abstimmung der IV-Verträge ist erheblich; dazu kommt die Aufgabe, Versicherte zu identifizieren und als Teilnehmer zu gewinnen, die aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht für das Programm geeignet sind. Nicht zuletzt stellen die Abrechnung, das Datenmanagement und die Messung der qualitativen und ökonomischen Zielerreichung große und zum Teil neuartige Herausforderungen für Kassen, aber auch für Leistungserbringer dar.

Im Bereich der psychischen Erkrankungen wurden vor diesem Hintergrund bislang vergleichsweise wenige IV-Verträge geschlossen. SeGel der GWQ Service-

Plus AG spielt hier mit einigen wenigen, ähnlich angelegten Lösungen anderer Kassen eine Vorreiterrolle. Ein Grund für die zögerliche Entwicklung liegt in den regional stark variierenden Versorgungsstrukturen: Für die Sicherstellung eines erweiterten ambulanten Behandlungsangebots zur wohnortnahen, zeitnahen und niedrigschwelligeren Versorgung benötigen die Kassen regionale Vertragspartner, die alle benötigten Leistungen anbieten und vor allem koordiniert zur Verfügung stellen.

Diese Aufgabe erfüllen in den meisten Fällen regionale Netzwerke, die ihren Ursprung in der Gemeindepsychiatrie bzw. der Eingliederungshilfe nach SGB XII haben. Solche gemeindepsychiatrischen Netzwerke zielen auf die Versorgung psychisch erkrankter Menschen durch eine Kombination sozialpsychiatrischer Dienste mit Angehörigenarbeit, Angeboten zum betreuten Wohnen, Tagesstätten und häuslicher Pflege – Elemente, die durchweg auch für Versorgungsprogramme wie SeGel gebraucht werden.

Das Versorgungsprogramm SeGel

Das Programm richtet sich an Versicherte mit definierten Krankheitsbildern, z.B. mit affektiven Störungen oder einer Schizophrenie. Es ist dabei ausgerichtet auf Teilnehmer, die aufgrund ihrer Erkrankung in den letzten Jahren stationäre Leistungen in Anspruch genommen haben und/oder häufige bzw. hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen [10].

Die Konzeption des Programms wurde von dem besonderen Bedarf der Zielgruppe geleitet. Es ging darum, Leistungen bereitzustellen und zu koordinieren, die für die Versicherten im Rahmen der Regelversorgung nicht angeboten werden bzw. nicht zugänglich sind. Dazu gehören in erster Linie:

- Die persönliche Betreuung der Patienten durch ein individuelles, jederzeit erreichbares Fallmanagement – gerade Personen mit psychischen Erkrankungen sind oft nicht in der Lage, die Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer selbst zu organisieren.
- Die Konzentration des Versorgungsangebots auf das häusliche und soziale Umfeld – um die unterstützenden Ressourcen von Verwandten oder Freunden nutzbar zu machen.
- Die Bereitstellung und Koordination aller, auch nicht ärztlicher Leistungen wie u.a. Soziotherapie, Angehörigenarbeit, ambulante psychiatrische Pflege und Psychotherapie zur Krisenintervention.

- Die Option einer nicht stationären Krisenintervention durch wohnortnahe Rückzugsräume, als Alternative zu den in solchen Fällen gemeinhin üblichen stationären Einweisungen.

Auf dieser Grundlage wurde ein Paket von Betreuungskomplexen zusammengestellt, mit dem multiprofessionelle Teams der Vertragspartner „weniger symptomorientiert als vielmehr lebensweltbezogen“ [11; S. 21] arbeiten können. Den Kern der SeGel-Versorgung bilden dabei die folgenden Leistungselemente (»»» Abbildung 1):

- Telefonische Beratung mit einer 24-stündigen Erreichbarkeit an sieben Tagen die Woche,
- Betreuung durch einen Fallmanager, der den Patienten als fester Ansprechpartner dient und die Versorgung bedarfsangepasst koordiniert,
- „Home Treatment“ – niedrigschwellige, aufsuchende therapeutische Arbeit aller Beteiligten,
- „Need adapted treatment“ – der Patient wird als Teil eines sozialen Netzwerks angesehen und es finden Netzwerkgespräche mit ihm und seinen privaten und professionellen Bezugspersonen statt,
- Ambulante psychiatrische Krankenpflege, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und zu verkürzen und den Patienten und seine Angehörigen

bei der Bewältigung seiner Erkrankung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu unterstützen (§ 37 SGB V),

- Soziotherapie, um die Inanspruchnahme von ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen sicherzustellen (§ 37a SGB V),
- Psychoedukation, um krankheitsbezogene Informationslücken bei Patienten und Angehörigen zu schließen,
- Rückzugsräume/Krisenpension zur akuten außerstationären Krisenintervention, wenn eine Distanz zum häuslichen Umfeld hilfreich ist, aber eine 24-Stunden-Betreuung einer psychiatrischen Klinik nicht notwendig ist [12].

Die Vergütung

Die Vergütung erfolgt nach dem Capitation-Modell. Die Vertragspartner erhalten für jeden Versicherten eine feste monatliche Pauschale für die vertraglich definierten Versorgungsanteile. Die Höhe der Pauschale orientiert sich am Leistungsbedarf vor der Einschreibung. Diese Regelung macht die pro-Kopf-Vergütung für beide Seiten attraktiv: Aus Kassensicht hat sie den Vorteil, dass im Gegensatz zu einer

Abbildung 1 Betreuungskomplex von SeGel



Einzelleistungsvergütung kein Anreiz für eine angebotsinduzierte Mengenausweitung besteht; aus Sicht der Vertragspartner, weil sie eine Pauschale erhalten, die auf Basis der in der Regel aufwendigen und unkoordinierten Versorgungsgeschichte der Versicherten festgelegt wird und es ihnen erlaubt, Effizienzpotenziale auszuschöpfen.

Gleichzeitig wird mit Hilfe eines zweiten, erfolgsorientierten Vergütungsbestandteils die Qualität der Versorgung sichergestellt: Weil das primäre Ziel des SeGel-Vertrags die Vermeidung und/oder die Verkürzung von stationären Aufenthalten ist, wird im Fall einer stationären Behandlung ein Malus abgerechnet; diesem Malus steht eine Bonuszahlung entgegen, die bei konsequenter Vermeidung stationärer Aufenthalte von den Kassen an die Vertragspartner gezahlt wird. Dieser wirtschaftliche Anreiz erhöht das Interesse der Vertragspartner an einer erfolgreichen Fallbetreuung und sorgt so für die Stabilisierung des Budgets der Krankenkassen.

närer Aufenthalte von den Kassen an die Vertragspartner gezahlt wird. Dieser wirtschaftliche Anreiz erhöht das Interesse der Vertragspartner an einer erfolgreichen Fallbetreuung und sorgt so für die Stabilisierung des Budgets der Krankenkassen.

Das Vertragsmanagement

Die GWQ ServicePlus AG hat den SeGel-Vertrag mit derzeit zehn Vertragspartnern abgeschlossen. Dabei handelt es sich mehrheitlich um gemeinnützig ausgerichtete Organisationen mit besonderer Präsenz und Kompetenz in einer oder mehreren Regionen (» Abbildung 2). Wegen dieser regionalen Ausrich-

Abbildung 2 Die derzeit zehn SeGel-Vertragspartner der GWQ ServicePlus AG in unterschiedlichen Regionen



tung erfolgt die Implementierung einer bundesweiten Versorgung schrittweise.

Die Bereitstellung und das Management des SeGel-Vertrags würden den Kunden der GWQ einen unverhältnismäßig großen Aufwand abfordern. Deshalb übernimmt sie Dienstleistungen wie das zentrale Vertragsmanagement, die Weiterentwicklung des Vertrags und die Organisation der Abrechnung. Zudem unterstützt sie die Krankenkassen bei der Identifikation potenzieller Teilnehmer aus ihrem Versichertenstamm. Aufgrund der Bündelung der Interessen mehrerer Kassen durch die GWQ können die Verwaltungskosten zusätzlich gesenkt werden. Mit diesen Leistungen trägt die GWQ auch dazu bei, die Position ihrer kleinen und mittelständischen Kunden im Kassenwettbewerb zu stärken. Für die Messung der qualitativen und ökonomischen Zielerreichung greift die GWQ auf Leistungs- und Abrechnungsdaten der Vertragspartner zurück und nutzt zudem die sektorenübergreifenden GKV-Routinedaten ihrer Aktionärs- und Kundenkassen.

Erste Ergebnisse

Die ersten Ergebnisse basieren zwar noch auf einer relativ dünnen Datenbasis, zeigen aber bereits sehr deutlich: Mit SeGel können die Ziele aus Patienten- und Kassensicht augenscheinlich erreicht werden. Zahlreiche Rückmeldungen der Vertragspartner und deren Patienten weisen auf die Wirkungen von SeGel hin, Patienten kehren wieder zurück an den Arbeitsplatz und stabilisieren mit der professionellen Hilfe der Vertragspartner ihre seelische Gesundheit.

Beispiel:

Mit SeGel wieder ins Arbeitsleben zurückgefunden

(gemeldet von Stephanie Proske, VersA Rhein-Main GmbH Koordinationsstelle, LEBENSÄUME Gesundheitsdienste, Offenbach am Main)

Frauke Morgenstern (Name geändert), 46 Jahre, nutzt seit zwei Jahren das SeGel-Programm bei dem Vertragspartner VersA Rhein-Main GmbH in Offenbach.

1. Ausgangssituation

Frauke M. war alleinstehend und arbeitete als Sachbearbeiterin in einem mittelständischen Unternehmen. Sie hatte „schon seit Jahren“ keinen guten Kontakt zu ihren Familienangehörigen und lebte in ihrem privaten Umfeld sehr zurückgezogen. Ihre sozialen Kontakte beschränkten sich ausschließlich auf die Arbeitskollegen. Die letzten Jahre fiel es

ihr zunehmend schwerer, regelmäßig zur Arbeit zu gehen. Sie fühlte sich den wechselnden Anforderungen in der Firma nicht mehr gewachsen. Ihr Hausarzt diagnostizierte schließlich eine depressive Episode und neurotische Störung.

„Ich fühlte mich den Anforderungen nicht mehr gewachsen.“

Das Unternehmen befand sich in einer Umstrukturierungsphase, die Arbeitsanforderungen beschrieb sie als „sehr hoch“. Sie musste häufig kurzfristig neue Aufgaben übernehmen und hatte nicht die Möglichkeit, diese zu Ende führen. Sie entwickelte das Gefühl, „ein Versager“ zu sein.

Frauke M. schilderte zu Beginn der Teilnahme an SeGel,

- nachts wach gelegen und sich nur mit der Arbeit beschäftigt zu haben,
- seit mehreren Wochen krankgeschrieben gewesen zu sein,
- dass sie eine große innere Anspannung verspürte,
- unter Angst und Übelkeitsgefühlen litt und nicht mehr ans Telefon ging,
- wegen ihrer Angst in der Vergangenheit mehrfach die Notaufnahme des zuständigen Krankenhauses aufgesucht zu haben,
- dass ein stationärer Aufenthalt aufgrund ihrer Schlafstörungen zu keiner Besserung des Gesundheitszustandes geführt habe.

Wenn sie mehrere Tage nicht schlafen konnte, suchte sie überwiegend ihren Hausarzt auf und gab an, einfach erschöpft und überarbeitet zu sein, ein paar Tage zur Erholung zuhause bleiben zu wollen. Ihr verschriebenes Antidepressivum nahm sie nur ein, „wenn nichts mehr ging“.

2. Kontaktaufnahme und Behandlung

Frauke M. fiel es zu Beginn schwer, über ihre Situation zu sprechen. Sie entschied sich dennoch für den SeGel-Vertrag und konnte Vertrauen zu ihrer Fallmanagerin aufbauen. Ihr wichtigstes Ziel war es, „wieder zur Arbeit gehen zu können“.

Nach anfänglichen Unsicherheiten und notwendigen Hausbesuchen, da Frauke M. es zunächst nicht gelang, den Weg in die Beratungsstelle auf sich zu nehmen, arbeitete sie aktiv mit ihrer persönlichen Fallmanagerin zusammen, konnte sich auf ihre Vorschläge zur Verbesserung ihrer Arbeits- und Gesundheitssituation einlassen. Bereits in den ersten Wochen der Behandlung konnte Frauke M. subjektiv wahrnehmbare Fortschritte erzielen.

„Ich wollte wieder regelmäßig zur Arbeit gehen können.“

Es gelang mit Hilfe ihrer Fallmanagerin, die sie als Gesundheitslotsin begleitete, in den ersten zwei Monaten

- einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aufzusuchen und nach anfänglichen Bedenken ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen,
- eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie zu beginnen,
- offen mit ihrem Vorgesetzten über ihre Situation zu sprechen und bei ihm auf Verständnis zu stoßen,
- nach sechs Wochen wieder zur Arbeit gehen zu können.

In den zwei Behandlungsjahren konnte Frauke M. ihre Termine beim Facharzt wahrnehmen und hat ihre Medikamente regelmäßig eingenommen. Sie kann wieder gut schlafen und ihren Alltag deutlich entspannter bewältigen. In der Verhaltenstherapie hat sie Bewältigungsstrategien erlernt, die ihr dabei helfen, besser mit Stresssituationen umgehen zu können. Sie kommt mit neuen Herausforderungen besser zurecht, erlebt sie nicht ständig als Überforderung. Die Fallmanagerin hält regelmäßigen Kontakt zu Frauke M. und in schwierigen Situationen nutzt diese die Krisenhotline für Gespräche zur gesundheitlichen Stabilisierung.

3. Ausblick

Heute lebt Frauke M. mit einem Lebenspartner zusammen und geht einmal in der Woche mit ihrer Cousine ins Fitnessstudio. Kommt sie in schwierigen Situationen ins Grübeln, helfen ihr Achtsamkeitsübungen dabei, sich von ihren negativen Gedanken zu lösen und zur Ruhe zu kommen.

„Ich weiß heute, dass ich es nicht mehr so weit kommen lassen muss.“

Mit ihrem Vorgesetzten hat sie vereinbart, ihn bei Überforderungssituationen anzusprechen und gemeinsam nach einer Lösung suchen.

Frauke M. schildert, dass sie mit dem SeGel-Programm ihre Abwärtsspirale durchbrechen und eine schwere depressive Erkrankung verhindern konnte. Sie hat gelernt, dass es keine „Schande“ ist, wenn sie mit besonderen Alltagsbelastungen nicht alleine zurechtkommt. Sie holt sich jetzt rechtzeitig Hilfe bei der SeGel-Beratungsstelle und weiß, dass sie es „nicht mehr so weit kommen lassen muss“.

Das dritte Behandlungsjahr des SeGel-Vertrags nutzen Frauke M. und ihre Fallmanagerin zur weiteren Stabilisierung ihrer Gesundheit.

Die der GWQ vorliegenden GKV-Routinedaten weisen deutlich sinkende durchschnittliche Krankenhauskosten der Eingeschriebenen im ersten und zweiten Jahr der Teilnahme auf. Die Krankengeldtage konnten im genannten Zeitraum sogar um durch-

schnittlich 37 Tage reduziert werden. Eine Vergleichsgruppe aus Patienten der Regelversorgung zeigte ebenfalls sinkende Krankenhauskosten und Krankengeldtage, jedoch fallen die Ergebnisse der Vergleichsgruppe deutlich geringer aus als in der Gruppe der Teilnehmer. Die Auswahl der Vergleichsgruppe beruht auf folgenden Faktoren: soziodemographische Merkmale, Krankheitsbild und Kostenverläufe. Diese ermutigenden Ergebnisse zeigen, dass SeGel die erwünschten Effekte herbeiführt.

Fazit und Ausblick

Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass SeGel sowohl die qualitativen als auch die wirtschaftlichen Ziele erreicht. Die Akzeptanz der teilnehmenden Versicherten ist hoch und die Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern läuft zufriedenstellend. Die Ausweitung des Programms über die bisher zehn Vertragsregionen hinaus erscheint machbar und sinnvoll, ist aber abhängig von der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, welche die Versorgung entsprechend den Inhalten des Vertrags anbieten.

Die beteiligten Kassen und die GWQ entwickeln den SeGel-Vertrag laufend weiter, derzeit wird der Vertrag im Dialog mit den Vertragspartnern auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen nachjustiert und zukunftsfähig gestaltet.

SeGel ist nach Einschätzung aller Beteiligten ein positives Beispiel für eine IV, die durch optimierte und patientengerechte Behandlung qualitative und wirtschaftliche Potenziale erschließt. Allerdings verhindern die aktuellen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, dass ähnliche Programme für andere Versorgungsbereiche bzw. Indikationen im möglichen und wünschenswerten Maß aufgelegt werden: Schon seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung für IV-Projekte Ende 2008 ist die Innovationsbereitschaft der Krankenkassen erkennbar gehemmt. Und weil mit dem GKV-FQWG (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz) zudem die Einführung eines einkommensabhängigen Zusatzbeitrags ab Januar 2015 eher zu einer Fokussierung auf die Preise führen wird, als einen Qualitätswettbewerb zu fördern, fehlt es den Kassen an wettbewerblichen Anreizen für die Entwicklung neuer IV-Projekte.

Die Investitionen in ein IV-Projekt sind häufig immens und erbringen oft erst nach einigen Jahren den gewünschten Return on Investment. Bis dahin stecken die Krankenkassen in einem Dilemma: Die jährliche Haushaltsplanung bzw. der kraft SGB V damit einhergehende Nachweis relativ kurzfristigen wirt-

schaftlichen Handelns stehen in diametralem Gegensatz zu einem längerfristigen, finanziellen Engagement für innovative Versorgungsprojekte. Eine weitere wesentliche Hürde liegt im rechtlichen Bereich. Bei der Entwicklung der IV sind zahlreiche sozial- und vertragsrechtliche Bedingungen zu beachten. Sobald sich Kassen mit unterschiedlichen Aufsichtsbehörden an einem IV-Projekt beteiligen, erschweren zudem zum Teil uneinheitliche Bewertungsmaßstäbe zwischen den Landesaufsichten und dem Bundesversicherungsamt die Ausgestaltung der IV.

Aus Sicht der GWQ wie der SeGel anbietenden Kassen wäre es daher notwendig, dass der Gesetzgeber durch entsprechende Anreize und die Bereitstellung neuer Instrumente die Innovationsbereitschaft der Kassen fördert. Gerade der vergleichsweise aufwendige Aufbau und die vertragliche Einbindung kooperativer und regionaler Strukturen könnten am besten durch den Ausbau der IV und eine ausreichende finanzielle Förderung, z.B. im Rahmen des geplanten Innovationsfonds vorangetrieben werden.

Abzuwarten bleibt, inwieweit das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Abhilfe bezüglich der aufsichtsrechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für Krankenkassen schafft.

Literatur

1. Techniker Krankenkasse. Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. Hamburg: Techniker Krankenkasse Pressestelle, 2013
2. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. BT-Drucksache 7/4200, 1975
3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, ICD10, Einrichtung. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=554:13057687D> (Zugriff am 09.05.14)
4. Bungard S, Hertle D, Kliner K, Lüken F, Tewes C, Trümner A. BKK Gesundheitsreport 2013. Berlin: BKK Dachverband e.V., 2013
5. Wittchen H-U, Jacobi F. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? DEGS-Symposium, 2012
6. Ruprecht T. Ambulant statt stationär: „Managed Care“ in der Psychiatrie. In: Amelung V, Eble S, Hildebrandt H (Hrsg.) *Innovatives Versorgungsmanagement*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011, S. 321–326
7. BundesPsychotherapeutenKammer. BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin, 2011
8. Faulbaum-Decke W, Zechert C. Ambulant statt stationär. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH, 2010
9. Amelung V. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung V, Eble S, Hildebrandt H (Hrsg.) *Innovatives Versorgungsmanagement*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011, S. 321–326
10. Thormählen J, Gröbner M, Kühn S, Thiede H. Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern durch kooperatives Versorgungsmanagement. „SeGel – Versorgungsprogramm Seelische Gesundheit leben“. In: Amelung V, Eble S, Hildebrandt H (Hrsg.) *Innovatives Versorgungsmanagement*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2011, S. 321–326
11. Greve N. Aufsuchende Behandlung vernetzen und psychotherapeutisch fundieren. Kerbe, 2014, S. 20–22
12. Thiede H. Vernetzung, Verantwortung, Verbindlichkeit. In: Faulbaum-Decke W, Zechert C (Hrsg.) *Ambulant statt stationär*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2010, S. 127–133

Betriebliche Gesundheitsförderung und regionale Demografie

Hanka Knoche, Hans-Jörg Gittler und Eckard Steffin
BAHN-BKK, Frankfurt am Main

Das Thema demografischer Wandel und Fachkräftemangel ist ein vielbewegtes Thema der letzten Jahre und ist zwischenzeitlich nicht mehr nur eine „Vision“, sondern in der Realität der Unternehmen angekommen.

Der Mangel an Fach- und Nachwuchskräften sowie der steigende Altersdurchschnitt der Erwerbsbevölkerung stellen die Unternehmen vor immer größere Herausforderungen. Ein Umdenken in der Arbeitsorganisation sowie das Anpassen der Arbeitsprozesse auf die betriebliche und personelle Bedürfnisstruktur sind heute mehr denn je im Fokus der Unternehmen. Ziel ist es, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein möglichst gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen, um deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten. Die BAHN-BKK hat sich als betriebliche Krankenkasse des Verkehrsmarktes diesen Herausforderungen gestellt und ein umfassendes Produktportfolio für die Unternehmen auf hohem, qualitätsgesichertem Standard entwickelt.

Demografie wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Neben der Anzahl der Geburten und Sterbefälle sowie der Lebenserwartung spielt auch das Thema Migration eine immer stärkere Rolle [1].

Abschied vom Wachstum

Auch wenn in den letzten drei Jahren Deutschland aufgrund einer erhöhten Einwanderungsquote wieder gewachsen ist, schätzt es das Statistische Bundesamt so ein, dass langfristig gesehen die deutsche Bevölkerung schrumpft. Es wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerung zunächst moderat bis 2030 um ca. 3% zurückgeht und der Rückgang sich bis 2060 auf bis zu 21% verstärkt [2].

Dieser Bevölkerungsrückgang schlägt sich vor allem in der Zahl der Erwerbstätigen nieder. Sind heute etwa 50 Millionen Personen im erwerbstätigen Alter, prognostiziert das Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2030 einen Rückgang auf 42 bis 43 Millionen und bis zum Jahr 2060 auf 33 bis 36 Millionen. Die geburtenstarken Jahrgänge von Mitte der 50er bis Mitte der 60er-Jahre gehen bis dahin in den Ru-

hestand. Da alle darauffolgenden Altersgruppen zahlenmäßig kleiner sind, wird es in einem noch stärkeren Maße zu einem Mangel an qualifizierten Fachkräften kommen [3].

Auch wenn es sich bei den genannten Zahlen um Modellrechnungen handelt, verdeutlichen sie doch, wie groß die Herausforderungen in diesem Kontext in den nächsten Jahren sein werden bzw. heute schon sind. Insbesondere Unternehmen müssen ihre strategische Planung neu ausrichten und Konzepte entwickeln, um ihre Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. Insofern sind die Folgen des demografischen Wandels nicht nur als Problem zu betrachten, sondern auch als Chance für die Etablierung neuer Strukturen, um für diese Herausforderungen passende Lösungen zu finden.

Regionale Besonderheiten

Nicht alle Regionen Deutschlands sind von den Auswirkungen des demografischen Wandels in gleichem Maße betroffen. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands galten die neuen Bundesländer als größte Demografie-Verlierer. Durch die veränderten politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen brach die Geburtenrate drastisch ein. Zusätzlich wanderten viele junge Menschen – darunter viele Frauen – in die westlichen Bundesländer ab. Somit fehlte in den östlichen Bundesländern ein großer Teil der Personengruppe im Familiengründungsalter.

Auch wenn Sachsen-Anhalt und Brandenburg immer noch zu den Schlusslichtern in der demografischen Entwicklung gehören, hat sich in den letzten Jahren diese Tendenz auf weitere Teile Deutschlands – besonders auf ländliche Gebiete – ausgeweitet. Die Linie zwischen Ost und West verschwimmt. Aktuell verliert ca. ein Drittel der westdeutschen Landkreise an Bevölkerung. Besonders betroffen sind das Saarland und das Ruhrgebiet, aber auch viele ehemalige Grenzregionen in Bayern, Nie-

dersachsen und Hessen. Grund dafür ist ein Strukturwandel, der für das Sterben vieler ehemals dort angesiedelter Industrien verantwortlich ist.

Zu den Gewinnern zählt der Süden Deutschlands. Bayern und Baden-Württemberg haben den größten Bevölkerungsanteil an den unter 35-Jährigen und die höchste Wirtschaftskraft je Einwohner – sie sind damit am besten gerüstet für die Zukunft. Auch die Städte Berlin und Hamburg haben eine junge Bevölkerung, die mit deren Attraktivität für Zuwanderer begründet werden kann. Im Osten konzentriert sich die positive Entwicklung auf wenige Zentren wie Potsdam oder Jena [1, 4].

Auswirkungen auf die Arbeitswelt

Die demografische Entwicklung in der deutschen Bevölkerung wirkt sich nicht nur auf die Gesellschaft im Allgemeinen, sondern auch auf die Arbeitswelt aus.

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten Jahrzehnten rasant verändert. Durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien, weltweit vernetzte Märkte und einen tiefgreifenden Strukturwandel hat sich aus einer Industriegesellschaft eine Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft entwickelt. Die Arbeitswelt reagiert entsprechend mit neuen Organisationsformen, z.B. mit flachen Hierarchien, Teamarbeit und großem Handlungs- und Entscheidungsspielraum. Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird in diesen Organisationsformen ein hoher Grad an Selbstständigkeit, Verantwortung und Eigeninitiative erwartet. Dabei verwischt die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit zunehmend. Die Arbeit wird von den Faktoren Zeit und Ort immer mehr entkoppelt, mobiler sowie flexibler.

Hierauf müssen Gesellschaft und Wirtschaft reagieren, um die wirtschaftliche Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit unseres Landes zu erhalten. Insbesondere Unternehmen müssen neben dem Thema „Lohn und Gehalt“ weitere Faktoren im Personalmanagement entwickeln, um für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter attraktiv zu bleiben oder zu werden. Hierzu zählen neben monetären Faktoren auch die Schaffung von Modellen zur Erhaltung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Belegschaft.

Die BAHN-BKK hat dies erkannt und hierzu spezielle Angebote und Produkte im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt. Durch unser wissenschaftliches Team sind wir in der Lage, spezielle Angebote für verschiedene Berufs-

gruppen und deren Anforderungen zu entwickeln. Unternehmen können dieses Know-how nutzen, um altersgruppen- und arbeitsplatzspezifische Gesundheitsprogramme für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzubieten. Dies steigert neben der Produktivität auch die Attraktivität des Arbeitgebers.

Ein weiterer Punkt ist die zahlenmäßige Zunahme von älteren Arbeitnehmern in Unternehmen und das damit stetig anwachsende Durchschnittsalter der Belegschaften. Hierzu tragen auch politische Entscheidungen, wie beispielsweise die schrittweise Anhebung des Rentenalters bis zum Jahr 2030, bei, was ebenfalls zu einer längeren Verweildauer Älterer im Berufsleben führt. Zudem wird es infolge der sinkenden Geburtenrate zunehmend schwieriger, mit Nachwuchskräften den Abgang von älteren Arbeitnehmern zu kompensieren [1].

Es ist also unumgänglich, Maßnahmen in Unternehmen zu implementieren, die auch älteren Arbeitnehmern ein adäquates Arbeitsumfeld und somit dem Unternehmen den Erhalt qualifizierter Fachkräfte sicherstellen. So kann der Wissenstransfer zwischen den Generationen besser stattfinden, die Erfahrungen der älteren Arbeitnehmer länger genutzt und somit dem Abzug von Know-how entgegengesteuert werden.

Die BAHN-BKK hat dazu für spezielle Berufsgruppen (z.B. Lokführer, Zugbegleiter) Angebote geschaffen, die ein gegenseitiges voneinander Lernen auch in den höheren Altersgruppen möglich machen.

Für die BAHN-BKK und deren Betriebliches Gesundheitsmanagement ist das bereits heute ein wichtiges Angebot, das von den Arbeitgebern zur Personalentwicklung genutzt werden kann.

Betriebliche Handlungsfelder zur Bewältigung des demografischen Wandels

Um der Herausforderung einer alternden Belegschaft gerecht zu werden, können die Betriebe in unterschiedlichen Handlungsfeldern aktiv werden, um die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit Älterer zu erhalten bzw. zu stärken. Ziel ist die Umsetzung eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements, das auf allen Ebenen des Unternehmens greift.

Die BAHN-BKK hat erkannt, dass dies auf weit mehr Bereiche abzielt als die klassische Gesundheitsförderung und den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter. Vielmehr wird auch die Unternehmenskultur, die Personal- und Organisationsentwicklung sowie die Führungskultur betrachtet.

Durch unsere Organisationspsychologen sorgen wir auf allen Ebenen für ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement. Das Ineinandergreifen der verschiedenen Ansatzpunkte ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Umsetzung und Nachhaltigkeit solcher betrieblichen Maßnahmen. Im Folgenden werden die wichtigsten Einflussfaktoren detailliert beleuchtet – auch vor dem Hintergrund der regionalen Demografie.

Unternehmenskultur

Hier steht die Entwicklung von Unternehmensleitlinien für eine generationenübergreifende und altersgerechte Arbeits- und Personalpolitik im Vordergrund. Werte, Normen und Verhaltensweisen, die auf Anerkennung und Förderung der Individuen zielen, werden im Unternehmen auch mit Hilfe der BAHN-BKK Führungskräfte-Workshops etabliert:

- kollegiales Betriebsklima
- Transparenz der Entscheidungen
- Führungsverhalten, das als angenehm und glaubwürdig empfunden wird
- Offenheit gegenüber Veränderungsvorschlägen der Beschäftigten
- Bereitschaft zur Umsetzung von Maßnahmen
- Sensibilisierung gegenüber Diskriminierung und offensives Angehen
- Förderung der Eigeninitiative und Selbstverantwortung [5]

Die BAHN-BKK-Expertisen belegen, dass für diese Ziele das Führungsverhalten eine zentrale Rolle einnimmt. Vorgesetzte beeinflussen durch ihr Führungsverständnis und -verhalten die Kommunikation und Kooperationsstile und somit das Klima und die Kultur im Unternehmen. Um den Status quo eines Unternehmens zu erfragen, setzt die BAHN-BKK Mitarbeiterbefragungen zum Vorgesetztenverhalten als Analyseinstrument ein.

Unsere Führungskräfte-Workshops innerhalb des Betrieblichen Gesundheitsmanagements dienen dazu, das Verständnis von Altersbildern zu hinterfragen sowie das eigene Verhalten gegenüber den verschiedenen Altersgruppen zu reflektieren. Wichtig ist, Führungskräfte dafür zu sensibilisieren, genügend Zeit für den Austausch mit den eigenen Mitarbeitern zu reservieren. Damit werden sie Teil der gesunden Unternehmenskultur.

Von einer gesunden Unternehmenskultur profitieren insbesondere klein- und mittelständische Unternehmen, wenn es um die Gewinnung neuer Mitarbeiter und den Bestand der Beschäftigten geht. Ein gutes Betriebsklima, das unter anderem durch

Wertschätzung (auch älterer Kollegen) sowie durch eine offene Kommunikation und Transparenz entsteht, schafft eine hohe Identifikation der Beschäftigten mit dem Unternehmen.

Die entsprechenden Beratungsleistungen können durch die BAHN-BKK unternehmensübergreifend angeboten werden.

Personalentwicklung

Unternehmen sollten den Dialog mit den Beschäftigten suchen, um die persönliche Entwicklung sowie die berufliche Laufbahn auf der Basis individueller Voraussetzungen zu planen. Wichtig ist eine altersunabhängige Qualifizierung, um eigene Kompetenzen und Stärken zu fördern, auszubauen und somit die Beschäftigungsfähigkeit zu fördern.

Insbesondere in Regionen, die als demografische Verlierer gelten, gilt es Mitarbeiter innerhalb des Unternehmens weiter zu qualifizieren, um für das Unternehmen einen weiten Wissensbereich abdecken zu können. Ergänzend müssen neue Personengruppen für Tätigkeitsfelder erschlossen werden, die durch Schulungen auf neue Aufgaben vorbereitet und qualifiziert werden.

Im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann dies mit Hilfe der BAHN-BKK durch folgende Maßnahmen erfolgen:

- Mitarbeitergespräche: „Entwicklungs-“, „Perspektiven-“ oder „Zukunftsgespräche“, um Qualifikationsstandards zu entwickeln oder berufliche Veränderungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu planen
- Workshops zur beruflichen Standortbestimmung, um berufliche Stärken und Schwächen älterer Mitarbeiter herauszuarbeiten
- Neue Wege der Personalplanung: Fachkarrieren und horizontale Laufbahngestaltungen, z.B. Projekteinsätze, Rotationskonzepte [6]

Arbeitsorganisation

Die Arbeitsorganisation beschäftigt sich mit der Planung der Ressourcen eines Unternehmens. Arbeitsinhalte und der Ablauf müssen so ausgerichtet sein, dass die Ressourcen eines jeden Lebensalters optimal genutzt werden können. Dabei sollten Arbeitstätigkeiten auch unter gesundheitlichen Gesichtspunkten abwechslungsreich sein. Sie sollten Neues bieten, den Fähigkeiten des Einzelnen gerecht werden sowie Handlungs- und Entscheidungsspielräume zulassen. Generell sollte ein Austausch zwischen Jung und Alt stattfinden, der die Kompetenzen der verschiedenen Altersgruppen nutzt und den Wissens-

transfer sicherstellt. Es ist ebenso wenig zielführend, Arbeitnehmern unter Altersgesichtspunkten nichts mehr zuzutrauen oder sie zu überlasten [6].

Die Flexibilität ist auf Seiten des Unternehmens und des Arbeitnehmers gefragt. Sollen Mitarbeiter langfristig gebunden werden, ist es wesentliche Aufgabe der Arbeitsorganisation, abwechslungsreiche und interessante Aufgaben anzubieten. Dabei ist zu beachten, dass sich die Anforderungen am Arbeitsplatz ständig und immer schneller verändern werden.

Arbeitsplatzgestaltung

Ein altersgerecht eingerichteter Arbeitsplatz und eine entsprechende Arbeitsumgebung unterstützen Ältere und wirken präventiv für Jüngere. Das betrifft sowohl die ergonomische Ausgestaltung als auch die technische Ausstattung. Ein ergonomisch eingerichteter Arbeitsplatz soll an die körperlichen Leistungsvoraussetzungen der Mitarbeiter angepasst werden und individuelle körperliche Besonderheiten berücksichtigen. Somit können Fehlbelastungen vermieden werden [6].

Die BAHN-BKK hat für diese Fragestellungen ergänzende ergonomische Verhaltenstrainings auf wissenschaftlich fundierter Basis entwickelt.

Vor allem ältere Beschäftigte profitieren von dieser Maßnahme, da Sinnesleistungen, Kraft und Schnelligkeit mit dem Alter nachlassen können.

Arbeitszeitgestaltung

Die Arbeitszeitgestaltung gehört für alle Unternehmen zu einem Schlüsselfaktor im demografischen Wandel. Die Gestaltung der Arbeitszeit wird durch Lage, Dauer und Verteilung beeinflusst. Eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit schafft je nach Lebenslage und Lebensalter eine gute Basis zur Herstellung einer ausgewogenen Work-Life-Balance. So können jüngere Arbeitnehmer nach der Elternzeit wieder im Unternehmen tätig sein oder älteren Arbeitnehmern ist es möglich, ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Bei einigen Berufsgruppen stehen auch Pausen- und Schichtgestaltung besonders im Fokus, um die Tätigkeit gesundheits- und altersgerecht zu gestalten [7].

Sowohl Unternehmen in Ballungszentren als auch in ländlichen Regionen haben hier Möglichkeiten, für ihre Situation passende Konzepte zu finden, um für Arbeitnehmer attraktiv zu sein – sei es bei der Flexibilität der Arbeitszeit oder im Umgang mit Fahrtzeiten.

Aktuell erstellt die BAHN-BKK eine Studie, die untersucht, durch welche Maßnahmen gesundheitliche Gefährdungen von Schichtmodellen und Fahrtzeiten gemindert werden können.

Wiedereingliederung

Eine Vielzahl von krankheitsbedingten Ausfällen in Unternehmen sind Langzeitausfälle. Mitarbeiter sind mehrere Wochen krank und in dieser Zeit besteht teilweise nur wenig Kontakt zum Unternehmen. Nach längerer Krankheitsphase folgt meist eine Wiedereingliederung an den alten Arbeitsplatz – oftmals stufenweise. Der Prozess der Wiedereingliederung ist für die Mitarbeiter häufig nicht leicht. Angebote wie Gespräche zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) werden nicht immer als Unterstützung, sondern häufig auch als belastende Hürde wahrgenommen. Ängste und Unsicherheiten können im Team und/oder zwischen Betroffenen und der Führungskraft bzw. der Personalabteilung auftreten. Diese stören den Prozess und können ihn sogar verlängern. Letztendlich verlieren viele Langzeiterkrankte die Verbindung zum Unternehmen, zum Team bzw. zur Führungskraft [5].

Für die BAHN-BKK ist ein gut durchdachter Prozess zur betrieblichen Eingliederung ein BGM-Baustein, der insbesondere auch für klein- und mittelständische Unternehmen relevant ist. Für uns ist es wichtig, auch während der Krankheit nah am Versicherten zu bleiben, um den Wiedereinstieg so reibungslos wie möglich zu gestalten.

Dieser Baustein ist für alle Unternehmen im Hinblick auf die Senkung des Krankenstandes von wesentlicher Bedeutung. Im ländlichen Raum kann dies sogar ein entscheidender Wettbewerbsvorteil sein. Denn durch einen stärkeren Fachkräftemangel ist der Ausfall durch erkrankte Mitarbeiter deutlich schwerer auszugleichen.

Die BAHN-BKK bietet im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Unternehmen spezielle Workshops an, die zum Thema Betriebliches Eingliederungsmanagement aufklären und helfen, einen optimal ablaufenden Prozess im Unternehmen zu integrieren. Ein speziell ausgebildetes Leistungsteam bietet darüber hinaus persönliche Beratung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber an.

Gesundheitsprogramme

Gesundheitsprogramme zur Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung sollen die Beschäftigten zu gesundheitsbewusstem Verhalten motivieren. Dieser Baustein des BGM galt vor einigen Jahren bei vielen Unternehmen noch als innovativ. Heute wird er als Standard gesetzt [5].

Aktuell bildet die BAHN-BKK Netzwerke zwischen Unternehmen, um z.B. regional gemeinsame Gesundheitsstrukturen zu etablieren. Die BAHN-BKK er-

gänzt die Netzwerke durch onlinebasierte Gesundheitsangebote, wie das StressFrei-Training, das GewichtsCoaching premium oder pur life – das Online-Fitnessstudio. Diese können unabhängig von Zeit und Ort genutzt werden und die individuelle Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter stärken.

Fazit

In Folge der beschriebenen Bevölkerungsentwicklung und des damit verbundenen demografischen Wandels ist ein Paradigmenwechsel unausweichlich. Der Blickwinkel der Unternehmen und des Managements muss zunehmend auf eine generationenübergreifende Unternehmens- und Arbeitspolitik gerichtet werden, um altersgerechte Arbeitsbedingungen zu garantieren. Um dem Wandel der Gesellschaft gerecht zu werden, müssen Weiterbildungen und Lernmöglichkeiten angeboten werden, damit das eigene Know-how immer wieder aufgefrischt und der Wissenstransfer zwischen den Generationen ermöglicht werden kann.

Damit die BAHN-BKK als Partner in diesem Prozess passende Handlungsempfehlungen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ableiten kann, ist es notwendig, die regionalen Besonderheiten des demografischen Wandels gemeinsam mit dem Unternehmen vor Ort zu analysieren. Die BAHN-BKK initiiert diese Analysen, um einen ganz-

heitlichen, individuellen, aber auch bedarfsorientierten Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ableiten zu können.

Sie hat im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für diese Fragestellungen umfangreiche Zusatzprodukte entwickelt, um Unternehmen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in diesem Wandlungsprozess optimale Lösungsansätze anzubieten und gemeinsam mit ihnen zu realisieren.

Literatur

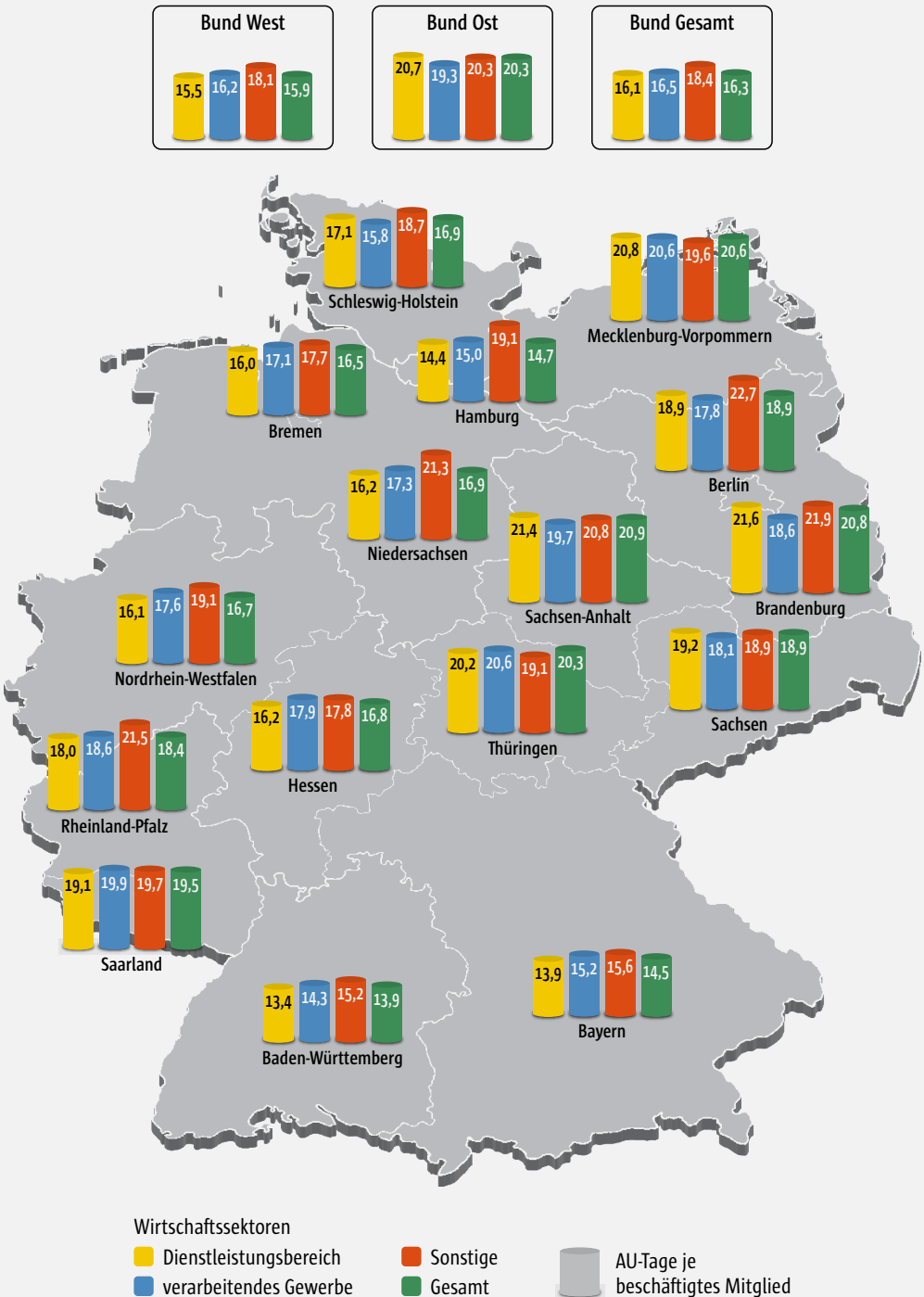
1. Bundeszentrale für politische Bildung. Demografie <http://www.bpb.de/internationales/europa/europa-kontrovers/38203/demografie> (Zugriff am 03.10.14)
2. Statistisches Bundesamt (Destatis); Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.). Datenreport 2013. Bonn, 2013
3. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2009
4. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.). Deutschland 2020. Die demografische Zukunft der Nation. Berlin, 2005
5. BKK Bundesverband (Hrsg.). Beschäftigungsfähigkeit erhalten! Strategien und Instrumente für ein langes, gesundes Arbeitsleben. Essen, 2007
6. Issa (Hrsg.). Demografischer Wandel in der Arbeitswelt: Herausforderungen für die Prävention. Genf, 2010
7. Hellert U (Hrsg.). iap Schriftenreihe Band 1: Flexible Arbeitszeitgestaltung: Informationsbroschüre für Unternehmen. Essen, 2011



4

Fehlzeiten und Arbeitswelt

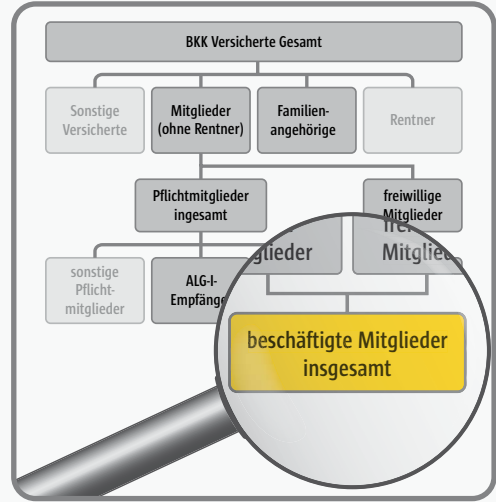
Diagramm 4.1 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und Wirtschaftssektoren (Berichtsjahr 2013)



Wie das vorangegangene Kapitel gezeigt hat, lassen sich aus den Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie aus den Diagnosen und Verschreibungen der niedergelassenen Ärzte interessante Informationen zum Einfluss von Alter, Geschlecht und sozialer Lage auf die Gesundheit ableiten.

Neben diesen Einflussfaktoren kommt auch der Arbeitswelt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Krankheiten bzw. der Gesunderhaltung zu. Dies wird besonders deutlich, wenn das Krankheitsgeschehen der beschäftigten BKK Mitglieder mit den jeweiligen Wirtschaftsbranchen, in denen sie tätig sind, in Verbindung gesetzt wird. Die einleitende Regionalgrafik (»» Diagramm 4.1) verdeutlicht sehr eindrücklich die Unterschiede in den AU-Zeiten zwischen verschiedenen Wirtschaftssektoren. Zugleich werden aber auch regionale Schwankungen innerhalb der Wirtschaftssektoren erkennbar. Detaillierte Aussagen hierzu und zu weiteren Aspekten der Regionalität folgen im Laufe des Kapitels.

Neben den folgenden Ausführungen, die das Krankheitsgeschehen der beschäftigten BKK Mitglieder in Abhängigkeit von ihrer Wirtschaftsbranche analysieren, findet sich auch in den Beiträgen der Gastautoren immer wieder der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit – so beispielsweise in dem Artikel „Betriebliche Gesundheitsförderung und regionale Demografie“ von Knoche, Gittler und Steffin (»» Schwerpunkt Praxis).



Die branchenspezifischen Auswertungen des BKK Gesundheitsreports 2014 basieren auf den Daten der 4,4 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder. Diese setzen sich aus 3,7 Mio. beschäftigten Pflichtmitgliedern und 0,7 Mio. beschäftigten freiwilligen Mitgliedern zusammen. Insgesamt entspricht die Anzahl der beschäftigten BKK Mitglieder damit 14,9% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (»» Tabelle A.6 im Anhang).

4.1 Arbeitsunfähigkeit

4.1.1 Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick

Versichertenstruktur

Die beschäftigten BKK Mitglieder teilen sich auf zahlreiche ganz unterschiedliche Wirtschaftsgruppen auf, etwa die Land- und Forstwirtschaft, die Metallverarbeitung sowie das Gesundheits- und Sozialwesen. Zwischen diesen Wirtschaftsgruppen unterscheiden sich die Geschlechterverhältnisse sowie die Altersstruktur teils beträchtlich. Über die folgenden Beschreibungen hinausgehende Details zur Versichertenstruktur finden sich in **»»** Tabelle A.7 im Anhang.

- Mit 60,6% ist der Dienstleistungssektor mitgliederstärkster Bereich, im Verarbeitenden Gewerbe sind 34,2% der beschäftigten BKK Mitglieder tätig.
- Nahezu jedes fünfte beschäftigte BKK Mitglied (18,1%) arbeitet in der Metallverarbeitung.
- Mit 37,4 Jahren sind die Beschäftigten im Gastgewerbe am jüngsten, mit 45,8 Jahren im Postdienst am ältesten.

Mit 60,6% ist die überwiegende Mehrheit der beschäftigten BKK Mitglieder im Dienstleistungsbereich tätig. Der Anteil derer, die im Verarbeitenden Gewerbe tätig sind, ist mit 34,2% nur etwa halb so hoch (**»»** Tabelle A.6 im Anhang).

Auf der Ebene der einzelnen Wirtschaftsgruppen stellt sich ein differenzierteres Bild der beschäftigten BKK Mitglieder dar. 18,1% der beschäftigten BKK Mitglieder sind in der Metallverarbeitung tätig – dies ist gleichzeitig die größte Einzelgruppe. Auf den Plätzen zwei und drei folgen mit 12,9% bzw. 12,5% die Wirtschaftsgruppen Dienstleistungen und Handel. Diese drei Gruppen allein vereinen 43,5% der beschäftigten BKK Mitglieder in sich. Damit liegt ihr Anteil höher als in der Gruppe aller sozialversicherungs-

pflichtig Beschäftigten, bei denen 37,1% in den besagten drei Wirtschaftsgruppen tätig sind.¹

Auch die Anteile derjenigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die bei einer BKK krankenversichert sind, variieren zwischen den Wirtschaftsgruppen. Niedrige Anteile von BKK Versicherten finden sich in der Land- und Forstwirtschaft (6,1% BKK-versichert) und im Gastgewerbe (8,9%). Dagegen sind nahezu ein Drittel der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Bereichen Telekommunikation (32,5%), Postdienste (31,0%) und Metallverarbeitung (28,7%) über eine Betriebskrankenkasse abgesichert.

Die Versichertenstruktur unterscheidet sich noch in zwei weiteren Punkten zwischen den Wirtschaftsgruppen: bezüglich des Alters und der Geschlechtsstruktur. Zwar beträgt das Durchschnittsalter über alle beschäftigten BKK Mitglieder 41,6 Jahre (+0,2 Jahre gegenüber 2012; Frauen: 41,0 Jahre; Männer: 42,0 Jahre), jedoch ist die Spannweite des Durchschnittsalters recht groß (**»»** Tabelle 4.1). So sind z.B. die beschäftigten BKK Mitglieder im Gastgewerbe mit einem Alter von durchschnittlich 37,4 Jahren erheblich jünger als die Beschäftigten im Postdienst (45,8 Jahre).

Bisweilen finden sich aber auch innerhalb einer Wirtschaftsgruppe – zwischen den Geschlechtern – größere Altersunterschiede. Bei den Beschäftigten im Postdienste sind die Frauen rund fünf Jahre älter als die Männer (Frauen: 48,0 Jahre; Männer 43,0 Jahre). In der Telekommunikation sind dagegen die Männer mit 46,1 Jahren deutlich älter als die Frauen (40,8 Jahre).

Bezüglich des Geschlechterverhältnisses gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Wirtschaftsgruppen. So ist die Population der beschäftigten BKK Mitglieder im Gesundheits- und Sozialwe-

1 Bundesagentur für Arbeit (2014): Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen der WZ 2008 und ausgewählten Merkmalen. <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201312/iiiia6/beschaeftigung-sozbe-wz-heft/wz-heft-d-0-201312.xls.xls>

Tabelle 4.1 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) sowie Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter (Berichtsjahr 2013)

	AU-Tage je beschäftigtes BKK Mitglied			Frauenanteil BKK Mitglieder	Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder		
	Männer	Frauen	Gesamt	Frauen in %	Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	13,1	15,6	14,1	39,2%	38,8	40,2	39,3
Nahrung, Genuss	16,7	18,6	17,6	50,1%	40,5	40,9	40,7
Textil, Bekleidung, Leder	16,2	16,1	16,2	52,2%	43,6	42,9	43,2
Holz, Papier, Druck	17,9	16,7	17,5	25,8%	43,0	42,2	42,8
Chemie	16,9	16,7	16,9	28,4%	43,8	42,1	43,3
Glas, Keramik, Steine/Erden	18,7	16,9	18,3	22,4%	44,0	43,2	43,8
Metallerzeugung	18,5	16,3	18,1	17,3%	42,3	42,7	42,4
Metallverarbeitung	15,3	17,2	15,7	19,5%	42,9	41,4	42,6
Möbel und sonstige Erzeugnisse	15,0	17,3	15,9	40,4%	40,9	41,2	41,0
Energie- und Wasserwirtschaft	14,5	15,5	14,8	24,6%	44,8	41,7	44,1
Abfallbeseitigung und Recycling	24,1	17,4	22,9	18,5%	44,6	41,9	44,1
Baugewerbe	18,4	12,2	17,4	15,4%	39,3	41,5	39,6
Handel	14,1	16,5	15,4	52,7%	39,2	40,3	39,8
Verkehr	21,5	20,9	21,3	23,5%	44,3	41,6	43,7
Postdienste	20,2	28,0	24,5	55,9%	43,0	48,0	45,8
Gastgewerbe	12,4	17,2	15,3	60,3%	36,1	38,2	37,4
Verlage und Medien	8,1	11,4	9,9	56,9%	40,8	40,6	40,7
Telekommunikation	15,2	18,0	15,7	18,8%	46,1	40,8	45,1
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	8,2	12,4	9,6	32,2%	40,1	39,9	40,1
Kredit- und Versicherungsgewerbe	9,9	13,5	12,0	60,2%	41,1	40,6	40,8
Dienstleistungen	13,9	15,2	14,6	49,3%	40,7	40,2	40,4
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	20,1	20,6	20,4	63,8%	44,9	43,5	44,0
Erziehung und Unterricht	10,7	15,1	13,9	73,0%	37,3	40,4	39,6
Gesundheits- und Sozialwesen	15,6	17,8	17,4	82,5%	40,5	40,0	40,1
Kultur, Sport und Unterhaltung	14,2	16,5	15,5	54,9%	39,7	40,3	40,0
Gesamt	15,8	17,0	16,3	43,7%	42,0	41,0	41,6

sen von einem starken Frauenanteil (82,5%) geprägt. Im Baugewerbe liegt der Frauenanteil unter den beschäftigten BKK Mitgliedern dagegen gerade einmal bei 15,4%. Die Geschlechterrelationen in diesen bei-

den Branchen gleichen in etwa den Werten für die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit lag der Frauenanteil Ende 2013 im Baugewer-

be bei 13,5% und im Gesundheits- und Sozialwesen bei 76,9%.²

Die Geschlechterrelation in einer Wirtschaftsgruppe ist auch insofern von Interesse, als Frauen häufig ein anderes Fehlzeitengeschehen aufweisen als Männer (» Kapitel 3.1). Die beschäftigten Frauen hatten mit durchschnittlich 17,0 AU-Tagen beispielsweise merklich mehr Fehltag als die Männer (15,8 AU-Tag). Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Differenz zwischen den Geschlechtern damit noch vergrößert (2012: Frauen: 15,4 AU-Tag; Männer: 14,7).

Besonders große Unterschiede zwischen dem Fehlzeitengeschehen der Männer und der Frauen finden sich bei den Beschäftigten der Postdienste (» Tabelle 4.1). Frauen sind hier fast acht Tage mehr krank als Männer – wobei auch die Männer über dem Durchschnitt aller Beschäftigten liegen (Frauen: 28,0 AU-Tag; Männer: 20,2 AU-Tag). Ähnlich große Differenzen – wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen – finden sich auch im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling (Frauen: 17,4 AU-Tag; Männer: 24,1 AU-Tag).

Die Ursachen für derartige Abweichungen im AU-Geschehen der Männer und Frauen können einerseits in unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen vermutet werden. So sind in den Darstellungen nach Wirtschaftsgruppen ganz unterschiedliche Berufsgruppen subsummiert, die unter Umständen durch Geschlechterungleichgewichte geprägt sind und gänzlich verschiedene Arbeiten (bspw. eher körperliche versus Verwaltungstätigkeiten) verrichten.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern kann aber ebenso gut durch Differenzen in der Altersstruktur zwischen den männlichen und weiblichen Beschäftigten verursacht werden. So dürfte die höhere Zahl an AU-Tagen bei den weiblichen Postbeschäftigten zumindest teilweise auf das höhere Durchschnittsalter zurückzuführen sein. Anzumerken ist dabei, dass auch zwischen Altersstruktur und Tätigkeitsprofil ein Zusammenhang bestehen kann, wenn bspw. ältere Arbeitnehmer vermehrt im Innendienst eingesetzt werden.

- Der Fehlzeitenanstieg ist bei Abfallbeseitigung und Recycling mit +3,0 AU-Tagen am höchsten.
- Beschäftigte im Postdienst sind mit 24,5 AU-Tagen an der Spitze – Ursache ist u.a. hohes Alter.
- Beschäftigte in Brandenburg haben im Dienstleistungssektor 3,0 AU-Tag mehr als im Verarbeitenden Gewerbe.

Der Trend steigender AU-Zeiten hält auch 2013 weiterhin an. Gegenüber 2012 sind die Fehlzeiten je beschäftigtes Mitglied um 1,3 AU-Tag angestiegen (2013: 16,3 AU-Tag; 2012: 15,0; 2011: 14,7). Auch auf Ebene der Wirtschaftsgruppen lässt sich dieser Trend erkennen (» Diagramm 4.2). In allen dargestellten Wirtschaftsgruppen sind die Fehlzeiten je beschäftigtes BKK Mitglied gestiegen. Jedoch zeigen sich Unterschiede im Ausmaß des Anstiegs zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen.

Den höchsten Anstieg verzeichnete die Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling mit einem deutlichen Plus von 3,0 Tagen auf 22,9 Tage. Unterdurchschnittliche Anstiege sind dagegen in den Wirtschaftsgruppen Glas, Keramik, Steine/Erden und der Telekommunikation mit einem Plus von 1,2 bzw. 1,1 AU-Tagen zu erkennen.

Wie bereits in den vorangegangenen Jahren führen die Beschäftigten der Postdienste das Fehlzeitengeschehen mit 24,5 AU-Tagen deutlich an, gefolgt von den Beschäftigten in den Bereichen Abfallbeseitigung und Recycling (22,9 AU-Tag) sowie Verkehr (21,3 AU-Tag). Nicht einmal halb so hoch liegen die AU-Zeiten in den Wirtschaftsgruppen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (9,6 AU-Tag) sowie Verlage und Medien (9,9 AU-Tag).

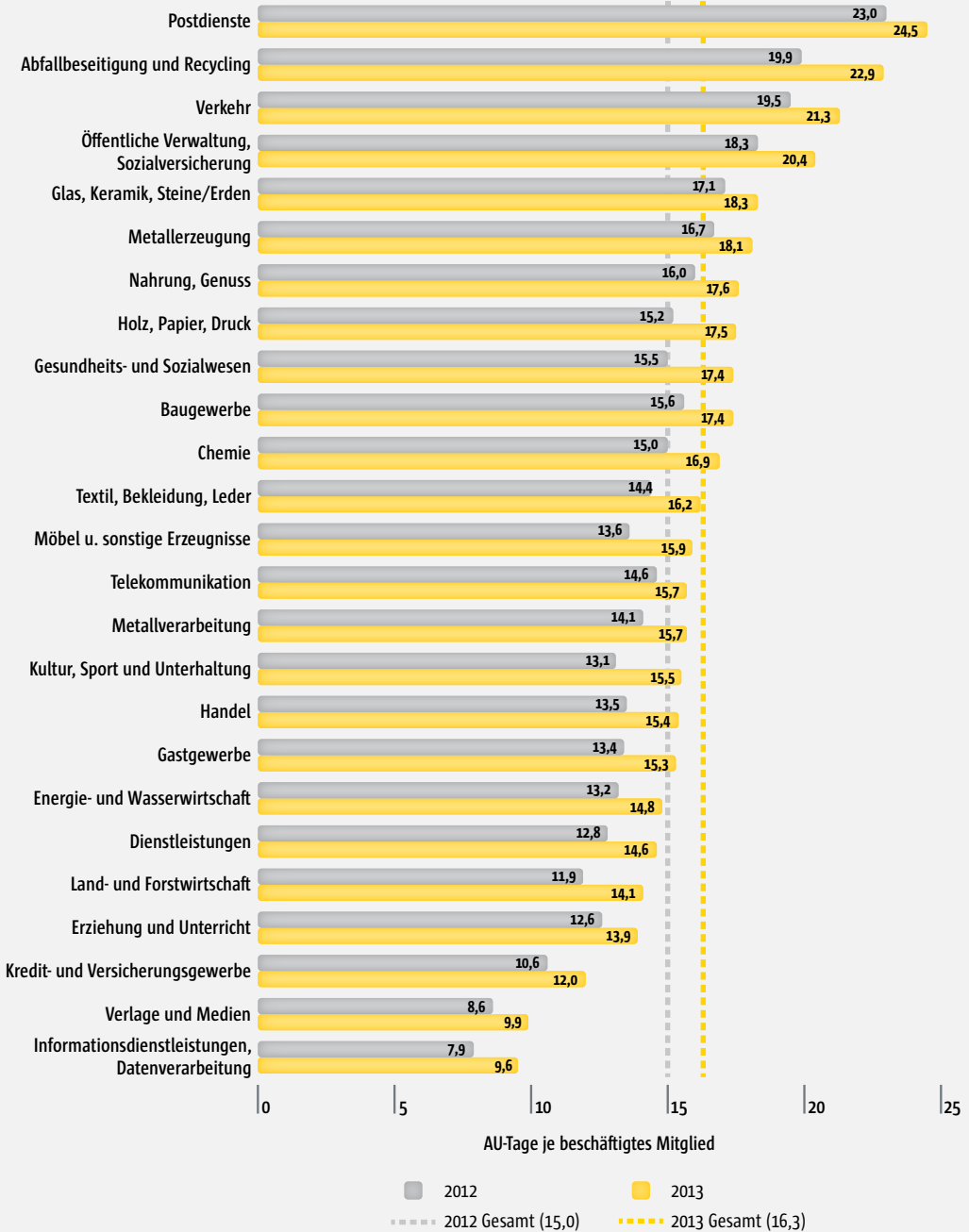
Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert

Die im vorhergehenden Kapitel dargestellten Unterschiede der Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen entstehen einerseits aufgrund von branchenspezifischen Belastungen. Auf der anderen Seite ist hierfür aber auch die Alters- und Geschlechtsstruktur einer Branche verantwortlich. Ob beispielsweise die Beschäftigten einer Wirtschaftsgruppe tendenziell jünger sind (wie im Gastgewerbe) oder älter (wie bei den Postdiensten), hat erheblichen Einfluss auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Der Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Krankheitsgeschehen ist Gegenstand des » Kapitels 3.1.

Die im folgenden Kapitel dargestellten standardisierten Werte zum Fehlzeitengeschehen zeigen, wie viele Arbeitsunfähigkeitstage anfielen, wenn die Beschäftigten einer Wirtschaftsgruppe die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufwiesen wie die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (nähere Angaben zur Standardisierung finden sich in » Methodische Hinweise).

² vgl. ebenda

Diagramm 4.2 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2013)



Ergebnisse nach Branchen

Die standardisierten Fehlzeiten der beschäftigten BKK Mitglieder liegen mit 16,4 AU-Tagen geringfügig über den nicht-standardisierten Werten (16,3 AU-Tagen) (»» Diagramm 4.3). Der massive Einfluss, den Alters- und Geschlechtseffekte auf das Fehlzeitengeschehen in einer Wirtschaftsgruppe haben können, wird am Beispiel der Beschäftigten der Postdienste und im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling deutlich. Zwar liegen die standardisierten Fehlzeiten mit 21,4 bzw. 19,8 AU-Tagen immer noch deutlich über dem Durchschnitt, sie sind aber mehr als drei Tage (jeweils -3,1 Tage) geringer als die nicht-standardisierten Werte.

Im Vergleich zu den beiden genannten Wirtschaftsgruppen sind die standardisierten Fehlzeiten bei den Beschäftigten aus dem Bereich Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften mit 21,5 AU-Tagen höher als der nicht-standardisierte Wert (19,1 AU-Tagen). Dies bedeutet, dass diese Wirtschaftsgruppe tendenziell eine recht günstige Alters- und Geschlechtsstruktur aufweist. Interessanterweise liegt die (nicht-standardisierte) Zahl der Fehltagel dennoch über dem Durchschnitt aller beschäftigten BKK Mitglieder. Dies könnte für eine erhöhte Morbidität aufgrund branchenspezifischer Belastungen sprechen. Darauf deuten auch die folgenden Auswertungen zur branchenspezifischen Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen hin.

Werden die standardisierten mit den nicht-standardisierten AU-Zeiten nach Geschlechtern getrennt verglichen (»» Tabellen 4.1 und 4.2), fällt auf, dass die standardisierten Werte der Frauen etwas höher liegen als die nicht-standardisierten (17,4 AU-Tagen bzw. 17,0 AU-Tagen). Das bedeutet, dass die weiblichen beschäftigten BKK Mitglieder eine günstigere Altersstruktur aufweisen als die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Bei Männern ist dieser Unterschied mit 0,1 AU-Tagen dagegen eher gering (standardisiert: 15,7 AU-Tagen; nicht-standardisiert: 15,8 AU-Tagen) und spricht für eine im Vergleich eher ungünstige Altersstruktur der männlichen beschäftigten BKK Mitglieder.

Der Effekt der Standardisierung fällt für Männer und Frauen in einzelnen Wirtschaftsgruppen unterschiedlich stark aus. Bei den männlichen Beschäftigten im Gastgewerbe liegen die standardisierten Fehlzeiten um 2,4 AU-Tagen höher (dann 14,8 AU-Tagen) als nicht-standardisiert, bei den Frauen „nur“ um 1,6 AU-Tagen (dann 18,8 AU-Tagen). Demnach dürfte die Altersstruktur der Männer im Gastgewerbe noch günstiger sein als bei den Frauen.

Bei den Beschäftigten im Bereich Postdienste sind es die Frauen, bei denen die größeren Abweichungen zwischen den standardisierten und den nicht-standardisierten Fehlzeiten zu verzeichnen sind. Hier kommen die oben geschilderten großen Altersdifferenzen zwischen den Geschlechtern zum Tragen. Würden Frauen in den Postdiensten die gleiche Altersstruktur aufweisen wie die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen, wären ihre Fehlzeiten um 4,1 Tage geringer (dann 23,9 AU-Tagen). Bei den Männern liegt der standardisierte Wert dagegen lediglich um einen knappen Tag (0,8 AU-Tagen; dann 19,4 AU-Tagen) unterhalb des nicht-standardisierten Wertes.

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosehauptgruppen

Das Fehlzeitengeschehen einer Branche wird – wie bereits geschildert – zwar deutlich, aber nicht ausschließlich vom Alter und Geschlecht der Beschäftigten geprägt. Unter anderem haben auch branchenspezifische Tätigkeitsprofile einen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten. In diesem Zusammenhang ist eine branchenspezifische Betrachtung der Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnosehauptgruppen aufschlussreich.

- Für ein Drittel aller AU-Tage bei den Beschäftigten in der Postbranche sind Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich.
- Beschäftigte im Sozialwesen weisen von allen Wirtschaftsgruppen den höchsten Anteil an Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen auf.
- In Hamburg sind die meisten (21%) der beschäftigten BKK Mitglieder im Dienstleistungsbereich tätig.
- Gleichzeitig weist Hamburg in dieser Wirtschaftsgruppe im Bundeslandvergleich die niedrigsten Fehlzeiten auf (14,7 AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied).

»» Diagramm 4.4 gibt einen Überblick über die branchenspezifische Verteilung der AU-Tage auf verschiedene Diagnosehauptgruppen. Dargestellt werden die AU-Tage je 100 beschäftigte BKK Mitglieder. Eine noch differenziertere Aufschlüsselung für alle Diagnosehauptgruppen sowie nach Geschlecht findet sich in »» Tabelle A.8 im Anhang.

Diagramm 4.3 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) –
Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2013)

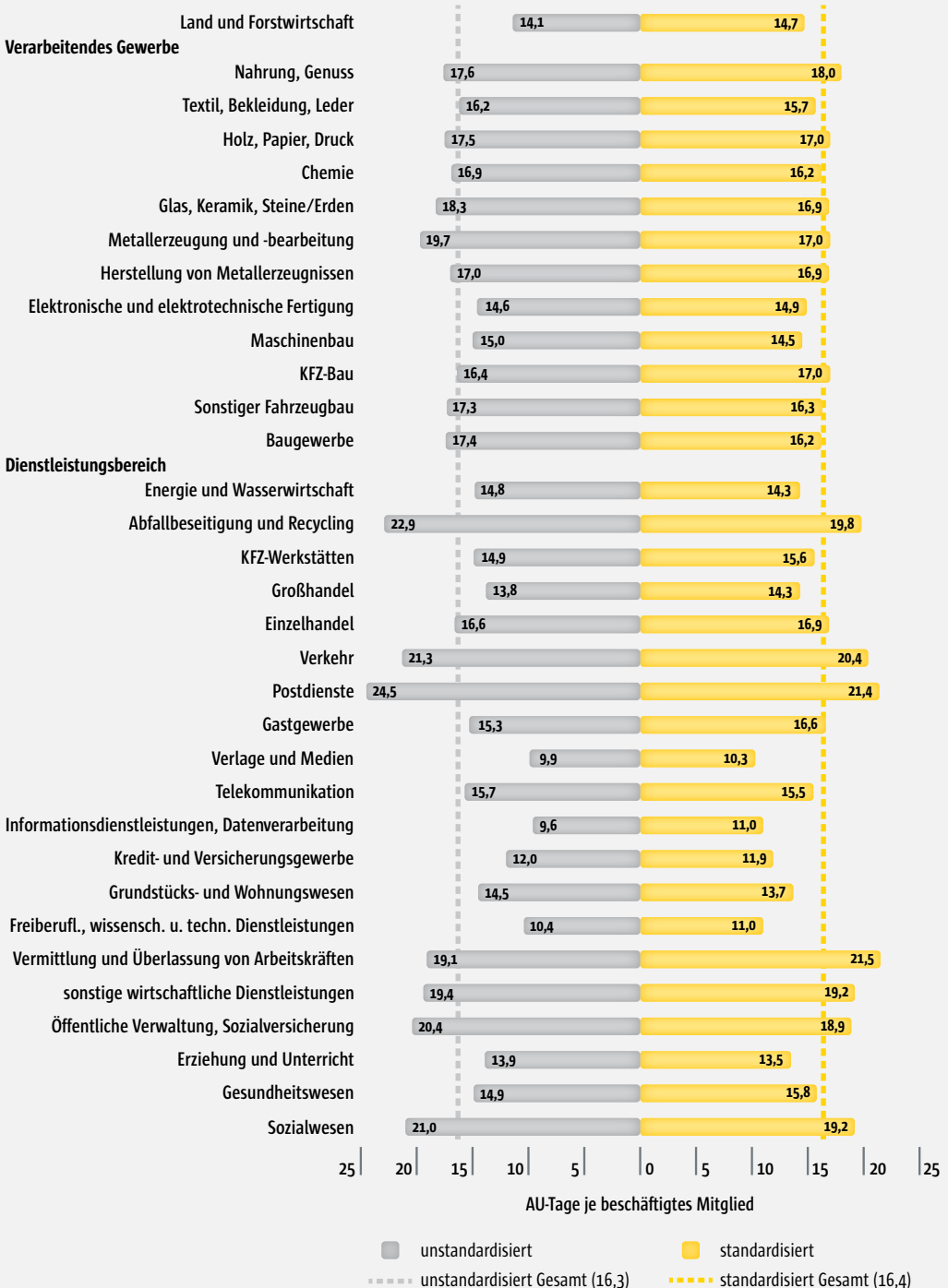


Tabelle 4.2 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2013)

	AU-Fälle je beschäftigtes Mitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Anzahl der sozialversicherungs- pflichtig Beschäftigten*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	0,9	1,1	1,0	13,7	16,0	14,7	159.992	76.418	236.410
Nahrung, Genuss	1,2	1,2	1,2	17,2	18,8	18,0	340.349	320.254	660.603
Textil, Bekleidung, Leder	1,3	1,3	1,3	15,6	15,8	15,7	56.287	65.308	121.595
Holz, Papier, Druck	1,4	1,4	1,4	17,3	16,6	17,0	284.195	98.165	382.360
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,4	1,2	1,3	18,2	14,8	16,7	91.223	17.989	109.212
Papiergewerbe	1,4	1,4	1,4	17,1	15,9	16,5	94.742	28.936	123.678
Druck	1,4	1,4	1,4	17,1	17,4	17,3	98.230	51.240	149.470
Chemie	1,4	1,5	1,4	16,0	16,5	16,2	592.736	243.813	836.549
Kokerei, Mineralölverarbeitung	1,2	1,4	1,3	12,5	14,1	13,2	19.827	4.355	24.182
Chemische Industrie	1,4	1,5	1,4	15,5	15,9	15,7	298.844	145.805	444.649
Gummi- und Kunststoffwaren	1,4	1,5	1,5	17,4	18,0	17,7	274.065	93.653	367.718
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,4	1,4	1,4	17,6	16,2	16,9	161.956	39.607	201.563
Metallerzeugung	1,4	1,4	1,4	18,1	15,9	17,1	893.988	182.757	1.076.745
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,4	1,3	1,4	18,8	14,8	17,0	264.274	35.803	300.077
Herstellung von Metall- erzeugnissen	1,4	1,4	1,4	17,5	16,2	16,9	629.714	146.954	776.668
Metallverarbeitung	1,3	1,5	1,4	14,7	17,3	15,9	2.217.856	544.588	2.762.444
Elektronische und elektro- technische Fertigung	1,2	1,6	1,4	12,5	17,6	14,9	544.308	223.505	767.813
Maschinenbau	1,4	1,4	1,4	15,1	13,8	14,5	837.043	161.134	998.177
Kfz-Bau	1,3	1,5	1,4	15,3	19,0	17,0	709.744	137.413	847.157
Sonstiger Fahrzeugbau	1,5	1,5	1,5	16,7	15,8	16,3	126.761	22.536	149.297
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	1,4	1,5	1,4	15,3	17,6	16,4	210.923	135.611	346.534
Energie- und Wasserwirtschaft	1,2	1,5	1,3	13,1	15,6	14,3	224.753	77.226	301.979
Abfallbeseitigung und Recycling	1,5	1,4	1,5	22,2	17,0	19,8	137.162	26.440	163.602
Baugewerbe	1,3	1,1	1,2	19,5	12,4	16,2	1.453.000	218.726	1.671.726
Handel	1,2	1,3	1,2	15,1	17,2	16,0	2.005.735	2.163.534	4.169.269
Kfz-Werkstätten	1,4	1,3	1,3	16,4	14,8	15,6	488.613	122.630	611.243
Großhandel	1,2	1,3	1,2	13,9	14,7	14,3	861.666	476.710	1.338.376
Einzelhandel	1,1	1,2	1,2	15,6	18,3	16,9	655.456	1.564.194	2.219.650

	AU-Fälle je beschäftigtes Mitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Anzahl der sozialversicherungs- pflichtig Beschäftigten*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Verkehr	1,3	1,6	1,4	19,9	21,0	20,4	1.010.406	274.472	1.284.878
Landverkehr	1,3	1,6	1,5	20,5	24,6	22,4	466.630	82.558	549.188
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	1,4	1,5	1,4	19,2	19,0	19,1	543.776	191.914	735.690
Postdienste	1,2	1,4	1,3	19,4	23,9	21,4	125.789	102.930	228.719
Gastgewerbe	0,8	1,1	0,9	14,8	18,8	16,6	399.097	522.420	921.517
Verlage und Medien	0,8	1,1	1,0	8,7	12,1	10,3	119.201	122.386	241.587
Telekommunikation	1,2	1,6	1,4	13,2	18,2	15,5	54.015	18.522	72.537
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	0,9	1,3	1,1	8,9	13,5	11,0	418.045	174.747	592.792
Kredit- und Versicherungsge- werbe	1,0	1,3	1,2	10,0	14,1	11,9	440.377	563.211	1.003.588
Dienstleistungen	1,1	1,3	1,2	14,4	16,1	15,2	2.157.056	1.921.865	4.078.921
Grundstücks- und Wohnungs- wesen	1,0	1,3	1,1	12,9	14,6	13,7	111.549	117.052	228.601
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	0,9	1,2	1,1	9,7	12,4	11,0	889.420	959.827	1.849.247
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	1,4	1,6	1,5	20,6	22,6	21,5	542.644	227.913	770.557
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	1,3	1,5	1,4	18,2	20,3	19,2	613.443	617.073	1.230.516
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	1,5	1,8	1,6	18,3	19,7	18,9	621.502	1.059.754	1.681.256
Erziehung und Unterricht	1,0	1,5	1,2	11,7	15,6	13,5	342.771	782.266	1.125.037
Gesundheits- und Sozialwesen	1,1	1,3	1,2	16,1	18,6	17,3	736.638	3.024.946	3.761.584
Gesundheitswesen	1,1	1,3	1,2	15,5	16,2	15,8	412.807	1.780.955	2.193.762
Sozialwesen	1,2	1,4	1,3	16,9	22,0	19,2	323.831	1.243.991	1.567.822
Kultur, Sport und Unterhaltung	1,0	1,2	1,1	14,9	17,1	15,9	117.842	131.230	249.072
Gesamt	1,3	1,4	1,3	15,7	17,4	16,4	15.755.755	13.513.163	29.268.918

* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008); Stichtag: 30. Juni 2013

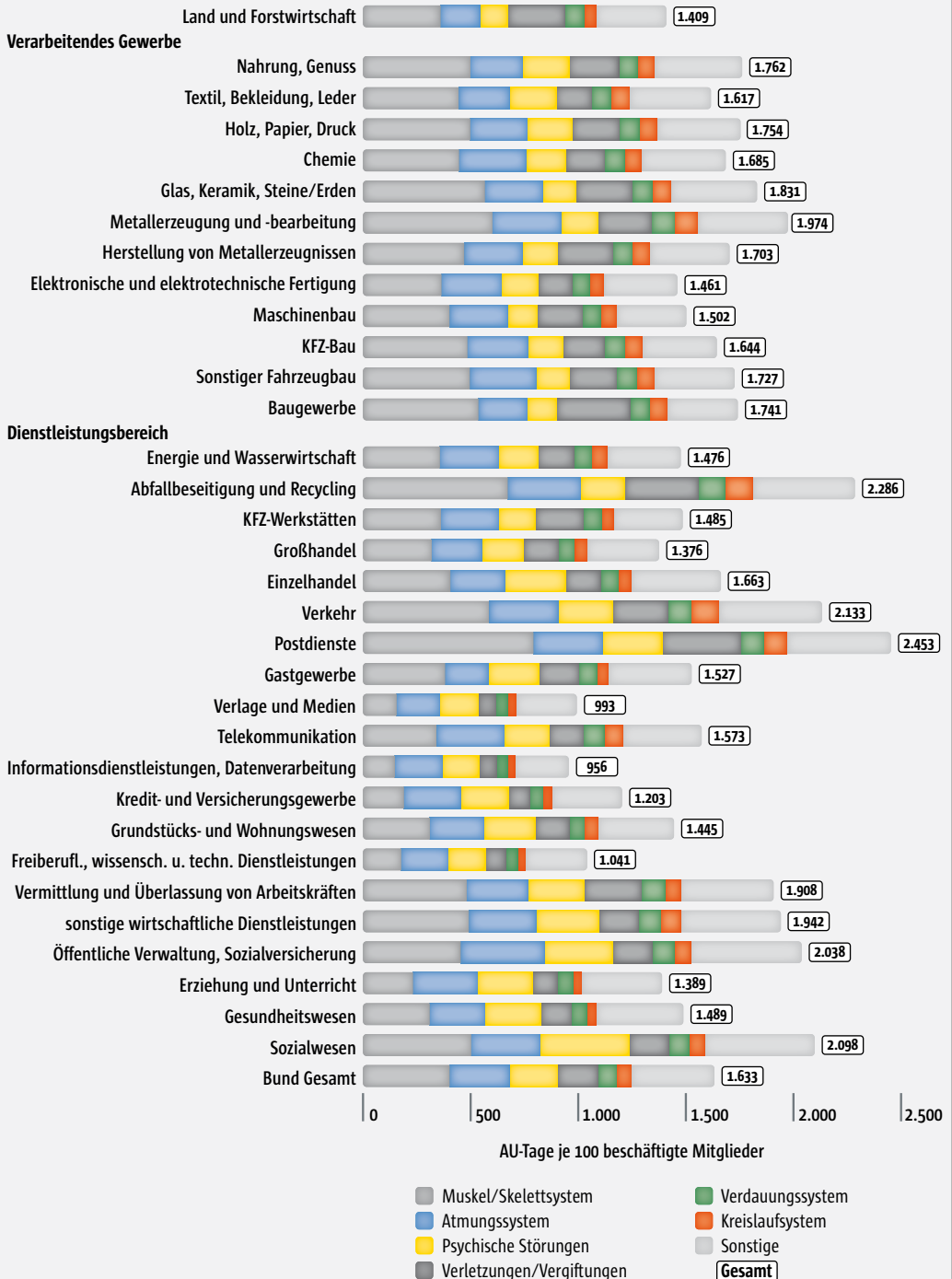
Muskel- und Skeletterkrankungen

Die Diagnosegruppe, auf die die meisten AU-Tage entfallen, ist die der Muskel- und Skeletterkrankungen, wie in **III** Kapitel 1 bereits beschrieben wurde. Dieses Bild findet sich auch bei den beschäftigten

BKK Mitgliedern in den meisten Wirtschaftsgruppen wieder.

Die meisten Fehltage aufgrund muskuloskeletta-ler Erkrankungen werden bei den Beschäftigten der Postdienste verzeichnet (791 Tage je 100 Beschäftigte). Damit ist diese Erkrankungsart für ein Drittel

Diagramm 4.4 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2013)



(32,3%) aller Krankheitstage bei den Postbediensteten verantwortlich.

Die geringsten Anteile am AU-Geschehen nehmen die Muskel-Skeletterkrankungen in den Bereichen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (15,5%), Verlage und Medien sowie Kredit- und Versicherungsgewerbe (jeweils 15,7% der AU-Tage) ein. Diese Wirtschaftsgruppen zeichnen sich, wie die oben stehenden Ausführungen zum standardisierten AU-Geschehen zeigen, durch eine vergleichsweise günstige Altersstruktur aus.

Atemwegserkrankungen

Aufgrund der Grippewelle zu Beginn des Jahres 2013 haben die Atemwegserkrankungen bei den beschäftigten BKK Versicherten deutlich zugenommen (+67 AU-Tage je 100 Beschäftigte auf aktuell 278). Während die Atemwegserkrankungen über die Gesamtheit der beschäftigten BKK Mitglieder hinweg auf Platz 2 bezogen auf die Anzahl der AU-Tage stehen, gibt es einige Wirtschaftsgruppen, in denen die Atemwegserkrankungen für mehr AU-Tage verantwortlich sind als die muskuloskelettalen Erkrankungen. Hierzu gehören bspw. die Bereiche Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (219 AU-Tage je 100 Beschäftigte), Kredit- und Versicherungsgewerbe (264 AU-Tage) sowie Verlage und Medien (199 AU-Tage).

Einen äußerst geringen Anteil am Fehlzeitengeschehen nehmen die Atemwegserkrankungen in der Land- und Forstwirtschaft (13,0% aller AU-Tage bzw. 183 AU-Tage) und im Baugewerbe ein (13,0% bzw. 227 AU-Tage). Auch bei den Beschäftigten im Postdienst nehmen die Atemwegserkrankungen mit 13,1% (322 AU-Tage) eine weniger bedeutsame Rolle im Fehlzeitengeschehen ein.

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind für gut ein Siebtel (13,8% bzw. 225 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aller AU-Tage der beschäftigten BKK Mitglieder verantwortlich. Die höchsten psychisch bedingten Fehlzeiten finden sich bei den Beschäftigten im Dienstleistungssektor. Spitzenreiter im negativen Sinn sind hier mit deutlichem Abstand die Beschäftigten im Sozialwesen (414 AU-Tage bzw. 13,7% aller AU-Tage). An zweiter Stelle folgen die Beschäftigten im Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (319 AU-Tage bzw. 15,7%).

Von den hier dargestellten Wirtschaftsgruppen sind die Beschäftigten der Gruppe Textil, Bekleidung und Leder die am stärksten von psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeiten Betroffenen im Verarbeitenden Gewerbe. Dennoch weisen sie mit 217 AU-Tagen je 100 Versicherte nur etwa halb so viele psychisch bedingte Fehltag auf wie die Beschäftigten im Sozialwesen.

Die wenigsten Fehltag in dieser Diagnosegruppe fielen aber bei den Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft an (129 AU-Tage).

Verletzungen und Vergiftungen

Die Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten Verletzungen und Vergiftungen gehören dem Dienstleistungssektor an. So ist diese Diagnosegruppe nur für 79 AU-Tage (8,3% aller AU-Tage) je 100 Beschäftigte im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung verantwortlich. Bei Verlagen und Medien sind es 82 AU-Tage (8,3%) und im Kredit- und Versicherungsgewerbe 98 AU-Tage (8,1%).

Erwartungsgemäß treten Verletzungen hingegen in jenen Wirtschaftsgruppen verstärkt auf, in denen körperliche Arbeit und/oder die Arbeit mit Großmaschinen von wesentlicher Bedeutung ist. Die meisten Fehltag fallen diesbezüglich bei den Beschäftigten im Postdienst (366 AU-Tage bzw. 14,9%), in Abfallbeseitigung und Recycling (341 AU-Tage bzw. 14,9%) sowie im Baugewerbe (340 AU-Tage bzw. 19,5%) an.

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herz- und Kreislauferkrankungen nehmen mit 4,2% der AU-Tage nur einen recht geringen Anteil am Fehlzeitengeschehen der beschäftigten BKK Mitglieder ein. Zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen variieren die betreffenden Fehltag jedoch deutlich. So fallen mit 129 AU-Tagen je 100 Beschäftigte im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling viermal mehr kardiovaskulär bedingte Fehltag an als bei den Beschäftigten im Bereich Informationsdienstleistung und Datenverarbeitung. Sowohl die am wenigsten als auch die am stärksten belastete Wirtschaftsgruppe findet sich damit im Dienstleistungssektor.

Tabelle 4.3 Arbeitsunfälle – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Die fünf häufigsten Verletzungsarten (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Verletzungsarten	Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder			Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder			Anteile an allen Arbeitsunfällen in Prozent			Anteile an allen Fehltagen durch Arbeitsunfälle in Prozent		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	8,1	3,3	6,0	143,2	54,3	104,4	22,6	16,9	21,0	21,6	15,7	19,9
Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	6,2	2,6	4,6	92,5	38,0	68,7	17,2	13,4	16,1	14,0	11,0	13,1
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	4,7	3,2	4,1	92,1	55,0	75,9	13,2	16,6	14,2	13,9	15,9	14,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	3,7	2,4	3,1	100,0	62,0	83,4	10,2	12,5	10,9	15,1	18,0	15,9
Verletzungen des Kopfes	2,5	1,4	2,0	28,4	15,9	22,9	7,0	7,3	7,0	4,3	4,6	4,4
Gesamt	25,2	12,9	19,8	456,1	225,1	355,2	70,2	66,6	69,1	68,9	65,2	67,8
alle Verletzungen	35,9	19,3	28,7	662,2	345,2	523,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle gehen in den seltensten Fällen tödlich aus. Nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ereigneten sich im Jahr 2012 1,05 Mio. meldepflichtige Arbeitsunfälle, 677 waren tödlich.³ Männer sind dabei deutlich häufiger betroffen als Frauen und jüngere Beschäftigte häufiger als ältere – wenngleich ältere Beschäftigte oft schwerwiegendere Unfälle haben.⁴

Entgegen dem Trend der vergangenen Jahre sind die Arbeitsunfälle bei den beschäftigten BKK Mitgliedern 2013 wieder angestiegen. Diese Entwicklung war über alle Wirtschaftsgruppen hinweg zu beobachten. Ereigneten sich 2012 noch 28,4 Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder, stieg dieser Wert 2013 auf 31,1 Fälle (»» Diagramm 4.5).

Zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen variiert die Anzahl der Arbeitsunfälle stark. Bei den Beschäftigten im Baugewerbe treten Arbeitsunfälle (77,9 je 1.000 Beschäftigte) fast 9-mal häufiger auf als bei den Beschäftigten der am wenigsten betroffenen

Wirtschaftsgruppe (Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung), bei denen 8,7 Arbeitsunfälle je 1.000 Beschäftigte zu verzeichnen sind. Ursachen für die hohen Unfallzahlen im Baugewerbe – wie auch in Abfallbeseitigung und Recycling (70,2 Arbeitsunfälle je 1.000) sowie in der Land- und Forstwirtschaft (68,8 Arbeitsunfälle) – dürften die schwerwiegenden Folgen von Stolpern, Rutschen und Stürzen in Branchen sein, in denen bspw. der Umgang mit schweren oder unfallträchtigen Maschinen zur Regel gehört.

Jeder fünfte Arbeitsunfall (21,0%) verursacht eine Verletzung des Handgelenkes oder der Hand. Bei Männern treten mit 8,1 Arbeitsunfällen dieser Verletzungsart je 1.000 Beschäftigte deutlich mehr Fälle auf als bei Frauen mit 3,3 Unfällen (»» Tabelle 4.3). Auch bei den anderen häufigen Verletzungskategorien sind die Männer stets stärker betroffen als die Frauen. Dies dürfte unter anderem auf das höhere Maß an körperlicher Arbeit bei den männlichen Beschäftigten zurückzuführen sein.

Die branchenspezifischen Verteilungen der Verletzungsarten bei Arbeitsunfällen sind in »» Tabelle A.9 im Anhang dargestellt.

4.1.2 Regionale Unterschiede ausgewählter Wirtschaftsgruppen

Wie »» Diagramm 4.6 eindrücklich zeigt, setzt sich die Population der beschäftigten BKK Mitglieder re-

3 vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2014): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Unfallverhütungsbericht Arbeit. http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2012.pdf?__blob=publicationFile&v=11

4 vgl. Seidel D, Solbach T, Fehse R, Donker L, Elliehausen H-J (2007): Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 38. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVjxo_32.pdf

Diagramm 4.5 Arbeitsunfälle der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008)
im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2013)

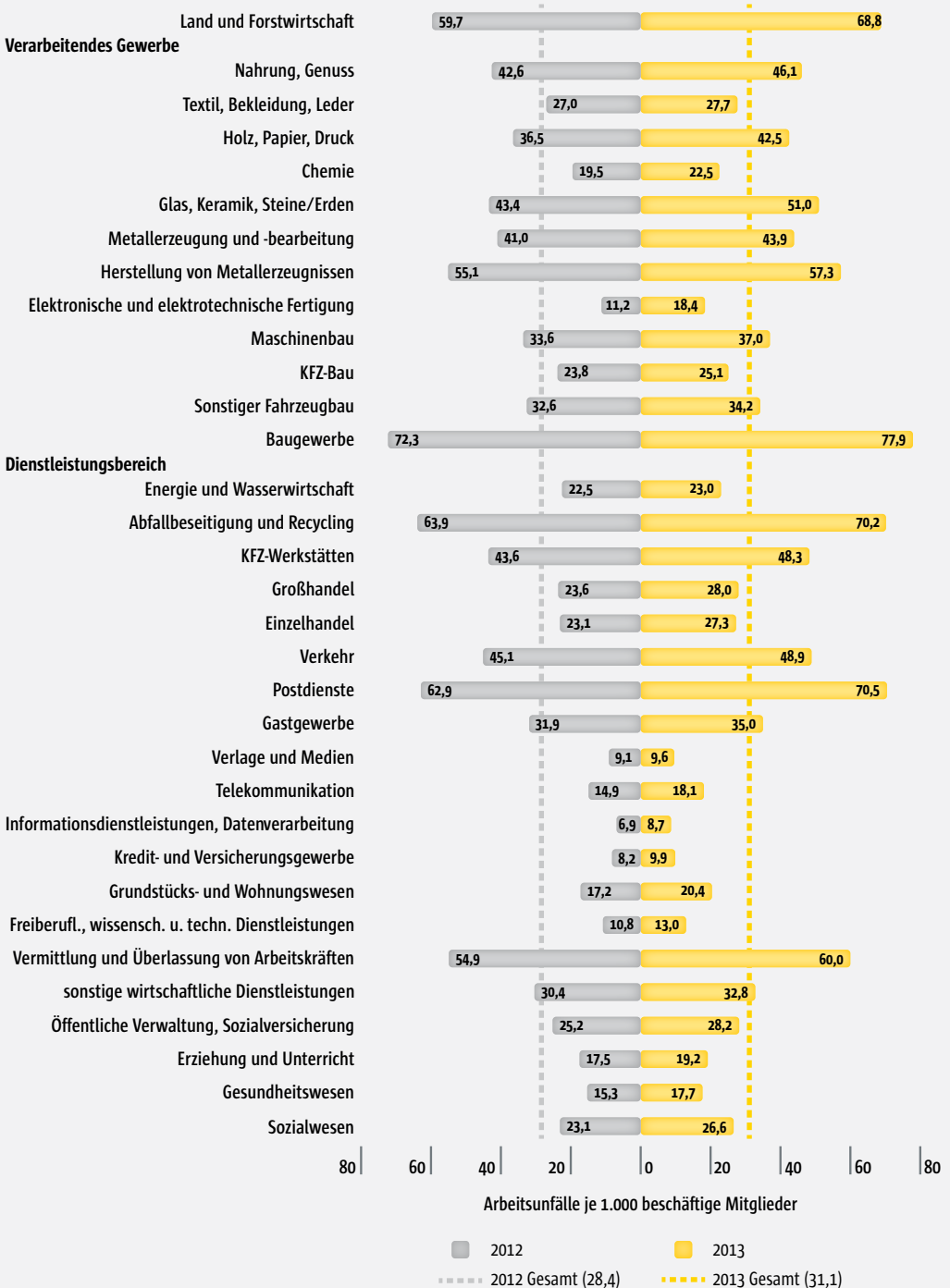
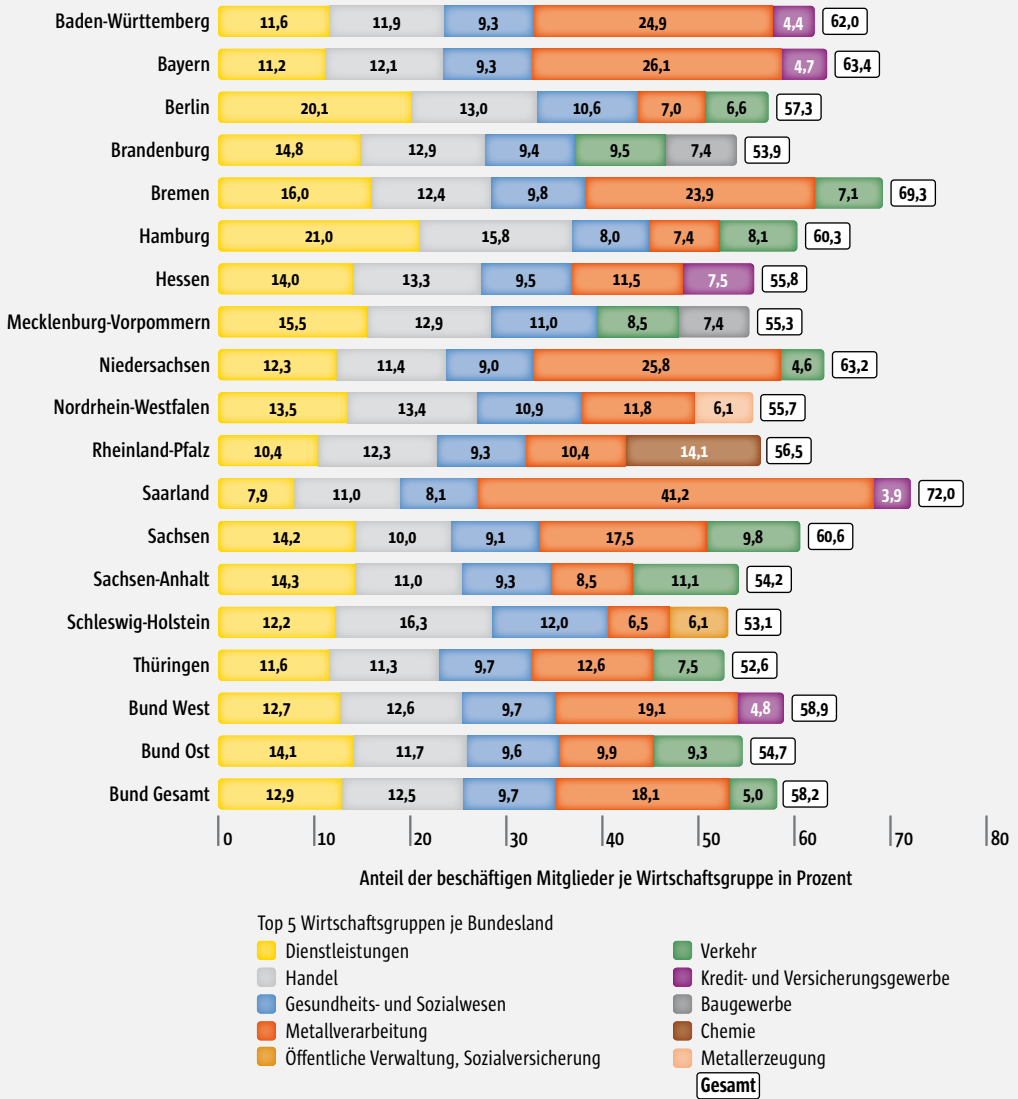


Diagramm 4.6 Verteilung der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und den jeweils fünf häufigsten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)



gional recht unterschiedlich zusammen. So variiert die Bedeutung, die einzelne Wirtschaftsgruppen in dieser Population haben, von Bundesland zu Bundesland.

Während in Thüringen etwa die Hälfte der beschäftigten BKK Mitglieder (52,6%) in einer der fünf auf Länderebene mitgliederstärksten Wirtschaftsgruppen tätig ist, sind es im Saarland 72,0%. Letzte-

res wird durch die starke Dominanz der Metallverarbeitung verursacht. 41,2% der beschäftigten BKK Mitglieder im Saarland sind hier tätig. In Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern schaffte es diese Branche dagegen nicht einmal unter die TOP 5 der mitgliederstärksten Wirtschaftsgruppen.

Auch sonst lassen sich einige regionale Besonderheiten feststellen. Schleswig-Holstein ist das einzi-

ge Bundesland, in dem die Öffentliche Verwaltung und die Sozialversicherung (6,1%) zu den TOP 5 Wirtschaftsgruppen gehört, Nordrhein-Westfalen das einzige, in dem die Metallherstellung eine derart wichtige Rolle einnimmt (6,1%).

Die Chemische Industrie ist mit 14,1% der beschäftigten BKK Mitglieder in Rheinland-Pfalz besonders stark. Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sind die einzigen Bundesländer, in denen das Baugewerbe (mit jeweils 7,4% der beschäftigten BKK Mitglieder) zu den mitgliederstärksten Branchen gehört.

Aber auch bei Wirtschaftsgruppen, die in allen Bundesländern zu den mitgliederstärksten Branchen gehören, gibt es regionale Varianzen. Im Saarland sind nur 7,9% der beschäftigten BKK Mitglieder in der Wirtschaftsgruppe Dienstleistungen tätig, in Hamburg sind es mit 21,0% fast dreimal so viele.

Die Darstellung der regionalen Mitgliederstärke einzelner Wirtschaftsgruppen ist für die Erklärung von Unterschieden im AU-Geschehen von besonderem Interesse. So zeigt das einleitende **»»** Diagramm 4.1, dass die Arbeitsunfähigkeitstage zwischen den übergeordneten Sektoren Verarbeitendes

Gewerbe und Dienstleistungen teils deutlich variieren.

Besonders groß sind die Unterschiede in Brandenburg. Hier haben die Beschäftigten im Dienstleistungssektor im Jahr 2013 3,0 AU-Tage mehr als die Beschäftigten im Verarbeitenden Gewerbe (21,6 AU-Tage). Besonders gering ist dagegen der Abstand in Mecklenburg-Vorpommern, wo die Beschäftigten im Verarbeitenden Gewerbe 20,6 AU-Tage und im Dienstleistungssektor 20,8 AU-Tage aufweisen.

Aus dem Diagramm geht aber auch hervor, dass die Unterschiede zwischen dem Verarbeitenden Gewerbe und dem Dienstleistungssektor innerhalb eines Bundeslandes oftmals geringer sind als die Unterschiede in den Gesamt-Fehlzeiten zwischen den Bundesländern. So fehlen die beschäftigten BKK Mitglieder in Sachsen-Anhalt (20,9 AU-Tage) krankheitsbedingt eine Woche mehr am Arbeitsplatz als die Beschäftigten in Baden-Württemberg (13,9 AU-Tage).

Die Ursachen für die insgesamt höheren Fehlzeiten in Ostdeutschland dürften, wie in **»»** Kapitel 1 und Kapitel 3 beschrieben, nicht so sehr branchenspezifischer Natur als u. a. vielmehr Resultat des höheren Durchschnittsalters sein.

4.2 Ambulante ärztliche Versorgung

- Zwei Drittel der weiblichen Beschäftigten im Postdienst sind durch Muskel-Skeletterkrankungen belastet.
- In der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung ist der Anteil der Beschäftigten mit einer psychischen Erkrankung besonders hoch – die Männer liegen auf Platz 1 und die Frauen auf Platz 2 im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen.
- Sowohl bei den muskuloskelettalen als auch bei den psychischen Erkrankungen schwanken die Anteile der Betroffenen zwischen den Wirtschaftsgruppen v.a. innerhalb der neuen Bundesländer besonders stark (zwischen 10 bis 20%).

Die Gesundheit bzw. Krankheit der beschäftigten BKK Mitglieder drückt sich nicht allein im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus. Denn nicht immer führen gesundheitliche Einschränkungen auch zu Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit. Aus diesem Grund ist eine Analyse der ambulanten Diagnosen, die von niedergelassenen Ärzten dokumentiert wurden, als komplementärer Datensatz aufschlussreich. Die nach Wirtschaftsgruppen differenzierte Betrachtung vermittelt einen Eindruck davon, in welchen Branchen die beschäftigten BKK Mitglieder gesundheitlich besonders belastet sind.

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf ausgewählte Wirtschaftsgruppen. Dabei werden die beiden Diagnosehauptgruppen Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen betrachtet, da hier ein vergleichsweise hoher Einfluss des Arbeitslebens auf die Gesundheit vermutet werden kann.

Zu guter Letzt erfolgt eine Betrachtung unter regionalen Gesichtspunkten. Hier geht es um die Frage, ob die beschäftigten BKK Mitglieder ausgewählter Wirtschaftsgruppen in einzelnen Bundesländern besonders stark belastet sind.

Muskel- und Skeletterkrankungen

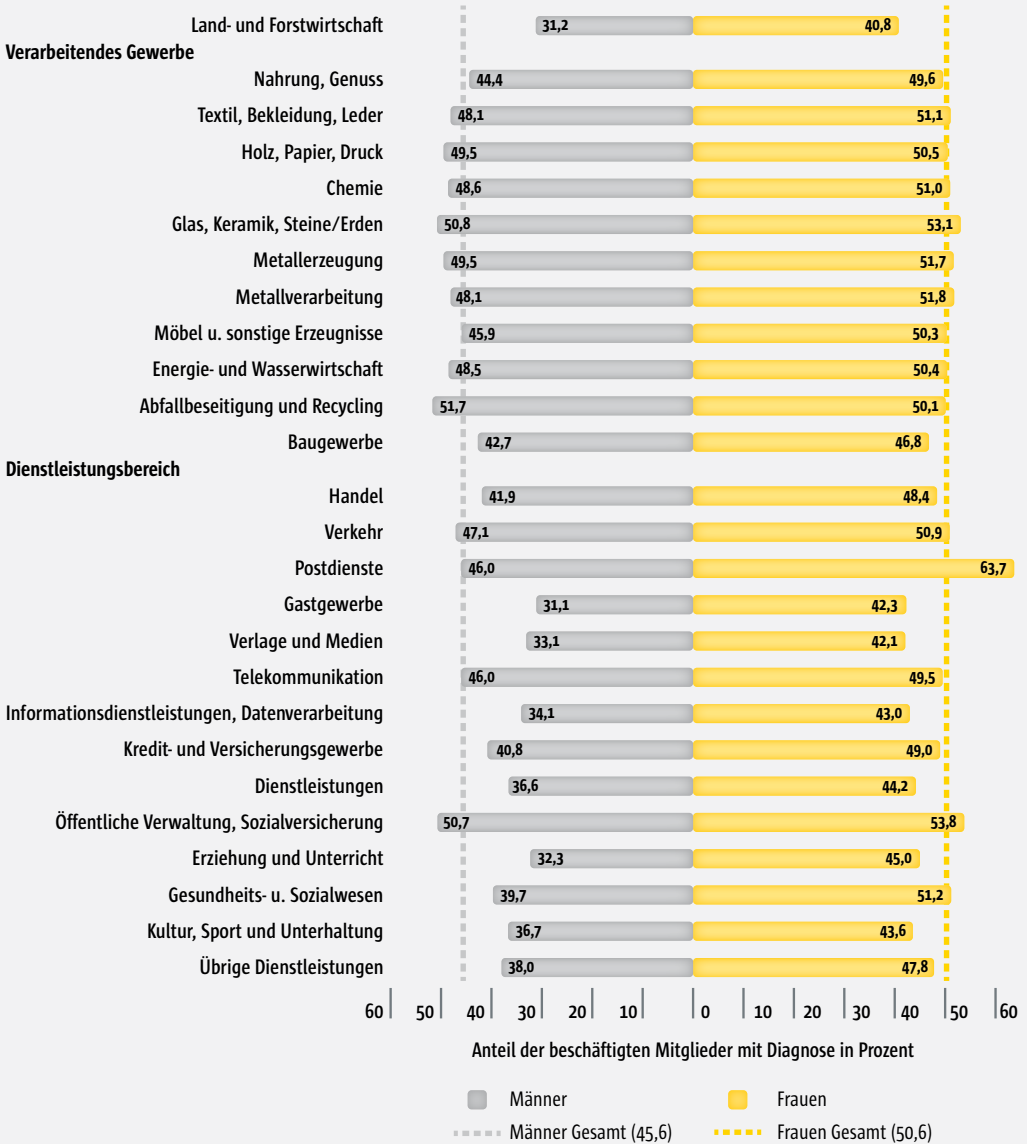
Wie bereits in **III** Kapitel 1 geschildert, bilden die Muskel- und Skeletterkrankungen jene Diagnosehauptgruppe, die neben den Atemwegserkrankungen das ambulante Versorgungsgeschehen stark prägt (gemessen am Versichertenanteil mit einer Diagnose). Auch beim Fehlzeitengeschehen sind die muskuloskelettalen Erkrankungen, wie bereits geschildert, von wesentlicher Bedeutung.

III Diagramm 4.7 zeigt eindrücklich, dass die Belastung der beschäftigten Mitglieder durch Muskel-Skeletterkrankungen zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen stark variiert. Zugleich gibt es aber auch innerhalb einer Wirtschaftsgruppe starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Knapp zwei Drittel der Frauen im Postdienst (63,7%) haben im Jahr 2013 eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen erhalten – damit liegen sie 9,9 Prozentpunkte über den auf Platz 2 folgenden weiblichen Beschäftigten aus dem Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (53,8%). Bemerkenswert ist aber auch, dass der Anteil der weiblichen Postbediensteten mit einer derartigen Diagnose deutlich auch von den männlichen Postbediensteten abweicht. Eine wesentliche Ursache für die starke Belastung der weiblichen Beschäftigten im Postdienst dürfte das hohe Durchschnittsalter sein (**III** Kapitel 4.1). Dieses liegt höher als in allen anderen hier betrachteten Wirtschaftsgruppen und deutlich über dem Durchschnittsalter der männlichen Beschäftigten im Postdienst.

Die Überlegungen zum Einfluss des Alters auf den Anteil der Beschäftigten mit einer ambulanten Diagnose aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen werden durch die besonders niedrigen Anteile der Beschäftigten im Gastgewerbe mit einer ambulanten muskuloskelettalen Diagnose gestützt. Hier wurde bei 42,3% der Frauen und 31,1% der Männer im Jahr 2013 eine Diagnose aus dem Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen gestellt.

Diagramm 4.7 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

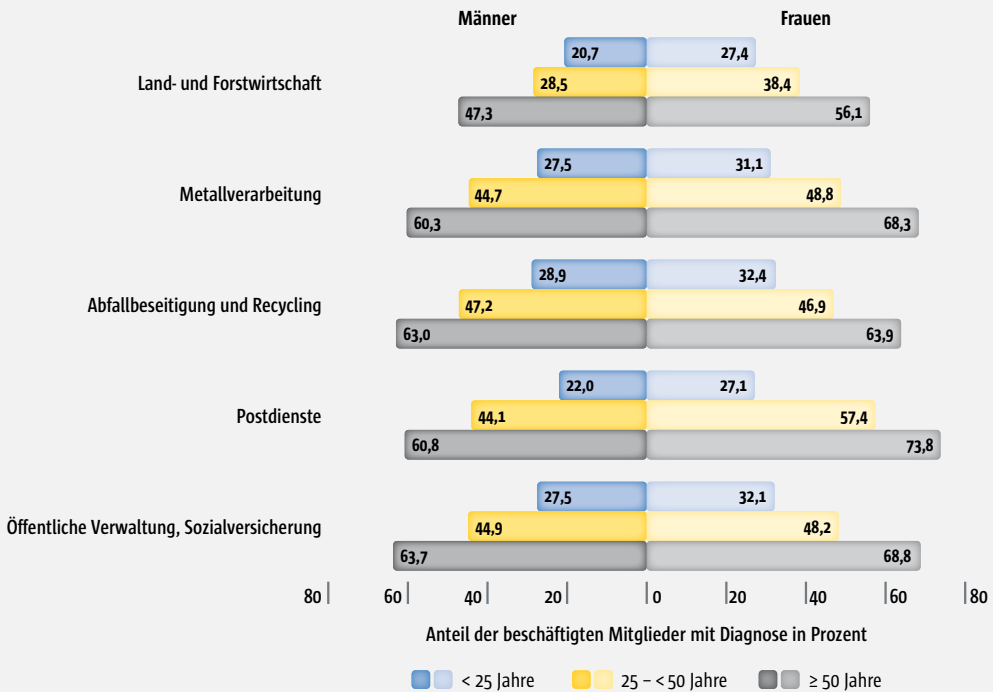


Eine nach Alters- und Wirtschaftsgruppe differenzierte Betrachtung der ambulanten muskuloskeletalen Erkrankungen erlaubt eine detailliertere Analyse (»»» Diagramm 4.8). Hier zeigt sich, dass der Anteil der weiblichen Beschäftigten im Postdienst mit einer ambulanten Diagnose aus dem Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen unter den unter 25-Jäh-

rigen mit 27,1% vergleichsweise gering ist. In der Wirtschaftsgruppe Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung sowie in Abfallbeseitigung und Recycling sind die Anteile in der gleichen Altersgruppe mit 32,1% bzw. 32,4% höher.

Dagegen sind die Anteile der beschäftigten Frauen mit einer derartigen Diagnose in den Altersgrup-

Diagramm 4.8 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



pen der 25- bis unter 50-Jährigen und der ab 50-Jährigen im Postdienst außerordentlich hoch. Als Ursache kommen im Wesentlichen zwei Erklärungen in Frage. Zum einen könnte auch hier das höhere Alter der weiblichen Postbeschäftigten zum Tragen kommen – wenn die Verteilung innerhalb der Altersklassen zwischen den Wirtschaftsgruppen deutlich variiert. Zum anderen könnten hier aber auch branchenspezifische Belastungen zum Ausdruck kommen, die erst in der mittleren und hohen Altersgruppe an gesundheitlicher Relevanz gewinnen.

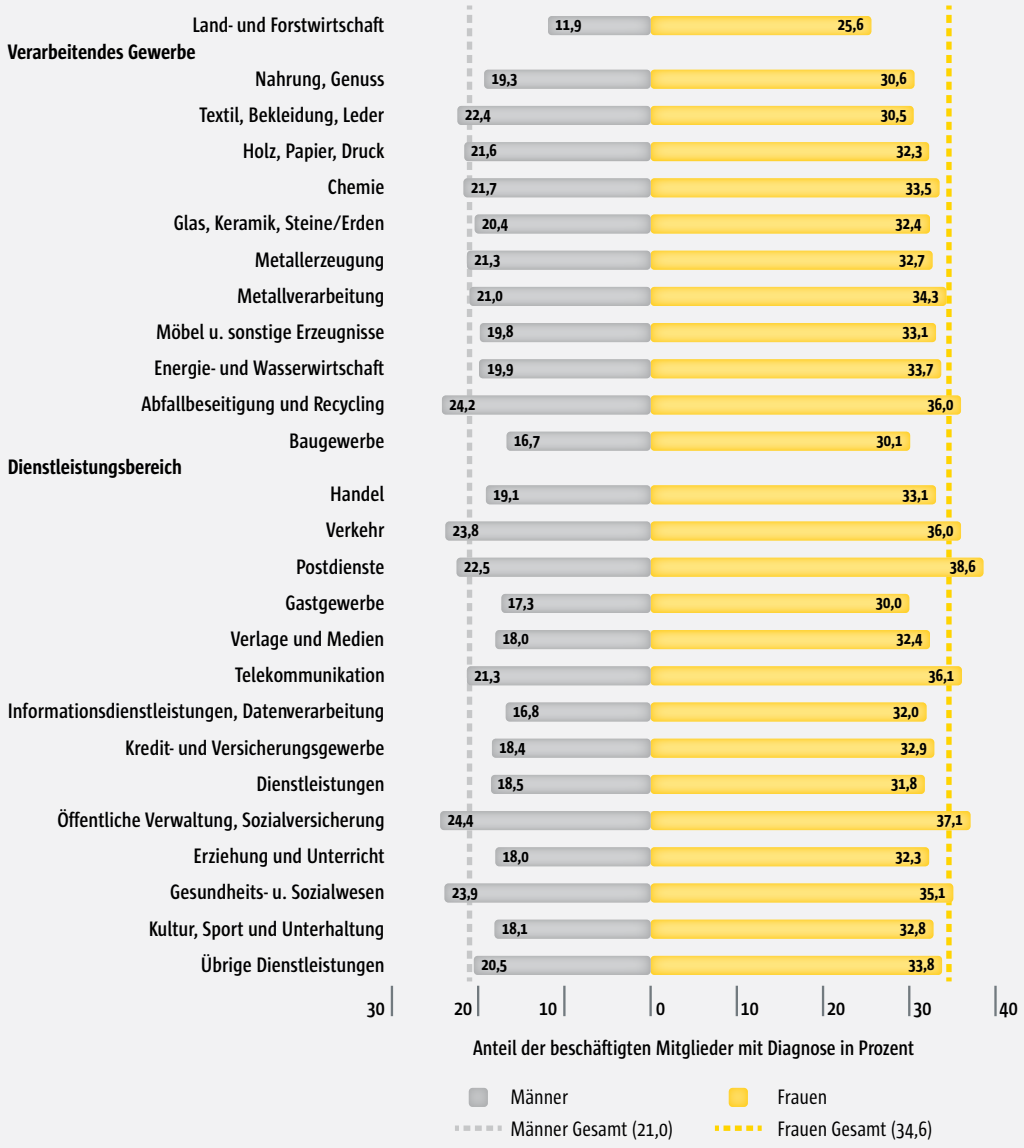
Bei den Männern fallen die besonders niedrigen Anteile der Beschäftigten aus dem Bereich Land- und Forstwirtschaft auf, die eine ambulante Diagnose einer Muskel- und Skeletterkrankungen erhalten haben. In allen Altersgruppen liegen sie deutlich unter den Werten der Beschäftigten der anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. Dies stimmt insofern mit den oben aufgeführten AU-Daten überein, als die Beschäftigten der Land- und Forstwirtschaft weniger muskuloskelettal bedingte AU-Tage als die anderen in **III** Diagramm 4.8 aufgeführten Wirtschaftsgruppen aufwiesen.

Psychische Erkrankungen

Wie bereits beim Fehlzeitengeschehen zeigt sich auch in den ambulanten Diagnosen bei den Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft eine äußerst geringe Belastung durch psychische Erkrankungen (**III** Diagramm 4.9). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus diesem Krankheitsspektrum deutlich geringer als bei den Beschäftigten der anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. Bemerkenswert ist aber auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern in dieser Branche. Während 25,6% der Frauen eine psychische oder Verhaltensstörung attestiert wurde, sind es bei den Männern nicht einmal halb so viele (11,9%).

Die höchsten Anteile mit einer psychischen Störung weisen bei den Frauen die Beschäftigten im Postdienst auf (38,6%). Auch hier könnten unter Umständen Alterseffekte wirksam werden, schließlich weisen psychische Erkrankungen einen Zusammenhang mit Alterung auf (**III** Kapitel 3.1).

Diagramm 4.9 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Frauen in der Öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung weisen mit 37,1% und in der Telekommunikation mit 36,1% auch hohe Anteile von Beschäftigten mit einer psychischen Störung auf. Bei den Männern trifft dies ebenfalls auf den Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (24,4%) zu. Daneben sind insbesondere die Gruppen Abfall-

beseitigung und Recycling (24,2%) sowie Gesundheits- und Sozialwesen (23,9%) betroffen.

Werden die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen für ausgewählte Wirtschaftsgruppen nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, so wird auch hier die stärkere Belastung der weiblichen Beschäftigten

deutlich. In den fünf in **»»»** Diagramm 4.10 dargestellten Wirtschaftsgruppen sind die Anteile der Frauen mit einer betreffenden Diagnose in allen Altersgruppen stets höher als bei den Männern. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus **»»»** Kapitel 3.1, wonach Frauen eine deutlich höhere Prävalenz für psychische Erkrankungen aufweisen.

In allen dargestellten Altersgruppen – sowohl bei Frauen als auch bei Männern – sind die Anteile der Beschäftigten mit einer diagnostizierten psychischen Störung in der Land- und Forstwirtschaft am geringsten.

Regionale Besonderheiten

Eine regionale Betrachtung der ambulant diagnostizierten muskuloskelettalen und psychischen Erkrankungen offenbart, dass nicht allein zwischen den Wirtschaftsgruppen bzw. zwischen den Geschlechtern innerhalb einer Wirtschaftsgruppe Unterschiede bestehen. Auch zwischen den Bundes-

ländern sind die Anteile der Beschäftigten mit den entsprechenden Diagnosen recht unterschiedlich.

So wurde im Saarland im Jahr 2013 bei 57,7% der Beschäftigten in der Metallverarbeitung eine muskuloskelettale Erkrankung festgestellt (**»»»** Diagramm 4.11). In Sachsen lag der Anteil mit 39,4% deutlich darunter.

Im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling ist die Spannweite fast ebenso groß. Auch hier weist das Saarland mit 57,1% den größten Anteil auf, der niedrigste findet sich mit 41,3% in Bremen. Bei den Postdiensten fällt auf, dass die Anteile der Versicherten mit einer ambulanten Diagnose einer Muskel-Skeletterkrankung in Ostdeutschland deutlich höher liegen als in Westdeutschland. Negativer Spitzenreiter ist Mecklenburg-Vorpommern mit 62,1%. Allein Bremen sticht mit 60,0% unter den westdeutschen Bundesländern hervor.

Im Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung ist das Bild dagegen bzgl. der regionalen Verteilung wieder heterogener. Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz verzeichnen mit

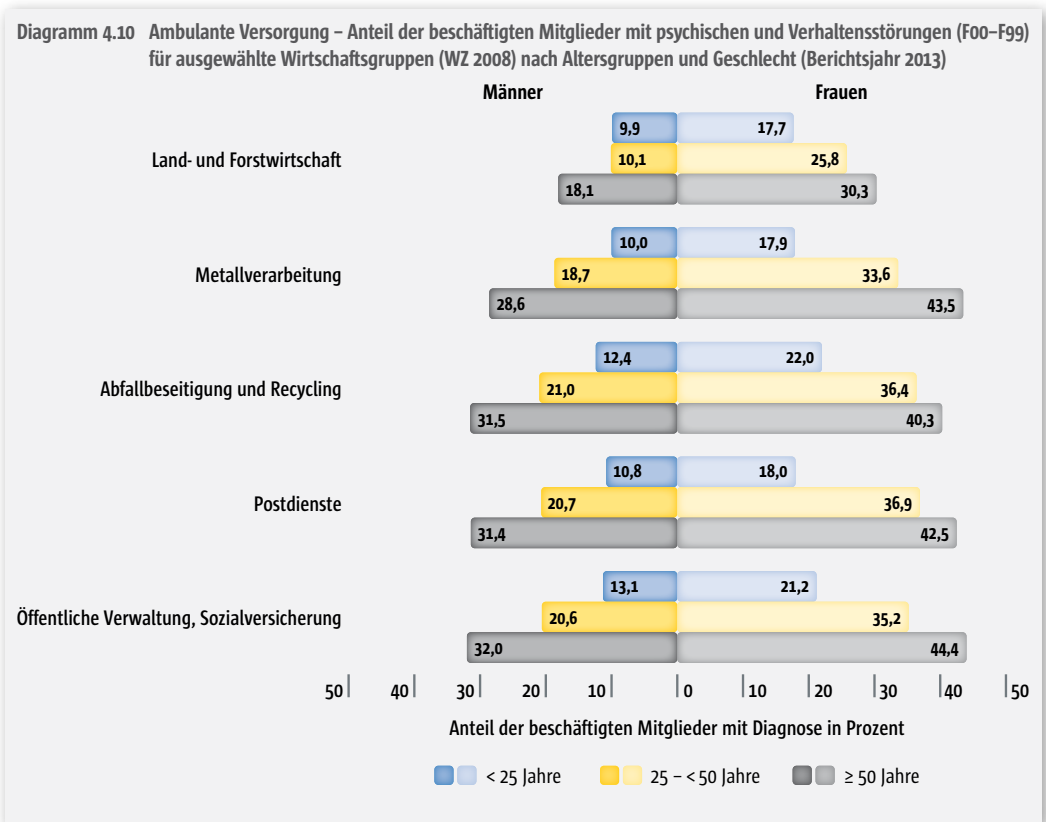


Diagramm 4.11 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)

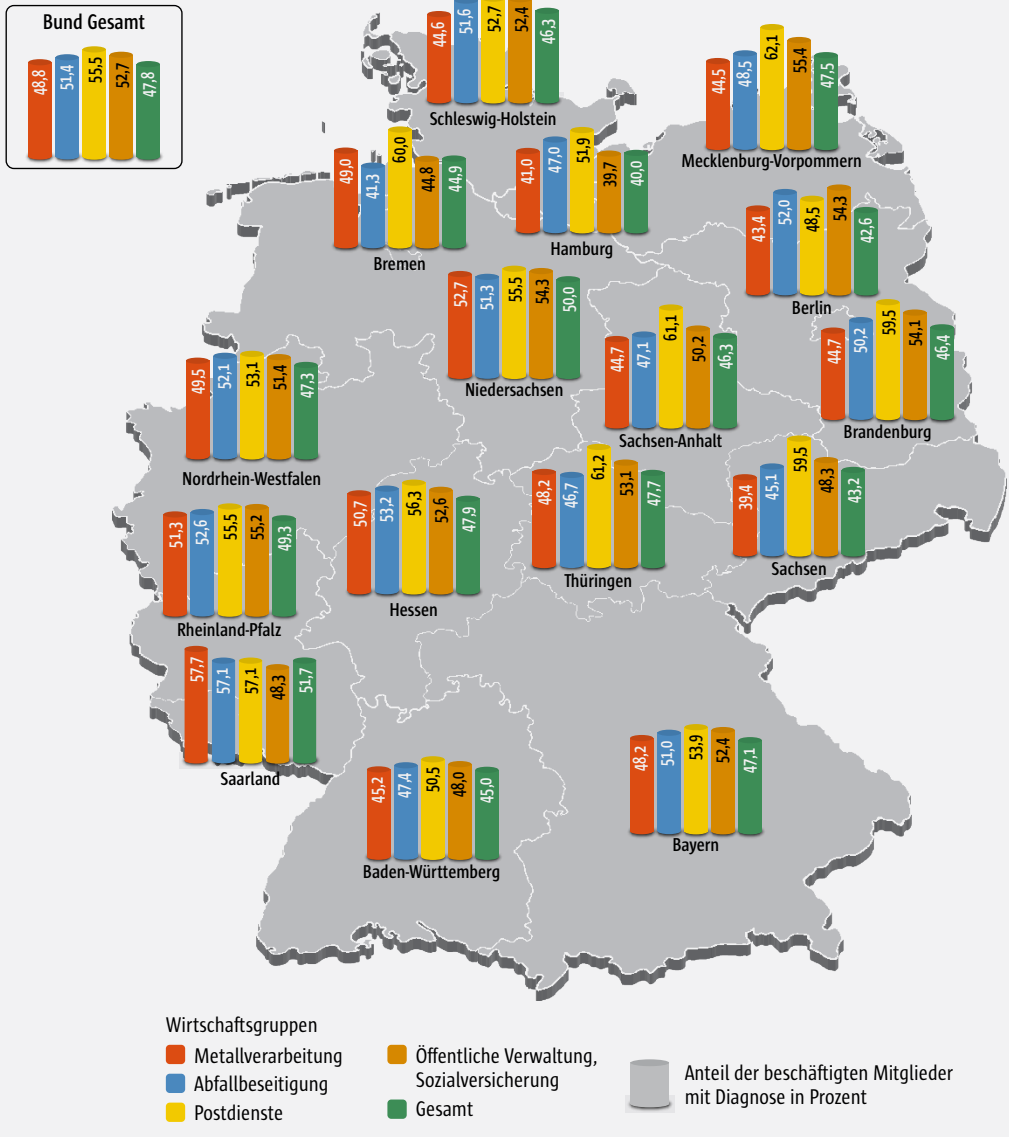
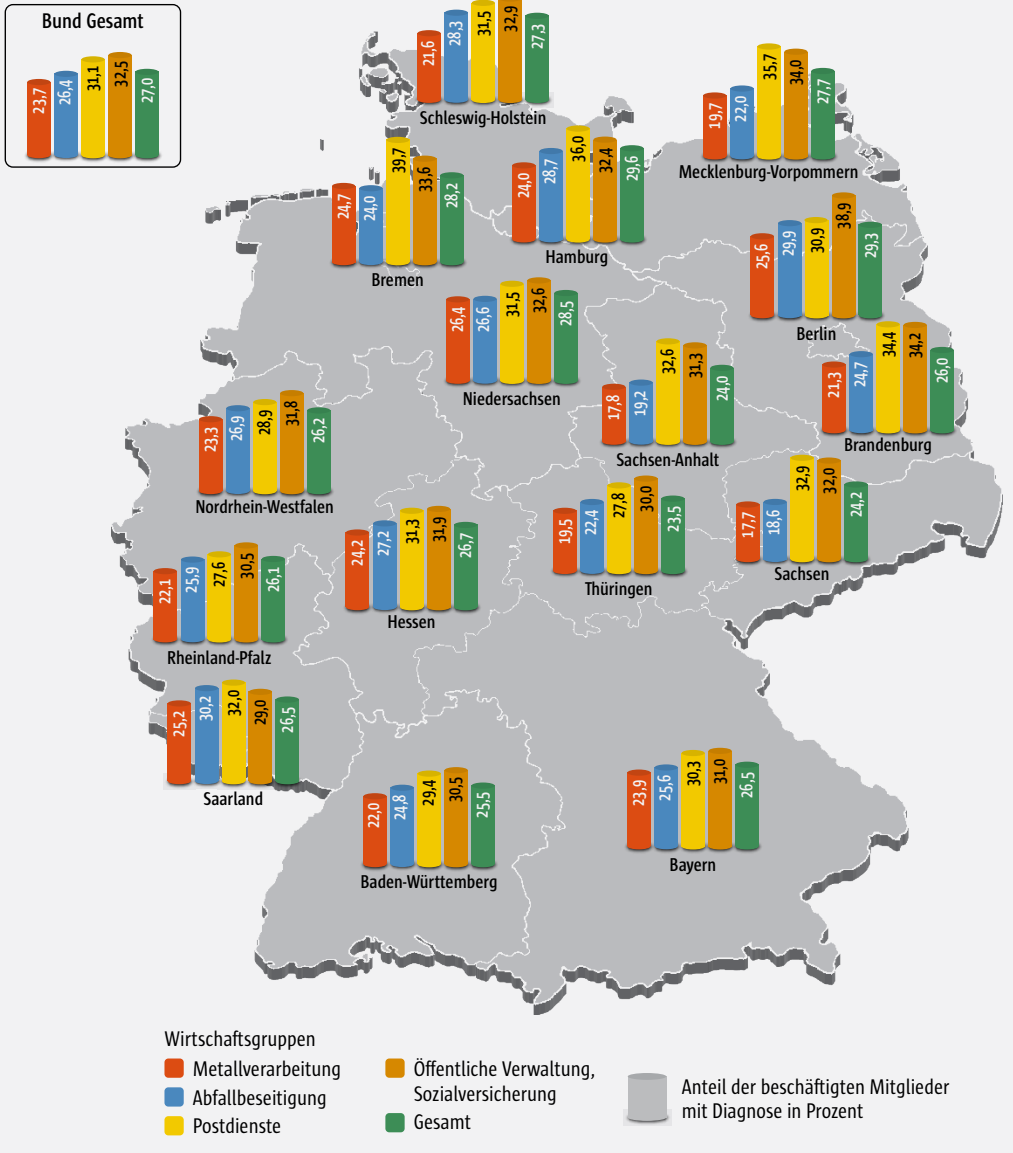


Diagramm 4.12 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)



In der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling liegen die höchsten Versichertenanteile mit einer derartigen Diagnose im Saarland (30,2%) und in Berlin (29,9%). Ein Drittel niedriger sind die Werte in Sachsen (18,6%) und Sachsen-Anhalt (19,2%).

Der höchste Anteil der Beschäftigten mit einer psychischen Störung findet sich in den hier dargestellten Gruppen bei den in Bremen tätigen Beschäftigten im Postdienst (39,7%). Bemerkenswert ist auch, dass der niedrigste Landeswert bei den Postbediensteten (27,6% in Rheinland-Pfalz) immer noch

höher liegt als der maximale Landeswert in der Metallverarbeitung.

Die Gruppe Öffentliche Verwaltung und Sozialwesen in Berlin unterscheidet sich hinsichtlich des Anteils der Beschäftigten mit einer diagnostizierten psychischen Störung deutlich von den Beschäftigten der gleichen Wirtschaftsgruppe in anderen Bundes-

ländern. So haben 38,9% der Beschäftigten in Berlin, die im Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung arbeiten, eine entsprechende Diagnose erhalten. An zweiter Stelle folgt mit deutlichem Abstand Brandenburg (34,2%). Doch auch der niedrigste Landeswert ist mit 29,0% (Saarland) auffallend hoch.

4.3 Arzneimittelverordnungen

Die Analyse der Arzneimittelverordnungen rundet die Darstellung des Krankheitsgeschehens nach Wirtschaftsgruppen ab. Wie bereits bei den Ausführungen zum ambulanten Krankheitsgeschehen werden die Schwerpunkte auf das Muskel- und Skelettsystem sowie auf die Psyche gelegt.

Angegeben werden die Anteile der Beschäftigten einer Wirtschaftsgruppe, die eine Verordnung aus der ATC-Gruppe M, Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem, bzw. der ATC-Gruppe N, Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, erhalten haben.

Arzneimittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC Gruppe M)

Wie aufgrund der Ergebnisse aus den ambulanten Diagnosen zu erwarten ist, ist der höchste Anteil der weiblichen Beschäftigten mit einer Verordnung aus der ATC-Gruppe M bei den Beschäftigten im Postdienst zu finden (35,0%) (»» Diagramm 4.13). An zweiter Stelle folgen mit deutlichem Abstand die weiblichen Beschäftigten aus dem Bereich Nahrung und Genuss (26,4%).

Die geringsten Anteile mit einer derartigen Verordnung haben weibliche Beschäftigte in den Bereichen Verlage und Medien (17,9%) sowie Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (18,8%), die beide gleichzeitig sehr niedrige Beschäftigtenanteile mit einer muskuloskelettalen Diagnose aufweisen.

Bei den männlichen Beschäftigten liegen die höchsten Anteile mit einer Verordnung bei den Beschäftigten im Bereich Glas, Keramik, Steine und Erden (29,5%) sowie Abfallbeseitigung und Recycling (29,3%). Beide waren bereits bei den ambulanten Diagnosen von Muskel- und Skeletterkrankungen ebenfalls mit den höchsten Prozentanteilen vertreten.

Sehr niedrig fallen im Vergleich dazu die Verordnungszahlen in den Wirtschaftsgruppen Erziehung

und Unterricht (15,3%), Verlage und Medien (16,6%) sowie Gastgewerbe (17,2%) aus. Auch hier zeigt sich eine Entsprechung zu den ambulanten Diagnosen in den genannten Wirtschaftsgruppen.

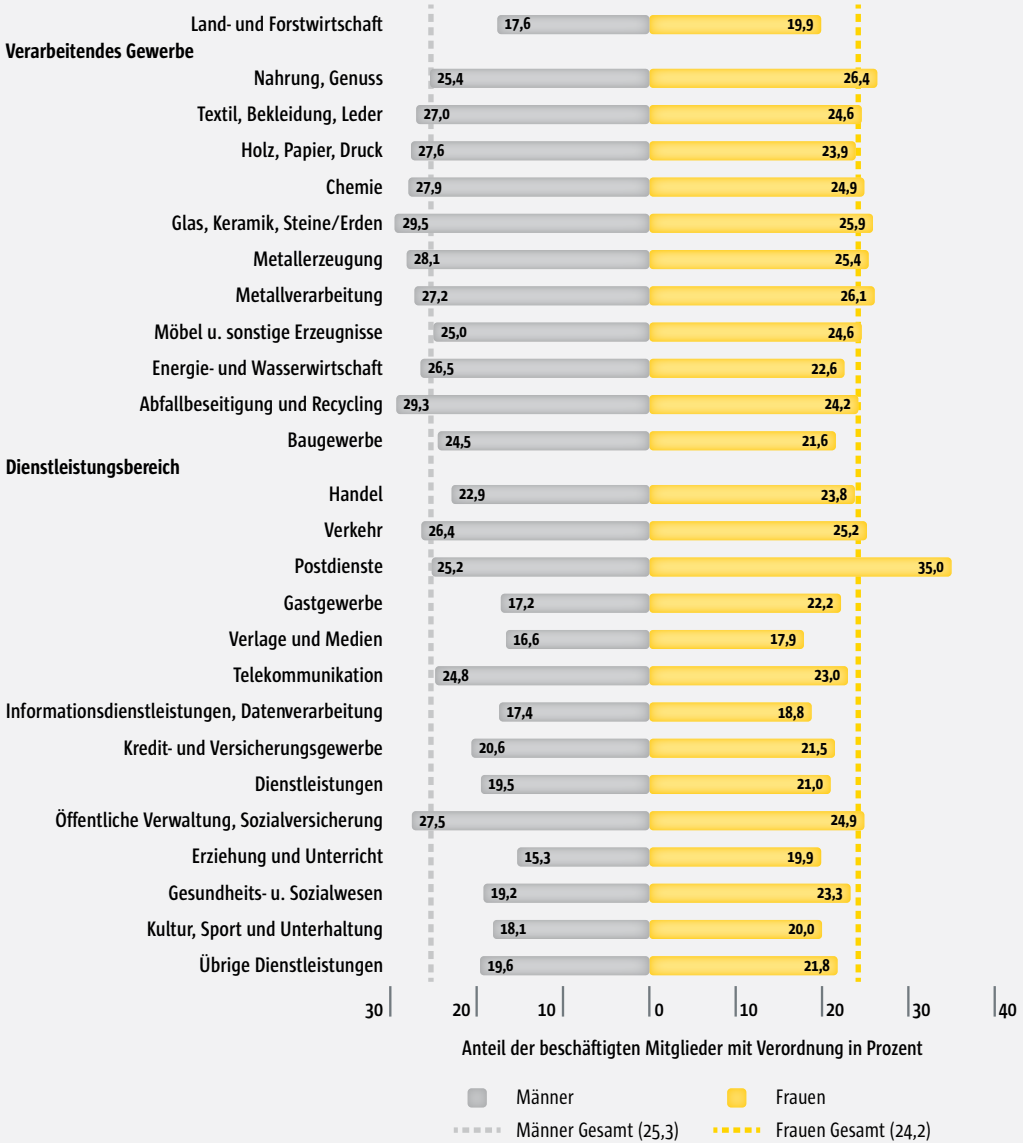
Auch die nach Altersgruppen differenzierte Betrachtungsweise der Arzneimittelverordnungen der Gruppe M bilden das ambulante Diagnosegeschehen ab (»» Diagramm 4.14). So sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Verordnung sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Beschäftigten im Postdienst unter 25 Jahre zwar geringer als in den anderen Wirtschaftsgruppen. In den beiden älteren Altersgruppen hingegen liegen die Anteile der weiblichen Postbeschäftigten mit einer Verordnung stets deutlich über den Werten der Frauen in den anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen.

Bei den Männern ist es die Gruppe der ab 50-Jährigen im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling, die den höchsten Anteil an Beschäftigten mit einer Verordnung eines Arzneimittels für das Muskel- und Skelettsystem aufweist. Dies entspricht den Angaben aus den ambulanten Diagnosen.

Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N)

Die Gruppe der Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC-Gruppe N) hat ein recht breitgefächertes Indikationsspektrum. So sind hierunter Schmerzmittel ebenso zu finden wie Migränemittel, Antiepileptika und Antiparkinsonmittel. Eine weitere bedeutende Untergruppe bilden die Psychopharmaka. Auch wenn die Wirkstoffe dieser Arzneimittelgruppe nicht ausschließlich zur Behandlung psychischer Störungen eingesetzt werden, so bietet eine Analyse des Verordnungsgeschehens zumindest eine näherungsweise Betrachtung und erlaubt im Vergleich mit den in »» Kapitel 4.2 geschilderten ambulanten Diagnosen ergänzende Aussagen über die psychischen Belastungen der beschäftigten BKK Mitglieder.

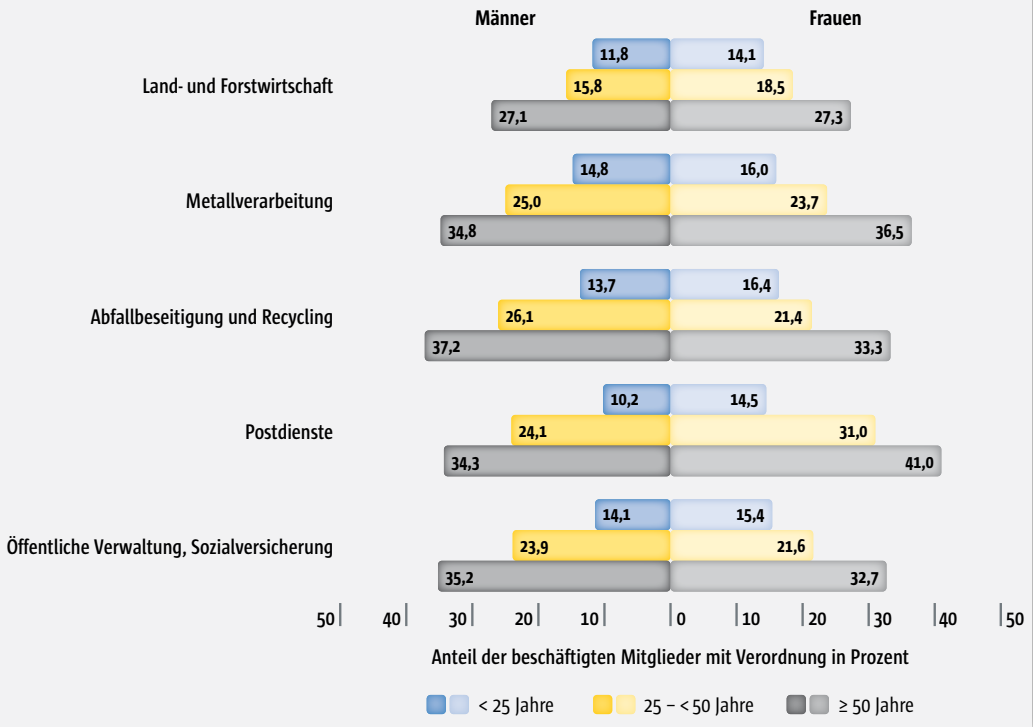
Diagramm 4.13 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



»» Diagramm 4.15 veranschaulicht die bereits geschilderte starke Belastung der weiblichen Beschäftigten im Postdienst ganz eindrücklich. Mit mehr als einem Viertel (26,5%) erhalten mehr Frauen als in allen anderen Wirtschaftsgruppen eine Verordnung für eine Arznei mit Wirkung auf das Nervensystem.

An zweiter Stelle folgen, deutlich dahinter, die Frauen im Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (22,5%). Mit 15,2% erhalten die weiblichen Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft am seltensten eine derartige Verordnung. Bereits bei den ambulanten Diagnosen von psychischen und

Diagramm 4.14 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



Muskel-Skeletterkrankungen, die ja ebenfalls mit Medikamenten aus der Arzneimittelgruppe ATC N behandelt werden können, hatten sie den niedrigsten Anteil der Beschäftigten mit einer Diagnose.

Bei den Männern liegt der höchste Anteil der Beschäftigten mit einer Arzneimittelverordnung mit Wirkung auf das Nervensystem im Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (17,3%), der niedrigste in der Land- und Forstwirtschaft (9,4%). Auch diese Zahlen decken sich recht gut mit den oben geschilderten ambulanten Diagnosen zu den psychischen und muskuloskelettalen Erkrankungen.

Wie aufgrund der altersassoziierten psychischen und muskuloskelettalen Morbidität zu erwarten ist, steigen auch die Anteile der Versicherten, die eine Verordnung eines Arzneimittels mit Wirkung auf das Nervensystem erhalten, mit dem Alter an (» Diagramm 4.16). Die Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft haben in fast allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern die niedrigsten

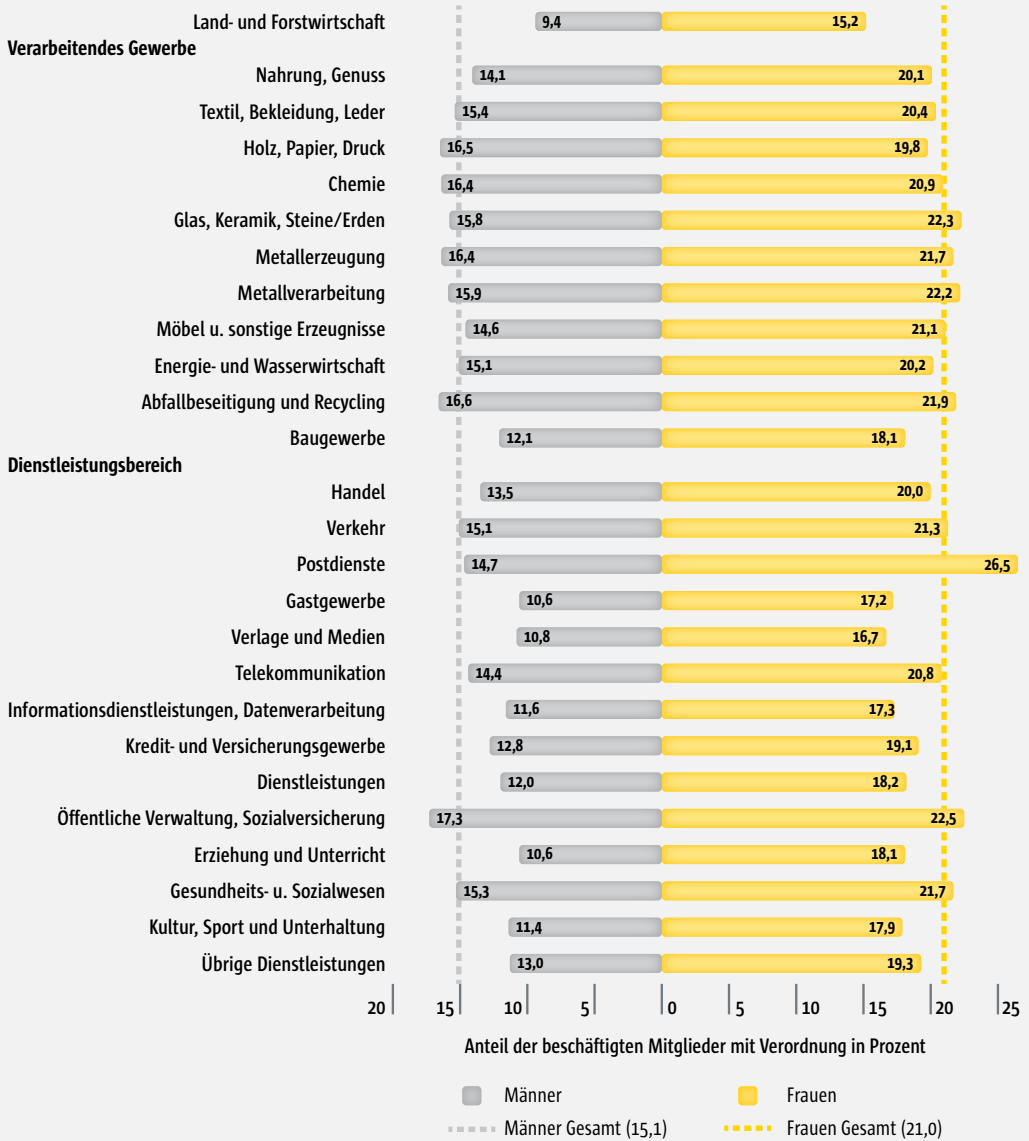
Beschäftigtenanteile mit einer Verordnung bei den hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. Allein die unter 20-jährigen männlichen Beschäftigten im Postdienst haben einen niedrigeren Anteil (5,1% im Vergleich zu 6,0%).

Bemerkenswert ist bei den Postdiensten der Sprung im Anteil der Beschäftigten mit einer Verordnung aus der ATC-Gruppe N von der jüngsten auf die mittlere Altersklasse. Bei den weiblichen Postbeschäftigten liegt der Anteil derjenigen mit einer Verordnung in der mittleren Altersklasse um das 2,7-Fache über dem Anteil der jüngsten Beschäftigten, bei den Männern immerhin um das 2,4-Fache höher.

Regionale Besonderheiten

Der Anteil der Beschäftigten einer Wirtschaftsgruppe, der eine Arzneimittelverordnung für ein Medikament mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsys-

Diagramm 4.15 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

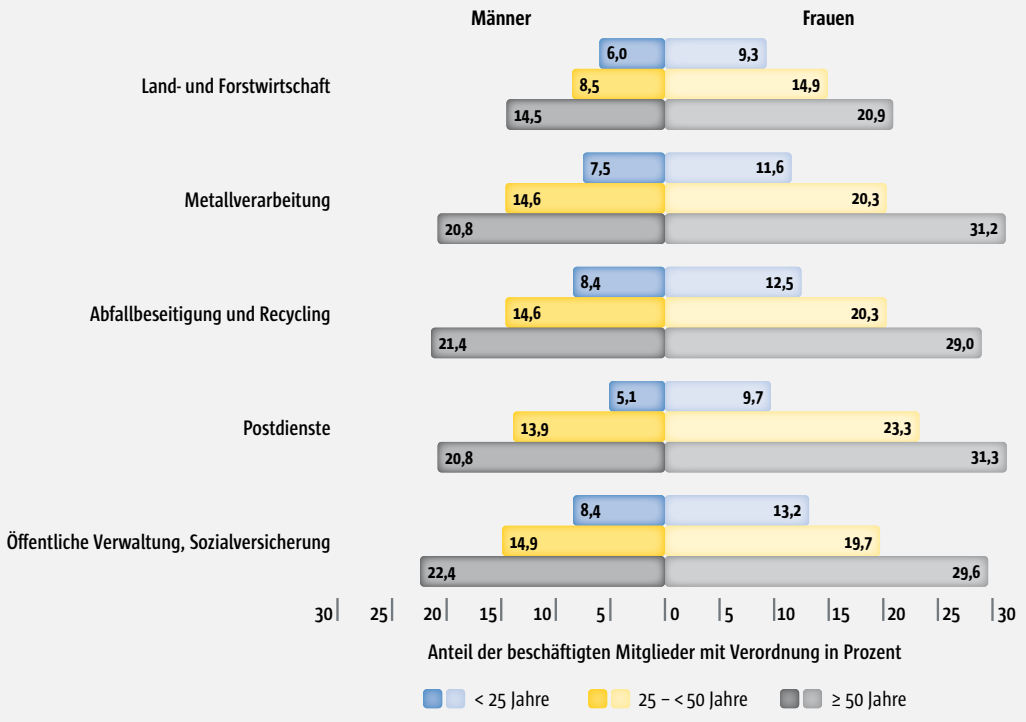


tem erhält, variiert regional erheblich. Dies ist den regional abweichenden Morbiditäten geschuldet (III Kapitel 4.2).

So ist der Anteil der Beschäftigten in der Metallverarbeitung, die ein Medikament der ATC-Gruppe M erhält, im Saarland mit 32,8% mit Abstand am höch-

ten (III Diagramm 4.17). Bereits bei den ambulanten muskuloskeletalen Diagnosen war die besondere Belastung dieser Gruppe deutlich geworden. Mit 19,9% fallen die wenigsten Verordnungen bei den Beschäftigten in der Metallverarbeitung in Berlin an. Sachsen, das die wenigsten Beschäftigten in dieser Wirt-

Diagramm 4.16 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)



schaftsgruppe mit einer muskuloskelettalen Diagnose aufweist, liegt mit 20,1% nur knapp darüber.

Im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling haben die Beschäftigten in Bremen und Thüringen mit jeweils 24,0% die niedrigsten Beschäftigtenanteile mit einer Verordnung für das Muskel- und Skelettsystem. Dagegen liegt der Anteil der Beschäftigten dieser Branche mit einer entsprechenden Verordnung in Rheinland-Pfalz bei einem knappen Drittel (31,7%).

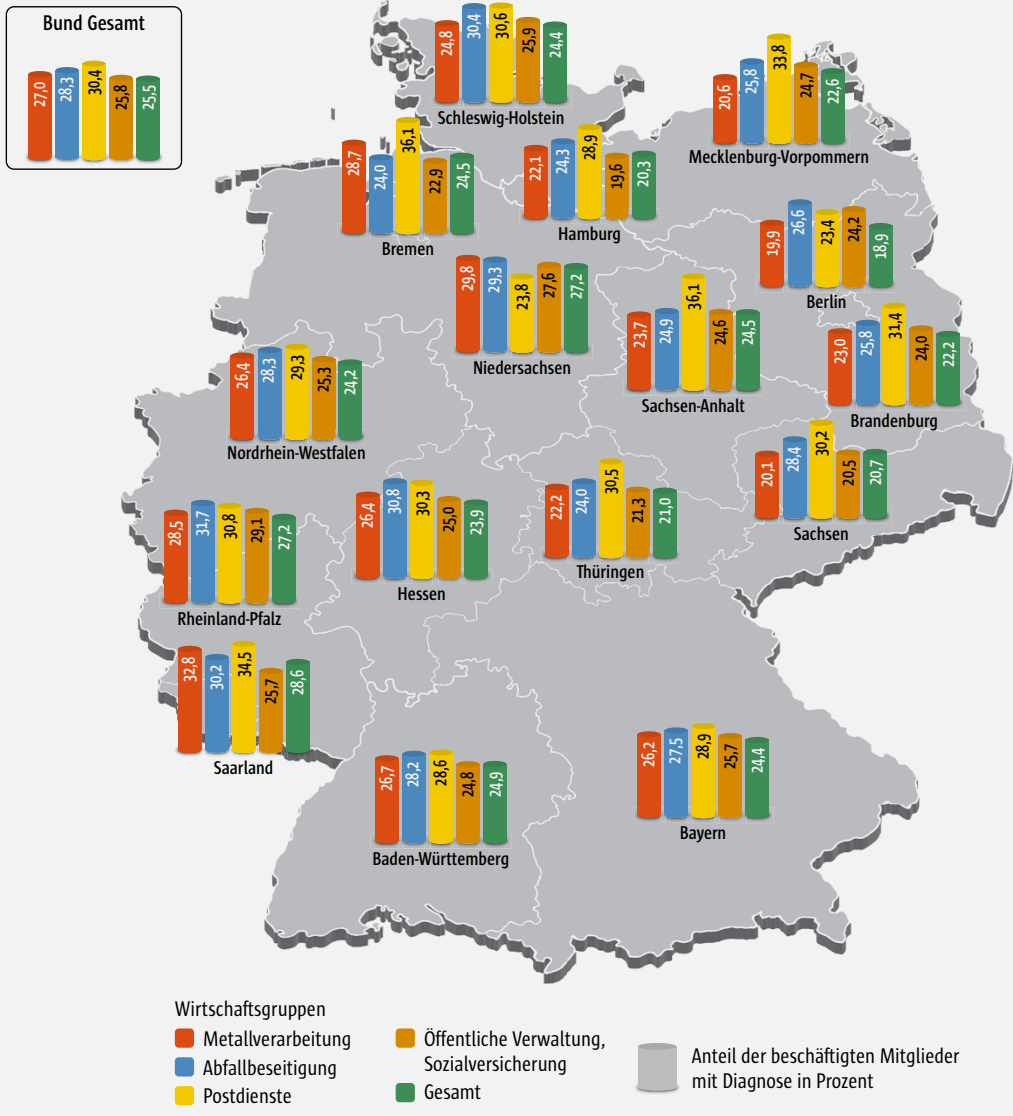
Bei den Beschäftigten der Postdienste variieren die Anteile der Beschäftigten mit einer Verordnung für das Muskel- und Skelettsystem ebenfalls erheblich. In Berlin liegt der Wert bei 23,4%. Bei den negativen Spitzenreitern – Bremen und Sachsen-Anhalt, bei denen bereits der Anteil derjenigen mit einer ambulanten muskuloskelettalen Diagnose hoch war – liegen die Werte eineinhalb Mal höher (jeweils 36,1%).

Ein eher niedriger regionaler Spitzenwert findet sich in der Wirtschaftsgruppe Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung in Rheinland-Pfalz.

Hier ist der Beschäftigtenanteil mit einer Verordnung aus der ATC-M-Gruppe mit 29,1% am höchsten und liegt damit unter den Spitzenwerten in den anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. Mit 19,6% ist der entsprechende Anteil in Hamburg am geringsten.

Bei der ATC-Gruppe N, die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem umfasst, sind die Anteile der Beschäftigten, die eine derartige Verordnung erhalten, insgesamt niedriger als bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem. Doch auch hier gibt es innerhalb der Wirtschaftsgruppen deutliche regionale Unterschiede (▣▣▣ Diagramm 4.18). So erhalten die Beschäftigten der Metallverarbeitung im Saarland, bei denen der Anteil der ambulanten psychischen Diagnose bereits vergleichsweise hoch war, am häufigsten eine Verordnung aus der ATC-Gruppe N (19,3%). In den östlichen Bundesländern liegt der Anteil der Beschäftigten mit einer derartigen Verordnung sowohl in der Metallverarbeitung

Diagramm 4.17 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)



als auch in Abfallbeseitigung und Recycling unter den Raten Westdeutschlands.

Anders verhält es sich bei den Beschäftigten im Postdienst. Hier liegen die Beschäftigtenanteile mit einer Verordnung der N-Gruppe in den neuen Bundesländern über denen in Westdeutschland. Dabei gibt es jedoch zwei Ausnahmen: Das Saarland liegt

mit einem Anteil von 25,4% im Vergleich aller Bundesländer an zweiter Stelle (nach Mecklenburg-Vorpommern mit 26,3%). Thüringen liegt mit 20,3% etwa gleichauf mit den westlichen Bundesländern.

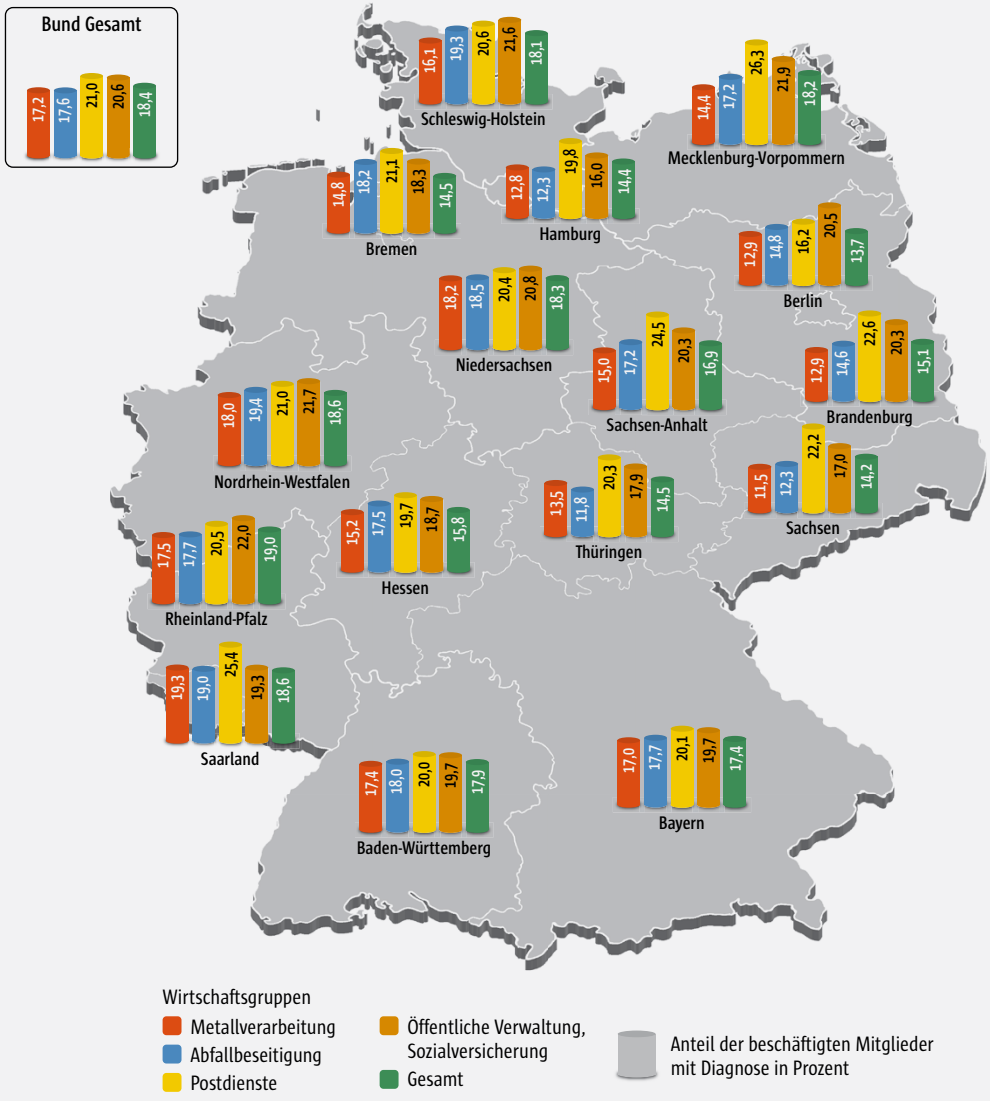
Im Bereich Öffentliche Verwaltung und Sozialwesen ist die regionale Verteilung dagegen recht heterogen, zudem lässt sich kein Zusammenhang mit

den ambulanten Diagnosen psychischer Störungen feststellen. Den größten Anteil mit einer Verordnung für das Nervensystem haben die Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe in Rheinland-Pfalz (22,0%), die geringsten die Beschäftigten in Hamburg (16,0%).

Die teils starken Variationen in den Beschäftigtenanteilen mit einer Verordnung sind, wie die obi-

gen Ausführungen zeigen, in der Regel direkt mit den in den ambulanten oder AU-Diagnosen zum Ausdruck kommenden Unterschieden in der Morbidität zu erklären. Diese hängen stark von regionalen Differenzen in der Altersstruktur ab. Der Zusammenhang von Arzneimittelverordnungen und Alter kann den **III** Kapitel 2.3 sowie 3.1 entnommen werden.

Diagramm 4.18 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2013)





5

Das Wichtigste im Überblick – Zentrale Aussagen des BKK Gesundheitsreports 2014

Eine einfache Zusammenfassung des diesjährigen BKK Gesundheitsreportes könnte lauten: Bayern und Baden-Württemberg – dort leben die gesunden BKK Versicherten. In den ostdeutschen Bundesländern, im Saarland und in Rheinland-Pfalz sind die BKK Versicherten kränker und fehlen daher häufiger am Arbeitsplatz.

Ganz so einfach ist der Zusammenhang von Gesundheit und Wohnort aber nicht. Zwar sind die obigen Aussagen in ihrer Quintessenz korrekt, sie belassen aber die Ursachen und die Folgen dieser Unterschiede im Dunkeln. Denn natürlich ist es nicht die Geografie, die die Gesundheit beeinflusst. Vielmehr handelt es sich um multiple, wechselwirkende Faktoren, die in den unterschiedlichen Gegenden Deutschlands in jeweils andersartigen Zusammenstellungen vorkommen.

Variablen wie das Alter, das Geschlecht, die soziale Lage (bspw. gemessen am Versichertenstatus oder der Bildung) und die Erwerbstätigkeit (oder auch Arbeitslosigkeit) haben deutlichen Einfluss auf das Auftreten von Krankheiten. Je nach Landkreis unterscheiden sich jedoch Durchschnittsalter, Geschlechterverhältnis und soziale Gesellschaftsstruktur. Durch Binnenmigration – wenn etwa jüngere BKK Mitglieder aus strukturschwachen Regionen abwandern – können sich die bestehenden regionalen Unterschiede weiter verstärken und verfestigen damit womöglich auch längerfristig die gesundheitlichen Disparitäten.

Der BKK Gesundheitsreport nähert sich mit seinem diesjährigen Schwerpunkt der komplexen Materie der regionalen gesundheitlichen Unterschiede und zeigt – neben den gewohnten Auswertungen – im Rahmen von Expertenbeiträgen und von Sonderauswertungen auf Grundlage der BKK Statistik Erklärungsansätze hierfür auf.

Regionale gesundheitliche Unterschiede

Eine wichtige Kennzahl, die regionale Unterschiede im Krankheitsgeschehen beschreibt, ist die Arbeits-

unfähigkeit (AU), gemessen am Krankenstand bzw. der durchschnittlichen Anzahl der krankheitsbedingten beruflichen Fehltag. Hier zeigen sich bereits deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So fehlen die BKK Pflichtmitglieder in Brandenburg im Jahr 2013 krankheitsbedingt an 21,9 Tagen am Arbeitsplatz. Dieser Spitzenwert liegt gut 42% über dem Wert von Baden-Württemberg, dessen BKK Pflichtmitglieder mit 15,4 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) im Ländervergleich den niedrigsten Wert aufweisen. Der bundesweite Mittelwert liegt bei 17,8 AU-Tagen.

Die Betrachtung des Krankheitsgeschehens über die Zeit offenbart ebenfalls regionale Heterogenitäten. Innerhalb der letzten zehn Jahre waren in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt die deutlichsten Anstiege der Fehlzeiten (jeweils +7,5 AU-Tag je BKK Pflichtmitglied) zu verzeichnen. Dagegen veränderte sich die durchschnittliche Zahl der AU-Tag in Hamburg und Berlin nur vergleichsweise moderat (+1,0 bzw. +1,7 AU-Tag). Und auch hinsichtlich der durchschnittlichen Fehlzeit je AU-Fall unterscheiden sich die Bundesländer: So liegt die durchschnittliche Fehlzeit je AU-Fall in den östlichen Bundesländern bei 14,9 AU-Tagen, in den alten Bundesländern sind es dagegen 12,8 AU-Tag.

Bezüglich des Anteils der BKK Versicherten, bei dem 2013 bei einem niedergelassenen Arzt eine ambulante Diagnose dokumentiert wurde, gibt es zwischen den Bundesländern nur marginale Unterschiede. Auffallend ist jedoch, dass – anders als es die Analyse des AU-Geschehens erwarten lässt – in den ostdeutschen Bundesländern der Anteil der Versicherten mit einer ambulanten Diagnose niedriger liegt als in Westdeutschland. Dagegen ist das Volumen der Arzneimittelverordnungen (gemessen in verordneten Tagesdosen – DDD – je Versicherten und Jahr) in den neuen Bundesländern gegenüber den alten Bundesländern deutlich erhöht.

Besonders deutlich werden die regionalen Ungleichheiten im Krankheitsgeschehen am Beispiel der Muskel-Skeletterkrankungen. So sind die muskuloskeletal bedingten Fehlzeiten in Hamburg (2,9 AU-

Tage je Mitglied ohne Rentner) und Baden-Württemberg (3,3 AU-Tage) um gut ein Drittel niedriger als in Mecklenburg-Vorpommern (5,0 AU-Tage) und Sachsen-Anhalt (5,1 AU-Tage). Auch in den Daten zu den ambulanten Diagnosen finden sich regionale Unterschiede in den muskuloskelettalen Erkrankungen. Wie bereits bei den AU-Daten scheinen die Versicherten in Hamburg und Baden-Württemberg vergleichsweise selten von Muskel-Skeletterkrankungen betroffen zu sein (42,3% bzw. 43,1% der Versicherten). Im Saarland und in Niedersachsen liegt der jeweilige Anteil der Versicherten mit einer ambulant diagnostizierten Krankheit des Muskel-Skelettsystems mit 51,3% bzw. 50,4% deutlich höher. Die Spitzenreiter im AU-Geschehen dieser Diagnosehauptgruppe, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, liegen mit 47,7% und 49,0% im oberen Mittelfeld. Die regional differierenden Belastungen im ambulanten Versorgungsgeschehen spiegeln sich auch in den Arzneimittelverordnungen wider. So erhalten 28,6% der beschäftigten BKK Mitglieder im Saarland und jeweils 27,2% in Niedersachsen und in Rheinland-Pfalz eine Verordnung für ein Arzneimittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelettsystem. In Berlin (18,9%) und Hamburg (20,3%) fallen die Anteile deutlich geringer aus.

Im Vergleich der Anteile, die einzelne Krankheitsgruppen am Fehlzeitengeschehen in den Bundesländern einnehmen, sind die größten Unterschiede zwischen den ost- und den westdeutschen Bundesländern im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen festzustellen. Während 14,8% der Fehltag der BKK Mitglieder (ohne Rentner) im Westen (2,3 AU-Tage) auf eine Erkrankung dieser Gruppe zurückzuführen sind, sind es bei absolut mehr AU-Tagen bei den Ostdeutschen „nur“ 13,1% (2,6 AU-Tage).

Die Fehlzeiten aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen sind in Baden-Württemberg (1,8 AU-Tage je BKK Mitglied ohne Rentner) und Bayern (2,0 AU-Tage), die auch bei anderen Krankheitsgruppen mit die niedrigsten Krankenstände haben, am geringsten. In Hamburg dagegen, das nach Baden-Württemberg die niedrigsten durchschnittlichen Fehlzeiten aufweist, wurden 2013 mit 2,9 AU-Tagen überdurchschnittlich viele Fehltag aufgrund psychischer Probleme dokumentiert – ähnlich wie in Schleswig-Holstein (3,0 AU-Tage) und Mecklenburg-Vorpommern (2,9 AU-Tage). Leicht abweichend hiervon gestalten sich die Prävalenzen in der ambulanten Versorgung. Die höchsten Anteile von BKK Versicherten mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung finden sich in Berlin (34,1%), Hamburg (34,0%) und Niedersachsen (33,1%), die niedrigsten in Thüringen (27,7%), Baden-Württemberg (28,4%) und

Hessen (29,2%). Bemerkenswert ist, dass das Verordnungsgeschehen ein hiervon abweichendes Bild liefert. So werden Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem in Berlin, Sachsen und Hamburg besonders wenigen beschäftigten BKK Mitgliedern verordnet (13,7%, 14,2% und 14,4%). Besonders häufig werden derartige Arzneien in Rheinland-Pfalz (19,0%), Nordrhein-Westfalen (18,6%) und im Saarland (18,6%) verordnet. Ein wesentlicher Grund für die fehlende Deckung der Arzneimitteldaten mit den beiden anderen Datenquellen dürfte darin liegen, dass Arzneien mit Wirkung auf das Nervensystem nicht allein zur Behandlung psychischer Erkrankungen verschrieben werden, sondern ein breites Anwendungsspektrum umfassen – von der Migränetherapie bis zu Gelenkschmerzen.

Auch bei den Atemwegserkrankungen sind die Spannweiten der durchschnittlichen AU-Tage zwischen den Bundesländern recht groß. Die BKK Mitglieder (ohne Rentner) in Rheinland-Pfalz (3,4 AU-Tage) und Brandenburg (3,4 AU-Tage), die die meisten Fehlzeiten aufgrund von Erkältungen und ähnlichem haben, weisen etwa 50% mehr atemwegsbedingte AU-Tage auf als etwa in Bayern (2,2 AU-Tage), Hamburg (2,3 AU-Tage) oder Schleswig-Holstein (2,3 AU-Tage). Die große Prävalenzspanne findet sich auch im ambulanten Versorgungsgeschehen. Die niedrigsten Anteile von Versicherten mit einer Atemwegserkrankung finden sich bei den Versicherten in den ostdeutschen Bundesländern. Mit 41,4% ist er in Sachsen am geringsten. Beim negativen Spitzenreiter Saarland liegt er 10,9 Prozentpunkte höher (52,3%).

Alles in allem sind die Rangfolgen der Bundesländer hinsichtlich des Fehlzeitengeschehens in den einzelnen Krankheitsgruppen recht ähnlich verteilt. Daher verwundert es nicht, dass bspw. auch bei den Krankheiten des Verdauungssystems die BKK Mitglieder (ohne Rentner) aus Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern mit jeweils 0,7 AU-Tagen erheblich niedrigere AU-Zeiten aufweisen als etwa Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 1,2 AU-Tage).

Alter

Jene Bundesländer, die vergleichsweise niedrige Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufweisen, wie Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg, werden durch eine eher junge Versichertenpopulation geprägt. Das Durchschnittsalter liegt bei 41,6, 40,2 bzw. 39,5 Jahren. In Sachsen und Sachsen-Anhalt ist der Durchschnittswert mit 46,8 bzw. 47,1 Jahren erheblich höher.

Der Einfluss des Alters auf die Gesundheit wird bei der Auswertung des Krankheitsgeschehens nach Altersgruppen deutlich. Aber auch der Vergleich der rohen Daten mit standardisierten Werten, die um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigt wurden, erlaubt Aussagen zu altersbedingten Morbiditäten.

Während die neuen Bundesländer ohne Standardisierung mit ihren Fehlzeiten 21,8% über den AU-Tagen der westdeutschen Bundesländer liegen (bezogen auf die BKK Pflichtmitglieder), verringert eine Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtseffekten diesen Wert auf 15,0%.

In besonderem Maße scheint Hamburg von einer eher jüngeren Versichertenpopulation zu profitieren. Ohne Standardisierung liegen die Fehlzeiten in der Hansestadt 8,3% *unterhalb* des Bundesdurchschnitts, mit Standardisierung 1,4% *oberhalb*. In den ostdeutschen Bundesländern beeinflusst dagegen die tendenziell ältere Versichertenpopulation das Krankheitsgeschehen und ist ursächlich für die höhere Zahl der AU-Tage. In Brandenburg beispielsweise reduziert sich der Abstand vom Bundesdurchschnitt von +22,7% auf +16,3% durch die Standardisierung deutlich.

Eine Ursache für die höheren Fehlzeiten bei durchschnittlich älteren Versicherten sind die mit steigendem Alter häufiger auftretenden chronischen Erkrankungen. Während bei jüngeren Menschen die (in der Regel akuten) Atemwegserkrankungen von besonders großer Bedeutung für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sind, gewinnen mit zunehmendem Alter die subchronischen und chronischen muskuloskelettalen Erkrankungen an Relevanz.

Aus diesem Grund sind auch die muskuloskelettal bedingten AU-Fälle in den älteren Personengruppen häufiger vertreten als bei den jungen. Treten bei den 30- bis 34-Jährigen noch 13,9 AU-Fälle je 100 BKK Pflichtmitglieder auf, die im Zusammenhang mit einer Muskel-Skeletterkrankung stehen, sind es bei den 55- bis 59-Jährigen eineinhalbfach mehr – oder in absoluten Zahlen +21,6 AU-Fälle je 100 (dann 35,3 AU-Fälle).

Die altersassoziierte Morbidität schlägt sich auch in den ambulanten Arztkonsultationen nieder. Bei 19,2% der unter 20-Jährigen wird im Jahr 2013 eine Diagnose aus dem Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen diagnostiziert. In der Gruppe der über 64-Jährigen liegt der Anteil bei 71,7%. Ähnlich sieht es bei einer der wichtigsten Einzeldiagnosen dieses Bereichs aus: Nur bei einem von 24 BKK Versicherten (4,2%) unter 20 Jahren wird die Diagnose Rückenschmerzen (ICD M54) dokumentiert, bei den 20- bis 64-Jährigen ist es bereits einer von vier (27,0%) und

bei den Versicherten der Altersgruppe 65+ sogar jeder Dritte (34,7%).

Auch die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen weisen einen deutlichen Alterszusammenhang auf. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der AU-Tage, von durchschnittlich 0,6 AU-Tagen bei den unter 20-Jährigen auf 3,9 AU-Tage bei den 50- bis 59-jährigen BKK Pflichtmitgliedern.

Dieser Alterseffekt zeigt sich ebenfalls bei den ambulanten Diagnosen. Die bedeutendste Einzeldiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen – die depressive Episode – wird nur bei 1,0% der Versicherten unter 20 Jahren diagnostiziert, jedoch bei 10,6% der 20- bis 64-Jährigen und sogar bei 15,2% der über 64-jährigen BKK Versicherten.

Atemwegserkrankungen sind eine Krankheitsgruppe, die über die Altersgruppen für nahezu gleich viele Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich ist (durchschnittlich 288 AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder). Allerdings haben BKK Pflichtmitglieder unter 20 Jahren sowie die 50–64-Jährigen eine leicht höhere Zahl an AU-Tagen (jeweils mehr als 300 AU-Tage). Unterschiede gibt es allerdings in der Krankheitsdauer. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Fehltage je Krankheitsfall. Dies bedeutet, dass bei nahezu gleicher Zahl an AU-Tagen im Alter weniger AU-Fälle auftreten. Der Spitzenwert findet sich mit 74,1 AU-Fällen je 100 Pflichtmitglieder bei den unter 20-Jährigen. In den folgenden Altersgruppen sinkt dieser Wert nahezu kontinuierlich ab und erreicht bei den Pflichtmitgliedern ab 65 Jahren mit 14,2 AU-Fällen seinen Tiefststand.

Die Atemwegserkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie zwar besonders häufig auftreten – 42,4 von 136,8 AU-Fällen je 100 BKK Pflichtmitglieder –, aufgrund der kurzen durchschnittlichen Fall-dauern verringert sich aber ab einem Alter von 35 Jahren im Vergleich zu anderen Krankheitsgruppen (psychische Störungen sowie Muskel-Skeletterkrankungen) zunehmend ihr Anteil am Fehlzeitengeschehen.

Insbesondere bei den jüngeren BKK Versicherten (Kindern und Jugendlichen) spielen die Atemwegserkrankungen eine bedeutende Rolle in der ambulanten Versorgung. So haben die meisten der unter 20-Jährigen eine Diagnose im Zusammenhang mit einer Erkältung erhalten: akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (ICD J06; 33,8% der Versicherten unter 20 Jahren), akute Bronchitis (ICD J20; 12,1%), Tonsillitis bzw. Mandelentzündung (ICD J03; 10,3%) und akute Pharyngitis bzw. Rachenentzündung (ICD J02; 8,9%).

Dieses Bild findet sich auch in den Angaben zu den Arzneimittelverordnungen wieder. Rund ein Drittel der Kinder und Jugendlichen erhielten 2013 ein Antibiotikum zur systemischen Anwendung (ATC J01; 30,3%), einem Viertel wurden Rhinologika (ATC R01; 26,7%) zur Behandlung von Schnupfen verordnet und einem weiteren guten Viertel (29,7%) wurden Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01) verschrieben, die bspw. in Form von Ibuprofen eingesetzt werden, um Fieber zu senken oder Schmerzen (bspw. bei Mittelohrentzündungen) zu lindern.

Krankheiten des kardiovaskulären Systems spielen bei den BKK Versicherten unter 20 Jahren praktisch keine Rolle, nehmen im mittleren Alter deutlich zu und stellen bei den Versicherten der Altersgruppe 65+ die häufigste ambulante Einzeldiagnose. So findet sich bei sieben von zehn BKK Versicherten über 64 Jahren die Diagnose Bluthochdruck (ICD I10; 70,2%). Bei den 20- bis 64-Jährigen wird die Hypertonie dagegen nur bei 19,3% der Versicherten diagnostiziert. Dieser Alterseffekt spiegelt sich in den Medikamentenverordnungen wider. Mittel, die auf das kardiovaskuläre System wirken (ATC C09, C07 und C10), werden bei den unter 20-Jährigen quasi nicht verordnet, sind bei der mittleren Altersgruppe bereits nennenswert vertreten und ihre Anwendung steigt bei den Versicherten der Altersgruppe 65+ noch einmal deutlich an. In der letztgenannten Altersgruppe wird so jeder zweite Versicherte (Frauen: 54,8%; Männer: 57,3%) mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptor-Antagonisten medikamentös behandelt.

Vorsorgeuntersuchungen nehmen in allen Altersklassen im ambulanten Geschehen eine wichtige Rolle ein. Während es bei den unter 20-Jährigen die U- und J-Untersuchungen sowie Impfungen sind, rücken in der mittleren Altersgruppe die Früherkennungsmaßnahmen in den Vordergrund. So nehmen von den BKK Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren beispielsweise 43,7% der Frauen und nur 8,1% der Männer spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (ICD Z12) in Anspruch. Hierzu gehören das Hautkrebsscreening, die Vorsorgekoloskopie und das Prostata-Screening. Der deutliche Geschlechtsunterschied in der Dokumentation des ICD-Codes Z12 deutet darauf hin, dass mittels dieses ICD-Codes auch (fälschlicherweise) Routineuntersuchungen der Brustdrüsen und des Gebärmutterhalses dokumentiert werden.

Bei den Versicherten der Altersgruppe 65+ gewinnen die Impfungen – in Form des ICD-Codes Z25, Notwendigkeit einer Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten – wieder stark an

Bedeutung. Ein knappes Drittel (Frauen: 31,6%; Männer: 31,4%) der Versicherten dieser Altersgruppen erhält diese Diagnose und folgt damit vermutlich der Empfehlung der Ständigen Impfkommission zur jährlichen Grippeimpfung bei Personen ab 60 Jahren.

Geschlecht

Auch die Geschlechterrelation kann aufgrund geschlechtsspezifischer Morbiditäten oder differierender Inanspruchnahmen von medizinischen Leistungen einen Einfluss auf die Darstellung des Krankheitsgeschehens einer Region haben.

Die Geschlechterverhältnisse der BKK Versichertenpopulation variieren zwischen den Bundesländern leicht. Im Saarland ist der Frauenanteil mit 48,1% am niedrigsten, in Schleswig-Holstein mit 51,8% am höchsten.

Die durchschnittlichen Fehlzeiten bei den pflichtversicherten Frauen sind leicht niedriger (17,7 AU-Tage) als bei den Männern (17,9 AU-Tage). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die AU-Zeiten der Frauen gegenüber dem Vorjahr um 1,5 AU-Tage angestiegen sind, dagegen bei den Männern nur um einen knappen Tag (0,9 AU).

Bei den ambulanten Diagnosen zeigt sich ein umgekehrtes Bild hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. 94,1% der weiblichen BKK Versicherten haben mindestens einmal im Jahr 2013 einen niedergelassenen Arzt aufgesucht. Bei den männlichen BKK Versicherten waren es 87,8%. Ein wesentlicher Teil dieser Differenz dürfte auf Arztkonsultationen zwecks Kontrazeption oder gynäkologischer Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen zurückzuführen sein.

Von den zwanzig häufigsten ambulanten Diagnosen ist bei Frauen bei nahezu jeder Diagnose ein höherer Anteil betroffen als bei den Männern – Ausnahmen sind die essentielle (primäre) Hypertonie (Frauen: 23,7% der Versicherten mit ICD I10; Männer: 24,3%) und die Störungen des Lipoprotein-Stoffwechsels und sonstige Lipidämien (ICD E78; Frauen: 16,3%; Männer: 17,6%).

Die muskuloskelettalen Erkrankungen, die die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verursachen, sind von starken geschlechtsspezifischen Unterschieden geprägt. 169 AU-Fälle je 1.000 weibliche BKK Mitglieder (ohne Rentner) stehen 2013 im Zusammenhang mit einer Erkrankung des Rückens, der Gelenke oder ähnlichem. Bei den Männern liegt die Fallzahl um 29% höher (217 AU-Fälle je 1.000). Dafür sind die Fehl-

zeiten je Fall bei den Frauen mit 21,3 Tagen gut zwei Tage länger als bei den Männern (19,2 Tage). Insgesamt lassen sich ein Fünftel (21,8%) der Fehltag der weiblichen, hingegen aber mehr als ein Viertel (27,2%) der Fehltag der männlichen BKK Mitglieder (ohne Rentner) auf Muskel-Skeletterkrankungen zurückführen.

Bei den ambulanten Diagnosen dreht sich auch hier das Bild. So sind es die Frauen, bei denen häufiger eine Erkrankung des Muskel-Skelettsystems diagnostiziert wird (Frauen: 50,5% der Frauen mit ambulanter Diagnose; Männer: 44,0%). Einer der Gründe für dieses scheinbar widersprüchliche Bild ist möglicherweise die Diagnose Osteoporose (ohne pathologische Fraktur), von der 19,7% der Frauen über 64 Jahre betroffen sind. Die Osteoporose tritt häufig erst nach dem Erwerbsleben auf oder ist zu Beginn noch nicht so weit fortgeschritten, als dass sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte.

Trotz der insgesamt stärkeren muskuloskelettal bedingten Arbeitsunfähigkeit der Männer finden sich bei den Frauen höhere Verordnungszahlen für die Medikamentengruppen, die häufig bei Muskel- und Skeletterkrankungen eingesetzt werden. 17,8% der Frauen und 13,2% der Männer (BKK Versicherte) erhalten Analgetika (ATC No2). Diese werden tendenziell bei akuten Beschwerden verschrieben. Allerdings werden Analgetika nicht ausschließlich bei muskuloskelettalen Erkrankungen, sondern bspw. auch bei Kopfschmerzen und Migräne verordnet, was den höheren Anteil der Frauen mit einer Verordnung erklären könnte. Bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC Mo1) sind die Verordnungszahlen zwischen den Geschlechtern recht ausgeglichen. So erhalten 27,1% der Frauen und 25,5% der Männer ein derartiges Medikament zur Schmerzlinderung und/oder Entzündungshemmung.

Nach wie vor hält der Trend der steigenden Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen an. Frauen weisen mit 2.973 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder (ohne Rentner) gegenüber den Männern (1.781 AU-Tagen) eine deutlich stärkere Belastung auf. Allerdings ist der Anstieg der Fehlzeiten gegenüber dem Vorjahr bei den Männern mit +8,3% stärker ausgeprägt als bei den Frauen (+7,5%).

Gravierend sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bspw. wenn es um die Einzeldiagnose depressive Episode geht. Frauen weisen 69% mehr AU-Tagen durch derartige Probleme auf als Männer (Frauen: 1.047 AU-Tagen je 1.000 weibliche BKK Mitglieder; Männer: 620 AU-Tagen). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Abstand zwischen den Geschlechtern sogar noch größer geworden. Gegenüber 2012 sind

die betreffenden Fehlzeiten je Mitglied ohne Rentner bei den Frauen um 7,3% gestiegen und bei den Männern um 4,6%. Auch bei den ambulanten Diagnosen ist diese Geschlechterdifferenz zu erkennen. Bei 13,9% der weiblichen und bei 7,3% der männlichen Versicherten mittleren Alters (20- bis 64-Jahre) wird 2013 eine depressive Episode festgestellt. Und auch bei den Versicherten der Altersgruppe 65+ bleiben die Differenzen zwischen den Geschlechtern bestehen und vergrößern sich sogar. Nahezu jeder fünften Frau (19,8%) der über 64-Jährigen wird 2013 eine depressive Episode attestiert, jedoch nur jedem zehnten Mann (9,9%).

Auch beim Burn-out (ICD Z73) zeigt sich in den AU-Daten eine stärkere Beeinträchtigung der weiblichen BKK Mitglieder (Frauen: 97,2 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder; Männer: 62,4 AU-Tagen). Im Vergleich zu 2012 ist jedoch bei beiden Geschlechtern eine deutliche Reduktion (Frauen: -11,2%; Männer: -11,5%) in den Fehlzeiten zu bemerken, deren Ursache unklar bleibt.

Die Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. psychischer Störungen offenbaren sich ebenfalls in den Arzneimittelverordnungen. Frauen erhalten fast doppelt so häufig *Psychoanaleptika* (ATC No6) wie Männer (Frauen: 9,6% mit einer Verordnung; Männer: 5,7%).

Versichertenstatus

Der Bevölkerungsanteil, der bei einer Betriebskrankenkasse versichert ist, variiert zwischen den Bundesländern erheblich. Mit 15,8%, 13,5% und 13,1% ist der Anteil der BKK Versicherten an allen gesetzlich Versicherten in Bayern, Berlin und Baden-Württemberg besonders hoch. Dagegen sind die Anteile in Sachsen (5,0%) und im Saarland (6,2%) eher niedrig.

Gemessen in absoluten Zahlen jener Mitglieder, die im BKK Gesundheitsreport berücksichtigt werden, weisen Bayern und Nordrhein-Westfalen (je 1,9 Mio. BKK Mitglieder) die meisten BKK Mitglieder auf, gefolgt von Baden-Württemberg (1,4 Mio. Mitglieder).

Die Gesamtheit der BKK Versicherten teilt sich in verschiedene Untergruppen auf. So basieren die Aussagen des BKK Gesundheitsreports zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf den Daten von 3,85 Mio. BKK Pflichtmitgliedern und 0,87 Mio. freiwilligen Mitgliedern. Die Pflichtmitglieder unterteilen sich wiederum in beschäftigte Pflichtmitglieder (3,72 Mio.) und jene im Arbeitslosengeld-I-Bezug (0,11 Mio.).

Auch wenn der Versichertenstatus nur ein unscharfer Indikator für die wirtschaftliche Lage einer Person ist, kann er vermutlich als ein Näherungswert zur Beschreibung der sozioökonomischen Situation genutzt werden. In jedem Fall zeigen die BKK Daten gravierende Unterschiede in der Krankheitslast der verschiedenen Versichertengruppen. ALG-I-Empfänger haben dreimal so viele AU-Tage (27,1 Tage) wie freiwillig versicherte Beschäftigte (9,11 Tage). Pflichtversicherte Beschäftigte liegen mit 17,6 AU-Tagen dazwischen.

Hier dürften verschiedenste, sich überlagernde Effekte zum Ausdruck kommen. So kann angenommen werden, dass gesundheitliche Einschränkungen bei einigen Arbeitslosen mitverantwortlich für die Arbeitslosigkeit sind. Zugleich ist die belastende Situation der Arbeitslosigkeit wiederum ein Faktor, der sich potenziell negativ auf die Gesundheit auswirkt. Die niedrigen Fehlzeiten der freiwillig versicherten Beschäftigten könnten zum einen mit einem höheren Bildungsgrad zusammenhängen, der gesundheitsbewusstes Verhalten erleichtert, sowie mit einem geringeren Maß an körperlich belastender Arbeit (auch bspw. in Form von Schichtdienst). Zugleich könnten die niedrigeren AU-Zeiten aber auch Ausdruck von Präsentismus sein. Dann würden sich die freiwillig versicherten Beschäftigten nur deswegen seltener krank melden, weil sie Nachteile für sich oder das Unternehmen befürchten.

Bemerkenswert ist die niedrige Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle bei den arbeitslosen BKK Mitgliedern, die mit 73,0 Fällen je 100 Arbeitslosen sogar niedriger liegt als bei den freiwillig versicherten Beschäftigten (85,2 Fälle pro 100) und nur etwa halb so hoch ist wie der Wert der pflichtversicherten Beschäftigten (139,0 Fälle je 100). Dass die Gruppe der Arbeitslosen dennoch durchschnittlich die meisten Fehltage aufweist, begründet sich mit den äußerst langen Fehlzeiten je Fall. Diese liegen mit rund fünf Wochen je Fall (37,1 Tage) dreifach höher als bei den pflichtversicherten Beschäftigten (12,7 Tage) und dreieinhalb Mal höher als bei den freiwillig versicherten Beschäftigten (10,7 Tage).

Das Krankheitsgeschehen der Arbeitslosen scheint demnach durch grundsätzlich wenige, aber schwere Fälle geprägt zu sein. Dies könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass arbeitslose BKK Mitglieder deutlich seltener die Dienste eines niedergelassenen Arztes in Anspruch nehmen (Arbeitslose: 69,2% mit einem ambulanten Arztkontakt; beschäftigte BKK Mitglieder: 87,8%).

Mit 403 verordneten Tagesdosen pro Arbeitslosem im Jahr 2013 ist das Volumen der verschriebenen Arz-

neimittel überaus hoch. Beschäftigte BKK Mitglieder bekommen fast ein Drittel weniger Standarddosen verordnet (255 DDD).

Bei den pflichtversicherten Beschäftigten sind Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems jene Krankheitsgruppe, die für die meisten Fehltage verantwortlich zeichnet. Ein Viertel (25,1% bzw. 4,4 AU-Tage) ihrer Fehlzeit ist auf derartige Krankheiten zurückzuführen. Auch bei den arbeitslosen BKK Mitgliedern machen die muskuloskelettalen Erkrankungen ein Viertel der Krankheitstage aus (27,5% bzw. 7,5 AU-Tage). Allerdings rangieren sie bei dieser Gruppe auf Platz zwei hinter den psychischen Störungen. Bei den freiwillig versicherten Beschäftigten machen sie ein Fünftel der Krankheitstage aus (19,8% bzw. 1,8 AU-Tage) und stehen damit hinter den Atemwegserkrankungen ebenfalls an zweiter Stelle.

Obwohl die Fehlzeiten durch muskuloskelettale Erkrankungen bei den Arbeitslosen deutlich höher sind als bei den beschäftigten Mitgliedern, ist der Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder, denen durch einen niedergelassenen Arzt eine Krankheit des Muskel-Skelettsystems attestiert wird, mit 47,8% deutlich höher als der entsprechende Anteil bei den ALG-I-Empfängern (35,9%).

Mit 8,9 AU-Tagen (32,9% ihrer Fehlzeit) aufgrund psychischer Störung weisen arbeitslose BKK Mitglieder auch eine massive Morbidität im Bereich der seelischen Erkrankungen auf. Dieser Wert ist mehr als dreimal höher als bei pflichtversicherten Beschäftigten (2,4 AU-Tage bzw. 13,8%) und mehr als siebenmal höher als bei den freiwillig versicherten Beschäftigten (1,2 AU-Tage bzw. 13,3%).

Die stärkere Belastung durch psychische Erkrankungen bei den arbeitslosen BKK Mitgliedern zeigt sich auch im ambulanten Bereich – 32,2% der Arbeitslosen wurde eine derartige Störung attestiert, hingegen „nur“ 27,0% der beschäftigten Mitglieder.

Die Kennzahlen zur Arzneimittelverordnung ergänzen diese Aussagen. Fast jedem fünften Arbeitslosen (19,7%) wurde mindestens ein Medikament zur Behandlung des Nervensystems verordnet – allerdings sind die Anteile bei den beschäftigten BKK Mitgliedern mit 18,4% nur geringfügig niedriger.

Die starke Grippewelle zu Beginn des Jahres 2013 hat einen erheblichen Einfluss auf die durch Atemwegserkrankungen begründeten Fehltage gehabt. Sowohl bei den pflichtversicherten Beschäftigten (+28,5%) als auch bei den Arbeitslosen (+23,7%) sind die entsprechenden Fehlzeiten um rund ein Viertel gestiegen. Besonders drastisch ist der Anstieg allerdings bei den freiwillig versicherten Beschäftigten.

Hier liegen die Fehltage um 70,9% über dem Vorjahr (2013: 1,9 AU-Tage) und stellen die Krankheitsart mit den meisten AU-Tagen.

Der Anteil der Atemwegserkrankungen an den Fehlzeiten (5,2%) ist bei den arbeitslosen BKK Mitgliedern auch nach dem starken Anstieg ausgesprochen niedrig (1,4 AU-Tage). In den beiden anderen betrachteten Versichertengruppen liegt er mit 16,7% (pflichtversicherte Beschäftigte; 2,9 AU-Tage) bzw. 20,6% (freiwillig versicherte Beschäftigte; 1,9 AU-Tage) deutlich höher.

Dies deckt sich mit den Daten aus der ambulanten Versorgung. Während bei den beschäftigten Mitgliedern und den Familienangehörigen der Anteil der Versicherten mit einer diagnostizierten Atemwegserkrankung im Jahr 2013 bei rund 50% liegt (48,3% bzw. 53,0%), ist er mit 29,7% bei den ALG-I-Empfängern deutlich niedriger.

Arbeitswelt

Natürlich hat auch die Art der beruflichen Tätigkeit einen Einfluss auf die Gesundheit: Zeitdruck, körperliche Belastungen, Schichtdienste, (Un-)Sicherheit des Beschäftigungsverhältnisses und andere Rahmenbedingungen der Arbeit wirken sich auf Körper und Seele aus. Die BKK Daten lassen erkennen, dass die Morbidität bei den Beschäftigten zwischen den unterschiedlichen Branchen variiert. Dabei können die Unterschiede sowohl auf differierende Alters- und Geschlechtsverteilung zurückzuführen sein, als auch auf Unterschiede in der konkreten Tätigkeit.

Knapp zwei Drittel der beschäftigten BKK Mitglieder arbeiten im Dienstleistungsbereich (60,6%), ein weiteres Drittel im verarbeitenden Gewerbe (34,2%) und nur 0,3% arbeiten im Bereich Land- und Forstwirtschaft.

Die größte Wirtschaftsgruppe stellt die Metallverarbeitung dar: 18,1% der beschäftigten BKK Mitglieder arbeiten dort, gefolgt von den Branchen Dienstleistungen (12,9%) und Handel (12,5%). Zwischen den Bundesländern variiert die Bedeutung einzelner Branchen stark. So sind im Saarland vier von zehn beschäftigten BKK Mitglieder (41,2%) in der Metallverarbeitung tätig. In Brandenburg und Bremen dagegen schafft es die Wirtschaftsgruppe nicht einmal unter die Top 5 der stärksten Wirtschaftsgruppen.

In den Stadtstaaten Hamburg (21,0%), Berlin (20,1%) und Bremen (16,0%) ist die Wirtschaftsgruppe Dienstleistungen vergleichsweise stark unter den beschäftigten BKK Mitgliedern vertreten, im Saarland (7,9%) dagegen deutlich seltener.

Zwischen den verschiedenen Branchen gibt es teils erhebliche Unterschiede bzgl. des Fehlzeitengeschehens. Die längsten Fehlzeiten wurden bei den Beschäftigten der Postdienste (24,5 AU-Tage) und in der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling (22,9 AU-Tage) dokumentiert. Die niedrigsten Fehlzeiten verzeichneten die Bereiche Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung mit 9,6 AU-Tagen sowie Verlage und Medien mit 9,9 AU-Tagen je beschäftigtes BKK Mitglied.

Einige Branchen sind durch ein starkes Geschlechterungleichgewicht geprägt – auch dies kann durchaus eine Ursache für Krankheitsunterschiede zwischen Branchen sein. Im Baugewerbe ist der Frauenanteil mit 15,4% überaus gering, im Gesundheits- und Sozialwesen mit 82,5% dagegen ausgesprochen hoch.

Bemerkenswert sind die großen Differenzen in den Fehlzeiten, die sich in einigen Branchen zwischen den Geschlechtern offenbaren. Bei den Beschäftigten im Postdienst sind die weiblichen BKK Mitglieder (28,0 AU-Tage) im Durchschnitt mehr als eine Woche länger arbeitsunfähig als die männlichen (20,2 AU-Tage). Ähnlich ausgeprägt, jedoch mit umgekehrten Vorzeichen sieht es bei den Beschäftigten in der Branche Abfallbeseitigung und Recycling aus (Frauen: 17,4 AU-Tage, Männer: 24,1 AU-Tage).

Die Ursachen für derartige Geschlechterdifferenzen können zum einen in geschlechterspezifischen Tätigkeitsprofilen liegen, zum anderen sind teilweise aber auch deutliche Altersunterschiede zwischen den Männern und Frauen in einer Branche festzustellen. So dürfte der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen bei den Postdiensten einen relevanten Anteil der geschlechtsspezifischen Unterschiede im AU-Geschehen erklären (Durchschnittsalter Frauen: 48,0 Jahre; Männer: 43,0 Jahre). Noch bedeutender ist der Unterschied in der Telekommunikation. Hier sind die Männer mit 46,1 Jahre erheblich älter als die Frauen (40,8 Jahre). Die altersbereinigte Darstellung der Fehlzeiten offenbart den teils massiven Einfluss des Alters auf das Krankheitsgeschehen einer Branche. So sinken die durchschnittlichen Fehlzeiten bei den weiblichen BKK Beschäftigten im Sektor Postdienste um ganze 4,1 AU-Tage, wenn die Alterseffekte herausgerechnet werden (Männer: -0,8 Tage). Mit 23,9 AU-Tagen ist das AU-Geschehen aber nach wie vor im Vergleich zur Gesamtheit der beschäftigten BKK Mitglieder überdurchschnittlich hoch.

Wie bereits aus der krankheitsübergreifenden Beschreibung des AU-Geschehens deutlich geworden ist, weisen die Beschäftigten der Postdienste eine

vergleichsweise hohe Morbidität auf. Einen besonders großen Anteil am Krankheitsgeschehen haben die muskuloskelettalen Erkrankungen. Im Durchschnitt fehlt jeder Beschäftigte im Postdienst mehr als eine Woche (7,9 AU-Tage) wegen Rückenschmerzen, Gelenkproblemen und anderen Erkrankungen der Muskeln und Knochen. Damit sind die Muskel- und Skeletterkrankungen für ein Drittel der AU-Tage (32,3%) in dieser Branche verantwortlich.

In den Branchen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (15,5%), Verlage und Medien sowie Kredit- und Versicherungsgewerbe (jeweils 15,7%) macht diese Krankheitsgruppe einen eher geringen Anteil am Fehlzeitengeschehen aus. Auch die absoluten Fehltagelänge sind mit 1,5 bzw. 1,6 bzw. 1,9 AU-Tage je beschäftigtes BKK Mitglied eher niedrig.

Auch hinsichtlich psychischer und Verhaltensstörungen zeigen sich zwischen den Branchen teils deutliche Differenzen in der Morbidität. Die meisten seelisch bedingten Fehlzeiten entfallen auf die Beschäftigten des Sozialwesens (4,1 AU-Tage bzw. 19,7% der Fehlzeiten).

Im Kredit- und Versicherungsgewerbe sowie im Bereich Erziehung und Unterricht haben die psychischen Störungen zwar einen ähnlichen Anteil am AU-Geschehen (jeweils 18,4%), allerdings bei deutlich niedrigeren psychisch bedingten absoluten Fehlzeiten (2,2 bzw. 2,6 AU-Tage).

Am geringsten ist der Anteil der AU-Tage aufgrund seelischer Störungen im Baugewerbe (7,9% der Fehlzeiten bzw. 1,4 AU-Tage). Auch in den Branchen Glas, Keramik, Steine und Erden sowie Metallerzeugung

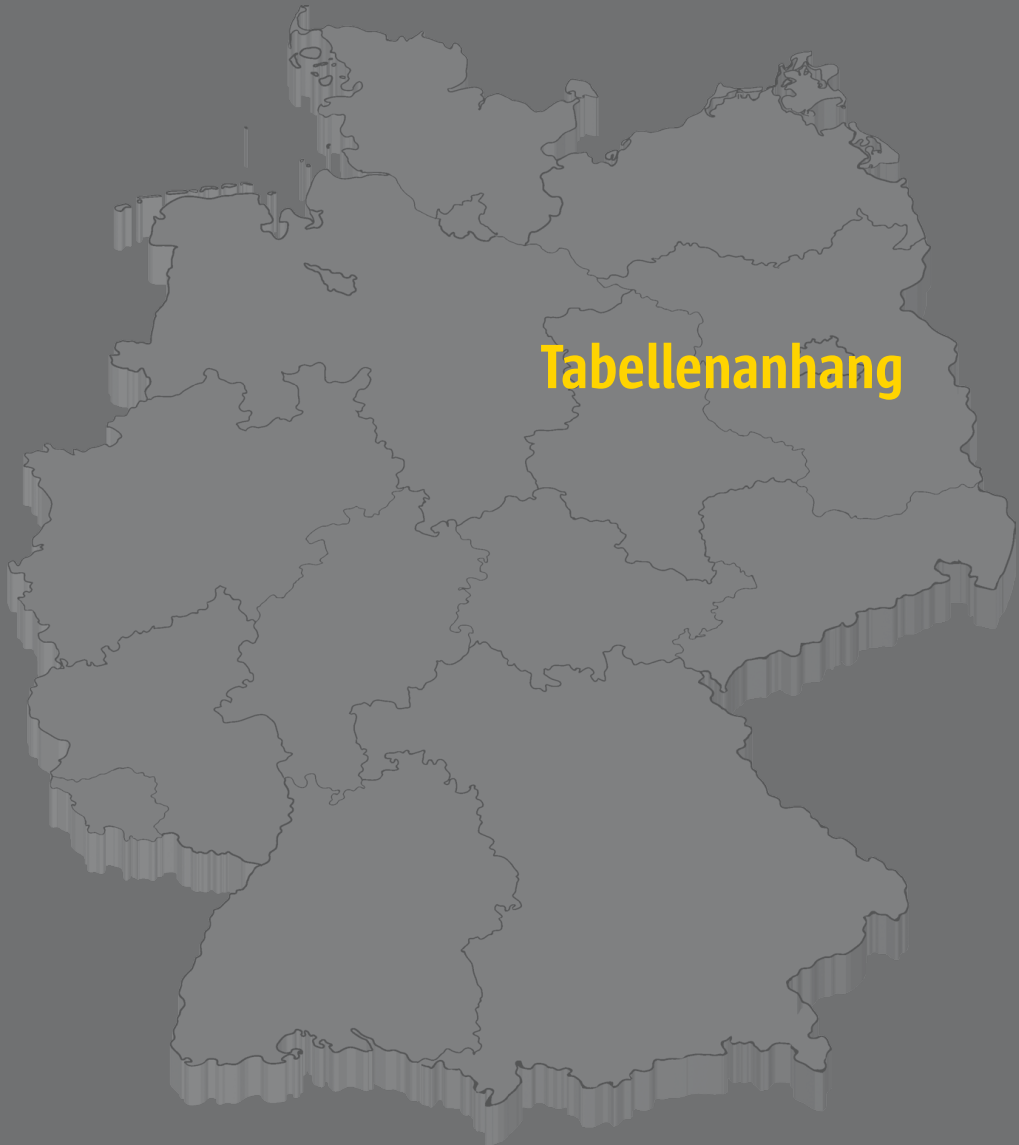
und -bearbeitung sind die psychischen Erkrankungen nur für einen geringen Teil der Fehltagelänge (8,4% bzw. 8,7%) verantwortlich.

Die Atemwegserkrankungen nehmen in den Branchen Informationsdienstleistung und Datenverarbeitung sowie Kredit- und Versicherungsgewerbe den größten Anteil am AU-Geschehen ein. Mit 2,2 bzw. 2,6 AU-Tagen machen sie 23,0% bzw. 22,0% der gesamten AU-Tage dieser Branchen aus. Sowohl in der Land- und Forstwirtschaft als auch im Baugewerbe ist ihr Anteil mit jeweils 13,0% erheblich niedriger (1,8 bzw. 2,3 AU-Tage).

Die regionalen Analysen des diesjährigen BKK Gesundheitsreportes zum Fehlzeitengeschehen, zur ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zu den Arzneimittelverordnungen haben gravierende Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und Landkreisen offenbart. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass es sich hierbei weniger um geografische Effekte handelt. Vielmehr sind soziodemografische Unterschiede zwischen den Versichertenpopulationen der Bundesländer eine wesentliche Ursache für das Auftreten bestimmter Krankheitsarten. Die Analysen des BKK Gesundheitsreportes liefern damit eine Handlungsgrundlage für das weite Feld der Gesundheitsversorgung.



Denn erst die Kenntnis der Ursprünge regionaler gesundheitlicher Ungleichheiten erlaubt die Ausarbeitung geeigneter Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien sowie die Planung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung der BKK Versicherten.



Verzeichnis der Tabellen

A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	294
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	294
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	295
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	296
A.1.4	Arbeitslose	297
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	298
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	299
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	300
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	301
A.2	Krankengeld-Kennzahlen der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	302
A.2.1	Beschäftigte Pflichtmitglieder	302
A.2.2	Arbeitslose	303
A.3	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen (Berichtsjahr 2013)	304
A.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2013)	305
A.4.1	Männer – sortiert nach Fallzahl	305
A.4.2	Männer – sortiert nach Tagen	305
A.4.3	Frauen – sortiert nach Fallzahl	306
A.4.4	Frauen – sortiert nach Tagen	306
A.4.5	Gesamt – sortiert nach Fallzahl	307
A.4.6	Gesamt – sortiert nach Tagen	307
A.5	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	308
A.5.1	AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 1)	308
A.5.1	AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)	309
A.5.2	AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 1)	310
A.5.2	AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)	311
A.6	BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteil an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2013)	312
A.7	AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2013)	313

A.8	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	314
A.8.1	Land- und Forstwirtschaft	314
A.8.2	Nahrung, Genuss	315
A.8.3	Textil, Bekleidung, Leder	316
A.8.4	Holz, Papier, Druck	317
A.8.5	Chemie	318
A.8.6	Glas, Keramik, Steine/Erden	319
A.8.7	Metallerzeugung	320
A.8.8	Metallverarbeitung	321
A.8.9	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	322
A.8.10	Energie- und Wasserwirtschaft	323
A.8.11	Baugewerbe	324
A.8.12	Handel	325
A.8.13	Großhandel	326
A.8.14	Einzelhandel	327
A.8.15	Gastgewerbe	328
A.8.16	Verkehr	329
A.8.17	Landverkehr	330
A.8.18	Postdienste	331
A.8.19	Telekommunikation	332
A.8.20	Kredit- und Versicherungsgewerbe	333
A.8.21	Verlage und Medien	334
A.8.22	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	335
A.8.23	Dienstleistungen	336
A.8.24	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	337
A.8.25	Erziehung und Unterricht	338
A.8.26	Gesundheits- und Sozialwesen	339
A.8.27	Abfallbeseitigung und Recycling	340
A.8.28	Kultur, Sport und Unterhaltung	341
A.9	Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigter Mitglieder insgesamt – differenziert nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Schädigungsart und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	342
A.10	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	344
A.10.1	Bund West – Pflichtmitglieder insgesamt	344
A.10.2	Bund Ost – Pflichtmitglieder insgesamt	345
A.10.3	Bund Gesamt – Pflichtmitglieder insgesamt	346
A.10.4	Bund West – beschäftigte Pflichtmitglieder	347
A.10.5	Bund Ost – beschäftigte Pflichtmitglieder	348
A.10.6	Bund Gesamt – beschäftigte Pflichtmitglieder	349

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)	350
A.11.1 Baden-Württemberg	350
A.11.2 Bayern	351
A.11.3 Berlin	352
A.11.4 Bremen	353
A.11.5 Hamburg	354
A.11.6 Hessen	355
A.11.7 Niedersachsen	356
A.11.8 Nordrhein-Westfalen	357
A.11.9 Rheinland-Pfalz	358
A.11.10 Saarland	359
A.11.11 Schleswig-Holstein	360
A.11.12 Brandenburg	361
A.11.13 Mecklenburg-Vorpommern	362
A.11.14 Sachsen	363
A.11.15 Sachsen-Anhalt	364
A.11.16 Thüringen	365
A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)	366
A.12.1 Landkreise Baden-Württemberg	366
A.12.2 Landkreise Bayern	367
A.12.3 Landkreise Berlin	369
A.12.4 Landkreise Bremen	369
A.12.5 Landkreise Hamburg	369
A.12.6 Landkreise Hessen	369
A.12.7 Landkreise Niedersachsen	370
A.12.8 Landkreise Nordrhein-Westfalen	371
A.12.9 Landkreise Rheinland-Pfalz	372
A.12.10 Landkreise Saarland	373
A.12.11 Landkreise Schleswig-Holstein	373
A.12.12 Landkreise Brandenburg	374
A.12.13 Landkreise Mecklenburg-Vorpommern	374
A.12.14 Landkreise Sachsen	375
A.12.15 Landkreise Sachsen-Anhalt	375
A.12.16 Landkreise Thüringen	376

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	270.767	1.594.395	13,51	79,6	5,9
	Frauen	245.591	1.432.510	13,30	77,6	5,8
	Gesamt	516.358	3.026.905	13,41	78,6	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	32.644	999.526	1,63	49,9	30,6
	Frauen	38.486	1.545.528	2,08	83,7	40,2
	Gesamt	71.130	2.545.054	1,85	66,1	35,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.590	257.797	0,68	12,9	19,0
	Frauen	12.950	232.374	0,70	12,6	17,9
	Gesamt	26.540	490.171	0,69	12,7	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	102.976	4.153.211	5,14	207,2	40,3
	Frauen	148.060	5.915.890	8,02	320,4	40,0
	Gesamt	251.036	10.069.101	6,52	261,5	40,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	47.156	791.305	2,35	39,5	16,8
	Frauen	67.226	894.788	3,64	48,5	13,3
	Gesamt	114.382	1.686.093	2,97	43,8	14,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.449	255.007	1,57	12,7	8,1
	Frauen	27.311	199.319	1,48	10,8	7,3
	Gesamt	58.760	454.326	1,53	11,8	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	29.617	297.286	1,48	14,8	10,0
	Frauen	31.363	294.326	1,70	15,9	9,4
	Gesamt	60.980	591.612	1,58	15,4	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	69.911	1.861.555	3,49	92,9	26,6
	Frauen	56.258	977.669	3,05	53,0	17,4
	Gesamt	126.169	2.839.224	3,28	73,7	22,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	803.376	5.545.042	40,08	276,7	6,9
	Frauen	829.092	5.550.685	44,90	300,6	6,7
	Gesamt	1.632.468	11.095.727	42,40	288,2	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	293.290	2.020.136	14,63	100,8	6,9
	Frauen	253.161	1.503.532	13,71	81,4	5,9
	Gesamt	546.451	3.523.668	14,19	91,5	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.355	578.726	2,06	28,9	14,0
	Frauen	28.078	311.730	1,52	16,9	11,1
	Gesamt	69.433	890.456	1,80	23,1	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	510.272	10.042.136	25,46	501,1	19,7
	Frauen	336.782	7.225.270	18,24	391,3	21,5
	Gesamt	847.054	17.267.406	22,00	448,4	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.443	374.804	1,47	18,7	12,7
	Frauen	86.934	811.276	4,71	43,9	9,3
	Gesamt	116.377	1.186.080	3,02	30,8	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	44.796	525.442	2,43	28,5	11,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	136.125	1.429.748	6,79	71,3	10,5
	Frauen	164.813	1.594.057	8,93	86,3	9,7
	Gesamt	300.938	3.023.805	7,82	78,5	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	261.614	5.046.787	13,05	251,8	19,3
	Frauen	144.375	2.742.628	7,82	148,5	19,0
	Gesamt	405.989	7.789.415	10,54	202,3	19,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27.297	574.956	1,36	28,7	21,1
	Frauen	39.414	814.883	2,13	44,1	20,7
	Gesamt	66.711	1.389.839	1,73	36,1	20,8
Gesamt	Männer	2.706.045	35.930.428	135,02	1.792,8	13,3
	Frauen	2.561.278	32.709.029	138,72	1.771,5	12,8
	Gesamt	5.267.323	68.639.457	136,79	1.782,6	13,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	92.072	1.724.838	4,59	86,1	18,7
	Frauen	39.163	710.062	2,12	38,5	18,1
	Gesamt	131.235	2.434.900	3,41	63,2	18,6

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versicherungengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	267.237	1.563.622	13,80	80,8	5,9
	Frauen	242.324	1.404.556	13,57	78,7	5,8
	Gesamt	509.561	2.968.178	13,69	79,8	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	31.741	938.794	1,64	48,5	29,6
	Frauen	37.531	1.481.216	2,10	83,0	39,5
	Gesamt	69.272	2.420.010	1,86	65,0	34,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.178	242.617	0,68	12,5	18,4
	Frauen	12.605	220.387	0,71	12,3	17,5
	Gesamt	25.783	463.004	0,69	12,4	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	97.012	3.660.422	5,01	189,1	37,7
	Frauen	141.131	5.371.736	7,90	300,9	38,1
	Gesamt	238.143	9.032.158	6,40	242,7	37,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	45.791	740.203	2,37	38,2	16,2
	Frauen	65.464	847.839	3,67	47,5	13,0
	Gesamt	111.255	1.588.042	2,99	42,7	14,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.041	246.729	1,60	12,7	8,0
	Frauen	26.935	192.998	1,51	10,8	7,2
	Gesamt	57.976	439.727	1,56	11,8	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	29.130	285.411	1,50	14,7	9,8
	Frauen	30.829	286.378	1,73	16,0	9,3
	Gesamt	59.959	571.789	1,61	15,4	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	67.977	1.763.087	3,51	91,1	25,9
	Frauen	55.003	937.297	3,08	52,5	17,0
	Gesamt	122.980	2.700.384	3,30	72,6	22,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	794.695	5.459.200	41,05	282,0	6,9
	Frauen	819.346	5.458.658	45,89	305,7	6,7
	Gesamt	1.614.041	10.917.858	43,37	293,4	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	289.179	1.957.283	14,94	101,1	6,8
	Frauen	249.518	1.455.717	13,98	81,5	5,8
	Gesamt	538.697	3.413.000	14,48	91,7	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.628	558.502	2,10	28,9	13,8
	Frauen	27.552	299.957	1,54	16,8	10,9
	Gesamt	68.180	858.459	1,83	23,1	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	499.868	9.561.142	25,82	493,9	19,1
	Frauen	327.968	6.835.436	18,37	382,9	20,8
	Gesamt	827.836	16.396.578	22,25	440,6	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	28.840	361.206	1,49	18,7	12,5
	Frauen	85.340	783.955	4,78	43,9	9,2
	Gesamt	114.180	1.145.161	3,07	30,8	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	43.682	505.914	2,45	28,3	11,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	133.413	1.374.353	6,89	71,0	10,3
	Frauen	161.718	1.533.715	9,06	85,9	9,5
	Gesamt	295.131	2.908.068	7,93	78,2	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	257.817	4.910.166	13,32	253,6	19,1
	Frauen	141.721	2.647.088	7,94	148,3	18,7
	Gesamt	399.538	7.557.254	10,74	203,1	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	26.769	550.702	1,38	28,5	20,6
	Frauen	38.630	783.988	2,16	43,9	20,3
	Gesamt	65.399	1.334.690	1,76	35,9	20,4
Gesamt	Männer	2.659.339	34.275.117	137,37	1.770,5	12,9
	Frauen	2.513.655	31.175.826	140,79	1.746,2	12,4
	Gesamt	5.172.994	65.450.943	139,01	1.758,8	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	91.601	1.709.324	4,73	88,3	18,7
	Frauen	38.871	701.039	2,18	39,3	18,0
	Gesamt	130.472	2.410.363	3,51	64,8	18,5

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8.697	53.037	8,52	52,0	6,1
	Frauen	51.736	317.403	10,78	66,1	6,1
	Gesamt	60.433	370.440	10,38	63,6	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.026	34.400	1,01	33,7	33,5
	Frauen	9.963	414.546	2,08	86,3	41,6
	Gesamt	10.989	448.946	1,89	77,1	40,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	426	8.683	0,42	8,5	20,4
	Frauen	3.056	53.844	0,64	11,2	17,6
	Gesamt	3.482	62.527	0,60	10,7	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.205	162.156	4,12	158,8	38,6
	Frauen	33.314	1.251.867	6,94	260,7	37,6
	Gesamt	37.519	1.414.023	6,44	242,9	37,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.599	29.360	1,57	28,8	18,4
	Frauen	14.089	210.397	2,93	43,8	14,9
	Gesamt	15.688	239.757	2,69	41,2	15,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	972	8.212	0,95	8,0	8,5
	Frauen	6.203	47.008	1,29	9,8	7,6
	Gesamt	7.175	55.220	1,23	9,5	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	927	10.053	0,91	9,9	10,8
	Frauen	7.116	71.363	1,48	14,9	10,0
	Gesamt	8.043	81.416	1,38	14,0	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.437	65.242	2,39	63,9	26,8
	Frauen	13.243	229.368	2,76	47,8	17,3
	Gesamt	15.680	294.610	2,69	50,6	18,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.978	180.903	25,45	177,2	7,0
	Frauen	183.867	1.254.292	38,30	261,3	6,8
	Gesamt	209.845	1.435.195	36,04	246,5	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.194	67.342	9,01	66,0	7,3
	Frauen	53.009	323.024	11,04	67,3	6,1
	Gesamt	62.203	390.366	10,68	67,1	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.287	17.846	1,26	17,5	13,9
	Frauen	5.933	70.843	1,24	14,8	11,9
	Gesamt	7.220	88.689	1,24	15,2	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	15.814	295.808	15,49	289,8	18,7
	Frauen	82.407	1.799.044	17,16	374,7	21,8
	Gesamt	98.221	2.094.852	16,87	359,8	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.112	12.028	1,09	11,8	10,8
	Frauen	18.502	196.912	3,85	41,0	10,6
	Gesamt	19.614	208.940	3,37	35,9	10,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	7.613	90.612	1,59	18,9	11,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.515	46.792	4,42	45,8	10,4
	Frauen	33.924	359.093	7,07	74,8	10,6
	Gesamt	38.439	405.885	6,60	69,7	10,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.070	159.975	7,90	156,7	19,8
	Frauen	32.837	638.017	6,84	132,9	19,4
	Gesamt	40.907	797.992	7,03	137,1	19,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	970	18.028	0,95	17,7	18,6
	Frauen	8.750	180.658	1,82	37,6	20,7
	Gesamt	9.720	198.686	1,67	34,1	20,4
Gesamt	Männer	87.421	1.173.107	85,63	1.149,1	13,4
	Frauen	566.986	7.542.010	118,09	1.570,9	13,3
	Gesamt	654.407	8.715.117	112,40	1.496,9	13,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.731	48.197	2,68	47,2	17,7
	Frauen	8.237	133.968	1,72	27,9	16,3
	Gesamt	10.968	182.165	1,88	31,3	16,6

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.4 Arbeitslose

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.751	26.135	4,68	44,5	9,5
	Frauen	2.739	25.364	5,21	48,2	9,3
	Gesamt	5.490	51.499	4,93	46,2	9,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	847	59.682	1,44	101,5	70,5
	Frauen	905	61.867	1,72	117,6	68,4
	Gesamt	1.752	121.549	1,57	109,1	69,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	367	14.005	0,62	23,8	38,2
	Frauen	316	11.711	0,60	22,3	37,1
	Gesamt	683	25.716	0,61	23,1	37,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.185	471.840	8,82	802,5	91,0
	Frauen	6.114	520.564	11,62	989,7	85,1
	Gesamt	11.299	992.404	10,14	890,9	87,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.111	48.550	1,89	82,6	43,7
	Frauen	1.458	45.444	2,77	86,4	31,2
	Gesamt	2.569	93.994	2,31	84,4	36,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	344	7.626	0,59	13,0	22,2
	Frauen	327	5.546	0,62	10,5	17,0
	Gesamt	671	13.172	0,60	11,8	19,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	414	11.266	0,70	19,2	27,2
	Frauen	455	7.525	0,87	14,3	16,5
	Gesamt	869	18.791	0,78	16,9	21,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.751	94.789	2,98	161,2	54,1
	Frauen	1.129	38.872	2,15	73,9	34,4
	Gesamt	2.880	133.661	2,59	120,0	46,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.942	74.493	11,81	126,7	10,7
	Frauen	8.338	82.727	15,85	157,3	9,9
	Gesamt	15.280	157.220	13,72	141,1	10,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.400	58.195	5,78	99,0	17,1
	Frauen	3.108	44.173	5,91	84,0	14,2
	Gesamt	6.508	102.368	5,84	91,9	15,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	635	18.875	1,08	32,1	29,7
	Frauen	470	10.971	0,89	20,9	23,3
	Gesamt	1.105	29.846	0,99	26,8	27,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.150	456.705	15,56	776,7	49,9
	Frauen	7.911	373.120	15,04	709,4	47,2
	Gesamt	17.061	829.825	15,32	744,9	48,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	544	13.143	0,93	22,4	24,2
	Frauen	1.394	25.976	2,65	49,4	18,6
	Gesamt	1.938	39.119	1,74	35,1	20,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.045	18.460	1,99	35,1	17,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.262	51.630	3,85	87,8	22,8
	Frauen	2.650	54.585	5,04	103,8	20,6
	Gesamt	4.912	106.215	4,41	95,4	21,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.390	127.691	5,77	217,2	37,7
	Frauen	2.387	90.912	4,54	172,8	38,1
	Gesamt	5.777	218.603	5,19	196,2	37,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	467	23.518	0,79	40,0	50,4
	Frauen	706	29.048	1,34	55,2	41,1
	Gesamt	1.173	52.566	1,05	47,2	44,8
Gesamt	Männer	39.687	1.564.400	67,49	2.660,5	39,4
	Frauen	41.659	1.454.803	79,20	2.765,8	34,9
	Gesamt	81.346	3.019.203	73,02	2.710,3	37,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	371	12.066	0,63	20,5	32,5
	Frauen	223	7.704	0,42	14,7	34,6
	Gesamt	594	19.770	0,53	17,8	33,3

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	41.511	232.663	6,42	36,0	5,6
	Frauen	9.792	58.293	4,43	26,4	6,0
	Gesamt	51.303	290.956	5,91	33,5	5,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	9.102	215.670	1,41	33,4	23,7
	Frauen	2.834	91.759	1,28	41,5	32,4
	Gesamt	11.936	307.429	1,38	35,4	25,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	2.211	33.687	0,34	5,2	15,2
	Frauen	652	10.610	0,30	4,8	16,3
	Gesamt	2.863	44.297	0,33	5,1	15,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	14.997	568.225	2,32	87,9	37,9
	Frauen	6.161	230.182	2,79	104,2	37,4
	Gesamt	21.158	798.407	2,44	92,0	37,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	7.046	99.686	1,09	15,4	14,2
	Frauen	2.749	32.342	1,24	14,6	11,8
	Gesamt	9.795	132.028	1,13	15,2	13,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	6.318	46.813	0,98	7,2	7,4
	Frauen	1.535	12.017	0,69	5,4	7,8
	Gesamt	7.853	58.830	0,90	6,8	7,5
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	6.548	59.595	1,01	9,2	9,1
	Frauen	1.604	17.080	0,73	7,7	10,7
	Gesamt	8.152	76.675	0,94	8,8	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	13.393	273.164	2,07	42,2	20,4
	Frauen	2.372	38.697	1,07	17,5	16,3
	Gesamt	15.765	311.861	1,82	35,9	19,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	158.480	966.425	24,50	149,4	6,1
	Frauen	42.003	263.540	19,01	119,3	6,3
	Gesamt	200.483	1.229.965	23,10	141,7	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	50.639	292.941	7,83	45,3	5,8
	Frauen	11.340	59.553	5,13	27,0	5,3
	Gesamt	61.979	352.494	7,14	40,6	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	5.380	52.302	0,83	8,1	9,7
	Frauen	1.074	8.839	0,49	4,0	8,2
	Gesamt	6.454	61.141	0,74	7,1	9,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	64.496	1.003.395	9,97	155,2	15,6
	Frauen	11.668	183.281	5,28	82,9	15,7
	Gesamt	76.164	1.186.676	8,78	136,8	15,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	6.711	61.195	1,04	9,5	9,1
	Frauen	4.157	33.489	1,88	15,2	8,1
	Gesamt	10.868	94.684	1,25	10,9	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.895	30.855	1,31	14,0	10,7
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	21.850	201.252	3,38	31,1	9,2
	Frauen	6.946	61.711	3,14	27,9	8,9
	Gesamt	28.796	262.963	3,32	30,3	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	27.495	502.019	4,25	77,6	18,3
	Frauen	5.646	96.686	2,55	43,8	17,1
	Gesamt	33.141	598.705	3,82	69,0	18,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	5.795	100.989	0,90	15,6	17,4
	Frauen	2.098	35.916	0,95	16,3	17,1
	Gesamt	7.893	136.905	0,91	15,8	17,4
Gesamt	Männer	442.888	4.726.826	68,48	730,9	10,7
	Frauen	115.849	1.269.610	52,42	574,5	11,0
	Gesamt	558.737	5.996.436	64,39	691,0	10,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.600	81.378	0,71	12,6	17,7
	Frauen	1.013	17.731	0,46	8,0	17,5
	Gesamt	5.613	99.109	0,65	11,4	17,7

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versicherungengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	41.323	231.615	7,84	43,9	5,6
	Frauen	9.599	56.976	7,75	46,0	5,9
	Gesamt	50.922	288.591	7,82	44,3	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	9.058	214.549	1,72	40,7	23,7
	Frauen	2.799	91.084	2,26	73,5	32,5
	Gesamt	11.857	305.633	1,82	46,9	25,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.192	33.351	0,42	6,3	15,2
	Frauen	636	10.321	0,51	8,3	16,2
	Gesamt	2.828	43.672	0,43	6,7	15,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	14.841	563.276	2,81	106,8	38,0
	Frauen	5.997	224.426	4,84	181,2	37,4
	Gesamt	20.838	787.702	3,20	121,0	37,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	7.002	98.652	1,33	18,7	14,1
	Frauen	2.680	31.413	2,16	25,4	11,7
	Gesamt	9.682	130.065	1,49	20,0	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.298	46.534	1,19	8,8	7,4
	Frauen	1.517	11.898	1,22	9,6	7,8
	Gesamt	7.815	58.432	1,20	9,0	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.531	59.352	1,24	11,3	9,1
	Frauen	1.572	16.435	1,27	13,3	10,5
	Gesamt	8.103	75.787	1,24	11,6	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	13.332	270.828	2,53	51,4	20,3
	Frauen	2.326	37.859	1,88	30,6	16,3
	Gesamt	15.658	308.687	2,40	47,4	19,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	157.861	962.117	29,94	182,5	6,1
	Frauen	41.326	258.930	33,36	209,0	6,3
	Gesamt	199.187	1.221.047	30,59	187,5	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	50.434	291.099	9,57	55,2	5,8
	Frauen	11.178	58.567	9,02	47,3	5,2
	Gesamt	61.612	349.666	9,46	53,7	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.351	52.006	1,01	9,9	9,7
	Frauen	1.054	8.642	0,85	7,0	8,2
	Gesamt	6.405	60.648	0,98	9,3	9,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	64.164	994.612	12,17	188,7	15,5
	Frauen	11.391	177.268	9,20	143,1	15,6
	Gesamt	75.555	1.171.880	11,60	180,0	15,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.691	60.938	1,27	11,6	9,1
	Frauen	4.080	32.975	3,29	26,6	8,1
	Gesamt	10.771	93.913	1,65	14,4	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.859	30.409	2,31	24,6	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	21.750	199.219	4,13	37,8	9,2
	Frauen	6.816	60.257	5,50	48,6	8,8
	Gesamt	28.566	259.476	4,39	39,9	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	27.268	497.007	5,17	94,3	18,2
	Frauen	5.453	92.579	4,40	74,7	17,0
	Gesamt	32.721	589.586	5,03	90,6	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	5.766	100.489	1,09	19,1	17,4
	Frauen	2.051	34.970	1,66	28,2	17,1
	Gesamt	7.817	135.459	1,20	20,8	17,3
Gesamt	Männer	440.771	4.691.977	83,60	889,9	10,6
	Frauen	113.653	1.239.733	91,74	1.000,7	10,9
	Gesamt	554.424	5.931.710	85,15	911,0	10,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.519	77.570	0,86	14,7	17,2
	Frauen	940	15.006	0,76	12,1	16,0
	Gesamt	5.459	92.576	0,84	14,2	17,0

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	312.278	1.827.058	11,78	68,9	5,9
	Frauen	255.383	1.490.803	12,35	72,1	5,8
	Gesamt	567.661	3.317.861	12,03	70,3	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	41.746	1.215.196	1,57	45,8	29,1
	Frauen	41.320	1.637.287	2,00	79,2	39,6
	Gesamt	83.066	2.852.483	1,76	60,5	34,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.801	291.484	0,60	11,0	18,5
	Frauen	13.602	242.984	0,66	11,8	17,9
	Gesamt	29.403	534.468	0,62	11,3	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	117.973	4.721.436	4,45	178,1	40,0
	Frauen	154.221	6.146.072	7,46	297,3	39,9
	Gesamt	272.194	10.867.508	5,77	230,3	39,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	54.202	890.991	2,04	33,6	16,4
	Frauen	69.975	927.130	3,38	44,9	13,3
	Gesamt	124.177	1.818.121	2,63	38,5	14,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	37.767	301.820	1,42	11,4	8,0
	Frauen	28.846	211.336	1,40	10,2	7,3
	Gesamt	66.613	513.156	1,41	10,9	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	36.165	356.881	1,36	13,5	9,9
	Frauen	32.967	311.406	1,59	15,1	9,5
	Gesamt	69.132	668.287	1,47	14,2	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	83.304	2.134.719	3,14	80,5	25,6
	Frauen	58.630	1.016.366	2,84	49,2	17,3
	Gesamt	141.934	3.151.085	3,01	66,8	22,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	961.856	6.511.467	36,28	245,6	6,8
	Frauen	871.095	5.814.225	42,13	281,2	6,7
	Gesamt	1.832.951	12.325.692	38,85	261,2	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	343.929	2.313.077	12,97	87,3	6,7
	Frauen	264.501	1.563.085	12,79	75,6	5,9
	Gesamt	608.430	3.876.162	12,90	82,2	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	46.735	631.028	1,76	23,8	13,5
	Frauen	29.152	320.569	1,41	15,5	11,0
	Gesamt	75.887	951.597	1,61	20,2	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	574.768	11.045.531	21,68	416,7	19,2
	Frauen	348.450	7.408.551	16,85	358,4	21,3
	Gesamt	923.218	18.454.082	19,57	391,1	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	36.154	435.999	1,36	16,5	12,1
	Frauen	91.091	844.765	4,41	40,9	9,3
	Gesamt	127.245	1.280.764	2,70	27,1	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	47.691	556.297	2,31	26,9	11,7
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	157.975	1.631.000	5,96	61,5	10,3
	Frauen	171.759	1.655.768	8,31	80,1	9,6
	Gesamt	329.734	3.286.768	6,99	69,7	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	289.109	5.548.806	10,91	209,3	19,2
	Frauen	150.021	2.839.314	7,26	137,3	18,9
	Gesamt	439.130	8.388.120	9,31	177,8	19,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	33.092	675.945	1,25	25,5	20,4
	Frauen	41.512	850.799	2,01	41,2	20,5
	Gesamt	74.604	1.526.744	1,58	32,4	20,5
Gesamt	Männer	3.148.933	40.657.254	118,79	1.533,7	12,9
	Frauen	2.677.127	33.978.639	129,49	1.643,5	12,7
	Gesamt	5.826.060	74.635.893	123,48	1.581,8	12,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	96.672	1.806.216	3,65	68,1	18,7
	Frauen	40.176	727.793	1,94	35,2	18,1
	Gesamt	136.848	2.534.009	2,90	53,7	18,5

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	308.560	1.795.237	12,53	72,9	5,8
	Frauen	251.923	1.461.532	13,19	76,6	5,8
	Gesamt	560.483	3.256.769	12,82	74,5	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	40.799	1.153.343	1,66	46,8	28,3
	Frauen	40.330	1.572.300	2,11	82,4	39,0
	Gesamt	81.129	2.725.643	1,86	62,3	33,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.370	275.968	0,62	11,2	18,0
	Frauen	13.241	230.708	0,69	12,1	17,4
	Gesamt	28.611	506.676	0,65	11,6	17,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	111.853	4.223.698	4,54	171,5	37,8
	Frauen	147.128	5.596.162	7,71	293,1	38,0
	Gesamt	258.981	9.819.860	5,92	224,6	37,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	52.793	838.855	2,14	34,1	15,9
	Frauen	68.144	879.252	3,57	46,1	12,9
	Gesamt	120.937	1.718.107	2,77	39,3	14,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	37.339	293.263	1,52	11,9	7,9
	Frauen	28.452	204.896	1,49	10,7	7,2
	Gesamt	65.791	498.159	1,50	11,4	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.661	344.763	1,45	14,0	9,7
	Frauen	32.401	302.813	1,70	15,9	9,4
	Gesamt	68.062	647.576	1,56	14,8	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	81.309	2.033.915	3,30	82,6	25,0
	Frauen	57.329	975.156	3,00	51,1	17,0
	Gesamt	138.638	3.009.071	3,17	68,8	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	952.556	6.421.317	38,67	260,7	6,7
	Frauen	860.672	5.717.588	45,08	299,5	6,6
	Gesamt	1.813.228	12.138.905	41,47	277,6	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	339.613	2.248.382	13,79	91,3	6,6
	Frauen	260.696	1.514.284	13,65	79,3	5,8
	Gesamt	600.309	3.762.666	13,73	86,1	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	45.979	610.508	1,87	24,8	13,3
	Frauen	28.606	308.599	1,50	16,2	10,8
	Gesamt	74.585	919.107	1,71	21,0	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	564.032	10.555.754	22,90	428,5	18,7
	Frauen	339.359	7.012.704	17,77	367,3	20,7
	Gesamt	903.391	17.568.458	20,66	401,8	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	35.531	422.144	1,44	17,1	11,9
	Frauen	89.420	816.930	4,68	42,8	9,1
	Gesamt	124.951	1.239.074	2,86	28,3	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	46.541	536.323	2,44	28,1	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	155.163	1.573.572	6,30	63,9	10,1
	Frauen	168.534	1.593.972	8,83	83,5	9,5
	Gesamt	323.697	3.167.544	7,40	72,4	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	285.085	5.407.173	11,57	219,5	19,0
	Frauen	147.174	2.739.667	7,71	143,5	18,6
	Gesamt	432.259	8.146.840	9,89	186,3	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.535	651.191	1,32	26,4	20,0
	Frauen	40.681	818.958	2,13	42,9	20,1
	Gesamt	73.216	1.470.149	1,67	33,6	20,1
Gesamt	Männer	3.100.110	38.967.094	125,86	1.582,0	12,6
	Frauen	2.627.308	32.415.559	137,61	1.697,8	12,3
	Gesamt	5.727.418	71.382.653	130,99	1.632,6	12,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	96.120	1.786.894	3,90	72,5	18,6
	Frauen	39.811	716.045	2,09	37,5	18,0
	Gesamt	135.931	2.502.939	3,11	57,2	18,4

A.2 Krankengeld-Kennzahlen der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.2.1 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.524	151.967	0,13	7,9	60,2
	Frauen	2.187	124.759	0,12	7,0	57,1
	Gesamt	4.711	276.726	0,13	7,4	58,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	3.836	567.942	0,20	29,3	148,1
	Frauen	6.041	907.621	0,34	50,8	150,2
	Gesamt	9.877	1.475.563	0,27	39,7	149,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	882	85.910	0,05	4,4	97,4
	Frauen	789	68.145	0,04	3,8	86,4
	Gesamt	1.671	154.055	0,04	4,1	92,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	15.695	1.876.348	0,81	96,9	119,6
	Frauen	21.780	2.876.096	1,22	161,1	132,1
	Gesamt	37.475	4.752.444	1,01	127,7	126,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.088	288.029	0,16	14,9	93,3
	Frauen	3.410	296.081	0,19	16,6	86,8
	Gesamt	6.498	584.110	0,17	15,7	89,9
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	811	63.786	0,04	3,3	78,7
	Frauen	574	37.985	0,03	2,1	66,2
	Gesamt	1.385	101.771	0,04	2,7	73,5
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	684	57.155	0,04	3,0	83,6
	Frauen	636	51.559	0,04	2,9	81,1
	Gesamt	1.320	108.714	0,04	2,9	82,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	7.316	822.412	0,38	42,5	112,4
	Frauen	2.984	347.649	0,17	19,5	116,5
	Gesamt	10.300	1.170.061	0,28	31,4	113,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	5.854	332.273	0,30	17,2	56,8
	Frauen	5.541	286.770	0,31	16,1	51,8
	Gesamt	11.395	619.043	0,31	16,6	54,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	6.404	348.508	0,33	18,0	54,4
	Frauen	3.631	234.996	0,20	13,2	64,7
	Gesamt	10.035	583.504	0,27	15,7	58,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.325	134.619	0,12	7,0	57,9
	Frauen	1.013	66.001	0,06	3,7	65,2
	Gesamt	3.338	200.620	0,09	5,4	60,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	40.825	3.335.178	2,11	172,3	81,7
	Frauen	29.883	2.627.515	1,67	147,2	87,9
	Gesamt	70.708	5.962.693	1,90	160,2	84,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.515	93.815	0,08	4,9	61,9
	Frauen	2.842	159.729	0,16	9,0	56,2
	Gesamt	4.357	253.544	0,12	6,8	58,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.512	45.578	0,08	2,6	30,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	4.023	416.117	0,21	21,5	103,4
	Frauen	4.203	412.844	0,24	23,1	98,2
	Gesamt	8.226	828.961	0,22	22,3	100,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	22.546	1.422.938	1,16	73,5	63,1
	Frauen	12.768	793.549	0,72	44,5	62,2
	Gesamt	35.314	2.216.487	0,95	59,6	62,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	2.437	212.863	0,13	11,0	87,4
	Frauen	3.490	282.040	0,20	15,8	80,8
	Gesamt	5.927	494.903	0,16	13,3	83,5
Gesamt	Männer	121.208	10.254.436	6,26	529,7	84,6
	Frauen	103.859	9.672.969	5,82	541,8	93,1
	Gesamt	225.067	19.927.405	6,05	535,5	88,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.656	633.838	0,29	32,7	112,1
	Frauen	2.523	255.756	0,14	14,3	101,4
	Gesamt	8.179	889.594	0,22	23,9	108,8

A.2 Krankengeld-Kennzahlen der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.2.2 Arbeitslose

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	55	7.428	0,09	12,6	135,1
	Frauen	52	6.856	0,10	13,0	131,9
	Gesamt	107	14.284	0,10	12,8	133,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	166	34.053	0,28	57,9	205,1
	Frauen	172	36.385	0,33	69,2	211,5
	Gesamt	338	70.438	0,30	63,2	208,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	48	6.060	0,08	10,3	126,3
	Frauen	42	4.824	0,08	9,2	114,9
	Gesamt	90	10.884	0,08	9,8	120,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.612	274.648	2,74	467,1	170,4
	Frauen	1.721	294.144	3,27	559,2	170,9
	Gesamt	3.333	568.792	2,99	510,6	170,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	153	23.770	0,26	40,4	155,4
	Frauen	169	22.691	0,32	43,1	134,3
	Gesamt	322	46.461	0,29	41,7	144,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	27	2.384	0,05	4,1	88,3
	Frauen	17	1.811	0,03	3,4	106,5
	Gesamt	44	4.195	0,04	3,8	95,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	32	5.094	0,05	8,7	159,2
	Frauen	19	2.384	0,04	4,5	125,5
	Gesamt	51	7.478	0,05	6,7	146,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	367	53.693	0,62	91,3	146,3
	Frauen	120	18.777	0,23	35,7	156,5
	Gesamt	487	72.470	0,44	65,1	148,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	129	14.019	0,22	23,8	108,7
	Frauen	130	14.392	0,25	27,4	110,7
	Gesamt	259	28.411	0,23	25,5	109,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	206	21.198	0,35	36,1	102,9
	Frauen	122	14.501	0,23	27,6	118,9
	Gesamt	328	35.699	0,29	32,1	108,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	66	6.387	0,11	10,9	96,8
	Frauen	28	4.562	0,05	8,7	162,9
	Gesamt	94	10.949	0,08	9,8	116,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	1.866	234.952	3,17	399,6	125,9
	Frauen	1.446	182.223	2,75	346,4	126,0
	Gesamt	3.312	417.175	2,97	374,5	126,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	37	5.693	0,06	9,7	153,9
	Frauen	77	9.570	0,15	18,2	124,3
	Gesamt	114	15.263	0,10	13,7	133,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	93	6.854	0,18	13,0	73,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	185	24.735	0,31	42,1	133,7
	Frauen	147	23.434	0,28	44,6	159,4
	Gesamt	332	48.169	0,30	43,2	145,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	617	54.315	1,05	92,4	88,0
	Frauen	394	39.953	0,75	76,0	101,4
	Gesamt	1.011	94.268	0,91	84,6	93,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	87	11.810	0,15	20,1	135,8
	Frauen	109	11.886	0,21	22,6	109,1
	Gesamt	196	23.696	0,18	21,3	120,9
Gesamt	Männer	5.677	783.467	9,65	1.332,4	138,0
	Frauen	4.891	698.636	9,30	1.328,2	142,8
	Gesamt	10.568	1.482.103	9,49	1.330,4	140,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	43	5.710	0,07	9,7	132,8
	Frauen	19	4.540	0,04	8,6	239,0
	Gesamt	62	10.250	0,06	9,2	165,3

A.3 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt –
mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen (Berichtsjahr 2013)

Bund gesamt Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen		Pflichtmitglieder insgesamt: 3.850.596					
		Zahl der AU-Fälle		Summe der AU-Tage		Tage je Fall	
		absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	in der Woche	bis zur Woche
1. Woche	1	600.570	11,4	600.570	0,9	1,0	1,0
	2	582.824	11,1	1.165.648	1,7	2,0	1,5
	3	654.353	12,4	1.963.059	2,9	3,0	2,0
	4	510.976	9,7	2.043.904	3,0	4,0	2,5
	5	718.288	13,6	3.591.440	5,2	5,0	3,1
	6	219.554	4,2	1.317.324	1,9	6,0	3,3
	7	172.154	3,3	1.205.078	1,8	7,0	3,4
	Summe/Durchschnitt	3.458.719	65,7	11.887.023	17,3	3,4	3,4
2. Woche	8	199.322	3,8	1.594.576	2,3	8,0	3,7
	9	168.966	3,2	1.520.694	2,2	9,0	3,9
	10	157.768	3,0	1.577.680	2,3	10,0	4,2
	11	130.813	2,5	1.438.943	2,1	11,0	4,4
	12	181.315	3,4	2.175.780	3,2	12,0	4,7
	13	62.211	1,2	808.743	1,2	13,0	4,8
	14	54.616	1,0	764.624	1,1	14,0	4,9
	Summe/Durchschnitt	955.011	18,1	9.881.040	14,4	10,4	4,9
3. Woche	15	68.749	1,3	1.031.235	1,5	15,0	5,1
	16	54.938	1,0	879.008	1,3	16,0	5,2
	17	49.875	1,0	847.875	1,2	17,0	5,4
	18	43.893	0,8	790.074	1,2	18,0	5,5
	19	57.840	1,1	1.098.960	1,6	19,0	5,6
	20	23.715	0,5	474.300	0,7	20,0	5,7
	21	22.057	0,4	463.197	0,7	21,0	5,8
	Summe/Durchschnitt	321.067	6,1	5.584.649	8,1	17,4	5,8
4. Woche	22	33.039	0,6	726.858	1,1	22,0	5,9
	23	23.042	0,4	529.966	0,8	23,0	6,0
	24	22.274	0,4	534.576	0,8	24,0	6,1
	25	21.936	0,4	548.400	0,8	25,0	6,1
	26	29.328	0,6	762.528	1,1	26,0	6,3
	27	12.930	0,3	349.110	0,5	27,0	6,3
	28	13.063	0,3	365.764	0,5	28,0	6,4
	Summe/Durchschnitt	155.612	3,0	3.817.202	5,6	24,5	6,4
5. Woche	29	18.497	0,4	536.413	0,8	29,0	6,5
	30	13.918	0,3	417.540	0,6	30,0	6,5
	31	13.503	0,3	418.593	0,6	31,0	6,6
	32	13.198	0,3	422.336	0,6	32,0	6,7
	33	16.976	0,3	560.208	0,8	33,0	6,8
	34	8.131	0,2	276.454	0,4	34,0	6,8
	35	7.997	0,2	279.895	0,4	35,0	6,8
	Summe/Durchschnitt	92.220	1,8	2.911.439	4,2	31,6	6,8
6. Woche	36	10.600	0,2	381.600	0,6	36,0	6,9
	37	8.747	0,2	323.639	0,5	37,0	7,0
	38	8.981	0,2	341.278	0,5	38,0	7,0
	39	9.584	0,2	373.776	0,5	39,0	7,1
	40	13.608	0,3	544.320	0,8	40,0	7,2
	41	6.898	0,1	282.818	0,4	41,0	7,2
	42	13.982	0,3	587.244	0,9	42,0	7,3
	Summe/Durchschnitt	72.400	1,4	2.834.675	4,1	39,2	7,3
7. Woche	Summe/Durchschnitt	34.758	0,7	1.572.850	2,3	45,3	7,6
8. Woche	Summe/Durchschnitt	19.071	0,4	1.010.061	1,5	53,0	7,7
9. Woche	Summe/Durchschnitt	15.304	0,3	917.366	1,3	59,9	7,9
10. Woche	Summe/Durchschnitt	11.489	0,2	770.033	1,1	67,0	8,0
11. Woche	Summe/Durchschnitt	10.013	0,2	741.027	1,1	74,0	8,2
12. Woche	Summe/Durchschnitt	8.578	0,2	695.498	1,0	81,1	8,3
13.–26. Woche	Summe/Durchschnitt	60.008	1,1	7.390.605	10,8	123,2	9,6
27.–52. Woche	Summe/Durchschnitt	30.969	0,6	7.874.278	11,5	254,3	11,0
53.–78. Woche	Summe/Durchschnitt	19.135	0,4	9.121.060	13,3	476,7	12,7
>78 Wochen	Summe/Durchschnitt	2.969	0,1	1.630.651	2,4	549,2	13,0
Alle	Summe/Durchschnitt	5.267.323	100,0	68.639.457	100,0	13,0	13,0

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2013)

A.4.1 Männer – sortiert nach Fallzahl

ICD	Einzeldiagnose	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	434.005	2.629.020	163,72	991,74	6,1
M54	Rückenschmerzen	239.279	3.502.643	90,26	1.321,29	14,6
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	147.554	677.019	55,66	255,39	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	110.499	285.201	41,68	107,59	2,6
J20	Akute Bronchitis	104.162	787.137	39,29	296,93	7,6
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	84.875	521.863	32,02	196,86	6,1
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	84.856	621.190	32,01	234,33	7,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	81.642	382.880	30,80	144,43	4,7
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	49.128	658.599	18,53	248,44	13,4
J03	Akute Tonsillitis	41.010	248.543	15,47	93,76	6,1
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	38.153	263.900	14,39	99,55	6,9
J01	Akute Sinusitis	37.734	233.689	14,23	88,15	6,2
K29	Gastritis und Duodenitis	37.177	235.733	14,02	88,92	6,3
J32	Chronische Sinusitis	36.981	252.144	13,95	95,12	6,8
J02	Akute Pharyngitis	36.226	205.365	13,67	77,47	5,7
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	33.883	265.646	12,78	100,21	7,8
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	29.463	184.650	11,11	69,65	6,3
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	29.437	537.203	11,10	202,65	18,2
F32	Depressive Episode	29.428	1.644.621	11,10	620,39	55,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	29.363	822.466	11,08	310,26	28,0

A.4.2 Männer – sortiert nach Tagen

ICD	Einzeldiagnose	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	239.279	3.502.643	90,26	1.321,29	14,6
M54	Rückenschmerzen	434.005	2.629.020	163,72	991,74	6,1
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	29.428	1.644.621	11,10	620,39	55,9
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	22.771	846.477	8,59	319,31	37,2
J20	Akute Bronchitis	26.848	842.188	10,13	317,70	31,4
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	29.363	822.466	11,08	310,26	28,0
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	104.162	787.137	39,29	296,93	7,6
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	26.149	784.710	9,86	296,01	30,0
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	147.554	677.019	55,66	255,39	4,6
J03	Akute Tonsillitis	49.128	658.599	18,53	248,44	13,4
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	84.856	621.190	32,01	234,33	7,3
J01	Akute Sinusitis	29.437	537.203	11,10	202,65	18,2
K29	Gastritis und Duodenitis	16.625	522.063	6,27	196,94	31,4
J32	Chronische Sinusitis	84.875	521.863	32,02	196,86	6,1
J02	Akute Pharyngitis	28.539	482.014	10,77	181,83	16,9
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	11.954	473.763	4,51	178,72	39,6
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	16.746	431.131	6,32	162,63	25,7
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6.049	423.172	2,28	159,63	70,0
F32	Depressive Episode	28.146	412.442	10,62	155,58	14,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	81.642	382.880	30,80	144,43	4,7

A.4.3 Frauen – sortiert nach Fallzahl

ICD	Einzeldiagnose	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	376.950	2.308.654	182,33	1.116,69	6,1
M54	Rückenschmerzen	136.833	2.088.314	66,19	1.010,11	15,3
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	115.453	538.567	55,84	260,50	4,7
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	85.300	242.711	41,26	117,40	2,8
J20	Akute Bronchitis	84.370	637.180	40,81	308,20	7,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	72.693	535.596	35,16	259,07	7,4
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	72.656	447.617	35,14	216,51	6,2
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	63.577	306.650	30,75	148,33	4,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	51.251	391.189	24,79	189,22	7,6
J01	Akute Sinusitis	47.342	289.606	22,90	140,08	6,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	45.420	1.273.255	21,97	615,87	28,0
J32	Chronische Sinusitis	44.514	287.737	21,53	139,18	6,5
J03	Akute Tonsillitis	41.762	250.733	20,20	121,28	6,0
F32	Depressive Episode	38.894	2.165.319	18,81	1.047,36	55,7
J02	Akute Pharyngitis	38.632	214.893	18,69	103,94	5,6
K29	Gastritis und Duodenitis	37.866	242.266	18,32	117,18	6,4
G43	Migräne	36.126	155.640	17,47	75,28	4,3
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	29.376	207.610	14,21	100,42	7,1
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	27.278	150.866	13,19	72,97	5,5
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	26.491	168.742	12,81	81,62	6,4

A.4.4 Frauen – sortiert nach Tagen

ICD	Einzeldiagnose	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	376.950	2.308.654	182,33	1.116,69	6,1
F32	Depressive Episode	38.894	2.165.319	18,81	1.047,36	55,7
M54	Rückenschmerzen	136.833	2.088.314	66,19	1.010,11	15,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	45.420	1.273.255	21,97	615,87	28,0
F48	Andere neurotische Störungen	24.074	681.375	11,64	329,58	28,3
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6.179	676.619	2,99	327,28	109,5
J20	Akute Bronchitis	84.370	637.180	40,81	308,20	7,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	7.820	575.794	3,78	278,51	73,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	13.228	551.355	6,40	266,69	41,7
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	115.453	538.567	55,84	260,50	4,7
M75	Schulterläsionen	16.288	538.187	7,88	260,32	33,0
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	72.693	535.596	35,16	259,07	7,4
F45	Somatoforme Störungen	18.717	515.635	9,05	249,41	27,5
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	72.656	447.617	35,14	216,51	6,2
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	11.687	404.514	5,65	195,66	34,6
F41	Andere Angststörungen	7.831	399.841	3,79	193,40	51,1
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	51.251	391.189	24,79	189,22	7,6
M77	Sonstige Enthesopathien	16.472	326.454	7,97	157,90	19,8
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	18.830	310.656	9,11	150,26	16,5
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	63.577	306.650	30,75	148,33	4,8

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2013)

A.4.5 Gesamt – sortiert nach Fallzahl

ICD	Einzeldiagnose	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	810.955	4.937.674	171,87	1.046,49	6,1
M54	Rückenschmerzen	376.112	5.590.957	79,71	1.184,94	14,9
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	263.007	1.215.586	55,74	257,63	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	195.799	527.912	41,50	111,89	2,7
J20	Akute Bronchitis	188.532	1.424.317	39,96	301,87	7,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	157.549	1.156.786	33,39	245,17	7,3
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	157.531	969.480	33,39	205,47	6,2
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	145.219	689.530	30,78	146,14	4,7
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	85.134	656.835	18,04	139,21	7,7
J01	Akute Sinusitis	85.076	523.295	18,03	110,91	6,2
J03	Akute Tonsillitis	82.772	499.276	17,54	105,82	6,0
J32	Chronische Sinusitis	81.495	539.881	17,27	114,42	6,6
K29	Gastritis und Duodenitis	75.043	477.999	15,90	101,31	6,4
J02	Akute Pharyngitis	74.858	420.258	15,87	89,07	5,6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	74.783	2.095.721	15,85	444,17	28,0
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	71.956	946.404	15,25	200,58	13,2
F32	Depressive Episode	68.322	3.809.940	14,48	807,48	55,8
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	67.529	471.510	14,31	99,93	7,0
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	55.954	353.392	11,86	74,90	6,3
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	53.908	299.529	11,43	63,48	5,6

A.4.6 Gesamt – sortiert nach Tagen

ICD	Einzeldiagnose	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	376.112	5.590.957	79,71	1.184,94	14,9
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	810.955	4.937.674	171,87	1.046,49	6,1
F32	Depressive Episode	68.322	3.809.940	14,48	807,48	55,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	74.783	2.095.721	15,85	444,17	28,0
J20	Akute Bronchitis	188.532	1.424.317	39,96	301,87	7,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	35.999	1.397.832	7,63	296,26	38,8
M75	Schulterläsionen	43.136	1.380.375	9,14	292,56	32,0
A09	Sonst. u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	263.007	1.215.586	55,74	257,63	4,6
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	37.836	1.189.224	8,02	252,04	31,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	157.549	1.156.786	33,39	245,17	7,3
F48	Andere neurotische Störungen	40.820	1.112.506	8,65	235,78	27,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	13.869	998.966	2,94	211,72	72,0
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	157.531	969.480	33,39	205,47	6,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	71.956	946.404	15,25	200,58	13,2
F45	Somatoforme Störungen	32.137	866.146	6,81	183,57	27,0
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	43.952	832.563	9,32	176,45	18,9
M77	Sonstige Enthesopathien	45.011	808.468	9,54	171,35	18,0
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	17.996	779.449	3,81	165,20	43,3
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	23.954	763.453	5,08	161,81	31,9
F41	Andere Angststörungen	13.910	706.991	2,95	149,84	50,8

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	32,5	23,3	15,0	14,1	13,5	12,3
	Frauen	33,4	23,4	15,4	13,1	12,4	11,6
	Gesamt	32,9	23,4	15,2	13,6	12,9	12,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,5	0,6	0,7	0,8	1,0	1,4
	Frauen	0,6	0,9	1,0	1,1	1,5	2,2
	Gesamt	0,6	0,7	0,8	0,9	1,3	1,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,4	0,3	0,2	0,3	0,5	0,6
	Frauen	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7
	Gesamt	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3,3	4,1	4,0	4,4	5,2	5,6
	Frauen	6,5	7,5	6,6	6,7	7,4	8,1
	Gesamt	4,5	5,6	5,2	5,5	6,3	6,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3,4	2,8	1,9	1,7	2,0	2,4
	Frauen	6,1	5,2	3,5	3,0	3,1	3,5
	Gesamt	4,5	3,9	2,7	2,4	2,6	2,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,4	1,3	1,0	1,1	1,3	1,5
	Frauen	1,8	1,5	1,1	1,1	1,2	1,3
	Gesamt	1,5	1,4	1,1	1,1	1,2	1,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,2	1,5	1,3	1,4	1,5	1,6
	Frauen	2,7	2,1	1,7	1,5	1,6	1,7
	Gesamt	2,4	1,8	1,4	1,4	1,5	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,9	1,5	1,3	1,4	1,9	2,7
	Frauen	3,8	2,4	1,9	1,8	2,0	2,5
	Gesamt	2,6	1,9	1,6	1,6	2,0	2,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	70,5	51,8	38,8	39,4	41,8	40,7
	Frauen	79,9	60,4	47,2	44,1	44,3	43,0
	Gesamt	74,1	55,7	42,8	41,7	43,1	41,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	23,3	18,2	12,8	11,9	12,6	13,6
	Frauen	27,9	20,9	12,8	10,6	10,4	11,7
	Gesamt	25,1	19,4	12,8	11,3	11,5	12,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,5	2,8	2,0	1,8	1,8	1,9
	Frauen	3,4	2,1	1,4	1,2	1,2	1,3
	Gesamt	3,5	2,5	1,7	1,5	1,5	1,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14,2	15,8	14,5	16,6	21,8	26,9
	Frauen	13,1	12,7	10,9	11,1	13,3	17,6
	Gesamt	13,8	14,4	12,7	13,9	17,5	22,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,1	1,1	0,9	1,0	1,3	1,5
	Frauen	10,2	7,1	5,0	4,4	4,3	4,3
	Gesamt	4,6	3,8	2,9	2,7	2,8	2,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,8	2,4	6,1	7,3	4,3	1,0
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15,4	9,6	5,8	5,3	5,7	5,9
	Frauen	22,3	14,4	9,7	8,4	7,8	7,6
	Gesamt	18,0	11,8	7,6	6,9	6,8	6,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28,7	21,9	14,2	11,6	11,3	11,9
	Frauen	15,4	11,1	7,2	5,8	5,9	7,0
	Gesamt	23,6	17,1	10,8	8,7	8,6	9,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,9	1,0	0,9	1,0	1,1	1,3
	Frauen	1,6	1,8	2,2	2,4	2,3	1,9
	Gesamt	1,2	1,4	1,5	1,7	1,7	1,6
Gesamt	Männer	203,7	157,9	115,5	113,9	124,6	132,0
	Frauen	230,6	177,1	134,5	124,6	123,8	127,3
	Gesamt	214,1	166,5	124,5	119,2	124,2	129,6

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	11,1	10,3	9,6	6,3	2,9	13,5
	Frauen	11,0	10,9	10,7	8,2	3,9	13,3
	Gesamt	11,0	10,6	10,1	7,1	3,3	13,4
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1,8	2,5	3,7	3,1	2,2	1,6
	Frauen	2,8	3,2	3,5	2,8	1,8	2,1
	Gesamt	2,3	2,9	3,6	3,0	2,0	1,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	0,8	1,1	1,4	1,2	0,7	0,7
	Frauen	0,8	0,9	1,0	0,8	0,5	0,7
	Gesamt	0,8	1,0	1,2	1,0	0,6	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	5,8	6,2	6,3	4,9	2,0	5,1
	Frauen	8,6	9,3	10,1	8,3	4,3	8,0
	Gesamt	7,2	7,7	8,1	6,3	2,8	6,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2,5	2,7	2,8	2,1	1,0	2,4
	Frauen	3,8	4,0	3,6	2,3	1,2	3,6
	Gesamt	3,1	3,3	3,2	2,2	1,0	3,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1,6	2,0	2,5	2,2	1,3	1,6
	Frauen	1,4	1,7	2,4	2,4	1,8	1,5
	Gesamt	1,5	1,9	2,4	2,3	1,5	1,5
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1,5	1,6	1,5	1,2	0,5	1,5
	Frauen	1,6	1,7	1,8	1,4	0,6	1,7
	Gesamt	1,6	1,6	1,7	1,3	0,6	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	4,0	5,7	7,8	7,1	4,7	3,5
	Frauen	3,3	4,2	5,3	5,3	3,6	3,0
	Gesamt	3,6	5,0	6,6	6,4	4,3	3,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	37,8	37,0	36,6	24,8	12,5	40,1
	Frauen	40,9	41,5	42,7	32,7	17,2	44,9
	Gesamt	39,4	39,2	39,4	28,0	14,2	42,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	14,7	16,2	17,4	11,5	4,9	14,6
	Frauen	13,2	14,8	16,3	12,3	5,3	13,7
	Gesamt	14,0	15,5	16,9	11,9	5,0	14,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2,0	2,1	2,2	1,5	0,7	2,1
	Frauen	1,5	1,7	1,8	1,3	0,8	1,5
	Gesamt	1,8	1,9	2,0	1,4	0,7	1,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	30,6	35,5	40,4	31,7	16,5	25,5
	Frauen	21,7	26,1	29,4	26,2	14,1	18,2
	Gesamt	26,2	30,8	35,3	29,5	15,6	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1,6	1,9	2,4	1,8	1,1	1,5
	Frauen	4,6	4,5	3,9	2,8	1,2	4,7
	Gesamt	3,1	3,2	3,1	2,2	1,1	3,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	0,1	0,0	0,0	0,0	-	2,4
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	6,3	6,8	7,8	5,9	3,1	6,8
	Frauen	7,6	8,0	8,5	7,3	3,3	8,9
	Gesamt	6,9	7,4	8,1	6,5	3,2	7,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	11,7	11,6	10,9	7,5	4,2	13,1
	Frauen	7,7	8,7	9,4	7,6	5,1	7,8
	Gesamt	9,7	10,1	10,2	7,5	4,5	10,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1,4	1,6	2,4	1,8	1,0	1,4
	Frauen	1,9	2,0	2,7	2,2	1,6	2,1
	Gesamt	1,7	1,8	2,5	2,0	1,2	1,7
Gesamt	Männer	135,5	144,9	156,1	115,0	59,4	135,0
	Frauen	132,8	143,5	153,4	124,4	66,4	138,7
	Gesamt	134,2	144,2	154,8	118,8	61,9	136,8

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.5.2 AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	111,4	93,0	71,5	73,3	76,3	77,9
	Frauen	122,8	99,3	75,2	67,0	69,1	70,6
	Gesamt	115,8	95,8	73,3	70,2	72,7	74,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4,7	9,8	12,5	16,4	21,2	31,5
	Frauen	5,1	9,2	15,8	25,7	44,8	80,5
	Gesamt	4,8	9,5	14,1	21,0	33,1	56,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2,2	2,1	2,5	3,7	6,9	9,4
	Frauen	3,3	6,7	5,6	6,7	9,0	14,3
	Gesamt	2,6	4,2	4,0	5,2	8,0	11,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	43,4	98,8	117,0	148,7	202,0	234,9
	Frauen	95,1	176,8	209,7	244,6	295,9	330,0
	Gesamt	63,3	133,8	161,1	196,2	249,3	282,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10,0	15,9	17,9	22,3	31,4	41,1
	Frauen	19,1	26,7	29,0	30,8	40,8	48,3
	Gesamt	13,5	20,7	23,2	26,5	36,1	44,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3,9	5,4	5,2	5,7	8,1	10,7
	Frauen	6,1	7,0	5,8	5,8	6,9	8,2
	Gesamt	4,7	6,1	5,5	5,8	7,5	9,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	9,2	7,7	8,0	10,8	12,6	14,7
	Frauen	10,7	10,3	10,7	11,5	14,4	18,1
	Gesamt	9,8	8,8	9,3	11,1	13,5	16,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8,1	10,4	15,3	19,2	32,1	53,6
	Frauen	14,0	14,7	19,6	21,4	29,4	39,6
	Gesamt	10,4	12,4	17,3	20,3	30,7	46,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	281,0	246,7	211,0	232,8	268,2	285,9
	Frauen	338,0	297,5	262,5	263,3	277,4	288,4
	Gesamt	303,0	269,5	235,5	247,9	272,8	287,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	86,5	82,2	69,9	69,7	83,9	98,6
	Frauen	114,5	98,0	69,8	60,9	59,8	71,3
	Gesamt	97,3	89,3	69,9	65,3	71,8	84,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	28,9	31,9	26,0	24,6	23,9	25,9
	Frauen	23,4	18,5	13,7	11,4	13,4	14,3
	Gesamt	26,8	25,9	20,1	18,0	18,6	20,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	91,6	155,3	181,2	234,8	342,4	479,3
	Frauen	93,6	127,0	139,3	166,8	232,8	347,1
	Gesamt	92,3	142,6	161,2	201,1	287,3	413,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6,9	8,5	8,6	9,8	13,2	16,1
	Frauen	37,7	32,4	34,1	35,3	37,1	43,4
	Gesamt	18,8	19,2	20,7	22,4	25,2	29,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	7,1	27,9	70,3	86,9	50,1	12,1
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	49,8	46,3	39,4	42,4	52,6	63,5
	Frauen	81,0	75,0	69,0	68,8	71,7	76,0
	Gesamt	61,8	59,2	53,5	55,5	62,2	69,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	292,4	292,4	223,5	205,2	215,1	253,7
	Frauen	128,2	124,2	96,4	87,2	97,6	127,9
	Gesamt	229,2	217,0	163,0	146,7	156,0	190,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	9,2	13,4	13,8	17,2	22,0	28,7
	Frauen	17,8	23,9	31,7	37,5	41,2	41,9
	Gesamt	12,5	18,1	22,4	27,3	31,7	35,3
Gesamt	Männer	1.041,4	1.124,0	1.026,7	1.141,1	1.416,7	1.731,2
	Frauen	1.122,8	1.182,2	1.164,8	1.238,3	1.397,5	1.639,7
	Gesamt	1.072,7	1.150,1	1.092,5	1.189,3	1.407,1	1.685,3

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.5.2 AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					gesamt
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	79,5	80,5	87,5	67,2	30,2	79,6
	Frauen	71,5	81,5	89,9	77,5	52,3	77,6
	Gesamt	75,5	81,0	88,6	71,4	38,1	78,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	48,2	79,3	141,2	148,1	116,6	49,9
	Frauen	116,3	156,7	171,4	187,6	192,3	83,7
	Gesamt	82,1	117,2	155,3	164,3	143,6	66,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16,4	22,8	30,6	31,0	25,4	12,9
	Frauen	15,6	18,5	19,6	23,1	26,1	12,6
	Gesamt	16,0	20,7	25,5	27,8	25,6	12,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	245,8	282,8	310,7	291,5	133,1	207,2
	Frauen	357,0	414,4	480,1	491,4	295,0	320,4
	Gesamt	301,1	347,3	389,6	373,1	190,8	261,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	45,1	57,7	70,4	75,6	43,5	39,5
	Frauen	57,8	71,3	76,7	64,6	34,3	48,5
	Gesamt	51,4	64,4	73,3	71,1	40,3	43,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	13,4	17,2	28,0	31,2	37,3	12,7
	Frauen	10,4	15,2	22,5	27,2	30,1	10,8
	Gesamt	11,9	16,2	25,4	29,6	34,7	11,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	16,7	20,2	22,5	25,2	23,2	14,8
	Frauen	16,4	20,3	23,5	22,0	20,9	15,9
	Gesamt	16,6	20,2	23,0	23,9	22,4	15,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	100,3	172,1	253,7	287,8	213,2	92,9
	Frauen	58,7	86,1	119,7	150,9	179,7	52,9
	Gesamt	79,6	129,9	191,4	231,9	201,2	73,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	288,8	318,8	356,1	287,9	204,4	276,7
	Frauen	295,0	335,6	378,3	343,6	230,3	300,6
	Gesamt	291,9	327,0	366,4	310,7	213,7	288,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	110,7	134,1	147,2	123,5	78,1	100,8
	Frauen	82,2	94,4	109,4	108,2	67,7	81,4
	Gesamt	96,5	114,6	129,6	117,2	74,4	91,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	29,6	31,7	37,4	31,9	16,5	28,9
	Frauen	18,0	22,0	22,9	19,0	19,7	16,9
	Gesamt	23,8	27,0	30,6	26,6	17,6	23,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	608,1	784,8	1.025,1	994,7	661,2	501,1
	Frauen	480,4	650,9	805,5	884,8	583,7	391,3
	Gesamt	544,6	719,1	922,8	949,9	633,6	448,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	20,6	27,5	36,7	39,6	28,7	18,7
	Frauen	56,7	56,4	50,9	42,8	32,3	43,9
	Gesamt	38,5	41,6	43,3	40,9	30,0	30,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	1,1	0,4	0,3	0,1	–	28,5
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	78,5	95,1	129,9	124,3	88,6	71,3
	Frauen	90,1	104,1	121,9	131,4	85,4	86,3
	Gesamt	84,3	99,5	126,1	127,2	87,5	78,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	259,2	283,3	287,4	234,5	174,7	251,8
	Frauen	160,3	208,9	258,8	240,4	291,8	148,5
	Gesamt	210,0	246,8	274,1	236,9	216,4	202,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	34,2	37,8	52,1	54,5	36,9	28,7
	Frauen	49,1	53,2	66,1	67,6	71,4	44,1
	Gesamt	41,6	45,4	58,6	59,9	49,1	36,1
Gesamt	Männer	2.000,4	2.451,8	3.025,0	2.857,5	1.916,1	1.792,8
	Frauen	1.945,0	2.397,7	2.825,9	2.891,0	2.214,5	1.771,5
	Gesamt	1.972,8	2.425,3	2.932,3	2.871,2	2.022,4	1.782,6

A.6 BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteil an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2013)

Wirtschaftsgruppe	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			Beschäftigte Gesamtdeutschland**			Anteil BKK in Prozent
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
Land- und Forstwirtschaft	1-3	8.743	5.633	14.376	159.992	76.418	236.410	6,1
Nahrung, Genuss	10-12	33.391	33.527	66.919	340.349	320.254	660.603	10,1
Textil, Bekleidung, Leder	13-15	7.333	8.005	15.338	56.287	65.308	121.595	12,6
Holz, Papier, Druck	16-18	39.984	13.881	53.865	284.195	98.165	382.360	14,1
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	7.824	1.852	9.676	91.223	17.989	109.212	8,9
Papiergewerbe	17	17.779	4.506	22.285	94.742	28.936	123.678	18,0
Druck	18	14.381	7.523	21.904	98.230	51.240	149.470	14,7
Chemie	19-22	124.808	49.487	174.295	592.736	243.813	836.549	20,8
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	4.692	880	5.572	19.827	4.355	24.182	23,0
Chemische Industrie	20-21	79.886	35.058	114.944	298.844	145.805	444.649	25,9
Gummi- und Kunststoffwaren	22	40.230	13.549	53.779	274.065	93.653	367.718	14,6
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	20.829	6.000	26.829	161.956	39.607	201.563	13,3
Metallerzeugung	24-25	126.610	26.520	153.130	893.988	182.757	1.076.745	14,2
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	52.926	6.709	59.634	264.274	35.803	300.077	19,9
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	73.684	19.811	93.495	629.714	146.954	776.668	12,0
Metallverarbeitung	26-30	638.068	154.624	792.692	2.217.856	544.588	2.762.444	28,7
Elektronische und elektro-technische Fertigung	26-27	132.658	57.048	189.706	544.308	223.505	767.813	24,7
Maschinenbau	28	161.862	32.773	194.635	837.043	161.134	998.177	19,5
Kfz-Bau	29	317.943	60.471	378.413	709.744	137.413	847.157	44,7
Sonstiger Fahrzeugbau	30	25.605	4.332	29.937	126.761	22.536	149.297	20,1
Möbel und sonstige Erzeugnisse	31-32	28.853	19.591	48.444	210.923	135.611	346.534	14,0
Energie- und Wasserwirtschaft	35-37	53.115	17.283	70.398	224.753	77.226	301.979	23,3
Abfallbeseitigung und Recycling	38-39	16.055	3.650	19.704	137.162	26.440	163.602	12,0
Baugewerbe	41-43	137.497	25.026	162.523	1.453.000	218.726	1.671.726	9,7
Handel	45-47	257.714	287.642	545.356	2.005.735	2.163.534	4.169.269	13,1
Kfz-Werkstätten	45	75.825	21.325	97.150	488.613	122.630	611.243	15,9
Großhandel	46	105.706	68.027	173.732	861.666	476.710	1.338.376	13,0
Einzelhandel	47	76.183	198.291	274.474	655.456	1.564.194	2.219.650	12,4
Verkehr	49-52	166.728	51.247	217.975	1.010.406	274.472	1.284.878	17,0
Landverkehr	49	85.573	17.299	102.872	466.630	82.558	549.188	18,7
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	50-52	81.155	33.948	115.103	543.776	191.914	735.690	15,6
Postdienste	53	31.296	39.718	71.014	125.789	102.930	228.719	31,0
Gastgewerbe	55-56	33.177	50.373	83.550	399.097	522.420	921.517	9,1
Verlage und Medien	58-60	11.910	15.707	27.617	119.201	122.386	241.587	11,4
Telekommunikation	61	19.144	4.443	23.587	54.015	18.522	72.537	32,5
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62-63	63.514	30.232	93.747	418.045	174.747	592.792	15,8
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64-66	80.163	121.106	201.269	440.377	563.211	1.003.588	20,1
Dienstleistungen	68-82	285.262	277.654	562.916	2.157.056	1.921.865	4.078.921	13,8
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	13.935	15.927	29.862	111.549	117.052	228.601	13,1
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	69-75	132.404	151.791	284.195	889.420	959.827	1.849.247	15,4
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	62.493	31.061	93.554	542.644	227.913	770.557	12,1
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79-82	76.431	78.875	155.306	613.443	617.073	1.230.516	12,6
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	66.142	116.764	182.906	621.502	1.059.754	1.681.256	10,9
Erziehung und Unterricht	85	33.323	89.893	123.216	342.771	782.266	1.125.037	11,0
Gesundheits- und Sozialwesen	86-88	74.263	351.087	425.350	736.638	3.024.946	3.761.584	11,3
Gesundheitswesen	86	37.749	210.866	248.615	412.807	1.780.955	2.193.762	11,3
Sozialwesen	87-88	36.514	140.221	176.735	323.831	1.243.991	1.567.822	11,3
Kultur, Sport und Unterhaltung	90-93	12.282	14.947	27.229	117.842	131.230	249.072	10,9
Gesamt		2.463.176	1.909.261	4.372.437	15.755.755	13.513.163	29.268.918	14,9

* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

** Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), Stichtag: 30. Juni 2013, Bundesagentur für Arbeit

A.7 AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt –
mit Gliederung nach Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2013)

Wirtschaftsgruppe	AU-Tage je beschäftigtem Pflichtmitglied			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied insgesamt			Frauenanteil der beschäftigten Mitglieder in Prozent	Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt
	Land- und Forstwirtschaft	13,4	15,7	14,3	13,1	15,6		14,1	39,2%	38,8
Nahrung, Genuss	17,4	18,7	18,1	16,7	18,6	17,6	50,1%	40,5	40,9	40,7
Textil, Bekleidung, Leder	17,9	16,4	17,1	16,2	16,1	16,2	52,2%	43,6	42,9	43,2
Holz, Papier, Druck	18,8	17,1	18,3	17,9	16,7	17,5	25,8%	43,0	42,2	42,8
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	17,5	14,4	16,9	17,1	14,3	16,6	19,1%	40,3	40,9	40,4
Papiergewerbe	19,3	16,7	18,7	18,1	16,1	17,7	20,2%	43,9	42,4	43,6
Druck	18,9	17,9	18,5	18,0	17,6	17,9	34,3%	43,4	42,4	43,0
Chemie	19,4	18,1	19,0	16,9	16,7	16,9	28,4%	43,8	42,1	43,3
Kokerei, Mineralölverarbeitung	15,7	15,8	15,7	13,6	14,1	13,7	15,8%	44,6	41,1	44,1
Chemische Industrie	19,7	17,6	19,0	16,7	15,9	16,5	30,5%	44,3	41,8	43,6
Gummi- und Kunststoffwaren	19,2	19,3	19,3	17,8	18,7	18,0	25,2%	42,5	43,0	42,6
Glas, Keramik, Steine/Erden	20,1	17,3	19,4	18,7	16,9	18,3	22,4%	44,0	43,2	43,8
Metallerzeugung	19,8	16,8	19,2	18,5	16,3	18,1	17,3%	42,3	42,7	42,4
Metallerzeugung und -bearbeitung	22,0	16,3	21,4	20,3	15,2	19,7	11,3%	44,2	42,4	44,0
Herstellung von Metallernzeugnissen	18,2	17,0	17,9	17,2	16,6	17,0	21,2%	41,0	42,8	41,4
Metallverarbeitung	18,1	18,8	18,3	15,3	17,2	15,7	19,5%	42,9	41,4	42,6
Elektronische und elektro- technische Fertigung	15,8	19,9	17,3	12,9	18,5	14,6	30,1%	43,0	43,4	43,1
Maschinenbau	17,4	14,3	16,8	15,3	13,5	15,0	16,8%	42,0	40,8	41,8
Kfz-Bau	19,1	20,4	19,3	16,1	18,1	16,4	16,0%	43,4	39,9	42,8
Sonstiger Fahrzeugbau	21,3	17,4	20,7	17,6	15,3	17,3	14,5%	43,4	40,8	43,0
Möbel und sonstige Erzeugnisse	16,3	17,6	16,9	15,0	17,3	15,9	40,4%	40,9	41,2	41,0
Energie- und Wasserwirtschaft	16,6	15,7	16,3	14,5	15,5	14,8	24,6%	44,8	41,7	44,1
Abfallbeseitigung und Recycling	24,9	17,5	23,5	24,1	17,4	22,9	18,5%	44,6	41,9	44,1
Baugewerbe	18,8	12,2	17,7	18,4	12,2	17,4	15,4%	39,3	41,5	39,6
Handel	14,9	16,7	15,9	14,1	16,5	15,4	52,7%	39,2	40,3	39,8
Kfz-Werkstätten	15,7	13,9	15,3	15,2	13,8	14,9	22,0%	37,7	38,4	37,9
Großhandel	14,7	14,4	14,6	13,5	14,2	13,8	39,2%	41,5	40,9	41,2
Einzelhandel	14,3	17,7	16,8	14,0	17,7	16,6	72,2%	37,4	40,3	39,5
Verkehr	22,1	21,2	21,8	21,5	20,9	21,3	23,5%	44,3	41,6	43,7
Landverkehr	23,2	25,8	23,6	22,9	25,5	23,4	16,8%	45,5	42,9	45,1
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	20,7	18,8	20,1	19,9	18,5	19,5	29,5%	43,0	40,9	42,4
Postdienste	20,4	28,1	24,7	20,2	28,0	24,5	55,9%	43,0	48,0	45,8
Gastgewerbe	12,4	17,2	15,3	12,4	17,2	15,3	60,3%	36,1	38,2	37,4
Verlage und Medien	8,5	11,6	10,5	8,1	11,4	9,9	56,9%	40,8	40,6	40,7
Telekommunikation	16,9	18,7	17,2	15,2	18,0	15,7	18,8%	46,1	40,8	45,1
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	9,1	12,8	10,6	8,2	12,4	9,6	32,2%	40,1	39,9	40,1
Kredit- und Versicherungsgewerbe	11,2	13,8	13,0	9,9	13,5	12,0	60,2%	41,1	40,6	40,8
Dienstleistungen	15,6	15,7	15,6	13,9	15,2	14,6	49,3%	40,7	40,2	40,4
Grundstücks- und Wohnungswesen	15,5	14,9	15,2	14,1	14,7	14,5	53,3%	45,1	42,5	43,7
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	10,5	11,7	11,3	9,2	11,5	10,4	53,4%	40,8	39,3	40,0
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	18,5	20,7	19,2	18,3	20,6	19,1	33,2%	37,4	38,2	37,7
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	19,0	20,6	19,8	18,4	20,4	19,4	50,8%	42,2	42,3	42,3
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	20,5	20,5	20,5	20,1	20,6	20,4	63,8%	44,9	43,5	44,0
Erziehung und Unterricht	11,1	15,2	14,1	10,7	15,1	13,9	73,0%	37,3	40,4	39,6
Gesundheits- und Sozialwesen	16,2	17,9	17,6	15,6	17,8	17,4	82,5%	40,5	40,0	40,1
Gesundheitswesen	15,4	15,0	15,1	14,6	14,9	14,9	84,8%	40,2	38,7	38,9
Sozialwesen	17,0	22,2	21,1	16,6	22,1	21,0	79,3%	40,8	42,0	41,7
Kultur, Sport und Unterhaltung	14,5	16,7	15,7	14,2	16,5	15,5	54,9%	39,7	40,3	40,0
Gesamt	17,7	17,5	17,6	15,8	17,0	16,3	43,7%	42,0	41,0	41,6

A.8 AU-Kennzahlen der Beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.1 Land- und Forstwirtschaft

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	783	3.898	8,96	44,6	5,0
	Frauen	521	3.951	9,25	70,1	7,6
	Gesamt	1.304	7.849	9,07	54,6	6,0
Neubildungen (C00-D48)	Männer	101	5.403	1,16	61,8	53,5
	Frauen	109	4.362	1,93	77,4	40,0
	Gesamt	210	9.765	1,46	67,9	46,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	35	1.114	0,40	12,7	31,8
	Frauen	38	865	0,67	15,4	22,8
	Gesamt	73	1.979	0,51	13,8	27,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	196	7.257	2,24	83,0	37,0
	Frauen	306	11.232	5,43	199,4	36,7
	Gesamt	502	18.489	3,49	128,6	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	111	2.843	1,27	32,5	25,6
	Frauen	169	1.765	3,00	31,3	10,4
	Gesamt	280	4.608	1,95	32,1	16,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	96	521	1,10	6,0	5,4
	Frauen	60	342	1,07	6,1	5,7
	Gesamt	156	863	1,09	6,0	5,5
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	89	903	1,02	10,3	10,2
	Frauen	72	790	1,28	14,0	11,0
	Gesamt	161	1.693	1,12	11,8	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	205	5.224	2,34	59,8	25,5
	Frauen	147	2.904	2,61	51,6	19,8
	Gesamt	352	8.128	2,45	56,5	23,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.108	14.060	24,11	160,8	6,7
	Frauen	1.829	12.302	32,47	218,4	6,7
	Gesamt	3.937	26.362	27,39	183,4	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	961	9.627	10,99	110,1	10,0
	Frauen	576	3.288	10,23	58,4	5,7
	Gesamt	1.537	12.915	10,69	89,8	8,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	134	1.803	1,53	20,6	13,5
	Frauen	67	563	1,19	10,0	8,4
	Gesamt	201	2.366	1,40	16,5	11,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.444	29.132	16,52	333,2	20,2
	Frauen	985	22.583	17,49	400,9	22,9
	Gesamt	2.429	51.715	16,90	359,7	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	95	911	1,09	10,4	9,6
	Frauen	209	3.352	3,71	59,5	16,0
	Gesamt	304	4.263	2,11	29,7	14,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	93	1.099	1,65	19,5	11,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	384	4.573	4,39	52,3	11,9
	Frauen	391	4.048	6,94	71,9	10,4
	Gesamt	775	8.621	5,39	60,0	11,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	1.259	25.026	14,40	286,3	19,9
	Frauen	603	13.055	10,70	231,8	21,7
	Gesamt	1.862	38.081	12,95	264,9	20,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	72	1.635	0,82	18,7	22,7
	Frauen	85	1.220	1,51	21,7	14,4
	Gesamt	157	2.855	1,09	19,9	18,2
Gesamt	Männer	8.086	114.528	92,49	1.310,0	14,2
	Frauen	6.279	88.041	111,47	1.562,9	14,0
	Gesamt	14.365	202.569	99,92	1.409,1	14,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	718	14.827	8,21	169,6	20,7
	Frauen	271	6.994	4,81	124,2	25,8
	Gesamt	989	21.821	6,88	151,8	22,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.2 Nahrung, Genuss

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.174	24.373	12,50	73,0	5,8
	Frauen	4.005	25.840	11,95	77,1	6,5
	Gesamt	8.179	50.213	12,22	75,0	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	460	13.843	1,38	41,5	30,1
	Frauen	605	28.877	1,80	86,1	47,7
	Gesamt	1.065	42.720	1,59	63,8	40,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	179	2.860	0,54	8,6	16,0
	Frauen	218	3.796	0,65	11,3	17,4
	Gesamt	397	6.656	0,59	10,0	16,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.311	51.842	3,93	155,3	39,5
	Frauen	2.147	92.906	6,40	277,1	43,3
	Gesamt	3.458	144.748	5,17	216,3	41,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	643	11.106	1,93	33,3	17,3
	Frauen	1.037	20.991	3,09	62,6	20,2
	Gesamt	1.680	32.097	2,51	48,0	19,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	404	3.170	1,21	9,5	7,9
	Frauen	374	3.017	1,12	9,0	8,1
	Gesamt	778	6.187	1,16	9,3	8,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	362	2.969	1,08	8,9	8,2
	Frauen	458	6.133	1,37	18,3	13,4
	Gesamt	820	9.102	1,23	13,6	11,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.085	29.393	3,25	88,0	27,1
	Frauen	1.084	21.672	3,23	64,6	20,0
	Gesamt	2.169	51.065	3,24	76,3	23,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	11.096	76.191	33,23	228,2	6,9
	Frauen	11.683	85.948	34,85	256,4	7,4
	Gesamt	22.779	162.139	34,04	242,3	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.411	32.549	13,21	97,5	7,4
	Frauen	4.264	27.208	12,72	81,2	6,4
	Gesamt	8.675	59.757	12,96	89,3	6,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	681	10.590	2,04	31,7	15,6
	Frauen	594	7.573	1,77	22,6	12,8
	Gesamt	1.275	18.163	1,91	27,1	14,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.775	167.392	23,28	501,3	21,5
	Frauen	6.533	166.244	19,49	495,8	25,5
	Gesamt	14.308	333.636	21,38	498,6	23,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	471	5.597	1,41	16,8	11,9
	Frauen	1.289	13.784	3,84	41,1	10,7
	Gesamt	1.760	19.381	2,63	29,0	11,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	787	10.360	2,35	30,9	13,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.947	22.944	5,83	68,7	11,8
	Frauen	2.734	28.264	8,15	84,3	10,3
	Gesamt	4.681	51.208	7,00	76,5	10,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.589	91.445	13,74	273,9	19,9
	Frauen	3.174	63.257	9,47	188,7	19,9
	Gesamt	7.763	154.702	11,60	231,2	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	410	9.609	1,23	28,8	23,4
	Frauen	643	13.956	1,92	41,6	21,7
	Gesamt	1.053	23.565	1,57	35,2	22,4
Gesamt	Männer	40.087	556.875	120,05	1.667,7	13,9
	Frauen	41.741	621.939	124,50	1.855,0	14,9
	Gesamt	81.828	1.178.814	122,28	1.761,6	14,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.910	36.249	5,72	108,6	19,0
	Frauen	1.176	21.072	3,51	62,9	17,9
	Gesamt	3.086	57.321	4,61	85,7	18,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.3 Textil, Bekleidung, Leder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	910	4.920	12,41	67,1	5,4
	Frauen	938	4.839	11,72	60,5	5,2
	Gesamt	1.848	9.759	12,05	63,6	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	120	3.845	1,64	52,4	32,0
	Frauen	192	7.441	2,40	93,0	38,8
	Gesamt	312	11.286	2,03	73,6	36,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	46	530	0,63	7,2	11,5
	Frauen	49	571	0,61	7,1	11,7
	Gesamt	95	1.101	0,62	7,2	11,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	348	12.848	4,75	175,2	36,9
	Frauen	510	20.434	6,37	255,3	40,1
	Gesamt	858	33.282	5,59	217,0	38,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	162	2.194	2,21	29,9	13,5
	Frauen	300	4.568	3,75	57,1	15,2
	Gesamt	462	6.762	3,01	44,1	14,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	135	1.346	1,84	18,4	10,0
	Frauen	110	525	1,37	6,6	4,8
	Gesamt	245	1.871	1,60	12,2	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	93	667	1,27	9,1	7,2
	Frauen	99	798	1,24	10,0	8,1
	Gesamt	192	1.465	1,25	9,6	7,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	235	8.526	3,20	116,3	36,3
	Frauen	239	4.670	2,99	58,3	19,5
	Gesamt	474	13.196	3,09	86,0	27,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	2.594	16.455	35,37	224,4	6,3
	Frauen	3.164	19.827	39,53	247,7	6,3
	Gesamt	5.758	36.282	37,54	236,6	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.031	7.478	14,06	102,0	7,3
	Frauen	1.017	6.201	12,70	77,5	6,1
	Gesamt	2.048	13.679	13,35	89,2	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	119	1.719	1,62	23,4	14,5
	Frauen	107	785	1,34	9,8	7,3
	Gesamt	226	2.504	1,47	16,3	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	1.880	35.999	25,64	490,9	19,2
	Frauen	1.547	32.086	19,33	400,8	20,7
	Gesamt	3.427	68.085	22,34	443,9	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	106	1.595	1,45	21,8	15,1
	Frauen	349	2.631	4,36	32,9	7,5
	Gesamt	455	4.226	2,97	27,6	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	150	1.794	1,87	22,4	12,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	465	3.846	6,34	52,5	8,3
	Frauen	702	6.279	8,77	78,4	8,9
	Gesamt	1.167	10.125	7,61	66,0	8,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	807	14.548	11,00	198,4	18,0
	Frauen	603	10.860	7,53	135,7	18,0
	Gesamt	1.410	25.408	9,19	165,7	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	94	2.194	1,28	29,9	23,3
	Frauen	162	3.834	2,02	47,9	23,7
	Gesamt	256	6.028	1,67	39,3	23,6
Gesamt	Männer	9.162	118.992	124,94	1.622,6	13,0
	Frauen	10.266	128.960	128,25	1.611,0	12,6
	Gesamt	19.428	247.952	126,66	1.616,6	12,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	276	4.438	3,76	60,5	16,1
	Frauen	149	2.689	1,86	33,6	18,1
	Gesamt	425	7.127	2,77	46,5	16,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.4 Holz, Papier, Druck

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.206	29.478	13,02	73,7	5,7
	Frauen	1.767	10.272	12,73	74,0	5,8
	Gesamt	6.973	39.750	12,95	73,8	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	762	22.886	1,91	57,2	30,0
	Frauen	329	10.893	2,37	78,5	33,1
	Gesamt	1.091	33.779	2,03	62,7	31,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten (E00–E90)	Männer	269	6.019	0,67	15,1	22,4
	Frauen	71	988	0,51	7,1	13,9
	Gesamt	340	7.007	0,63	13,0	20,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.909	76.036	4,77	190,2	39,8
	Frauen	1.000	37.569	7,20	270,7	37,6
	Gesamt	2.909	113.605	5,40	210,9	39,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	963	17.467	2,41	43,7	18,1
	Frauen	520	8.193	3,75	59,0	15,8
	Gesamt	1.483	25.660	2,75	47,6	17,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	604	5.749	1,51	14,4	9,5
	Frauen	205	1.712	1,48	12,3	8,4
	Gesamt	809	7.461	1,50	13,9	9,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	604	5.663	1,51	14,2	9,4
	Frauen	196	1.617	1,41	11,7	8,3
	Gesamt	800	7.280	1,49	13,9	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.396	38.445	3,49	96,2	27,5
	Frauen	461	6.789	3,32	48,9	14,7
	Gesamt	1.857	45.234	3,45	84,0	24,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.583	105.193	38,97	270,9	6,8
	Frauen	5.722	37.603	41,22	270,9	6,6
	Gesamt	21.305	142.796	39,55	265,1	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.976	38.537	14,95	96,4	6,5
	Frauen	2.044	10.303	14,72	74,2	5,0
	Gesamt	8.020	48.840	14,89	90,7	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	776	9.144	1,94	22,9	11,8
	Frauen	186	1.782	1,34	12,8	9,6
	Gesamt	962	10.926	1,79	20,3	11,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.248	209.942	28,13	525,1	18,7
	Frauen	2.599	58.149	18,72	418,9	22,4
	Gesamt	13.847	268.091	25,71	497,7	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	587	7.230	1,47	18,1	12,3
	Frauen	590	5.927	4,25	42,7	10,1
	Gesamt	1.177	13.157	2,19	24,4	11,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	276	3.080	1,99	22,2	11,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.711	30.234	6,78	75,6	11,2
	Frauen	1.185	11.073	8,54	79,8	9,3
	Gesamt	3.896	41.307	7,23	76,7	10,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.531	97.398	13,83	243,6	17,6
	Frauen	1.060	20.061	7,64	144,5	18,9
	Gesamt	6.591	117.459	12,24	218,1	17,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	552	12.659	1,38	31,7	22,9
	Frauen	255	4.502	1,84	32,4	17,7
	Gesamt	807	17.161	1,50	31,9	21,3
Gesamt	Männer	54.786	713.549	137,02	1.784,6	13,0
	Frauen	18.513	231.344	133,37	1.666,6	12,5
	Gesamt	73.299	944.893	136,08	1.754,2	12,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.966	33.835	4,92	84,6	17,2
	Frauen	322	5.803	2,32	41,8	18,0
	Gesamt	2.288	39.638	4,25	73,6	17,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.5 Chemie

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	16.830	100.814	13,48	80,8	6,0
	Frauen	6.629	37.808	13,40	76,4	5,7
	Gesamt	23.459	138.622	13,46	79,5	5,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	2.403	66.137	1,93	53,0	27,5
	Frauen	1.145	44.089	2,31	89,1	38,5
	Gesamt	3.548	110.226	2,04	63,2	31,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	825	15.340	0,66	12,3	18,6
	Frauen	379	6.122	0,77	12,4	16,2
	Gesamt	1.204	21.462	0,69	12,3	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	5.914	202.050	4,74	161,9	34,2
	Frauen	3.771	122.458	7,62	247,5	32,5
	Gesamt	9.685	324.508	5,56	186,2	33,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.133	42.099	2,51	33,7	13,4
	Frauen	1.980	22.808	4,00	46,1	11,5
	Gesamt	5.113	64.907	2,93	37,2	12,7
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	2.000	15.319	1,60	12,3	7,7
	Frauen	853	6.327	1,72	12,8	7,4
	Gesamt	2.853	21.646	1,64	12,4	7,6
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.980	19.337	1,59	15,5	9,8
	Frauen	877	7.786	1,77	15,7	8,9
	Gesamt	2.857	27.123	1,64	15,6	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	4.813	111.965	3,86	89,7	23,3
	Frauen	1.675	24.954	3,38	50,4	14,9
	Gesamt	6.488	136.919	3,72	78,6	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	54.261	383.524	43,48	307,3	7,1
	Frauen	24.092	158.792	48,68	320,9	6,6
	Gesamt	78.353	542.316	44,95	311,2	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	18.610	125.289	14,91	100,4	6,7
	Frauen	7.353	35.453	14,86	71,6	4,8
	Gesamt	25.963	160.742	14,90	92,2	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.738	34.929	2,19	28,0	12,8
	Frauen	829	8.716	1,68	17,6	10,5
	Gesamt	3.567	43.645	2,05	25,0	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	33.289	596.960	26,67	478,3	17,9
	Frauen	10.027	179.450	20,26	362,6	17,9
	Gesamt	43.316	776.410	24,85	445,5	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	2.091	23.561	1,68	18,9	11,3
	Frauen	2.338	18.570	4,72	37,5	7,9
	Gesamt	4.429	42.131	2,54	24,2	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.173	12.251	2,37	24,8	10,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	8.548	89.923	6,85	72,1	10,5
	Frauen	4.697	42.854	9,49	86,6	9,1
	Gesamt	13.245	132.777	7,60	76,2	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	13.337	243.832	10,69	195,4	18,3
	Frauen	3.719	69.175	7,52	139,8	18,6
	Gesamt	17.056	313.007	9,79	179,6	18,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.704	34.949	1,37	28,0	20,5
	Frauen	1.047	22.046	2,12	44,6	21,1
	Gesamt	2.751	56.995	1,58	32,7	20,7
Gesamt	Männer	172.817	2.112.918	138,47	1.692,9	12,2
	Frauen	72.769	824.296	147,05	1.665,7	11,3
	Gesamt	245.586	2.937.214	140,90	1.685,2	12,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.119	53.897	2,50	43,2	17,3
	Frauen	807	13.290	1,63	26,9	16,5
	Gesamt	3.926	67.187	2,25	38,6	17,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.6 Glas, Keramik, Steine/Erden

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.410	14.165	11,57	68,0	5,9
	Frauen	695	3.811	11,58	63,5	5,5
	Gesamt	3.105	17.976	11,57	67,0	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	436	14.130	2,09	67,8	32,4
	Frauen	133	5.377	2,22	89,6	40,4
	Gesamt	569	19.507	2,12	72,7	34,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten (E00–E90)	Männer	129	2.640	0,62	12,7	20,5
	Frauen	46	639	0,77	10,7	13,9
	Gesamt	175	3.279	0,65	12,2	18,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	790	28.847	3,79	138,5	36,5
	Frauen	369	12.265	6,15	204,4	33,2
	Gesamt	1.159	41.112	4,32	153,2	35,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	470	10.045	2,26	48,2	21,4
	Frauen	234	4.156	3,90	69,3	17,8
	Gesamt	704	14.201	2,62	52,9	20,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	380	2.817	1,82	13,5	7,4
	Frauen	98	946	1,63	15,8	9,7
	Gesamt	478	3.763	1,78	14,0	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	266	2.925	1,28	14,0	11,0
	Frauen	92	793	1,53	13,2	8,6
	Gesamt	358	3.718	1,33	13,9	10,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	787	20.220	3,78	97,1	25,7
	Frauen	185	3.033	3,08	50,6	16,4
	Gesamt	972	23.253	3,62	86,7	23,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.860	55.267	37,74	265,3	7,0
	Frauen	2.611	17.273	43,51	287,9	6,6
	Gesamt	10.471	72.540	39,03	270,4	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.030	20.789	14,55	99,8	6,9
	Frauen	871	4.800	14,52	80,0	5,5
	Gesamt	3.901	25.589	14,54	95,4	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	475	6.684	2,28	32,1	14,1
	Frauen	106	847	1,77	14,1	8,0
	Gesamt	581	7.531	2,17	28,1	13,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.206	124.859	29,80	599,5	20,1
	Frauen	1.217	26.874	20,28	447,9	22,1
	Gesamt	7.423	151.733	27,67	565,6	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	282	3.656	1,35	17,6	13,0
	Frauen	269	2.225	4,48	37,1	8,3
	Gesamt	551	5.881	2,05	21,9	10,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	99	930	1,65	15,5	9,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.373	16.155	6,59	77,6	11,8
	Frauen	504	5.237	8,40	87,3	10,4
	Gesamt	1.877	21.392	7,00	79,7	11,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.957	60.017	14,20	288,2	20,3
	Frauen	473	9.787	7,88	163,1	20,7
	Gesamt	3.430	69.804	12,78	260,2	20,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	252	5.567	1,21	26,7	22,1
	Frauen	106	2.110	1,77	35,2	19,9
	Gesamt	358	7.677	1,33	28,6	21,4
Gesamt	Männer	28.159	389.928	135,19	1.872,1	13,9
	Frauen	8.128	101.254	135,46	1.687,5	12,5
	Gesamt	36.287	491.182	135,25	1.830,8	13,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.232	25.231	5,91	121,1	20,5
	Frauen	136	2.992	2,27	49,9	22,0
	Gesamt	1.368	28.223	5,10	105,2	20,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.7 Metallerzeugung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	16.729	96.240	13,21	76,0	5,8
	Frauen	3.294	20.342	12,42	76,7	6,2
	Gesamt	20.023	116.582	13,08	76,1	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.204	59.506	1,74	47,0	27,0
	Frauen	577	22.521	2,18	84,9	39,0
	Gesamt	2.781	82.027	1,82	53,6	29,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	853	17.603	0,67	13,9	20,6
	Frauen	186	2.764	0,70	10,4	14,9
	Gesamt	1.039	20.367	0,68	13,3	19,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.277	194.143	4,17	153,3	36,8
	Frauen	1.773	60.081	6,69	226,6	33,9
	Gesamt	7.050	254.224	4,60	166,0	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.982	51.334	2,36	40,6	17,2
	Frauen	972	12.406	3,67	46,8	12,8
	Gesamt	3.954	63.740	2,58	41,6	16,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.356	18.638	1,86	14,7	7,9
	Frauen	507	3.629	1,91	13,7	7,2
	Gesamt	2.863	22.267	1,87	14,5	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.834	19.527	1,45	15,4	10,7
	Frauen	381	4.087	1,44	15,4	10,7
	Gesamt	2.215	23.614	1,45	15,4	10,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.981	124.585	3,93	98,4	25,0
	Frauen	879	13.050	3,31	49,2	14,9
	Gesamt	5.860	137.635	3,83	89,9	23,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	52.322	372.523	41,33	294,2	7,1
	Frauen	11.156	72.702	42,07	274,1	6,5
	Gesamt	63.478	445.225	41,45	290,8	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	19.021	128.450	15,02	101,5	6,8
	Frauen	3.842	21.341	14,49	80,5	5,6
	Gesamt	22.863	149.791	14,93	97,8	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.860	43.206	2,26	34,1	15,1
	Frauen	414	4.371	1,56	16,5	10,6
	Gesamt	3.274	47.577	2,14	31,1	14,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	36.900	690.462	29,14	545,4	18,7
	Frauen	5.292	106.863	19,95	403,0	20,2
	Gesamt	42.192	797.325	27,55	520,7	18,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.927	24.871	1,52	19,6	12,9
	Frauen	1.251	10.275	4,72	38,7	8,2
	Gesamt	3.178	35.146	2,08	23,0	11,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	534	5.892	2,01	22,2	11,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	8.875	99.803	7,01	78,8	11,3
	Frauen	2.352	21.887	8,87	82,5	9,3
	Gesamt	11.227	121.690	7,33	79,5	10,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	19.083	349.618	15,07	276,1	18,3
	Frauen	2.012	38.015	7,59	143,4	18,9
	Gesamt	21.095	387.633	13,78	253,1	18,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.751	39.361	1,38	31,1	22,5
	Frauen	562	8.849	2,12	33,4	15,8
	Gesamt	2.313	48.210	1,51	31,5	20,8
Gesamt	Männer	180.310	2.338.812	142,41	1.847,3	13,0
	Frauen	36.065	430.841	135,99	1.624,6	12,0
	Gesamt	216.375	2.769.653	141,30	1.808,7	12,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	7.443	121.622	5,88	96,1	16,3
	Frauen	529	9.302	1,99	35,1	17,6
	Gesamt	7.972	130.924	5,21	85,5	16,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.8 Metallverarbeitung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	80.189	447.531	12,57	70,1	5,6
	Frauen	20.712	117.185	13,40	75,8	5,7
	Gesamt	100.901	564.716	12,73	71,2	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	12.120	306.050	1,90	48,0	25,3
	Frauen	3.776	121.410	2,44	78,5	32,2
	Gesamt	15.896	427.460	2,01	53,9	26,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.990	63.631	0,63	10,0	16,0
	Frauen	1.191	17.726	0,77	11,5	14,9
	Gesamt	5.181	81.357	0,65	10,3	15,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	27.086	889.673	4,25	139,4	32,9
	Frauen	11.794	374.541	7,63	242,2	31,8
	Gesamt	38.880	1.264.214	4,90	159,5	32,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	14.242	205.530	2,23	32,2	14,4
	Frauen	6.518	76.148	4,22	49,3	11,7
	Gesamt	20.760	281.678	2,62	35,5	13,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	10.320	71.045	1,62	11,1	6,9
	Frauen	2.643	18.178	1,71	11,8	6,9
	Gesamt	12.963	89.223	1,64	11,3	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	9.601	83.577	1,50	13,1	8,7
	Frauen	2.808	25.537	1,82	16,5	9,1
	Gesamt	12.409	109.114	1,57	13,8	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	22.832	497.536	3,58	78,0	21,8
	Frauen	5.347	83.848	3,46	54,2	15,7
	Gesamt	28.179	581.384	3,55	73,3	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	263.155	1.720.019	41,24	269,6	6,5
	Frauen	75.387	489.471	48,75	316,6	6,5
	Gesamt	338.542	2.209.490	42,71	278,7	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	93.380	582.368	14,63	91,3	6,2
	Frauen	23.675	125.397	15,31	81,1	5,3
	Gesamt	117.055	707.765	14,77	89,3	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	12.823	159.461	2,01	25,0	12,4
	Frauen	2.676	26.831	1,73	17,4	10,0
	Gesamt	15.499	186.292	1,96	23,5	12,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	160.783	2.787.684	25,20	436,9	17,3
	Frauen	34.607	665.352	22,38	430,3	19,2
	Gesamt	195.390	3.453.036	24,65	435,6	17,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	9.811	109.935	1,54	17,2	11,2
	Frauen	7.836	67.930	5,07	43,9	8,7
	Gesamt	17.647	177.865	2,23	22,4	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	3.596	37.625	2,33	24,3	10,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	42.239	388.067	6,62	60,8	9,2
	Frauen	15.672	131.448	10,14	85,0	8,4
	Gesamt	57.911	519.515	7,31	65,5	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	71.261	1.283.308	11,17	201,1	18,0
	Frauen	12.381	215.857	8,01	139,6	17,4
	Gesamt	83.642	1.499.165	10,55	189,1	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.303	143.680	1,30	22,5	17,3
	Frauen	3.352	57.930	2,17	37,5	17,3
	Gesamt	11.655	201.610	1,47	25,4	17,3
Gesamt	Männer	843.771	9.769.604	132,24	1.531,1	11,6
	Frauen	234.566	2.662.579	151,70	1.722,0	11,4
	Gesamt	1.078.337	12.432.183	136,03	1.568,4	11,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	18.525	291.747	2,90	45,7	15,8
	Frauen	2.675	40.577	1,73	26,2	15,2
	Gesamt	21.200	332.324	2,67	41,9	15,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.9 Möbel u. sonstige Erzeugnisse

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.264	22.326	14,78	77,4	5,2
	Frauen	2.936	16.078	14,99	82,1	5,5
	Gesamt	7.200	38.404	14,86	79,3	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	533	12.445	1,85	43,1	23,4
	Frauen	432	17.995	2,21	91,9	41,7
	Gesamt	965	30.440	1,99	62,8	31,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	185	2.051	0,64	7,1	11,1
	Frauen	136	2.665	0,69	13,6	19,6
	Gesamt	321	4.716	0,66	9,7	14,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.262	44.593	4,37	154,6	35,3
	Frauen	1.544	58.777	7,88	300,0	38,1
	Gesamt	2.806	103.370	5,79	213,4	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	701	10.427	2,43	36,1	14,9
	Frauen	933	11.101	4,76	56,7	11,9
	Gesamt	1.634	21.528	3,37	44,4	13,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	466	3.547	1,62	12,3	7,6
	Frauen	343	1.921	1,75	9,8	5,6
	Gesamt	809	5.468	1,67	11,3	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	399	3.287	1,38	11,4	8,2
	Frauen	335	2.819	1,71	14,4	8,4
	Gesamt	734	6.106	1,52	12,6	8,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	943	22.820	3,27	79,1	24,2
	Frauen	604	8.961	3,08	45,7	14,8
	Gesamt	1.547	31.781	3,19	65,6	20,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.300	73.792	42,63	255,8	6,0
	Frauen	9.160	57.956	46,76	295,8	6,3
	Gesamt	21.460	131.748	44,30	272,0	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.569	26.447	15,84	91,7	5,8
	Frauen	3.042	14.742	15,53	75,3	4,9
	Gesamt	7.611	41.189	15,71	85,0	5,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	558	7.099	1,93	24,6	12,7
	Frauen	329	2.372	1,68	12,1	7,2
	Gesamt	887	9.471	1,83	19,6	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.020	115.303	24,33	399,6	16,4
	Frauen	3.885	72.149	19,83	368,3	18,6
	Gesamt	10.905	187.452	22,51	386,9	17,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	427	4.052	1,48	14,0	9,5
	Frauen	1.015	9.791	5,18	50,0	9,7
	Gesamt	1.442	13.843	2,98	28,6	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	435	4.575	2,22	23,4	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.062	15.362	7,15	53,2	7,5
	Frauen	1.845	16.930	9,42	86,4	9,2
	Gesamt	3.907	32.292	8,06	66,7	8,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.717	61.124	12,88	211,9	16,4
	Frauen	1.560	30.589	7,96	156,1	19,6
	Gesamt	5.277	91.713	10,89	189,3	17,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	325	7.156	1,13	24,8	22,0
	Frauen	423	7.555	2,16	38,6	17,9
	Gesamt	748	14.711	1,54	30,4	19,7
Gesamt	Männer	39.803	433.396	137,95	1.502,1	10,9
	Frauen	29.031	337.889	148,18	1.724,7	11,6
	Gesamt	68.834	771.285	142,09	1.592,1	11,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.227	18.581	4,25	64,4	15,1
	Frauen	426	7.387	2,17	37,7	17,3
	Gesamt	1.653	25.968	3,41	53,6	15,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.10 Energie- und Wasserwirtschaft

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.230	37.690	11,73	71,0	6,1
	Frauen	2.343	12.766	13,56	73,9	5,5
	Gesamt	8.573	50.456	12,18	71,7	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.150	25.911	2,17	48,8	22,5
	Frauen	542	18.631	3,14	107,8	34,4
	Gesamt	1.692	44.542	2,40	63,3	26,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	354	6.220	0,67	11,7	17,6
	Frauen	142	2.124	0,82	12,3	15,0
	Gesamt	496	8.344	0,70	11,9	16,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.072	83.468	3,90	157,2	40,3
	Frauen	1.350	43.956	7,81	254,3	32,6
	Gesamt	3.422	127.424	4,86	181,0	37,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.087	13.884	2,05	26,1	12,8
	Frauen	718	6.326	4,15	36,6	8,8
	Gesamt	1.805	20.210	2,56	28,7	11,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	922	7.076	1,74	13,3	7,7
	Frauen	332	2.212	1,92	12,8	6,7
	Gesamt	1.254	9.288	1,78	13,2	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	830	8.557	1,56	16,1	10,3
	Frauen	325	2.617	1,88	15,1	8,1
	Gesamt	1.155	11.174	1,64	15,9	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.775	42.915	3,34	80,8	24,2
	Frauen	563	7.772	3,26	45,0	13,8
	Gesamt	2.338	50.687	3,32	72,0	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	20.656	137.046	38,89	258,0	6,6
	Frauen	9.054	55.678	52,39	322,2	6,2
	Gesamt	29.710	192.724	42,20	273,8	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.538	44.030	14,19	82,9	5,8
	Frauen	2.789	14.626	16,14	84,6	5,2
	Gesamt	10.327	58.656	14,67	83,3	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	974	11.739	1,83	22,1	12,1
	Frauen	286	3.104	1,65	18,0	10,9
	Gesamt	1.260	14.843	1,79	21,1	11,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.526	206.599	21,70	389,0	17,9
	Frauen	2.947	44.599	17,05	258,1	15,1
	Gesamt	14.473	251.198	20,56	356,8	17,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	813	8.326	1,53	15,7	10,2
	Frauen	895	7.420	5,18	42,9	8,3
	Gesamt	1.708	15.746	2,43	22,4	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	358	3.740	2,07	21,6	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.938	28.686	5,53	54,0	9,8
	Frauen	1.612	12.840	9,33	74,3	8,0
	Gesamt	4.550	41.526	6,46	59,0	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.072	96.960	9,55	182,6	19,1
	Frauen	1.216	20.578	7,04	119,1	16,9
	Gesamt	6.288	117.538	8,93	167,0	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	683	10.005	1,29	18,8	14,7
	Frauen	327	7.253	1,89	42,0	22,2
	Gesamt	1.010	17.258	1,43	24,5	17,1
Gesamt	Männer	64.718	771.820	121,85	1.453,1	11,9
	Frauen	25.864	267.542	149,65	1.548,0	10,3
	Gesamt	90.582	1.039.362	128,67	1.476,4	11,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.364	26.183	2,57	49,3	19,2
	Frauen	254	4.425	1,47	25,6	17,4
	Gesamt	1.618	30.608	2,30	43,5	18,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.11 Baugewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	17.694	96.423	12,87	70,1	5,5
	Frauen	2.634	14.464	10,53	57,8	5,5
	Gesamt	20.328	110.887	12,51	68,2	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.937	62.717	1,41	45,6	32,4
	Frauen	462	16.737	1,85	66,9	36,2
	Gesamt	2.399	79.454	1,48	48,9	33,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	756	12.002	0,55	8,7	15,9
	Frauen	156	1.433	0,62	5,7	9,2
	Gesamt	912	13.435	0,56	8,3	14,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.312	168.219	3,14	122,3	39,0
	Frauen	1.231	55.822	4,92	223,1	45,4
	Gesamt	5.543	224.041	3,41	137,9	40,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.694	52.701	1,96	38,3	19,6
	Frauen	758	6.696	3,03	26,8	8,8
	Gesamt	3.452	59.397	2,12	36,6	17,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.093	16.877	1,52	12,3	8,1
	Frauen	297	2.381	1,19	9,5	8,0
	Gesamt	2.390	19.258	1,47	11,9	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.927	18.103	1,40	13,2	9,4
	Frauen	335	2.515	1,34	10,1	7,5
	Gesamt	2.262	20.618	1,39	12,7	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.132	128.763	3,01	93,7	31,2
	Frauen	528	7.443	2,11	29,7	14,1
	Gesamt	4.660	136.206	2,87	83,8	29,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	46.886	315.689	34,10	229,6	6,7
	Frauen	8.682	52.580	34,69	210,1	6,1
	Gesamt	55.568	368.269	34,19	226,6	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	19.763	129.911	14,37	94,5	6,6
	Frauen	2.968	14.523	11,86	58,0	4,9
	Gesamt	22.731	144.434	13,99	88,9	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.723	37.164	1,98	27,0	13,7
	Frauen	269	2.435	1,07	9,7	9,1
	Gesamt	2.992	39.599	1,84	24,4	13,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	36.233	814.141	26,35	592,1	22,5
	Frauen	3.198	56.090	12,78	224,1	17,5
	Gesamt	39.431	870.231	24,26	535,5	22,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.748	23.810	1,27	17,3	13,6
	Frauen	998	8.214	3,99	32,8	8,2
	Gesamt	2.746	32.024	1,69	19,7	11,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	435	4.890	1,74	19,5	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	8.523	85.067	6,20	61,9	10,0
	Frauen	1.804	17.375	7,21	69,4	9,6
	Gesamt	10.327	102.442	6,35	63,0	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.651	523.205	18,66	380,5	20,4
	Frauen	1.587	30.093	6,34	120,3	19,0
	Gesamt	27.238	553.298	16,76	340,4	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.587	33.525	1,15	24,4	21,1
	Frauen	477	9.209	1,91	36,8	19,3
	Gesamt	2.064	42.734	1,27	26,3	20,7
Gesamt	Männer	178.998	2.526.145	130,18	1.837,2	14,1
	Frauen	26.895	304.039	107,47	1.214,9	11,3
	Gesamt	205.893	2.830.184	126,69	1.741,4	13,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.274	237.296	8,93	172,6	19,3
	Frauen	389	6.971	1,55	27,9	17,9
	Gesamt	12.663	244.267	7,79	150,3	19,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.12 Handel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	34.388	179.533	13,34	69,7	5,2
	Frauen	34.954	201.949	12,15	70,2	5,8
	Gesamt	69.342	381.482	12,72	70,0	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.590	96.724	1,39	37,5	26,9
	Frauen	5.448	227.148	1,89	79,0	41,7
	Gesamt	9.038	323.872	1,66	59,4	35,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.252	20.177	0,49	7,8	16,1
	Frauen	1.744	32.128	0,61	11,2	18,4
	Gesamt	2.996	52.305	0,55	9,6	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.805	442.205	4,19	171,6	40,9
	Frauen	20.277	841.679	7,05	292,6	41,5
	Gesamt	31.082	1.283.884	5,70	235,4	41,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.257	76.325	2,04	29,6	14,5
	Frauen	9.540	132.581	3,32	46,1	13,9
	Gesamt	14.797	208.906	2,71	38,3	14,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.455	22.565	1,34	8,8	6,5
	Frauen	3.605	26.294	1,25	9,1	7,3
	Gesamt	7.060	48.859	1,29	9,0	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.641	31.982	1,41	12,4	8,8
	Frauen	4.213	39.514	1,46	13,7	9,4
	Gesamt	7.854	71.496	1,44	13,1	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.731	166.684	2,61	64,7	24,8
	Frauen	8.198	146.695	2,85	51,0	17,9
	Gesamt	14.929	313.379	2,74	57,5	21,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	97.418	603.713	37,80	234,3	6,2
	Frauen	112.995	755.594	39,28	262,7	6,7
	Gesamt	210.413	1.359.307	38,58	249,3	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	34.500	212.896	13,39	82,6	6,2
	Frauen	36.989	226.330	12,86	78,7	6,1
	Gesamt	71.489	439.226	13,11	80,5	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.523	59.629	1,76	23,1	13,2
	Frauen	4.015	45.624	1,40	15,9	11,4
	Gesamt	8.538	105.253	1,57	19,3	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	51.647	931.620	20,04	361,5	18,0
	Frauen	47.701	1.086.618	16,58	377,8	22,8
	Gesamt	99.348	2.018.238	18,22	370,1	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.267	36.382	1,27	14,1	11,1
	Frauen	12.875	117.794	4,48	41,0	9,2
	Gesamt	16.142	154.176	2,96	28,3	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	7.324	88.320	2,55	30,7	12,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	16.056	142.852	6,23	55,4	8,9
	Frauen	23.852	241.812	8,29	84,1	10,1
	Gesamt	39.908	384.664	7,32	70,5	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	30.837	543.053	11,97	210,7	17,6
	Frauen	21.662	395.861	7,53	137,6	18,3
	Gesamt	52.499	938.914	9,63	172,2	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.119	65.530	1,21	25,4	21,0
	Frauen	5.924	130.300	2,06	45,3	22,0
	Gesamt	9.043	195.830	1,66	35,9	21,7
Gesamt	Männer	311.051	3.640.636	120,70	1.412,7	11,7
	Frauen	362.204	4.756.687	125,92	1.653,7	13,1
	Gesamt	673.255	8.397.323	123,45	1.539,8	12,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.757	181.017	4,17	70,2	16,8
	Frauen	6.271	101.994	2,18	35,5	16,3
	Gesamt	17.028	283.011	3,12	51,9	16,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.13 Großhandel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	12.853	67.895	12,16	64,2	5,3
	Frauen	8.420	45.135	12,38	66,4	5,4
	Gesamt	21.273	113.030	12,24	65,1	5,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.652	46.805	1,56	44,3	28,3
	Frauen	1.492	51.980	2,19	76,4	34,8
	Gesamt	3.144	98.785	1,81	56,9	31,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	508	6.882	0,48	6,5	13,6
	Frauen	451	6.741	0,66	9,9	15,0
	Gesamt	959	13.623	0,55	7,8	14,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	4.149	162.747	3,93	154,0	39,2
	Frauen	4.457	173.983	6,55	255,8	39,0
	Gesamt	8.606	336.730	4,95	193,8	39,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	1.990	29.574	1,88	28,0	14,9
	Frauen	2.433	25.956	3,58	38,2	10,7
	Gesamt	4.423	55.530	2,55	32,0	12,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.343	8.826	1,27	8,4	6,6
	Frauen	901	6.097	1,32	9,0	6,8
	Gesamt	2.244	14.923	1,29	8,6	6,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.440	13.439	1,36	12,7	9,3
	Frauen	1.071	8.762	1,57	12,9	8,2
	Gesamt	2.511	22.201	1,45	12,8	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	2.812	69.776	2,66	66,0	24,8
	Frauen	1.825	30.355	2,68	44,6	16,6
	Gesamt	4.637	100.131	2,67	57,6	21,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	38.222	232.082	36,16	219,6	6,1
	Frauen	29.071	175.130	42,73	257,4	6,0
	Gesamt	67.293	407.212	38,73	234,4	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	13.468	84.121	12,74	79,6	6,3
	Frauen	8.982	46.848	13,20	68,9	5,2
	Gesamt	22.450	130.969	12,92	75,4	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.663	21.709	1,57	20,5	13,1
	Frauen	865	9.062	1,27	13,3	10,5
	Gesamt	2.528	30.771	1,46	17,7	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	20.169	371.120	19,08	351,1	18,4
	Frauen	10.144	182.530	14,91	268,3	18,0
	Gesamt	30.313	553.650	17,45	318,7	18,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.289	14.184	1,22	13,4	11,0
	Frauen	3.089	24.645	4,54	36,2	8,0
	Gesamt	4.378	38.829	2,52	22,4	8,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.569	16.681	2,31	24,5	10,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	5.985	59.195	5,66	56,0	9,9
	Frauen	5.659	51.919	8,32	76,3	9,2
	Gesamt	11.644	111.114	6,70	64,0	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	11.017	203.826	10,42	192,8	18,5
	Frauen	4.422	74.579	6,50	109,6	16,9
	Gesamt	15.439	278.405	8,89	160,3	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.334	30.520	1,26	28,9	22,9
	Frauen	1.419	29.216	2,09	43,0	20,6
	Gesamt	2.753	59.736	1,58	34,4	21,7
Gesamt	Männer	120.118	1.426.256	113,63	1.349,3	11,9
	Frauen	86.489	963.505	127,14	1.416,4	11,1
	Gesamt	206.607	2.389.761	118,92	1.375,5	11,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.832	72.207	3,63	68,3	18,8
	Frauen	1.025	15.532	1,51	22,8	15,2
	Gesamt	4.857	87.739	2,80	50,5	18,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.14 Einzelhandel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.743	52.550	12,79	69,0	5,4
	Frauen	23.586	141.656	11,89	71,4	6,0
	Gesamt	33.329	194.206	12,14	70,8	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	853	22.588	1,12	29,7	26,5
	Frauen	3.450	159.798	1,74	80,6	46,3
	Gesamt	4.303	182.386	1,57	66,5	42,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	363	6.913	0,48	9,1	19,0
	Frauen	1.167	23.888	0,59	12,1	20,5
	Gesamt	1.530	30.801	0,56	11,2	20,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.537	162.926	4,64	213,9	46,1
	Frauen	14.435	616.851	7,28	311,1	42,7
	Gesamt	17.972	779.777	6,55	284,1	43,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.544	22.202	2,03	29,1	14,4
	Frauen	6.316	100.355	3,19	50,6	15,9
	Gesamt	7.860	122.557	2,86	44,7	15,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	823	6.370	1,08	8,4	7,7
	Frauen	2.354	18.106	1,19	9,1	7,7
	Gesamt	3.177	24.476	1,16	8,9	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	925	8.412	1,21	11,0	9,1
	Frauen	2.767	27.306	1,40	13,8	9,9
	Gesamt	3.692	35.718	1,35	13,0	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.857	50.252	2,44	66,0	27,1
	Frauen	5.801	109.499	2,93	55,2	18,9
	Gesamt	7.658	159.751	2,79	58,2	20,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.839	168.715	33,92	221,5	6,5
	Frauen	73.953	522.919	37,30	263,7	7,1
	Gesamt	99.792	691.634	36,36	252,0	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.434	63.258	12,38	83,0	6,7
	Frauen	24.860	163.766	12,54	82,6	6,6
	Gesamt	34.294	227.024	12,49	82,7	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.226	18.120	1,61	23,8	14,8
	Frauen	2.878	34.501	1,45	17,4	12,0
	Gesamt	4.104	52.621	1,50	19,2	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.359	258.919	17,54	339,9	19,4
	Frauen	34.641	854.254	17,47	430,8	24,7
	Gesamt	48.000	1.113.173	17,49	405,6	23,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	971	11.294	1,27	14,8	11,6
	Frauen	8.684	84.876	4,38	42,8	9,8
	Gesamt	9.655	96.170	3,52	35,0	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.173	65.072	2,61	32,8	12,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.659	44.286	6,12	58,1	9,5
	Frauen	16.134	171.714	8,14	86,6	10,6
	Gesamt	20.793	216.000	7,58	78,7	10,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.906	148.288	10,38	194,7	18,8
	Frauen	15.660	296.576	7,90	149,6	18,9
	Gesamt	23.566	444.864	8,59	162,1	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	861	17.740	1,13	23,3	20,6
	Frauen	4.029	92.789	2,03	46,8	23,0
	Gesamt	4.890	110.529	1,78	40,3	22,6
Gesamt	Männer	84.051	1.065.329	110,33	1.398,4	12,7
	Frauen	246.489	3.499.240	124,31	1.764,7	14,2
	Gesamt	330.540	4.564.569	120,43	1.663,0	13,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.588	47.162	3,40	61,9	18,2
	Frauen	4.894	81.691	2,47	41,2	16,7
	Gesamt	7.482	128.853	2,73	47,0	17,2

A.8.15 Gastgewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.252	22.847	9,80	68,9	7,0
	Frauen	5.528	34.840	10,97	69,2	6,3
	Gesamt	8.780	57.687	10,51	69,0	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	265	12.917	0,80	38,9	48,7
	Frauen	721	36.688	1,43	72,8	50,9
	Gesamt	986	49.605	1,18	59,4	50,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	119	2.607	0,36	7,9	21,9
	Frauen	274	7.328	0,54	14,6	26,7
	Gesamt	393	9.935	0,47	11,9	25,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.381	64.279	4,16	193,7	46,6
	Frauen	3.401	132.401	6,75	262,8	38,9
	Gesamt	4.782	196.680	5,72	235,4	41,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	399	7.417	1,20	22,4	18,6
	Frauen	1.332	27.699	2,64	55,0	20,8
	Gesamt	1.731	35.116	2,07	42,0	20,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	257	3.587	0,77	10,8	14,0
	Frauen	491	4.649	0,97	9,2	9,5
	Gesamt	748	8.236	0,90	9,9	11,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	251	2.452	0,76	7,4	9,8
	Frauen	593	5.508	1,18	10,9	9,3
	Gesamt	844	7.960	1,01	9,5	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	682	19.236	2,06	58,0	28,2
	Frauen	1.367	25.407	2,71	50,4	18,6
	Gesamt	2.049	44.643	2,45	53,4	21,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.992	48.928	21,07	147,5	7,0
	Frauen	15.697	118.310	31,16	234,9	7,5
	Gesamt	22.689	167.238	27,16	200,2	7,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.054	26.146	9,21	78,8	8,6
	Frauen	5.711	45.417	11,34	90,2	8,0
	Gesamt	8.765	71.563	10,49	85,7	8,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	589	10.309	1,78	31,1	17,5
	Frauen	834	10.529	1,66	20,9	12,6
	Gesamt	1.423	20.838	1,70	24,9	14,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.278	95.207	12,89	287,0	22,3
	Frauen	8.414	222.955	16,70	442,6	26,5
	Gesamt	12.692	318.162	15,19	380,8	25,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	291	3.101	0,88	9,4	10,7
	Frauen	1.925	21.546	3,82	42,8	11,2
	Gesamt	2.216	24.647	2,65	29,5	11,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.155	16.132	2,29	32,0	14,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.531	17.230	4,61	51,9	11,3
	Frauen	3.916	41.138	7,77	81,7	10,5
	Gesamt	5.447	58.368	6,52	69,9	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.265	63.984	9,84	192,9	19,6
	Frauen	4.510	90.475	8,95	179,6	20,1
	Gesamt	7.775	154.459	9,31	184,9	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	334	8.775	1,01	26,5	26,3
	Frauen	924	21.529	1,83	42,7	23,3
	Gesamt	1.258	30.304	1,51	36,3	24,1
Gesamt	Männer	26.980	410.171	81,32	1.236,3	15,2
	Frauen	56.948	865.423	113,05	1.718,0	15,2
	Gesamt	83.928	1.275.594	100,45	1.526,7	15,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.279	21.418	3,86	64,6	16,8
	Frauen	1.649	28.227	3,27	56,0	17,1
	Gesamt	2.928	49.645	3,50	59,4	17,0

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.16 Verkehr

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	19.367	143.118	11,62	85,8	7,4
	Frauen	6.821	46.975	13,31	91,7	6,9
	Gesamt	26.188	190.093	12,01	87,2	7,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.979	102.039	1,79	61,2	34,3
	Frauen	1.160	48.578	2,26	94,8	41,9
	Gesamt	4.139	150.617	1,90	69,1	36,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.685	41.863	1,01	25,1	24,8
	Frauen	482	9.885	0,94	19,3	20,5
	Gesamt	2.167	51.748	0,99	23,7	23,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.729	384.699	6,44	230,7	35,9
	Frauen	4.880	171.356	9,52	334,4	35,1
	Gesamt	15.609	556.055	7,16	255,1	35,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.087	91.740	2,45	55,0	22,5
	Frauen	2.049	27.892	4,00	54,4	13,6
	Gesamt	6.136	119.632	2,82	54,9	19,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.798	33.469	1,68	20,1	12,0
	Frauen	874	6.526	1,71	12,7	7,5
	Gesamt	3.672	39.995	1,68	18,4	10,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.566	32.701	1,54	19,6	12,7
	Frauen	1.128	10.634	2,20	20,8	9,4
	Gesamt	3.694	43.335	1,69	19,9	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.400	239.697	4,44	143,8	32,4
	Frauen	1.969	37.393	3,84	73,0	19,0
	Gesamt	9.369	277.090	4,30	127,1	29,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	59.167	510.666	35,49	306,3	8,6
	Frauen	24.616	189.178	48,03	369,2	7,7
	Gesamt	83.783	699.844	38,44	321,1	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	24.253	194.630	14,55	116,7	8,0
	Frauen	7.816	46.194	15,25	90,1	5,9
	Gesamt	32.069	240.824	14,71	110,5	7,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.259	52.702	1,95	31,6	16,2
	Frauen	843	9.013	1,64	17,6	10,7
	Gesamt	4.102	61.715	1,88	28,3	15,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	46.807	1.024.619	28,07	614,6	21,9
	Frauen	11.361	250.225	22,17	488,3	22,0
	Gesamt	58.168	1.274.844	26,69	584,9	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.825	39.818	1,69	23,9	14,1
	Frauen	2.676	28.387	5,22	55,4	10,6
	Gesamt	5.501	68.205	2,52	31,3	12,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.088	13.705	2,12	26,7	12,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	10.798	154.164	6,48	92,5	14,3
	Frauen	4.773	54.231	9,31	105,8	11,4
	Gesamt	15.571	208.395	7,14	95,6	13,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	20.451	460.260	12,27	276,1	22,5
	Frauen	4.675	92.707	9,12	180,9	19,8
	Gesamt	25.126	552.967	11,53	253,7	22,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.135	62.251	1,88	37,3	19,9
	Frauen	1.362	22.808	2,66	44,5	16,8
	Gesamt	4.497	85.059	2,06	39,0	18,9
Gesamt	Männer	222.758	3.579.851	133,61	2.147,1	16,1
	Frauen	78.771	1.068.660	153,71	2.085,3	13,6
	Gesamt	301.529	4.648.511	138,33	2.132,6	15,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	9.071	209.933	5,44	125,9	23,1
	Frauen	1.585	30.637	3,09	59,8	19,3
	Gesamt	10.656	240.570	4,89	110,4	22,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.17 Landverkehr

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	9.319	74.598	10,89	87,2	8,0
	Frauen	2.241	16.993	12,95	98,2	7,6
	Gesamt	11.560	91.591	11,24	89,0	7,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.543	56.500	1,80	66,0	36,6
	Frauen	394	20.187	2,28	116,7	51,2
	Gesamt	1.937	76.687	1,88	74,6	39,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	965	24.709	1,13	28,9	25,6
	Frauen	181	3.935	1,05	22,8	21,7
	Gesamt	1.146	28.644	1,11	27,8	25,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	6.360	216.652	7,43	253,2	34,1
	Frauen	1.918	72.323	11,09	418,1	37,7
	Gesamt	8.278	288.975	8,05	280,9	34,9
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2.194	51.896	2,56	60,7	23,7
	Frauen	697	11.111	4,03	64,2	15,9
	Gesamt	2.891	63.007	2,81	61,3	21,8
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.452	17.302	1,70	20,2	11,9
	Frauen	281	1.885	1,62	10,9	6,7
	Gesamt	1.733	19.187	1,68	18,7	11,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.306	19.709	1,53	23,0	15,1
	Frauen	340	3.217	1,97	18,6	9,5
	Gesamt	1.646	22.926	1,60	22,3	13,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	4.155	137.436	4,86	160,6	33,1
	Frauen	753	16.943	4,35	97,9	22,5
	Gesamt	4.908	154.379	4,77	150,1	31,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	29.329	278.082	34,27	325,0	9,5
	Frauen	8.085	70.644	46,74	408,4	8,7
	Gesamt	37.414	348.726	36,37	339,0	9,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	12.271	104.281	14,34	121,9	8,5
	Frauen	2.789	18.268	16,12	105,6	6,6
	Gesamt	15.060	122.549	14,64	119,1	8,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.689	27.977	1,97	32,7	16,6
	Frauen	290	4.050	1,68	23,4	14,0
	Gesamt	1.979	32.027	1,92	31,1	16,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	24.178	559.501	28,25	653,8	23,1
	Frauen	4.300	111.535	24,86	644,7	25,9
	Gesamt	28.478	671.036	27,68	652,3	23,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.478	21.601	1,73	25,2	14,6
	Frauen	880	11.550	5,09	66,8	13,1
	Gesamt	2.358	33.151	2,29	32,2	14,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	339	4.575	1,96	26,5	13,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	5.545	82.856	6,48	96,8	14,9
	Frauen	1.547	20.506	8,94	118,5	13,3
	Gesamt	7.092	103.362	6,89	100,5	14,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	10.359	247.050	12,11	288,7	23,9
	Frauen	1.881	41.877	10,87	242,1	22,3
	Gesamt	12.240	288.927	11,90	280,9	23,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.798	35.401	2,10	41,4	19,7
	Frauen	533	9.570	3,08	55,3	18,0
	Gesamt	2.331	44.971	2,27	43,7	19,3
Gesamt	Männer	114.157	1.962.217	133,40	2.293,0	17,2
	Frauen	27.510	440.575	159,02	2.546,8	16,0
	Gesamt	141.667	2.402.792	137,71	2.335,7	17,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.916	119.426	5,74	139,6	24,3
	Frauen	838	17.715	4,84	102,4	21,1
	Gesamt	5.754	137.141	5,59	133,3	23,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.18 Postdienste

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.312	24.202	10,58	77,3	7,3
	Frauen	3.854	31.979	9,70	80,5	8,3
	Gesamt	7.166	56.181	10,09	79,1	7,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	358	12.984	1,14	41,5	36,3
	Frauen	939	52.058	2,36	131,1	55,4
	Gesamt	1.297	65.042	1,83	91,6	50,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	202	2.990	0,65	9,6	14,8
	Frauen	298	6.516	0,75	16,4	21,9
	Gesamt	500	9.506	0,70	13,4	19,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.538	67.225	4,91	214,8	43,7
	Frauen	3.260	128.615	8,21	323,8	39,5
	Gesamt	4.798	195.840	6,76	275,8	40,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	545	12.031	1,74	38,4	22,1
	Frauen	1.160	29.839	2,92	75,1	25,7
	Gesamt	1.705	41.870	2,40	59,0	24,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	348	3.333	1,11	10,7	9,6
	Frauen	562	7.659	1,41	19,3	13,6
	Gesamt	910	10.992	1,28	15,5	12,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	374	3.547	1,20	11,3	9,5
	Frauen	611	7.997	1,54	20,1	13,1
	Gesamt	985	11.544	1,39	16,3	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	994	31.256	3,18	99,9	31,4
	Frauen	1.567	44.394	3,95	111,8	28,3
	Gesamt	2.561	75.650	3,61	106,5	29,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	9.980	84.799	31,89	271,0	8,5
	Frauen	14.785	143.834	37,23	362,1	9,7
	Gesamt	24.765	228.633	34,87	322,0	9,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.625	34.291	11,58	109,6	9,5
	Frauen	5.188	41.696	13,06	105,0	8,0
	Gesamt	8.813	75.987	12,41	107,0	8,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	537	8.368	1,72	26,7	15,6
	Frauen	658	9.174	1,66	23,1	13,9
	Gesamt	1.195	17.542	1,68	24,7	14,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.269	201.563	29,62	644,1	21,8
	Frauen	13.156	360.380	33,12	907,4	27,4
	Gesamt	22.425	561.943	31,58	791,3	25,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	421	7.322	1,35	23,4	17,4
	Frauen	1.526	21.547	3,84	54,3	14,1
	Gesamt	1.947	28.869	2,74	40,7	14,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	188	2.322	0,47	5,9	12,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.777	21.520	5,68	68,8	12,1
	Frauen	2.883	42.595	7,26	107,2	14,8
	Gesamt	4.660	64.115	6,56	90,3	13,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.491	103.500	14,35	330,7	23,1
	Frauen	5.706	156.126	14,37	393,1	27,4
	Gesamt	10.197	259.626	14,36	365,6	25,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	403	10.540	1,29	33,7	26,2
	Frauen	733	19.758	1,85	49,8	27,0
	Gesamt	1.136	30.298	1,60	42,7	26,7
Gesamt	Männer	38.243	631.703	122,20	2.018,5	16,5
	Frauen	57.208	1.110.133	144,04	2.795,1	19,4
	Gesamt	95.451	1.741.836	134,41	2.452,8	18,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.067	50.448	6,60	161,2	24,4
	Frauen	2.941	83.841	7,40	211,1	28,5
	Gesamt	5.008	134.289	7,05	189,1	26,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.19 Telekommunikation

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.042	13.988	10,67	73,1	6,9
	Frauen	581	3.347	13,08	75,3	5,8
	Gesamt	2.623	17.335	11,12	73,5	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	352	11.750	1,84	61,4	33,4
	Frauen	117	4.290	2,63	96,6	36,7
	Gesamt	469	16.040	1,99	68,0	34,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	160	1.949	0,84	10,2	12,2
	Frauen	54	1.350	1,22	30,4	25,0
	Gesamt	214	3.299	0,91	14,0	15,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	943	35.989	4,93	188,0	38,2
	Frauen	446	13.114	10,04	295,2	29,4
	Gesamt	1.389	49.103	5,89	208,2	35,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	352	7.357	1,84	38,4	20,9
	Frauen	191	1.435	4,30	32,3	7,5
	Gesamt	543	8.792	2,30	37,3	16,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	309	2.288	1,61	12,0	7,4
	Frauen	80	517	1,80	11,6	6,5
	Gesamt	389	2.805	1,65	11,9	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	315	2.983	1,65	15,6	9,5
	Frauen	107	731	2,41	16,5	6,8
	Gesamt	422	3.714	1,79	15,8	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	624	18.293	3,26	95,6	29,3
	Frauen	147	2.260	3,31	50,9	15,4
	Gesamt	771	20.553	3,27	87,1	26,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.878	56.994	41,15	297,7	7,2
	Frauen	2.420	17.578	54,47	395,6	7,3
	Gesamt	10.298	74.572	43,66	316,2	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.565	18.944	13,40	99,0	7,4
	Frauen	724	3.992	16,29	89,9	5,5
	Gesamt	3.289	22.936	13,94	97,2	7,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	331	4.307	1,73	22,5	13,0
	Frauen	72	894	1,62	20,1	12,4
	Gesamt	403	5.201	1,71	22,1	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.116	65.565	21,50	342,5	15,9
	Frauen	895	14.864	20,14	334,5	16,6
	Gesamt	5.011	80.429	21,24	341,0	16,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	284	3.376	1,48	17,6	11,9
	Frauen	235	2.087	5,29	47,0	8,9
	Gesamt	519	5.463	2,20	23,2	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	87	1.033	1,96	23,3	11,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.032	10.217	5,39	53,4	9,9
	Frauen	423	4.678	9,52	105,3	11,1
	Gesamt	1.455	14.895	6,17	63,2	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.548	32.161	8,09	168,0	20,8
	Frauen	294	4.991	6,62	112,3	17,0
	Gesamt	1.842	37.152	7,81	157,5	20,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	265	4.331	1,38	22,6	16,3
	Frauen	109	2.022	2,45	45,5	18,6
	Gesamt	374	6.353	1,59	26,9	17,0
Gesamt	Männer	23.173	291.297	121,04	1.521,6	12,6
	Frauen	6.999	79.823	157,52	1.796,5	11,4
	Gesamt	30.172	371.120	127,92	1.573,4	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	374	8.281	1,95	43,3	22,1
	Frauen	52	790	1,17	17,8	15,2
	Gesamt	426	9.071	1,81	38,5	21,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.20 Kredit- und Versicherungsgewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.021	45.529	11,25	56,8	5,1
	Frauen	15.115	83.361	12,48	68,8	5,5
	Gesamt	24.136	128.890	11,99	64,0	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.184	28.100	1,48	35,1	23,7
	Frauen	2.783	86.861	2,30	71,7	31,2
	Gesamt	3.967	114.961	1,97	57,1	29,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	346	4.266	0,43	5,3	12,3
	Frauen	780	10.938	0,64	9,0	14,0
	Gesamt	1.126	15.204	0,56	7,6	13,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.115	141.692	3,89	176,8	45,5
	Frauen	8.194	303.502	6,77	250,6	37,0
	Gesamt	11.309	445.194	5,62	221,2	39,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.344	14.616	1,68	18,2	10,9
	Frauen	4.093	39.488	3,38	32,6	9,7
	Gesamt	5.437	54.104	2,70	26,9	10,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.081	7.017	1,35	8,8	6,5
	Frauen	1.869	12.352	1,54	10,2	6,6
	Gesamt	2.950	19.369	1,47	9,6	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.150	9.856	1,43	12,3	8,6
	Frauen	2.200	18.834	1,82	15,6	8,6
	Gesamt	3.350	28.690	1,66	14,3	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.699	34.801	2,12	43,4	20,5
	Frauen	3.183	44.671	2,63	36,9	14,0
	Gesamt	4.882	79.472	2,43	39,5	16,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	30.466	173.479	38,00	216,4	5,7
	Frauen	58.347	358.584	48,18	296,1	6,2
	Gesamt	88.813	532.063	44,13	264,4	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.837	46.944	11,02	58,6	5,3
	Frauen	15.778	80.923	13,03	66,8	5,1
	Gesamt	24.615	127.867	12,23	63,5	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.003	9.273	1,25	11,6	9,3
	Frauen	1.487	11.623	1,23	9,6	7,8
	Gesamt	2.490	20.896	1,24	10,4	8,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.507	125.506	10,61	156,6	14,8
	Frauen	16.284	255.812	13,45	211,2	15,7
	Gesamt	24.791	381.318	12,32	189,5	15,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	959	9.634	1,20	12,0	10,1
	Frauen	5.755	40.683	4,75	33,6	7,1
	Gesamt	6.714	50.317	3,34	25,0	7,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	3.444	37.370	2,84	30,9	10,9
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.193	35.684	5,23	44,5	8,5
	Frauen	10.247	83.183	8,46	68,7	8,1
	Gesamt	14.440	118.867	7,17	59,1	8,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.255	79.805	6,56	99,6	15,2
	Frauen	7.621	117.439	6,29	97,0	15,4
	Gesamt	12.876	197.244	6,40	98,0	15,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	971	21.857	1,21	27,3	22,5
	Frauen	2.501	41.866	2,07	34,6	16,7
	Gesamt	3.472	63.723	1,73	31,7	18,4
Gesamt	Männer	79.286	789.500	98,91	984,9	10,0
	Frauen	160.070	1.632.600	132,17	1.348,1	10,2
	Gesamt	239.356	2.422.100	118,92	1.203,4	10,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	621	8.998	0,77	11,2	14,5
	Frauen	1.376	18.615	1,14	15,4	13,5
	Gesamt	1.997	27.613	0,99	13,7	13,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.21 Verlage und Medien

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.047	6.572	8,79	55,2	6,3
	Frauen	1.638	8.477	10,43	54,0	5,2
	Gesamt	2.685	15.049	9,72	54,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	146	3.855	1,23	32,4	26,4
	Frauen	273	12.552	1,74	79,9	46,0
	Gesamt	419	16.407	1,52	59,4	39,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	40	1.448	0,34	12,2	36,2
	Frauen	87	615	0,55	3,9	7,1
	Gesamt	127	2.063	0,46	7,5	16,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	384	15.541	3,22	130,5	40,5
	Frauen	957	34.731	6,09	221,1	36,3
	Gesamt	1.341	50.272	4,86	182,0	37,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	181	1.442	1,52	12,1	8,0
	Frauen	440	5.219	2,80	33,2	11,9
	Gesamt	621	6.661	2,25	24,1	10,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	105	1.095	0,88	9,2	10,4
	Frauen	196	1.545	1,25	9,8	7,9
	Gesamt	301	2.640	1,09	9,6	8,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	143	1.102	1,20	9,3	7,7
	Frauen	205	1.354	1,31	8,6	6,6
	Gesamt	348	2.456	1,26	8,9	7,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	252	4.288	2,12	36,0	17,0
	Frauen	313	5.749	1,99	36,6	18,4
	Gesamt	565	10.037	2,05	36,3	17,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.505	20.078	29,43	168,6	5,7
	Frauen	6.223	34.921	39,62	222,3	5,6
	Gesamt	9.728	54.999	35,22	199,2	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	953	6.166	8,00	51,8	6,5
	Frauen	1.677	8.818	10,68	56,1	5,3
	Gesamt	2.630	14.984	9,52	54,3	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	109	1.331	0,92	11,2	12,2
	Frauen	126	811	0,80	5,2	6,4
	Gesamt	235	2.142	0,85	7,8	9,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	1.135	15.981	9,53	134,2	14,1
	Frauen	1.611	26.956	10,26	171,6	16,7
	Gesamt	2.746	42.937	9,94	155,5	15,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	111	1.421	0,93	11,9	12,8
	Frauen	585	4.488	3,72	28,6	7,7
	Gesamt	696	5.909	2,52	21,4	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	343	2.867	2,18	18,3	8,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	443	3.272	3,72	27,5	7,4
	Frauen	1.017	9.230	6,47	58,8	9,1
	Gesamt	1.460	12.502	5,29	45,3	8,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	571	9.028	4,79	75,8	15,8
	Frauen	822	13.708	5,23	87,3	16,7
	Gesamt	1.393	22.736	5,04	82,3	16,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	125	3.078	1,05	25,8	24,6
	Frauen	261	5.129	1,66	32,7	19,7
	Gesamt	386	8.207	1,40	29,7	21,3
Gesamt	Männer	9.267	96.053	77,81	806,5	10,4
	Frauen	16.819	178.288	107,08	1.135,1	10,6
	Gesamt	26.086	274.341	94,45	993,4	10,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	106	1.852	0,89	15,6	17,5
	Frauen	160	2.363	1,02	15,0	14,8
	Gesamt	266	4.215	0,96	15,3	15,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.22 Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.254	32.691	9,85	51,5	5,2
	Frauen	3.337	17.828	11,04	59,0	5,3
	Gesamt	9.591	50.519	10,23	53,9	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	652	14.567	1,03	22,9	22,3
	Frauen	635	23.890	2,10	79,0	37,6
	Gesamt	1.287	38.457	1,37	41,0	29,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten (E00–E90)	Männer	274	5.324	0,43	8,4	19,4
	Frauen	177	2.448	0,59	8,1	13,8
	Gesamt	451	7.772	0,48	8,3	17,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.193	86.800	3,45	136,7	39,6
	Frauen	2.029	75.905	6,71	251,1	37,4
	Gesamt	4.222	162.705	4,50	173,6	38,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.004	9.825	1,58	15,5	9,8
	Frauen	965	9.163	3,19	30,3	9,5
	Gesamt	1.969	18.988	2,10	20,3	9,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	697	4.031	1,10	6,4	5,8
	Frauen	427	2.255	1,41	7,5	5,3
	Gesamt	1.124	6.286	1,20	6,7	5,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	773	7.595	1,22	12,0	9,8
	Frauen	503	4.850	1,66	16,0	9,6
	Gesamt	1.276	12.445	1,36	13,3	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.254	23.391	1,97	36,8	18,7
	Frauen	672	7.440	2,22	24,6	11,1
	Gesamt	1.926	30.831	2,05	32,9	16,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	21.836	123.923	34,38	195,1	5,7
	Frauen	13.277	81.803	43,92	270,6	6,2
	Gesamt	35.113	205.726	37,46	219,5	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.819	30.696	9,16	48,3	5,3
	Frauen	3.578	17.739	11,84	58,7	5,0
	Gesamt	9.397	48.435	10,02	51,7	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	671	6.214	1,06	9,8	9,3
	Frauen	348	3.357	1,15	11,1	9,7
	Gesamt	1.019	9.571	1,09	10,2	9,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.942	83.764	9,36	131,9	14,1
	Frauen	3.578	54.867	11,84	181,5	15,3
	Gesamt	9.520	138.631	10,16	147,9	14,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	730	6.043	1,15	9,5	8,3
	Frauen	1.344	9.555	4,45	31,6	7,1
	Gesamt	2.074	15.598	2,21	16,6	7,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	781	7.883	2,58	26,1	10,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.877	21.465	4,53	33,8	7,5
	Frauen	2.356	17.734	7,79	58,7	7,5
	Gesamt	5.233	39.199	5,58	41,8	7,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.206	49.430	5,05	77,8	15,4
	Frauen	1.620	24.810	5,36	82,1	15,3
	Gesamt	4.826	74.240	5,15	79,2	15,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	656	12.986	1,03	20,5	19,8
	Frauen	590	11.918	1,95	39,4	20,2
	Gesamt	1.246	24.904	1,33	26,6	20,0
Gesamt	Männer	54.944	520.896	86,51	820,1	9,5
	Frauen	36.314	375.047	120,12	1.240,6	10,3
	Gesamt	91.258	895.943	97,35	955,7	9,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	520	7.300	0,82	11,5	14,0
	Frauen	292	4.124	0,97	13,6	14,1
	Gesamt	812	11.424	0,87	12,2	14,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.23 Dienstleistungen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	33.779	199.396	11,84	69,9	5,9
	Frauen	35.594	197.429	12,82	71,1	5,6
	Gesamt	69.373	396.825	12,32	70,5	5,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	3.737	117.978	1,31	41,4	31,6
	Frauen	5.521	207.264	1,99	74,7	37,5
	Gesamt	9.258	325.242	1,64	57,8	35,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.632	31.736	0,57	11,1	19,5
	Frauen	1.770	33.775	0,64	12,2	19,1
	Gesamt	3.402	65.511	0,60	11,6	19,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	12.582	494.016	4,41	173,2	39,3
	Frauen	20.067	761.775	7,23	274,4	38,0
	Gesamt	32.649	1.255.791	5,80	223,1	38,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	5.527	91.576	1,94	32,1	16,6
	Frauen	9.719	119.395	3,50	43,0	12,3
	Gesamt	15.246	210.971	2,71	37,5	13,8
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	3.693	30.958	1,29	10,9	8,4
	Frauen	3.993	25.708	1,44	9,3	6,4
	Gesamt	7.686	56.666	1,37	10,1	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	3.693	32.731	1,29	11,5	8,9
	Frauen	4.576	40.890	1,65	14,7	8,9
	Gesamt	8.269	73.621	1,47	13,1	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	8.153	202.521	2,86	71,0	24,8
	Frauen	7.784	129.017	2,80	46,5	16,6
	Gesamt	15.937	331.538	2,83	58,9	20,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	99.218	666.907	34,78	233,8	6,7
	Frauen	120.847	784.310	43,52	282,5	6,5
	Gesamt	220.065	1.451.217	39,09	257,8	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	35.178	235.857	12,33	82,7	6,7
	Frauen	37.085	205.545	13,36	74,0	5,5
	Gesamt	72.263	441.402	12,84	78,4	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	4.608	60.527	1,62	21,2	13,1
	Frauen	3.735	41.336	1,35	14,9	11,1
	Gesamt	8.343	101.863	1,48	18,1	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	52.595	976.053	18,44	342,2	18,6
	Frauen	43.468	831.776	15,66	299,6	19,1
	Gesamt	96.063	1.807.829	17,07	321,2	18,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	3.643	41.962	1,28	14,7	11,5
	Frauen	12.882	111.112	4,64	40,0	8,6
	Gesamt	16.525	153.074	2,94	27,2	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	6.734	74.910	2,43	27,0	11,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	16.342	169.160	5,73	59,3	10,4
	Frauen	24.179	214.576	8,71	77,3	8,9
	Gesamt	40.521	383.736	7,20	68,2	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	28.367	531.947	9,94	186,5	18,8
	Frauen	18.733	324.707	6,75	117,0	17,3
	Gesamt	47.100	856.654	8,37	152,2	18,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.399	65.965	1,19	23,1	19,4
	Frauen	5.701	110.052	2,05	39,6	19,3
	Gesamt	9.100	176.017	1,62	31,3	19,3
Gesamt	Männer	316.711	3.960.063	111,02	1.388,2	12,5
	Frauen	363.319	4.229.934	130,85	1.523,5	11,6
	Gesamt	680.030	8.189.997	120,80	1.454,9	12,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.095	195.257	3,54	68,5	19,3
	Frauen	4.901	80.638	1,77	29,0	16,5
	Gesamt	14.996	275.895	2,66	49,0	18,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.24 Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.500	62.230	14,36	94,1	6,6
	Frauen	18.484	115.913	15,83	99,3	6,3
	Gesamt	27.984	178.143	15,30	97,4	6,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.459	41.070	2,21	62,1	28,2
	Frauen	3.450	123.771	2,95	106,0	35,9
	Gesamt	4.909	164.841	2,68	90,1	33,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	613	9.928	0,93	15,0	16,2
	Frauen	1.155	17.569	0,99	15,1	15,2
	Gesamt	1.768	27.497	0,97	15,0	15,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.262	160.764	6,44	243,1	37,7
	Frauen	12.036	423.589	10,31	362,8	35,2
	Gesamt	16.298	584.353	8,91	319,5	35,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.853	25.367	2,80	38,4	13,7
	Frauen	5.393	59.609	4,62	51,1	11,1
	Gesamt	7.246	84.976	3,96	46,5	11,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.352	11.649	2,04	17,6	8,6
	Frauen	2.630	17.156	2,25	14,7	6,5
	Gesamt	3.982	28.805	2,18	15,8	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.248	15.015	1,89	22,7	12,0
	Frauen	2.878	27.468	2,46	23,5	9,5
	Gesamt	4.126	42.483	2,26	23,2	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.770	66.169	4,19	100,0	23,9
	Frauen	4.523	71.418	3,87	61,2	15,8
	Gesamt	7.293	137.587	3,99	75,2	18,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	31.360	226.731	47,41	342,8	7,2
	Frauen	69.781	483.975	59,76	414,5	6,9
	Gesamt	101.141	710.706	55,30	388,6	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.637	72.864	16,08	110,2	6,9
	Frauen	20.278	112.506	17,37	96,4	5,6
	Gesamt	30.915	185.370	16,90	101,4	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.442	19.719	2,18	29,8	13,7
	Frauen	2.297	20.968	1,97	18,0	9,1
	Gesamt	3.739	40.687	2,04	22,2	10,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	20.192	360.679	30,53	545,3	17,9
	Frauen	26.298	468.159	22,52	400,9	17,8
	Gesamt	46.490	828.838	25,42	453,2	17,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.168	15.349	1,77	23,2	13,1
	Frauen	6.834	64.297	5,85	55,1	9,4
	Gesamt	8.002	79.646	4,37	43,5	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.774	30.654	2,38	26,3	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.998	54.734	7,56	82,8	11,0
	Frauen	12.551	116.830	10,75	100,1	9,3
	Gesamt	17.549	171.564	9,59	93,8	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.474	160.755	12,81	243,1	19,0
	Frauen	9.984	175.417	8,55	150,2	17,6
	Gesamt	18.458	336.172	10,09	183,8	18,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.002	20.678	1,51	31,3	20,6
	Frauen	2.937	59.092	2,52	50,6	20,1
	Gesamt	3.939	79.770	2,15	43,6	20,3
Gesamt	Männer	102.548	1.327.924	155,04	2.007,7	13,0
	Frauen	204.786	2.399.194	175,38	2.054,7	11,7
	Gesamt	307.334	3.727.118	168,03	2.037,7	12,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.985	53.948	4,51	81,6	18,1
	Frauen	2.173	38.392	1,86	32,9	17,7
	Gesamt	5.158	92.340	2,82	50,5	17,9

A.8.25 Erziehung und Unterricht

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.501	22.010	13,51	66,1	4,9
	Frauen	14.709	76.604	16,36	85,2	5,2
	Gesamt	19.210	98.614	15,59	80,0	5,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	334	11.749	1,00	35,3	35,2
	Frauen	1.730	66.134	1,92	73,6	38,2
	Gesamt	2.064	77.883	1,68	63,2	37,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	156	2.985	0,47	9,0	19,1
	Frauen	610	9.479	0,68	10,5	15,5
	Gesamt	766	12.464	0,62	10,1	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.483	56.091	4,45	168,3	37,8
	Frauen	7.042	259.258	7,83	288,4	36,8
	Gesamt	8.525	315.349	6,92	255,9	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	721	7.424	2,16	22,3	10,3
	Frauen	3.030	30.056	3,37	33,4	9,9
	Gesamt	3.751	37.480	3,04	30,4	10,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	358	2.074	1,07	6,2	5,8
	Frauen	1.665	9.418	1,85	10,5	5,7
	Gesamt	2.023	11.492	1,64	9,3	5,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	383	3.183	1,15	9,6	8,3
	Frauen	1.783	15.407	1,98	17,1	8,6
	Gesamt	2.166	18.590	1,76	15,1	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	728	16.236	2,18	48,7	22,3
	Frauen	2.362	34.760	2,63	38,7	14,7
	Gesamt	3.090	50.996	2,51	41,4	16,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.584	70.352	37,76	211,1	5,6
	Frauen	49.381	298.629	54,93	332,2	6,1
	Gesamt	61.965	368.981	50,29	299,5	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.058	21.426	12,18	64,3	5,3
	Frauen	12.439	64.743	13,84	72,0	5,2
	Gesamt	16.497	86.169	13,39	69,9	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	459	5.122	1,38	15,4	11,2
	Frauen	1.152	10.732	1,28	11,9	9,3
	Gesamt	1.611	15.854	1,31	12,9	9,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.034	66.382	12,11	199,2	16,5
	Frauen	13.009	218.983	14,47	243,6	16,8
	Gesamt	17.043	285.365	13,83	231,6	16,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	371	3.602	1,11	10,8	9,7
	Frauen	4.135	34.329	4,60	38,2	8,3
	Gesamt	4.506	37.931	3,66	30,8	8,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.024	22.534	2,25	25,1	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.169	15.978	6,51	48,0	7,4
	Frauen	8.286	63.708	9,22	70,9	7,7
	Gesamt	10.455	79.686	8,49	64,7	7,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.736	45.499	8,21	136,5	16,6
	Frauen	6.298	99.506	7,01	110,7	15,8
	Gesamt	9.034	145.005	7,33	117,7	16,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	322	6.339	0,97	19,0	19,7
	Frauen	1.775	34.274	1,97	38,1	19,3
	Gesamt	2.097	40.613	1,70	33,0	19,4
Gesamt	Männer	35.457	357.525	106,40	1.072,9	10,1
	Frauen	131.735	1.354.465	146,55	1.506,8	10,3
	Gesamt	167.192	1.711.990	135,69	1.389,4	10,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	729	12.939	2,19	38,8	17,8
	Frauen	1.641	24.934	1,83	27,7	15,2
	Gesamt	2.370	37.873	1,92	30,7	16,0

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.26 Gesundheits- und Sozialwesen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.609	57.775	12,94	77,8	6,0
	Frauen	48.682	283.425	13,87	80,7	5,8
	Gesamt	58.291	341.200	13,70	80,2	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	966	31.676	1,30	42,7	32,8
	Frauen	6.534	269.945	1,86	76,9	41,3
	Gesamt	7.500	301.621	1,76	70,9	40,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	378	6.838	0,51	9,2	18,1
	Frauen	2.380	44.147	0,68	12,6	18,6
	Gesamt	2.758	50.985	0,65	12,0	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.718	220.406	6,35	296,8	46,7
	Frauen	28.666	1.154.552	8,16	328,9	40,3
	Gesamt	33.384	1.374.958	7,85	323,3	41,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.451	23.633	1,95	31,8	16,3
	Frauen	11.926	163.102	3,40	46,5	13,7
	Gesamt	13.377	186.735	3,14	43,9	14,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	914	7.838	1,23	10,6	8,6
	Frauen	4.467	37.490	1,27	10,7	8,4
	Gesamt	5.381	45.328	1,27	10,7	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	969	10.017	1,30	13,5	10,3
	Frauen	5.542	54.727	1,58	15,6	9,9
	Gesamt	6.511	64.744	1,53	15,2	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.065	55.611	2,78	74,9	26,9
	Frauen	9.938	174.972	2,83	49,8	17,6
	Gesamt	12.003	230.583	2,82	54,2	19,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	28.016	186.709	37,73	251,4	6,7
	Frauen	153.351	1.022.068	43,68	291,1	6,7
	Gesamt	181.367	1.208.777	42,64	284,2	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.803	63.652	11,85	85,7	7,2
	Frauen	44.188	285.197	12,59	81,2	6,5
	Gesamt	52.991	348.849	12,46	82,0	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.106	18.644	1,49	25,1	16,9
	Frauen	5.210	64.024	1,48	18,2	12,3
	Gesamt	6.316	82.668	1,48	19,4	13,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.250	255.016	16,50	343,4	20,8
	Frauen	60.981	1.400.969	17,37	399,0	23,0
	Gesamt	73.231	1.655.985	17,22	389,3	22,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	995	12.463	1,34	16,8	12,5
	Frauen	15.691	158.410	4,47	45,1	10,1
	Gesamt	16.686	170.873	3,92	40,2	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	9.314	109.841	2,65	31,3	11,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.158	42.403	5,60	57,1	10,2
	Frauen	29.541	297.687	8,41	84,8	10,1
	Gesamt	33.699	340.090	7,92	80,0	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.899	139.517	9,29	187,9	20,2
	Frauen	27.372	535.876	7,80	152,6	19,6
	Gesamt	34.271	675.393	8,06	158,8	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	939	23.976	1,26	32,3	25,5
	Frauen	7.562	163.104	2,15	46,5	21,6
	Gesamt	8.501	187.080	2,00	44,0	22,0
Gesamt	Männer	84.390	1.159.388	113,64	1.561,2	13,7
	Frauen	472.588	6.249.464	134,61	1.780,0	13,2
	Gesamt	556.978	7.408.852	130,95	1.741,8	13,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.877	34.978	2,53	47,1	18,6
	Frauen	7.217	127.678	2,06	36,4	17,7
	Gesamt	9.094	162.656	2,14	38,2	17,9

A.8.27 Abfallbeseitigung und Recycling

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.112	14.777	13,16	92,0	7,0
	Frauen	463	2.872	12,69	78,7	6,2
	Gesamt	2.575	17.649	13,07	89,6	6,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	344	11.586	2,14	72,2	33,7
	Gesamt	433	12.945	2,20	65,7	29,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	156	3.916	0,97	24,4	25,1
	Frauen	27	422	0,74	11,6	15,6
	Gesamt	183	4.338	0,93	22,0	23,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	855	29.274	5,33	182,3	34,2
	Frauen	317	10.865	8,69	297,7	34,3
	Gesamt	1.172	40.139	5,95	203,7	34,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	434	8.023	2,70	50,0	18,5
	Frauen	138	1.679	3,78	46,0	12,2
	Gesamt	572	9.702	2,90	49,2	17,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	259	1.927	1,61	12,0	7,4
	Frauen	54	233	1,48	6,4	4,3
	Gesamt	313	2.160	1,59	11,0	6,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	286	4.459	1,78	27,8	15,6
	Frauen	76	495	2,08	13,6	6,5
	Gesamt	362	4.954	1,84	25,1	13,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	797	23.152	4,96	144,2	29,1
	Frauen	129	2.313	3,53	63,4	17,9
	Gesamt	926	25.465	4,70	129,2	27,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	6.296	55.552	39,22	346,0	8,8
	Frauen	1.686	11.571	46,19	317,0	6,9
	Gesamt	7.982	67.123	40,51	340,7	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.622	21.854	16,33	136,1	8,3
	Frauen	562	2.928	15,40	80,2	5,2
	Gesamt	3.184	24.782	16,16	125,8	7,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	371	4.873	2,31	30,4	13,1
	Frauen	67	427	1,84	11,7	6,4
	Gesamt	438	5.300	2,22	26,9	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.421	119.794	33,77	746,2	22,1
	Frauen	634	12.580	17,37	344,7	19,8
	Gesamt	6.055	132.374	30,73	671,8	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	320	4.307	1,99	26,8	13,5
	Frauen	162	1.750	4,44	48,0	10,8
	Gesamt	482	6.057	2,45	30,7	12,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	87	885	2,38	24,3	10,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.172	15.177	7,30	94,5	13,0
	Frauen	324	3.710	8,88	101,7	11,5
	Gesamt	1.496	18.887	7,59	95,9	12,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.648	60.159	16,49	374,7	22,7
	Frauen	286	7.098	7,84	194,5	24,8
	Gesamt	2.934	67.257	14,89	341,3	22,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	282	6.426	1,76	40,0	22,8
	Frauen	93	2.094	2,55	57,4	22,5
	Gesamt	375	8.520	1,90	43,2	22,7
Gesamt	Männer	24.416	386.992	152,08	2.410,5	15,9
	Frauen	5.201	63.355	142,50	1.735,9	12,2
	Gesamt	29.617	450.347	150,31	2.285,5	15,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.305	30.773	8,13	191,7	23,6
	Frauen	78	2.152	2,14	59,0	27,6
	Gesamt	1.383	32.925	7,02	167,1	23,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.8.28 Kultur, Sport und Unterhaltung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.092	8.197	8,89	66,7	7,5
	Frauen	1.576	9.123	10,54	61,0	5,8
	Gesamt	2.668	17.320	9,80	63,6	6,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	155	5.766	1,26	47,0	37,2
	Frauen	266	11.884	1,78	79,5	44,7
	Gesamt	421	17.650	1,55	64,8	41,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	48	987	0,39	8,0	20,6
	Frauen	84	1.543	0,56	10,3	18,4
	Gesamt	132	2.530	0,48	9,3	19,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	513	24.640	4,18	200,6	48,0
	Frauen	1.102	51.117	7,37	342,0	46,4
	Gesamt	1.615	75.757	5,93	278,2	46,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	173	2.311	1,41	18,8	13,4
	Frauen	396	7.535	2,65	50,4	19,0
	Gesamt	569	9.846	2,09	36,2	17,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	123	1.582	1,00	12,9	12,9
	Frauen	164	1.282	1,10	8,6	7,8
	Gesamt	287	2.864	1,05	10,5	10,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	125	1.282	1,02	10,4	10,3
	Frauen	187	1.996	1,25	13,4	10,7
	Gesamt	312	3.278	1,15	12,0	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	288	5.594	2,34	45,6	19,4
	Frauen	378	6.935	2,53	46,4	18,4
	Gesamt	666	12.529	2,45	46,0	18,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.663	25.865	29,82	210,6	7,1
	Frauen	5.756	41.847	38,51	280,0	7,3
	Gesamt	9.419	67.712	34,59	248,7	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.187	8.683	9,66	70,7	7,3
	Frauen	1.700	10.787	11,37	72,2	6,4
	Gesamt	2.887	19.470	10,60	71,5	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	186	2.376	1,51	19,4	12,8
	Frauen	195	1.607	1,30	10,8	8,2
	Gesamt	381	3.983	1,40	14,6	10,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.041	44.061	16,62	358,8	21,6
	Frauen	2.283	47.896	15,27	320,4	21,0
	Gesamt	4.324	91.957	15,88	337,7	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	141	1.910	1,15	15,6	13,6
	Frauen	597	5.166	3,99	34,6	8,7
	Gesamt	738	7.076	2,71	26,0	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	253	2.817	1,69	18,9	11,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	548	6.550	4,46	53,3	12,0
	Frauen	1.051	12.642	7,03	84,6	12,0
	Gesamt	1.599	19.192	5,87	70,5	12,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.378	32.008	11,22	260,6	23,2
	Frauen	1.154	24.048	7,72	160,9	20,8
	Gesamt	2.532	56.056	9,30	205,9	22,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	151	2.239	1,23	18,2	14,8
	Frauen	284	7.569	1,90	50,6	26,7
	Gesamt	435	9.808	1,60	36,0	22,6
Gesamt	Männer	11.839	174.474	96,40	1.420,6	14,7
	Frauen	17.479	246.825	116,94	1.651,3	14,1
	Gesamt	29.318	421.299	107,67	1.547,2	14,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	635	16.954	5,17	138,0	26,7
	Frauen	379	8.787	2,54	58,8	23,2
	Gesamt	1.014	25.741	3,72	94,5	25,4

A.9 Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigter Mitglieder insgesamt – differenziert nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Schädigungsart und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

Schädigungsart	Geschlecht	Wirtschaftsgruppen																			
		Land- und Forstwirtschaft	Nahrung, Genuss	Textil, Bekleidung, Leder	Holz, Papier, Druck	Holzgewerbe (ohne Hebst. v. Möbeln)	Papiergewerbe	Druck	Chemie	Kokerei, Mineralöl-Verarbeitung	Chemische Industrie	Gummi- und Kunststoffwaren	Glas, Keramik, Steine/Erden	Metallerzeugung und -bearbeitung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Elektronische und elektrochemische Fertigung	Maschinenbau	Kfz-Bau	Sonstiger Fahrzeugbau
Verletzungen des Kopfes	Männer	8,2	4,3	2,5	3,1	5,4	2,8	2,2	1,4	-	0,9	2,6	3,6	3,4	2,7	3,9	1,8	1,1	2,4	1,8	1,8
	Frauen	5,5	2,3	1,0	1,2	2,2	0,9	1,1	1,0	-	0,9	1,3	1,8	1,0	0,6	1,2	1,1	0,8	0,7	1,5	1,4
	Gesamt	7,2	3,3	1,7	2,6	4,8	2,4	1,8	1,3	-	0,9	2,3	3,2	3,0	2,4	3,3	1,7	1,0	2,1	1,8	1,8
Verletzungen des Halses	Männer	2,9	2,2	0,8	1,3	1,7	1,2	1,3	1,1	1,7	0,9	1,5	1,1	1,1	0,9	1,3	1,2	1,0	1,1	1,3	1,5
	Frauen	2,1	2,0	2,0	1,9	-	1,6	2,3	2,0	-	1,8	2,5	2,2	1,7	1,6	1,7	1,9	1,7	1,7	2,2	1,9
	Gesamt	2,6	2,1	1,4	1,5	1,6	1,3	1,6	1,4	1,4	1,2	1,7	1,3	1,2	1,0	1,4	1,3	1,2	1,2	1,4	1,5
Verletzungen des Thorax	Männer	3,1	1,9	1,9	1,5	2,8	1,1	1,4	0,8	-	0,6	1,3	2,8	1,6	1,3	1,9	0,9	0,7	1,1	0,9	1,0
	Frauen	1,8	1,0	0,5	0,6	-	-	0,8	0,5	-	0,5	0,4	0,7	0,2	-	0,2	0,5	0,3	0,7	0,5	0,9
	Gesamt	2,6	1,4	1,2	1,3	2,4	0,9	1,2	0,7	-	0,6	1,1	2,4	1,4	1,2	1,5	0,8	0,6	1,1	0,8	1,0
Verletzungen des Abdomens, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	1,5	1,1	0,4	0,9	1,3	1,1	0,4	0,5	-	0,4	0,9	1,5	1,2	1,1	1,3	0,6	0,4	0,7	0,5	0,7
	Frauen	1,2	1,5	1,0	0,7	-	1,1	0,5	0,4	-	0,4	0,4	-	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,7	-
	Gesamt	1,4	1,3	0,7	0,9	1,1	1,1	0,5	0,5	-	0,4	0,8	1,3	1,1	1,0	1,1	0,6	0,4	0,7	0,6	0,7
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	2,9	2,1	1,2	1,6	2,7	1,2	1,4	0,9	0,6	0,7	1,4	2,1	1,4	1,3	1,5	1,1	0,9	1,2	1,0	1,2
	Frauen	1,2	1,1	0,4	0,4	1,6	-	-	0,4	-	0,4	0,6	-	0,8	0,6	0,9	0,5	0,6	0,3	0,6	-
	Gesamt	2,2	1,6	0,8	1,2	2,5	0,9	1,0	0,8	0,5	0,6	1,2	1,7	1,3	1,2	1,3	0,9	0,8	1,0	0,9	1,0
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	3,6	2,1	0,8	1,7	2,8	1,0	1,9	0,9	-	0,7	1,5	2,6	2,0	1,6	2,3	1,1	0,7	1,5	1,0	1,6
	Frauen	3,7	1,3	0,8	1,2	-	0,7	1,7	0,7	-	0,8	0,5	1,3	0,9	0,8	1,0	0,7	0,7	0,6	0,7	-
	Gesamt	3,1	1,7	0,8	1,6	2,4	0,9	1,8	0,9	-	0,7	1,2	2,4	1,8	1,5	2,0	1,0	0,7	1,4	1,0	1,4
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	14,9	13,0	10,9	12,5	26,0	8,8	9,8	5,7	1,9	2,9	11,7	13,4	14,4	10,8	16,9	6,8	4,4	11,0	5,5	8,2
	Frauen	10,1	8,8	3,9	6,2	11,3	6,2	4,9	3,1	-	2,3	5,3	4,7	4,6	3,4	5,0	3,4	2,9	3,3	3,9	4,2
	Gesamt	13,0	10,9	7,2	10,9	23,2	8,3	8,1	4,9	1,8	2,7	10,1	11,5	12,7	10,0	14,4	6,1	3,9	9,7	5,3	7,7
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	2,4	1,0	0,8	0,6	1,5	0,5	0,2	0,5	-	0,5	0,6	0,7	0,7	0,9	0,6	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6
	Frauen	0,5	0,4	0,4	-	-	-	-	0,3	-	0,3	0,4	-	-	-	-	0,2	0,3	0,2	0,2	-
	Gesamt	1,7	0,7	0,6	0,5	1,2	0,4	0,2	0,4	-	0,4	0,6	0,6	0,6	0,8	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	9,2	5,4	2,5	4,5	8,8	3,5	3,3	2,2	0,9	1,8	3,3	5,2	4,3	4,3	4,3	2,5	1,8	3,0	2,4	2,9
	Frauen	5,5	2,7	1,5	3,0	1,6	4,0	2,8	1,6	4,6	1,4	1,9	3,2	1,8	1,6	1,8	1,8	1,6	1,3	2,2	2,8
	Gesamt	7,7	4,0	2,0	4,1	7,4	3,6	3,2	2,0	1,4	1,6	3,0	4,8	3,9	4,0	3,8	2,3	1,8	2,7	2,4	2,9
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	10,5	6,8	3,3	5,3	8,8	4,9	3,8	2,7	3,2	1,9	4,2	6,8	5,7	5,0	6,2	3,1	1,9	3,8	3,2	4,1
	Frauen	5,3	3,9	1,9	3,0	1,6	3,3	3,1	2,0	-	1,9	2,4	3,0	2,5	2,4	2,5	2,5	2,1	2,4	2,8	2,5
	Gesamt	8,5	5,3	2,5	4,7	7,4	4,6	3,6	2,5	3,1	1,9	3,8	5,9	5,1	4,8	5,4	3,0	2,0	3,5	3,1	3,8
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	1,3	1,0	0,6	1,0	2,2	0,7	0,6	0,4	-	0,3	0,7	1,1	1,0	0,6	1,3	0,4	0,2	0,4	0,3	2,2
	Frauen	1,4	0,8	0,5	0,2	-	-	-	0,3	-	0,3	0,4	-	0,4	-	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,7
	Gesamt	1,3	0,9	0,5	0,8	1,9	0,6	0,4	0,4	-	0,3	0,6	0,9	0,9	0,6	1,1	0,3	0,2	0,4	0,3	2,0
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	12,7	9,0	7,6	9,0	19,8	5,9	6,8	3,7	1,1	2,2	6,9	9,5	10,3	7,3	12,5	5,1	3,2	7,8	4,5	5,5
	Frauen	6,4	6,1	3,0	3,0	2,2	4,4	2,3	2,1	-	1,5	4,0	2,5	3,3	2,4	3,6	2,2	1,7	2,0	2,7	1,6
	Gesamt	10,2	7,5	5,2	7,4	16,4	5,6	5,3	3,2	0,9	2,0	6,1	7,9	9,1	6,7	10,6	4,5	2,8	6,8	4,2	4,9
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	2,3	0,4	-	0,9	2,9	0,5	0,2	0,5	-	0,2	1,3	2,1	5,0	3,6	6,1	1,2	0,4	2,6	0,8	2,2
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	0,4	-	0,5	0,1	-	0,2	0,2	-
	Gesamt	1,5	0,2	0,2	0,7	2,4	0,4	0,2	0,4	-	0,1	1,0	1,6	4,2	3,2	4,9	1,0	0,3	2,2	0,7	1,9
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	0,7	2,7	0,7	0,8	1,0	1,1	0,4	1,1	-	1,2	1,1	1,6	2,0	2,6	1,5	0,4	0,4	0,7	0,3	0,6
	Frauen	-	1,2	0,6	0,5	1,6	0,7	0,3	-	-	0,3	0,5	-	0,3	0,8	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	-
	Gesamt	0,5	2,0	0,7	0,7	1,1	1,0	0,3	0,9	-	0,9	1,0	1,3	1,7	2,4	1,2	0,4	0,3	0,6	0,3	0,5
Erfrierungen	Männer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	-
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. Aktive Substanzen	Männer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,3	0,1	-	0,1	-	0,2	-	0,1	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,1	0,3	-	-	-	-	0,1	-	-	0,1	-
	Gesamt	0,2	0,1	-	0,1	-	0,1	-	0,1	-	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	-	0,1	-	0,2	-	0,2	0,4	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
	Frauen	-	0,1	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	0,1	-
	Gesamt	0,2	0,1	-	0,2	-	0,1	0,2	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,6	0,1	-	-	-	-	-	0,1	-	-	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt	0,4	0,1	-	-	-	-	-	0,0	-	-	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	-	-	-	0,2	-	0,2	-	0,0	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt	-	-	-	0,1	-	0,2	-	0,0	-	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a. O. n. k.	Männer	-	-	-	0,1	0,5	-	-	0,0	-	-	0,1	-	0,0	0,1	-	0,0	-	0,1	0,0	-
	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt	-	-	-	0,1	0,4	-	-	0,0	-	-	0,1	-	0,0	0,1	-	0,0	-	0,0	0,0	-
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. sonstigen Auswirkungen ä.U	Männer	0,6	-	0,7	-	-	-	-	0,0	-	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
	Frauen	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	0,1	-
	Gesamt	0,4	0,1	0,6	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
Gesamt	Männer	77,0	53,3	35,2	45,2	88,8	34,9	34,2	22,8	10,7	15,2	39,4	54,9	54,8	44,4	62,3	26,8	17,7	38,3	24,1	34,4
	Frauen	45,6	33,2	18,1	22,0	25,9	23,3	20,2	15,0	9,1	12,7	21,3	21,3	18,5	15,7	19,4	16,0	13,9	14,2	18,8	17,1
	Gesamt	64,7	43,3	26,3	39,2	76,8	32,6	29,4	20,6	10,4	14,4	34,8	47,4	48,5	41,2	53,2	24,7	16,6	34,2	23,2	31,9

A.10.1 Bund West – Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	244.229	1.402.158	13,86	79,6	5,7
	Frauen	220.259	1.245.985	13,42	75,9	5,7
	Gesamt	464.488	2.648.143	13,65	77,8	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	27.708	842.793	1,57	47,8	30,4
	Frauen	32.581	1.327.931	1,98	80,9	40,8
	Gesamt	60.289	2.170.724	1,77	63,8	36,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	11.385	212.545	0,65	12,1	18,7
	Frauen	11.059	192.788	0,67	11,7	17,4
	Gesamt	22.444	405.333	0,66	11,9	18,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	90.822	3.700.104	5,16	210,0	40,7
	Frauen	127.617	5.126.293	7,77	312,3	40,2
	Gesamt	218.439	8.826.397	6,42	259,4	40,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	42.134	690.882	2,39	39,2	16,4
	Frauen	59.169	774.903	3,60	47,2	13,1
	Gesamt	101.303	1.465.785	2,98	43,1	14,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	26.958	215.759	1,53	12,3	8,0
	Frauen	23.356	169.003	1,42	10,3	7,2
	Gesamt	50.314	384.762	1,48	11,3	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	25.922	254.715	1,47	14,5	9,8
	Frauen	27.416	250.616	1,67	15,3	9,1
	Gesamt	53.338	505.331	1,57	14,9	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	58.360	1.537.216	3,31	87,3	26,3
	Frauen	47.012	794.496	2,86	48,4	16,9
	Gesamt	105.372	2.331.712	3,10	68,5	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	714.795	4.794.427	40,57	272,2	6,7
	Frauen	733.045	4.733.104	44,66	288,4	6,5
	Gesamt	1.447.840	9.527.531	42,54	280,0	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	252.114	1.711.880	14,31	97,2	6,8
	Frauen	215.644	1.270.207	13,14	77,4	5,9
	Gesamt	467.758	2.982.087	13,74	87,6	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	36.257	500.560	2,06	28,4	13,8
	Frauen	24.053	265.825	1,47	16,2	11,1
	Gesamt	60.310	766.385	1,77	22,5	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	449.203	8.714.913	25,50	494,7	19,4
	Frauen	290.983	6.209.693	17,73	378,3	21,3
	Gesamt	740.186	14.924.606	21,75	438,6	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	25.644	319.186	1,46	18,1	12,5
	Frauen	74.847	676.238	4,56	41,2	9,0
	Gesamt	100.491	995.424	2,95	29,3	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	39.905	457.969	2,43	27,9	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	123.780	1.271.768	7,03	72,2	10,3
	Frauen	148.272	1.403.174	9,03	85,5	9,5
	Gesamt	272.052	2.674.942	7,99	78,6	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	229.597	4.324.743	13,03	245,5	18,8
	Frauen	126.514	2.345.875	7,71	142,9	18,5
	Gesamt	356.111	6.670.618	10,46	196,0	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	23.896	507.420	1,36	28,8	21,2
	Frauen	34.666	700.926	2,11	42,7	20,2
	Gesamt	58.562	1.208.346	1,72	35,5	20,6
Gesamt	Männer	2.387.347	31.093.026	135,51	1.765,0	13,0
	Frauen	2.242.169	28.066.761	136,60	1.709,9	12,5
	Gesamt	4.629.516	59.159.787	136,04	1.738,4	12,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	79.154	1.435.291	4,49	81,5	18,1
	Frauen	32.841	567.500	2,00	34,6	17,3
	Gesamt	111.995	2.002.791	3,29	58,9	17,9

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.10.2 Bund Ost – Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	26.538	192.237	10,94	79,3	7,2
	Frauen	25.332	186.525	12,36	91,0	7,4
	Gesamt	51.870	378.762	11,59	84,7	7,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.936	156.733	2,04	64,6	31,8
	Frauen	5.905	217.597	2,88	106,2	36,9
	Gesamt	10.841	374.330	2,42	83,7	34,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.205	45.252	0,91	18,7	20,5
	Frauen	1.891	39.586	0,92	19,3	20,9
	Gesamt	4.096	84.838	0,92	19,0	20,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.154	453.107	5,01	186,9	37,3
	Frauen	20.443	789.597	9,98	385,3	38,6
	Gesamt	32.597	1.242.704	7,29	277,7	38,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.022	100.423	2,07	41,4	20,0
	Frauen	8.057	119.885	3,93	58,5	14,9
	Gesamt	13.079	220.308	2,92	49,2	16,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.491	39.248	1,85	16,2	8,7
	Frauen	3.955	30.316	1,93	14,8	7,7
	Gesamt	8.446	69.564	1,89	15,6	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.695	42.571	1,52	17,6	11,5
	Frauen	3.947	43.710	1,93	21,3	11,1
	Gesamt	7.642	86.281	1,71	19,3	11,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	11.551	324.339	4,76	133,8	28,1
	Frauen	9.246	183.173	4,51	89,4	19,8
	Gesamt	20.797	507.512	4,65	113,4	24,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	88.581	750.615	36,53	309,5	8,5
	Frauen	96.047	817.581	46,87	398,9	8,5
	Gesamt	184.628	1.568.196	41,26	350,5	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	41.176	308.256	16,98	127,1	7,5
	Frauen	37.517	233.325	18,31	113,9	6,2
	Gesamt	78.693	541.581	17,59	121,0	6,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.098	78.166	2,10	32,2	15,3
	Frauen	4.025	45.905	1,96	22,4	11,4
	Gesamt	9.123	124.071	2,04	27,7	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	61.069	1.327.223	25,18	547,3	21,7
	Frauen	45.799	1.015.577	22,35	495,6	22,2
	Gesamt	106.868	2.342.800	23,88	523,6	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.799	55.618	1,57	22,9	14,6
	Frauen	12.087	135.038	5,90	65,9	11,2
	Gesamt	15.886	190.656	3,55	42,6	12,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.891	67.473	2,39	32,9	13,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.345	157.980	5,09	65,2	12,8
	Frauen	16.541	190.883	8,07	93,1	11,5
	Gesamt	28.886	348.863	6,46	78,0	12,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	32.017	722.044	13,20	297,8	22,6
	Frauen	17.861	396.753	8,72	193,6	22,2
	Gesamt	49.878	1.118.797	11,15	250,1	22,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.401	67.536	1,40	27,9	19,9
	Frauen	4.748	113.957	2,32	55,6	24,0
	Gesamt	8.149	181.493	1,82	40,6	22,3
Gesamt	Männer	318.698	4.837.402	131,42	1.994,9	15,2
	Frauen	319.109	4.642.268	155,71	2.265,2	14,6
	Gesamt	637.807	9.479.670	142,55	2.118,7	14,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.918	289.547	5,33	119,4	22,4
	Frauen	6.322	142.562	3,08	69,6	22,6
	Gesamt	19.240	432.109	4,30	96,6	22,5

A.10.3 Bund Gesamt – Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	270.767	1.594.395	13,51	79,6	5,9
	Frauen	245.591	1.432.510	13,30	77,6	5,8
	Gesamt	516.358	3.026.905	13,41	78,6	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	32.644	999.526	1,63	49,9	30,6
	Frauen	38.486	1.545.528	2,08	83,7	40,2
	Gesamt	71.130	2.545.054	1,85	66,1	35,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.590	257.797	0,68	12,9	19,0
	Frauen	12.950	232.374	0,70	12,6	17,9
	Gesamt	26.540	490.171	0,69	12,7	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	102.976	4.153.211	5,14	207,2	40,3
	Frauen	148.060	5.915.890	8,02	320,4	40,0
	Gesamt	251.036	10.069.101	6,52	261,5	40,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	47.156	791.305	2,35	39,5	16,8
	Frauen	67.226	894.788	3,64	48,5	13,3
	Gesamt	114.382	1.686.093	2,97	43,8	14,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.449	255.007	1,57	12,7	8,1
	Frauen	27.311	199.319	1,48	10,8	7,3
	Gesamt	58.760	454.326	1,53	11,8	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	29.617	297.286	1,48	14,8	10,0
	Frauen	31.363	294.326	1,70	15,9	9,4
	Gesamt	60.980	591.612	1,58	15,4	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	69.911	1.861.555	3,49	92,9	26,6
	Frauen	56.258	977.669	3,05	53,0	17,4
	Gesamt	126.169	2.839.224	3,28	73,7	22,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	803.376	5.545.042	40,08	276,7	6,9
	Frauen	829.092	5.550.685	44,90	300,6	6,7
	Gesamt	1.632.468	11.095.727	42,40	288,2	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	293.290	2.020.136	14,63	100,8	6,9
	Frauen	253.161	1.503.532	13,71	81,4	5,9
	Gesamt	546.451	3.523.668	14,19	91,5	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.355	578.726	2,06	28,9	14,0
	Frauen	28.078	311.730	1,52	16,9	11,1
	Gesamt	69.433	890.456	1,80	23,1	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	510.272	10.042.136	25,46	501,1	19,7
	Frauen	336.782	7.225.270	18,24	391,3	21,5
	Gesamt	847.054	17.267.406	22,00	448,4	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.443	374.804	1,47	18,7	12,7
	Frauen	86.934	811.276	4,71	43,9	9,3
	Gesamt	116.377	1.186.080	3,02	30,8	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	44.796	525.442	2,43	28,5	11,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	136.125	1.429.748	6,79	71,3	10,5
	Frauen	164.813	1.594.057	8,93	86,3	9,7
	Gesamt	300.938	3.023.805	7,82	78,5	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	261.614	5.046.787	13,05	251,8	19,3
	Frauen	144.375	2.742.628	7,82	148,5	19,0
	Gesamt	405.989	7.789.415	10,54	202,3	19,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27.297	574.956	1,36	28,7	21,1
	Frauen	39.414	814.883	2,13	44,1	20,7
	Gesamt	66.711	1.389.839	1,73	36,1	20,8
Gesamt	Männer	2.706.045	35.930.428	135,02	1.792,8	13,3
	Frauen	2.561.278	32.709.029	138,72	1.771,5	12,8
	Gesamt	5.267.323	68.639.457	136,79	1.782,6	13,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	92.072	1.724.838	4,59	86,1	18,7
	Frauen	39.163	710.062	2,12	38,5	18,1
	Gesamt	131.235	2.434.900	3,41	63,2	18,6

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.10.4 Bund West – beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	241.108	1.375.194	14,16	80,7	5,7
	Frauen	217.445	1.221.865	13,69	76,9	5,6
	Gesamt	458.553	2.597.059	13,93	78,9	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	26.957	796.396	1,58	46,8	29,5
	Frauen	31.770	1.276.729	2,00	80,4	40,2
	Gesamt	58.727	2.073.125	1,78	63,0	35,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	11.039	200.329	0,65	11,8	18,2
	Frauen	10.770	183.992	0,68	11,6	17,1
	Gesamt	21.809	384.321	0,66	11,7	17,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	85.539	3.260.741	5,02	191,4	38,1
	Frauen	121.575	4.648.078	7,65	292,6	38,2
	Gesamt	207.114	7.908.819	6,29	240,3	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	40.950	646.520	2,40	38,0	15,8
	Frauen	57.627	735.348	3,63	46,3	12,8
	Gesamt	98.577	1.381.868	2,99	42,0	14,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	26.625	208.823	1,56	12,3	7,8
	Frauen	23.041	163.365	1,45	10,3	7,1
	Gesamt	49.666	372.188	1,51	11,3	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	25.511	244.165	1,50	14,3	9,6
	Frauen	26.957	243.598	1,70	15,3	9,0
	Gesamt	52.468	487.763	1,59	14,8	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	56.766	1.460.277	3,33	85,7	25,7
	Frauen	45.973	760.926	2,89	47,9	16,6
	Gesamt	102.739	2.221.203	3,12	67,5	21,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	707.328	4.723.094	41,53	277,3	6,7
	Frauen	724.803	4.656.593	45,63	293,2	6,4
	Gesamt	1.432.131	9.379.687	43,51	284,9	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	248.665	1.662.081	14,60	97,6	6,7
	Frauen	212.641	1.230.928	13,39	77,5	5,8
	Gesamt	461.306	2.893.009	14,01	87,9	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	35.651	483.754	2,09	28,4	13,6
	Frauen	23.606	255.320	1,49	16,1	10,8
	Gesamt	59.257	739.074	1,80	22,5	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	440.328	8.312.026	25,85	488,0	18,9
	Frauen	283.469	5.879.057	17,85	370,1	20,7
	Gesamt	723.797	14.191.083	21,99	431,1	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	25.115	308.489	1,47	18,1	12,3
	Frauen	73.516	654.315	4,63	41,2	8,9
	Gesamt	98.631	962.804	3,00	29,3	9,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	38.941	442.349	2,45	27,9	11,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	121.337	1.222.979	7,12	71,8	10,1
	Frauen	145.530	1.350.953	9,16	85,1	9,3
	Gesamt	266.867	2.573.932	8,11	78,2	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	226.401	4.214.121	13,29	247,4	18,6
	Frauen	124.300	2.264.695	7,83	142,6	18,2
	Gesamt	350.701	6.478.816	10,65	196,8	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	23.460	487.184	1,38	28,6	20,8
	Frauen	33.983	674.694	2,14	42,5	19,9
	Gesamt	57.443	1.161.878	1,75	35,3	20,2
Gesamt	Männer	2.347.199	29.693.294	137,80	1.743,3	12,7
	Frauen	2.201.514	26.757.581	138,59	1.684,5	12,2
	Gesamt	4.548.713	56.450.875	138,18	1.714,9	12,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	78.778	1.423.644	4,62	83,6	18,1
	Frauen	32.608	559.483	2,05	35,2	17,2
	Gesamt	111.386	1.983.127	3,38	60,2	17,8

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.10.5 Bund Ost – beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	26.129	188.428	11,23	81,0	7,2
	Frauen	24.879	182.691	12,63	92,8	7,3
	Gesamt	51.008	371.119	11,87	86,4	7,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.784	142.398	2,06	61,2	29,8
	Frauen	5.761	204.487	2,93	103,9	35,5
	Gesamt	10.545	346.885	2,45	80,8	32,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.139	42.288	0,92	18,2	19,8
	Frauen	1.835	36.395	0,93	18,5	19,8
	Gesamt	3.974	78.683	0,93	18,3	19,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.473	399.681	4,93	171,8	34,8
	Frauen	19.556	723.658	9,93	367,5	37,0
	Gesamt	31.029	1.123.339	7,22	261,5	36,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.841	93.683	2,08	40,3	19,4
	Frauen	7.837	112.491	3,98	57,1	14,4
	Gesamt	12.678	206.174	2,95	48,0	16,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.416	37.906	1,90	16,3	8,6
	Frauen	3.894	29.633	1,98	15,1	7,6
	Gesamt	8.310	67.539	1,93	15,7	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.619	41.246	1,56	17,7	11,4
	Frauen	3.872	42.780	1,97	21,7	11,1
	Gesamt	7.491	84.026	1,74	19,6	11,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	11.211	302.810	4,82	130,2	27,0
	Frauen	9.030	176.371	4,59	89,6	19,5
	Gesamt	20.241	479.181	4,71	111,6	23,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	87.367	736.106	37,55	316,4	8,4
	Frauen	94.543	802.065	48,01	407,3	8,5
	Gesamt	181.910	1.538.171	42,35	358,1	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	40.514	295.202	17,41	126,9	7,3
	Frauen	36.877	224.789	18,73	114,2	6,1
	Gesamt	77.391	519.991	18,02	121,1	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.977	74.748	2,14	32,1	15,0
	Frauen	3.946	44.637	2,00	22,7	11,3
	Gesamt	8.923	119.385	2,08	27,8	13,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	59.540	1.249.116	25,59	536,9	21,0
	Frauen	44.499	956.379	22,60	485,7	21,5
	Gesamt	104.039	2.205.495	24,22	513,4	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.725	52.717	1,60	22,7	14,2
	Frauen	11.824	129.640	6,00	65,8	11,0
	Gesamt	15.549	182.357	3,62	42,5	11,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.741	63.565	2,41	32,3	13,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.076	151.374	5,19	65,1	12,5
	Frauen	16.188	182.762	8,22	92,8	11,3
	Gesamt	28.264	334.136	6,58	77,8	11,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.416	696.045	13,50	299,2	22,2
	Frauen	17.421	382.393	8,85	194,2	22,0
	Gesamt	48.837	1.078.438	11,37	251,1	22,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.309	63.518	1,42	27,3	19,2
	Frauen	4.647	109.294	2,36	55,5	23,5
	Gesamt	7.956	172.812	1,85	40,2	21,7
Gesamt	Männer	312.140	4.581.823	134,17	1.969,5	14,7
	Frauen	312.141	4.418.245	158,52	2.243,8	14,2
	Gesamt	624.281	9.000.068	145,33	2.095,2	14,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.823	285.680	5,51	122,8	22,3
	Frauen	6.263	141.556	3,18	71,9	22,6
	Gesamt	19.086	427.236	4,44	99,5	22,4

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.10.6 Bund Gesamt – beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	267.237	1.563.622	13,80	80,8	5,9
	Frauen	242.324	1.404.556	13,57	78,7	5,8
	Gesamt	509.561	2.968.178	13,69	79,8	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	31.741	938.794	1,64	48,5	29,6
	Frauen	37.531	1.481.216	2,10	83,0	39,5
	Gesamt	69.272	2.420.010	1,86	65,0	34,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.178	242.617	0,68	12,5	18,4
	Frauen	12.605	220.387	0,71	12,3	17,5
	Gesamt	25.783	463.004	0,69	12,4	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	97.012	3.660.422	5,01	189,1	37,7
	Frauen	141.131	5.371.736	7,90	300,9	38,1
	Gesamt	238.143	9.032.158	6,40	242,7	37,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	45.791	740.203	2,37	38,2	16,2
	Frauen	65.464	847.839	3,67	47,5	13,0
	Gesamt	111.255	1.588.042	2,99	42,7	14,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.041	246.729	1,60	12,7	8,0
	Frauen	26.935	192.998	1,51	10,8	7,2
	Gesamt	57.976	439.727	1,56	11,8	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	29.130	285.411	1,50	14,7	9,8
	Frauen	30.829	286.378	1,73	16,0	9,3
	Gesamt	59.959	571.789	1,61	15,4	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	67.977	1.763.087	3,51	91,1	25,9
	Frauen	55.003	937.297	3,08	52,5	17,0
	Gesamt	122.980	2.700.384	3,30	72,6	22,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	794.695	5.459.200	41,05	282,0	6,9
	Frauen	819.346	5.458.658	45,89	305,7	6,7
	Gesamt	1.614.041	10.917.858	43,37	293,4	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	289.179	1.957.283	14,94	101,1	6,8
	Frauen	249.518	1.455.717	13,98	81,5	5,8
	Gesamt	538.697	3.413.000	14,48	91,7	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.628	558.502	2,10	28,9	13,8
	Frauen	27.552	299.957	1,54	16,8	10,9
	Gesamt	68.180	858.459	1,83	23,1	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	499.868	9.561.142	25,82	493,9	19,1
	Frauen	327.968	6.835.436	18,37	382,9	20,8
	Gesamt	827.836	16.396.578	22,25	440,6	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	28.840	361.206	1,49	18,7	12,5
	Frauen	85.340	783.955	4,78	43,9	9,2
	Gesamt	114.180	1.145.161	3,07	30,8	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	43.682	505.914	2,45	28,3	11,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	133.413	1.374.353	6,89	71,0	10,3
	Frauen	161.718	1.533.715	9,06	85,9	9,5
	Gesamt	295.131	2.908.068	7,93	78,2	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	257.817	4.910.166	13,32	253,6	19,1
	Frauen	141.721	2.647.088	7,94	148,3	18,7
	Gesamt	399.538	7.557.254	10,74	203,1	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	26.769	550.702	1,38	28,5	20,6
	Frauen	38.630	783.988	2,16	43,9	20,3
	Gesamt	65.399	1.334.690	1,76	35,9	20,4
Gesamt	Männer	2.659.339	34.275.117	137,37	1.770,5	12,9
	Frauen	2.513.655	31.175.826	140,79	1.746,2	12,4
	Gesamt	5.172.994	65.450.943	139,01	1.758,8	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	91.601	1.709.324	4,73	88,3	18,7
	Frauen	38.871	701.039	2,18	39,3	18,0
	Gesamt	130.472	2.410.363	3,51	64,8	18,5

A.11.1 Baden-Württemberg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	39.996	219.162	14,16	77,6	5,5
	Frauen	38.052	206.517	12,92	70,1	5,4
	Gesamt	78.048	425.679	13,52	73,8	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.275	119.574	1,51	42,3	28,0
	Frauen	5.732	230.422	1,95	78,2	40,2
	Gesamt	10.007	349.996	1,73	60,6	35,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.667	29.632	0,59	10,5	17,8
	Frauen	1.721	29.737	0,58	10,1	17,3
	Gesamt	3.388	59.369	0,59	10,3	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.251	516.989	4,69	183,0	39,0
	Frauen	19.885	728.873	6,75	247,4	36,7
	Gesamt	33.136	1.245.862	5,74	215,9	37,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.438	102.846	2,28	36,4	16,0
	Frauen	9.839	116.439	3,34	39,5	11,8
	Gesamt	16.277	219.285	2,82	38,0	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.058	32.862	1,44	11,6	8,1
	Frauen	3.649	25.376	1,24	8,6	7,0
	Gesamt	7.707	58.238	1,34	10,1	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.998	37.104	1,42	13,1	9,3
	Frauen	4.585	37.610	1,56	12,8	8,2
	Gesamt	8.583	74.714	1,49	13,0	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.241	211.465	2,92	74,8	25,7
	Frauen	7.537	122.427	2,56	41,6	16,2
	Gesamt	15.778	333.892	2,73	57,9	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	116.617	734.207	41,27	259,9	6,3
	Frauen	128.027	783.768	43,46	266,0	6,1
	Gesamt	244.644	1.517.975	42,39	263,0	6,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	38.232	239.208	13,53	84,7	6,3
	Frauen	34.757	205.210	11,80	69,7	5,9
	Gesamt	72.989	444.418	12,65	77,0	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.858	77.751	2,07	27,5	13,3
	Frauen	3.911	42.028	1,33	14,3	10,8
	Gesamt	9.769	119.779	1,69	20,8	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	66.783	1.235.022	23,64	437,1	18,5
	Frauen	47.335	976.908	16,07	331,6	20,6
	Gesamt	114.118	2.211.930	19,77	383,3	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.930	45.758	1,39	16,2	11,6
	Frauen	12.649	107.357	4,29	36,4	8,5
	Gesamt	16.579	153.115	2,87	26,5	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	6.733	74.913	2,29	25,4	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	18.444	172.826	6,53	61,2	9,4
	Frauen	24.433	216.516	8,29	73,5	8,9
	Gesamt	42.877	389.342	7,43	67,5	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	36.208	641.982	12,82	227,2	17,7
	Frauen	20.691	374.750	7,02	127,2	18,1
	Gesamt	56.899	1.016.732	9,86	176,2	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.223	67.161	1,14	23,8	20,8
	Frauen	5.590	103.593	1,90	35,2	18,5
	Gesamt	8.813	170.754	1,53	29,6	19,4
Gesamt	Männer	371.966	4.498.496	131,65	1.592,2	12,1
	Frauen	376.115	4.402.074	127,66	1.494,2	11,7
	Gesamt	748.081	8.900.570	129,62	1.542,2	11,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.741	193.105	4,16	68,4	16,5
	Frauen	5.017	82.323	1,70	27,9	16,4
	Gesamt	16.758	275.428	2,90	47,7	16,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.2 Bayern

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	55.911	302.049	13,01	70,3	5,4
	Frauen	52.828	277.195	12,60	66,1	5,3
	Gesamt	108.739	579.244	12,81	68,2	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.554	198.575	1,53	46,2	30,3
	Frauen	7.904	303.186	1,89	72,3	38,4
	Gesamt	14.458	501.761	1,70	59,1	34,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.508	47.600	0,58	11,1	19,0
	Frauen	2.721	46.471	0,65	11,1	17,1
	Gesamt	5.229	94.071	0,62	11,1	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	20.054	798.599	4,67	185,9	39,8
	Frauen	29.874	1.133.709	7,13	270,5	38,0
	Gesamt	49.928	1.932.308	5,88	227,6	38,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.113	163.432	2,35	38,0	16,2
	Frauen	15.144	192.056	3,61	45,8	12,7
	Gesamt	25.257	355.488	2,98	41,9	14,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.082	45.686	1,42	10,6	7,5
	Frauen	5.309	38.788	1,27	9,3	7,3
	Gesamt	11.391	84.474	1,34	10,0	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.413	56.095	1,49	13,1	8,8
	Frauen	6.738	56.972	1,61	13,6	8,5
	Gesamt	13.151	113.067	1,55	13,3	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	12.740	331.373	2,97	77,1	26,0
	Frauen	11.459	180.063	2,73	43,0	15,7
	Gesamt	24.199	511.436	2,85	60,3	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	164.950	1.018.085	38,39	237,0	6,2
	Frauen	174.829	1.043.765	41,71	249,0	6,0
	Gesamt	339.779	2.061.850	40,03	242,9	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	58.379	395.496	13,59	92,1	6,8
	Frauen	51.079	289.513	12,19	69,1	5,7
	Gesamt	109.458	685.009	12,90	80,7	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.503	114.299	1,98	26,6	13,4
	Frauen	5.695	60.360	1,36	14,4	10,6
	Gesamt	14.198	174.659	1,67	20,6	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	108.716	2.065.997	25,30	480,8	19,0
	Frauen	70.507	1.448.295	16,82	345,5	20,5
	Gesamt	179.223	3.514.292	21,11	414,0	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5.935	75.023	1,38	17,5	12,6
	Frauen	18.661	160.776	4,45	38,4	8,6
	Gesamt	24.596	235.799	2,90	27,8	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	10.655	122.703	2,54	29,3	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	31.599	292.424	7,35	68,1	9,3
	Frauen	38.748	329.018	9,24	78,5	8,5
	Gesamt	70.347	621.442	8,29	73,2	8,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	61.689	1.156.561	14,36	269,2	18,8
	Frauen	32.918	596.502	7,85	142,3	18,1
	Gesamt	94.607	1.753.063	11,15	206,5	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	4.808	103.905	1,12	24,2	21,6
	Frauen	7.395	144.242	1,76	34,4	19,5
	Gesamt	12.203	248.147	1,44	29,2	20,3
Gesamt	Männer	565.958	7.187.242	131,72	1.672,8	12,7
	Frauen	543.821	6.452.186	129,74	1.539,3	11,9
	Gesamt	1.109.779	13.639.428	130,74	1.606,8	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	20.632	359.093	4,80	83,6	17,4
	Frauen	8.168	132.170	1,95	31,5	16,2
	Gesamt	28.800	491.263	3,39	57,9	17,1

A.11.3 Berlin

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	12.582	94.600	12,31	92,5	7,5
	Frauen	13.229	99.966	13,83	104,5	7,6
	Gesamt	25.811	194.566	13,04	98,3	7,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.367	50.935	1,34	49,8	37,3
	Frauen	1.766	84.841	1,85	88,7	48,0
	Gesamt	3.133	135.776	1,58	68,6	43,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	611	15.363	0,60	15,0	25,1
	Frauen	697	13.263	0,73	13,9	19,0
	Gesamt	1.308	28.626	0,66	14,5	21,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.844	221.693	5,72	216,8	37,9
	Frauen	9.289	385.464	9,71	403,1	41,5
	Gesamt	15.133	607.157	7,65	306,9	40,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.993	38.246	1,95	37,4	19,2
	Frauen	3.471	51.663	3,63	54,0	14,9
	Gesamt	5.464	89.909	2,76	45,4	16,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.508	16.264	1,47	15,9	10,8
	Frauen	1.718	14.107	1,80	14,8	8,2
	Gesamt	3.226	30.371	1,63	15,4	9,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.364	16.384	1,33	16,0	12,0
	Frauen	1.710	19.435	1,79	20,3	11,4
	Gesamt	3.074	35.819	1,55	18,1	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.590	104.862	3,51	102,6	29,2
	Frauen	3.374	62.963	3,53	65,8	18,7
	Gesamt	6.964	167.825	3,52	84,8	24,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	35.537	298.076	34,76	291,6	8,4
	Frauen	44.825	374.030	46,88	391,1	8,3
	Gesamt	80.362	672.106	40,61	339,7	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	13.694	112.831	13,39	110,4	8,2
	Frauen	14.330	102.665	14,99	107,4	7,2
	Gesamt	28.024	215.496	14,16	108,9	7,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.769	27.679	1,73	27,1	15,7
	Frauen	1.527	19.132	1,60	20,0	12,5
	Gesamt	3.296	46.811	1,67	23,7	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	20.036	463.684	19,60	453,5	23,1
	Frauen	18.135	434.679	18,96	454,6	24,0
	Gesamt	38.171	898.363	19,29	454,0	23,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.219	17.006	1,19	16,6	14,0
	Frauen	4.584	50.411	4,79	52,7	11,0
	Gesamt	5.803	67.417	2,93	34,1	11,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.089	27.170	2,18	28,4	13,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.750	67.449	5,62	66,0	11,7
	Frauen	8.547	93.979	8,94	98,3	11,0
	Gesamt	14.297	161.428	7,23	81,6	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10.635	272.179	10,40	266,2	25,6
	Frauen	7.446	176.944	7,79	185,0	23,8
	Gesamt	18.081	449.123	9,14	227,0	24,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.723	36.373	1,69	35,6	21,1
	Frauen	2.385	61.071	2,49	63,9	25,6
	Gesamt	4.108	97.444	2,08	49,3	23,7
Gesamt	Männer	119.442	1.858.148	116,83	1.817,5	15,6
	Frauen	139.454	2.080.819	145,83	2.176,0	14,9
	Gesamt	258.896	3.938.967	130,85	1.990,7	15,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.395	123.867	4,30	121,2	28,2
	Frauen	2.538	62.639	2,65	65,5	24,7
	Gesamt	6.933	186.506	3,50	94,3	26,9

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.4 Bremen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.625	9.841	14,33	86,8	6,1
	Frauen	1.380	7.309	15,03	79,6	5,3
	Gesamt	3.005	17.150	14,64	83,6	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	182	6.021	1,60	53,1	33,1
	Frauen	194	7.137	2,11	77,7	36,8
	Gesamt	376	13.158	1,83	64,1	35,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	59	790	0,52	7,0	13,4
	Frauen	60	1.131	0,65	12,3	18,9
	Gesamt	119	1.921	0,58	9,4	16,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	635	24.930	5,60	219,8	39,3
	Frauen	768	30.463	8,36	331,7	39,7
	Gesamt	1.403	55.393	6,83	269,9	39,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	226	3.220	1,99	28,4	14,3
	Frauen	291	3.680	3,17	40,1	12,7
	Gesamt	517	6.900	2,52	33,6	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	172	1.919	1,52	16,9	11,2
	Frauen	135	857	1,47	9,3	6,4
	Gesamt	307	2.776	1,50	13,5	9,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	122	1.318	1,08	11,6	10,8
	Frauen	133	2.189	1,45	23,8	16,5
	Gesamt	255	3.507	1,24	17,1	13,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	320	10.387	2,82	91,6	32,5
	Frauen	246	3.326	2,68	36,2	13,5
	Gesamt	566	13.713	2,76	66,8	24,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	4.312	29.228	38,02	257,7	6,8
	Frauen	3.994	24.594	43,49	267,8	6,2
	Gesamt	8.306	53.822	40,46	262,2	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.737	9.929	15,31	87,5	5,7
	Frauen	1.247	6.736	13,58	73,3	5,4
	Gesamt	2.984	16.665	14,54	81,2	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	232	2.787	2,05	24,6	12,0
	Frauen	151	1.717	1,64	18,7	11,4
	Gesamt	383	4.504	1,87	21,9	11,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	3.110	61.999	27,42	546,6	19,9
	Frauen	1.797	36.397	19,57	396,3	20,3
	Gesamt	4.907	98.396	23,91	479,4	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	180	1.914	1,59	16,9	10,6
	Frauen	429	4.162	4,67	45,3	9,7
	Gesamt	609	6.076	2,97	29,6	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	200	2.084	2,18	22,7	10,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	906	8.051	7,99	71,0	8,9
	Frauen	1.001	8.909	10,90	97,0	8,9
	Gesamt	1.907	16.960	9,29	82,6	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.348	25.003	11,88	220,4	18,6
	Frauen	704	14.771	7,67	160,8	21,0
	Gesamt	2.052	39.774	10,00	193,8	19,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	165	2.658	1,45	23,4	16,1
	Frauen	227	4.964	2,47	54,1	21,9
	Gesamt	392	7.622	1,91	37,1	19,4
Gesamt	Männer	15.358	200.433	135,40	1.767,1	13,1
	Frauen	12.982	161.893	141,35	1.762,7	12,5
	Gesamt	28.340	362.326	138,06	1.765,1	12,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	464	8.092	4,09	71,3	17,4
	Frauen	203	3.673	2,21	40,0	18,1
	Gesamt	667	11.765	3,25	57,3	17,6

A.11.5 Hamburg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.492	20.467	13,30	77,9	5,9
	Frauen	3.714	21.003	14,38	81,3	5,7
	Gesamt	7.206	41.470	13,83	79,6	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	252	12.220	0,96	46,5	48,5
	Frauen	347	17.114	1,34	66,3	49,3
	Gesamt	599	29.334	1,15	56,3	49,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	137	2.647	0,52	10,1	19,3
	Frauen	155	2.687	0,60	10,4	17,3
	Gesamt	292	5.334	0,56	10,2	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.543	75.951	5,88	289,2	49,2
	Frauen	2.321	102.780	8,98	397,9	44,3
	Gesamt	3.864	178.731	7,42	343,1	46,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	586	10.828	2,23	41,2	18,5
	Frauen	844	12.529	3,27	48,5	14,8
	Gesamt	1.430	23.357	2,75	44,8	16,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	345	3.180	1,31	12,1	9,2
	Frauen	367	2.234	1,42	8,7	6,1
	Gesamt	712	5.414	1,37	10,4	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	324	3.345	1,23	12,7	10,3
	Frauen	406	3.732	1,57	14,5	9,2
	Gesamt	730	7.077	1,40	13,6	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	651	15.970	2,48	60,8	24,5
	Frauen	600	11.964	2,32	46,3	19,9
	Gesamt	1.251	27.934	2,40	53,6	22,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	9.593	63.002	36,53	239,9	6,6
	Frauen	11.428	74.367	44,24	287,9	6,5
	Gesamt	21.021	137.369	40,35	263,7	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.207	22.237	12,21	84,7	6,9
	Frauen	3.154	19.245	12,21	74,5	6,1
	Gesamt	6.361	41.482	12,21	79,6	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	446	7.456	1,70	28,4	16,7
	Frauen	365	4.087	1,41	15,8	11,2
	Gesamt	811	11.543	1,56	22,2	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.184	97.808	19,74	372,5	18,9
	Frauen	3.953	79.810	15,30	308,9	20,2
	Gesamt	9.137	177.618	17,54	341,0	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	309	3.036	1,18	11,6	9,8
	Frauen	1.048	7.881	4,06	30,5	7,5
	Gesamt	1.357	10.917	2,60	21,0	8,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	637	6.552	2,47	25,4	10,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.747	16.014	6,65	61,0	9,2
	Frauen	2.269	23.061	8,78	89,3	10,2
	Gesamt	4.016	39.075	7,71	75,0	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.705	52.297	10,30	199,2	19,3
	Frauen	1.782	34.372	6,90	133,1	19,3
	Gesamt	4.487	86.669	8,61	166,4	19,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	387	7.899	1,47	30,1	20,4
	Frauen	573	11.027	2,22	42,7	19,2
	Gesamt	960	18.926	1,84	36,3	19,7
Gesamt	Männer	30.971	415.671	117,95	1.583,0	13,4
	Frauen	34.044	435.678	131,78	1.686,5	12,8
	Gesamt	65.015	851.349	124,81	1.634,3	13,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.061	22.662	4,04	86,3	21,4
	Frauen	529	11.038	2,05	42,7	20,9
	Gesamt	1.590	33.700	3,05	64,7	21,2

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.6 Hessen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	19.707	117.264	13,49	80,3	6,0
	Frauen	18.328	108.898	13,02	77,4	5,9
	Gesamt	38.035	226.162	13,26	78,8	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.327	74.866	1,59	51,2	32,2
	Frauen	2.858	122.209	2,03	86,8	42,8
	Gesamt	5.185	197.075	1,81	68,7	38,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.051	21.983	0,72	15,0	20,9
	Frauen	986	15.524	0,70	11,0	15,7
	Gesamt	2.037	37.507	0,71	13,1	18,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.653	294.686	5,24	201,7	38,5
	Frauen	11.159	433.737	7,93	308,2	38,9
	Gesamt	18.812	728.423	6,56	253,9	38,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.931	61.928	2,69	42,4	15,8
	Frauen	5.803	72.233	4,12	51,3	12,5
	Gesamt	9.734	134.161	3,39	46,8	13,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.267	16.025	1,55	11,0	7,1
	Frauen	2.064	15.157	1,47	10,8	7,3
	Gesamt	4.331	31.182	1,51	10,9	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.433	23.765	1,66	16,3	9,8
	Frauen	2.698	25.414	1,92	18,1	9,4
	Gesamt	5.131	49.179	1,79	17,1	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.154	125.831	3,53	86,1	24,4
	Frauen	4.163	70.873	2,96	50,4	17,0
	Gesamt	9.317	196.704	3,25	68,6	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	65.224	455.299	44,63	311,6	7,0
	Frauen	69.327	468.223	49,26	332,7	6,8
	Gesamt	134.551	923.522	46,90	321,9	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	22.078	151.673	15,11	103,8	6,9
	Frauen	19.196	115.312	13,64	81,9	6,0
	Gesamt	41.274	266.985	14,39	93,1	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.240	46.044	2,22	31,5	14,2
	Frauen	2.218	24.314	1,58	17,3	11,0
	Gesamt	5.458	70.358	1,90	24,5	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	38.511	752.163	26,35	514,7	19,5
	Frauen	26.048	563.496	18,51	400,4	21,6
	Gesamt	64.559	1.315.659	22,51	458,6	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.141	26.931	1,47	18,4	12,6
	Frauen	6.793	63.639	4,83	45,2	9,4
	Gesamt	8.934	90.570	3,11	31,6	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.715	41.404	2,64	29,4	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.009	118.461	7,53	81,1	10,8
	Frauen	13.486	130.332	9,58	92,6	9,7
	Gesamt	24.495	248.793	8,54	86,7	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	18.811	353.850	12,87	242,1	18,8
	Frauen	10.821	193.942	7,69	137,8	17,9
	Gesamt	29.632	547.792	10,33	191,0	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.976	41.837	1,35	28,6	21,2
	Frauen	3.101	60.917	2,20	43,3	19,6
	Gesamt	5.077	102.754	1,77	35,8	20,2
Gesamt	Männer	207.855	2.689.467	142,24	1.840,4	12,9
	Frauen	203.276	2.535.113	144,44	1.801,4	12,5
	Gesamt	411.131	5.224.580	143,32	1.821,3	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.559	119.105	4,49	81,5	18,2
	Frauen	2.874	43.937	2,04	31,2	15,3
	Gesamt	9.433	163.042	3,29	56,8	17,3

A.11.7 Niedersachsen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	31.287	178.299	14,92	85,0	5,7
	Frauen	24.843	136.776	15,13	83,3	5,5
	Gesamt	56.130	315.075	15,01	84,3	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.474	105.499	1,66	50,3	30,4
	Frauen	3.306	132.297	2,01	80,6	40,0
	Gesamt	6.780	237.796	1,81	63,6	35,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.400	24.757	0,67	11,8	17,7
	Frauen	1.110	20.976	0,68	12,8	18,9
	Gesamt	2.510	45.733	0,67	12,2	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.297	427.203	5,39	207,7	37,8
	Frauen	14.087	543.145	8,58	330,8	38,6
	Gesamt	25.384	970.348	6,79	259,5	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.825	74.272	2,30	35,4	15,4
	Frauen	5.964	75.714	3,63	46,1	12,7
	Gesamt	10.789	149.986	2,89	40,1	13,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.256	27.356	1,55	13,0	8,4
	Frauen	2.350	18.589	1,43	11,3	7,9
	Gesamt	5.606	45.945	1,50	12,3	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.135	33.030	1,49	15,8	10,5
	Frauen	2.864	26.871	1,74	16,4	9,4
	Gesamt	5.999	59.901	1,60	16,0	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.451	197.445	3,55	94,1	26,5
	Frauen	5.080	89.717	3,09	54,7	17,7
	Gesamt	12.531	287.162	3,35	76,8	22,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	85.080	582.870	40,56	277,9	6,9
	Frauen	74.114	476.266	45,14	290,1	6,4
	Gesamt	159.194	1.059.136	42,57	283,3	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	33.116	208.315	15,79	99,3	6,3
	Frauen	24.830	136.927	15,12	83,4	5,5
	Gesamt	57.946	345.242	15,50	92,3	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.481	62.346	2,14	29,7	13,9
	Frauen	2.644	30.740	1,61	18,7	11,6
	Gesamt	7.125	93.086	1,91	24,9	13,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	59.805	1.141.619	28,51	544,3	19,1
	Frauen	32.542	727.515	19,82	443,1	22,4
	Gesamt	92.347	1.869.134	24,70	499,9	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.214	41.157	1,53	19,6	12,8
	Frauen	7.876	70.032	4,80	42,7	8,9
	Gesamt	11.090	111.189	2,97	29,7	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.773	41.136	2,30	25,1	10,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	14.440	157.765	6,88	75,2	10,9
	Frauen	15.365	146.719	9,36	89,4	9,6
	Gesamt	29.805	304.484	7,97	81,4	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	27.017	490.842	12,88	234,0	18,2
	Frauen	13.596	244.027	8,28	148,6	18,0
	Gesamt	40.613	734.869	10,86	196,5	18,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.829	58.693	1,35	28,0	20,8
	Frauen	3.963	70.544	2,41	43,0	17,8
	Gesamt	6.792	129.237	1,82	34,6	19,0
Gesamt	Männer	296.686	3.822.357	141,46	1.822,5	12,9
	Frauen	238.942	3.000.519	145,54	1.827,6	12,6
	Gesamt	535.628	6.822.876	143,25	1.824,7	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	9.430	164.646	4,50	78,5	17,5
	Frauen	3.850	65.792	2,35	40,1	17,1
	Gesamt	13.280	230.438	3,55	61,6	17,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.8 Nordrhein-Westfalen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	52.456	310.595	13,18	78,1	5,9
	Frauen	46.040	265.128	12,93	74,5	5,8
	Gesamt	98.496	575.723	13,06	76,4	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.710	200.637	1,69	50,4	29,9
	Frauen	7.726	315.649	2,17	88,7	40,9
	Gesamt	14.436	516.286	1,91	68,5	35,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.820	51.658	0,71	13,0	18,3
	Frauen	2.607	46.925	0,73	13,2	18,0
	Gesamt	5.427	98.583	0,72	13,1	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.588	983.624	5,42	247,2	45,6
	Frauen	28.296	1.301.271	7,95	365,5	46,0
	Gesamt	49.884	2.284.895	6,62	303,0	45,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.490	163.066	2,38	41,0	17,2
	Frauen	12.222	177.713	3,43	49,9	14,5
	Gesamt	21.712	340.779	2,88	45,2	15,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.626	52.651	1,67	13,2	8,0
	Frauen	5.618	36.905	1,58	10,4	6,6
	Gesamt	12.244	89.556	1,62	11,9	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.511	58.855	1,38	14,8	10,7
	Frauen	5.806	55.233	1,63	15,5	9,5
	Gesamt	11.317	114.088	1,50	15,1	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	14.554	388.371	3,66	97,6	26,7
	Frauen	10.141	178.886	2,85	50,2	17,6
	Gesamt	24.695	567.257	3,28	75,2	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	159.566	1.111.442	40,10	279,3	7,0
	Frauen	157.815	1.033.471	44,33	290,3	6,6
	Gesamt	317.381	2.144.913	42,09	284,5	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	58.157	402.204	14,61	101,1	6,9
	Frauen	47.819	279.410	13,43	78,5	5,8
	Gesamt	105.976	681.614	14,06	90,4	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.144	110.002	2,05	27,6	13,5
	Frauen	5.245	57.922	1,47	16,3	11,0
	Gesamt	13.389	167.924	1,78	22,3	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	102.862	2.057.408	25,85	517,0	20,0
	Frauen	63.855	1.375.816	17,93	386,4	21,6
	Gesamt	166.717	3.433.224	22,11	455,3	20,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.314	80.742	1,59	20,3	12,8
	Frauen	15.935	150.619	4,48	42,3	9,5
	Gesamt	22.249	231.361	2,95	30,7	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.786	104.030	2,47	29,2	11,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	27.281	304.192	6,86	76,4	11,2
	Frauen	30.479	315.933	8,56	88,7	10,4
	Gesamt	57.760	620.125	7,66	82,3	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	48.912	926.320	12,29	232,8	18,9
	Frauen	26.906	491.055	7,56	137,9	18,3
	Gesamt	75.818	1.417.375	10,06	188,0	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	6.424	142.713	1,61	35,9	22,2
	Frauen	8.433	182.402	2,37	51,2	21,6
	Gesamt	14.857	325.115	1,97	43,1	21,9
Gesamt	Männer	538.517	7.368.704	135,32	1.851,7	13,7
	Frauen	485.034	6.396.656	136,23	1.796,6	13,2
	Gesamt	1.023.551	13.765.360	135,75	1.825,7	13,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	17.246	307.702	4,33	77,3	17,8
	Frauen	6.640	112.761	1,86	31,7	17,0
	Gesamt	23.886	420.463	3,17	55,8	17,6

A.11.9 Rheinland-Pfalz

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	17.966	97.070	19,97	107,9	5,4
	Frauen	13.838	77.351	17,36	97,0	5,6
	Gesamt	31.804	174.421	18,74	102,8	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.581	47.177	1,76	52,4	29,8
	Frauen	1.701	69.592	2,13	87,3	40,9
	Gesamt	3.282	116.769	1,93	68,8	35,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	676	9.673	0,75	10,8	14,3
	Frauen	626	9.452	0,79	11,9	15,1
	Gesamt	1.302	19.125	0,77	11,3	14,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.441	189.638	6,05	210,8	34,9
	Frauen	7.034	244.527	8,82	306,7	34,8
	Gesamt	12.475	434.165	7,35	255,8	34,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.960	44.110	3,29	49,0	14,9
	Frauen	3.613	45.574	4,53	57,2	12,6
	Gesamt	6.573	89.684	3,87	52,9	13,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.643	12.960	1,83	14,4	7,9
	Frauen	1.334	10.634	1,67	13,3	8,0
	Gesamt	2.977	23.594	1,75	13,9	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.733	15.001	1,93	16,7	8,7
	Frauen	1.590	12.943	1,99	16,2	8,1
	Gesamt	3.323	27.944	1,96	16,5	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.625	92.069	4,03	102,3	25,4
	Frauen	2.916	44.518	3,66	55,8	15,3
	Gesamt	6.541	136.587	3,85	80,5	20,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	49.451	330.924	54,96	367,8	6,7
	Frauen	45.430	297.287	56,99	372,9	6,5
	Gesamt	94.881	628.211	55,91	370,2	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	14.543	102.614	16,16	114,0	7,1
	Frauen	11.714	70.724	14,69	88,7	6,0
	Gesamt	26.257	173.338	15,47	102,1	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.313	32.537	2,57	36,2	14,1
	Frauen	1.490	15.488	1,87	19,4	10,4
	Gesamt	3.803	48.025	2,24	28,3	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	27.698	495.387	30,78	550,6	17,9
	Frauen	16.454	317.123	20,64	397,8	19,3
	Gesamt	44.152	812.510	26,02	478,8	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.488	18.567	1,65	20,6	12,5
	Frauen	4.444	37.001	5,57	46,4	8,3
	Gesamt	5.932	55.568	3,50	32,8	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.081	23.294	2,61	29,2	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	8.314	79.378	9,24	88,2	9,6
	Frauen	8.917	85.598	11,19	107,4	9,6
	Gesamt	17.231	164.976	10,15	97,2	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	14.155	246.998	15,73	274,5	17,5
	Frauen	7.032	125.841	8,82	157,9	17,9
	Gesamt	21.187	372.839	12,49	219,7	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.112	23.001	1,24	25,6	20,7
	Frauen	1.623	31.202	2,04	39,1	19,2
	Gesamt	2.735	54.203	1,61	31,9	19,8
Gesamt	Männer	155.017	1.841.682	172,28	2.046,8	11,9
	Frauen	132.203	1.526.185	165,84	1.914,5	11,5
	Gesamt	287.220	3.367.867	169,25	1.984,6	11,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.600	82.722	5,11	91,9	18,0
	Frauen	1.704	28.231	2,14	35,4	16,6
	Gesamt	6.304	110.953	3,71	65,4	17,6

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.10 Saarland

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.166	12.813	13,46	79,6	5,9
	Frauen	1.405	8.916	14,16	89,9	6,4
	Gesamt	3.571	21.729	13,73	83,5	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	263	5.544	1,63	34,4	21,1
	Frauen	187	9.048	1,89	91,2	48,4
	Gesamt	450	14.592	1,73	56,1	32,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	142	3.507	0,88	21,8	24,7
	Frauen	70	1.512	0,71	15,2	21,6
	Gesamt	212	5.019	0,81	19,3	23,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	912	40.307	5,67	250,4	44,2
	Frauen	869	38.869	8,76	391,9	44,7
	Gesamt	1.781	79.176	6,85	304,3	44,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	447	9.408	2,78	58,4	21,1
	Frauen	314	6.660	3,17	67,1	21,2
	Gesamt	761	16.068	2,93	61,8	21,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	325	2.390	2,02	14,9	7,4
	Frauen	160	1.513	1,61	15,3	9,5
	Gesamt	485	3.903	1,86	15,0	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	223	2.596	1,39	16,1	11,6
	Frauen	155	2.296	1,56	23,2	14,8
	Gesamt	378	4.892	1,45	18,8	12,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	559	16.260	3,47	101,0	29,1
	Frauen	299	5.635	3,01	56,8	18,9
	Gesamt	858	21.895	3,30	84,2	25,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.775	51.686	42,09	321,1	7,6
	Frauen	4.427	33.890	44,63	341,7	7,7
	Gesamt	11.202	85.576	43,06	328,9	7,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.200	19.650	13,67	122,1	8,9
	Frauen	1.250	7.956	12,60	80,2	6,4
	Gesamt	3.450	27.606	13,26	106,1	8,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	369	5.675	2,29	35,3	15,4
	Frauen	162	2.363	1,63	23,8	14,6
	Gesamt	531	8.038	2,04	30,9	15,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.359	94.829	27,08	589,1	21,8
	Frauen	1.801	45.645	18,16	460,2	25,3
	Gesamt	6.160	140.474	23,68	540,0	22,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	251	3.043	1,56	18,9	12,1
	Frauen	486	6.261	4,90	63,1	12,9
	Gesamt	737	9.304	2,83	35,8	12,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	242	3.219	2,44	32,5	13,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.098	14.455	6,82	89,8	13,2
	Frauen	897	10.444	9,04	105,3	11,6
	Gesamt	1.995	24.899	7,67	95,7	12,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.998	42.699	12,41	265,3	21,4
	Frauen	840	17.246	8,47	173,9	20,5
	Gesamt	2.838	59.945	10,91	230,4	21,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	257	3.802	1,60	23,6	14,8
	Frauen	227	6.249	2,29	63,0	27,5
	Gesamt	484	10.051	1,86	38,6	20,8
Gesamt	Männer	22.384	329.570	139,06	2.047,4	14,7
	Frauen	13.826	208.652	139,39	2.103,6	15,1
	Gesamt	36.210	538.222	139,18	2.068,8	14,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	601	12.773	3,73	79,4	21,3
	Frauen	252	6.064	2,54	61,1	24,1
	Gesamt	853	18.837	3,28	72,4	22,1

A.11.11 Schleswig-Holstein

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.562	36.425	15,17	84,2	5,6
	Frauen	6.285	34.999	14,66	81,6	5,6
	Gesamt	12.847	71.424	14,92	82,9	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	673	18.922	1,56	43,8	28,1
	Frauen	806	33.928	1,88	79,1	42,1
	Gesamt	1.479	52.850	1,72	61,4	35,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	280	4.364	0,65	10,1	15,6
	Frauen	289	4.752	0,67	11,1	16,4
	Gesamt	569	9.116	0,66	10,6	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.381	116.847	5,51	270,2	49,1
	Frauen	3.774	173.811	8,80	405,4	46,1
	Gesamt	6.155	290.658	7,15	337,5	47,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.012	16.558	2,34	38,3	16,4
	Frauen	1.578	18.762	3,68	43,8	11,9
	Gesamt	2.590	35.320	3,01	41,0	13,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	596	3.772	1,38	8,7	6,3
	Frauen	621	4.614	1,45	10,8	7,4
	Gesamt	1.217	8.386	1,41	9,7	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	611	6.762	1,41	15,6	11,1
	Frauen	690	7.624	1,61	17,8	11,1
	Gesamt	1.301	14.386	1,51	16,7	11,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.284	38.635	2,97	89,3	30,1
	Frauen	1.107	22.467	2,58	52,4	20,3
	Gesamt	2.391	61.102	2,78	71,0	25,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.671	102.475	36,24	237,0	6,5
	Frauen	17.584	112.715	41,02	262,9	6,4
	Gesamt	33.255	215.190	38,62	249,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.180	42.346	14,29	97,9	6,9
	Frauen	5.925	33.562	13,82	78,3	5,7
	Gesamt	12.105	75.908	14,06	88,1	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	831	12.694	1,92	29,4	15,3
	Frauen	602	7.225	1,40	16,9	12,0
	Gesamt	1.433	19.919	1,66	23,1	13,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.498	215.719	24,27	498,8	20,6
	Frauen	7.901	187.200	18,43	436,7	23,7
	Gesamt	18.399	402.919	21,36	467,9	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	590	5.351	1,36	12,4	9,1
	Frauen	1.821	16.087	4,25	37,5	8,8
	Gesamt	2.411	21.438	2,80	24,9	8,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	919	10.383	2,14	24,2	11,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.670	32.690	6,17	75,6	12,2
	Frauen	3.806	37.266	8,88	86,9	9,8
	Gesamt	6.476	69.956	7,52	81,2	10,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.573	103.603	12,89	239,6	18,6
	Frauen	3.557	70.967	8,30	165,5	20,0
	Gesamt	9.130	174.570	10,60	202,7	19,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	612	11.635	1,42	26,9	19,0
	Frauen	987	21.973	2,30	51,3	22,3
	Gesamt	1.599	33.608	1,86	39,0	21,0
Gesamt	Männer	56.114	769.730	129,75	1.779,8	13,7
	Frauen	58.379	800.830	136,17	1.868,0	13,7
	Gesamt	114.493	1.570.560	132,95	1.823,7	13,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.251	38.744	5,20	89,6	17,2
	Frauen	1.013	18.098	2,36	42,2	17,9
	Gesamt	3.264	56.842	3,79	66,0	17,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.12 Brandenburg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8.350	61.813	11,39	84,3	7,4
	Frauen	8.234	63.786	13,16	101,9	7,8
	Gesamt	16.584	125.599	12,21	92,4	7,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.326	48.705	1,81	66,5	36,7
	Frauen	1.549	62.601	2,48	100,0	40,4
	Gesamt	2.875	111.306	2,12	81,9	38,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	554	13.316	0,76	18,2	24,0
	Frauen	564	13.157	0,90	21,0	23,3
	Gesamt	1.118	26.473	0,82	19,5	23,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.920	145.328	5,35	198,3	37,1
	Frauen	6.620	254.505	10,58	406,7	38,4
	Gesamt	10.540	399.833	7,76	294,3	37,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.443	31.492	1,97	43,0	21,8
	Frauen	2.316	36.857	3,70	58,9	15,9
	Gesamt	3.759	68.349	2,77	50,3	18,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.262	9.888	1,72	13,5	7,8
	Frauen	1.199	8.965	1,92	14,3	7,5
	Gesamt	2.461	18.853	1,81	13,9	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.156	13.656	1,58	18,6	11,8
	Frauen	1.295	12.852	2,07	20,5	9,9
	Gesamt	2.451	26.508	1,80	19,5	10,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.389	99.734	4,62	136,1	29,4
	Frauen	2.822	53.431	4,51	85,4	18,9
	Gesamt	6.211	153.165	4,57	112,7	24,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	26.716	231.153	36,45	315,4	8,7
	Frauen	29.553	260.661	47,23	416,5	8,8
	Gesamt	56.269	491.814	41,41	362,0	8,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.364	90.471	15,50	123,4	8,0
	Frauen	10.526	74.195	16,82	118,6	7,1
	Gesamt	21.890	164.666	16,11	121,2	7,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.466	20.257	2,00	27,6	13,8
	Frauen	1.236	14.193	1,98	22,7	11,5
	Gesamt	2.702	34.450	1,99	25,4	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	18.543	407.281	25,30	555,7	22,0
	Frauen	14.350	322.069	22,93	514,7	22,4
	Gesamt	32.893	729.350	24,21	536,8	22,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.059	17.629	1,44	24,1	16,7
	Frauen	3.541	45.312	5,66	72,4	12,8
	Gesamt	4.600	62.941	3,39	46,3	13,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.434	19.800	2,29	31,6	13,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.560	48.831	4,86	66,6	13,7
	Frauen	4.920	59.160	7,86	94,5	12,0
	Gesamt	8.480	107.991	6,24	79,5	12,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.404	230.370	12,83	314,3	24,5
	Frauen	5.384	123.435	8,60	197,3	22,9
	Gesamt	14.788	353.805	10,88	260,4	23,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.228	25.959	1,68	35,4	21,1
	Frauen	1.626	42.342	2,60	67,7	26,0
	Gesamt	2.854	68.301	2,10	50,3	23,9
Gesamt	Männer	94.887	1.500.842	129,46	2.047,6	15,8
	Frauen	97.431	1.472.401	155,70	2.352,9	15,1
	Gesamt	192.318	2.973.243	141,54	2.188,3	15,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.658	96.859	4,99	132,2	26,5
	Frauen	1.934	47.092	3,09	75,3	24,4
	Gesamt	5.592	143.951	4,12	105,9	25,7

A.11.13 Mecklenburg-Vorpommern

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	4.138	31.447	11,32	86,1	7,6
	Frauen	4.532	32.562	13,23	95,1	7,2
	Gesamt	8.670	64.009	12,25	90,4	7,4
Neubildungen (C00-D48)	Männer	843	22.258	2,31	60,9	26,4
	Frauen	1.081	35.861	3,16	104,7	33,2
	Gesamt	1.924	58.119	2,72	82,1	30,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	324	5.964	0,89	16,3	18,4
	Frauen	282	5.280	0,82	15,4	18,7
	Gesamt	606	11.244	0,86	15,9	18,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.764	68.247	4,83	186,8	38,7
	Frauen	3.493	145.025	10,20	423,4	41,5
	Gesamt	5.257	213.272	7,43	301,3	40,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	758	16.741	2,07	45,8	22,1
	Frauen	1.309	19.483	3,82	56,9	14,9
	Gesamt	2.067	36.224	2,92	51,2	17,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	718	6.022	1,96	16,5	8,4
	Frauen	643	4.052	1,88	11,8	6,3
	Gesamt	1.361	10.074	1,92	14,2	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	564	6.533	1,54	17,9	11,6
	Frauen	692	8.980	2,02	26,2	13,0
	Gesamt	1.256	15.513	1,77	21,9	12,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	1.663	47.147	4,55	129,0	28,4
	Frauen	1.434	29.379	4,19	85,8	20,5
	Gesamt	3.097	76.526	4,37	108,1	24,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	12.244	105.997	33,51	290,1	8,7
	Frauen	15.656	133.736	45,70	390,4	8,5
	Gesamt	27.900	239.733	39,41	338,6	8,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	6.257	42.993	17,12	117,7	6,9
	Frauen	6.608	36.126	19,29	105,5	5,5
	Gesamt	12.865	79.119	18,17	111,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	737	12.946	2,02	35,4	17,6
	Frauen	670	7.768	1,96	22,7	11,6
	Gesamt	1.407	20.714	1,99	29,3	14,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	9.307	214.473	25,47	587,0	23,0
	Frauen	7.529	164.807	21,98	481,1	21,9
	Gesamt	16.836	379.280	23,78	535,7	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	543	7.951	1,49	21,8	14,6
	Frauen	2.002	21.995	5,84	64,2	11,0
	Gesamt	2.545	29.946	3,59	42,3	11,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	765	11.753	2,23	34,3	15,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.784	22.972	4,88	62,9	12,9
	Frauen	2.700	31.048	7,88	90,6	11,5
	Gesamt	4.484	54.020	6,33	76,3	12,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	4.844	106.507	13,26	291,5	22,0
	Frauen	2.816	68.427	8,22	199,8	24,3
	Gesamt	7.660	174.934	10,82	247,1	22,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	538	10.995	1,47	30,1	20,4
	Frauen	875	21.716	2,55	63,4	24,8
	Gesamt	1.413	32.711	2,00	46,2	23,2
Gesamt	Männer	47.133	731.880	128,99	2.002,9	15,5
	Frauen	53.234	780.827	155,40	2.279,4	14,7
	Gesamt	100.367	1.512.707	141,77	2.136,7	15,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.171	49.118	5,94	134,4	22,6
	Frauen	1.050	25.879	3,07	75,6	24,7
	Gesamt	3.221	74.997	4,55	105,9	23,3

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.14 Sachsen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.203	36.921	10,89	77,3	7,1
	Frauen	4.505	30.833	11,70	80,1	6,8
	Gesamt	9.708	67.754	11,25	78,5	7,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	952	31.312	1,99	65,6	32,9
	Frauen	1.152	40.621	2,99	105,5	35,3
	Gesamt	2.104	71.933	2,44	83,4	34,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	433	9.299	0,91	19,5	21,5
	Frauen	338	7.092	0,88	18,4	21,0
	Gesamt	771	16.391	0,89	19,0	21,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.427	90.596	5,08	189,7	37,3
	Frauen	3.695	138.690	9,59	360,1	37,5
	Gesamt	6.122	229.286	7,10	265,8	37,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	977	18.211	2,05	38,1	18,6
	Frauen	1.499	22.643	3,89	58,8	15,1
	Gesamt	2.476	40.854	2,87	47,4	16,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	889	8.981	1,86	18,8	10,1
	Frauen	781	6.475	2,03	16,8	8,3
	Gesamt	1.670	15.456	1,94	17,9	9,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	689	7.961	1,44	16,7	11,6
	Frauen	691	8.558	1,79	22,2	12,4
	Gesamt	1.380	16.519	1,60	19,2	12,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.123	55.416	4,44	116,0	26,1
	Frauen	1.636	33.040	4,25	85,8	20,2
	Gesamt	3.759	88.456	4,36	102,5	23,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	18.184	146.270	38,07	306,2	8,0
	Frauen	18.385	146.206	47,74	379,7	8,0
	Gesamt	36.569	292.476	42,38	339,0	8,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.228	57.399	17,22	120,2	7,0
	Frauen	7.088	40.958	18,41	106,4	5,8
	Gesamt	15.316	98.357	17,75	114,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	958	14.142	2,01	29,6	14,8
	Frauen	712	7.108	1,85	18,5	10,0
	Gesamt	1.670	21.250	1,94	24,6	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.076	240.235	23,19	502,9	21,7
	Frauen	7.849	176.095	20,38	457,3	22,4
	Gesamt	18.925	416.330	21,93	482,5	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	706	9.009	1,48	18,9	12,8
	Frauen	2.348	22.029	6,10	57,2	9,4
	Gesamt	3.054	31.038	3,54	36,0	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	963	13.046	2,50	33,9	13,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.398	28.449	5,02	59,6	11,9
	Frauen	2.938	31.943	7,63	82,9	10,9
	Gesamt	5.336	60.392	6,18	70,0	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.055	126.583	12,68	265,0	20,9
	Frauen	3.457	73.046	8,98	189,7	21,1
	Gesamt	9.512	199.629	11,02	231,4	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	551	9.943	1,15	20,8	18,1
	Frauen	830	18.379	2,16	47,7	22,1
	Gesamt	1.381	28.322	1,60	32,8	20,5
Gesamt	Männer	61.956	894.749	129,70	1.873,1	14,4
	Frauen	59.016	820.066	153,24	2.129,4	13,9
	Gesamt	120.972	1.714.815	140,21	1.987,5	14,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.278	45.410	4,77	95,1	19,9
	Frauen	1.224	25.458	3,18	66,1	20,8
	Gesamt	3.502	70.868	4,06	82,1	20,2

A.11.15 Sachsen-Anhalt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	4.118	29.239	10,24	72,7	7,1
	Frauen	3.550	25.992	11,23	82,2	7,3
	Gesamt	7.668	55.231	10,68	76,9	7,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	805	25.934	2,00	64,5	32,2
	Frauen	929	34.897	2,94	110,4	37,6
	Gesamt	1.734	60.831	2,41	84,7	35,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	468	8.107	1,16	20,2	17,3
	Frauen	351	7.643	1,11	24,2	21,8
	Gesamt	819	15.750	1,14	21,9	19,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.944	71.852	4,83	178,7	37,0
	Frauen	3.074	115.828	9,73	366,5	37,7
	Gesamt	5.018	187.680	6,99	261,3	37,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	783	13.746	1,95	34,2	17,6
	Frauen	1.279	19.668	4,05	62,2	15,4
	Gesamt	2.062	33.414	2,87	46,5	16,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	787	7.679	1,96	19,1	9,8
	Frauen	557	4.302	1,76	13,6	7,7
	Gesamt	1.344	11.981	1,87	16,7	8,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	682	8.274	1,70	20,6	12,1
	Frauen	611	6.489	1,93	20,5	10,6
	Gesamt	1.293	14.763	1,80	20,6	11,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	2.237	59.382	5,56	147,7	26,6
	Frauen	1.626	33.660	5,14	106,5	20,7
	Gesamt	3.863	93.042	5,38	129,5	24,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	14.670	127.260	36,48	316,4	8,7
	Frauen	14.382	127.213	45,51	402,5	8,9
	Gesamt	29.052	254.473	40,45	354,3	8,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	7.532	58.628	18,73	145,8	7,8
	Frauen	6.138	36.001	19,42	113,9	5,9
	Gesamt	13.670	94.629	19,03	131,8	6,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	952	15.744	2,37	39,2	16,5
	Frauen	625	7.138	1,98	22,6	11,4
	Gesamt	1.577	22.882	2,20	31,9	14,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	10.728	227.118	26,67	564,7	21,2
	Frauen	7.368	165.037	23,31	522,2	22,4
	Gesamt	18.096	392.155	25,20	546,0	21,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	766	10.107	1,90	25,1	13,2
	Frauen	1.872	20.737	5,92	65,6	11,1
	Gesamt	2.638	30.844	3,67	42,9	11,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	688	9.801	2,18	31,0	14,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.253	29.044	5,60	72,2	12,9
	Frauen	2.732	31.242	8,64	98,9	11,4
	Gesamt	4.985	60.286	6,94	83,9	12,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	5.554	120.911	13,81	300,6	21,8
	Frauen	2.845	61.518	9,00	194,7	21,6
	Gesamt	8.399	182.429	11,69	254,0	21,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	577	10.469	1,43	26,0	18,1
	Frauen	715	15.092	2,26	47,8	21,1
	Gesamt	1.292	25.561	1,80	35,6	19,8
Gesamt	Männer	54.985	825.994	136,72	2.053,8	15,0
	Frauen	49.455	723.690	156,48	2.289,8	14,6
	Gesamt	104.440	1.549.684	145,41	2.157,6	14,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.281	46.313	5,67	115,2	20,3
	Frauen	1.028	22.098	3,25	69,9	21,5
	Gesamt	3.309	68.411	4,61	95,3	20,7

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.11.16 Thüringen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.723	32.758	10,64	73,8	6,9
	Frauen	4.504	33.315	11,90	88,1	7,4
	Gesamt	9.227	66.073	11,22	80,4	7,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.009	28.520	2,27	64,3	28,3
	Frauen	1.193	43.575	3,15	115,2	36,5
	Gesamt	2.202	72.095	2,68	87,7	32,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	424	8.556	0,96	19,3	20,2
	Frauen	355	6.413	0,94	17,0	18,1
	Gesamt	779	14.969	0,95	18,2	19,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.097	76.853	4,73	173,2	36,7
	Frauen	3.555	135.230	9,40	357,4	38,0
	Gesamt	5.652	212.083	6,87	258,0	37,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.058	20.219	2,38	45,6	19,1
	Frauen	1.653	21.110	4,37	55,8	12,8
	Gesamt	2.711	41.329	3,30	50,3	15,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	834	6.675	1,88	15,0	8,0
	Frauen	775	6.522	2,05	17,2	8,4
	Gesamt	1.609	13.197	1,96	16,1	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	604	6.147	1,36	13,9	10,2
	Frauen	658	6.831	1,74	18,1	10,4
	Gesamt	1.262	12.978	1,53	15,8	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.137	62.649	4,82	141,2	29,3
	Frauen	1.724	33.641	4,56	88,9	19,5
	Gesamt	3.861	96.290	4,70	117,1	24,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	16.743	139.729	37,73	314,9	8,4
	Frauen	18.040	149.571	47,68	395,3	8,3
	Gesamt	34.783	289.300	42,31	351,9	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.788	58.706	17,55	132,3	7,5
	Frauen	7.146	45.980	18,89	121,5	6,4
	Gesamt	14.934	104.686	18,16	127,3	7,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	983	15.056	2,21	33,9	15,3
	Frauen	782	9.698	2,07	25,6	12,4
	Gesamt	1.765	24.754	2,15	30,1	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.408	238.070	25,71	536,4	20,9
	Frauen	8.696	187.503	22,98	495,6	21,6
	Gesamt	20.104	425.573	24,45	517,6	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	724	10.918	1,63	24,6	15,1
	Frauen	2.324	24.965	6,14	66,0	10,7
	Gesamt	3.048	35.883	3,71	43,6	11,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.041	13.073	2,75	34,6	12,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.342	28.617	5,28	64,5	12,2
	Frauen	3.242	37.269	8,57	98,5	11,5
	Gesamt	5.584	65.886	6,79	80,1	11,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.152	137.509	13,86	309,9	22,4
	Frauen	3.354	70.214	8,86	185,6	20,9
	Gesamt	9.506	207.723	11,56	252,7	21,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	504	10.093	1,14	22,7	20,0
	Frauen	699	16.330	1,85	43,2	23,4
	Gesamt	1.203	26.423	1,46	32,1	22,0
Gesamt	Männer	59.660	882.961	134,43	1.989,6	14,8
	Frauen	59.887	843.982	158,27	2.230,5	14,1
	Gesamt	119.547	1.726.943	145,40	2.100,5	14,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.526	51.819	5,69	116,8	20,5
	Frauen	1.084	22.001	2,86	58,2	20,3
	Gesamt	3.610	73.820	4,39	89,8	20,5

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.1 Landkreise Baden-Württemberg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Stuttgart	8111	28.001	14,61	4,00	15,91	4,36
Böblingen	8115	20.218	14,15	3,88	14,95	4,10
Esslingen	8116	27.887	13,13	3,60	13,87	3,80
Göppingen	8117	14.703	15,83	4,34	15,98	4,38
Ludwigsburg	8118	36.312	15,49	4,24	16,32	4,47
Rems-Murr-Kreis	8119	18.446	15,09	4,13	15,95	4,37
Heilbronn	8121	7.487	15,99	4,38	16,70	4,58
Heilbronn	8125	27.772	14,81	4,06	15,48	4,24
Hohenlohekreis	8126	6.025	15,53	4,25	16,69	4,57
Schwäbisch Hall	8127	7.407	14,37	3,94	15,02	4,11
Main-Tauber-Kreis	8128	4.651	15,55	4,26	16,87	4,62
Heidenheim	8135	13.577	17,87	4,90	18,18	4,98
Ostalbkreis	8136	17.589	16,44	4,50	16,69	4,57
Baden-Baden	8211	2.226	15,85	4,34	16,25	4,45
Karlsruhe	8212	15.305	15,46	4,24	15,96	4,37
Karlsruhe	8215	26.849	16,46	4,51	16,97	4,65
Rastatt	8216	17.043	16,47	4,51	17,15	4,70
Heidelberg	8221	3.607	12,20	3,34	13,17	3,61
Mannheim	8222	16.259	17,69	4,85	18,55	5,08
Neckar-Odenwald-Kreis	8225	8.460	17,20	4,71	17,75	4,86
Rhein-Neckar-Kreis	8226	26.771	17,39	4,77	17,93	4,91
Pforzheim	8231	3.331	16,84	4,61	17,10	4,69
Calw	8235	6.273	15,72	4,31	16,18	4,43
Enzkreis	8236	7.738	15,20	4,16	15,85	4,34
Freudenstadt	8237	4.299	15,56	4,26	16,21	4,44
Freiburg im Breisgau	8311	7.194	13,05	3,58	13,91	3,81
Breisgau-Hochschwarzwald	8315	10.252	14,11	3,87	14,49	3,97
Emmendingen	8316	6.379	14,54	3,98	14,98	4,11
Ortenaukreis	8317	16.112	15,25	4,18	15,63	4,28
Rottweil	8325	8.862	16,16	4,43	16,53	4,53
Schwarzwald-Baar-Kreis	8326	16.983	16,15	4,42	16,35	4,48
Tuttlingen	8327	10.763	15,42	4,22	15,80	4,33
Konstanz	8335	12.674	15,96	4,37	16,15	4,43
Lörrach	8336	8.909	15,48	4,24	15,70	4,30
Waldshut	8337	6.457	14,61	4,00	14,65	4,01
Reutlingen	8415	13.197	16,27	4,46	16,95	4,64
Tübingen	8416	7.690	13,43	3,68	14,20	3,89
Zollernalbkreis	8417	6.320	15,16	4,15	15,66	4,29
Ulm	8421	7.690	16,29	4,46	17,12	4,69
Alb-Donau-Kreis	8425	12.766	15,57	4,27	15,87	4,35
Biberach	8426	14.372	14,55	3,99	15,00	4,11
Bodenseekreis	8435	17.640	15,61	4,28	16,33	4,47
Ravensburg	8436	19.632	13,36	3,66	13,91	3,81
Sigmaringen	8437	5.025	14,90	4,08	15,26	4,18
alle Kreise	8999	577.152	15,42	4,23	16,01	4,39

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Ingolstadt	9161	22.554	16,08	4,41	16,75	4,59
München, Landeshauptstadt	9162	77.739	14,39	3,94	15,88	4,35
Rosenheim	9163	3.132	15,06	4,12	15,91	4,36
Altötting	9171	3.689	15,91	4,36	16,47	4,51
Berchtesgadener Land	9172	1.738	17,30	4,74	18,15	4,97
Bad Tölz-Wolfratshausen	9173	5.363	13,48	3,69	13,83	3,79
Dachau	9174	15.335	15,89	4,35	16,51	4,52
Ebersberg	9175	7.771	13,77	3,77	14,76	4,04
Eichstätt	9176	26.174	13,69	3,75	14,55	3,99
Erding	9177	7.102	14,23	3,90	15,33	4,20
Freising	9178	9.436	13,98	3,83	15,07	4,13
Fürstenfeldbruck	9179	12.344	13,96	3,82	14,68	4,02
Garmisch-Partenkirchen	9180	2.345	15,38	4,21	16,50	4,52
Landsberg am Lech	9181	5.700	13,53	3,71	13,98	3,83
Miesbach	9182	3.964	13,72	3,76	14,19	3,89
Mühldorf a.Inn	9183	4.379	16,45	4,51	17,60	4,82
München	9184	16.350	12,51	3,43	13,05	3,57
Neuburg-Schrobenhausen	9185	14.945	16,33	4,47	17,78	4,87
Pfaffenhofen a.d.Ilm	9186	15.798	15,56	4,26	16,57	4,54
Rosenheim	9187	13.002	14,42	3,95	15,05	4,12
Starnberg	9188	4.785	13,60	3,73	13,97	3,83
Traunstein	9189	9.403	16,65	4,56	17,05	4,67
Weilheim-Schongau	9190	7.041	14,93	4,09	15,06	4,13
Landshut	9261	4.297	15,49	4,24	17,02	4,66
Passau	9262	2.374	16,48	4,51	16,94	4,64
Straubing	9263	2.877	20,70	5,67	21,79	5,97
Deggendorf	9271	7.896	16,21	4,44	16,69	4,57
Freyung-Grafenau	9272	5.011	16,51	4,52	16,86	4,62
Kelheim	9273	8.620	14,79	4,05	15,64	4,29
Landshut	9274	14.208	16,18	4,43	17,00	4,66
Passau	9275	11.327	17,01	4,66	17,71	4,85
Regen	9276	7.017	15,58	4,27	15,82	4,33
Rottal-Inn	9277	7.149	15,09	4,13	16,30	4,47
Straubing-Bogen	9278	6.771	17,28	4,73	17,98	4,93
Dingolfing-Landau	9279	14.808	15,92	4,36	17,70	4,85
Amberg	9361	3.753	17,87	4,90	18,01	4,93
Regensburg	9362	9.154	15,43	4,23	17,05	4,67
Weiden i.d.OPf.	9363	2.886	18,41	5,04	18,43	5,05
Amberg-Weizsach	9371	8.737	15,91	4,36	16,46	4,51
Cham	9372	6.713	16,19	4,44	17,01	4,66
Neumarkt i.d.OPf.	9373	11.036	15,09	4,14	16,00	4,38
Neustadt a.d.Waldnaab	9374	6.514	18,15	4,97	18,40	5,04
Regensburg	9375	17.013	16,21	4,44	17,02	4,66
Schwandorf	9376	10.678	17,94	4,92	19,12	5,24
Tirschenreuth	9377	4.633	17,92	4,91	17,94	4,92
Bamberg	9461	4.006	18,49	5,07	20,03	5,49
Bayreuth	9462	1.660	13,54	3,71	14,40	3,94
Coburg	9463	3.482	18,48	5,06	18,37	5,03
Hof	9464	1.960	16,39	4,49	16,19	4,44
Bamberg	9471	14.525	19,34	5,30	20,33	5,57
Bayreuth	9472	4.495	18,01	4,93	18,54	5,08
Coburg	9473	10.820	19,43	5,32	19,29	5,29
Forchheim	9474	12.320	17,11	4,69	18,02	4,94
Hof	9475	3.601	16,93	4,64	16,80	4,60
Kronach	9476	2.808	19,61	5,37	19,33	5,29
Kulmbach	9477	1.857	16,97	4,65	17,04	4,67

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

Fortsetzung: A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Lichtenfels	9478	3.921	20,70	5,67	21,59	5,91
Wunsiedel i.Fichtelgebirge	9479	2.991	18,88	5,17	18,33	5,02
Ansbach	9561	3.231	19,42	5,32	19,64	5,38
Erlangen	9562	10.562	14,41	3,95	15,13	4,14
Fürth	9563	7.593	18,65	5,11	19,35	5,30
Nürnberg	9564	27.800	17,59	4,82	18,61	5,10
Ansbach	9571	10.642	16,78	4,60	17,72	4,86
Erlangen-Höchstadt	9572	11.435	14,22	3,90	14,72	4,03
Fürth	9573	7.476	17,80	4,88	18,51	5,07
Nürnberger Land	9574	7.846	17,32	4,74	18,13	4,97
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	9575	3.945	16,68	4,57	17,93	4,91
Roth	9576	11.193	15,86	4,34	16,23	4,45
Weißenburg-Gunzenhausen	9577	5.505	19,13	5,24	19,37	5,31
Aschaffenburg	9661	4.607	17,38	4,76	17,71	4,85
Schweinfurt	9662	3.259	19,13	5,24	18,62	5,10
Würzburg	9663	5.859	14,39	3,94	15,06	4,13
Aschaffenburg	9671	12.450	16,64	4,56	16,71	4,58
Bad Kissingen	9672	5.214	17,97	4,92	18,17	4,98
Rhön-Grabfeld	9673	5.347	18,56	5,08	18,33	5,02
Haßberge	9674	9.251	19,90	5,45	20,43	5,60
Kitzingen	9675	3.516	16,04	4,39	16,65	4,56
Miltenberg	9676	13.974	17,40	4,77	17,49	4,79
Main-Spessart	9677	9.519	17,90	4,90	17,82	4,88
Schweinfurt	9678	10.663	17,30	4,74	17,10	4,68
Würzburg	9679	9.809	14,79	4,05	14,89	4,08
Augsburg	9761	21.726	17,69	4,85	18,29	5,01
Kaufbeuren	9762	1.241	14,92	4,09	15,74	4,31
Kempten (Allgäu)	9763	2.640	16,28	4,46	17,15	4,70
Memmingen	9764	1.319	13,92	3,81	14,60	4,00
Aichach-Friedberg	9771	12.773	14,71	4,03	15,35	4,21
Augsburg	9772	21.683	16,44	4,50	17,12	4,69
Dillingen a.d.Donau	9773	5.609	17,80	4,88	18,64	5,11
Günzburg	9774	5.017	16,94	4,64	17,33	4,75
Neu-Ulm	9775	13.386	17,83	4,89	18,24	5,00
Lindau (Bodensee)	9776	4.185	12,56	3,44	12,73	3,49
Ostallgäu	9777	5.406	13,91	3,81	14,35	3,93
Unterallgäu	9778	4.691	14,05	3,85	14,40	3,95
Donau-Ries	9779	5.727	15,59	4,27	16,76	4,59
Oberallgäu	9780	10.723	14,58	4,00	14,90	4,08
alle Kreise	9999	848.835	16,07	4,40	16,77	4,59

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A 12.3 Landkreise Berlin

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Berlin, Stadt	11000	197.863	19,91	5,45	20,26	5,55
alle Kreise	11999	197.864	19,91	5,45	20,26	5,55

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A 12.4 Landkreise Bremen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Bremen, Stadt	4011	18.217	17,06	4,67	17,55	4,81
Bremerhaven, Stadt	4012	2.310	22,31	6,11	22,11	6,06
alle Kreise	4999	20.527	17,65	4,84	18,12	4,96

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A 12.5 Landkreise Hamburg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Hamburg, Freie und Hansestadt	2000	52.093	16,34	4,48	18,36	5,03
alle Kreise	2999	52.093	16,34	4,48	18,36	5,03

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A 12.6 Landkreise Hessen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Darmstadt, Wissenschaftsstadt	6411	6.736	17,12	4,69	17,81	4,88
Frankfurt am Main, Stadt	6412	24.586	15,13	4,14	16,32	4,47
Offenbach am Main, Stadt	6413	4.244	17,06	4,67	17,95	4,92
Wiesbaden, Landeshauptstadt	6414	10.754	17,00	4,66	17,69	4,85
Bergstraße	6431	16.960	18,20	4,99	18,62	5,10
Darmstadt-Dieburg	6432	15.014	17,74	4,86	18,35	5,03
Groß-Gerau	6433	12.055	17,84	4,89	18,55	5,08
Hochtaunuskreis	6434	7.291	14,88	4,08	15,35	4,21
Main-Kinzig-Kreis	6435	24.314	19,92	5,46	20,50	5,62
Main-Taunus-Kreis	6436	8.483	14,11	3,87	14,85	4,07
Odenwaldkreis	6437	3.421	16,93	4,64	17,04	4,67
Offenbach	6438	13.217	17,34	4,75	17,97	4,92
Rheingau-Taunus-Kreis	6439	7.248	17,07	4,68	17,11	4,69
Wetteraukreis	6440	11.366	19,90	5,45	20,43	5,60
Gießen	6531	6.955	19,77	5,42	20,08	5,50
Lahn-Dill-Kreis	6532	6.769	20,35	5,57	20,85	5,71
Limburg-Weilburg	6533	5.105	21,21	5,81	22,19	6,08
Marburg-Biedenkopf	6534	5.535	18,04	4,94	18,86	5,17
Vogelsbergkreis	6535	3.711	19,83	5,43	19,86	5,44
Kassel, documenta-Stadt	6611	14.280	17,83	4,89	18,52	5,08
Fulda	6631	13.769	18,70	5,12	19,53	5,35
Hersfeld-Rotenburg	6632	6.131	21,86	5,99	22,27	6,10
Kassel	6633	20.533	18,61	5,10	18,60	5,10
Schwalm-Eder-Kreis	6634	16.661	19,40	5,31	19,70	5,40
Waldeck-Frankenberg	6635	8.853	19,14	5,25	19,16	5,25
Werra-Meißner-Kreis	6636	12.872	20,56	5,63	20,79	5,70
alle Kreise	6999	286.864	18,21	4,99	18,70	5,12

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.7 Landkreise Niedersachsen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Braunschweig, Stadt	3101	16.890	17,14	4,70	18,20	4,99
Salzgitter, Stadt	3102	14.285	20,72	5,68	20,65	5,66
Wolfsburg, Stadt	3103	22.318	17,31	4,74	18,17	4,98
Gifhorn	3151	20.637	18,76	5,14	19,01	5,21
Göttingen	3152	9.004	18,96	5,19	19,12	5,24
Goslar	3153	4.060	18,01	4,93	17,76	4,87
Helmstedt	3154	10.451	19,74	5,41	19,58	5,36
Northeim	3155	7.111	20,81	5,70	19,86	5,44
Osterode am Harz	3156	1.991	19,71	5,40	19,45	5,33
Peine	3157	9.436	19,93	5,46	20,05	5,49
Wolfenbüttel	3158	9.400	19,31	5,29	18,93	5,19
Region Hannover	3241	62.943	18,44	5,05	18,71	5,13
Diepholz	3251	8.086	15,96	4,37	15,92	4,36
Hamel-Pyrmont	3252	3.495	19,58	5,36	19,42	5,32
Hildesheim	3254	13.271	19,70	5,40	19,70	5,40
Holz Minden	3255	2.992	19,06	5,22	18,19	4,98
Nienburg (Weser)	3256	4.681	18,97	5,20	19,16	5,25
Schaumburg	3257	6.118	19,44	5,33	19,20	5,26
Celle	3351	5.040	18,55	5,08	18,86	5,17
Cuxhaven	3352	4.683	17,85	4,89	17,84	4,89
Harburg	3353	8.876	17,67	4,84	17,78	4,87
Lüchow-Dannenberg	3354	1.927	19,46	5,33	18,66	5,11
Lüneburg	3355	3.993	18,77	5,14	19,22	5,27
Osterholz	3356	4.207	18,28	5,01	17,91	4,91
Rotenburg (Wümme)	3357	4.651	18,77	5,14	19,23	5,27
Soltau-Fallingb.ostel	3358	4.782	20,60	5,64	20,53	5,63
Stade	3359	5.126	15,60	4,28	16,22	4,44
Uelzen	3360	1.869	22,29	6,11	21,61	5,92
Verden	3361	5.826	16,84	4,61	16,67	4,57
Delmenhorst, Stadt	3401	3.043	18,21	4,99	17,60	4,82
Emden, Stadt	3402	4.270	17,37	4,76	17,85	4,89
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	3403	6.422	14,39	3,94	14,89	4,08
Osnabrück, Stadt	3404	5.003	16,05	4,40	16,63	4,56
Wilhelmshaven, Stadt	3405	1.691	18,40	5,04	17,77	4,87
Ammerland	3451	4.304	17,15	4,70	17,19	4,71
Aurich	3452	13.724	17,43	4,77	17,31	4,74
Cloppenburg	3453	3.507	17,81	4,88	18,58	5,09
Emsland	3454	9.059	16,81	4,61	17,15	4,70
Friesland	3455	3.136	19,12	5,24	18,37	5,03
Grafschaft Bentheim	3456	4.810	16,49	4,52	16,62	4,55
Leer	3457	6.021	17,46	4,78	17,42	4,77
Oldenburg	3458	5.088	16,41	4,50	15,97	4,38
Osnabrück	3459	14.391	18,10	4,96	18,22	4,99
Vechta	3460	3.010	13,68	3,75	15,00	4,11
Wesermarsch	3461	6.402	18,08	4,95	17,55	4,81
Wittmund	3462	1.887	19,61	5,37	20,37	5,58
alle Kreise	3999	373.916	18,25	5,00	18,36	5,03

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.8 Landkreise Nordrhein-Westfalen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Düsseldorf, Stadt	5111	24.493	16,07	4,40	16,85	4,62
Duisburg, Stadt	5112	26.949	21,02	5,76	21,19	5,81
Essen, Stadt	5113	21.098	19,25	5,27	19,30	5,29
Krefeld, Stadt	5114	11.947	19,55	5,35	19,61	5,37
Mönchengladbach, Stadt	5116	8.785	20,71	5,68	21,02	5,76
Mülheim an der Ruhr, Stadt	5117	6.710	16,68	4,57	16,61	4,55
Oberhausen, Stadt	5119	7.208	19,68	5,39	19,98	5,47
Remscheid, Stadt	5120	11.542	18,52	5,07	18,59	5,09
Solingen, Stadt	5122	8.976	16,00	4,38	16,01	4,39
Wuppertal, Stadt	5124	18.164	18,18	4,98	18,03	4,94
Kleve	5154	7.687	17,65	4,84	17,88	4,90
Mettmann	5158	21.295	16,91	4,63	16,90	4,63
Rhein-Kreis Neuss	5162	22.758	18,71	5,13	18,91	5,18
Viersen	5166	12.331	19,10	5,23	18,92	5,18
Wesel	5170	16.798	19,60	5,37	19,68	5,39
Bonn, Stadt	5314	9.726	14,45	3,96	15,61	4,28
Köln, Stadt	5315	62.455	17,51	4,80	18,42	5,05
Leverkusen, Stadt	5316	18.878	18,99	5,20	18,90	5,18
Städteregion Aachen	5334	18.822	17,91	4,91	18,27	5,00
Düren	5358	13.393	20,59	5,64	20,72	5,68
Rhein-Erft-Kreis	5362	23.447	17,86	4,89	18,17	4,98
Euskirchen	5366	7.410	18,90	5,18	18,69	5,12
Heinsberg	5370	9.849	18,83	5,16	19,04	5,22
Oberbergischer Kreis	5374	19.485	17,66	4,84	17,81	4,88
Rheinisch-Bergischer Kreis	5378	19.751	16,66	4,56	16,56	4,54
Rhein-Sieg-Kreis	5382	27.505	17,91	4,91	18,23	4,99
Bottrop, Stadt	5512	2.761	22,06	6,04	23,00	6,30
Gelsenkirchen, Stadt	5513	6.014	23,17	6,35	23,46	6,43
Münster, Stadt	5515	8.316	14,43	3,95	15,45	4,23
Borken	5554	9.960	14,97	4,10	15,69	4,30
Coesfeld	5558	5.763	16,42	4,50	17,07	4,68
Recklinghausen	5562	12.707	21,29	5,83	21,85	5,99
Steinfurt	5566	12.428	17,74	4,86	18,05	4,95
Warendorf	5570	11.557	16,87	4,62	16,92	4,64
Bielefeld, Stadt	5711	21.225	17,98	4,93	17,73	4,86
Gütersloh	5754	28.794	17,37	4,76	17,41	4,77
Herford	5758	14.779	17,09	4,68	16,91	4,63
Höxter	5762	4.505	17,63	4,83	17,98	4,93
Lippe	5766	13.117	15,34	4,20	15,41	4,22
Minden-Lübbecke	5770	19.414	17,87	4,90	17,70	4,85
Paderborn	5774	13.576	16,71	4,58	16,63	4,56
Bochum, Stadt	5911	9.327	20,56	5,63	20,42	5,59
Dortmund, Stadt	5913	15.673	19,92	5,46	20,57	5,64
Hagen, Stadt	5914	6.118	20,88	5,72	20,20	5,53
Hamm, Stadt	5915	4.046	20,63	5,65	21,09	5,78
Herne, Stadt	5916	5.308	24,39	6,68	24,37	6,68
Ennepe-Ruhr-Kreis	5954	13.326	20,77	5,69	20,19	5,53
Hochsauerlandkreis	5958	6.452	16,69	4,57	16,74	4,59
Märkischer Kreis	5962	12.595	20,19	5,53	19,88	5,45
Olpe	5966	3.465	17,74	4,86	18,44	5,05
Siegen-Wittgenstein	5970	14.581	17,86	4,89	18,06	4,95
Soest	5974	8.320	17,25	4,73	17,52	4,80
Unna	5978	12.402	20,38	5,58	20,40	5,59
alle Kreise	5999	753.989	18,26	5,00	18,44	5,05

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.9 Landkreise Rheinland-Pfalz

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Koblenz, kreisfreie Stadt	7111	3.109	17,28	4,73	18,00	4,93
Ahrweiler	7131	3.947	18,52	5,07	18,48	5,06
Altenkirchen (Westerwald)	7132	4.582	21,59	5,91	22,30	6,11
Bad Kreuznach	7133	5.709	20,21	5,54	20,59	5,64
Birkenfeld	7134	1.425	22,05	6,04	22,55	6,18
Cochem-Zell	7135	1.784	19,31	5,29	19,54	5,35
Mayen-Koblenz	7137	7.246	18,44	5,05	18,40	5,04
Neuwied	7138	7.485	18,97	5,20	18,97	5,20
Rhein-Hunsrück-Kreis	7140	3.815	20,04	5,49	19,75	5,41
Rhein-Lahn-Kreis	7141	4.057	22,84	6,26	22,66	6,21
Westerwaldkreis	7143	5.128	21,42	5,87	21,95	6,01
Trier, kreisfreie Stadt	7211	2.225	19,29	5,29	19,59	5,37
Berncastel-Wittlich	7231	2.333	20,26	5,55	20,93	5,73
Eifelkreis Bitburg-Prüm	7232	1.815	18,39	5,04	18,89	5,17
Vulkaneifel	7233	1.648	19,11	5,24	18,48	5,06
Trier-Saarburg	7235	3.333	18,93	5,19	18,44	5,05
Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	7311	3.572	18,94	5,19	19,45	5,33
Kaiserslautern, kreisfreie Stadt	7312	4.754	17,30	4,74	17,10	4,68
Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt	7314	13.823	21,37	5,85	21,89	6,00
Mainz, kreisfreie Stadt	7315	6.524	14,90	4,08	15,84	4,34
Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt	7316	1.670	19,33	5,30	19,39	5,31
Pirmasens, kreisfreie Stadt	7317	676	20,82	5,70	21,12	5,79
Speyer, kreisfreie Stadt	7318	3.212	22,02	6,03	21,95	6,01
Worms, kreisfreie Stadt	7319	3.611	20,29	5,56	21,07	5,77
Alzey-Worms	7331	5.335	21,27	5,83	21,49	5,89
Bad Dürkheim	7332	9.402	19,47	5,34	19,86	5,44
Donnersbergkreis	7333	4.022	22,45	6,15	22,25	6,10
Germersheim	7334	8.460	19,50	5,34	19,94	5,46
Kaiserslautern	7335	6.719	18,73	5,13	18,54	5,08
Kusel	7336	3.524	20,69	5,67	20,42	5,59
Südliche Weinstraße	7337	7.592	18,60	5,10	19,58	5,36
Rhein-Pfalz-Kreis	7338	12.302	20,87	5,72	21,34	5,85
Mainz-Bingen	7339	8.933	19,94	5,46	20,24	5,54
Südwestpfalz	7340	5.923	21,71	5,95	21,35	5,85
alle Kreise	7999	169.698	19,85	5,44	20,06	5,49

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A 12.10 Landkreise Saarland

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Regionalverband Saarbrücken	10041	6.524	21,75	5,96	22,67	6,21
Merzig-Wadern	10042	2.223	20,56	5,63	21,20	5,81
Neunkirchen	10043	2.545	20,59	5,64	21,46	5,88
Saarlouis	10044	8.036	20,45	5,60	20,94	5,74
Saarpfalz-Kreis	10045	5.063	20,24	5,54	20,33	5,57
St. Wendel	10046	1.626	19,33	5,30	20,07	5,50
alle Kreise	10999	26.016	20,69	5,67	21,20	5,81

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A 12.11 Landkreise Schleswig-Holstein

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Flensburg, Stadt	1001	1.625	14,41	3,95	14,76	4,04
Kiel, Landeshauptstadt	1002	6.003	18,26	5,00	20,44	5,60
Lübeck, Hansestadt	1003	7.004	21,90	6,00	21,53	5,90
Neumünster, Stadt	1004	2.068	22,43	6,14	23,46	6,43
Dithmarschen	1051	5.527	17,12	4,69	17,56	4,81
Herzogtum Lauenburg	1053	5.779	17,01	4,66	17,87	4,90
Nordfriesland	1054	3.919	16,28	4,46	16,43	4,50
Ostholstein	1055	4.558	20,72	5,68	20,96	5,74
Pinneberg	1056	8.810	17,55	4,81	18,37	5,03
Plön	1057	2.671	19,52	5,35	19,29	5,29
Rendsburg-Eckernförde	1058	11.487	17,38	4,76	17,22	4,72
Schleswig-Flensburg	1059	4.849	18,25	5,00	18,41	5,04
Segeberg	1060	6.929	18,15	4,97	18,46	5,06
Steinburg	1061	9.339	18,33	5,02	18,52	5,07
Stormarn	1062	5.550	17,06	4,67	17,47	4,79
alle Kreise	1999	86.118	18,24	5,00	18,57	5,09

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.12 Landkreise Brandenburg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Brandenburg an der Havel, Stadt	12051	3.899	20,44	5,60	19,97	5,47
Cottbus, Stadt	12052	3.594	22,80	6,25	22,39	6,13
Frankfurt (Oder), Stadt	12053	1.777	19,33	5,30	18,79	5,15
Potsdam, Stadt	12054	9.185	18,05	4,95	18,27	5,01
Barnim	12060	12.655	25,02	6,85	23,62	6,47
Dahme-Spreewald	12061	8.976	22,51	6,17	21,80	5,97
Elbe-Elster	12062	3.534	22,66	6,21	20,74	5,68
Havelland	12063	10.178	22,33	6,12	21,51	5,89
Märkisch-Oderland	12064	13.676	22,73	6,23	21,45	5,88
Oberhavel	12065	12.869	22,27	6,10	22,09	6,05
Oberspreewald-Lausitz	12066	4.833	20,48	5,61	19,97	5,47
Oder-Spree	12067	11.689	20,31	5,56	19,35	5,30
Ostprignitz-Ruppin	12068	4.011	22,98	6,30	22,04	6,04
Potsdam-Mittelmark	12069	12.038	21,96	6,02	20,99	5,75
Prignitz	12070	3.210	23,77	6,51	22,19	6,08
Spree-Neiße	12071	3.756	22,85	6,26	21,91	6,00
Teltow-Fläming	12072	10.568	20,70	5,67	20,25	5,55
Uckermark	12073	5.424	21,07	5,77	19,92	5,46
alle Kreise	12999	135.873	21,88	6,00	21,07	5,77

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.13 Landkreise Mecklenburg-Vorpommern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Rostock	13003	9.714	18,56	5,09	18,67	5,12
Schwerin	13004	5.551	20,54	5,63	19,96	5,47
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	13071	10.108	21,31	5,84	20,08	5,50
Landkreis Rostock	13072	11.074	22,09	6,05	21,27	5,83
Landkreis Vorpommern-Rügen	13073	8.892	20,79	5,69	19,84	5,44
Landkreis Nordwestmecklenburg	13074	6.004	22,22	6,09	21,07	5,77
Landkreis Vorpommern-Greifswald	13075	8.095	22,39	6,14	21,51	5,89
Landkreis Ludwigslust-Parchim	13076	11.357	22,79	6,24	21,77	5,96
alle Kreise	13999	70.796	21,37	5,85	20,59	5,64

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.14 Landkreise Sachsen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Chemnitz, Stadt	14511	4.978	21,02	5,76	21,10	5,78
Erzgebirgskreis	14521	4.044	23,02	6,31	21,94	6,01
Mittelsachsen	14522	4.668	20,67	5,66	19,52	5,35
Vogtlandkreis	14523	2.831	20,66	5,66	19,48	5,34
Zwickau	14524	10.202	20,55	5,63	19,90	5,45
Dresden, Stadt	14612	14.781	16,65	4,56	16,94	4,64
Bautzen	14625	5.293	20,42	5,59	19,45	5,33
Görlitz	14626	4.197	21,60	5,92	20,29	5,56
Meißen	14627	6.899	20,96	5,74	20,05	5,49
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	14628	4.506	21,41	5,87	20,18	5,53
Leipzig, Stadt	14713	14.660	18,34	5,03	19,05	5,22
Leipzig	14729	4.895	21,12	5,79	20,57	5,64
Nordsachsen	14730	4.270	21,90	6,00	21,02	5,76
alle Kreise	14999	86.280	19,87	5,45	19,43	5,32

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.15 Landkreise Sachsen-Anhalt

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Dessau-Roßlau, Stadt	15001	2.772	22,08	6,05	20,96	5,74
Halle (Saale), Stadt	15002	8.353	20,69	5,67	20,45	5,60
Magdeburg, Landeshauptstadt	15003	6.713	19,07	5,22	19,36	5,30
Altmarkkreis Salzwedel	15081	2.090	17,55	4,81	17,25	4,73
Anhalt-Bitterfeld	15082	4.815	21,89	6,00	21,21	5,81
Börde	15083	6.956	23,19	6,35	22,95	6,29
Burgenlandkreis	15084	5.834	22,37	6,13	21,55	5,90
Harz	15085	7.446	22,24	6,09	21,65	5,93
Jerichower Land	15086	3.279	20,62	5,65	19,66	5,39
Mansfeld-Südharz	15087	3.257	24,56	6,73	23,71	6,50
Saalekreis	15088	8.388	21,68	5,94	20,66	5,66
Salzlandkreis	15089	5.191	21,71	5,95	20,79	5,70
Stendal	15090	2.996	20,50	5,62	19,22	5,27
Wittenberg	15091	3.726	22,69	6,22	21,97	6,02
alle Kreise	15999	71.824	21,58	5,91	20,89	5,72

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2013)

A.12.16 Landkreise Thüringen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Erfurt, Stadt	16051	11.119	18,84	5,16	18,62	5,10
Gera, Stadt	16052	2.127	20,66	5,66	20,06	5,50
Jena, Stadt	16053	2.796	16,81	4,61	17,16	4,70
Suhl, Stadt	16054	1.030	19,43	5,32	18,08	4,95
Weimar, Stadt	16055	1.461	16,74	4,59	16,65	4,56
Eisenach, Stadt	16056	2.410	22,39	6,13	21,22	5,81
Eichsfeld	16061	3.317	21,70	5,95	21,21	5,81
Nordhausen	16062	3.370	21,35	5,85	20,69	5,67
Wartburgkreis	16063	6.178	22,27	6,10	21,65	5,93
Unstrut-Hainich-Kreis	16064	4.442	20,68	5,67	20,48	5,61
Kyffhäuserkreis	16065	1.544	22,09	6,05	23,12	6,33
Schmalkalden-Meiningen	16066	5.395	21,46	5,88	20,20	5,54
Gotha	16067	6.217	22,53	6,17	21,75	5,96
Sömmerda	16068	3.794	20,48	5,61	19,74	5,41
Hildburghausen	16069	3.161	23,77	6,51	23,93	6,56
Ilm-Kreis	16070	4.047	22,31	6,11	21,38	5,86
Weimarer Land	16071	2.836	20,81	5,70	19,94	5,46
Sonneberg	16072	3.790	22,47	6,16	21,08	5,77
Saalfeld-Rudolstadt	16073	3.603	21,26	5,83	20,56	5,63
Saale-Holzland-Kreis	16074	2.176	20,72	5,68	20,06	5,50
Saale-Orla-Kreis	16075	2.861	19,57	5,36	18,82	5,16
Greiz	16076	2.017	22,92	6,28	21,74	5,96
Altenburger Land	16077	2.526	21,20	5,81	20,30	5,56
alle Kreise	16999	82.217	21,00	5,75	20,34	5,57

* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation