



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

# Langzeit- erkrankungen

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





BKK Gesundheitsreport 2015

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

## **Langzeiterkrankungen**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



BKK Gesundheitsreport 2015

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

# Langzeiterkrankungen

## Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis von

S. André | K. Bestehorn | S. Bohley | P. Engel | E. Fleck | P.M. Gaum | D. Golze | J. Haerting | M. Halle  
M.I. Hasenbring | A. Horst | M. Huml | Z. Karimi | M. Klein-Schmeink | K. Kliner | A. Kluttig | F. Knieps  
O. Kuß | J. Lang | K. Lauterbach | C. Levenig | J. May-Schmidt | M. Michalk | D. Monstadt | W. Panter  
H. Pfaff | C. Prüfer-Storcks | W. Rathmann | D. Rennert | M. Richter | T. Schepp | S. Sebbesse  
D. Siewerts | R. Sochert | B. Steffens | L. Sundmacher | T. Tamayo | V. Vogt | N. Wand | S. Wilhelmi  
J. Zeiger | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsreport 2015 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

Herausgeberschaft: BKK Dachverband e.V., Mauerstraße 85, 10117 Berlin  
Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter, Susanne Wilhelmi  
Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert

BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
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 978-3-95466-231-9

#### **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.

#### **Zitation:**

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2015

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2015

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.  
Mauerstraße 85  
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. Stefanie André**  
BAHN-BKK  
Referat Netzwerk Gesundheit  
Franklinstraße 54  
60486 Frankfurt am Main



**PD Dr. med. Kurt Bestehorn**  
Technische Universität Dresden  
Institut für Klinische Pharmakologie  
Fiedlerstraße 27  
01307 Dresden



**Dr. rer. medic. Stefanie Bohley**  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Institut für Medizinische Epidemiologie,  
Biometrie und Informatik  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)



**Philip Engel**  
BAHN-BKK  
Referat Netzwerk Gesundheit  
Franklinstraße 54  
60486 Frankfurt am Main



**Prof. Dr. med. Eckart Fleck**  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und  
Kreislauforschung e.V.  
Pariser Platz 6  
10117 Berlin



**Petra M. Gaum, M.Sc.**  
Uniklinik RWTH Aachen  
Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen



**Ministerin Diana Golze**  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie des Landes Brandenburg  
Henning-von-Tresckow-Straße 2–13  
14467 Potsdam



**Prof. Dr. rer. nat. habil. Johannes Haerting**  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Institut für Medizinische Epidemiologie,  
Biometrie und Informatik  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)



**Prof. Dr. med. Martin Halle**  
Technische Universität München  
Klinikum rechts der Isar  
Präventive und Rehabilitative Sportmedizin  
Georg-Brauchle-Ring 56 (Campus C)  
80992 München



**Prof. Dr. phil. Monika I. Hasenbring**  
Ruhr Universität Bochum  
Abteilung für medizinische Psychologie und  
medizinische Soziologie  
Universitätsstraße 150  
44780 Bochum



**Andreas Horst**  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
Referat III b 2 – Grundsatzfragen des  
Arbeitsschutzes  
Wilhelmstraße 49  
10117 Berlin



**Staatsministerin Melanie Huml**  
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit  
und Pflege  
Haidenauplatz 1  
81667 München



**Dr. rer. nat. Zohra Karimi**  
Ruhr Universität Bochum  
Abteilung für medizinische Psychologie und  
medizinische Soziologie  
Universitätsstraße 150  
44780 Bochum



**Dr. Jana May-Schmidt**  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
Referat III b 2 – Grundsatzfragen des  
Arbeitsschutzes  
Wilhelmstraße 49  
10117 Berlin



**Maria Klein-Schmeink MdB**  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin



**Maria Michalk MdB**  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin



**Karin Kliner**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dietrich Monstadt MdB**  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin



**Dr. rer. medic. Alexander Kluttig, MPH**  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Institut für Medizinische Epidemiologie,  
Biometrie und Informatik  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)



**Dr. med. Wolfgang Panter**  
Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH  
Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit  
Ehinger Str. 200  
47259 Duisburg



**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



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



**Prof. Dr. sc. hum. Oliver Kuß**  
Deutsches Diabetes-Zentrum  
Institut für Biometrie und Epidemiologie  
Auf'm Hennekamp 65  
40225 Düsseldorf



**Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks**  
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Hamburg  
Billstraße 80  
20539 Hamburg



**Prof. Dr. rer. soc. Jessica Lang**  
Uniklinik RWTH Aachen  
Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen



**PD Dr. med. Wolfgang Rathmann, MSPH (USA)**  
Deutsches Diabetes-Zentrum  
Institut für Biometrie und Epidemiologie  
Auf'm Hennekamp 65  
40225 Düsseldorf



**Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl Lauterbach MdB**  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin



**Dirk Rennet**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Claudia Levenig, M.A.**  
Ruhr Universität Bochum  
Abteilung für medizinische Psychologie und  
medizinische Soziologie  
Universitätsstraße 150  
44780 Bochum



**Dr. Matthias Richter**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin





**Dr. Thomas Schepp**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Sabrina Sebbesse**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. Dagmar Siewerts**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. Reinhold Sochert**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Ministerin Barbara Steffens**  
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation,  
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen  
Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf



**Prof. Dr. Leonie Sundmacher**  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Fachbereich Health Services Management  
Schackstraße 4  
80539 München



**Dr. med. Teresa Tamayo, M.A. Soz.**  
Deutsches Diabetes-Zentrum  
Institut für Biometrie und Epidemiologie  
Auf m Hennekamp 65  
40225 Düsseldorf



**Verena Vogt, M.Sc.**  
Technische Universität Berlin  
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen  
Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin  
Straße des 17. Juni 135  
10623 Berlin



**Nancy Wand**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Susanne Wilhelmi**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Jana Zeiger**  
BAHN-BKK  
Referat Netzwerk Gesundheit  
Franklinstraße 54  
60486 Frankfurt am Main



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



## Vorwort

Langzeiterkrankungen werden zu einem Kernproblem der Gesundheitspolitik. Das lässt sich nicht nur aus den Auswertungen des diesjährigen BKK Gesundheitsreports ableiten, sondern ist auch ein Grundtenor, der in einer Vielzahl anderer Fachpublikationen zu finden ist. Doch nur den Status quo darzustellen, würde zu kurz greifen. Vielmehr stellt sich die Frage, welche Faktoren bei der Entstehung von Langzeiterkrankungen eine Rolle spielen und – noch viel wichtiger – durch welche Maßnahmen sich die Zunahme stoppen oder zumindest verlangsamen lässt.

Laut einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation verursachen nicht übertragbare chronische Erkrankungen 42% aller Todesfälle weltweit. Insbesondere sogenannte Zivilisationskrankheiten wie zum Beispiel Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes und Krebs sind hierfür verantwortlich. Das Statistische Bundesamt gibt zudem an, dass in Deutschland drei Viertel der Todesfälle und ein Viertel aller Krankheitskosten auf chronische Erkrankungen zurückzuführen sind. Gleichzeitig weiß man heute, dass viele dieser Erkrankungen nicht unabwendbar sind, sondern durch wenig gesundheitsförderliche Verhältnisse und durch ungesundes Verhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel, Alkohol und Fehlernährung verursacht werden. Prävention und Gesundheitsförderung sind hierbei die wichtigsten Instrumente im Vorfeld der Versorgung, die im Portfolio der Betriebskrankenkassen schon seit langem ein fester Bestandteil sind. Nicht nur die betriebliche Gesundheitsförderung, sondern auch die frühzeitige Prävention im Kindes- und Jugendalter wird in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnen. Hier ist in diesem Jahr mit dem neuen Präventionsgesetz ein Meilenstein gelegt worden.

Wie das Robert Koch-Institut zu Recht bemerkt, spielen aber auch die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen eine wesentliche Rolle bei der Zunahme der Langzeit- bzw. chronischen Erkrankungen. Insbesondere bei den beschäftigten BKK Mitgliedern sind diese beiden Krankheitsarten die wesentlichen Hauptursachen für Fehlzeiten und Krankengeldbezug. Auch hier sind sicher die oben genannten individuellen Risikofaktoren als mitverantwortlich für den Anstieg anzusehen. Allerdings sind es auch die Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel zunehmende Arbeitsverdichtung, Leistungsdruck und schlechter Führungsstil, die sich vor allem auf die psychische Gesundheit negativ auswirken können.

Trotz intensiver Forschung kann man auch heute noch nicht alle Ursachen der Entstehung von chronischen und Langzeiterkrankungen benennen. In Deutschland startet hierzu gerade eine weltweit einzigartige Langzeitstudie – die Nationale Kohorte –, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Gründe für die sogenannten großen Volkskrankheiten zu erforschen und dazu deutschlandweit 200.000 Personen zu untersuchen. Aus den Erkenntnissen der Studie sollen evidenzbasierte Maßnahmen für eine zielgerichtete Prävention abgeleitet werden. Die Betriebskrankenkassen unterstützen diese Studie ausdrücklich.

Sicher werden Sie in den kommenden Jahren auch im BKK Gesundheitsreport erste Erkenntnisse aus dieser Studie in Form von Gastautorenbeiträgen lesen können, so wie wir uns auch in diesem Jahr wieder über die zahlreichen renommierten Autorinnen und Autoren aus Praxis, Politik und Wissenschaft, die mit ihren Beiträgen das Thema Langzeiterkrankungen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchten und bereichern, freuen und uns bei diesen bedanken möchten. Besonders freuen wir uns auch über die Statements aus der Landes- und Bundespolitik, die unseren Lesern einen Einblick vermitteln, welche Herausforderungen sich aus gesundheitspolitischer Sicht heute und in der Zukunft abzeichnen und welcher Handlungsbedarf daraus für alle Beteiligten entsteht.

Nicht zuletzt gilt mein Dank auch allen Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2015 beigetragen haben, vor allem den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Susanne Wilhelmi, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert, sowie dem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff.

Ich bin mir sicher, dass sich aus der Lektüre dieses Buches viele neue Erkenntnisse, Diskussionen und hoffentlich auch Implikationen für zukünftige Weichenstellungen im deutschen Gesundheitssystem ergeben.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein anregendes Leseerlebnis.



Franz Knieps  
Vorstand  
BKK Dachverband e.V.



## Inhalt

Vorwort	ix
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	3
Methodische Hinweise	9
Das Wichtigste im Überblick	13
Langzeiterkrankungen: ein Überblick <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	17
<b>1 Krankheitsgeschehen im Überblick</b>	<b>25</b>
1.1 Arbeitsunfähigkeit	28
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2014	28
1.1.2 Langzeittrends	29
1.1.3 Entwicklung im Jahr 2015	30
1.1.4 Diagnosehauptgruppen	36
1.1.5 Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen	38
1.2 Ambulante Versorgung	45
1.3 Stationäre Versorgung	49
1.4 Arzneimittelverordnungen	56
<b>Politik gefragt</b>	<b>61</b>
Interview mit Ministerin Diana Golze	63
Interview mit Staatsministerin Melanie Huml	65
Interview mit Maria Klein-Schmeink MdB	67
Interview mit Professor Karl Lauterbach MdB	69
Interview mit Maria Michalk MdB	71
Interview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks	73
Interview mit Ministerin Barbara Steffens	75
<b>2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen</b>	<b>77</b>
2.1 Arbeitsunfähigkeit	79
2.1.1 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	82
2.1.2 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	86
2.1.3 Krankheiten des Atmungssystems	91
2.1.4 Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen	94
2.2 Ambulante Versorgung	101

2.3 Stationäre Versorgung _____	105
2.4 Arzneimittelverordnungen _____	116

**Schwerpunkt Wissenschaft \_\_\_\_\_ 125**

Epidemiologie des Typ-2-Diabetes in Deutschland _____	127
<i>Teresa Tamayo, Wolfgang Rathmann und Oliver Kuß</i>	
Regionale, bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studien als Beitrag zur Erklärung regionaler Unterschiede in der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen _____	134
<i>Alexander Kluttig, Stefanie Bohley und Johannes Haerting</i>	
Regionale Unterschiede in der Früherkennung von Krebserkrankungen _____	141
<i>Verena Vogt und Leonie Sundmacher</i>	
Muskuloskeletale Schmerzerkrankungen: Risikofaktoren, Mechanismen und klinische Implikationen ____	148
<i>Monika I. Hasenbring, Claudia Levenig und Zohra Karimi</i>	
Psychische Erkrankungen im Kontext der Arbeitswelt – Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit ____	154
<i>Jessica Lang und Petra M. Gaum</i>	
Sporttherapie bei chronischen Erkrankungen – Eine Option für die Medizin der Zukunft! _____	160
<i>Martin Halle</i>	

**3 Alter, Geschlecht und soziale Lage \_\_\_\_\_ 167**

3.1 Arbeitsunfähigkeit _____	169
3.1.1 Krankheitsgeschehen nach Alter und Geschlecht _____	169
3.1.2 Krankheitsgeschehen nach Versichertengruppen _____	175
3.2 Ambulante Versorgung _____	185
3.3 Stationäre Versorgung _____	192
3.4 Arzneimittelverordnungen _____	202

**Schwerpunkt Politik \_\_\_\_\_ 209**

Politische Handlungsstrategie gegen Langzeiterkrankungen/Nationale Diabetes-Strategie 2015 _____	211
<i>Dietrich Monstadt</i>	
Regionale Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen _____	216
<i>Kurt Bestehorn und Eckart Fleck</i>	
Die Lohnersatzleistung Krankengeld im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ____	224
<i>Thomas Schepp und Nancy Wand</i>	
„Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ – ein Schwerpunkt der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie _____	232
<i>Andreas Horst und Jana May-Schmidt</i>	

4	Krankheitsgeschehen und Arbeitswelt	237
4.1	Arbeitsunfähigkeit	239
4.1.1	Wirtschaftsgruppen im Überblick	239
4.1.2	Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen	250
4.2	Ambulante Versorgung	255
4.3	Stationäre Versorgung	260
4.4	Arzneimittelverordnungen	267
<b>Schwerpunkt Praxis</b>		<b>275</b>
	Initiative Diabetes@Work <i>Wolfgang Panter</i>	277
	Selbsthilfeförderung für Menschen mit einer Krebserkrankung <i>Dagmar Siewerts</i>	281
	3 x 2 Säulen-Modell zur Eingliederung von Muskel-Skelett-Erkrankungen – Ein Beispiel aus der Praxis <i>Stefanie André, Philip Engel und Jana Zeiger</i>	287
	Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern – psyGA. Neue Wege der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung <i>Reinhold Sochert und Sabrina Sebbese</i>	294
5	Krankheitsgeschehen in Regionen	301
5.1	Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern	304
5.2	Ambulante Versorgung	317
5.3	Stationäre Versorgung	325
5.4	Arzneimittelverordnungen	332
6	Der Wandel des Krankheitspanoramas und seine Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik <i>Franz Knieps</i>	339
<b>Anhang</b>		<b>343</b>
A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	348
B	Systematische Verzeichnisse	431





## Tabellenverzeichnis

### 1 Krankheitsgeschehen im Überblick

Tabelle 1.1	AU-Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	29
Tabelle 1.2	AU-Tage pro Quartal der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)	33
Tabelle 1.3	AU-Tage der Pflichtmitglieder – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	38
Tabelle 1.4	Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlung der BKK Versicherten – Versichertenverteilung nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2014)	52

### 2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Tabelle 2.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	79
Tabelle 2.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	81
Tabelle 2.3	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	83
Tabelle 2.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – psychische und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	87
Tabelle 2.5	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	92
Tabelle 2.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	106
Tabelle 2.7	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	107
Tabelle 2.8	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) im Zeitverlauf (2012–2014)	116
Tabelle 2.9	Arzneimittelverordnungen – ausgewählte Einzeldiagnosen und zugeordnete therapeutische Untergruppen (ATC)	123

### 3 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Tabelle 3.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	176
Tabelle 3.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	178
Tabelle 3.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	188
Tabelle 3.4	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	189
Tabelle 3.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	198
Tabelle 3.6	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2014)	205

#### 4 Krankheitsgeschehen und Arbeitswelt

Tabelle 4.1	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) sowie Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter (Berichtsjahr 2014)	240
Tabelle 4.2	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)	245

#### 5 Krankheitsgeschehen in Regionen

Tabelle 5.1	Anzahl BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	302
Tabelle 5.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Bundesland (Wohnort)	305
Tabelle 5.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppe (Berichtsjahr 2014)	312
Tabelle 5.4	Langzeit-AU-Tage (AU-Dauer > 6 Wochen) der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Bundesland und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	316
Tabelle 5.5	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)	320
Tabelle 5.6	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)	321
Tabelle 5.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	329
Tabelle 5.8	Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)	332

# Diagrammverzeichnis

## 1 Krankheitsgeschehen im Überblick

Diagramm 1.1	BKK Versicherte nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	27
Diagramm 1.2	AU-Fälle der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht	31
Diagramm 1.3	AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht	31
Diagramm 1.4	Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2013–2015)	32
Diagramm 1.5	Krankenstand – Vergleich zwischen den Monatsdurchschnittswerten der BKK Krankenstandstatistik und den Stichtagsergebnissen der amtlichen KM1-Statistik (Januar–Juni 2015)	32
Diagramm 1.6	AU-Beginn und AU-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2014)	34
Diagramm 1.7	AU-Tage der Pflichtmitglieder sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	37
Diagramm 1.8	AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2004–2014) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)	38
Diagramm 1.9	AU-Tage je Fall der Pflichtmitglieder – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	39
Diagramm 1.10	Krankengeld-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I) – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	40
Diagramm 1.11	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2014)	41
Diagramm 1.12	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Verteilung der AU-Tage auf Personen (Berichtsjahr 2014)	42
Diagramm 1.13	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Verteilung nach Dauerklassen für AU-Fälle und AU-Tage > 6 Wochen (Berichtsjahr 2014)	43
Diagramm 1.14	Anteil der BKK Pflichtmitglieder in der Altersgruppe ≥ 45 Jahre im Zeitverlauf (2004–2014)	44
Diagramm 1.15	AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Anteil der AU-Tage und AU-Fälle > 6 Wochen Dauer im Zeitverlauf (2004–2014)	44
Diagramm 1.16	Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2012–2014)	46
Diagramm 1.17	Ambulante Versorgung – Diagnosen mit und ohne AU-Fall für Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	47
Diagramm 1.18	Stationäre Versorgung – KH-Fälle, KH-Tage und Verweildauer der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2004–2014)	50
Diagramm 1.19	Stationäre Versorgung – Beginn und Ende des Aufenthalts der BKK Versicherten – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2014)	51
Diagramm 1.20	Stationäre Versorgung – Krankenhausfälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (2004 und 2014)	51
Diagramm 1.21	Stationäre Versorgung – Krankenhaustage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (2004 und 2014)	52
Diagramm 1.22	Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlung der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2014)	53
Diagramm 1.23	Stationäre Versorgung – Verteilung der KH-Tage auf BKK Versicherte (Berichtsjahr 2014)	53
Diagramm 1.24	Stationäre Versorgung – Langzeitbehandlungen (> 6 Wochen) der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2014)	54
Diagramm 1.25	KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2014)	55
Diagramm 1.26	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)	57
Diagramm 1.27	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2014)	58
Diagramm 1.28	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der Mitglieder ohne Rentner mit AU-Fall nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und AU-Dauer (Berichtsjahr 2014)	59

## 2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Diagramm 2.1	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	82
Diagramm 2.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2014) _____	84
Diagramm 2.3	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2014) _____	85
Diagramm 2.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	85
Diagramm 2.5	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – psychische und Verhaltensstörungen im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	86
Diagramm 2.6	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2014) _____	88
Diagramm 2.7	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2014) _____	89
Diagramm 2.8	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – depressive Episode (F32) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	90
Diagramm 2.9	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	90
Diagramm 2.10	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	91
Diagramm 2.11	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Männer (Berichtsjahr 2014) _____	93
Diagramm 2.12	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Frauen (Berichtsjahr 2014) _____	93
Diagramm 2.13	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht _____	94
Diagramm 2.14	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – prozentuale Verteilung der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014) _____	95
Diagramm 2.15	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteile der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014) _____	96
Diagramm 2.16	Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankengeldanteile und Krankengeldtage je Fall nach Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014) _____	97
Diagramm 2.17	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteile der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) für ausgewählte Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014) _____	98
Diagramm 2.18	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteile der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014) _____	99
Diagramm 2.19	Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankengeldanteile und Krankengeldtage je Fall nach Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014) _____	100
Diagramm 2.20	Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte – die zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen im Zeitverlauf (2012–2014) _____	102
Diagramm 2.21	Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014) _____	104
Diagramm 2.22	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Geschlecht _____	108
Diagramm 2.23	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2014) _____	109
Diagramm 2.24	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2014) _____	109

Diagramm 2.25	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Erkrankungen des Kreislaufsystems (I00–I99) im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Geschlecht	110
Diagramm 2.26	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2014)	110
Diagramm 2.27	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)	111
Diagramm 2.28	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Neubildungen (C00–D48) im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Geschlecht	112
Diagramm 2.29	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Männer (Berichtsjahr 2014)	112
Diagramm 2.30	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)	113
Diagramm 2.31	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) für ausgewählte Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)	114
Diagramm 2.32	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)	115
Diagramm 2.33	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Falldauer insgesamt sowie für KH-Fälle > 6 Wochen für ausgewählte Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)	115
Diagramm 2.34	Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	117
Diagramm 2.35	Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die 20 häufigsten Verordnungen nach DDD und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	119
Diagramm 2.36	Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die 20 häufigsten Verordnungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	120
Diagramm 2.37	Arzneimittelverordnungen – DDD je EVO der BKK Versicherten – die 20 häufigsten Verordnungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	122
Diagramm 2.38	Arzneimittelverordnungen – DDD und EVO sowie DDD je EVO der BKK Versicherten für ausgewählte therapeutisch-pharmakologische Untergruppen (Berichtsjahr 2014)	123

### 3 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Diagramm 3.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	170
Diagramm 3.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Altersgruppen und Geschlecht	171
Diagramm 3.3	Demografische Entwicklung – Versichertenverteilung der Mitglieder ohne Rentner im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Altersgruppen und Geschlecht	171
Diagramm 3.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	172
Diagramm 3.5	AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	173
Diagramm 3.6	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	174
Diagramm 3.7	AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	175
Diagramm 3.8	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	177
Diagramm 3.9	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Muskel- und Skeletterkrankungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	179
Diagramm 3.10	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für psychische und Verhaltensstörungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	180

Diagramm 3.11	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	181
Diagramm 3.12	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	182
Diagramm 3.13	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) für die depressive Episode (F32) nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	183
Diagramm 3.14	Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner – Krankengeldtage je Fall für Rückenschmerzen (M54) und depressive Episode (F32) nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	184
Diagramm 3.15	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	186
Diagramm 3.16	Ambulante Versorgung – Anteile BKK Versicherte – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	187
Diagramm 3.17	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	190
Diagramm 3.18	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	193
Diagramm 3.19	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	194
Diagramm 3.20	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	195
Diagramm 3.21	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	195
Diagramm 3.22	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	196
Diagramm 3.23	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	199
Diagramm 3.24	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Tage > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	200
Diagramm 3.25	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	201
Diagramm 3.26	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	203
Diagramm 3.27	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	204
Diagramm 3.28	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung aus der Verordnungshauptgruppe Nervensystem (ATC N) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	204
Diagramm 3.29	Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und ausgewählten Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	206
Diagramm 3.30	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD je 1.000 BKK Versicherte für ausgewählte ATC-Hauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)	207
Diagramm 3.31	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten ATC-Hauptgruppen und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)	208

#### 4 Krankheitsgeschehen und Arbeitswelt

Diagramm 4.1	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) im Fünfjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)	241
Diagramm 4.2	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	243
Diagramm 4.3	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2014)	244
Diagramm 4.4	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	248

Diagramm 4.5	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die Wirtschaftsgruppe Postdienste nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2010–2014)	249
Diagramm 4.6	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)	251
Diagramm 4.7	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	252
Diagramm 4.8	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Betriebsgröße (Berichtsjahr 2014)	253
Diagramm 4.9	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Betriebsgröße und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	254
Diagramm 4.10	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	256
Diagramm 4.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	257
Diagramm 4.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	258
Diagramm 4.13	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	259
Diagramm 4.14	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	261
Diagramm 4.15	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)	262
Diagramm 4.16	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) mit Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) (Berichtsjahr 2014)	264
Diagramm 4.17	Stationäre Versorgung – Anteil KH-Tage bei Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der beschäftigten Mitglieder aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)	265
Diagramm 4.18	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel-Skelettsystem (ATC M) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	268
Diagramm 4.19	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 2014)	269
Diagramm 4.20	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	270
Diagramm 4.21	Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	271
Diagramm 4.22	Arzneimittelverordnungen – prozentuale Abweichungen der EVO und DDD vom Durchschnittswert der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)	273
Diagramm 4.23	Arzneimittelverordnungen – prozentuale Abweichungen der EVO und DDD vom Durchschnittswert der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)	274

## 5 Krankheitsgeschehen in Regionen

Diagramm 5.1	Prozentuale Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)	303
Diagramm 5.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2014)	306
Diagramm 5.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)	308
Diagramm 5.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014)	309
Diagramm 5.5	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Muskel- und Skeletterkrankungen (M00–M99) (Berichtsjahr 2014)	310
Diagramm 5.6	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) (Berichtsjahr 2014)	311
Diagramm 5.7	Langzeit-AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Muskel- und Skeletterkrankungen (M00–M99) (Berichtsjahr 2014)	314
Diagramm 5.8	Langzeit-AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) (Berichtsjahr 2014)	315
Diagramm 5.9	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)	318
Diagramm 5.10	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)	319
Diagramm 5.11	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)	323
Diagramm 5.12	Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Bundesland (Wohnort) und Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)	324
Diagramm 5.13	Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2014)	326
Diagramm 5.14	KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)	327
Diagramm 5.15	Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten – nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen in Prozent (Berichtsjahr 2014)	328
Diagramm 5.16	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)	330
Diagramm 5.17	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)	333
Diagramm 5.18	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC C) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)	334
Diagramm 5.19	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)	335
Diagramm 5.20	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Kreis (Wohnort) für Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (ATC C07A) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)	337
Diagramm 5.21	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Antidepressiva (ATC N06A) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)	338



## Methodische Hinweise

### Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen die Leistungs- und zugehörigen Versichertendaten von 78,1% der BKK Versicherten und damit 13,0% 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 des Berichtsjahrs 2014 auch die Krankenstand-Entwicklungen der Monate Januar bis Juli 2015 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 2015 werden alle im Jahr 2014 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2014 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 2014, 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 Meldedefälle 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

teln – (keine Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2014 gelegen hat. Ausgeschlossen 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 2014 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 2015 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls Datennacherhebung und Datenbereinigung.

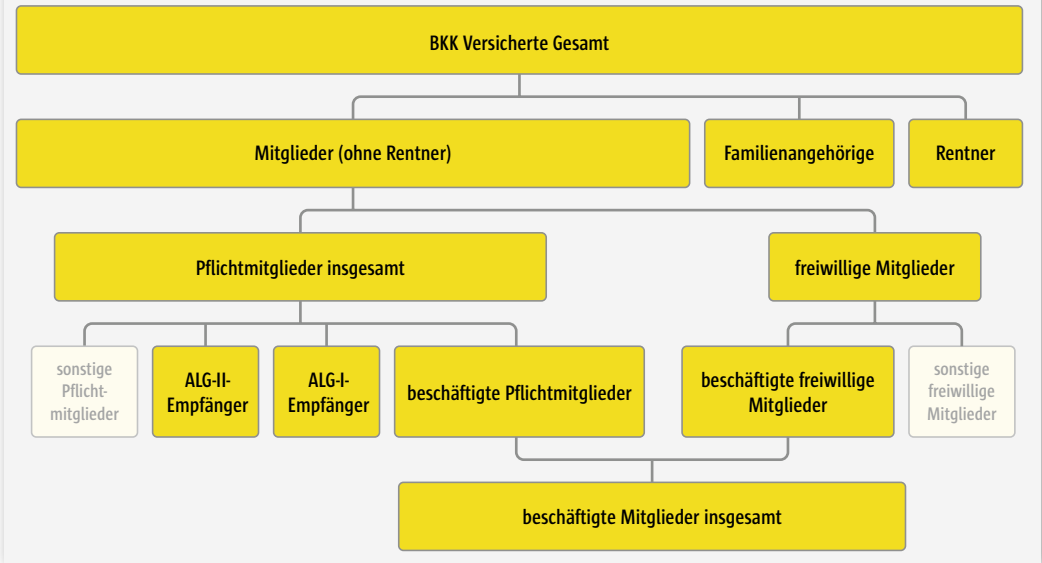
- Für alle teilnehmenden Kassen wird geprüft, ob die Leistungs- und die Versichertendaten im erwarteten Umfang (Vergleich zum Vorjahr und Relation der Leistungsfälle zu den entsprechenden Versichertenzeiten) vorliegen. Im Falle unvollständiger oder unplausibler Daten werden Nachlieferungen veranlasst. 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 verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z. B. Versicherten- gruppen, 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 (» Anhang B: Systematische Verzeichnisse) 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. » 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 2014 sind teilweise fünfstellige, 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 2014 vorliegen. Auch aufwendige Nacherhebungs- und Korrekturmaßnahmen konnten nicht zu einer vollständigen Bereinigung der Datenbestände in Bezug auf die Berufscodierung beitragen, sodass

Abbildung 1 Übersicht über die betrachteten Versichertengruppen



für diesen 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 (» Anhang B: Systematische Verzeichnisse). Die angepasste Kategorisierung kann anhand der entsprechenden WZ 2008-Zweisteller nachvollzogen werden, eine umfangreiche Darstellung befindet sich dazu im Anhang in » Tabelle A6.

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 2014 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 Geschlechtsverteilungen abbilden zu können. Hierbei wird das Ver-

fahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) bzw. für arbeitsweltbezogene Auswertungen werden die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2014 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 Unterschiede 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.

- Je nach Betrachtungsgegenstand kann es gegebenenfalls bei einzelnen Kennwerten zu Abweichungen in den Angaben zwischen einzelnen Kapiteln kommen. Dies gilt insbesondere für die Daten aus der ambulanten Versorgung. Hierbei kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass Versicherte z.B. aufgrund eines Wohnortwechsels oder Wechsels des Versichertenstatus innerhalb des Berichtsjahres mehr als einmal gezählt werden, was zu einer Abweichung des Anteils der Versicherten mit einer ambulanten Diagnose führen kann.

## Das Wichtigste im Überblick

In der vorliegenden 39. Ausgabe des BKK Gesundheitsreports sind Daten aus der Gesundheitsversorgung für 9,1 Mio. Versicherte in umfangreichen Analysen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, zur ambulanten und stationären Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung ausgewertet. Neben dem Krankheitsgeschehen allgemein wird im diesjährigen BKK Gesundheitsreport 2015 ein besonderer Fokus auf lang andauernde bzw. chronische Krankheiten gelegt.

Wesentliche Ergebnisse in den genannten Versorgungsbereichen sind:

### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Im Vergleich zum Vorjahr ist der Krankenstand von 4,88% auf 4,75% leicht gesunken. Vermutlich ist der Großteil dieses Rückgangs aber der ausgebliebenen Grippewelle im Jahr 2014 zuzuschreiben.
- Mehr als die Hälfte aller AU-Tage werden durch Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Störungen und Atemwegserkrankungen verursacht. Insbesondere bei den psychischen Störungen ist in den letzten 10 Jahren ein enormer Zuwachs zu verzeichnen – u. a. haben sich die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen mehr als verdoppelt (+129%). Zum Vergleich: Im gleichen Zeitraum sind die Fehltagelänge aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen um rund ein Drittel angestiegen (+34%).
- Nur ein Bruchteil aller Fälle von Arbeitsunfähigkeit sind Langzeiterkrankungen (AU-Dauer von mehr als 6 Wochen) – in den letzten 10 Jahren sind das immer fast unverändert etwa 4%.
- Die Langzeit-AU-Fälle verursachen aber einen sehr großen Teil der Gesamtmenge aller angefallenen AU-Tage – bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern fast die Hälfte (47,5%), wobei dieser Anteil vor 10 Jahren noch 4,2 Prozentpunkte kleiner war.
- Muskel- und Skeletterkrankungen und psychische Störungen sind insgesamt für die Mehrzahl der Langzeit-AU-Fälle (51,6%) und Langzeit-AU-Tage (54,8%) verantwortlich. Gleiches gilt auch für den Krankengeldbezug – beide Diagnosehauptgruppen sind für mehr als die Hälfte (55,6%) aller Krankengeldzahlungen im BKK System ursächlich.
- Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg sowohl mehr AU-Tage als auch AU-Fälle im Vergleich zu den Männern auf. Bezogen auf Langzeitarbeitsunfähigkeit gibt es hingegen keine Geschlechtsunterschiede. Mit steigendem Alter nehmen die Langzeit-AU-Fälle aber generell zu.
- In den letzten 10 Jahren ist der demographische Wandel auch im BKK System sichtbar (Anteil der Pflichtmitglieder über 45 Jahre: 27,6% in 2004; 43,7% in 2014); die Langzeitarbeitsunfähigkeit hat aber in diesem Zeitrahmen nicht im gleichen Maße zugenommen. Dies hängt wahrscheinlich auch mit der im letzten Jahrzehnt deutlich intensivierte betrieblichen Gesundheitsförderung zusammen – hierbei sind insbesondere die Betriebskrankenkassen sehr aktiv.
- Arbeitslose (ALG-I) weisen wesentlich häufiger eine Langzeitarbeitsunfähigkeit auf als beschäftigte Mitglieder. Als Ursache ist der unterschiedliche sozioökonomische Status der einzelnen Versichertengruppen zu sehen.
- In der Arbeitswelt zeigt sich, dass vor allem Beschäftigte im Postdienst und im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling deutlich häufiger als andere Wirtschaftsgruppen von Langzeiterkrankungen betroffen sind. Dabei verursachen psychische Störungen durchweg die meisten Langzeit-AU-Fälle in allen Wirtschaftsgruppen.
- Der Anteil der Langzeitfälle an allen AU-Fällen ist unabhängig von der Mitarbeiterzahl eines Unternehmens. Die durchschnittliche Falldauer der Langzeitfälle nimmt aber mit zunehmender Beschäftigtenzahl (von der kleinsten zur größten Kategorie um fast 10%) ab. Vermutlich gibt es in Unternehmen mit vielen Beschäftigten eine besser ausgebaute gesundheitsförderliche Infrastruktur (z. B. Gesundheitsförderung/-management, Wiedereingliederungsmanagement etc.).
- Insbesondere in den nördlichen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg) sind die AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen häufiger als in anderen Bundesländern. Auf Kreisebene schwanken diese Anteile wesentlich stärker – hier, wie auch auf Ebene der Bundesländer, sind die regionale medizinische Infrastruktur (Arztdichte, Krankenhausdichte usw.) sowie weitere Regionalfaktoren (Arbeitsmarkt, Wirtschaftskraft, Bevölkerungsdichte etc.) wesentliche Erklärungsansätze für diese Unterschiede.

## Ambulante Versorgung

- 91,2% der Versicherten waren im Jahr 2014 mindestens einmal ambulant in Behandlung – in den letzten zwei Jahren ist dieser Anteil gestiegen (2012: 89,9%).
- Frauen sind häufiger als Männer in ärztlicher/therapeutischer Behandlung, ältere Versicherte häufiger als jüngere. Bei vielen Diagnosehauptgruppen ist die Steigerung der Anteile der Versicherten mit Diagnose mit zunehmendem Alter teils erheblich: So sind Kreislauferkrankungen bei unter 20-Jährigen selten, von den über 65-Jährigen sind aber 84% davon betroffen.
- Einen sehr großen Verbreitungsgrad bei den über 65-Jährigen haben Stoffwechselerkrankungen (insbesondere auffällige Cholesterin- und Blutfettwerte), Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-erkrankungen (insbesondere Bluthochdruck), die laut Robert Koch-Institut die Mehrzahl der chronischen Erkrankungen – neben Neubildungen und psychischen Störungen – ausmachen. Deutlich wird aber auch, dass v.a. im höheren Alter die demenziellen Erkrankungen als chronische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen.
- Bei fast der Hälfte der Versicherten (48,4%) war eine Erkrankung im Bereich des Muskel- und Skelettsystems Grund für die Konsultation. Andererseits spielen auch Vorsorgemaßnahmen eine bedeutende Rolle, z.B. hat mehr als jeder Fünfte an einer Krebsvorsorge-Maßnahme teilgenommen.
- Aus den meisten Konsultationen (79%) erfolgt keine Arbeitsunfähigkeit. Auch beeinträchtigt ein Großteil der Langzeiterkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes, die Arbeitsfähigkeit nicht oder nur in geringem Maße. Den größten Anteil an Langzeitarbeitsunfähigkeits-Fällen weisen mit 6,3% die Diagnosen psychischer Erkrankungen auf. Aber auch hier sind ca. drei Viertel der dokumentierten Diagnosen ohne dazugehörigen AU-Fall.
- Arbeitslosengeld-Empfänger (I und II) erhalten deutlich seltener eine ambulante Diagnose als andere Versichertengruppen. Dafür ist aber vor allem bei einem hohen Anteil der ALG-II-Empfänger ein psychisches Leiden diagnostiziert worden.
- Auch bei den ambulanten Diagnosen zeigen die Beschäftigten der Postdienste, aus dem Bereich Abfallbeseitigung und Recycling sowie der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung die höchsten Diagnoseanteile bei den Muskel- und Skeletterkrankungen bzw. den psychischen Störungen.

- Im regionalen Vergleich zeigen sich insbesondere für Diagnosen kardiovaskulärer Erkrankungen sehr große Differenzen: Während in Baden-Württemberg nur 29% eine solche Diagnose gestellt bekommen haben, sind es in Sachsen-Anhalt 47%. Diese beiden Bundesländer stellen auch bei den Stoffwechselerkrankungen den niedrigsten und höchsten Anteil betroffener Versicherter mit Diagnose. So ist beispielsweise die Diagnose Typ-2-Diabetes in Sachsen-Anhalt etwa 2,4-mal so häufig gestellt worden wie in Baden-Württemberg.

## Stationäre Versorgung

- Von allen Versicherten hat mit 13,2% nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen.
- In den letzten Jahren sind die Fallzahlen sukzessive gestiegen, im Jahr 2014 waren es im Durchschnitt 20,2 Fälle je 100 Versicherte. Jeder Fall dauert im Schnitt immer kürzer, aktuell beträgt die durchschnittliche Verweildauer nur noch 8,9 Aufenthaltstage.
- Etwa jeder 5. Krankenhaustag ist auf einen Langzeitfall mit mehr als 6 Wochen Dauer zurückzuführen. Bei den Frauen fallen ca. 10% mehr Langzeit-Krankenhausfälle pro Versicherte an als bei den Männern.
- Rentner sind öfter als andere Alters- und Versichertengruppen in stationärer Behandlung, häufig wegen Herz- und Kreislauferkrankungen. Die meisten Behandlungsfälle bei den unter 60-Jährigen erfolgen aufgrund von psychischen Erkrankungen.
- Die stationäre Behandlung von psychischen Störungen ist in der Regel zeitaufwendig, entsprechend gehen von den Langzeitkrankenhausbehandlungen auch die weitaus meisten auf solche Diagnosen zurück. Allerdings ist bei einem Vergleich zwischen den Langzeitfällen aus dem somatischen und dem psychischen Bereich zu berücksichtigen: Im somatischen Bereich sind die Falldauern niedrig, was wesentlich durch das DRG-System beeinflusst ist – dieses System gilt für den psychischen Bereich hingegen (bisher) nicht.
- Insgesamt erfolgen besonders viele Krankenhaustage aufgrund von Depressionen. Auch gehen knapp 30% der Fälle von Langzeitbehandlungen auf Depressionsdiagnosen (F32, F33) zurück.
- Männer werden häufiger als Frauen wegen Herz-Kreislauferkrankungen stationär behandelt. Ins-

besondere bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25) ist die Behandlungsrate dreimal so hoch wie bei Frauen. Dagegen sind Frauen häufiger als Männer aufgrund einer Muskel-Skeletterkrankung und doppelt so häufig wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.

- Die meisten Krankenhaustage weisen Beschäftigte des Sozialwesens auf. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen sind dabei häufiger psychische Störungen ursächlich. Pro Beschäftigtem im Postdienst kommen ebenfalls im Durchschnitt recht viele Krankenhaustage zusammen, hier sind mehr Tage als in anderen Branchen auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen. Die im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen höchsten Anteile an allen Krankenhaustagen aufgrund von Herz-Kreislauf-Krankheiten weisen die Beschäftigten aus der Abfallbeseitigung und der Metallherzeugung und -verarbeitung auf.
- In den ostdeutschen Bundesländern treten im Durchschnitt fast 20% mehr Krankenhausesfälle pro Versicherte auf. In Sachsen-Anhalt ist jeder Versicherte im Schnitt 2,5 Tage in stationärer Behandlung, in Baden-Württemberg nur 1,3 Tage. Auch bei Langzeitbehandlungen im Krankenhaus gibt es ein Ost-West-Gefälle, der größte Anteil der Langzeitfälle an allen KH-Fällen ist hingegen in Bremen zu verzeichnen.

### Arzneimittelverordnungen

- Knapp drei Viertel (74%) aller BKK Versicherten haben im Jahr 2014 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Frauen erhalten dabei insgesamt wesentlich häufiger ein Arzneimittel verordnet als Männer (78,6% vs. 69,3%).
- Die mit Abstand meisten Arzneimittel werden für Herz- und Kreislauferkrankungen verordnet. Besonders Patienten im Rentenalter bekommen oft solche Medikamente verschrieben, mehr als drei Viertel aller über 65-Jährigen haben 2014 eine Verordnung erhalten.
- Wie weiterhin auf Grundlage der ambulanten Diagnosezahlen zu erwarten war, sind auch Mittel mit Wirkung auf den Stoffwechsel und das Nervensystem häufig verordnet worden. Insgesamt werden bei solchen Arzneimitteln, die bei langwierigen bzw. chronischen Erkrankungen (Hypertonie, Diabetes mellitus, Depressionen etc.) zum Einsatz kommen, überdurchschnitt-

lich große Arzneimengen (sog. definierte Tagesdosen) je Einzelverordnung verschrieben.

- ALG-II-Empfänger weisen im Vergleich zu ALG-I-Empfängern allgemein wesentlich höhere Verordnungsanteile auf. Insbesondere die Verordnungen in der Arzneimittelgruppe Nervensystem liegen bei Arbeitslosen deutlich über denen der beschäftigten Mitglieder – was auch der durchschnittlich höheren Krankheitslast durch psychische Störungen bei den Arbeitslosen entspricht.
- Äquivalent zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigen sich auch bei den Arzneimittelverordnungen vor allem bei Beschäftigten der Postdienste bzw. Abfallbeseitigung und Recycling insgesamt besonders hohe Verordnungskennzahlen.
- Im Gesundheits- und Sozialwesen und der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung werden hingegen besonders häufig und viele Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem (v.a. Antidepressiva) verordnet.
- Auch hier zeigen sich in der Regionalbetrachtung z.T. große Schwankungen, die zum einen mit den entsprechenden ambulanten Diagnosen, zum anderen mit der regionalen medizinischen Angebotsstruktur in Zusammenhang stehen.

Die Zahl der von chronischen und Langzeiterkrankungen Betroffenen wird im Zuge des weiteren Vorschreitens des demographischen Wandels noch weiter zunehmen und mit ihr auch Mehrfacherkrankungen ansteigen. Wie die Analysen des BKK Gesundheitsreports 2015 zeigen, haben lang andauernde bzw. chronische Krankheiten in unterschiedlicher Form in allen betrachteten Bereichen erheblichen Anteil und ziehen sich „wie ein roter Faden“ durch. Umso mehr bedarf es zukünftig auch eines umfassenderen Ansatzes für Behandlung und Bekämpfung solcher Erkrankungen. Eine kontinuierliche integrierte Versorgung wird benötigt – Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege müssen (noch stärker) ineinandergreifen und sich ergänzen. Statt der „Bedürfnisse“ und Eigenheiten der einzelnen Versorgungsektoren müssen die Versicherten in ihren jeweiligen Lebenswelten im Mittelpunkt stehen. Die Betriebskrankenkassen bieten dazu Konzepte an, insbesondere die traditionelle Nähe der BKK zu Unternehmen und ihren Belegschaften wird zukünftig noch mehr Bedeutung gewinnen, um Prävention effektiv zu betreiben und von Erkrankung Gefährdete sowie Betroffene zu beraten und zu begleiten.





# Langzeiterkrankungen: ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

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

## Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Prävalenz von Langzeiterkrankungen deutlich zugenommen und sich das Krankheitsspektrum von akuten zu Langzeiterkrankungen verschoben. So zeigen die Ergebnisse in diesem BKK Gesundheitsreport beispielhaft, dass die Langzeiterkrankungen inzwischen nahezu die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage verursachen. Der rasante Anstieg ist dabei auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Einerseits bewirkt der demografische Wandel, dass in unserer Gesellschaft immer mehr ältere Menschen mit Langzeiterkrankungen leben, sodass altersbedingte Langzeiterkrankungen an Häufigkeit zunehmen, andererseits tragen die verbesserten medizinischen Möglichkeiten der heutigen Zeit dazu bei, dass ältere Menschen mit den vorhandenen Erkrankungen länger leben können. So sind einige Erkrankungen, die vor wenigen Jahrzehnten noch früh zum Tod geführt haben (z.B. spezielle Krebserkrankungen), inzwischen heilbar oder beherrschbar geworden und können heute der Kategorie der Langzeiterkrankungen zugeordnet werden.

Zusätzlich verlaufen viele Erkrankungen mit zunehmendem Alter vermehrt chronisch – so gaben in einer Befragung von über 65-Jährigen mehr als die Hälfte der Männer und rund 60% der Frauen an, unter mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden [1]. Erschwerend kommt hinzu, dass mit dem Alter das Risiko, an verschiedenen Krankheiten zu leiden (Multimorbidität), zunimmt [2].

Diese Gesamtentwicklung bleibt nicht ohne Folgen für die Arbeitswelt. Aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der Beschäftigten ist zu erwarten, dass krankheitsbedingte Fehltagelagen steigen, was wiederum höhere soziale und ökonomische Kosten in der Arbeitswelt nach sich zieht [3]. Psychische Störungen fallen dabei besonders ins Gewicht, da vor allem Krankschreibungen aufgrund von Depressionen, Angst- oder Belastungsstörungen in der Re-

gel von langer Dauer sind (III Kapitel 1 dieses BKK Reports).

Es gilt als eine wichtige Herausforderung der heutigen Zeit, diesen Entwicklungen bei Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen insgesamt entgegenzuwirken und Lösungen zu finden. Im Folgenden wird ein Überblick zum Thema Langzeiterkrankungen gegeben. Hierzu wird der Begriff Langzeiterkrankung definiert. Anschließend werden die Folgen für die Arbeitswelt und das Gesundheitssystem erläutert und mögliche Lösungsansätze skizziert.

## Definition und Systematik von Langzeiterkrankungen

Krankheit kann als Gegenbegriff zu Gesundheit aufgefasst werden. Das Verhältnis dieser beiden Begriffe und die Auffassung, was Gesundheit genau ausmacht und wie Krankheit von Gesundheit abgegrenzt werden kann, ist jedoch nicht immer eindeutig und oft auch Gegenstand sozialer Aushandlung und Vereinbarungen [4, 5].

Gesundheit beschreibt einen Zustand, der unter anderem mithilfe von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen erreicht, gesichert und/oder (wieder-)hergestellt werden kann. Dieser Zustand kann als Ergebnis einer Wechselwirkung des Individuums mit seiner Umwelt betrachtet werden. Als dynamisches Gleichgewicht kann es immer wieder neu erreicht und aufrechterhalten werden [4].

Der Gesundheitszustand eines Individuums beeinflusst nicht nur das individuelle Wohlbefinden und die Lebensqualität des Einzelnen, sondern wirkt sich über die sozialen und ökonomischen Folgen einer Erkrankung auch auf das Sozialsystem und die Volkswirtschaft aus. Mikroökonomisch kann Gesundheit als eine wichtige Determinante der Produktivität und der Lebensqualität eines Individuums und makroökonomisch als eine Determinante von Lebensstandard und Wohlfahrt einer Gesellschaft angesehen werden [6].

Eine allgemeingültige Bestimmung des Begriffs der Langzeiterkrankung ist kaum vorzufinden, da es keinen weltweit gültigen Konsens darüber gibt, ab welchem Zeitpunkt eine Erkrankung als Langzeiterkrankung verstanden werden kann. In der Arbeitswelt hat sich eingebürgert, bereits Erkrankungen, die länger als sechs Wochen dauern, als Langzeiterkrankungen zu bezeichnen [7].

Geht man von der Definition der schwerwiegenden chronischen Erkrankung des Gemeinsamen Bundesausschusses aus, wären eher Erkrankungszeiten, die 12 Monate überschreiten, als Langzeiterkrankungen anzusehen. Grundsätzlich gibt es verschiedene Eigenschaften, anhand derer sich Langzeiterkrankungen unterscheiden lassen. Dazu zählen z.B. Krankheitsverlauf, Prävalenz, Beherrschbarkeit, Beeinflussbarkeit und Chronizität:

#### Unterformen der Langzeiterkrankungen

- chronische vs. nicht-chronische Langzeiterkrankungen
- einfache vs. mehrfache Langzeiterkrankungen
- beherrschbare vs. nicht-beherrschbare Langzeiterkrankungen
- durch Prävention beeinflussbare vs. präventiv nicht beeinflussbare Langzeiterkrankungen
- wiederkehrende vs. andauernde Langzeiterkrankungen

Eine wichtige Unterscheidung ist die zwischen chronischen und nicht-chronischen Langzeiterkrankungen. Die Begriffe „Langzeiterkrankung“ und „chronische Erkrankung“ werden zwar oft synonym verwendet. Im Gegensatz dazu sehen wir hier die chronische Erkrankung als eine Unterform der Langzeiterkrankung an (»» Abbildung 1 und Darstellung oben). Wir folgen hierzu der Definition des Robert

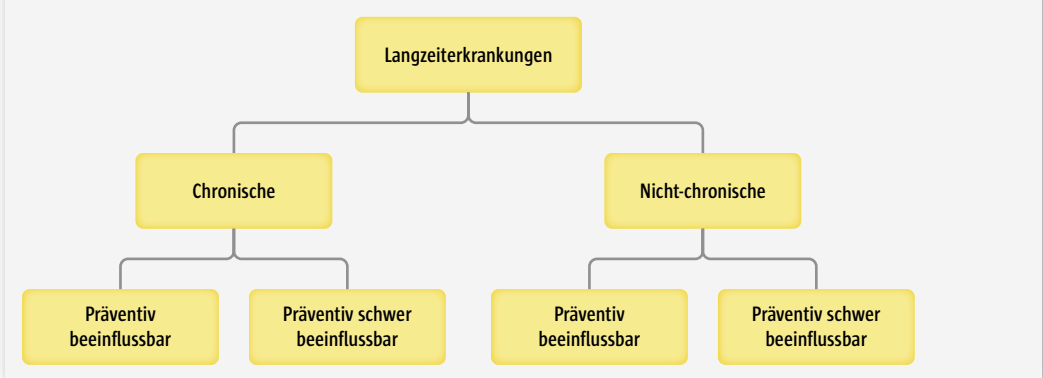
Koch-Instituts. Dieses definiert chronische Erkrankungen wie folgt: „Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen“ [1: 54]. Ein Beispiel für eine nicht-chronische Langzeiterkrankung wäre aus dieser Perspektive eine Brustkrebserkrankung, die über einen mehrjährigen Zeitraum nicht rezidiv ist.

#### Häufigkeit der Langzeiterkrankungen

Zu den häufigsten Langzeiterkrankungen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Diabetes und Krebs. Auch in der Arbeitswelt wird das Fehlzeitengeschehen hauptsächlich von diesen Erkrankungen dominiert. So gingen bei den Pflichtmitgliedern der BKK im Jahr 2013 rund ein Viertel der Fehlzeiten auf Muskel-Skelett-Erkrankungen (25%) zurück, gefolgt von Erkrankungen des Atmungssystems (17%) und psychischen Erkrankungen (14%) [8]. Diese Fehlzeiten decken sich mit den Ergebnissen anderer Analysen [9].

Eine besondere Bedeutung unter den Langzeiterkrankungen kommt in der Arbeitswelt den psychischen Erkrankungen zu: Die Prävalenz dieser Erkrankungen hat seit 2002 um rund 62% zugenommen [9]. Wie die aktuellen BKK Daten zeigen, waren 2014 aufgrund einer psychischen Erkrankung im Schnitt 39,1 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je Fall eines BKK Pflichtmitglieds zu verzeichnen. Pflichtmitglieder mit einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems wiesen im Durchschnitt 20,3 AU-

Abbildung 1 Systematik der Langzeiterkrankungen aus Sicht der Prävention



Tage auf. Insgesamt fallen in diese beiden Krankheitsgruppen 25,6% beziehungsweise 30,7% der BKK Pflichtmitglieder, die in 2014 Krankengeld bezogen.

Die Häufigkeit der Arbeitsausfallstage im Jahr ist aufgrund dieses Trends ebenfalls gestiegen. Die Fehlstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei BKK Pflichtmitgliedern stiegen zwischen 2004 und 2014 um rund 34%, Fehlstage aufgrund von psychischen Erkrankungen haben sich im gleichen Zeitraum sogar mehr als verdoppelt (+129%) (Kapitel 1 dieses BKK Reports).

Langzeiterkrankungen nehmen mit dem Alter zu. So geben etwa 20% der unter 30-jährigen Frauen und 18% der gleichaltrigen Männer an, von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen zu sein. Bei über 65-Jährigen sind es 58% der Frauen und 55% der Männer [10]. Ein besonderes methodisches Problem der Altersforschung besteht in diesem Zusammenhang darin, zwischen reinen Alterungsprozessen und der Verschlechterung der bereits vorhandenen Erkrankung unterscheiden zu können [11].

### Folgen von Langzeiterkrankungen

Die Folgen der Langzeiterkrankungen sind vielseitig. So unterschiedlich die verschiedenen Langzeiterkrankungen sind, so unterschiedlich fallen auch die sich daraus ergebenden Folgen aus [12]. Es kann grundsätzlich zwischen Folgen auf der Ebene der Betroffenen, der Unternehmen und/oder des Gesundheitssystems unterschieden werden.

#### *Folgen für Betroffene*

Chronische Langzeiterkrankungen sind in aller Regel multifaktoriell bedingte Erkrankungen, die somatische, psychische und soziale Folgen haben [12]. Auf der individuellen Ebene können die Folgen einer Langzeiterkrankung sehr unterschiedlich sein. In schwerwiegenden Fällen kann es zu Arbeitslosigkeit, einer geringen Partizipation am gesellschaftlichen Leben und zu Isolation führen. Oftmals bedeutet das Leben mit einer Langzeiterkrankung, ein Leben zu führen, das mit einem Auf und Ab der Erkrankung einhergeht. Corbin und Strauss beschäftigten sich mit dem subjektiven Erleben von chronischen Erkrankungen. Nach ihrem Trajektkonzept (Trajektorie = Verlaufskurve) entwickelt eine chronische Erkrankung einen für die Betroffenen oft kaum kalkulierbaren Wechsel zwischen stabilen, instabilen und krisenhaften Zeiten. Im Laufe einer chronischen Erkrankung werden verschiedene Phasen durchlebt, die oft eine ständige Veränderung der Bewältigungs-

strategien auf der Seite des Kranken nötig macht. Die Unberechenbarkeit der Erkrankung führt bei einigen Betroffenen zu Unsicherheit und Angst sowie – in der Folge – zu vermehrten Depressionen [13].

#### *Folgen für die Unternehmen*

Die durch Langzeiterkrankungen verursachte Arbeitsunfähigkeit stellt für viele Betriebe und Unternehmen ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Der Arbeitsausfall bedingt durch Langzeiterkrankungen ist beträchtlich und über die Jahre deutlich gestiegen. Der Anteil der AU-Tage mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen ist bei den BKK Pflichtmitgliedern in den letzten 10 Jahren um mehr als 4% angestiegen (2004: 43,3%; 2014: 47,5%). Der Anteil der AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen ist im gleichen Zeitraum relativ stabil geblieben und bewegt sich im Bereich der 4%-Marke. Wird ein Arbeitnehmer arbeitsunfähig, so steht ihm eine Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgebers zu, diese ist auf maximal sechs Wochen befristet. Da im Arbeitsweltbereich per Übereinkunft eine Langzeiterkrankung ab 6 Wochen Erkrankungszeit vorliegt, stellen Langzeiterkrankungen von Arbeitnehmern vor allem für die Krankenkassen ein finanzielles Problem dar. Die Folgen von Langzeiterkrankungen für die Arbeitgeber liegen mehr im Bereich des Arbeitsausfalls qualifizierter Mitarbeiter, des Vorhaltens von Ersatzarbeitskräften, des erhöhten Koordinierungsaufwands und der eventuell gegebenen Mehrarbeit von Kollegen, um nur einige Folgeprobleme zu nennen. Daher und da der Arbeitgeber nur unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt ist, einem Arbeitnehmer aufgrund seiner Langzeiterkrankung zu kündigen, sind viele Unternehmen daran interessiert, eine Optimierung des ursprünglichen Arbeitsplatzes vorzunehmen oder einen „Schonarbeitsplatz“ einzurichten, sodass die erkrankte Person trotz der Langzeiterkrankung weiterhin ihrer bisherigen oder einer einschränkungsgerechten Arbeit nachgehen kann. Aus diesem Grund gewinnen das betriebliche Gesundheitsmanagement und das betriebliche Eingliederungsmanagement zunehmend an Bedeutung.

#### *Folgen für das Gesundheits- und Krankenversicherungssystem*

Bei den Folgen für das Gesundheitssystem muss man zwischen den Folgen bei den Erwerbstätigen und den Folgen bei den Nicht-Erwerbstätigen unterscheiden. Bleibt ein erwerbstätiger Versicherter aufgrund einer Erkrankung länger als sechs Wochen arbeitsunfähig, so unterstützt die Krankenkasse den Versicher-

ten in Form des sogenannten Krankengelds. Das Krankengeld wird von den gesetzlichen Krankenkassen maximal für einen Zeitraum von 78 Wochen gezahlt. Ausgaben aufgrund von Arbeitsausfällen werden so durch die Allgemeinheit der Versicherten getragen. Ein erhöhtes Vorkommen von Langzeiterkrankungen stellt dadurch auch eine erhöhte Belastung für das Krankenversicherungssystem dar. Durch die höhere Prävalenz von Langzeiterkrankungen unter den Erwerbstätigen fallen auch höhere Krankengeld-Ausgaben der Versicherer an. So haben sich zwischen 2008 und 2014 die Ausgaben für Krankengeld in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 6,6 Milliarden Euro auf 10,3 Milliarden Euro erhöht. (Weitere Details zum Thema Krankengeld finden Sie im Beitrag von Schepp und Wand, **»** Schwerpunkt Politik).

Sowohl für Nicht-Erwerbstätige als auch für Erwerbstätige gilt, dass eine der wichtigsten Folgen des Anstiegs der Langzeiterkrankungen der damit einhergehende erhöhte Versorgungsbedarf ist. Gerade aufgrund der langen Dauer der Erkrankung entstehen über die Zeit hinweg hohe Diagnose- und Behandlungskosten. Das trifft vor allem auf die chronischen Langzeiterkrankungen zu. Die Kosten für die Versorgung der Langzeitkranken sind daher hoch. Ein relativ kleiner Anteil an chronisch kranken Personen verursacht derzeit einen Großteil der Kosten, die die Krankenkassen zu finanzieren haben. Dieses Problem wird sich verschärfen, wenn immer mehr Krankheiten, die früher letal waren, aufgrund größerer medizinischer Beherrschbarkeit zu chronischen Krankheiten werden, wie es bei manchen onkologischen Krankheiten immer mehr der Fall ist. Eine weitere Verschärfung des Finanzierungsproblems von Langzeiterkrankungen ergibt sich aus dem Trend zur personalisierten Medizin. Diese auch als stratifizierte Medizin bezeichnete Form der Medizin kann zwar mit einzelnen Einsparungseffekten aufwarten, durch die Gefahr der Orphanisierung des Pharmamarktes (z.B. teure Medikamente für immer kleinere Zielgruppen) können diese Einspareffekte aber sehr schnell aufgezehrt werden, sodass gesamtgesellschaftliche Einsparungen sehr unwahrscheinlich werden [14]. Angesichts dieser Situation stellen sich mehrere Fragen: Sind die Versorgungsstrukturen auf eine stärkere Inanspruchnahme vorbereitet? Droht eine Kostenexplosion? Besteht – gerade aufgrund der steigenden Kosten – die Gefahr einer impliziten oder expliziten Unterversorgung? Welche ethischen Prinzipien sind bei der Steuerung des Versorgungssystems und der Priorisierung des Versorgungsbedarfs anzuwenden?

## Lösungsansätze

Die Zunahme an Langzeiterkrankungen und die damit einhergehenden negativen Folgen für die Betroffenen, die Unternehmen und das Gesundheitssystem erfordern neue Lösungsansätze. Ein genereller Lösungsansatz besteht darin, das Management der Folgeprobleme von Langzeiterkrankungen zu optimieren und z.B. die entstehenden ökonomischen Risiken zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems zu teilen [14] oder Priorisierungen vorzunehmen. Dieser Ansatz stellt jedoch keine grundlegende Lösung des Problems dar, da er gewissermaßen nur „palliativ“ wirkt, also lediglich die negativen Folgen abmildert. Entscheidend wird vielmehr sein, inwieweit es gelingt, die Häufigkeit und/oder die Schwere der Langzeiterkrankungen durch Prävention zu verringern oder zumindest stabil auf dem jetzigen Niveau zu halten.

Angesichts der hohen Folgekosten der Langzeiterkrankungen muss das Hauptziel der Gegenmaßnahmen sein, eine Reduktion der Inzidenz und Prävalenz der Langzeiterkrankungen zu erzielen oder zumindest einen weiteren Anstieg zu stoppen [15]. Daher werden Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen. Diese müssen ergänzt werden um ein aktives Gesundheitsmanagement. Ziel des Gesundheitsmanagements ist es, die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung und spezifischer Subgruppen der Bevölkerung wie z.B. die der Erwerbstätigen, der Rentner oder der Migranten gezielt zu fördern, und zwar durch eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention. Diese Ansätze müssten insgesamt das Ziel verfolgen, durch ein gutes Gesundheitsmanagement eine Kompression der Morbidität zu erzeugen, also Langzeiterkrankungen im Individualfall völlig zu vermeiden oder ihr Auftreten möglichst lange hinauszuschieben. Dies ist vor allem bei den Langzeiterkrankungen möglich, die einer Prävention zugänglich sind und sich damit prinzipiell durch Präventionsmaßnahmen verhindern lassen. Dies ist nicht bei allen Langzeiterkrankungen der Fall (**»** Abbildung 1). So lassen sich koronare Herzkrankheiten besser durch Prävention verhindern als Krebserkrankungen.

**»** Die Eindämmung von Multimorbidität erfordert die parallele Anwendung von Versorgungsmanagement und Gesundheitsmanagement. Ziel muss es sein, eine bestehende Krankheit durch ein effektives Versorgungsmanagement frühzeitig und erfolgreich zu behandeln und durch ein effektives Gesundheitsmanagement zu verhindern, dass eine zweite oder dritte Erkrankung hinzukommt.

Die Prävention von Langzeiterkrankungen ist dabei als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Sowohl verschiedene Kostenträger (Kranken-, Pflegekassen), Akteure der (Gesundheits-)Wirtschaft als auch die Politik sind bei der Entwicklung von Lösungsansätzen gefragt. Dabei ist eine intelligente Kombination aus Kuration und Prävention anzustreben. Die künstliche Trennung zwischen Kuration und Prävention muss aufgegeben werden. Wenn man z.B. verhindern will, dass zu einer Ersterkrankung mit der Zeit eine Zweit- oder gar eine Dritterkrankung hinzukommt, muss man die Ersterkrankung erfolgreich und frühzeitig therapieren und gleichzeitig über gezielte Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungstätigkeiten verhindern, dass Zweit- oder Dritterkrankungen entstehen. Dies setzt die Verknüpfung von zwei Managementsystemen voraus, die bisher getrennt voneinander betrachtet wurden: das Versorgungsmanagement und das Gesundheitsmanagement. Das Versorgungsmanagement hat zum Ziel, den Behandlungsverlauf ab Beginn einer Erkrankung fortlaufend so zu optimieren, dass eine qualitativ hochwertige, medizinisch erfolgreiche und kostengünstige Behandlung resultiert. Das Gesundheitsmanagement wiederum hat das Ziel, die Gesundheit des Bürgers zu fördern oder zumindest zu erhalten, indem bedarfsgerecht wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene zur Anwendung kommen.

» Eine enge Zusammenarbeit zwischen Betrieben, Krankenkassen, Versorgern und Versicherten ist in diesem Zusammenhang notwendig.

Eine Verbindung von Gesundheits- und Versorgungsmanagement (GVM) ist nicht nur auf der gesellschaftlichen Ebene unverzichtbar, sondern auch auf der betrieblichen Ebene [16]. Die Krankenkassen sind als Koordinator in diesem Prozess ideal geeignet. Sie sind besonders in der Lage, den Prozess des Zusammenwirkens von Arbeitgebern und Versorgern zu steuern und gezielte Präventionsmaßnahmen im Betrieb auf das Individuum abgestimmt anzubieten. Die Zukunft des betrieblichen Gesundheitsmanagements liegt dabei in der personalisierten Prävention und Gesundheitsförderung. Wenn das personalisierte Gesundheitsmanagement verknüpft wird mit einem personalisierten Versorgungsmanagement, dürfte zumindest ein Abbremsen des Anstiegs der Langzeiterkrankungen möglich sein.

Diese Verzahnung von Gesundheits- und Versorgungsmanagement (GVM) ist vor allem bei Krank-

heiten relevant, die – wie bei Diabetes – schwerwiegende Folgeerkrankungen auslösen können, die zu Zweit- oder Dritterkrankungen führen. Gelingt es nicht, über präventive Maßnahmen medizinische Risikofaktoren zu reduzieren oder Folgeerkrankungen früh genug zu erkennen, kann das die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen und die Funktionsfähigkeit der Nicht-Erwerbstätigen nachhaltig beeinträchtigen.

Ein effektives Gesundheits- und Versorgungsmanagement (GVM) ist auf die Kooperation des Betroffenen angewiesen. Daher ist es eine der zentralen Aufgaben des GVMs, die Selbstmanagementfähigkeiten der Versicherten durch Verbesserung der Gesundheitskompetenz systematisch und in der Breite zu erhöhen. Die Erfassung von Vorstellungen, Einstellungen, Hindernissen und Ressourcen von Betroffenen im privaten und beruflichen Umfeld kann dabei helfen, individuelle Präventionsmöglichkeiten aufzuzeigen [17]. Ein verbessertes Selbstmanagement trägt dazu bei, die Symptome, Therapien, Krisen und Auswirkungen der Erkrankung/en im (Arbeits-)Alltag besser zu meistern [17]. Mit steigendem Lebensalter wird diese Selbstmanagementfähigkeit immer wichtiger, da die Herausforderungen mit dem Alter ansteigen [11, 18].

## Zusammenfassung

» Gesundheitsmanagement und Versorgungsmanagement müssen zu einem ganzheitlichen „Gesundheits- und Versorgungsmanagement“ verknüpft werden, um langfristig die Langzeiterkrankungen effektiv eindämmen zu können.

Dieses Einleitungskapitel verfolgte den Zweck, einen Überblick über das Thema Langzeiterkrankungen zu geben. Es konnte gezeigt werden, dass Langzeiterkrankungen zunehmen und negative Folgen für die Betroffenen, die Unternehmen und die Gesellschaft mit sich bringen. Vor allem die damit verbundenen Kosten machen es zu einer Notwendigkeit, gezielte Gegenmaßnahmen einzuleiten. Neben dem Folgemanagement wurde als zentraler Lösungsansatz herausgearbeitet, Kuration und Prävention intelligent zu kombinieren und dazu vorhandene Konzepte des Gesundheitsmanagements und des Versorgungsmanagements weiter auszubauen und in Form eines ganzheitlichen Gesundheits- und Versorgungsmanagements (GVM) zu kombinieren. Beide Managementstrategien müssen zukünftig stärker indi-

vidualisiert werden. Die Zukunft liegt in einem personalisierten Gesundheits- und Versorgungsmanagement, das die Kompression der Morbidität als langfristiges Ziel hat. Dazu müssen Betriebe, Patienten, Krankenkassen und Gesundheitsdienstleister stärker zusammenarbeiten. Auf diese Weise kann man Langzeiterkrankungen vorbeugen (Prävention) und bereits bestehende Langzeiterkrankungen gezielt behandeln (Kuration). Der systematischen Förderung der Gesundheitskompetenz des Versicherten zum Zweck der Erhöhung seiner Selbstmanagementfähigkeiten kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Die Vermeidung von Langzeiterkrankungen und der Umgang mit bereits bestehenden Langzeiterkrankungen kann langfristig verbessert werden, wenn auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig angesetzt wird. Hierbei sind Wissenschaft, Politik, Praxis und Versicherte gleichermaßen gefragt.

### Literatur

1. RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.). GEDA 2009. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Prävalenz chronischen Krankseins. Prävalenz chronischen Krankseins. 2009. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda09/chronisches\\_kranksein.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda09/chronisches_kranksein.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 14.08.2015)
2. RKI – Robert Koch-Institut. Demographische Alterung und das Gesundheitssystem. GBE Kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012; 3(2): 1–8. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012\\_2\\_Demografischer\\_Wandel\\_Alterung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 14.08.2015)
3. Bundesministerium des Innern. Gesundheitsförderungsbericht 2010 der unmittelbaren Bundesverwaltung – einschließlich Fehlzeitenstatistik. 2011. [http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED\\_Verwaltung/Oeffentlicher\\_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2010.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OED_Verwaltung/Oeffentlicher_Dienst/Bundesbedienstete/Krankenstand2010.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff am 14.08.2015)
4. Faltermaier T. Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In: Bengel J, Jerusalem M (Hrsg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie (Band 12). Göttingen, Hogrefe, 2009, S. 46–57
5. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber, 2012
6. Görlinger M, Stöver J, Vöpel H, Hungerland WF, Koller C, Quitzau J. Gesundheit (No. 14). Strategie 2030 – Vermögen und Leben in der nächsten Generation. 2012. <http://www.hwwi.org/fileadmin/hwwi/Publikationen/Partnerpublikationen/Berenberg/St> (Zugriff am 04.08.2015)
7. Isodoro Losada F, Mellenthin-Schulze M. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Krankenstand in der Bundesverwaltung. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Heidelberg: Springer, 2010, S. 441–454
8. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten; BKK Gesundheitsreport 2014. Berlin: MWV, 2014
9. Meyer M, Modde J, Glushanok I. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In: Badura B, Duck A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin [u.a.]: Springer (Fehlzeiten-Report, 2014), 2014, S. 323–374
10. RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014
11. Hewitt-Taylor J, Bond C, Hean S, Barker S. The experiences of older people who live with a long-term condition. *Nurs Older People* 2013; 25 (6): 21–25
12. Raspe H. Chronische Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 2011; 54 (1): 4–8
13. Corbin JM, Strauss AL. Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber, 2010
14. Oberender P, Zerth J, Bronnhuber A. Wachstumsmarkt Onkologie. *Der Onkologe* 2015; 21(8): 701–707
15. Klotz T, Haisch J, Hurrelmann K. Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103(10): A-606. <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2006/57623.pdf> (Zugriff am 04.08.2015)
16. Pfaff H (2014) BKK und Versorgungsforschung: Chancen für Kassen, Versicherte und Unternehmen. *Betriebskrankenkassen*, 6/14, S. 48–57
17. Stadt Zürich – Städtische Gesundheitsdienste. Leitfaden zur Beratung bei Langzeiterkrankung durch APNs. Zürich. 2012. [http://www.gn2025.ch/fileadmin/files/docs/Projekte/Leitfaden\\_zur\\_Beratung\\_bei\\_Langzeiterkrankung\\_durch\\_APNs.pdf](http://www.gn2025.ch/fileadmin/files/docs/Projekte/Leitfaden_zur_Beratung_bei_Langzeiterkrankung_durch_APNs.pdf) (Zugriff am 30.07.2015)
18. Roy DE, Giddings LS. The experiences of women (65–74 years) living with a long-term condition in the shadow of ageing. *Journal of Advanced Nursing* 2011; 68(1): 181–190



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Konstanz und University of Michigan (Ann Arbor/USA). Habilitation im Fach Soziologie an der TU Berlin (1995). Seit 1997 Professor für „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln und seit 2002 Sprecher bzw. Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung Köln. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (2002–2010), Sprecher der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (2004–2009), erster und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (2006–2014). Seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und seit 2013 Kollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh).



Sabrina Zeike

Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Bachelor in den Niederlanden folgte das Studium der Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln (Master of Arts) mit den Studienschwerpunkten Organisations- und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Von 2013 bis 2015 Tätigkeit bei der 37 Grad Analyse und Beratung GmbH. Wesentliche Aufgaben lagen dort in der Koordinierung und Betreuung von gesundheitswissenschaftlichen Publikationen und Projekten, unter anderem für die Bertelsmann Stiftung und die BARMER GEK. Seit 2015 persönliche wissenschaftliche Assistentin von Prof. Pfaff am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitation (IMVR), Universität zu Köln.





# 1

## Krankheitsgeschehen im Überblick

## Einleitung

Für den vorliegenden BKK Gesundheitsreport 2015 werden Kennzahlen des Krankheitsgeschehens im Jahr 2014 für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) ausgewertet und dargestellt. Neben dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen werden auch aktuelle Kennzahlen zur ambulanten Versorgung sowie zu den Arzneimittelverordnungen berichtet. Ab diesem Jahr werden auch wieder Auswertungen zur stationären Versorgung der BKK Versicherten in den einzelnen Kapiteln des Reports zu finden sein.

Der BKK Gesundheitsreport 2015 widmet sich im diesjährigen Schwerpunktthema *Langzeiterkrankungen* insbesondere den Muskel- und Skeletterkrankungen, den psychischen Störungen, den Neubildungen, den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Die fünf benannten Krankheitsgruppen sind besonders weit verbreitet und stellen bedeutende Einflussfaktoren der Arbeitsfähigkeit sowie in der ambulanten und stationären Versorgung und der Verordnung von Arzneimitteln dar. Im Kontext des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens definieren wir dabei Langzeiterkrankungen anhand der Dauer von mehr als 6 Wochen eines entsprechenden Falls.

Besonders hervorzuheben sind die zahlreichen Gastautoren aus den Bereichen Wissenschaft, Politik und Praxis, die auch in diesem Jahr den Report mit ihren Fachbeiträgen und ihrer Expertise bereichern. Ein Novum stellen die Statements aus der Bundes- und Landespolitik dar, über die wir uns ganz besonders freuen. Diese Interviews finden Sie in **»** Kapitel „Politik gefragt“.

Die Auswertungen der Daten der BKK Versicherten sind im vorliegenden Report thematisch geordnet. Während **»** Kapitel 1 einen allgemeinen Überblick zum Krankheitsgeschehen im Jahr 2014 gibt, widmet sich **»** Kapitel 2 den häufigsten und relevantesten Einzeldiagnosen bzw. Diagnosegruppen. Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und soziale Lage werden in **»** Kapitel 3 näher beleuchtet. In **»** Kapitel 4 fokussieren sich die Betrachtungen auf

die Arbeitswelt und **»** Kapitel 5 schließt sich mit der regionalen Betrachtung des Krankheitsgeschehens an. Eine weitere Neuerung stellt in diesem Jahr **»** Kapitel 6 dar, welches als Fazit die Erkenntnisse aus den Kennzahlen zusammenfasst und daraus Ableitungen für verschiedene gesundheitspolitisch relevante Bereiche generiert. Die einzelnen Kapitel werden zudem durch zusätzliche Auswertungen im Kontext des diesjährigen Schwerpunktthemas ergänzt.

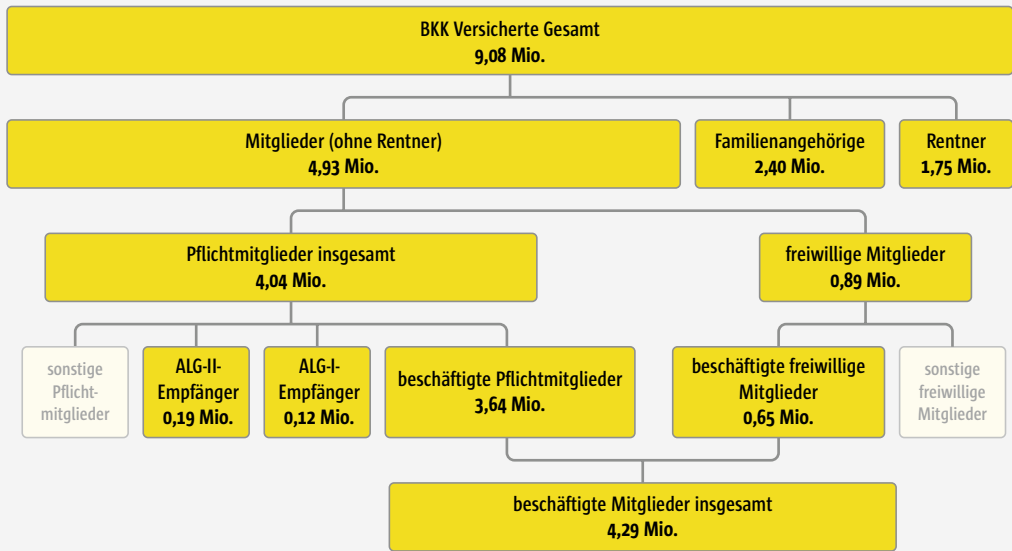
Für den BKK Gesundheitsreport 2015 wurden Daten von insgesamt 9,08 Mio. BKK Versicherten ausgewertet. Dies entspricht einem Anteil von 78,1% aller BKK Versicherten. Das Durchschnittsalter aller Versicherten beläuft sich auf 42,1 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Durchschnitt etwas älter sind (42,9 Jahre) als die männlichen Versicherten (41,3 Jahre). In der Gesamtheit aller BKK Versicherten sind beide Geschlechter in etwa gleich vertreten (Frauen: 50,2%; Männer: 49,8%).

Die BKK Versicherten lassen sich in verschiedene Gruppen differenzieren, wie in **»** Diagramm 1.1 veranschaulicht wird. In den einzelnen Kapitelabschnitten wird thematisch auf entsprechende Gruppen Bezug genommen. Die Auswertungen zum ambulanten und stationären Versorgungsgeschehen sowie zu den Arzneimittelverordnungen schließen alle 9,08 Mio. BKK Versicherten ein. Hierbei sind auch Versicherungengruppen (z.B. Rentner und Kinder) in die Analysen einbezogen, die i.d.R. keine Krankschreibung erhalten.

Bei der Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wird wiederum die Gruppe der insgesamt 4,65 Mio. krankengeldberechtigten Mitglieder ohne Rentner<sup>1</sup> bzw. relevante Subgruppen betrachtet. Bei der überwiegenden Mehrheit (3,64 Mio.) handelt es sich dabei um beschäftigte Pflichtmitglieder.

<sup>1</sup> 0,28 Mio. Mitglieder ohne Rentner (u.a. ALG-II-Empfänger, Studenten, Rehabilitanden usw.) gehen nicht in die Auswertungen ein, da sie aufgrund des fehlenden Krankengeldanspruchs in der Regel nicht als Leistungsfälle in den Kassendaten auftauchen.

Diagramm 1.1 BKK Versicherte nach Versichertengruppen\* (Berichtsjahr 2014)



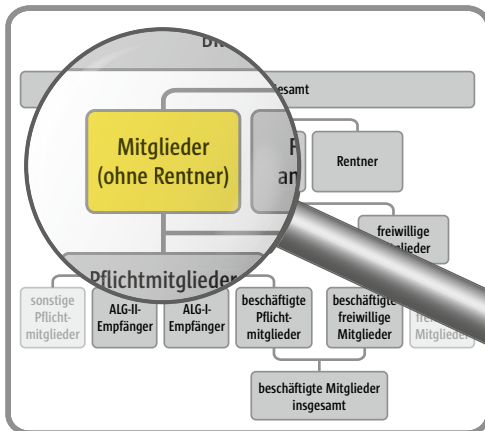
\* Zu den heller dargestellten sonstigen Mitgliedergruppen zählen z.B. Jugendliche und Behinderte sowie Studenten oder Rehabilitanden, die aufgrund von geringen Mitgliederzahlen und fehlender Arbeitsunfähigkeitsrelevanz nicht gesondert betrachtet werden.

# 1.1 Arbeitsunfähigkeit

Im Folgenden werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehen) der 4,64 Mio. BKK Mitglieder ohne Rentner bzw. primär deren Untergruppen (Pflichtmitglieder insgesamt, beschäftigte Pflichtmitglieder und Arbeitslose [ALG-I]) im Jahr 2014 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2015 dargestellt.

## 1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2014

- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Krankenstände 2014 von 4,88% auf 4,75% leicht gesunken. Vermutlich ist der Großteil dieses Rückgangs aber der ausgebliebenen Grippewelle im Jahr 2014 zuzuschreiben.



Im Vergleich zu 2013 ist in 2014 eine leichte Abnahme der Fehlzeiten bei den BKK Pflichtmitgliedern zu beobachten. Je Pflichtmitglied waren ca. 0,4 AU-Tage weniger im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (2013: 17,8 AU-Tage; 2014: 17,4 AU-Tage). Entsprechend

ist auch eine leichte Abnahme beim Krankenstand erkennbar (2013: 4,88%; 2014: 4,75%). Hauptursache für diesen Rückgang ist vermutlich die im Jahr 2014 ausgebliebene Grippewelle. Gingen im Jahr 2013 noch 2,9 AU-Tage je Pflichtmitglied auf das Konto der Atemwegserkrankungen, so waren es 2014 lediglich 2,3 AU-Tage je Pflichtmitglied (» Diagramm 1.7).

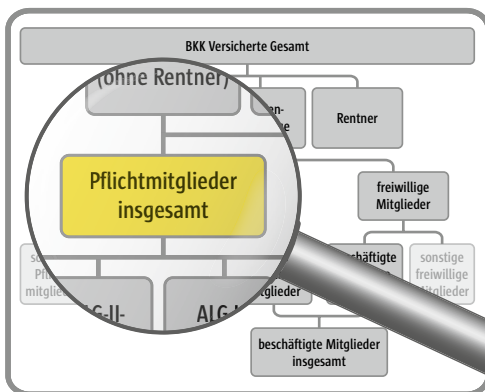
Ähnliche abnehmende Tendenzen sind auch bei den meisten anderen Versichertengruppen zu beobachten. Lediglich bei den freiwilligen bzw. beschäftigten freiwilligen Mitgliedern ist eine leichte Zunahme (+0,1 bzw. +0,5 AU-Tage) zu verzeichnen. Insbesondere bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern zeigt sich, dass diese von der Grippewelle im Jahr 2013 im geringeren Maße betroffen waren und entsprechend bei den Atemwegserkrankungen nur einen Rückgang von -0,3 AU-Tagen zu verzeichnen hatten, während bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern hier ein Rückgang von -0,6 Tagen ersichtlich ist. Im Gegenzug ist bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern insbesondere in den fünf Diagnosehauptgruppen, in denen häufig Langzeiterkrankungen vorkommen, ein lediglich halb so großer Anstieg der AU-Tage (+0,3 AU-Tage) im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (+0,6 AU-Tage) zu beobachten. Inwieweit sich diese Entwicklung in den nächsten Jahren fortsetzt, bleibt abzuwarten. Die freiwilligen Mitglieder weisen aber bei Weitem die niedrigsten Krankenstände auf – so haben die anderen Versichertengruppen durchschnittlich einen fast doppelt so hohen Krankenstand, bei den Arbeitslosen sogar einen um das Dreifache höheren Wert (» Tabelle 1.1). Die ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig i. d. R. keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Dies gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (» Diagramm 1.1). In » Tabelle 1.1 sind entsprechend die für das AU-Geschehen bereinigten Versichertenjahre dargestellt.

Tabelle 1.1 AU-Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)

Versichertengruppe	Versichertenjahre in Mio.	AU-Tage	Krankenstand in Prozent	Anteil ohne AU in Prozent
Pflichtmitglieder insgesamt	3,77	17,4	4,8	40,0
Arbeitslose (ohne ALG-II-Empfänger)	0,12	25,9	7,1	55,4
beschäftigte Pflichtmitglieder	3,64	17,1	4,7	39,0
freiwillige Mitglieder	0,89	7,0	1,9	66,4
beschäftigte freiwillige Mitglieder	0,65	9,6	2,6	54,4
beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,29	16,0	4,4	41,1
alle Mitglieder, ohne Rentner	4,65	15,4	4,2	44,5

Interessant ist auch die Betrachtung der BKK Versicherten, die im Jahr 2014 gar nicht krankgeschrieben waren. Mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln (66,4%) liegen die freiwilligen Mitglieder hier vor den Arbeitslosen (ALG-I) mit 55,4% und knapp dahinter die Gruppe der beschäftigten freiwilligen Mitglieder mit 54,4%. Mit 39% weisen die beschäftigten Pflichtmitglieder hier den geringsten Anteil auf. Der hohe Anteil der Arbeitslosen (ALG-I) ist unter anderem dadurch erklärbar, dass hier Kurzeiterkrankungen wie z.B. Atemwegserkrankungen weniger häufig auftreten bzw. bei dessen Auftreten in dieser Versichertengruppe nicht zwingend ein Arzt aufgesucht wird. Weisen die Arbeitslosen im Jahr 2014 bei den Atemwegserkrankungen 11,1 AU-Fälle bzw. 113,5 AU-Tage je 100 auf, so liegen diese Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern um ein Mehrfaches höher (35,6 AU-Fälle bzw. 233,1 AU-Tage je 100).

### 1.1.2 Langzeitrends



In der Betrachtung der zeitlichen Entwicklung des AU-Geschehens liegen mittlerweile Daten aus nahezu vier Jahrzehnten vor. Die bereits mehrfach beschriebenen Höchststände bei den AU-Fällen und AU-Tagen Anfang der achtziger Jahre sowie zu Beginn der neunziger Jahre sind vermutlich eng mit entsprechenden historischen Ereignissen verbunden (1979/1980: Zweite Ölkrise; 1990: Deutsche Wiedervereinigung). Des Weiteren zeigt sich auch der Trend, dass mit zunehmender Arbeitslosigkeit eine Abnahme der Krankenschreibungen und deren Dauer verbunden sind. Vor allem in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit kann vermutet werden, dass v.a. ältere und kränkere Beschäftigte häufiger erwerbslos werden. Zudem lassen sich Beschäftigte in Zeiten hoher Arbeitsplatzunsicherheit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust weniger häufig krankschreiben.

Im Zuge der einschneidenden Arbeitsmarktreformen zu Beginn des neuen Jahrtausends – auch unter dem Begriff „Hartz-Reformen“ bekannt – kam es zu einer grundlegenden Umstrukturierung in der Arbeitsmarktpolitik Deutschlands. Dies hatte u.a. auch Auswirkungen auf die Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, sodass eine uneingeschränkte Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten über den gesamten Zeitraum nur bedingt gegeben ist. Im Folgenden wird deshalb ein Blick auf die Entwicklung der AU-Kennzahlen nach Einführung der o.g. Reformen geworfen.

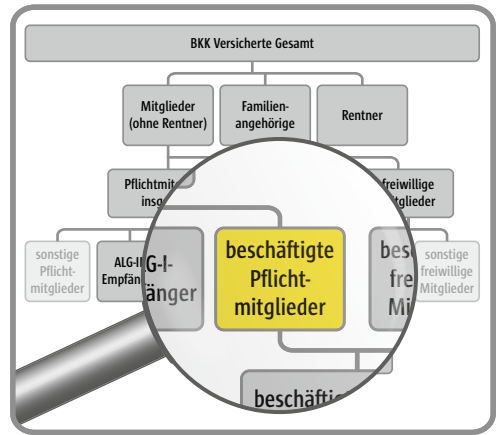
- In den letzten 10 Jahren ist eine kontinuierliche Zunahme der AU-Fälle (+28%) und auch der AU-Tage (+35%) zu beobachten.
- Frauen weisen über den gesamten Zeitraum im Vergleich zu den Männern zwar mehr Krankenschreibungen, aber gleichzeitig weniger Krankentage auf.

In den letzten 10 Jahren ist eine nahezu kontinuierliche Zunahme der AU-Fälle zu beobachten. Im Jahr 2014 sind 1,3 AU-Fälle je BKK Pflichtmitglied zu verzeichnen. Das sind circa 28% mehr AU-Fälle im Vergleich zum Jahr 2004. Identische Steigerungsquoten sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen (jeweils 28% Zunahme der AU-Fälle im Berichtszeitraum) zu beobachten (»» Diagramm 1.2). Der bereits erwähnte Rückgang der Krankschreibungen im Jahr 2014 im Vergleich zu 2013 wird hier ebenfalls deutlich. Würde man die AU-Fälle im Jahr 2013, die aufgrund der Grippewelle zusätzlich entstanden sind, korrigieren, so ergäbe sich ein nahezu linearer Anstieg. Gleiches gilt auch für die Jahre 2005 und 2009, in denen ebenfalls eine erhöhte Anzahl an Atemwegserkrankungen zu beobachten war.

Ein ähnliches Bild wie bei den AU-Fällen ergibt sich auch bei der Betrachtung der AU-Tage je Pflichtmitglied (»» Diagramm 1.3). Auch hier zeigt sich seit dem Jahr 2004 ein nahezu linearer Anstieg der Krankheitstage. Insgesamt ist im benannten Zeitraum eine Zunahme von 4,5 AU-Tagen zu verzeichnen. Das entspricht einer Steigerungsrate von ca. 35%. Der Anstieg bei den Frauen fällt dabei etwas stärker aus als bei den Männern (+4,8 vs. +4,2 AU-Tage). Insgesamt zeigt sich, dass Frauen etwas häufiger krankgeschrieben werden, allerdings liegt ihre Krankschreibungsdauer durchgängig unter den Werten der Männer. Neben den Unterschieden zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen spielen sicherlich auch der Umgang mit einem gesundheitlichen Problem sowie das geschlechtsspezifische Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Leistungen eine Rolle. Nicht zuletzt ist es bei den beschäftigten Mitgliedern auch die Arbeitswelt, die maßgeblichen Einfluss auf die Geschlechtsunterschiede im AU-Geschehen ausübt (»» Kapitel 4).

### 1.1.3 Entwicklung im Jahr 2015

- Im ersten Quartal 2015 zeigen sich – im Vergleich zu 2014 – deutlich erhöhte Krankenstände, die v.a. auf die Grippewelle zu Jahresbeginn zurückzuführen sind.
- Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Krankenstand für das Jahr 2015 einen deutlichen Anstieg im Vergleich zu 2014 erfahren wird.



Neben den jahresbezogenen Angaben zum Krankheitsgeschehen gibt es regelmäßig eine monatsaktuelle Auswertung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Es handelt sich dabei um eine Teilerhebung der beschäftigten BKK Mitglieder mit besonderem Fokus auf die Gruppe der beschäftigten Pflichtmitglieder (»» Diagramm 1.4). Berichtet werden dabei die durchschnittlichen Krankenstände pro Monat nach Wirtschaftsgruppen, Altersklassen und Geschlecht. Aufgrund der Besonderheiten im Erhebungsverfahren für die Monatsstatistik können diese von den Ergebnissen der Jahresstatistik abweichen. Die Monatsstatistik zeigt aktuelle Trends im Krankheitsgeschehen auf und ermöglicht es, bereits erste Annahmen für die Entwicklung des AU-Geschehens im Jahr 2015 und somit für den BKK Gesundheitsreport 2016 zu treffen.

Deutlich erkennbar sind die erhöhten Krankenstände im 1. Quartal 2015 im Vergleich zu den Vorjahresmonaten. Insbesondere der Februar 2015 fällt mit einer Differenz beim Krankenstand von +1,5% im Vergleich zum Vorjahr auf. Primärer Grund ist die zu Jahresbeginn stark ausgeprägte Grippewelle in Deutschland. Waren im Februar 2015 noch 54,2 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder aufgrund von Atemwegserkrankungen zu verzeichnen, so lag dieser Wert im Februar 2014 bei lediglich 24 AU-Tagen je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder. Ähnlich hohe Werte waren auch bei der Grippewelle 2013 zu beobachten (Februar 2013: 51,7 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder). Insofern ist davon auszugehen, dass der Krankenstand für das Jahr 2015 insgesamt eine deutliche Steigerung im Vergleich zu 2014 aufzeigen wird.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Betrachtung der Diagnosegruppen im Vergleich zwi-

Diagramm 1.2 AU-Fälle der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht

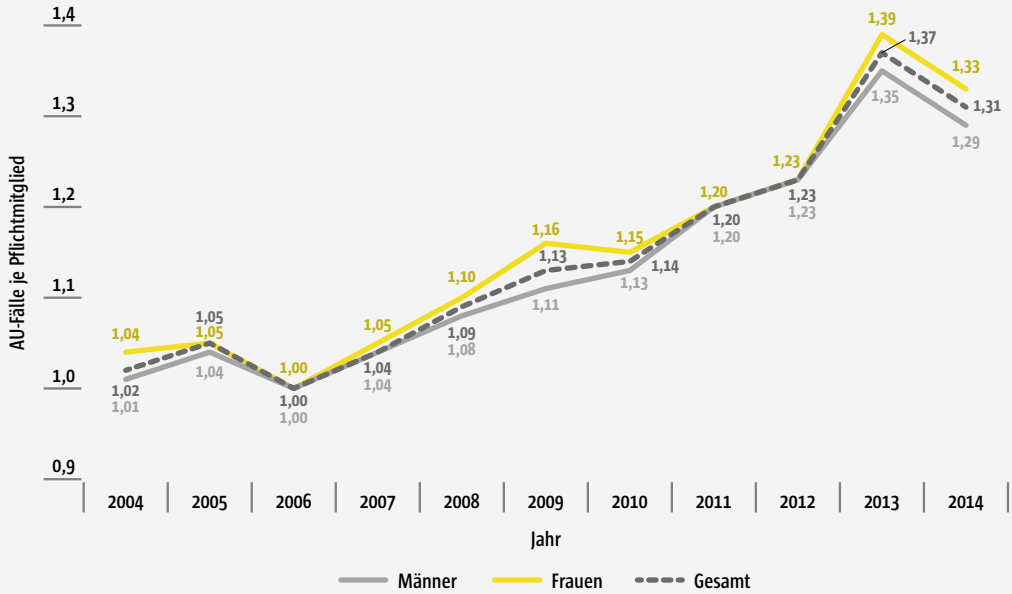


Diagramm 1.3 AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht

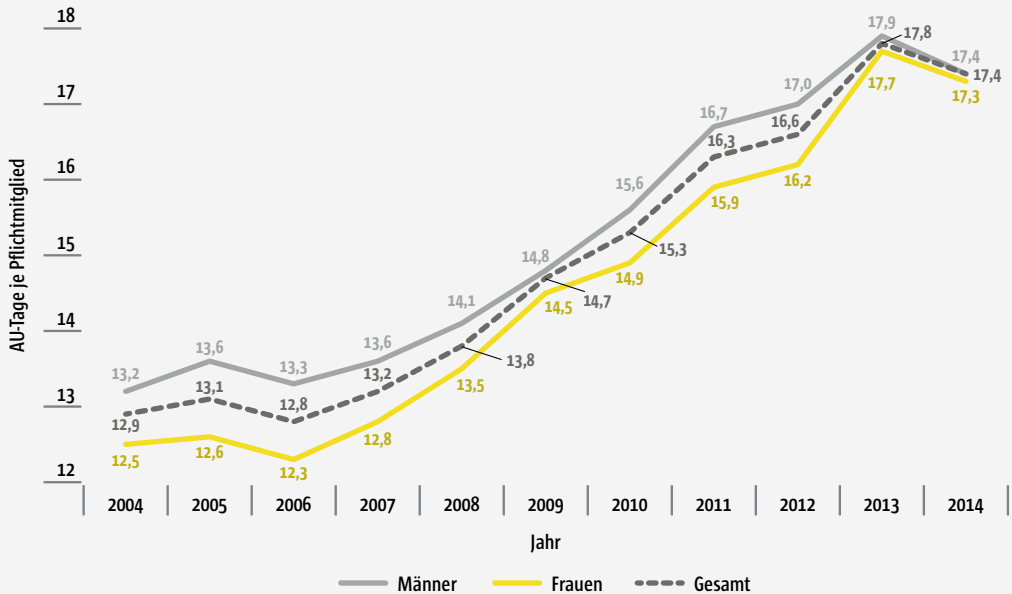
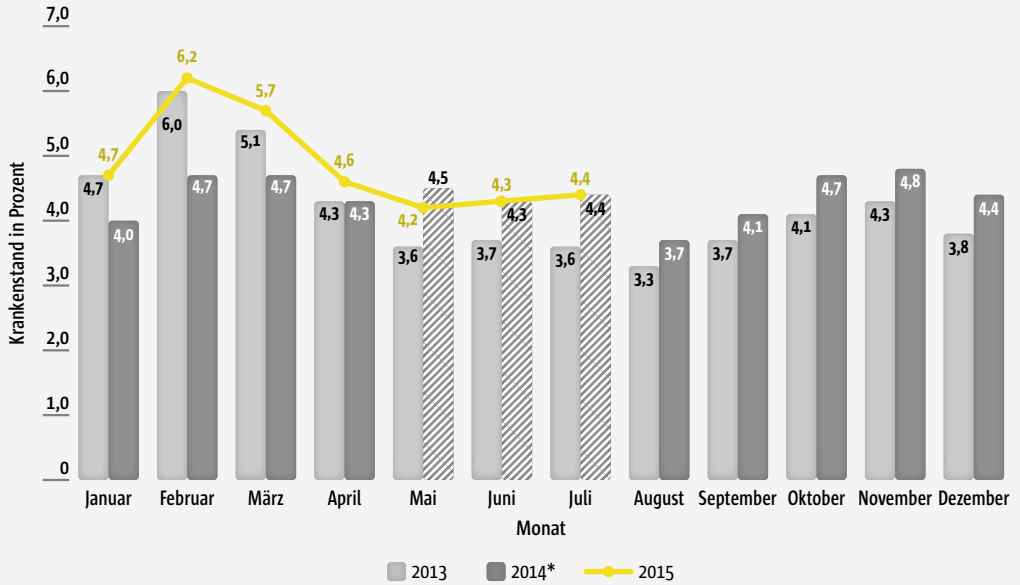


Diagramm 1.4 Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2013–2015)



\* Für die Monate Mai – Juli 2014 kam es durch Softwareanpassungen zu einem verspäteten Datenabzug. Damit einhergehende vermutlich vollständiger Datenlieferungen können Ursache für erhöhte Krankenstände (schraffiert dargestellte Monatsergebnisse) sein.

Diagramm 1.5 Krankenstand – Vergleich zwischen den Monatsdurchschnittswerten der BKK Krankenstandstatistik und den Stichtagsresultaten der amtlichen KM1-Statistik (Januar–Juni 2015)

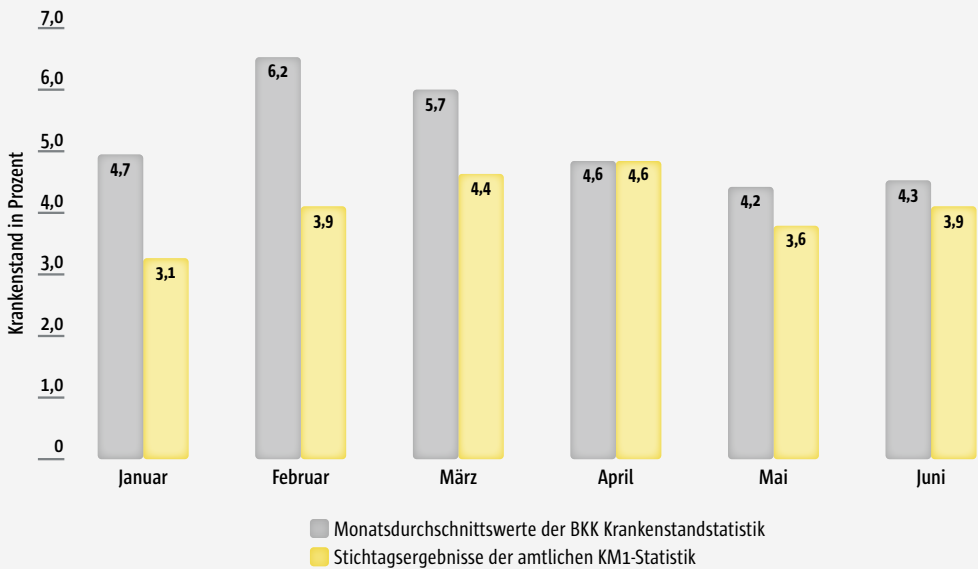




Tabelle 1.2 AU-Tage pro Quartal der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)

Diagnosehauptgruppe	AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat im 1. Quartal *		Differenz zum Vorjahr	AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat im 2. Quartal *		Differenz zum Vorjahr
	2015**	2014**	in Prozent	2015**	2014**	in Prozent
Infektionen	8,7	6,0	46,2	4,8	4,8	-0,2
Neubildungen	5,2	5,2	1,2	5,1	5,4	-5,0
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,1	0,9	18,3	1,0	1,1	-5,9
psychische Störungen	18,2	17,0	7,5	18,4	18,6	-1,2
Nervensystem	3,5	3,4	1,6	3,4	3,6	-4,9
Auge	1,0	0,9	9,1	1,1	1,1	0,0
Ohr	1,4	1,2	11,3	1,1	1,1	-1,7
Kreislaufsystem	5,9	5,5	8,2	5,7	6,0	-3,6
Atmungssystem	43,5	23,0	89,2	15,9	14,5	9,7
Verdauungssystem	7,9	7,4	6,8	7,1	7,4	-4,3
Haut	1,9	1,7	9,9	1,9	1,9	-0,9
Muskel-/Skelettsystem	36,1	34,2	5,5	36,3	36,9	-1,7
Urogenitalsystem	2,5	2,3	7,2	2,3	2,4	-3,2
Schwangerschaft, Geburt	2,3	2,7	-13,0	2,2	2,9	-24,2
Symptome	7,2	6,2	16,5	6,5	6,6	-1,0
Verletzungen, Vergiftungen	16,2	15,0	7,8	16,8	17,5	-3,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	2,7	2,7	0,7	2,6	2,8	-7,9
<b>Gesamt</b>	<b>165,0</b>	<b>134,4</b>	<b>22,8</b>	<b>131,8</b>	<b>133,7</b>	<b>-1,5</b>

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

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

schen den ersten beiden Quartalen 2014 und 2015 wider. Hier wird insbesondere im 1. Quartal 2015 nahezu eine Verdoppelung (+89,1%) der AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen im Vergleich zu 2014 erkennbar. Für das 2. Quartal 2015 sind dagegen im Vergleich zum Vorjahr nahezu keine Unterschiede feststellbar (»»» Tabelle 1.2).

Neben der BKK Statistik, die das AU-Geschehen des jeweiligen gesamten Monats umfasst, gibt es zudem eine amtliche Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – die sogenannte KM1-Statistik.

Diese basiert im Gegensatz zur BKK Statistik auf Stichtagsergebnissen, die den Krankenstand jeweils zum ersten Tag eines jeden Monats erfassen. Diese Stichtagsergebnisse unterschätzen die Höhe des Krankenstandes, wie sich z.B. sehr deutlich an den Zahlen des 1. Quartals 2015 zeigen lässt. Die BKK Statistik weist hier Krankenstände auf, die um 1,3 bis 2,3 Prozentpunkte höher liegen (»»» Diagramm 1.5).

Zudem fallen alle Monatsersten im ersten Quartal 2015 auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag. Erkrankte gehen aber in der Regel nicht am Wochen-

ende oder an einem Feiertag zum Arzt, sondern holen sich am nächstfolgenden Arbeitstag – meist einem Montag – eine AU-Bescheinigung. Dies wird auch in **»»** Diagramm 1.6 deutlich. Insofern unterschätzt die GKV-Statistik den Krankenstand, zumal mindestens zwei Monatserste (Neujahr und 1. Mai) in jedem Jahr auf einen Feiertag fallen und in der Regel noch einige Stichtage an Samstagen bzw. Sonntagen hinzukommen.

Nicht zuletzt muss noch erwähnt werden, dass insbesondere bei den beschäftigten Mitgliedern noch zusätzliche Krankentage anfallen können. Viele Arbeitgeber gewähren ihren Beschäftigten, bei einer Erkrankung bis zu 3 Tage zu Hause zu bleiben, ohne eine AU-Bescheinigung vorlegen zu müssen. Diese Krankentage werden nicht durch die Statistiken der Krankenkassen erfasst. Dies bedeutet, dass auch die BKK Statistik insbesondere im Bereich der Kurzzeiterkrankungen das Krankheitsgeschehen vermutlich eher unterschätzt. Die diesjährige BKK Umfrage hatte unter anderem das Ziel, die Gewährung und Inanspruchnahme dieser nicht in den BKK Statistiken erfassten Krankentage näher zu beleuchten. Die Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden wiedergegeben:

**BKK Umfrage 2015 zur Gewährung und Inanspruchnahme von AU-Tagen ohne Krankschreibung durch den Arbeitgeber**

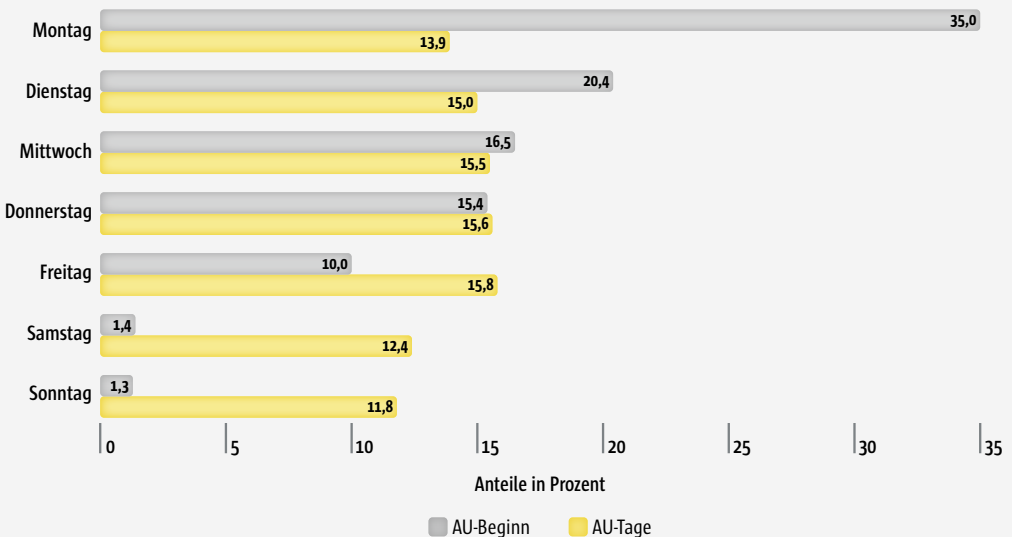
*Die Mehrheit der Arbeitnehmer darf auch ohne Krankschein zu Hause bleiben.*

An der telefonischen BKK Umfrage im Juli 2015 nahmen insgesamt 1.004 Personen teil. 44,6% davon waren Erwerbstätige. Diese wurden unter anderem gefragt, wie viele Tage sie ohne Vorlage einer AU-Bescheinigung beim Arbeitgeber zu Hause bleiben dürfen, wenn sie krank sind. Nahezu die Hälfte der Befragten (46,5%) gab ab, dass ihr Arbeitgeber in den ersten 3 Tagen auf eine Krankschreibung verzichtet, mehr als jeder fünfte Beschäftigte (21,6%) darf maximal 1–2 Tage ohne ein ärztliches Attest zu Hause bleiben. Länger als 3 Tage krank zu Hause ohne den „gelben Schein“ gewährt nur eine Minderheit der Arbeitgeber (1,5%). Dagegen muss aber fast ein Drittel (30,3%) der Befragten schon ab dem ersten Tag der Erkrankung eine AU-Bescheinigung vorweisen (**»»** Abbildung 1 und 2).

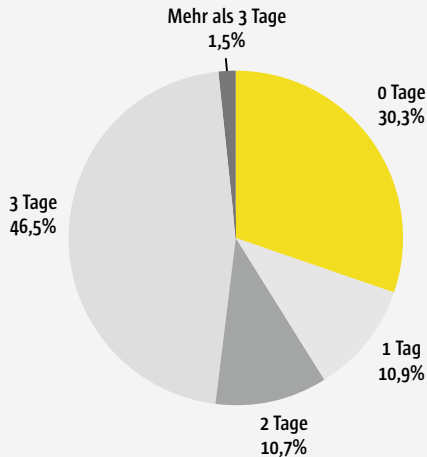
*Nur ein Fünftel der möglichen unbescheinigten Krankheitstage werden pro Jahr von Beschäftigten in Anspruch genommen.*

Die tatsächliche Inanspruchnahme solcher Krankheitstage ohne Attest pro Jahr liegt im Durchschnitt nicht mal bei

**Diagramm 1.6 AU-Beginn und AU-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2014)**



**Abbildung 1** Wie ist das bei Ihrem Arbeitgeber geregelt, wenn Sie krank sind: Wie viele Tage können Sie ohne Krankschreibung von der Arbeit fernbleiben? (Durchschnitt: 1,8 Tage)



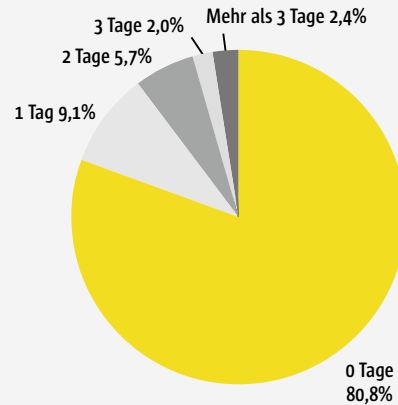
einem halben Tag (0,4 Tage je Beschäftigtem). Verglichen mit den durch den Arbeitgeber maximal gewährten durchschnittlichen Karenztagen (1,8 Tage je Beschäftigtem) liegt die Ausschöpfungsquote bei 22,2%. Von einem Missbrauch dieser Regelung im Sinne von „Krankfeiern“ kann also nicht die Rede sein.

Von wesentlich größerer Bedeutung ist der Präsentismus, d.h. trotz einer ernsthaften Erkrankung zur Arbeit zu gehen. Bei den Befragten war dies im Schnitt an circa 5 Arbeitstagen (5,3 Tage je Beschäftigtem) pro Jahr der Fall. Das ist im Verhältnis zur Inanspruchnahme der gewährten Karenztage mehr als das 13-Fache.

#### *Wesentlich mehr Präsentismus bei Beschäftigten mit chronischen Erkrankungen*

Im Vergleich zwischen den befragten Beschäftigten mit und ohne chronische Erkrankung zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede bei den Fehlzeiten ohne AU-Bescheinigung – pro Jahr liegen diese im Durchschnitt bei 0,5 Tagen bei den Beschäftigten mit einer chronischen Erkrankung und sind damit nahezu gleich niedrig (d.h. kein feststellbarer signifikanter Unterschied) wie bei Erwerbstätigen ohne eine solche Erkrankung (0,4 Tage pro Jahr). Dagegen weisen die Chroniker deutlich höhere Präsentismuswerte auf (7,9 Tage vs. 4,3 Tage pro Jahr Arbeit trotz ernsthafter Krankheitsbeschwerden). Insgesamt zeigt sich, dass je restriktiver die möglichen unbescheinigten Krankheitstage in einem Unternehmen gehandhabt werden, desto höher fallen die Präsentismuswerte aus.

**Abbildung 2** Wie viele Tage sind Sie im letzten Jahr ohne Krankschreibung von der Arbeit ferngeblieben? (Durchschnitt: 0,4 Tage)



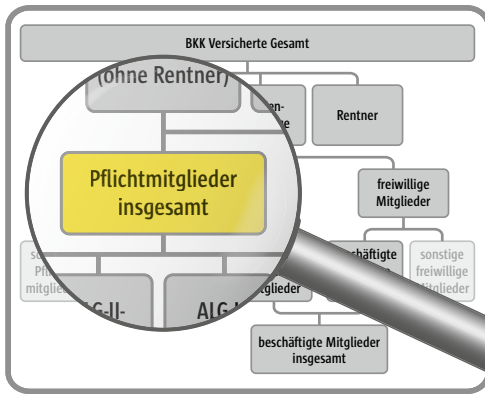
#### *Fazit*

Absentismus – im Kontext der durch den Arbeitgeber gewährten und in Anspruch genommenen AU-Tage ohne eine Krankschreibung – ist nach den vorliegenden Ergebnissen in der Arbeitswelt ein eher überschätztes Problem. Dagegen spielt der Präsentismus – also trotz Krankheitsbeschwerden zur Arbeit zu gehen – eine vielfach größere Rolle. Die Studienlage hierzu ist eindeutig – v.a. der betriebswirtschaftliche Verlust durch Präsentismus ist in Unternehmen um ein Vielfaches höher als durch Absentismus (M. Steinke, B. Badura Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung. BAuA, 2011).

Insbesondere im Fall von akuten Erkrankungen – z.B. der „klassischen“ Erkältung – riskiert man auch die Erkrankung anderer Mitarbeiter. Arbeitgeber und v.a. Führungskräfte sind hier in der Pflicht, eine Unternehmenskultur zu schaffen, die auch die Achtsamkeit für die Gesundheit der Mitarbeiter insgesamt im Blick hat. Weniger restriktive Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit ohne Bescheinigungspflicht können hier einen wirksamen und kostensparenden Ansatz darstellen. Dadurch werden weniger Arztbesuche wegen Kurzzeiterkrankungen nötig – mehr als ein Drittel (36,4%) aller AU-Fälle der BKK Pflichtmitglieder werden durch Kurzzeiterkrankungen mit einer Dauer von maximal 3 AU-Tagen verursacht. Nicht nur eine Entlastung der Hausärzte, sondern auch ein Nutzen für die Unternehmen würde sich daraus generieren, wenn in allen Betrieben eine einheitliche 3-Tage-Regelung vorhanden wäre.

1.1.4 Diagnosehauptgruppen

- Mehr als die Hälfte aller AU-Tage werden durch Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Störungen und Atemwegserkrankungen verursacht – dies gilt sowohl für die Pflichtmitglieder insgesamt als auch für die beschäftigten Pflichtmitglieder.



Wie auch in den Vorjahren liegen die Muskel- und Skeletterkrankungen mit einem Anteil von mehr als einem Viertel aller AU-Tage auf Platz 1. Danach folgen in diesem Jahr die psychischen Störungen auf Platz 2 und die Atemwegserkrankungen auf Platz 3 der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Im Jahr 2013 lagen die Atemwegserkrankungen noch auf Platz 2, was v.a. der Grippewelle im entsprechenden Berichtsjahr zuzuschreiben war. Diese drei Diagnosehauptgruppen zusammen sind für mehr als die Hälfte aller AU-Tage bei den Pflichtmitgliedern bzw. beschäftigten Pflichtmitgliedern verantwortlich (» Diagramm 1.7).

- Bei den Pflichtmitgliedern insgesamt liegt der Anteil der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen (15,7%) etwa 1% über dem Anteil der beschäftigten Pflichtmitglieder (14,8%).
- Dies ist insbesondere auf die Arbeitslosen (ALG-I) zurückzuführen – dort ist der Anteil der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen mehr als doppelt so hoch (34,2%).

Vergleicht man die Pflichtmitglieder insgesamt mit der Teilgruppe der beschäftigten Pflichtmitglieder, so fällt zunächst auf, dass es sowohl in der Gesamtsumme der AU-Tage als auch in der prozentualen Verteilung bezogen auf die einzelnen Diagnosehaupt-

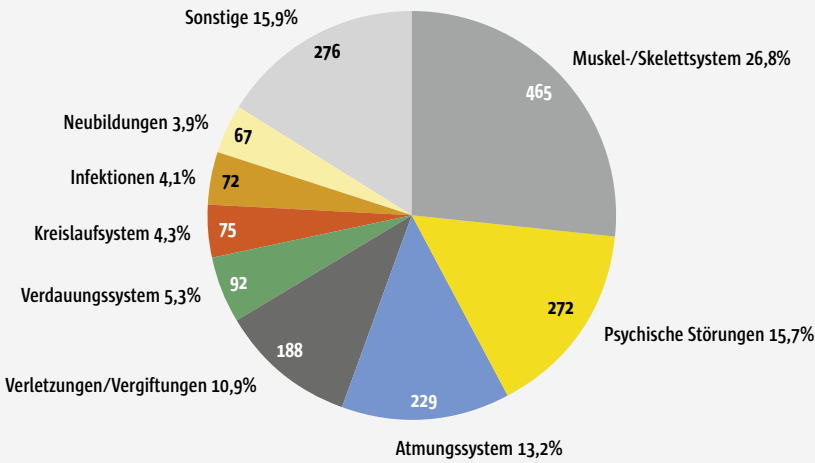
gruppen nur wenig Unterschiede gibt. Die größte Abweichung findet sich bei den psychischen Erkrankungen. Hier weisen die Pflichtmitglieder mit 15,7% aller AU-Tage etwa 1% mehr Krankentage als die Gruppe der beschäftigten Pflichtmitglieder auf. Dies ist insbesondere auf den Anteil der arbeitslosen (ALG-I) Pflichtmitglieder zurückzuführen, die häufiger aufgrund psychischer Störungen krankgeschrieben sind, wie auch im » BKK Gesundheitsatlas 2015 gezeigt werden konnte. Betrachtet man ausschließlich die Arbeitslosen (ALG-I), wird ersichtlich, dass auf Platz 1 mehr als ein Drittel (34,2%) aller AU-Tage auf das Konto psychischer Störungen gehen und auf Platz 2 die Muskel- und Skeletterkrankungen mit 28,2% folgen, während die Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von nur 4,4% in dieser Gruppe eine wesentlich geringere Bedeutung als bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern haben. Tiefergehende Betrachtungen auch im Kontext anderer Versicherten- gruppen sind in » Kapitel 3 zu finden.

- Während die AU-Tage im Jahr 2014 aufgrund von Atemwegserkrankungen im Vergleich zum Jahr 2013 um mehr als ein Fünftel (-20,6%) abgenommen haben, sind die Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen im gleichen Zeitraum um +4,1% angestiegen.

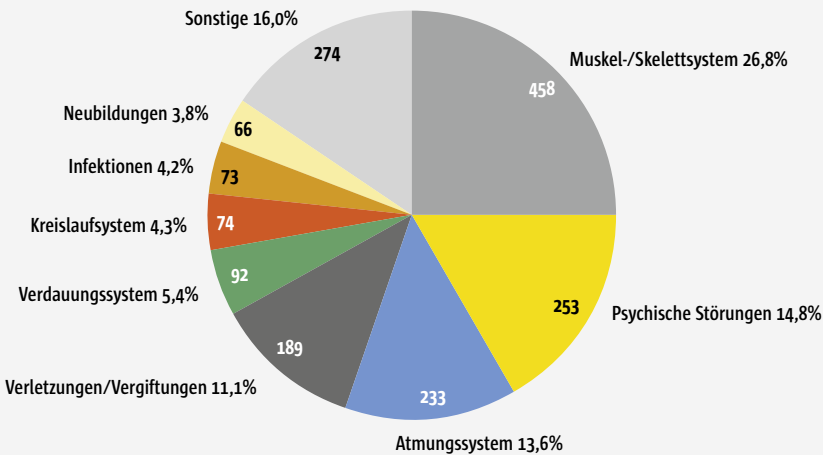
Die auffälligste Veränderung im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei den Atemwegserkrankungen mit einer Abnahme des Anteils der AU-Tage von mehr als einem Fünftel (-20,6%). Dies ist insbesondere auf die Grippewelle im Jahr 2013 zurückzuführen, die im Jahr 2014 ausblieb. Ebenfalls tendenziell abgenommen haben die Krankentage aufgrund von Infektionen (-9%) und Verletzungen bzw. Vergiftungen (-6,9%). Dagegen ist die größte Zunahme der AU-Tage mit +4,1% bei den psychischen Störungen zu verzeichnen (» Tabelle 1.3).

In den letzten zehn Jahren haben sich die Anteile der AU-Tage, die auf die wichtigsten Diagnosehauptgruppen zurückgehen, unterschiedlich entwickelt (» Diagramm 1.8). Während die Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems bzw. des Verdauungssystems nahezu unverändert geblieben sind, zeigt sich insbesondere bei den psychischen Erkrankungen ein nahezu linearer Anstieg. Von 2004 (1,2 AU-Tage je Pflichtmitglied) bis 2014 (2,7 AU-Tage je Pflichtmitglied) haben sich die AU-Tage in dieser Diagnosehauptgruppe mehr als verdoppelt. Ebenfalls zugenommen haben AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, die im gleichen Zeitraum um mehr als ein Drittel (+34%) angestiegen sind.

Diagramm 1.7 AU-Tage der Pflichtmitglieder sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder bzw. Anteile in Prozent



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

- In den letzten 10 Jahren haben sich die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen mehr als verdoppelt (+129%).
- Im gleichen Zeitraum sind die Fehltage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen um rund ein Drittel angestiegen (+34%).

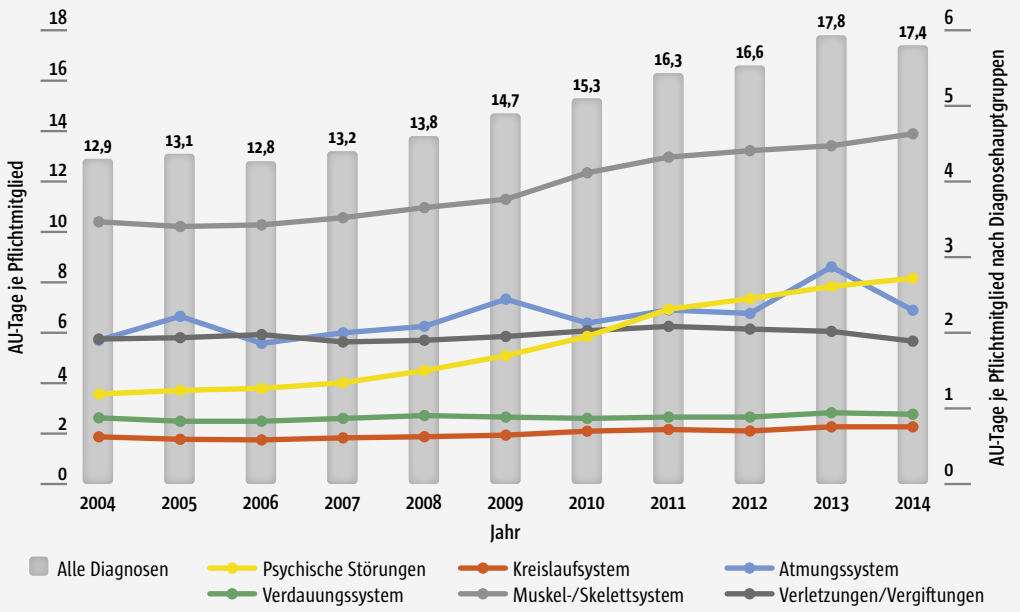
Bei den Atemwegserkrankungen zeigt sich insgesamt auch ein leicht ansteigender Trend (+20%), al-

lerdings ist diese Erkrankungsart v.a. durch starke saisonale Schwankungen geprägt. Insbesondere die Grippewellen der Jahre 2005, 2009 und 2013 sind deutlich erkennbar – auch 2015 sind die AU-Tage bei dieser Diagnosehauptgruppe besonders hoch (III Diagramm 1.5 und III Tabelle 1.2) und werden vermutlich die psychischen Erkrankungen im kommenden Jahr wieder von Platz 2 der Fehltage verursachenden Krankheiten verdrängen.

Tabelle 1.3 AU-Tage der Pflichtmitglieder – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)

Diagnosehauptgruppe	Berichtsjahr 2013	Berichtsjahr 2014	Differenz 2013 zu 2014	
	AU-Tage	AU-Tage	AU-Tage	in Prozent
	je 100 Pflichtmitglieder			
Muskel-/Skelettsystem	448,4	465,1	16,7	3,7
Psychische Störungen	261,5	272,1	10,6	4,1
Atmungssystem	288,2	228,9	-59,3	-20,6
Verletzungen/Vergiftungen	202,3	188,3	-14,0	-6,9
Verdauungssystem	91,5	91,7	0,2	0,2
Kreislaufsystem	73,7	75,2	1,5	2,0
Infektionen	78,6	71,5	-7,1	-9,0
Neubildungen	66,1	66,7	0,6	0,9
Sonstige	272,2	275,5	3,3	1,2
<b>alle Diagnosen</b>	<b>1.782,6</b>	<b>1.735,0</b>	<b>-47,6</b>	<b>-2,7</b>

Diagramm 1.8 AU-Tage der Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2004–2014) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)



1.1.5 Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

Neben der Betrachtung der durchschnittlichen AU-Tage wird im Folgenden ein Blick auf die Dauer von

Erkrankungen und die Häufigkeit von AU-Fällen bei den Pflichtmitgliedern geworfen. Insbesondere die Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen gibt Hinweise, in welchen Bereichen eine besonders hohe

Krankheitslast im Sinne von Arbeitsunfähigkeit gegeben ist und wo Ansatzpunkte für Prävention bzw. Versorgungsoptimierung zu finden sind. Dieser Abschnitt stellt gleichzeitig das diesjährige Schwerpunktthema der Langzeiterkrankungen in den Vordergrund und zeigt einleitend erste wichtige Erkenntnisse auf, die in den folgenden Abschnitten und Kapiteln noch vertieft werden.

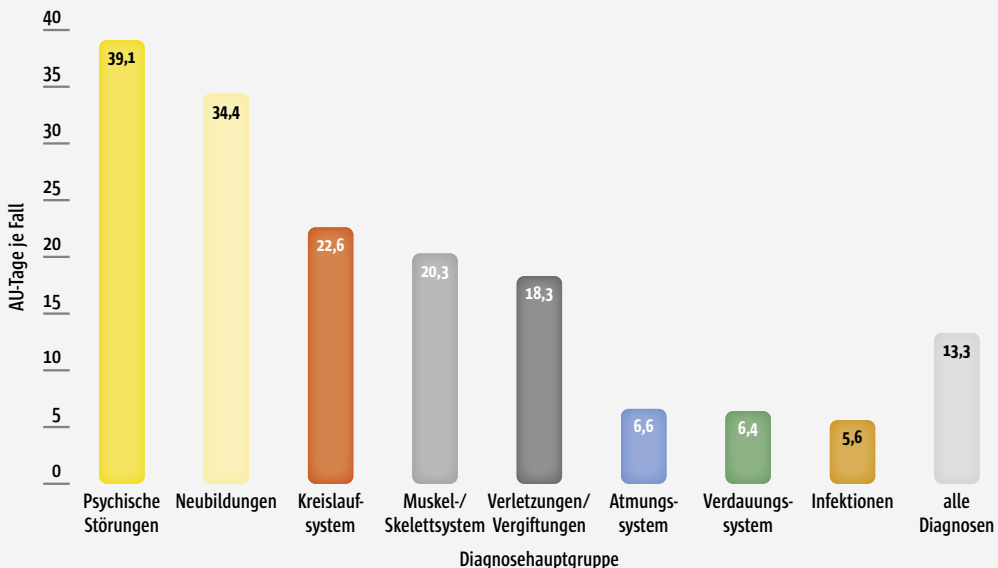
- Mit 39,1 AU-Tagen je Fall sind die psychischen Störungen bei den Pflichtmitgliedern die Diagnosehauptgruppe mit der längsten durchschnittlichen Dauer der Krankschreibung.

Im Jahr 2014 lag die durchschnittliche Dauer eines AU-Falls bei den Pflichtmitgliedern mit 13,3 Tagen leicht über dem Vorjahreswert (2013: 13,0 Tage). Die Reihenfolge der betrachteten Diagnosen nach Falldauer entspricht der des Jahres 2013. An erster Stelle stehen mit durchschnittlich 39,1 AU-Tagen je Fall die psychischen Störungen, gefolgt von den Neubildungen mit 34,4 AU-Tagen je Fall und den Kreislauf-erkrankungen auf Platz 3 mit einer mittleren Falldauer von 22,6 AU-Tagen. Es folgen die Muskel- und Skeletterkrankungen (20,3 AU-Tage je Fall) sowie die Verletzungen und Vergiftungen (18,3 AU-Tage je Fall) auf den Plätzen 4 und 5 der Diagnosehauptgruppen mit der längsten durchschnittlichen Falldauer. Alle

anderen betrachteten Erkrankungsarten haben eine durchschnittliche Krankheitsdauer, die unter einer Kalenderwoche liegen (»» Diagramm 1.9).

Zwei Besonderheiten sind an dieser Stelle noch hervorzuheben. Bis auf die Kreislauf-erkrankungen ist bei allen anderen Erkrankungsarten im Vergleich zu 2013 ein Rückgang der mittleren Falldauer zu beobachten. Mit einer Differenz von -1,4 AU-Tagen je Fall ist diese Abnahme bei den Neubildungen am stärksten ausgeprägt. Aber auch bei den psychischen Störungen (-1,0 AU-Tage je Fall) und den Verletzungen und Vergiftungen (-0,9 AU-Tage je Fall) ist eine deutliche Abnahme sichtbar. Begründet werden kann dies mit einem überproportionalen Anstieg der AU-Fälle im Vergleich zu den AU-Tagen bei diesen Krankheitsarten. So ist zum Beispiel bei den Neubildungen ein Zuwachs der AU-Fälle im beschriebenen Zeitraum um rund +5% zu beobachten, während die AU-Tage nur um +1% ansteigen. Gleichzeitig ist aber über alle Diagnosen hinweg eine Zunahme der durchschnittlichen Falldauer um +0,3 AU-Tage zu verzeichnen. Als Ursache ist wiederum die Grippewelle im Jahr 2013 anzuführen, die zu einer Vielzahl von AU-Fällen mit in der Regel kurzer AU-Dauer geführt hat. Diese hohe Anzahl an Kurzzeiterkrankungen ist im Jahr 2014 ausgeblieben, was den leichten Anstieg der durchschnittlichen Falldauer erklärt.

Diagramm 1.9 AU-Tage je Fall der Pflichtmitglieder – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



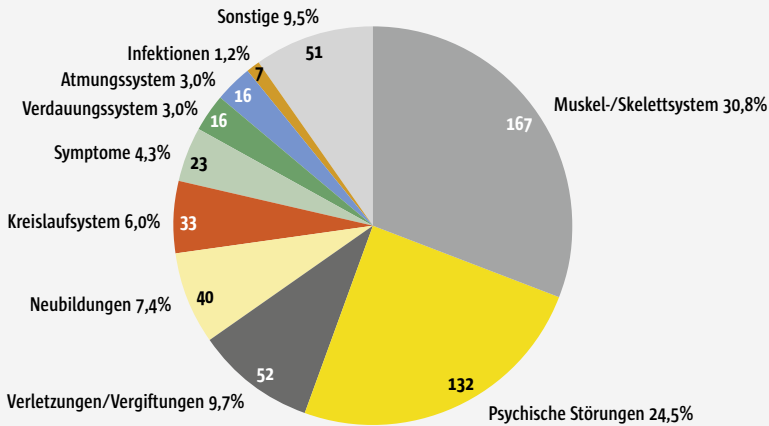
- Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern ist jeder dritte AU-Tag (31,6%) mit der Zahlung von Krankengeld verbunden.
- Bei den Arbeitslosen (ALG-I) ist dieser Anteil wesentlich höher: Mehr als jeder zweite AU-Tag (50,7%) ist mit einem Krankengeldbezug verbunden.

Ist ein Versicherter mehr als 6 Wochen (42 Kalendertage) arbeitsunfähig krankgeschrieben, so erhält der Betroffene in der Regel ab dem 43. Tag Kranken-

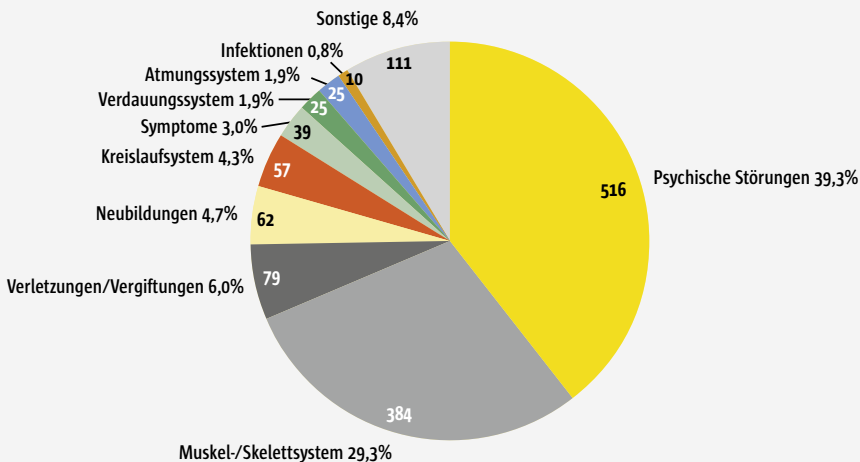
geld<sup>2</sup>. Der Prozentanteil der Krankengeldtage je Diagnosehauptgruppe ist in **»»»** Diagramm 1.10 dargestellt. Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern sind insgesamt 31,6% aller AU-Tage Krankengeldtage. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) liegt dieser Anteil mit 50,7% wesentlich höher. Im Vergleich dazu ist bei den be-

2 Krankengeld, das ein Elternteil zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege seines erkrankten mitversicherten Kindes unter zwölf Jahren bezieht (Kinderkrankengeld), wird bei der vorliegenden Betrachtung nicht mit eingerechnet.

Diagramm 1.10 Krankengeld-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I) – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



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



KG-Tage je 100 Arbeitslose (ALG-I-Empfänger) bzw. Anteile in Prozent



schäftigten freiwilligen Mitgliedern nur ein Anteil von 25,5% zu beobachten.

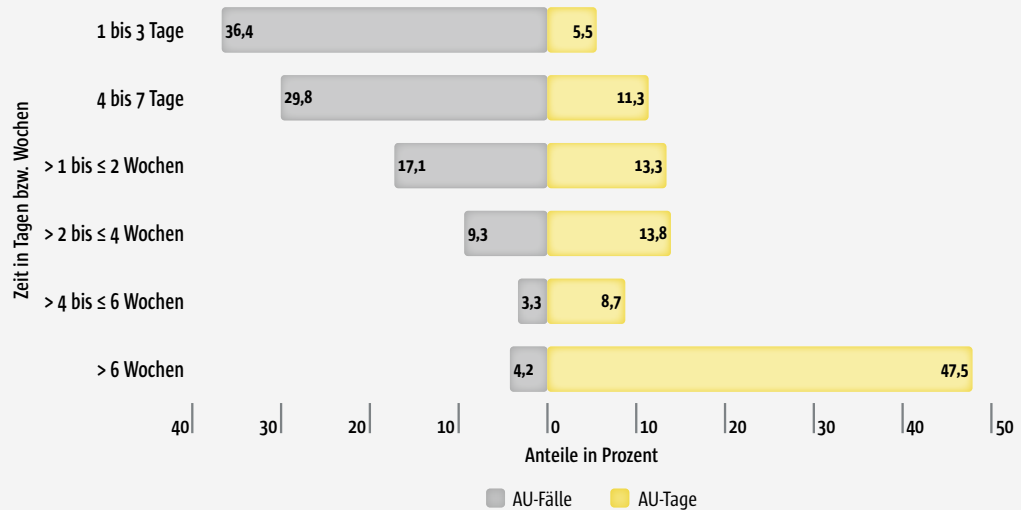
Betrachtet man die beschäftigten Pflichtmitglieder etwas genauer, so zeigt sich, dass circa ein Drittel (30,8%) aller Krankengeldtage auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen ist. Mit einem Viertel (24,5%) liegen die psychischen Erkrankungen auf Platz 2 der Ursachen für Langzeit-AU-Fälle mit Krankengeldbezug. Diese beiden Diagnosehauptgruppen zusammen sind allein für mehr als die Hälfte (55,4%) aller Krankengeldtage verantwortlich. Jeder zehnte Krankengeldtag (9,7%) geht auf eine Verletzung bzw. Vergiftung zurück, gefolgt von den Neubildungen mit einem Anteil von 7,4%. Trotz der Tatsache, dass es sich bei Neubildungen um langwierige Erkrankungen handelt, ist deren Anteil an den Krankengeldtagen aufgrund des verhältnismäßig seltenen Auftretens (1,5% aller AU-Fälle) relativ gering. Andere Diagnosehauptgruppen, wie die Atemwegserkrankungen, die Krankheiten des Verdauungssystems und die Infektionen, sind v.a. durch kurzzeitige Episoden geprägt und haben entsprechend nur geringe Anteile am Krankengeldgeschehen.

- Allein die Krankengeldtage aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen entsprechen zu 95% dem Anteil der Krankengeldtage für alle Diagnosen bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern.

Bei den Arbeitslosen (ALG-I) wird zunächst deutlich, dass die Anzahl aller Krankengeldtage (1.312 KG-Tage je 100 Arbeitslose) ungefähr zweieinhalb Mal so hoch ist wie bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (541 KG-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder). Mehr als jeder dritte Krankengeldtag (39,3%) geht in dieser Versichertengruppe auf das Konto der psychischen Störungen. Allein diese Erkrankungsart entspricht mit 516 KG-Tagen je 100 Arbeitslose annähernd der Summe aller Krankengeldtage bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (ca. 95%). Ein knappes Drittel (29,3%) aller Krankengeldtage wird bei den Arbeitslosen (ALG-I) durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht. Die Prozentanteile der anderen Diagnosehauptgruppen an allen Krankengeldtagen liegen in dieser Gruppe zwar alle unter denen der beschäftigten Pflichtmitglieder, allerdings sind auch für diese Erkrankungen durchgängig mehr Krankengeldtage bei den Arbeitslosen (ALG-I) im Vergleich zu den Pflichtmitgliedern zu verzeichnen.

Den größten Einfluss auf den durchschnittlichen Krankenstand haben ohne Zweifel die Langzeiterkrankungen. Im Jahr 2014 liegt der Anteil der Langzeitfälle mit mehr als 6 Wochen Dauer bei den Pflichtmitgliedern mit 47,5% aller AU-Tage mehr als ein Prozent über dem Vorjahreswert (46,2%) (» Diagramm 1.11).

Diagramm 1.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2014)



- 40% aller Pflichtmitglieder waren im Jahr 2014 nicht krankgeschrieben – vor 10 Jahren lag dieser Anteil noch bei 46,8%.
- Dagegen entfallen auf circa 9% der Pflichtmitglieder insgesamt fast zwei Drittel (63%) aller AU-Tage mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen.

Dieser sprunghafte Anstieg ist insofern erklärbar, als im 1. Quartal des Jahres 2013 durch die Grippewelle zahlreiche AU-Fälle mit einer kurzen Falldauer auftraten. Deutlich zeigt sich das auch bei den Kurzeiterkrankungen zwischen 4 Tagen und 2 Wochen, bei denen der Anteil der AU-Fälle im Vergleich zu 2013 um -1% abgenommen hat. Dies wird auch am Anteil der Pflichtmitglieder, die nicht krankgeschrieben waren, deutlich. Liegt dieser im Jahr 2014 bei 40,0%, so zeigte sich für 2013 ein geringerer Anteil von nur 38,5%. Dagegen lag der Anteil der Pflichtmitglieder, die im Jahr 2004 nicht krankgeschrieben waren, noch bei 46,8%.

In der Betrachtung der Verteilung der AU-Tage für die Pflichtmitglieder wird die Bedeutung der Langzeiterkrankungen noch deutlicher. 40% der Pflichtmitglieder waren 2014 überhaupt nicht krankgeschrieben. Weitere 51,1% weisen eine AU-Dauer von 6 Wochen oder weniger auf. Dagegen entfallen auf die restlichen 8,9% der Pflichtmitglieder insgesamt fast zwei Drittel (63%) aller AU-Tage, die eine Dauer

vom mehr als 6 Wochen haben (»» Diagramm 1.12). Im Jahr 2004 lag dieser Anteil bei den Pflichtmitgliedern noch bei 6,6% und umfasste 57,3% aller AU-Tage.

- Innerhalb der Langzeitarbeitsunfähigkeit (> 42 AU-Tage) sind bei den Pflichtmitgliedern die meisten Fälle bei Krankschreibungen mit einer Dauer zwischen 3 und 6 Monaten zu finden.
- Dagegen ist der größte Anteil der AU-Tage in dieser Gruppe zwischen einem und anderthalb Jahren zu finden.

Schaut man sich die Verteilung der AU-Fälle und AU-Tage mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen etwas genauer an, so ergibt sich das in »» Diagramm 1.13 dargestellte Bild.

Die meisten AU-Langzeitfälle (1,2%) sind auf Krankschreibungen von einer Dauer zwischen drei bis sechs Monaten zurückzuführen. Dagegen findet sich der größte Anteil der Langzeit-AU-Tage (13,6%) im Bereich von einem bis anderthalb Jahren Arbeitsunfähigkeit. Deutlich wird hier auch, dass eine AU-Dauer zwischen 7 bis 12 Wochen einen wesentlich geringeren Anteil an den AU-Tagen ausmacht – lediglich 8,3% der Fehlzeiten fallen in diesen Zeitraum. 39,1% aller AU-Tage und 2,3% aller AU-Fälle haben demnach bei den Pflichtmitgliedern eine Dauer von mehr als 3 Monaten.

Diagramm 1.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Verteilung der AU-Tage auf Personen (Berichtsjahr 2014)

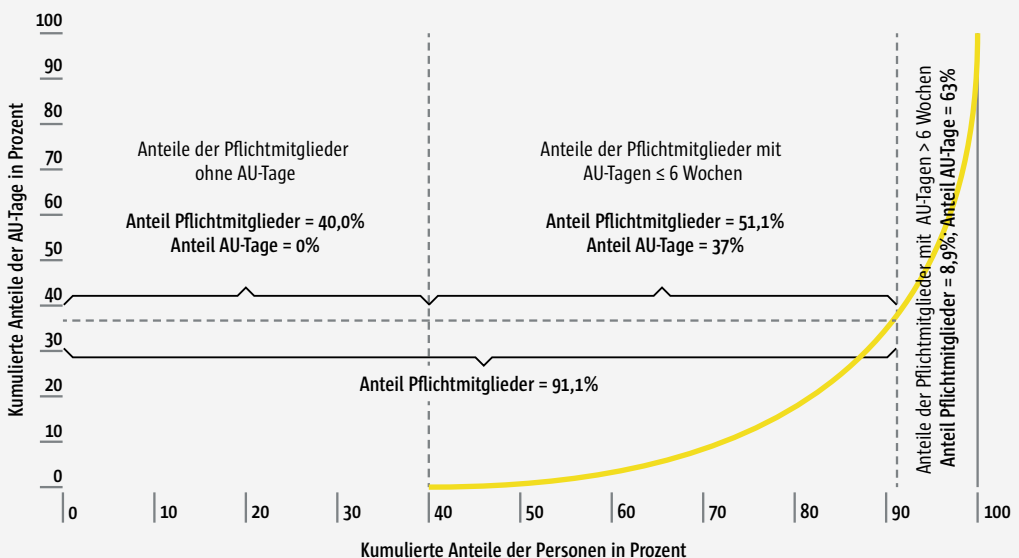
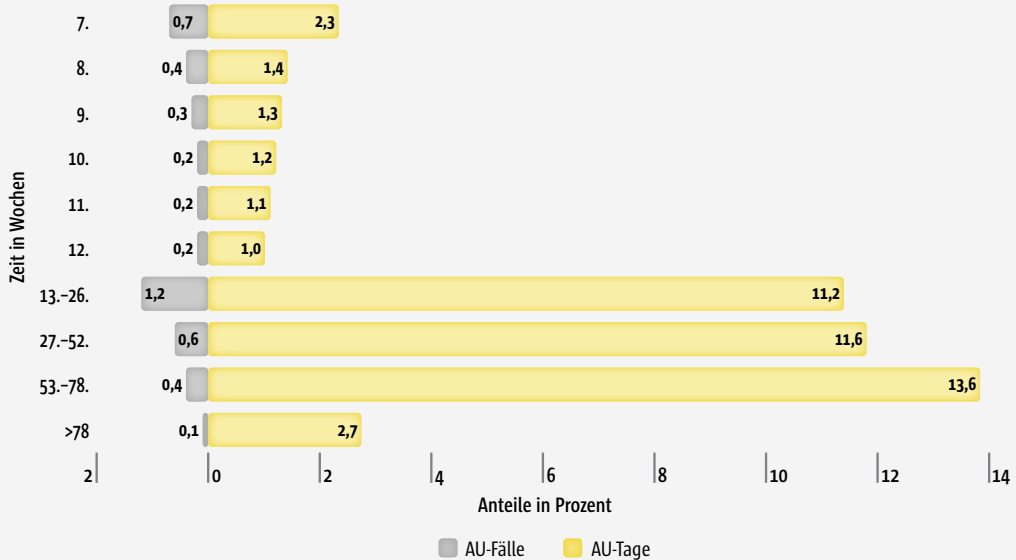


Diagramm 1.13 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Verteilung nach Dauerklassen für AU-Fälle und AU-Tage > 6 Wochen (Berichtsjahr 2014)



- Aktuell geht fast die Hälfte (47,5%) aller AU-Tage auf Erkrankungen mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen zurück – knapp 5 Prozentpunkte mehr als noch vor einem Jahrzehnt.
- Dagegen ist der Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder im Alter über 45 Jahre im letzten Jahrzehnt um mehr als 17% angestiegen.

Die Entwicklung der Altersstruktur der beschäftigten Mitglieder insgesamt zeigt sich in **»»»** Diagramm 1.14. Es wird deutlich, dass in den letzten Jahren der Anteil der Beschäftigten in der Altersgruppe über 45 Jahre deutlich zugenommen hat – allein in den letzten 10 Jahren um 17,4%. Aktuell beinhaltet diese Altersgruppe nahezu die Hälfte (46,3%) aller beschäftigten Mitglieder. Neben der demografischen Entwicklung wirkt sich hier auch die Anpassung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre aus. Vermutlich werden auch in den folgenden Jahren das Durchschnittsalter insgesamt genauso wie der Anteil der Beschäftigten über 45 Jahre zunehmen.

Zwischen dem Alter und dem Auftreten von Erkrankungen, deren Häufigkeit und Dauer gibt es, insbesondere im Kontext der Langzeiterkrankungen, deutliche Zusammenhänge, die im Detail noch einmal in **»»»** Kapitel 3 aufgegriffen werden. Zudem zeigt sich im letzten Jahrzehnt eine deutliche Zunahme des Anteils von beschäftigten Mitgliedern, die länger

als 6 Wochen krank und im Sinne dieses Kriteriums zu den Langzeiterkrankten zu zählen sind: Gegenüber 2004 sind im aktuellen Berichtsjahr fast 5 Prozentpunkte mehr zu verzeichnen. Gleichzeitig bleibt aber die Anzahl der Fälle im Zeitverlauf mit annähernd 4% beinahe unverändert (**»»»** Diagramm 1.15).

**»»»** Anzumerken bleibt, dass sich die große Zunahme der älteren Beschäftigten nicht im gleichen Verhältnis in den Anteilen der Langzeitarbeitsunfähigkeit widerspiegelt. Zum einen spielen hier sicherlich der medizinische Fortschritt sowie die deutliche Zunahme von gelebter betrieblicher Gesundheitsförderung eine Rolle. Zum anderen üben aber auch weitere Faktoren, wie z.B. das Geschlecht oder der soziale Status, einen Einfluss auf das Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus.

Diagramm 1.14 Anteil der BKK Pflichtmitglieder in der Altersgruppe ≥ 45 Jahre im Zeitverlauf (2004–2014)

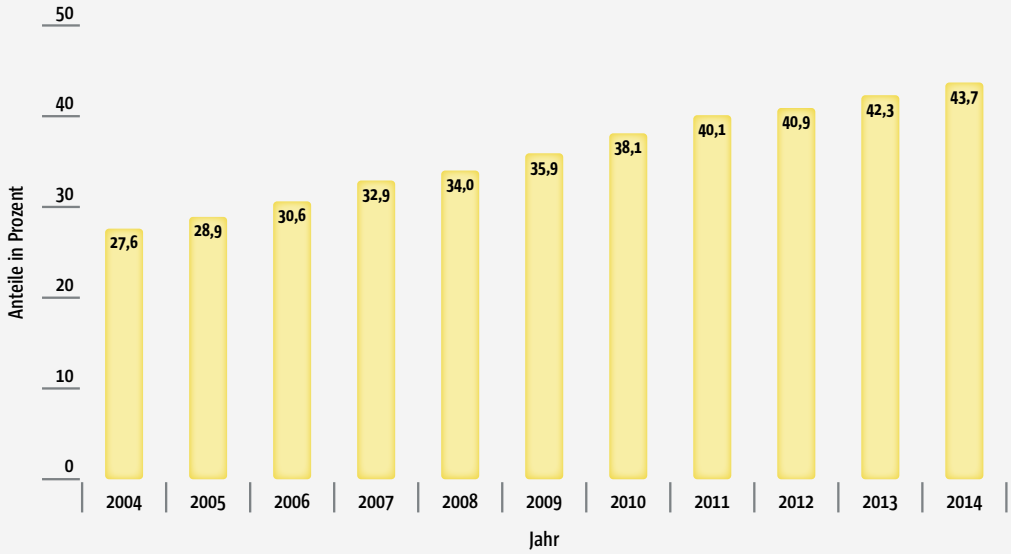
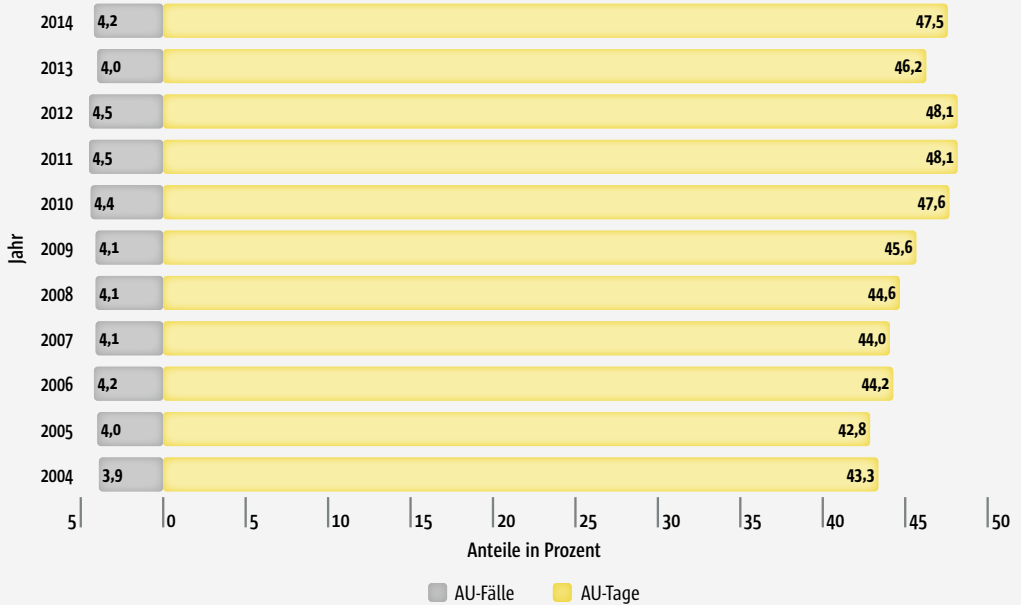
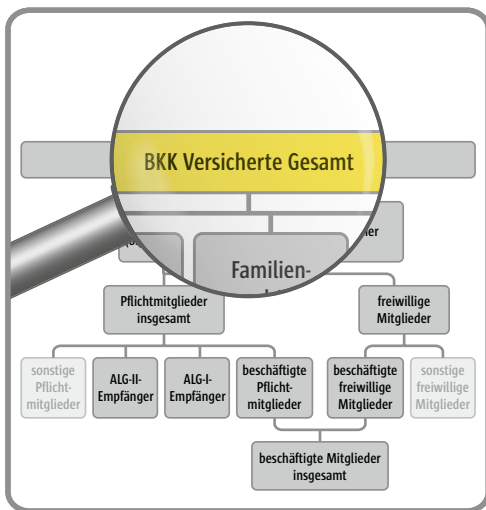


Diagramm 1.15 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder – Anteil der AU-Tage und AU-Fälle > 6 Wochen Dauer im Zeitverlauf (2004–2014)



## 1.2 Ambulante Versorgung

- 94,4% der weiblichen und 87,9% der männlichen BKK Versicherten waren im Jahr 2014 mindestens einmal ambulant in Behandlung.
- Bei fast der Hälfte der Versicherten (48,4%) war eine Erkrankung im Bereich des Muskel- und Skelettsystems Grund für die Konsultation.
- Aufgrund der ausgebliebenen Grippewelle war der größte Rückgang bei den Diagnosen für die Atemwegserkrankungen zu verzeichnen.



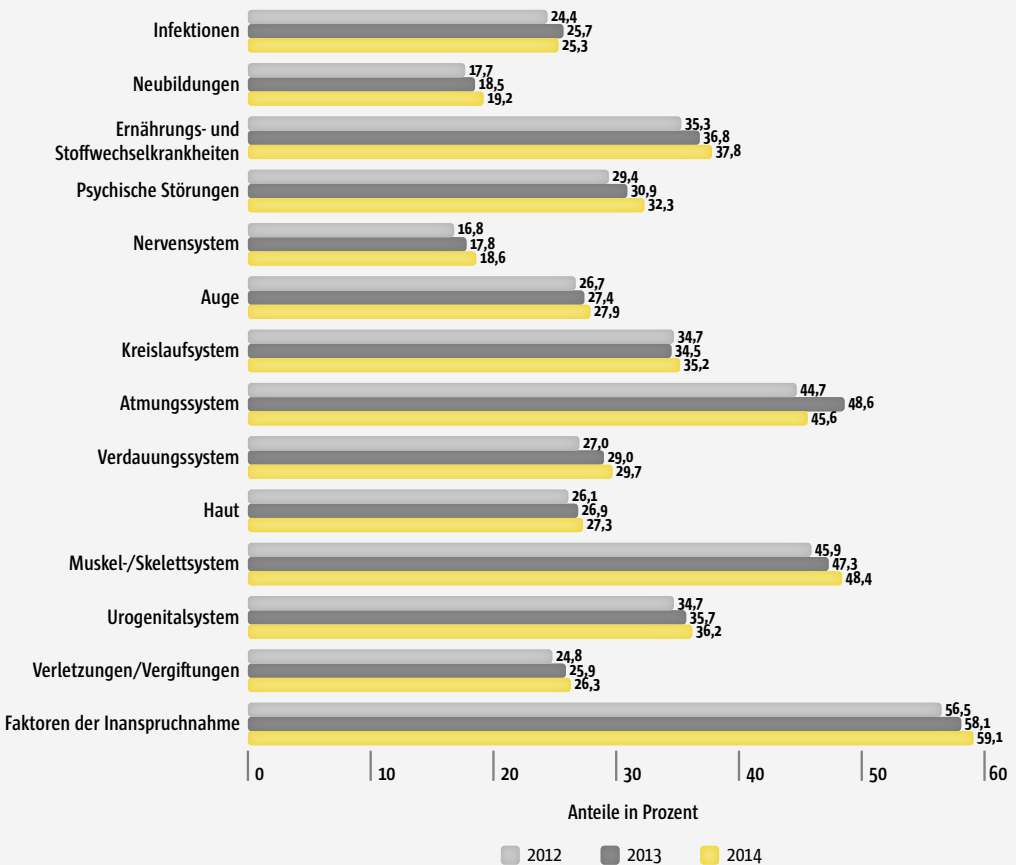
Im folgenden Kapitelabschnitt werden die vergebenen Diagnosen in der ambulanten Versorgung dargestellt. Während die Daten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens die Erkrankungen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, und deren Verlauf von beschäftigten Mitgliedern sowie ALG-I-Empfängern abbilden (» Kapitel 2.2), beziehen sich die Ergebnisse für die ambulante Versorgung auf alle BKK Versicherten und damit u.a. auch auf Kinder und Rentner, die im Kontext des AU-Geschehens nicht be-

trachtet werden. Für das Berichtsjahr 2014 werden dabei Daten von 9,1 Mio. BKK Versicherten in die Berechnungen einbezogen. Wiedergegeben werden dabei die mindestens einmal im Berichtsjahr dokumentierten Diagnosen bei ambulanten Konsultationen von Ärzten bzw. Psychotherapeuten, unabhängig von der Anzahl eventueller Folgekonsultationen aufgrund der gleichen Diagnose.

Ambulante Behandlungen wurden im Jahr 2014 für 91,2% der BKK Versicherten dokumentiert. Dieser Wert liegt höher als in den beiden Vorjahren. Bei Frauen lag der Anteil der Personen im aktuellen Berichtsjahr mit 94,4% etwas höher als bei den Männern mit 87,9%. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen in ambulanter Behandlung stellten die Versicherten ab 65 Jahren (98,3%) dar. Von den Kindern und Jugendlichen (Unter-20-Jährige) waren 91,0% ambulant in Behandlung, bei den 20- bis 65-Jährigen waren es 89,3%. Eine detailliertere Aufschlüsselung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen nach demografischen Merkmalen und Versicherungsstatus ist in » Kapitel 3 zu finden.

» Diagramm 1.16 zeigt den Anteil der Versicherten, die mindestens einmal im Jahr 2014 eine bestimmte Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen erhalten hat. Die größte Verbreitung weist dabei die Diagnosehauptgruppe auf, die Faktoren der Inanspruchnahme beschreibt (Z00-Z99); bei 59,1% der BKK Versicherten wurde mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert. Hier ist allerdings anzumerken, dass es sich dabei um eine Codierung von Zusatzinformation (z.B. von Lebensumständen) bzw. von Leistungen handelt, die nicht in einer Erkrankung begründete Leistungen sind (z.B. Vorsorgeleistungen, Empfangnisverhütung). Wie die Darstellung von Einzeldiagnosen in » Kapitel 2.2 zeigt, sind insbesondere Vorsorgemaßnahmen sehr verbreitet. Mit 48,4% gab sich demnach annähernd die Hälfte der BKK Versicherten im Jahr 2014 aufgrund von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems in ambulante Behandlung, ein ge-

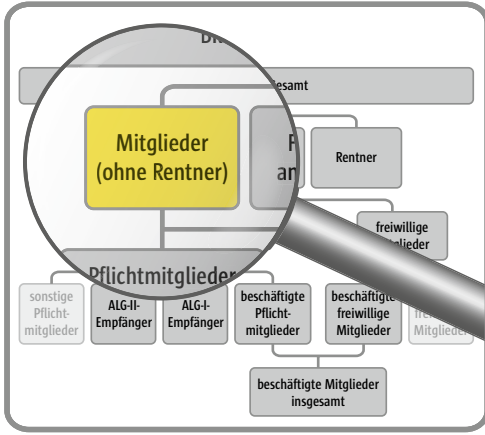
Diagramm 1.16 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2012–2014)



ringfügig höherer Anteil als in 2013 (47,3%). Für 45,6% der Versicherten war eine Krankheit des Atmungssystems Grund für die Arztkonsultation. In Anbetracht einer nur schwachen Grippewelle Anfang 2014 war es allerdings auch zu erwarten, dass dieser Anteil deutlich unter dem des Vorjahres liegt (2013: 48,6%). Relativ zum Vorjahreswert sind hingegen die Anteile an Versicherten mit Erkrankungen des Nervensystems (18,6%; bei einem Vorjahreswert von 17,8% ist dies eine Steigerung von +4,7% gegenüber 2013) und mit psychischen Störungen (32,3%; +4,6%

gegenüber 2013) gestiegen. Zieht man außerdem das Berichtsjahr 2012 als zusätzlichen Vergleich heran, so sind die größten Zuwächse bei Erkrankungen des Nervensystems (+10,8% gegenüber 2012), des Verdauungssystems (+10,0% gegenüber 2012) sowie bei Psychischen Störungen (+9,8% gegenüber 2012) und Neubildungen (+8,6% gegenüber 2012) zu finden. Bei letztgenannten erscheint die Diagnoserate auf den ersten Blick sehr hoch, unter diesen Klassifikations-schlüssel sind aber auch gutartige Veränderungen (z.B. Muttermale) der Haut gefasst.

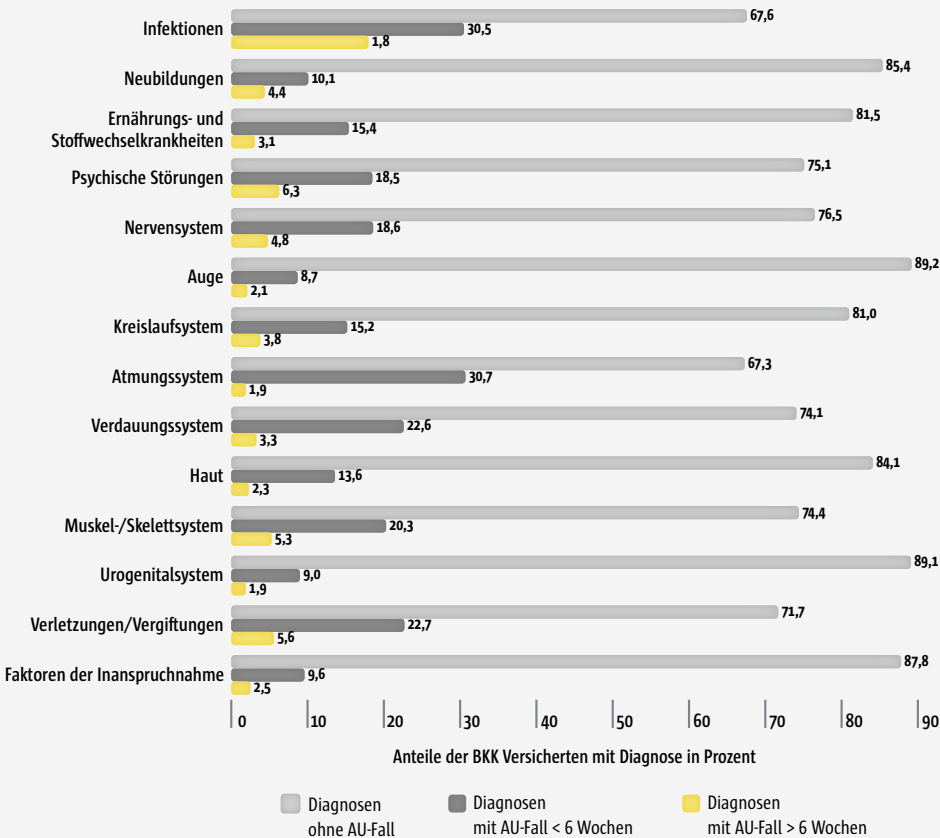
Schwerpunkthema Langzeiterkrankungen



Zu den Diagnosen in der ambulanten Versorgung können keine Erkrankungszeiten erfasst werden. Eine ungefähre Abschätzung der Krankheitsdauer findet nur im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung statt, diese erfolgt aber nicht für alle Versicherten, sodass im Folgenden das Kollektiv der Mitglieder ohne Rentner betrachtet wird.

Die Konsultierung in der ambulanten Versorgung ist nur selten mit der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit verbunden. So sind 78,9% der ambulanten Diagnosen ohne Arbeitsunfähigkeit dokumentiert (» Diagramm 1.17). Bei nur 3,6% der Konsultationen besteht ein Bezug zu einem Langzeitfall, 17,5% der mit der Diagnose verbundenen AU-Fälle liegen unterhalb der 6-Wochen-Grenze. Die meisten AU-Fälle sind in Verbindung mit Diagnosen zu Infektionen und zu Krankheiten des Atmungssystems festzustellen. Hierhinter verbergen sich dann aber vor

Diagramm 1.17 Ambulante Versorgung – Diagnosen mit und ohne AU-Fall für Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



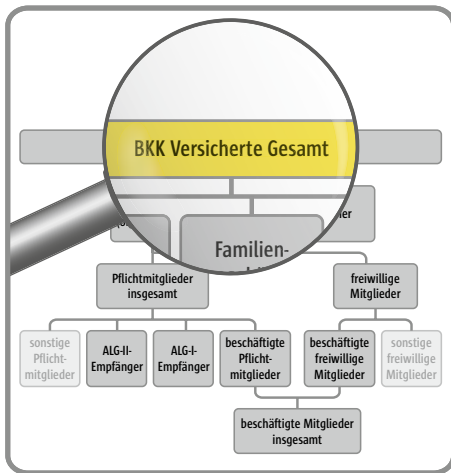
allem Kurzzeiterkrankungen wie etwa Magen-Darm-Infekt und Erkältungen. Entsprechend ist hier die Quote von AU-Fällen unterhalb der Grenze zum Langzeitfall am höchsten: Bei jeweils etwa 31% der Diag-

nosen besteht ein AU-Fall kürzer als 6 Wochen. Den größten Anteil an Langzeitarbeitsunfähigkeit-Fällen weisen mit 6,3% die Diagnosen psychischer Erkrankungen auf.



## 1.3 Stationäre Versorgung

- Von allen Versicherten hat mit 13,2% nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen.
- In den letzten Jahren ist die Fallzahl sukzessive gestiegen, die durchschnittliche Verweildauer aber gesunken. In 2014 setzt sich dies mit einem Höchststand (20,2 Fälle je 100 Versicherte) bzw. Tiefststand (8,9 Aufenthaltstage je Fall) in der BKK Statistik fort.
- Etwa jeder 5. Krankenhaustag ist auf einen Langzeitfall mit mehr als 6 Wochen Dauer zurückzuführen. Am weitesten häufigsten sind psychische und Verhaltensstörungen Ursache der Langzeitfälle.



Äquivalent zur ambulanten Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors den Analysen die Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2014 sind 9,1 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf 1,8 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhaufällen (ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen). Dies entspricht bezogen auf alle BKK Versicherten einem Durchschnitt von 20,2 Fällen je 100 Versicherte. Da bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ebenso wie bei einem Wechsel der

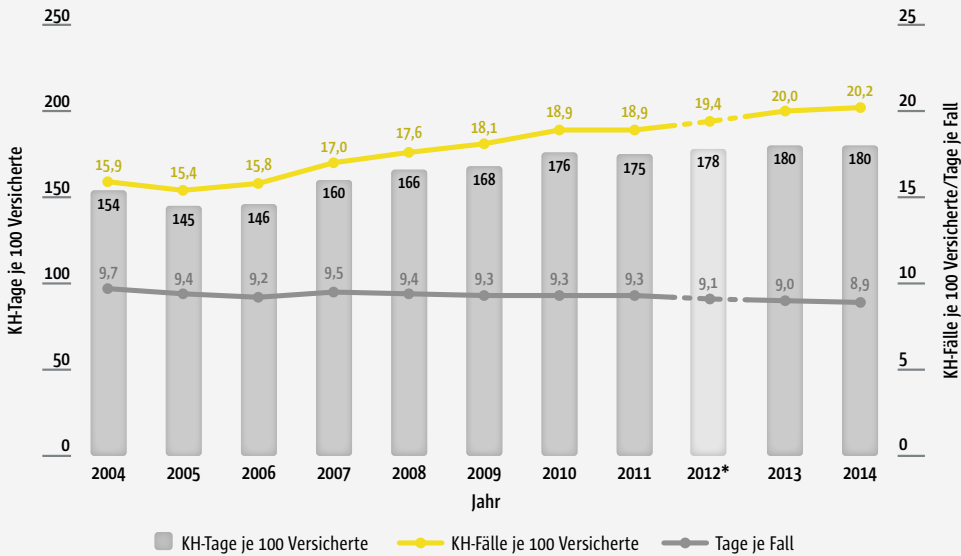
Krankenkasse während des Aufenthalts aus administrativen Gründen jeweils ein neuer Krankenhausfall angelegt wird, spiegeln die Fallzahlen und Verweildauern nur in eingeschränktem Maße die Krankheitsepisoden wider. Demnach werden die Verweildauern tendenziell unterschätzt, genauso wie die Fallhäufigkeiten eher überschätzt werden. Andererseits werden Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer, durch die eine Fallpauschalenabrechnung zeitlich determiniert ist, in der Regel nicht als neuer Krankenhausfall geführt. Nach diesen Maßgaben wurden für die BKK Versicherten im Berichtsjahr 2014 insgesamt 16,4 Mio. Krankenhaustage dokumentiert, damit fielen im Durchschnitt 180,4 Krankenhaustage je 100 BKK Versicherte an. Pro Fall ergibt sich daraus eine mittlere Verweildauer von 8,9 Tagen.

Vergleicht man die aktuellen Kennzahlen mit Werten aus dem Vorjahr, so haben sich die Zahlen nur geringfügig verändert. Über einen größeren Zeitraum betrachtet (»»» Diagramm 1.18) wird hingegen ein kontinuierlicher Rückgang der Falldauer genauso wie eine Steigerung der durchschnittlichen Fallzahl pro 100 Versicherte deutlich: Im Vergleich zum Berichtsjahr 2004 sind im Jahr 2014 Fälle stationärer Aufenthalte im Durchschnitt um 0,8 Tage kürzer. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der stationären Fälle pro 100 Versicherte von 15,9 auf 20,2 angestiegen.

### Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung der DRGs in den Jahren 2003/2004 eingesetzt, das neue Entgeltsystem erzeugte hierbei aber eine deutlich stärkere Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Dauerten die Krankenhaufälle im Jahr 1987 noch durchschnittlich 16,8 Tage (insgesamt kamen damals auf 100 Versicherte 258 Krankenhaustage im Jahr), so wurde in den nachfolgenden Jahren die Verweildauer kontinuierlich abgesenkt: 1994 betrug die durchschnittliche Liegedauer nur noch 13,9 Tage, im „Optionsjahr“ 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h., die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Diagramm 1.18 Stationäre Versorgung – KH-Fälle, KH-Tage und Verweildauer der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2004–2014)



\* geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

Krankenhausaufnahmen erfolgen am häufigsten an einem Montag, 21,1% aller Aufenthalte haben im Berichtsjahr 2014 an diesem Tag begonnen (» Diagramm 1.19). Am Wochenende werden im Wesentlichen nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen. Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten von allen Aufnahmen 6,2% samstags und 7,7% sonntags.

Ein Aufenthalt wird wiederum am häufigsten am Ende der herkömmlichen Arbeitswoche beendet: Von allen Krankenhausausschreibungen erfolgten mit 21,0% die meisten freitags. Wiederum nur wenige der stationären Behandlungen endeten an Wochentagen, den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,2% aus.

Am häufigsten führten im Jahr 2014 Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems zu einem Krankenhausaufenthalt, je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 29,5 Fälle zu verzeichnen (» Diagramm 1.20). In der Reihenfolge nach Häufigkeit der Fälle folgen dahinter die Neubildungen sowie die Krankheiten des Verdauungssystems (beide 21,6 Fälle je 1.000 Versicherte), Diagnosen bezüglich des Muskel- und Skelettsystems (20,0 Fälle je 1.000 Versicherte) und Verletzungen (18,8 Fälle je 1.000 Versicherte). Die größte Steigerungsrate weist die Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen auf. Gegenüber 2004 sind im aktuellen Berichts-

jahr fast 52% mehr Fälle zu dokumentiert – waren es 2004 noch 9,8 Fälle je 1.000 Versicherte, so sind es 2014 14,9 Fälle. Bei den Muskel- und Skelettsystem-Krankheiten sind im gleichen Zeitraum auch immerhin 46% Fälle dazugekommen.

In der Betrachtung der Anzahl der Krankenhaustage sticht hingegen die Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen hervor (» Diagramm 1.21). Vor 10 Jahren wurde erstmals berichtet, dass diese Diagnosegruppe mit 242 Tage je 1.000 Versicherte den höchsten Anteil der Krankenhaustage ausgemacht hat. Diesen Spitzenplatz haben die psychischen Erkrankungen in der Zwischenzeit nicht mehr abgegeben, vielmehr ist hierbei eine deutliche Steigerung auf 371 Tage je 1.000 Versicherte im aktuellen Berichtsjahr zu verzeichnen. Entsprechend ist für die psychischen Erkrankungen auch mit 25 Tagen je 1.000 BKK Versicherte die Durchschnittsdauer des stationären Aufenthalts deutlich am längsten – ein Wert, wie er annähernd auch schon vor 10 Jahren (24,8 Tage) vorzufinden war. Dazu muss aber angemerkt werden, dass diese Erkrankungen im Wesentlichen in Einrichtungen behandelt werden, die unter die Bundespflegesatzverordnung (BPFV) fallen und mehrheitlich noch nicht nach dem pauschalieren Entgeltsystem abrechnen. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen besteht derzeit eine Optionsphase, in der Einrichtungen auf

Diagramm 1.19 Stationäre Versorgung – Beginn und Ende des Aufenthalts der BKK Versicherten – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2014)

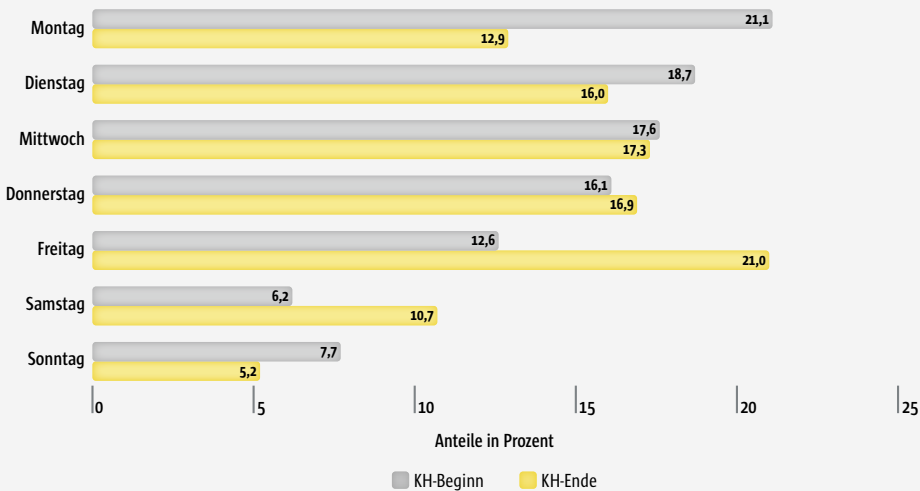


Diagramm 1.20 Stationäre Versorgung – Krankenhausfälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (2004 und 2014)

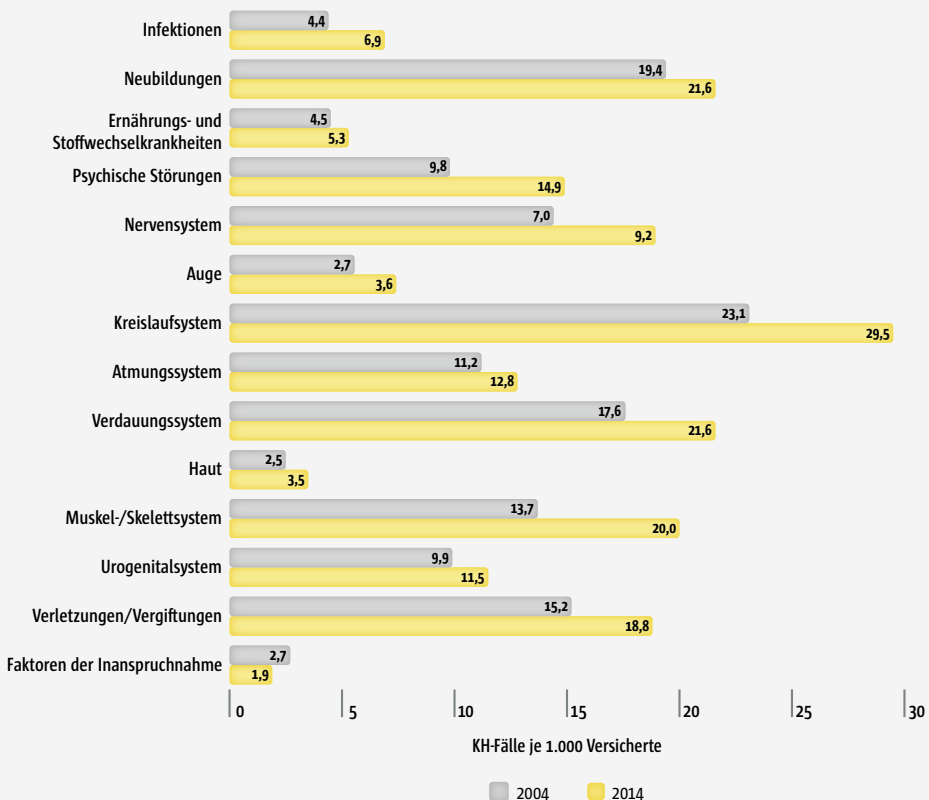
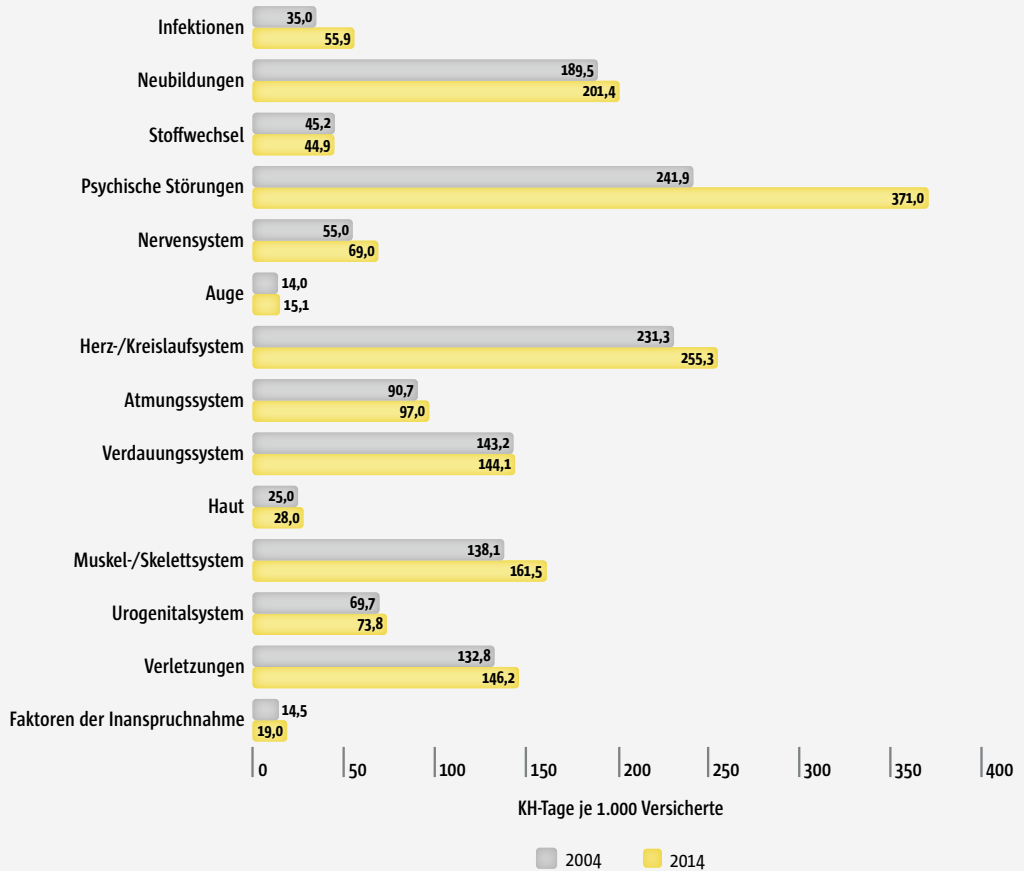


Diagramm 1.21 Stationäre Versorgung – Krankenhaustage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (2004 und 2014)



freiwilliger Basis und budgetneutral das nach Psych-Entgeltgesetz vorgesehene neue Abrechnungssystem anwenden können (derzeit vorgesehen bis Ende 2016). Eine Verweildauerreduzierung wie bei der DRG-Einführung im akut somatischen Bereich (s.o. ►►) „Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems“ ist nicht zu beobachten.

Ebenfalls relativ viele Krankenhaustage entfallen auf Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems (255,3 Tage je 1.000 Versicherte) sowie auf Neubildungen (201,4 Tage je 1.000 Versicherte). Bei diesen beiden Diagnosegruppen ist jeweils auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 9,3 Tagen bzw. 8,7 Tagen je 1.000 Versicherte überdurchschnittlich.

Die Krankenhaufälle sind mehrheitlich kurz, 65,7% werden innerhalb einer Woche abgeschlossen, 33,9% sogar innerhalb von 3 Tagen (►► Diagramm 1.22). Auf der anderen Seite machen Fälle mit mehr als sechs

Tabelle 1.4 Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlung der BKK Versicherten – Versichertenverteilung nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2014)

Anteil der BKK Versicherten in Prozent	
kein Aufenthalt	86,8
1 Aufenthalt	9,4
2 Aufenthalte	2,3
3 und mehr Aufenthalte	1,5
	<b>100,0</b>

Wochen Liegezeit nur 2,8% der Fälle aus, allerdings ist mit 20,7% etwa jeder fünfte Krankenhaustag auf einen solchen Langzeitfall zurückzuführen.

1.3 Stationäre Versorgung

Diagramm 1.22 Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlung der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2014)

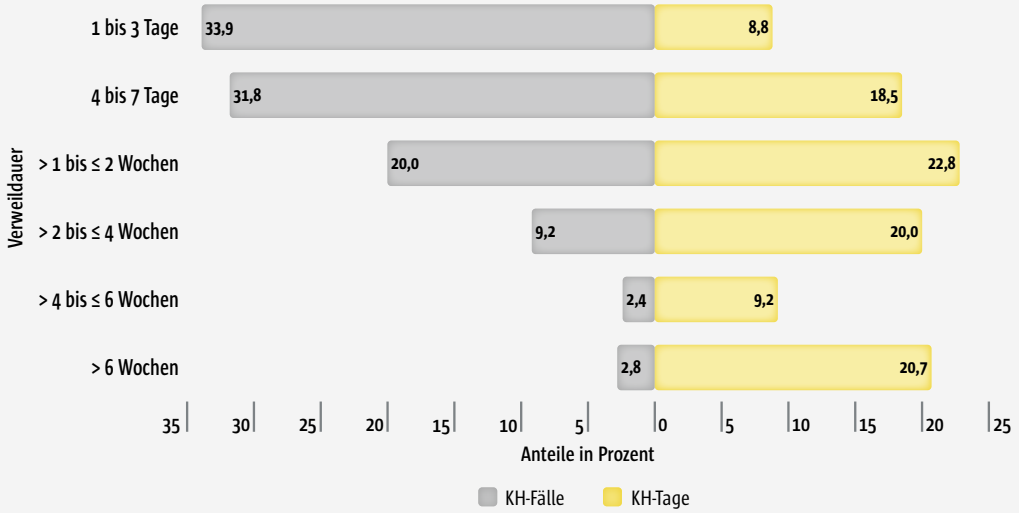
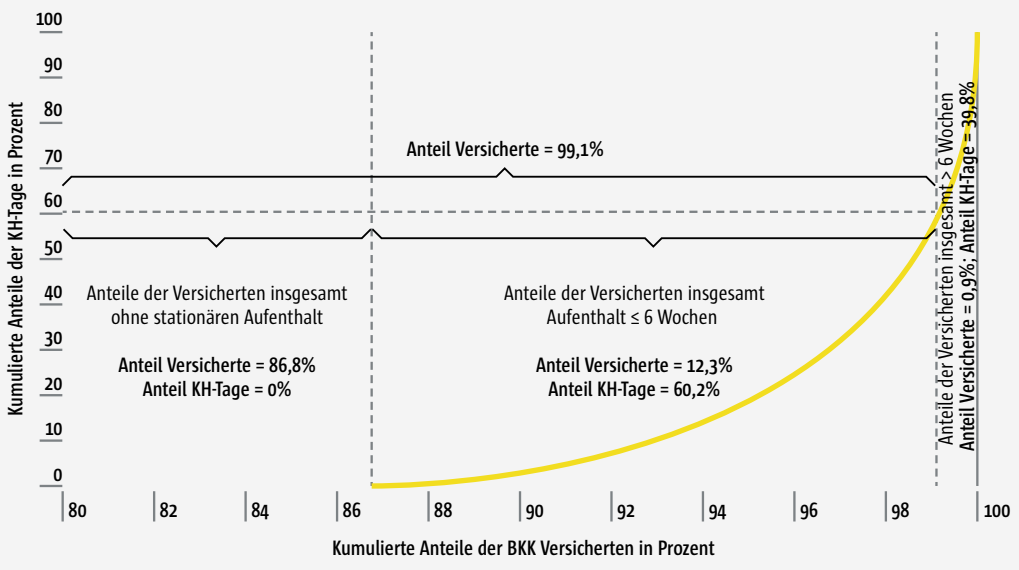


Diagramm 1.23 Stationäre Versorgung – Verteilung der KH-Tage auf BKK Versicherte (Berichtsjahr 2014)



Betrachtet man die Krankenhausfälle und dabei entstandene Aufenthaltszeiten mit Bezug zur Grundgesamtheit aller BKK Versicherten, so wird ersichtlich, dass von diesen mit 86,8% die weitaus meisten ohne Kontakt zur stationären Versorgung blieben (»»» Tabelle 1.4). Für weitere 9,4% der Versicherten wurden ein Aufenthalt, für 2,3% zwei Aufenthalte

sowie für 1,5% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert.

»»» Diagramm 1.23 zeigt darüber hinaus die Verteilung der Krankenhaustage (hier in kumulierter Form) auf die BKK Versicherten. Die schon erwähnten 86,8% der Versicherten ohne Aufenthalt haben entsprechend keinen Anteil an den KH-Tagen, wei-

tere 7,5% der BKK Versicherten insgesamt sind nur bis zu einer Woche in stationärer Behandlung gewesen und 4,8% der Versicherten sind insgesamt zwischen einer und sechs Wochen stationär behandelt worden. Addiert sind somit 99,1% der Versicherten weniger als sechs Wochen in stationärer Behandlung gewesen. Auf diese Personen entfallen 60,2% der Krankenhaustage. Daraus folgt, dass die restlichen 0,9% der Versicherten insgesamt fast 40% aller Krankenhaustage auf sich vereinigen.

Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

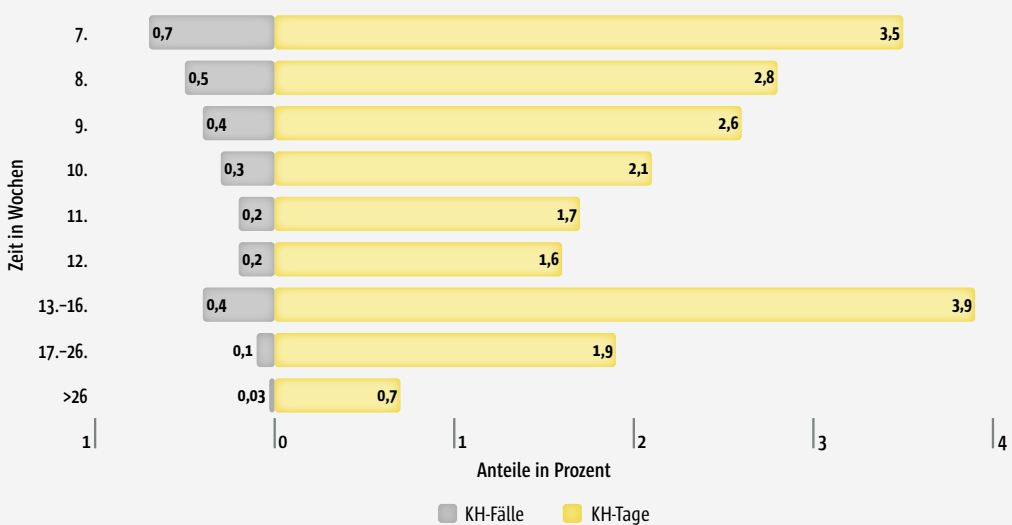
Von den Langzeitbehandlungen mit mehr als sechs Wochen sind die meisten Fälle innerhalb der siebten Woche beendet, die Fallzahlen nehmen darüber hinaus sukzessiv mit steigender Länge ab (» Diagramm 1.24). Im Jahr 2014 waren etwa zwei Drittel aller Langzeitaufenthalte bis zur zehnten Woche beendet. Entsprechend nehmen auch die Anteile an der Summe aller Krankenhaustage ab. Die Langzeitfälle dauerten dem gemäß im Durchschnitt 67,4 Tage.

Dabei sind die meisten Langzeitfälle aufgrund von psychischen Störungen erfolgt (» Diagramm 1.25):

57,7% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer sind darauf zurückzuführen (die entsprechend mit 58,3% auch den Großteil der Langzeitbehandlungstage auf sich vereinigen). Die weiteren Diagnosehauptgruppen haben deutlich geringere Anteile, den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,8% der Langzeitfälle und 11,1% der Langzeitbehandlungstage aus. Im Vergleich zu den Anteilen der Diagnosehauptgruppen an der Gesamtzahl aller Krankenhaustage wird deutlich, wie unverkennbar die Gruppe der psychischen Störungen von allen anderen Diagnosehauptgruppen abweicht: Während der durchschnittliche Anteil von Langzeitfällen an allen stationären Fällen etwa 2,8% beträgt, ist bei den psychischen Störungen mit 21,6% mehr als jeder fünfte stationäre Fall eine Langzeitbehandlung.

Wie auch schon in den vorherigen Kapitelabschnitten deutlich wird, stechen die psychischen Störungen gegenüber anderen Diagnosegruppen heraus: Bei psychischen Leiden sind sowohl im Rahmen der ambulanten als auch in der stationären Versorgung große Steigerungsraten in den letzten Jahren zu verzeichnen, hiermit sind zudem sowohl Langzeitausfälle bei der Arbeitsfähigkeit sowie deutlich häufiger stationäre Langzeitbehand-

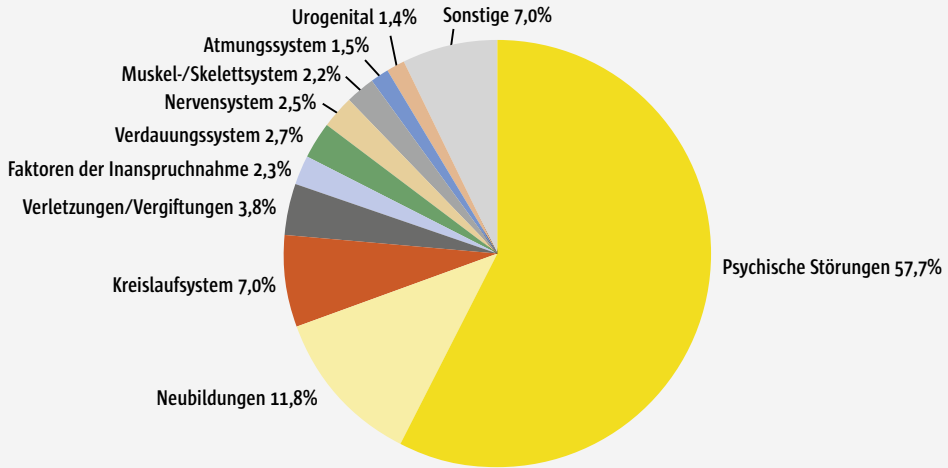
Diagramm 1.24 Stationäre Versorgung – Langzeitbehandlungen (> 6 Wochen) der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2014)



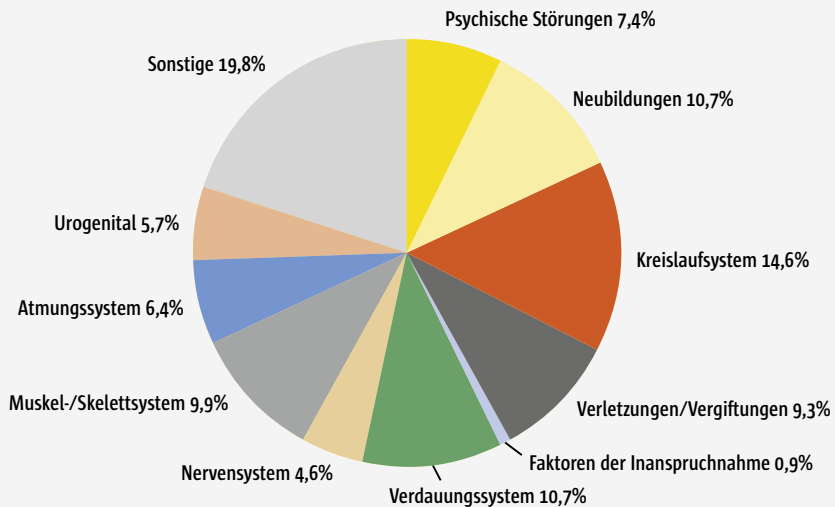
lungen zu verzeichnen. Andere Erkrankungen, z.B. bezüglich des Atmungssystems aber auch die Muskel- und Skeletterkrankungen, sind beim AU-Geschehen und der ambulanten Versorgung sehr häufig,

aber in der stationären Versorgung, insbesondere bei Langzeitfällen, spielen diese nur eine untergeordnete Rolle.

Diagramm 1.25 KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2014)

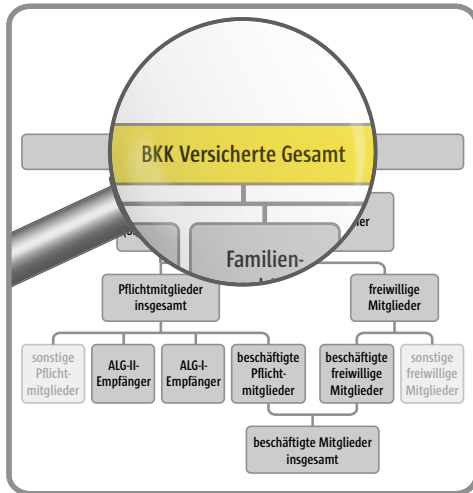


KH-Fälle > 6 Wochen



Alle KH-Fälle

## 1.4 Arzneimittelverordnungen



- Fast drei Viertel aller BKK Versicherten (74,0%) erhielten im Jahr 2014 mindestens ein Arzneimittel verordnet.
- Herz-Kreislauf-Medikamente stellen mit einem Viertel aller Einzelverordnungen und fast der Hälfte aller verordneten Tagesdosen die bedeutendste Medikamentengruppe dar.

Neben dem AU-Geschehen sowie der ambulanten und stationären Versorgung sollen in diesem Kapitel abschließend die Verordnungsdaten für Arzneimittel das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen ergänzen. Wie auch bei den beiden vorhergehenden Kapiteln werden hier alle BKK Versicherten insgesamt in den Blick genommen. Somit werden hier auch Arzneimittelverordnungen von Erkrankungen betrachtet, die nicht oder nur in geringem Maße mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Zudem wird aber auch der Blick über die Personen im erwerbsfähigen Alter hinaus erweitert, da zum Beispiel auch Kinder und Rentner in die Auswertungen einbezogen werden. Die Medikamentenverordnungen werden anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation

(ATC-Klassifikation) gruppiert (» Anhang B). Dieses Klassifikationssystem ordnet Arzneistoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie anhand anatomischer Kriterien. Die Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen zusammengefasst.

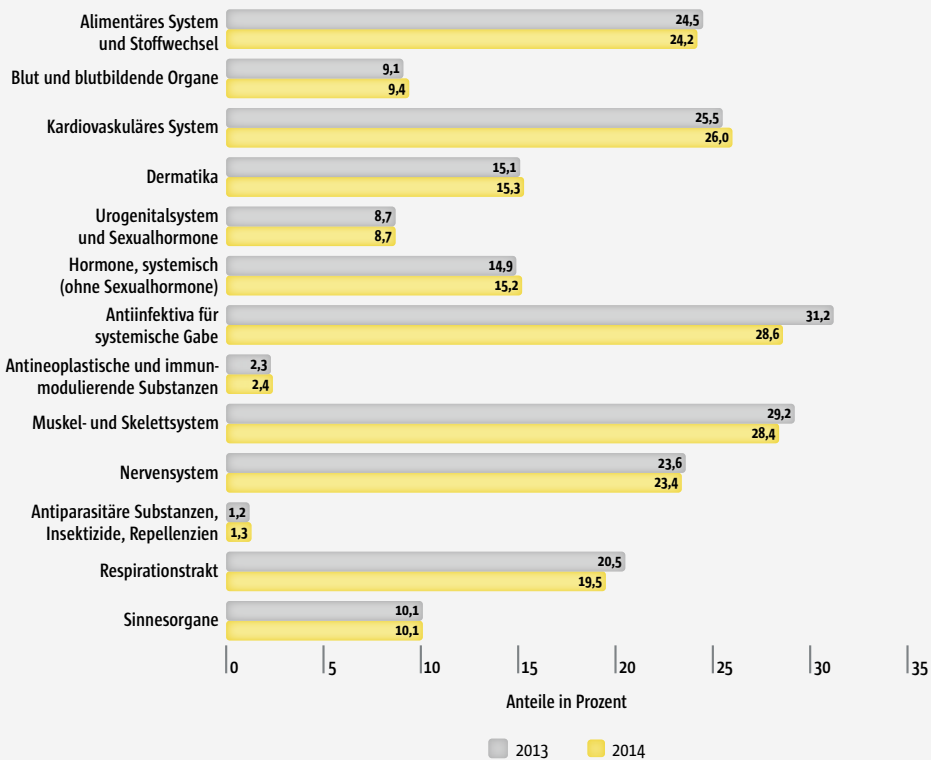
Insgesamt sind im Jahr 2014 68,5 Mio. Einzelverordnungen (EVO) an rund 9,1 Mio. BKK Versicherte vergeben worden. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,5 EVO und 462 definierten Tagesdosen (DDD) je BKK Versichertem. Knapp drei Viertel (74,0%) aller BKK Versicherten haben demnach im Jahr 2014 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert (74,9%).

» Diagramm 1.26 zeigt den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2014 mindestens eine Arzneimittelverordnung aus einer der 14 ATC-Gruppen erhalten haben. Die Arzneimittelgruppe, die den größten Anteil an Versicherten mit mindestens einer entsprechenden Verordnung auf sich vereint, ist die Antinfektiva für die systemische Gabe mit 28,6% aller BKK Versicherten. Dieser Wert liegt 2,6 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert, was wiederum auf die ausgebliebene Grippewelle in 2014 zurückzuführen ist. Gleiches gilt auch für Verordnungen für den Respirationstrakt, die ebenfalls einen Rückgang von 1 Prozentpunkte aufweisen. Aber auch bei Arzneimitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem ist ein leichter Rückgang um 0,8% zu verzeichnen. Alle anderen Arzneimittelgruppen bewegen sich mit minimalen Schwankungen auf dem Vorjahrsniveau.

In » Diagramm 1.27 sind die relativen Anteile der ATC-Gruppen an allen Einzelverordnungen und an der Summe der definierten Tagesdosen dargestellt. Daraus ist erkennbar, welches Verordnungsvolumen die Arzneimitteltherapie mit den jeweiligen Medikamentengruppen bei den BKK Versicherten einnimmt. Des Weiteren 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.



Diagramm 1.26 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)



Bezogen auf das Verordnungsvolumen sind die Herz-Kreislauf-Medikamente mit mehr als einem Viertel (26,2%) aller Einzelverordnungen und knapp der Hälfte (44,3%) der verordneten Tagesdosen die mit Abstand bedeutendste Medikamentengruppe. Deutlich wird aus diesen Zahlen zudem, dass mit Medikamenten dieser Gruppe vorwiegend Langzeiterkrankungen behandelt werden: Eine Einzelverordnungsbehandlung beinhaltet bei der Behandlung einer Langzeiterkrankungen im Durchschnitt auch eine höhere Anzahl an Tagesdosen. Bei den Arzneimitteln für das kardiovaskuläre System trifft dies beispielsweise für Mittel gegen Bluthochdruck (Antihypertonika), Mittel zur Behandlung der Herzschwäche und lipidsenkende Präparate als die am meisten verschriebenen Medikamente dieser Gruppe zu.

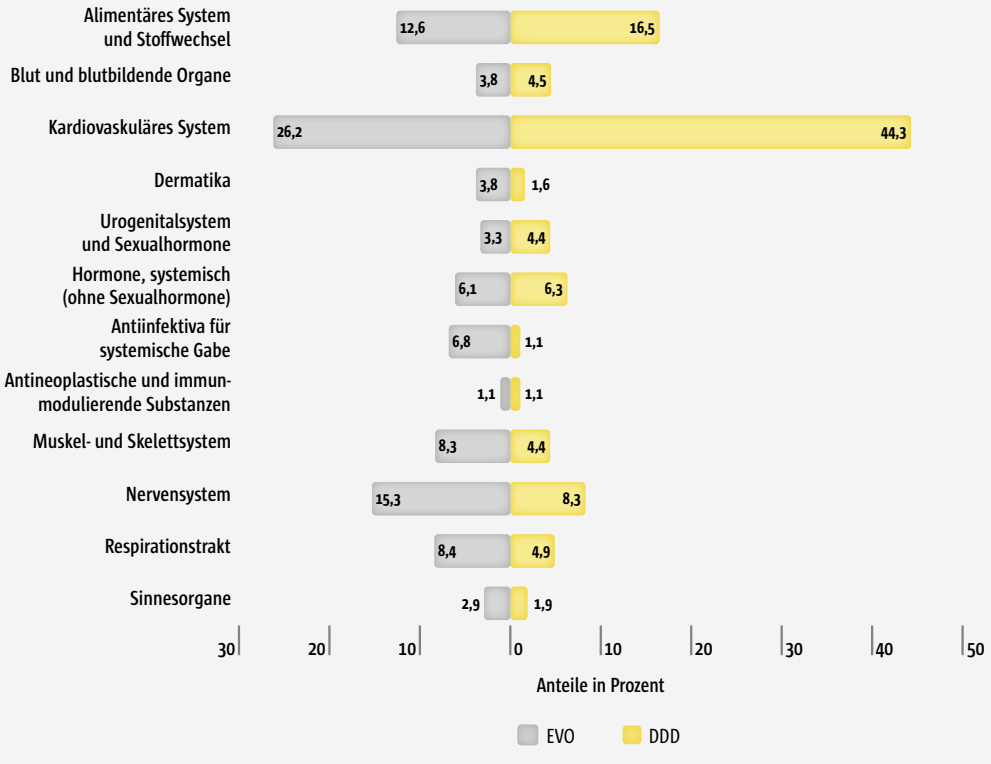
Ähnlich verhält es sich mit den Medikamenten für das alimentäre System und bei Stoffwechselerkrankungen. Diese verursachen mit 12,6% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und stellen 16,5% aller Tagesdosen. Auch hier sind Langzeiterkrankun-

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

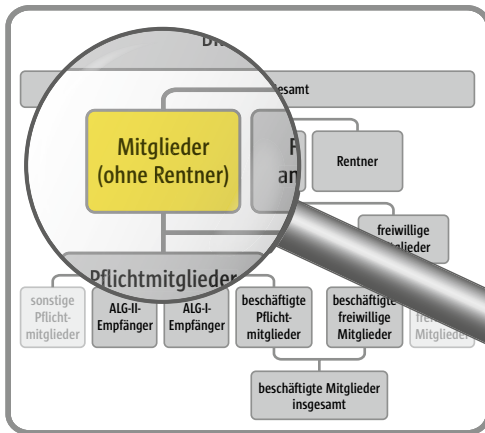
Arzneien, die auf das Nervensystem wirken, machen 15,3% aller Einzelverordnungen und 8,3% der Tagesdosen aus. Einerseits beinhaltet diese Kategorie Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva und Antipsychotika), die häufig über einen längeren Zeitraum eingenommen werden und auch häufig durch Langzeiterkrankungen bedingt sind. Diese ATC-Gruppe umfasst aber auch Schmerzmittel, die häufig eher zur Kurzzeitmedikation bei akuten Schmerzzuständen verschrieben werden.

Auf das Muskel- und Skelettsystem wirkende Arzneimittel haben mit 8,3% aller Einzelverordnungen und 4,4% aller Tagesdosen ebenfalls einen bedeutsamen Anteil am Verordnungsvolumen der BKK Versicherten. Hier nehmen Wirkstoffe zur Behandlung der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises den größten Anteil bei den Einzelverordnungen und Tagesdosen ein.

Diagramm 1.27 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2014)



Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

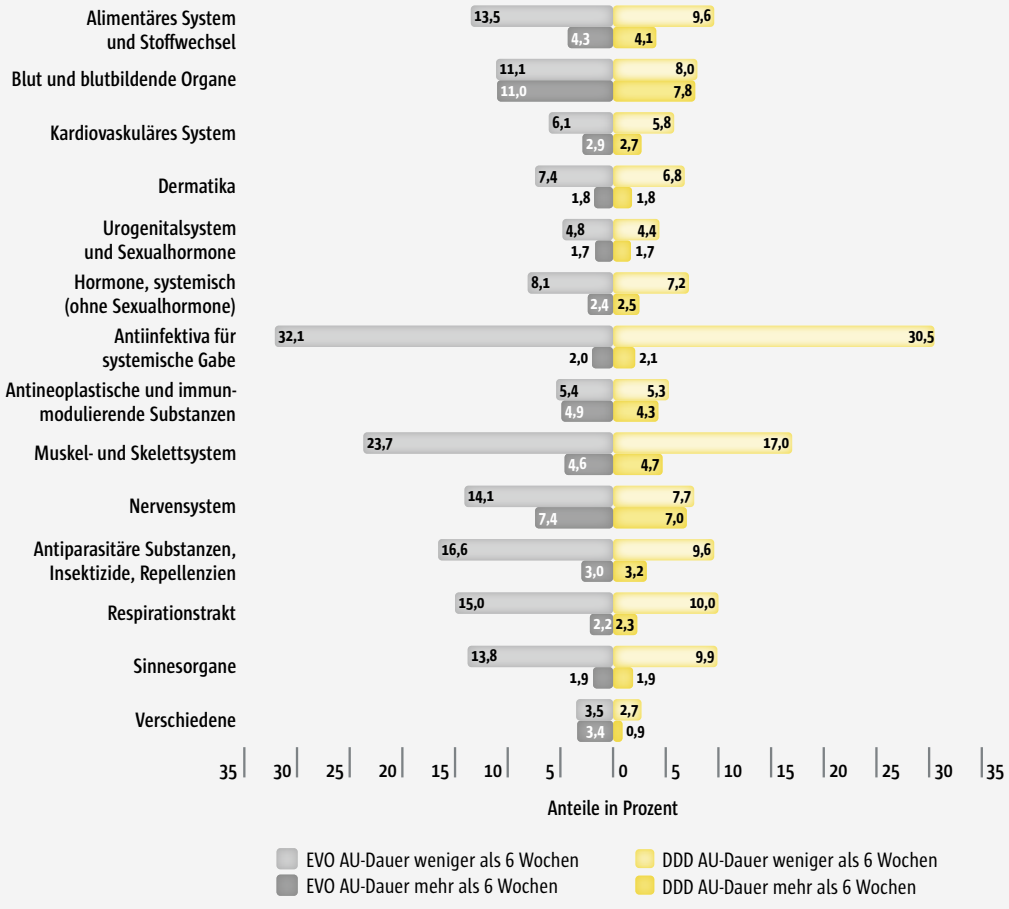


Die Mehrheit der Arzneimittelverordnungen steht meist nicht direkt mit einer Arbeitsunfähigkeit im

Zusammenhang. Bei den Mitgliedern ohne Rentner liegen die Anteile der Einzelverordnungen, die nicht mit einem AU-Fall in Zusammenhang stehen, zwischen 65,9% (Antiiinfektiva für die systemische Gabe) und 93,5% (Urogenitalsystem und Sexualhormone). Im Folgenden werden nun die Anteile der EVO und der DDD betrachtet, die während einer Arbeitsunfähigkeit insbesondere während einer Langzeiterkrankung (AU-Dauer mehr als 6 Wochen) verordnet worden sind.

In Diagramm 1.28 sind die Anteile der Arzneimittelverordnungen während einer Arbeitsunfähigkeit für die Mitglieder ohne Rentner dargestellt. Unterschieden wird hierbei zwischen denjenigen, deren AU-Dauer unter 6 Wochen bzw. über 6 Wochen (den Langzeiterkrankten) liegt. Deutlich wird zunächst, dass die Anteile der Arzneimittelverordnungen für eine AU-Dauer von weniger als 6 Wochen in der Regel höher sind als die für AU-Fälle mit mehr als 6 Wochen Dauer. Besonders auffällig ist dies bei der Gruppe der Antiiinfektiva für die systemische Gabe, die

Diagramm 1.28 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der Mitglieder ohne Rentner mit AU-Fall nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und AU-Dauer (Berichtsjahr 2014)



in der Mehrzahl der Fälle bei akuten und kurzzeitigen Infekten, wie z.B. einer klassischen Erkältung, eingesetzt werden. Ein im Verhältnis ähnliches Bild zeigt sich auch bei den ATC-Hauptgruppen Respirationstrakt (ebenfalls häufig bei Erkältungskrankheiten eingesetzt) und Sinnesorgane (z. B. Augentropfen).

Relativ hohe Anteile an Verordnungen bei AU-Fällen von mehr als 6 Wochen zeigen sich z. B. bei den Wirkstoffgruppen Blut und blutbildende Organe sowie Nervensystem. Letztere Gruppe ist v. a. deshalb interessant, da sich hierunter – wie bereits beschrieben – auch Schmerzmittel befinden, die für eine kurzzeitige Behandlung akuter Schmerzzustände eingesetzt werden. Zu vermuten ist aber, dass ein Großteil der Verordnungen in dieser Gruppe den Psychopharmaka zuzuschreiben ist. Detaillierte Be-

trachtungen zu den therapeutischen Untergruppen sind in [Kapitel 2.4](#) zu finden.

Einschränkend muss hier allerdings festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Arzneimittelverordnungen nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergeht. Dafür sind mehrere Gründe anzuführen. Eine Vielzahl v. a. chronischer Erkrankungen führt in der Regel nicht oder nur selten zu einer Arbeitsunfähigkeit. So ist ein gut eingestellter Diabetiker, der sich regelmäßig selbst Insulin verabreicht, nicht in solchem Maß in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, dass er nicht seiner Beschäftigung nachgehen kann. Des Weiteren wird bei dieser Betrachtung die Gruppe der Rentner nicht einbezogen, auf die ein Großteil der Arzneimittelverordnungen auch im Bereich der Langzeitmedikation entfällt. Dies trifft insbe-

sondere für die Gruppe der Wirkstoffe für das kardiovaskuläre System zu. Hierzu sei auf **III** Kapitel 3.4 verwiesen. Zudem gibt es auch bedeutsame Geschlechtsunterschiede z.B. bei den Kontrazeptiva,

die meist von Frauen und über eine lange Zeit eingenommen werden, aber weder zu einer Arbeitsunfähigkeit führen noch mit einer Erkrankung im eigentlichen Sinne verbunden sind.

# Politik gefragt

aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Langzeiterkrankungen“. BKK Gesundheitsreport 2015.  
ISBN 978-3-95466-231-9, urheberrechtlich geschützt

© 2015 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



## Interview mit Ministerin Diana Golze



Ministerin Diana Golze  
Ministerium für Arbeit,  
Soziales, Gesundheit, Frauen  
und Familie des Landes  
Brandenburg

© Foto: BILDHAUS. Karoline Wolf

Wie beurteilen Sie die immer stärkere Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen?

Die Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger in Brandenburg ist gestiegen. Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung stellen die medizinische Versorgung vor enorme Herausforderungen. Hinzu kommt, dass insbesondere der Betreuungsbedarf von chronisch Kranken durch Hausärzte auch vom persönlichen Umfeld abhängt. Je geringer die Unterstützung innerhalb der unmittelbaren sozialen Umgebung, umso höher die Erwartungen an die Grundversorgung.

Zum Glück werden die Menschen älter. Das ist das Resultat einer besseren Prävention und medizinischen Versorgung, die allerdings mit einer Zunahme von chronischen und Langzeiterkrankungen verbunden ist. Deshalb müssen die Aktivitäten zur Vorbeugung dieser Erkrankungen in allen Lebenswelten zielgerichtet weiter ausgebaut werden. So beteiligt sich Brandenburg gemeinsam mit Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen aktiv an der Umsetzung der Maßnahmen zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Um Betrie-

ben zusätzliche Handlungsmöglichkeiten im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aufzuzeigen, hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg eine Initiative „Gesund arbeiten in Brandenburg – Betriebliche Gesundheitspolitik stärken“ und das inhaltlich angelagerte Sozialpartnerprojekt „Netzwerk KMU – Gesundheitskompetenz für Unternehmen in Brandenburg“ gefördert. Hier wurde in mehreren Projekten modellhaft erprobt, wie insbesondere kleine und mittlere Betriebe für das Thema sensibilisiert werden können und welche Instrumente sich für die Umsetzung eignen.

Welche Probleme sind damit aktuell und in Zukunft für das Gesundheitssystem verbunden?

Gesundheit existiert leider nicht unabhängig von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten ergeben sich oftmals aus einer ungleichen Verteilung von Bildung, Arbeitslosigkeit, Einkommen und Privatvermögen. Die große Herausforderung ist aus meiner Sicht die gesundheitliche Chancengleichheit und der gerechte Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Damit Kinder gesund aufwachsen und Menschen lange gesund im Arbeitsleben stehen und schließlich möglichst gesund alt werden können, ist ein ganzheitliches Verständnis von Prävention erforderlich. Das Präventionsgesetz der Bundesregierung bringt diese erforderliche präventionspolitische Neuorientierung leider nicht. Das Grundproblem gesundheitlicher Ungleichheit als Folge von sozialer Ungleichheit wird verkürzt als Anlass genommen, Gesundheitskurse bzw. ähnliche Maßnahmen zur Verhaltensprävention in Settings zu propagieren. Das ist schade.

Für die Arbeits- und Gesundheitspolitik in Brandenburg sind alternde Belegschaften und ein zuneh-

mender Mangel an Fachkräften eine besonders große Herausforderung. Wir stellen dem eine ganzheitliche Strategie für gute Arbeit entgegen, die wir im Koalitionsvertrag für die Jahre 2014 bis 2019 wie folgt definiert haben: „Gute Arbeit: Das bedeutet anständige Bezahlung, sichere Arbeitsplätze, die Vereinbarkeit von Job und Familie, altersgerechte Arbeitsbedingungen, ein betriebliches Gesundheitsmanagement, hohe Standards beim Arbeitsschutz und eine funktionierende Sozialpartnerschaft.“ Mit der Umsetzung vielfältiger Aktivitäten in diesen Aufgabefeldern kann und muss es uns gelingen, die Betriebe attraktiv zu machen und Arbeit so zu gestalten, dass Menschen aktiv und dauerhaft am wirtschaftlichen und sozialen Leben teilhaben können.

Das ist auch dringend nötig, denn Beschäftigte im Land Brandenburg weisen im bundesweiten Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten überdurchschnittliche Werte auf. Bei einigen Krankenkassen bildet Brandenburg sogar das Schlusslicht. Hieraus resultiert ein nicht unerheblicher betriebs- und volkswirtschaftlicher Schaden, fehlen doch täglich 5% der Brandenburger Beschäftigten krankheitsbedingt. Und nicht zuletzt steht dieser Umstand gleichermaßen im Widerspruch zu den Potenzialen einer gut gestalteten Arbeit für eine hohe Wirtschaftlichkeit wie für das Halten und Gewinnen von Fachkräften.

**Welche Lösungsansätze sind hier aus Ihrer Sicht erfolgversprechend bzw. was muss in Zukunft noch getan werden?**

Für mich liegt der Schlüssel in der Kooperation, auch in der Versorgung. Den Patientinnen und Patienten

ist es egal, ob sie in eine Vertragsarztpraxis, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder ein Krankenhaus gehen, um die notwendige Behandlung zu erhalten. Entscheidend ist, dass die vorhandenen Ressourcen klug und gemeinsam eingesetzt werden, auch über die sogenannten Sektorengrenzen hinweg. Die Partner in Brandenburg machen das bereits mit guten Beispielen. Davon brauchen wir noch mehr.

Wirklich wichtig ist aus meiner Sicht auch, die Bemühungen für eine verbesserte Prävention weiter zu verstärken. Gute Erfolgchancen sehe ich z.B. in der Arbeitswelt. Diese hat sich in den letzten Jahren enorm verändert. Während körperliche Belastungen zurückgehen, üben immer mehr Beschäftigte Tätigkeiten aus, die eine hohe Aufmerksamkeit und Konzentration erfordern und die erhebliche Verantwortung für den Einzelnen mit sich bringen. Wir stellen fest, dass arbeitsbedingte psychische Belastung, hervorgerufen durch starken Termin- und Leistungsdruck, Multitasking, ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge und Arbeitsunterbrechungen, europaweit zu den wesentlichen gesundheitsgefährdenden Ursachen in der Arbeitswelt gehört. Ich begrüße daher die bereits eingeleiteten Aktivitäten zur Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastung, wie sie zum Beispiel in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie umgesetzt werden. Dies ersetzt aber keineswegs eine rechtliche Regelung in der Form einer Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch psychische Belastung bei der Arbeit. Die Bundesregierung ist also dringend gefordert, der Aufforderung des Bundesrates zum Erlass einer solchen Verordnung zu folgen. Gleiches gilt für die Modernisierung des Arbeitsstättenrechts, die ebenso auf Eis gelegt wurde.



# Interview mit Staatsministerin Melanie Huml



Staatsministerin  
Melanie Huml  
Bayerisches Staatsministerium  
für Gesundheit und Pflege

Wie beurteilen Sie die Entwicklung der immer stärkeren Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen?

Der demografische Wandel führt zu einer tiefgreifenden Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Die Geburtenrate sinkt, gleichzeitig ist die Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen. Mit dem steigenden Alter nimmt auch die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen zu. So hat sich in den vorangegangenen 30 Jahren die Zahl der Menschen mit Diabetes weltweit nahezu verdoppelt. Neben dem hohen Alter zählen Faktoren wie eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck, Rauchen und Alkoholkonsum zu den Risikofaktoren. Diabetes führt wiederum zu weiteren Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfällen, Nierenschädigungen, Gefäßleiden oder Erblindung.

Auch die absoluten Fallzahlen von Krebserkrankungen sind in den vergangenen 30 Jahren deutlich gestiegen, da Krebs oftmals im höheren Lebensalter auftritt. Neben genetischen Faktoren begünstigen vermeidbare Faktoren wie aktives und passives Rauchen, ungesunde Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und UV-Strahlung die Entstehung von Krebs.

Welche Probleme sind damit aktuell und in Zukunft im Gesundheitssystem verbunden?

Die Veränderungen durch den demografischen Wandel sind in der Gesellschaft deutlich spürbar und führen zu einer großen Belastung der Sozialsysteme. Durch die „doppelte Alterung“ geht die Gesamtbevölkerung zurück, sodass der Anteil der älteren Menschen noch stärker ins Gewicht fällt. Es gibt mehr ältere, oftmals chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen, die einem verhältnismäßig kleinen Anteil der jungen, arbeitenden Generation gegenüberstehen. Das muss mit Blick auf die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beachtet werden.

Zudem gibt es ein Verteilungsproblem der Ressourcen. So ist die Arbeit und das Leben im ländlichen Raum für viele junge Ärzte nicht so attraktiv wie in den Städten. Deshalb gibt es auf dem Land weniger Ärzte pro Einwohner als in städtischen Ballungsgebieten.

Klar ist: Im Mittelpunkt der Gesundheits- und Pflegepolitik in Bayern stehen alle Menschen mit ihren Bedürfnissen. Das ist Grundvoraussetzung für eine menschliche und moderne Politik.

Welche Lösungsansätze sind aus Ihrer Sicht hierbei erfolgversprechend bzw. was muss in Zukunft noch getan werden?

Die Risikofaktoren für die meisten chronischen Krankheiten sind beeinflussbar. Sie können verringert oder vermieden werden. Schwerpunkt meiner Politik sind deshalb Gesundheitsförderung und Prävention. In meiner Regierungserklärung am 19. Mai dieses Jahres habe ich den bayerischen Präventionsplan vorgestellt, der die gesamte Gesellschaft mobilisieren soll. Alle Menschen sollen in ihren Lebenswelten erreicht werden – also in der Familie, in der Schule oder am Arbeitsplatz.

Die Mitwirkung des Einzelnen spielt im Sinne von Verantwortungsbewusstsein für einen gesunden Lebensstil eine wichtige Rolle. Aufklärung der Bevölkerung und Schulungen Betroffener helfen dabei, diese Kompetenz zu stärken. Da sich eine frühzeitige Diagnose positiv auf die Prognose auswirkt und Folgeerkrankungen oftmals vermieden werden können, sind auch Früherkennungsmaßnahmen bedeutsam. Daher möchte ich entsprechende Früherkennungsmaßnahmen für Diabetes mellitus fördern und die Kinder- und Jugenduntersuchungen stärken.

Auch finde ich es besonders wichtig, die Datengrundlagen zu chronischen Krankheiten wie Krebs oder Diabetes zu verbessern. Basierend darauf kann die Versorgungsforschung Handlungsoptionen definieren. Im Jahr 2013 gab es deshalb einen bayerischen Krebsbericht, im Jahr 2014 einen Diabetesbericht. Und heuer habe ich Mitte Juni den ersten bayerischen Kindergesundheitsbericht vorgestellt.

Um passgenaue Lösungen für die regionalspezifischen Herausforderungen anbieten zu können, habe ich das Programm Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> ins Leben gerufen. Diese Netzwerke setzen sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kommunalpolitik sowie aus weiteren Akteuren zusammen, die für die Gesundheitsversorgung und Prävention bedeutsam

sind. Es ist mir generell wichtig, für die Gesundheit relevante Strukturen auf allen Ebenen zu vernetzen und den Bürgern einen leichten Zugang zu diesen zu ermöglichen.

Um das Verteilungsproblem anzugehen und mehr Ärzte aufs Land zu bringen, habe ich neben unserem erfolgreichen Förderprogramm einen runden Tisch „Ärztelnachwuchs in Bayern“ ins Leben gerufen, mit dem ich gemeinsam einen Aktionsplan entwickle. Außerdem möchte ich auf Bundesebene erreichen, dass im Rahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 mehr Studienplätze angeboten werden, die aufgrund sozialer und medizinisch-pflegerischer Kompetenzen der Bewerber verteilt werden.

Natürlich ist die Pflege ebenfalls vom demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel betroffen. Daher habe ich bereits zu Beginn meiner Amtszeit dafür gesorgt, dass der Personalschlüssel angehoben wird. Ich setze mich ferner für die Einführung einer Ausbildungsumlage sowie für die Einrichtung pflegewissenschaftlicher Studiengänge an bayerischen Universitäten ein, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Der Einsatz innovativer Versorgungskonzepte und von Digitalisierung in der pflegerischen Betreuung kann helfen, den Arbeitsalltag der Pflegekräfte zu erleichtern und ihnen mehr Zeit für menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten zu geben.

## Interview mit Maria Klein-Schmeink MdB



Maria Klein-Schmeink MdB  
Sprecherin für Gesundheitspolitik; Mitglied des Gesundheitsausschusses  
Bundestagsfraktion Bündnis 90/  
Die Grünen

### Die Entwicklung der immer stärkeren Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen

Chronische Krankheiten beeinträchtigen immer mehr Menschen. Nicht nur der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung erhöht sich, auch die Häufigkeit der Langzeiterkrankungen steigt mit zunehmendem Alter. Bei den über 65-Jährigen leiden sogar die Hälfte aller Bürgerinnen und Bürger an mindestens einer chronischen Krankheit. Die sogenannten „Volkskrankheiten“ wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Atemwegsbeschwerden und Muskel-Skelett-Erkrankungen stehen meist im Mittelpunkt, aber nicht zu vergessen sind auch die zahlreichen Patientinnen und Patienten, die mit dem Schicksal einer Krebserkrankung zu kämpfen haben. Vielen Menschen ist allerdings nicht bewusst, wie facettenreich das Feld der Langzeiterkrankungen ist und dass auch psychische Erkrankungen dazu zählen können.

### Probleme im Gesundheitssystem – aktuell und in Zukunft

Schon jetzt ist der Druck auf die Versorgungsstrukturen enorm. Gesetzlich versicherte Personen müssen teilweise wochenlang auf einen Facharzttermin war-

ten oder finden in manchen ländlichen Regionen gar keinen Arzt mehr. Die Aufklärung ist oft unzureichend und zudem treten Abstimmungsprobleme zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten immer häufiger und deutlicher zutage.

Wer im Gesundheitsbereich tätig ist, sieht sich zudem einer hohen Belastung ausgesetzt. Durch den erheblichen Personalabbau der letzten Jahre steigt insbesondere für Pflegekräfte die Arbeitsbelastung immer mehr. Sie haben immer weniger Zeit, sich um die Patientinnen und Patienten zu kümmern. Vermehrte Stürze und größere Sterblichkeit werden z.B. mit der unzureichenden Personalausstattung assoziiert. Die unzureichende Personalausstattung gefährdet Patientinnen und Patienten und führt zu schlechten Arbeitsbedingungen. An Beschäftigte in Pflegeberufen werden überdurchschnittlich hohe psychische und physische Anforderungen gestellt.

Diese Probleme werden sich mit einer noch älteren Bevölkerung und damit noch mehr chronisch Erkrankten intensivieren. Hier zeigt sich, dass in der Prävention von Neuerkrankungen noch sehr viel Luft nach oben ist.

Auch Kinder und Jugendliche leiden immer öfter unter Krankheiten, die nicht heilen. Wie die KiGGS Folgeerhebung (RKI 2014) zeigte, steigt die Prävalenz chronischer Erkrankungen bei dieser Altersgruppe. Den Ergebnissen nach leidet jedes sechste Kind im Alter von 0 bis 17 Jahren an einer chronischen bzw. Langzeiterkrankung. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss stärker geschützt und gefördert werden. Ganz besonders wichtig ist dabei, dass Kinder aller sozialen Lagen und Bildungsschichten erreicht werden. Im derzeitigen Gesundheitssystem kommen diese durch unangepasste Universallösungen zu kurz. Gleiches gilt für Familien mit Migrationshintergrund.

Ein gravierendes Krankheitsfeld ist seelisches Leiden, denn eine außerordentlich hohe Anzahl in der Bevölkerung ist von psychischen Erkrankungen

betroffen. Anstatt eines vielfächerten Angebots an individuellen Lösungen werden psychische Krankheiten oft nicht erkannt und falsch behandelt – und so werden sie chronisch.

### Lösungsansätze

Wie können wir unser Gesundheitssystem für diese Entwicklung wappnen?

Der Blick darf sich nicht bloß auf die Krankheitsbehandlung verengen. Wir wollen weg vom Gesundheitswesen als bloßem Reparaturbetrieb, hin zu einem Gesundheitswesen mit mehr Prävention und Gesundheitsförderung. Informations- und Aufklärungsarbeit brauchen wir von Kindesalter an, vor Ort und für alle zugänglich. Weiterhin gilt: Wer sich gesund ernährt und viel bewegt, kann selbst dazu beitragen, seine Gesundheit zu stärken und das Risiko für vielerlei Krankheiten zu senken. Ein bedeutender Ansatzpunkt ist beispielsweise die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und die Einbeziehung von Faktoren der Frauen- sowie auch Männergesundheit.

Auch der Rehabilitation, ambulant und wohnortnah sowie – da wo sinnvoll – stationär, kommt in Zukunft eine große Bedeutung zu. Darauf ist unser in Sektoren und unterschiedliche Kostenträgerschaften zergliedertes Gesundheitswesen nicht ausreichend vorbereitet. Prävention, Rehabilitation, Pflege und medizinische Behandlung müssen für die Zu-

kunft stärker als heute miteinander vernetzt gedacht und quartiersnah und zugehend ausgestaltet werden. Wir brauchen eine Konzeption der Primärversorgung, die über die Vorstellung eines einzeln tätigen Hausarztes hinausgeht.

Wir wollen eine bessere Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern fördern und auch erreichen, dass sich insbesondere in ländlichen Räumen Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung beteiligen dürfen oder dass dort Gesundheitszentren mit multiprofessionellen Teams entstehen, die eng mit Krankenhäusern der Maximalversorgung zusammenarbeiten. Darüber hinaus brauchen wir eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und deren Aufwertung. Dies gilt nicht nur für den ambulanten Sektor, sondern auch für unsere Krankenhäuser. Zusätzlich zu einer ausreichenden Personalausstattung sind auch motivierende Arbeitsbedingungen und -zeiten sowie teamorientierte Organisationsstrukturen wichtige Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Und zu guter Letzt wollen wir den Kommunen ermöglichen, eine größere Verantwortung für die Gesundheitsversorgung vor Ort zu übernehmen.

Wir brauchen ein gerechtes Gesundheitssystem, das allen Menschen – unabhängig von Geschlecht, Alter, Wohnort oder Einkommen – eine lückenlose und bestmögliche Versorgung garantiert. Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten müssen dabei stets im Mittelpunkt stehen. Ein Umdenken in vielen Fragen der Gesundheitspolitik ist aus diesen Gründen unumgänglich.

# Interview mit Professor Karl Lauterbach MdB



Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard)  
Karl Lauterbach MdB  
Stellvertretender Vorsitzender  
der SPD-Bundestagsfraktion

Wie beurteilen Sie die Entwicklung der immer stärkeren Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen?

Die Veränderung des Krankheitsspektrums zu mehr chronischen und Langzeiterkrankungen hat im Wesentlichen zwei Ursachen. Zum einen den demographischen Wandel, die Zahl der über 65-Jährigen wird in den nächsten 20 Jahren um 25% steigen, die Zahl der über 80-Jährigen sogar um über 50%. Dazu kommt, dass die große Geburtskohorte der sogenannten Babyboomer, also der zwischen 1950 bis 1970 Geborenen, das sind rund 25 Millionen Menschen in Deutschland, ins Rentenalter eintreten. Die zweite wesentliche Ursache ist der medizinische Fortschritt. Uns gelingt es immer besser, gerade ältere Menschen mit mehreren Krankheiten, die in der Vergangenheit einzeln tödlich gewesen wären, zu behandeln, sodass sie überleben und eine neue Krankheit entwickeln können. Zugespitzt formuliert: Nur derjenige, der den schweren Herzinfarkt überlebt, kann den Krebs noch bekommen. Schon heute liegt das Krebsrisiko für jeden bei etwa eins zu eins. Daher wird der Krebs in wenigen Jahren Herz-Kreislauf-Erkrankungen als häufigste Todesursache ablösen. Dazu kommt, dass Krebserkrankungen oft sehr langwierig sind. Ist der Krebs im Ursprungsorgan besiegt, tritt er oft durch die Metastasenbildung in

einem anderen Organ auf, wo er dann wieder Metastasen bildet.

Weitere wichtige Ursachen für die Zunahme chronischer und Langzeiterkrankungen sind die steigende Verbreitung von Bewegungsmangel, Übergewicht und Adipositas. Sie spielen für viele chronische Erkrankungen wie bspw. die Zuckerkrankheit, aber wiederum auch bei Krebs als Ursache eine große Rolle.

Welche Probleme sind damit aktuell und in Zukunft im Gesundheitssystem verbunden?

Momentan befinden wir uns noch in der Ruhe vor dem Sturm. Aber die Zunahme der chronischen und Langzeiterkrankungen, insbesondere die rasante Entwicklung beim Krebs, stellen unser Gesundheitssystem vor große strukturelle und finanzielle Herausforderungen. Die Sektorengrenzen unseres Systems sind viel zu starr, um den bevorstehenden Andrang zu bewältigen. Die Krankenhäuser müssen untereinander besser zusammenarbeiten und viel stärker mit den niedergelassenen Ärzten verzahnt werden. Allein durch den Übergang von der klassischen Chemotherapie zur sogenannten gezielten Therapie beim Krebs wird eine Kostenlawine auf uns zurollen, die die finanzielle Stabilität unseres Systems gefährden wird.

Welche Lösungsansätze sind aus Ihrer Sicht hierbei erfolgversprechend bzw. was muss in Zukunft noch getan werden?

Vor allem muss die Vorbeugemedizin gestärkt werden. Das in diesem Jahr vom Bundestag beschlossene Präventionsgesetz ist ein wichtiger Schritt dorthin, da es die Ausgaben der GKV in diesem Bereich verdoppelt. Daneben müssen aber auch Schulen und Betriebe ihre Anstrengungen verstärken, um Bewegung und gesunde Ernährung zu fördern und vor al-

lem das Rauchen weiter zurückzudrängen. Ebenso muss dem drohenden Hausarztmangel begegnet werden. Hausärzte sind diejenigen Ärzte, die häufig

die gleichen Patienten sehen und diese bei Fragen zu präventiven Lebensstilen besonders gut beraten können.

## Interview mit Maria Michalk MdB



© Foto: Deutscher Bundestag

Maria Michalk MdB  
Gesundheitspolitische Sprecherin  
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Wie beurteilen Sie die Entwicklung der immer stärkeren Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen?

Die gute Nachricht ist zuallererst: Die Menschen leben länger. Der medizinische Fortschritt, aber auch unser hervorragendes Gesundheitssystem haben es möglich gemacht, dass viele Erkrankungen, die noch vor wenigen Jahren unausweichlich zum Tod geführt haben, heute behandelbar sind. Auf der anderen Seite stelle ich fest, dass immer mehr Menschen chronisch krank werden. Das, obwohl wir seit vielen Jahren einen starken Fokus auf eine gute gesundheitliche Aufklärung gelegt haben. Leider ist es die in vielen Fällen ungesunde Lebensweise, die heute noch unzählige Menschen krank macht. Da müssen wir uns vielleicht auch ein Stück weit die Kritik gefallen lassen, dass die bisherige Aufklärung nicht ausreichend war. Das wollen wir aber mit dem Präventionsgesetz, das wir bald auf den Weg bringen, wesentlich verbessern.

Welche Probleme sind damit aktuell und in Zukunft im Gesundheitssystem verbunden?

Menschen, die chronisch krank sind, gehen mindestens einmal pro Quartal und das für mindestens ein

Jahr zum Arzt. Dort sollen sie dann die für sie bestmögliche Behandlung bekommen. Deshalb haben wir insbesondere für koronare Herzerkrankungen, COPD, Asthma und Diabetes mellitus Disease-Management-Programme eingeführt. Das ist die richtige Antwort auf die Herausforderung der steigenden Ausgaben im Bereich der chronischen Erkrankungen. Aber nochmal: Viel wichtiger ist es, schon dort anzusetzen und auch Geld anzupacken, wo es um eine verständliche Prävention und die Vermeidung solcher Erkrankungen geht, die in vielen Fällen nicht sein müssen.

Welche Lösungsansätze sind aus Ihrer Sicht hierbei erfolgversprechend bzw. was muss in Zukunft noch getan werden?

Prävention geht jeden etwas an und beginnt im Alltag. Mehr Bewegung und gesundes Essen sind die Schlüssel zu Gesundheit. Aber auch die Erhöhung der Impfquoten, die betriebliche Gesundheitsförderung und bessere Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen stehen im Fokus. Der Richtwert für Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention wird von 3,09 auf sieben Euro erhöht, wovon zwei Euro pro Versichertem für die betriebliche Gesundheitsförderung auszugeben sind. Parallel dazu sollen auch diejenigen Versicherten, die nicht in einem Betrieb beschäftigt sind, von den Präventionsmaßnahmen profitieren. Dafür stehen künftig ebenfalls zwei Euro pro Versichertem zur Verfügung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt die Kassen künftig bei der Frage, wie die Qualität der Maßnahmen evaluiert und weiterentwickelt werden kann. Wichtig ist uns, dass die Versicherten sich auf die Qualität der Angebote verlassen können. Deshalb werden sie nach einheitlichen Kriterien zertifiziert und eine Übersicht über die unterschiedlichen Angebote im Internet bereitgestellt. Ich glaube, mit dem Präventionsgesetz gehen wir einen gro-

ßen Schritt in die richtige Richtung. Prävention ist in einer immer älter werdenden Gesellschaft eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das wollen wir nicht durch Zwang, sondern durch Aufklärung und Belohnung erreichen.



## Interview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks



Senatorin Cornelia  
Prüfer-Storcks  
Behörde für Gesundheit und  
Verbraucherschutz Hamburg

Wie beurteilen Sie die Entwicklung der stärkeren Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen?

Das Spektrum der Krankheiten in Deutschland hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in der Tat recht stark von den akuten zu den chronischen Krankheiten verschoben. Zu den häufigsten chronischen Krankheiten zählen dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen. In Deutschland entfallen auf diese Krankheiten drei Viertel der Todesfälle und rund ein Viertel der Krankheitskosten.

Beim Blick auf diese Zahlen müssen wir aber auch die demografische Entwicklung im Blick haben. Denn ab einem Alter von 65 Jahren sind, laut Robert Koch-Institut, mehr als die Hälfte aller Menschen an mindestens einer chronischen Krankheit erkrankt, mehr als drei Viertel aller Gesundheitsstörungen im Alter verlaufen chronisch.

Die Zahlen sagen allerdings noch nichts über das subjektive Befinden älterer Menschen aus: In Hamburg beispielsweise hat die überwiegende Zahl der älteren Menschen bei einer Befragung angegeben, dass sie mit ihrer Gesundheit zufrieden ist.

Aber chronische Erkrankungen nehmen auch bei Kindern und Jugendlichen weltweit stetig zu, während akute Erkrankungen, z.B. dank der Impfungen, zurückgehen. Vor allem in den Industrienatio-

nen ist zu beobachten, dass chronische Erkrankungen, wie Asthma und Neurodermitis, bei Kindern und Jugendlichen häufiger auftreten. Bei diesen genetisch determinierten Überempfindlichkeitsreaktionen spielen sicherlich auch kaum persönlich zu beeinflussende Umweltfaktoren eine Rolle.

Was wir bei alledem nicht vergessen dürfen ist, dass auch die heutigen besseren Behandlungsmöglichkeiten zum Anstieg der Prävalenz chronischer Erkrankungen führen. Viele chronische Krankheiten, wie z.B. Stoffwechsel- oder Krebserkrankungen, die noch vor wenigen Jahrzehnten den frühen Tod bedeutet haben, können heute erfolgreich behandelt werden.

Welche Probleme sind mit der Zunahme aktuell und in Zukunft im Gesundheitswesen verbunden?

Die Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen in den verschiedenen Altersgruppen stellt uns alle, Gesundheitswesen, Gesellschaft und Politik, vor Herausforderungen. Bei einer steigenden Lebenserwartung erhöht sich für jeden Menschen auch das Risiko, chronisch zu erkranken. Meist nehmen diese Krankheiten auch in ihrem Schweregrad mit dem Alter zu. Das Nebeneinander verschiedener Krankheiten beim älteren Menschen, die Multimorbidität, ist bekannt. Diabetes, hoher Blutdruck, die große Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch onkologische Erkrankungen wären hier beispielhaft zu nennen.

Unabhängig vom Alter leiden gerade chronisch Kranke ganz besonders unter unserer sektorierten, nicht abgestimmten Versorgung. Für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik heißt das: Wir müssen durch wirksame Prävention und Gesundheitsförderung chronischen Erkrankungen vorbeugen oder sie zumindest hinauszögern. Und integrierte Versorgung muss vom Experimentierfeld zum Regelangebot werden.

Welche Lösungsansätze sind aus ihrer Sicht hierbei erfolgsversprechend bzw. was muss in Zukunft noch getan werden?

Unsere Gesundheit lässt sich auf vielfältige Weise positiv bis ins hohe Alter beeinflussen. Studien belegen, dass durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention Krankheiten bestenfalls vermieden, aber zumindest hinausgezögert und ihre Folgen abgemildert werden können. Bei Diabetes mellitus besteht beispielsweise die Möglichkeit, durch eine gute Einstellung des Blutzuckers und eine gesunde Lebensweise die Folgen zu mildern und so ein normales Leben führen zu können.

Neben den verhaltenspräventiven Maßnahmen, die den Lebensstil der Menschen beeinflussen, sind allerdings auch verhältnispräventive Maßnahmen notwendig. Auch die WHO hat in ihrem globalen Aktionsplan gegen nicht übertragbare Krankheiten verhältnispräventive Maßnahmen empfohlen.

Was mir dabei wichtig ist: Wir müssen wegkommen von der bisherigen Förderung von Einzelprojekten hin zu Strukturlösungen, die einen gesunden Lebensstil fördern. Dazu gehören beispielsweise mehr Bewegung für Kinder in Kita und Schule, verbindliche Qualitätsstandards für die Gemeinschaftspflege oder das Verbot von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung. Das kommende Präventionsgesetz geht dazu in die richtige Richtung. Es hat die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in genau diesen Lebenswelten – wie Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen – zum Ziel. Auch durch die Stär-

kung der Ausgaben der Kranken- und der Pflegekassen für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung sollen Erkrankungsrisiken gesenkt werden.

Mit dem „Pakt für Prävention“ werden in Hamburg bereits für alle Lebensphasen gesundheitsförderliche Maßnahmen in den verschiedenen Lebenswelten empfohlen, die zu ausgewogener Ernährung, mehr Bewegung und der Verbesserung des Wohlbefindens beitragen. Auch Bewegungs- und Ernährungsprojekte in Quartieren, die niedrigschwellig verschiedene Zielgruppen über Stadtteileinrichtungen erreichen, wären hier zu nennen. Dazu gehören verständliche Gesundheitsinformationen oder leicht zugängliche Angebote von Schulungen, die Erkrankte darin unterstützen, ihr Leben mit einer chronischen Krankheit besser bewältigen zu können.

Auf solche Beispiele wollen wir aufbauen. Wir wollen Menschen mit chronischen Krankheiten durch Aufklärung, Motivation und Nutzung der sozialen Ressourcen in die Lage versetzen, möglichst selbständig die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Ein weiterer Aspekt zielt darauf ab, Betroffenen und Angehörigen so viel Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung zu vermitteln, dass sie in der Lage sind, die immer größer werdende Informationsflut zu therapeutischen Angeboten, z.B. im Internet, kritisch zu bewerten. Und schließlich erhoffe ich mir durch den Innovationsfonds einen neuen Schub für integrierte Versorgungsmodelle, die das Potenzial zur Regelversorgung haben.

# Interview mit Ministerin Barbara Steffens



© MGEPA NRW/Foto:  
Franklin Berger

Ministerin Barbara Steffens  
Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Wie beurteilen Sie die Entwicklung der immer stärkeren Zunahme von chronischen bzw. Langzeiterkrankungen?

Ein Grund liegt sicherlich in der demographischen Entwicklung. Die Menschen werden immer älter, insbesondere der Anteil der Hochbetagten, über 80-jährigen steigt deutlich an. Doch der Blick auf die Altersstatistik kann dies nicht allein erklären. Eine weitere Ursache liegt mit in der Gesellschaft des „Höher, Schneller, Weiter“, in der wir leben. Menschen aller Generationen leiden zunehmend unter stressbedingten Belastungen. Im Funktionieren in der Gesellschaft haben viele Menschen den Bezug zum eigenem Körper verloren, nehmen sich immer weniger Zeit für das, was unser höchstes Gut ist, nämlich die Gesundheit.

Der Stress für jede und jeden Einzelnen wird immer größer, das Immunsystem kann sich nicht erholen, bei Krankheit ist keine Zeit mehr für eine umfassende Ursachenanalyse, sondern es werden nur noch die Symptome kuriert. Beschleunigung und Stress bestimmen das Leben. Die Beschleunigung zieht sich durch fast alle Altersgruppen. Im Berufsleben wird Krankheit nicht als Signal des Körpers verstanden, dass er Ruhe für die Selbstregulation braucht. Nein, die Symptome einer Krankheit wer-

den möglichst schnell bekämpft, damit der Körper in kürzester Zeit wieder funktionstüchtig ist. Auch Kinder haben keine Zeit mehr, krank zu sein beziehungsweise wirklich gesund zu werden. Denn ihre Eltern müssen im Berufsleben weiter „funktionieren“. Mit einem kranken Kind zu Hause geht das nicht.

Unbestritten ist, dass andauernder Stress die Gesundheit beeinträchtigt und so zum Anstieg chronischer und lang andauernder Krankheiten beitragen kann. Ein weiterer Aspekt sind ungesunde Lebensumstände und Lebenswelten. Immer mehr Menschen leiden an den Folgen von Bewegungsmangel und Fehlernährung. Etwa weil es an Freiräumen für alltägliche Bewegung fehlt, es zu wenig Grünanlagen oder Wege gibt, die zum Spaziergehen einladen oder dazu, Besorgungen zu Fuß zu erledigen. Ganze Städte sind für Autos, aber nicht für Menschen geplant. Und der Wert gesunder Ernährung wird oft anderen vermeintlichen Notwendigkeiten des Alltags untergeordnet.

Welche Probleme sind damit aktuell und in Zukunft im Gesundheitssystem verbunden?

In unserem Gesundheitswesen zeigt sich nicht selten eine Mischung aus Über-, Unter- und Fehlversorgung. Es wird nicht konsequent vom Menschen aus gedacht – was jede oder jeder Einzelne braucht, um seine Gesundheit zu erhalten oder gesund zu werden –, sondern oft bestimmen die zu starren Strukturen des Systems über Art und Umfang der Behandlung.

Wenn die Patientinnen und Patienten nur schnell wieder funktionieren wollen, wenn die Ärzteschaft keine Zeit für Ursachenanalyse hat, dann werden wir zwar Symptome erträglicher gestalten, aber insgesamt multimorbider. Das Gesundheitssystem kann aber ein Mehr an Bedarfen bei weniger Personal nicht leisten. Wir müssen also ein stärkeres Gewicht auf Prävention und die Vermeidung von Er-

krankungen legen und müssen besser werden in der Versorgung.

Im ambulanten, stationären und pflegerischen Bereich wird zu oft lediglich geschaut, welche Versorgung jeweils innerhalb dieser Sektoren möglich ist. Ebenso wenig gibt es eine Zusammenarbeit verschiedener Kostenträger wie Kranken- und Pflegekassen. Gerade am Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung und umgekehrt produzieren wir massive Kosten – Folgekosten einer defizitären Versorgung, weil es an Zusammenarbeit, Austausch und übergreifender Kostenerstattung fehlt. Und das alles zum Nachteil der Patientinnen und Patienten. Das können wir uns angesichts steigender Versorgungsbedarfe bei gleichzeitigem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nicht mehr leisten.

**Welche Lösungsansätze sind aus Ihrer Sicht hierbei erfolgversprechend bzw. was muss in Zukunft noch getan werden?**

Um eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige Versorgung zu verwirklichen, die auch bezahlbar ist, müssen alle gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteure bereit zu Veränderungen sein und gemeinsam bestehende Versorgungsstrukturen aufbrechen. Wir müssen die Sektorengrenzen ambulant und stationär ebenso überwinden wie die Grenze zwischen Kranken- und Pflegekasse. Dann kann auch eine übergreifende Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zum Wohl der Patientinnen und Patienten etwa in regionalen Versorgungsverbänden gelingen.

Wir müssen uns aber auch darüber im Klaren sein, dass das Gesundheitswesen nicht allein das Reparatursystem für gesellschaftliche Fehlentwicklungen sein kann. Die Ursachen für die Zunahme psy-

chischer und vieler chronischer Erkrankungen können nur gesamtgesellschaftlich angegangen werden. Deshalb müssen wir überlegen, wie wir in Zukunft leben wollen. Wie können wir ein modernes Leben führen und unsere Gesundheit erhalten? Wie können wir gesunde Lebenswelten schaffen?

Denn gesundheitsfördernde Lebensumstände sind der Schlüssel zu einer Verringerung des Versorgungsbedarfs. Statt vorrangig auf Krankheit zu reagieren, muss das Engagement für die Gesunderhaltung selbstverständlicher werden. Das gilt für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im mittleren Lebensalter ebenso wie für ältere Menschen, wenn etwa durch Gesundheitsförderung der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann.

Damit Präventionsangebote erfolgreich sind, müssen sie sich an der Lebenswirklichkeit der Menschen orientieren und auch lebensphasenübergreifend wirksam sein. In Nordrhein-Westfalen gibt es beispielsweise Kindergärten, in denen gesunde Ernährung und Bewegung zum ganz normalen Alltag der Mädchen und Jungen gehören und auch in die Familien hineinwirken. So können wir durch frühzeitige Gesundheitsförderung aktuelle und spätere Bedarfe vermeiden oder reduzieren.

Ebenso wie Präventionsangebote muss auch die Versorgung „zu den Menschen kommen“. In ihrem Wohnviertel oder Dorf – in ihrem Quartier – sollen Bewohnerinnen und Bewohner mit oder ohne Unterstützungsbedarf die notwendige Hilfe, Beratung oder Behandlung bekommen oder zumindest Anlaufstellen finden, die entsprechende Angebote – zum Beispiel Fahrdienste – organisieren. Ich bin sicher: Die Zukunft liegt in einer quaternahen Versorgung, in der alle Beteiligten über Sektorengrenzen hinweg in multiprofessionellen Teams im Sinne der Patientinnen und Patienten an einem Strang ziehen.

# 2

## Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

### Einleitung

Nachdem in **III** Kapitel 1 das Krankheitsgeschehen im Überblick dargestellt wurde, widmet sich das **III** Kapitel 2 nun der Betrachtung der Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen. Adäquat zur vorhergehenden Struktur beginnt die folgende Darstellung zunächst mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Für das AU-Geschehen werden an dieser Stelle die BKK Mitglieder ohne Rentner (im Folgenden vereinfacht Mitglieder genannt) betrachtet. Somit werden, in Erweiterung des ersten Kapitels, an dieser Stelle auch die freiwilligen Mitglieder in die Auswertung einbezogen.

Im zweiten und dritten Teil dieses Kapitels folgen die Kennzahlen der ambulanten und stationären Versorgung. Diese Auswertungen basieren wiederum auf den Daten aller BKK Versicherten, die im Berichtsjahr 2014 bei einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten bzw. im Krankenhaus eine medizinische Leistung in Anspruch genommen haben. Auswertungsbasis sind dabei die jeweiligen Diagnosedaten nach ICD-10 GM, wobei an dieser Stelle auch Erkrankungen und Versichertengruppen (z.B. Rentner) berücksichtigt werden, bei denen nicht in je-

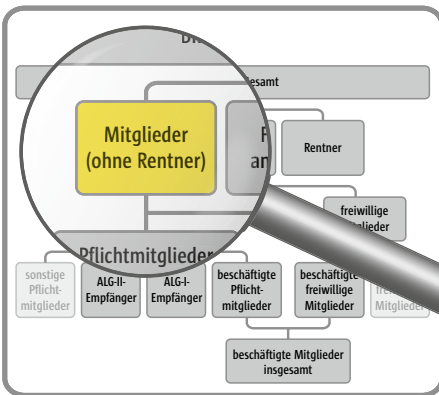
dem Fall eine Diagnose auch zu einer Arbeitsunfähigkeit führen muss.

Abschließend werden im vierten Teil dieses Kapitels die häufigsten Arzneimittelverordnungen dargestellt. Sie komplettieren das Bild zum Krankheitsgeschehen. Die Relation zwischen der Anzahl von Einzelverordnungen und den definierten Tagesdosen lässt zudem auch Rückschlüsse auf die Anwendung von Arzneimitteln im Bereich der Langzeiterkrankungen zu.

Aufgrund der Vielzahl an Diagnosegruppen bzw. Einzeldiagnosen kann im folgenden Kapitel nur ein Ausschnitt aller Ergebnisse dargestellt werden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den fünf bereits beschriebenen Krankheitsarten (Muskel-Skeletterkrankungen, psychische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neubildungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen), die auch im Kontext des diesjährigen Themenschwerpunkts von besonderer Bedeutung sind. Weitere, aus Platzgründen nicht dargestellte Auswertungen sind beim BKK Dachverband e.V. auf Anfrage erhältlich.

## 2.1 Arbeitsunfähigkeit

- Muskel- und Skeletterkrankungen stehen nach wie vor sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Mitgliedern auf Platz 1 der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit.



Auch im Jahr 2014 sind die Muskel- und Skeletterkrankungen für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage bei den Mitgliedern verantwortlich (III Tabelle 2.1). Dabei fallen sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage bei den Männern etwas höher aus als bei den Frauen. Insgesamt sind die Männer im Schnitt aber ca. 2 Tage je Fall kürzer krankgeschrieben als die Frauen. Verursacht wird dies dadurch, dass Männer im Durchschnitt zwar ca. 28% mehr AU-Fälle, aber nur ca. 15% mehr AU-Tage im Vergleich zu den Frauen aufweisen. Im Vorjahresvergleich zeigen sich nur marginale Veränderungen in Bezug auf die durchschnittliche Krankheitsdauer – bei den AU-Fällen und AU-Tagen ist jedoch ein Zuwachs von jeweils 4% zu verzeichnen.

In der Gesamtbetrachtung sind die psychischen und Verhaltensstörungen in diesem Jahr auf Platz 2 der Rangliste zu finden. Mit 38,9 AU-Tagen je Fall sind sie die Krankheitsgruppe mit der mit Abstand längsten durchschnittlichen Falldauer bei den Mitgliedern. Frauen sind hier besonders stark betroffen, weshalb diese Diagnosehauptgruppe hier auch den

Tabelle 2.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Rang	ICD-Code	Diagnosehauptgruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
			je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
<b>Männer</b>					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	225,3	4.303	19,1
2.	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen	106,3	1.924	18,1
3.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	292,9	1.922	6,6
<b>Frauen</b>					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	176,5	3.750	21,2
2.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	79,4	3.082	38,8
3.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	348,6	2.252	6,5
<b>Gesamt</b>					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	203,8	4.060	19,9
2.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	61,6	2.395	38,9
3.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	317,4	2.067	6,5

2. Platz nach den AU-Tagen einnimmt. Dabei unterscheidet sich die durchschnittliche Falldauer zwischen Männern (39,0) und Frauen (38,8) nur marginal. Allerdings weisen die Frauen im Vergleich zu den Männern insgesamt wesentlich mehr AU-Fälle (79,4 vs. 47,6 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) und AU-Tage (3.082 vs. 1.856 AU-Tage je 1.000 Mitglieder) aufgrund psychischer Störungen auf. Dies ist auch der Grund dafür, dass die psychischen Störungen bei den Männern erst auf Platz 4 in dieser Reihung zu finden sind. Bei dieser Erkrankungsart hat die durchschnittliche Falldauer im Vergleich zum Vorjahr um einen Tag je Fall abgenommen. Hintergrund ist die stärkere Zunahme der AU-Fälle (+6,6%) im Vergleich zu den AU-Tagen (+4,0%).

Die Erkrankungen des Atmungssystems haben im Vergleich zum Vorjahr zwar aufgrund der ausgebliebenen Grippewelle an Bedeutung eingebüßt, sind aber weiterhin auf dem 3. Platz in der Gesamtbetrachtung nach AU-Tagen zu finden. Sowohl bei den AU-Fällen (-32,8%) als auch bei den AU-Tagen (-26,4%) sind deutliche Rückgänge erkennbar. Die durchschnittliche Falldauer hat sich dagegen kaum verändert (2014: 6,5 Tage je Fall; 2013: 6,7 Tage je Fall). Bei den Männern sind zudem die Verletzungen und Vergiftungen auf Platz 2 zu finden. Die durchschnittliche Falldauer sank im Vergleich zu 2013 um 1,1 Tage je Fall. Haben die AU-Fälle nur um 2,3% abgenommen, so ist der Rückgang bei den AU-Tagen mit -8,8% deutlicher, was auch die gesunkene durchschnittliche Falldauer erklärt. Bei den Frauen sind die Verletzungen und Vergiftungen auf Platz 4 zu finden, wobei sich die durchschnittliche Falldauer (18,6 Tage je Fall) nur unwesentlich von der der Männer unterscheidet, allerdings die AU-Fälle und AU-Tage je 1.000 Mitglieder niedriger sind. Zu vermuten ist, dass das vermehrte Auftreten von Verletzungen und Vergiftungen bei den Männern u. a. auch mit ihrem größeren Anteil an den Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe zusammenhängt, da in diesem Wirtschaftssektor das Unfall- und Verletzungsrisiko größer ist als in dienstleistungsnahen Branchen.

- Acht der zehn häufigsten Einzeldiagnosen sind den drei für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen – psychische Störungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie Muskel- und Skeletterkrankungen – zuzuordnen.
- Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen treten die stärksten Zuwächse bei den AU-Tagen jeweils bei einer Diagnose aus dem Bereich psychischer Störungen auf.

Liefern die Rangreihen nach Diagnosehauptgruppen einen ersten Eindruck über das AU-Geschehen, so wird dieser durch einen detaillierten Blick auf Ebene der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen je 1.000 Mitglieder ohne Rentner erweitert (» Tabelle 2.2).

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind vorrangig jene Einzeldiagnosen in den Top 10 zu finden, die bereits bei den Diagnosehauptgruppen in » Tabelle 2.1 bedeutsam waren, nämlich die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen, die Atemwegserkrankungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen. Sieben der zehn genannten Einzeldiagnosen sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen identisch, wobei sich auf den ersten drei Plätzen – wenn auch in unterschiedlicher Reihung – für beide Geschlechter die gleichen Einzeldiagnosen zeigen.

Rückenschmerzen (M54) sind bei den Männern auf Platz 1 und bei den Frauen auf Platz 2 nach der Anzahl der AU-Tage zu finden. Dagegen stellt die für das AU-Geschehen bei den Frauen wichtigste Erkrankung die depressive Episode (F32) dar. Diese Erkrankung nimmt bei den Männern Rangplatz 3 ein und verursacht im Vergleich zu den Frauen ca. 65% weniger AU-Tage. Die akuten Atemwegsinfektionen (J06) nehmen bei den Männern mit durchschnittlich 738 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder zwar den 2. Platz ein, sind aber gleichzeitig im Verhältnis zu den Frauen – wo dieser Erkrankungsgrund nur den 3. Platz einnimmt – mit durchschnittlich 16% weniger Fehltagen verbunden.

Insgesamt vier der zehn wichtigsten AU-Diagnosen bei den Frauen sind der Gruppe der psychischen Störungen zuzuordnen, während dies nur auf zwei der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Männern zutrifft. Allein die Anzahl der AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) bei den Frauen übersteigt die Summe der AU-Tage bezogen auf die beiden Einzeldiagnosen aus dem Bereich der psychischen Störungen bei den Männern. Dagegen weisen Männer eine höhere Anzahl von Diagnosen im Bereich der Muskel-Skeletterkrankungen auf. Summiert man die AU-Tage für die drei Einzeldiagnosen (M54, M75 und M51) aus dieser Krankheitsgruppe auf, die sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu finden sind, so zeigt sich bei den Männern eine um ca. ein Viertel höhere Krankheitslast (Männer: 1.994 AU-Tage; Frauen: 1.575 AU-Tage je 1.000 Mitglieder). Insofern wird das Bild, was sich bereits in der Betrachtung der wichtigsten Diagnosegruppen (» Tabelle 2.1) im Vergleich zwischen den Geschlechtern gezeigt hat, bestätigt. Zusätzliche Auswertung



Tabelle 2.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Rang	ICD-Code	Einzeldiagnose	AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner
<b>Männer</b>			
1.	M54	Rückenschmerzen	1.330,9
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	738,3
3.	F32	Depressive Episode	628,7
4.	M75	Schulterläsionen	336,0
5.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	330,4
6.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	327,1
7.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	311,8
8.	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	263,2
9.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	221,2
10.	J20	Akute Bronchitis	220,1
<b>Frauen</b>			
1.	F32	Depressive Episode	1.039,1
2.	M54	Rückenschmerzen	1.033,3
3.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	852,8
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	660,5
5.	F48	Andere neurotische Störungen	344,5
6.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	320,1
7.	F33	Rezidivierende depressive Störung	311,9
8.	M75	Schulterläsionen	273,4
9.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	268,3
10.	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	266,5

gen zu Geschlechtsunterschieden sind in **III** Kapitel 3 zu finden.

Im Vorjahresvergleich zeigt sich, dass sich bis auf eine Einzeldiagnose bei den Frauen (akute Bronchitis; J20) keine Veränderungen bezüglich der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen ergeben haben. Auch hier zeigen sich die deutlichsten Veränderungen zum Vorjahr aufgrund der ausgebliebenen Grippewelle im Jahr 2014 bei den Atemwegserkrankungen – bei den

AU-Tagen ist hier eine Abnahme von einem Viertel zu beobachten. Für beide Geschlechter lässt sich der stärkste Zuwachs bei den AU-Tagen für Einzeldiagnosen aus der Gruppe der psychischen Störungen konstatieren. Mit 12% ist diese Zunahme bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) bei den Frauen am stärksten ausgeprägt. Bei den Männern sind es die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), die mit 6,5% den stärksten

Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen haben.

In den folgenden Teilen dieses Kapitels sollen die bereits eingangs erwähnten Diagnosehauptgruppen detaillierter auf Ebene der Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen betrachtet werden.

### 2.1.1 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems

- Insgesamt sind die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen in den letzten 10 Jahren um fast ein Drittel angestiegen.
- Ihr Anteil an allen AU-Tagen ist dagegen mit ca. 26% über die letzten 10 Jahre stabil geblieben, was auch durch den nahezu parallelen Anstieg der Gesamtfehlzeiten (+30,7%) begründet ist.

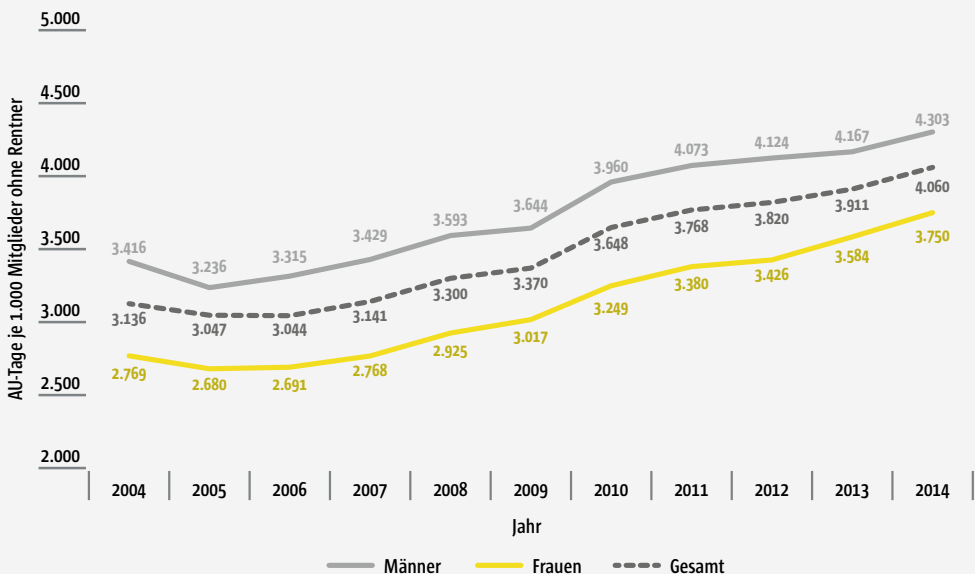
Mit einem Anteil von 26,4% im Berichtsjahr 2014 sind die Muskel- und Skeletterkrankungen nach wie vor die häufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit bei den Mitgliedern. Mit einer durchschnittlichen Falldauer von 19,9 AU-Tagen je Mitglied nehmen die Muskel- und Skeletterkrankungen nach Krankheitsdauer den 4. Platz unter den Krankheitsarten ein. In **»»** Diagramm 2.1 ist die Entwicklung der AU-Tage in den letzten zehn Jahren dargestellt. Über den gesamten Betrachtungszeitraum ist ein nahezu linearer

Anstieg der AU-Tage aufgrund dieser Erkrankungsart festzustellen. Zwischen den Jahren 2004 und 2014 stiegen diese Fehlzeiten um fast ein Drittel (29,5%) an. Dabei ist der Anstieg bei den Frauen mit 35,4% stärker ausgeprägt als bei den Männern (26,0%), obgleich die Männer über alle Jahre hinweg mehr AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen aufweisen als die Frauen (im Mittel ca. 21% mehr Fehltag).

Trotz des Anstiegs der Fehlzeiten ist hingegen der Anteil der AU-Tage aufgrund von Muskel-Skeletterkrankungen an allen AU-Tagen in den letzten 10 Jahren nahezu unverändert geblieben. Betrug bei den Mitgliedern dieser Anteil 2004 bei den Männern 29,1% und bei den Frauen 23,4%, so lagen diese Quoten im Jahr 2014 nahezu unverändert bei den Männern bei 28,9% und bei den Frauen wiederum bei 23,4%.

- Die Gruppe der sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens ist allein für 42% aller AU-Tage und fast die Hälfte (49,2%) aller AU-Fälle innerhalb der Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich.
- Die Diagnosegruppe der Arthrosen weist mit durchschnittlich 43,6 AU-Tagen je Fall die höchste durchschnittliche Erkrankungsdauer auf.

Diagramm 2.1 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht



## 2.1 Arbeitsunfähigkeit

Ein detailliertes Bild zeigt sich auf der Ebene der Diagnosegruppen (»» Tabelle 2.3). Wie auch schon in den Vorjahren sticht hier die Diagnosegruppe der sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54; u. a. Bandscheibenschäden und Rückenschmerzen) mit besonders hohen AU-Zahlen

hervor. Allein diese Diagnosegruppe ist für 42% aller AU-Tage und fast die Hälfte (49,2%) aller AU-Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich. Auf Platz 2 mit einem Anteil von 16,8% an den AU-Tagen und 15,7% an den AU-Fällen sind die sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (M70–M79),

Tabelle 2.3 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Diagnosegruppen (ICD-Code)	Männer			Frauen			Gesamt		
	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 Mitglieder ohne Rentner			je 1.000 Mitglieder ohne Rentner			je 1.000 Mitglieder ohne Rentne		
Infektiöse Arthropathien (M00–M03)	0,3	6,5	23,9	0,2	3,3	17,8	0,2	5,1	21,7
Endzündliche Polyarthropathien (M05–M14)	9,0	120,1	13,4	5,0	100,8	20,0	7,2	111,6	15,4
Arthrose (M15–M19)	10,4	418,6	40,5	7,7	374,3	48,7	9,2	399,1	43,5
Sonstige Gelenkrankheiten (M20–M25)	25,1	611,1	24,4	17,6	536,0	30,4	21,8	578,1	26,5
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30–M36)	0,3	7,0	22,2	0,8	19,2	25,7	0,5	12,3	24,4
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M43)	3,1	61,9	20,2	2,9	65,3	22,2	3,0	63,4	21,0
Spondylopathien (M45–M49)	6,3	145,7	23,1	4,9	124,1	25,1	5,7	136,2	23,8
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54)	111,2	1.841,5	16,6	86,3	1.520,8	17,6	100,3	1.700,5	17,0
Krankheiten der Muskeln (M60–M64)	3,5	35,6	10,2	3,1	33,1	10,5	3,3	34,5	10,4
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65–M68)	7,0	126,0	18,1	8,6	173,3	20,2	7,7	146,8	19,2
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70–M79)	36,0	734,0	20,4	26,9	618,2	23,0	32,0	683,1	21,4
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80–M85)	0,4	17,4	43,3	0,5	19,2	39,1	0,4	18,2	41,2
Sonstige Osteopathien (M86–M90)	0,7	25,8	39,0	0,6	20,8	36,4	0,6	23,6	38,0
Chondropathien (M91–M94)	0,9	32,8	37,1	0,7	26,8	38,7	0,8	30,2	37,7
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M95–M99)	11,4	119,4	10,5	10,6	115,0	10,8	11,0	117,5	10,6
<b>Gesamt (M00–M99)</b>	<b>225,3</b>	<b>4.303,4</b>	<b>19,1</b>	<b>176,5</b>	<b>3.750,1</b>	<b>21,3</b>	<b>203,8</b>	<b>4.060,1</b>	<b>19,9</b>

gefolgt von den sonstigen Gelenkkrankheiten (M20-M25) mit Anteilen von 14,2% an den AU-Tagen und 10,7% an den AU-Fällen zu finden. Diese drei Diagnosegruppen sind allein für ca. drei Viertel aller AU-Tage bzw. AU-Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass die männlichen Mitglieder durchweg höhere Werte bei den AU-Fällen und AU-Tagen aufweisen.

Im Kontext der Langzeiterkrankungen sind die Diagnosegruppen mit einer langen Falldauer von besonderem Interesse. Mit durchschnittlich 43,5 AU-Tagen je Fall stehen hier die Arthrosen (M15-M19) an der Spitze, gefolgt von der Gruppe der Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M90) mit 41,2 AU-Tagen je Fall sowie der Gruppe der sonstigen Osteopathien (M86-M90) mit einer durchschnittlichen Falldauer von 38 AU-Tagen. Neben einer generellen Zunahme der AU-Tage und AU-Fälle zeigen sich keine wesentlichen Änderungen bei den Falldauern im Vergleich zum Vorjahr.

- Rückenschmerzen (M54) verursachen die mit Abstand meisten AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen.
- Dieser Anteil ist bei den Männern mit 30,9% etwas stärker ausgeprägt als bei den Frauen (27,6%).

Auf der Differenzierungsebene der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen zeigt sich für die Muskel- und Skeletterkrankungen das in **III** Diagramm 2.2 dargestellte Bild für die Männer bzw. die Frauen (**III** Diagramm 2.3). Insgesamt acht der zehn Einzeldiagnosen sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu finden. Die mit Abstand am meisten AU-Tage verursachende Erkrankung in dieser Diagnosegruppe stellen die Rückenschmerzen (M54) dar. Bei den Frauen liegt der Anteil an allen AU-Tagen aufgrund Muskel- und Skeletterkrankungen bei 27,6%, bei den Männern beträgt dieser Anteil sogar 30,9%.

Mit großem Abstand auf Platz 2 folgen die Schulterläsionen (M75), die innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe für 7,8% der AU-Tage bei den Männern und 7,3% der AU-Tage bei den Frauen verantwortlich sind. Knapp dahinter auf Platz 3 sind die sonstigen Bandscheibenschäden (M51) mit Anteilen von 7,6% der AU-Tage bei den Männern und 7,2% der AU-Tage bei den Frauen zu finden.

Bei den Männern ist unter den zehn benannten Einzeldiagnosen die Arthrose des Hüftgelenkes (M16) mit durchschnittlich 55,6 AU-Tagen je Fall die Diagnose mit der längsten Falldauer - bei den Frauen liegt dieser Wert im Mittel sogar bei 69,9 AU-Tagen je Fall. Aus der gleichen Diagnosegruppe und ebenfalls mit langen Falldauern verbunden ist die Arthrose des Kniegelenkes (M17), die bei den Männern mit 40,8

Diagramm 2.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2014)

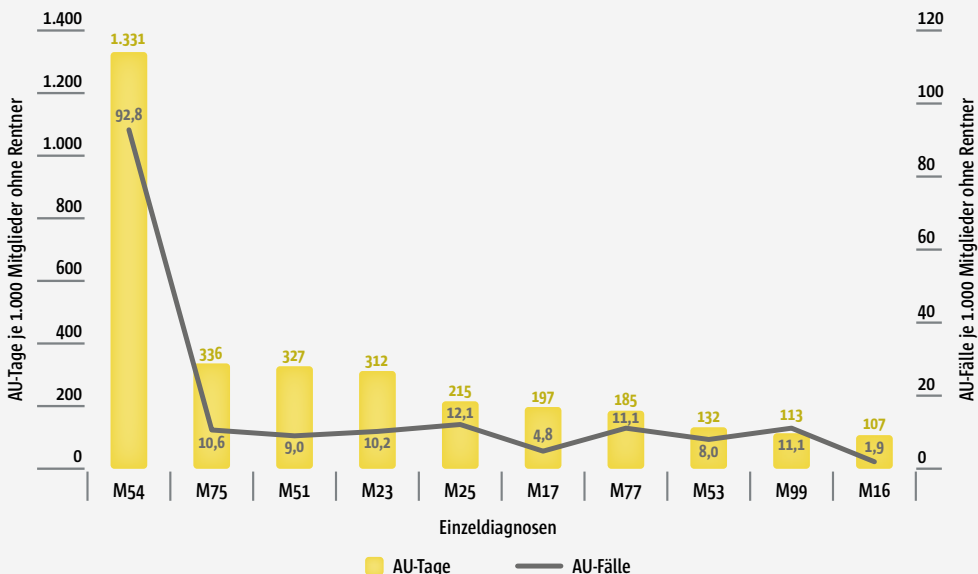


Diagramm 2.3 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)

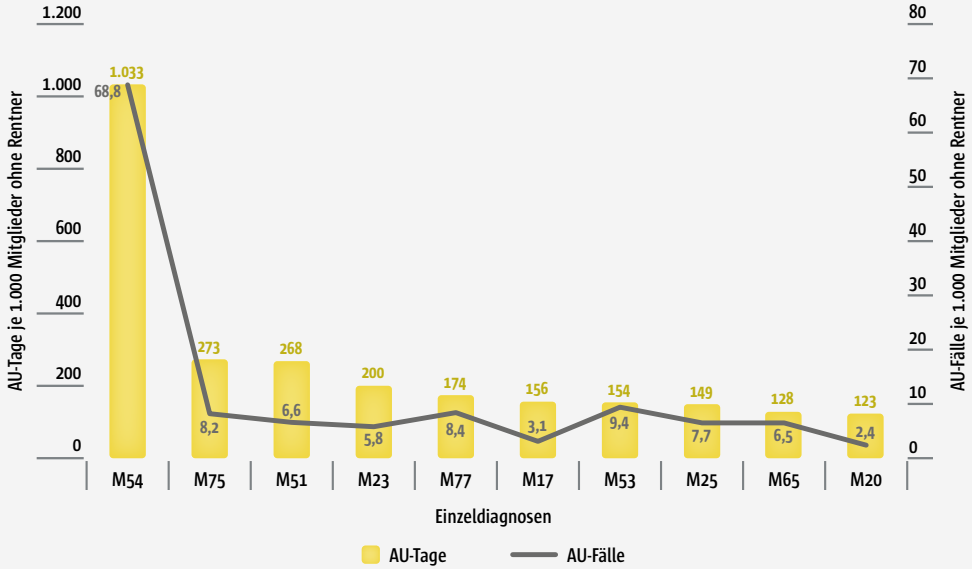
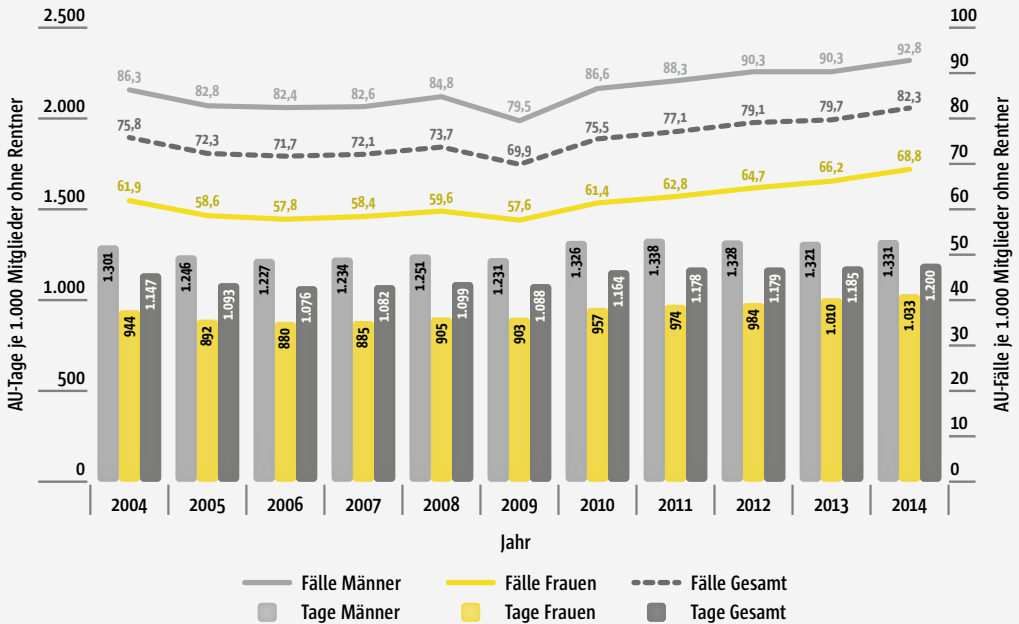


Diagramm 2.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht



und bei den Frauen mit 50,5 AU-Tagen je Fall zu Buche schlägt. Dies bestätigt das Bild aus **III** Tabelle 2.3, da hier insbesondere die Gruppen der Arthrosen mit 43,5 AU-Tagen je Fall überdurchschnittlich lange krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten verursachen.

Die AU-Kennzahlen für die Diagnose Rückenschmerzen (M54) im Zeitverlauf sind in **III** Diagramm 2.4 abgebildet.

Sowohl bei den AU-Tagen als auch bei den AU-Fällen ist zwischen 2004 und 2014 insgesamt nur ein moderater Anstieg festzustellen (+4,6% bzw. +8,6%). Ungefähr gleiche Zuwächse haben die Männer (+7,5%) und die Frauen (+8,4%) bei den AU-Fällen zu verzeichnen. Allerdings ist der Anstieg der AU-Tage bei den Frauen mit +11,1% deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern (+2,3%). Vermutlich sind hier zwei gegenläufige Tendenzen für die insgesamt nahezu unveränderten AU-Kennzahlen bei den Rückenschmerzen (M54) verantwortlich. Das zunehmende Alter der BKK Mitglieder geht zum einen mit mehr AU-Fällen und AU-Tagen insbesondere auch bei den Rückenleidern einher (s. a. **III** Kapitel 3). Andererseits fanden gerade auch in den letzten Jahren verstärkte Aktivitäten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gerade bei dieser Erkrankungsgruppe Anwendung, was zur einer Abschwä-

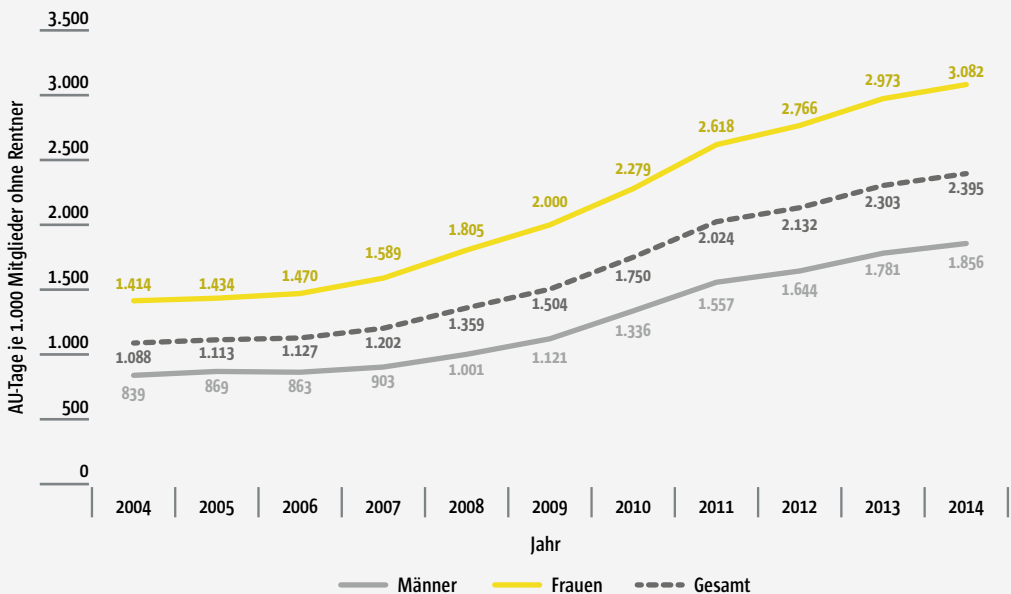
chung des zu erwartenden demografiebedingten Anstieges der AU-Kennzahlen geführt hat.

**2.1.2 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen**

- Insgesamt haben sich die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen von 2004 bis 2014 mehr als verdoppelt (+120,1%).
- Allein die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen und die affektiven Störungen sind für mehr als 9 von 10 AU-Tagen (91,4%) innerhalb der psychischen Störungen verantwortlich.
- In den letzten 3 Jahren hat sich den Anstieg der AU-Tage in dieser Krankheitsgruppe leicht konsolidiert – von 2012 bis 2014 beträgt er lediglich 12,3%.

Insgesamt 15,6% aller AU-Tage der BKK Mitglieder sind auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen. Wie auch schon in den vergangenen Jahren setzt sich auch in diesem Jahr der ungebrochene Trend der Zunahme der AU-Tage bei den psychischen Störungen fort (**III** Diagramm 2.5). Insgesamt haben sich hier von 2004 bis 2014 die Arbeits-

Diagramm 2.5 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – psychische und Verhaltensstörungen im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht



## 2.1 Arbeitsunfähigkeit

unfähigkeitstage mehr als verdoppelt (+120,1%). Ein nahezu identischer Anstieg ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu verzeichnen, wobei die Frauen im Schnitt zwei Drittel mehr AU-Tage je 1.000 Mitglieder im Vergleich zu den Männern aufweisen und somit erheblich häufiger aufgrund psychischer Störungen arbeitsunfähig sind. Anzumerken ist außerdem, dass der Anstieg innerhalb dieser Erkrankungsart in den letzten 3 Jahren leicht abgenommen hat – von 2012 bis 2014 beträgt er nur 12,3%. Vergleichend hierzu sei noch einmal auf **»»** Diagramm 1.8 in Kapitel 1 verwiesen, in dem die gleichen Kennzahlen für die Versichertengruppe der Pflichtmitglieder dargestellt sind.

Die meisten AU-Tage gehen im Jahr 2014 auf die Diagnosegruppe der neurotischen, Belastungs- und

somatoformen Störungen (F40–F48), dicht gefolgt von den – im Vorjahr nach AU-Tagen sich noch auf Platz 1 befindenden – affektiven Störungen (F30–F39) zurück (**»»** Tabelle 2.4). Allein diese beiden Gruppen sind für mehr als 9 von 10 AU-Tagen (91,4%) bei den psychischen Störungen verantwortlich und bilden damit den Großteil der AU-Tage in dieser Gruppe ab. Dieser Anteil ist bei den Frauen mit 94% etwas höher ausgeprägt als bei den Männern (87,6%), wobei Frauen im Vergleich zu den Männern insgesamt wesentlich mehr AU-Tage in diesen beiden Diagnosegruppen aufweisen. Dagegen weisen die Männer mehr als doppelt so viele AU-Tage aufgrund von Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) im Vergleich zu Frauen auf (129,2 AU-Tage vs. 55,7 AU-Tage je 1.000 Mitglieder). Für alle anderen Diagnosegruppen

Tabelle 2.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – psychische und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Diagnosegruppen (ICD-Code)	Männer			Frauen			Gesamt		
	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	AU-Tage	Tage je Fall
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)	0,2	9,0	50,5	0,2	5,9	28,3	0,2	7,6	39,9
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	3,2	129,2	40,5	1,4	55,7	41,4	2,4	96,9	40,7
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)	0,8	47,1	59,2	0,6	45,6	70,7	0,7	46,4	63,7
Affektive Störungen (F30–F39)	14,6	840,1	57,6	24,2	1.407,8	58,2	18,8	1.089,7	57,9
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	27,5	786,7	28,7	51,0	1.490,2	29,2	37,8	1.096,0	29,0
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)	0,5	11,5	22,7	0,8	29,6	37,1	0,6	19,4	30,6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)	0,4	20,0	49,3	0,6	31,6	57,2	0,5	25,1	53,4
Intelligenzminderung (F70–F79)	0,0	0,4	23,2	0,0	0,3	48,9	0,0	0,4	29,3
Entwicklungsstörungen (F80–F89)	0,0	0,7	24,6	0,0	0,4	16,8	0,0	0,6	21,6
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)	0,2	4,4	28,5	0,2	3,3	21,7	0,2	3,9	25,6
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99–F99)	0,3	6,7	25,0	0,5	11,7	25,5	0,4	8,9	25,3
<b>Gesamt (F00–F99)</b>	<b>47,6</b>	<b>1.855,8</b>	<b>39,0</b>	<b>79,4</b>	<b>3.081,9</b>	<b>38,8</b>	<b>61,6</b>	<b>2.394,8</b>	<b>38,9</b>

zeigen sich keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede. Bezogen auf die Länge der Arbeitsausfälle ist die Gruppe Schizophrenie, schizotype und wahnhaft-störungen (F20–F29) mit einer durchschnittlichen Falldauer von 63,7 AU-Tagen die langwierigste Erkrankung bei den psychischen Störungen, die gleichzeitig aber relativ selten als AU-Grund auftritt (0,7 AU-Fälle und 46,4 AU-Tage je 1.000 Mitglieder). Mit durchschnittlich 57,9 AU-Tagen je Fall liegt die Gruppe der affektiven Störungen (F30–F39) dicht dahinter, kommt gleichzeitig aber wesentlich häufiger als Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit vor. Im Vergleich zum Vorjahr sind nur marginale Veränderungen zu konstatieren, wobei die AU-Tage bei den psychischen Störungen insgesamt um 4% angestiegen sind.

- Mehr als ein Drittel (33,9%) aller AU-Tage innerhalb der psychischen Störungen gehen auf das Konto einer depressiven Episode (F32).
- Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Episode (F32) dauert bei den Mitgliedern im Schnitt fast acht Kalenderwochen (55,2 Tage je Fall).

Betrachtet man die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen Störungen, so zeigt sich zunächst auf den ersten sieben Positionen für Männer und Frauen eine identische Reihung (■) Diagramm 2.6 und ■ Diagramm 2.7). Mit Abstand auf Platz 1 befindet

sich bei beiden Geschlechtern die depressive Episode (F32). Gemessen an allen AU-Tagen aufgrund einer F-Diagnose ist allein diese Einzeldiagnose für mehr als ein Drittel aller AU-Tage (33,9%) in dieser Krankheitsgruppe verantwortlich – diese Anteile sind sowohl für Männer als auch für Frauen nahezu gleich, wobei die Frauen im Verhältnis zu den Männern gut 40% mehr AU-Tage aufgrund dieser Diagnose aufweisen.

Mit nur halb so vielen AU-Tagen folgen auf Platz 2 die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und auf Platz 3 die anderen neurotischen Störungen (F48). Diese beiden Einzeldiagnosen sind insofern interessant, als sie unter anderem auch als alternative Codierung für das Burn-out-Syndrom (Z73) verwendet werden. Zudem zeigt sich bei diesen beiden Diagnosen eine für die psychischen Störungen eher unterdurchschnittliche Falldauer von 27,2 (F43) bzw. 26,1 (F48) AU-Tagen. Dagegen hat die depressive Episode (F32) eine nahezu doppelt so hohe Falldauer (55,2 AU-Tage je Fall). Diese wird noch von der rezidivierenden depressiven Störung (F33) mit durchschnittlich 71,9 AU-Tagen je Fall übertroffen. Eine noch höhere Falldauer ist jedoch mit 74,9 AU-Tagen bei der bipolaren affektiven Störung (F31) zu finden (Männer: 70,9 AU-Tage je Fall; Frauen: 79,2 AU-Tage je Fall), wobei deren Bedeutung – gemessen am Anteil der AU-Tage – insgesamt eher gering ausfällt.

Diagramm 2.6 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2014)

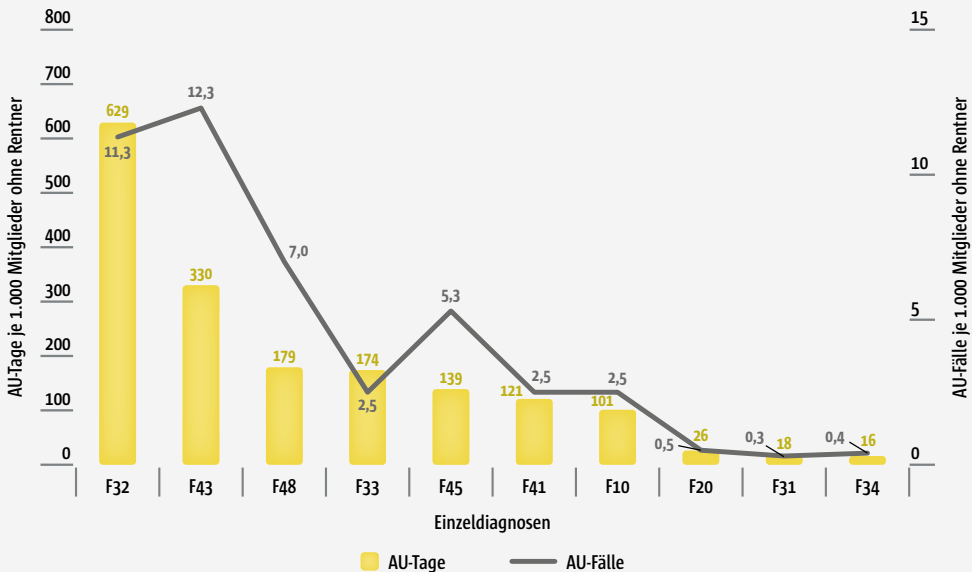
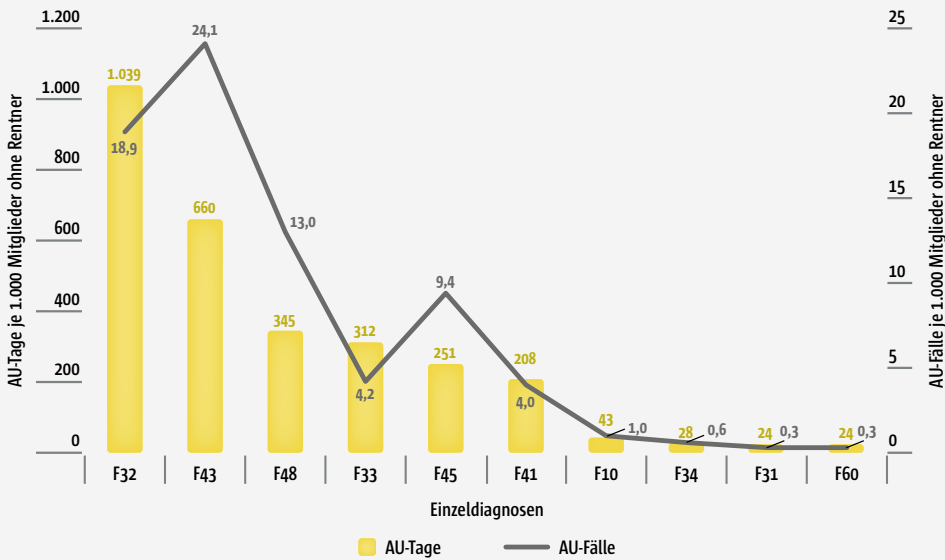




Diagramm 2.7 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)



Für neun von zehn betrachteten Diagnosen liegen die AU-Tage je 1.000 Mitglieder für die Frauen deutlich über denen der Männer. Eine Ausnahme bilden hier die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10). Diese verursachen bei den Männern im Vergleich zu den Frauen mehr als doppelt so viele AU-Tage (101,3 vs. 43,4) und AU-Fälle (2,5 vs. 1,0). Ursache hierfür ist, dass übermäßiger Alkoholkonsum insbesondere bei Männern verbreitet ist<sup>1</sup>.

- In den letzten 10 Jahren haben sich die AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) mehr als verdoppelt (+123,5%).
- Gleichzeitig ist – wie auch bei den psychischen Störungen insgesamt – bei der depressiven Episode (F32) in den letzten 3 Jahren ein wesentlich geringerer Anstieg der AU-Kennzahlen sichtbar.

Die AU-Kennzahlen der Mitglieder für die depressive Episode (F32) im Verlauf der letzten 10 Jahre sind in **»»** Diagramm 2.8 dargestellt. Im Beobachtungszeitraum haben sich die AU-Tage aufgrund dieser Erkrankung mehr als verdoppelt (+123,5%). Etwas weniger stark sind im gleichen Zeitraum die AU-Fälle angestiegen (+51,5%). Das führt dazu, dass sich die

durchschnittliche Falldauer von 37,5 Tagen je Fall in 2004 auf aktuell 55,2 Tage je Fall (+47,2%) erhöht hat. Insbesondere in den letzten 3 Jahren ist aber eine Konsolidierung des Anstiegs zu verzeichnen, wie auch schon in **»»** Diagramm 2.5 zu sehen ist. Dies zeigt sich auch in der durchschnittlichen Falldauer, die von 2011 (53,5 AU-Tage je Fall) bis 2014 (55,2 AU-Tage je Fall) nur um knapp 3% zugenommen hat. Weitere Details für diese Einzeldiagnose sind auch im **»»** BKK Gesundheitsatlas 2015 – Blickpunkt Psyche zu finden.

### Exkurs Burn-out-Syndrom

- Die abnehmende Tendenz beim Burn-out-Syndrom (Z73) bezogen auf die AU-Tage und die Falldauern im letzten Jahr hat sich bestätigt. Lediglich die Zahl der AU-Fälle ist wieder leicht gestiegen.

Die sich schon im vergangenen Jahr abzeichnende Trendumkehr beim Burn-out-Syndrom (Z73) hat sich in 2014 bestätigt – die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage je 1.000 Mitglieder insgesamt ist nochmals gefallen, bei gleichzeitig marginal gesteigener Fallzahl (**»»** Diagramm 2.9). Noch deutlicher wird der Rückgang in der Betrachtung der durchschnittlichen Falldauer: Wies diese im Jahr 2012 mit 39,7 AU-Tagen

1 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen.

## 2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Diagramm 2.8 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – depressive Episode (F32) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht

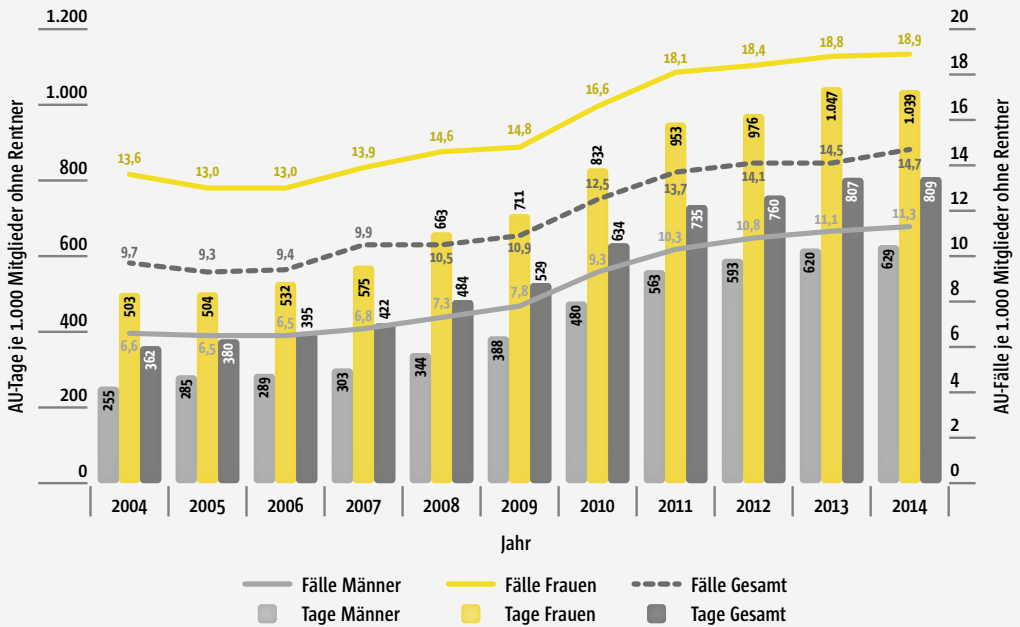
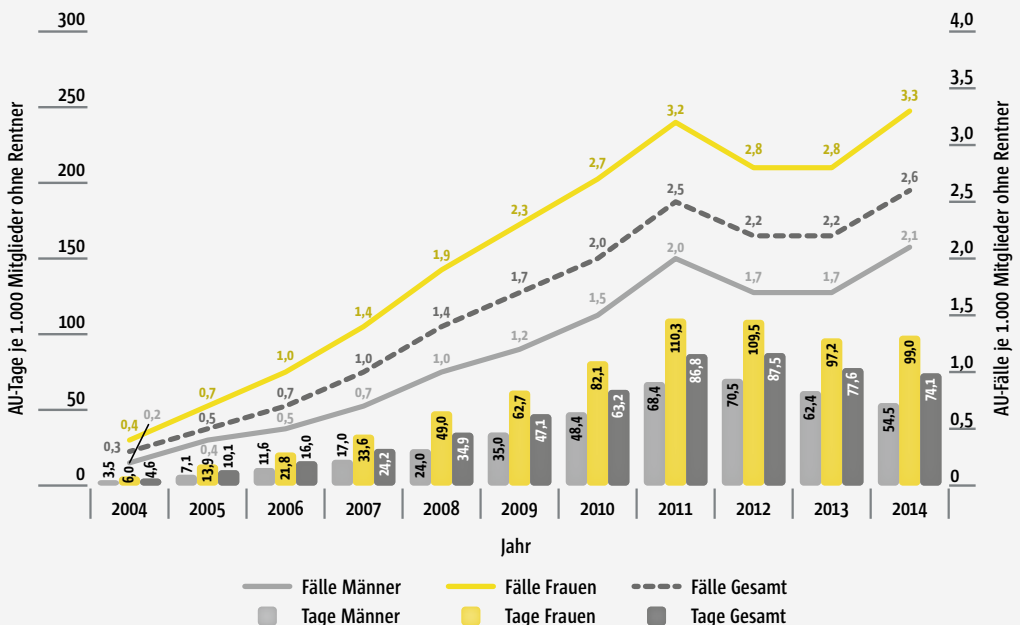


Diagramm 2.9 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht



je Fall ihren bisherigen Höchstwert auf, so ist dieser Wert im Jahr 2014 um mehr als ein Viertel gesunken (28,8 AU-Tage je Fall). Auch hier, wie bereits bei den psychischen Störungen insgesamt wie auch bei der depressiven Episode (F32), ist in den letzten 3 Jahren eine Konsolidierung der AU-Kennzahlen erkennbar.

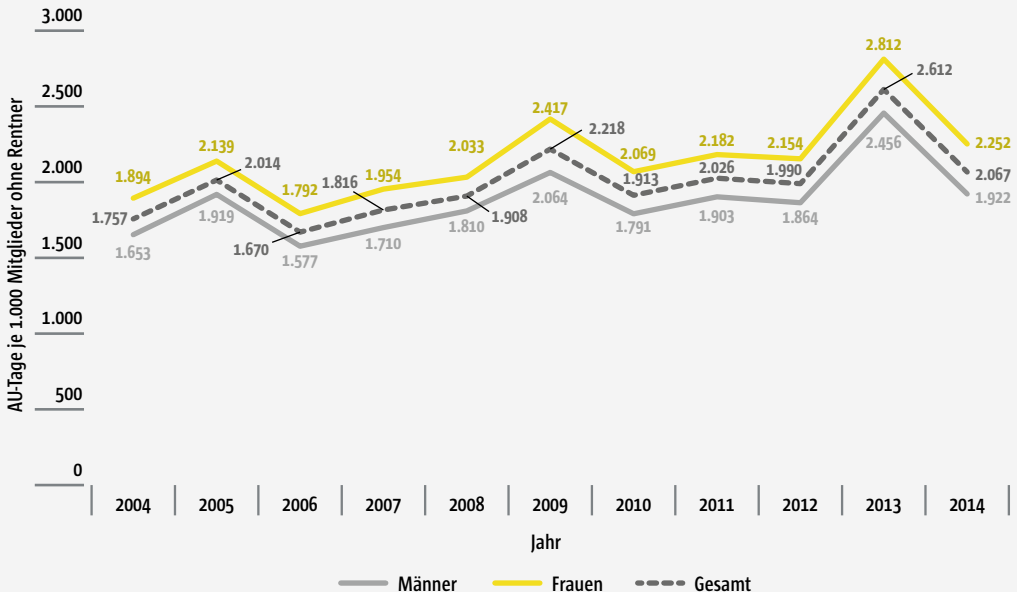
Inwieweit die Abnahme auch mit einem veränderten Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zusammenhängt, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht eindeutig bestimmen. Bereits weiter oben wurde erwähnt, dass Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und andere neurotischen Störungen (F48) sowie Unwohlsein und Ermüdung (R53) als alternative Kodierungen für das Burn-out-Syndrom verwendet werden. Betrachtet man diese drei Diagnosen, so ist im gleichen Beobachtungszeitraum vor allem bei den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) eine deutliche Zunahme der AU-Tage bei den Mitgliedern zu verzeichnen (2004: 194 AU-Tage je 1.000 Mitglieder; 2014: 476 AU-Tage je 1.000 Mitglieder).

### 2.1.3 Krankheiten des Atmungssystems

- Abgesehen von saisonalen Schwankungen fällt der Anstieg der AU-Tage in den letzten 10 Jahren bei den Atemwegserkrankungen mit insgesamt +17,6% nur moderat aus.
- Deutlich wird hier der Einfluss sogenannter „Grippewellen“, die in den Jahren 2005, 2009 und 2013 besonders ausgeprägt waren.
- Aufgrund der Grippewelle im 1. Quartal 2015 ist auch in diesem Jahr mit einer deutlichen Zunahme der AU-Tage bei dieser Erkrankungsgruppe zu rechnen.

13,4% aller AU-Tage der BKK Mitglieder wurden im Jahr 2014 durch Atemwegserkrankungen verursacht. Die Entwicklung der AU-Tage in den letzten 10 Jahren gibt ►► Diagramm 2.10 wieder. Deutlich erkennbar sind hier die Grippewellen in den Jahren 2005, 2009 und 2013, die durch besonders viele Fehltag im entsprechenden Berichtsjahr gekennzeichnet sind. Zwischen 2004 und 2014 haben die AU-Tage bei dieser Krankheitsgruppe um 17,6% zugenommen, sind aber gleichzeitig starken saisonalen Schwankungen unterworfen. Diese Zunahme ist wesentlich gerin-

Diagramm 2.10 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht



ger als bei den beiden vorhergehend betrachteten Erkrankungsarten. Frauen weisen hier durchgängig höhere Fehlzeiten als Männer auf, wobei die Differenz im Zeitverlauf nahezu stabil bei 17% liegt.

Bezogen auf die Diagnoseuntergruppen zeigen sich zwischen den Geschlechtern nur geringe Unterschiede bei den AU-Kennzahlen (III Tabelle 2.5). Deutlich wird insbesondere, dass im Vergleich zum Vorjahr die krankheitsbedingten AU-Fälle und AU-Tage bei den akuten Atemwegserkrankungen einen massiven Rückgang zu verzeichnen haben.

Allein die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund einer Grippe oder Pneumonie (J09-J18) haben sich im Vergleich zum Vorjahr nahezu halbiert. Bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06) ist bei

den AU-Fällen eine Reduktion um rund 20% und bei den AU-Tagen um rund 26% erkennbar. Insgesamt ist bei den Atemwegserkrankungen ein Rückgang zum Vorjahr von nahezu einem Viertel der AU-Tage und AU-Fälle zu beobachten.

Unter den Top 10-Einzeldiagnosen ist auf Platz 1 sowohl bei den Männern (III Diagramm 2.11) als auch bei den Frauen (III Diagramm 2.12) die akute Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06) zu finden. Allein diese Diagnose ist für mehr als ein Drittel (38,2%) aller AU-Tage und 43% aller AU-Fälle im Jahr 2014 innerhalb der Atemwegserkrankungen verantwortlich. Da es sich in der Regel um eine Kurzzeiterkrankung handelt, liegt hier die durchschnittliche

Tabelle 2.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner - Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Diagnosegruppen (ICD-Code)	Männer			Frauen			Gesamt		
	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	AU-Tage	Tage je Fall
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06)	184,1	1.057,5	5,8	226,9	1.318,8	5,8	202,9	1.172,4	5,8
Grippe und Pneumonie (J09-J18)	9,7	90,3	9,3	9,3	86,9	9,3	9,6	88,8	9,3
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)	32,8	238,0	7,3	34,7	254,0	7,3	33,6	245,1	7,3
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	19,9	160,2	8,0	26,5	191,8	7,2	22,8	174,1	7,6
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	36,4	304,8	8,4	39,7	324,5	8,2	37,9	313,5	8,3
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60-J70)	0,1	1,5	18,9	0,1	0,8	11,2	0,1	1,1	15,8
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80-J84)	0,1	3,0	32,8	0,1	2,8	35,8	0,1	2,9	34,0
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85-J86)	0,0	0,9	32,4	0,0	0,6	24,8	0,0	0,8	29,2
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90-94)	0,3	7,6	30,5	0,1	4,0	30,0	0,2	6,0	30,4
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)	9,5	58,6	6,2	11,1	67,3	6,1	10,2	62,4	6,1
<b>Gesamt (J00-J99)</b>	<b>292,9</b>	<b>1.922,4</b>	<b>6,6</b>	<b>348,6</b>	<b>2.251,5</b>	<b>6,5</b>	<b>317,4</b>	<b>2.067,1</b>	<b>6,5</b>

2.1 Arbeitsunfähigkeit

Diagramm 2.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Männer (Berichtsjahr 2014)

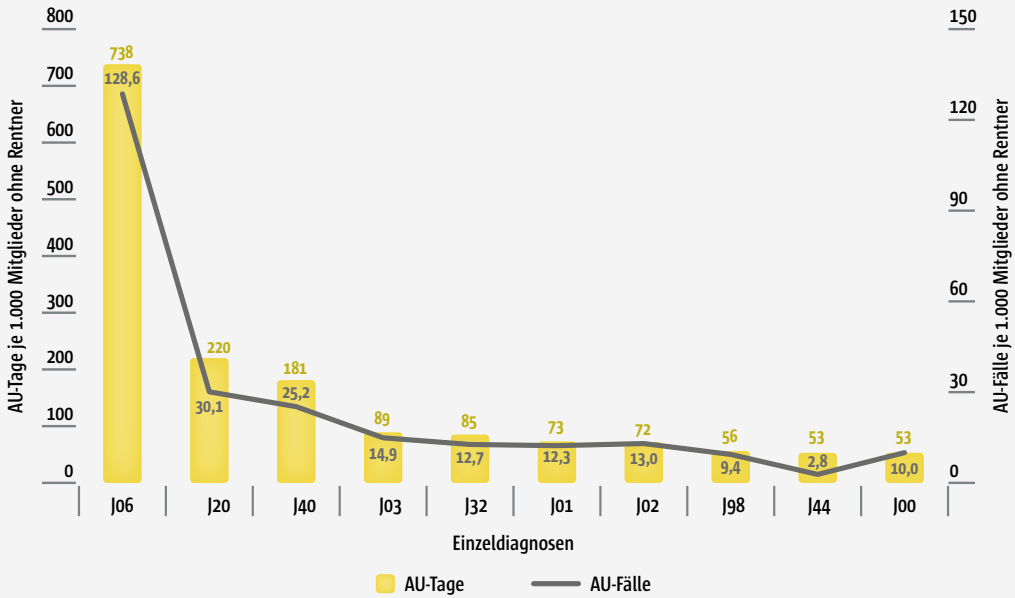


Diagramm 2.12 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Frauen (Berichtsjahr 2014)

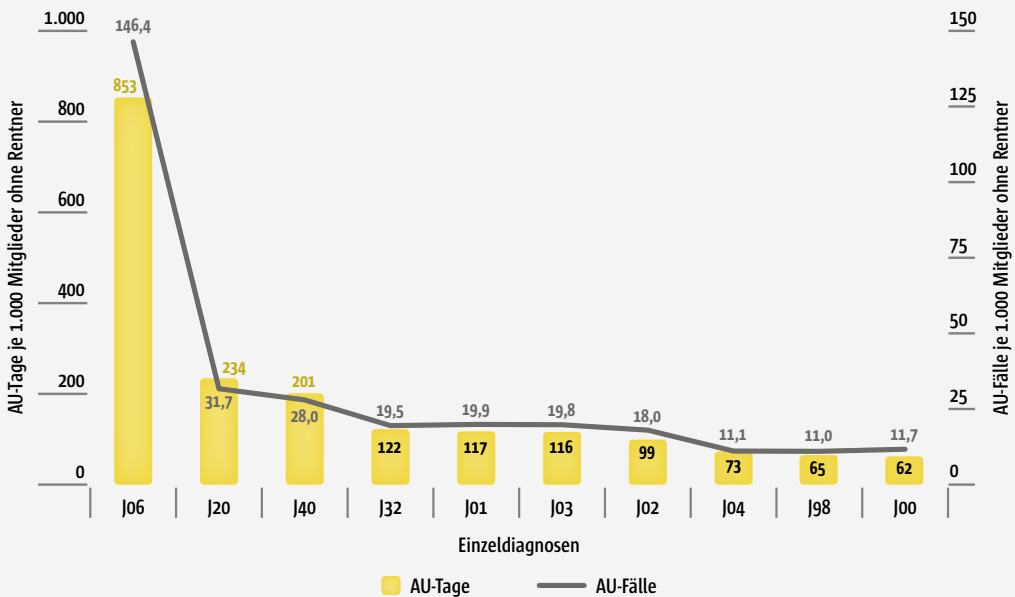
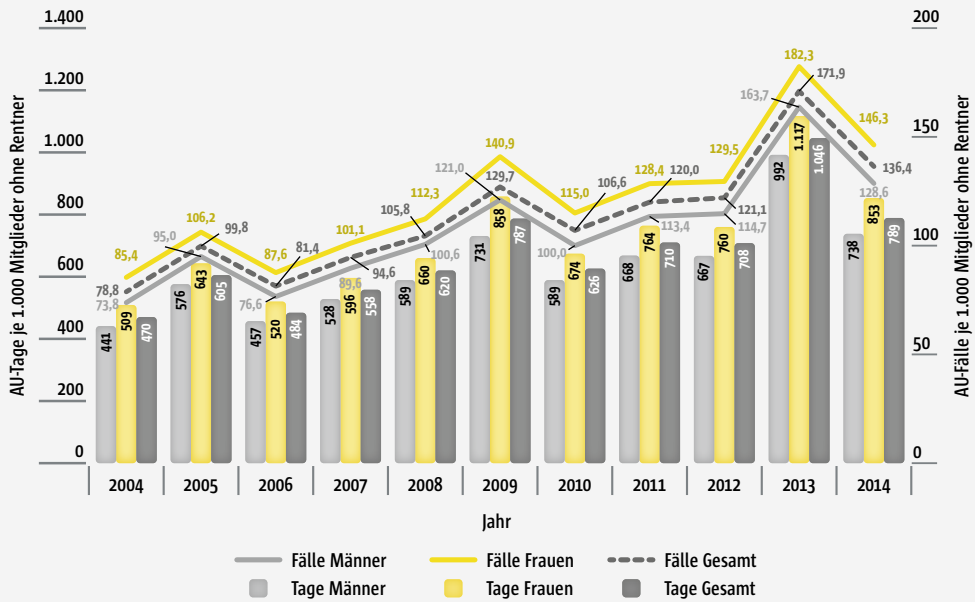


Diagramm 2.13 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) im Zeitverlauf (2004–2014) nach Geschlecht



Falldauer entsprechend unter einer Kalenderwoche (5,7 AU-Tage je Fall).

An zweiter Stelle findet sich in diesem Jahr die akute Bronchitis (J20), auf die allerdings nur 10,9% der AU-Tage und 9,7% der AU-Fälle innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen entfallen. Auf Platz 3 ist die Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet (J40), mit Anteilen von 6,7% der AU-Tage und 8,3% der AU-Fälle zu finden.

Da es sich bei den Atemwegserkrankungen in der Regel um akute Infektionskrankheiten handelt, sind die durchschnittlichen Falldauern meist nicht länger als eine Kalenderwoche. Eine Ausnahme bildet hier die sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44), die mit einer durchschnittlichen Falldauer von 18,3 AU-Tagen hervorsteicht.

Deutlich treten nochmals die saisonalen Schwankungen bei den akuten Erkrankungen in der Betrachtung der Einzeldiagnose Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06) zutage (III Diagramm 2.13). Unverkennbar sind hier die Grippewellen in den Jahren 2005, 2009 und 2013 anhand der sprunghaft angestiegenen AU-Zahlen zu identifizieren. Dagegen liegt die durchschnittliche Krankheitsdauer je Fall in den vergangenen 10 Jahren nahezu unverändert bei ca. 6 Kalendertagen.

### 2.1.4 Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

#### Diagnosehauptgruppen

Insgesamt 46,9% aller AU-Tage sowie 4,1% aller AU-Fälle haben bei den Mitgliedern eine Falldauer von mehr als 6 Wochen. Diese Werte liegen leicht unter denen der Pflichtmitglieder (III Diagramm 1.11), da hier u. a. auch die freiwilligen Mitglieder eingerechnet werden, die in der Regel weniger häufig und lang krankgeschrieben sind (vgl. hierzu auch III Kapitel 3). Diese oben genannten Anteile sollen im Folgenden auf Ebene der Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen betrachtet werden.

- Nahezu jeder dritte AU-Tag (30,6%) und AU-Fall (32,4%) wird bei Langzeitarbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen Dauer durch eine Muskel- und Skeletterkrankung verursacht.
- An zweiter Stelle sind die psychischen Erkrankungen zu finden. Jeder fünfte AU-Fall (19,2%) und jeder vierte AU-Tag (24,2%) gehen bei Langzeitarbeitsunfähigkeit auf das Konto dieser Erkrankungsart.
- Allein diese beiden Diagnosehauptgruppen sind für die Mehrheit aller AU-Fälle und AU-Tage mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen verantwortlich.

Betrachtet man zunächst die Anteile der AU-Fälle und AU-Tage mit mehr als 42 Tagen Dauer an allen Langzeitarbeitsunfähigkeitszeiten, so finden sich die Muskel- und Skeletterkrankungen mit 30,6% der AU-Tage und 32,4% aller AU-Fälle aufgrund Langzeiterkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer an der Spitze wieder. Auf Platz 2 folgen hier mit einem Anteil von 24,2% an allen Langzeit-AU-Tagen und 19,2% an allen Langzeit-AU-Fällen die psychischen Störungen. Allein diese beiden Erkrankungsarten sind für mehr als die Hälfte aller Langzeit-AU-Fälle und -Tage verantwortlich. Andere Erkrankungen, wie die Neubildungen, die Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems sowie die Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, sind hier eher mit einem geringen Anteil an Langzeit-AU-Fällen bzw. AU-Tagen vertreten. Dies ist u. a. dadurch bedingt, dass viele dieser Erkrankungen erst im höheren Lebensalter – z. B. bei den Rentnern – auftreten, die hier in die Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit nicht eingehen (»» Diagramm 2.14). Nähere Auswertungen zu Altersunterschieden sind in »» Kapitel 3 zu finden.

- 15% der AU-Fälle und rund drei Viertel (72,9%) der AU-Tage an allen Fehlzeiten, die durch psychische Störungen verursacht werden, gehen mit einer AU-Dauer von mehr als 6 Wochen einher.
- Innerhalb der Gruppe der Neubildungen sind 81% der AU-Tage und 12% der AU-Fälle mit einer Langzeitarbeitsunfähigkeit verbunden, allerdings treten hier wesentlich weniger AU-Fälle als bei den psychischen Störungen auf.

In »» Diagramm 2.15 sind die Prozentanteile der AU-Fälle und AU-Tage mit mehr als sechs Wochen Dauer bezogen auf alle AU-Tage und Fälle innerhalb der jeweiligen Diagnosehauptgruppe dargestellt: Für die Neubildungen bedeutet das zum Beispiel, dass 80,7% aller AU-Tage und 12% aller AU-Fälle, die durch dieser Krankheitsart verursacht werden, eine Dauer von mehr als 6 Wochen haben. Mit Anteilen von 15,1% aller AU-Fälle und gut drei Viertel (72,9%) aller AU-Tage sind in dieser Betrachtung die psychischen Störungen auf Platz 2 zu finden. Die Muskel- und Skeletterkrankungen sind hier mit 54,3% aller AU-Tage und 7,7% aller AU-Fälle etwas weniger prominent vertre-

Diagramm 2.14 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – prozentuale Verteilung der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014)

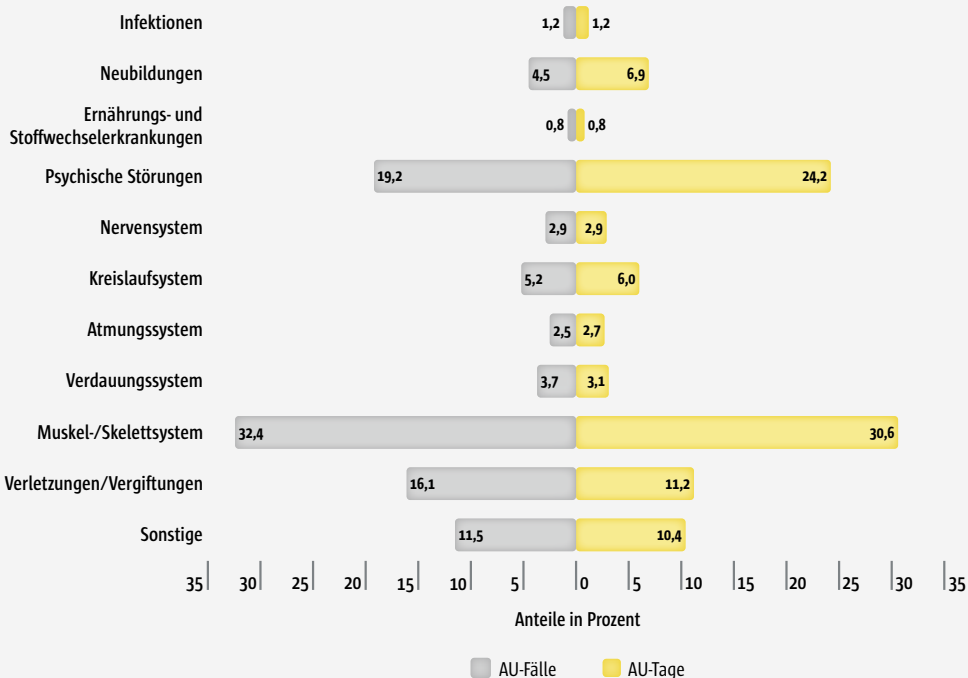
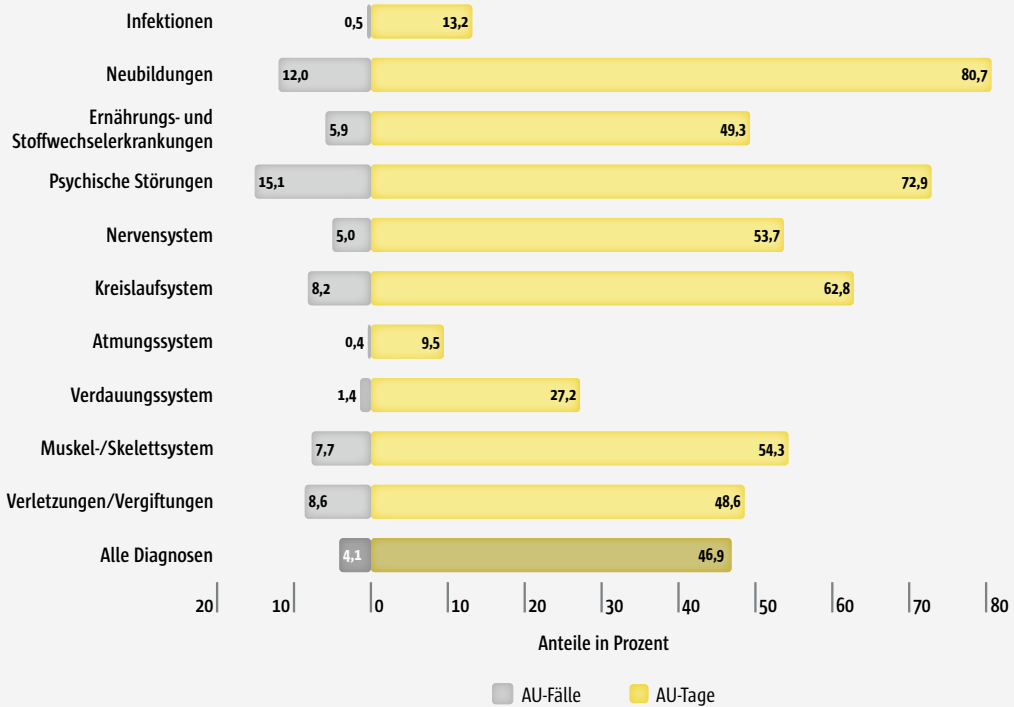


Diagramm 2.15 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteile der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014)



ten, was aber dadurch begründet ist, dass es bei dieser Krankheitsart auch eine Vielzahl von Fällen mit kurzer AU-Dauer gibt. Die Atemwegserkrankungen und Infektionen, die eher durch ein akutes und kurzzeitiges AU-Geschehen gekennzeichnet sind, weisen hier die niedrigsten Werte auf, die weit hinter den oben genannten Anteilen zurückbleiben.

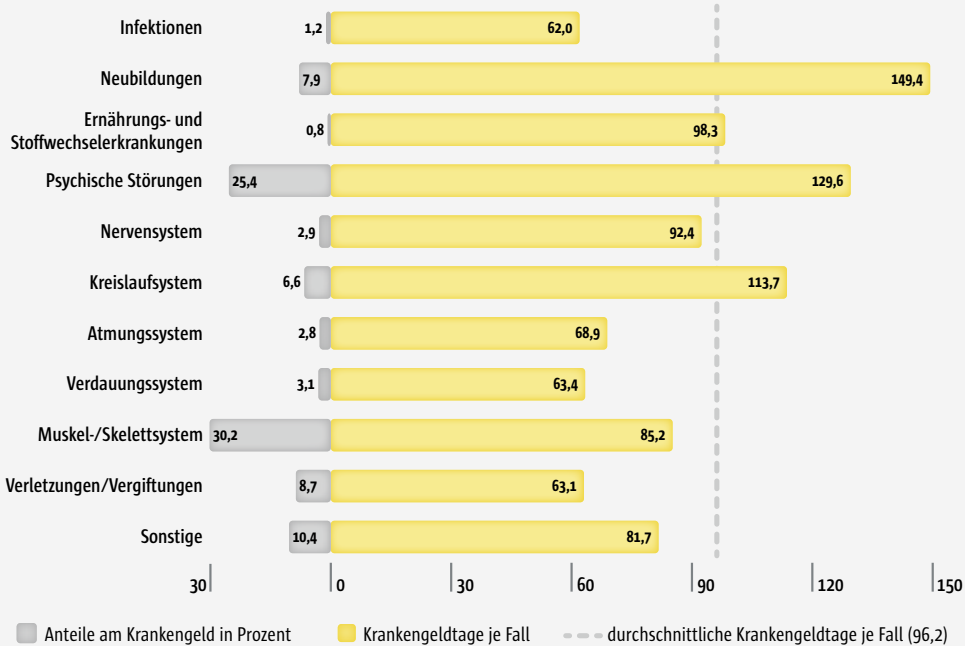
- Die Neubildungen weisen mit durchschnittlich 149 Krankengeldtagen je Fall die längste Bezugsdauer auf.
- Zwar weisen die Muskel- und Skeletterkrankungen im Mittel nur 85 Krankengeldtage je Fall auf, allerdings verursachen sie im Verhältnis zu den Neubildungen siebenmal häufiger Krankengeldfälle und insgesamt viermal so viele Krankengeldtage.

In der Betrachtung zu den Krankengeld-Kennzahlen in **»»»** Diagramm 2.16 wird zunächst deutlich, dass die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen die größten Anteile am Krankengeldbezug einnehmen. Beide Diagnosehaupt-

gruppen sind für mehr als die Hälfte (55,6%) aller Krankengeldzahlungen verantwortlich. Mit 7,9% stehen die Neubildungen an vierter Stelle der Krankheitsursachen für Krankengeldzahlungen. Knapp davor rangieren die Verletzungen und Vergiftungen mit einem Anteil von 8,7% Langzeit-AU-Fällen. Nach Bezugsdauer liegen wiederum die Neubildungen mit durchschnittlich 149 KG-Tagen je Fall an der Spitze der betrachteten Krankheitsarten. Dass sie im Vergleich zu den Muskel- und Skeletterkrankungen (85,2 KG-Tage je Fall) einen wesentlich geringeren Anteil an den Krankengeldzahlungen aufweisen, liegt v.a. daran, dass Neubildungen zwar mit der längsten durchschnittliche Falldauer, aber mit wesentlich weniger KG-Fällen verbunden sind. Die Muskel- und Skeletterkrankungen weisen das 7-Fache der KG-Fälle und das 4-Fache an KG-Tagen im Vergleich zu den Neubildungen auf. Ebenfalls hohe durchschnittliche Krankengeldtage weisen die psychischen Störungen (130 KG-Tage je Fall) und die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (114 KG-Tage je Fall) auf.



Diagramm 2.16 Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankengeldanteile und Krankengeldtage je Fall nach Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014)



## Einzeldiagnosen

- Nahezu jeder 11. Langzeit-AU-Tag und jeder 15. Langzeit-AU-Fall werden durch eine depressive Episode (F32) verursacht.
- Zusammen mit den Rückenschmerzen (M54) sind allein diese beiden Diagnosen für 13,4% aller AU-Fälle und 16,1% aller AU-Tage mit mehr als 6 Wochen Dauer verantwortlich.

Im Folgenden werden einige ausgewählte Einzeldiagnosen aus den fünf verschiedenen Diagnosehauptgruppen betrachtet, in denen besonders häufig Langzeiterkrankungen vorkommen (»» Diagramm 2.17). Ergänzend wird an dieser Stelle auch auf das Burn-out-Syndrom (Z73) eingegangen.

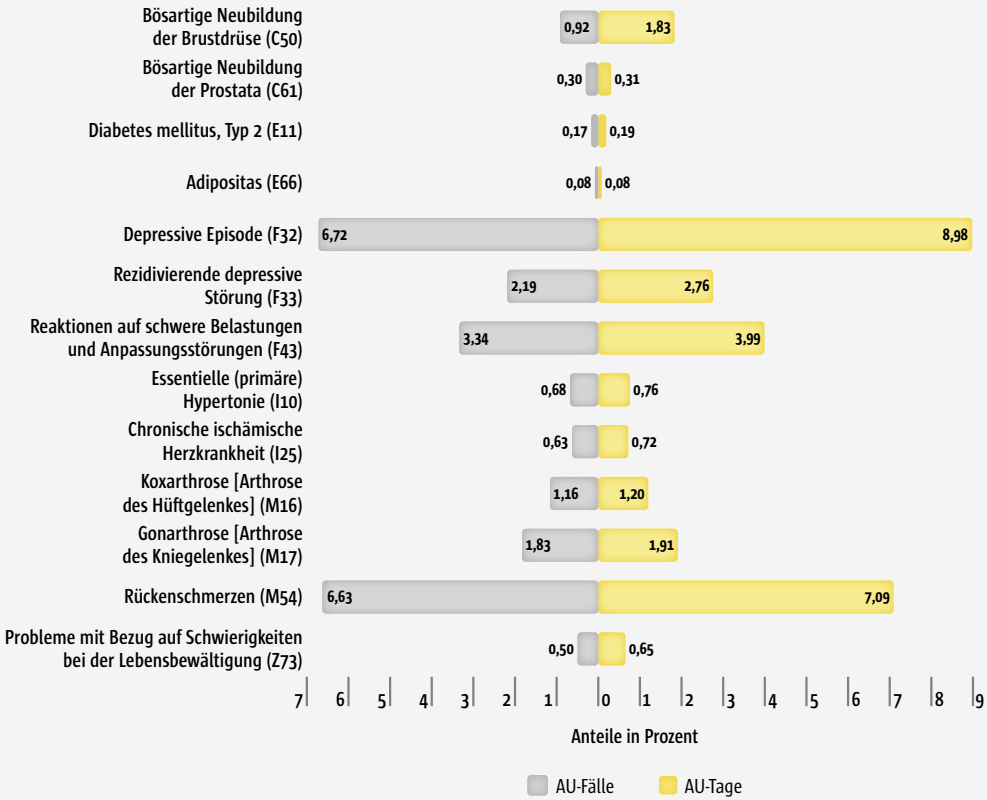
Wie auch bei den Diagnosehauptgruppen hat jeweils eine Einzeldiagnose aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen sowie der psychischen Störungen den größten Anteil an allen AU-Fällen und AU-Tagen von mehr als 6 Wochen Dauer inne. Die depressive Episode (F32) allein ist für ca. 9% aller Langzeit-AU-Tage und 6,7% aller Langzeit-AU-Fälle verantwortlich. Ähnlich hohe Anteile weisen die Rückenschmerzen (M54) mit 7,1% aller AU-Tage und

6,6% aller AU-Fälle von mehr als 6 Wochen Dauer auf. Für andere Diagnosen aus dem Bereich Neubildungen sowie für die Arthrosen zeigen sich geringere Anteile, da diese Erkrankungen vermehrt bei älteren Versicherten auftreten, die meist nicht in der AU-Statistik abgebildet werden. Gleiches gilt für Diabetes mellitus (E11), Adipositas (E66) oder Hypertonie (I10), die zwar eine hohe Prävalenz aufweisen, allerdings nur selten zur einer Arbeitsunfähigkeit führen (vgl. hierzu auch »» Kapitel 2.2).

- Gut ein Drittel (33,9%) aller AU-Fälle aufgrund einer Arthrose des Hüftgelenks (M16) sind mit einer Erkrankungsdauer von mehr als 6 Wochen verbunden.
- Mit einem Anteil von 93,3% der AU-Tage über 6 Wochen Dauer ist Brustkrebs (C50) die Diagnose mit dem höchsten Langzeit-AU-Anteil.
- Bei den psychischen Störungen sticht insbesondere die rezidivierende depressive Störung (F33) mit Anteilen von 32,5% Langzeit-AU-Fällen und 84,7% Langzeit-AU-Tagen hervor.

In »» Diagramm 2.18 sind die Anteile der AU-Fälle und AU-Tage innerhalb jeder Einzeldiagnose mit

Diagramm 2.17 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteile der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) für ausgewählte Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)

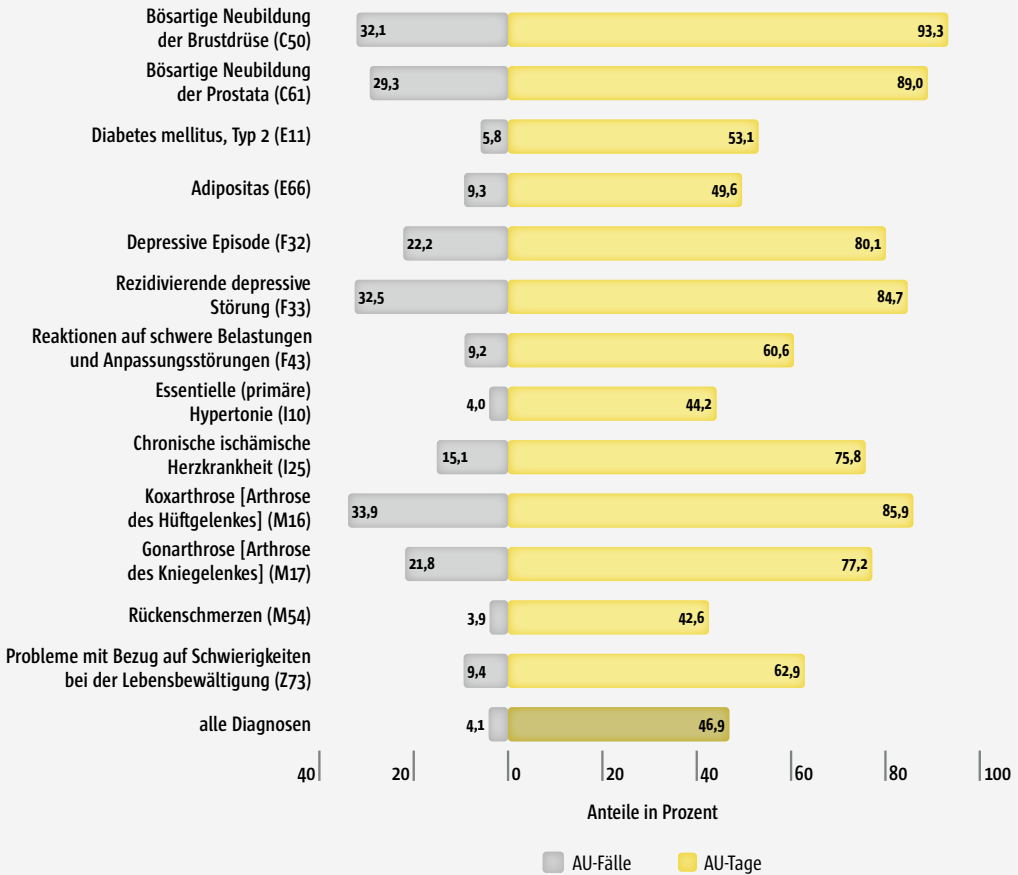


einer Dauer von mehr als 6 Wochen dargestellt. So sind z.B. bei der bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Brustkrebs; C50) 93,3% aller AU-Tage und fast ein Drittel aller AU-Fälle (32,1%), die aufgrund dieser Erkrankung entstehen, mit einer AU-Dauer von mehr als 6 Wochen verbunden. Gleichzeitig bildet diese Erkrankung mit 102 AU-Tagen je Fall diejenige mit der mit Abstand längsten durchschnittlichen Falldauer. In der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen ist die rezidivierende depressive Störung (F33) mit einem Anteil von 84,7% der AU-Tage und 32,5% der AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen diejenige mit dem größten Anteil an Langzeitarbeitsunfähigkeit bezogen auf alle Fehltag aufgrund dieser Diagnose. Unter den Muskel- und Skeletterkrankungen fällt insbesondere die Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes; M16) mit einem Anteil von 85,9% der AU-Tage und 33,9% der AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen ins Auge. Aus der Gruppe der Herz-Kreislaufkrankungen

weist die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) mit 75,8% der AU-Tage und 15,1% der AU-Fälle die höchsten Anteile auf. Für die Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen hat der Diabetes mellitus Typ 2 (E11) mit 53,1% der AU-Tage und 5,8% der AU-Fälle die größten Anteile an Langzeiterkrankten inne. Das Burn-out-Syndrom (Z73) ist mit einem Anteil von 62,9% der AU-Tage und 9,4% der AU-Fälle ebenfalls überdurchschnittlich von Langzeitarbeitsunfähigkeit betroffen.

- Nahezu 10% aller Krankengeldzahlungen gehen allein auf das Konto der depressiven Episode (F32).
- Brustkrebs (C50) nimmt zwar, aufgrund der geringeren Prävalenz, hier nur einen Anteil von 1,9% an allen Krankengeldzahlungen ein, hat aber mit durchschnittlich 202 Krankengeldtagen den Spitzenplatz bei der Krankengeldbezugsdauer inne.

Diagramm 2.18 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteile der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)

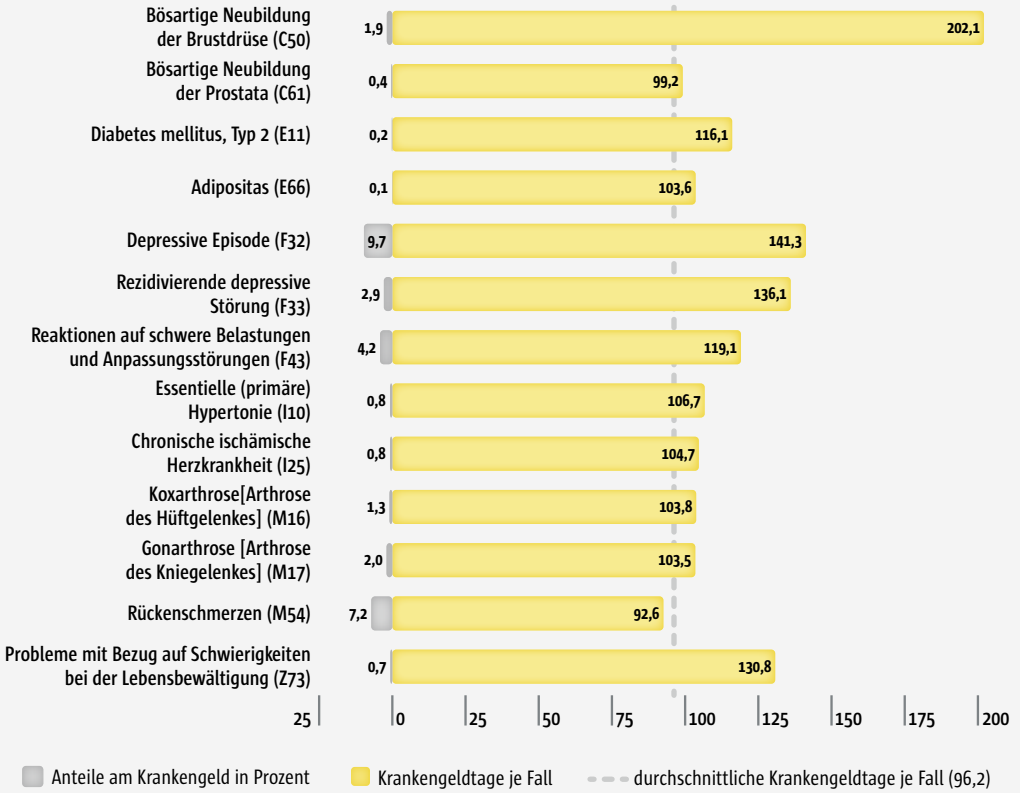


Neben den Anteilen der Langzeit-AU-Fälle und -Tage ist auch die Dauer des Krankengeldbezuges eine für die gesetzlichen Krankenkassen wichtige Kenngröße (III Diagramm 2.19). Mit nahezu einem Zehntel (9,7%) aller Krankengeldzahlungen stellt die depressive Episode (F32) die wichtigste Diagnose in Bezug auf den Krankengeldbezug dar und nimmt den ersten Platz unter allen Einzeldiagnosen ein. Auf Platz 2 mit einem Anteil von 7,2% folgen die Rückenschmerzen (M54) und auf Platz 3 mit einem Anteil von 4,2% die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Allein diese drei Einzeldiagnosen vereinen mehr als ein Fünftel (21,1%) aller Krankengeldleistungen auf sich. Nach der durchschnittlichen Falldauer ist auch hier eine Erkrankung aus der Gruppe der Neubildungen (bösartige Neubildung der Brustdrüse; C50) führend – dass die-

se mit 1,9% der Krankengeldleistungen einen weniger großen Anteil als die oben beschriebenen Diagnosen einnimmt, ist vor allem durch die wesentlich geringeren Prävalenz dieser Erkrankung erklärbar.

Wurden in diesem Teil ausschließlich die Mitglieder ohne Rentner betrachtet, so werden in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels wiederum alle BKK Versicherten – und somit auch Rentner und Kinder – einbezogen. Insofern werden dabei zum einen Zusammenhänge (z.B. bei den psychischen Störungen), zum anderen Unterschiede (wie z.B. in der Bedeutung der Hypertonie; I10) zwischen dem AU-Geschehen und der ambulanten bzw. stationären Versorgung bzw. in den Arzneimitteldaten deutlich.

Diagramm 2.19 Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Krankengeldanteile und Krankengeldtage je Fall nach Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)



## 2.2 Ambulante Versorgung

- Bluthochdruck (I10) und Rückenschmerz (M54) sind die am häufigsten gestellten ambulanten Diagnosen: Bei jeweils etwa einem Viertel der BKK Versicherten wurde ein solches Leiden festgestellt.
- Bei den über 65-jährigen dominieren vor allem zwei Erkrankungen: Mehr als 70% leiden unter Bluthochdruck, bei etwa jedem zweitem wurden auffällige Cholesterin- und Blutfettwerte (E78) festgestellt.
- Andererseits spielen auch Vorsorgemaßnahmen eine bedeutende Rolle, u.a. hat mehr als jeder Fünfte an einer Maßnahme zur Krebsvorsorge teilgenommen.

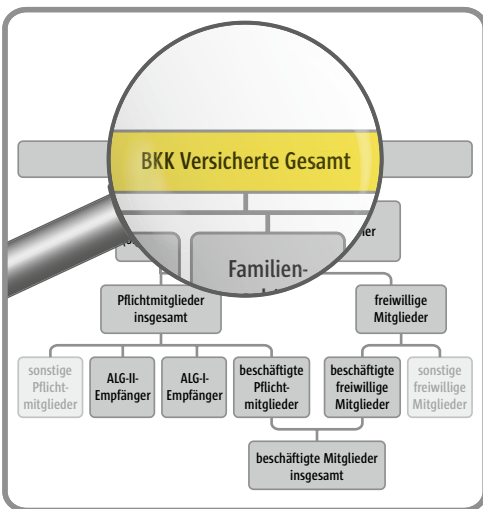
bezogen worden. Auf dieser erweiterten Datengrundlage kann ein umfassendes Bild der Krankheitslast der BKK Versicherten gezeichnet werden. Es rücken damit auch solche Diagnosen in die Betrachtung, die nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit assoziiert sind.

### Häufigste ambulante Einzeldiagnosen bei allen BKK Versicherten

Die nähere Betrachtung der am häufigsten vertretenen ambulanten Diagnosen zeigt recht eindrucksvoll die Unterschiede auf, die zum AU-Geschehen bestehen (» Kapitel 2.1). So sind die meisten der Top 20 Diagnosen aus dem ambulanten Bereich nicht unter den häufigsten AU-begründenden Diagnosen zu finden. Zum einen mag dies auch an den verschiedenen Versichertenpopulationen liegen, die hier betrachtet werden, zum anderen begründet sich dies ebenso durch die Diagnosen selbst. So sind als ambulante Diagnosen auch häufig Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (z.B. Impfungen) dokumentiert genauso wie weitere Diagnosen, die keine oder nur in geringem Maße Arbeitsunfähigkeit begründen (Adipositas, Hypertonie, Fehlsichtigkeit u.a.).

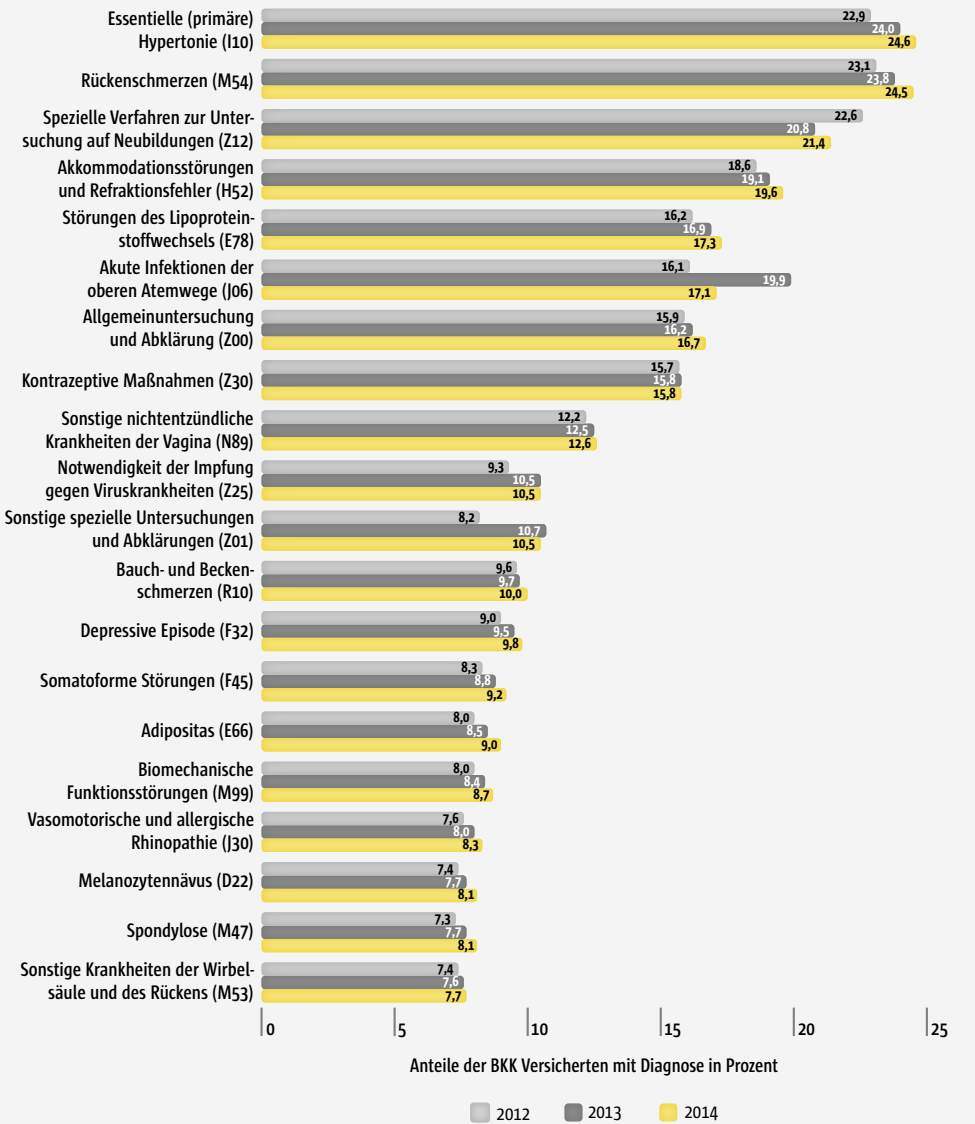
» Diagramm 2.20 listet die zwanzig häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen aller BKK Versicherten für das Jahr 2014 samt Vergleich zu den beiden Vorjahren auf. Äquivalent zur Entwicklung bei den ambulanten Diagnosen insgesamt, die jeweils im Vergleich zum Vorjahr zugenommen haben, ist auch bei den meisten hier betrachteten Einzeldiagnosen eine Zunahme zu verzeichnen.

Wie im vergangenen Jahr wird diese Liste auch im aktuellen Berichtsjahr von der essentiellen (primären) Hypertonie (I10) – auch als Bluthochdruck bezeichnet – angeführt: 24,6% aller Versicherten erhielten eine entsprechende Diagnose (» Diagramm 2.20). Im Vergleich zu den beiden vorherigen Jahren stellt dies wiederum eine Steigerung dar, 2013 waren es noch 24,0% der Versicherten mit einer solchen Diag-



In den beiden folgenden Abschnitten wird das Krankheitsgeschehen der gesamten BKK Versichertenpopulation dargestellt, dazu zählen z.B. auch familienversicherte Angehörige, Rentner und ALG-II-Bezieher (» Diagramm 1.3). Für das Berichtsjahr 2014 sind Daten von insgesamt 9,1 Mio. BKK Versicherten ein-

Diagramm 2.20 Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte – die zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen im Zeitverlauf (2012–2014)



nose, 2012 waren 22,9% zu verzeichnen. Hypertonie stellt genauso wie z.B. Adipositas (E66), die an 15. Stelle der Liste zu finden ist, einen manifesten Risikofaktor für schwere/chronische Erkrankungen dar (z.B. Erkrankungen der Blutgefäße oder Schlaganfall [vgl. auch Beitrag von Kluttig, Bohley und Hartering, **»» Schwerpunkt Wissenschaft**]) dar. Mit nur geringem Abstand zur Hypertonie folgen die Rücken-

schmerzen (M54): Bei rund einem Viertel aller Versicherten wurden diese diagnostiziert. Die hohe Prävalenz dieser Diagnose kommt auch dadurch zustande, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom bei verschiedensten Erkrankungen (z.B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Rückenschmerzen gehen zudem auch häufig mit Arbeitsunfähigkeit einher:

Durch Rückenschmerzen werden mehr Arbeitsunfähigkeitstage verursacht als durch jede andere Einzeldiagnose (III Kapitel 2.1). Im Gegensatz dazu hat die häufig dokumentierte ambulante Einzeldiagnose Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52), die hier auf Platz vier der Rangliste auftaucht, keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeitsrelevanz. Auch die unter den Top 20 häufig aufgelisteten Z-Diagnosen, bei denen es sich im Wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen handelt, spielen im AU-Geschehen keine wesentliche Rolle. So wurden bei 21,4% aller Versicherten die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) dokumentiert. Hierbei dürfte es sich vielfach um Teilnahmen am Hautkrebscreening handeln, die Vorsorgekoloskopie und die Untersuchungen auf Prostatakrebs gehören aber beispielsweise auch dazu. Ein hoher Grad an Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geht auch aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor:

- 16,7% der BKK Versicherten nahmen eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.
- Hinter der Diagnose sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01), die bei 10,5% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, werden unter anderem Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst.
- 10,5% der BKK Versicherten nahmen eine Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruserkrankungen (Z25) wie etwa Grippe und Mumps in Anspruch.

Außerdem auffällig ist der starke Rückgang bei den akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06). Da in 2014 eine Grippe- und Erkältungswelle im Vergleich zum Vorjahr ausblieb, ist der Rückgang von 19,9% auf 17,1% nicht verwunderlich. Ein kontinuierlicher Zuwachs bei den Prävalenzen in den vergangenen drei Jahren lässt sich hingegen bei den Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen erkennen – hierbei wiederum besteht eine sehr hohe Relevanz zum Bereich des AU-Geschehens,

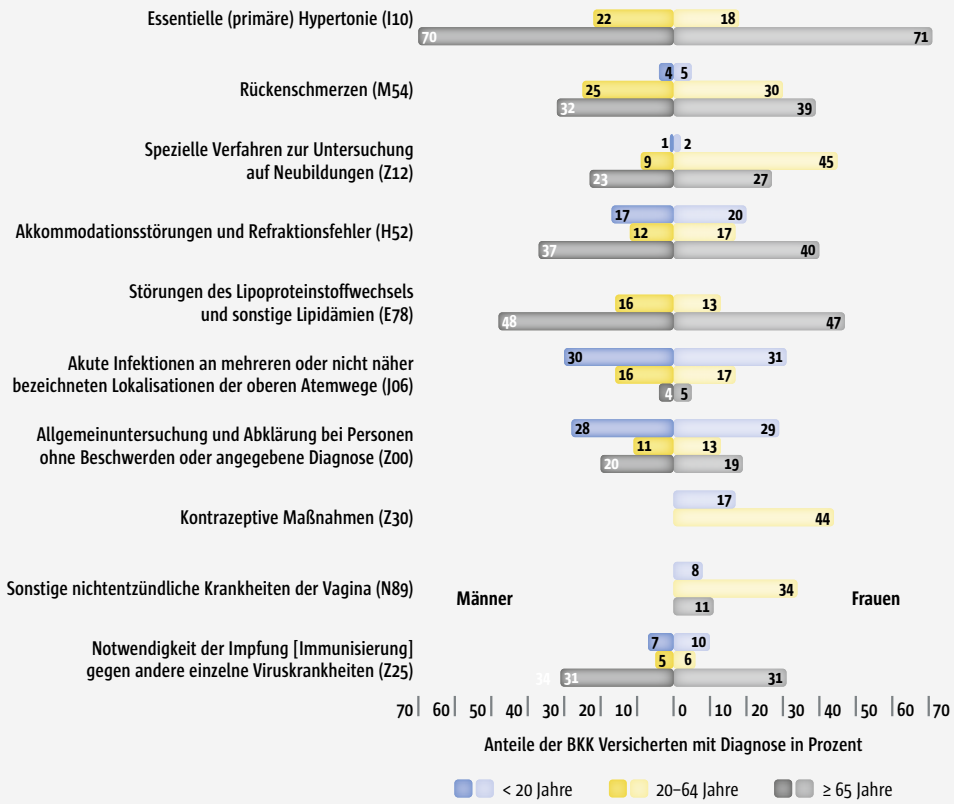
insbesondere Langzeiterkrankungen sind hierdurch verursacht (III Kapitel 2.1). Als häufigste ambulante Einzeldiagnosen tauchen hier die depressive Episode (F32) sowie die somatoforme Störung (F45) auf. Im aktuellen Berichtsjahr wurden diese Diagnosen bei 9,8% bzw. 9,2% der BKK Versicherten gestellt.

In III Diagramm 2.21 ist wiederum für die zehn häufigsten Einzeldiagnosen die administrative Prävalenz unterteilt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt. Dabei zeigen sich teils deutliche Unterschiede je nach Erkrankung.

Die häufigste Einzeldiagnose ist bei den Männern wie schon in den Vorjahren die essentielle (primäre) Hypertonie (I10), hiervon ist aber vor allem die Altersgruppe über 65 Jahre betroffen: Bei 70% der BKK versicherten Männer in dieser Altersgruppe wurde diese Diagnose in 2014 dokumentiert. Auch bei Frauen über 65 Jahre ist dies mit 71% die häufigste Diagnose. Vom Alter unabhängig betrachtet sind bei Frauen aber andere geschlechtsspezifische Einzeldiagnosen häufiger gestellt worden, was vor allem in den hohen Diagnoseraten in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen begründet ist. So sind die Diagnose-schlüssel für Untersuchungen auf Neubildungen (Z12), Kontrazeptive Maßnahmen (Z30), Rückenschmerzen (M54) sowie sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89) sowohl in dieser Altersgruppe als auch für die Frauen insgesamt auf den ersten vier Rangplätzen zu finden. Bei Männern sind neben Bluthochdruck und Rückenschmerzen Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) häufig, worunter unter anderem krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte gefasst werden. Letztere Diagnose ist ebenfalls vor allem im Alter verbreitet, bei den über 65-Jährigen wurde bei 48% der Männer und 47% der Frauen eine solche Erkrankung festgestellt. Bei den unter 20-Jährigen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern die akuten Infektionen der oberen Atemwege die häufigste Diagnose. Bei 31% (Frauen) bzw. 30% (Männer) wurde eine solche Diagnose in dieser Altersgruppe gestellt.

Einige der bereits beschriebenen Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen sind den fünf einleitend benannten Krankheitsgruppen zuzuordnen, die insbesondere mit Langzeit- bzw. chronischen Erkrankungen verbunden sind. Sowohl im AU-Geschehen als auch in der ambulanten Versorgung sind die Muskel-Skeletterkrankungen (z.B. Rückenschmerzen; M54) sowie psychischen Störungen (z.B. depressive Episode; F32) besonders prominent vertreten. Die Hypertonie (I10) als chronische Erkrankung aus der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielt

Diagramm 2.21 Ambulante Versorgung – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



im ambulanten Geschehen eine wichtige Rolle, diese ist hingegen im AU-Geschehen nahezu nicht vertreten. Dies ist zum einen dadurch begründet, dass Bluthochdruck meist nicht (allein) zu einer Arbeitsunfähigkeit führt und diese Diagnose v.a. im höheren (Renten-)Alter auftritt. Gleiches gilt auch für die Neubildungen, die relativ selten und eher im höhe-

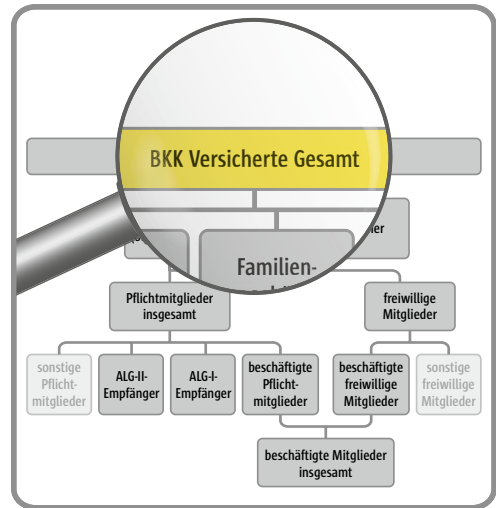
ren Lebensalter auftreten, aber trotz allem meist zu langen Krankheits-/Fehlzeiten führen. Auch bei den Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) wird – trotz einer hohen Prävalenz (vgl. Beitrag von Tamayo, Rathmann und Kuß, **»»** Schwerpunkt Wissenschaft) – kaum ein Einfluss auf das Krankheitsgeschehen und die Arbeitsfähigkeit sichtbar.



## 2.3 Stationäre Versorgung

Einschränkend muss einleitend angemerkt werden, dass es in der stationären Versorgung von somatischen und psychischen/psychiatrischen Erkrankungen systembedingte Unterschiede gibt, die sich auf die hier vorliegenden Kennzahlen auswirken. Mit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) in Deutschland vor 10 Jahren haben sich im somatischen Bereich die durchschnittlichen Falldauern deutlich verringert und somit auch der Anteil der KH-Fälle, die eine Liegedauer von mehr als 6 Wochen aufweisen. Da das DRG-System im stationären psychiatrischen Bereich aber bisher keine Anwendung findet, liegen hier die Falldauern teilweise deutlich über denen im somatischen Bereich. Ab dem Jahr 2017 wird aber auch hier eine Systematik – das PEPP-System (Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) – wirksam, durch das wieder eine bessere Vergleichbarkeit der oben genannten Kennzahlen aus dem somatischen und psychischen/psychiatrischen Bereich möglich sein wird.

- In den letzten Jahren haben sowohl Krankenhausauffälle als auch Behandlungstage vor allem von psychischen Erkrankungen zugenommen. Besonders viele Krankenhaustage erfolgen dabei aufgrund von Depressionen.
- Männer werden häufiger als Frauen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen stationär behandelt. Insbesondere bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25) ist die Fallzahl dreimal so hoch wie bei Frauen.
- Frauen werden hingegen doppelt so häufig wegen Bluthochdruck (I10) stationär versorgt.
- Bösartige Neubildung der Bronchien und Lunge (C34) ist die häufigste Krebsart, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind.
- In den letzten 10 Jahren haben krebsbedingte Behandlungstage im Wesentlichen bei Männern, aber kaum bei Frauen zugenommen.



Wie schon in **III** Kapitel 1.3 erkennbar wird, dominieren insbesondere drei Diagnosehauptgruppen die Statistiken zu den durchschnittlich anfallenden Krankenhaustagen je Versicherten: Fast jeder zweite Krankenhaustag erfolgte im aktuellen Berichtsjahr aufgrund einer Diagnose aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen, der Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems oder der Neubildungen.

Auch bei einer Unterteilung nach Geschlecht zeigt sich keine Änderung in der Reihenfolge, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern fallen die meisten Krankenhaustage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen an, allerdings sind dies bei Frauen mit über 400 Krankenhaustagen pro 1.000 Versicherte mehr als bei den Männern (336,3 KH-Tage) (**III** Tabelle 2.6). Auch die Verweildauer pro Fall ist mit durchschnittlich 27,8 Tagen hierbei deutlich länger als bei den Männern (22,3 Tage je Fall). Umgekehrt sind die Relationen bezüglich der KH-Tage hingegen

Tabelle 2.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Rang	ICD-Code	Bezeichnung	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
			je 1.000 Versicherte		
<b>Männer</b>					
1.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	15,1	336,3	22,3
2.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	33,4	288,4	8,6
3.	C00–D48	Neubildungen	22,0	212,6	9,7
<b>Frauen</b>					
1.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	14,6	405,3	27,8
2.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	25,6	222,3	8,7
3.	C00–D48	Neubildungen	21,2	190,2	9,0
<b>Gesamt</b>					
1.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	14,9	371,0	25,0
2.	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	29,5	255,3	8,7
3.	C00–D48	Neubildungen	21,6	201,4	9,3

bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Neubildungen – hier sind für die männlichen Versicherten durchschnittlich mehr Krankenhaustage zu verzeichnen.

Im Folgenden wird die Ebene der Einzeldiagnosen betrachtet, um erkennen zu können, welche spezifischen Krankheiten besondere Bedeutung in der stationären Versorgung haben. Hierbei steht im Vordergrund, welchen Anteil die Diagnosen an der Menge der erbrachten Behandlungstage haben. **»** Tabelle 2.7 führt dazu diejenigen zehn Einzeldiagnosen auf, die ursächlich für die meisten Krankenhaustage je Versicherten sind. Auch hier sind viele Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der schon genannten drei Diagnosehauptgruppen zu finden: Neun Rangplätze bei den Männern sowie sieben der Rangplätze bei den Frauen sind von Einzeldiagnosen aus diesen Hauptgruppen belegt. Bei beiden Geschlechtern sind die rezidivierende depressive Störung (F33), die depressive Episode (F32) und die Herzinsuffizienz (I50) auf den ersten drei Rängen zu finden. Herzinsuffizienz ist diejenige Krankheit, die am häufigsten bei den Frauen als Diagnose gestellt wird, die „Alkoholkrankheit“ (F10) ist wiederum bei den Männern für die meisten Fälle ursächlich.

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der Krankheiten des Kreislaufsys-

tems, der Neubildungen und der psychischen Störungen. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen nochmal detaillierter betrachtet.

### Psychische und Verhaltensstörungen

Eine allgemeine Tendenz der letzten zehn Jahre in der stationären Versorgung ist ein Ansteigen der Fallzahl bei gleichzeitig sinkender Verweildauer (**»** Kapitel 1.3). Die Gesamtmenge an erbrachter stationärer Versorgung (hier angegeben als KH-Tage pro Versicherte) ist dabei ebenfalls angestiegen, seit 2004 um über 17%. Betrachtet man darüber hinaus im Detail die Entwicklung je Diagnosehauptgruppe, so ist in den meisten Gruppen auch jeweils eine Steigerung zu verzeichnen, hierbei sticht allerdings die Diagnosehauptgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen heraus: Mit mehr als 53% zusätzlichen Krankenhaustagen je Versicherte liegt hier der Zuwachs in den vergangenen zehn Jahren sehr deutlich über dem genannten durchschnittlichen Zuwachs von 17% (**»** Diagramm 2.22). Insgesamt ist der Anteil der durch psychische Störungen bedingten Behandlungstage am Gesamtvolumen stark gestiegen, mittlerweile erfolgt jeder fünfte stationäre Behand-

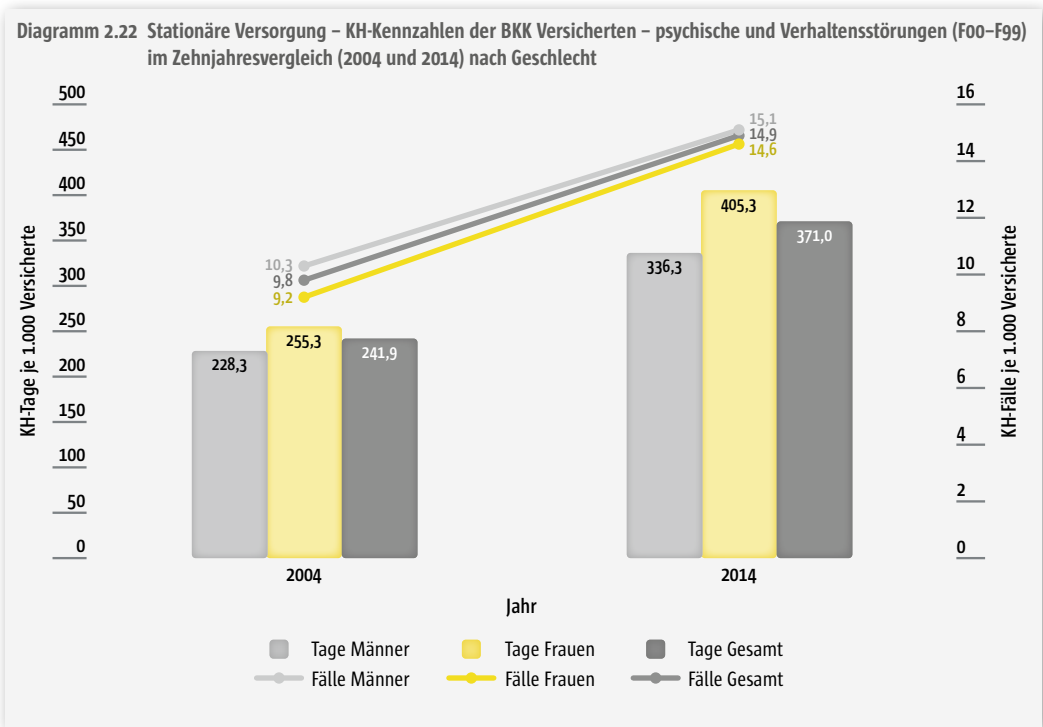
Tabelle 2.7 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

Rang	ICD-Code	Bezeichnung	KH-Tage	KH-Fälle	Tage je Fall
			je 1.000 Versicherte		
<b>Männer</b>					
1.	F33	Rezidivierende depressive Störung	61,8	1,6	39,4
2.	F32	Depressive Episode	57,9	1,6	35,5
3.	I50	Herzinsuffizienz	49,7	4,3	11,6
4.	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	42,1	4,7	8,9
5.	F20	Schizophrenie	35,7	1,1	33,9
6.	I63	Hirnfarkt	33,8	2,6	13,1
7.	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	27,9	2,8	10,1
8.	I70	Atherosklerose	27,6	2,5	10,9
9.	I21	Akuter Myokardinfarkt	27,0	3,0	8,9
10.	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	25,4	2,6	9,8
<b>Frauen</b>					
1.	F33	Rezidivierende depressive Störung	106,5	2,7	39,9
2.	F32	Depressive Episode	82,7	2,3	36,6
3.	I50	Herzinsuffizienz	44,3	3,9	11,4
4.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	30,9	3,4	9,0
5.	S72	Fraktur des Femurs	30,5	1,9	16,2
6.	I63	Hirnfarkt	29,2	2,2	13,4
7.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	25,4	2,3	11,0
8.	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	24,4	2,0	12,5
9.	F20	Schizophrenie	24,1	0,6	37,6
10.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	22,6	1,0	22,4

lungstag aufgrund dieser Krankheitsart. Weiterhin zeigt sich im Vergleich der beiden Jahrgänge, dass die Anzahl der KH-Tage bei den Frauen stärker angestiegen ist als bei den Männern. Die Fallzahlen im aktuellen Berichtsjahr unterscheiden sich hingegen zwischen den Geschlechtern nur geringfügig. Entsprechend fallen die durchschnittlichen Verweildauern bei Frauen (27,8 Tage je Fall) länger aus als bei Männern (22,3 Tage je Fall).

Die Differenzen bei Krankenhaustagen und Verweildauer zwischen den Geschlechtern kann zum

Teil durch unterschiedliche Prävalenzen bei Männern und Frauen, die sich auch in entsprechendem stationärem Behandlungsbedarf niederschlagen, erklärt werden. Frauen sind häufiger von Depressionen betroffen, in der Betrachtung der häufigsten Einzeldiagnosen zeigt sich bei dieser Diagnose eine deutlich höhere Fallrate und damit einhergehend eine höhere Anzahl von Krankenhaustagen (»» Diagramm 2.24). Zusammengenommen verursachen die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) fast die Hälfte der Kranken-



haustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen machen diese aber nur knapp 36% aller psychisch bedingten Krankenhaustage der Männer aus (»» Diagramm 2.23). Andererseits ist bei den Männern auch eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt. In der stationären Versorgung ist dies in den deutlich höheren Fallzahlen zur F10-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) wiederzufinden. Hierbei ist die durchschnittliche Falldauer bei beiden Geschlechtern allerdings mit unter neun Tagen relativ gering. Weiterhin zeigt sich in den dargestellten Zahlen aber auch ein Geschlechtsunterschied in der stationären Behandlungsdauer bei gleicher Diagnose, insbesondere bei Anpassungsstörungen (F43) werden Frauen mit im Schnitt zusätzlichen fünf Tagen (22,4 vs. 17,0 Tage je Fall) deutlich länger stationär behandelt als Männer.

**Erkrankungen des Kreislaufsystems**

Erkrankungen des Kreislaufsystems zählen mit im Schnitt fast 30 Fällen je 1.000 Versicherte zu den häu-

figsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (14,6% aller Fälle). Gegenüber 2004 sind das etwa 28% mehr Fälle, die Anzahl der Krankenhaustage pro Versicherte ist hingegen nur um etwa 10% gestiegen (»» Diagramm 2.25). Damals wie auch im aktuellen Berichtsjahr sind Männer häufiger betroffen, entsprechend fallen bei den Männern auch mehr Krankenhaustage an.

Wie »» Diagramm 2.26 und »» Diagramm 2.27 zeigen, sind bei beiden Geschlechtern Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) diejenigen Diagnosen, aufgrund derer die meisten Behandlungstage anfallen. Große Differenzen zeigen sich unter den wichtigsten Einzeldiagnosen hingegen bei anderen Erkrankungen, so verursacht die chronische ischämische Herzkrankheit (I25) bei Männern mehr als dreimal so viele KH-Fälle und KH-Tage im Vergleich zu den Frauen. Wegen Hypertonie (I10) sind wiederum Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig in stationärer Behandlung und die Anzahl der durchschnittlichen Krankenhaustage pro Versicherte ist hierbei ebenfalls doppelt so hoch. Ähnliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 3.1). Diese deutliche Differenz steht im Gegensatz zur ambulanten

Diagramm 2.23 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2014)

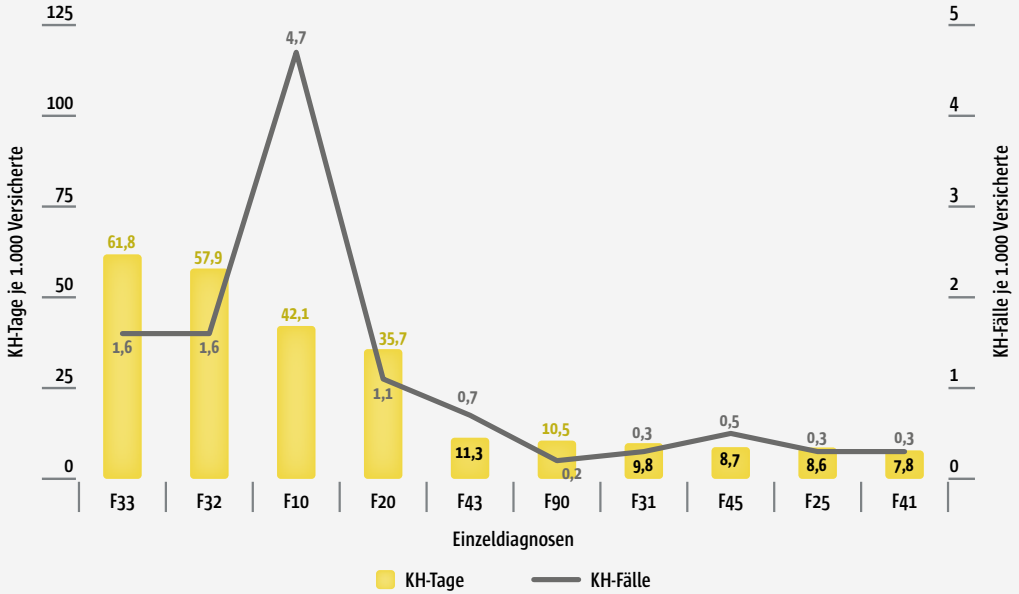
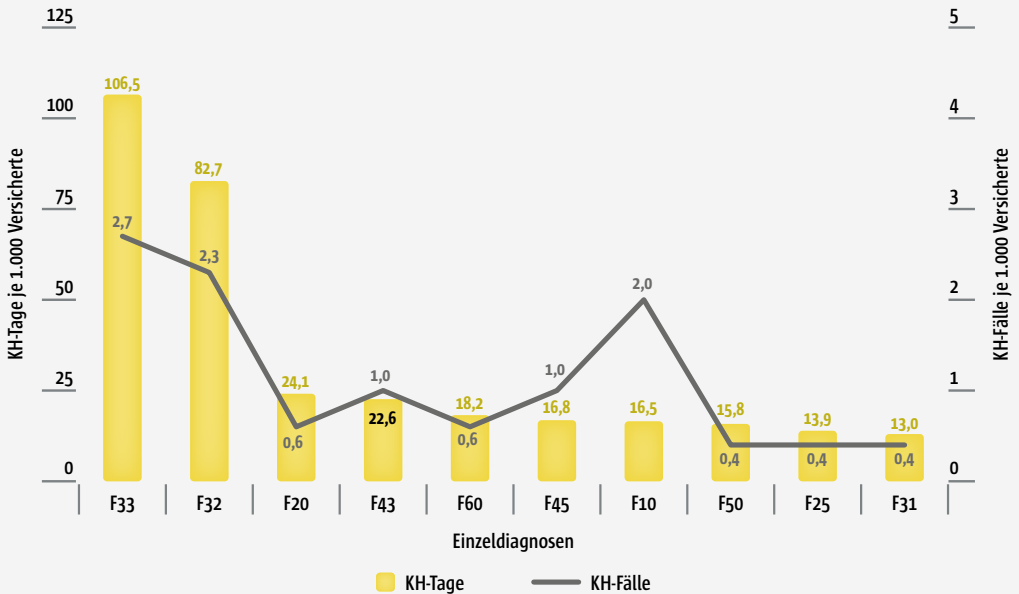


Diagramm 2.24 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)



## 2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Diagramm 2.25 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Erkrankungen des Kreislaufsystems (I00–I99) im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Geschlecht

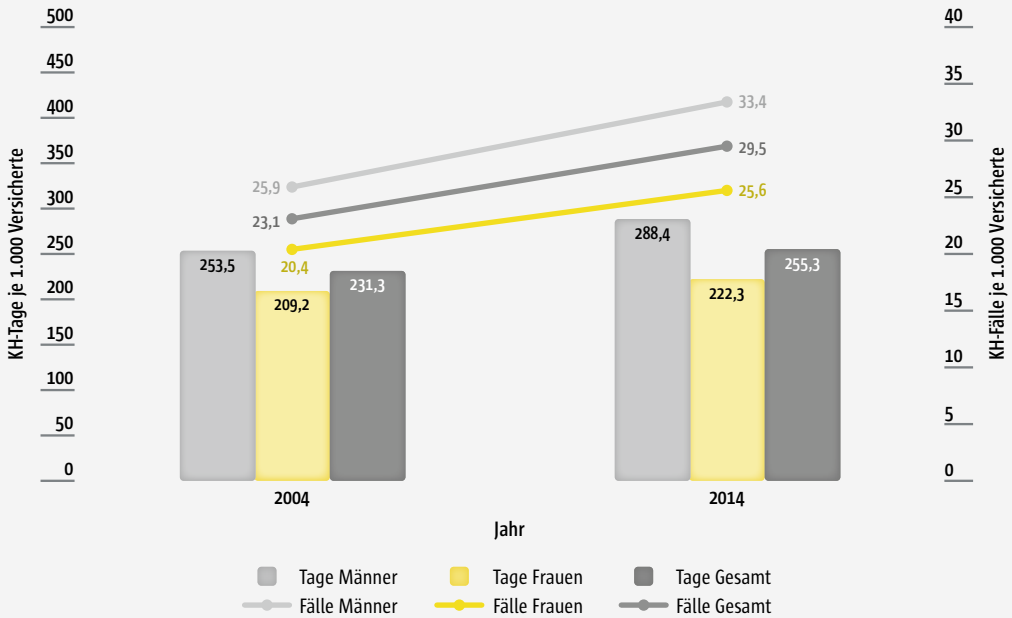


Diagramm 2.26 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2014)

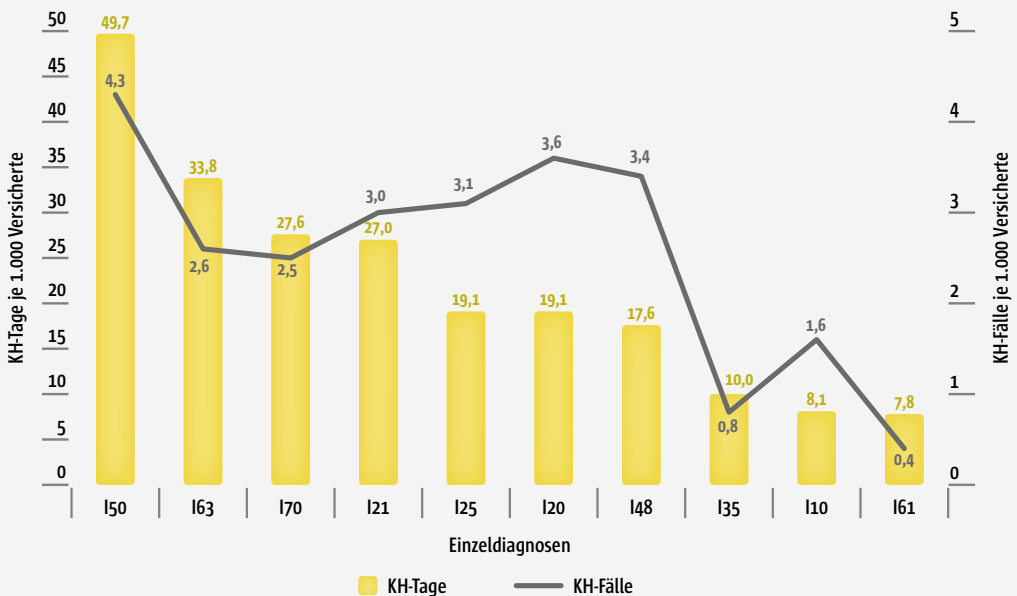
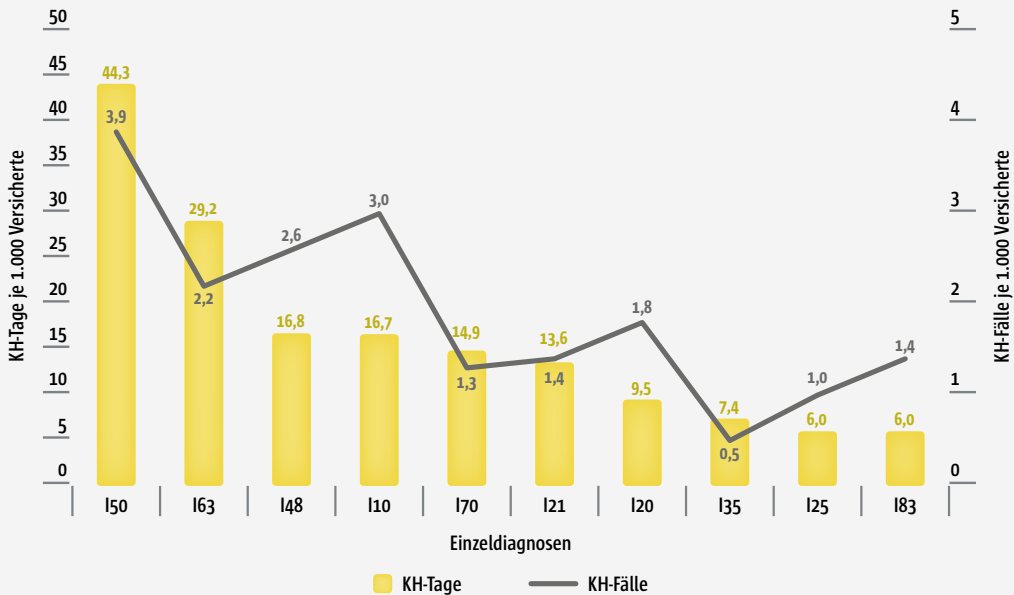


Diagramm 2.27 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherte – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)



Versorgung (III Kapitel 2.2), wo nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den administrativen Prävalenzen zu finden sind. Allerdings zeigt sich bei den Arzneimittelverordnungen im folgenden Abschnitt (III Kapitel 2.4), dass Frauen wesentlich häufiger Medikamente für Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer erhalten. Möglicherweise hängt dies mit dem Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten von Frauen zusammen. Sie gehen öfter und bereits bei ersten Symptomen einer Erkrankung zum Arzt und erhalten insgesamt mehr Medikamente verordnet als Männer. Dagegen suchen Männer einen Arzt tendenziell erst dann auf, wenn der Leidensdruck und die Schwere der Erkrankung schon entsprechend hoch sind, was wiederum in wesentlich mehr AU- und KH-Tagen im Vergleich zu den Frauen mündet.

### Neubildungen

Die Diagnosehauptgruppe der Neubildungen hat den drittgrößten Anteil an den Krankenhaustagen im aktuellen Berichtsjahr inne, mehr als jeder zehnte Krankenhaustag erfolgte aufgrund einer solchen Er-

krankung. Ein Rückblick auf das Berichtsjahr 2004 zeigt, dass insgesamt in den letzten zehn Jahren kein wesentlicher Anstieg in den Behandlungstagen für diese Krankheitsart zu beobachten ist. Waren im Berichtsjahr 2004 nur marginale Geschlechtsunterschiede bei den KH-Tagen zu verzeichnen, so ist im Jahr 2014 vor allem bei den Männern ein Anstieg zu erkennen (III Diagramm 2.28).

In der Diagnosehauptgruppe der Neubildungen werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Entsprechend der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung der bösartigen Neubildungen dominieren diese in der stationären Versorgung. Die meisten Fälle und die meisten Behandlungstage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (III Diagramm 2.30). Bei den Frauen erfolgt etwa jeder sechste Krebsbehandlungstag aufgrund dieser Diagnose. Entsprechend der KH-Tage je Versicherte folgen an zweiter Stelle bei den Frauen die Neubildungen in Bronchien und Lunge (C34), bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Krankenhaustage verbunden (III Diagramm 2.29).

## 2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Diagramm 2.28 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Neubildungen (C00-D48) im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Geschlecht

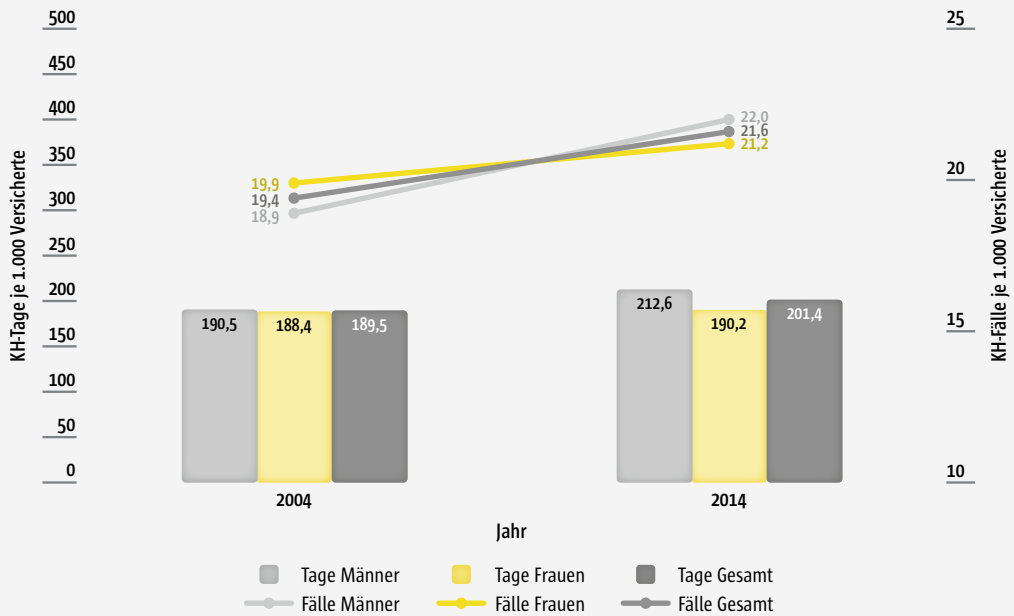


Diagramm 2.29 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Männer (Berichtsjahr 2014)

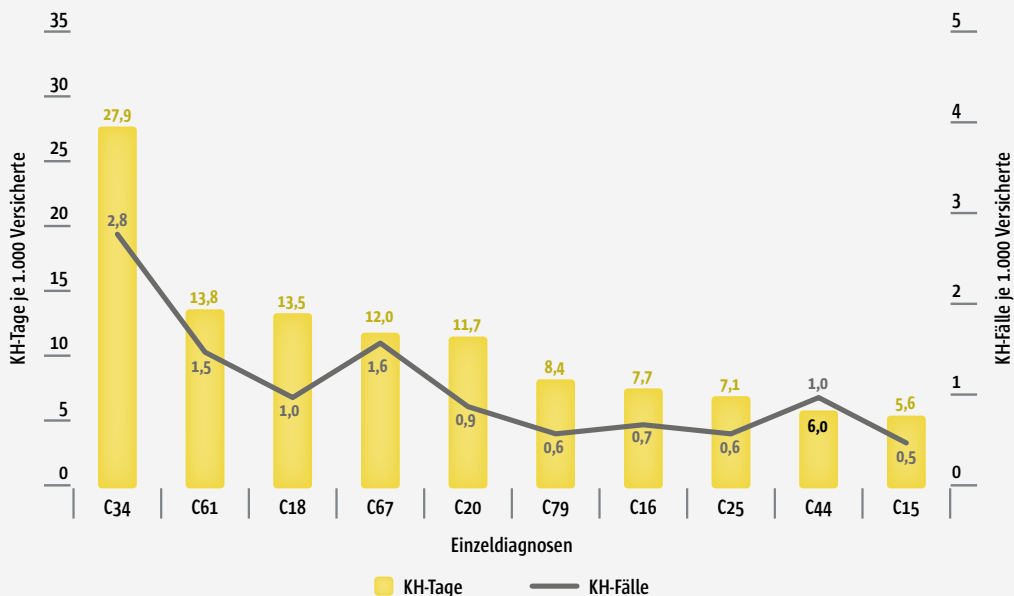
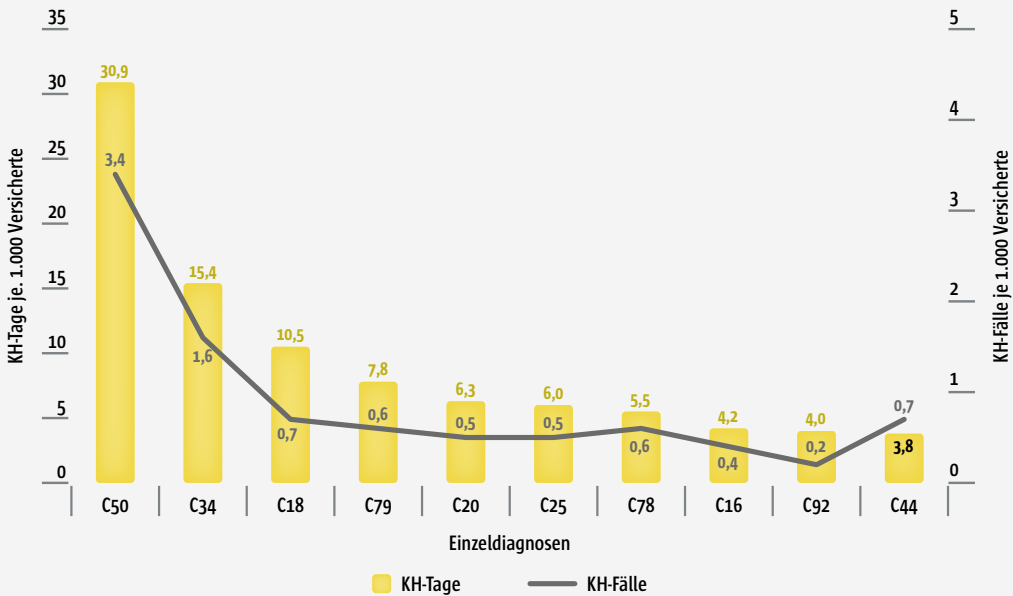




Diagramm 2.30 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Frauen (Berichtsjahr 2014)



### Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

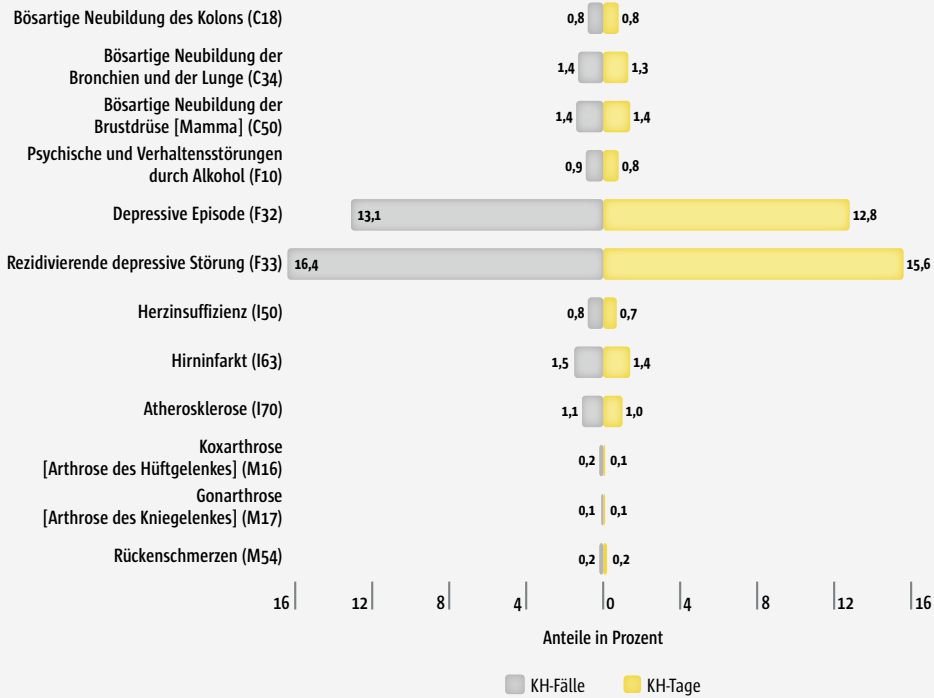
- Allein zwei Einzeldiagnosen zu depressiven Störungen (F32, F33) vereinen mehr als ein Viertel aller KH-Fälle und -Tage mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen auf sich.
- Bei psychischen Erkrankungen ist i.d.R. ein hoher Anteil der Fälle Langzeitbehandlungen. Bei anderen Krankheitsbildern wie z.B. Brustkrebs müssen die meisten Fälle nicht lange stationär behandelt werden – diejenigen Fälle hingegen, die Langzeitbehandlungen sind, haben dann aber meist eine auch für Langzeitfälle überdurchschnittliche Falldauer.

Wie bereits in den vorhergehenden Abschnitten, soll auch an dieser Stelle ein Blick auf die Langzeit-Krankenhausfälle und -tage nach Einzeldiagnosen geworfen werden. Im Folgenden werden jeweils die drei nach den Krankenhaustagen je 1.000 BKK Versicherten wichtigsten Einzeldiagnosen aus der Gruppe der Neubildungen, der psychischen Störungen, der Kreislauferkrankungen sowie der Muskel- und Skeletterkrankungen betrachtet.

In **»»** Diagramm 2.31 sind für die ausgewählten Einzeldiagnosen die Prozentanteile der Krankenhausfälle und -tage mit einer Liegedauer von mehr als 6 Wochen an allen Langzeitfällen und -tagen wiedergegeben. Insgesamt vereinen diese zwölf ausgewählten Einzeldiagnosen 37,7% aller Langzeit-Krankenhausfälle und 36,2% aller Langzeit-Krankenhaustage auf sich.

Deutlich wird auch hier – wie schon auf den vorherigen Seiten dieses Abschnitts – die Dominanz der psychischen Störungen. Nahezu jeder sechste Langzeit-KH-Fall (16,4%) bzw. Langzeit-KH-Tag (15,6%) von allen Langzeitfällen und -tagen der BKK Versicherten geht auf das Konto der rezidivierenden depressiven Störung (F33). Dicht dahinter folgt die depressive Episode (F32), die für 13,1% aller Langzeit-KH-Fälle und 12,8% aller Langzeit-KH-Tage verantwortlich ist. Allein diese beiden Einzeldiagnosen sind für 29,5% aller Langzeit-KH-Fälle und 28,4% Langzeit-KH-Tage verantwortlich. Zu beachten ist bei der Interpretation dieser Anteile aber der eingangs beschriebene Unterschied zwischen den Langzeitfällen aus dem somatischen und psychischen Bereich aufgrund des DRG-Systems. Mit einstelligen Prozentanteilen am Langzeiterkrankungsgeschehen

Diagramm 2.31 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten –  
Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) für ausgewählte Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)



folgen die Einzeldiagnosen aus der Gruppe der Neubildungen und der Kreislauferkrankungen weit dahinter. Noch geringere Anteile weisen die Diagnosen aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen auf.

In **»»** Diagramm 2.32 sind die Anteile der Langzeit-KH-Fälle und -tage innerhalb einer jeden Einzeldiagnose dargestellt. Auch hier zeigt sich ein nahezu identisches Bild in der Reihung der Einzeldiagnosen: Die zwei Einzeldiagnosen zu depressiven Störungen (F32, F33) liegen mit Anteilen zwischen 37,3–42,8% der Langzeit-KH-Fälle an allen KH-Fällen je Diagnose weit vor den Erkrankungen aus der Gruppe der Neubildungen, der Kreislauferkrankungen sowie der Muskel- und Skeletterkrankungen. Deutlich wird an dieser Stelle, dass die Rückenschmerzen (M54) in der stationären Versorgung eine wesentliche geringere Rolle als im AU-Geschehen und in der ambulanten Versorgung spielen.

Trotz des am Beginn dieses Abschnittes beschriebenen systembedingten Unterschiedes in den Fall-

dauern zwischen somatischen und psychischen/psychiatrischen Erkrankungen soll abschließend noch einmal ein direkter Vergleich zwischen den ausgewählten Einzeldiagnosen vorgenommen werden. In **»»** Diagramm 2.33 ist die durchschnittliche Falldauer je Einzeldiagnose für alle KH-Fälle sowie für KH-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen dargestellt. Neben der Tatsache, dass auch hier die zwei Depressions-Diagnosen die mit Abstand höchsten Falldauern insgesamt aufweisen, zeigt sich bei der ausschließlichen Betrachtung der Falldauern für die Langzeitfälle ein anderes Bild. Hier sind die Unterschiede zwischen den somatischen und psychischen/psychiatrischen Diagnosen wesentlich geringer. Die bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustkrebs; C50) nimmt mit durchschnittlichen 68 KH-Tagen je Fall innerhalb der Fälle mit mehr als 6 Wochen Dauer eine Spitzenposition ein. Fast zwei Kalenderwochen kürzer ist die Falldauer bei Langzeit-KH-Fällen aufgrund einer Gonarthrose (Kniegelenkarthrose; M16).

Diagramm 2.32 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)

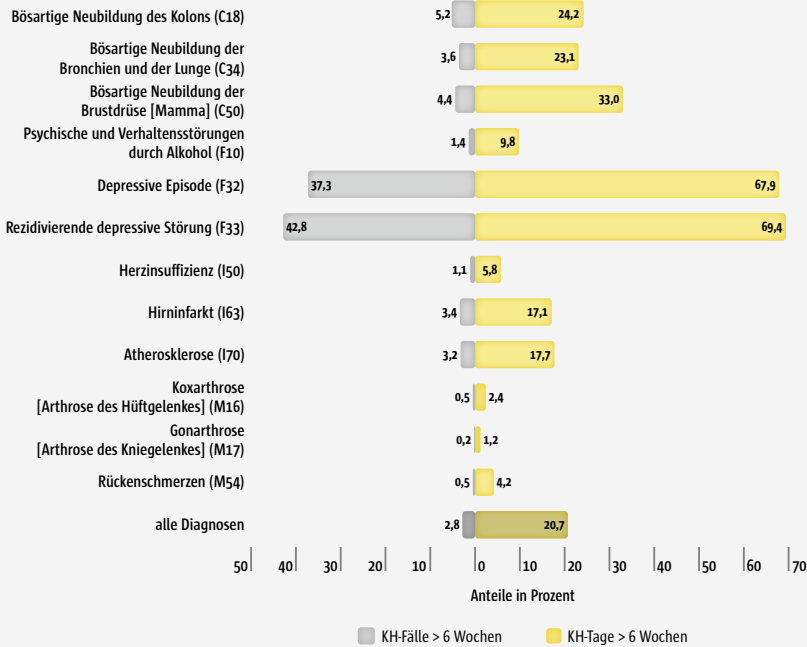
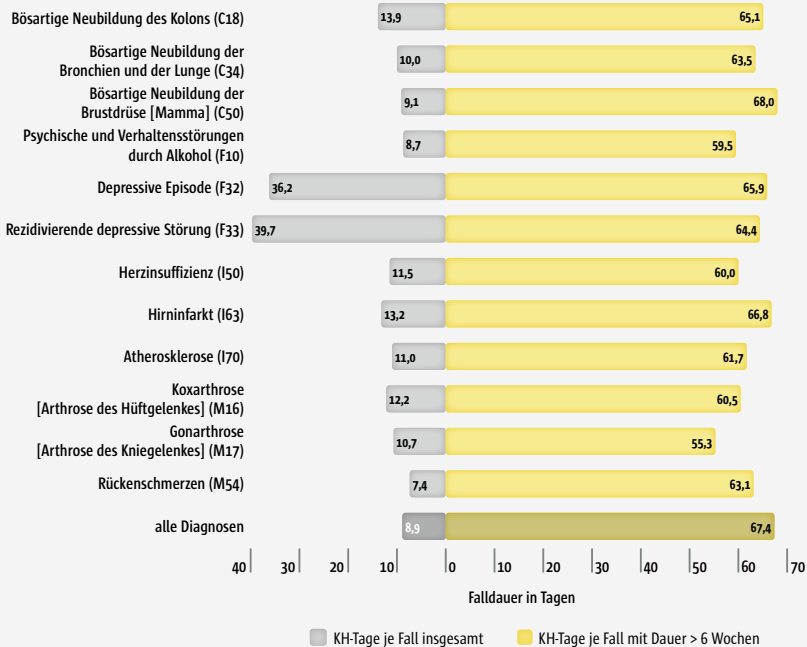


Diagramm 2.33 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Falldauer insgesamt sowie für KH-Fälle > 6 Wochen für ausgewählte Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)



## 2.4 Arzneimittelverordnungen

- In den letzten 3 Jahren haben sich bei den zehn am häufigsten verordneten Arzneimitteln weder in ihrer Zusammensetzung noch in ihrer Reihenfolge Änderungen ergeben.
- Insbesondere Arzneimittel, die für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen Anwendung finden, sind hier besonders stark vertreten.

Während sich **III** Kapitel 1.4 mit den Arzneimittelverordnungen nach Wirkstoffgruppen im Allgemeinen befasst, wenden wir uns in diesem Teil einer etwas detaillierteren Betrachtung der therapeutischen Untergruppen (ATC-3-Steller) und in exemplarischen Fällen auch der Betrachtung der therapeutisch-pharmakologischen Untergruppen (ATC-4-Steller) zu. Da-

neben werden hier auch – sofern relevant – bereits alters- und geschlechtsspezifische Arzneimittelkennzahlen berichtet, die die in **III** Kapitel 3.4 folgenden Auswertungen einleiten und ergänzen.

Zunächst sollen die zehn therapeutischen Untergruppen mit dem größten Anteil an Verordnungen bei den BKK Versicherten im Jahr 2014 im Vergleich zu den letzten beiden Jahren dargestellt werden.

Wie in **III** Tabelle 2.8 deutlich wird, haben sich die zehn nach ihren Verordnungsanteilen häufigsten Arzneimittel weder in ihrer Zusammensetzung noch in ihrer Reihenfolge in den letzten 3 Jahren geändert. Eine deutliche Abnahme (-2,5%) im Vergleich zum Vorjahr ist bei den Antibiotika zur systemischen Gabe (J01) erkennbar, was aber primär der im Jahr 2013 ausgeprägten Grippewelle zuzuschreiben ist. Ebenfalls tendenziell zurückgegangen sind die Ver-

Tabelle 2.8 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) im Zeitverlauf (2012–2014)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Berichtsjahr		
		2014	2013	2012
		Anteil der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent		
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	27,2	29,7	28,4
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,5	26,3	25,4
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	18,0	17,5	16,7
N02	Analgetika	15,2	15,5	14,7
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	14,8	14,1	13,5
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	13,0	12,9	12,6
H03	Schilddrüsenherapie	10,5	10,2	9,6
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	9,3	9,3	8,8
S01	Ophthalmika	9,0	8,9	8,5
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	8,4	8,2	7,9

2.4 Arzneimittelverordnungen

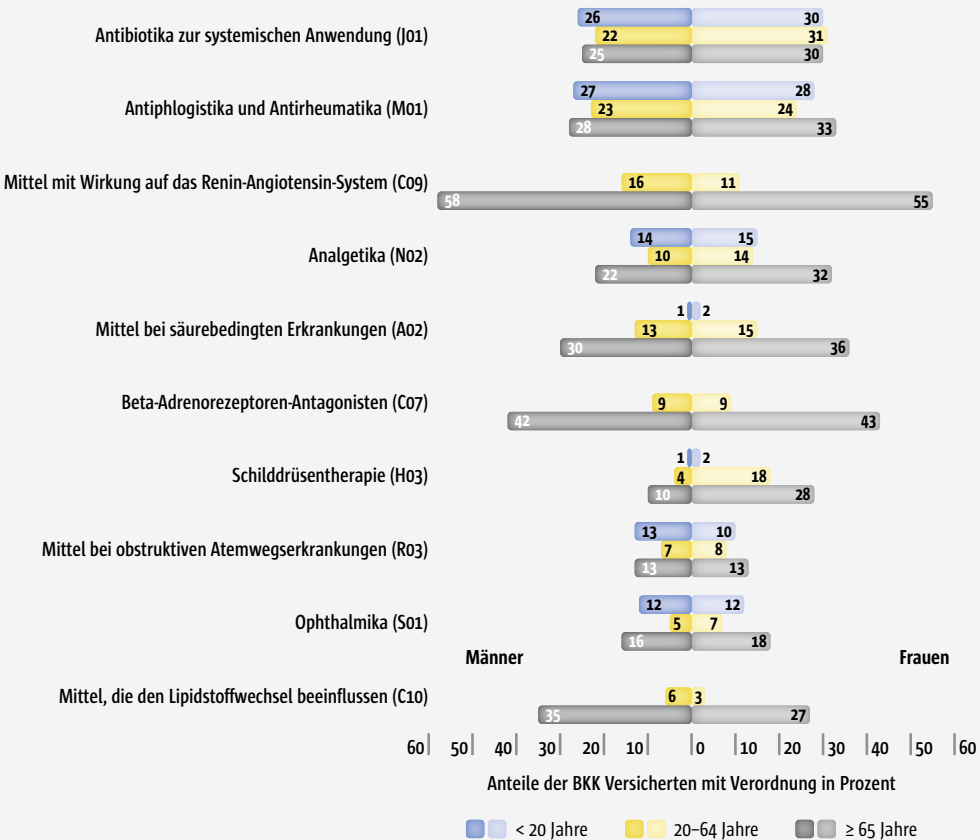
ordnungen im Bereich der Antiphlogistika und Antirheumatika (M01: -0,8%) sowie bei den Analgetika (N02: -0,3%). Für alle anderen therapeutischen Hauptgruppen ist im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung der Verordnungsanteile erkennbar, die mit +0,5% am deutlichsten bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) zutage tritt. Deutliche Zusammenhänge lassen sich hier zwischen den ambulanten Diagnosen und den Arzneimittelverordnungen aufzeigen: So treten Hypertonie (I10) (ATC-Code C09 und C07), Rückenschmerzen (M54) (ATC-Code M01 und N02), Atemwegserkrankungen (ATC-Code J01 und R03) Akkommodationsstörungen des Auges (ATC-Code S01) sowie Störungen des Lipidstoffwechsels (ATC-Code C10) auch unter den zehn häufigsten Einzeldiagnosen auf (» Diagramm 2.20) und finden hier ihre Entsprechung bei der jeweiligen therapeutischen Unter-

gruppe. Der Zusammenhang zwischen den Krankheitsarten, die eine Arbeitsunfähigkeit hervorrufen, und den entsprechenden Arzneimittelverordnungen wird in » Kapitel 4 näher beleuchtet.

- Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System weisen – entsprechend der zugrundeliegenden Krankheitsbilder – besonders hohe Verordnungsanteile bei den über 65-Jährigen auf.
- Frauen weisen, begründet durch eine höhere Prävalenz entsprechender Erkrankungen, deutliche höhere Verordnungsanteile bei Wirkstoffen aus der Gruppe der Schilddrüsenherapie (H03) auf.

Arzneimittelverordnungen sind zum Teil stark vom Alter und Geschlecht des Versicherten abhängig (» Diagramm 2.34). Deutliche Alterseffekte sind unter anderem für die Mittel mit Wirkung auf das

Diagramm 2.34 Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



Renin-Angiotensin-System (Co9) und bei Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (Co7) erkennbar, die u. a. mit der höheren Prävalenz von Kreislaufkrankungen in der Gruppe der über 65-Jährigen erklärbar sind. Gleiches gilt für die Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10). Diese drei therapeutischen Untergruppen, die ihre Wirkung primär auf das kardiovaskuläre System ausüben, werden faktisch in der Gruppe der unter 20-Jährigen nicht verordnet, da in dieser Altersgruppe entsprechende Krankheitsbilder nur sehr selten auftreten. Geringe Altersunterschiede sind dagegen bei Arzneimitteln erkennbar, die zum Beispiel bei Atemwegserkrankungen verordnet werden (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen: Ro3). Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Verwendung (Jo1) und die Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1). Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zutage: Frauen weisen bei der Schilddrüsenthherapie (Ho3) einen Anteil der Versicherten mit einer Verordnung von 16,5% auf – das ist nahezu der vierfache Anteil im Vergleich zu den Männern (4,5%). Begründet ist dies durch die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen sind. Insbesondere Mittel zur Behandlung von Erkältungen, wie Rhinologika (Ro1) oder Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1), sind in den vorliegenden Statistiken unterrepräsentiert, da diese Präparate meist nur bei Kindern und Jugendlichen erstattungsfähig sind.

- Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System vereinen mehr als ein Viertel (25,3%) aller Einzelverordnungen sowie 43,3% der definierten Tagesdosen an den Gesamtverordnungen aller BKK Versicherten auf sich.
- Ebenfalls hohe Anteile sind bei Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem zu finden, die insgesamt 12,6% aller Einzelverordnungen und 6,8% aller definierten Tagesdosen ausmachen.

Neben der Betrachtung der Anteile der Versicherten, die im Jahr 2014 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, gibt die Darstellung der Einzelverordnungen (EVO) und der definierten Tagesdosen (DDD) weitergehende Einblicke und Erkenntnisse (III Diagramm 2.35).

Sechs der insgesamt 20 therapeutischen Untergruppen sind der anatomischen Hauptgruppe C (kardiovaskuläres System) zuzuordnen. Allein diese sechs Untergruppen vereinen mehr als ein Viertel (25,3%) aller Einzelverordnungen sowie 43,3% der de-

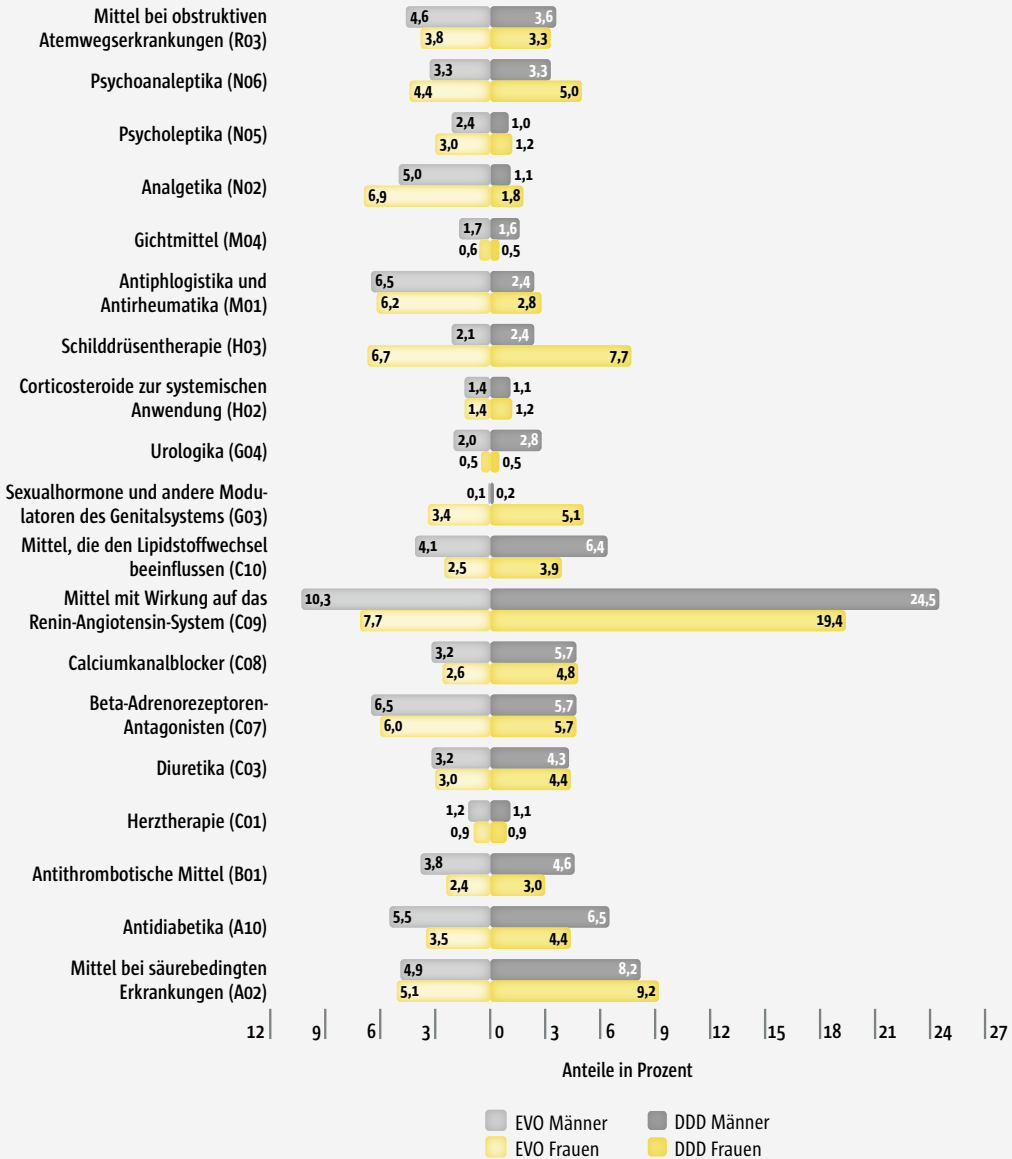
finierten Tagesdosen an den Gesamtverordnungen aller BKK Versicherten auf sich. Auf Platz 1 mit etwa jeder elften (8,9%) Einzelverordnung und mehr als ein Fünftel (21,5%) aller definierten Tagesdosen stehen die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9). Aus der gleichen anatomischen Untergruppe sind die Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (Co7; Beta-Blocker) auf Platz 3 mit einem Anteil von 6,2% an allen Einzelverordnungen sowie 5,7% an allen definierten Tagesdosen zu finden. Eine Vielzahl von Mitteln aus dieser ATC-Hauptgruppe werden für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Hypertonie; I10; oder auch kardiale Arrhythmie; I49) eingesetzt. Wie in III Kapitel 2.2 zur ambulanten Versorgung bereits gezeigt werden konnte, wurde im letzten Jahr bei nahezu jedem vierten (24,6%) BKK Versicherten Bluthochdruck (I10) diagnostiziert – insgesamt erhielt mehr als jeder dritte (35,2%) eine ambulante Diagnose aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dagegen spielt diese Diagnosehauptgruppe beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kaum eine Rolle, lediglich 4,3% aller AU-Tage gehen auf diese Krankheitsart zurück. Zudem führen bei den Mitgliedern ohne Rentner lediglich 5,5% aller ambulant diagnostizierten Hypertoniefälle überhaupt zu einer Krankschreibung. Eine weitere wesentliche Ursache ist aber auch, dass Bluthochdruck im Speziellen sowie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Allgemeinen v. a. im höheren Lebensalter auftreten und somit nur wenig Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen ausüben (s. a. III Kapitel 3 zu den Altersunterschieden).

Drei der zwanzig therapeutischen Untergruppen sind der ATC-Hauptgruppe N (Nervensystem) zuzuordnen. Insgesamt 12,6% aller Einzelverordnungen und 6,8% aller definierten Tagesdosen gehen auf ihr Konto. Insbesondere die Analgetika (No2; v. a. Schmerzmittel) sind allein mit einem Anteil von 6% an allen Einzelverordnungen vertreten, werden aber mit 1,5% aller definierten Tagesdosen eher für Kurzzeittherapien eingesetzt.

Auch die ATC-Gruppe A (Alimentäres System und Stoffwechsel) stellt mit 9,4% aller Einzelverordnungen und 14,1% aller definierten Tagesdosen einen bedeutsamen Anteil am Gesamtverordnungsvolumen dar. Antidiabetika (ATC: A10) werden zur Behandlung von Diabetes mellitus und Mittel für säurebedingte Erkrankungen (ATC: Ao2) zur Behandlung und Prophylaxe von Nebenwirkungen anderer Langzeittherapiearzneimittel auf den Magen-Darm-Trakt eingesetzt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich auch hier deutlich erkennen. So sind Verordnungen

Diagramm 2.35 Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die 20 häufigsten Verordnungen nach DDD und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



von Sexualhormonen und anderen Modulatoren des Genitalsystems (G03) bei Frauen um ein Vielfaches höher als bei Männern, da hier unter anderem Kontrazeptiva und Hormontherapiewirkstoffe während des Klimakteriums hinzuzählen. Gleiches gilt für die Schilddrüsentherapie (H03), die bei den Frauen – aufgrund der höheren Prävalenz von Schilddrüsener-

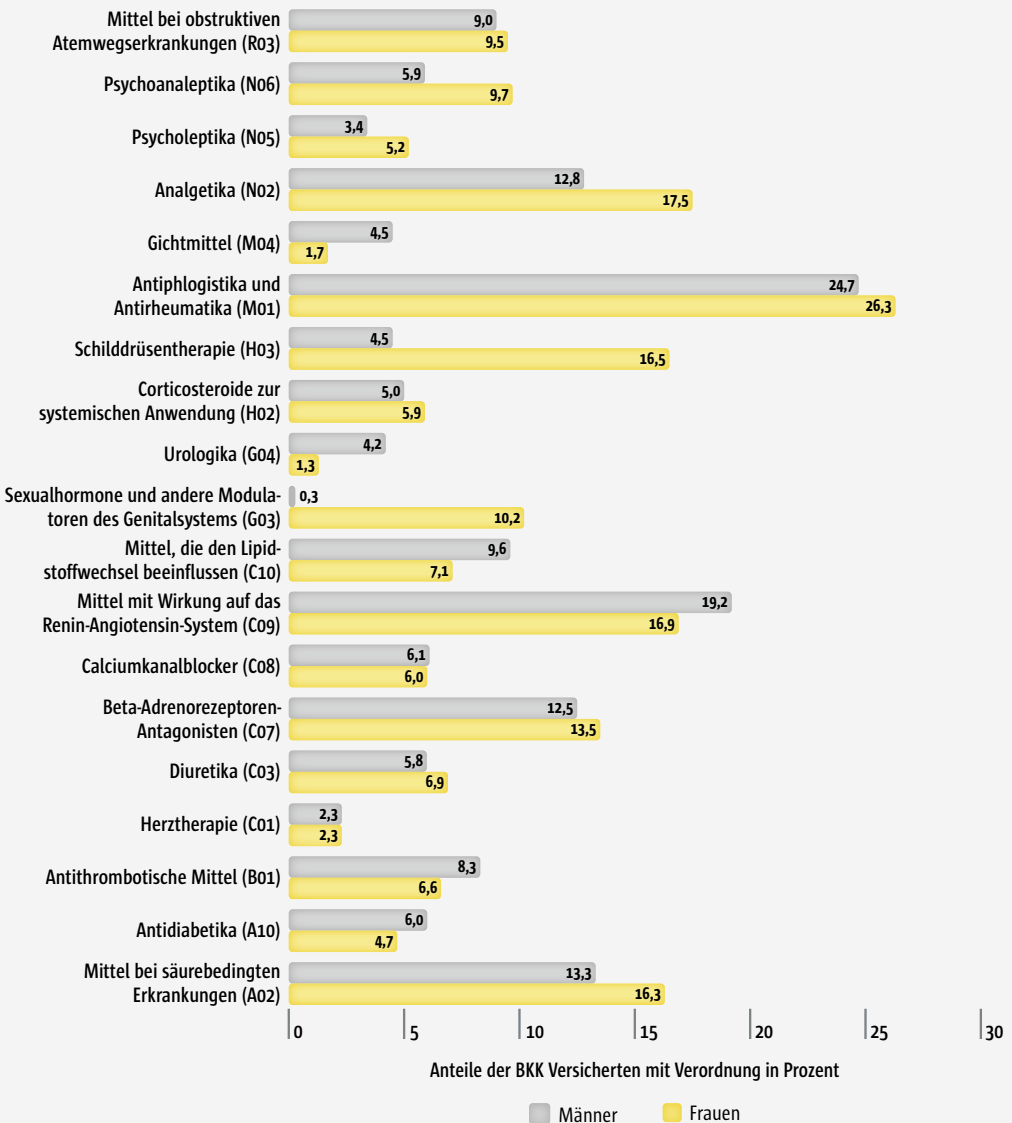
kankungen – wesentlich höhere Werte im Vergleich zu den Männern aufweist. Umgekehrt gilt dies für die meisten Arzneimittel aus der ATC-Gruppe C (kardiovaskuläres System). Insbesondere für die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) tritt dieser Unterschied deutlich hervor. Entsprechend weisen bei den ambulanten Diagnosen

Frauen auch eine höhere Prävalenz bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Männer auf. Dagegen haben Männer deutlich mehr AU- bzw. KH-Tage aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür wurde bereits in **III** Kapitel 2.3 diskutiert.

Betrachtet man die in **III** Diagramm 2.36 dargestellten 20 therapeutischen Untergruppen nach dem

Anteil der BKK Versicherten mit entsprechender Verordnung, so zeigt sich, dass jeder vierte Versicherte (25,5%) im vergangenen Jahr mindestens eine Verordnung von Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) erhalten hat, die häufig zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung bei muskuloskelettalen Beschwerden eingesetzt werden. Gleiches gilt auch für die Gruppe der Analgetika, die 15,2% aller BKK

Diagramm 2.36 Arzneimittelverordnungen – Anteil BKK Versicherte – die 20 häufigsten Verordnungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)





Versicherten verordnet bekamen. Diese hohen Verordnungsanteile spiegeln sich auch in der Bedeutung der Muskel- und Skeletterkrankungen bezogen auf deren hohen Anteil am AU-Geschehen sowie in den ambulanten und stationären Diagnosen wider. Ebenfalls hohe Verordnungsanteile (18%) weisen die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) auf, die u. a. zur Beeinflussung des Blutdrucks eingesetzt werden. Dies deckt sich auch mit dem bereits beschriebenen hohen Anteil (24,6%) der BKK Versicherten mit einer diagnostizierten Hypertonie. Auch Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (Co7) werden zur Behandlung von Bluthochdruck verwendet. Im Jahr 2014 erhielt mehr als jeder achte (13%) BKK Versicherte eine entsprechende Verordnung. Die bereits beschriebenen prävalenzbedingten Geschlechtsunterschiede sind hier für die Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems (Go3) und die Schilddrüsenherapie (Ho3) gleichermaßen sichtbar.

### Schwerpunkt Langzeiterkrankungen

- Besonders hohe definierte Tagesdosen je Einzelverordnung sind bei den Arzneimitteln zu finden, die bei langwierigen bzw. chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel für Hypertonie, Diabetes mellitus und Depressionen zum Einsatz kommen.
- Dagegen finden sich bei Analgetika (No2), die u. a. zur Schmerzlinderung bei Rückenschmerzen (M54) eingesetzt werden, nur geringe definierte Tagesdosen je Einzelverordnung.

Langzeiterkrankungen gehen oft auch mit einer Langzeitmedikation einher. Beispiele hierfür sind Hypertonie (I10) und Diabetes mellitus (E11), die meist sogar mit einer lebenslangen Einnahme von Arzneimitteln verbunden sind. Einen Hinweis auf Langzeitmedikation kann das durchschnittliche Verhältnis zwischen der Anzahl der Einzelverordnungen und der definierten Tagesdosis (DDD je EVO) geben, wie es in **III** Diagramm 2.37 dargestellt ist.

Zunächst fällt auf, dass hier wenige Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu erkennen sind. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als bestimmte Erkrankungen zwar abhängig vom Geschlecht unterschiedlich häufig auftreten, die medikamentöse Therapiedauer aber in der Regel unabhängig hiervon ist.

Deutlich wird aber auch, dass v. a. Arzneimittel aus der ATC-Gruppe C (kardiovaskuläres System) be-

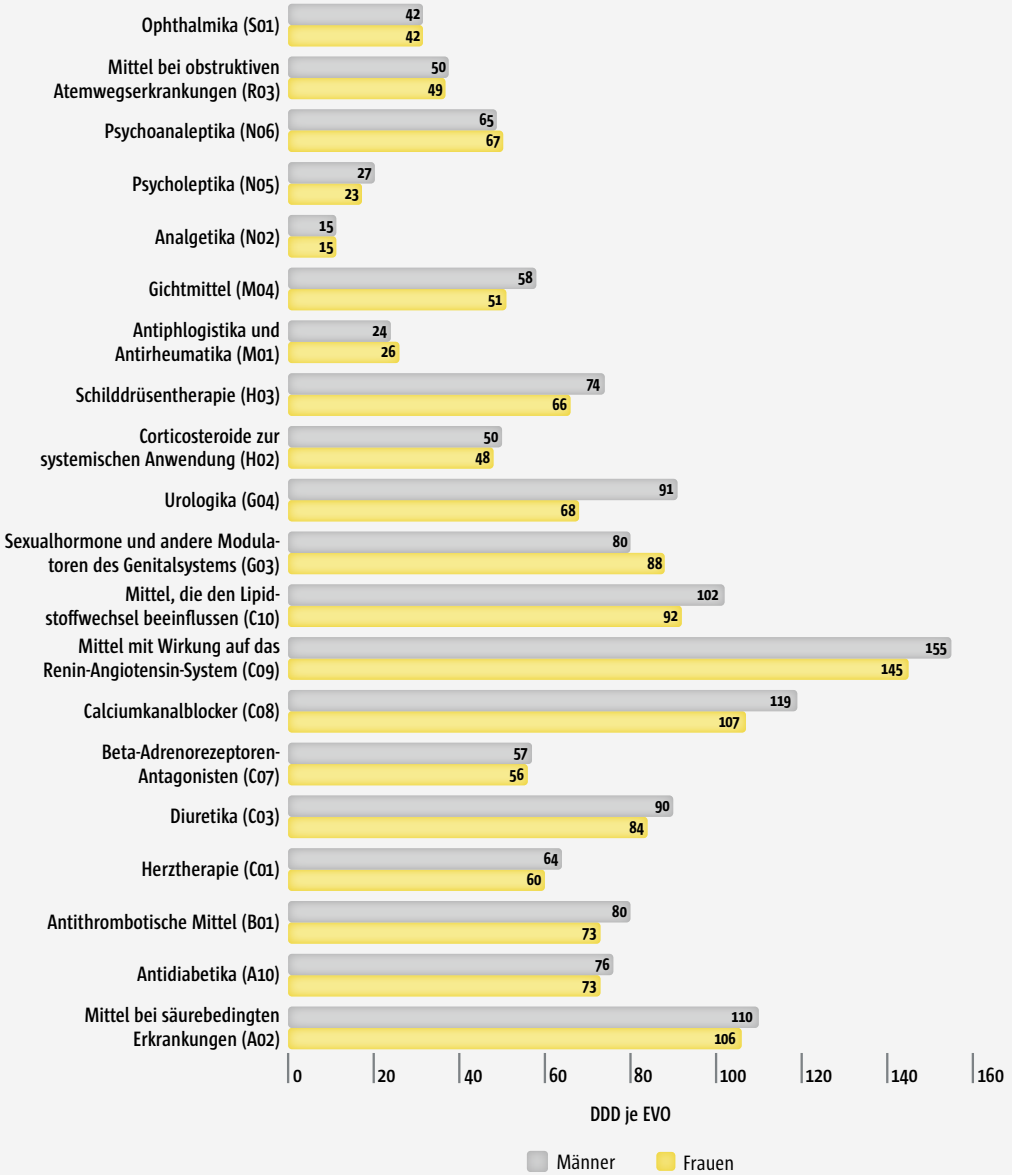
sonders hohe durchschnittliche Tagesdosen je Einzelverordnung aufweisen, was wiederum mit der hohen Prävalenz und Chronizität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammenhängt. Gleiches gilt auch für die Antidiabetika (A10), die ebenfalls ihre Entsprechung in den ambulanten Diagnosen insbesondere bei den über 65-Jährigen finden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Psychoanaleptika (No6), zu denen die Antidepressiva (No6A) zählen. Die psychischen Störungen insgesamt sowie die depressive Episode (F32) im Speziellen nehmen sowohl beim AU-Geschehen als auch bei den ambulanten und stationären Diagnosen eine bedeutende Rolle ein. Allerdings ist hier anzumerken, dass gerade bei der depressiven Episode (F32) von einer Übermedikation bezogen auf die Antidepressiva auszugehen ist<sup>2</sup>. Ein Grund hierfür ist die Fehlverteilung der Psychotherapeuten, mit einer Überversorgung in den städtisch geprägten Regionen und einer Unterversorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen. Insbesondere bei letzteren sind besonders hohe Verordnungsquoten für Antidepressiva erkennbar (**III** Kapitel 5). Ebenfalls deutlich wird hier der geringe DDD je EVO-Quotient im Sinne einer Kurzzeitmedikation bei den Analgetika (No2), die vorrangig zur Schmerzlinderung eingesetzt werden. Hier muss aber einschränkend angemerkt werden, dass viele der Arzneimittel aus dieser therapeutischen Untergruppe nicht mehr durch die Krankenkassen erstattet werden – der Großteil dieser Wirkstoffe taucht deshalb in den Statistiken nicht auf, da die frei verkäuflichen Mittel meist von den Betroffenen selbst erworben werden.

Abschließend soll noch ein Blick auf ausgewählte Verordnungen auf der Ebene der therapeutisch-pharmakologischen Untergruppe (ATC-4-Steller) geworfen werden. Bei vielen Erkrankungen kommt in der Regel nicht nur ein Wirkstoff zum Einsatz, zumal oftmals auch Komorbiditäten vorliegen können, die mit Arzneimitteln aus anderen Wirkstoffgruppen behandelt werden. Ein Beispiel hierfür sind die Rückenschmerzen, die oftmals mit einer psychischen Komorbidität einhergehen. Im Folgenden sind deshalb exemplarisch Arzneimittel ausgewählt worden, die zur Pharmakotherapie bestimmten Erkrankungen verwendet werden (**III** Tabelle 2.9).

In **III** Diagramm 2.38 sind die oben genannten Arzneimittel in ihren Anteilen der Einzelverordnungen (EVO) sowie der definierten Tagesdosen (DDD) je

2 Melchior H et al. (2014) Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen. BKK Gesundheitsreport 2014, S. 87-92

Diagramm 2.37 Arzneimittelverordnungen – DDD je EVO der BKK Versicherten – die 20 häufigsten Verordnungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



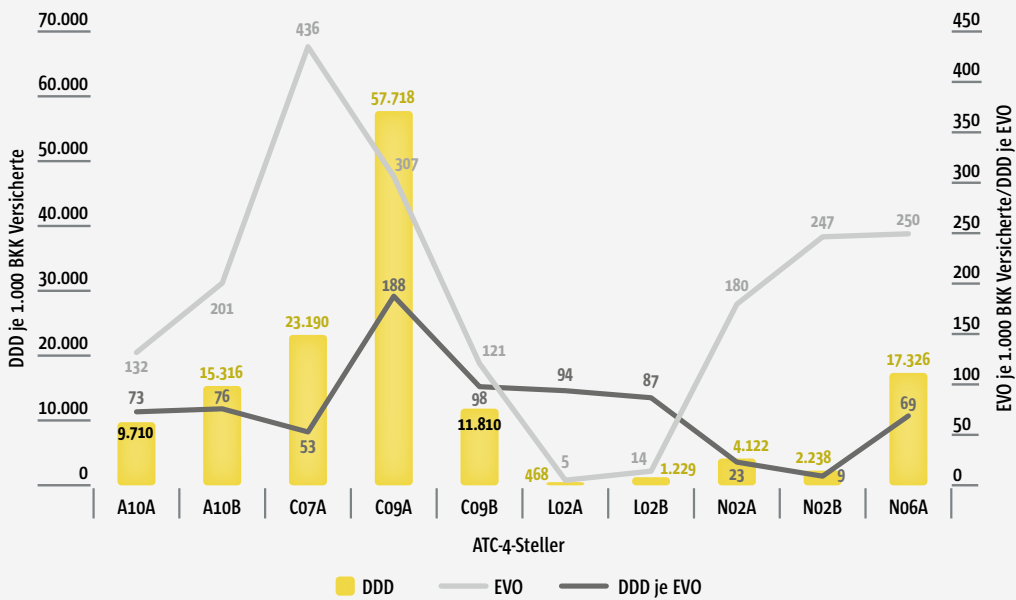
1.000 BKK Versicherte und dem Verhältnis zwischen DDD und EVO dargestellt. Mit deutlichem Abstand an der Spitze nach den DDD je 1.000 BKK Versicherte stehen die reinen ACE-Hemmer (C09A). Diese weisen gleichzeitig auch die meisten DDD je Einzelverordnung auf (188 DDD je EVO). Davon ausgehend,

dass die Mehrzahl der Wirkstoffe aus dieser Gruppe u. a. auch bei Hypertonikern zum Einsatz kommt, ist auch hier eine direkte Beziehung zu den ambulanten Diagnosen herstellbar. Die ebenfalls in die Gruppe der Hypertoniemittel einzuordnenden Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten (C07A) weisen gleich-

Tabelle 2.9 Arzneimittelverordnungen – ausgewählte Einzeldiagnosen und zugeordnete therapeutische Untergruppen (ATC)

ICD-Code	Bezeichnung	ATC-Code	Bezeichnung
M54	Rückenschmerzen	N02A	Opioide
		N02B	andere Analgetika und Antipyretika
E11	Diabetes mellitus Typ 2	A10A	Insuline und Analoga
		A10B	Antidiabetika (exklusive Insuline)
I10	Hypertonie	C07A	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten
		C09A	ACE-Hemmer (Rein)
		C09B	ACE-Hemmer (Kombinationen)
C50/C61	Mamma-/Prostata-CA	L02A	Hormone und verwandte Mittel
		L02B	Hormonantagonisten und verwandte Mittel
F32	Depressive Episode	N06A	Antidepressiva

Diagramm 2.38 Arzneimittelverordnungen – DDD und EVO sowie DDD je EVO der BKK Versicherten für ausgewählte therapeutisch-pharmakologische Untergruppen (Berichtsjahr 2014)



falls hohe Werte bei den EVO und DDD auf, wobei die definierte Tagesdosis je Einzelverordnung weit unter der vorher benannten Wirkstoffgruppe liegt. Ebenfalls mit relativ hohen Werten vertreten sind die Insuline und Analoga (A10A) sowie die Antidiabetika (A10B), die v.a. bei Diabetes mellitus zum Ein-

satz kommen. Ein weiterer auffällig hoher Wert zeigt sich bei den Antidepressiva (N06A). Wesentlich geringere Werte sind dagegen bei den Wirkstoffen aus der Gruppe der Analgetika (N02) zu beobachten, die u.a. bei Rückenschmerzen (M54) Anwendung finden. Hier ist anhand der hohen Anzahl der EVO

im Verhältnis zu den DDD davon auszugehen, dass viele Arzneimittelverordnungen v.a. zur kurzzeitigen Linderung von akuten Schmerzen eingesetzt werden. Die niedrigsten Werte finden sich für die therapeutische Untergruppe der Endokrinen Therapie (Lo2), die zum Beispiel bei bösartigen Neubildungen zum Einsatz kommt, allerdings wiederum mit

relativ hohen DDD je EVO-Anteilen verbunden ist. Erklärbar ist dies durch die – im Vergleich zu anderen Erkrankungen – relativ geringe Prävalenz (II Kapitel 2.2). Trotz allem ist mit einer solchen Erkrankung in der Regel eine langwierige Arzneimitteltherapie verbunden, was wiederum den großen Anteil der DDD an den Einzelverordnungen erklärt.

# Schwerpunkt Wissenschaft

aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Langzeiterkrankungen“. BKK Gesundheitsreport 2015.  
ISBN 978-3-95466-231-9, urheberrechtlich geschützt

© 2015 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



# Epidemiologie des Typ-2-Diabetes in Deutschland

Teresa Tamayo, Wolfgang Rathmann und Oliver Kuß

Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung  
an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

## Einleitung

In Deutschland gibt es derzeit etwa 6 Millionen Menschen, bei denen ein Diabetes mellitus ärztlich diagnostiziert wurde [1]. Mit schätzungsweise 95% Anteil ist der Typ-2-Diabetes am häufigsten. Anders als der autoimmunbedingte Typ-1-Diabetes, der in jungem Lebensalter auftritt und zu akuten Symptomen führt, die von Müdigkeit, starkem Durst- und Hungergefühl, Gewichtsabnahme, Sehstörungen bis hin zur lebensgefährlichen Ketoazidose reichen können, wird der Typ-2-Diabetes aufgrund unspezifischer Beschwerden wie einem gesteigerten Durstgefühl zu Beginn der Erkrankung vielfach erst spät diagnostiziert. Daher ist die Dunkelziffer beim Typ-2-Diabetes besonders hoch. So dürften schätzungsweise je nach Untersuchungsmethode (HbA<sub>1c</sub>, Nüchternblutglukose, oraler Glukosetoleranztest) noch weitere 2–4 Mio. Menschen in Deutschland einen bisher unentdeckten Typ-2-Diabetes haben [2]. Der Anteil nicht diagnostizierter Fälle an der Gesamtprävalenz (Häufigkeit) des Diabetes mellitus hängt auch vom Angebot und der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen und anderen Faktoren ab, die sich zeitlich verändern können.

Zahlen zur zeitlichen Entwicklung der Prävalenz des bekannten (diagnostizierten) Diabetes liegen aktuell aus den methodisch vergleichbaren, im zeitlichen Abstand von 15 Jahren durchgeführten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes (RKI) vor. Zwischen beiden Erhebungen wurde auf der Basis von Selbstangaben ein Anstieg der Diabetesprävalenz in der Altersgruppe zwischen 18 und 79 Jahren von 5,2% (1998) auf 7,2% (2012) beobachtet [3]. Während ein Teil des Anstiegs durch die demographische Alterung der Bevölkerung Deutschlands zu erklären war, blieben die Hauptursachen jedoch unklar. Legt man für eine Abschätzung der zukünftigen Entwicklung der Diabetesprävalenz die Neuerkrankungsrate aus der Studie „Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg“ (KORA) zugrunde, könnten

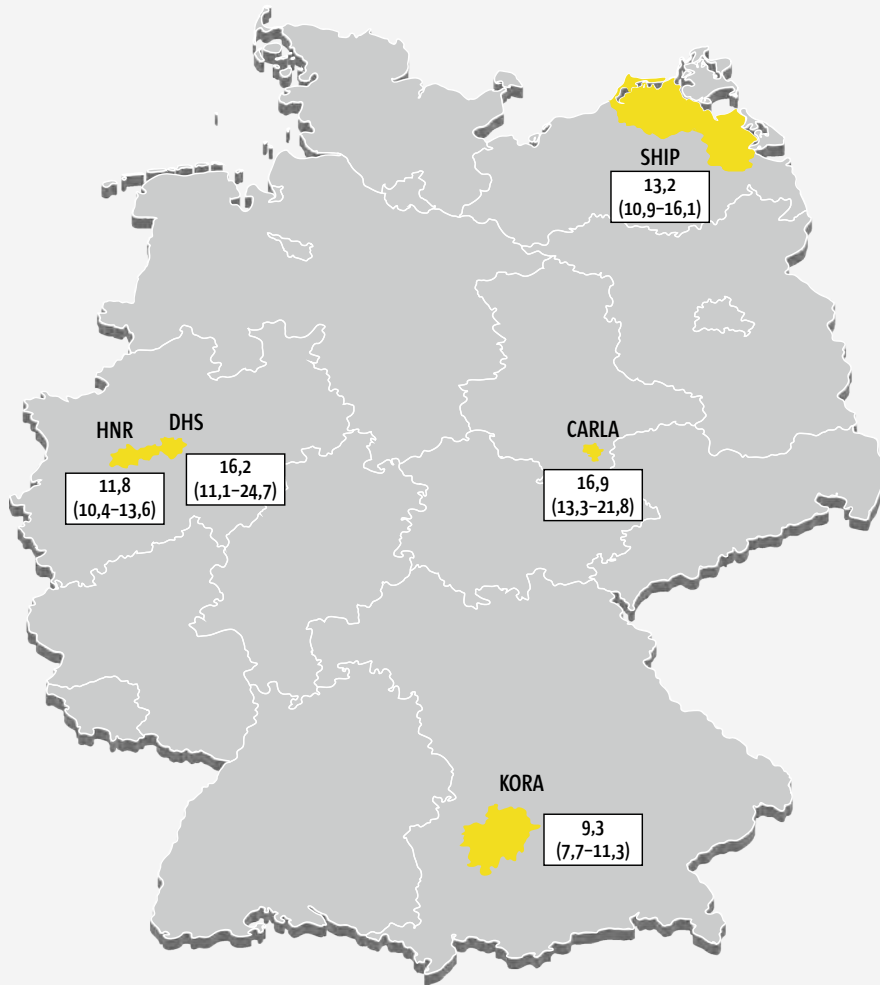
bis im Jahr 2030 allein in der Altersgruppe zwischen 55 und 74 Jahren weitere 1,5 Mio. Menschen mit Diabetes hinzukommen (inkl. Dunkelziffer), wenn keine effektiven Präventionsmaßnahmen eingeführt werden [4, 5].

## Regionale Unterschiede

Die Häufigkeit des Typ-2-Diabetes weist in Deutschland deutliche regionale Unterschiede mit besonders hohen Prävalenzen für den Nordosten Deutschlands auf. Im DIAB-CORE Verbund (BMBF Kompetenznetz Diabetes mellitus) war die Prävalenz des selbstberichteten Diabetes in Halle (12%) und Vorpommern (10,9%) etwa doppelt so hoch wie im Raum Augsburg im Süden (5,8%) [6]. Dieses geographische Muster war bereits im Telefonsurvey des RKI (Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA) sowie anhand von Krankenkassendaten beschrieben worden und konnte im DIAB-CORE Verbund aktuell für die Inzidenz des Typ-2-Diabetes bestätigt werden (»»» Abbildung 1) [7, 8, 9].

Ungünstigere Gesundheitsindikatoren für Regionen der ehemaligen DDR wurden bereits für Bluthochdruck [10] und den Taillenumfang [11] berichtet, die zu den traditionellen Risikofaktoren für Diabetes zählen. Diese bekannten Risikofaktoren können die regionalen Unterschiede beim Blutzuckermetabolismus jedoch nicht ausreichend erklären, wie eine Untersuchung zu Vorstufen des Diabetes und dem nicht-diagnostizierten (durch Screening neu entdeckten) Diabetes in zwei Regionen Deutschlands nahelegt. In dieser Studie hatten die Studienteilnehmer im Nordosten Deutschlands (SHIP-TREND) nicht nur eine höhere Prävalenz für den bekannten Diabetes und den unbekanntem Diabetes, sondern auch für Vorstufen, den sogenannten Prädiabetes [12]. Als Zeichen eines ungünstigeren metabolischen Profils war in der gesamten Studienpopulation im Nordosten Deutschlands zudem eine ungünstigere Verteilung der Messwerte sowohl für die orale Glukoseto-

Abbildung 1 Inzidenz (95% KI) pro 1.000 Personenjahre des bekannten Typ-2-Diabetes in fünf Regionen Deutschlands [9]



leranz als auch für die Nüchtern glukose festzustellen als bei Studienteilnehmern im Süden (KORA F4).

» Abbildung 2 zeigt die generelle Verschiebung der Verteilung der Messwerte für die Nüchtern glukose hin zu höheren Werten in SHIP-TREND (gelbe Linie) als in KORA F4 (graue Linie), und zwar im gesamten Spektrum der Blutzuckerwerte inklusive der Probanden im Normbereich. Die Unterschiede waren besonders stark bei jüngeren Studienteilnehmern zwischen 35 und 59 Jahren ausgeprägt. Auch die Vorstufen des Diabetes (gestörte Glukosetoleranz, IGT oder abnorme Nüchtern glukose, IFG) traten in der SHIP-TREND Studie in Vorpommern bereits bei

jüngeren Altersgruppen auf als in der KORA F4-Studie im Süden [12]. Für lokale Präventionsplanungen könnte es daher sinnvoll sein, das unterschiedliche Alter der Hauptzielgruppen für Interventionen im Norden und Süden zu berücksichtigen (» Tabelle 1).

Neben der unterschiedlichen regionalen Verteilung von Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes in Deutschland (Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen) wurde im DIAB-CORE Verbund die besondere Bedeutung von strukturellen Faktoren (finanzielle Situation, Arbeitslosenquote) der Regionen untersucht. In den Gemeinden mit der höchsten strukturellen Benachteiligung war das Risiko (Odds)



Abbildung 2 Verteilung der Nüchternblutglukose in SHIP-TREND (Nordosten) und KORA F4 (Süden) [12]

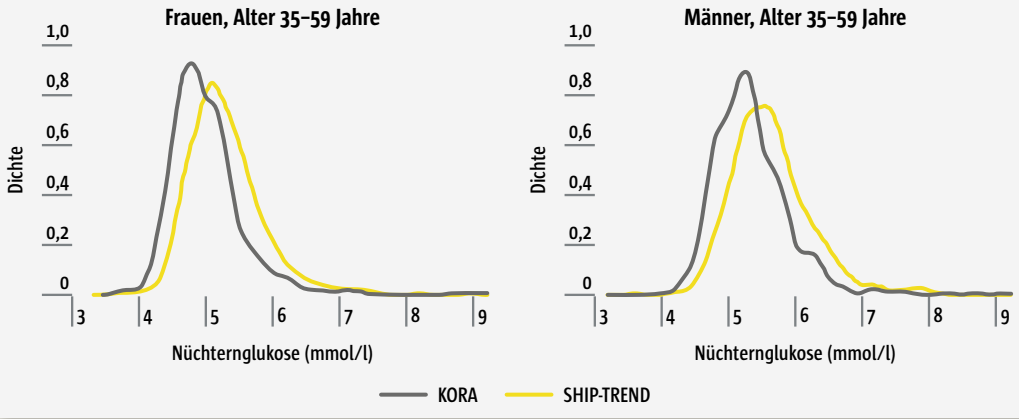


Tabelle 1 Prävalenz des Prädiabetes (95% KI) bei jüngeren Studienteilnehmern im Nordosten (SHIP-TREND) und Süden (KORA F4) Deutschlands [12]

	SHIP-TREND	KORA F4
Anteil Prädiabetes (%)	% (95% Konfidenzintervall)	% (95% Konfidenzintervall)
<b>Männer</b>		
35-44 Jahre	44,0 (37,2-51,0)	20,2 (15,8-25,2)
45-54 Jahre	50,2 (43,7-56,7)	35,2 (29,7-41,13)
<b>Frauen</b>		
35-44 Jahre	20,2 (15,6-25,5)	7,3 (4,7-10,6)
45-54 Jahre	30,2 (25,0-35,8)	14,7 (11,2-18,9)

für Typ-2-Diabetes mehr als doppelt so hoch wie in den besonders gut gestellten Gemeinden [13].

**Arbeitsbedingter Stress und Diabetesrisiko**

Unterschiedliche Arbeitsbedingungen sind selbstverständlich nicht nur auf regionaler Ebene von Bedeutung, sondern auch auf individueller Ebene. Als Dimensionen von Arbeitsbelastung werden meist zum einen die Arbeitsanforderung (schwierige Arbeit, hohes Arbeitspensum, hoher Zeitdruck, extreme Wechsel bei den Anforderungen) und zum anderen das Maß an Kontrolle über die Arbeit (z.B. Maß an Verantwortung, Entscheidungsspielraum) erfasst [14].

Die Auswirkungen der Arbeitsbelastung auf die Diabetesinzidenz (Typ-2) wurden im Rahmen des

WHO-Monica Projektes in der Region Augsburg in vier Subgruppen untersucht:

1. „low job strain“ (niedrige Belastung + hohe Kontrolle)
2. „passive“ (niedrige Belastung + niedrige Kontrolle)
3. „high job strain“ (hohe Belastung + niedrige Kontrolle)
4. „aktive“ (hohe Belastung + hohe Kontrolle) [15].

Die Follow-up-Zeit der Teilnehmer, die zum Studienzeitpunkt in einem Arbeitsverhältnis standen, lag zwischen 1,1 und 18,2 Jahren. Das höchste Diabetesrisiko wies die Gruppe mit hoher Belastung und niedrigem Entscheidungsspielraum auf, das niedrigste die Gruppe mit niedriger Belastung und hohem Entscheidungsspielraum, während die „Aktiv“- und „Passiv“-Gruppen im mittleren Bereich lagen und

sich kaum unterschieden. Nach Adjustierung für wichtige Störvariablen (BMI, Alkoholkonsum, Rauchen usw.) war das Diabetesrisiko insbesondere in der Gruppe mit „high job strain“ im Vergleich zur Gruppe mit „low job strain“ signifikant erhöht (Hazard Ratio: 1,45). Alleinlebende Männer in der Gruppe mit hoher Arbeitsbelastung („high job strain“) wiesen ein besonders hohes Diabetesrisiko auf, das bei Alleinlebenden mit günstigeren Arbeitsverhältnissen nicht zu beobachten war. Möglicherweise können zumindest bei Männern die negativen Effekte des Alleinlebens auf die Gesundheit durch günstige Arbeitsbedingungen aufgefangen werden [15].

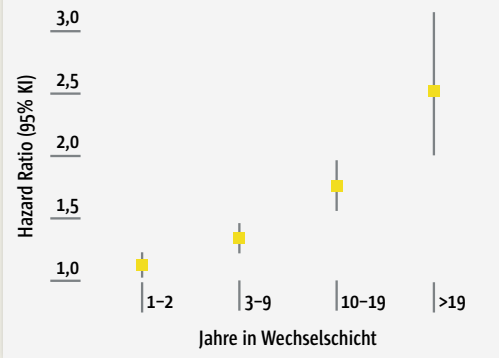
Darüber hinaus wirken sich Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus negativ auf das endokrine System aus. Hormone und physiologische Prozesse im Gehirn und Körper sind auf den regelmäßigen Wechsel von Hell und Dunkel abgestimmt. Nachtarbeit und insbesondere das Arbeiten in Wechselschicht greift in diesen Rhythmus ein, Stresspegel (Cortisol) steigen an und weitere Hormone, die auf das endokrine System Einfluss nehmen, werden aktiviert (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse). Es ist daher nicht überraschend, dass Schichtarbeit einen Einfluss auf das Diabetesrisiko haben kann. Es liegen mittlerweile mehrere Studien vor, die zeigen konnten, dass Schichtarbeiter ein erhöhtes Risiko für Übergewicht, Insulinresistenz, das Metabolische Syndrom und Diabetes aufweisen [16]. In der amerikanischen Nurses Health Study (NHS), einer Untersuchung an mehr als 170.000 Krankenschwestern, nahm das Risiko für Diabetes mit steigender Dauer der Schichtarbeit zu und war bei den seit mehr als 19 Jahren im Schichtdienst arbeitenden jüngeren Frauen (NHSII) etwa 2,5-fach erhöht (»» Abbildung 3). Das Diabetesrisiko konnte teilweise über eine starke Gewichtszunahme erklärt werden, die ebenfalls mit der Anzahl der Jahre im Schichtdienst assoziiert war [17].

In einer japanischen Studie stieg das Diabetesrisiko auch bei Männern mit zunehmender Dauer der Schichtarbeit an, allerdings nicht bei Personen, die nur phasenweise in Schichtarbeit tätig waren [18]. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass zeitweise Störungen des zirkadianen Rhythmus ausreichend kompensiert werden können.

### Diabetes-assoziierte Komplikationen und Mortalität

Diabetes erhöht das Risiko für zahlreiche Komplikationen, insbesondere für kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Niereninsuffizienz, Erblindung und Amputation der unteren Extremität (»» Tabelle 2) [19–26].

Abbildung 3 Dauer der Tätigkeit im Schichtdienst und Risiko für Diabetes bei amerikanischen Krankenschwestern in Wechselschicht (NHSII)



Nicht zuletzt aufgrund der makro- und mikrovaskulären Komplikationen wurden die diabetesbedingten direkten Krankheitskosten für Deutschland im Jahr 2009 auf 21 Milliarden Euro geschätzt [26]. Hinzu kommt eine Einschränkung der Lebensqualität [27] und der Lebenserwartung von Betroffenen [28]. Wird die Diabetesdiagnose im Alter von 50 Jahren gestellt, beträgt die geschätzte mittlere Reduktion der Lebenserwartung bei Männern 5,8 Jahre und bei Frauen 6,5 Jahre jeweils im Vergleich zu altersgleichen Männern und Frauen ohne Diabetes [28]. Das Mortalitätsrisiko insbesondere in Bezug auf die Herzkreislauf-Mortalität stieg dabei mit höherer Nüchtern glukose und dem HbA<sub>1c</sub>-Wert, ohne einen Schwellenwert aufzuweisen, was die Bedeutung der Qualität der Stoffwechseleinstellung unterstreicht [28]. In der KORA-Studie war die Mortalität bereits bei Menschen mit unentdecktem Diabetes selbst nach Adjustierung für weitere Risikofaktoren um den Faktor 2,4 im Vergleich zu Menschen mit normalen Glukosewerten im oralen Glukosetoleranztest (oGTT) erhöht und lag damit in ähnlicher Größenordnung wie beim bekannten Diabetes [29]. Menschen mit Prädiabetes unterschieden sich hinsichtlich der Mortalität hingegen kaum von metabolisch unauffälligen Studienteilnehmern (normale Glukosetoleranz). Trotz der verbesserten Therapie und der Erweiterung des Angebots für die Betreuung von Menschen mit Diabetes mit den Disease Management Programmen muss nach wie vor von einer eingeschränkten Lebenserwartung bei Menschen mit Diabetes ausgegangen werden. Die günstigeren Prognosen für Menschen mit Prädiabetes machen diesen Personenkreis zu einer idealen Zielgruppe für Maßnahmen zur Primärprävention.

Tabelle 2 Risiko für Komplikationen bei Typ-2-Diabetes im Vergleich zur Gesamtbevölkerung

Komplikation	Risiko Typ-2-Diabetes vs. Allgemeinbevölkerung	Quellen
Herzinfarkt	4-6-fach	Löwel et al. 1999 [19]; Icks et al. 2009a [20]
Schlaganfall	2-fach	Icks et al. 2011a [21]
Krebs	2-fach	Faulds u. Dahlman-Wright 2012 [22]
Niereninsuffizienz	ca. 8-fach	Icks et al. 2011b [23]
Erblindung	2,5-fach	Genz et al. 2010 [24]
Amputation der unteren Extremität	6-9-fach	Icks et al. 2009b [25]

## Diabetes-Prävention

Repräsentative Studien zum Nutzen von Präventionsmaßnahmen liegen für Deutschland bislang nicht vor. Häufig wird daher auf die Ergebnisse der Finnischen Präventionsstudie zurückgegriffen, deren Interventionszeitraum zwischen 1993 und 1998 lag. Hauptzielgruppe dieser Studie waren Menschen mit hohem familiärem Diabetesrisiko und bereits bestehendem Prädiabetes (IGT), der anhand eines oGTT ermittelt wurde [30]. Die Intervention bestand aus maßgeschneiderten Ernährungs- und Sportempfehlungen, einem konkreten Ziel zur Gewichtsabnahme (-5%) und mehreren Informations- und Kontrollterminen im Laufe eines Jahres, während die Kontrollgruppe lediglich Standardinformationen zur Diabetesprävention erhielt. In allen vorab definierten Ernährungs- und Sportzielen mit Ausnahme der Einschränkung des Alkoholkonsums schnitt die Interventionsgruppe besser ab. Den Probanden (Interventions- und Kontrollgruppe) fiel es besonders schwer, die Ziele zur Reduktion des Zucker- und Salzkonsums zu erreichen, eine Ballaststoffzufuhr von mindestens 15 g/1.000 kcal einzuhalten und das Sport- und Bewegungsverhalten zu verändern.

### Ziele der Finnischen Präventionsstudie:

- Gewichtsabnahme: 5% oder mehr;
- Nahrungsaufnahme: Fette insgesamt unter 30%;
- Nahrungsaufnahme: gesättigte Fettsäuren unter 10%;
- Ballaststoffaufnahme: min. 15 g/1.000 kcal;
- Sport: min. 30 Minuten/Tag (mehr als 4 h/Woche)

Insgesamt erreichten 43% der Interventionsgruppe eine Gewichtsreduktion von über 5%, während dies nur 13% der Personen in der Kontrollgruppe gelang. Nach Ablauf der Intervention wurden die Studienteil-

nehmer für 5 Jahre weiterbeobachtet und neu aufgetretene Diabetesfälle registriert. Die Inzidenz des Typ-2-Diabetes in der Interventionsgruppe lag schließlich um 58% niedriger als in der Kontrollgruppe. Der Erfolg der Diabetesprävention hing jedoch auch in der Interventionsgruppe maßgeblich davon ab, ob eine Gewichtsreduktion erzielt werden konnte [30]. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine mittelfristige Diabetes-Prävention auch bei Hochrisikogruppen möglich ist, dass jedoch ein Angebot bereitgestellt werden muss, welches eine deutlich intensivere Betreuung beinhaltet als die Bereitstellung von Standardinformationen. Die Umsetzung der Studienergebnisse auf bevölkerungsbezogener Ebene ist mit weiteren Herausforderungen verbunden, für die ebenfalls bereits Empfehlungen aus Finnland und weiteren Ländern vorliegen [31].

Neuere Studien zeigen, dass auch bei bereits bestehendem Diabetes eine vollständige Remission – wenn auch selten – möglich ist. Eine vollständige Remission war im Rahmen einer großen US-amerikanischen Krankenkassenstudie so definiert, dass mindestens zwei HbA<sub>1c</sub>-Messwerte im Zeitraum von 12 Monaten ohne diabetespezifische Medikation im Normbereich (< 5,7%) lagen [32]. Eine Rückkehr der HbA<sub>1c</sub>-Werte in den Bereich von 5,7 bis 6,4% wurde als Teilremission bezeichnet. Ohne spezielle Intervention erreichten nur 4,5% der Patienten mit einer Diabetesdauer von unter 2 Jahren eine partielle oder vollständige Remission. Mit einem Anteil von 12% an (Teil-)Remissionen sah es für Patienten, die zu Beginn der Studie keine diabetespezifische Medikation erhalten hatten, deutlich günstiger aus. Informationen zur Lebensstiländerung, erfolgreicher Gewichtsabnahme o.ä. liegen aus dieser Studie leider nicht vor. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass eine frühe Diabetesdiagnose die Chancen für eine Remission verbessert. Darüber hinaus erscheint es als eine der Hauptaufgaben, sowohl Menschen mit hohem

Diabetesrisiko (Prädiabetes) als auch mit diagnostiziertem Typ-2-Diabetes zur Lebensstiländerung zu motivieren und intensiv bei der Umsetzung maßgeschneiderter Ziele zu begleiten.



#### Fazit und Ausblick:

- Lebensstiländerungen, die eine Gewichtsabnahme bewirken, können wesentlich zur primären Prävention des Typ-2-Diabetes beitragen und in einigen Fällen sogar zur „Heilung“ der Erkrankung führen.
- Dieses Ziel wird jedoch unter Alltagsbedingungen selten langfristig erreicht.
- Es fehlen dringende Studien, die den langfristigen Erfolg verschiedener Interventionsmaßnahmen unter Alltagsbedingungen untersuchen und zur Entwicklung neuer Methoden zur Verbesserung der Erfolgsquoten bei der primären und sekundären Prävention des Typ-2-Diabetes beitragen können.

#### Literatur

1. Tamayo T, Rathmann W. Update Diabetologie 2012: Epidemiologie und Diagnostik. *Diabetologie* 2013; 9: 365–72
2. IDF Diabetes Atlas IDF Diabetes Atlas, 6<sup>th</sup> ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation 2013
3. Heidemann C, Du Y, Schubert I, Rathmann W, Scheidt-Nave C. Prevalence and temporal trend of known diabetes mellitus: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 668–77
4. Rathmann W, Strassburger K, Heier M, Holle R, Thorand B, Giani G, Meisinger C. Incidence of type 2 diabetes in the elderly German population and the effect of clinical and lifestyle risk factors: KORA S4/F4 cohort study. *Diabet Med* 2009; 26: 1212–9
5. Brinks R, Tamayo T, Kowall B, Rathmann W. Prevalence of type 2 diabetes in Germany in 2040: estimates from an epidemiological model. *Eur J Epidemiol*. 2012; 27: 791–97
6. Schipf S, Werner A, Tamayo T, Holle R, Schunk M, Maier W, Meisinger C, Thorand B, Berger K, Mueller G, Moebus S, Bokhof B, Kluttig A, Greiser KH, Neuhauser H, Ellert U, Icks A, Rathmann W, Völzke H. Regional differences in the prevalence of known type 2 diabetes mellitus in 45–74 years old individuals: Results from six population-based studies in Germany (DIAB-CORE Consortium). *Diabet Med* 2012; 29: e88–95
7. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012. RKI, Berlin
8. Wilke T, Ahrendt P, Schwartz D, Linder R, Ahrens S, Verheyen F. Incidence and prevalence of type 2 diabetes mellitus in Germany: an analysis based on 5,43 Million patients. *DMW* 2013; 138: 69–75
9. Schipf S, Ittermann T, Tamayo T, Holle R, Schunk M, Maier W, Meisinger C, Thorand B, Kluttig A, Greiser KH, Berger K, Müller G, Moebus S, Slomiany U, Icks A, Rathmann W, Völzke H. Regional differences in the incidence of self-reported type 2 diabetes in Germany: results from five population-based studies in Germany (DIAB-CORE Consortium). *JECH* 2014; 68(11): 1088–95
10. Meisinger C, Heier M, Völzke H, Löwel H, Mitusch R, Hense HW, Lüdemann J. Regional disparities of hypertension prevalence and management within Germany. *J Hypertens* 2006; 24: 293–9
11. Stang A, Döring A, Völzke H, Moebus S, Greiser KH, Werdan K, Berger K, Ellert U, Neuhauser H. Regional differences in body fat distributions among people with comparable body mass index: a comparison across six German population-based surveys. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011; 18: 106–14
12. Tamayo T, Schipf S, Meisinger C, Schunk M, Maier W, Herder C, Roden M, Nauck M, Peters A, Völzke H, Rathmann W. Regional differences of undiagnosed type 2 diabetes and prediabetes prevalence are not explained by known risk factors. *PLoS One*. 2014; 9(11): e113154
13. Maier W, Holle R, Hunger M, Peters A, Meisinger C, Greiser KH, Kluttig A, Völzke H, Schipf S, Moebus S, Bokhof B, Berger K, Mueller G, Rathmann W, Tamayo T, Mielck A; DIAB-CORE Consortium. The impact of regional deprivation and individual socio-economic status on the prevalence of Type 2 diabetes in Germany. A pooled analysis of five population-based studies. *Diabet Med*. 2013; 30: e78–86
14. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1997; 24: 285–308
15. Huth C, Thorand B, Baumert J, Kruse J, Emery RT, Schneider A, Meisinger C, Ladwig KH. Job strain as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus: findings from the MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Psychosom Med*. 2014; 76: 562–8
16. Ulhôa MA, Marqueze EC, Burgos LG, Moreno CR. Shift work and endocrine disorders. *Int J Endocrinol*. 2015; 2015: 826249
17. Pan A, Schernhammer ES, Sun Q, Hu FB. Rotating night shift work and risk of type 2 diabetes: two prospective cohort studies in women. *PLoS Med*. 2011; 8: e1001141
18. Ika K, Suzuki E, Mitsuhashi T, Takao S, Doi H. Shift work and diabetes mellitus among male workers in Japan: does the intensity of shift work matter? *Acta Med Okayama*. 2013; 67: 25–33
19. Löwel H, Stieber J, Koenig W, Thorand B, Hörmann A, Gostomzyk J, Keil U. Das diabetesbedingte Herzinfarkt-risiko in einer süddeutschen Bevölkerung: Ergebnisse der MONICA-Augsburg-Studien 1985–1994. *Diabetes und Stoffwechsel* 1999; 8: 11–21
20. Icks A, Dickhaus T, Hörmann A, et al. Lower incidence of myocardial infarction in non-diabetic subjects and in diabetic women, but not in diabetic men, in the population aged 25 to 74 years. Findings from the MONICA/KORA myocardial infarction registry in Southern Germany, 1985–2006. *Diabetologia* 2009a; 52: 1836–141
21. Icks A, Scheer M, Genz J, Giani G, Glaeske G, Hoffmann F. Stroke in the diabetic and non-diabetic population in Germany: relative and attributable risks, 2005–2007. *J Diabetes Complications* 2011a; 25: 90–6
22. Faulds MH, Dahlman-Wright K. Metabolic diseases and cancer risk. *Curr Opin Oncol* 2012; 24: 58–61
23. Icks A, Haastert B, Genz J, Giani G, Hoffmann F, Trapp R, Koch M. Incidence of renal replacement therapy (RRT) in the diabetic compared to the non-diabetic population in a German region, 2002–2008. *Nephrol Dial Transplant* 2011b; 26(1): 264–269
24. Genz J, Scheer M, Trautner C, Zöllner I, Giani G, Icks A. Reduced incidence of blindness in relation to diabetes mellitus in southern Germany? *Diabetic Medicine* 2010; 27: 1138–43

25. Icks A, Haastert B, Trautner C, Giani G, Glaeske G, Hoffmann F. Incidence of lower-limb amputations in the diabetic compared to the non-diabetic population. Findings from nationwide insurance data, Germany, 2005–2007. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2009b; 117: 500–4
26. Köster I, Schubert I, Huppertz E. Fortschreibung der KoDiM-Studie: Kosten des Diabetes mellitus 2000–2009. *Dtsch Med Wochenschr.* 2012; 137(19): 1013–6
27. Schunk M, Reitmeir P, Schipf S, Völzke H, Meisinger C, Thorand B, Kluttig A, Greiser KH, Berger K, Müller G, Ellert U, Neuhauser H, Tamayo T, Rathmann W, Holle R. Health-related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: pooled analysis of five population-based surveys in Germany. *Diabet Med.* 2012; 29: 646–53
28. Emerging Risk Factors Collaboration, Seshasai SR, Kaptoge S, Thompson A, et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med* 2011; 364: 829–41
29. Kowall B, Rathmann W, Heier M, Giani G, Peters A, Thorand B, Huth C, Icks A, Meisinger C. Categories of glucose tolerance and continuous glycemc measures and mortality. *Eur J Epidemiol* 2011; 26: 637–45
30. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001; 344: 1343–1350
31. Tuomilehto J, Schwarz P, Lindström J. Long-term benefits from lifestyle interventions for type 2 diabetes prevention: time to expand the efforts. *Diabetes Care.* 2011; 34 Suppl 2: S210–4
32. Karter AJ, Nundy S, Parker MM, Moffet HH, Huang ES. Incidence of remission in adults with type 2 diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care.* 2014; 37: 3188–95



Dr. med. Teresa Tamayo, M.A. Soz.

Nach dem Studium der Medizin und Soziologie an den Universitäten Marburg und Düsseldorf Koordination und Evaluation eines Projekts zur integrierten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf im BMBF Kompetenznetz Schizophrenie. 2007 leitende Redakteurin eines unabhängigen Online-Informationsdienstes zum Thema Diabetes für interessierte Laien und Fachpublikum am Deutschen Diabetes-Zentrum, Düsseldorf ([www.diabetes-deutschland.de](http://www.diabetes-deutschland.de)). Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Biometrie und Epidemiologie des Deutschen Diabetes-Zentrums. Forschungsschwerpunkte: deskriptive Diabetes-Epidemiologie, Versorgungsforschung und Umweltschadstoffe als Risikofaktoren für Diabetes. Beteiligung als Autorin an zahlreichen Originalarbeiten, Zeitschriften- und Buchbeiträgen. Unterstützung der International Diabetes Federation (IDF) bei der Erstellung der 6. Ausgabe des Diabetesatlas. Associate Editor für das Wissenschaftsjournal *BMC Public Health*.



PD Dr. med. Wolfgang Rathmann, MSPH (USA)

Studium der Humanmedizin in Düsseldorf und Postgraduierstudium in Epidemiologie an der University of Alabama in Birmingham (USA) (DAAD-Stipendiat). Seit 2002 Leitung der Arbeitsgruppe Epidemiologie und stellvertretender Direktor des Instituts für Biometrie und Epidemiologie am Deutschen Diabetes-Zentrum (Leibniz Institut). 2012 Habilitation für das Gebiet Epidemiologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen zu Epidemiologie und Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes und eingeladener Referent auf nationalen und internationalen Kongressen. Initiator und Verfasser mehrerer „Meilensteinstudien“ zu neuen genetischen und nichtgenetischen Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes (z.B. Luftschadstoffe aus dem Straßenverkehr). Mitglied internationaler und nationaler Forschungsverbände und Expertengremien, u.a. Steering Committee des „Diabetes Atlas“ der International Diabetes Federation. Gutachter (peer-review) für alle internationalen diabetologischen und zahlreiche internationale medizinische Zeitschriften (u.a. *Lancet*, *NEJM*) sowie für nationale (u.a. DFG) und europäische Institutionen der Forschungsförderung.



Prof. Dr. sc. hum. Oliver Kuß

1996 Staatsexamen für das Lehramt an Gymnasien in den Fächern Mathematik und Geographie, 2003 Promotion zum Dr. sc. hum., Medizinische Fakultät, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. 2010 Habilitation mit *Venia Legendi* für „Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik“, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seit 2013 Direktor des Instituts für Biometrie und Epidemiologie am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Professor (W3) für Biometrie, Epidemiologie und Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Mitglied im Epidemiologischen Steuerungskomitee der Nationalen Kohorte, im Research Coordination Board (RCB) des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung und im Centre for Health and Society (chs) der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

# Regionale, bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studien als Beitrag zur Erklärung regionaler Unterschiede in der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Alexander Kluttig, Stefanie Bohley und Johannes Haerting  
Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik;  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## Hintergrund – Epidemiologie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind nach wie vor die Haupttodesursache in Europa sowie weltweit [1]. Trotz des seit ca. 30 Jahren zu verzeichnenden Rückgangs der Herz-Kreislauf-Mortalität geht in Europa nahezu die Hälfte (46% gesamt, 51% bei Frauen und 42% bei Männern) aller Todesfälle auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurück [2]. Die Hauptformen kardiovaskulärer Erkrankungen sind die koronare Herzkrankheit und der Schlaganfall. Ca. 50% der Herz-Kreislauf-Mortalität begründet sich bei Männern sowie bei Frauen auf der koronaren Herzkrankheit, beim Schlaganfall sind es ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer. Separat betrachtet ist die koronare Herzkrankheit mit 20% aller Todesfälle die häufigste Todesursache in Europa (1,8 Millionen Todesfälle pro Jahr). Männer und Frauen versterben gleich häufig an der koronaren Herzkrankheit. Dagegen versterben am Schlaganfall und an anderen kardiovaskulären Erkrankungen (u. a. der Herzinsuffizienz) prozentual häufiger Frauen als Männer (Schlaganfall 14% vs. 12%, andere kardiovaskuläre Erkrankungen 16% vs. 12%) [2].

In Deutschland sind ca. 40% der Sterbefälle auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen [3]. Im zeitlichen Verlauf konnte seit den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts ein starker Rückgang der kardiovaskulären Sterblichkeit beobachtet werden. Der Rückgang entspricht dem auch in vielen anderen westlichen Industrienationen beobachteten Trend [4]. Im Jahr 1990 waren ca. 50% aller Sterbefälle in Deutschland auf Krankheiten des Herz-Kreislauf-

Systems zurückzuführen. 2007 traf dies noch auf 43% zu. Trotz einer Annäherung der kardiovaskulären Mortalität zwischen den alten und neuen Bundesländern ist in Ostdeutschland die altersstandardisierte kardiovaskuläre Mortalitätsrate jedoch nach wie vor höher als in Westdeutschland [5].

Der Vergleich hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen (ICD 10: I00-I99) zwischen den Bundesländern zeigt, dass die Mortalität (und auch, sofern erfasst, die Erkrankungshäufigkeit) innerhalb Deutschlands tendenziell von Nordosten nach Südwesten abnehmen. Im Jahr 2012 waren die altersstandardisierten Sterberaten pro 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt (341/100.000), Mecklenburg-Vorpommern (314/100.000) und Sachsen (306/100.000) am höchsten, am niedrigsten in Hamburg (234/100.000), Berlin (238/100.000), Baden-Württemberg (247/100.000) und Hessen (257/100.000) [5]. Die Mortalitätsrate für den akuten Herzinfarkt (ICD 10: I21) lag im Jahr 2011 im Bundesland Sachsen-Anhalt nach Altersstandardisierung bei 65 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner. Im Vergleich dazu lag diese in Bayern bei 43 pro 100.000 Einwohner, der Bundesdurchschnitt lag ebenso bei 44 pro 100.000 Einwohner [3]. Die altersstandardisierte Sterblichkeit bei Herzinfarkt lag damit in Sachsen-Anhalt 43% über und in Bayern 2% unter dem Bundesdurchschnitt. Sachsen-Anhalt nahm im Jahr 2012 zusammen mit Brandenburg bundesweit die Spitzenposition hinsichtlich der Herzinfarktsterblichkeit ein [6].

### *Mögliche Ursachen für regionale Unterschiede von Herz-Kreislauf-Erkrankungen*

Mehrere Faktoren könnten für diese überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen ursächlich sein:

- Diskutiert werden die unterschiedlichen Häufigkeiten von kardiovaskulären Risikofaktoren, die in Bundesländern mit einer hohen kardiovaskulären Mortalität besonders hoch sind [7]. Sozioökonomische Variablen, wie ein niedriger sozioökonomischer Status und eine hohe Arbeitslosigkeit, stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, z.T. vermittelt über einen ungesunden Lebensstil und psychosoziale Risikofaktoren. So hat beispielsweise Sachsen-Anhalt eine der höchsten Arbeitslosenquoten [8] und ein niedrigeres durchschnittliches Bildungsniveau, gemessen am beruflichen Bildungsabschluss, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt [9].
- Zudem werden regionale Unterschiede in Versorgungsstrukturen und -prozessen als weitere mögliche Ursache angeführt. So kann ein wenig effektives Notarztsystem sowie längere Prähospitalzeiten bei einem akuten Ereignis wie dem Herzinfarkt als ursächlich für regionale Unterschiede in der Herz-Kreislauf-Mortalität angesehen werden [10]. Weitere mögliche strukturelle Faktoren, die die kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität beeinflussen könnten, sind z.B. die geringe Arztdichte (Hausärzte, Kardiologen) sowie ein geringer Anteil von Kliniken mit Linksherzkatheterlabor.

Daten zu regionalen Variationen in der Häufigkeit von Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen in Deutschland liefern sowohl bundesweite Surveys (die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland [DEGS], Gesundheit in Deutschland Aktuell [GEDA], German Metabolic and Cardiovascular Risk Project [GEMCAS]) als auch regionale, bevölkerungsbezogene Kohortenstudien. Die klassischen Hauptrisikofaktoren kardiovaskulärer Ereignisse sind der Diabetes mellitus, die arterielle Hypertonie, die Hypercholesterinämie und das Rauchen [11]. Darüber hinaus spielen weitere Aspekte des Lebensstils (z.B. körperliche Inaktivität), Übergewicht und Adipositas sowie psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen. Zu den aktuell in Deutschland laufenden bevölkerungsbezogenen Kohortenstudien zählen u.a. die SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania) in Mecklenburg-Vorpommern [12], die

Heinz Nixdorf Recall Studie in Nordrhein-Westfalen [13], die KORA Studie (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) in Bayern [14] sowie die CARLA-Studie (Cardiovascular diseases, living and ageing in Halle) in Sachsen-Anhalt [15].

Im folgenden Kapitel wird exemplarisch auf die CARLA-Studie näher eingegangen. Dabei werden sowohl Ziele als auch Methodik sowie Ergebnisse im regionalen Vergleich dargestellt. Dem folgt eine Beschreibung des Regionalen Herzinfarktregisters Sachsen-Anhalt (RHESA), welches als eines von zwei bevölkerungsbezogenen regionalen Herzinfarktregistern in Deutschland im Jahr 2013 eingerichtet wurde, um die Versorgung von Patienten mit Myokardinfarkt in zwei Regionen Sachsen-Anhalts zu untersuchen.

### **Regionale, bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studien zur Untersuchung von Ursachen regionaler Unterschiede in der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität**

#### *Die CARLA-Studie*

Die CARLA-Studie ist eine Kohortenstudie in der älteren Allgemeinbevölkerung der Stadt Halle (Saale). Das Untersuchungsmotiv leitete sich aus der spezifischen Ausgangssituation in Ostdeutschland 10 Jahre nach der Wiedervereinigung her. Seinerzeit war eine erhöhte Herz-Kreislauf-Sterblichkeit, insbesondere in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt, zu beobachten, die ihren Schwerpunkt in den Altersgruppen oberhalb 45 Jahre zeigte. Demzufolge wurden aus dem Melderegister der Stadt Halle (Saale) eine nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht stratifizierte Stichprobe von Bewohnern im Alter von 45 bis 80 Jahren gezogen und die ausgewählten Personen nach den Regeln einer epidemiologischen Bevölkerungsstudie zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Basisuntersuchung fand von Dezember 2002 bis Januar 2006 statt. Bei Probanden, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, in das Untersuchungszentrum zu kommen, wurden Hausbesuche mit mobilem Untersuchungsinventar durchgeführt. Die insgesamt ca. 4-stündige Untersuchung umfasste ein standardisiertes, computergestütztes Interview (Fragen zu soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren, medizinischer Vorgeschichte, verhaltensbezogenen Risikofaktoren und Medikamenteneinnahme) sowie eine hochstandardisierte medizinische Untersuchung (Blutdruck, Anthropometrie, Echokardiogramm, EKG und Blutab-

nahme). Um die Möglichkeit gemeinsamer gepoolter Auswertungen mit anderen Kohortenstudien in Deutschland zu schaffen, und damit auch die Möglichkeit für regionale Vergleiche, wurde großen Wert auf die Wahl vergleichbarer Instrumente zu den anderen größeren Kohortenstudien in Deutschland gelegt.

Insgesamt wurden 1.779 Einwohner der Stadt Halle (Saale) im Alter von 45 bis 83 Jahren (812 Frauen, 967 Männer) zum Basiszeitpunkt 2002–2006 untersucht. Zusätzlich gab es eine Non-Responder-Befragung bei 373 Probanden, die nicht an der Studie teilgenommen haben. Die Teilnahmequote der Studie lag nach Bereinigung für qualitätsneutrale Ausfälle (z.B. verstorbene oder verzogene Personen) bei 64%.

Im 4-Jahres-Follow-up konnte zwischen 2007 und 2010 bei 1.436 der 1.779 ursprünglichen Probanden das weitestgehend identische Untersuchungsprogramm der Basiserhebung durchgeführt werden. Im Jahr 2013 wurde eine zweite Follow-up-Untersuchung bei insgesamt 1.146 Teilnehmern durchgeführt. Eine weitere Follow-up-Untersuchung ist derzeit geplant. Während des gesamten Studienzeitraums wurden darüber hinaus sogenannte Mortalitäts-Follow-ups durchgeführt, d. h. es fanden Abgleiche mit dem Melderegister statt. Bei verstorbenen Studienteilnehmern wurde die Todesursache über Totenscheine recherchiert.

Die CARLA-Studienpopulation ist durch eine – auch im Vergleich zu anderen deutschen Kohorten – auffallend hohe Prävalenz und Inzidenz einiger klassischer Risikofaktoren und Herz-Kreislauf-Krankheiten charakterisiert. Dies trifft insbesondere auf die Hypertonie, die abdominelle Adipositas und den Typ-2-Diabetes mellitus zu. Die folgenden Angaben stellen jeweils altersstandardisierte Häufigkeiten dar, sodass die unterschiedliche Altersverteilung der Studienpopulationen als Erklärung ausgeschlossen werden kann.

So zeigte sich, dass sowohl die Prävalenz als auch die Inzidenz des Typ-2-Diabetes im regionalen Vergleich in der CARLA-Studie höher lag als in vergleichbaren Studienregionen in Deutschland [16, 17]. Beispielsweise lag die Prävalenz des Typ-2-Diabetes in Halle bei 12,0% und im Vergleich in der Region Augsburg bei 5,8% (s. Beitrag von Tamayo, Rathmann und Kuß, **III** Schwerpunkt Wissenschaft). Auch die Rate der Neuerkrankungen am Diabetes Typ 2 war in der CARLA-Studienpopulation mit 16,9 pro 1.000 Personenjahre am höchsten (Augsburg 9,3 pro 1.000 Personenjahre). Neben der hohen Prävalenz des Typ-2-Diabetes mellitus zeigten vergleichende Analysen

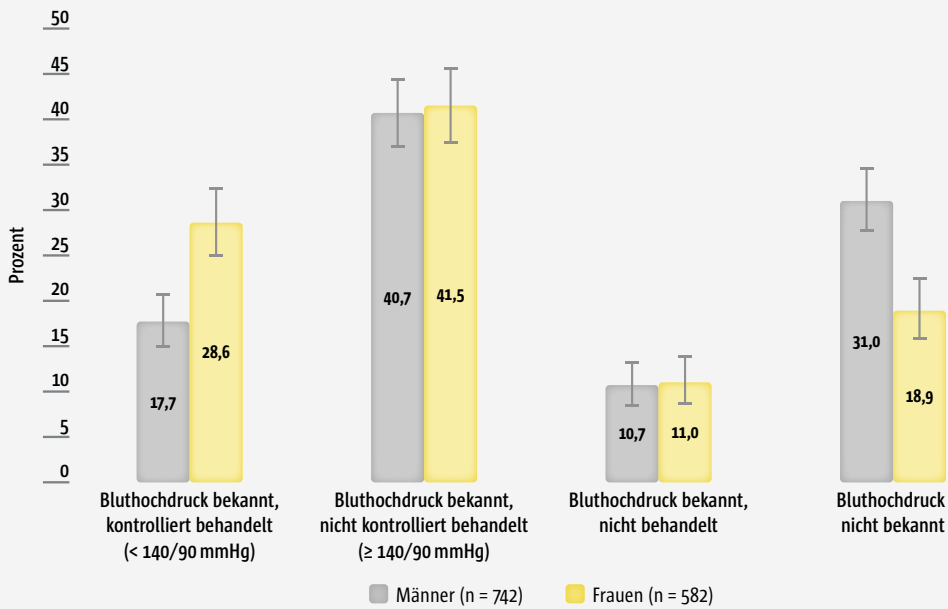
eine ebenso erhöhte Prävalenz der zentralen Adipositas in der CARLA-Studienregion im Vergleich zu anderen bevölkerungsbezogenen Kohortenstudien (KORA, Heinz-Nixdorf-Recall Studie, SHIP). Trotz sich wenig unterscheidenden mittleren BMI-Werten in diesen Studien wurden in Halle die größten mittleren Taillenweiten (Männer: 103,6 cm, Frauen: 95,6 cm) beobachtet. Detaillierte Analysen zeigten, dass auch bei vergleichbarem BMI die Taillenweiten in der Hallenser Bevölkerung deutlich größer sind als in den übrigen Populationen [18].

Der erhöhte Blutdruck ist der häufigste und bedeutendste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [19] und damit auch einer der wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Verschiedene Studien weisen auf substanzielle Unterschiede in der regionalen Häufigkeit der Hypertonie innerhalb Deutschlands hin [20, 21]. Analysen der CARLA-Studie zeigen auch im regionalen Vergleich eine beachtenswert hohe Prävalenz und Inzidenz der Hypertonie in der Studienregion Halle (Saale) [22]. Die altersstandardisierte Prävalenz der Hypertonie lag bei 45–83-jährigen Männern und Frauen in der CARLA-Studie bei 74,3% (Männer) bzw. 70,2% (Frauen). In der Altersgruppe der 65–74-Jährigen wurde eine Prävalenz von 83,8% (Männer) bzw. 84,2% (Frauen) registriert. Dies ist insbesondere bei Frauen eine vergleichsweise hohe Prävalenz – vergleichbare Analysen der KORA und SHIP Studie zeigten in dieser Altersgruppe (65–74 Jahre) bei Frauen Prävalenzen von 61,5% bzw. 74,5%. Die jährliche Neuerkrankungsrate der Hypertonie lag in Halle bei 8,6% bei Männern und 8,2% bei Frauen. Vergleichbare Zahlen aus anderen deutschen Kohortenstudien liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vor, jedoch deutet der internationale Vergleich auch hier auf eine vergleichsweise hohe Neuerkrankungsrate hin. Ein bedeutendes Präventionspotenzial bzgl. kardiovaskulärer Erkrankungen wird deutlich, wenn man den Anteil der Personen mit Bluthochdruck betrachtet, die keine Kenntnis von ihrer Erkrankung hatten (31,0% der Männer und 19,1% der Frauen) bzw. die trotz der Einnahme von blutdrucksenkenden Medikamenten einen erhöhten Blutdruck aufwiesen (40,7% der Männer und 41,4% der Frauen) (**III** Abbildung 1). Hier könnte durch geeignete Maßnahmen ein beträchtlicher Anteil an kardiovaskulären Folgeerkrankungen vermieden werden.

*Regionales Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA)*  
Daten zur Versorgungsstruktur und -qualität können u.a. durch klinische Krankheitsregister gewonnen



Abbildung 1 Bewusstsein, Behandlungsstatus und Kontrolle des Bluthochdrucks bei Studienteilnehmern der CARIA-Studie [22]



werden. Aktuell existieren in Deutschland zwei bevölkerungsbezogene Herzinfarktregister, das Augsburger Herzinfarktregister [14] und das Regionale Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt (RHESA) [23]. Darüber hinaus gibt es noch klinische Register zur Erfassung der Herzinfarktversorgung (z.B. Berliner Herzinfarktregister e.V., [24]). Ziel der Register ist es, unter standardisierten Erhebungsbedingungen Herzinfarkt-Erkrankungs- und -Todesfälle möglichst vollständig zu erfassen, zeitliche Trends abzubilden und in Beziehung zu verschiedenen individuellen und strukturellen Einflussfaktoren zu setzen.

Inwieweit mögliche Versorgungsdefizite mitverantwortlich für die erhöhte kardiovaskuläre Mortalität in Sachsen-Anhalt sein könnten, wird aktuell im Rahmen des Regionalen Herzinfarktregisters Sachsen-Anhalt untersucht. In einer städtischen und einer ländlichen Wohnbevölkerung des Landes Sachsen-Anhalt wird eine regionale bevölkerungsbezogene Herzinfarktregistrierung aufgebaut, um Ursachen der überdurchschnittlich hohen Sterblichkeit am akuten Herzinfarkt im Land Sachsen-Anhalt zu untersuchen und mögliche Maßnahmen zur gezielten Beeinflussung zu finden. Registriert werden seit dem 1. Juli 2013 alle überlebten und tödlichen Herzinfarkte aus der Stadt Halle (Saale) und der Altmark (Landkreis Stendal, Altmarkkreis Salzwedel).

Überlebte Herzinfarkte werden über 16 beteiligte Krankenhäuser der Registerregion an das RHESA, tödliche Herzinfarkte werden über die Gesundheitsämter der Registerregion in Kooperation mit den leichenbeschauenden Ärzten an das RHESA gemeldet. Die prähospitalen Versorgung wird über die Dokumentation der beteiligten Rettungsleitstellen erfasst. Die Etablierung eines regionalen bevölkerungsbezogenen Herzinfarktregisters ist ein zentraler Schritt zur Gewinnung von Erkenntnissen mit dem Ziel der Reduktion der Herzinfarkt mortalität im Land Sachsen-Anhalt. Obwohl bestimmte Routinedaten (z.B. Gesundheitsberichterstattung, Krankenhausstatistik, Krankenkassendaten) gewisse Anhalte zu den versorgungsrelevanten Ursachen der regionalen Unterschiede in der Herzinfarkt mortalität liefern, reichen diese Daten nicht aus. Ein bevölkerungsbasiertes Herzinfarktregister ist in der Lage, das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen in einer definierten Region abzubilden und wesentliche Aufschlüsse zu den versorgungsrelevanten Einflussfaktoren zu liefern. Damit wird es letztendlich möglich, problemorientiert die Qualitätssicherung der Versorgung von Herzinfarktpatienten nach wissenschaftlichen Kriterien zu steuern. Dies wird durch das etablierte bevölkerungsbasierte KORA Herzinfarktregister Augsburg belegt [14, 25].

Das regionale Herzinfarktregister Sachsen-Anhalt kann mittel- und langfristig:

- eine Datengrundlage für die Planung und Steuerung geeigneter Präventionsmaßnahmen bieten,
- die medizinische Versorgung von Herzinfarktpatienten in Sachsen-Anhalt abbilden und basierend auf diesen Erkenntnissen zur Verbesserung der Herzinfarktversorgung in Deutschland beitragen und
- zu einer Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beitragen, indem eine validere bundesweite Hochrechnung von Ereignisraten zu Herzinfarkten angestrebt wird.

Erste offizielle Ergebnisse des regionalen Herzinfarktregisters Sachsen-Anhalt sind ab 2016 zu erwarten.

### Zusammenfassung und Ausblick

Trotz des rückläufigen Trends sind kardiovaskuläre Erkrankungen nach wie vor die Haupttodesursache in Deutschland und auch weltweit. Es zeigt sich, dass innerhalb Deutschlands deutliche regionale Unterschiede sowohl bei der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität existieren. Ursächlich können v. a. Unterschiede in der regionalen Verteilung von kardiovaskulären Risikofaktoren sein. Dies beinhaltet klassische Risikofaktoren wie z. B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Hypercholesterinämie und Rauchen. Auch die soziale Lage der Bevölkerung, welche einen Einfluss auf die Verteilung von Risikofaktoren hat, kann zur Erklärung der Unterschiede bei der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität herangezogen werden. Regionale Unterschiede in der kardiovaskulären Mortalität können auch durch Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und -prozessen verursacht werden. Regionale, bevölkerungsbezogene, epidemiologische Erhebungen wie die CARLA-Studie und das RHESA-Herzinfarktregister können für die Erklärung dieser regionalen Unterschiede einen entscheidenden Beitrag leisten und als Datengrundlage für die Planung und Steuerung geeigneter Präventionsmaßnahmen dienen.

### Literatur

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, Abraham J, Adair T, Aggarwal R, Ahn SY, Alvarado M, Anderson HR, Anderson LM, Andrews KG, Atkinson C, Baddour LM, Barker-Collo S, Bartels DH, Bell ML, Benjamin EJ, Bennett D, Bhalla K, Bikbov B, Bin Abdulhak A, Birbeck G, Blyth F, Bolliger I, Boufous S, Bucello C, Burch M, Burney P, Carapetis J, Chen H, Chou D, Chugh SS, Coffeng LE, Colan SD, Colquhoun S, Colson KE, Condon J, Connor MD, Cooper LT, Corriere M, Cortinovis M, de Vaccaro KC, Couser W, Cowie BC, Criqui MH, Cross M, Dabhadkar KC, Dahodwala N, De Leo D, Degenhardt L, Delossantos A, Denenberg J, Des Jarlais DC, Dharmaratne SD, Dorsey ER, Driscoll T, Duber H, Ebel B, Erwin PJ, Espindola P, Ezzati M, Feigin V, Flaxman AD, Forouzanfar MH, Fowkes FG, Franklin R, Fransen M, Freeman MK, Gabriel SE, Gakidou E, Gaspari F, Gillum RF, Gonzalez-Medina D, Halasa YA, Haring D, Harrison JE, Havmoeller R, Hay RJ, Hoen B, Hotez PJ, Hoy D, Jacobsen KH, James SL, Jasrasaria R, Jayaraman S, Johns N, Karthikeyan G, Kassebaum N, Keren A, Khoo JP, Knowlton LM, Kobusingye O, Koranteng A, Krishnamurthi R, Lipnick M, Lipschultz SE, Ohno SL, Mabweijano J, MacIntyre MF, Mallinger L, March L, Marks GB, Marks R, Matsumori A, Matzopoulos R, Mayosi BM, McAnulty JH, McDermott MM, McGrath J, Mensah GA, Merriman TR, Michaud C, Miller M, Miller TR, Mock C, Mocumbi AO, Mokdad AA, Moran A, Mulholland K, Nair MN, Naldi L, Narayan KM, Nasseri K, Norman P, O'Donnell M, Omer SB, Ortblad K, Osborne R, Ozgediz D, Pahari B, Pandian JD, Rivero AP, Padilla RP, Perez-Ruiz F, Perico N, Phillips D, Pierce K, Pope CA, 3<sup>rd</sup>, Porrini E, Pourmalek F, Raju M, Ranganathan D, Rehm JT, Rein DB, Remuzzi G, Rivara FP, Roberts T, De Leon FR, Rosenfeld LC, Rushton L, Sacco RL, Salomon JA, Sampson U, Sanman E, Schwebel DC, Segui-Gomez M, Shepard DS, Singh D, Singleton J, Sliwa K, Smith E, Steer A, Taylor JA, Thomas B, Tleyjeh IM, Towbin JA, Truelsen T, Undurraga EA, Venketasubramanian N, Vijayakumar L, Vos T, Wagner GR, Wang M, Wang W, Watt K, Weinstock MA, Weintraub R, Wilkinson JD, Woolf AD, Wulf S, Yeh PH, Yip P, Zabetian A, Zheng ZJ, Lopez AD, Murray CJ, AlMazroa MA, Memish ZA. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095–2128
2. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M. European cardiovascular disease statistics 2012. European Heart Network and European Society of Cardiology, September 2012
3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Zugriff am 06.06.2015)
4. Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in western and eastern europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J*. 2006; 27: 107–113
5. Prütz F, Romme A, Kroll L, Lampert T. 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI), 2014
6. Deutsche Herzstiftung e.V. Deutscher Herzbericht 2013. Frankfurt am Main
7. Stang A, Stang M. An inter-state comparison of cardiovascular risk factors in germany. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111: 530–536
8. Bundesagentur für Arbeit. Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf. Nürnberg, 2014
9. Statistisches Bundesamt. Bildungsstand der Bevölkerung 2014. Wiesbaden, 2014
10. Deutsche Herzstiftung e.V. Deutscher Herzbericht 2014. Frankfurt am Main
11. Kannel WB. CHD risk factors: A Framingham study update. *Hosp Pract*. 1990; 25: 119–127
12. John U, Greiner B, Hensel E, Ludemann J, Piek M, Sauer S, Adam C, Born G, Alte D, Greiser E, Haertel U, Hense HW, Haerting J,

- Willich S, Kessler C. Study of health in pomerania (SHIP): A health examination survey in an east german region: Objectives and design. *Soz Präventivmed.* 2001; 46: 186–194
13. Schmermund A, Mohlenkamp S, Stang A, Gronemeyer D, Seibel R, Hirche H, Mann K, Siffert W, Lauterbach K, Siegrist J, Jockel KH, Erbel R. Assessment of clinically silent atherosclerotic disease and established and novel risk factors for predicting myocardial infarction and cardiac death in healthy middle-aged subjects: Rationale and design of the heinz nixdorf recall study. Risk factors, evaluation of coronary calcium and lifestyle. *Am Heart J.* 2002; 144: 212–218
  14. Lowel H, Meisinger C, Heier M, Hormann A. Das bevölkerungsbezogene Herzinfarktregister der MONICA/KORA-Studienregion Augsburg. *Gesundheitswesen* 2005; 67: S31–37
  15. Greiser KH, Kluttig A, Schumann B, Kors JA, Swenne CA, Kuss O, Werdan K, Haerting J. Cardiovascular disease, risk factors and heart rate variability in the elderly general population: Design and objectives of the cardiovascular disease, living and ageing in halle (CARLA) study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2005; 5: 33
  16. Schipf S, Werner A, Tamayo T, Holle R, Schunk M, Maier W, Meisinger C, Thorand B, Berger K, Mueller G, Moebus S, Bokhof B, Kluttig A, Greiser KH, Neuhauser H, Ellert U, Icks A, Rathmann W, Volzke H. Regional differences in the prevalence of known type 2 diabetes mellitus in 45–74 years old individuals: Results from six population-based studies in germany (DIAB-CORE Consortium). *Diabet Med.* 2012; 29: 1464–5491
  17. Schipf S, Ittermann T, Tamayo T, Holle R, Schunk M, Maier W, Meisinger C, Thorand B, Kluttig A, Greiser KH, Berger K, Muller G, Moebus S, Slomiany U, Icks A, Rathmann W, Volzke H. Regional differences in the incidence of self-reported type 2 diabetes in germany: Results from five population-based studies in germany (Diab-Core Consortium). *J Epidemiol Community Health* 2014; 68: 1088–1095
  18. Stang A, Doring A, Volzke H, Moebus S, Greiser KH, Werdan K, Berger K, Ellert U, Neuhauser H. Regional differences in body fat distributions among people with comparable body mass index: A comparison across six german population-based surveys. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2011; 18: 106–114
  19. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.* 2002; 360: 1903–1913
  20. Neuhauser H, Thamm M, Ellert U. [Blood pressure in germany 2008–2011: Results of the german health interview and examination survey for adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 795–801
  21. Meisinger C, Heier M, Volzke H, Lowel H, Mitusch R, Hense HW, Ludemann J. Regional disparities of hypertension prevalence and management within germany. *J Hypertens.* 2006; 24: 293–299
  22. Lacruz ME, Kluttig A, Hartwig S, Loer M, Tiller D, Greiser KH, Werdan K, Haerting J. Prevalence and incidence of hypertension in the general adult population: Results of the carla-cohort study. *Medicine.* 2015; 94(22): e952.
  23. Bohley S, Trocchi P, Robra BP, Mau W, Stang A. The regional myocardial infarction registry of Saxony-Anhalt (RHESA) in Germany – rationale and study protocol. *BMC Cardiovasc Disord.* 2015; 15: 45
  24. Schuler J, Maier B, Behrens S, Thimme W. Present treatment of acute myocardial infarction in patients over 75 years – data from the berlin myocardial infarction registry (BHIR). *Clin Res Cardiol.* 2006; 95: 360–367
  25. Lowel H, Meisinger C, Heier M, Hormann A, Kuch B, Gostomzyk J, Koenig W. Geschlechtsspezifische Trends von plötzlichem Herztod und akutem Herzinfarkt. Ergebnisse des bevölkerungs-basierten KORA[1]/MONICA Augsburg Herzinfarkt-Registers 1985 bis 1998. *Dtsch Med Wochenschr.* 2002; 127: 2311–2316



Dr. rer. medic. Alexander Kluttig, MPH

Studium der Sportwissenschaft (Schwerpunkt Prävention, Rehabilitation und Therapie) sowie Masterstudiengang Public Health (Schwerpunkt Epidemiologie). Seit 2003 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. 2007 Promotion zum Dr. rer. medic. Seit 2009 Koordinator der CARLA-Studie. Seit 2012 Studienzentrumsleiter der Nationalen Kohorte am Standort Halle.



Dr. rer. medic. Stefanie Bohley

Studium der Sportwissenschaften mit dem Schwerpunkt Prävention, Rehabilitation und Therapie sowie Studium der Soziologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Von 2008 bis 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie, mit dem Schwerpunkt Prävention/Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, mit dem Forschungsschwerpunkt Herz-Kreislauf-Epidemiologie und Versorgungsforschung. 2015 Promotion zum Dr. rer. medic. Seit 2013 Koordinatorin des Regionalen Herzinfarktregisters Sachsen-Anhalt (RHESA).



Prof. Dr. rer. nat. habil. Johannes Haerting

Nach dem Studium der Mathematik (Spezialisierung Stochastik) an der TU Dresden seit 1972 wiss. Mitarbeiter am Institut für Biostatistik und Med. Informatik der Universität Halle. Promotion 1980, Promotion B (Habilitation) 1990 an der Universität Halle. 1992 Gastaufenthalt an der Abteilung für Epidemiologie und Biostatistik des Karolinska Institutet Stockholm. 1994–1996 Hochschuldozent für Med. Statistik und Dokumentation am Institut für Med. Statistik, Informatik und Dokumentation der Universität Jena. Seit 1996 Hochschulprofessor für Med. Epidemiologie und Biometrie und Direktor des Instituts für Med. Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Universität Halle.

# Regionale Unterschiede in der Früherkennung von Krebserkrankungen

Verena Vogt<sup>1</sup> und Leonie Sundmacher<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, und

<sup>2</sup> Fakultät für Betriebswirtschaft, Ludwig-Maximilians-Universität München

## Einleitung

Im Jahr 2013 konnten 25% aller Todesfälle in Deutschland auf bösartige Tumoren zurückgeführt werden [1]. Damit sind Krebserkrankungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Da Krebs häufig besser heilbar ist, wenn er in einem frühen Stadium diagnostiziert wird, können Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu einer Reduzierung der Krankheitslast beitragen. So zeigen Studien, dass beispielsweise die Inzidenz von Gebärmutterhalskrebs durch ein gut organisiertes Screening-Programm um bis zu 80% reduziert werden kann [2].

Voraussetzung für die Aufnahme einer Früherkennungsuntersuchung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist u. a. , dass es sich um eine Krankheit handelt, die wirksam behandelt werden kann und deren Vor- oder Frühstadium durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist (§ 25 SGBV). Die für gesetzlich Versicherte in Deutschland derzeit angebotene Krebsfrüherkennung umfasst Untersuchungen für Darm-, Haut-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs (►► Tabelle 1).

Mit der Aufnahme der Früherkennungsuntersuchungen in den Leistungskatalog der GKV verfolgt die Gesundheitspolitik das Ziel, die Teilnahme an diesen Untersuchungen zu steigern. Das bestehende Angebot der Früherkennungsuntersuchungen wird jedoch nur von einem geringen Teil der anspruchsberechtigten Bevölkerung wahrgenommen. Im folgenden Artikel wird ein Überblick über regionale Variationen in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gegeben und mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme aufgezeigt. Abschließend werden aus den aufgezeigten Variationen resultierende Implikationen für Politik und Forschung abgeleitet.

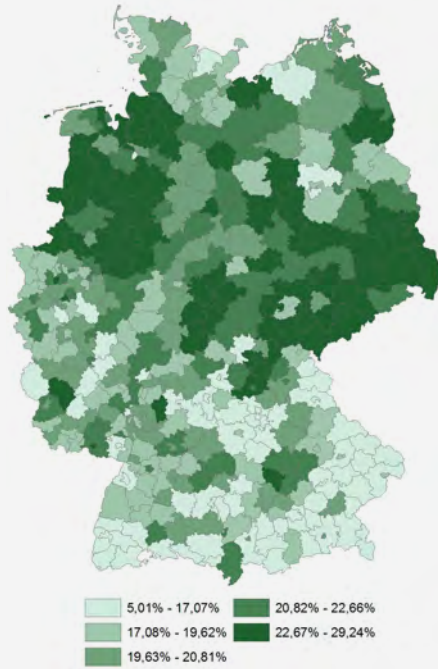
## Regionale Variation in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Datenbasis für die Berechnung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen auf Kreisebene sind Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Diese Daten beinhalten alle Leistungen, die ein niedergelassener Vertragsarzt

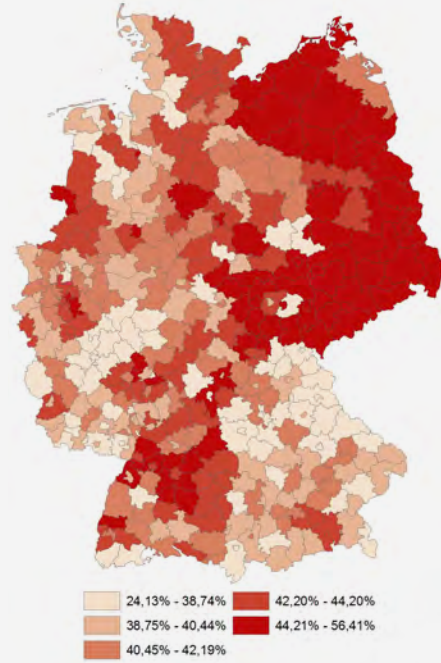
**Tabelle 1** Leistungsansprüche auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland (GBA [2014]: <https://www.g-ba.de/institution/themenswerpunkte/frueherkennung/krebsfrueherkennung/>)

Erkrankung	Anspruchsbevölkerung	Rhythmus	Untersuchung
Darmkrebs	Frauen und Männer ab 50 Jahren	jährlich	Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl
	Frauen und Männer ab 55 Jahren	alle zwei Jahre	Wahlrecht: Stuhluntersuchung oder max. zwei Früherkennungs-Darmspiegelungen
Hautkrebs	Frauen und Männer ab 35 Jahren	alle zwei Jahre	Visuelle Ganzkörperinspektion
Brustkrebs	Frauen von 50 bis 69 Jahren	alle zwei Jahre	Mammographie-Screening
	Frauen ab 30 Jahren	jährlich	Tastuntersuchung
Gebärmutterhalskrebs	Frauen ab 20 Jahren	jährlich	Zervixkarzinom-Screening (Pap-Test)
Prostata und Genitale	Männer ab 45 Jahren	jährlich	Tastuntersuchung

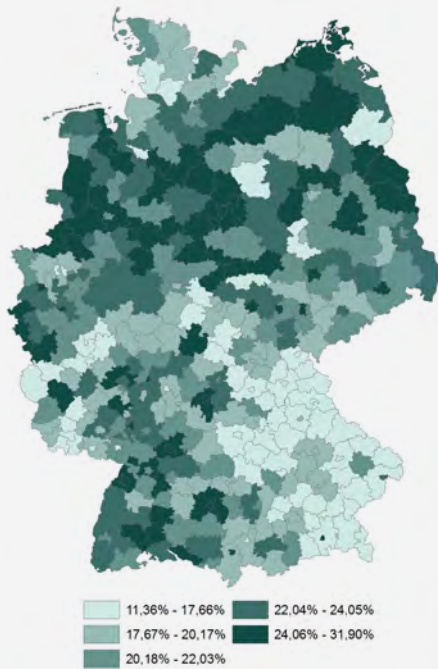
Abbildung 1 Regionale Variationen in der Inanspruchnahme [12]  
Mammographie



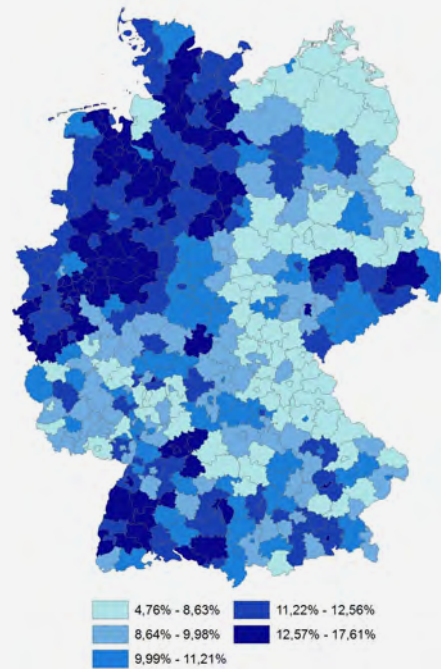
Pap-Test



Prostatakrebs-Screening

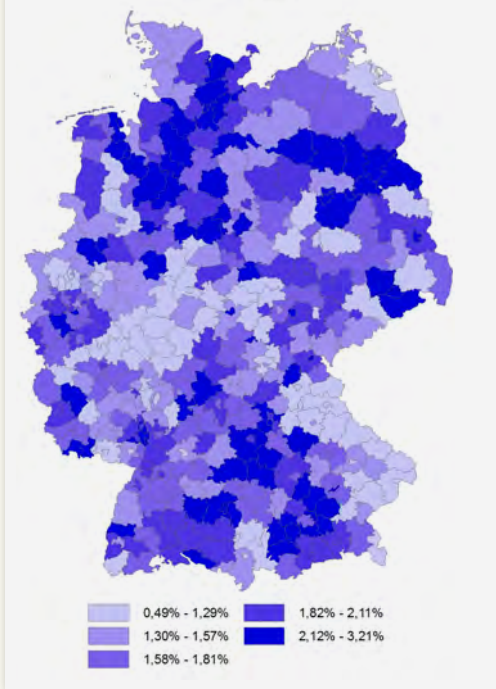


Hautkrebs-Screening



Fortsetzung Abbildung 1

Kolonoskopie



mit seinen gesetzlich krankenversicherten Patienten abgerechnet und anschließend an die zuständige kassenärztliche Vereinigung übermittelt hat. Auf Grundlage dieser Daten kann die Anzahl der wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen auf Kreisebene quantifiziert und anschließend auf die Grundpopulation eines Kreises bezogen werden. Diese Grundpopulation besteht aus allen Patienten, die im jeweiligen Kalenderjahr (2008–2010) mindestens einen Arztkontakt hatten und/oder ein Rezept zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Apotheke eingelöst haben (siehe [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)). Die regionale Zuordnung der Daten erfolgt auf Basis des Wohnorts der Patienten. Außerdem wurden die Daten hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert.

In den errechneten Teilnahmequoten werden ausgeprägte regionale Unterschiede sichtbar (» Abbildung 1). Die jährlichen Teilnahmequoten an der Mammographie schwanken zwischen 5% in Hildburghausen und 29% in Stendal. Die Teilnahmequoten am Pap-Test schwanken zwischen 24% im Saale-Holzland-Kreis und 56% in Würzburg. Am Prostata-Screening nehmen in Straubing-Bogen nur 11% teil,

während in Frankfurt (Oder) 32% diese Untersuchung in Anspruch nehmen. Die Teilnahmequoten am Hautkrebs-Screening schwanken deutschlandweit zwischen 5% in Bayreuth und 18% in Delmenhorst. An der Koloskopie nehmen in Siegen-Wittgenstein jährlich nur 0,5% teil, während in Speyer 3,2% aller Teilnahmeberechtigten diese Untersuchung pro Jahr in Anspruch nehmen.

Hohe Teilnahmequoten sind vor allem in östlich und nördlich liegenden Kreisen zu beobachten. Eine Ausnahme ist Baden-Württemberg mit hohen Teilnahmequoten am Prostatakrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Screening. Kreise mit einer hohen Teilnahme am Hautkrebs-Screening liegen vor allem im Nordwesten Deutschlands. Die niedrigsten Teilnahmequoten finden sich in den südlichen Kreisen, insbesondere im Osten Bayerns. Eine weitere Auffälligkeit ist, dass sich hohe bzw. niedrige Raten in benachbarten Kreisen konzentrieren. Dies ist ein Indiz dafür, dass Bewohner aus benachbarten Regionen kulturell bedingte Ähnlichkeiten in ihrem Inanspruchnahmeverhalten aufweisen und möglicherweise miteinander über die Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen kommunizieren.

### Determinanten der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

#### Das Prinzip der informierten Entscheidung

Neben der frühzeitigen Diagnose und den hohen Heilungschancen der Krebserkrankung gehen mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auch einige Risiken und Nebenwirkungen einher. So können bei der Untersuchung etwa falsch positive Testergebnisse generiert werden, die sich erst in einer zweiten Untersuchung falsifizieren lassen. Dies ist für den Betroffenen mit einem Mehraufwand an Zeit sowie mit einer kurzfristigen, psychischen Belastung verbunden. Grundsätzlich besteht in Deutschland daher das Prinzip der informierten Entscheidung zur Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. D.h. dass jeder einzelne auf Basis valider und evidenzbasierter Informationen die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen selber trifft.

Die Fähigkeit, auf Grundlage von evidenzbasierter Literatur zu einer informierten Entscheidung zu gelangen, variiert jedoch in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren. So weisen höher gebildete Personen sowie Personen mit einem höheren Einkommen bspw. ein besseres Verständnis der Risiken und

des Nutzens der Koloskopie sowie möglicher Alternativen auf und können so besser zu einer informierten Entscheidung gelangen [3]. Auch über den Nutzen und die Nebenwirkungen der Mammografie sind Personen mit einem höheren Bildungsgrad besser informiert [4]. Bisher konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Grad der Informiertheit über die Untersuchung und der Inanspruchnahme festgestellt werden.

#### *Konzeptualisierung der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme*

Neben der informierten Entscheidung besteht eine Vielzahl an Faktoren, die mit der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen assoziiert sind. Ein Modell zur Konzeptualisierung der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liefert das „Behavioural Model of Health Services Use“ von Andersen [5]. Dieses Modell wurde ursprünglich entwickelt, um Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu erklären. Es lässt sich jedoch auch auf die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen übertragen [6, 7]. Demnach lassen sich die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in befähigende Ressourcen („enabling resources“) und vorausbestimmende Faktoren („predisposing factors“) einteilen. Der Bedarf („need“) an der Teilnahme einer Früherkennungsuntersuchung leitet sich aus der vom Gesetzgeber definierten Anspruchsbevölkerung ab (III Tabelle 1).

**Befähigende Ressourcen** sind notwendige Bedingungen, die erfüllt sein müssen, um an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilzunehmen. So kann die Untersuchung nur in Anspruch genommen werden, wenn ein Arzt erreichbar ist, der das Screening durchführt. In einigen internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass in Regionen mit einem schlechteren Zugang zur ambulanten Versorgung weniger Personen an den Untersuchungen teilnehmen [7–9]. Darüber hinaus ist auch die Bezahlbarkeit der Leistungen als ein notwendiges Kriterium für die Inanspruchnahme aufgeführt. Dieser Faktor ist jedoch für die in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen übernommenen Leistungen nicht relevant.

**Vorausbestimmende Faktoren** sind hinreichende, aber nicht zwingend notwendige Bedingungen für die Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung. Diese Faktoren beziehen sich auf Einstellungen oder Wissen über die Früherkennungsuntersuchungen. Dies können auch psychosoziale oder in-

direkte ökonomische Barrieren sein, die eine Inanspruchnahme der Untersuchung verhindern. So gehen ein höheres durchschnittliches Einkommen und eine höhere Bildung häufig mit einer höheren Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen einher [10]. Daneben spielen auch Faktoren wie die familiäre Lebenssituation oder der Versichererstatus eine Rolle für die Teilnahme an den Untersuchungen [11, 10].

#### *Analyse der regionalen Variation der Krebsfrüherkennung in Deutschland*

Im Folgenden wird beschrieben, welche Faktoren mit der im III Abschnitt „Regionale Variation in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen“ dargestellten regionalen Variation der Inanspruchnahme des Brust-, Gebärmutter-, Prostata-, Haut- und Darmkrebs-Screenings in Deutschland assoziiert sind. Grundlage der Ausführungen bilden räumliche Regressionsmodelle, die die Teilnehmeraten auf eine Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren regressieren und dabei berücksichtigen, dass die Bewohner in benachbarten Regionen Ähnlichkeiten in ihrem Inanspruchnahmeverhalten aufweisen können. In der Analyse wurden folgende mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt: Zugang zur Versorgung (Vertragsarzt-dichte, Fahrzeit zum nächstgelegenen Arzt, Vorhandensein eines Mammographie-Screening-Zentrums), der Anteil an Personen mit einem hohen Bildungsabschluss, das durchschnittliche Haushaltseinkommen, die Wahlbeteiligung, der Anteil an Anachern sowie ein Ost-West-Dummy. In dem Modell für die Inanspruchnahme des Pap-Tests (Gebärmutterhalskrebs-Screening) wurde außerdem ein möglicher Zusammenhang mit der Anzahl an verschriebenen Rezepten von oralen Kontrazeptiva (Antibabypille) berücksichtigt. Die Ergebnisse der Regressionsmodelle sind in III Tabelle 2 zusammengefasst. Für eine ausführliche Beschreibung der zugrundeliegenden Methodik siehe Vogt et al. [12].

#### *Zugang zur Versorgung*

Die Analyse zeigt zunächst, dass mit steigender Vertragsarzt-dichte die Inanspruchnahme des Prostata- und Hautkrebs-Screenings sowie der Koloskopie steigt (III Tabelle 2). So ist beispielsweise die Präsenz eines zusätzlichen Hautarztes pro 10.000 Einwohner in einem Kreis mit einer um 1,1 Prozentpunkte erhöhten Teilnahmequote des Hautkrebs-Screenings verbunden. Sinkt die Fahrzeit zum nächstgelegenen Arzt um eine Minute, steigt die Teilnahmequote am Pap-Test um 0,5, am Hautkrebs-Screening um 0,2



Tabelle 2 Faktoren, die mit der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen assoziiert sind [12]

	Mammographie	Pap-Test	Prostatakrebs-Screening	Hautkrebs-Screening	Koloskopie
Arztdichte		-0.063	3.032***	1.100***	0.166***
Fahrzeit zum Arzt		-0.586***	-0.224	-0.186**	-0.077***
Mammographie-Zentrum	1.912***				
Bildung	-0.079***	0.030	-0.017	-0.017	-0.003
Einkommen	-2.743*	2.563	2.050	1.381	0.232
Wahlbeteiligung	0.033	0.299***	0.202***	0.071***	0.048***
Raucherquote	0.002	0.014	-0.018	0.013	-0.001
Westdeutschland	-1.557***	-3.439***	-2.793***	-0.450	-0.481***
Orale Kontrazeptiva		0.071***			
Adjustiertes R <sup>2</sup>	0.377	0.502	0.249	0.350	0.209

Anmerkungen:

\*p < 0.05; \*\*p < 0.005; \*\*\*p < 0.001

und an der Koloskopie um 0,08 Prozentpunkte an. In Regionen, in denen mindestens ein Mammographie-Screening-Zentrum verortet ist, ist die Teilnahmequote am Brustkrebs-Screening 1,91 Prozentpunkte erhöht. Dieser Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Versorgung und der Inanspruchnahme könnte dadurch erklärt werden, dass in Regionen mit einer höheren Vertragsarztdichte und kürzeren Wegezeiten zur nächstgelegenen Arztpraxis der ökonomische und zeitliche Aufwand, einen Termin wahrzunehmen, geringer ist als in Kreisen mit einer schlechteren Versorgungsstruktur. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Ärzte in Regionen mit einer höheren Vertragsarztdichte häufiger eine Empfehlung für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aussprechen und so die Nachfrage nach den Untersuchungen steigern.

### Einkommen und Bildung

Weiterhin zeigt die Analyse, dass Bildung und Einkommen negativ mit der Inanspruchnahme der Mammographie assoziiert sind. D.h. je höher das durchschnittliche Haushaltseinkommen und je höher der Anteil an Personen mit Abitur in einem Kreis, desto niedriger ist die Teilnahmequote. Dieser Zusammenhang konnte für die anderen untersuchten Krebs-Screenings nicht beobachtet werden. Eine mögliche Erklärung für den negativen Zusammen-

hang zwischen Bildung bzw. Einkommen und Mammographie-Screening-Teilnahme liefert das im **III** Abschnitt „Das Prinzip der informierten Entscheidung“ beschriebene Konzept der informierten Teilnahme. Vor allem die Mammographie wird von Experten immer wieder hinsichtlich ihres Nutzens kritisch diskutiert. Der beobachtete Zusammenhang zwischen dem Anteil von gut ausgebildeten Personen in einem Kreis und den Teilnahmequoten an der Mammographie könnte also dadurch zustande kommen, dass höher gebildete Personen besser über die Risiken der Untersuchung informiert sind und sich häufiger gegen eine Teilnahme an der Untersuchung entscheiden.

### Nutzung von Kontrazeptiva

Die regionalen Unterschiede in den Teilnahmequoten des Gebärmutterhalskrebs-Screenings können zum Teil auch durch die regionalen Unterschiede in der Verhütungsmethode erklärt werden. So weisen Kreise, in denen besonders häufig orale Kontrazeptiva verordnet wurden, eine signifikant höhere Teilnahmequote auf. Ein möglicher Mechanismus für diesen Zusammenhang ist, dass Frauen, die regelmäßig einen Gynäkologen aufsuchen, um ein Rezept für die Antibabypille abzuholen, häufiger auf die Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen werden und entsprechend häufiger an diesen Untersuchungen teilnehmen.

### Weitere mögliche Einflussfaktoren

Unter Kontrolle für alle betrachteten Faktoren sind die Teilnahmequoten in westdeutschen Kreisen im Durchschnitt niedriger als in ostdeutschen Kreisen. Dies gilt jedoch nicht für das Hautkrebs-Screening. Auch die Wahlbeteiligung ist mit der Höhe der Teilnahmequoten in den Kreisen assoziiert: Je höher die Wahlbeteiligung in einem Kreis, desto höher ist die Inanspruchnahme. Dies gilt für alle untersuchten Früherkennungsmaßnahmen bis auf die Mammographie. Eine niedrige Wahlbeteiligung in einem Kreis indiziert, dass die Einwohner desillusioniert gegenüber öffentlichen Einrichtungen sind und häufig nicht das Gefühl haben, durch eigenes Handeln etwas an der Situation verändern zu können. Auf der anderen Seite kann Wahlbeteiligung auch als Indikator dafür betrachtet werden, inwieweit sich die Bevölkerung in einer Region am öffentlichen Leben beteiligt und miteinander kommuniziert. Diese Zusammenhänge könnten eine mögliche Erklärung für die niedrigen Teilnahmequoten in Kreisen mit einer vergleichsweise niedrigen Wahlbeteiligung sein. Der Anteil an Rauchern in einem Kreis ist nicht signifikant mit der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen assoziiert.

### Implikationen für Forschung und Politik

Krebserkrankungen verursachen eine hohe Krankheitslast in Deutschland. Vor diesem Hintergrund gelangen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen immer mehr in den Fokus der Gesundheitspolitik. Mit dem Ziel, die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung zu steigern, widmete sich das Bundesministerium für Gesundheit in dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz der Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung. Dabei sollten die Informationsangebote über Risiken und Nutzen der Untersuchung ausgebaut werden, um die Möglichkeit der informierten Entscheidung zu verbessern [13].

Die vorgestellte Analyse verdeutlicht, dass ausgeprägte regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vorliegen. Diese Unterschiede sind sowohl mit Faktoren auf der Leistungserbringer- als auch der Patientenseite assoziiert. So liefert die Analyse Hinweise darauf, dass eine höhere Anzahl an Ärzten pro Einwohner in einer Region mit einer höheren Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen verbunden ist. In Befragungsdaten konnte die Empfehlung des Arztes für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als ein weiterer wichtiger Einfluss-

faktor auf Leistungserbringerseite identifiziert werden [14]. Daraus lassen sich zwei Implikationen zur Steigerung der Inanspruchnahmeraten ableiten:

1. Der dargestellte Zusammenhang zwischen dem Zugang zu ambulanter Versorgung und der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist ein weiterer Grund, eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Verteilung der ambulanten Versorgung anzustreben.
2. Ärzte sollten sich der Auswirkungen ihrer Empfehlungen für die Inanspruchnahme der Untersuchungen der Patienten bewusst sein und über die Möglichkeit der Teilnahme sowie Vor- und Nachteile der Untersuchungen aufklären. Auf Patientenseite besteht die Herausforderung, die relevanten Informationen zu sammeln und auf dieser Grundlage eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung zu treffen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Auswirkungen der regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme auf die krebsbedingte Mortalität. So lassen sich aus den vorliegenden Analysen keine Rückschlüsse über einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen der Teilnehmerate an den Untersuchungen und der Mortalität der entsprechenden Krebserkrankung ableiten.

### Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit – Todesursachen in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2014
2. IARC. Cervix cancer screening. Lyon: IARC Press, 2005
3. Schwartz PH, Edenberg E, Barrett PR, Perkins SM, Meslin EM, Imperiale TF. Patient understanding of benefits, risks, and alternatives to screening colonoscopy. *Fam Med* 2013; 45: 83–89
4. Dierks ML, Schmacke N. Mammografie-Screening und informierte Entscheidung – mehr Fragen als Antworten. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. 1. Aufl. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2014, S. 55–92
5. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1–10
6. Coughlin SS, Leadbetter S, Richards T, Sabatino SA. Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002. *Soc Sci Med* 2008; 66: 260–275
7. Benjamins MR, Kirby JB, Bond Huie SA. County characteristics and racial and ethnic disparities in the use of preventive services. *Prev Med* 2004; 39: 704–712
8. Coughlin SS, King J, Richards TB, Ekwueme DU. Cervical Cancer Screening among Women in Metropolitan Areas of the United

- States by Individual-Level and Area-Based Measures of Socioeconomic Status, 2000 to 2002. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2006; 15: 2154–2159
9. Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Lin Y, Kuo YF, Goodwin JS, Riall TS. Colonoscopist and primary care physician supply and disparities in colorectal cancer screening. *Health Serv Res* 2012; 47: 1137–1157
  10. Dreier M, Borutta B, Töppich J, Bitzer EM, Walter U. Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs – ein systematischer Review zu Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten der Frauen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 722–735
  11. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M. Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 139–146
  12. Vogt V, Siegel M, Sundmacher L. Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany. *Soc Sci Med* 2014; 110: 74–80
  13. Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister. *Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG*; 2012
  14. Starker A, Saß A. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 858–867



Verena Vogt, M.Sc.

Verena Vogt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin seit September 2012. Zuvor war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Epidemiology & International Public Health an der Universität Bielefeld. Sie studierte Public Health an der Universität Bielefeld und der University of Sheffield. Ihre Forschungsschwerpunkte sind: sozial bedingte Ungleichheiten in der Gesundheit und Gesundheitsversorgung, regionale Variation in der ambulanten Versorgung, kleinräumige Versorgungsforschung.



Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Leonie Sundmacher studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte im Jahr 2010 im Fach Wirtschaftswissenschaften an der Technischen Universität Berlin. Von 2012 bis 2013 besetzte sie die Juniorprofessur für das Fachgebiet Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor an der Technischen Universität Berlin und übernahm im selben Jahr die Leitung der Nachwuchsgruppe „Challenging Inequities in Health and Health Care“ am Berliner Zentrum für Gesundheitsökonomie BerlinHECOR.

Ihr Forschungsschwerpunkt ist Management im Gesundheitswesen, insbesondere intersektorales Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung. Als Editorin der Zeitschrift *Health Policy* erstellt sie 2013 das Sonderheft zu Regionalen Variationen im Gesundheitswesen und freut sich seitdem über das wachsende Interesse an diesem Themenschwerpunkt.

Seit Oktober 2013 leitet Leonie Sundmacher den Fachbereich Health Services Management an der Fakultät für Betriebswirtschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

# Muskuloskeletale Schmerzerkrankungen: Risikofaktoren, Mechanismen und klinische Implikationen

Monika I. Hasenbring, Claudia Levenig und Zohra Karimi  
Abt. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; Ruhr-Universität Bochum

Muskuloskeletale Schmerzerkrankungen (MSE) gehören zu den Langzeiterkrankungen mit der höchsten Prävalenz, den meisten direkten und indirekten Gesundheitskosten und einer hohen Rate an Immobilität im Alltag [1]. MSE verursachen signifikante Beeinträchtigungen nicht nur im Erwerbsleben [2], sie sind Hauptgrund für Beeinträchtigungen im Alter und beginnen oft schon im Jugend- und frühen Erwachsenenalter [3]. Die Schmerzen können das gesamte muskuloskeletale System betreffen wie die Muskulatur, Bänder, Gelenke und Knochen, meist ohne erkennbare Organpathologie. Chronische regional begrenzte Schmerzen des unteren Rückens zählen dabei zur größten Diagnosegruppe, hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung (disability adjusted life years [DALYs]) sind sie 2010 weltweit von der elften Position im Jahr 1990 an die sechste Stelle gerückt [4]. Das entspricht einem Zuwachs von 43%.

Am Beispiel von Rückenschmerzen kann die hohe Neigung zur Chronifizierung verdeutlicht werden. Ca. 80% erkranken mindestens einmal in ihrem Leben an akuten Rückenschmerzen, sie bilden sich häufig spontan ohne spezifische medizinische Maßnahmen zurück. Allerdings geben neueren systematischen Reviews zufolge ca. 65% der Betroffenen nach einem Jahr noch immer oder wieder Schmerzen an [5]. Zwischen 11% und 24% weisen schwere chronische Schmerzsyndrome auf, die in verschiedene Regionen generalisieren (chronic widespread pain [CWP] und Fibromyalgie [FM]). Sie verursachen deutlich höhere Beeinträchtigungen als lokale Schmerzen [2]. Patienten mit FM berichten darüber hinaus eine stärkere subjektive Einschränkung der Lebensqualität als Patienten mit Angina pectoris, die prinzipiell tödlich verlaufen kann [6]. Die generalisierten Schmerzen haben dabei in der Regel einmal, meist Jahre zuvor, mit lokalen oder regionalen Schmerzen begonnen [7].

Muskuloskeletale Schmerzerkrankungen haben eine hohe Neigung zur Chronifizierung und verursachen vor allem bei psychischer Komorbidität enorme Gesundheitskosten!

## Risikofaktoren der Schmerzchronifizierung und Mechanismen

Die Forschung hat sich daher in den vergangenen 25 Jahren darauf konzentriert, Risikofaktoren zu identifizieren, die frühzeitig anzeigen können, wer eine erhöhte Neigung zu einer Schmerzchronifizierung aufweist. Dies gilt in besonderem Maße für die Chronifizierung lokaler Rückenschmerzen [8], aber auch für andere Diagnosen wie arbeitsbedingte Schulter-Nackenschmerzen [9], Fibromyalgie [10] oder chronische Schmerzen nach HWS-Schleudertrauma [11] sowie diagnoseübergreifend für den Übergang von lokalen zu generalisierten Schmerzsyndromen [7].

Zu den zentralen Risikofaktoren für die Chronifizierung von MSE gehören psychologische Auffälligkeiten, hier vor allem eine erhöhte depressive Stimmung, psychosoziale Stressoren im Alltag sowie ungünstige Formen der Schmerzverarbeitung im Alltag [12]. Erhöhte *Depressivität* wurde dabei sowohl als Risikofaktor für das Erst- wie auch für das Wiederauftreten von MSE unterschiedlicher Lokalisation nachgewiesen [13, 14] sowie für den Übergang von lokalen zu generalisierten Schmerzen [7]. Komorbide depressive Störungen bei Rückenschmerz erfordern kompliziertere Behandlungsstrategien und verursachen höhere Gesundheitskosten [15]. Hypothesen zu vermuteten Mechanismen diskutieren zum einen neurobiologische Pfade mit einer Störung der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin, die gleichermaßen für *Depressivität* und für muskuloskeletale Schmerzen relevant sind, zum anderen Lebensstilfaktoren wie z. B. ein zunehmend passiveres Verhalten mit sozialem Rückzug und körperlicher Inaktivität [14].

In der *Schmerzverarbeitung* erhöhen vor allem schmerzbezogene Kognitionen sowie spezifische Verhaltensweisen das Risiko der Schmerzchronifizierung. Schmerzkognitionen beziehen sich zum einen auf *momenthafte, automatisch ablaufende Gedanken*, die auftreten, wenn Schmerzen verspürt werden, zum

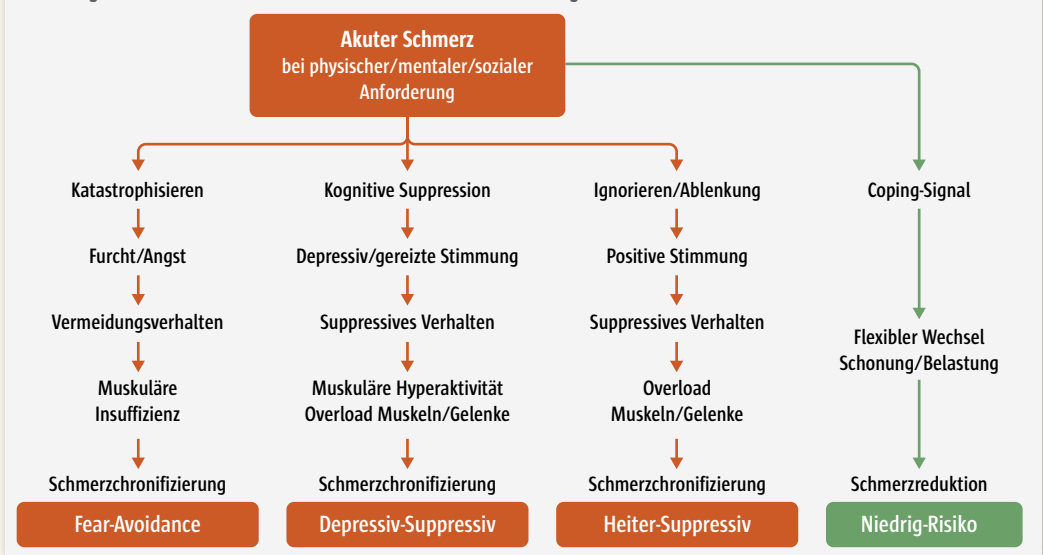
anderen auf generalisierte *Einstellungen* [16]. Automatische Gedanken lenken zum einen die *Aufmerksamkeit* in Situationen des Alltags, in denen Schmerzen auftreten, zum anderen kommt in ihnen die individuelle *Bewertung* zum Ausdruck. Versuche der *Ablenkung* vom Schmerz zählen zu den häufigsten aufmerksamskeitssteuernden Gedanken, wobei relativ unstrukturierte Versuche, an etwas anderes zu denken (*Gedankenunterdrückung*), dominieren. Letztere sind häufig nicht nur erfolglos, sondern sie führen auch zu einem sog. Rebound-Effekt, d.h. zu unfreiwillig sich aufdrängenden Gedanken an den Schmerz. Erfolglosigkeit und Rebound wiederum führen zu erhöhter depressiver und gereizter Stimmung und erhöhen die Neigung zum Grübeln. Unter den automatischen Bewertungsprozessen gilt das *Katastrophisieren*, d.h. die Überbewertung des Schmerzes als Zeichen einer bedrohlichen Verletzung oder Erkrankung, als ein wichtiger Risikofaktor für die Chronifizierung. Unter den generalisierenden Kognitionen haben sich sog. *Fear-Avoidance Beliefs*, d.h. die Überzeugung einer schlechten Prognose, sowie dass Schmerzen durch körperliche Aktivität oder die Arbeit verstärkt werden, als ungünstig erwiesen, hier vor allem bei bereits chronifizierten Schmerzen, die nicht auf eine multidisziplinäre Therapie ansprechen [17].

Auf der *Verhaltens Ebene* dominieren sowohl ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten als auch suppressive Formen des Schmerzverhaltens als Risikofaktoren für eine Chronifizierung. Das *Vermeiden kör-*

*perlicher Aktivitäten* (z.B. Spazierengehen) wie auch das *Meiden sozialer Aktivitäten* (z.B. Essenseinladung bei Freunden), das kurzfristig zu einer Reduktion der Schmerzen selbst und/oder der Furcht vor Schmerzen führt, wird bei manchen Menschen durch genau diesen „Erfolg“ operant verstärkt. Es wird zudem „funktional“, wenn es dazu führt, dass diese Aktivitäten aus anderen als schmerzrelevanten Gründen gemieden werden (z.B. wenn das Zusammensein mit den Freunden gerade konflikthaft ist). Dauerhaftes Vermeiden führt zu körperlicher Inaktivität und damit zu Rückbildung von Muskulatur und allgemeiner Fitness, letztere sind wiederum Prädiktoren für mehr Schmerz und Beeinträchtigung. Im Gegensatz zum Vermeiden schmerzrelevanter Aktivitäten hat sich zudem auch *extrem suppressives Verhalten* als Risikofaktor für eine spätere Schmerzchronifizierung erwiesen, sowohl bei lokalem Rückenschmerz [18] als auch bei Nackenschmerz [19] oder Fibromyalgie [20]. Körperliche und soziale Aktivitäten werden forciert trotz starker Schmerzen weiterverfolgt, häufig in Verbindung mit ungünstigen statischen Körperhaltungen oder zu häufig durchgeführten repetitiven Bewegungen. Dies führt zu physischer Überlastung mit wiederholten Verletzungen körperlicher Mikrostrukturen und nachfolgenden Schmerzen.

Kognitive, affektive und verhaltensbezogene Strategien der Schmerzverarbeitung werden theoretisch im Avoidance-Endurance Modell der Schmerzchronifizierung (»» Abbildung 1) zusammengefasst,

Abbildung 1 Avoidance-Endurance Modell der Schmerzverarbeitung



welches verschiedene maladaptive Pfade sowie ein adaptives Muster postuliert. Als *adaptiv* wird die *Fähigkeit zu einem flexiblen Wechsel zwischen kurzzeitiger Schonung und Belastung* angenommen, die es möglich macht, im Rahmen der Genesung von einem akuten Schmerz optimal Ruhephasen und erneute Belastung aufeinander abzustimmen.

Neben Depressivität und Schmerzverarbeitung zählen *psychosoziale Stressoren* im Sinne *andauernder Belastungen im beruflichen oder privaten Alltag* zu den psychosozialen Risikofaktoren von MSE. Kopec und Sayre [21] fanden zum Beispiel an einer Stichprobe von mehreren Tausend Beschäftigten in Kanada arbeitsbezogene Stressbelastung als wesentlichen Risikofaktor für das Erstauftreten von Schmerzen nach 2–4 Jahren – dies vor allem bei Personen mit geringem Ausbildungsstand. Zusätzlich erhöhen Bedingungen eines *geringen Kontroll- und Entscheidungsspielraums* sowie eine *geringe Selbstwirksamkeit* die Wahrscheinlichkeit der Schmerzchronifizierung, sowohl bei Rückenschmerz [22] als auch Nackenschmerz [23].

### Screening psychosozialer Risikofaktoren

Verschiedenen Reviews zufolge stellen die ersten 3 Monate einer akuten MSE einen extrem sensiblen Zeitraum für therapeutische Veränderungen dar [24]. Hier haben die Betroffenen eine mehr als 80%ige Wahrscheinlichkeit, wieder in ihr Erwerbsleben zurückzufinden. Bei einer Arbeitsunfähigkeit (AU) von mehr als 6 Monaten sinkt diese Wahrscheinlichkeit auf unter 50% und liegt bei 18 Monaten AU gar bei weniger als 20%. Nationale wie internationale Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Kreuzschmerzen empfehlen daher mittlerweile, in den ersten 3 Monaten die obenerwähnten psychosozialen Risikofaktoren zu erfassen.

In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von Screening-Instrumenten entwickelt, die versuchen, auf der Basis jeweils einiger der Risikofaktoren eine bestmögliche Vorhersage einer zu erwartenden Chronifizierung zu leisten. Unter den englischsprachigen Instrumenten haben sich der Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (MPSQ) sowie der STarT Back Tool (SBT) am ehesten durchgesetzt. Im deutschsprachigen Bereich liegen 2 Instrumente vor: das Risikoscreening zur Schmerzchronifizierung bei Rückenschmerzen (RISK-R) und der Heidelberger Kurzfragebogen Rückenschmerz (HKF-10). Eine genauere Beschreibung dieser Screeningverfahren findet sich bei Hasenbring et al. [12]. Alle Instrumente erlauben zunächst eine Einschätzung, ob bei einem

Patienten psychosoziale Risikofaktoren vorliegen und daher mit einer Chronifizierung zu rechnen ist. Das RISK-R erlaubt darüber hinaus, Patienten, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, anhand klinisch definierter Trennwerte (Cut-off-Scores) in der Art ihrer individuellen Schmerzverarbeitung genauer zu charakterisieren. Auf der Basis des Avoidance-Endurance Modells dominiert ein ängstlich meidender Verarbeitungsstil, ein depressiv-suppressives oder aber ein betont heiter suppressives Muster. Je nach spezifischer Verarbeitungsform variieren die Empfehlungen für die individuelle Führung des Patienten.

Unabhängig von psychosozialen Faktoren sehen die Leitlinien, basierend auf der gegenwärtigen empirischen Evidenz, vor, dass alle Patienten grundsätzlich darüber aufgeklärt werden, dass ihren Beschwerden keine bedrohlichen Befunde zugrunde liegen (Entpathologisierung) und dass sie ihre alltäglichen Aktivitäten möglichst aufrechterhalten und Bettruhe vermeiden sollen.



Psychosoziale Risikofaktoren erlauben eine zuverlässige Vorhersage einer zukünftigen Chronifizierung bereits in frühen Phasen der MSE. Eine Beeinflussung dieser Risikofaktoren sollte daher bereits in den ersten Wochen einer MSE durch den behandelnden Arzt eingeleitet werden.

### Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie von MSE

In dem frühen Zeitraum der ersten 3 Monate werden die Patienten mit MSE in der Regel von einem Allgemeinarzt oder Orthopäden gesehen, zudem haben sie ggf. Kontakt zu einem Physiotherapeuten. Erste Studien zur Implementierung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells sowie zur Umsetzung der Informationen zur Entpathologisierung und Aufforderung zur Beibehaltung körperlicher Aktivität zeigen, dass Gesundheitsversorger verschiedener Professionen auch bei Patienten, bei denen psychosoziale Risikofaktoren festgestellt wurden, überwiegend organbezogene Befunde thematisieren [25]. Foster und Mitarbeiter zeigen weiterhin, dass auch die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, die mit MSE befasst sind, noch immer primär biomedizinisch ausgerichtet ist [26]. Jüngere qualitative Studien geben einen Einblick in die Vielfalt kognitiver und emotionaler Barrieren (innere Barrieren), die zum Beispiel Ärzte erleben und die sie überwinden müssen, wollen sie ihre Patienten im Sinne der Leitlinien beraten und behandeln [27]. Hinzu kommt der Umstand, dass Primärärzte ihre Patienten im Falle

eines akuten Schmerzes in der Regel nur einmal sehen. Das würde bedeuten, dass sie bereits in diesem frühen Kontakt psychosoziale Risikofaktoren erheben müssten. Dies ist für viele Patienten wie auch Ärzte nur schwer einsichtig [27].

Ein weiterer erschwerender Umstand ergibt sich für die Therapie im Fall des Vorliegens psychosozialer Risikofaktoren. Obwohl es mittlerweile eine Reihe auch hinsichtlich Kosteneffizienz überprüfter Verfahren gibt, in der psychosoziale Bausteine in die ärztliche Beratung [8] oder in das Angebot einer physiotherapeutischen Behandlung integriert werden können [28], bedarf es einer konsequenten Einbeziehung dieser Konzepte in die Aus- und Weiterbildung der für diese Phase relevanten Gesundheitsberufe sowie einer Integration in die Standardversorgung mit entsprechenden Strukturen im Gesundheitswesen, d. h. eine engere Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Verzahnung der Behandlungsabläufe.

Es gibt mittlerweile eine Reihe kosteneffizienter psychosozialer kognitiv-behavioraler Verfahren, die in die ärztliche Beratung oder Physiotherapie integriert werden können. Es bedarf einer Einbeziehung dieser Konzepte in die Aus- und Weiterbildung der relevanten Gesundheitsberufe sowie eine Umsetzung in die Strukturen des Gesundheitssystems.

## Fazit

Muskuloskeletale Schmerzerkrankungen gehören aufgrund ihrer hohen Chronifizierungsrate zu den Langzeiterkrankungen, die für die Betroffenen selbst mit jahrelangem Leid und Einschränkungen im Alltag verbunden sind, die zudem der Gesellschaft hohe Gesundheitskosten verursachen. Sie gehören zu den benignen Langzeiterkrankungen, die aufgrund ihrer Morbidität, nicht ihrer Mortalität, zu einem bedeutenden Problem werden. Umfangreiche Forschungsbemühungen konnten in den vergangenen 25 Jahren erfolgreich Risikofaktoren identifizieren, die vor allem psychosoziale Merkmale umfassen. Zudem liegen überprüfte Screeninginstrumente vor, die bereits in ihrer gegenwärtigen Form hohe Vorhersagegenauigkeit aufweisen. Erste gut kontrollierte randomisierte Interventionsstudien belegen die Kosteneffektivität der Einbeziehung psychosozialer Therapiebausteine in die körperlich orientierte Therapie (z. B. Physiotherapie). Die größte Herausforderung besteht nun in der Implementie-

rung dieser Maßnahmen in die klinische Praxis der Gesundheitsberufe, die an der frühen Versorgung von MSE-Patienten beteiligt sind.

## Literatur

1. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011; 25: 173–183
2. Miranda H, Viikari-Juntura E, Martikainen R, Esa-Pekka T, Riihimäki H. Individual Factors, Occupational Loading, and Physical Exercise as Predictors of Sciatic Pain. *SPINE* 2002; 27: 1102–1109
3. Oksanen AM, Laimi K, Lyytyniemi E, Kunttu K. Trends of weekly musculoskeletal pain from 2000 to 2012: National study of Finnish university students. *Eur J Pain* 2014; 18: 1316–1332
4. Murray CJL, 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* 2012; 380: 2197–22
5. Itz C, Geurts JW, VanKleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain* 2013; 17: 5–15
6. Andrell P, Schultz T, Mannerkorpi K, Nordeman L, Borjesson M, Mannheimer C. Health-related quality of life in fibromyalgia and refractory angina pectoris: A comparison between two chronic non-malignant pain disorders. *J Rehabil Med* 2014; 46: 341–347
7. Larsson B, Björk J, Börso B, Gerdl B. A systematic review of risk factors associated with transitioning from regional musculoskeletal pain to chronic widespread pain. *Eur J Pain* 2012; 16: 1084–93
8. Hasenbring MI, Rusu AC, Turk DC (Eds.). *From acute to chronic back pain. Risk factors, mechanisms, and clinical implications.* Oxford: Oxford University Press, 2012
9. Carrol LJ, Hogg-Johnson S, Van der Velde G, Haldemann S, Holm LW, Carragee EJ, Hurwitz EL, Coté P, Nordin M, Peloso PM, Guzman J, Cassidy JD. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the bone and joint decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *J Manipulative Physiol Ther* 2009; 32: 87–96
10. Forseth KO, Husby G, Gran JT, Forre O. Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain. A prospective study. *J Rheumatol* 1999; 26: 2458–67
11. Robinson JP, Theodore BR, Dansie EJ, Wilson HD, Turk DC. The role of fear of movement in subacute whiplash-associated disorders grades I and II. *PAIN* 2013; 154: 393–401
12. Hasenbring MI, Korb J, Pflingsten M. Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg.). *Schmerzpsychotherapie.* 8. Aufl. Heidelberg: Springer (im Druck)
13. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148–56
14. Pinheiro MB, Ferreira ML, Refshauge K, Ordodana JR, Machado GC, Prado LR, Maher C, Ferreira PH. Symptoms of depression and risk of new episodes of low back pain. A Systematic Review and Meta-analysis. *Arthritis Care Res* 2015 (acc paper)
15. Baumeister H, Munzinger M. Muskuloskeletale Erkrankungen: Risikofaktor psychische Komorbiditäten. In: Knieps F (Hrsg.) BKK

- Gesundheitsreport 2013. Gesundheit in Bewegung. Schwerpunkt: Muskel- und Skeletterkrankungen, S. 72–76
16. Hasenbring MI, Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 2010; 26: 747–53
  17. Pflingsten M, Leibing E, Harter Wetal. Fear-avoidance behavior and anticipation of pain in patients with chronic low back pain – a randomized controlled study. *Pain Med* 2001; 2: 259–266
  18. Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, Streitlein-Boehme I, Willburger R, Rusche H. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *PAIN* 2012; 153: 211–17
  19. Larsson B, Sogaard K, Rosendahl, L. Work related neck-shoulder pain: a review on magnitude, risk factors, biochemical characteristics, clinical picture and preventive interventions. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 447–463
  20. Van Koulil S, Kraimaat FW, Van Lankveld W, Van Helmond T, Velder A, Van Hoorn H, Cats H, Van Riel PLCM, Evers AWM. Screening for Pain-Persistence and Pain-Avoidance Patterns in Fibromyalgia. *Int J behave Med* 2008; 15: 211–22
  21. Kopec JA, Sayre EC. Work-Related Psychosocial Factors and Chronic Pain: A Prospective Cohort Study in Canadian Workers. *J Occup Environ Med* 2004; 46(12): 1263–71
  22. Hoogendoorn WE, van Poppel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic Review of Psychological Factors at Work and Private Life as Risk Factors for Back Pain. *Spine* 2000; 25(16): 2114–2125
  23. Lee H, Hübscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G, McAuley JH. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *PAIN* 2015; 156: 988–997
  24. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998
  25. Shaw WS, Pransky G, Winters T, Tveiro TH, Larson SM. Does the presence of psychosocial “Yellow Flags” alter patient-provider communication for work-related, acute low back pain? *J Occ Environ Med* 2009; 51: 2032–1040
  26. Foster NE, Hartvigsen J, Croft PR. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Res Ther* 2012; 14: 205
  27. Darlow B, Dean S, Perry M, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Acute low back pain management in general practice: uncertainty and conflicting certainties. *Famil Pract* 2014; 31: 723–732
  28. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, Potter R, Underwood MR, on behalf of the Back Skills Training Trial investigators. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *The Lancet* 2010; 375: 916–23





Prof. Dr. phil. Monika I. Hasenbring

Nach dem Studium der Psychologie Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Kiel. Nach Promotion und Habilitation in Kiel Vertretung des Lehrstuhls für Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, 1995 Übernahme des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, 1997 Übernahme des Lehrstuhls für Medizinische Psychologie und Soziologie an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Hier Aufbau einer Ausbildungsambulanz für Psychologische Psychotherapie mit Schwerpunkten in Psychologische Schmerztherapie und Psychoonkologie. Wissenschaftlicher Fokus in den biopsychosozialen Grundlagen der Chronifizierung von Schmerzen sowie der Entwicklung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Autorin und Herausgeberin einer Vielzahl von Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten und Büchern. Langjähriges Vorstandsmitglied in der Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und in der Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS). Mitglied im Autorenteam zur Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz.



Claudia Levenig, M.A.

Studium der Sportwissenschaften, Soziologie und Wirtschafts- und Sozialpsychologie an den Universitäten Göttingen und Heriot Watt Edinburgh/Schottland. Seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Ruhr-Universität Bochum in der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie mit dem Forschungsschwerpunkt Chronifizierung von Rückenschmerz. Seit 2006 als Coach und Personal Trainerin selbstständig im eigenen Unternehmen mit den Schwerpunkten Gesundheit und Kommunikation. Als Referentin tätig für verschiedene Hochschulen, Sportverbände und Bildungseinrichtungen. Autorin mehrerer zertifizierter Kursmanuale für den Deutschen Leichtathletikverband sowie wissenschaftlicher Publikationen.



Dr. rer. nat. Zohra Karimi

Nach dem Psychologiestudium an der Ruhr-Universität Bochum (2000–2004) wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Fakultät für Medizin der Ruhr-Universität Bochum. Wissenschaftlicher Fokus in der Grundlagen- und Therapieforschung chronischer Schmerzerkrankungen. Autorin wissenschaftlicher Publikationen und Referentin auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Veranstaltungen. Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin im Weiterbildenden Studiengang für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie (2007–2010). Niederlassung als Psychologische Psychotherapeutin mit hälftigem Versorgungsauftrag in einer Gemeinschaftspraxis in Bochum (2011–2013). Seit 2013 Niederlassung in eigener Privatpraxis in Hattingen. Seit 2015 Ambulanzleitung im Leitungsteam der Psychotherapeutischen Ambulanz der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Ruhr-Universität Bochum.

# Psychische Erkrankungen im Kontext der Arbeitswelt – Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

Jessica Lang und Petra M. Gaum

Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Uniklinik RWTH Aachen

Die Arbeitswelt und die Entstehung von psychischen Erkrankungen werden häufig miteinander in Zusammenhang gebracht. Dabei stellt Arbeit zunächst auch einen Schutzfaktor für die Gesundheit dar. Sie kann den Menschen finanzielle Sicherheit bieten sowie Bedürfnissen nach Struktur, Sinn und Anerkennung gerecht werden. Dennoch gilt es zu gewährleisten, dass die Belastungen am Arbeitsplatz, denen Beschäftigte täglich in Verrichtung ihrer Tätigkeit begegnen, derart gestaltet sind, dass sie sich nicht negativ auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirken können. Dazu ist es wichtig, diese belastenden Faktoren zu (er)kennen. So stellt der vorliegende Beitrag beispielhaft einige Belastungsfaktoren aus verschiedenen Merkmalsbereichen der Arbeit vor, für die wissenschaftliche Erkenntnisse im Hinblick auf die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit vorliegen.

## Einleitung

Unter den Langzeiterkrankungen gehören die psychischen und Verhaltens-Störungen zu den Spitzenreitern, was die Anzahl der durch sie verursachten Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) angeht. Nach Muskel-Skelett-Erkrankungen (22,1% der AU-Tage) und Erkrankungen des Atmungssystems (15,1% AU-Tage) liegen psychische Erkrankungen mit 13,4% an dritter Stelle [1]. Bezüglich ihrer Falldauer stehen sie allerdings auf Platz 1. Für Unternehmen bedeuten hohe und vor allem auch lange Ausfallzeiten der Beschäftigten hohe Leistungseinbußen mit entsprechend wirtschaftlichem Schaden. So wurden im Jahr 2013 in Deutschland Produktionsausfälle mit einem wirtschaftlichen Schaden von 8,2 Mrd. Euro beziffert, der durch den Arbeitsausfall infolge psychischer Erkrankungen bedingt wurde [2].

Die Zunahme der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen lässt die *Förderung der psychischen Gesundheit* an Bedeutung gewinnen. Um dem Entstehen von psychischen Erkrankungen vorzubeugen, ist es zunächst notwendig, die dazugehörigen Risikofaktoren zu (er)kennen.

Im Kontext des Arbeitsplatzes sind die *psychischen Belastungen* als mögliche Risikofaktoren zu berücksichtigen. Psychische Belastungen sind definiert als die „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ [3]. Aus dieser Definition ist ersichtlich, dass Belastungen zunächst neutral zu bewerten sind, denn sie können sich auf den Körper sowohl positiv als auch negativ auswirken. Bei negativen Auswirkungen werden häufig die Begriffe „Fehlbeanspruchung“ sowie „Über- bzw. Fehlbelastung“ verwendet. Die Reaktion eines Menschen auf eine solche Belastung wird dabei als *Beanspruchungsreaktion* bezeichnet.

Psychische Belastungen bei der Arbeit sind bereits mit gesundheitlichen Beanspruchungsreaktionen in Zusammenhang gebracht worden [4, 5]. Speziell in Bezug zu verschiedenen chronischen Erkrankungen konnte wissenschaftlich belegt werden, dass z. B. für die Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen zusätzlich zu physiologischen Fehlbelastungen auch psychische Belastungen am Arbeitsplatz Einfluss nehmen [6, 7]. Weiterhin zeigte sich für die Entwicklung von koronaren Herzerkrankungen ein Einfluss psychischer Belastungen am Arbeitsplatz selbst nach Berücksichtigung bekannter physiologischer Risikofaktoren [8]. Nicht zuletzt wurden berufsbedingte psychische Fehlbelastungen für die Verursachung von psychischen Erkrankungen mitverantwortlich gemacht [9].

Dieser Ausschnitt aus der Forschung zeigt bereits, dass der Arbeitsplatz gute Anknüpfungspunkte für die Prävention psychischer Erkrankungen der Beschäftigten bereithält. Bevor Prävention einsetzt, müssen die arbeitsbedingten Ursachen für psychische Erkrankungen und die Hintergrundprozesse bei deren Entstehung verstanden sein. Der folgende Abschnitt zeigt eine strukturierte Auswahl an potenziellen psychischen Risikofaktoren, welche am Arbeitsplatz bereits identifiziert wurden. Zum besseren Verständnis werden diese Risikofaktoren – wenn

angebracht – innerhalb ihres dazugehörigen Erklärungsmodells dargestellt.

### Psychische Belastungen am Arbeitsplatz und Erklärungsansätze für die Entstehung psychischer Erkrankungen

Ungünstige Ausprägungen psychischer Belastungen bei Verrichtung der Arbeitstätigkeit lassen diese zu Risikofaktoren werden, welche für die Entstehung einer psychischen Erkrankung mitverantwortlich sein können. Dabei versteht man unter einem Risikofaktor einen Vorhersagewert, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine spezielle Erkrankung zu entwickeln. Wenn diese Risikofaktoren am Arbeitsplatz vorhanden sind, dann können daraus Rückschlüsse auf das mögliche Erkrankungsrisiko der Beschäftigten gezogen werden. In Anlehnung an die Kategorisierung aus der Leitlinie „Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzkonferenz [10] werden die psychosozialen Belastungen hinsichtlich ihres Auftretens in fünf Merkmalsbereiche der Arbeit strukturiert: die Arbeitsinhalte, die Arbeitsorganisation, die sozialen Beziehungen, die Arbeitsumgebung und die Form der Arbeit. Im Folgenden wird auf diese fünf Bereiche genauer eingegangen.

#### *Arbeitsinhalte/Arbeitsaufgaben*

Dieser Bereich betrifft die *Arbeitsinhalte* bzw. die *Arbeitsaufgabe* an sich und die sich daraus ergebenden Anforderungen bzw. Bewältigungsmöglichkeiten an eine Person. Als Risikofaktoren werden hier ein eingeschränkter Handlungsspielraum und Emotionsarbeit beispielhaft dargestellt.

Der **Handlungsspielraum** gilt als die Spanne an Kontrollmöglichkeiten, mit denen Beschäftigte in Ausübung ihrer Tätigkeit agieren und die Handlungsschritte aktiv steuern können. Es gibt Tätigkeiten, die einen sehr hohen Handlungsspielraum ermöglichen; hierunter fallen zum Beispiel kreative Berufe oder auch die selbstständige Ausübung eines Berufes. Dementgegen stehen Tätigkeiten mit sehr geringer Kontrollmöglichkeit, wie z.B. die Tätigkeit am Fließband in der Produktion. Dort bestimmt häufig die Bandgeschwindigkeit den Arbeitstakt und meist auch die Pausenregelung. Eine aktive Einflussnahme auf die Arbeitsschritte ist dabei sehr gering. Es wird angenommen, dass eine mangelnde Kontrollmöglichkeit vor allem bei hoher quantitativer Arbeitsbelastung zu erhöhter psychischer Beanspruchung führen kann, da in solchen Situationen den Betroffenen

kein Bewältigungsspielraum zur Verfügung steht und sie sich den Bedingungen ausgeliefert fühlen. Diese Belastungskonstellation wird im Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek [11] dargelegt (s. Beitrag von Sochert und Sebbese, **»»** Schwerpunkt Praxis).

Anders als in der Produktion spielt im Dienstleistungssektor vor allem die sogenannte **Emotionsarbeit** eine große Rolle für das Risiko von Beanspruchungsreaktionen. Emotionsarbeit bezeichnet die Anforderung an Beschäftigte, in Ausübung ihrer Tätigkeit die eigenen Gefühle im Umgang mit anderen Personen, z.B. Kunden oder Patienten, im besonderen Maße zu kontrollieren. Darunter fallen neben klassischen Dienstleistungen auch Berufszweige, die häufig mit emotional stark belastenden oder traumatisierenden Ereignissen konfrontiert werden, vor allem in heilenden und helfenden Berufen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Polizei, Feuerwehr, etc.).

Unter Emotionsarbeit werden verschiedene Arten der Kontrolle über die eigenen Emotionen differenziert. Als besonders beanspruchend wurde die *emotionale Dissonanz* identifiziert [12]. Im Zustand der emotionalen Dissonanz wird ein Widerspruch zwischen der zu zeigenden Emotion und der tatsächlich empfundenen Emotion gefordert. Diese Dissonanz kann in zwei Richtungen erlebt werden, sowohl in der Anpassung eines positiven Gefühlszustands an eine Situation, die Empathie und Trauer erfordert, als auch im Überspielen eines empfundenen negativen Gefühlszustandes, der Traurigkeit oder gar Wut, in einer Situation, die aufgrund der Arbeitsanforderung nur positive kundenorientierte Emotionsregungen zulässt. So zeigte eine Studie zu Beschäftigten in Call-Centern eine stärkere emotionale Erschöpfung bei Personen, die eine hohe emotionale Dissonanz empfanden [13]. Emotionale Erschöpfung gilt als eine Komponente von Burn-out.

#### *Arbeitsorganisation*

Bei Belastungen in Bezug auf die *Arbeitsorganisation* geht es darum, wie Arbeitsprozesse strukturiert und koordiniert werden. Hierunter fällt z.B. die Arbeitszeit oder der Arbeitsablauf.

Die **Arbeitszeit** ist der Zeitraum, in dem ein Mensch seine berufliche Leistung erbringt und dementsprechend auch ein gewisses Maß an Anstrengung verrichtet, welche Energie verbraucht. Für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit sind Erholungsphasen unabdingbar, sowohl durch *Pausenregelungen* am Arbeitsplatz als auch durch Erholungszeiten nach *Feierabend*. Die Bedeutung der Erholung drückt sich auch darin aus, dass z.B. Pausenzeiten gesetzlich ge-

regelt sind (vgl. § 4 ArbZG). Erholung bezeichnet einen physiologischen Prozess, bei dem die Leistungsfähigkeit auf das Ausgangsniveau vor der Arbeitsverrichtung ansteigt und damit Beanspruchungsreaktionen abklingen können [14]. Demnach ist bei vermehrten *Überstunden* zu berücksichtigen, dass die Erholungszeit für den Abbau von Beanspruchungen minimiert wird. In der Tat konnten lange Arbeitszeiten mit einem höheren Risiko für physische und psychische Erkrankungen in Zusammenhang gebracht werden [5]. Erholungszeiten sind vor allem auch bei Verrichtung der Arbeit in einem Schichtsystem zu berücksichtigen.

Ein weiteres Beispiel für Belastungsquellen in Bezug zur Arbeitsorganisation ist der **Arbeitsablauf**. Hierbei stehen Begriffe wie *Zeit- und Termindruck* oder auch *Arbeitsintensität* im Vordergrund. Soll in kürzerer Zeit ein Produkt oder eine Dienstleistung fertiggestellt sein oder gar eine höhere Anzahl an Endprodukten, kann dies über einen längeren Zeitraum zu Überlastungen führen. Die Arbeitsintensität ist besonders dann problematisch, wenn es keine Möglichkeit gibt, diesem Druck aus eigener Kontrolle heraus entgegenzuwirken (» Abschnitt „Arbeitsinhalte/Arbeitsaufgaben“).

Nicht zuletzt sind häufige *Störungen und Unterbrechungen* im Arbeitsablauf ein zu benennender Risikofaktor der Arbeitsorganisation. Die Häufigkeit der Unterbrechungen am Arbeitsplatz hat in den letzten Jahren vor allem auch wegen des technischen Fortschritts zugenommen [15]. Kurznachrichten über Handy und E-Mails tragen mit dazu bei. Ständige Unterbrechungen im Arbeitsablauf kosten nicht nur Zeit, sondern können auch zu Ermüdung und Konzentrationsstörungen führen [16] sowie das persönliche Wohlbefinden beeinträchtigen [17].

### Soziale Beziehungen

Neben den organisatorischen und inhaltlichen Umständen der Arbeitsverrichtung gelten die zwischenmenschlichen Bedingungen am Arbeitsplatz in Form der *sozialen Beziehungen* als ein eigenständiges Belastungsmerkmal. Der Mensch als soziales Wesen profitiert aus sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz zu meist, da sie negativen Folgen von Arbeitsbelastungen abmildern können. In der Forschung wird vor allem **soziale Unterstützung** als wesentliche Ressource für psychische Gesundheit beschrieben. Darunter werden vier Mechanismen differenziert, wie soziale Unterstützung Fehl- bzw. Überlastungen reduzieren kann [18], wobei die Unterstützung der Führungskraft genauso als Ressource dient wie die kollegiale Unterstützung des Teams.

### Wirkebenen der sozialen Unterstützung:

1. **Emotional:** durch das Gefühl von Akzeptanz und Selbstwert
2. **Sozial:** durch die Zugehörigkeit und den Kontakt mit anderen
3. **Instrumentell:** durch konkrete Hilfe, materielle Ressourcen oder finanzielle Hilfe
4. **Informationell:** durch nützliche Informationen für einen besseren Umgang mit Stress

Allerdings kann sich ein Mangel an sozialer Unterstützung als Risikofaktor für die psychische Gesundheit auswirken. Dieser liegt vor allem bei Konflikten im Team oder mit der Führungskraft, welche auch mit mangelnder Anerkennung und Feedback durch die Führungskraft einhergehen. Ungeklärte Konflikte belasten nicht nur das soziale Arbeitsklima, sondern auch die körperliche Gesundheit der Beschäftigten und werden vor allem mit der Entwicklung von Schlafstörungen in Zusammenhang gebracht [19].

Die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz erhalten auch deshalb eine hohe Bedeutung, da die Wahrnehmung der Bedingungen am Arbeitsplatz über den sozialen Vergleich gesteuert sein kann. Dieser Vorgang wird im **Modell der organisationalen Gerechtigkeit** [20] thematisiert.



### Modell der organisationalen Gerechtigkeit:

Die erlebte Fairness am Arbeitsplatz bezieht sich auf vier Bereiche:

1. **distributive Gerechtigkeit:** Verteilung von Ressourcen (materiell, z.B. Gehalt, und immateriell, z.B. Lob)
2. **prozedurale Gerechtigkeit:** Ablauf von Prozessen für die Ressourcenverteilung
3. **interpersonale Gerechtigkeit:** zwischenmenschliche Beziehungen (Respekt, Höflichkeit)
4. **informationelle Gerechtigkeit:** Transparenz in der Weiterleitung von Informationen

Als Risikofaktor für die psychische Gesundheit zählt dabei die erlebte Ungerechtigkeit in einer der vier Modellkomponenten. Fühlen sich Beschäftigte ungerecht behandelt (im Sinne der Gestaltung der Arbeitsabläufe oder der Kommunikation), dann geht dies mit einer verminderten psychischen Gesundheit und erhöhten Fehlzeiten einher [21].

### Arbeitsumgebung

Hinsichtlich der Erfassung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz zählen auch die Bedingungen der

*Arbeitsumgebung* als wesentliche Einflussfaktoren – nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die psychische Gesundheit. Dabei spielen ergonomische Aspekte eine wichtige Rolle. In der Ergonomie werden Rahmenbedingungen beschrieben, mithilfe derer die Arbeitsplätze so gestaltet werden können, dass Beschäftigte gesund bleiben. Nicht ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze sind zum Beispiel als Prädiktor für Irritation gefunden worden [22]. Dieses Maß der Gereiztheit wird als eine psychische Fehlbeanspruchung definiert und mit der Entwicklung von Burn-out assoziiert.

Doch auch unzureichende **Arbeitsmittel** führen zu psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, da sie die Arbeit unnötig erschweren oder gar unmöglich machen können. Solche unzureichenden Arbeitsmittel können z.B. fehlerhaftes, ungeeignetes oder veraltetes Werkzeug sein oder eine nicht funktionierende Software. Fehlende oder fehlerhafte Arbeitsmaterialien können dabei zusätzlich als mangelnde Unterstützung durch den Vorgesetzten wahrgenommen werden und somit auch auf diesem Weg die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Des Weiteren sind sie sowohl mit körperlichen Beschwerden als auch mit verschlechterter Arbeitsleistung in Verbindung gebracht worden [19, 23].

*Arbeitsform*

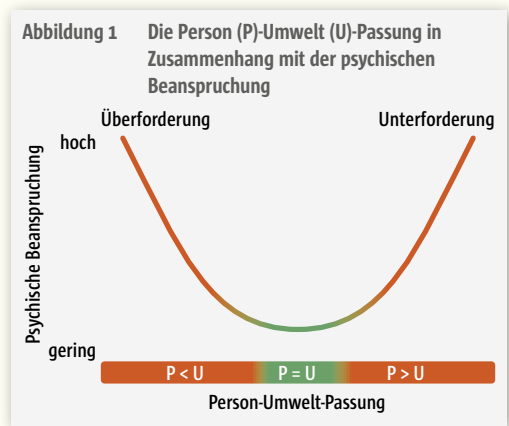
Die Struktur der Arbeit ist seit Jahren einem Wandel unterworfen. Der Trend geht weg von der körperlich belastenden Arbeit hin zur Dienstleistungsarbeit, die mit einer größeren Anforderung an soziale und psychologische Kompetenzen einhergeht. Die Arbeit wird komplexer und erfordert mehr **Mobilität** und **Flexibilität**. Diese flexible Gestaltungsmöglichkeit von Arbeitszeit und Arbeitsort kann eine Ressource sein, indem Arbeit individuell erfolgen kann. Allerdings erfordert dies große Selbstdisziplin und Selbstfürsorge. Sind diese nicht gegeben, dann verschwimmen Arbeitszeit und Freizeit und der Arbeitnehmer kann sich dann nur schwer von der Arbeit erholen und seine Energiereserven füllen. Auf lange Sicht kann dieser Zustand zu Erschöpfung führen.

Zusätzlich zur flexibleren Arbeitsgestaltung steigt die Zahl an **atypischen Arbeitsverhältnissen** in Deutschland seit 1993 fast stetig an [24: S. 58]. Als atypisches Arbeitsverhältnis bezeichnet man Beschäftigungen in Teilzeit mit weniger als 20 Stunden pro Woche auf befristeten Verträgen. Vor allem befristete Arbeitsverhältnisse sind mit hoher Arbeitsplatzunsicherheit assoziiert. *Arbeitsplatzunsicherheit* an sich stellt einen weiteren Risikofaktor für psychische Erkrankungen dar [25]. Leistet man engagiert

und hoch motiviert gute Arbeit, erwartet man in der Austauschbeziehung zum Arbeitgeber auch einen sicheren Arbeitsplatz. Arbeitsplatzsicherheit wird von den Beschäftigten quasi als eine Form der Belohnung und Wertschätzung für die eingebrachte Arbeitsleistung angesehen und bildet eine Komponente in dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist [26] (s. Beitrag von Sochert und Sebbese, **III** Schwerpunkt Praxis). Sind Beschäftigte zwecks Mangel an Alternativen an solche Arbeitsverhältnisse gebunden, stellt dies ein körperliches und psychisches Gesundheitsrisiko dar.

**Individuelle Faktoren**

Nachdem der vorherige Abschnitt sein Augenmerk überwiegend auf die Arbeitsplatzmerkmale gerichtet hat, werden nun individuelle Schutzfaktoren betrachtet, die Beanspruchungen minimieren. Schutzfaktoren sind Vorhersagewerte, welche die Wahrscheinlichkeit, eine Erkrankung zu erleiden, reduzieren. Ob eine Belastung zu negativen gesundheitlichen Folgen führt, hängt unter anderem auch von der individuellen Passung zwischen Arbeitsplatz, Arbeitsinhalt und Individuum ab. Die Theorie der Person-Umwelt-Passung beschreibt sehr gut, wie die individuelle Passung zwischen Beschäftigten und Arbeitsplatz die Ausprägung der daraus resultierenden Beanspruchungsreaktionen beeinflussen kann [27]. Wie aus **III** Abbildung 1 ersichtlich wird, resultiert die geringste Beanspruchung in der Situation der Passung der Arbeitsanforderungen und den individuellen Fähigkeiten und Interessen. Überschreiten die Arbeitsanforderungen die Fähigkeiten einer Person, kommt es dagegen zu Überforderung. Über-



steigen hingegen die Fähigkeiten der Person die an sie gerichteten Anforderungen, kommt es zu einer Unterforderung.

Daher sollte neben der reinen Betrachtung der Arbeitsplatzverhältnisse auch ein Augenmerk auf die Passung zwischen Beschäftigten und dem Arbeitsplatz gelegt werden, wenn es um die Zuteilung von Arbeitstätigkeiten geht. Dies ist eine wichtige Bedingung, um gesundes Arbeiten möglich zu machen. Ist eine Passung nicht von vorn herein zu ermöglichen oder ergibt sich eine Diskrepanz durch Wechsel der Arbeitsbedingungen (zum Beispiel bei Einführung neuer Arbeitsprozesse) oder Fähigkeiten des Individuums (zum Beispiel durch Erkrankung), können sowohl verhältnispräventive Maßnahmen im Rahmen der Arbeitsplatzgestaltung als auch verhaltenspräventive Maßnahmen wie z.B. Fort- und Weiterbildung zum Tragen kommen.

### Arbeit und der Schutz vor psychischen Erkrankungen

Trotz der Darstellung einiger beispielhafter Risikofaktoren am Arbeitsplatz ist festzuhalten, dass Arbeit in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert hat. Menschen, die einer geregelten Arbeit nachgehen, sichern sich zum einen damit ihren Lebensunterhalt; ihnen wird aber auch ein entsprechender Status zugesprochen und soziale Anerkennung entgegengebracht. Damit kann die Arbeit menschliche Grundbedürfnisse nach Struktur, Sinnhaftigkeit und Zugehörigkeit erfüllen [28] und dient ihnen als wichtige *Ressource* auch im Hinblick auf die psychische Gesundheit.

Doch nicht nur die Arbeit an sich, sondern auch bestimmte organisationale Rahmenbedingungen können die Stellung von Arbeit als gesundheitsförderlichen Faktor bestärken. Hierunter fällt zum Beispiel das psychosoziale Sicherheitsklima.

Das **psychosoziale Sicherheitsklima** (PSK; Psychosocial Safety Climate; [29]) wird als gemeinsame Wahrnehmung von Unternehmensrichtlinien, Praktiken und Verfahren zum Schutz der psychischen Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten definiert. Diese Richtlinien werden hauptsächlich von der Organisations- und Führungsebene bestimmt. Sie dienen dazu, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass psychischen Gesundheitsproblemen präventiv entgegen gewirkt wird. Unternehmen mit einem hohen psychosozialen Sicherheitsklima sind bemüht, Risiken für das psychische und soziale Wohl von den Beschäftigten abzuwenden. Es ist die Aufgabe des Unternehmens und damit der Führungskräfte, für

ein gutes PSK zu sorgen, indem Führungskräfte z.B. Engagement zeigen, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wertschätzenden Austausch und Feedback geben oder sich an Präventionsmaßnahmen beteiligen. Ein gutes PSK ist ein wichtiger Schutzfaktor und kann die Wahrscheinlichkeit für Arbeitsstress und psychische Erkrankungen reduzieren.

### Schlusswort

Abschließend lässt sich sagen, dass sowohl die Arbeitsstätten mit ihren Führungskräften, aber auch die Beschäftigten selbst in der Verpflichtung stehen, ihren Beitrag für gesunde und schädigungslose Arbeit zu leisten. Dazu ist es notwendig, dass allen Beteiligten die belastungsbezogenen Risiken für die psychische Gesundheit bewusst sind und es einen Raum gibt, die verschiedenen Merkmalsbereiche der Arbeit dahingehend zu betrachten – wie im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung gefordert. Werden psychische Belastungen am Arbeitsplatz genauso ernst genommen wie physische Belastungen, können verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Grund auf eingeführt und umgesetzt werden.

### Literatur

1. BPTK – Bundes-Psychotherapeuten-Kammer. BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement, 2015. <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html> (Zugriff am 15.07.2015)
2. BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, 2013. <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html> (Zugriff am 15.07.2015)
3. DIN EN ISO 10075-1: 2000. Allgemeines und Begriffe in DIN EN ISO 10075; Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung
4. Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H. Leadership, Job Well-Being, and Health Effects – A Systematic Review and a Meta-Analysis. *J. Occup. Env. Med.* 2008; 50: 904–915
5. Sparks K, Cooper C, Fried Y, Shiron A. The effects of hours of work on health: A meta-analytic review. *J. Occup. Organ. Psychol.* 1997; 70: 391–408
6. Kraatz S, Lang J, Kraus T, Münster E, Ochsmann E. The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck and shoulder disorders: a systematic review of longitudinal studies. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 2013; 86: 375–395
7. Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JW. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Soc. Sci. Med.* 2012; 75: 1163–1174

8. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scand. J. Work. Environ. Health* 2006; 32: 431–442
9. Stansfield S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand. J. Work. Environ. Health* 2006; 32: 443–462
10. Nationale Arbeitsschutzkonferenz. Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. 2012. <http://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf> (Zugriff am 15.07.2015)
11. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285–308
12. Abraham R. Emotional Dissonance in Organizations: Antecedents, Consequences, and Moderators. *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr.* 1998; 124: 229–246
13. Lewig KA, Dollard MF. Emotional dissonance, emotional exhaustion and job satisfaction in call centre workers. *Eur. J. Work. Organ. Psy.* 2003; 12: 366–392
14. Meijman TF, Mulder G. Psychological aspects of workload. In: Drenth PJ, Thierry H (Hrsg.) *Handbook of work and organizational psychology: Vol. 2*, 1998. Work psychology. Hove, UK: Psychology Press, S. 5–33
15. Czerwinski M, Cutrell E, Horvitz E. Instant messaging and interruption: Influence of task type on performance. In: Paris C, Ozkan N, Howard S, Lu S (Eds.) *OZCHI 2000 Conference Proceedings*. 2000. Sydney: Ergonomics Society of Australia, p. 356–361
16. Banbury SP, Berry DC. Office noise and employee concentration: identifying causes of disruption and potential improvements. *Ergonomics* 2005; 48: 25–37
17. Rogelberg SG, Leach DJ, Warr PB, Burnfield JL. “Not another meeting!” Are meeting time demands related to employee well-being? *Journal of Applied Psychology* 2006; 91: 86–96
18. House JS. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1981
19. Nixon A, Mazzola JJ, Bauer J, Krueger JR, Spector PE. Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between stressors and physical symptoms. *Work & Stress* 2011; 25: 1–22
20. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter CO, Yee Ng K. Justice at the Millennium: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research. *J. Appl. Psychol.* 2001; 86: 425–445
21. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup. Environ. Med.* 2003; 60: 27–34
22. Klitzman S, Stellman JM. The Impact of the Physical Environment on the Psychological Well-Being of Office Workers. *Soc. Sci. Med.* 1989; 29: 733–742
23. Gilboa S, Shirom A, Fried Y, Cooper C. A meta-analysis of work demand stressors and job performance: examining main and moderating effects. *Personnel Psychology* 2008; 61: 227–271
24. BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. *Arbeitswelt im Wandel, Zahlen – Daten – Fakten*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 1. Aufl., 2014
25. De Witte H. Job Insecurity and Psychological Well-being: Review of the Literature and Exploration of Some Unresolved Issues. *Eur. J. Work. Organ. Psy.* 1999; 8: 155–177
26. Siegrist J. *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe, 1996
27. Caplan RD. *Person-Environment Fit Theory and Organizations: Commensurate Dimensions, Time Perspectives and Mechanisms*. *J. Vocat. Behav.* 1987; 31: 248–267
28. Ros M, Schwartz SH, Surkiss S. Basic Individual Values, Work Values, and the Meaning of Work. *Appl. Psychol.* 1999; 48: 49–71
29. Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conductive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *J. Occup. Organ. Psychol.* 2010; 83: 579–599



Prof. Dr. rer. soc. Jessica Lang

Studium der Psychologie (2004) und Promotion an der Universität Mannheim (2007) mit dem Schwerpunkt betriebliche Gesundheitspsychologie und Stressbelastungen am Arbeitsplatz. Forschungstätigkeit in der Arbeitsgruppe zu Gesundheitsverhalten und psychologischer Resilienz der U.S. Army Medical Research Unit-Europe (2002–2007). Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der RWTH Aachen (2008). Ab 2011 Juniorprofessur für Betriebliche Gesundheitspsychologie und seit 2013 stellvertretende Institutsleiterin für Forschung und Lehre des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der RWTH Aachen.



Petra M. Gaum, M.Sc.

2010 Bachelor-Abschluss in Psychologie an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Danach Masterstudium mit dem Schwerpunkt „Dynamik menschlichen Verhaltens in Gruppen und Organisationen“ (Sozialpsychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie); ebenfalls an der Universität in Jena. 2012 Abschluss Master of Science in Psychologie. Seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin an der Uniklinik der RWTH Aachen. Seit 2014 Trainerin für Stressmanagement („Gelassen und sicher im Stress“ nach Kaluza) und seit 2015 Trainerin für progressive Muskelentspannung.

# Sporttherapie bei chronischen Erkrankungen – Eine Option für die Medizin der Zukunft!

Martin Halle

Präventive und Rehabilitative Sportmedizin, Klinikum rechts der Isar, TU München

Die Weiterentwicklungen der Diagnostik und Therapie in der Medizin über die letzten Jahrzehnte sind dramatisch. Selbst die letzten 10 Jahre haben zu einer deutlichen Ausweitung der Therapieoptionen geführt, die vor allen Dingen Herzkreislauf- und Krebserkrankungen betreffen. Allerdings hat dieses zu einem kontinuierlichen Anstieg der Kosten im Gesundheitssystem geführt. Mit der zunehmend älter werdenden Bevölkerung in Deutschland wird sich dieses Problem in den nächsten Jahrzehnten weiter verschärfen. So machen die chronischen Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, Diabetes, Alzheimer und Demenz sowie Krebserkrankungen den weitaus größten Teil der Kosten im Gesundheitssystem aus. Die Entstehung dieser chronischen Erkrankungen wird entscheidend bestimmt durch den individuellen Lebensstil (Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen und Alkohol). So wird diskutiert, dass eine chronische Entzündungskonstellation, die durch Übergewicht und Inaktivität begünstigt wird, die Krankheitsprozesse der chronischen Erkrankungen substanziiell initiiert und aufrechterhält (»»» Abbildung 1) [1].

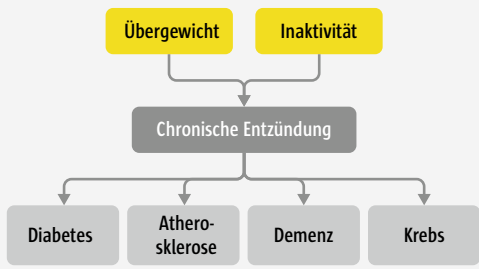
Daraus resultiert, dass gerade Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel der Vermeidung von Adipositas und Umsetzung von regelmäßiger körperlicher Aktivität herausragend wichtig sind, um die Inzidenz von chronischen Erkrankungen mittel- und langfristig zu vermindern. In gleicher Weise wird zudem heute erkannt, dass ein körperliches Training auch

bei bereits manifester Erkrankung einen substanziiellen gesundheitlichen Benefit zusätzlich zu einer medikamentösen Therapie hat. Dieses Konzept der „Sporttherapie in der Medizin“ [2] soll im Folgenden dargelegt und für die Bereiche Kardiologie, Diabetologie, Pneumologie, Onkologie und Neurologie differenziert betrachtet werden.

## Herzkrankheiten (Kardiologie)

Körperliche Aktivität wirkt präventiv und kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich senken. So zeigt sich, dass 20% weniger Herzinfarkte bei aktiven Personen auftreten, die 30 min. pro Tag spazieren gehen. Höhere Aktivitäten führen noch zu einer weiteren Senkung von 5 bis 10%. Hierbei ist evident, dass vor allem auch die Intensität der körperlichen Belastung von Bedeutung ist und eine Risikosenkung durch Belastung höherer Intensität noch weiter gesteigert werden kann. Auch bei bestehenden Herzkreislauf-Risikofaktoren wie Übergewicht (Adipositas), Zuckerstoffwechselstörung (Typ-2-Diabetes), erhöhtem Blutdruck (arterieller Hypertonie) oder Rauchen besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der kardiopulmonalen Fitness erhoben im Belastungstest (Belastungsergometrie) und dem Sterberisiko. So kann eine sehr gute körperliche Leistungsfähigkeit das Risiko bei bestehender Adipositas oder Diabetes um mehr als die Hälfte senken [3]. Besonders deutlich wird die Bedeutung einer Sporttherapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Studien der letzten Jahre, die belegen konnten, dass ein körperliches Training gerade auch bei Spätfolgen durch Herzinfarkt oder Bluthochdruck wie bei chronischer Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) zu einer Verbesserung der Prognose führt. So konnte in einer großen Studie [4, 5] gezeigt werden, dass ein regelmäßiges körperliches Training additive Effekte auf eine optimal medikamentös therapierte Gruppe von Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz (Schweregrad NYHA II-III) hatte. So zeigte sich einerseits

Abbildung 1 Chronische Entzündungsreaktion gesteigert durch Adipositas und Inaktivität fördert chronische Erkrankungen





zwar ein Effekt auf die Sterberate im Verlauf von drei Jahren, der für die Gesamtgruppe statistisch jedoch nicht signifikant war, andererseits aber auch ein deutlicher Effekt auf die Krankenhauswiederaufnahmezahlen mit deutlich verbesserter Prognose. Wichtig bei dieser Studie an fast 3.000 Patienten ist es, herauszustellen, dass als Basis eine optimal medikamentöse Therapie vorlag und fast die Hälfte der Patienten mit einem Defibrillator versorgt worden war. Das körperliche Training wurde zu Beginn für einige Wochen überwacht und dann auch eigenständig zu Hause durchgeführt. Dabei ist das Training eng an Vorgaben wie die Trainingsherzfrequenz gekoppelt und muss von den Patienten entsprechend eingehalten werden. Ähnliche Programme existieren auch für die diastolische Herzinsuffizienz [6] oder für Patienten mit Katheterklappenersatz der Aortenklappe (TAVI), die im Altersdurchschnitt älter sind und nicht selten das 80. Lebensjahr überschritten haben.

## Diabetologie

Auch bei bereits manifestem Typ-2-Diabetes nimmt körperliche Aktivität einen hohen Stellenwert ein. Eine aktuelle Metaanalyse von 47 kontrollierten Studien ergab eine signifikante  $HbA_{1c}$ -Senkung (Langzeit-Blutzuckerwert) durch strukturiertes Ausdauer-, Kraft- oder kombiniertes Ausdauer- und Krafttraining, wobei ein strukturiertes Training von mehr als 150 min./Woche deutlich bessere Effekte auf die  $HbA_{1c}$ -Reduktion erzielte (-0,89% vs. -0,36%). Diese entspricht der Wirkung eines Medikamentes. Allein der Hinweis auf Erhöhung der sportlichen Betätigung führte nur in Kombination mit einer Ernährungsumstellung zu einer  $HbA_{1c}$ -Senkung [7]. Positive Effekte hinsichtlich Risikoreduktion konnten in kleineren Studien auch durch ein Intervalltraining festgestellt werden. Eine große Interventionsstudie [8] konnte nach 10 Jahren hingegen keine Effekte auf klinische kardiovaskuläre Ereignisse dokumentieren (5.000 Typ-2-Diabetiker, Steigerung der körperlichen Aktivität auf über 175 min./Woche, Gewichtsabnahme > 7% des Ausgangsgewichts). Entscheidend verbessert wurde aber die Komplikationsrate an der Niere, deren Funktion sich über die Zeit weniger deutlich verschlechterte. Dieses deutet auf die eindeutige Verbesserung der sog. mikrovaskulären Komplikationen hin (9). Allerdings war der Effekt auf die körperliche Belastbarkeit bereits nach 4 Jahren nicht mehr zu beobachten, was darauf hindeutet, dass die Studienteilnehmer sich nicht über einen so langen Zeitraum wie vorgesehen sportlich betätigt hatten.

## Lungenerkrankungen

Lungenerkrankungen und besonders die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) gehen langfristig mit Muskelschwund und Osteoporose einher, die noch verstärkt wird durch die Nebenwirkungen der Medikamente wie Kortison. So ist die inverse Beziehung zwischen dem Schweregrad der chronischen Lungenerkrankung und dem Umfang an körperlichen Aktivitäten im Alltag bekannt. So zeigen Metaanalysen zu einer Rehabilitation nach deutlicher Verschlechterung des Krankheitsbildes einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, dass hinsichtlich der Wiederaufnahme in ein Krankenhaus wegen Verschlechterung der Erkrankung jeder vierte Patient und hinsichtlich einer Vermeidung von Tod im Vergleich zur inaktiven Gruppe jeder sechste profitiert, welches im Vergleich zu der Wirkung von Medikamenten deutlich effektiver ist und nochmals die Bedeutung eines körperlichen Trainings herausstellt. Beide Komponenten sollten aber aufeinander abgestimmt sein und dadurch die Symptome und auch Prognose verbessern (» Abbildung 2).

Patienten profitieren auch bei COPD von einem etwas intensiveren Training mit Intervallcharakter (» Abbildung 3), weil dadurch die Muskulatur mehr angesprochen wird, Erholungsphasen häufiger gesetzt werden und damit die Compliance der Patienten höher ist. Diese Option eines Trainings steht selbst Patienten mit schwerer COPD vor einer Lungentransplantation offen und kann adaptiert für diese Patienten umgesetzt werden [10]. Dadurch kann die Belastbarkeit der Patienten über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten werden und so die Zeit auf der Transplantationsliste verlängert werden, sodass die Wahrscheinlichkeit für ein Spenderorgan deutlich erhöht wird. Nach der Transplantation ist die Fortführung eines individualisierten Trainings unbedingt notwendig, weil auf der einen Seite die Genesung deutlich schneller abläuft und zum anderen Nebenwirkungen der immunsuppressiven Therapie wie die erhöhte Inzidenz des Typ-2-Diabetes

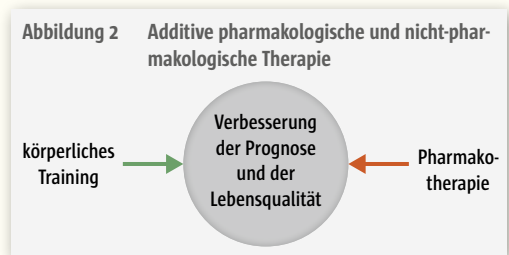
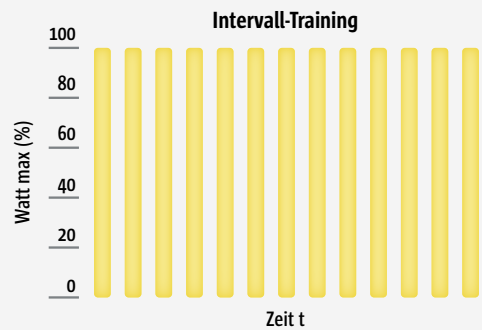


Abbildung 3 Unterschiedliche Trainingskonzepte



mellitus, Hypertonie und Dyslipoproteinämie abgeschwächt und das Auftreten des Typ-2-Diabetes mellitus über den Zeitraum von sechs Monaten nach Transplantation vermindert werden kann.

## Onkologie

Tumorpatienten sind generell durch ihre Erkrankung und die entsprechende Therapie aus Operation, Strahlen- und Chemotherapie in ihrer allgemeinen psychischen und funktionellen Belastbarkeit im Vergleich zu Nichtbetroffenen eingeschränkt. So zeigen diese häufiger Schlafstörungen, Ängste und Depressionen, aber auch Funktionseinschränkung und geringere Rehabilitationserfolge mit Rückkehr zum Arbeitsplatz. Ein körperliches Training vermag gerade das chronische Müdigkeitssyndrom der Patienten nach Chemo-/Strahlentherapie deutlich günstig zu beeinflussen. Zudem gibt es auch eindeutige Daten, die darauf hinweisen, dass auch die Sterberate von Patienten mit Darm-, Brust- und Prostatakrebs durch ein körperliches Training nach Diagnosestellung beeinflusst werden kann. So kann die Letalität im Zeitraum von zehn Jahren um die Hälfte gesenkt werden, wenn mehr als vier Stunden pro Woche ein körperliches Training im Sinne von zügigem Spazieren von diesen Patienten abgeleistet wird. Diese Effekte beim Darmkrebs sind eindeutig auf ein Training nach Diagnosestellung begrenzt und zeigen die Risikosenkung um 50% mit Zunahme der körperlichen Aktivität, welches sowohl die tumorspezifische wie auch die Gesamtmortalität betrifft [11, 12]. Eine Abhängigkeit vom Tumorstadium ebenso wie von der Art der Chemotherapie, dem Alter oder dem Krankheitsstatus konnte nicht beobachtet werden.

Vergleichbare Daten sind auch für Brustkrebs-erkrankungen zu beobachten. So zeigt sich mit Ge-

wichtszunahme eine bis zu 1,8-fach erhöhte tumorbedingte Sterblichkeit bei Patientinnen mit Brustkrebs, wenn diese mehr als 10 kg nach Diagnosestellung zugenommen hatten. Auch die körperliche Aktivität hat vergleichbaren Einfluss auf die Letalität dieser Patientinnen. So zeigt sich eine klare Beziehung zwischen zügigem Spazieren gehen oder der körperlichen Aktivität von mehr als zwei Stunden und der Senkung der Sterblichkeit über einen Beobachtungszeitraum von 18 Jahren.

Vergleichbare Effekte sind vor allen Dingen bei zügigem Spazieren gehen von > 5 km/h bei Patienten mit Prostata-Karzinom zu beobachten. Somit kommt es insgesamt darauf an, dass ein Trainingsprogramm nach der Diagnosestellung unmittelbar initiiert und bei diesen soliden Tumoren auch über die Zeit der Chemo-/Strahlentherapie und der Rehabilitationsphase fortgeführt wird. Auch bei diesen Patienten ist die individuelle Empfehlung und Strukturierung des Trainingsplans von zentraler Bedeutung.

## Neurologie

Auch bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie z.B. Schlaganfall, Alzheimer oder Parkinson zeigen sich positive Effekte durch eine Sporttherapie. Vergleicht man Parkinson-Patienten unter kontrollierten Studienbedingungen über drei Monate mit 3x/Woche körperlichem Training bei moderater und intensiver körperlicher Belastung, so zeigt sich insbesondere die Kombination aus Kraft- und moderatem Ausdauertraining als ein optimales Trainingsprogramm zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Auch mäßig kognitiv eingeschränkte Patienten scheinen von einem mehrmonatigen Programm (3x/Woche moderate körperliche

Abbildung 4 Rezept zur Sport-/Bewegungstherapie

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Halle  
 Innere Medizin – Kardiologie – Sportmedizin  
 Präventive und Rehabilitative Sportmedizin  
 Georg-Brauchle-Ring 56, 80992 München

Rezept für Bewegungstherapie

für: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Sportart	Häufigkeit	Trainingspuls
Gehen	__ x/Woche, je __ min.	__ /min.
Nordic Walking	__ x/Woche, je __ min.	__ /min.
Laufen/Joggen	__ x/Woche, je __ min.	__ /min.
Radfahren	__ x/Woche, je __ min.	__ /min.
Schwimmen	__ x/Woche, je __ min.	__ /min.

Ergometertraining: \_\_\_\_\_ Watt/ \_\_\_\_\_ min.  
 Gymnastik: \_\_\_\_\_ min. täglich  
 Kraftübung: \_\_\_\_\_ % der max. Kraft  
 \_\_\_\_\_ Wiederholungen  
 \_\_\_\_\_ min./Woche

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Abbildung 5 Körperliches Trainingsprogramm über 8 Wochen: stetige Steigerung von Umfang und Intensität



Aktivität à 50 min.) zu profitieren; so zeigt sich eine Verbesserung der kognitiven Kompetenz [13].

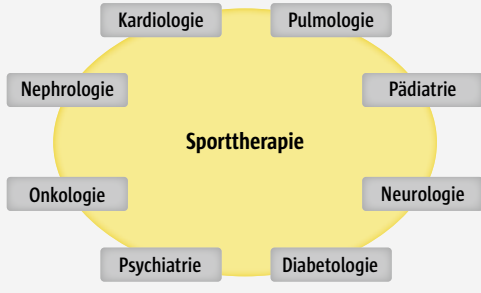
## Fazit

Ein körperliches Training, wenn es wie ein Medikament dosiert wird (» Abbildung 4, Beispiel Rezept für Bewegung), kann additiv zu bisherigen Standardtherapien in der Medizin zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und sogar zur Verbesserung ihrer Prognose signifikant beitragen. Dabei muss das Training individuell auf jeden Patienten abgestimmt sein und sich an dem Krankheitsstadium, der subjektiven Belastbarkeit, den orthopädischen und kardiopulmonalen Einschränkungen sowie den strukturellen Trainingsmöglichkeiten orientieren (» Abbildung 5; Beispiel eines Trainingsplans). Die Aufstellung dieser Trainingsprogramme verlangt die enge Kooperation zwischen dem behandelnden Facharzt und einem Sportmediziner sowie Sporttherapeuten und Sportwissenschaftlern, die diese Programme mit den Patienten umsetzen. Dieses Konzept hat in Deutschland über viele Jahre hinweg Einzug in die stationäre Rehabilitation gefunden, muss sich aber im Hinblick auf die heutigen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterentwickeln und vor allem auch zur Sicherung

der Langzeit-Compliance der Patienten an ambulanten Rehabilitationsstrukturen orientieren. Bei diesen Konzepten sollte die Bewegungstherapie einen zentralen Baustein einnehmen und möglichst regelmäßig über viele Jahre hinweg fortgesetzt werden, denn dann sind auch Verbesserungen der klinischen Prognose von Patienten zu erwarten. Um dieses wissenschaftlich zu untermauern, werden derzeit in München große randomisierte Studien zur Lebensstilintervention bei Patienten in der Onkologie und Kardiologie durchgeführt, in die Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz in ein Trainingsprogramm mit moderater oder hoher Intensivität über ein Jahr eingeschlossen werden. Weiterhin werden Trainingsinterventionsstudien bei diastolischer Herzinsuffizienz, Studien in der Onkologie bei genetisch prädisponierten Frauen für Mamma- und Ovarialkarzinom sowie bei Patienten mit Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium durchgeführt.

Es wird die Aufgabe der nächsten Jahre sein, hochqualifizierte, sogenannte „randomisierte“ (nach Zufallsprinzip erhält eine Gruppe ein Trainingsprogramm, die andere nicht) Studien mit vielen Patienten durchzuführen, um die optimale Art und Dosis der körperlichen Aktivität in der Sporttherapie bei unterschiedlichen Erkrankungen der inneren Medizin und Neurologie herauszufinden. Dieses wird entscheidenden Einfluss haben auf das Konzept der Rehabilitation insgesamt und die Versorgung von Patienten bereits in der Akutphase in den klinischen Einrichtungen. Dadurch sollen Symptome und Pro-

Abbildung 6 Sporttherapie bei chronischen Erkrankungen: Optionen in fast allen Bereichen der Medizin



gnose der Erkrankungen verbessert und darüber auch Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden. Sicher hat dieser Ansatz einen höchst motivierenden Aspekt für Patienten, die wieder Eigenverantwortlichkeit im eigenen Handeln verspüren, indem sie sich vom passiven zum aktiven Patienten entwickeln. Die unterstützende Sport-Therapie sollte einen größeren Stellenwert in der Medizin der Zukunft einnehmen, als dies bisher erkannt oder gar umgesetzt wird (» Abbildung 6).

## Literatur

1. Handschin C, Spiegelman BM. The role of exercise and PGC1 $\alpha$  in inflammation and chronic disease. *Nature* 2008; 454(7203): 463–469
2. Halle M, Schmidt-Trucksass A, Hambrecht R, Berg A. Sporttherapie in der Medizin – Evidenzbasierte Prävention und Therapie. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2008
3. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002; 346(11): 793–801
4. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Keteyian SJ, Cooper LS, Ellis SJ, Leifer ES, Kraus WE, Kitzman DW, Blumenthal JA, Rendall DS, Miller NH, Fleg JL, Schulman KA, McKelvie RS, Zannad F, Pina IL. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301(14): 1439–1450
5. Flynn KE, Pina IL, Whellan DJ, Lin L, Blumenthal JA, Ellis SJ, Fine LJ, Howlett JG, Keteyian SJ, Kitzman DW, Kraus WE, Miller NH, Schulman KA, Spertus JA, O'Connor CM, Weinfurt KP. Effects of exercise training on health status in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301(14): 1451–1459
6. Edelmann F, Gelbrich G, Dungen HD, Frohling S, Wachter R, Stahrenberg R, Binder L, Topper A, Lashki DJ, Schwarz S, Herrmann-Lingen C, Löffler M, Hasenfuss G, Halle M, Pieske B. Exercise Training Improves Exercise Capacity and Diastolic Function in Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction Results of the Ex-DHF (Exercise training in Diastolic Heart Failure) Pilot Study. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58(17): 1780–1791
7. Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, Leitao CB, Zucatti AT, Azevedo MJ, Gross JL, Ribeiro JP, Schaun BD. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011; 305(17): 1790–1799
8. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2013; 369(2): 145–154
9. Knowler WC, Bahnon JL, Bantle JP, Bertoni AG, Bray GA, Chen H et al. Effect of a long-term behavioural weight loss intervention on nephropathy in overweight or obese adults with type 2 diabetes: a secondary analysis of the Look AHEAD randomised clinical trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2(10): 801–809
10. Gloeckl R, Halle M, Kenn K. Interval versus continuous training in lung transplant candidates: a randomized trial. *J Heart Lung Transplant* 2012; 31(9): 934–941
11. Meyerhardt JA, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Mayer RJ, Nelson H, Whittom R, Hantel A, Thomas J, Fuchs CS. Impact of body mass index and weight change after treatment on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from Cancer and Leukemia Group B 89803. *J Clin Oncol* 2008; 26(25): 4109–4115
12. Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Mayer RJ, Thomas J, Nelson H, Whittom R, Hantel A, Schilsky RL, Fuchs CS. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. *J Clin Oncol* 2006; 24(22): 3535–3541
13. Lamotte G, Rafferty MR, Prodoehl J, Kohrt WM, Comella CL, Simuni T, Corcos DM. Effects of endurance exercise training on the motor and non-motor features of Parkinson's disease: a review. *J Parkinsons Dis* 2015; 5(1): 21–41



Prof. Dr. med. Martin Halle

Professor Halle ist Arzt (Internist, Kardiologe und Sportmediziner) und seit 2003 Ordinarius und Professor für Prävention und Sportmedizin an der Medizinischen Fakultät der TU München. Er leitet eine der größten präventiv- und sportmedizinischen Ambulanzen in Deutschland und vertritt den Bereich der Prävention an der TU München federführend.

Sein wissenschaftliches Interesse gilt dem Thema „Sport als Therapie“, also der Frage, wie körperliches Training in die Vorbeugung und Heilung von Erkrankungen wie Diabetes, Herzinfarkt, Herzmuskelschwäche und Krebserkrankungen integriert werden kann.

Er ist in mehreren Komitees der Europäischen Gesellschaft für die Prävention von Herzerkrankungen und ehemaliger Sprecher der Arbeitsgruppe Sportkardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Er hat über 100 nationale und internationale wissenschaftliche Artikel publiziert. Er ist Initiator von „Lauf10!“, der Lauf/Walk-Aktion des bayerischen Fernsehens, und Autor des Buches „Zellen fahren gerne Fahrrad“, welches erklärt, wie der richtige Lebensstil den Organismus jung erhält.



# 3

## Alter, Geschlecht und soziale Lage

#### Einleitung

In **III** Kapitel 3 sollen nun noch einmal in den einzelnen Leistungsbereichen explizit Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsgeschehen und dem Alter, dem Geschlecht sowie den Unterschieden zwischen den einzelnen Versichertengruppen dargestellt werden. Vereinzelt wurde bereits in den beiden vorhergehenden Kapiteln, allerdings unter anderer Prämisse, hierauf Bezug genommen – dies soll in diesem Abschnitt gebündelt und vertieft werden.

Auch in diesem Kapitel werden für das AU-Geschehen die BKK Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Für die Kennzahlen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie auch für die Arzneimittelverordnungen werden als Auswertungsbasis die hier eingeschlossenen 9,1 Mio. BKK Versicherten dargestellt.

Eine differenziertere Auswertung nach Altersgruppen gibt Hinweise, wo diagnose- und geschlechtsbezogen besondere Auffälligkeiten zu beobachten sind. Insbesondere in den **III** Kapiteln 3.2

bis 3.4 reicht die Spanne vom Säugling bis zum hochbetagten Erwachsenen und zeigt auf, welche altersbedingten Morbiditätsunterschiede von Bedeutung sind.

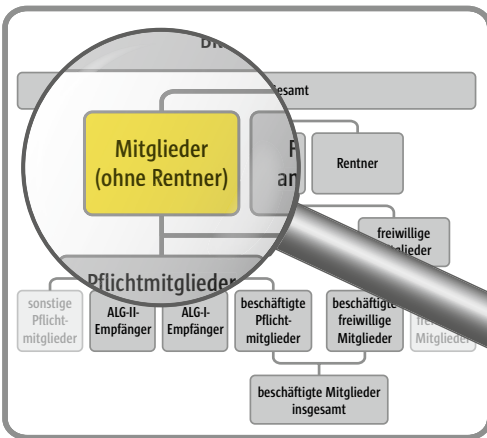
Aber nicht nur das Alter, auch die Versicherten-Gruppe zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen und den Arzneimittelverordnungen. Insbesondere beim AU-Geschehen kann die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe auch als ein Merkmal der sozioökonomischen Schichtzugehörigkeit interpretiert werden. Insofern sind auch die soziale Lage und deren Einfluss auf Erkrankungsdauer und -häufigkeit ein Thema dieses Kapitels.

Auch im Kontext dieser Betrachtungen wird nochmals ein besonderes Augenmerk auf das Thema Langzeiterkrankungen gelegt. Es wird dabei deutlich, dass nicht nur allein der demografische Wandel, sondern auch Geschlecht und soziale Lage wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Langzeiterkrankungen haben.



## 3.1 Arbeitsunfähigkeit

### 3.1.1 Krankheitsgeschehen nach Alter und Geschlecht



#### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

- Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg sowohl mehr AU-Tage als auch mehr AU-Fälle im Vergleich zu den Männern auf.
- Die durchschnittliche Falldauer unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Geschlechtern, steigt aber mit zunehmendem Alter deutlich an.
- In den letzten 10 Jahren ist auch bei den BKK Mitgliedern der demografische Wandel deutlich sichtbar. Neben der Zunahme der AU-Fälle und AU-Tage im benannten Zeitraum ist bei den Falldauern nur ein Anstieg um circa 5% zu verzeichnen.

Bereits in den vorhergehenden Kapiteln wurden an einschlägigen Stellen Geschlechts- und Altersunterschiede im AU-Geschehen berichtet. Hier soll noch einmal explizit auf diese Unterschiede – insbesondere auch im Kontext der Langzeiterkrankungen – eingegangen werden. Die anschließenden Darstellungen

beziehen sich wiederum auf die Mitglieder ohne Rentner (im Folgenden Mitglieder genannt) sowie auch in der Betrachtung nach sozialer Lage im Detail bezogen auf die Versichertengruppen, wie z. B. beschäftigte Pflichtmitglieder und Arbeitslose (ALG-I).

In **»»** Diagramm 3.1 sind die AU-Tage und AU-Fälle der Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt.

Deutlich erkennbar ist zunächst der nahezu lineare Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Dabei weisen die Frauen altersunabhängig im Durchschnitt 8% mehr AU-Tage und 10% mehr AU-Fälle je 100 Mitglieder als die Männer auf. Die meisten AU-Tage werden dabei in der Altersgruppe zwischen 60–64 Jahren erreicht. Diese sind für beide Geschlechter im Vergleich ungefähr 2,5-mal so hoch, wie in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen.

Bei der Alterskurve der AU-Fälle zeigt sich ein anderes Bild: Die höchsten Fallzahlen sind bei der jüngsten betrachteten Altersgruppe zu finden – hier sind es v. a. die akuten Atemwegserkrankungen, die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Erkrankungen des Verdauungssystems, die diese hohe Fallzahl, aber mit sehr niedriger Falldauer (Männer: 5,1 Tage je Fall; Frauen: 4,8 Tage je Fall) bedingen. Umgekehrt sind in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen nahezu nur halb so viele AU-Fälle je 100 Mitglieder zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe dominieren allerdings die chronischen bzw. Langzeiterkrankungen u. a. im Bereich des Muskel-Skelettsystems sowie der psychischen Störungen (vgl. **»»** Diagramm 3.5 und 3.6). Das wird u. a. auch an der durchschnittlichen Falldauer bei den 60- bis 64-Jährigen sichtbar. Diese weisen – im Vergleich zu den unter 20-Jährigen – einen fast 5-fach höheren Wert auf (Männer: 24,1 Tage je Fall; Frauen: 23,2 Tage je Fall). Insgesamt zeigt sich für die durchschnittliche Falldauer ein nahezu linearer Altersanstieg mit nur minimalen Unterschieden zwischen den beiden Geschlechtern.

Im Vergleich zum Jahr 2004 lassen sich zwei Tendenzen feststellen. Neben einem generellen Zu-

wachs der AU-Fälle und AU-Tage in den letzten 10 Jahren haben sich die oben aufgezeigten Grundtendenzen bezüglich des Alters und des Geschlechts nicht verändert. Dagegen zeichnet sich bei den Falldauern im Beobachtungszeitraum nur eine minimale Zunahme ab (2004: 12,5 Tage je Fall; 2014: 13,1 Tage je Fall).

In **III** Diagramm 3.2 sind die durchschnittlichen Falldauern noch einmal detailliert nach Altersgruppen und Geschlecht im 10-Jahres-Vergleich dargestellt. Mit zunehmendem Alter ist zwischen 2004 und 2014 eine stärkere Abnahme der durchschnittlichen Falldauer für beide Geschlechter beobachtbar – diese fällt bei den Männern tendenziell etwas stärker als bei den Frauen aus und erreicht mit einem Unterschied von 12,7% bei den Männern und 9,4% bei den Frauen in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen ihren höchsten Wert. Insgesamt hat sich – über alle Altersgruppen hinweg – die durchschnittliche Falldauer bei Frauen und Männern angeglichen (2004: 12,0 vs. 12,9 Tage je Fall; 2014: 13,0 vs. 13,2 Tage je Fall), wobei hier die Frauen einen höheren Anstieg (+1 Tag je Fall) zu verzeichnen haben. Dies stellt zunächst einen Widerspruch zu der vorher berichteten

Abnahme der alters- und geschlechtsspezifischen Falldauern da. Erklärbar wird dies durch den demografischen Wandel, der sich auch in den letzten 10 Jahren bei der Altersverteilung der BKK Mitglieder deutlich zeigt.

In der linken Hälfte des **III** Diagramms 3.3 wird deutlich, dass im Jahr 2004 die meisten Mitglieder (47,1% der Männer und 44,4% der Frauen) in den Altersgruppen zwischen 30 bis 44 Jahren zu finden waren. Diese Anteile betragen im Jahr 2014 bei den Männern nur noch 32,5% und bei den Frauen 35,5%. Die Alterspyramide hat ihren Schwerpunkt deutlich in die Gruppe der 45-Jährigen und älteren verschoben. Entsprechend haben sich – trotz gesunkener durchschnittlicher Falldauern – die Gewichte der einzelnen Altersgruppen in den letzten 10 Jahren deutlich verändert, sodass insgesamt ein moderater Anstieg der AU-Tage je Fall in diesem Zeitraum zu verzeichnen ist. Allerdings ist ähnlich wie schon bei den Pflichtmitgliedern (vgl. **III** Diagramme 1.14 und 1.15 in Kapitel 1.1) anzumerken, dass der Anstieg der AU-Kennzahlen deutlich geringer ausgeprägt ist, als es die Veränderung der Altersstruktur der Mitglieder vermuten lassen würde.

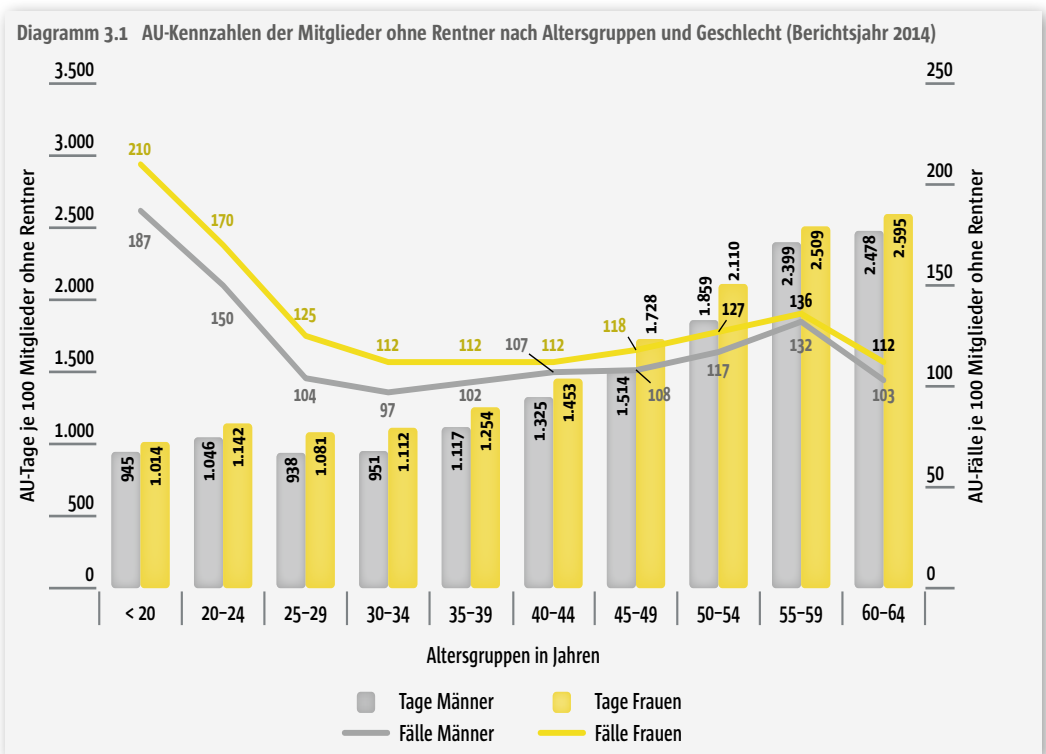


Diagramm 3.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Altersgruppen und Geschlecht

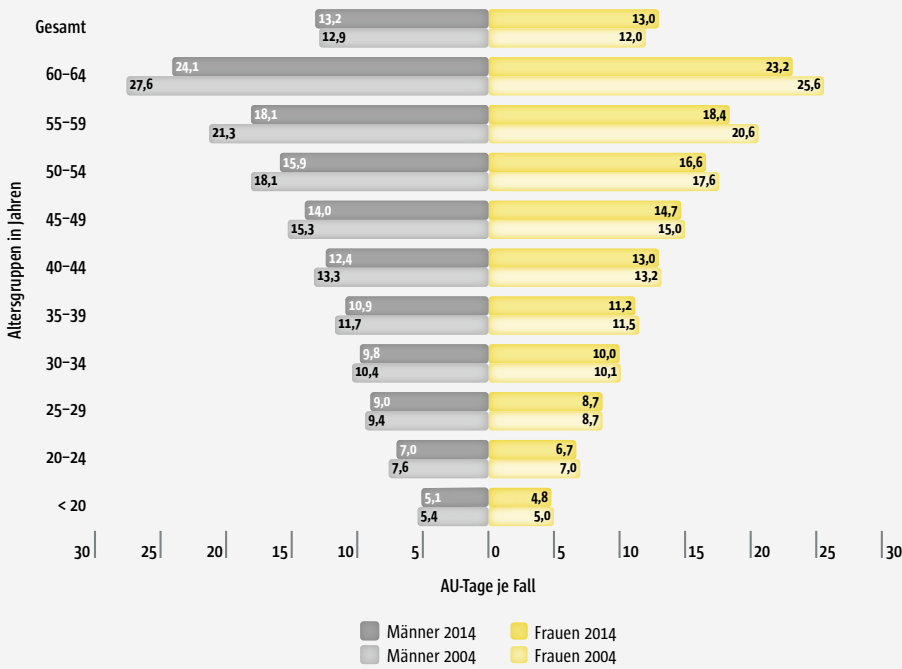
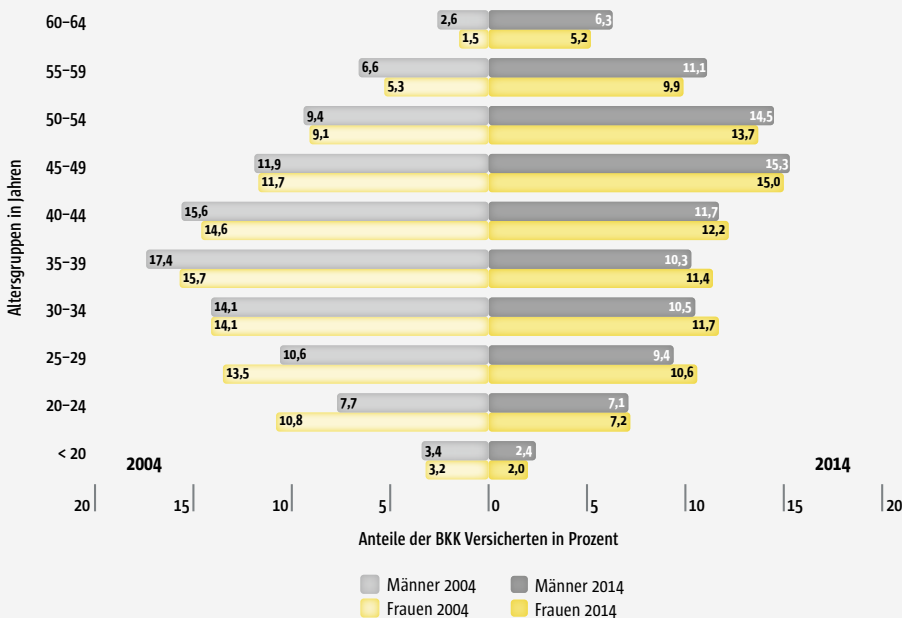


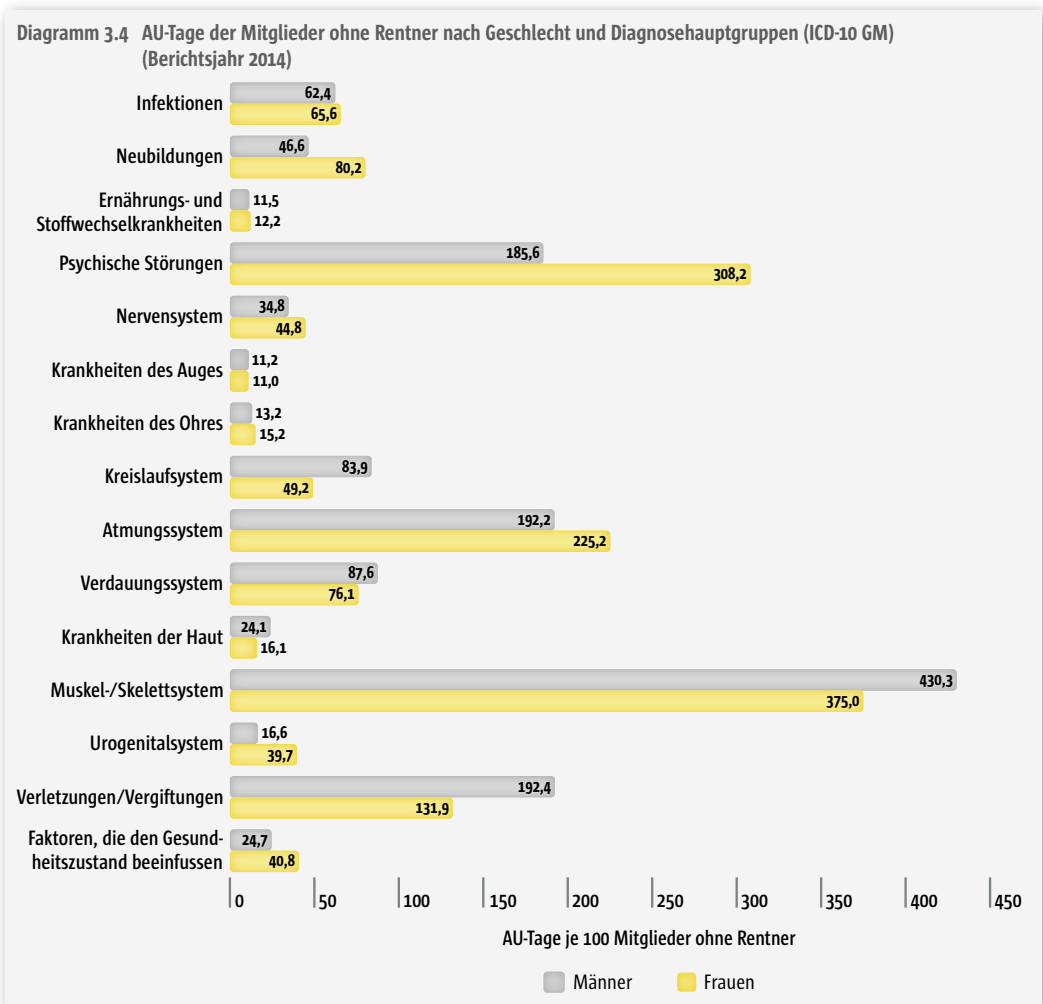
Diagramm 3.3 Demografische Entwicklung – Versichertenverteilung der Mitglieder ohne Rentner im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Altersgruppen und Geschlecht



Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen

In **»»** Diagramm 3.4 sind die Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2014 nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt. Auch hier sind, wie schon im **»»** Kapitel 1.1 bei den Pflichtmitglieder deutlich wurde, die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Atemwegserkrankungen die Krankheitsarten, die mit Abstand für die meisten AU-Tage verantwortlich sind. Dass insbesondere bei den psychischen Störungen die Frauen wesentlich mehr AU-Tage aufweisen, wurde bereits in **»»** Kapitel 2.1 ausführlich dargestellt.

Auch bei den Neubildungen, den Krankheiten des Urogenitalsystems und bei den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, liegen die Fehltage der Frauen deutlich über denen der Männer. Umgekehrt verhält sich dies – neben den Muskel- und Skeletterkrankungen – auch bei den Verletzungen und Vergiftungen. Dort fallen bei den Männern wesentlich mehr Fehltage als bei den Frauen an, was vermutlich im größeren Anteil von Männern in körperlich geprägten Tätigkeiten begründet liegt (vgl. **»»** Kapitel 4). Auch bei den Herz-Kreislaufkrankungen sind bei den Männern deutlich mehr AU-Tage im Vergleich zu den Frauen zu beobachten (vgl. **»»** Kapitel 2.3). Insgesamt weisen die weiblichen Mitglieder mit durchschnittlich 16,1 AU-Tagen deut-



lich höhere Fehlzeiten als die männlichen Mitglieder (14,9 AU-Tage) auf.

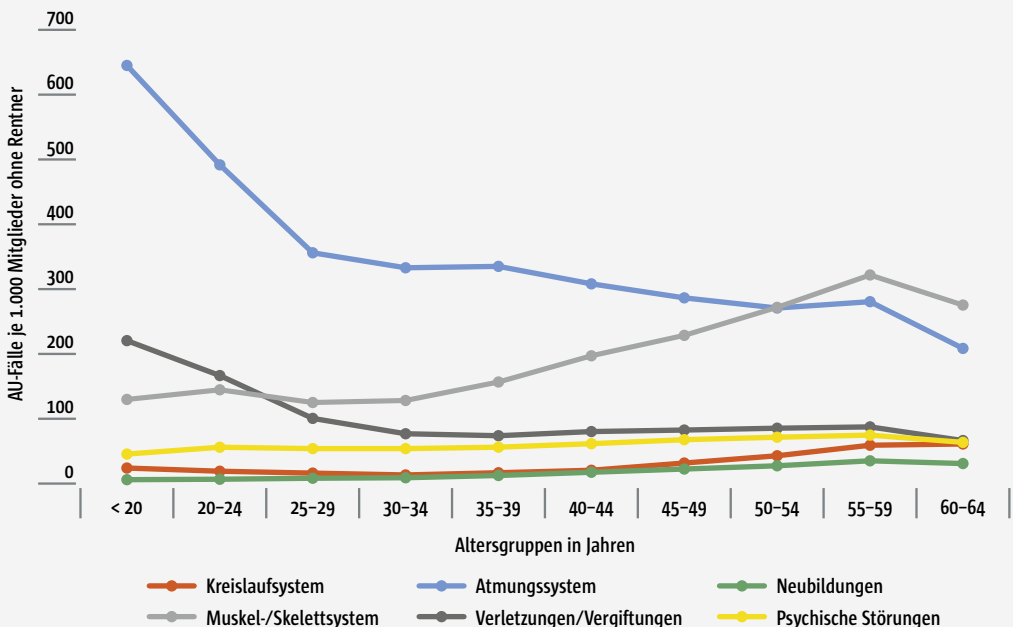
### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Diagnosehauptgruppen

- Bei Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen und Neubildungen treten, mit zunehmendem Alter, sowohl mehr AU-Fälle als auch mehr AU-Tage auf.
- Die durchschnittliche Falldauer steigt für alle betrachteten Krankheitsarten altersbedingt an – die höchsten Werte über alle Altersgruppen weisen dabei die psychischen Störungen und die Neubildungen auf.

Die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen ist in **»»** Diagramm 3.5 dargestellt. Dominant sind hier die Atemwegserkrankungen, die v.a. bei den jüngeren Altersgruppen die Mehrzahl der AU-Fälle verursachen. Insgesamt nimmt deren Bedeutung mit dem Alter stetig ab. Sind sie in der Gruppe der unter 20-Jährigen noch für fast

ein Drittel (32,8%) aller AU-Fälle verantwortlich, so beträgt dieser Anteil in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen lediglich noch ein knappes Fünftel (19,5%) – die Fallhäufigkeiten zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe unterscheiden sich um mehr als das 3-Fache. Ebenfalls mit vielen AU-Fällen sind die Muskel- und Skeletterkrankungen als AU-Ursache vertreten. Allerdings ist hier – im Gegensatz zu den Atemwegserkrankungen – eine Zunahme der Häufigkeiten mit steigendem Lebensalter mit den höchsten Anteilen (24% aller AU-Fälle) in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen festzustellen. Dagegen liegt deren Anteil an den AU-Fällen bei den unter 20-Jährigen nur bei 6,6%. Der Unterschied bezüglich der Fallhäufigkeiten zwischen beiden Altersgruppen beträgt das 2,5-Fache. Aufgrund der Dominanz der beiden beschriebenen Krankheitsarten fallen die Altersverläufe für die Kreislauferkrankungen, die psychischen Störungen und die Neubildungen in der Darstellung recht unscheinbar aus. Aber auch bei diesen drei Gruppen ist durchgehend ein altersbedingter Anstieg der AU-Fälle zu beobachten. Den stärksten Anstieg zeigen dabei die Neubildungen, wobei die AU-Fälle zwischen jüngster und ältester Gruppe um das 5,6-Fache anwachsen. Mit einem Zuwachs um das 2,6-Fache steigen auch die AU-Fälle aufgrund von

Diagramm 3.5 AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



Herz-Kreislaferkrankungen altersbedingt bedeutsam an.

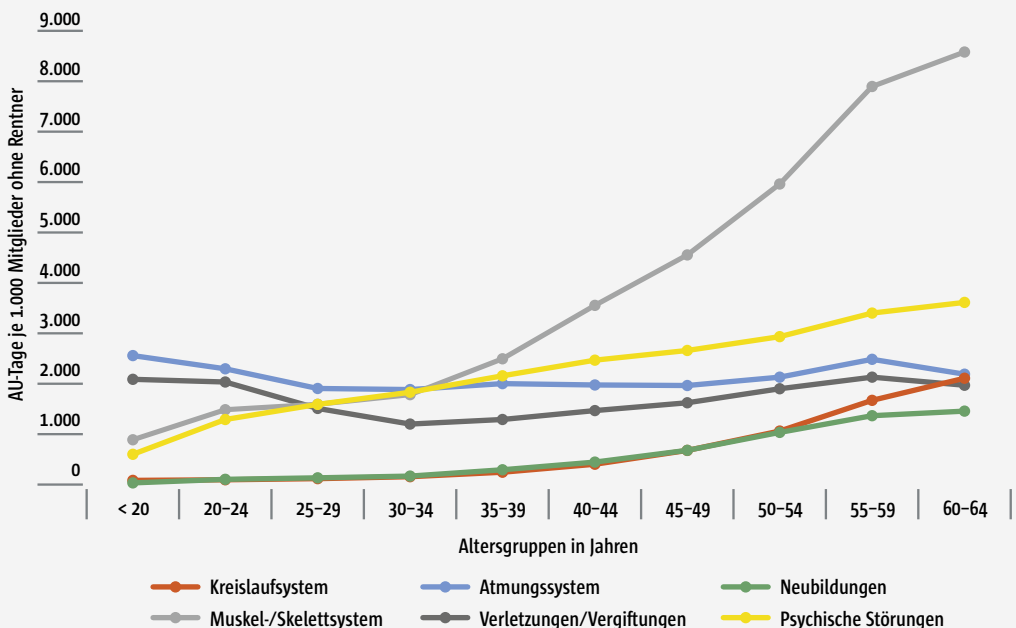
Umgekehrt verhält es sich bei den Verletzungen und Vergiftungen, die im Alter unter 20 Jahre ihren Höhepunkt aufweisen und dann im Alter zwischen 30 und 59 Jahren nahezu auf einem Niveau verharren. Anzumerken bleibt nicht zuletzt noch der diagnoseunabhängige deutliche Knick in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen. Hier kommen vermutlich zwei Effekte zum Tragen: Zum einen befindet sich diese Altersgruppe in der Arbeitswelt zum Teil schon in Übergangsregelungen für den Ruhestand. Zum anderen scheiden besonders häufig auch ältere Arbeitnehmer vor dem Renteneintrittsalter gesundheitsbedingt vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus – insofern ist zu vermuten, dass es sich insbesondere bei den 60- bis 64-Jährigen um eine Gruppe von besonders „gesunden“ Mitgliedern handelt.

Während die Häufigkeit von AU-Fällen für einzelne Erkrankungen mit zunehmendem Alter tendenziell abnimmt, zeigt sich bei den AU-Tagen über alle Diagnosen hinweg eine deutliche Zunahme. In der Betrachtung einzelner Diagnosehauptgruppen zeigt sich aber auch – wie schon bei den Fallhäufigkeiten – ein differenziertes Bild (»» Diagramm 3.6). Eine na-

hezu lineare Zunahme weisen psychische Störungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neubildungen sowie – mit den meisten AU-Tagen von allen Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen auf. Bei den Krankheiten des Atmungssystems sowie bei den Verletzungen und Vergiftungen ist ein sogenannter Wanneneffekt feststellbar: Während die jüngsten und die ältesten Gruppen jeweils die höchsten Werte aufweisen, liegen die entsprechenden Fehltagel in den mittleren Altersgruppen darunter. Bei den Diagnosehauptgruppen, die insbesondere im höheren Lebensalter auftreten, ist der Unterschied zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe besonders deutlich. Bei den Neubildungen weisen die 60- bis 64-Jährigen das 26-Fache der AU-Tagel der unter 20-Jährigen auf. Ähnlich stellt es sich bei den Kreislaferkrankungen dar, wobei der Unterschied hier das 21-Fache beträgt. Aber auch für die psychischen Störungen (Steigerung um das 6-Fache) sowie die Muskel- und Skeletterkrankungen (Steigerung um das 10-Fache) sind solche Alterseffekte beobachtbar.

Ein Blick auf die durchschnittlichen Falldauern nach Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen wird in »» Diagramm 3.7 geworfen. Insgesamt wird

Diagramm 3.6 AU-Tagel der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



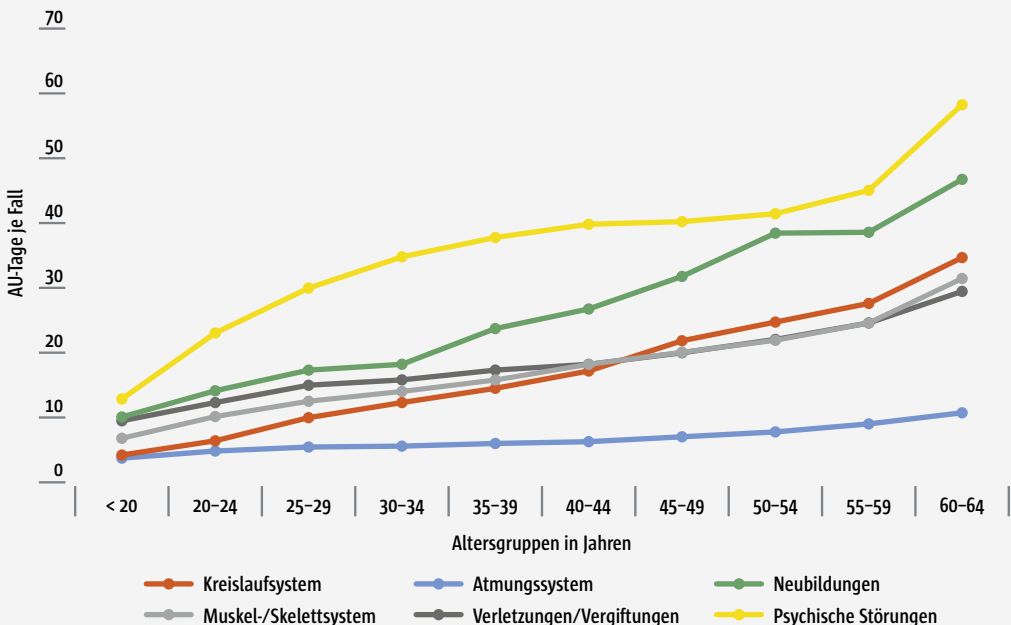
deutlich, dass für alle betrachteten Krankheitsarten die mittlere Dauer der AU-Fälle zunimmt. Über alle Altersgruppen hinweg sind die psychischen Störungen die Erkrankungsart, die im Durchschnitt die längste Falldauer verursacht. Danach folgen die Neubildungen, die zwar relativ selten als AU-Grund auftreten (vgl. III Diagramm 3.5), aber im Verhältnis dazu relativ viele AU-Tage bedingen. Den stärksten Anstieg der Falldauer haben hier die Kreislauferkrankungen zu verzeichnen. Bei den 60- bis 64-Jährigen dauert ein Fall in dieser Diagnosehauptgruppe mehr als 8-mal so lang (34,8 Tage je Fall) als bei den unter 20-Jährigen (4,3 Tage je Fall). Den geringsten Anstieg weisen hier mit dem ca. 2,6-Fachen die Atemwegserkrankungen auf. Interessant ist der nochmalige deutliche Anstieg der Falldauern zwischen den beiden ältesten betrachteten Gruppen. Ursache hierfür ist, dass zwar die AU-Fälle in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen – im Vergleich zu den 55- bis 59-Jährigen – noch einmal deutlich zurückgehen (-19,8%), der Rückgang der AU-Tage mit -3% allerdings wesentlich geringer ausfällt. Wir haben es in dieser Altersgruppe also mit weniger AU-Fällen zu tun, die aber meist eine längere Falldauer aufweisen.

### 3.1.2 Krankheitsgeschehen nach Versichertengruppen

- Arbeitslose (ALG-I) haben im Durchschnitt 2,7-mal so viele AU-Tage sowie eine mehr als dreimal so lange Falldauer im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern.
- Innerhalb der Versichertengruppen zeigen sich nur minimale Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder nimmt auch die soziale Lage einen wesentlichen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Da die soziale Lage über die vorliegenden Routinedaten nur bedingt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe als Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Gruppen der Arbeitslosen (ALG I), der beschäftigten Pflichtmitglieder (inklusive der Teilzeitbeschäftigten) sowie der beschäftigten freiwilligen Mitglieder betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Monatseinkommen als einem der wichtigsten Faktoren des sozialen Status – neben Bildung und be-

Diagramm 3.7 AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



ruflicher Stellung – kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen den niedrigsten, die beschäftigten Pflichtmitglieder einen mittleren und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen hohen Sozialstatus inne haben. Die hier vorgenommene Einteilung nach dem Sozialstatus stellt allerdings keine Wertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich zur besseren Interpretation der im Folgenden dargestellten Ergebnisse.

**Arbeitsunfähigkeit nach Versichertengruppen**

In **»»** Tabelle 3.1 werden die Arbeitsunfähigkeit und die gemeldeten Arbeitsunfälle für die Mitglieder nach Versichertengruppen dargestellt. Mit ca. 3,6 Mio. Mitgliedern und einem Anteil von 82,5% der hier betrachteten Versicherten bilden die beschäftigten Pflichtmitglieder in diesem Vergleich die größte Gruppe, gefolgt von den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (0,65 Mio.; 14,7%) und den Arbeitslosen (ALG-I) mit 0,12 Mio. Mitgliedern und einem Anteil von lediglich 2,8%. ALG-II-Empfänger können auch hier, aufgrund der bereits erwähnten fehlenden Leistungsdaten für diesen Bereich (vgl. **»»** Kapitel 1.1), nicht betrachtet werden.

Die beschäftigten Pflichtmitglieder weisen im Jahr 2014 im Durchschnitt 17,1 AU-Tage je Mitglied auf und liegen damit circa 0,5 AU-Tage unter dem Vorjahreswert. Die Fehltageliege bei den teilzeitbeschäftigten Pflichtmitgliedern liegen mit 14,1 AU-Tagen je Mitglied ebenfalls unterhalb des Vorjahreswertes (2013: 15 AU-Tage je Mitglied). Die Arbeitslosen (ALG-I) haben – wie in den letzten Jahren – auch in diesem Jahr die meisten AU-Tage zu verzeichnen (25,9 AU-Tage je Mitglied), wobei auch hier ein deutlicher Rückgang zum Vorjahr erkennbar wird (2013: 27,1 AU-Tage je Arbeitsloser). Die mit Abstand wenigsten Fehltageliege weisen die beschäftigten freiwilligen Mitglieder auf (9,6 AU-Tage je Mitglied). Diese sind aber im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (2013: 9,1 AU-Tage je Mitglied).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den AU-Tagen zwischen den oben genannten Versichertengruppen sind in **»»** Diagramm 3.8 dargestellt.

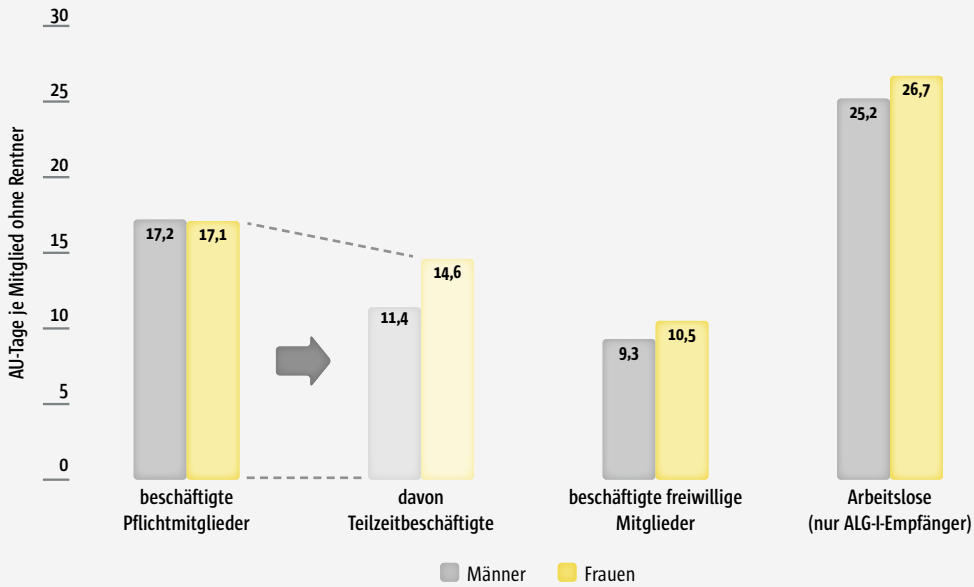
Sind bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die AU-Tage je Mitglied für beide Geschlechter nahezu ausgeglichen, so zeigt sich in der Subgruppe der Teilzeitbeschäftigten, dass die Frauen hier deutlich mehr AU-Tage als die Männer aufweisen. Gleiches gilt auch für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder und die Arbeitslosen (ALG-I), wobei bei den beiden letztgenannten die Unterschiede weniger deutlich ausfallen. Bis auf die beschäftigten freiwilligen Mitglieder

**Tabelle 3.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)**

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	1.880,0	130,9	1.716,4	13,1	4,6	70,7
	Frauen	1.758,0	134,8	1.707,9	12,7	2,2	33,1
	<b>Gesamt</b>	<b>3.638,0</b>	<b>132,8</b>	<b>1.712,3</b>	<b>12,9</b>	<b>3,4</b>	<b>52,5</b>
davon: Teilzeitbeschäftigte	Männer	131,0	80,6	1.141,8	14,2	2,5	40,8
	Frauen	669,0	106,1	1.464,2	13,8	1,6	24,3
	<b>Gesamt</b>	<b>800,0</b>	<b>101,9</b>	<b>1.411,4</b>	<b>13,9</b>	<b>1,8</b>	<b>27,0</b>
beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	526,0	83,5	933,6	11,2	1,0	14,2
	Frauen	122,0	95,0	1.052,5	11,1	0,9	11,7
	<b>Gesamt</b>	<b>648,0</b>	<b>85,7</b>	<b>956,0</b>	<b>11,2</b>	<b>1,0</b>	<b>13,7</b>
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	60,0	64,3	2.515,2	39,1	-	-
	Frauen	55,0	74,0	2.666,7	36,1	-	-
	<b>Gesamt</b>	<b>115,0</b>	<b>68,9</b>	<b>2.587,6</b>	<b>37,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>



Diagramm 3.8 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



haben in allen anderen betrachteten Versichertengruppen die AU-Tage im Vergleich zum letzten Jahr leicht abgenommen (zwischen 0,4 bei den weiblichen beschäftigten Pflichtmitgliedern bis zu 1,5 AU-Tagen bei den Arbeitslosen [ALG-I]), was im Wesentlichen auf die in 2014 ausgebliebene Grippewelle zurückzuführen ist.

#### Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Diagnosehauptgruppen

- Zwei Drittel (62,4%) aller AU-Tage sind bei den Arbeitslosen (ALG-I) auf Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Störungen zurückzuführen.
- Im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitglieder weisen die Arbeitslosen (ALG-I) mehr als 6-mal so viele AU-Tage aufgrund psychischer Störungen auf.
- Die durchschnittliche Falldauer bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund Rückenschmerzen (M54) bzw. depressiver Episode (F32) liegt bei den Arbeitslosen um das 2- bis 3-fache über den Werten der beschäftigten Pflichtmitglieder bzw. der beschäftigten freiwilligen Mitglieder.

In **»** Tabelle 3.2 sind die Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosehauptgruppen und Versichertengruppen dargestellt. Ergänzend zu dieser Darstellung finden sich in **»** Tabelle A.1 im Anhang erweiterte Angaben zu den AU-Kennzahlen der BKK Mitglieder nach Versichertengruppen. Wie auch schon im vergangenen Jahr sind die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen und die Krankheiten des Atmungssystems in allen betrachteten Versichertengruppen – außer bei den Arbeitslosen (ALG-I) – jeweils auf den ersten drei Plätzen der AU-Ursachen zu finden. Insgesamt beträgt deren Anteil an den AU-Tagen im Jahr 2014 zwischen 52% bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern bis zu 66,7% bei den Arbeitslosen (ALG-I). In letztgenannter Versichertengruppe sind allein die Muskel- und Skeletterkrankungen und die psychischen Störungen für nahezu zwei Drittel (62,4%) der AU-Tage verantwortlich.

Zwischen den Versichertengruppen unterscheidet sich – neben den Prozentanteilen – auch die Reihung dieser drei Krankheitsarten. Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern sowie den teilzeitbeschäftigten Pflichtmitgliedern sind die Muskel- und Skeletterkrankungen, gefolgt von den psychischen Störungen und den Atemwegserkrankungen, auf Platz 1 der AU-Ursachen zu finden. Dies gilt auch für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder, wobei hier die Krankheiten des Atmungssystems einen höheren

Tabelle 3.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)

Diagnosehauptgruppe	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)
	AU-Tage je 100 Mitglieder			
Muskel- und Skeletterkrankungen	458	360	209	729
Psychische Störungen	253	249	136	884
Krankheiten des Atmungssystems	233	187	153	113
Verletzungen und Vergiftungen	189	126	95	178
Krankheiten des Verdauungssystems	92	66	59	78
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	82	72	45	90
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	74	49	56	113
Krankheiten des Kreislaufsystems	73	56	42	40
Neubildungen	66	72	52	106
Krankheiten des Nervensystems	43	39	22	78
Krankheiten des Urogenitalsystems	30	33	16	33
Krankheiten der Haut und Unterhaut	23	15	11	27
Krankheiten des Ohres	15	14	13	14
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	14	15	5	15
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13	11	8	23
Krankheiten des Auges	12	10	9	14
<b>Gesamt</b>	<b>1.712</b>	<b>1.411</b>	<b>956</b>	<b>2.588</b>
Diagnosehauptgruppe	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)
	Anteile an allen AU-Tagen in Prozent			
Muskel- und Skeletterkrankungen	26,8	25,5	21,9	28,2
Psychische Störungen	14,8	17,6	14,2	34,2
Krankheiten des Atmungssystems	13,6	13,2	16,0	4,4
Verletzungen und Vergiftungen	11,1	8,9	9,9	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems	5,4	4,7	6,2	3,0
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,8	5,1	4,7	3,5
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	4,3	3,4	5,8	4,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,2	4,0	4,4	1,5
Neubildungen	3,8	5,1	5,5	4,1
Krankheiten des Nervensystems	2,5	2,8	2,3	3,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,8	2,4	1,7	1,3
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1,4	1,0	1,2	1,0
Krankheiten des Ohres	0,9	1,0	1,3	0,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	0,8	1,1	0,5	0,6
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,8	0,8	0,8	0,9
Krankheiten des Auges	0,7	0,7	1,0	0,5
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

Anteil der AU-Tage (16%) verursachen als die psychischen Störungen (14,2%), die in dieser Gruppe sowohl den niedrigsten Anteil als auch den geringsten Wert (1,4 Tage je beschäftigtes freiwilliges Mitglied) aufweisen. Dagegen haben Arbeitslose (ALG-I) mehr als 6-mal so viele AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen (8,8 Tage je Arbeitslosem). Deshalb sind die psychischen Störungen auch in dieser Versichertengruppe für mehr als ein Drittel (34,2%) aller AU-Tage verantwortlich und stehen hier auf Platz 1 der AU-Ursachen, gefolgt von den Muskel- und Skeletterkrankungen. Auf Platz 3 folgen hier mit 1,8 Tagen die Verletzungen und Vergiftungen noch vor den Atemwegserkrankungen, die lediglich für 1,1 AU-Tage je Arbeitslosem verantwortlich sind. Aufgrund der ausgebliebenen Grippewelle im Jahr 2014 sind in allen Gruppen die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen um 23,1% (bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern) bis zu 32,3% (bei den teilzeitbeschäftigten Pflichtmitgliedern) zurückgegangen. Insbesondere bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern haben die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen im Vergleich zum Vorjahr zugenommen (+13,8%) – für alle anderen Versichertengruppen bewegen sich die Fehltage hier auf Vorjahrsniveau. Gleiches gilt auch für die psychischen Störungen, die bei den freiwillig versicherten Be-

schäftigten eine Zunahme von 12,1% gegenüber 2013 verzeichnen. Trotz dieses Anstiegs liegen die Werte noch immer deutlich unter denen der anderen dargestellten Versichertengruppen.

Insgesamt zeigt sich bei der Betrachtung der Versichertengruppen ein Zusammenhang mit dem dahinter liegenden sozialen Status: Die freiwillig versicherten Beschäftigten weisen sowohl im geschlechtsspezifischen als auch im diagnosespezifischen Vergleich jeweils die niedrigsten AU-Kennzahlen auf, gefolgt von den Pflichtmitgliedern und den Arbeitslosen (ALG-I). Diese Unterschiede sollen im Folgenden noch etwas näher beleuchtet werden.

Werfen wir einen Blick auf die beiden für das AU-Geschehen bedeutsamsten Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen –, so ergibt sich folgendes Bild.

In **III** Diagramm 3.9 sind die AU-Tage und die AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen dargestellt. Für alle drei betrachteten Gruppen zeichnet sich ein deutlicher altersbedingter Anstieg der AU-Tage und AU-Fälle aufgrund dieser Krankheitsart ab. Auch hier zeigt sich ein Altersknick in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen, die Fallzahl sinkt hier bei allen drei Gruppen.

Diagramm 3.9 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Muskel- und Skeletterkrankungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)

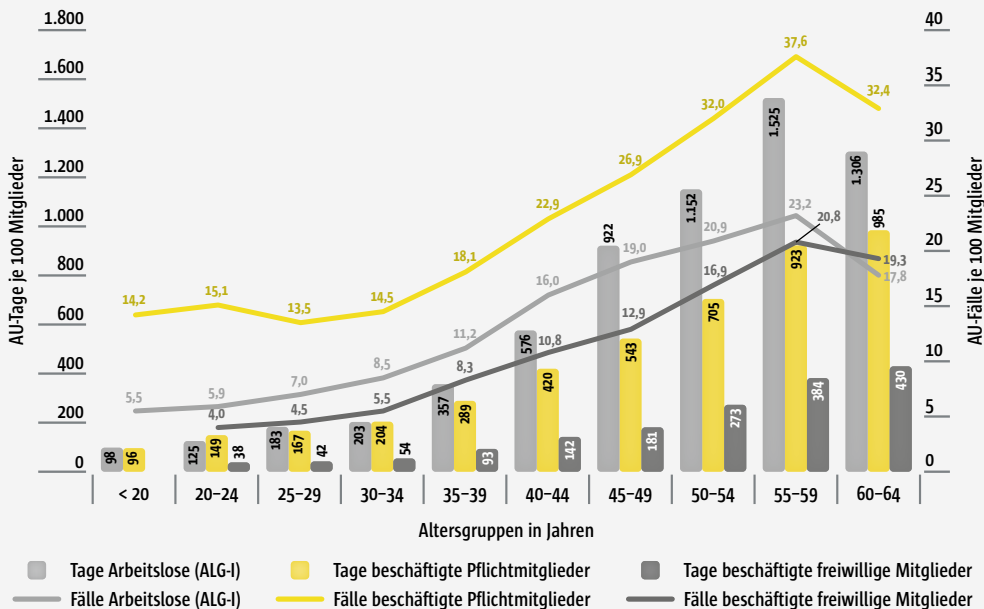
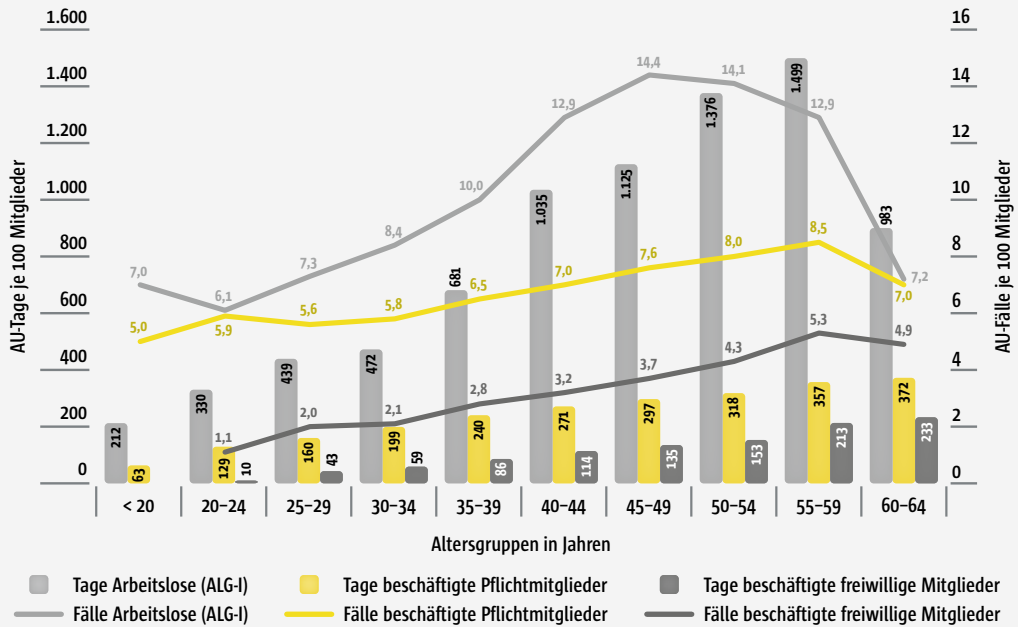


Diagramm 3.10 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für psychische und Verhaltensstörungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)



Bei den AU-Tagen ist dagegen nur eine Abnahme bei den Arbeitslosen (ALG-I) zu beobachten. Für die anderen beiden Gruppen steigt auch in dieser Altersgruppe die Anzahl der AU-Tage nochmals an. Deutlich wird auch in dieser Darstellung der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit. Sind die Unterschiede bezüglich der AU-Tage bei den unter 35-Jährigen noch wenig ausgeprägt, so treten diese mit zunehmendem Alter stärker zutage. Auffällig sind zudem die hohen Fallzahlen bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern, was in Kombination mit den AU-Tagen auf viele Kurzzeitfälle mit weniger als 6 Wochen Dauer hindeutet. Exemplarisch sei hier die Gruppe der 55- bis 59-Jährigen herausgegriffen: Die durchschnittliche Falldauer aufgrund einer Muskel- und Skeletterkrankung beträgt bei den Arbeitslosen (ALG-I) 65,9 Tage je Fall – das ist mehr als das Doppelte bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (24,5 Tage je Fall) bzw. mehr als das Dreifache bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (18,5 Tage je Fall).

Noch deutlichere Unterschiede bezüglich des sozialen Status – gemessen an der Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe – zeigen sich bei den psychischen Störungen **»»»** Diagramm 3.10. Sowohl der altersbedingte Anstieg als auch die Differenzen zwischen den Gruppen (hier auch schon in den jüngsten

Altersklassen) sind – adäquat zu den Muskel-Skeletterkrankungen – erkennbar. Zwei wesentliche Unterschiede sind hervorzuheben. Zum einen sind die AU-Tage der Arbeitslosen hier um ein Vielfaches höher als die der beiden anderen betrachteten Gruppen – im Falle der 55- bis 59-Jährigen weisen die Arbeitslosen (ALG-I) im Durchschnitt siebenmal mehr AU-Tage auf als die beschäftigten freiwilligen Mitglieder. Zum anderen liegt auch hier die durchschnittliche Anzahl der AU-Fälle deutlich über der der anderen beiden Gruppen. Gleiches gilt auch für die durchschnittliche Falldauer. In der o.g. Altersgruppe liegt sie bei den Arbeitslosen im Mittel bei 115,9 Tagen je Fall – das ist nahezu das Dreifache der Falldauer, die die beschäftigten Pflichtmitglieder (41,9 Tage je Fall) bzw. die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (40 Tage je Fall) aufweisen.

Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

- Mit steigendem Alter nehmen die Langzeit-AU-Fälle und -Tage mit nur marginalen Unterschieden zwischen den Geschlechtern kontinuierlich zu.

Wie bereits in **III** Kapitel 1.1 gezeigt wurde, nehmen nicht zuletzt auch das Alter und somit die demografische Entwicklung Einfluss auf die Langzeiterkrankungen. Diese Entwicklung wird in **III** Diagramm 3.11 noch einmal veranschaulicht.

Zunächst wird deutlich, dass unabhängig vom Geschlecht mit zunehmendem Alter auch der Anteil der der AU-Fälle und AU-Tage, die mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen verbunden sind, kontinuierlich zunimmt. Sind es in der jüngsten betrachteten Gruppe weniger als einer von hundert AU-Fällen, so ist in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen fast jeder 12. AU-Fall mit einer AU-Dauer von mehr als 6 Wochen verbunden. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den AU-Tagen: Ist bei den unter 20-Jährigen nur etwa jeder 7. AU-Tag mit einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit verbunden, so sind es bei der ältesten betrachteten Gruppe nahezu zwei Drittel aller AU-Tage (62,6%). Vergleicht man die Geschlechter miteinander, so zeigen sich bei den Fallanteilen in allen Altersklassen kaum Unterschiede. Bei den Prozentanteilen der Langzeit-AU-Tage hingegen liegen die Männer bis zum 34. Lebensjahr vor den Frauen. Bei

den 35- bis 59-Jährigen ist dieser Anteil für die Frauen dann größer. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen zeigt sich wiederum ein umgekehrter Effekt – hier liegen die Männer sowohl beim Anteil der AU-Fälle als auch der AU-Tage mit mehr als 6 Wochen Dauer wieder leicht vor den Frauen.

- Bis auf die Kreislauferkrankungen, bei denen die Männer deutlich mehr Langzeit-AU-Fälle und -Tage aufweisen, zeigen sich für die anderen Diagnosehauptgruppen nur geringe Geschlechtsunterschiede.

Wie bereits in **III** Diagramm 2.15 beschrieben wurde, gibt es deutliche Unterschiede bezüglich der Anteile der AU-Fälle bzw. AU-Tage mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen je nach betrachteter Krankheitsart. In **III** Diagramm 3.12 soll noch einmal explizit auf vorhandene Geschlechtsunterschiede eingegangen werden. Am stärksten zeigen sich diese bei den Kreislauferkrankungen. Hier ist der Anteil der Männer mit einer Langzeitarbeitsunfähigkeit sowohl bei den AU-Tagen als auch bei den AU-Fällen deutlich höher als bei den Frauen. Umgekehrt gilt dies, wenn

Diagramm 3.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

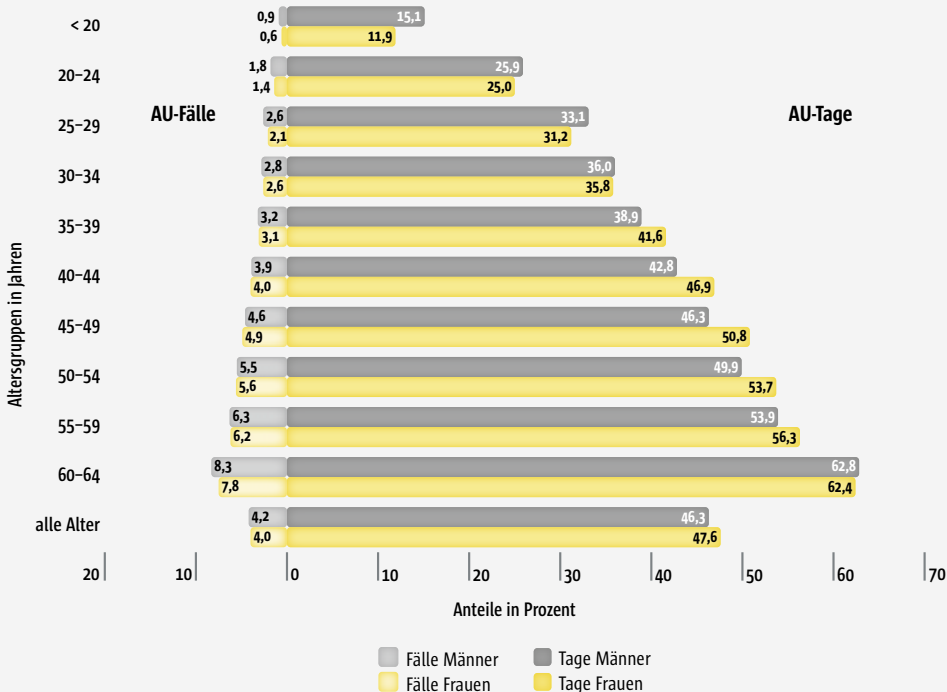
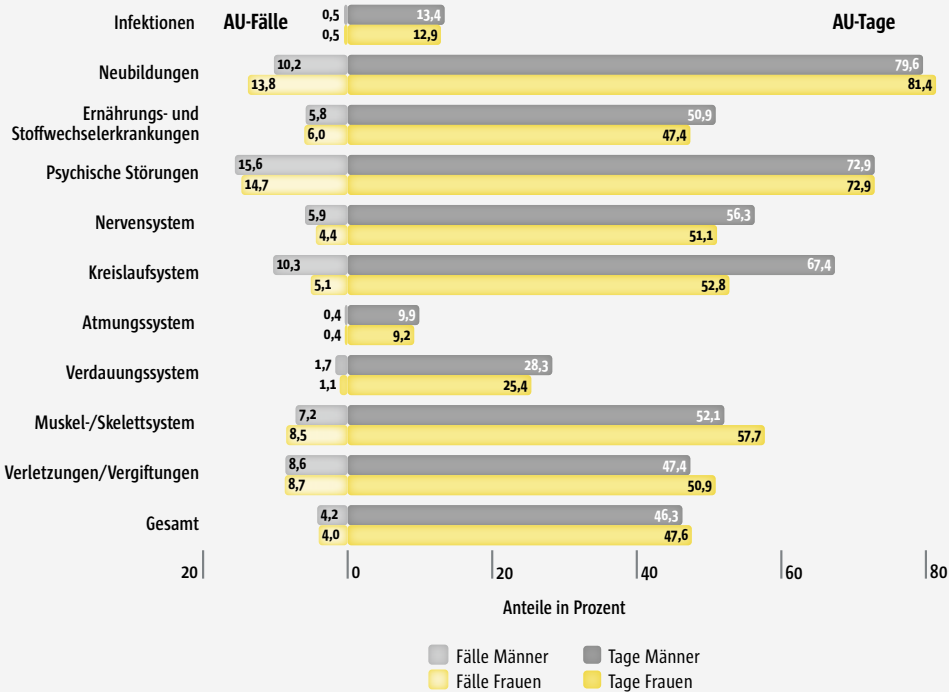


Diagramm 3.12 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



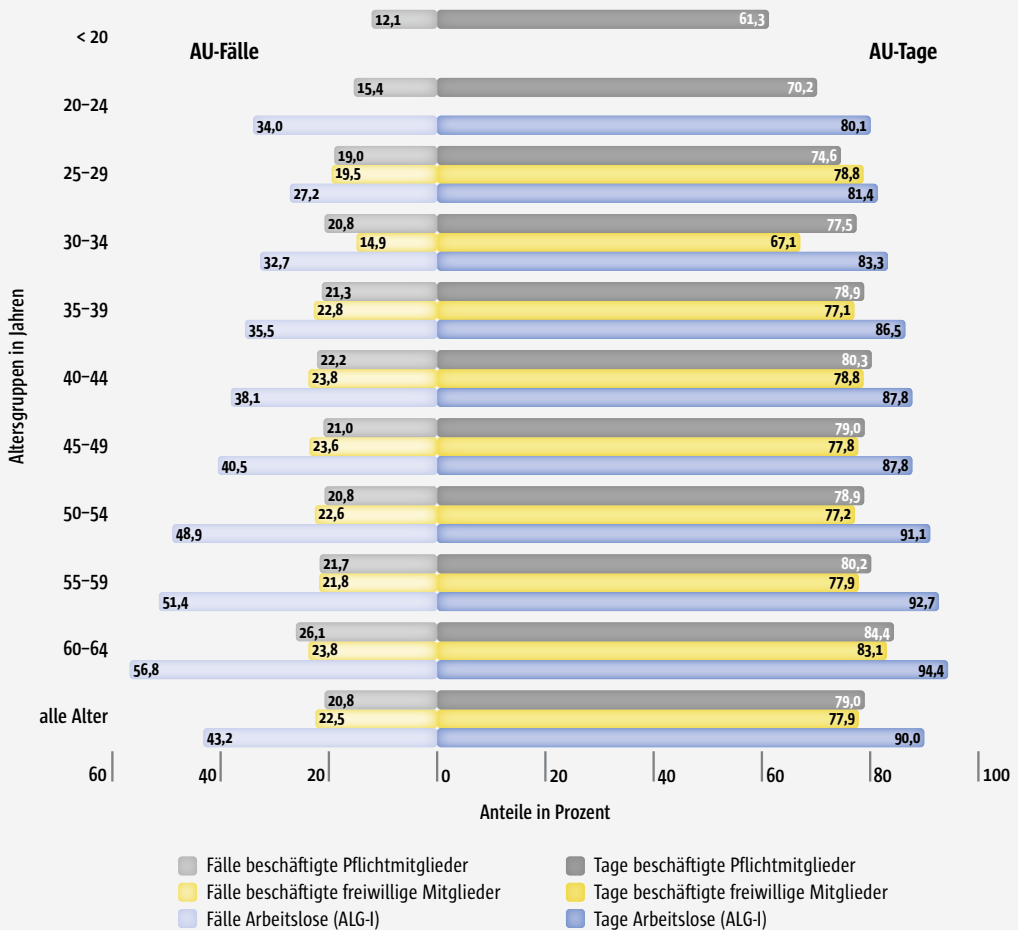
auch mit geringer ausgeprägten Unterschieden, für Neubildungen sowie die Muskel- und Skeletterkrankungen, bei denen die Frauen höhere Anteile aufweisen. Interessanterweise liegen beide Geschlechter bei den psychischen Störungen bei den Langzeit-AU-Fällen und -Tagen nahezu gleich auf, obwohl hier die Frauen insgesamt deutlich mehr Fehlzeiten als die Männer aufweisen (vgl. **»»** Tabelle 2.1).

- Von Langzeitarbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Episode (F32) sind insbesondere die Arbeitslosen (ALG-I) betroffen – dieser Anteil steigt sogar mit zunehmendem Alter noch an.
- Dagegen zeigen sich bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern niedrigere Werte sowie nahezu kein altersbedingter Anstieg in den Anteilen der Langzeit-AU-Fälle und -Tage bei dieser Erkrankung.

Bereits in **»»** Kapitel 2.1 wurde deutlich, dass die depressive Episode (F32) bei den Langzeiterkrankungen eine bedeutende Rolle spielt. In **»»** Diagramm 3.13

wird der Anteil der Langzeiterkrankungen für diese Einzeldiagnose noch einmal nach Altersgruppen und Versichertengruppen betrachtet. Auch hier haben über alle Altersgruppen hinweg die Arbeitslosen (ALG-I) die mit Abstand meisten AU-Fälle und AU-Tage, die mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen verbunden sind. Mit mehr als der Hälfte (56,8%) aller AU-Fälle und mit nahezu allen AU-Tagen (94,4%) sind die 60- bis 64-Jährigen in dieser Versichertengruppe mit Abstand am stärksten von Langzeiterkrankungen aufgrund dieser Diagnose betroffen. Ist bei den Arbeitslosen (ALG-I) insgesamt ein altersbedingter Anstieg des Anteils der Langzeitfälle und -tage erkennbar, so verändern sich die entsprechenden Anteile für die beiden anderen Versichertengruppen mit zunehmendem Alter nur marginal. Es zeigt sich, dass das Alter allein kein hinreichender Faktor zur Erklärung der Zunahme von Langzeiterkrankungen ist – vielmehr spielt auch der soziale Status eine wesentliche Rolle. Offen muss aber auch hier die vieldiskutierte Fragen bleiben, ob Arbeitslosigkeit krank macht oder (Langzeit-)Kranke häufiger arbeitslos werden.

Diagramm 3.13 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) für die depressive Episode (F32) nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)

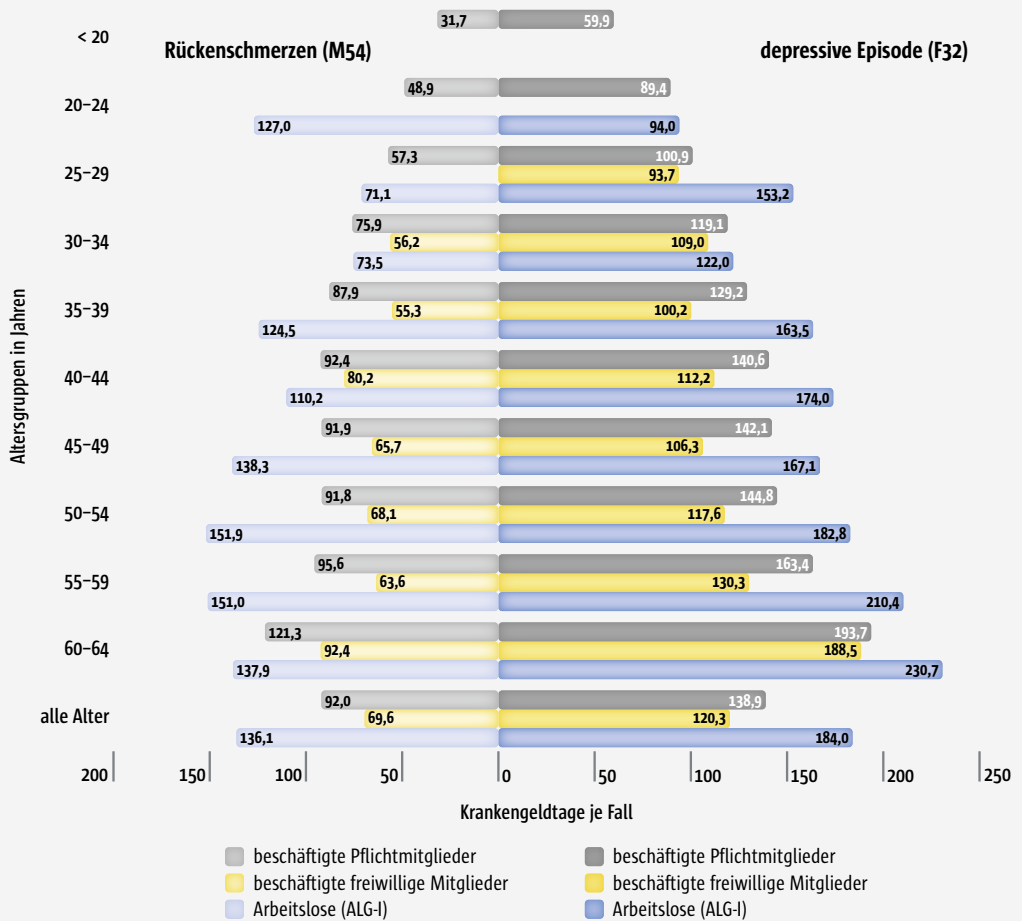


- Krankengeldtage je Fall, die aufgrund einer depressiven Episode (F32) entstehen, steigen sowohl mit zunehmendem Alter als auch mit niedrigerem sozialem Status an.
- Die durchschnittliche Dauer des Krankengeldbezugs bei den Rückenschmerzen (M54) ist zwar ebenfalls vom sozialen Status abhängig (Arbeitslose haben hier die höchsten Werte). Dagegen zeigen sich hier aber nur geringe Alterseffekte.

Abschließend soll in diesem Abschnitt noch ein Blick auf den Krankengeldbezug nach Alter und sozialer Lage geworfen werden. Exemplarisch wurden hier die beiden Einzeldiagnosen Rückenschmerzen

(M54) und depressive Episode (F32) ausgewählt, die sich bereits in der Betrachtung im **III** Kapitel 2.1 (vgl. **III** Diagramm 2.16) als bedeutsam herausgestellt haben. In **III** Diagramm 3.14 sind die Krankengeldtage je Fall für die beiden Einzeldiagnosen nach Altersgruppen und Versichertenstatus dargestellt. Auch hier zeigt sich, dass die Arbeitslosen (ALG-I) sowohl bei den Rückenschmerzen (M54) als auch bei der depressiven Episode (F32) in fast allen Altersgruppen die meisten Krankengeldtage je Fall aufweisen. So steigen in dieser Versichertengruppe für die depressive Episode (F32) die Krankengeldtage je Fall zwischen den 20- bis 24-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen nahezu um das 2,5-Fache an. Für die beiden anderen Versichertengruppen ist zwar

Diagramm 3.14 Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner – Krankengeldtage je Fall für Rückenschmerzen (M54) und depressive Episode (F32) nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)



auch ein Anstieg um das 2-Fache zu verzeichnen, allerdings mit insgesamt deutlich geringeren Falldauern. In dieser Betrachtung werden auch die Unterschiede zwischen den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern deutlich. Letztere weisen im Mittel 13,4% weniger Krankengeldtage je Fall auf als die beschäftigten Pflichtmitglieder – im Vergleich zu den Arbeitslosen sind die Werte sogar mehr als ein Drittel (34,6%) geringer.

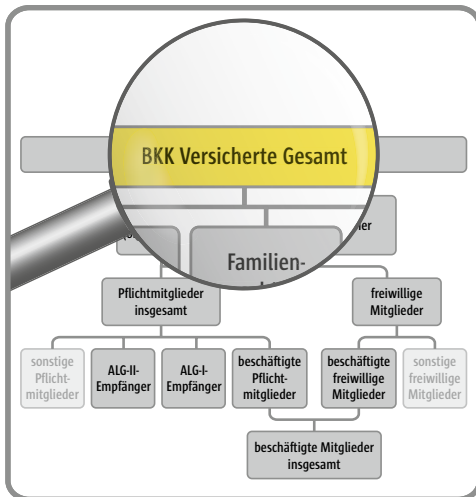
Bei den Rückenschmerzen (M54) zeigt sich ein etwas anderes Bild. Auch hier haben die Arbeitslosen

(ALG-I) in allen Altersgruppen die mit Abstand meisten Krankengeldtage je Fall, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Allerdings zeigt sich kein linearer Anstieg der Falldauern mit zunehmendem Alter. Zwar sind die höchsten Werte bei den älteren Mitgliedern zwischen 45-59 Jahren zu finden, im Vergleich zur depressiven Episode (F32) sind die Unterschiede aber nur marginal. Insofern bestätigt sich, dass neben dem Alter, auch der soziale Status einen bedeutsamen Einfluss auf Langzeiterkrankungen ausübt.



## 3.2 Ambulante Versorgung

- Frauen erhalten öfter eine ambulante Diagnose als Männer (94,4% vs. 87,9%). Dabei klaffen die Diagnosehäufigkeiten vor allem bei den Versicherten im Alter zwischen 15 und 69 Jahren auseinander.
- Bei vielen Diagnosehauptgruppen steigen die Anteile der Versicherten mit Diagnose mit dem Alter sehr deutlich an. Einen sehr großen Verbreitungsgrad bei den über 65-Jährigen haben vor allem die Stoffwechselkrankheiten, die Muskel-Skelett- sowie die Herz-Kreislaufkrankungen.
- Bei Beschäftigten werden häufig Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skeletterkrankungen diagnostiziert.
- ALG-II-Empfänger erhalten hingegen seltener eine ambulante Diagnose als Beschäftigte, Familienangehörige oder Rentner (< 75% vs. > 87%), weisen dafür aber einen hohen Anteil an psychischen Leiden auf.

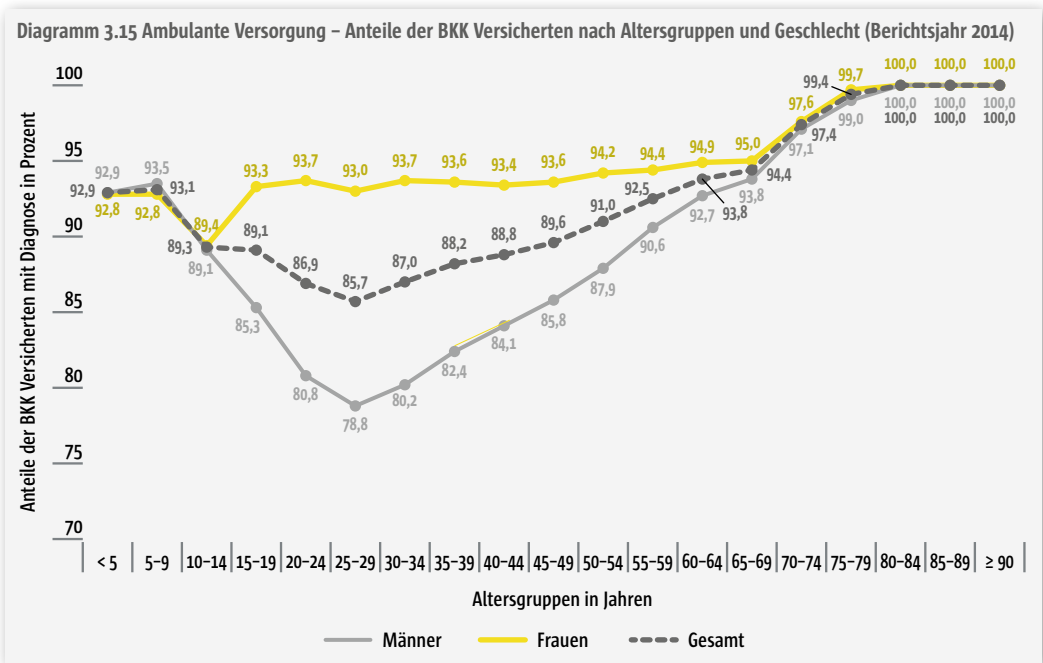


Während in **III** Kapitel 2.2 auf häufig vorkommende Einzeldiagnosen eingegangen wird, wird im Folgen-

den vornehmlich auf Ebene der Diagnosehauptgruppen dargestellt, welche besonderen Differenzierungen sich durch Alter, Geschlecht und Versichertenstatus der Versicherten ergeben. Die Statistiken basieren auf Daten von insgesamt 9,1 Mio. BKK Versicherten. Im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ist die ambulante Versorgung nicht allein auf die Arbeitswelt bezogen: Meistens sind die dokumentierten Diagnosen nicht mit einer Krankschreibung verbunden und es werden hierbei auch in relativ großem Umfang (**III** Kapitel 1.2) präventive und diagnostische Maßnahmen abgebildet.

### Ambulante Diagnosen nach Alter und Geschlecht

**III** Diagramm 3.15 zeigt die prozentualen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose an allen Versicherten nach Geschlecht und in Abhängigkeit des Alters. Augenfällig dabei ist, 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 (92,9% bei den unter 5-Jährigen und 93,1% bei den 5- bis 9-Jährigen) ist durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kinder- vorseorgeuntersuchungen und Impfungen begründet. In der Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen wiederum erhalten durchschnittlich 89,3% eine ambulante Diagnose, auch hier ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern unwesentlich. In den nachfolgend höheren Altersklassen aber sind es hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil an ambulanten Konsultationen aufweisen: Zwischen 15 und 69 Jahren ist ihr Anteil stetig auf einer Höhe von über 90%. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und der Verordnung von Kontrazeptiva begründet, somit sind Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt



hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose auf den mit 78,8% geringsten Wert in der Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen. Nachfolgend steigen die Anteile auch bei den Männern wieder, aber erst etwa im Renteneintrittsalter sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 3.4).

So sind etwa im Bereich der Kreislauferkrankungen die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose bei den unter 20-Jährigen relativ gering (4,8%), von den über 65-Jährigen aber sind 83,9% betroffen. Ihre Entsprechung finden diese hohen Diagnoseanteile auch in den Daten zur Arzneimittelverordnungen für das kardiovaskuläre System (III Kapitel 3.4).

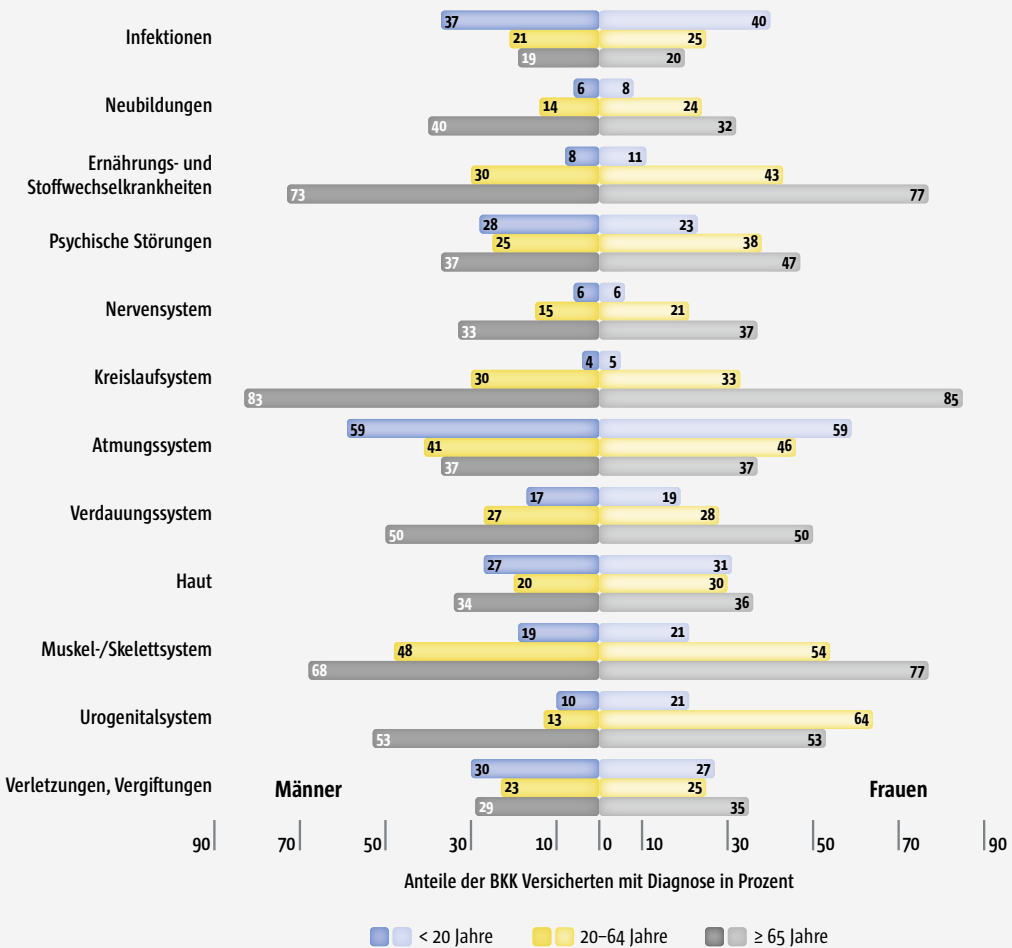
**Ambulante Diagnosen nach Alter, Geschlecht und Diagnosehauptgruppen**

Betrachtet man die administrativen Prävalenzen für die Diagnosehauptgruppen, so sind bezüglich des Geschlechts sowie bezüglich des Alters jeweils folgende große Trends erkennbar:

- Bei den meisten Diagnosehauptgruppen sind die Anteile von Betroffenen mit Diagnose bei den Frauen größer als bei den Männern. Die größte Differenz ergibt sich dabei bei den Erkrankungen des Urogenitalsystems, bei denen im Jahr 2014 über der Hälfte (53,9%) aller Frauen, aber nur 18,4% der Männer eine entsprechende Diagnose aus dieser ICD-Hauptgruppe bekommen haben.
- Außerdem steigen bei vielen Diagnosehauptgruppen die Anteile der Versicherten mit Diagnose mit zunehmendem Alter (teils erheblich) an.

In III Diagramm 3.16 sind die Anteile von Versicherten nach diesen drei Kriterien differenziert. Erkennbar sind hier die beiden oben angesprochenen Trends, mustergültig ist dies z.B. bei den Herz-/Kreislauferkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen und den Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems ablesbar. Hier ist insbesondere jeweils ein sehr großer altersbedingter Anstieg zu verzeichnen. Für die genannten drei Diagnosehauptgruppen gilt, dass jeweils mindestens zwei Drittel der über 65-jährigen Männer und Frauen betroffen sind. Die sehr hohen Werte in der ältesten Versichertengruppe sind u.a. durch „Altersdiagnosen“ wie Bluthochdruck, krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Typ-2-Diabetes zu erklären (III Kapitel 2.2) – Diagnosen, deren Häufigkeiten selbst in der Altersklasse der 20- bis 65-Jährigen nur einen Bruchteil dessen betragen. Gerade bezüglich Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes wird deutlich, dass diese

Diagramm 3.16 Ambulante Versorgung – Anteile BKK Versicherte – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



kaum Einfluss auf das AU-Geschehen haben (» Kapitel 3.1), da bei richtiger Behandlung die Personen arbeitsfähig bleiben – Folgekrankheiten, die eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würden, treten meist erst auf, wenn die Betroffenen bereits verrentet sind.

Leicht abweichend vom beschriebenen Muster stellen sich hingegen die Diagnosehäufigkeiten bei den Neubildungen dar. Auch hier zeigen sich Alterssteigerungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen, der größte Verbreitungsgrad einer Diagnose aus diesem Krankheitsspektrum ist hingegen bei den Männern über 65 Jahre zu finden (39,6% vs. 32,1 bei Frauen über 65 Jahre). Neben den geschlechtsspezi-

fischen Neubildungserkrankungen, die unterschiedliche Prävalenzen aufweisen, ist ein weiterer Unterschied, dass bei Männern ein Melanozytennävus („gutartiges Muttermal“; D22) häufiger erst jenseits des Rentenalters diagnostiziert wird.

Bei den psychischen und Verhaltensstörungen sind es die jungen männlichen Versicherten unter 20 Jahre, die häufiger eine Diagnose aus diesem Spektrum bekommen als die jungen weiblichen Versicherten gleichen Alters. Während in der genannten Altersgruppe bei 23,1% der Mädchen und jungen Frauen eine solche Störung festgestellt worden ist, so sind es bei den Jungen und jungen Männern 27,5%. Mit ursächlich dafür ist das unterschiedliche Auftre-

ten von Entwicklungsstörungen (insbesondere bei Sprechen und Sprache), wovon Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. In den höheren Altersklassen sind allerdings die Frauen mit deutlichem Unterschied (> 10%) häufiger von einer Diagnose einer psychischen Störung betroffen.

Weiterhin zu erwähnen sind die Erkrankungen des Urogenitalsystems aufgrund ihres besonders häufigen Auftretens bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren. Bei 63,8% der BKK Versicherten in dieser Altersgruppe ist im aktuellen Berichtsjahr eine solche Diagnose gestellt worden. Im Vergleich dazu nimmt bei den Frauen in der höheren Altersgruppe der über 65-Jährigen die Prävalenz wieder etwas ab, bei den Männern nehmen die Anteile hingegen um ein Vielfaches zu: Männer und Frauen über 65 Jahre weisen beide einen Anteil von etwa 53% auf. Da sich diese Diagnosehauptgruppe auf unterschiedliche geschlechtsspezifische anatomische Gegebenheiten (unterschiedliche Länge der Harnröhre, etc.) sowie auf geschlechtsspezifische Organe bezieht, ist diese Ungleichheit der Diagnosehäufigkeit insgesamt auch auf die der Hauptgruppe zugrundeliegenden Einzeldiagnosen an sich zurückzuführen.

Eine Verminderung der Diagnoseraten mit jeweils höherer Altersklasse ist hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen zu verzeichnen: Im Jahr 2014 wurden in der Gruppe der unter 20-jährigen Versicherten bei 58,7% eine Atemwegserkrankung und bei 38,8% eine Infektion diagnostiziert. Bei beiden Gruppen ist allerdings auch naheliegend, dass dies ein unterschiedliches Konsultationsverhalten der Versicherten widerspiegelt. Hinsichtlich der Atemwegserkrankungen führen die Liste der am häufigsten vergebenen Diagnosen (» Kapitel 2.2) in der Altersgruppe unter 20 Jahre die akute Infektion der oberen Atemwege, die akute Bronchitis und akute Tonsillitis an. Bei den über 65-Jährigen sinken die Diagnosehäufigkeiten der drei genannten Atemwegsinfektionen deutlich auf unter 5%. In den Vordergrund rücken mit fortgeschrittenem Alter insbesondere sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankungen.

#### Ambulante Diagnosen nach Versichertengruppen und Geschlecht

Die folgenden beiden Abschnitte differenzieren das ambulante Versorgungsgeschehen hinsichtlich der sozialen Lage der BKK Versichertenpopulation operationalisiert anhand der unterschiedlichen Versichertengruppen. Es werden die beschäftigten BKK Mitglie-

der, die Arbeitslosengeld-Empfänger (ALG-I, ALG-II) sowie die mitversicherten Familienangehörigen (Kinder und Ehepartner) einander gegenübergestellt.

Wie » Tabelle 3.3 zeigt, sind im Jahr 2014 91,2% der BKK Versicherten mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen und haben dabei eine Diagnose erhalten. Im Vergleich zum letzten Jahr ist dies nur eine minimale Steigerung von 0,3 Prozentpunkten. Der Anteil ist bei den weiblichen Versicherten wie auch in vergangenen Jahren deutlich höher als bei den männlichen (94,4% vs. 87,9%), das gilt auch jeweils für die einzelnen Versichertensubgruppen. Den geringsten Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose weist hierbei die Gruppe der Arbeitslosen (ALG-I) auf: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 61,1% eine Diagnose dokumentiert, also mehr als 25 Prozentpunkte weniger als die Anteile bei den Beschäftigten oder den Familienange-

**Tabelle 3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)**

Versicherten- gruppe	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Alle Versicherten	Männer	87,9
	Frauen	94,4
	<b>Gesamt</b>	<b>91,2</b>
<b>davon sind:</b>		
Beschäftigte Mitglieder	Männer	83,7
	Frauen	93,0
	<b>Gesamt</b>	<b>87,8</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	54,6
	Frauen	68,6
	<b>Gesamt</b>	<b>61,1</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	69,8
	Frauen	82,4
	<b>Gesamt</b>	<b>75,7</b>
Familien- angehörige	Männer	86,7
	Frauen	90,6
	<b>Gesamt</b>	<b>89,1</b>
Rentner	Männer	95,8
	Frauen	97,5
	<b>Gesamt</b>	<b>96,7</b>

hörigen und auch noch fast 15 Prozentpunkte weniger als die ALG-II-Empfänger. Bei der Gruppe der Arbeitslosen (ALG-I) ist zudem auch die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten.

### Ambulante Diagnosen nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen

Wie in ►► Tabelle 3.4 deutlich wird, sind ALG-I-Empfänger durchweg seltener mit einer Diagnose in den Statistiken für die jeweiligen Diagnosehauptgruppen vertreten. Dies setzt sich auch bei den ALG-II-Empfängern fort, Ausnahme sind hierbei allerdings die psychischen Störungen. In dieser Versichertengruppe ist dies nach den Muskel- und Skeletterkran-

kungen die zweithäufigste Diagnosehauptgruppe, mit 40,4% liegt deren Anteil über dem Durchschnitt aller Versicherten (32,3%).

Die größte Abweichung zum Anteilswert aller BKK Versicherten ergibt sich hingegen bei den Atemwegserkrankungen: Nur 22,2% der Arbeitslosen (ALG-I) erhielten eine solche Diagnose. Bei den Familienangehörigen sind Atemwegserkrankungen hingegen bei 50,2% dokumentiert, dies ist für diese Versichertengruppe die am häufigsten ambulant diagnostizierte Diagnosehauptgruppe. Eine Ursache hierfür ist, dass Atemwegserkrankungen bei Versicherten unter 20 Jahren (also in der unter den Familienangehörigen stärker vertretenen Altersgruppe) häufiger diagnostiziert werden als bei älteren Versicherten. So sind bei 58,7% aller Versicherten unter

Tabelle 3.4 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)

Diagnosehauptgruppe	Versicherte insgesamt	davon				
		beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	48,4	49,0	31,2	40,9	28,0	70,4
Krankheiten des Atmungssystems	45,6	44,7	22,2	33,5	50,2	36,8
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	37,8	33,3	24,0	29,9	19,7	72,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	36,2	34,4	20,2	25,5	26,3	50,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	35,2	28,9	20,7	25,9	13,8	79,2
Psychische und Verhaltensstörungen	32,3	28,3	26,2	40,4	26,9	44,0
Krankheiten des Verdauungssystems	29,7	26,2	16,9	25,1	20,3	48,4
Krankheiten der Haut	27,3	23,2	13,2	18,4	27,6	33,9
Verletzungen, Vergiftungen	26,3	22,9	12,9	19,9	25,8	31,5
Infektionen	25,3	22,9	10,8	18,2	31,5	19,1
Neubildungen	19,2	17,3	9,0	9,6	11,0	33,7
Krankheiten des Nervensystems	18,6	16,0	12,6	18,1	9,7	35,1

20 Jahren im aktuellen Berichtsjahr solche Diagnosen gestellt worden, aber nur bei 36,9% aller Versicherten über 65 Jahren.

Vergleichsweise hoch fällt in der Gruppe der Familienangehörigen auch der Anteil mit Infektionen aus (31,5%), allerdings lässt die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen, da Kinder und Jugendliche mit den genannten Beschwerden vermutlich häufiger bei einem Arzt vorstellig werden als Erwachsene.

Den größten Verbreitungsgrad in der Gesamtpopulation der BKK Versicherten haben hingegen wieder die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, nachdem im Jahr 2013 aufgrund einer starken Grippe- und Erkältungswelle die Atemwegserkrankungen knapp eine noch höhere Verbreitung erlangt hatten. Bei 48,4% der BKK Versicherten sind im aktuellen Berichtsjahr solche Erkrankungen diagnostiziert worden. Hier ist der Anteil der beschäftigten Mitglieder mit einer muskuloskelettalen Erkrankung mit 49,0% allerdings auch wesentlich höher als bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit 31,2% und den Familienangehörigen mit 28,0%.

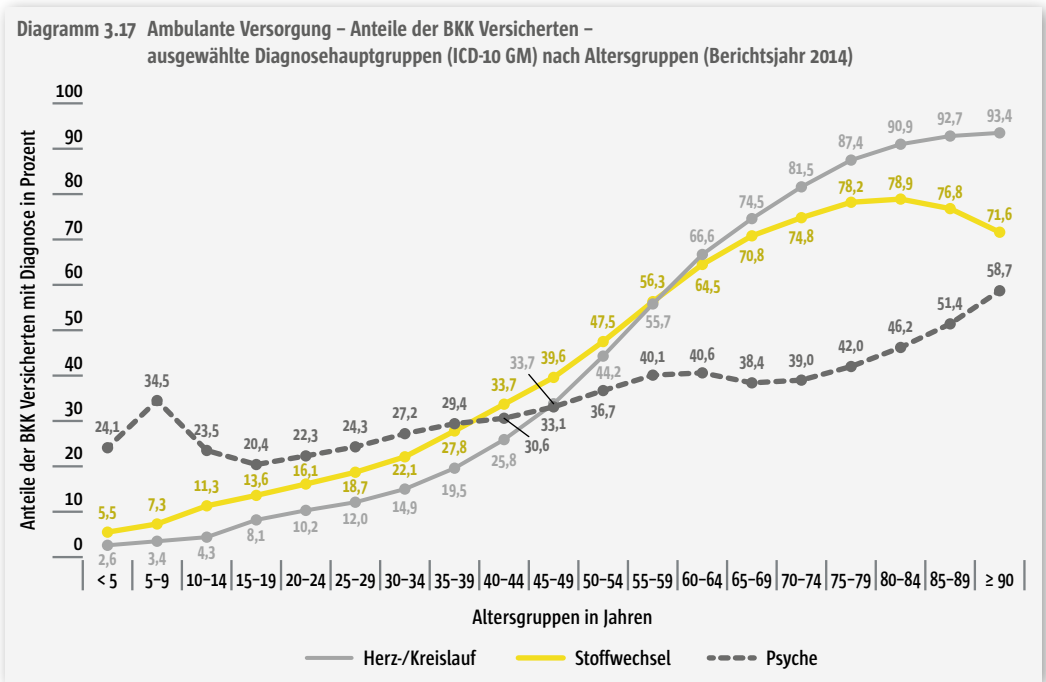
In der Gruppe der Rentner sind muskuloskelettale Erkrankungen mit 70,4% sogar noch verbreiteter, allerdings sind berentete Versicherte noch häufiger

von Stoffwechselkrankheiten (72,0%) und Herz- und Kreislauferkrankungen (79,2%) betroffen. Wie auch **III** Kapitel 2.2 erkennen lässt, verbergen sich dahinter als Einzeldiagnosen im Wesentlichen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck – die allerdings als Risikofaktoren zu schweren Vorfällen wie Herzinfarkt führen können.

Schwerpunkt Langzeiterkrankungen

Zur näheren Darstellung des diesjährigen Schwerpunktthemas werden nachfolgend noch einmal die Faktoren Alter und Zugehörigkeit zu einer Versicherungengruppe anhand ausgewählter Diagnosehauptgruppen, unter denen häufig Langzeiterkrankungen vorkommen, betrachtet. Exemplarisch werden hier die ICD-Hauptgruppen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Nervensystems sowie des Kreislaufsystems betrachtet.

Wie **III** Diagramm 3.17 darstellt, steigen die administrativen Prävalenzen relativ stark über mehrere Altersgruppen insbesondere bei den Herz- und Kreislauferkrankungen zwischen 35 und 54 Jahren, mit jeweils um die 30% mehr Diagnosen gegenüber



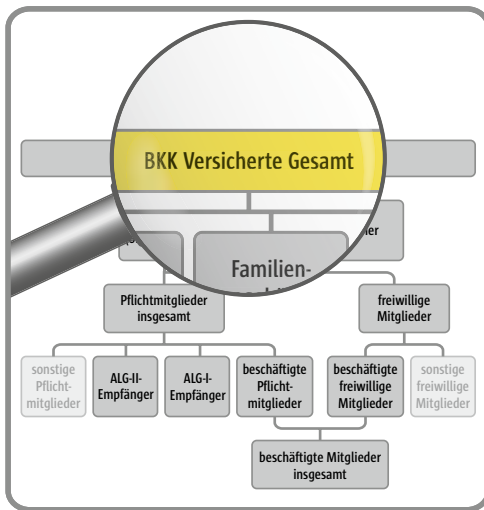
der vorherigen Altersgruppe: Sind bei den 30- bis 34-jährigen etwa 15% betroffen, so werden bei den 50- bis 54-jährigen mit über 44% fast dreimal so häufig Herz- und Kreislauferkrankungen diagnostiziert. Damit setzt die Steigerung der festgestellten Erkrankungen in den Altersklassen etwas früher ein als die vermehrte Medikamentengabe, hier beginnt ein steiler Anstieg der Vergabezahlen etwa ab dem 40. Lebensjahr (vgl. **III** Kapitel 3.4). Auch die Stoffwechselerkrankungen erfahren eine solche Steigerung in den Altersgruppen zwischen 35 und 54 Jahren. Ähnlich wie bei den Herz- und Kreislauferkrankungen steigen danach die Versichertenanteile bei den älteren Gruppen auch weiter an, sinken dann aber auch wieder bei den über 84-jährigen. Einen anderen Verlauf neh-

men hingegen die psychischen Störungen. Auffällig ist hier ein deutlich höhere Anteil in der Altersgruppe der 5- bis 9-jährigen: Gegenüber der niedrigeren Altersgruppe (< 5 Jahre) sowie den nachfolgend höheren Altersgruppen zwischen 10 und 29 Jahren ist hier der Anteil an Personen mit einer Diagnose mehr als 10 Prozentpunkte höher (34,5%). Dies dürfte vor allem darin begründet sein, dass manche Diagnosen wie etwa das hyperkinetische Syndrom (F90) vor dem sechsten Lebensjahr nur schwer von natürlichem entwicklungsbedingtem Verhalten abzugrenzen ist. Ein weiterer Höchststand ist mit 40,6% Betroffenenanteil in Vorrentenalter (60–64 Jahre) zu verzeichnen. Die stärksten Zuwächse gibt es hingegen ab 80 Jahren, hieran haben vor allem Demenzkrankheiten Anteil.

## 3.3 Stationäre Versorgung

- Männer sind häufiger als Frauen wegen Herz- und Kreislauferkrankungen in stationärer Behandlung, Frauen hingegen häufiger als Männer aufgrund einer Muskel- und Skeletterkrankung.
- Rentner sind häufiger als andere Alters- und Versicherungengruppen in stationärer Behandlung, vielfach wegen Herz- und Kreislauferkrankungen.
- Die meisten Behandlungsfälle bei den unter 60-Jährigen erfolgen aufgrund von psychischen Erkrankungen.

Weiterhin muss bei den nachfolgenden Darstellungen berücksichtigt werden, dass es bei der stationären Behandlung zwischen somatischen und psychischen/psychiatrischen Erkrankungen die bereits beschriebenen systembedingten Unterschiede insbesondere hinsichtlich der Vergütung gibt, die sich auf die hier vorliegenden Kennzahlen auswirken. Dass in der stationären psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung aktuell noch kein pauschalisiertes Entgeltsystem etabliert ist, muss bei der Interpretation der Kennwerte berücksichtigt werden.



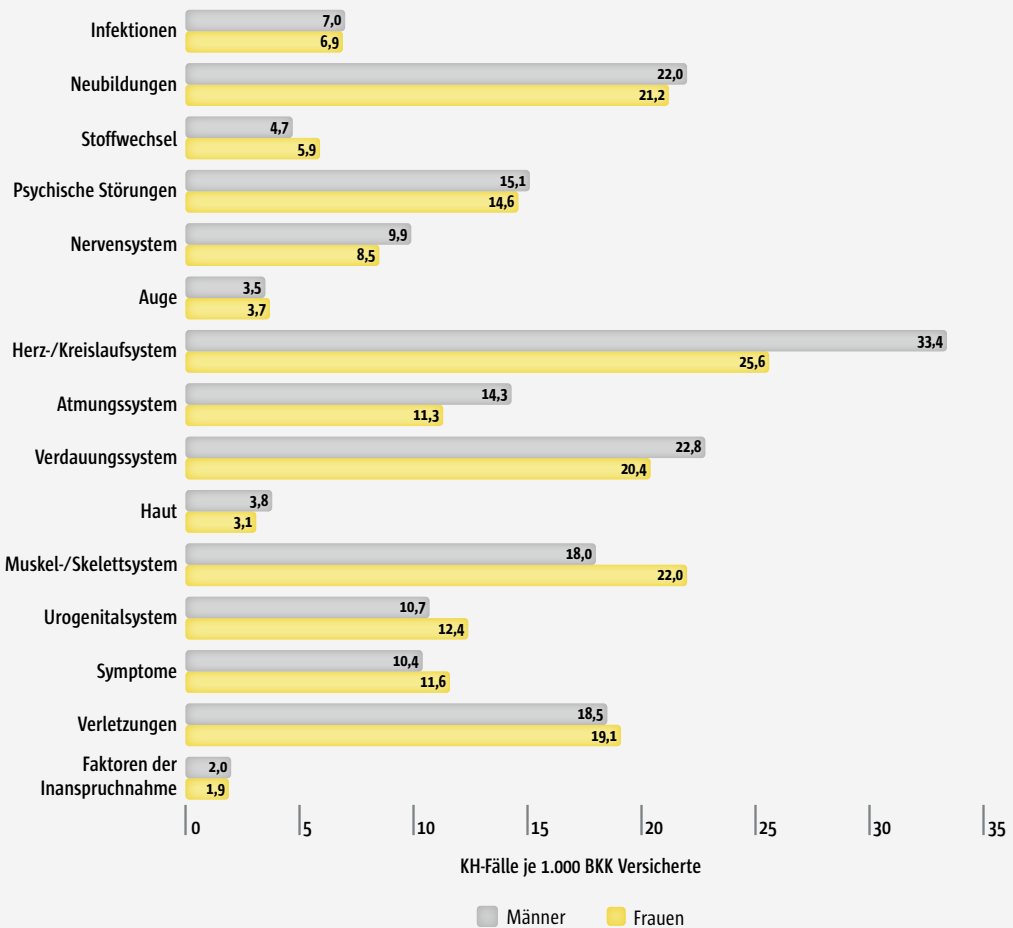
Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich ausschließlich auf Erwerbspersonen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern. Wie schon in vorherigen Kapiteln dargestellt ist, ist auch das Krankheitspektrum in der stationären Versorgung ein anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische – führen nicht unbedingt zu einem Krankenhausaufenthalt.

### Stationäre Versorgung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht

Männer und Frauen nehmen in etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Auf 1.000 männliche BKK Versicherte kommen 202,4 Krankenhausaufenthalte, bei den Frauen sind es 201,0 Fälle. Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen je Versicherte unterscheiden sich die Geschlechter nur leicht (Frauen: 1.825 je 1.000 Versicherte; Männer: 1.783 je 1.000 Versicherte). Hinsichtlich der Krankheitsschwerpunkte unterscheiden sich Männer und Frauen hingegen merklich, wie aus Diagramm 3.18 und Diagramm 3.19 abzulesen ist. Männer sind mit 33,4 Fällen je 1.000 Versicherte weitaus häufiger von Herz-/Kreislauferkrankungen betroffen als Frauen (25,6 Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei auch 288 Aufenthaltstage an (bei den Frauen nur 222 Aufenthaltstage). Auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer öfter in stationärer Behandlung (14,3 Fälle vs. 11,3 Fälle je 1.000 Versicherte), äquivalent fallen auch mehr Krankenhaustage pro Versicherte an (110 Tage vs. 84 Tage je 1.000 Versicherte). Frauen dagegen werden häufiger wegen Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und des Stoffwechsels in einem Krankenhaus behandelt. Während bei den muskuloskelettalen Erkrankungen



Diagramm 3.18 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



entsprechend auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen höher ist, so ist bei den Stoffwechselerkrankungen kaum ein Unterschied bei den KH-Tagen pro Versicherten vorliegend, woraus folgt, dass hier die Männer eine höhere durchschnittliche Verweildauer aufweisen. Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die eine längere Verweildauer aufweisen, während die durchschnittliche Fallzahl zwischen den Geschlechtern kaum unterschiedlich ist. Gleiches gilt auch für Verletzungen/Vergiftungen.

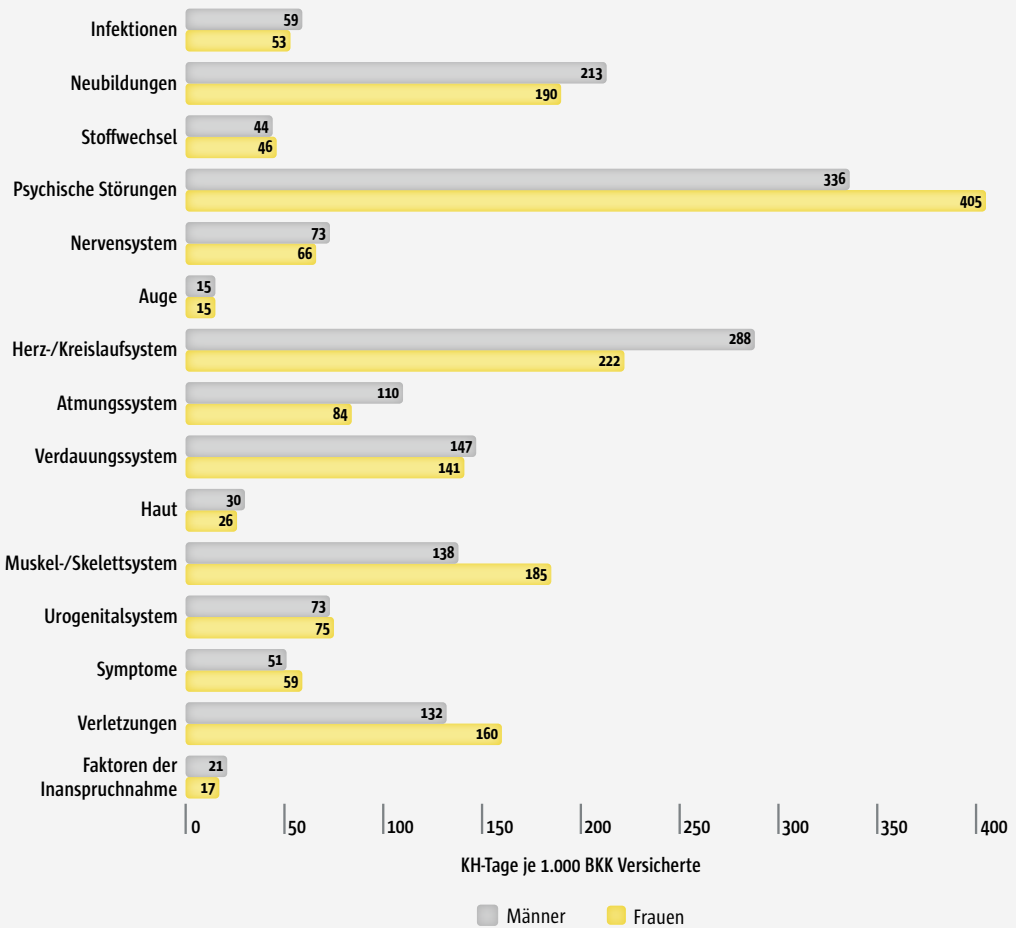
Vergleicht man die Zahlen mit den Ergebnissen aus dem AU-Geschehen (»» Kapitel 3.1), so zeigt sich bei den muskuloskelettalen Erkrankungen sowie

den Verletzungen/Vergiftungen eine Umkehrung zwischen den Geschlechtern: Männer sind aufgrund von Diagnosen aus diesen beiden Hauptgruppen länger krankgeschrieben, Frauen sind hingegen länger in stationärer Behandlung. Anders als bei den Diagnoseraten in der ambulanten Versorgung ist in der stationären Versorgung keine Tendenz zu höheren Fallzahlen für Frauen zu verzeichnen.

#### Stationäre Versorgung nach Alter

Erwartungsgemäß nimmt hingegen mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhaustage als

Diagramm 3.19 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



auch die der Krankenhaustage zu (»»» Diagramm 3.20). Bei den 15- bis 19-jährigen lag die Fallzahl lediglich bei etwa 107 Fällen je 1.000 Versicherte. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65–69 Jahre) waren es 323 Fälle und bei den über 80-jährigen mit 686 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber noch einmal doppelt so viele. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: 65- bis 69-Jährige lagen im aktuellen Berichtsjahr durchschnittlich fast drei Tage im Krankenhaus (zum Vergleich: Der Durchschnitt aller Versicherten liegt bei 1,8 Tagen). Über 80-Jährige verzeichneten mit 7,2 Krankenhaustagen pro Versicherte einen vierfach höheren Tageswert im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt. Aus den Kenn-

zahlen wird auch ersichtlich, dass Fallzahlen und damit einhergehend die Menge an Krankenhaustagen zwischen 15 und 39 Jahren bei den Frauen höher sind als bei den Männern, ab etwa 55 Jahren wiederum weisen die Männer höhere Kennzahlen auf.

#### Stationäre Versorgung nach Diagnosehauptgruppen und Alter

»»» Diagramm 3.21 und »»» Diagramm 3.22 zeigen die Häufigkeit der Krankenhaufälle und Krankenhaustage je 1.000 Versicherte für ausgewählte Krankheitsarten.

Diagramm 3.20 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

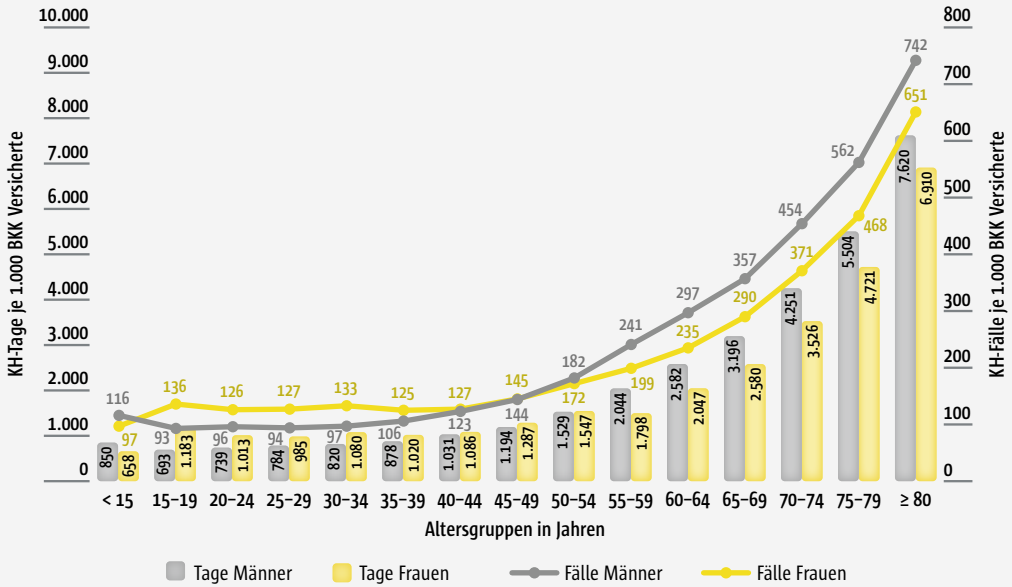


Diagramm 3.21 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)

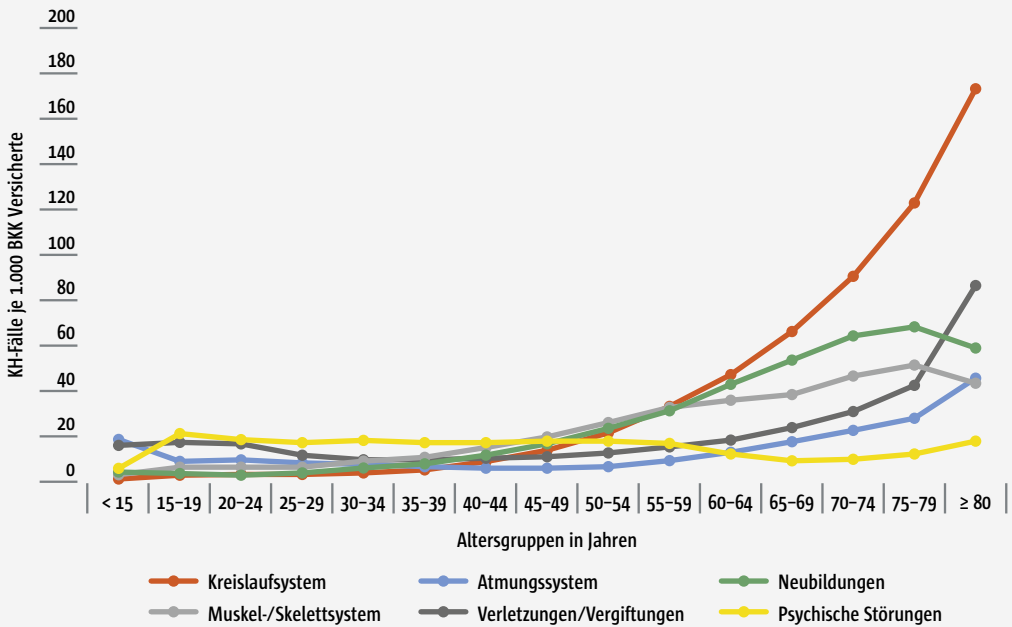
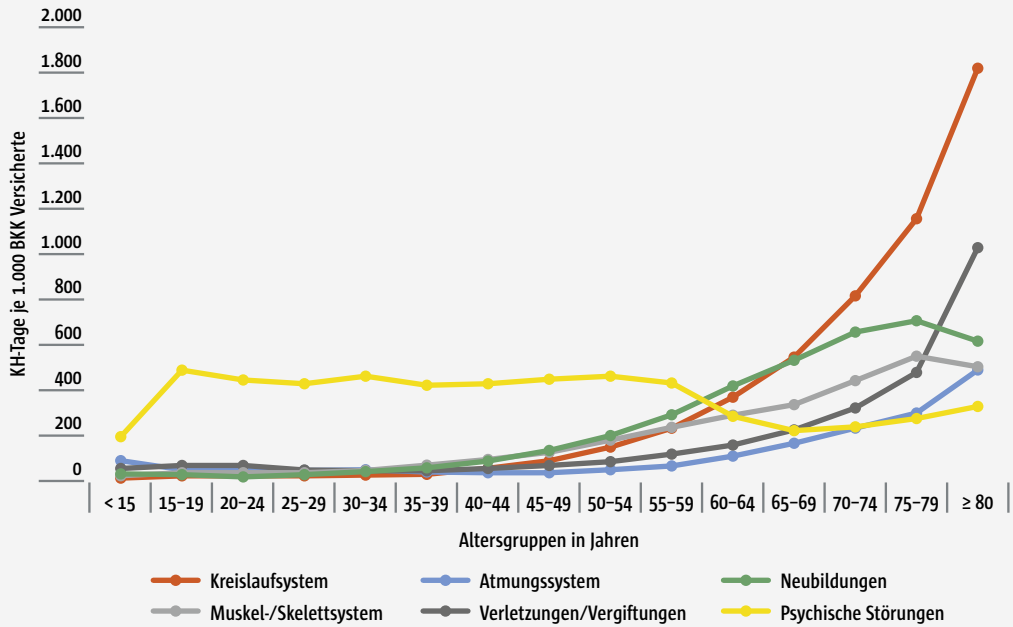


Diagramm 3.22 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



Stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren sind glücklicherweise recht selten und beschränken sich auf bestimmte Diagnosen. Durchschnittlich 107 Fälle je 1.000 Versicherte und 757 Aufenthaltstage pro 1.000 Versicherte waren im Jahr 2014 für diese Altersgruppe zu verzeichnen.

Mit hohen Fallzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen, Infektionen und Verletzungen/Vergiftungen entsprechen die ursächlichen Diagnosen in der stationären Versorgung in diesem Alter in großen Teilen denen in der ambulanten Versorgung (Kapitel 3.2): Demnach sind geschlechtsbezogen die Jungen bis zur Pubertät das anfälliger Geschlecht, was auch in den Zahlen aus der stationären Versorgung wiederzufinden ist. Im Alter bis 15 Jahre waren sie mit 115,7 Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (96,8 Fälle je 1.000 Versicherte). Häufigste Ursache hierfür sind Erkrankungen des Atmungssystems, die ein Fünftel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe ausmachen (21,1 Fälle je 1.000 Jungen und 15,8 je 1.000 Mädchen). Jungen sind zudem auch häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen stationär in Behandlung (6,3 Fälle je 1.000 Jungen und 4,7 Fälle je 1.000 Mädchen). Hierbei ist auch die größ-

te Differenz hinsichtlich der Verweildauer zu verzeichnen, Jungen sind im Schnitt 6,4 Tage länger aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär in Behandlung als Mädchen (36,9 vs. 30,5 Tage je Fall).

Bereits in der Altersklasse von 15 bis 19 Jahren kehrt sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten um: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (135,8 Fälle im Vergleich zu 93,3 Fällen je 1.000 Versicherte). Wie in den beiden Diagrammen zu erkennen ist, steigen vor allem die Fallzahlen (und damit auch die Krankenhaustage pro Versicherte) aufgrund von psychischen Erkrankungen stark an. Mit im Schnitt 21 Fällen je 1.000 Versicherte hat diese ICD-Hauptgruppe den größten Anteil am Geschehen in der stationären Versorgung. Fast jeder fünfte Krankenhausfall und jeder zweite Krankenhaustag in dieser Altersgruppe erfolgen aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung. Hierbei besteht auch wiederum die größte geschlechtsbezogene Differenz hinsichtlich der Verweildauer: Diesmal sind es die weiblichen Jugendlichen, die 6,7 Tage im Schnitt länger pro Fall in stationärer Behandlung sind. Bei Verletzungen und Vergiftungen sind hingegen männliche Jugendliche mit 19,7 Fällen je 1.000 Versicherte weit

häufiger betroffen als weibliche (13,5 Fälle je 1.000 Versicherte).

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich vorwiegend aus Schwangerschaft und Geburt sowie frauenspezifischen Urogenitalerkrankungen und Neubildungen. In der Lebensspanne zwischen 25 und 39 Jahren führen Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt, bei den 25- bis 34-jährigen Frauen entfiel ein Viertel der Fälle allein hierauf. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Bis Mitte zwanzig sind bei ihnen Verletzungen/Vergiftungen Hauptgrund für Krankenhausaufenthalte, etwa jeder fünfte Fall geht darauf zurück. Danach sind Männer am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung. Deren Aufenthaltstage pro Fall sind aber deutlich kürzer, Frauen sind weiterhin im Durchschnitt etwa 6-7 Tage länger in Behandlung als Männer.

Psychische Störungen dominieren bei der Menge der Aufenthaltstage pro Versicherte in den Altersgruppen bis unter 60 Jahre durchgehend das Geschehen, erst danach sind es zuerst die Neubildungen sowie die Herz-Kreislaufkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei sowohl Tage als auf Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig rückläufig sind. Neubildungen sind die häufigste Krankheitsart der weiblichen Versicherten zwischen 40 und 54 Jahren. Bei den 55- bis 64-jährigen Frauen gehen die meisten Fälle dagegen auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurück. Der größere Teil der Herz-/Kreislauf-Behandlungsfälle sowie der daraus entstandenen Krankenhaustage ist hingegen den Männern zuzuschreiben, ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Im Rentenalter ab 65 Jahren schließlich sind Krankheiten des Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern die häufigste Diagnose. Dennoch verzeichneten auch im höheren Alter Frauen hierbei noch deutlich geringere Fallhäufigkeiten. Selbst bei den über 80-jährigen weisen sie noch rund 15% weniger Behandlungsfälle und -tage als die gleichaltrigen Männer auf. In dieser Altersgruppe machen die Herz-/Kreislaufkrankungen insgesamt etwa ein Viertel aller Fälle und Tage aus. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind in der höchsten Altersgruppe die Verletzungen/Vergiftungen. Frauen sind hierbei häufiger aus diesem Grund in stationärer Behand-

lung als Männer (100 Fälle je 1.000 Versicherte vs. 66 Fälle je 1.000 Versicherte). Hierbei dürften Osteoporose-Erkrankungen und häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen.

### Stationäre Versorgung nach Versichertengruppen

Entsprechend der zuvor dargestellten Inanspruchnahme stationärer Versorgung je nach Altersgruppe lassen sich auch die Mengen an Behandlungsfällen und -tage bei Familienangehörigen und Rentnern prognostizieren. Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen am niedrigsten (» Tabelle 3.5): Im Jahr 2014 sind 124 Krankenhaustage je 1.000 mitversicherte Familienangehörige erfolgt, bei 981 Tagen je 1.000 Versicherte war jeder Angehörige im Schnitt etwa ein Tag in stationärer Behandlung. Die weiblichen Familienangehörigen weisen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Die Gruppe der Rentner vereinigt hingegen die meisten Fälle und Tage auf sich, hier sind im aktuellen Berichtsjahr pro 1.000 Versicherte 469 Fälle und 4.684 Krankenhaustage angefallen. Ebenfalls mehr Fälle als der Durchschnitt aller BKK Versicherten sind für ALG-I- (244 Fälle je 1.000 Versicherte) und ALG-II-Empfänger (299 Fälle je 1.000 Versicherte) erfasst, deren durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen mit jeweils über 10 Tagen am längsten ist.

### Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

- Bei den Frauen fallen etwa 10% mehr Langzeit-Krankenhaustage und -tage pro Versicherte an als bei den Männern.
- Personen aus den jungen Altersgruppen benötigen selten eine stationäre Behandlung. Wenn aber eine Krankenhausbehandlung erfolgt, dann ist diese häufiger als bei anderen Personengruppen eine Langzeitbehandlung.
- Arbeitslose sind häufiger als andere Versichertengruppen in Langzeitbehandlung.

Wie zu Anfang dieses Abschnitts beschrieben nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Betrachtet man hingegen nur die Langzeitfälle, so fallen bei den Frauen etwa 10% mehr Krankenhaustage und -tage pro Versicherte an als bei den Männern

Tabelle 3.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

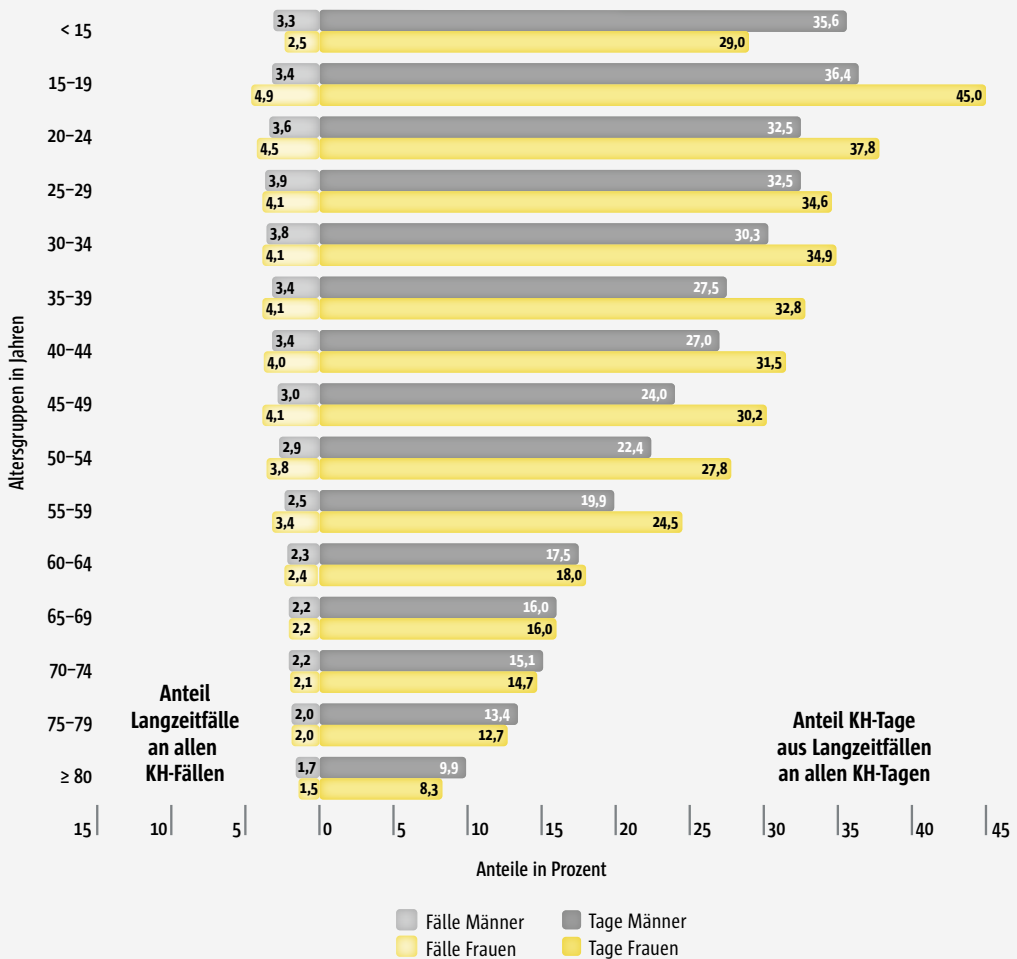
		Fälle		Tage	
		je 1.000 BKK Versicherte			
Versicherte Gesamt	Männer	202,4	1.782,7		
	Frauen	201,0	1.824,7		
	Gesamt	201,7	1.803,7		
davon					
Beschäftigte Mitglieder	Männer	132,0	990,0		
	Frauen	134,9	1.061,9		
	Gesamt	133,3	1.021,5		
ALG-I-Empfänger	Männer	254,6	2.612,6		
	Frauen	233,3	2.434,9		
	Gesamt	244,4	2.527,7		
ALG-II-Empfänger	Männer	311,6	3.337,5		
	Frauen	284,8	3.021,2		
	Gesamt	299,0	3.188,7		
Familienangehörige	Männer	114,7	890,4		
	Frauen	130,1	1.039,4		
	Gesamt	124,0	980,5		
Rentner	Männer	499,4	4.906,7		
	Frauen	442,4	4.487,3		
	Gesamt	469,1	4.683,9		

(Männer: 5,3 Fälle bzw. 358 Tage pro 1.000 Versicherte; Frauen: 5,8 Fälle bzw. 390 Tage pro 1.000 Versicherte). Anteilig an der Gesamtmenge der Fälle und Tage sind bei Männern 2,6% aller Krankenhausfälle eine Langzeitbehandlung mit mehr als 6 Wochen Dauer; mit einem Anteil von 20,1% an allen Krankenhaustagen geht fast genau jeder fünfte Krankenhaustag auf einen Langzeitfall zurück. Bei den Frauen sind die Anteile mit 2,9% der Fälle und 21,4% der Tage entsprechend etwas höher.

Größere Differenzen ergeben sich dabei in unterschiedlichen Altersgruppen (»» Diagramm 3.23). So sind bei den unter 15-Jährigen die männlichen Versicherten häufiger in Langzeitbehandlung (3,3% Anteil an allen Fällen) als die weiblichen Versicherten (2,5% Anteil an allen Fällen). Entsprechend ist auch der Anteil an den Krankenhaustagen größer. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen dreht sich das Verhältnis zwischen den Geschlechtern um, bei den

weiblichen Versicherten sind dabei fast 5% aller Fälle eine Langzeitbehandlung, entsprechend dem Anteil von 45% an allen Krankenhaustagen entsteht bei den weiblichen Versicherten der genannten Altersgruppe fast jeder zweite Krankenhaustag aus einer Langzeitbehandlung. Diese hohen Werte erklären sich aus der Tatsache, dass in dieser Altersgruppe stationäre Behandlungen absolut genommen nicht so häufig vorkommen (vgl. »» Diagramm 3.20) und sie dann häufig ihre Ursache in psychischen Erkrankungen haben, deren Behandlung relativ langwierig ist. Auch in den höheren Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren sind die Anteile der Langzeitbehandlungen an der jeweiligen Menge aller Fälle und Behandlungstage bei Frauen höher als bei Männern. Dabei nehmen aber die Anteile mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern ab. Bei den über 60-jährigen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern wiederum nur noch gering ausgeprägt, d. h. die ab-

Diagramm 3.23 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



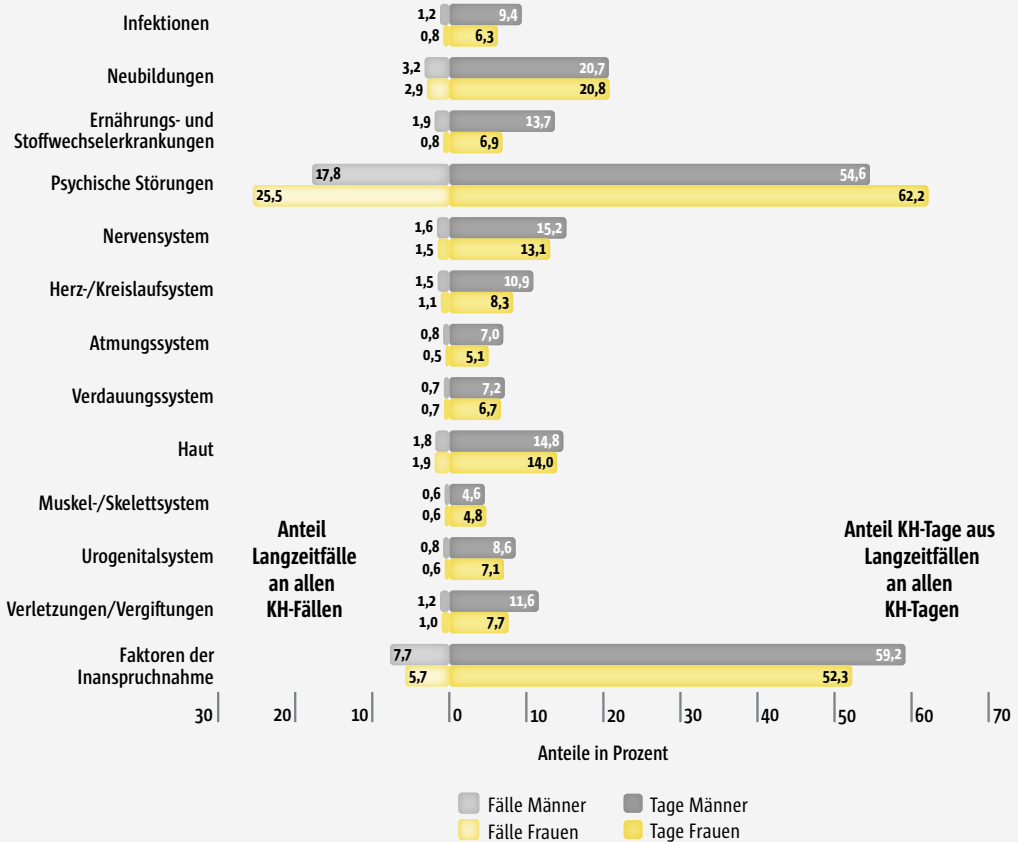
soluten Mengen an Fällen und Tagen sind zwar für Männer größer, Langzeitbehandlungen sind dabei aber bei beiden Geschlechtern mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit ursächlich dafür.

»» Diagramm 3.24 stellt die Anteile der Langzeitbehandlungen am Gesamtgeschehen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen dar. Die absoluten Mengen der Krankenhausaufenthalte bzw. -tage pro 1.000 Versicherte, auf die sich diese Anteile beziehen, sind in »» Diagramm 3.18 und »» Diagramm 3.19 abzulesen. So erkennt man, dass für die codierten Faktoren der Inanspruchnahme insgesamt recht wenig Fälle und Tage pro Versicherte zu verzeichnen sind, ein sehr

großer Teil davon sind allerdings Langzeitbehandlungen. Der jeweilige Anteil an Fällen und Tagen ist dabei bei Männern größer als bei Frauen. Hierunter fallen vor allem Dialysebehandlungen, die bei stationärer Versorgung in der Regel aufgrund von schweren Erkrankungen (z. B. akutes Nierenversagen, Komplikationen nach Transplantation) erfolgen.

Aufgrund von psychischen Störungen sind insgesamt die meisten Behandlungstage pro Versicherte erfolgt, dabei sind auch die Verweildauern im Durchschnitt relativ lang, sodass es nicht verwundert, dass ein Großteil der Krankenhaustage auf Langzeitbehandlungen zurückgeht: Bei den Män-

Diagramm 3.24 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Tage > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



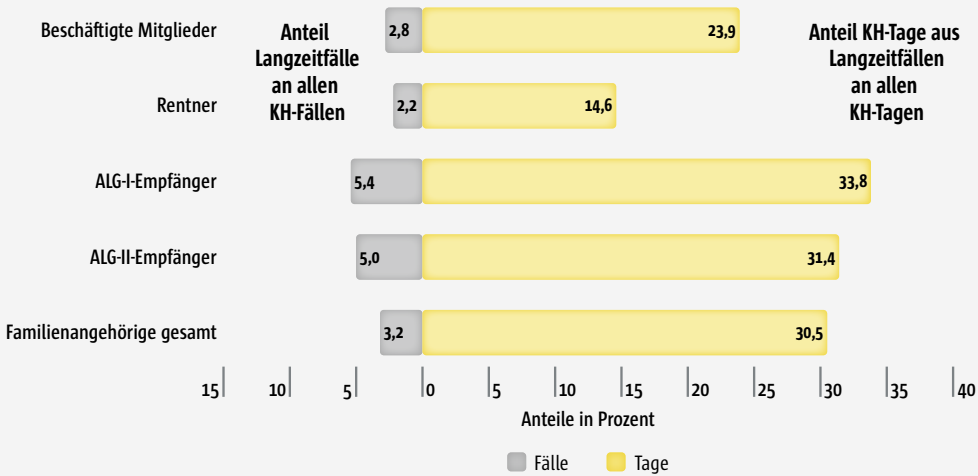
nern sind es 54,6% aller Krankenhaustage und bei den Frauen sogar 62,2% aller Krankenhaustage, die im Rahmen eines Langzeitfalles – bei den Frauen sind etwa ein Viertel aller Fälle Langzeitbehandlungen – anfallen.

Für die einzelnen Versichertengruppen zeigen sich in der Gegenüberstellung der Mengen an Fällen und Tagen (III Tabelle 3.5) mit den darauf bezogenen Anteilen von Langzeiterkrankungen (III Diagramm 3.25) Besonderheiten: Bei der Gruppe der Rentner, die die meisten Fälle und Behandlungstage pro Versicherte aufweist, sind mit 2,2% nur relativ wenige der Fälle Langzeitbehandlungen. Ebenso sind nur 14,6% aller

Krankenhaustage aus einer Langzeitbehandlung entstanden. Bei den Arbeitslosen (ALG-I- bzw. ALG-II-Empfängern), die recht viele Fälle und ebenso Behandlungstage pro Versicherte aufweisen, sind hingegen deutlich mehr Fälle Langzeitbehandlungen; hier sind mit 5,4% (ALG-I) bzw. 5,0% (ALG-II) die höchsten Anteile aller Versichertengruppen zu verzeichnen. Für etwa jeden dritten stationären Behandlungstag von Arbeitslosen (ALG-I: 33,8%; ALG-II: 31,4%) ist eine Langzeitbehandlung ursächlich. Mit ebenfalls über 30% haben Langzeitbehandlungen einen großen Anteil an allen Behandlungstagen bei den Familienangehörigen. Hier sei auch wieder da-



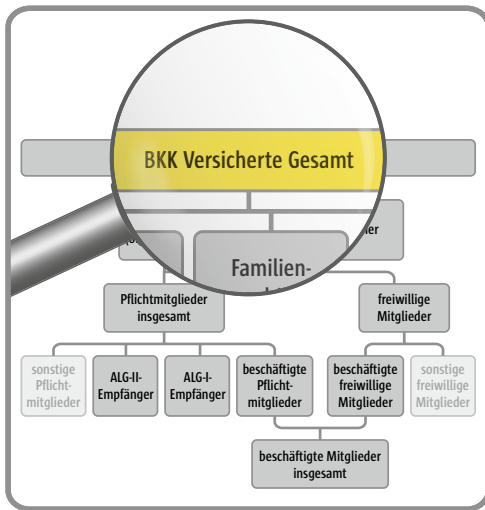
Diagramm 3.25 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)



rauf verwiesen, dass hierunter viele Kinder und Jugendliche fallen, die absolut gesehen relativ selten stationär versorgt werden müssen. Der Anteil der Langzeitfälle an allen Behandlungsfällen ist hingegen mit 3,2% nur mäßig hoch, woraus ersichtlich wird, dass die Langzeitfälle bei den Familienangehörigen gegenüber anderen Versichertengruppen noch langwieriger sind: Während Langzeitfälle bei

den anderen Versicherten zwischen 64 Tagen (ALG-I-Empfänger) und 67 Tagen (ALG-II-Empfänger) dauern, so werden für diese bei den Familienangehörigen im Schnitt 74 Tage benötigt. Auch hier kann dies zu einem großen Teil auf den hohen Anteil an psychischen Erkrankungen in den jungen Altersgruppen zurückgeführt werden, bei denen die Verweildauer lang ist.

## 3.4 Arzneimittelverordnungen



Wie auch schon im vorhergehenden Abschnitt zur stationären Versorgung wird im Folgenden die Gruppe der BKK Versicherten insgesamt sowie differenziert nach Versichertengruppen, dem Alter und dem Geschlecht betrachtet.

### Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

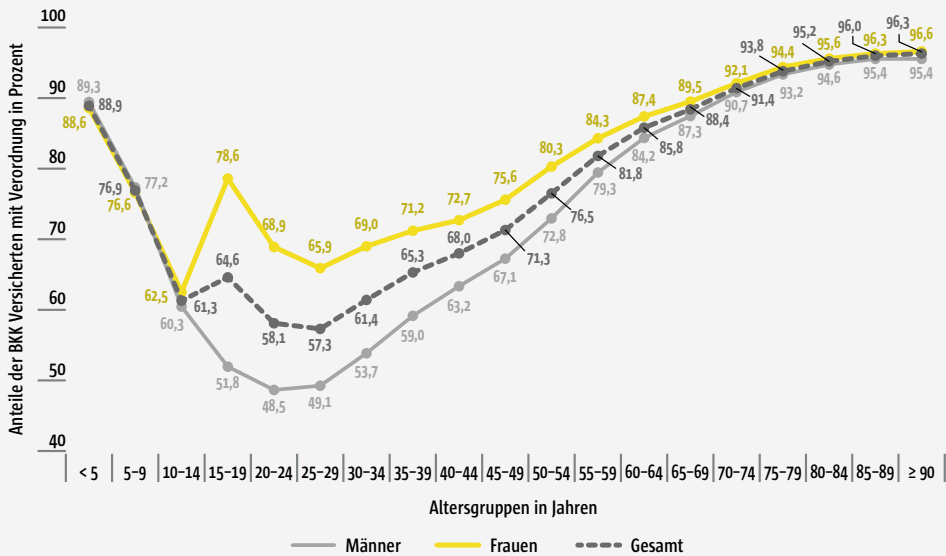
- Ab dem mittleren Lebensalter steigen die Anteile der BKK Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung kontinuierlich an.
- Erhalten in den jüngeren Altersgruppen noch deutlich mehr Frauen als Männer mindestens ein Medikament verordnet, so egalisiert sich der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter.

In **»»** Diagramm 3.26 sind die Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten nach Alter und Ge-

schlecht dargestellt. Der Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung variiert deutlich in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. So zeigt sich, dass die Verschreibungshäufigkeit von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren bei beiden Geschlechtern nahezu identisch ist und vom Kleinkind bis zum frühen Jugendalter deutlich sinkt. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe (vgl. **»»** Kapitel 3.2). Eine weitere Begründung für den hohen Anteil bei den jungen BKK Versicherten mit einer Verordnung kann die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren 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 unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 20-jährigen ist dieser Unterschied am deutlichsten – die Frauen erhalten hier 26,8% mehr Arzneimittelverordnungen als die Männer, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (ATC-Gruppe G) bei den Frauen begründet ist. Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung, die Geschlechtsunterschiede nehmen auch deutlich ab.

Diagramm 3.26 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



### Arzneimittelverordnungen nach Alter, Geschlecht und anatomischer Hauptgruppe

- Insbesondere bei Arzneimitteln, die in Verbindung mit altersbedingten chronischen bzw. Langzeiterkrankungen stehen, zeigen sich bei den über 65-Jährigen mit Abstand die höchsten Verordnungsanteile.
- Mehr als drei Viertel aller über 65-Jährigen erhalten eine Verordnung mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Dies deckt sich unter anderem auch mit dem hohen Anteil von Versicherten mit Herz- und Kreislauferkrankungen in dieser Altersgruppe.

In Erweiterung von **»»»** Diagramm 3.26 erfolgt in **»»»** Diagramm 3.27 eine Differenzierung nach den ATC-Hauptgruppen.

Erkennbar ist, dass für die Mehrzahl der betrachteten Verordnungshauptgruppen für beide Geschlechter eine altersabhängige Zunahme der Verordnungsanteile zu beobachten ist. Abweichend davon stellt sich das Bild bei der Dermatika und den Antinfektiva zur systemischen Gabe dar. Bei letzteren sind es vor allem die unter 20-Jährigen, die hier besonders hohe Anteile aufweisen. Grund hierfür ist wiederum, dass für die Mehrzahl der hierunter fallenden

Präparate nur bis zum 12. Lebensjahr eine Erstattungsfähigkeit gegeben ist. Auch bei den Wirkstoffen für das Muskel- und Skelettsystem zeigen sich bei den unter 20-Jährigen hohe Verordnungsanteile. Hierunter fallen unter anderem auch fiebersenkende und schmerzlindernde Mittel, wie z. B. Ibuprofen, die besonders häufig in dieser Altersgruppe verordnet werden (vgl. **»»»** Diagramm 2.34). Der mit Abstand größte Anteil der Arzneimittelverordnungen ist bei den über 65-Jährigen in der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu finden. Dies korrespondiert mit dem hohen Anteil von Hypertonikern in dieser Altersgruppe (vgl. **»»»** Kapitel 3.2).

Exemplarisch soll am Beispiel der Verordnungshauptgruppe N (Nervensystem) etwas detaillierter auf den Zusammenhang zwischen den Arzneimittelverordnungen und Alter und Geschlecht eingegangen werden. In **»»»** Diagramm 3.28 sind die Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung aus dieser anatomischen Hauptgruppe nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Auffällig sind zunächst die hohen Anteile in der Gruppe der unter 5-Jährigen. Hier sind es vor allem Analgetika (N02; z. B. Paracetamol), die in der Regel nur im Kindesalter erstattungspflichtig sind und bei in dieser Altersgruppe häufig auftretenden akuten Beschwerden eingesetzt werden. Ab dem 15. Lebensjahr bis ins Rentenein-

Diagramm 3.27 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)

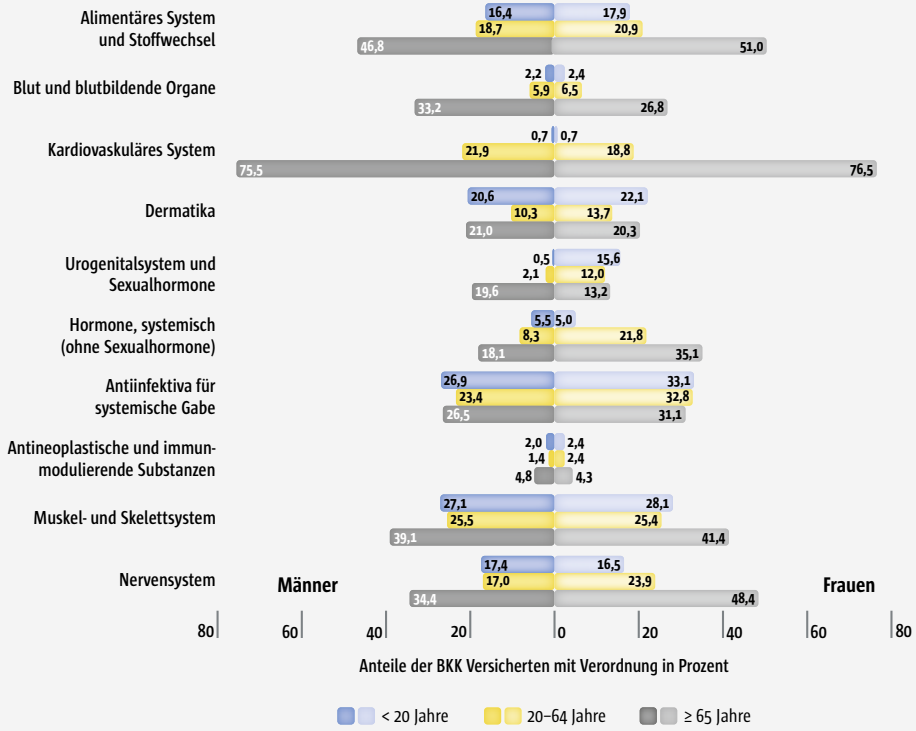
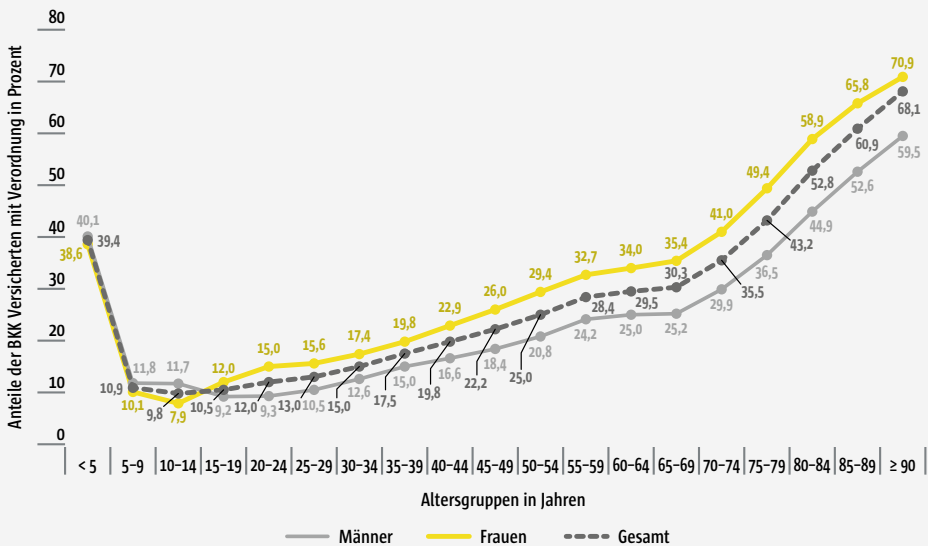


Diagramm 3.28 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung aus der Verordnungshauptgruppe Nervensystem (ATC N) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



trittsalter (65 bis 69 Jahre) steigen die Verordnungsanteile kontinuierlich an – insgesamt ist dabei ein Anstieg um das ca. 3-Fache zu beobachten, wobei dieser Anstieg bei den Frauen tendenziell höher ausfällt als bei den Männern. Ab dem Rentenalter zeichnet sich zusätzlich noch ein deutlicher Sprung im Anstieg der Verordnungen ab, was unter anderem mit der deutlich höheren Krankheitslast im Alter und damit einhergehend auch mit einer vermehrten Medikation verbunden ist.

#### Arzneimittelverordnungen nach Verordnungshauptgruppen und Versichertengruppen

- Die Versichertengruppe der Rentner weist für nahezu alle Wirkstoffgruppen die höchsten Verordnungsanteile auf. Hierbei ist weniger die Zugehörigkeit zu der Versichertengruppe als vielmehr das Alter ausschlaggebend für den hohen Arzneimittelgebrauch.

Die soziale Lage wird auch in diesem Abschnitt anhand der Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe der hier betrachteten 9,1 Mio BKK Versicherten abgebildet. In »» Tabelle 3.6 sind die Verordnungsanteile für die anatomischen Hauptgruppen und ausgewählte Versichertengruppen dargestellt.

Die Gruppe der Rentner weist auch für fast alle ATC-Hauptgruppen die jeweils höchsten Verordnungsanteile im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen auf. Ausnahmen bilden hier die Mittel für den Respirationstrakt, die mit ca. einem Drittel der Verordnungen am häufigsten bei den Familienversicherten (insbesondere Kinder) verschrieben werden. Auch bei den Antinfektiva zur systemischen Gabe unterscheiden sich die verschiedenen Versichertengruppen (bis auf die Arbeitslosen) kaum voneinander. Am deutlichsten ist der Unterschied jedoch bei den Verordnungen für das kardiovaskuläre System. Haben die Rentner hier einen Verordnungsanteil von 71,4%, so liegt diese Quote bei den Familienversicherten gerade mal bei ca. einem Zehntel dessen (7,5%). Dies hängt primär auch mit dem hohen Anteil der Herz- und Kreislauferkrankungen bei den äl-

Tabelle 3.6 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2014)

ATC-Code	Verordnungshauptgruppe	Versicherte insgesamt	davon			
			beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose insgesamt	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Arzneimittelverordnung in Prozent						
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	24,2	17,7	15,9	17,9	47,4
B	Blut und blutbildende Organe	9,4	5,1	5,1	3,8	27,5
C	Kardiovaskuläres System	26,0	18,1	16,0	7,5	71,4
D	Dermatika	15,3	11,0	7,6	18,2	19,8
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,7	6,5	4,7	7,8	15,4
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	15,2	13,2	9,8	9,8	26,7
J	Antinfektiva für systemische Gabe	28,6	27,2	17,3	28,0	28,5
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	2,4	1,5	1,3	2,1	4,7
M	Muskel- und Skelettsystem	28,4	24,5	17,1	25,4	39,1
N	Nervensystem	23,4	17,5	20,1	18,0	41,9
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	1,3	0,9	0,8	2,0	1,1
R	Respirationstrakt	19,5	12,8	9,7	30,9	18,3
S	Sinnesorgane	10,1	6,5	4,0	11,2	16,4

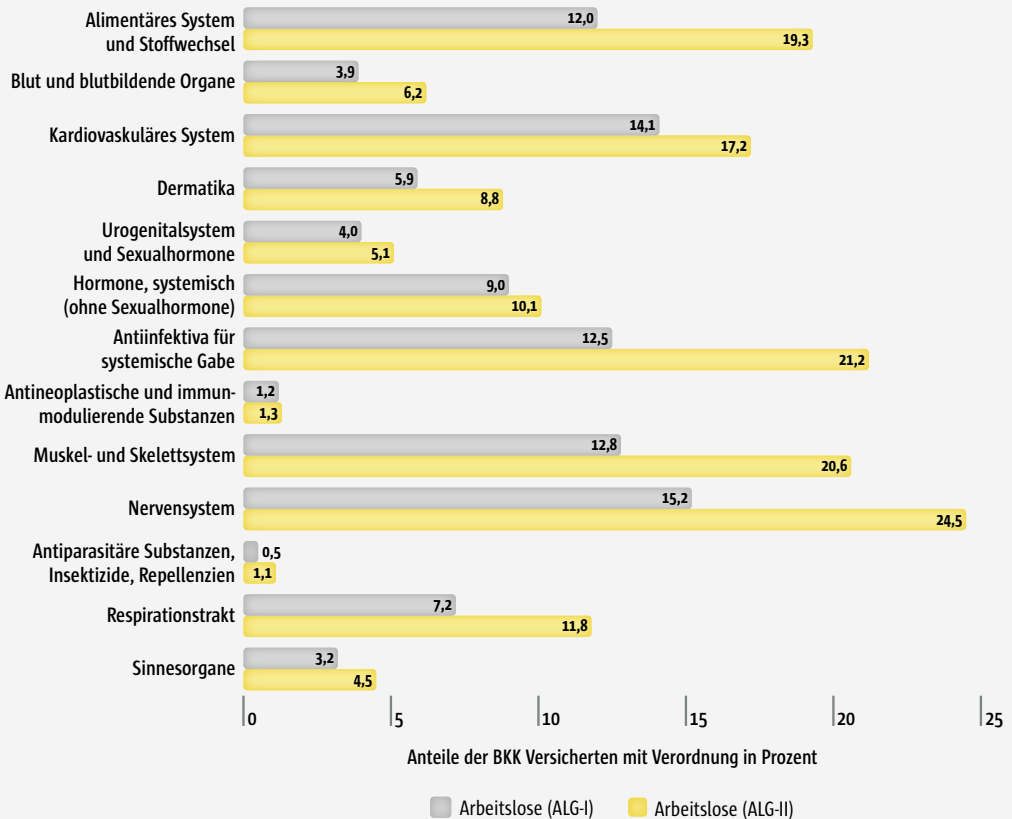
teren Versicherten zusammen (vgl. **III** Kapitel 2.2 und 3.2).

- Arbeitslose mit ALG-II-Bezug weisen wesentlich höhere Verordnungsanteile auf als solche mit ALG-I-Bezug.
- Ausgehend von einer ähnlichen Alters- und Geschlechtsstruktur ist hier die unterschiedliche soziale Lage beider Versichertengruppen als Ursache dieser Differenzen anzusehen.

Aufschlussreich ist auch der Vergleich der Arbeitslosen mit ALG-I und ALG-II-Bezug hinsichtlich der Verordnungsanteile nach anatomischen Hauptgruppen (**III** Diagramm 3.29).

Für alle ATC-Hauptgruppen liegen die Verordnungsanteile der ALG-II-Empfänger zum Teil deutlich über denen der Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug. Besonders interessant sind dabei die Anteile der Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem. Bei näherer Betrachtung fällt insbesondere die Gruppe der Psychoanaleptika (No6), zu denen auch die Antidepressiva zählen, auf. Erhielten 8,1% der ALG-I-Empfänger eine entsprechende Verordnung, so lag dieser Anteil bei den Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug im Jahr 2014 bei 12%. Im Vergleich dazu erhielten lediglich 5,9% der beschäftigten Mitglieder ein Psychoanaleptikum (No6) verordnet. Insofern zeigen sich auch hier, wie bereits in **III** Kapitel 3.1 beschrieben, deutliche Zusammenhänge zwischen Arzneimittelverordnungen und sozialer Lage.

Diagramm 3.29 Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) und ausgewählten Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)



### Schwerpunkthema Langzeiterkrankungen

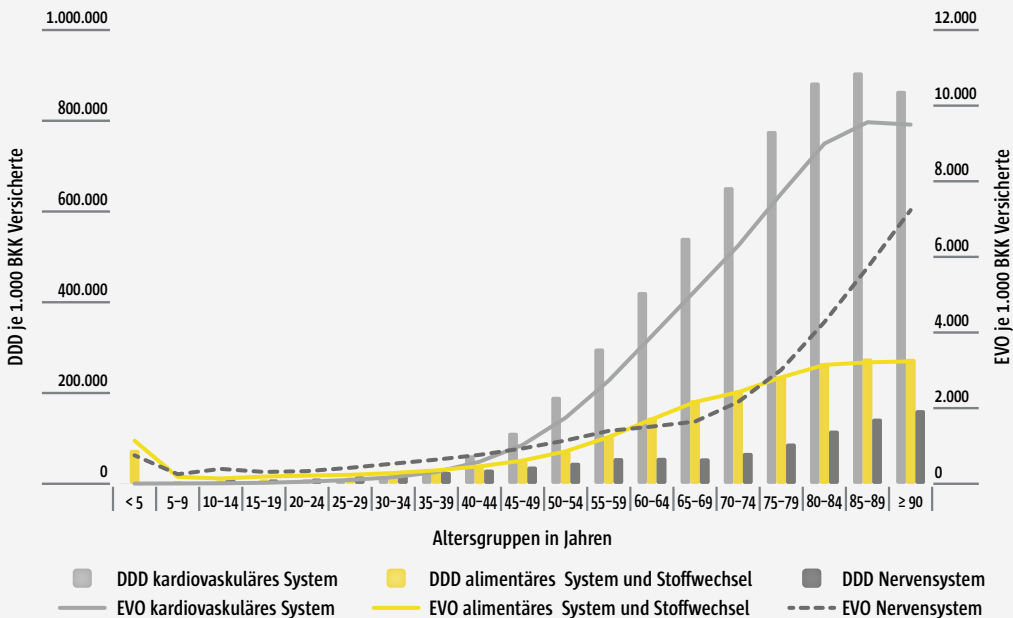
Da bereits in **III** Kapitel 2.4 ausführlich auf Geschlechtsunterschiede eingegangen wurde, werden an dieser Stelle noch einmal die Faktoren Alter und Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe im Kontext des diesjährigen Schwerpunkthemas anhand ausgewählter anatomischer Hauptgruppen betrachtet.

- Verordnungsanteile für Mittel mit Wirkung auf das Herz- und Kreislaufsystem steigen altersbedingt am stärksten an.
- Zudem ist auch das Verhältnis der definierten Tagesdosen je Einzelverordnung als Hinweis auf eine Langzeitmedikation bei dieser Wirkstoffgruppe am größten.

In **III** Diagramm 3.30 sind noch einmal die drei nach Einzelverordnungen (EVO) und definierten Tagesdosen (DDD) am häufigsten verordneten Arzneimittel der BKK Versicherten nach Altersgruppen dargestellt. Insbesondere die Gruppe der Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System weist hier

ab dem 40. Lebensjahr einen steilen Anstieg sowohl bei den definierten Tagesdosen als auch bei den Einzelverordnungen auf. Ab dem gleichen Alter sind ebenfalls, wenn auch weniger stark ausgeprägt, altersbedingte Anstiege für Mittel aus den ATC-Gruppen alimentäres System und Stoffwechsel sowie Nervensystem erkennbar. Die Stärke dieser Anstiege entspricht in etwa auch dem Verhältnis der altersspezifischen Prävalenzen bestimmter Erkrankungen im ambulanten Bereich, wie z.B. Hypertonie (I10), Lipidstoffwechselstörungen (E78) sowie der depressiven Episode (F32). Insbesondere bei den Herz- und Kreislauferkrankungen sind die größten Sprünge feststellbar. Des Weiteren lässt sich beobachten, dass im Vergleich der drei ATC-Hauptgruppen das Verhältnis zwischen Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen bei den Wirkstoffen für das kardiovaskuläre System am stärksten auf eine Langzeitmedikation hindeuten. In der Altersgruppe der 75- bis 79-jährigen ergeben sich z.B. durchschnittlich 101 DDD je EVO, in der ATC-Gruppe alimentäres System und Stoffwechsel sind es 84 DDD je EVO und beim Nervensystem lediglich 29 DDD je EVO.

Diagramm 3.30 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD je 1.000 BKK Versicherte für ausgewählte ATC-Hauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2014)

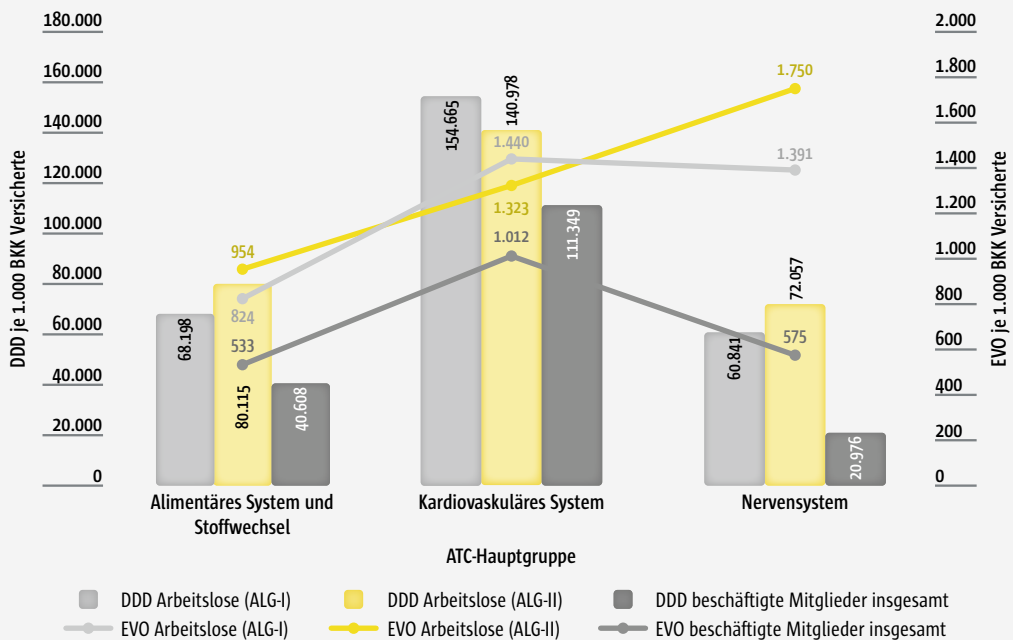


- Arbeitslose erhalten im Vergleich zu den beschäftigten Mitgliedern deutlich mehr Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen.
- Zudem ist auch das Verhältnis der definierten Tagesdosen je Einzelverordnung als Hinweis auf eine Langzeitmedikation bei dieser Wirkstoffgruppe am größten.

In **»»** Diagramm 3.31 sind die im vorherigen Diagramm dargestellten ATC-Hauptgruppen für ausgewählte Versichertengruppen bezogen auf die EVO und DDD je 1.000 Versicherte dargestellt. Deutlich wird hier zunächst, dass die beschäftigten Mitglieder sowohl weniger Einzelverordnungen als auch weniger definierte Tagesdosen im Vergleich zu den Arbeitslosen erhalten. Für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel zeigt sich zudem, dass die ALG-II-Empfänger deutlich mehr EVO und DDD erhalten als die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug. Gleiches gilt auch für Arzneimittel aus der Gruppe Nervensystem, wobei hier die An-

zahl der EVO bei den Arbeitslosen mehr als doppelt (ALG-I) bzw. dreimal (ALG-II) so hoch ausfällt wie bei den beschäftigten Mitgliedern. Dies deckt sich mit den Befunden zum AU-Geschehen sowie in der ambulanten und stationären Versorgung (vgl. **»»** Kapitel 3.1 bis 3.3), wo die Arbeitslosen durchweg die höchsten Krankenstände bzw. Diagnose- und Fallanteile aufweisen. Abweichend hiervon stellt sich das Bild bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System dar. Hier liegen die ALG-I-Empfänger bei den definierten Tagesdosen leicht über den Werten der Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug. Dies steht im Widerspruch zu den ambulanten Diagnosen für diese beiden Gruppen: Die ALG-I-Empfänger weisen hier mit 20,7% der Versicherten mit einer Diagnose aus der Gruppe der Kreislauferkrankungen einen geringeren Anteil auf als die Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug (25,9%). Eine Erklärung, warum die Langzeitarbeitslosen weniger Wirkstoffe aus dieser Gruppe als die ALG-I-Empfänger erhalten, muss an dieser Stelle offen bleiben und bedarf weiterer Analysen.

Diagramm 3.31 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherte nach ausgewählten ATC-Hauptgruppen und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)





# Schwerpunkt Politik



# Politische Handlungsstrategie gegen Langzeiterkrankungen/Nationale Diabetes-Strategie 2015

Dietrich Monstadt

Mitglied des Deutschen Bundestags, Berlin

Deutschland verfügt über eines der leistungsstärksten Gesundheitssysteme weltweit und es gilt, dieses hohe Niveau der medizinischen Versorgung angesichts der demografischen Entwicklung flächendeckend und für Jedermann aufrecht zu erhalten – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, Wohnort, Bildung, Einkommen und anderen sozio-ökonomischen Faktoren.

Wir wissen: Der demografische Wandel ist die gesellschaftliche Herausforderung der nächsten Jahrzehnte [1]:

- bis 2060 wird jeder zweite Deutsche älter als 51 Jahre sein;
- während es zurzeit 650.000 Deutsche gibt, die über 90 Jahre alt sind, werden es im Jahr 2060 rund 3,3 Mio. sein.

Allein aufgrund der demographischen Entwicklung ist von einer weiteren Zunahme, insbesondere von Diabetes mellitus Typ 2, auszugehen. Nach dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) leiden aktuell mindestens 6 Mio. Menschen an Diabetes (» Abbildung 1). Ca. 95% der Betroffenen leiden an Typ-2-Diabetes, ca. 5% an Typ 1. Im Bereich der Erkrankung Diabetes verzeichnen wir einen Anstieg um 38% seit 1998. Rund 750 Neuerkrankungen pro Tag und mehr als 270.000 Neuerkrankungen pro Jahr kommen hinzu [2]. Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen oder Amputationen sind schwerwiegend.

Diabetes und seine Folgeerkrankungen belasten das Gesundheitssystem mit direkten Kosten in Höhe von 48 Mrd. Euro jährlich (2009). Die durchschnittlichen Kosten der Versorgung eines Diabetes mellitus sind bereits jetzt von 4,9 Mrd. Euro (2002) auf 6,3 Mrd. Euro gestiegen [3].

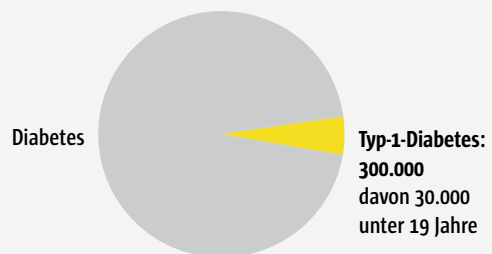
## Diabetes-Versorgung: Herausforderungen und Chancen

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. An Diabetes erkrankte Menschen bedürfen einer kontinuierlichen, wohnortnahen, ambulanten Langzeitbetreuung. Angesichts eines zunehmenden Ärztemangels, ins-

Abbildung 1 Deutschland hat einen Spitzenplatz bei Diabetes (Quelle: [www.diabetes-stoppen.de](http://www.diabetes-stoppen.de))

Kosten durch Diabetes 2009: 48 Mrd. Euro  
Anstieg seit 2000: +24%

2012 über 6 Mio. Menschen mit Diabetes  
Anstieg seit 1998: +38%



- Alle 20 Minuten stirbt hierzulande ein Mensch an Diabetes.
- Jeden Tag gibt es in Deutschland rund 1.000 Neuerkrankungen.
- Typ-2-Diabetes wird in der Regel 8 bis 10 Jahre zu spät diagnostiziert.
  - Jedes Jahr erblinden 2.000 Patienten.
  - Jedes Jahr gibt es 40.000 Amputationen.

besondere in strukturschwachen ländlichen Regionen, und einer zu erwartenden steigenden Nachfrage, insbesondere aufgrund des demografischen Wandels, ist dies eine große Herausforderung. 90% der Typ-2-Diabetiker werden auf Hausarztzebene versorgt, wobei hier der Versorgungsqualität eine entscheidende Rolle zukommt. Die restlichen 10% werden in Schwerpunktpraxen (ca. 1.100) oder stationär betreut. Mit dem am 11. Juni 2015 im Bundestag verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz stel-

len wir eine gut erreichbare, flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten in allen Regionen Deutschlands auf hohem Niveau sicher. Gleichzeitig stärkt es die Patientenrechte und verbessert die Versorgungsqualität. Für Diabetiker ist dies von wesentlicher Bedeutung. Dennoch müssen wir bei weiteren Gesetzgebungsverfahren am Ball bleiben: Vor dem Hintergrund des drohenden Haus- und Fachärztemangels und der Tatsache, dass lediglich zwei Doppelstunden zu Diabetes im 6-jährigen Medizinstudium gelehrt werden, müssen wir z.B. auch bei dem für die zweite Jahreshälfte 2015 angekündigten Masterplan „Medizinstudium 2020“ ansetzen, sowohl im Bereich der Allgemeinmedizin als auch im Fachbereich der Diabetologie. Zudem wäre eine bessere Verzahnung der Fachrichtungen Diabetologie/Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Endokrinologie wünschenswert.

Auch mit dem anstehenden Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (eHealthG) können sich Möglichkeiten für eine bessere Versorgung der chronisch Kranken ergeben. Durch telemedizinische Anwendungen können z.B. lückenlos geführte Diabetes-Tagebücher an den zuständigen Arzt übermittelt werden, der zunächst auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt individuelle Therapien ableiten sowie mögliche Behandlungsfehler frühzeitig erkennen und verhindern kann. Ziel ist es, die Lebensqualität von betroffenen Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu steigern, ihnen eine bessere Unterstützung durch Ärzte und medizinisches Fachpersonal zu ermöglichen und die Kostenträger im Gesundheitswesen zu entlasten.

Des Weiteren muss die personalisierte Diabetes-Medizin immer mehr in den Mittelpunkt der Versorgung rücken. Studien des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung haben gezeigt, dass ca. 30% der übergewichtigen Menschen mit einem Body-Mass-Index von mehr als 32 kg/qm kein erhöhtes Diabetesrisiko aufweisen, dagegen andere 30% bei den gleichen Voraussetzungen metabolisch hoch gefährdet sind. Dies zeigt, dass künftig viel mehr auf den einzelnen Erkrankten, auf seine genetische Disposition eingegangen und eine speziell auf ihn ausgerichtete, individuelle Therapie erstellt werden muss.

In diesem Zusammenhang muss auch das Verfahren der Nutzenbewertung für Antidiabetika hinterfragt und überprüft werden. In den letzten Jahren wurden vier neue Antidiabetika von den Herstellern vom Markt genommen, weil der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) keinen Zusatznutzen bescheinigt hat. Ein strukturelles Problem, da positive Lang-

zeiteffekte vor dem Hintergrund der patientenrelevanten Endpunkte Morbidität und Mortalität nur schwierig nachweisbar sind. Hier muss die Compliance der Betroffenen an Bedeutung gewinnen. Auch über neue Vergleichstherapien als Grundlage der Nutzenbewertung muss nachgedacht werden.

» Schon bestehende Versorgungsstrukturen bieten Möglichkeiten zur Verbesserung der Behandlung von Diabetes. Eine gut erreichbare, flächendeckende Versorgung, der Ausbau von eHealth, eine personalisierte Diabetes-Medizin sowie eine stärkere Verankerung des Themas im Medizinstudium sind Ziele der nächsten Jahre.

### Politik im gesellschaftlichen Wandel

Wir leben in einer „Gesellschaft des längeren Lebens“, die gekennzeichnet ist durch einen Wandel der Lebensstile. Heute wird in der Regel nicht mehr so schwere körperlich Arbeit verrichtet wie früher, dadurch haben sich die natürlichen Bewegungsabläufe gewandelt. Auch das Freizeitverhalten vor allem der Kinder ist heute ein anderes. Sport in der Freizeit wird heute oftmals ersetzt durch Computerspiele. Hinzu kommen die Verlockungen der Lebensmittelindustrie. Dagegen kommen wir bislang kaum an und das muss sich unbedingt ändern. Verschiedene politische Maßnahmen können dazu beitragen, einen gesunden Lebensstil mit einer ausgewogenen Ernährung und mehr körperlicher Betätigung zu fördern.

» **Wir brauchen strukturierte Maßnahmen, um insbesondere:**

- besser über Ursache und Therapie des Diabetes mellitus aufzuklären.
- über den richtigen Umgang mit Lebensmitteln unfähig und zielgerichtet zu informieren und dabei effektive Kampagnen zu entwickeln, um eine nachhaltige Verbesserung der Krankheitsentwicklung erreichen zu können.
- eine frühzeitige und langfristige Behandlung von Diabetes zu fördern, denn nur bei früher Therapie ist die Progression der Diabeteserkrankung aufzuhalten.
- durch Präventionsmaßnahmen den Ausbruch der Erkrankung zu verzögern oder gar zu vermeiden und somit einhergehende Folgekomplikationen zu verhindern.
- die Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit des einzelnen Betroffenen zu erhalten und zu fördern, die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehöriger.

gen zu verbessern sowie soziale Diskriminierung und deren Folgen abzubauen.

Durch gezielte Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sollen Langzeiterkrankungen wie Diabetes erst gar nicht entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Eine hohe Lebensqualität auch im hohen Alter muss unser gemeinsames Ziel sein. In den letzten Monaten konnte man vielfach Schlagzeilen wie „42% aller Todesfälle sind Folge chronischer Erkrankungen“ oder „Wie unser Lebensstil uns krank macht“ der Presse entnehmen. Dem muss ein Ende gesetzt werden.

Warum betone ich das so? In der Gesellschaft eher als Altersdiabetes bekannt, nimmt die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die an Typ-2-Diabetes erkranken, kontinuierlich zu. Dies ist eine erschütternde Erkenntnis für die Gesundheitspolitik, aber auch für die Gesellschaft, in der wir leben. Wir wissen, dass die Manifestation der Diabetes-Erkrankung bei vielen Patienten vermeidbar gewesen wäre. Falsche Ernährung und lebensstilbedingte Gewichtszunahme schon im Kindesalter sind dafür eine Ursache. Wenn man richtiges und gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten bei jungen Menschen von vornherein anerzieht, werden sie ihr Leben lang mit einem Fundus an Wissen ausgestattet, an das sie sich vielleicht dann, wenn sie selbst Verantwortung tragen, erinnern und versuchen können, richtiges Körperverhalten zu leben.

Das bedeutet, wir müssen die Menschen noch besser aufklären. Prävention und Aufklärung schon in jungen Jahren halte ich für den Schlüssel, um den „Tsunami“, der auf uns zurollt, erfolgreich entgegenzutreten zu können. Mit dem Präventionsgesetz haben wir nun den ersten Schritt in Richtung der Diabetes-Bekämpfung getan. „Diabetes mellitus Typ 2 – Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ hat als primäres nationales Gesundheitsziel Niederschlag im Gesetz gefunden.

Darüber hinaus hat die CDU/CSU-Bundestagsfraktion ein Konzept entwickelt, das dezidierte Präventionsstrategien sowie Früherkennungs- und Versorgungsmaßnahmen beschreibt, insbesondere zur Stärkung der Selbsthilfe betroffener Patienten. Als übergeordnete Handlungsebene soll eine Nationale Strategie die grundsätzlichen bundesweiten Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Prävention und Versorgung des Diabetes schaffen. Die Auswahl und konkrete Ausgestaltung der jeweiligen Maßnahmen vor Ort könnte in Form von regionalen Diabetes-Plänen erfolgen, z.B. auf Landes- oder kommunaler Ebene.

## Start einer Nationalen Diabetes-Strategie

In Deutschland gibt es deutliche regionale Unterschiede in der Diabetes-Häufigkeit – trotz identischer bundesgesetzlicher Rahmenvorgaben im Gesundheitswesen (III Abbildung 2). Die Diabeteshäufigkeit weist in der Tendenz ein Nordost-Südwest-Gefälle auf und ist in wirtschaftlich schwachen Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit signifikant höher. So ist zum Beispiel der Anteil der betroffenen Bevölkerung in der Altersgruppe zwischen 45-74 Jahren mit 10,9% in Vorpommern fast doppelt so hoch wie in der Region Augsburg mit 5,8% [4, 5]. Ergebnisse aus dem DIAB-CORE-Verbund des Kompetenznetzes Diabetes (Zusammenschluss von fünf bevölkerungsbezogenen regionalen Surveys und dem Bundesgesundheitsurvey) zeigen weiterhin, dass die Diabetesprävalenz in wirtschaftlich schwachen Regionen höher ist. Auch in kleinräumigen Analysen erwies sich, dass strukturelle Benachteiligungen im näheren Wohnumfeld einen Einfluss auf die Diabeteshäufigkeit haben. So nahm mit steigender Arbeitslosigkeit die Diabetesprävalenz zu. Neben der individuellen sozioökonomischen Situation scheint demnach auch das Leben in benachteiligten Regionen mit hoher Arbeitslosenquote und schlechter Infrastruktur mit einem höheren Diabetesrisiko assoziiert zu sein.

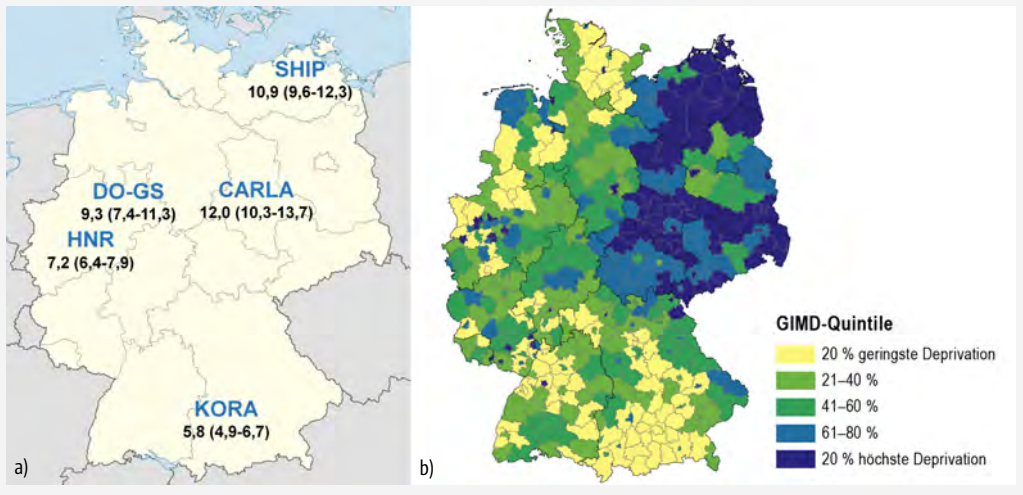
Notwendig sind zuverlässige Datengrundlagen zur Versorgungssituation bei Diabetes. Infolge dessen soll am Robert Koch-Institut (RKI) das Gesundheitsmonitoring zu einem nationalen Diabetes-Überwachungs-System (sog. Diabetes-Surveillance) mit regelmäßiger Berichterstattung ausgebaut werden. Dafür soll eine Zusammenarbeit und Informationsaustausch des Surveillance-Systems mit dem Anfang 2015 gegründeten Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen stattfinden und die Routinedaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung – unter Beachtung des Datenschutzes – genutzt werden.

Ein wichtiger Ausgangspunkt ist somit die Bestandsaufnahme und Analyse der Versorgungssituation in den jeweiligen Bundesländern. Es soll angestrebt werden, dass die Analysen und Diabetes-Berichte der Länder in die Daten-Basis des o.g. nationalen Diabetes-Überwachungs-Systems beim RKI einfließen und zu einem „Nationalen Diabetes-Bericht“ zusammengeführt werden. Eine solche bundesweite Bestandsaufnahme und Analyse der Versorgungssituation ist die wichtigste Grundlage im Hinblick auf die erforderlichen weiterführenden Schritte im Bereich der Diabetesbekämpfung.

**Abbildung 2** Prävalenz des bekannten Diabetes und regionale Deprivation in Deutschland [5] (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/138136/Typ-2-Diabetes-Praevalenz-und-Relevanz-angeborener-und-erworbener-Faktoren-fuer-die-Praediktion>).

a) Ergebnisse des DIAB-CORE Verbunds im BMBF-Kompetenznetz Diabetes mellitus: Prävalenz des bekannten Typ-2-Diabetes mellitus in der Altersgruppe 45–74 Jahre. Angaben in % (95%-Konfidenzintervall); SHIP: Study of Health in Pomerania; CARLA: Cardiovascular Disease, Living, and Ageing in Halle Study; HNR: Heinz Nixdorf Recall Study; DO-GS: Dortmunder Gesundheitsstudie; KORA: Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg.

b) GIMD: German Index of Multiple Deprivation (Darstellung auf Kreisebene). Kartographie: Werner Meier, Helmholtz Zentrum München; Kartengrundlage: VG250 (GK3), Bundesamt für Kartographie und Geodäsie. © Werner Meier, Abdruck mit freundlicher Genehmigung.



Die bereits jetzt bestehenden Versorgungsangebote für Diabetes (Disease Management Programme; DMPs) müssen im Rahmen ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und Durchführung durch die dafür zuständigen Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung besser bekanntgemacht und weiterentwickelt werden, zum Beispiel durch zielgenauere und flexiblere Ausrichtung der DMPs und Schulungen, Stärkung des Engagements der Leistungserbringer und Kostenträger, Gewährleistung einheitlicher und aussagekräftiger Evaluation und Qualitätsberichterstattung der DMPs sowie Weiterentwicklung der DMPs unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Durch gezielte Informations- und Aufklärungsmaßnahmen soll weiterhin die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen verbessert sowie soziale Diskriminierung und deren Folgen abgebaut werden. Der Bekanntheitsgrad und die Reichweite der bestehenden Diabetes-Informations- und Beratungsdienste sollen verbessert, die Informationsangebote und Zugangswege ausgebaut und eine ausrei-

chende und nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden. Darüber hinaus sollen durch die Zusammenarbeit, Vernetzung, Abstimmung und wechselseitige Unterstützung der Informationsdienste, auch mit anderen seriösen Informationsanbietern (u. a. BZgA, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, RKI), Synergieeffekte erzielt werden.

Am Wichtigsten ist jedoch: Die Prävention des Diabetes ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Im Sinne eines sektorenübergreifenden Ansatzes müssen alle relevanten Bereiche in die Nationale Diabetes-Strategie, wie z. B. Ernährung, Sport, Bildung, Forschung, Verbraucherschutz, Arbeit, Soziales, Familie, Senioren, Frauen, Jugend, Umwelt, Verkehr und Stadtentwicklung, eingebunden werden. Ziel ist ein aufeinander abgestimmtes Maßnahmenpaket zur Diabetesbekämpfung, welches im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes der WHO und der EU alle relevanten Politik-Bereiche in die Verantwortung nimmt.

### Eckpunkte der Nationalen Diabetes Strategie [6]

- Stärkung und Ausbau der Vorbeugung und Früherkennung von Diabetes mellitus
- Schaffen einer zuverlässigen Datengrundlage zur Versorgungssituation bei Diabetes
- Bekanntmachung und Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten für Diabetes
- Verbesserung der Information und Aufklärung über Diabetes
- Wahrnehmung der Diabetes-Bekämpfung als ressortübergreifende Aufgabe
- Schaffen von Voraussetzungen für „maßgeschneiderte“ Diabetes-Pläne der Länder

### Fazit

Als Unionspolitiker und Betroffener ist es nach wie vor mein übergeordnetes Ziel, aufzuklären, anzuleiten und die Eigenverantwortung so zu stärken, dass ein Diabetes mellitus verhindert werden kann. Mindestens 50% der Typ-2-Diabetiker kann geholfen werden, ohne dass es Medikamenten bedarf. Eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung reichen dafür oftmals aus.

Wir wissen, Diabetes mellitus gehört zu den bedeutendsten nicht übertragbaren Krankheiten. Aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung steht das Gesundheitssystem vor der großen Herausforderung, die Versorgung des Diabetes mellitus ohne Qualitätsverluste und ohne finanzielle Einschränkungen künftig gewährleisten und sicherstellen zu können.

Des Öfteren werden wir, die politisch Verantwortlichen, mit der Frage konfrontiert: Warum hat oder will Deutschland keinen Nationalen Diabetes-Plan? Nationale Diabetes-Pläne werden mit wenigen Ausnahmen lediglich in kleineren Ländern wie z.B. Österreich, Finnland, Schottland, Portugal und Norwe-

gen durchgeführt, die in ihrer Größe und Einwohnerzahl eher mit einem deutschen Bundesland vergleichbar sind. Für ein bevölkerungsreiches Flächenland wie Deutschland mit seinem dezentral organisierten, föderalen und selbstverwaltungsorganisierten Gesundheitssystem ist eine Strategie, wie ich sie oben beschrieben habe, schlicht und ergreifend praktikabler.

Demnach bin ich der festen Überzeugung: Eine Nationale Diabetesstrategie, wie sie in unserem Antrag vorgesehen ist, ist der erste und richtige Schritt in Richtung der Diabetes-Bekämpfung. Ein Meilenstein, um den „Diabetes-Tsunami“, der auf uns zurollen wird, effektiv entgegenwirken zu können.

### Literatur

1. Ergebnisse einer bisher unveröffentlichten Studie von Professor Dr. Eckart Bomsdorf von der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 2012
3. Köster I, Schubert I, Huppertz E. Fortschreibung der KoDiM-Studie: Kosten des Diabetes mellitus 2000–2009. Dtsch Med Wochenschr. 2012; 137: 1–4
4. Schipf S, Werner A, Tamayo T, Holle R, Schunk M, Maier W, Meisinger C, Thorand B, Berger K, Mueller G, Moebus S, Bokhof B, Kluttig A, Greiser KH, Neuhauser H, Ellert U, Icks A, Rathmann W, Völzke H. Regional differences in the prevalence of known type 2 diabetes mellitus in 45–74 years old individuals: Results from six population-based studies in Germany (DIAB-CORE Consortium). Diabet Med. 2012; 29(7): e88–95
5. Rathmann W, Scheidt-Nave C, Roden M, Herder C. Type 2 diabetes: prevalence and relevance of genetic and acquired factors for its prediction. Dtsch Arztebl Int. 2013; 110(19): 331–337
6. Entwurf Entschließungsantrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion „Prävention und Versorgung des Diabetes mellitus zielgerichtet weiterentwickeln – Start einer Nationalen Diabetes-Strategie“. Unveröffentlichtes Manuskript, Stand. 1.7.2015
7. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2015. Die Bestandsaufnahme. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, ISSN 1614-824X



Dietrich Monstadt, MdB

Nach dem Studium der Rechtswissenschaft Rechtsanwalt und Seniorpartner in der Rechtsanwaltskanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher mit Sitz in Schwerin und Rostock. Seit 1996 Mitglied der CDU. Seit 2011 Schatzmeister des CDU-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern. Seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages und Mitglied im Gesundheitsausschuss. Seit 2014 Mitglied des Rechtsausschusses sowie des Bundesausschusses Gesundheit und Pflege der CDU Deutschland. In der AG-Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Berichterstatter für Medizinprodukte, Diabetes und Adipositas.

© Foto:  
Deckbar/diabetesDE –  
Deutsche Diabetes-Hilfe

# Regionale Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Kurt Bestehorn<sup>1</sup> und Eckart Fleck<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut für klinische Pharmakologie, TU Dresden, und

<sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., Berlin

## Einleitung

In zahlreichen Publikationen, so auch im Deutschen Herzbericht 2014 [1], werden partiell erhebliche regionale Unterschiede bei den Morbiditäts- und Mortalitätsziffern für koronare Herzkrankheit (KHK, auch als ischämische Herzkrankheit bezeichnet), Herzinfarkt (MI) oder die Herzinsuffizienz (HI) beschrieben. Ähnliches gilt ebenso für andere Hauptdiagnosen oder Prozeduren.

Solche Daten werden in der Annahme, dass sie Aussagen zur Qualität der medizinischen Versorgung zulassen, gern auch für Planungszwecke wie z. B. Bedarfsschätzungen herangezogen. Für eine solide Vorgehensweise wäre es allerdings erforderlich, die Validität dieser Daten zu kennen, d. h. zu hinterfragen, ob und inwieweit mögliche Confounder (sowohl Einfluss- als auch Störfaktoren) bei der Berechnung berücksichtigt wurden.

## Methodische Aspekte

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst Morbidität und Mortalität von KHK, MI und HI. Dazu gehören u. a. Alter, Geschlecht, Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsarmut, Rauchen, Störungen des Lipidstoffwechsels (insbesondere Hypercholesterinämie), Hypertonie, Diabetes mellitus und weitere Begleiterkrankungen wie Hyperurikämie, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises oder chronische Lungenerkrankungen sowie soziodemografische Faktoren wie soziale Schicht, Bildungsstand und Berufstätigkeitsstatus [2].

Da diese Faktoren regional im Vergleich der Bundesländer und noch ausgeprägter auf Kreisebene sehr unterschiedlich verteilt sind, erscheinen valide Aussagen ohne Berücksichtigung möglicher Einflüsse dieser Faktoren kaum möglich. Leider stehen jedoch die notwendigen Daten wissenschaftlich fun-

diert in hinreichender Genauigkeit und Umfang außerhalb regionaler Register wie z. B. KORA [3] und SHIP [4] nicht zur Verfügung.

Zusätzliche weitere wichtige Einflussfaktoren sind folgende:

- Einzugsgebiet und Zuweisungsverhalten für medizinische Versorgungseinrichtungen,
- Unsicherheiten der Totenschein-Diagnose (nicht validiert). Zahlreiche Publikationen weisen darauf hin, dass Angaben zur Todesursache in Leichenschauhscheinen keine solide Grundlage für die Todesursachenstatistiken bieten und dass dafür eine Vielzahl von Gründen vorliegt [5].
- eine einheitliche Definition des MI und der KHK (worauf basierend? z. B. auf Symptomen, EKG oder Troponin-Assays),
- die Validität der Kodierung,
- verschiedene und regional möglicherweise unterschiedlich häufig angewandte Therapiemöglichkeiten des MI (Stent-Implantation, aorto-koronare Bypass-Operation).

## Regionale Unterschiede bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt

Laut Daten des Statistischen Bundesamtes sind bei der Morbidität der KHK, dargestellt durch die stationäre Morbiditätsziffer der ischämischen Herzkrankheiten (Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner), erhebliche regionale Unterschiede festzustellen (»» Abbildung 1). Das gilt auch unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Ein vergleichbares Bild ergibt sich auch für die Mortalität (Sterbeziffer [SZ] des MI, wie aus »» Abbildung 2 und 3 ersichtlich wird), die 2012 für Männer 73,5 und für Frauen 57,3 betrug. Dies trifft auch für die altersbereinigte Über- bzw. Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer zu.



Abbildung 1 Stationäre Morbiditätsziffer des akuten Myokardinfarkts [1].  
Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts.

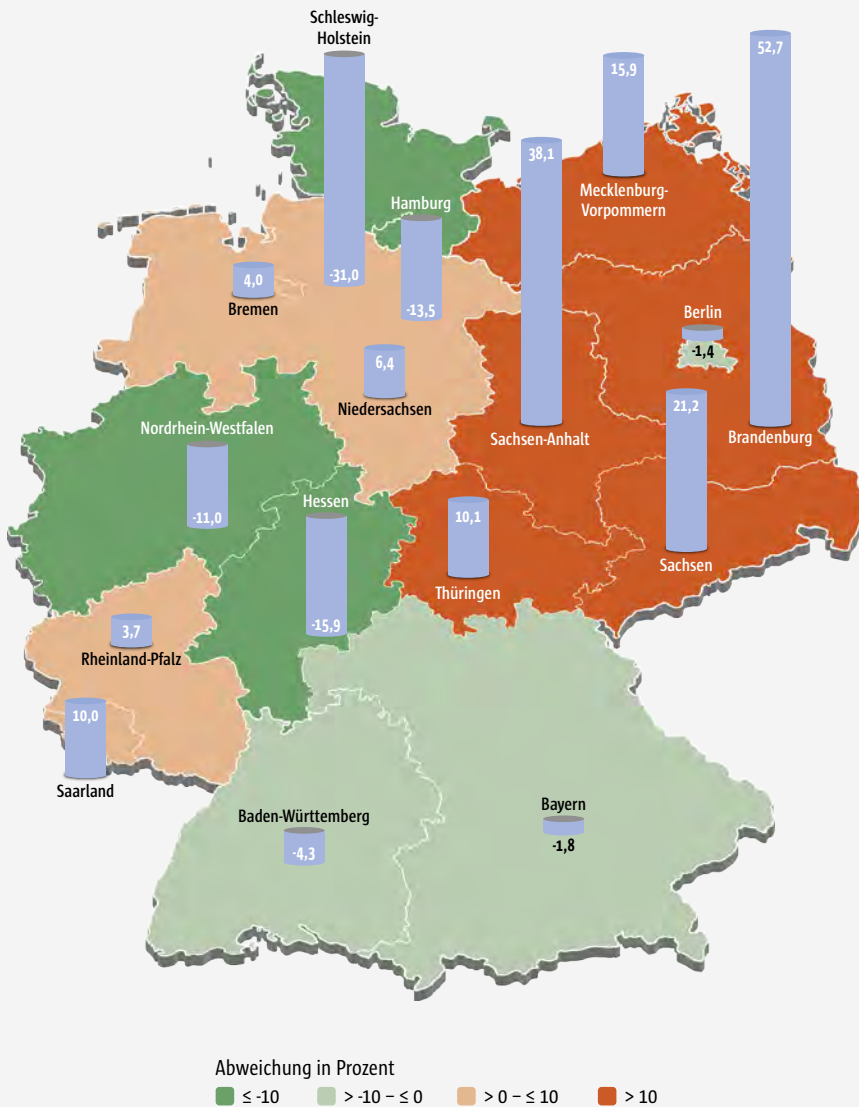


Hier fallen nicht nur die erheblichen Unterschiede zwischen Flächenstaaten wie Nordrhein-Westfalen (SZ für Männer 137 und für Frauen 122) und Sachsen-Anhalt (SZ für Männer 268, für Frauen 270) auf, sondern auch, dass z.B. in Berlin die SZ für Frauen mit 129 höher ist als die für Männer (125). Dieser Effekt ist sonst in abgeschwächter Form nur in Sachsen und Sachsen-Anhalt beschrieben, während in

den übrigen Bundesländern die SZ für Männer um bis zu 34 höher ist als die der Frauen.

Bei der Diagnostik zeigen sich ebenfalls erhebliche regionale Unterschiede. So weisen in Mecklenburg-Vorpommern 23,2% der Patienten, die einer Koronarangiografie unterzogen wurden, ein akutes Koronarsyndrom (ACS = lebensbedrohliche Phase der KHK: Instabile Angina pectoris oder akuter MI

Abbildung 2 Altersbereinigte Über-/Unterschreitung der Sterbeziffer des akuten Myokardinfarkts nach Bundesländern [1]. Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts.



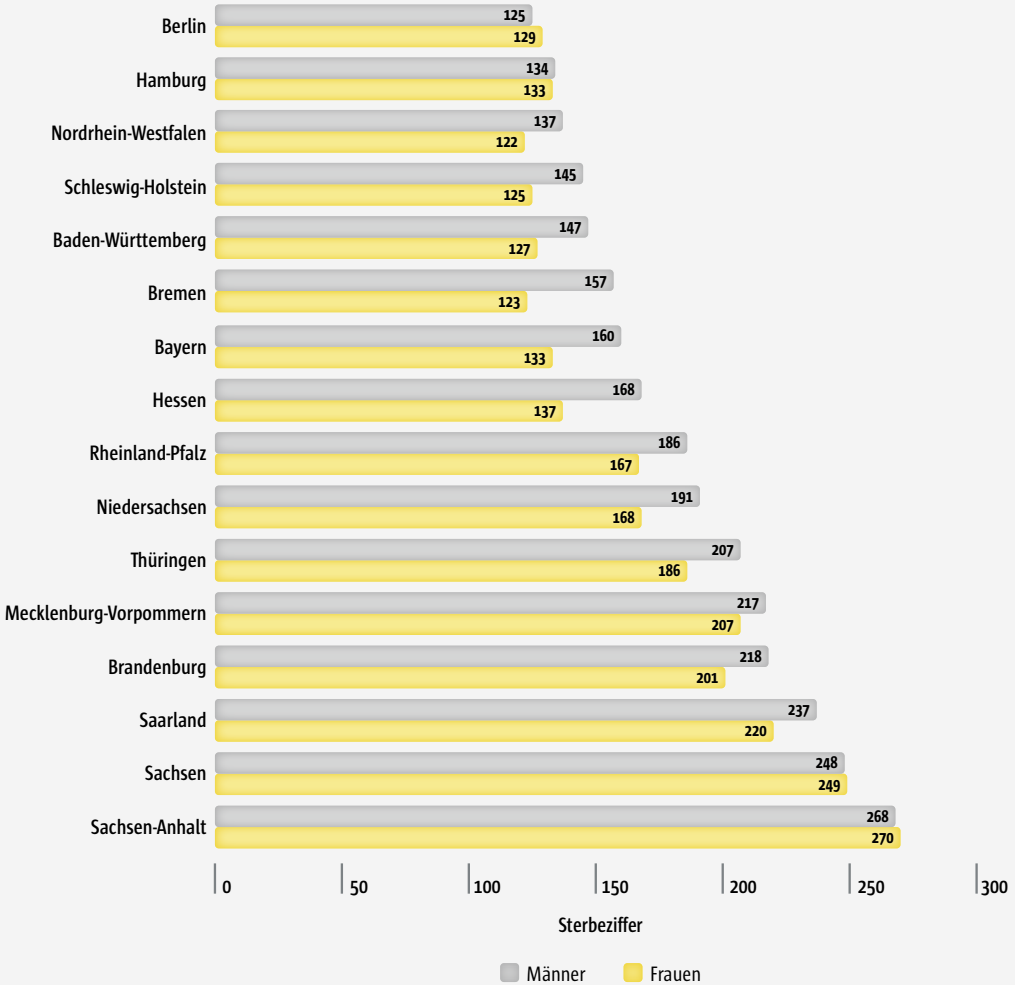
oder plötzlicher Herztod) auf, während in Hessen 39% und im Stadtstaat Bremen 58,7% dieser Patienten als ACS kodiert wurden [6]. Selbst innerhalb eines Bundeslandes bestehen bzgl. der Patienten, bei denen eine Koronarangiografie durchgeführt worden war, erhebliche Unterschiede hinsichtlich der zugrunde liegenden Erkrankung, zumindest bei Kliniken mit vergleichbarer Fallzahl. Die Spannwei-

te der Fälle mit Koronarangiografie und ACS beträgt 0 bis 55% [6].

Eigentlich sind derartige Varianzen nicht sehr wahrscheinlich. Als mögliche Ursachen für die Unterschiede werden diskutiert:

- Differenzen der Kodierung zwischen den Bundesländern
- unterschiedliche Definition des MI/ACS

Abbildung 3 Sterbefälle der ischämischen Herzerkrankungen nach Geschlecht und Bundesländern [1]. Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts.



- Einfluss der logistischen Organisationsqualität auf regionaler Ebene,
- unterschiedliche Patientenprofile, insbesondere hinsichtlich der Verteilung der erwähnten Confounder wie z.B. soziodemografische Merkmale, geändertes Konsumverhalten (Rauchen) und/oder Begleiterkrankungen.

Regionale Unterschiede in Bezug auf Risikofaktoren sind u. a. beschrieben für die arterielle Hypertonie und den Diabetes mellitus – Prävalenzen zwischen 7,5% und 15,8% – sowie die Arbeitslosenquote, die im

Mai 2015 je nach Bundesland zwischen 3,5% und 11,0% betrug [5].

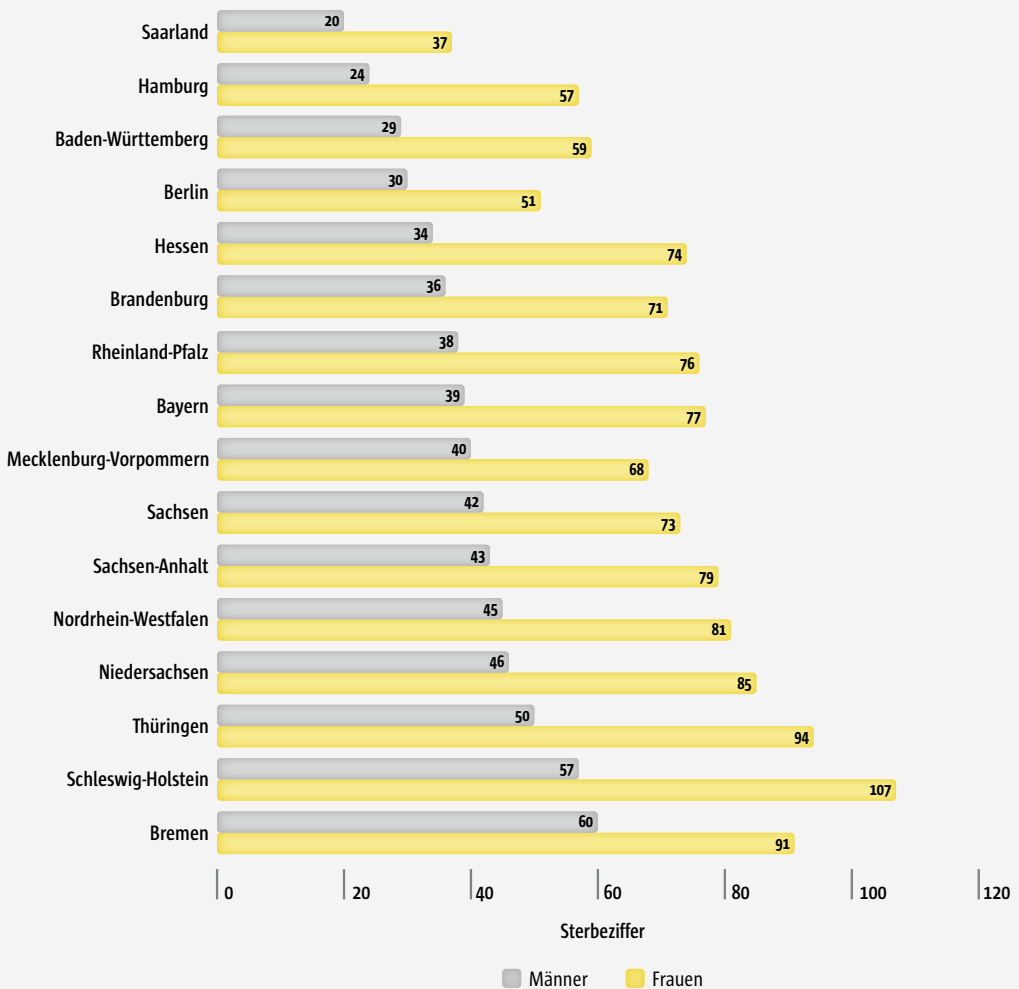
Im internationalen Vergleich z.B. mit Ländern wie Schweden und Großbritannien (UK) sind die Ergebnisse nach ACS, das mit einer perkutanen Coronarintervention (PCI) versorgt wurde, in Deutschland hinsichtlich der Mortalität in der Klinik mit 4% vergleichbar mit Schweden (5,8%) bzw. deutlich günstiger im Vergleich zu UK mit 8,8%. Berücksichtigt man Altersgruppen, finden sich in den schwedischen Daten Streuungen zwischen 0,8% und 14%. Zusätzlich ist zu bemerken, dass sowohl die briti-

schen als auch die schwedischen Patienten weniger häufig unter gleichzeitig bestehender Herzinsuffizienz oder einem Diabetes mellitus litten [6]. In Schweden werden für die Koronarografie und PCI regionale Unterschiede mit einem Faktor von 2 bis 3 beschrieben. Auch die Autoren des RIKHS-HIA-Registers weisen darauf hin, dass Vergleiche zwischen Regionen und Kliniken nur mit großer Vorsicht interpretiert werden können, insbesondere wegen möglicher (in den Datensammlungen nicht erfasseter) unterschiedlicher Patientencharakteristika.

### Regionale Unterschiede bei Herzinsuffizienz

Für die Herzinsuffizienz, die zweithäufigste Einzeldiagnose von vollstationär Behandelten [8], finden sich seit 2004 eine kontinuierliche Zunahme der stationären Morbiditätsziffer und eine mit dem Alter zunehmende Sterblichkeit. Die Sterbeziffer war 2012 mit 75,0 für Frauen nahezu doppelt so hoch wie für Männer (39,5). Zwischen den Bundesländern bestehen bei der Mortalität der Herzinsuffizienz erhebliche Unterschiede (»» Abbildung 4).

Abbildung 4 Sterbeziffer der Herzinsuffizienz nach Geschlecht und Bundesländern [1]. Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts.



Analog zur Mortalität sind die Unterschiede bei den stationären Morbiditätsziffern für Herzinsuffizienz (Bundesdurchschnitt 2012 480 pro 100.000 Einwohner) zwischen den einzelnen Bundesländern auffällig (» Abbildung 5), aber ohne erkennbare Einflussgrößen. Auch für die höhere Morbidität bei den Frauen sind derzeit ursächliche Faktoren nicht erkennbar.

Fazit

Aus diesen Daten kann nicht gefolgert werden, dass Patienten mit koronarer Herzerkrankung bzw. akutem Koronarsyndrom hinsichtlich der kardiologischen Diagnostik und Therapie regional unterschiedlich versorgt werden. Ohne Berücksichtigung insbesondere einer eventuell unterschiedlichen Ver-

Abbildung 5 Altersbereinigte Über-/Unterschreitung der bundesdurchschnittlichen stationären Morbiditätsziffer der Herzinsuffizienz [1]. Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts.



teilung der Risikofaktoren und ohne detaillierte Kenntnis der oben dargestellten weiteren Einflussfaktoren ist eine Interpretation der vorliegenden regionalen Unterschiede weder bei KHK und MI/ACS noch bei Herzinsuffizienz sinnvoll und keinesfalls Evidenz-basiert, d.h. inhaltlich begründete Konsequenzen können aus den dargestellten Unterschieden derzeit nicht gezogen werden. Dies wäre ggf. möglich, wenn die erwähnten Einflussfaktoren berücksichtigt werden könnten. Ein Argument, das mangels Verfügbarkeit entsprechender Daten für zu fördernde Initiativen in der Versorgungsforschung spricht. Eine beispielhafte Initiative ist die Krebs-Registrierung, die sektorübergreifend medizinische Daten (Risikofaktorenprofil, Therapie, Patienten-relevante Endpunkte) sammelt und somit zur Versorgungstransparenz beitragen wird.

### Zukünftige Herausforderungen

Auch wenn in Deutschland, wie in den meisten europäischen Ländern, die stationäre Morbiditätsziffer für KHK eine fallende Tendenz aufweist – als Folge der stetig verbesserten medizinischen Maßnahmen –, muss wegen des ständig steigenden Anteils von Personen im Alter über 65 Jahren mit einer Zunahme der Morbidität der KHK und der Herzinsuffizienz und der für die Behandlung dieser Erkrankungen notwendigen Ressourcen gerechnet werden. Für andere Erkrankungen wie z.B. die Aortenklappenstenose, eine degenerative Erkrankung, deren Häufigkeit mit dem höheren Alter korreliert ist, kann dies schon jetzt aus den Daten abgeleitet werden, seitdem hierfür geeignete Therapieverfahren bei höherem Patientenrisiko zur Verfügung stehen.

Um Konsequenzen aus ggfs. bestehenden regionalen Unterschieden ziehen zu können, müssen valide Daten zur Verfügung gestellt werden – eine Aufgabe, der sich alle Beteiligten, u. a. Ärzteschaft, Kran-

kenhäuser und Krankenkassen, gemeinsam so rasch wie möglich stellen sollten.

### Literatur

1. Deutsche Herzstiftung. Deutscher Herzbericht 2014. Frankfurt am Main, Dezember 2014
2. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie „Chronische KHK“. 3. Auflage Dezember 2014. <http://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nvl/khk/khk3aufl-vers1-lang.pdf> (Zugriff am 19.6.2015)
3. KORA-Herzinfarktregister. <http://www.helmholtz-muenchen.de/kora/informationen-fuer-wissenschaftlerinnen/kora-herzinfarktregister/index.html> (Zugriff am 19.6.2015)
4. Volzke H, Alte D, Schmidt CO, Radke D, Lorbeer R, Friedrich N, Aumann N, Lau K, Piontek M, Born G, Havemann C, Ittermann T, Schipf S, Haring R, Baumeister SE, Wallaschofski H, Nauck M, Frick S, Arnold A, Jünger M, Mayerle J, Kraft M, Lerch MM, Dörr M, Reffelmann T, Empen K, Felix SB, Obst A, Koch B, Gläser S, Ewert R, Fietze I, Penzel T, Dören M, Rathmann W, Haerting J, Hannemann M, Röpcke J, Schminke U, Jürgens C, Tost F, Rettig R, Kors JA, Ungerer S, Hegenscheid K, Kühn JP, Kühn J, Hosten N, Puls R, Henke J, Gloger O, Teumer A, Homuth G, Völker U, Schwahn C, Holtfreter B, Polzer I, Kohlmann T, Grabe HJ, Rosskopf D, Kroemer HK, Kocher T, Biffar R, John U, Hoffmann W. Cohort profile: the Study of Health in Pomerania. *Int J Epidemiol.* 2011; 40: 294–307
5. Madea B. Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. *Dsch Ärztebl* 2003; 100: 3161–3179
6. Bestehorn K, Bauer T, Fleck E, Bestehorn M, Pauletzki J, Hamm C. Coronary procedures in German hospitals: a detailed analysis for specific patient clusters. *Clin Res Cardiol* 2015; 104: 555–565
7. Bundesagentur für Arbeit. Zeitauswahl der Übersicht für: Bundesrepublik Deutschland. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html> (Zugriff am 8.6.2015)
8. Statistisches Bundesamt. Die 10 häufigsten Herz-/Kreislauf-erkrankungen insgesamt. <https://www.destatis.de/DE/Zahlen-Fakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/HerzKreislaufinsgesamt.html> (Zugriff am 10.9.2015)



PD Dr. med. Kurt Bestehorn

Studium der Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster mit Abschluss 1975. Promotion (WWU Münster) und Habilitation (TU Dresden) in experimenteller klinischer Pharmakologie, Diplom in pharmazeutischer Medizin der DGPharMed. Klinische Ausbildung in Innerer Medizin und Neurochirurgie. Bis 2010 leitende Positionen im Bereich Medizin in forschenden pharmazeutischen Unternehmen. Seit 2005 Lehrauftrag für klinische Pharmakologie an der TU Dresden. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, nicht interventionelle Prüfungen, Register, klinische Studien, Evidence based Medicine (EbM). Sprecher des Verbundes Klinische Pharmakologie, Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation in der Kardiologie (DGPR), Träger der Peter-Beckmann-Medaille der DGPR, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Pharmakologie, klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT), Delegierter in der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung, Fellow of the Faculty of Pharmaceutical Medicine of the Royal College of Physicians (UK). Autor zahlreicher Publikationen. Zeitschriften-Rezensionen: European Journal of Public Health, BMC Clin. Pharmacology, German Medical Science, Current Medical Research and Opinion, Mitglied des Editorial Board des JSRN Hypertension.



Prof. Dr. med. Eckart Fleck

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie. Studium an der Ludwig-Maximilians-Universität München mit Abschluss 1968. Facharztweiterbildung, anschließend Oberarzt am Deutschen Herzzentrum München. 1983 Habilitation für das Gebiet Innere Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Bis 1985 leitender Arzt am Deutschen Herzzentrum München. 1985 Ernennung zum o. Professor an der Freien Universität Berlin. Ab 1986–11/2014 Leiter der Klinik für Innere Medizin-Kardiologie, Deutsches Herzzentrum Berlin. 1994–2001 Direktor d. Abt. Innere Medizin m.S. Kardiologie der Charité – Campus Virchow-Klinikum der Humboldt Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkte: PTCA, PTA, intravaskuläre Stents, Laserangioplastie, Valvuloplastie, MRT in der Kardiologie, Computernetzwerke und Kommunikation in der Medizin, quantitative Bildverarbeitung. Fachbeauftragter „Medizin“ des BMBF für Nord- und Südamerika, Vorsitzender wiss. Beirat des BfArM, GF der CardioNews GmbH, Gesellschafter der CMR-Akademie, Vorsitz im wiss. Beirat der Kerckhoff-Stiftung, Pressesprecher der Dt. Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, Projektgruppe PR & Presse der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC). Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen. Herausgeber von Online Portal „kardiologie.org“, CardioNews, der Kardiologie. Rezensent für Deutsche Forschungsgemeinschaft, ESC, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Innovation Fund Canada, CANARIES. Rezensionen für Circulation, Circulation Research, Cardiovascular Research, European Journal for Heart Failure, European Journal of Cardiology.

# Die Lohnersatzleistung Krankengeld im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

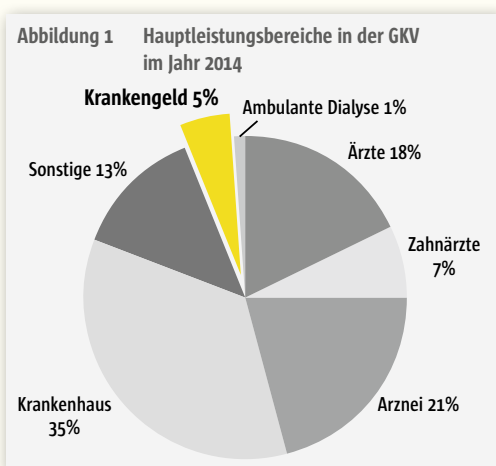
Thomas Schepp und Nancy Wand  
BKK Dachverband e.V., Berlin

Laut dem BKK Gesundheitsreport 2014 nahmen die Krankenkassen in den Betrieben im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 7,3% von 16,6 auf 17,8 Tage je Pflichtmitglied zu [1]. Bei einem aufgetretenen Krankheitsfall mit anschließender Arbeitsunfähigkeit soll dabei das Krankengeld, welches nach §§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zählt, das Einkommen des Erkrankten ersetzen.

Grundsätzlich entspricht das Krankengeld einer Entgeltersatzleistung, die sich an die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers anschließt.<sup>1</sup> Während der Lohnfortzahlung, die in der Regel bis einschließlich der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit erfolgt, ruht der Anspruch eines Versicherten auf Krankengeld. Zugleich haben bestimmte Entgeltersatzleistungen, dies betrifft bspw. Mutterschafts- und Verletzengeld, Vorrang vor dem eigentlichen Krankengeld. Ist der Erkrankte allerdings auch nach der sechsten Woche in Krankheit, beginnt die Zahlung ab der siebten Woche einer Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkasse.

Die Höhe des Krankengeldes richtet sich gesetzlich nach 70% des letzten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, jedoch höchstens 90% des Nettoentgelts. Nach dem Abzug der Arbeitnehmerbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung lässt sich das Netto-Krankengeld bilden. Der gesetzliche Höchstbetrag für das Krankengeld brutto (netto) liegt im Jahr 2015 bei 96,25 Euro (84,68 Euro) pro Tag. Krankengeld wird stets rückwirkend bezahlt und kalendertäglich berechnet. Die maximale Anspruchsdauer von Krankengeld beträgt 78 Wochen (1,5 Jahre) innerhalb von je drei Jahren (sogenannte Blockfristen). Das bedeutet auch, dass ein neuer voller Krankengeldanspruch für dieselbe Erkrankung erst wieder nach drei Jahren erfolgen kann [2].

Der Anteil der Krankengeldausgaben (ohne Abzug von Erstattungen) liegt im Jahr 2014 bei rund 5% an allen Hauptleistungsbereichen in der GKV. »»» Abbildung 1 verdeutlicht dies. Alle aufgeführten sieben Hauptleistungsbereiche bilden insgesamt das Gesamtvolumen der Ausgaben für Pflichtleistungen der GKV nach Abzug von Rabatten, Erstattungen



etc. ab. Dieses macht in 2014 mit 189,4 Milliarden Euro rund 95% aller über den Gesundheitsfonds umverteilten Finanzmittel aus.<sup>2</sup>

Allerdings sind die Krankengeldausgaben in der GKV in den letzten Jahren auch deutlich angestiegen. Vor Einführung des Gesundheitsfonds betragen diese im Jahr 2008 noch rund 6,6 Milliarden Euro. Für die Finanzierung dieser Ausgaben wurde damit ein rechnerischer Beitragssatzanteil von rund 0,65%-Punkten benötigt. Im Jahre 2014 betragen die Krankengeldausgaben (nach Abzug von Erstattungen) bereits rund 10,3 Milliarden Euro, was einem Anteil von mehr als 0,85%-Punkten an dem allgemeinen Beitragssatz<sup>3</sup> in Höhe von 15,50% im gleichen Jahr entspricht.

1 Ist ein Versicherter selbstständig, kann er eigens entscheiden, ob er eine gesetzliche Krankenversicherung mit oder ohne Krankengeldanspruch abschließen möchte, wobei der Beitragssatz entsprechen anzupassen ist.

2 Zu den restlichen 5% zählen die sogenannten Verwaltungskosten (10,1 Milliarden Euro) und die Satzungs- und Ermessungsleistungen (1,0 Milliarden Euro). Insgesamt beträgt das gesamte Ausgabenvolumen der GKV im Jahr 2014 somit etwa 200,4 Milliarden Euro.

3 Der allgemeine Beitragssatz liegt derzeit bei 14,60% (ab 01.01.2015), der paritätisch auf den Arbeitgeber sowie -nehmer aufgeteilt wird. Bei dem Arbeitnehmer kann je nach Krankenkasse zusätzlich ein Zusatzbeitrag anfallen.



### Ermittlung der Krankengeldzuweisungen nach den Strukturen des RSA bis zum Jahr 2012

Das Krankengeld hat als Leistungsart insofern einen besonderen Status, als es sich bei der Krankengeldzahlung um eine reine Geldleistung und nicht um eine Sachleistung der Krankenkassen handelt [3].

Das Krankengeld stellt eine reine Geldleistung und keine Sachleistung der Krankenkassen dar.

Dies allein rechtfertigt eine Sonderrolle in der Zuweisungssystematik des Risikostrukturausgleichs (RSA) bzw. des Gesundheitsfonds. Bereits im Verfahren des Alt-RSA in der GKV bis einschließlich 2008 wurden die Krankengeldausgaben gesondert von den übrigen Leistungsausgaben behandelt. Dies blieb auch mit der Einführung des Gesundheitsfonds sowie des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Jahre 2009 so bestehen: Die Höhe der Krankengeldausgaben in der GKV in einem Jahr bestimmt automatisch auch die Höhe der Krankengeldzuweisungen in demselben Jahr.

Bezogen auf die einzelnen Krankenkassen erfolgen die Krankengeldzuweisungen für Versicherte, die einen Anspruch auf Krankengeld haben, unabhängig davon, ob ein Versicherter tatsächlich Krankengeld bezieht oder nicht. Die Höhe der Krankengeldzuweisung für einen Versicherten mit Krankengeldanspruch ergibt sich dabei aus den durchschnittlichen Ausgaben für einen anspruchsberechtigten Versicherten mit gleichem Alter und Geschlecht in der GKV. Bei diesen sogenannten standardisierten Ausgaben wird zudem zwischen Versicherten mit und ohne Bezug einer Erwerbsminderungsrente unterschieden. Für Versicherte mit Krankengeldanspruch, die keine Erwerbsminderungsrentner sind, wurden dafür Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) bzw. für Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch gesonderte Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG) eingeführt. Insgesamt existieren seither 244 K-AGG bzw. K-EMG. Die Krankenkassen erhalten entsprechend den Zuordnungen ihrer Mitglieder die durchschnittlichen Ausgaben der jeweiligen Gruppen zur Deckung der Krankengeldausgaben zugewiesen.<sup>4</sup>

Die Standardisierung erfolgt über alle krankengeldberechtigten Mitglieder, sodass die resultieren-

den durchschnittlichen Krankengeldausgaben nicht als durchschnittliche Krankengeld-Zahlbeträge interpretiert werden dürfen. So stehen den knapp 9,5 Milliarden Euro Krankengeldausgaben im Jahr 2013 knapp 170 Millionen Tage gegenüber, an denen GKV-Versicherte tatsächlich Krankengeld bezogen haben. Dies entspricht rund 56 Euro pro Bezugstag. Die Zahl der Tage, an denen krankengeldberechtigte Mitglieder in der GKV versichert waren – unabhängig davon, ob sie tatsächlich Krankengeld bezogen haben – betrug in dem Jahr 2013 etwa 10,7 Milliarden, woraus sich ein Durchschnittsbetrag für die Krankengeldzuweisung von weniger als 1 Euro pro Tag ergibt. Dies hat zur Folge, dass die Zuweisung bezogen auf einzelne Versicherte, die tatsächlich Krankengeld beziehen, nicht zur Deckung der Ausgaben in diesem Bereich für den betroffenen Personenkreis ausreicht. Dagegen erhalten die Krankenkassen für Versicherte ohne Krankengeldbezug über die Standardisierung mehr Geld, als für diesen Bereich benötigt wird, da hier keine Ausgaben anfallen [4]. Dies wird in dem folgenden Beispiel verdeutlicht.

Für einen 50-jährigen Mann, der im gesamten Kalenderjahr einen gesetzlichen Krankengeldanspruch hat, wird der zuständigen Krankenkasse ein Betrag von rund 400 Euro als standardisierte Krankengeldzuweisung überwiesen. Wenn dieser Mann in demselben Jahr an keinem Tag Krankengeld bezieht, bleibt es auch insgesamt bei der Zuweisung von 400 Euro. Dieser Betrag entspricht damit für die Krankenkasse einem finanziellen Überschuss, da sie für diesen Versicherten keinen Aufwand für Krankengeld hat. Die Zuweisung an die Krankenkasse bliebe für den gleichen Versicherten aber auch dann unverändert bei 400 Euro, wenn dieser an 50 Tagen des Jahres Krankengeld in Höhe von 60 Euro pro Tag, also insgesamt 3.000 Euro, beziehen würde. Die Krankenkasse müsste in diesem Fall bezogen auf den einzelnen Versicherten für das Krankengeld eine Unterdeckung von rund 2.600 Euro verzeichnen.

Die Diskrepanz zwischen einer Zuweisung und den tatsächlich anfallenden Krankengeldzahlungen soll im Idealfall über das Versichertenkollektiv einer Krankenkasse ausgeglichen werden. Die Krankengeldzuweisung für alle anspruchsberechtigten Mitglieder einer Krankenkasse sollte den Gesamtausgaben für Krankengeld möglichst entsprechen, damit für diesen Leistungsbereich zumindest kein Defizit bei der jeweiligen Krankenkasse entsteht, das an anderer Stelle (ggf. über einen überdurchschnittlichen Beitragssatz) ausgeglichen werden müsste [4].

<sup>4</sup> Im Verfahren des Alt-RSA gab es anstelle der Zuweisungen den sogenannten Beitragsbedarf. Die GKV-Mitglieder mit Krankengeldberechtigung wurden anstelle der K-AGG und K-EMG sogenannten Zellen zugeordnet, die aber in gleicher Weise strukturiert waren.

## Einflussfaktoren auf das Krankengeld

Bei Betrachtung der maßgeblichen Risikokomponenten für die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse wird allerdings deutlich, dass der Idealfall eines exakten Ausgleichs im Versichertenkollektiv einer Krankenkasse nur in Ausnahmefällen auch nur annähernd erreicht werden kann, ohne dass dies vollständig im Einflussbereich einer Krankenkasse steht. Der wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) identifiziert in seinem Evaluationsbericht für das Ausgleichsjahr<sup>5</sup> 2009 des Risikostrukturausgleichs die Risikokomponenten als Mengen- und als Preiskomponente.

Die Mengenkomponekte, d. h. die Zahl der tatsächlichen Krankengeldbezugstage in einem Jahr, kann durch die Krankenkasse mit einem Krankengeldfallmanagement in gewissem Maße beeinflusst werden. Beispielsweise kann eine Krankenkasse den Genesungsverlauf eines von Rückenschmerzen geplagten und krankgeschriebenen Versicherten unterstützen, indem sie mithilfe des Krankengeldfallmanagements eine Rehabilitation und/oder Physiotherapie beantragt. Dagegen entzieht sich die Preiskomponente, d. h. die Höhe der kassenindividuellen durchschnittlichen Krankengeldzahlbeträge pro Bezugstag, vollkommen der Einflussphäre einer Krankenkasse. Der Einfluss der Preiskomponente im Krankengeldbereich auf das Finanzergebnis einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Umstand, dass sich die standardisierten Krankengeldzuweisungen am durchschnittlichen Einkommen der GKV-Mitglieder mit tatsächlichem Krankengeldbezug bemessen. Die tatsächlichen Krankengeldausgaben einer Krankenkasse basieren dagegen auf dem Einkommen der Mitglieder mit tatsächlichem Krankengeldbezug bei der jeweiligen Krankenkasse. Damit haben Krankenkassen mit überwiegend unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern und daher tendenziell niedrigen Krankengeldzahlungen pro Bezugstag bezogen auf die Bemessung der Zuweisung einen vorteilhaften Effekt. Die umgekehrte Konstellation bei einer Krankenkasse, deren Mitglieder mit Krankengeldbezug insgesamt ein überdurchschnittliches Einkommen aufweisen, führt unmittelbar zu einem finanziellen Nachteil.

Über den Morbi-RSA werden die am durchschnittlichen Einkommen der GKV-Mitglieder mit tatsächlichem Kranken-

geldbezug bemessenen standardisierten Krankengeldzuweisungen an die Krankenkassen verteilt. Krankenkassen mit überdurchschnittlich gut verdienenden Mitgliedern sind gegenüber solchen mit weniger gut verdienenden Mitgliedern benachteiligt.

Die geschilderte Problematik im Zusammenhang mit der Preiskomponente führt gemeinsam mit der ersten Risikokomponente, der Zahl der Krankengeldbezugstage, zu deutlichen Unterschieden in der Ausprägung von Unter- und Überdeckungen zwischen den einzelnen Krankenkassen. Der wissenschaftliche Beirat kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass tendenziell die Krankengeldbezugsdauer bei Mitgliedern mit höherem Einkommen abnimmt, wodurch einige Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Einkommen der Mitglieder die Nachteile aus der Preiskomponente überkompensieren. Allerdings wird gleichzeitig auch festgestellt, dass sich die Tendenz bei vielen Krankenkassen so nicht bestätigt [3].

» Abbildung 2 [3] suggeriert den negativen Zusammenhang von dem Zahlbetrag und der Bezugsdauer des Krankengeldes vor allem durch die (theoretische) Regressionsgerade. Bei der Betrachtung der Krankenkassen mit weniger als 1.000.000 Anspruchsjahren wird allerdings deutlich, dass ein solcher Zusammenhang nicht nachgewiesen werden kann. Dies spiegelt sich auch in dem niedrigen Wert des Bestimmtheitsmaßes ( $R^2$ ) von 34,12% wider.

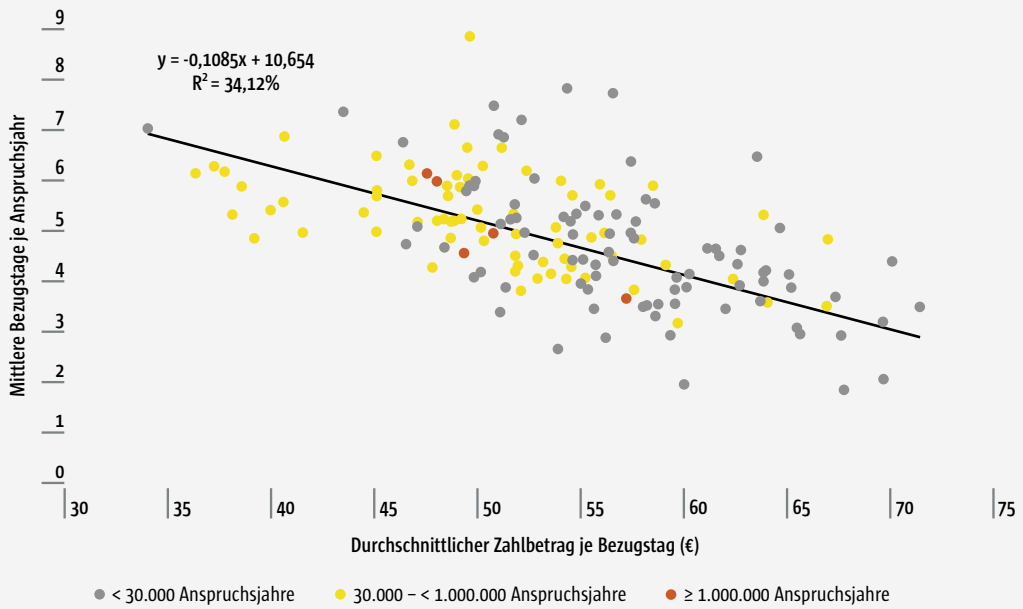
Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit der Kostendruck, der aus überdurchschnittlichen Einkommen im Krankengeldbereich für Krankenkassen entsteht, ein aktives Krankengeldfallmanagement fördert und somit die angesprochene Kompensation bedingt.

## Suche nach Modellansätzen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit

Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben ( $R^2 = 4,8\%$ ) lag nach dem Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats deutlich unter dem Wert des Ausgleichsverfahrens für übrige (Sach-)Leistungsbereiche [3], wie z. B. die (zahn)ärztliche Behandlung, der Arzneimittel- oder Krankenhausbereich. Alternative Vorschläge führten im Rahmen dieser Analyse zu weiteren Verzerrungen auf Ebene der Deckungsquoten mit unsachgerechten Effekten, weshalb die Notwendigkeit eines neuen Verfahrens weiterhin als unabdingbar angesehen wird. In diesem Zusammen-

5 Ein Ausgleichsjahr wird als das Jahr bezeichnet, für das der Jahresausgleich im Morbi-RSA durchgeführt wird.

Abbildung 2 Mittlere Krankengeldausgaben je Bezugstag und Bezugstage je Anspruchsjahr [3: 193]



hang verwies der wissenschaftliche Beirat auf eine Untersuchung von Reschke et al. aus dem Jahr 2005 [3]. Aus dieser geht hervor, dass ein für Sachleistungen konzipiertes Klassifikationsmodell nicht automatisch auch für die Geldleistung Krankengeld geeignet ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn für die Sachleistungen, wie im Morbi-RSA in der GKV, eine prospektive Ausgestaltung gewollt ist, die im Krankengeldbereich allein aufgrund der Blockfristen zu Problemen führt.

Während im Morbi-RSA zur Bestimmung der Zuweisung für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben Diagnosen und Arzneimittelverordnungen eines Versicherten eine zentrale Rolle spielen, erscheint im Krankengeldbereich der ausgeübte Beruf einer Person von besonderer Bedeutung zu sein, ob ein Krankengeldbezug eintritt oder nicht [5]. Im Jahr 2013 verzeichneten bspw. Beschäftigte im Dienstleistungsbereich Abfallbeseitigung und Recycling durchschnittlich 22,9 Krankheitstage. Der Durchschnitt über alle Tätigkeitsbereiche lag in 2013 hingegen bei nur 16,3 Tagen in Krankheit [1]. Dies würde vermutlich dafür sprechen, dass die Krankengeldzuweisung für Versicherte, die im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling arbeiten, überdurchschnittlich hoch ausfällt.

Eine Zuordnung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zu bestimmten Berufsgruppen wäre nur bedingt über den sogenannten Tätigkeitsschlüssel möglich. Die Übermittlung dieses Schlüssels erfolgt über den Arbeitgeber. Findet allerdings ein Tätigkeitswechsel innerhalb eines Unternehmens oder ein Arbeitgeberwechsel statt, müssen auch diese Informationen an die Krankenkasse übermittelt werden. Treten bei der Aktualisierung fehlerhafte Daten auf, können diese nicht weiterverarbeitet werden. Folglich erweist es sich als schwierig, qualitative Informationen über den Tätigkeitsschlüssel zu erhalten und im Zusammenhang zum Krankengeld abzubilden.

#### Politische Übergangslösung zur Angleichung der Deckungsquoten

Trotz einer Vielzahl von Untersuchungen zu einer Alternative für die Berechnung von standardisierten Krankengeldausgaben konnte bisher kein anderes vorgestelltes Modell die Mehrheit der an der Diskussion Beteiligten nachweislich überzeugen. Als kurzfristige Reaktion auf die bestehenden Verwerfungen im Bereich der Krankengeldzuweisung und auf Druck

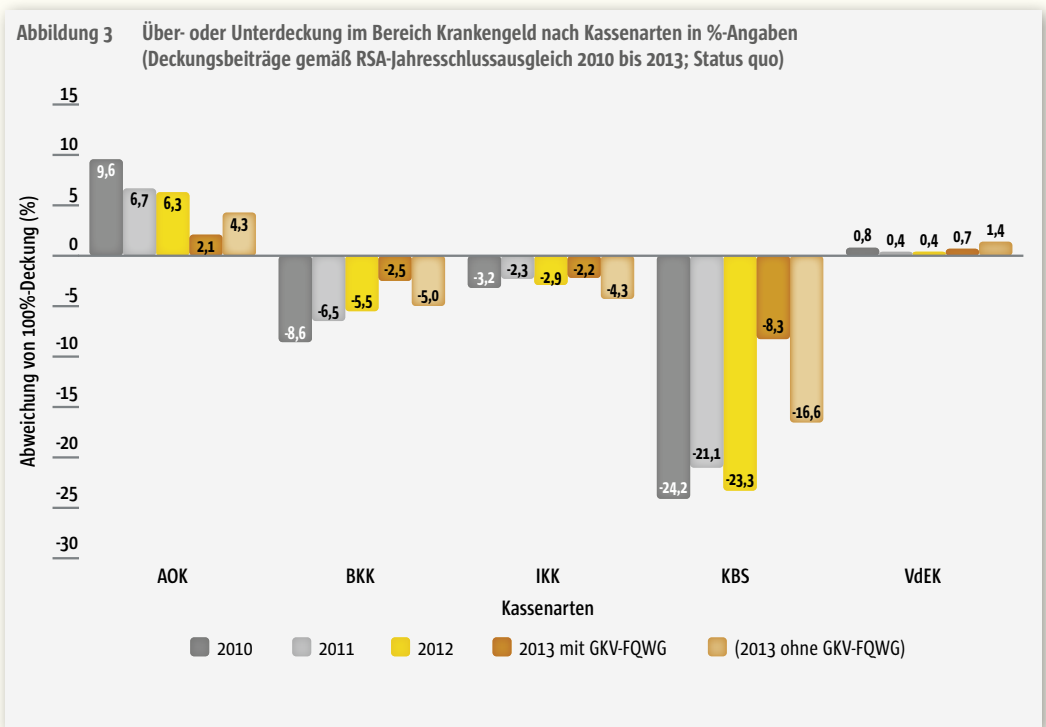
von Seiten der Krankenkassen wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) eine ab dem Jahr 2013 gültige Übergangslösung, das sogenannte 50/50-Modell, eingeführt. Der Grundgedanke dieses Modells besteht darin, dass die Zuweisungen einer Krankenkasse für Krankengeld zum einen zu 50% (wie bis 2012) auf Basis der standardisierten Ausgaben und zum anderen zu 50% auf Basis der tatsächlichen Ausgaben jeder Krankenkasse erfolgen. Dabei wird die Standardisierung der Hälfte der Krankengeldausgaben in der GKV weiterhin über das bereits etablierte Verfahren vorgenommen. Für die andere Hälfte der Krankengeldausgaben in der GKV erfolgt ein Ist-Ausgleich der Krankengeldausgaben je Krankenkasse.

Die Ergebnisse des RSA-Schlussausgleichs für das Ausgleichsjahr 2013 des Gesundheitsfonds zeigen den vorab bereits erwarteten Effekt, dass sich die Deckungsquoten für den Krankengeldbereich bei den Krankenkassen dem 100%-Wert annähern. Durch den anteiligen Ausgleich der Ist-Ausgaben ergibt sich unmittelbar ein Vorteil für Krankenkassen mit

bestehenden Unterdeckungen über die standardisierten Krankengeldausgaben im Vergleich zum bis 2012 praktizierten Verfahren (und umgekehrt). **»»»** Abbildung 3 stellt die Entwicklung der Deckungsquoten sowie der Unter- bzw. Überdeckungen für den Bereich Krankengeld auf Krankenkassenebene dar, wobei auch die Wirkung mit und ohne 50/50-Regelung im GKV-FQWG verdeutlicht wird. Wäre solch ein Übergangsmodell nicht ab 2013 für die Zuweisungssystematik von Krankengeld umgesetzt worden, wären die Abweichungen vom 100%-Wert stärker aufgetreten.

**»»»** Mit dem sogenannten 50/50-Übergangsmodell zur Ermittlung der Krankengeldzuweisungen haben sich die Deckungsquoten im Ausgleichsjahr 2013 dem 100%-Wert und somit den tatsächlichen Ausgaben jeder Krankenkasse angenähert. Trotz allem bestehen weiterhin Verzerrungen.

Zudem wird mit **»»»** Abbildung 2 deutlich, dass trotz alledem weiterhin Verzerrungen existieren. Um solche Verwerfungen im aktuellen Krankengeldmodell bzw. Wettbewerbsverzerrungen in der GKV verrin-



gern zu können sowie die Lohnersatzleistung Krankengeld stärker zu berücksichtigen, wird von den Betriebskrankenkassen nach wie vor ein Übergangsmo- dell favorisiert, welches die Krankengeldzuweisungen zu 70% standardisierten Ausgaben mit einer Grundlohnkomponente und zu 30% auf Basis eines Realkostenausgleiches abbilden soll, um größere Anreizeffekte für wirtschaftliches Handeln zu setzen.<sup>6</sup> Ein folgendes Beispiel soll den Unterschied zwischen dem aktuell existierenden Übergangsmo- dell und dem von den Betriebskrankenkassen favorisierten Modell erläutern:

Eine Krankenkasse, die tatsächliche Krankengeldausgaben in Höhe von 10,0 Millionen Euro und standardisierte Krankengeldausgaben in Höhe von 9,0 Millionen Euro verzeichnet, würde – isoliert für den Krankengeld-Bereich – unter der bis 2012 gültigen Zuweisungssystematik einen Fehl- betrag von minus 1 Million Euro verzeichnen.

Bei der seit 2013 eingeführten 50/50-Übergangslösung er- gibt sich eine Krankengeldzuweisung von 4,5 Millionen Euro über die Standardisierung (50% der standardisierten Ausga- ben) und 5,0 Millionen Euro über den anteiligen Ausgaben- ausgleich (50% der tatsächlichen Ausgaben). Die Zuweisung für Krankengeld beträgt danach insgesamt 9,5 Millionen Euro, die Unterdeckung im Krankengeld-Bereich demnach noch 0,5 Million Euro.

Das 70/30-Modell würde den anteiligen Ausgabenausgleich auf 30%, also 3 Millionen Euro, reduzieren. Die standardi- sierten Ausgaben würden mit 70%, also mit 6,3 Millionen Euro, einfließen und zudem mit einem Grundlohnfaktor ge- wichtet. Wenn die Mitglieder dieser im Beispiel betrachte- ten Krankenkasse eine um 10% höhere Grundlohnsumme aufwiesen als der Durchschnitt der GKV,<sup>7</sup> wäre dies mit einem entsprechenden Aufschlag auf die standardisierten Ausgaben verbunden. Der 70-%ige Anteil würde sich damit auf knapp 7 Millionen Euro erhöhen. Die Gesamtzuweisung der Kasse für Krankengeld würde danach annähernd 10 Mil- lionen Euro betragen. Folglich wäre die vorher bestehende Unterdeckung von 0,5 Million Euro der Übergangslösung weitestgehend ausgeglichen.

### Gesetzliche Einschränkungen im Krankengeld- fallmanagement absehbar

Mit dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzli- chen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstär- kungsgesetz – GKV-VSG) vom Februar 2015 engt der Gesetzgeber nun mögliche Unterstützungsleistun- gen der gesetzlichen Krankenkassen im Kranken- geldfall eines Versicherten ein. Zukünftig soll es einer Einwilligungserklärung des Versicherten be- dürfen, ob und in welchem Umfang die Datennut- zung hinsichtlich des Krankengeldes, also z.B. für Gutachten des Medizinischen Dienstes der Kranken- kassen oder für die Einschätzung des Arztes, für die jeweilige Krankenkasse erfolgen kann. Dies hätte weitreichende Folgen. Zunächst könnte das Kran- kengeldfallmanagement nur noch eingeschränkt, zeitlich verzögert oder gar nicht durchgeführt wer- den. Eine Prognoseerstellung, eine Zusammenhang- sprüfung von Diagnosen oder frühzeitige Wiederein- gliederungsmaßnahmen und Beratungsangebote wären gefährdet, wenn die Versichertendaten nicht ausreichend geliefert werden dürfen. Der Heilungs- prozess würde sich im schlimmsten Fall für den Ver- sicherten verlängern. Ebenfalls kann eine verzöger- te Wiedereingliederung mit erheblichen Mehrkosten für den Arbeitgeber einhergehen. Zudem würden aufgrund der erhöhten Bürokratie die Verwaltungs- kosten ansteigen. Kann kein aktives Krankengeld- fallmanagement mehr durchgeführt werden, dro- hen die Ausgaben im Krankengeldbereich weiter an- zusteigen. Von einer stärkeren Unterdeckung im Leistungsbereich Krankengeld in der GKV und einer noch höheren Belastung der Versicherten in Form von Zusatzbeitragserhöhungen ist demzufolge aus- zugehen.

### Aktuelle Forschungsarbeit

Aufgrund der Entwicklungen und Erkenntnisse zum Krankengeld wurden noch mit dem Inkrafttreten des GKV-FQWG im Jahr 2014 verschiedene Gutachten ein- geleitet. Gemäß § 269 Abs. 3 SGB V wurde vom BVA ein Gutachtenauftrag zur Weiterentwicklung des RSA hinsichtlich der Zuweisungssystematik zur De- ckung der Krankengeldausgaben erteilt. Hierbei soll untersucht werden, welche Faktoren, die die Höhe der Krankengeldausgaben einer gesetzlichen Kran- kenkasse beeinflussen, zusätzlich zu berücksichti- gen sind. Nach einer bundesweiten Ausschreibung wurde letztlich der Lehrstuhl für Medizinmanage-

6 Einzelne Betriebskrankenkassen ordnen aufgrund ihrer Morbiditätsstruk- tur die Sachverhalte bezüglich eines Ausgleichs singular in Kraft tre- tender Änderungen aus der Liquiditätsreserve und hinsichtlich des Krankengeldes anders ein. Sie bevorzugen deshalb als Übergangslö- sung eine Kombination aus standardisierten und tatsächlichen Kran- kengeldausgaben.

7 Dies stellt einen typischen Fall dar, dass überproportionale beitrags- pflichtige Einnahmen eine Unterdeckung im Krankengeld-Bereich be- dingten.

ment an der Universität Duisburg-Essen mit dem Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. Jürgen Wasem beauftragt. Nach § 33 Abs. 5 RSAV soll das Gutachten bis Ende Dezember 2015 abgeschlossen sein [6, 7].

Nahezu zeitgleich wurde der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) im Dezember 2014 durch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, ein Sondergutachten zur Entwicklung des Krankengeldes zu veröffentlichen. Innerhalb des Gutachtens sollen demografische, morbiditätsorientierte und ökonomische Ursachen des Ausgabenanstiegs im Leistungsbereich Krankengeld betrachtet und Vorschläge zum Abbau von Versorgungsdefiziten entwickelt werden. Auch verschiedene Handlungsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen und des Gesetzgebers sollen thematisiert werden [8]. Dazu hatte sich der SVR Anfang 2015 an alle gesetzlichen Krankenkassen gewandt, um zunächst eine Befragung zum Krankengeldfallmanagement bei den Krankenkassen durchzuführen. Dabei sollen Informationen zur Struktur, zum Verfahren, zu den Inhalten und Auswirkungen des Krankengeldfallmanagements erfasst werden. Darüber hinaus soll ein aufbauendes Verfahren dem SVR Aufschluss über Informationen zu den Krankengeldfällen, d. h. zu der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie zu den Diagnosemerkmalen von Krankengeldbeziehern, geben. Die Ergebnisse dieses Gutachtens sollen bereits im Jahr 2015 veröffentlicht werden.

Seit Beginn des RSA untersuchen verschiedene Forschungsinstitute und Universitäten die Thematik, um die Krankengeldzuweisungen zu verbessern, sowohl auf Kassenartenebene als auch auf Einzelkassenebene. Die Suche nach einem adäquaten Modell gleicht der Suche nach einer Nadel im Heuhaufen, denn auch mit der aktuell kurzfristigen 50/50-Übergangslösung durch das GKV-FQWG zeigen sich nach wie vor deutliche Unterschiede bei der Betrachtung der Deckungsquoten im Bereich Krankengeld. Es wird daher ausdrücklich begrüßt, dass sich die Politik nun des Missstandes angenommen und Gutachten per Gesetz in Auftrag gegeben hat. Auf Grundlage dieser Ergebnisse ist der Gesetzgeber dann gefragt, zu handeln.

## Literatur

1. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Gesundheit in Regionen – Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis: Arbeitsunfähigkeit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014
2. Makarevich T, Warmuth W. Krankengeld in Deutschland: Entgeltersatzleistung einer Versicherung oder Schirm einer Sozialgemeinschaft. Zeitschrift für Versicherungswesen 2014; 05: 148–153
3. Drösler S, Hasford J, Kurth BM, Schaefer M, Wasem J, Wille E. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. o.O. 2011. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht\\_zum\\_Jahresausgleich.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf) (Zugriff am 03.04.2014)
4. Knieps F (Hrsg.). 20 Jahre Finanzausgleich: Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich. Berlin: Betriebskrankenkassen S 1/2015, 2015
5. Reschke P, Sehlen S, Schiffforst G, Schröder WF, Lauterbach KW, Wasem J. Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich: Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin, Köln, Duisburg/Essen. 2005. [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Klassifikationsmodelle\\_RSA\\_IGES-Lauterbach-Wasem.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Klassifikationsmodelle_RSA_IGES-Lauterbach-Wasem.pdf) (Zugriff am 25.06.2015)
6. Bundesversicherungsamt. Bekanntmachung einer Freihändige Vergabe mit öffentlichem Teilnahmewettbewerb zu dem Auftrag „Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 3 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)“. Bonn. 2014. [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine\\_dokumente/pdf/20150320\\_Bekanntmachung.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/20150320_Bekanntmachung.pdf) (Zugriff am 27.01.2015)
7. Wittmann R, Göppfard D. Standardisierung von Krankengeldausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.). Gesundheitswesen Aktuell 2014: Beiträge und Analysen. Köln: BARMER GEK 2014; o.Nr.: 110–133
8. Bundesministerium für Gesundheit. Pressemitteilung vom 26.01.2015 Nr. 03: Minister Gröhe beruft Experten aus Medizin, Pflegewissenschaft und Gesundheitsökonomie. Berlin. 2015. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2015/2015\\_01/150126-03\\_PM\\_SVR.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2015/2015_01/150126-03_PM_SVR.pdf) (Zugriff am 26.02.2015)



Dr. Thomas Schepp

Dr. Thomas Schepp ist seit dem 01. März 2014 stellvertretender Leiter der Abteilung Strategisches Controlling beim BKK Dachverband in Berlin. Er analysiert und bewertet dort die Finanz- und Wettbewerbslage der Betriebskrankenkassen in der GKV. Dabei nimmt der Risikostrukturausgleich als wichtigstes Instrumentarium zur Bestimmung der Einnahmesituation jeder Krankenkasse eine zentrale Rolle ein. Nach dem Studium war er zunächst universitär als Lehrkraft für Mathematik und Statistik tätig und promovierte dabei über die Anwendung einer quantitativen Systemtheorie in der Ökonomie. Nach einer Beschäftigung im Beteiligungscontrolling einer großen deutschen Verlagsgruppe wechselte Herr Schepp im Jahr 2002 in das BKK System. Dort war er von Beginn an für Finanzcontrolling, Haftungsprävention und Risikostrukturausgleich zuständig.



Nancy Wand

Seit Anfang April 2014 arbeitet Frau Nancy Wand als Referentin in der Abteilung Strategisches Controlling im BKK Dachverband e.V. in Berlin, wo sie schwerpunktmäßig mit der Analyse von Routine- und Prozessdaten der GKV unter GKV-Wettbewerbsaspekten befasst ist. Sie beschäftigt sich mit den Bereichen Rechnungswesen sowie Haushaltsplanung und unterstützt verschiedene interne Projekte mit Fokus auf den Morbi-RSA. Nachdem Frau Nancy Wand ihr Bachelorstudium in Gesundheitsförderung und -management (B.A.) an der Hochschule Magdeburg-Stendal im September 2011 abgeschlossen hatte, absolvierte sie im März 2014 erfolgreich den Masterstudiengang Wirtschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement und -ökonomie (Health Care Management, M.Sc.) an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Neben ihrem Studium hat sie ein Praktikum bei der AOK-Bundesverband GbR in Berlin sowie bei der IGES Institut GmbH in Berlin absolviert, wo sie ebenfalls ihre Abschlussarbeiten verfasste. Während ihres Masterstudiums hat sie darüber hinaus über ein Jahr als Hilfwissenschaftlerin am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald gearbeitet.

# „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ – ein Schwerpunkt der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie

Andreas Horst und Jana May-Schmidt  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Psychische bzw. psychosomatische Störungen gewinnen in der deutschen Bevölkerung immer mehr an Bedeutung. Etwa jeder dritte Bundesbürger leidet im Laufe eines Jahres an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Über die gesamte Lebenszeit gerechnet sind es 43%.

Im Jahr 2013 wurden bundesweit insgesamt 79 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage (»»» Tabelle 1) aufgrund psychischer Erkrankungen registriert. 2003 gingen 9,7% der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurück, 2013 waren es 13,9% [1, 2].

Gleiches gilt für den Anstieg der Erwerbsminderungsrenten. 2001 waren 26,7% (53.581 Fälle) der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen. Im Jahr 2013 gingen bereits ca. 42% der Erwerbsminderungsrenten, das entspricht 74.745 Fällen, auf diese Diagnosen zurück. Das Durchschnittsalter für Rentenzugänge betrug 48 Jahre [1].

Die volkswirtschaftlichen Kosten, die die einzelnen Sozialversicherungsträger, der Staat selber, aber auch die Arbeitgeber aufwenden müssen, sind enorm.

Psychischen Störungen liegt in der Regel ein multifaktorielles Ursachengeschehen aus individuellen und beruflichen Einflussfaktoren zugrunde. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass neben der individuellen Disposition psychosoziale Stressfaktoren, z.B. aus der Arbeitswelt, sowie schwerwiegende Lebensereignisse eine Rolle spielen.

## Psychische Belastungen in der Arbeitswelt

Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass psychische Belastungsfaktoren mit dem Wandel der Arbeitswelt zunehmen. Entwicklungstendenzen sind etwa:

- zunehmende geistige Arbeit und steigende Anforderungen an Qualifikation und beständige Weiterbildung (Trend zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft),

- fortlaufende Beschleunigung von Fertigungs-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozessen,
- verstärkter Einsatz neuer Technologien, die permanente Erreichbarkeit ermöglichen, zunehmende Arbeitsunterbrechungen und „Entgrenzung“ der Arbeit,
- erhöhte Eigenverantwortung der Beschäftigten bei steigender Komplexität der Arbeitsanforderungen,
- diskontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse, steigende Mobilitätsanforderungen und wachsende berufliche Unsicherheit, etwa im Kontext von Restrukturierungsprozessen.

Belastungen sind nicht per se negativ zu bewerten. Sie können auch aktivierende, entwicklungsförderliche und damit positive Effekte bewirken. Bezüglich der Wirkungen kommt es entscheidend darauf an, wie sich die Arbeitsbelastung im Verhältnis zu den Bewältigungsmöglichkeiten bzw. „Ressourcen“ in- und außerhalb der Arbeit darstellt.

Gesundheitsrisiken können sowohl durch qualitative und quantitative Überforderung als auch durch Unterforderung entstehen. Die negativen Folgen psychischer Belastungen zeigen sich dann z.B. in Form von Motivationsverlust, Leistungsabfall oder gesteigertem Medikamenten- und Alkoholkonsum. Sie können auch zu den als Burn-out-Syndrom bezeichneten Beschwerden und anderen psychischen Störungen führen. Daneben können psychische Belastungen auch zu den in der Bevölkerung weit verbreiteten Muskel-Skelett- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen.

Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung müssen sich den Herausforderungen stellen und durch Arbeitsgestaltung und Ressourcenstärkung arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken durch psychische Belastungen entgegenwirken.



Tabelle 1 Produktionsausfallkosten und Ausfall der Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen, SUGA 2013

ICD 10	Diagnosegruppe	Arbeits- unfähigkeitstage		Produktionsausfallkosten		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
		Mio.	%	Mrd. €	vom Bruttonational- einkommen in %	Mrd. €	vom Bruttonational- einkommen in %
V	Psychische und Verhaltensstörungen	79,0	13,9	8,2	0,3	14,3	0,5
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	33,5	5,9	3,5	0,1	6,1	0,2
X	Krankheiten des Atmungssystems	83,2	14,7	8,6	0,3	15,1	0,5
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	28,5	5,0	3,0	0,1	5,2	0,2
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	125,4	22,1	13,0	0,4	22,7	0,8
XIX	Verletzungen, Vergiftungen	59,2	10,4	6,2	0,2	10,7	0,4
alle anderen	übrige Krankheiten	158,9	28,0	16,5	0,6	28,8	1,0
I-XXI	alle Diagnosegruppen	567,7	100,0	59	2,0	103,0	3,6

## Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

Im Jahr 2004 wurde das deutsche Arbeitsschutzsystem durch ein europäisches Evaluationsteam des Senior Labour Inspectors Committees (SLIC) evaluiert. Das Ergebnis waren deutliche Strategiedefizite des deutschen Systems. Infolge dieser Evaluierung wurden im Arbeitsschutzgesetz und im Sozialgesetzbuch VII im November 2008 die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) geschaffen.

Getragen wird diese Strategie durch Bund, Länder und Unfallversicherungsträger (UVT) mit starker Unterstützung der Sozialpartner.

Mit der Strategie werden gemeinsame Arbeitsschutzziele und Handlungsfelder festgelegt und in bundesweiten GDA-Arbeitsprogrammen umgesetzt. 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 planvolles, abgestimmtes Vorgehen der für den Arbeitsschutz zuständigen

Landesbehörden und der Unfallversicherungsträger ab. Ferner soll das Vorschriften- und Regelwerk von Staat und Unfallversicherungsträgern so aufeinander abgestimmt werden, dass ein verständliches, überschaubares und konsistentes Rechtsinstrumentarium für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit entsteht.

Darüber hinaus ist die Evaluierung der Zielerreichung integraler Bestandteil der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. Deutschland folgt dabei dem Beispiel anderer EU-Staaten, die ihre nationalen Arbeitsschutzstrategien ebenfalls evaluieren, und geht durch die gesetzliche Fixierung aller wesentlichen Strategieelemente und der daraus resultierenden Verpflichtung aller GDA-Träger zur Mitwirkung einen besonders erfolgversprechenden und nachhaltigen Weg.

Die GDA wird durch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK) gesteuert. Die NAK setzt sich zusammen aus je drei Vertretern des Bundes, der Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung. An der NAK nehmen auch je drei Vertreter der Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit beratender Stimme teil.

In der 2. GDA-Periode 2013–2018 haben die Träger der GDA die psychischen Belastungen als eines von drei Arbeitsschutzzielen auf die Tagesordnung gesetzt:

- 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.

Für die Umsetzung dieser Ziele haben die GDA-Träger für jedes der Ziele ein Arbeitsprogramm aufgelegt.

#### Das Arbeitsprogramm „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“

Mit dem Ziel „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ leistet der Arbeitsschutz seinen Beitrag zu den o. a. Herausforderungen, die sich in der gestiegenen Anzahl der Diagnosen für psychische und Verhaltensstörungen, der gestiegenen Anzahl von Frühverrentungen aufgrund dieser Diagnosen sowie dem Wandel der Arbeitswelt mit einer Zunahme psychischer Belastungen darstellen.

Wir haben uns im GDA-Programm „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen“ auf folgende Teilziele verständigt:

- Information, Sensibilisierung und Motivation von Betrieben und Beschäftigten,
- Qualifizierung der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- Identifizierung oder Erarbeitung geeigneter Vorgehensweisen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen (insbesondere Gefährdungsbeurteilung),
- Verbreitung guter Praxisbeispiele und
- die Umsetzung betrieblicher Gestaltungslösungen.

Diese Aufgaben stellen Aufsichtsdienste, Betriebe und Beschäftigte vor große Herausforderungen. Wie können gesundheitsförderliche Unternehmenskulturen gestaltet werden? Wie muss eine Arbeitsorganisation aussehen, damit sie zum einen die notwendigen Gestaltungsspielräume eröffnet und auf der anderen Seite soziale Unterstützung gewährleistet? Wie können Überforderung durch Arbeits- und Zeit-

druck und Unterforderung durch einförmige und repetitive Tätigkeiten vermieden werden?

Diese und andere Fragen standen bisher nicht im Zentrum des betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzes. Es ist deshalb entscheidend für den Erfolg des Programms, dass auch die Sozialpartner und die Krankenkassen sich an dem Programm aktiv beteiligen und auch Verantwortung für die operative Abwicklung übernommen haben. Hierzu war es auch von großem Vorteil, dass die Träger der GDA und die Krankenkassen ihre Arbeitsschutzziele und die arbeitsweltbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele miteinander abgestimmt haben.

Ohne informierte, sensibilisierte und motivierte Arbeitgeber und Beschäftigte werden Arbeitsgestaltungsmaßnahmen nicht erfolgreich umgesetzt werden können. Deshalb musste ein Arbeitsprogramm zu psychischen Belastungen mit der Information und Sensibilisierung von Betrieben und Beschäftigten beginnen. Diese Aufgabe haben die Sozialpartner übernommen. Denn sie sprechen die Sprache der Arbeitgeber und Beschäftigten und können die betrieblichen Akteure am besten für betriebliche Gestaltungsmaßnahmen gewinnen. Sie, die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, haben seit Beginn des Programms durch zahlreiche Veranstaltungen und Publikationen ihre Zielgruppen angesprochen. Mit der „Gemeinsamen Erklärung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“ von BMAS und Sozialpartnern zu diesem Thema haben wir ein deutliches Zeichen gesetzt. Die Rückmeldungen aus den Betrieben zeigen, dass das Thema dort angekommen ist. Es ist zu erwarten, dass die neue Evaluation der GDA, die noch bis 2018 andauert, deutlich bessere Ergebnisse erzielen wird als die Evaluation aus dem Jahr 2011, nach der nur ca. 25% der Betriebe eine umfassende Gefährdungsbeurteilung auch unter Berücksichtigung von Aspekten psychischer Belastungen durchgeführt hatten.

Länder und UVT haben bereits mit der Qualifizierung ihrer Aufsichtspersonen begonnen. Grundlage ist eine gemeinsame Leitlinie „Beratung und Überwachung bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“. Bis zum Ende der zweiten GDA-Periode in 2018 werden die zuständigen Aufsichtspersonen ausreichend qualifiziert sein. Die Qualifizierung der betrieblichen Akteure erfolgt über die Ausbildungseinrichtungen der UVT und wird auch durch die Sozialpartner und den Verein Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI) weiter intensiviert werden.

Mit den „Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“ ist

eine mit allen Trägern und Partnern der GDA abgestimmte Handlungshilfe entstanden. In diesen Empfehlungen wird der gesamte Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung dargestellt (» Abbildung 1). Weitere Handlungshilfen und Unterstützungsangebote für Betriebe und Beschäftigte zur menschengerechten Arbeitsgestaltung, zur Durchführung einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz und zur individuellen Ressourcenstärkung stehen bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), bei den Trägern der GDA und auch bei den Krankenkassen schon zur Verfügung. Ziel ist es, dass alle Betriebe, auch die kleinen Betriebe, in die Lage versetzt werden, mit vertretbarem Aufwand eine umfassende Gefährdungsbeurteilung mit allen vorgesehenen Prozessschritten von der Auswahl der Tätigkeiten bis zur Evaluierung der getroffenen betrieblichen Maßnahmen durchzuführen.

Zur Verbreitung guter Praxisbeispiele und Handlungsansätze beim Umgang mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz kann auf die Projekte und Beispiele der Träger der GDA, der Sozialpartner, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und des Bundes, aber auch auf Initiativen wie die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) oder die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) zurückgegriffen werden.

Vor allem in Bereichen, in denen gute Beispiele bisher fehlen, sollen betriebliche Interventionen durch Arbeitgeber, Arbeitsschutzbehörden, UVT und Krankenkassen modellhaft erprobt werden. Dies wird vor allem in Betrieben bzw. Branchen erfolgen, in denen die Aufsichtsdienste von Ländern und UVT

ihre Schwerpunktarbeit beginnen. Länder und UVT haben sich darauf verständigt, die Beratung der Betriebe und ihr Aufsichtshandeln für den Umgang mit psychischen Belastungen modellhaft in Betrieben und Arbeitsbereichen mit besonderen Arbeitszeitproblemen oder traumatischen Belastungen zu entwickeln.

## Aktuelle und zukünftige Herausforderungen

Grundlage für unseren Wohlstand und auch die für die sozialen Sicherungssysteme ist die durch Arbeit erzielte Wertschöpfung. Der Erhalt und die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit der Menschen unter den Bedingungen des demografischen Wandels, des damit verbundenen Fachkräftemangels und einer sich rasant ändernden Arbeitswelt ist hierfür der Schlüssel. Staat, Gesellschaft und auch die Wirtschaft müssen die Bedingungen, auch Arbeitsbedingungen, schaffen, dass die Menschen bis zur Rente arbeiten können und dies auch wollen. Eine menschengerechte Arbeitswelt, die präventiv Gesundheitsrisiken vermeidet und Ressourcen stärkt, ist eine solche notwendige Bedingung.

Mit dem neuen Präventionsgesetz werden insbesondere die Zusammenarbeit der Sozialversicherungszweige mit ihren unterschiedlich ausgestalteten Präventionsaufträgen und die Kooperation zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsschutz gestärkt. Dieser gesetzliche Auftrag muss aber auch umgesetzt werden und zu deutlich mehr und besseren Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben führen. Dazu braucht es intelligente Lösungen und Strukturen, denn die im Gesetz für BGF vorgesehenen Mittel von 2 Euro pro Versicherten und Jahr sollen Betrieben und Beschäftigten zugute kommen und nicht einer zusätzlichen Bürokratie.

Aber selbst, wenn wir erfolgreich und umfassend Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt umgesetzt haben, wird es Menschen geben, die erkranken oder von Erkrankung bedroht sind. Auch diesen Menschen müssen wir wirksamer als bisher durch schnelle und passgenaue Angebote der Therapie, Rehabilitation und Wiedereingliederung helfen. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist diese Versorgungskette lückenhaft und zu viele Menschen enden in der Frühverrentung mit erheblichen Einkommensverlusten und gesamtgesellschaftlichen Kosten.

Im Rahmen der Demografiestrategie hat die Arbeitsgruppe „Qualifiziert, motiviert und gesund ar-

Abbildung 1 Vorgehen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung [3]

### Vorbereitung: Vorgehen planen, Voraussetzungen schaffen

- Schritt 1 → Festlegen von Tätigkeiten/Bereichen
- Schritt 2 → Ermittlung der psychischen Belastung der Arbeit
- Schritt 3 → Beurteilung der psychischen Belastung der Arbeit
- Schritt 4 → Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen
- Schritt 5 → Wirksamkeitskontrolle
- Schritt 6 → Aktualisierung/Fortschreibung
- Schritt 7 → Dokumentation

beiten“ unter Beteiligung der Sozialpartner und der Sozialversicherungen dieses Anliegen aufgegriffen und wird Lösungen, die auf ein stärkeres Zusammenwirken der Träger zielen, erarbeiten.

Ein vorausschauender Arbeitsschutz muss Veränderungen in der Arbeitswelt erfassen und Risiko- und Potenzialbereiche identifizieren.

Der Schlüssel zum Erfolg dieses GDA-Arbeitsprogrammes und damit der flächendeckenden Umsetzung von Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken durch psychische Belastungen liegt in dem Engagement und der Kooperation der Akteure. Die Träger der GDA, die Sozialpartner, die GKV und viele weitere Kooperationspartner der GDA sind dazu bereit.

Weitere Informationen zur GDA finden Sie unter [www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de) und zum GDA-Programm „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen“ unter [www.gda-psyche.de](http://www.gda-psyche.de).

## Literatur

1. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund, 2014
2. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2001 – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven, 2003
3. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). Empfehlungen der GDA-Träger zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Berlin, 2014



Andreas Horst

Diplomphysiker, seit 1991 im BMAS, Referatsleiter „Grundsatzfragen des Arbeitsschutzes und Fachaufsicht über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“. Zu den Grundsatzfragen gehört auch die Umsetzung und Verbreitung von BGF und BGM.



Dr. Jana May-Schmidt

Diplompsychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Referentin im BMAS Referat „Grundsatzfragen des Arbeitsschutzes“. Schwerpunkte: psychische Belastungen, BGM und BGF, Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie.

# 4

## Krankheitsgeschehen und Arbeitswelt

### Einleitung

Neben den bisher betrachteten Faktoren, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen, übt natürlich auch die Arbeitswelt einen großen Einfluss auf die Gesundheit der beschäftigten BKK Mitglieder aus. Deshalb widmet sich das folgende **»** Kapitel 4 diesem Zusammenhang. Die arbeitsweltlichen Betrachtungen basieren dabei auf den beschäftigten Mitgliedern insgesamt (im Folgenden Beschäftigte oder beschäftigte Mitglieder genannt), die mit etwa 4,3 Mio. Mitgliedern einen Anteil von knapp der Hälfte (47%) aller BKK Versicherten ausmachen.

Insbesondere die Arbeitsbedingungen sind es, die hier einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit eines Beschäftigten ausüben. Nachfolgend werden ausgewählte Kennzahlen aus den vier Leistungsbereichen im Wirtschaftsgruppenvergleich betrachtet. Die Wirtschaftsgruppen kennzeichnen das Hauptbetätigungsfeld eines Unternehmens, jedoch nicht die Tätigkeit eines jeden Beschäftigten, die innerhalb einer Wirtschaftsgruppe durchaus stark variieren kann. Zudem sind über eine solche amtliche Kategorisierung Faktoren wie Arbeitsbelastung und -beanspruchung – wie sie z.B. im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Rolle spielen – nur bedingt ableitbar.

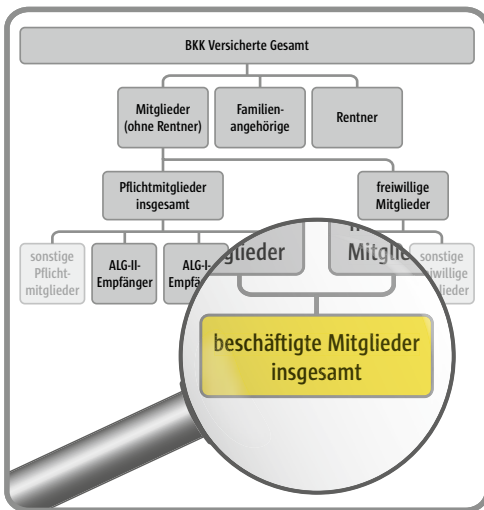
Dennoch wird aus den folgenden Abschnitten deutlich, dass bestimmte Wirtschaftsgruppen in al-

len Leistungsbereichen entweder eine besonders hohe oder eine besonders niedrige Krankheitslast erkennen lassen. Dass dahinter auch die für einige Wirtschaftsgruppen spezifischen Verhältnisse bezogen auf das Geschlecht, das Alter und den sozialen Status stehen, ist ohne Frage und wird auf den folgenden Seiten entsprechend miteinbezogen. Viele der Zusammenhänge zwischen Arbeitswelt und Gesundheit bieten zudem Hinweise, wo betriebliches Gesundheitsmanagement ansetzen kann und muss. Diese können somit als nützliche Arbeitsgrundlage für alle Akteure in der Arbeitswelt verstanden werden. Aus Platzgründen sind die Analysen in diesem Kapitel auf ausgewählte Ergebnisse beschränkt. In den **»** Tabellen A.8 und A.9 im Anhang dieses Buches finden Sie weitere Auswertungen zum AU-Geschehen.

Gerade in der Arbeitswelt spielen die Langzeiterkrankungen und der häufig damit verbundene Langzeitausfall von Arbeitskräften eine bedeutende Rolle. Entsprechend widmen wir uns auch hier am Ende eines jeden Abschnitts diesem wichtigen Thema, welches insbesondere im Kontext des schon jetzt bestehenden demografischen Wandels und der damit verbundenen Abnahme der Erwerbsbevölkerung noch an Bedeutung gewinnt.

## 4.1 Arbeitsunfähigkeit

### 4.1.1 Wirtschaftsgruppen im Überblick



#### Versichertenstruktur

- Die Wirtschaftsgruppen Metallverarbeitung, Dienstleistungen und Handel sind unter den BKK Mitgliedern häufiger als bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten vertreten.
- In den letzten Jahren haben sowohl das Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder als auch die Anzahl der AU-Tage je Wirtschaftsgruppe zugenommen.
- Hierbei sind Beschäftigte der Postdienste sowohl bei Alters- als auch bei Fehlzeitenzuwachs besonders stark betroffen.

Beschäftigte BKK Mitglieder sind in nahezu allen Wirtschaftsgruppen vertreten, aber mit unterschiedlich großen Anteilen gemessen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Ebenso unterscheiden

den sich Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder in den Wirtschaftsgruppen voneinander. Im Detail sind alle Kennzahlen der Versichertenstruktur nach Wirtschaftsgruppen im Anhang dieses Buches in **»** Tabelle A. 6 zu finden.

Die mit Abstand meisten BKK Mitglieder sind mit einem Anteil von 18,3% in der Metallverarbeitung tätig, gefolgt von den Dienstleistungen (13%) und dem Handel (12,5%). Insgesamt sind allein 43,8% in diesen drei Gruppen beschäftigt, dieser Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder liegt damit deutlich über dem Anteil an der Gesamtheit aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (37,1%). Auch beim Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder je Wirtschaftsgruppe an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gibt es große Variationen. Mit einem Anteil von 5,9% sind beschäftigte BKK Mitglieder in der Gruppe Land- und Forstwirtschaft am geringsten vertreten. Der mit 43,8% von allen Beschäftigten größte Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder, ist in der Wirtschaftsgruppe KFZ-Bau zu finden.

Auch bezüglich der Alters- und Geschlechtsstruktur zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen. So ist mit 82,6% der höchste Frauenanteil in der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen zu verzeichnen, dicht gefolgt von Erziehung und Unterricht (73,5%) und öffentlicher Verwaltung und Sozialversicherung (64,4%). Umgekehrt zeigen sich die niedrigsten Frauenanteile eher in dem von Männern dominierten verarbeitenden Gewerbe, wie z.B. der Metallerzeugung (17,7%) und Metallverarbeitung (19,7%) oder auch dem Baugewerbe (15,6%). Mit durchschnittlich 46,1 Jahren sind die beschäftigten BKK Mitglieder in der Gruppe der Postdienste am ältesten, die jüngste Gruppe ist hingegen mit durchschnittlich 38 Jahren im Gastgewerbe zu finden. Insgesamt sind die weiblichen beschäftigten BKK Mitglieder mit 41,4 Jahren im Schnitt etwas jünger als ihre männlichen Kollegen (42,2 Jahre), wobei es hier große Unterschiede in den einzelnen Wirtschaftsgruppen gibt. So sind z.B.

die Frauen in der Gruppe der Postdienste im Mittel etwas mehr als 5 Jahre älter als die Männer. Umgekehrt zeigt sich dieser Altersunterschied in nahezu gleicher Höhe zwischen Frauen und Männern bei Beschäftigten im Bereich Telekommunikation. Am geringsten ist der geschlechtsspezifische Unterschied in der Gruppe Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung ausgeprägt (vgl. III Tabelle 4.1).

In den letzten Jahren ist auch das Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder gestiegen, der Zuwachs zwischen 2009 und 2014 beträgt 2,4 Jah-

re. Die größten Differenzen sind dabei im Gastgewerbe (+3,7 Jahre) und bei den Postdiensten (+3,5 Jahre) zu beobachten. Wesentlich geringere Altersanstiege weisen z.B. die Metallerzeugung (+1,4 Jahre) und die Metallverarbeitung (+1,3 Jahre) auf.

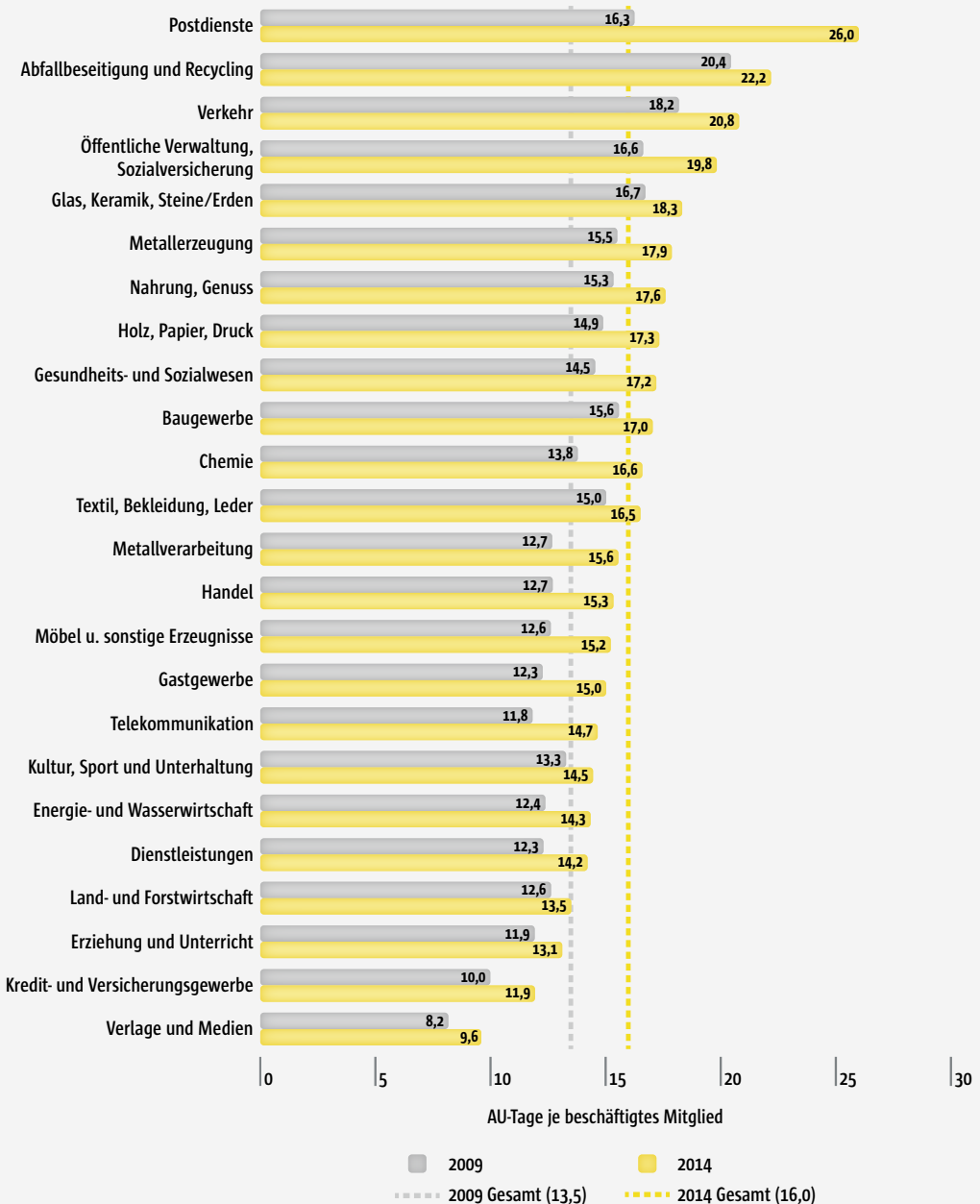
Wie bereits in III Kapitel 3 gezeigt werden konnte, üben Alter und Geschlecht einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen aus. Insgesamt weisen die Frauen mit 16,7 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied etwas mehr Fehltag auf als ihre männlichen Kollegen (15,5 AU-Tage). Im Jahr 2009

Tabelle 4.1 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) sowie Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter (Berichtsjahr 2014)

Wirtschaftsgruppe	AU-Tage je beschäftigtes BKK Mitglied			Frauenanteil BKK Mitglieder	Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder		
	Männer	Frauen	Gesamt	in Prozent	Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	12,8	14,7	13,5	38,9	38,9	40,6	39,5
Nahrung, Genuss	16,6	18,6	17,6	49,9	41,0	41,5	41,2
Textil, Bekleidung, Leder	17,4	15,7	16,5	51,6	44,0	43,4	43,7
Holz, Papier, Druck	17,6	16,5	17,3	25,9	43,4	42,6	43,2
Chemie	16,8	16,1	16,6	28,6	44,1	42,5	43,7
Glas, Keramik, Steine/Erden	19,0	16,0	18,3	22,3	43,8	43,3	43,7
Metallerzeugung	18,3	16,1	17,9	17,7	42,5	43,1	42,6
Metallverarbeitung	15,2	16,9	15,6	19,7	43,2	41,6	42,9
Möbel und sonstige Erzeugnisse	14,6	16,1	15,2	40,7	41,2	41,4	41,3
Energie- und Wasserwirtschaft	14,1	15,1	14,3	24,2	45,2	42,1	44,4
Abfallbeseitigung und Recycling	23,4	16,8	22,2	18,5	45,1	42,5	44,6
Baugewerbe	17,9	12,5	17,0	15,6	39,6	42,0	40,0
Handel	14,1	16,5	15,3	52,9	39,5	40,7	40,1
Verkehr	20,9	20,5	20,8	23,4	44,6	42,1	44,0
Postdienste	21,0	30,1	26,0	55,0	43,2	48,5	46,1
Gastgewerbe	11,9	17,0	15,0	60,3	36,5	38,9	38,0
Verlage und Medien	7,9	10,9	9,6	56,5	41,2	41,1	41,1
Telekommunikation	14,2	16,9	14,7	17,6	46,7	41,0	45,7
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	8,3	12,3	9,6	31,9	40,4	40,3	40,4
Kredit- und Versicherungsgewerbe	9,7	13,5	11,9	59,7	41,4	41,1	41,2
Dienstleistungen	13,5	15,0	14,2	49,0	41,0	40,7	40,8
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	19,6	20,0	19,8	64,4	45,1	43,9	44,3
Erziehung und Unterricht	9,7	14,4	13,1	73,5	37,5	40,6	39,8
Gesundheits- und Sozialwesen	15,2	17,6	17,2	82,6	40,8	40,5	40,5
Kultur, Sport und Unterhaltung	13,2	15,5	14,5	54,5	39,9	40,8	40,4
<b>Gesamt</b>	<b>15,5</b>	<b>16,7</b>	<b>16,0</b>	<b>43,9</b>	<b>42,2</b>	<b>41,4</b>	<b>41,8</b>



Diagramm 4.1 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008)  
im Fünfjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)



waren diese Werte und auch der Abstand zwischen den Geschlechtern noch deutlich niedriger ausgeprägt (Männer: 13,3 AU-Tage, Frauen: 13,8 AU-Tage).

Auf Wirtschaftsgruppenebene tritt dieser Geschlechtsunterschied bei den Postdiensten am deutlichsten zutage. Die Frauen weisen hier im Mittel 9,1 AU-Tage mehr als die Männer auf. Umgekehrt verhält es sich bei den Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling – hier treten bei den Männern mit 23,4 AU-Tagen deutlich mehr Fehltag als bei den Frauen (16,8 AU-Tage) auf.

Die Ursachen für derartige Abweichungen im AU-Geschehen der Männer und Frauen können auch in unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen begründet sein. So sind zum einen innerhalb der Wirtschaftsgruppen ganz unterschiedliche Berufsgruppen subsummiert, die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Tätigkeiten (bspw. eher körperliche versus Verwaltungstätigkeiten) ausüben.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern kann aber zum anderen auch durch Unterschiede 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 deren höheres Durchschnittsalter zurückzuführen sein. Des Weiteren kann auch zwischen Altersstruktur und Tätigkeitsprofil ein Zusammenhang bestehen, wenn beispielsweise ältere Arbeitnehmer vermehrt im Innendienst eingesetzt werden.

In **III** Diagramm 4.1 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen im Fünfjahresvergleich zwischen 2009 und 2014 dargestellt.

Auf den ersten Blick ist der deutliche Anstieg der AU-Tage für alle beschäftigten Mitglieder über alle Wirtschaftsgruppen hinweg erkennbar. Innerhalb der letzten 5 Jahre ist insgesamt eine Zunahme um 2,5 AU-Tage zu verzeichnen. Allerdings fällt dieser Anstieg je nach Wirtschaftsgruppe unterschiedlich stark aus. Am deutlichsten wird dieser bei den Postdiensten, die im Vergleichszeitraum um fast 10 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied zulegen. Hier spielen, neben der überdurchschnittlichen Zunahme des Alters der Beschäftigten und dem relativ hohen Frauenanteil, auch die Arbeitsbedingungen in dieser Gruppe eine wesentliche Rolle. Lag die Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling im Jahr 2009 nach AU-Tagen noch an der Spitze, so steht sie mit einem moderaten Zuwachs um 1,8 AU-Tage aktuell an zweiter Stelle. Den geringsten Zuwachs hat – neben der Land- und Forstwirtschaft (+0,9 AU-Tage) – die Wirtschaftsgruppe Erziehung und Unterricht (+1,2 AU-Tage) zu verzeichnen. Diese teils gra-

vierenden Unterschiede im Zeitverlauf sowie zwischen den Wirtschaftsgruppen sind nicht allein auf Alter oder Geschlecht zurückzuführen – hier nehmen auch die jeweiligen Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen.

In **III** Diagramm 4.2 sind die Fehlzeiten nach Betriebsgrößenklassen und Geschlecht dargestellt.

Bis zu einer Betriebsgröße von 500 bis unter 1.000 Mitarbeitern steigen die Fehltag auf insgesamt 17,1 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied an. Überproportional stark entwickelt sich dabei der Anstieg der Fehlzeiten bei den Frauen im Vergleich zu den Männern. Im Schnitt weisen sie in der o.g. Betriebsgrößenklasse 2 AU-Tage mehr als ihre männlichen Kollegen auf. Mit zunehmender Beschäftigtenzahl sinken die Fehltag dann wieder kontinuierlich für beide Geschlechter. Am niedrigsten sind die Fehlzeiten jedoch in Betrieben mit weniger als 10 Mitarbeitern. Einzig in dieser Betriebsgrößenklasse weisen anders als in den anderen Klassen die Männer mehr AU-Tage auf.

### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert

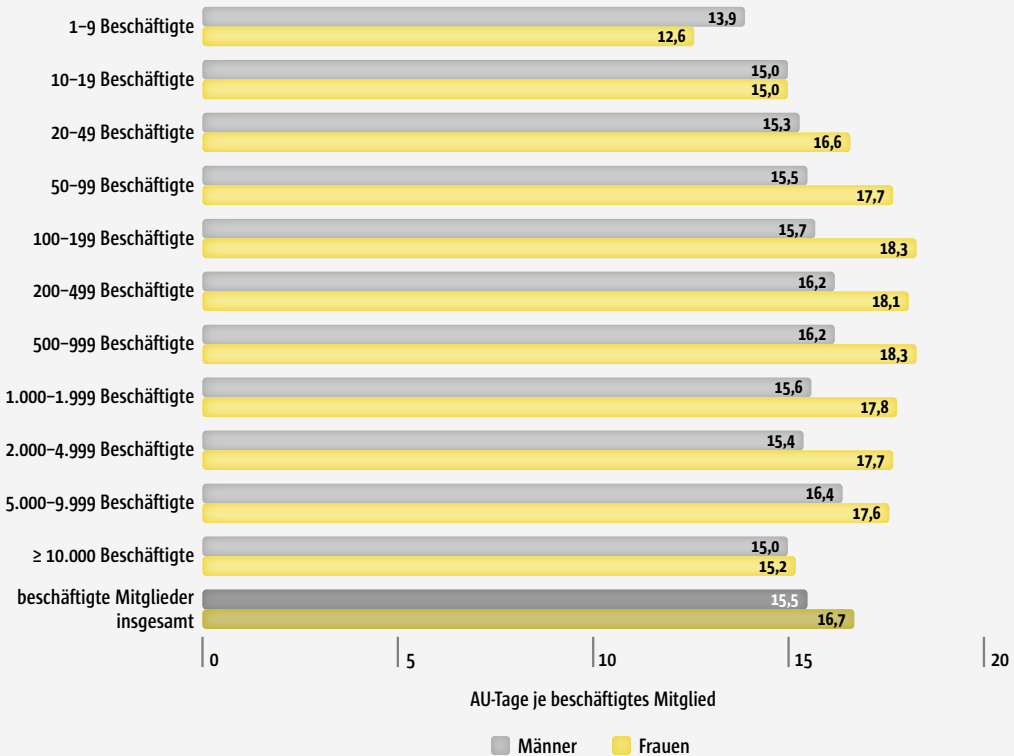
Die im folgenden Abschnitt dargestellten standardisierten Werte zum Fehlzeitengeschehen zeigen, wie viele Arbeitsunfähigkeitstage anfallen würden, wenn die Beschäftigten einer Wirtschaftsgruppe die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufwiesen wie die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (nähere Angaben zur Standardisierung finden sich in **III** Methodische Hinweise).

#### Ergebnisse nach Wirtschaftsgruppen

- Vor allem die Wirtschaftsgruppen Postdienste, Abfallbeseitigung und Recycling sowie die Metallverarbeitung und -erzeugung haben bei den Betriebskrankenkassen im Verhältnis zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur.
- Dies schlägt sich in deutlich höheren unstandardisierten Fehlzeiten mit Abweichungen von mehr als 3 AU-Tagen nieder.
- Insgesamt sind die bei den Betriebskrankenkassen versicherten Frauen etwas jünger und die Männer etwas älter als bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Die standardisierten und unstandardisierten AU-Tage der beschäftigten Mitglieder zeigen in diesem Jahr

Diagramm 4.2 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



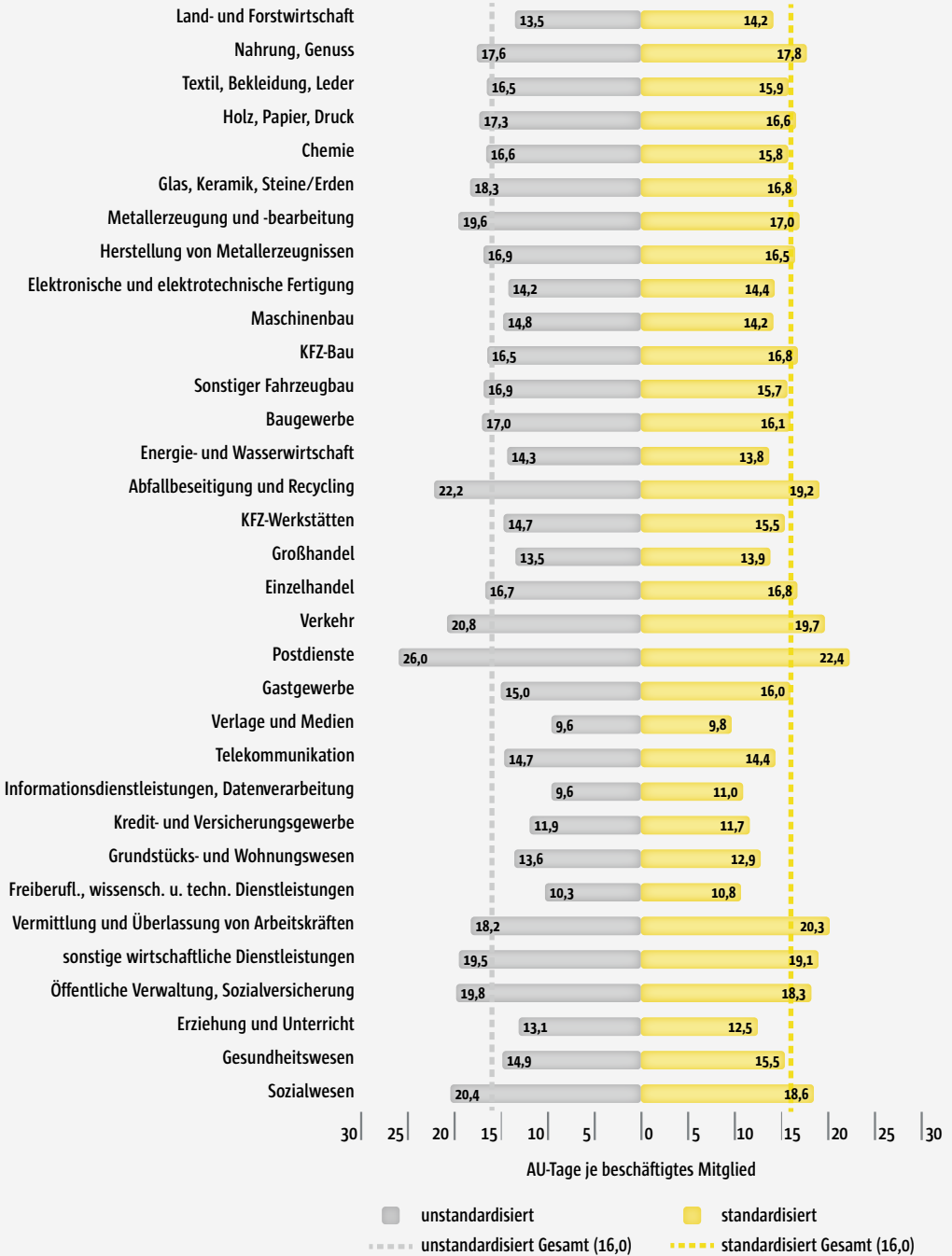
mit jeweils 16 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied keinerlei Unterschiede. Allerdings trifft dies nicht im gleichen Maße auf jede einzelne Wirtschaftsgruppe zu (vgl. ►► Diagramm 4.3).

Auch in diesem Jahr ist die deutlichste Abweichung zwischen unstandardisierten und standardisierten Fehlzeiten in der Gruppe der Postdienste erkennbar. Liegen die unstandardisierten Fehlzeiten bei 26 AU-Tagen je beschäftigtem Mitglied, so ist die standardisierte Kennzahl (22,4 AU-Tagen) um 3,6 AU-Tagen geringer. Diese Differenz geht allein auf die ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe zurück. Mit einer Abweichung von -3,0 AU-Tagen zeigen sich ähnlich hohe Unterschiede in der Gruppe Abfallbeseitigung und Recycling. Insbesondere auch bei der Metallverarbeitung und -erzeugung, die traditionell einen hohen Anteil an beschäftigten BKK Mitgliedern aufweist, ist ebenfalls aufgrund einer Abweichung von -2,6 AU-Tagen zwischen unstandardisiertem und standardisiertem

Wert von einer ungünstigeren Alters- und Geschlechtsstruktur bei den in einer BKK versicherten Beschäftigten auszugehen.

Im Vergleich zu den beiden genannten Wirtschaftsgruppen sind die standardisierten Fehlzeiten bei den Beschäftigten aus dem Bereich Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften mit 20,3 AU-Tagen höher als der nicht-standardisierte Wert (18,2 AU-Tagen). Dies bedeutet, dass die beschäftigten BKK Mitglieder in dieser Wirtschaftsgruppe tendenziell eine auf Fehlzeiten bezogen günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen. Interessanterweise liegt die unstandardisierte Zahl der Fehlzeiten 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 Diagnosehauptgruppen hin. Der geringste Unterschied ist in der Wirtschaftsgruppe Elektronische und elektrotechnische Fertigung zu finden (+0,1 AU-Tagen) – hier entspricht die Alters- und Geschlechtsstruktur

Diagramm 4.3 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2014)



der beschäftigten BKK Mitglieder in etwa der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Vergleicht man die standardisierten mit den unstandardisierten AU-Zeiten nach Geschlecht (vgl.

» Tabellen 4.1 und 4.2), so fällt auf, dass die standardisierten Werte der Frauen etwas höher liegen als die unstandardisierten (16,9 vs. 16,5 AU-Tage). Das bedeutet, dass die weiblichen beschäftigten BKK

Tabelle 4.2 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)

Wirtschaftsgruppe	AU-Fälle je beschäftigtes Mitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	0,9	1,1	1,0	13,5	15,1	14,2	165.859	78.783	244.642
Nahrung, Genuss	1,2	1,2	1,2	17,1	18,6	17,8	343.670	320.649	664.319
Textil, Bekleidung, Leder	1,3	1,3	1,3	16,4	15,3	15,9	58.054	66.002	124.056
Holz, Papier, Druck	1,3	1,3	1,3	16,9	16,3	16,6	279.929	96.802	376.731
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,3	1,2	1,2	16,5	12,8	14,8	90.468	17.901	108.369
Papiergewerbe	1,4	1,3	1,3	17,2	16,1	16,7	94.398	28.714	123.112
Druck	1,3	1,3	1,3	16,6	17,3	16,9	95.063	50.187	145.250
Chemie	1,3	1,4	1,4	15,7	15,9	15,8	601.596	248.635	850.231
Kokerei, Mineralölverarbeitung	1,2	1,3	1,2	12,8	13,5	13,1	20.666	4.610	25.276
Chemische Industrie	1,4	1,4	1,4	15,1	15,5	15,3	299.627	148.448	448.075
Gummi- und Kunststoffwaren	1,3	1,4	1,4	17,4	17,0	17,2	281.303	95.577	376.880
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,3	1,3	1,3	18,0	15,2	16,8	162.029	39.410	201.439
Metallerzeugung	1,4	1,3	1,4	17,7	15,6	16,7	894.825	184.539	1.079.364
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,4	1,3	1,3	18,5	15,3	17,0	258.773	35.300	294.073
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,4	1,3	1,4	17,2	15,7	16,5	636.052	149.239	785.291
Metallverarbeitung	1,3	1,5	1,4	14,5	17,0	15,6	2.257.327	557.720	2.815.047
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	1,2	1,5	1,4	12,1	17,0	14,4	547.976	226.158	774.134
Maschinenbau	1,4	1,4	1,4	14,7	13,6	14,2	847.691	165.361	1.013.052
Kfz-Bau	1,3	1,5	1,4	15,1	18,9	16,8	729.861	142.839	872.700
Sonstiger Fahrzeugbau	1,5	1,5	1,5	16,0	15,3	15,7	131.799	23.362	155.161
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	1,3	1,5	1,4	14,9	16,5	15,6	212.286	137.201	349.487
Energie- und Wasserwirtschaft	1,2	1,5	1,3	12,7	15,0	13,8	221.811	76.459	298.270
Abfallbeseitigung und Recycling	1,5	1,4	1,5	21,4	16,6	19,2	139.094	26.823	165.917
Baugewerbe	1,2	1,1	1,2	18,8	12,8	16,1	1.475.002	221.959	1.696.961

Fortsetzung Tabelle 4.2 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)

Wirtschaftsgruppe	AU-Fälle je beschäftigtes Mitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Handel	1,2	1,2	1,2	14,9	17,0	15,8	2.010.153	2.169.990	4.180.143
Kfz-Werkstätten	1,3	1,3	1,3	16,1	14,7	15,5	491.864	124.658	616.522
Großhandel	1,1	1,3	1,2	13,6	14,2	13,9	861.601	474.424	1.336.025
Einzelhandel	1,1	1,2	1,1	15,6	18,1	16,8	656.688	1.570.908	2.227.596
Verkehr	1,3	1,5	1,4	19,1	20,5	19,7	1.038.245	284.382	1.322.627
Landverkehr	1,3	1,6	1,4	19,8	22,6	21,1	484.742	85.661	570.403
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	1,3	1,5	1,4	18,3	19,4	18,8	553.503	198.721	752.224
Postdienste	1,2	1,4	1,3	20,0	25,2	22,4	130.270	102.390	232.660
Gastgewerbe	0,8	1,1	0,9	14,1	18,3	16,0	411.616	527.606	939.222
Verlage und Medien	0,8	1,1	0,9	8,4	11,3	9,8	115.861	119.358	235.219
Telekommunikation	1,1	1,5	1,3	12,1	17,1	14,4	51.436	17.610	69.046
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	0,9	1,2	1,0	9,0	13,3	11,0	440.105	181.278	621.383
Kredit- und Versicherungsgewerbe	1,0	1,3	1,1	9,8	13,9	11,7	437.098	559.400	996.498
Dienstleistungen	1,1	1,3	1,2	13,9	15,7	14,7	2.249.930	1.974.467	4.224.397
Grundstücks- und Wohnungswesen	1,0	1,2	1,1	12,1	13,8	12,9	112.650	119.517	232.167
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	0,9	1,2	1,0	9,5	12,2	10,8	930.400	996.557	1.926.957
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	1,4	1,6	1,5	19,7	20,9	20,3	571.790	232.396	804.186
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	1,2	1,5	1,3	17,7	20,6	19,1	635.090	625.997	1.261.087
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	1,5	1,7	1,6	17,7	19,0	18,3	623.621	1.079.648	1.703.269
Erziehung und Unterricht	1,0	1,4	1,2	10,5	14,9	12,5	344.457	814.492	1.158.949
Gesundheits- und Sozialwesen	1,1	1,3	1,2	15,5	18,3	16,8	979.876	3.285.418	4.265.294
Gesundheitswesen	1,1	1,3	1,2	14,9	16,2	15,5	428.879	1.828.165	2.257.044
Sozialwesen	1,1	1,4	1,3	16,2	21,3	18,6	550.997	1.457.253	2.008.250
Kultur, Sport und Unterhaltung	0,9	1,1	1,0	13,7	15,9	14,7	123.198	134.648	257.846
<b>Gesamt</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>15,2</b>	<b>16,9</b>	<b>16,0</b>	<b>16.240.821</b>	<b>13.933.684</b>	<b>30.174.505</b>

\* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008); Stichtag: 30. Juni 2014

Mitglieder eine günstigere Altersstruktur aufweisen als die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Bei Männern ist dieser Unterschied mit 0,3 AU-Tagen dagegen eher gering (standardisiert: 15,2 AU-Tag; nicht-standardisiert: 15,5 AU-Tag) und spricht für eine im Vergleich eher ungünstige Altersstruktur der männlichen BKK Beschäftigten im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Auch hier zeigen sich bei den Beschäftigten der Postdienste die größten Abweichungen. Insbesondere bei den Frauen sind zwischen den standardisierten und den unstandardisierten Fehlzeiten gravierende Unterschiede erkennbar. Hier kommen die oben geschilderten großen Altersdifferenzen zwischen den Geschlechtern innerhalb der beschäftigten BKK Mitglieder sowie auch im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum Tragen. Würden Frauen in den Postdiensten die gleiche Altersstruktur aufweisen wie die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen, wären ihre Fehlzeiten um 4,9 Tage geringer (dann 25,2 AU-Tag); bei den Männern liegt der standardisierte Wert dagegen lediglich um einen Tag (dann 20,0 AU-Tag) unterhalb des unstandardisierten Wertes.

### Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosehauptgruppen

- Ähnlich wie bei den Pflichtmitgliedern dominieren auch bei den beschäftigten Mitgliedern die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen das AU-Geschehen.
- Auch hier zeigen insbesondere die Postdienste jeweils hohe diagnosespezifische Fehlzeiten.

Neben Alter und Geschlecht haben aber auch spezifische Belastungen, die in einzelnen Wirtschaftsgruppen auftreten, Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Dies wird unter anderem in der Betrachtung der Fehlzeiten nach Diagnosehauptgruppen deutlich (vgl. **»»** Diagramm 4.4)

#### *Muskel- und Skeletterkrankungen*

Mit rund 420 AU-Tagen je 100 beschäftigte BKK Mitglieder sind die Muskel- und Skeletterkrankungen die Krankheitsgruppe, die die meisten Fehltag (26,3%) auf sich vereint; Ähnliches ist auch in **»»** Kapitel 1.1 bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern festgestellt worden. Wie im Jahr 2013 sind auch in 2014 die meisten Fehltag bei dieser Erkrankungsart

mit 903 AU-Tagen je 100 Beschäftigte bei den Postdiensten zu finden. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Anstieg von mehr als einem AU-Tag je Beschäftigtem (2013: 791 AU-Tag je 100 Beschäftigte). Der Anteil der Muskel- und Skeletterkrankungen an allen AU-Tagen in dieser Wirtschaftsgruppe ist dagegen nur leicht gestiegen (2013: 32,2%; 2014: 34,7%). Die wenigsten Fehltag aufgrund dieser Erkrankungsart sind in den Wirtschaftsgruppen Verlage und Medien (156 AU-Tag je 100 Beschäftigte) sowie Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (159 AU-Tag je 100 Beschäftigte) zu finden – im Vergleich zu den Postdiensten ist dies lediglich ein Sechstel der AU-Tag, die jeweils nur Anteile von 15,7% bzw. 16,6% aller AU-Tagen in diesen Wirtschaftsgruppen ausmachen. Ebenfalls mit hohen Anteilen vertreten sind die Metallerzeugung und -bearbeitung (644 AU-Tag je 100 Beschäftigte) und der Bereich Abfallbeseitigung und Recycling (689 AU-Tag je 100 Beschäftigte).

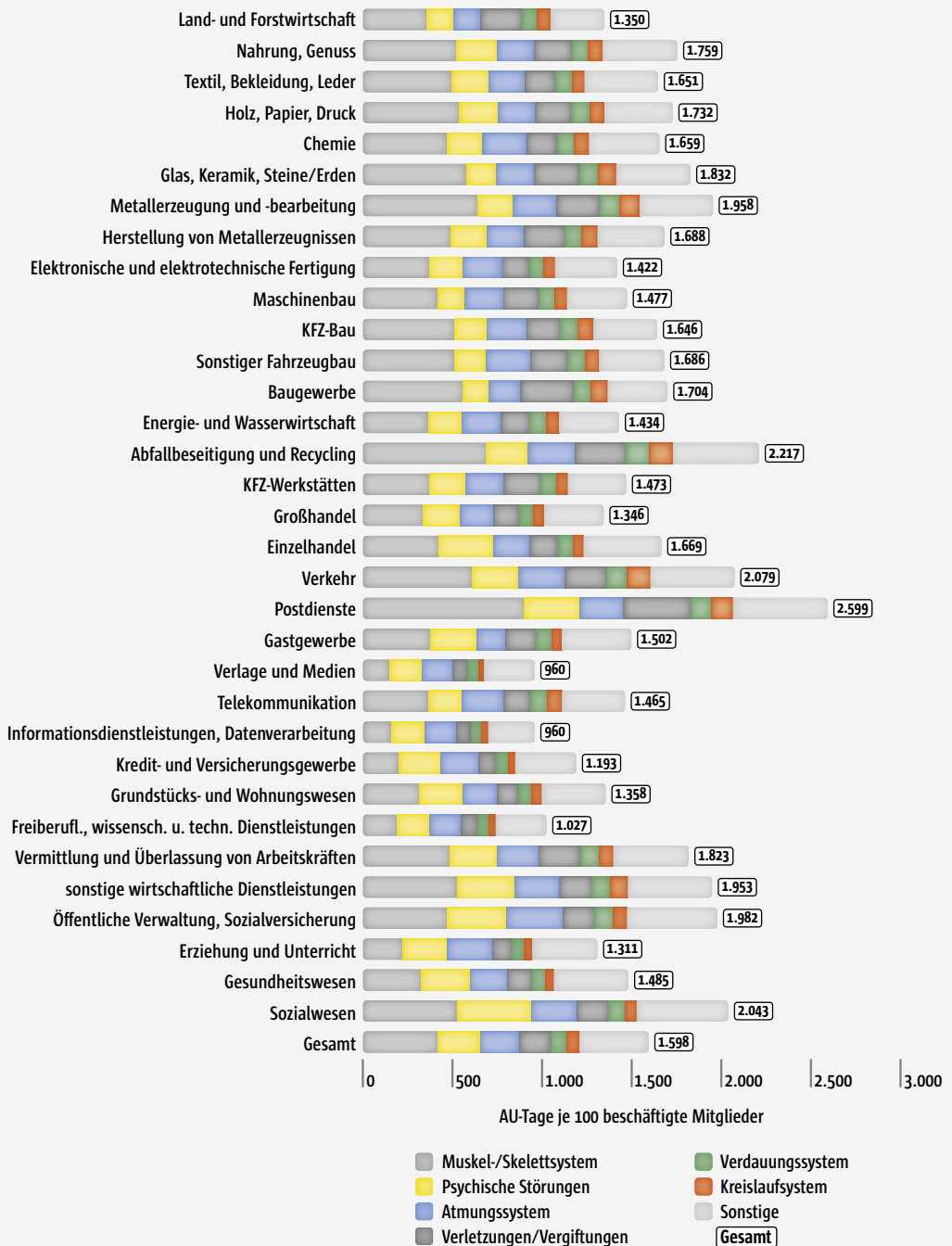
#### *Atemwegserkrankungen*

Für die Atemwegserkrankungen zeigt sich, wie schon mehrfach berichtet, aufgrund der ausgebliebenen Grippewelle im Jahr 2014 ein deutlicher Rückgang der Fehltag für alle beschäftigten Mitglieder um ca. 20% (2013: 278 AU-Tag je 100 Beschäftigte; 2014: 221 AU-Tag je 100 Beschäftigte). Allerdings reicht auch hier die Spanne – abhängig von der Wirtschaftsgruppe – von 151 AU-Tagen je 100 Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft bis zu 315 AU-Tagen je 100 Beschäftigte in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung. Mit einem Anteil von 13,8% an allen AU-Tagen (221 AU-Tag je 100 Beschäftigte) liegt diese Diagnosehauptgruppe nach den Ursachen für Fehlzeiten im Jahr 2014 lediglich auf Platz 3.

#### *Psychische Erkrankungen*

Mit einem Anteil von 14,7% (235 AU-Tag je 100 Beschäftigte) an allen AU-Tagen der beschäftigten Mitglieder sind die psychischen Störungen in 2014 die zweitwichtigste Ursache für Fehltag. Wie auch im vergangenen Jahr nehmen die Beschäftigten im Sozialwesen hier in nahezu unveränderter Höhe mit 415 AU-Tagen je 100 Mitglieder den Spitzenplatz ein (2013: 414 AU-Tag je 100 Beschäftigte). Neben der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung (333 AU-Tag je 100 Beschäftigte) sind auch hier die Postdienste prominent vertreten (311 AU-Tag je 100 Beschäftigte). Weniger als halb so viele Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart fielen hingegen in der Land- und Forstwirtschaft an (147 AU-Tag je 100 Beschäftigte).

Diagramm 4.4 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)





### Verletzungen und Vergiftungen

Insgesamt gehen 10,9% aller AU-Tage (175 AU-Tage je 100 Beschäftigte) auf das Konto dieser Erkrankungsart. Erwartungsgemäß zeigen sich die meisten Ausfalltage in den Wirtschaftsgruppen, die v.a. mit körperlicher Arbeit verbunden sind. Beispielhaft sei hier das Baugewerbe mit 301 AU-Tagen je 100 Beschäftigte genannt. Aber auch hier zeigt sich der Spitzenwert nicht in einer Gruppe aus dem verarbeitenden Gewerbe, sondern mit 380 AU-Tagen je 100 Beschäftigte wiederum bei den Postdiensten. Das ist mehr als das Vierfache der AU-Tage, die im Bereich Verlage und Medien zu konstatieren sind (86 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

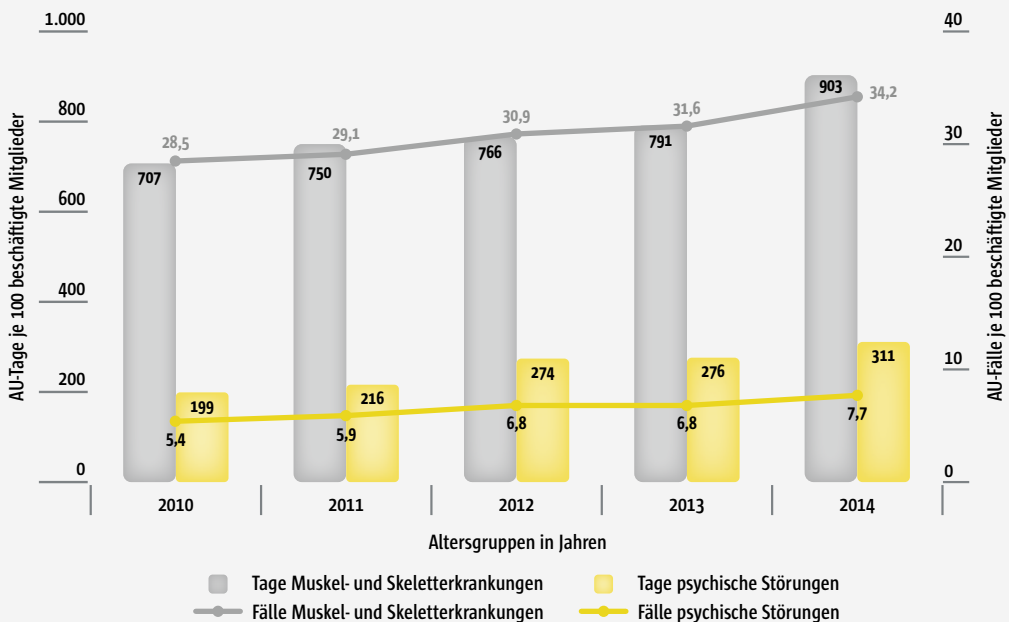
### Herz- und Kreislauferkrankungen

Mit einem Anteil von 4,5% an allen AU-Tagen (71 AU-Tage je 100 Beschäftigte), spielt diese Erkrankungsart für das AU-Geschehen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. **III** Kapitel 1.1). Hier ist es die Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling, die mit 132 AU-Tagen je 100 Beschäftigte die Rangliste anführt. Aber auch bei den Postdiensten treten mit 121 AU-Tagen je

100 Beschäftigte überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund dieser Erkrankungsart auf. Auch hier weist die Gruppe Verlage und Medien mit durchschnittlich 31 AU-Tagen je 100 Beschäftigte weniger als die Hälfte der durchschnittlichen Fehlzeiten auf.

In **III** Diagramm 4.5 ist die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens für die Wirtschaftsgruppe der Postdienste in den letzten 5 Jahren für die Muskel- und Skeletterkrankungen und die psychischen Störungen dargestellt. Sowohl bei den AU-Fällen als auch bei den AU-Tagen zeigt sich für beide Krankheitsarten ein kontinuierlicher Anstieg der Werte. Die AU-Fälle steigen dabei weniger stark an (+20% bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und +43% bei den psychischen Störungen) als die AU-Tage der jeweiligen Krankheitsart (+28% bzw. +56%). Dies bewirkt, dass die durchschnittliche Falldauer in beiden Fällen deutlich zunimmt: Bei den psychischen Störungen beträgt dieser Zuwachs ca. 4 Tage je Fall (2010: 36,8 Tage je Fall; 2014: 40,5 Tage je Fall) und bei den Muskel- und Skeletterkrankungen immerhin noch gut 1,6 Tage (2010: 24,8 Tage je Fall; 2014: 26,4 Tage je Fall).

Diagramm 4.5 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die Wirtschaftsgruppe Postdienste nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2010–2014)



### 4.1.2 Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

- Unterscheiden sich die Anteile der Langzeit-AU-Fälle an allen AU-Fällen zwischen den Wirtschaftsgruppen kaum, so zeigen sich aber Differenzen bis zu 10% in den Anteilen der Langzeit-AU-Tage.
- Besonders stark betroffen sind auch hier die Beschäftigten bei den Postdiensten und im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling.
- Bei den psychischen Störungen zeigen sich in allen Wirtschaftsgruppen deutlich höhere Langzeit-AU-Anteile als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen.

Auch für die Wirtschaftsgruppen ist eine zusätzliche Betrachtung der Fehlzeiten für die Langzeiterkrankungen besonders aufschlussreich, da daraus u. a. Angebote und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auf der betrieblichen Ebene abgeleitet werden können. Diese stellen wiederum wichtige Instrumente zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten dar.

In **III** Diagramm 4.6 sind die Anteile der Langzeit-AU-Fälle und -Tage an allen AU-Fällen und -Tagen innerhalb der Wirtschaftsgruppen dargestellt. Mit einem Anteil von 7,1% Langzeit-AU-Fällen und mehr als der Hälfte aller AU-Tage (53,5%) mit einer Dauer von über 6 Wochen sind auch hier die Postdienste die Gruppe mit den meisten Langzeiterkrankungen. Ebenfalls über dem Durchschnitt liegen mit einem Anteil von 5,2% an den AU-Fällen und 48,1% an den AU-Tagen die Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling. Deutlich unter dem Durchschnitt liegende Werte sind in den Wirtschaftsgruppen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung sowie auch Erziehung und Unterricht zu finden. Die große Spanne im Langzeit-AU-Geschehen nach Wirtschaftsgruppen macht deutlich, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen zu einem unterschiedlichen Krankheitsgeschehen führen können. Aber auch hier spielen weitere morbiditätsbedingende Faktoren wie Alter, Geschlecht und soziale Lage eine Rolle.

Etwas differenzierter fällt das Bild in der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen und Diagnosehauptgruppen aus (vgl. **III** Diagramm 4.7). Exemplarisch sind die beiden für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen – dargestellt. Zunächst zeigt sich, wie bereits in **III** Kapitel 2.1 zu sehen war, dass die Anteile der AU-Fälle und -Tage, die mit Langzeiterkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer verbunden sind, bei den psychi-

schen Störungen deutlich höher ausfallen als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung des Muskel- und Skelettsystems ist insgesamt wesentlich häufiger, wobei hier oftmals auch Kurzzeitfälle auftreten. Dagegen sind psychische Störungen als AU-Grund zwar weniger häufig, führen bei Auftreten aber zu wesentlich längeren Falldauern (37 Tage je Fall vs. 19 Tage je Fall bei den Muskel- und Skeletterkrankungen).

Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind mit mehr als 10% der AU-Fälle ebenfalls die Postdienste sowie mit 9,6% das Sozialwesen besonders stark von Langzeiterkrankungen betroffen. Diese Gruppen weisen auch überdurchschnittlich hohe Anteile der Langzeit-AU-Tage an allen AU-Tagen auf. Auch hier ist die Gruppe Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung diejenige, die sowohl bei den Langzeit-AU-Fällen als auch -Tagen die geringsten Anteile aufweist.

Bei den psychischen Störungen zeigt sich durchweg ein wesentlich höherer Anteil von Langzeit-AU-Fällen und -Tagen. Insbesondere in den Wirtschaftsgruppen Land- und Forstwirtschaft (18,3% der AU-Fälle) sowie Gastgewerbe (16,8%) sind besonders hohe Anteile der Langzeit-AU-Fälle feststellbar. Beide Gruppen haben zwar die wenigsten AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen, diese gehen aber mit überdurchschnittlich hohen Falldauern einher und tragen damit zu den hier dargestellten hohen Anteilen am Langzeit-AU-Geschehen in diesen beiden Gruppen bei. Ebenfalls stark von Langzeitausfällen aufgrund psychischer Leiden betroffen sind Beschäftigte im Sozialwesen mit 16,6% der AU-Fälle und 74,2% der AU-Tage.

- Der Anteil der Langzeit-AU-Tage sinkt mit zunehmender Beschäftigtenzahl, wohingegen der entsprechende Anteil an den AU-Fällen stabil bleibt.
- Nicht nur die Anteile, sondern auch die Falldauer ist in kleinen und mittleren Betrieben deutlich höher als in Großunternehmen. Als Ursache hierfür ist zu vermuten, dass v. a. in Unternehmen mit vielen Mitarbeitern bessere Strukturen und Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden sind.

Auch die bereits dargestellten Unterschiede nach der Betriebsgröße sollen an dieser Stelle noch einmal aufgegriffen werden (vgl. **III** Diagramm 4.8). Es zeigt sich, dass die Anteile der Langzeit-AU-Tage mit zunehmender Betriebsgröße abnehmen. Zwischen der kleinsten und der größten Kategorie beträgt dieser

Diagramm 4.6 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)

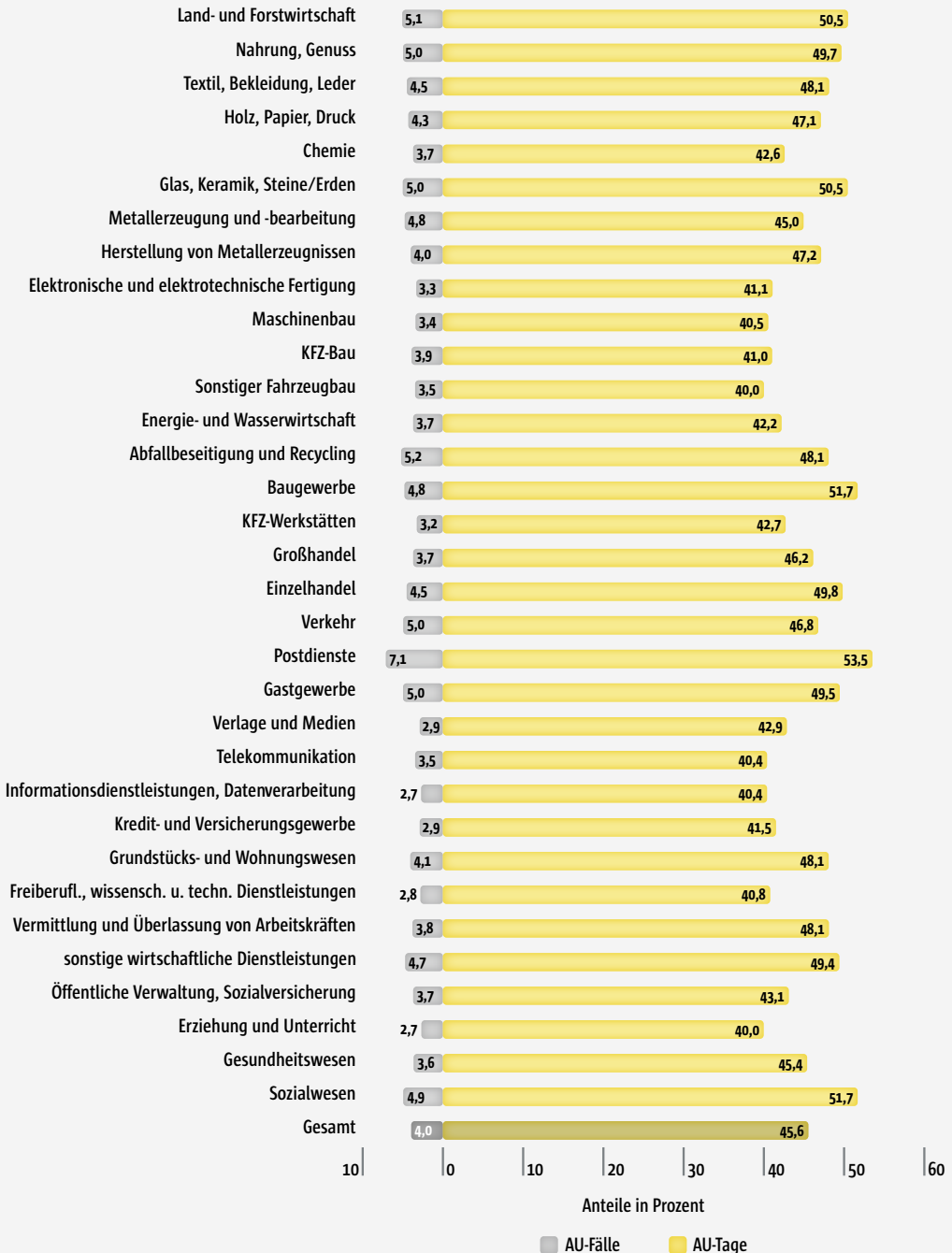


Diagramm 4.7 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)

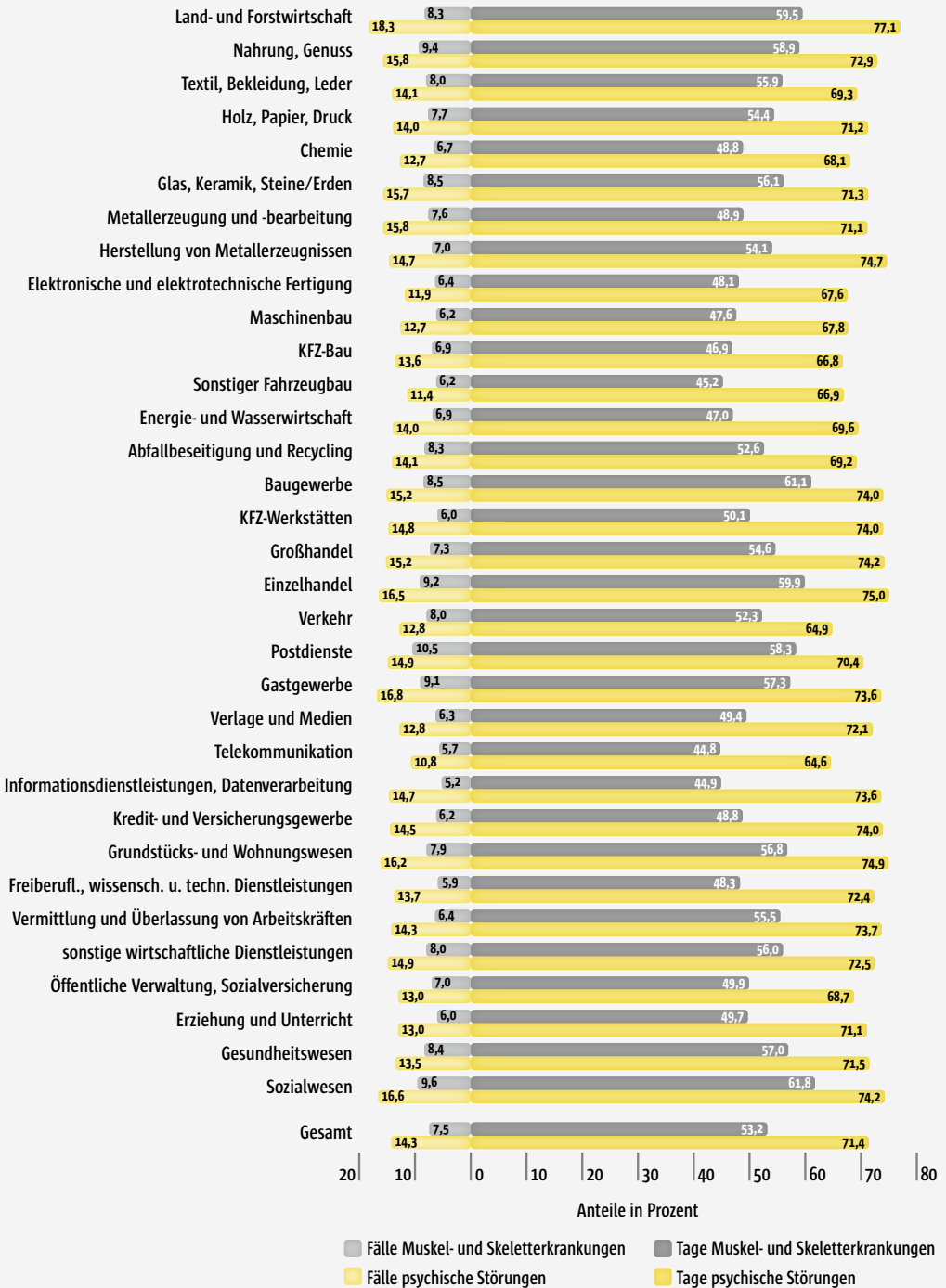
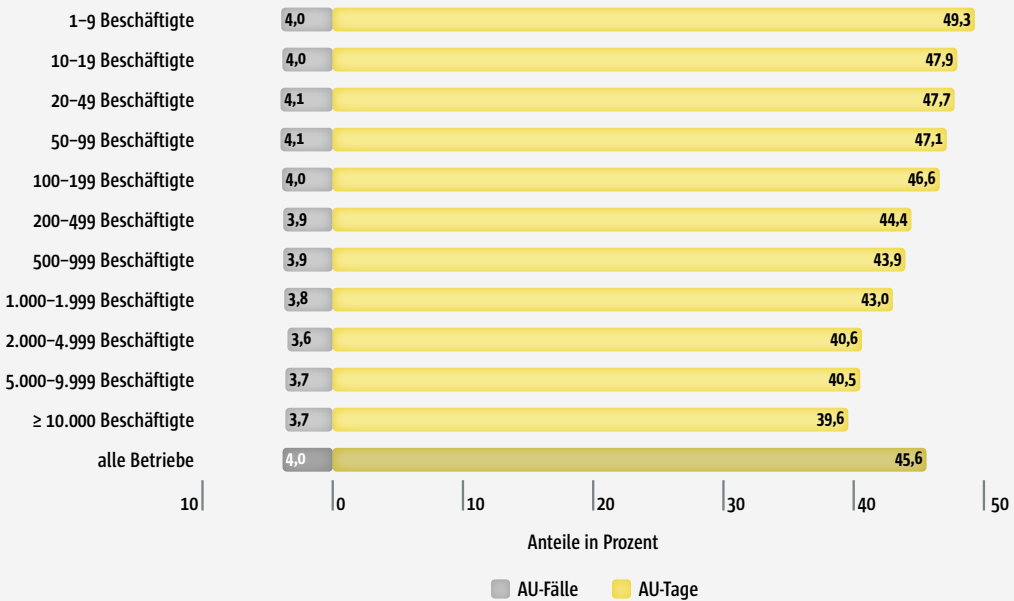


Diagramm 4.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Betriebsgröße (Berichtsjahr 2014)

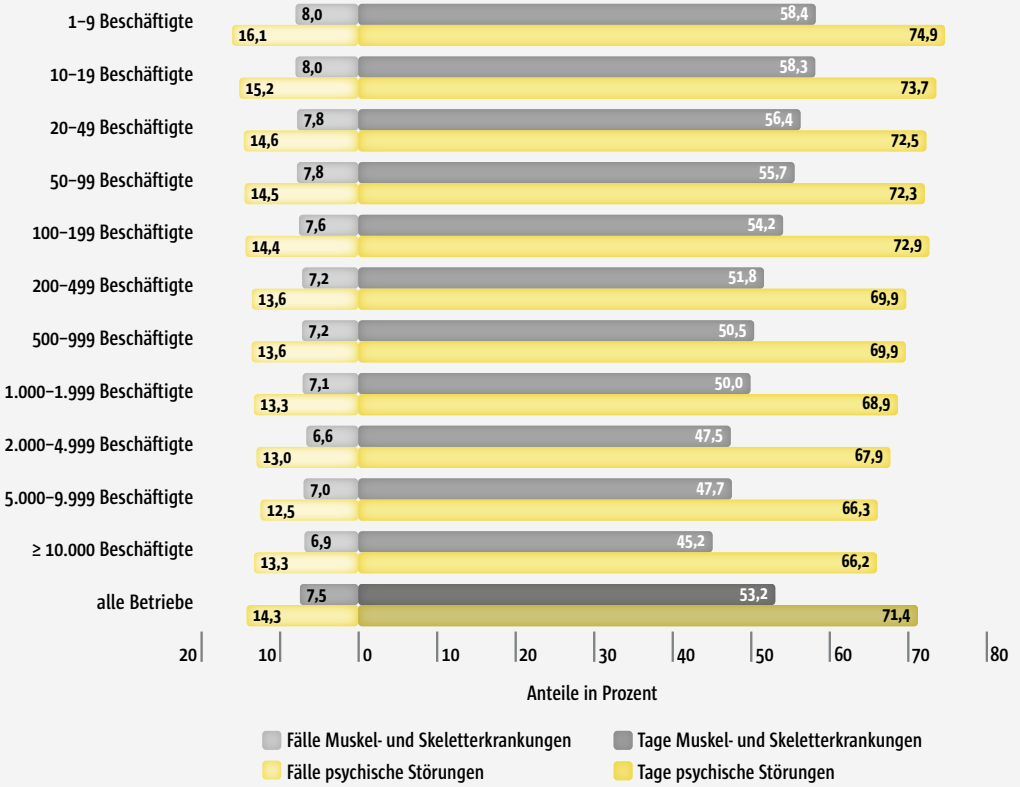


Unterschied nahezu 10%. Dagegen ist der Anteil der Langzeit-AU-Fälle an allen AU-Fällen nicht von der Betriebsgröße abhängig. Bei Unternehmen mit wenigen Beschäftigte treten im Verhältnis nicht mehr Langzeit-AU-Fälle als in Großunternehmen auf. Aufgrund der geringen Zahl der Mitarbeiter wirken aber gerade in kleinen Unternehmen Langzeiterkrankte wesentlich stärker auf die hier dargestellten Anteile an den AU-Tagen als in Großunternehmen. Es zeigt sich aber auch, dass bei Langzeit-AU-Fällen die durchschnittlichen Falldauern in Kleinunternehmen deutlich über denen der Großunternehmen liegen (1–9 Beschäftigte: 157 Tage je Fall; > 10.000 Beschäftigte: 134 Tage je Fall).

Passend zur Betrachtung der Wirtschaftsgruppen soll auch hier noch ein Blick auf den Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und den beiden wichtigsten Diagnosehauptgruppen im AU-Geschehen geworfen werden (vgl. ►► Diagramm 4.9). Für die Muskel- und Skeletterkrankungen zeigt sich ein nahezu identisches Bild wie im vorhergehenden Diagramm: Die Anteile der Langzeit-AU-Tage an allen AU-Tagen nehmen mit zunehmender Mitarbeiterzahl ab, während die Langzeit-AU-Fälle davon relativ unabhängig stabil zwischen 7–8% bleiben. Dagegen ist bei den psy-

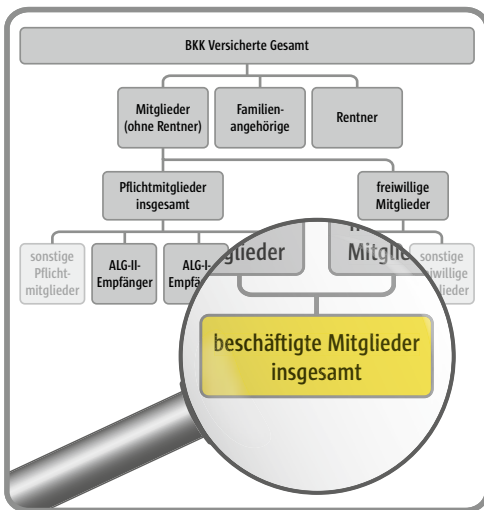
chischen Störungen für beide Kennzahlen eine deutliche Abnahme mit zunehmender Beschäftigtenanzahl erkennbar. Auch hier ist zu beobachten, dass die durchschnittliche Falldauer aufgrund dieser Erkrankung bei wenigen Beschäftigten deutlich höher ist (1–9 Beschäftigte: 190 Tage je Fall; > 10.000 Beschäftigte: 169 Tage je Fall). Gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen (150 vs. 126 Tage je Fall). Eine Ursache hierfür könnte der starke soziale Zusammenhalt und die familiäre Atmosphäre in Kleinunternehmen sein, die in eine hohe Verbundenheit des Beschäftigten mit dem Arbeitsgeber mündet, die aber auch dazu führen kann, dass falsch verstandenes Verantwortungsbewusstsein den Beschäftigten dazu bewegt, wesentlich später und nur wenn es unausweichlich ist, bei einer Erkrankung ärztlich Hilfe zu suchen, was dann zu deutlich längeren Ausfallzeiten führt. Zudem sind in Unternehmen mit vielen Beschäftigten meist auch bessere Strukturen und Instrumentarien für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden. Diese auch in den kleinen und mittleren Unternehmen zu stärken, ist eines der Ziele, für die die Betriebskrankenkassen mit ihrer engen Verbindung zu den Unternehmen geradezu prädestiniert sind.

Diagramm 4.9 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Anteil der Langzeiterkrankungen (AU-Dauer > 6 Wochen) nach Betriebsgröße und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



## 4.2 Ambulante Versorgung

- Fast zwei Drittel der weiblichen Beschäftigten im Postdienst sind durch Muskel- und Skeletterkrankungen belastet. Vor allem bei den älteren Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe werden solche Erkrankungen sehr häufig diagnostiziert.
- In allen Wirtschaftsgruppen sind Frauen häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen, der größte Anteil der weiblichen Beschäftigten mit einer entsprechenden Diagnose ist wiederum auch bei den Postdiensten zu finden. Die meisten männlichen Beschäftigten mit einer solchen Diagnose arbeiten in der Branche Abfallbeseitigung und Recycling.



Die Gesundheit bzw. Krankheit der beschäftigten BKK Mitglieder drückt sich nicht allein im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus, denn nicht immer führen gesundheitliche Einschränkungen auch zu Fehlzeiten in der beruflichen Tätigkeit. Daher bietet die Analyse der ambulanten Diagnosen hierzu eine Ergänzung und vermittelt bei einer differenzierten Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen 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.

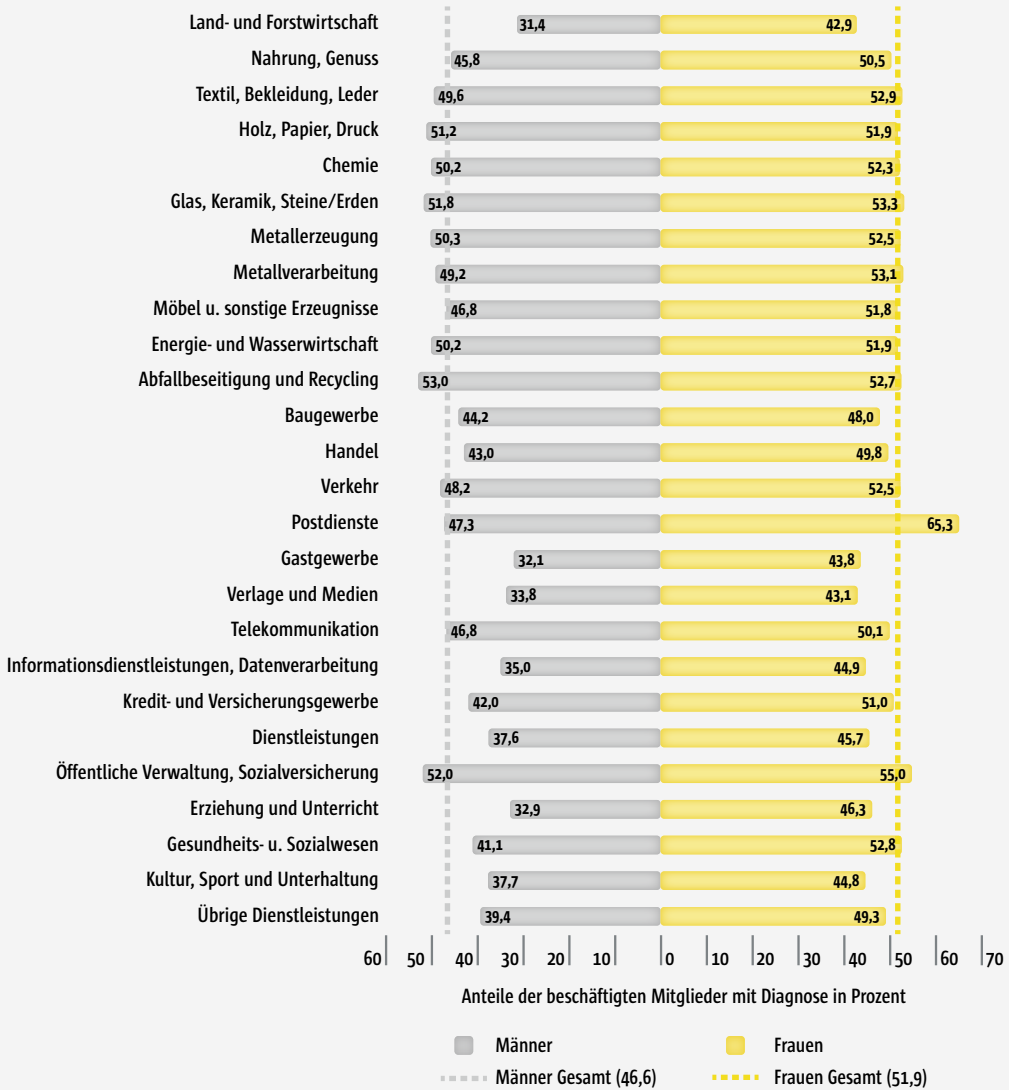
### Muskel- und Skeletterkrankungen

Wie bereits in **III** Kapitel 1 dargestellt, werden Muskel- und Skeletterkrankungen in der ambulanten Versorgung mit am häufigsten diagnostiziert, fast die Hälfte der BKK Versicherten hat im Jahr 2014 eine Diagnose aus dieser ICD-Hauptgruppe erhalten. Arbeitsunfähigkeit geht ebenfalls sehr häufig auf muskuloskeletale Erkrankungen zurück.

Differenziert nach Wirtschaftsgruppen zeigt sich für die Muskel- und Skeletterkrankungen eine recht starke Variation zwischen den Gruppen, zugleich bestehen auch innerhalb einzelner Wirtschaftsgruppen starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern (**III** Diagramm 4.10).

Die mit Abstand höchste administrative Prävalenz ist dabei bei den Frauen im Postdienst festzustellen. Mehr als zwei Drittel (65,3%) haben im aktuellen Berichtsjahr eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen erhalten – damit liegt deren Anteil mehr als 10% über der Betroffenenquote der auf Platz 2 folgenden weiblichen Beschäftigten aus dem Bereich öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (55,0%). Bemerkenswert ist zudem, dass der Anteil der weiblichen Postbediensteten mit einer derartigen Diagnose mit 18 Prozentpunkten Unterschied deutlich vom Anteil der männlichen Postbediensteten abweicht. Eine wesentliche Ursache für die hohe Verbreitung bei den weiblichen Beschäftigten im Postdienst dürfte das hohe Durchschnittsalter sein (siehe **III** Kapitel 4.1), welches mit

Diagramm 4.10 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



über 48 Jahren höher ist als in allen anderen hier betrachteten Wirtschaftsgruppen und auch noch mehr als 5 Jahre über dem Durchschnittsalter der männlichen Postdienst-Beschäftigten liegt.

Anders verhält es sich bei den Beschäftigten im Gastgewerbe, in der Landwirtschaft genauso wie bei den in Erziehung und Unterricht Tätigen: Hier sind die niedrigsten Durchschnittsalter zu finden – insbesondere die männlichen Beschäftigten sind noch ver-

gleichsweise jung (unter 39 Jahre) – und auch die muskuloskeletale Erkrankungen sind am wenigsten verbreitet (unter 33% Anteil männliche Versicherte mit Diagnose). Der schon in **»»** Kapitel 3.2 beschriebene Trend der steigenden Diagnoseanteile mit höheren Altersgruppen zeigt sich auch in unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen, die wiederum sehr unterschiedliche Anteile an körperlicher Tätigkeit aufweisen. Die unterschiedlichen Diagnosehäufig-

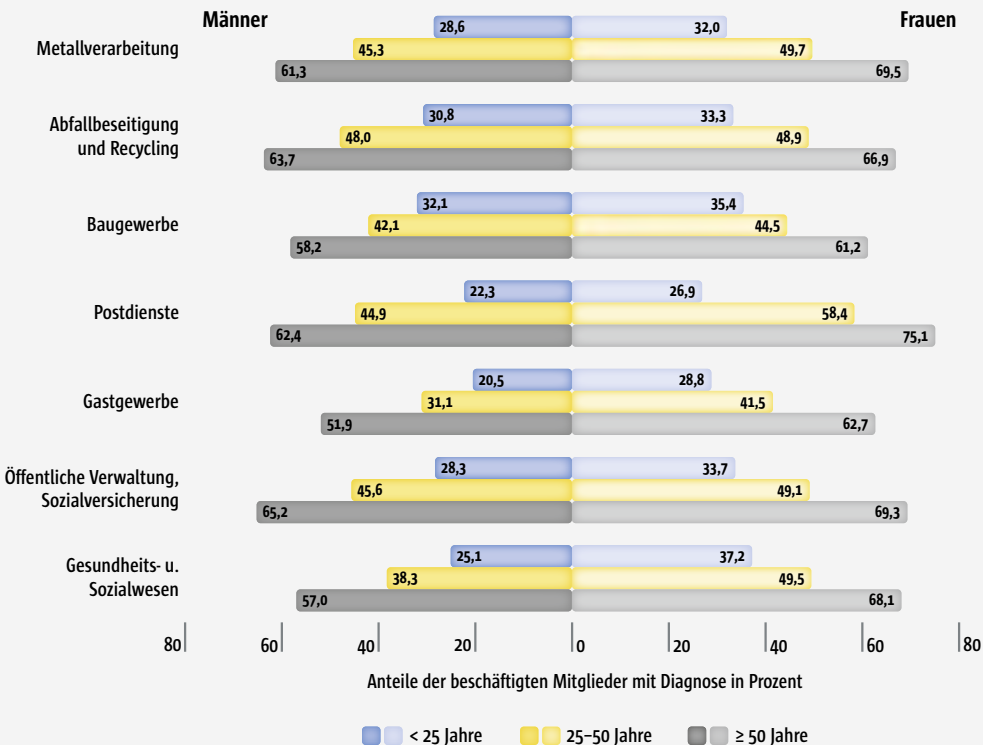


keiten zwischen den Wirtschaftsgruppen an sich lassen aber auch den Einfluss der jeweils unterschiedlichen Arbeitsbedingungen erkennen.

Eine nach Alters- und Wirtschaftsgruppen differenzierte Betrachtung der ambulanten muskuloskelettalen Erkrankungen erlaubt eine detailliertere Analyse, hierzu sind im **»»** Diagramm 4.11 verschiedene Wirtschaftsgruppen aus dem verarbeitenden Gewerbe genauso wie aus dem Dienstleistungssektor exemplarisch gegenübergestellt. Besonders auffällig ist dabei die große Differenz der Anteile Beschäftigter mit einer Muskel-Skelettsystem-Diagnose bei den weiblichen Beschäftigten im Postdienst: Bei den unter 25-Jährigen ist die Diagnosehäufigkeit mit 26,9% vergleichsweise gering. Selbst in Wirtschaftsgruppen mit geringer Gesamtprävalenz über alle Altersgruppen hinweg wie etwa dem Baugewerbe und Gastgewerbe sind die Anteile in der gleichen Altersgruppe mit 35,4% bzw. 28,8% höher. Demgegenüber sind die Anteile der beschäftigten Frauen mit einer derartigen Diagnose in den Altersgruppen

der 25- bis unter 50-jährigen und der ab 50-jährigen im Postdienst außerordentlich hoch. In der Altersgruppe der über 50-jährigen sind drei Viertel betroffen. Zum einen ist eine mögliche Erklärung hierfür, dass sich das höhere Alter der weiblichen Postbeschäftigten auch innerhalb der Altersklassen fortsetzt und die weiblichen Postbeschäftigten jeweils weiterhin älter sind als Beschäftigte anderer Wirtschaftsgruppen. Zum anderen könnten hier aber auch branchenspezifische Belastungen zum Ausdruck kommen, die sich erst in der mittleren und hohen Altersgruppe negativ auswirken und zu häufigem Behandlungsbedarf und Arbeitsunfähigkeit (**»»** Kapitel 4.1) führen. Für letzteres spricht auch der Umstand, dass bei den Männern ebenfalls eine deutliche Steigerung zwischen den jungen Beschäftigten und der nächsthöheren Altersgruppe der 25- bis 49-jährigen vorzufinden ist: Der Anteil von betroffenen männlichen Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe steigt um mehr als das Doppelte von 22,3% auf 44,9%. Relativ niedrige Anteile an Betroffenen in al-

Diagramm 4.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

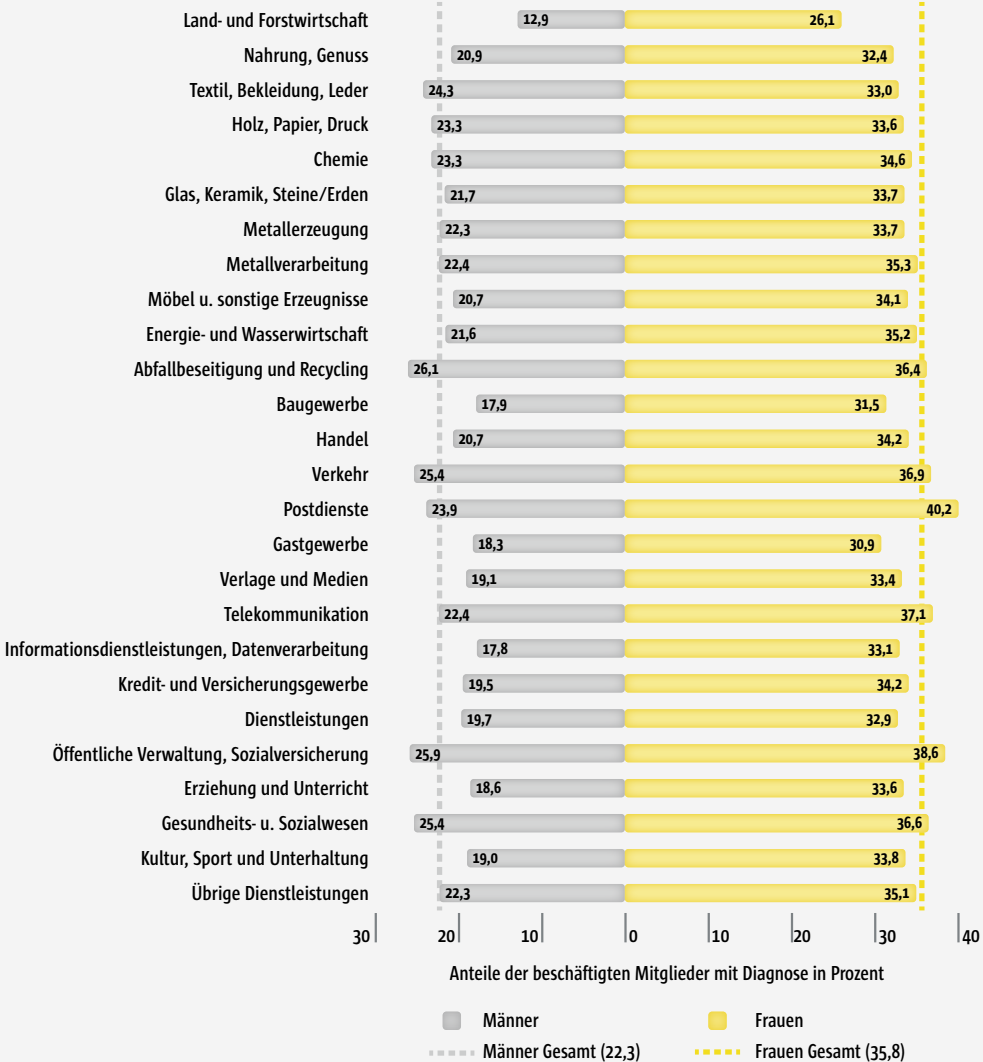


len Alters- und Geschlechtssubgruppen sind hingegen bei den Beschäftigten des Gastgewerbes zu finden. Das Gastgewerbe weist zudem auch relativ wenig Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage auf. Hier wiederum könnte sich auch eine mögliche Varianz des Durchschnittsalters innerhalb der Altersgruppen auswirken, weiterhin ist aber auch zu berücksichtigen, dass das Gastgewerbe eine Beschäftigtenstruktur mit hohen Anteilen von Saisonarbeitern und geringfügig Beschäftigten aufweist.

Psychische Erkrankungen

Wie bereits beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen gezeigt, sind auch bei den ambulanten Diagnosen Beschäftigte in Land- und Forstwirtschaft nur sehr selten von psychischen Erkrankungen betroffen (»» Diagramm 4.12). 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 ande-

Diagramm 4.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



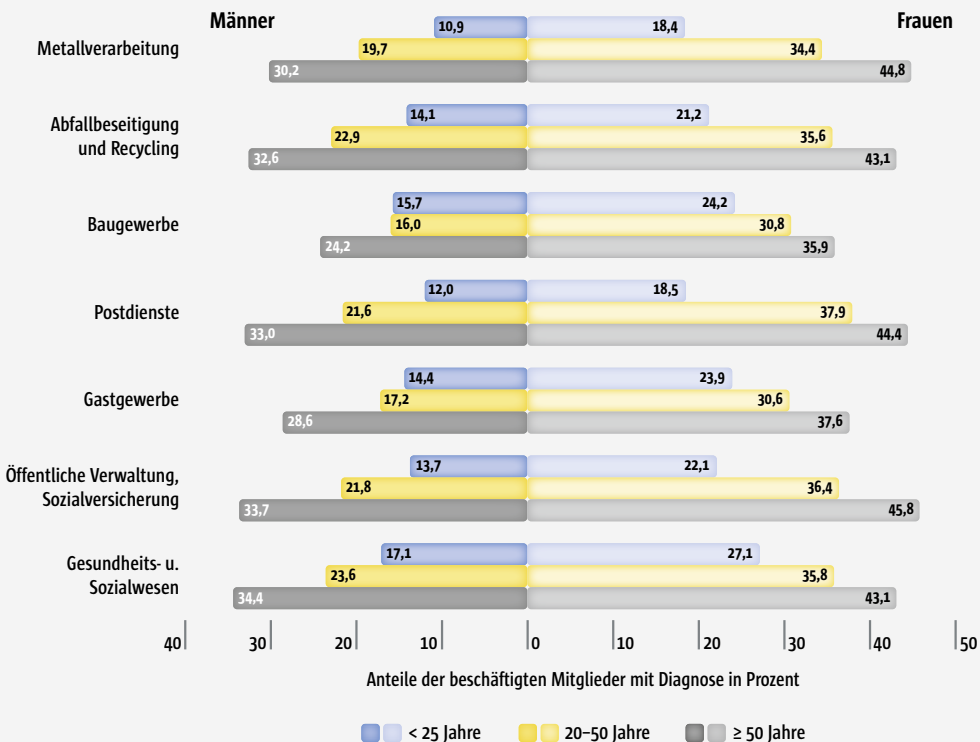
ren hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. Bemerkenswert ist außerdem, dass in dieser Wirtschaftsgruppe der Unterschied zwischen den Geschlechtern so ausgeprägt wie in keiner anderen ist: Während bei 26,1% der Frauen eine psychische Erkrankung diagnostiziert worden ist, sind es bei den Männern nicht einmal halb so viele (12,9%). Weiterhin sind deutlich unterdurchschnittliche Prävalenzen psychischer Erkrankungen im Baugewerbe sowie in der Wirtschaftsgruppe Informationsdienstleistungen/Datenverarbeitung zu finden (geschlechtsunspezifisch jeweils unter 23%; Gesamt-Durchschnitt: 28,3%).

Der höchste Anteil weiblicher Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung ist – wie auch schon bei den Muskel- und Skeletterkrankungen – im Postdienst zu finden (40,2%). Frauen in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung weisen mit 38,6% und in der Telekommunikation mit 37,1% ebenfalls hohe Anteile von weiblichen Beschäftigten mit einer psychischen Störung auf. Bei den Männern trifft dies auch auf den Bereich Abfallbeseitigung und Recycling (26,1%) zu. Daneben weisen

insbesondere die Gruppen öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (25,9%) sowie Gesundheits- und Sozialwesen und Verkehr (je 25,4%) hohe Raten an männlichen Betroffenen auf.

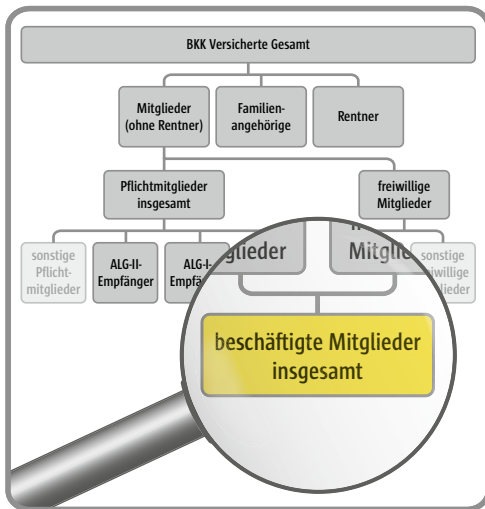
Werden die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen für ausgewählte Wirtschaftsgruppen nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, so wird auch hier die höhere Prävalenz bei weiblichen Beschäftigten deutlich – die dargestellten Anteile sind durchgehend mindestens um ein Viertel höher als bei den Männern der gleichen Wirtschafts- und Altersgruppe (»» Diagramm 4.13). Dies entspricht auch den Erkenntnissen aus »» Kapitel 3.2, wonach Frauen eine deutlich höhere Prävalenz für psychische Erkrankungen aufweisen. Relativ niedrige Anteile von Beschäftigten mit einer Diagnose weisen bei beiden Geschlechtern die Baubranche sowie das Gastgewerbe auf. Hohe Anteile sind hingegen insbesondere bei männlichen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie bei Männern und Frauen älter als 25 Jahre bei Postdiensten zu finden.

Diagramm 4.13 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



## 4.3 Stationäre Versorgung

- Die meisten Tage verbringen Beschäftigte des Sozialwesens in stationärer Versorgung. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen sind dafür häufiger psychische Störungen ursächlich.
- Auch der Postdienst weist eine sehr hohe Zahl an Krankenhaustagen pro Versicherte auf, hier sind mehr Tage als in anderen Branchen auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen.
- Die im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen höchsten Anteile an allen Krankenhaustagen aufgrund von Herz-/Kreislaufkrankheiten weisen die Beschäftigten aus der Abfallbeseitigung sowie der Metallerzeugung und -verarbeitung auf.



Die beschäftigten Mitglieder sind im Jahr 2014 durchschnittlich einen Tag in stationärer Behandlung (1.022 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Differenziert nach Wirtschaftsgruppen zeigen sich teils deutliche Unterschiede, so sind Beschäftigte im Bereich freiberuflicher, wissenschaftlicher und techni-

scher Dienstleistungen 732 KH-Tage, im Sozialwesen hingegen 1.211 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder in Behandlung. Parallelen zur ambulanten Versorgung (III Kapitel 4.2) und dem Fehlzeitengeschehen (III Kapitel 4.1) sind hierbei gut zu erkennen; die Anzahl an Krankenhaustagen ist im Postdienst sowie in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung, in der Abfallbeseitigung und Recycling, aber auch in der Metallerzeugung und -bearbeitung mit über 1.100 KH-Tage pro 1.000 beschäftigte Mitglieder überdurchschnittlich hoch.

Außerdem ist bei den Beschäftigten im Postdienst, korrespondierend zu den Zahlen der ambulanten Versorgung, die Differenz zwischen Männern und Frauen am größten (999 KH-Tage vs. 1.370 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) (III Diagramm 4.14). Relativ betrachtet ist die Differenz bei den Beschäftigten im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung sogar noch größer, hier sind bei den Frauen 40% mehr Krankenhaustage pro Beschäftigte zu verzeichnen als bei den Männern (920 KH-Tage vs. 656 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Die Männer dieser Wirtschaftsgruppe weisen sogar insgesamt den geringsten Durchschnitts-Tageswert aller Wirtschafts- und Geschlechts-Subgruppen auf. Anders verhält es sich bei den Beschäftigten in Abfallbeseitigung und Recycling: Je 1.000 männliche Beschäftigte sind hier 1.184 Krankenhaustage zu verzeichnen – das ist fast der höchste Wert für Männer und 30% mehr als bei den weiblichen Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe.

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an Aufenthaltstagen pro beschäftigte Mitglieder ausmachen, ist in III Diagramm 4.15 ablesbar. Für sechs ausgewählte ICD-Hauptgruppen, die bei den beschäftigten Mitgliedern insgesamt für mehr als zwei Drittel der Krankenhaustage ursächlich sind (das weitere Drittel hier als „Sonstige“ dargestellt), sind die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt.

Diagramm 4.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

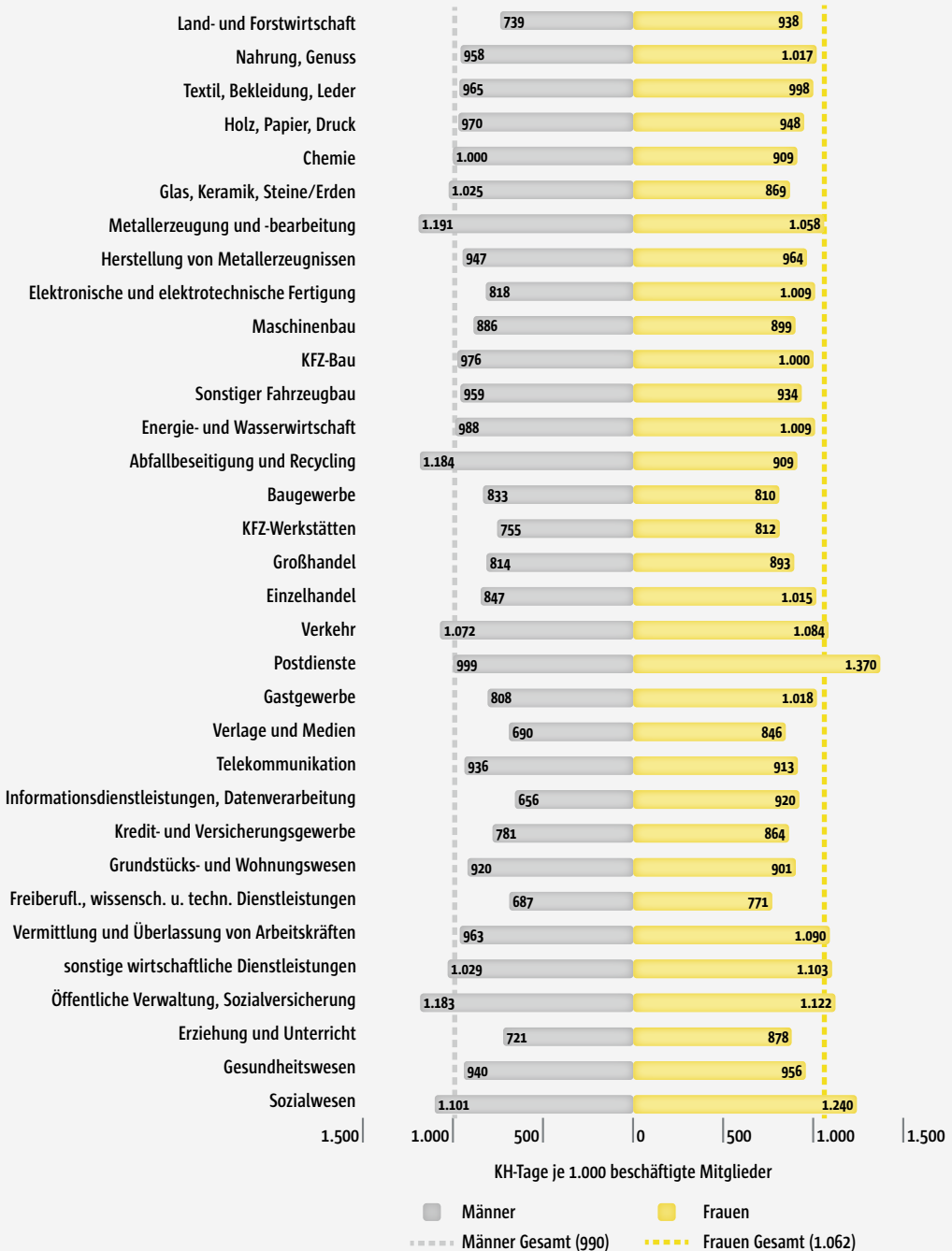
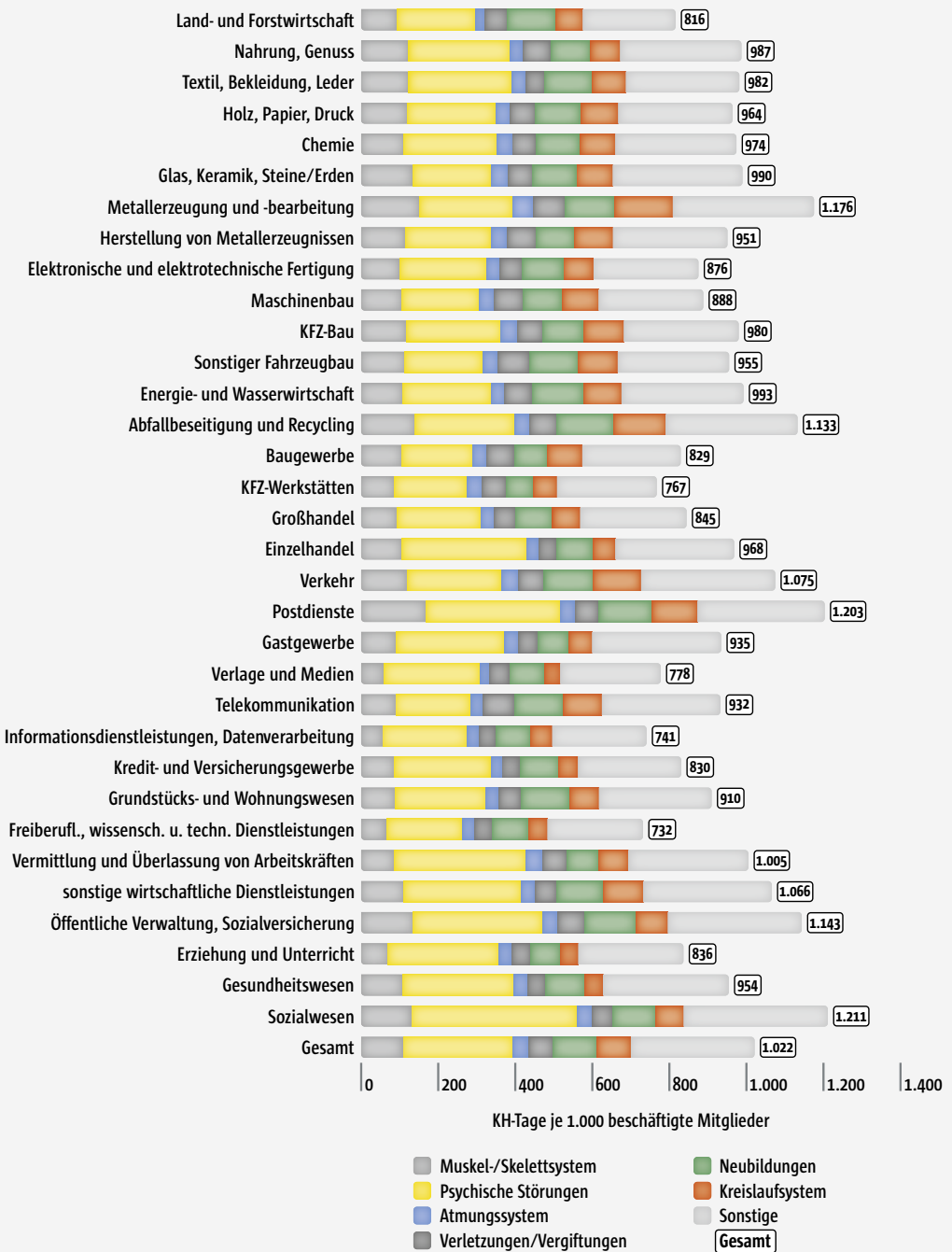


Diagramm 4.15 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2014)



Bei den Beschäftigten im Sozialwesen, bei denen im Vergleich die meisten Krankenhaustage zu verzeichnen sind, ist der größte Anteil auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen. Unter allen ausgewählten Wirtschaftsgruppen ist dies mit 35,5% aller KH-Tage der jeweiligen Wirtschaftsgruppe der größte Anteil (Durchschnitt Gesamt: 27,9% der 1.022 Krankenhaustage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Hingegen sind Verletzungen/Vergiftungen bei im Sozialwesen Beschäftigten nur für 4,3% der Krankenhaustage ursächlich – der geringste Anteil im Vergleich zu allen anderen Wirtschaftsgruppen. Die wenigsten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Erkrankungen entstehen in den Wirtschaftsgruppen Glas, Keramik, Steine/Erden und Metallherzeugung und -bearbeitung (jeweils 20,6% der Krankenhaustage). In der Metallherzeugung und -bearbeitung sind pro Beschäftigte besonders viele stationäre Behandlungstage zu verzeichnen, davon allein 12,8% aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen – ein mehr als 2,5-mal so großer Anteil im Vergleich zu den Beschäftigten des Gesundheitswesens. Bei den Postbestensten haben Muskel- und Skeletterkrankungen einen überdurchschnittlich hohen Anteil (14,0%) an allen Krankenhaustagen (Durchschnitt: 10,7% der Krankenhaustage je beschäftigte Mitglieder). In der Land- und Forstwirtschaft wiederum sind die relativ wenigen Krankenhaustage überdurchschnittlich häufig auf Neubildungen zurückzuführen: 15,5% der KH-Tage der Land- und Forstwirtschaft-Beschäftigten gehen darauf zurück, während der Durchschnitt nur 10,7% der Krankenhaustage je beschäftigte Mitglieder beträgt.

### Schwerpunkthema Langzeiterkrankungen

Mit 23,9% geht fast jeder vierte Krankenhaustag in der Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder auf eine Langzeitbehandlung zurück. Damit liegt der Anteil der Langzeitbehandlungen etwas über dem Durchschnitt aller BKK Versicherten (20,7% der Behandlungstage gehen auf Langzeitfälle zurück), was nicht verwundert, da die Gruppe der Rentner zwar insgesamt öfter, aber seltener für eine länger als sechs Wochen dauernde Behandlung stationäre Versorgung in Anspruch nimmt und damit deutlich den Durchschnitt senkt (vgl. **III** Kapitel 3.3).

Die meisten Krankenhaustage pro beschäftigte Mitarbeiter, die auf Langzeiterkrankungen zurückgehen, sind in den Wirtschaftsgruppen Sozialwesen (338 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) und Postdienste (314 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder)

zu verzeichnen. Der Langzeitbehandlungsanteil ist in beiden Gruppen relativ hoch: Jeweils mehr als ein Viertel aller KH-Tage der beiden Wirtschaftsgruppen geht auf Langzeitfälle zurück. Höher ist der Langzeitbehandlungsanteil mit 28,5% aber noch in der Wirtschaftsgruppe Verlage und Medien, dem höchsten Wert im hier dargestellten Vergleich (**III** Diagramm 4.16). Bei Beschäftigten in Verlagen und Medien sind insgesamt relativ wenige KH-Tage pro Versicherte zu verzeichnen, ein relativ hoher Anteil davon ist aber auf psychische Störungen zurückzuführen (vgl. **III** Diagramm 4.15), zudem sind auch dadurch bedingt die Verweildauern bei Langzeiterkrankungen in dieser Wirtschaftsgruppe überdurchschnittlich lang. Anders hingegen bei der Metallherzeugung und -bearbeitung: Hier ist mit 16,3% der vergleichsweise niedrigste Anteil der Langzeitbehandlungen an den Krankenhaustagen insgesamt zu finden. In dieser Wirtschaftsgruppe sind relativ wenig psychische Erkrankungen, dafür mehr Herz-Kreislauferkrankungen für die stationäre Behandlung ursächlich.

**III** Diagramm 4.17 stellt ergänzend dazu dar, wie groß jeweils der Anteil von Langzeitfällen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen an der Gesamtheit aller Krankenhaustage ist, die bei Beschäftigten der Wirtschaftsgruppen im aktuellen Berichtsjahr erfolgt sind. Dabei sei ein weiteres Mal darauf hingewiesen, dass somatische und psychiatrische/psychosomatische Einrichtungen unterschiedlichen Abrechnungssystemen unterliegen, die sich auf die Behandlungsdauer auswirken. Wie auch schon aus vorherigen Kapiteln zur stationären Versorgung ersichtlich wird, ist gerade die Diagnosehauptgruppe der psychischen Störungen sehr häufig mit langen Behandlungszeiträumen verbunden und in der Regel auch ursächlich für die Mehrheit der Behandlungstage. Entsprechend wird hier anhand dieser Diagnosegruppe exemplarisch die Variation zwischen Wirtschaftsgruppen dargestellt, da hierbei auch in kleineren Wirtschaftsgruppen eine ausreichende Datengrundlage vorhanden ist.

Den größten Anteil an allen erfolgten stationären Behandlungstagen, die für Beschäftigte einer Wirtschaftsgruppe erfolgt sind, weisen Langzeitbehandlungen aufgrund psychischer Störungen bei Beschäftigten des Sozialwesens auf. Von den 1.211 KH-Tagen im Jahr 2014 geht mit 23% fast jeder vierte Behandlungstag auf solche Langzeitfälle zurück. Somit fallen im Sozialwesen nicht nur die meisten Krankenhaustage und die meisten Langzeitbehandlungstage pro Versicherte an, bei dieser Wirtschaftsgruppe sind auch die Anteile an den Behandlungstagen am größten, die auf psychische Leiden genauso wie da-

Diagramm 4.16 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) mit Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) (Berichtsjahr 2014)

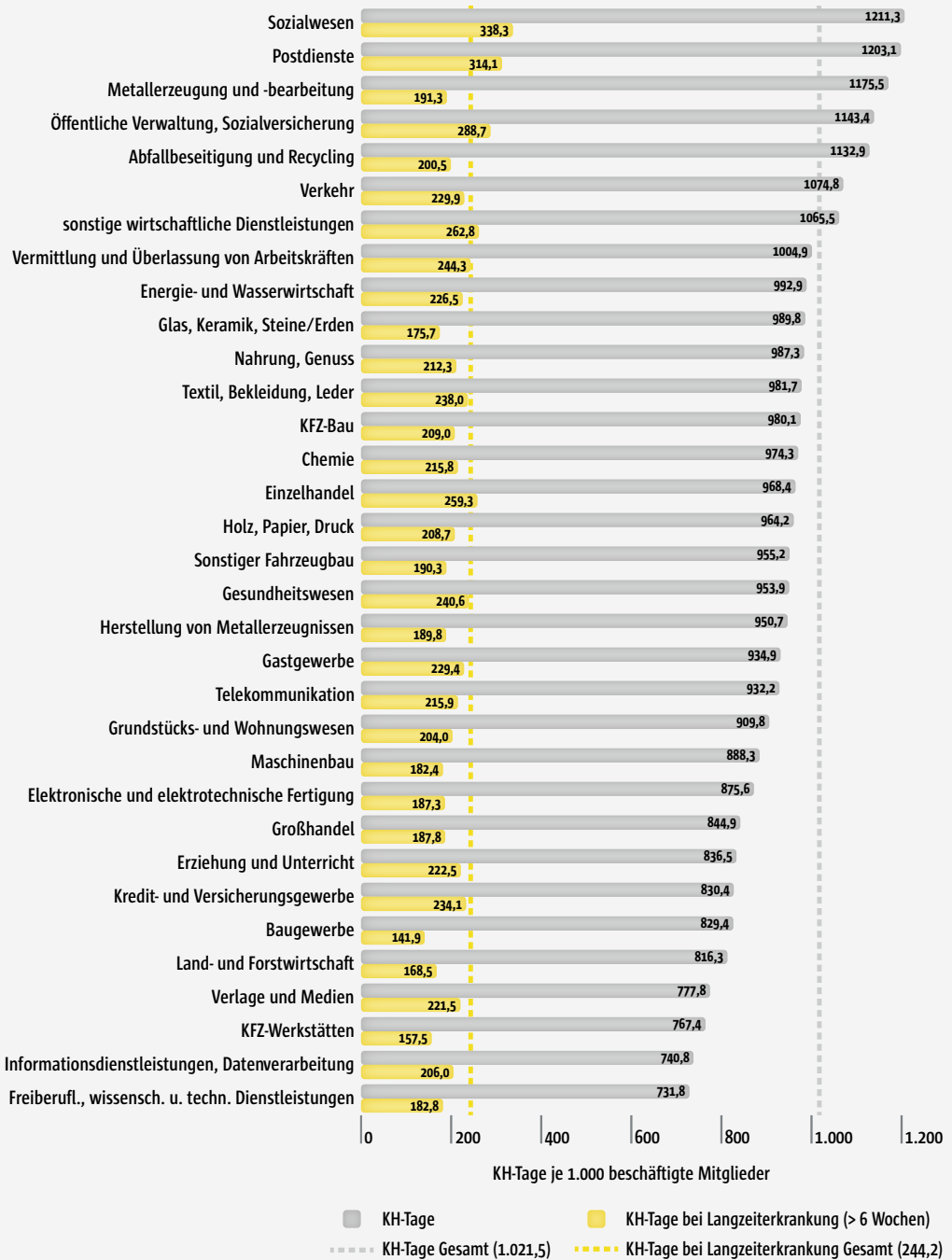
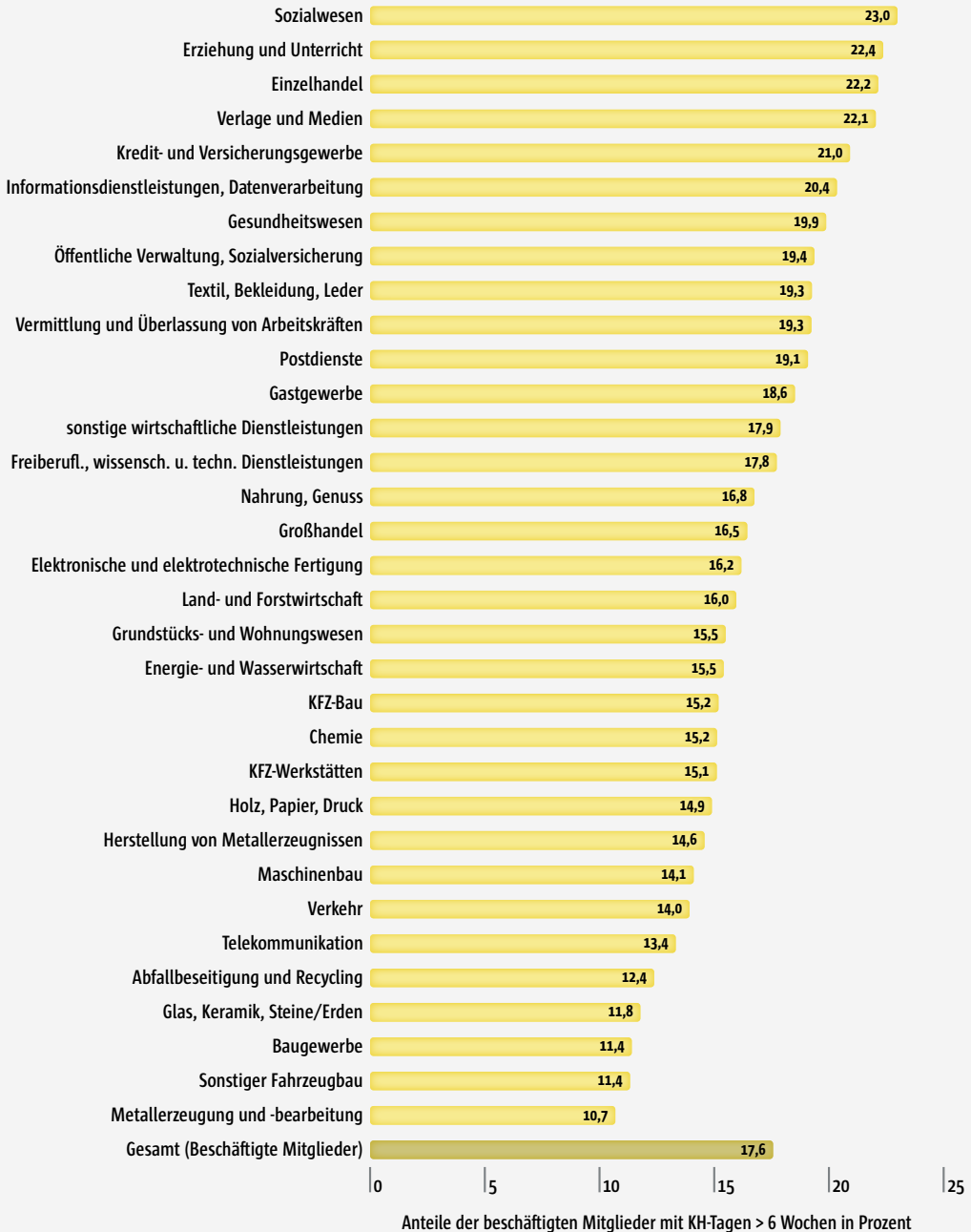




Diagramm 4.17 Stationäre Versorgung – Anteil KH-Tage bei Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der beschäftigten Mitglieder aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)



raus resultierende Langzeitfälle zurückgehen. Auf dem zweiten Rang mit einem Anteil von 22,4% ist hingegen mit der Wirtschaftsgruppe Erziehung und Unterricht eine Gruppe zu finden, bei der insgesamt unterdurchschnittlich viele Krankenhaustage angefallen sind. Somit wird hier erkennbar, dass viele Langzeitfälle aufgrund von psychischen Störungen einen sehr großen Teil der Langzeitfälle ausmachen. Auch bei den Beschäftigten des Einzelhandels gehen die weitaus meisten Langzeitbehandlungstage auf psychische Erkrankungen zurück; diese Wirtschaftsgruppe weist dementsprechend auch den drittgröß-

ten Anteil an allen Krankenhaustagen auf. Anders verhält es sich wiederum am Ende der Rangreihe: Den mit 10,7% geringsten Anteil an allen erfolgten stationären Behandlungstagen weisen die Langzeitbehandlungen aufgrund psychischer Störungen bei Mitarbeitern in der Metallerzeugung und -bearbeitung auf. Hier gewinnen andere Krankheitsbilder wie etwa Neubildungen und Herz- und Kreislauf-erkrankungen bezüglich Langzeitaufenthalte an Bedeutung – wobei trotz allem die psychischen Störungen auch hier Grund für die Mehrheit der Langzeitbehandlungstage sind.

## 4.4 Arzneimittelverordnungen

Die Analyse der Arzneimittelverordnungen nach Wirtschaftsgruppen schließt dieses Kapitel ab. Auch an dieser Stelle soll die Fokussierung auf die für das Fehlzeitengeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen – vorgenommen werden.

### Arzneimittelverordnungen mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC-Gruppe M)

- Insbesondere die weiblichen Beschäftigten der Postdienste sowie die männlichen Beschäftigten aus dem Bereich Abfallbeseitigung und Recycling erhalten besonders häufig Verordnungen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem.
- Vor allem in der Betrachtung nach Altersgruppen und Geschlecht zeigen sich deutliche Variationen zwischen den Wirtschaftsgruppen – ein Hinweis, dass auch die Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit ausüben.

24,5% der beschäftigten Mitglieder erhielten im Jahr 2014 eine Arzneimittelverordnung aus dieser Wirkstoffgruppe, wobei die Männer etwa 1,2% mehr Verordnungen als die Frauen aufweisen. Die mit Abstand meisten Verordnungen (93,7%) stammen dabei aus der Gruppe der Antiphlogistika und Antirheumatika (M01), die häufig zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung bei muskuloskelettalen Beschwerden eingesetzt werden. Dies deckt sich mit der in **III** Kapitel 4.1 berichteten Bedeutung der Muskel- und Skeletterkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen für die beschäftigten Mitglieder.

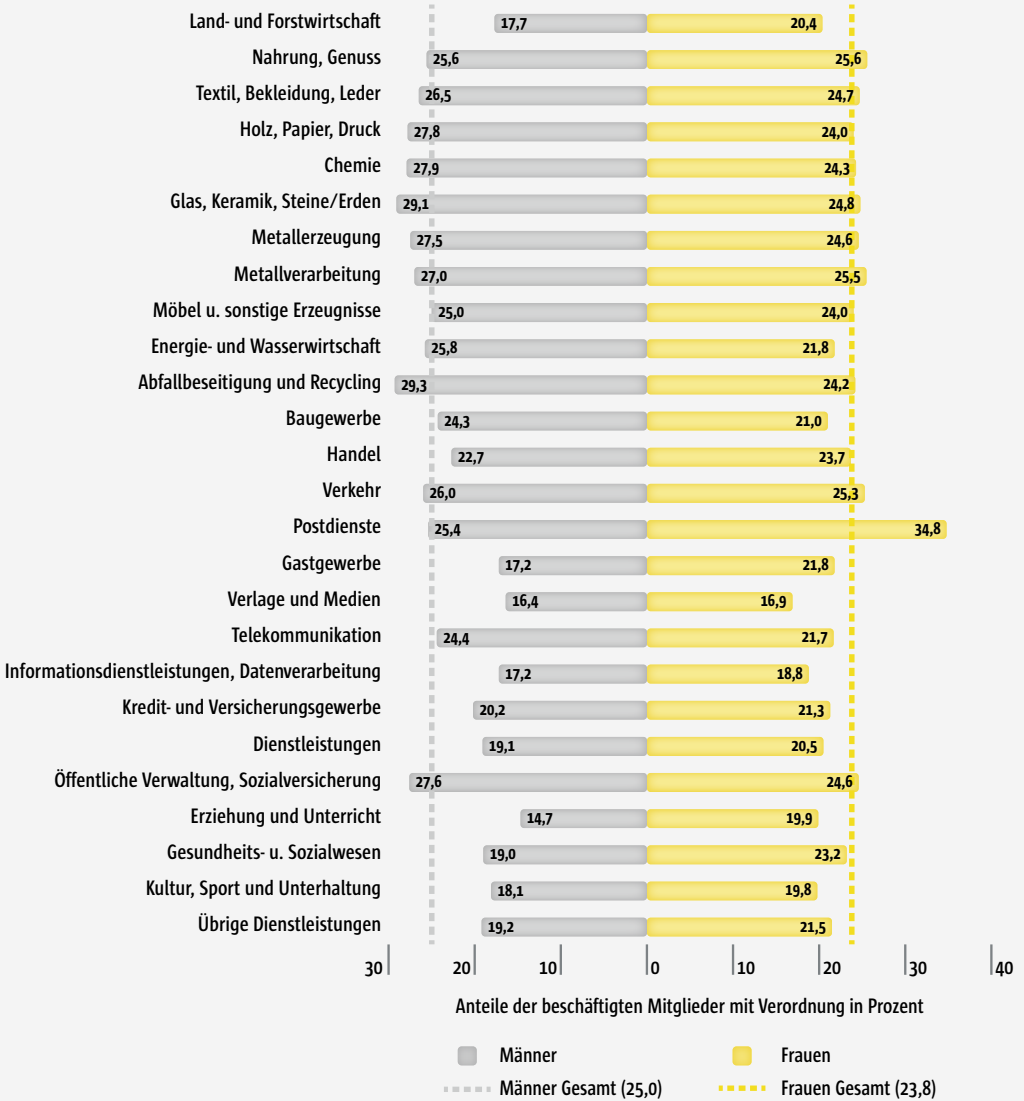
Entsprechend zum ambulanten Versorgungsgeschehen zeigen sich auch hier die höchsten Verordnungsanteile bei den weiblichen Beschäftigten in den Postdiensten (vgl. **III** Diagramm 4.18). Mehr als ein Drittel (34,8%) erhalten im Jahr 2014 mindestens

eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe. Mit einem deutlichen Abstand von mehr als 9 Prozentpunkten folgen die weiblichen Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Nahrung und Genuss mit einem Anteil von 25,6% Verordnungen. Die geringsten Verordnungsanteile sind auch hier – wie im AU-Geschehen und der ambulanten Versorgung – bei den weiblichen Beschäftigten in der Gruppe Verlage und Medien (16,9%) zu finden.

Bei den männlichen Beschäftigten sind wie auch schon in den vorhergehenden Abschnitten die Bereiche Abfallbeseitigung und Recycling (29,3%) sowie öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (27,6%) mit deutlich überdurchschnittlichen Verordnungsanteilen vertreten. Den mit 14,7% geringsten Verordnungsanteil weisen die männlichen Beschäftigten aus der Gruppe Erziehung und Unterricht auf. Diese Wirtschaftsgruppe weist auch im AU-Geschehen bzw. in der ambulanten Versorgung niedrige Kennzahlen auf. Die männlichen Beschäftigten der Postdienste liegen – anders als ihre weiblichen Kolleginnen – mit einem Verordnungsanteil von 25,4% nur knapp über dem Durchschnittswert.

In der Betrachtung nach Altersgruppen wird der altersbedingte Anstieg der Verordnungsanteile über alle betrachteten Wirtschaftsgruppen hinweg deutlich (**III** Diagramm 4.19). Insbesondere bei den Postdiensten ist dieser altersbedingte Anstieg stark ausgeprägt. Bei den weiblichen Beschäftigten beträgt der Unterschied bei den Verordnungsanteilen zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe mehr als das 3-Fache, bei den männlichen Beschäftigten beträgt er sogar das 3,5-Fache, allerdings mit insgesamt weniger Verordnungen in dieser Wirkstoffgruppe als bei den Frauen. Mit 38,8% der Verordnungen aus dieser Wirkstoffgruppe haben die 55- bis 64-jährigen männlichen Beschäftigten der Abfallbeseitigung und Recycling hier die höchsten Werte. An dieser Stelle wird auch deutlich, dass die alleinige Betrachtung nach Alter und Geschlecht zu kurz greift. Auch die Arbeitswelt nimmt einen wesentlichen Einfluss auf

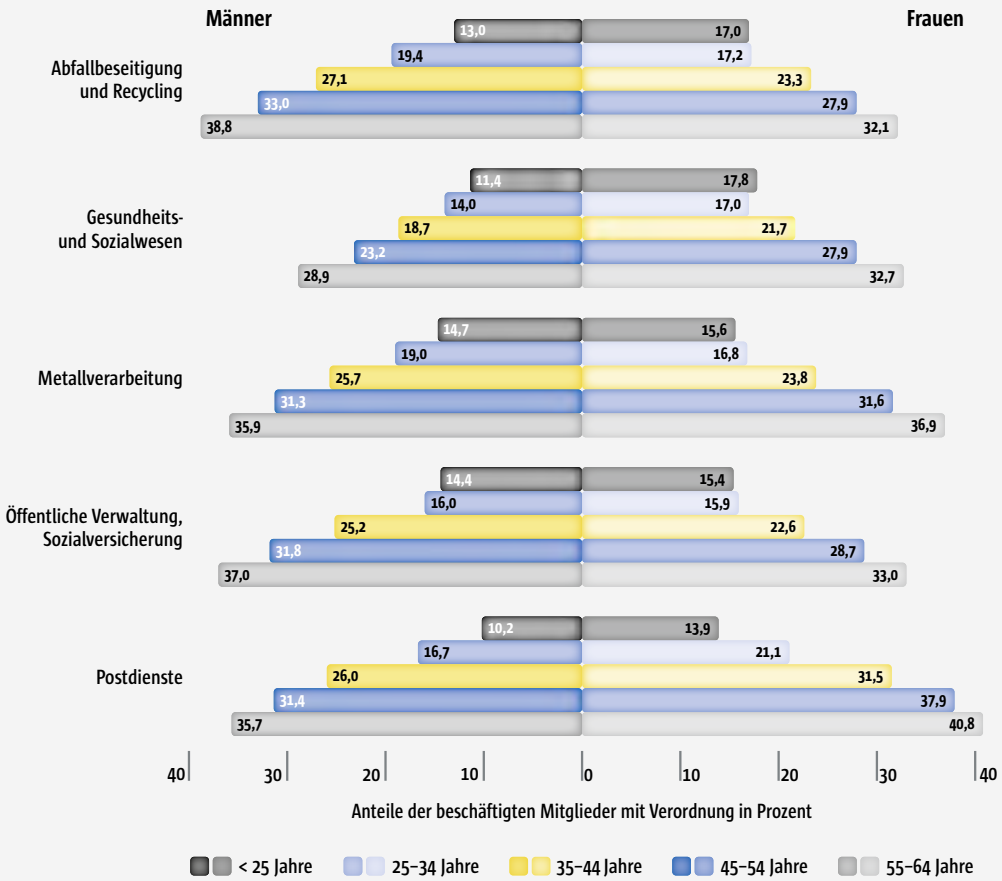
Diagramm 4.18 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Muskel-Skelettsystem (ATC M) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



das Verordnungsgeschehen. Nur so lässt sich z.B. erklären, dass sich die Verordnungsanteile zwischen den männlichen Beschäftigten in der Abfallbeseiti-

gung und Recycling und dem Gesundheits- und Sozialwesen in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen um fast 10% unterscheiden.

Diagramm 4.19 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 2014)



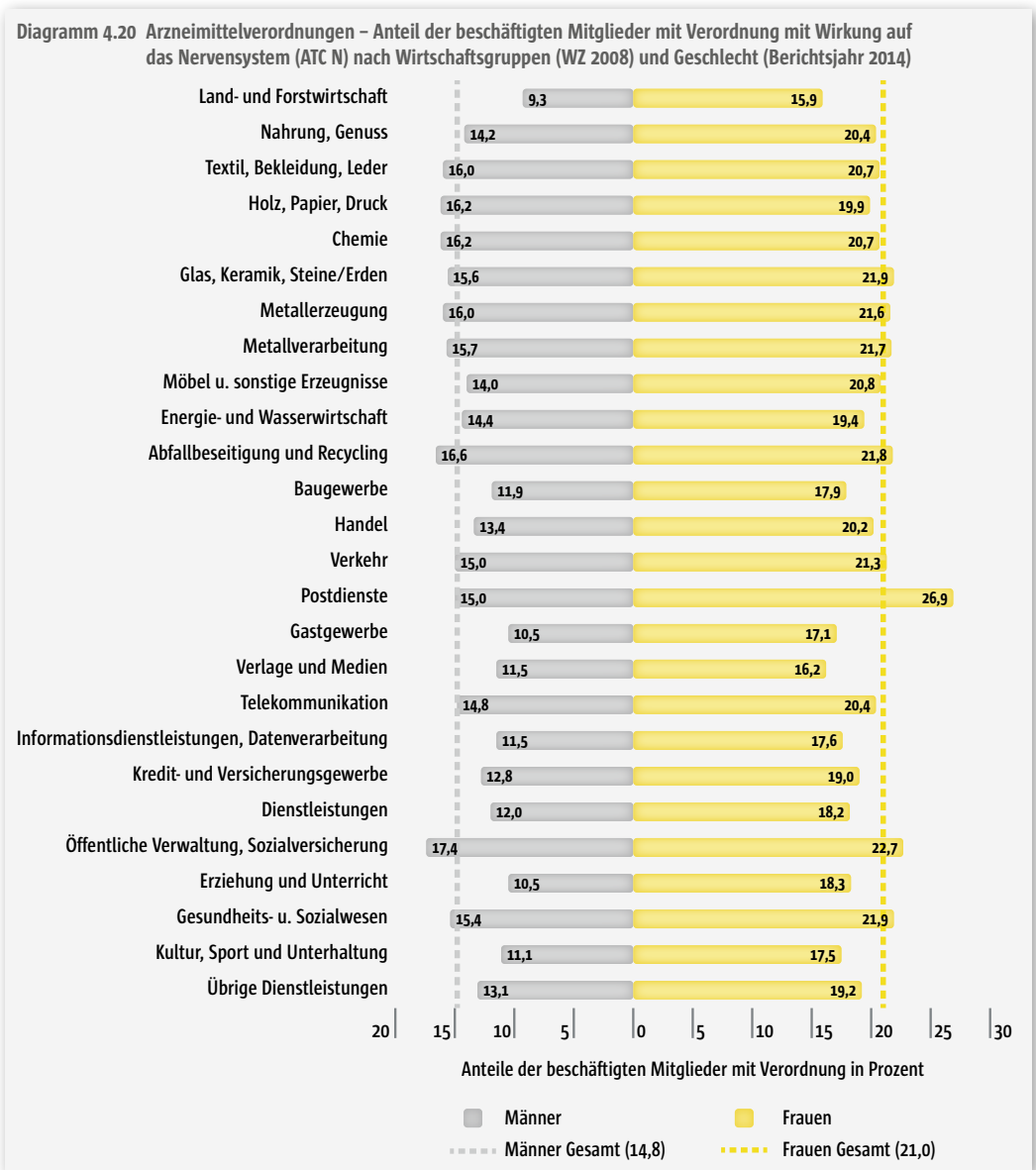
#### Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N)

- Auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem zeigen sich die höchsten Verordnungsanteile bei den weiblichen Beschäftigten der Postdienste.
- Überdurchschnittlich viele Verordnungen aus dieser Gruppe sind auch bei den Beschäftigten im Bereich öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung zu finden.
- Ein Großteil der Verordnungen aus dieser Wirkstoffgruppe sind den Antidepressiva (N06A) zuzuordnen. Dies findet auch in der Bedeutung der psychischen Störungen im AU-Geschehen und in der ambulanten Versorgung seine Entsprechung.

17,6% der beschäftigten Mitglieder erhielten im Jahr 2014 mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe. Dabei weisen die Frauen mit 21% eine deutlich höhere Verordnungsquote als die Männer (14,8%) auf. Unter dieser Wirkstoffgruppe sind eine Vielzahl von Mitteln subsummiert, die für ein breites Spektrum von Erkrankungen Anwendung finden. Den größten Teil (41,4%) machen dabei die Analgetika (N02) aus, die u. a. auch häufig bei Rückenschmerzen eingesetzt werden. Mit 33,6% werden aus dieser Gruppe die Psychoanaleptika (N06) am zweithäufigsten verordnet. Zum überwiegenden Teil stehen hinter diesen Verordnungen die Antidepressiva, was wiederum in direktem Zusammenhang mit der Bedeutung der psychischen Störungen als AU-Ursache sowie als Diagnose in ambulanter und stationä-

rer Versorgung zu sehen ist. In **»»** Diagramm 4.20 sind nun die Verordnungen aus der Wirkstoffgruppe Nervensystem nach Wirtschaftsgruppen und Geschlecht dargestellt. Auch hier zeigt sich, dass die weiblichen Beschäftigten bei den Postdiensten einen besonders hohen Verordnungsanteil (26,9%) aufweisen, was einen zusätzlichen Hinweis auf die vermutlich ungünstigen Arbeitsbedingungen ergibt. Aber auch in der öffentlichen Verwaltung und

Sozialversicherung hat mehr als jede fünfte beschäftigte Frau (22,7%) im Jahr 2014 eine entsprechende Verordnung erhalten. Differenziert betrachtet sind für diese Beschäftigtengruppe sogar 8,9% der Verordnungen den Antidepressiva (No6A) zuzuordnen, im Vergleich aber weniger als bei den weiblichen Beschäftigten im Postdienst (10,5%). Bei den männlichen Beschäftigten ist es die Wirtschaftsgruppe öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung, die

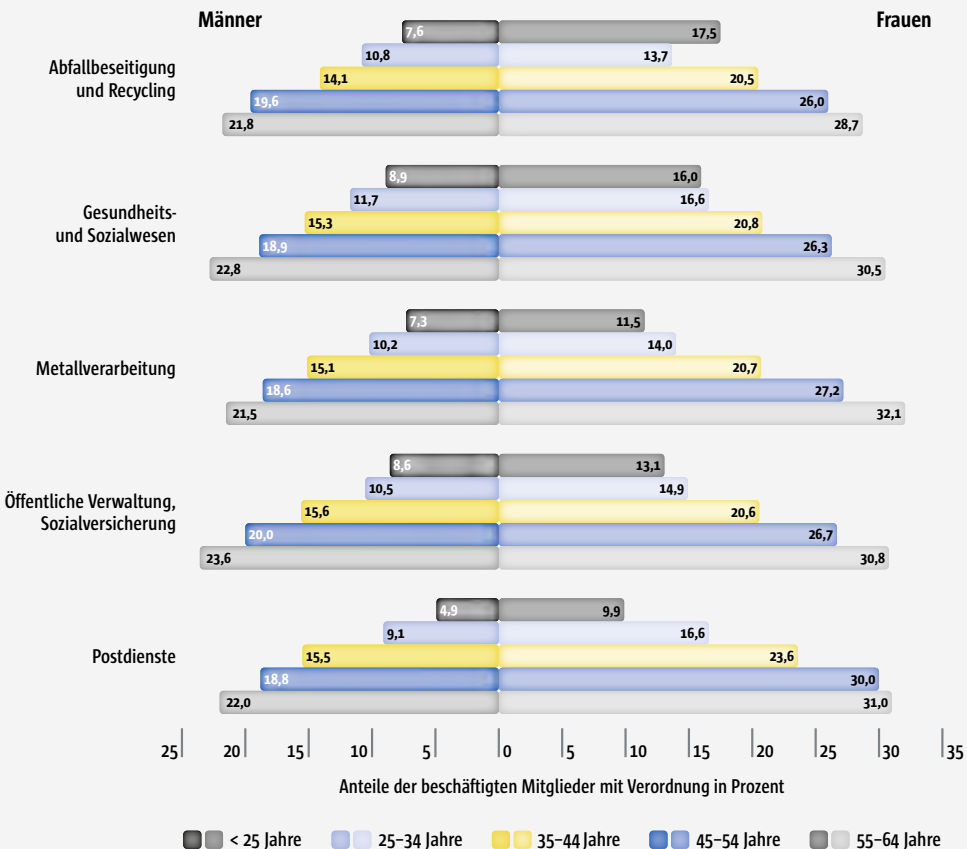


mit einem Anteil von 17,4% an der Spitze der Verordnungen mit Wirkung auf das Nervensystem steht, gefolgt von den Beschäftigten in Abfallbeseitigung und Recycling mit 16,6%. Insbesondere bei erstgenannter Wirtschaftsgruppe ist ein Großteil der Verordnungen (5,7%) ebenfalls auf Antidepressiva (No6A) zurückzuführen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zeigen sich bei der Wirtschaftsgruppe Land- und Forstwirtschaft die geringsten Verordnungsanteile der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem.

Auch hier zeigt sich, wie schon bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem, eine deutliche altersbedingte Zunahme der Verordnungsanteile (»»» Diagramm 4.21). Entsprechend erhalten die weiblichen Beschäftigten über alle Altersgruppen hinweg deutlich häufiger Arzneimittel ver-

ordnet als ihre männlichen Kollegen. Insbesondere bei den Postdiensten sind die Unterschiede zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe gravierend. Haben sowohl die Frauen als auch die Männer im Postdienst bei den unter 25-jährigen von allen betrachteten Wirtschaftsgruppen die geringsten Anteile, so ist im Verhältnis zu den ältesten eine mehr als 3-fache Steigerung der Verordnungsquoten zu beobachten. Dagegen ist bei den unter 25-jährigen Frauen im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling mit 17,5% eine besonders hohe Verordnungsquote im Vergleich zu 9,9% bei den Gleichaltrigen der Postdienste zu erkennen. Gleiches gilt, wenn auch im geringeren Maß, bei den Frauen für die anderen Altersgruppen. Solche gravierenden Unterschiede sind bei den Männern zwischen gleichen Altersgruppen und verschiedenen Wirtschaftsgruppen nicht erkennbar – die Ausnah-

Diagramm 4.21 Arzneimittelverordnungen – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) für ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



me bilden auch hier die unter 25-Jährigen bei den Postdiensten.

### Schwerpunkt Langzeiterkrankungen

- Wie auch schon bei den Verordnungsanteilen zeigen sich auch bezüglich der definierten Tagesdosen bei Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem in den Wirtschaftsgruppen Postdienste und Abfallbeseitigung/Recycling Hinweise auf einen hohen und langfristigen Arzneimittelgebrauch.
- Gleiches gilt auch für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem für die Beschäftigten der Postdienste sowie der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung.

Neben den Verordnungsanteilen können die Einzelverordnungen (EVO) und v. a. auch die definierten Tagesdosen (DDD) Hinweise für eine Medikation im Hinblick auf eine Langzeiterkrankung geben. Hierunter fallen auch Verordnungen, die zwar mit einer Langzeiterkrankung, jedoch nicht zwingend mit einer Langzeitarbeitsunfähigkeit verbunden sind. Analog zu den vorhergehenden Darstellungen sollen hier ebenfalls die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) und Nervensystem (ATC N) betrachtet werden. Die Abweichungen der EVO und DDD vom Durchschnittswert je Wirtschaftsgruppe sind in **»»** Diagramm 4.22 für die zuerst genannte Wirkstoffgruppe dargestellt. Nicht überraschend sind auch hier die Beschäftigten aus den Bereichen Postdienste sowie Abfallbeseitigung und Recycling mit den größten überdurchschnittlichen Werten sowohl bei den EVO als auch bei den DDD vertreten. Insbesondere bei den Postdiensten decken sich diese Ergebnisse wiederum mit denen aus **»»** Ka-

pitel 4.1, wo die gleiche Wirtschaftsgruppe auch die größten Anteile der Langzeit-AU-Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen aufweist. Komplementär zeigt sich hier das Bild bei den Beschäftigten im Bereich Verlage und Medien, die ca. ein Drittel weniger Einzelverordnungen (331 je 1.000 beschäftigte Mitglieder) und definierte Tagesdosen (8.420 DDD je 1.000 beschäftigte Mitglieder) im Vergleich zum Durchschnitt verordnet bekommen. Bei den Postdiensten sind entsprechend mehr als doppelt so viele Einzelverordnungen bzw. definierte Tagesdosen zu verzeichnen (EVO: 679 bzw. DDD: 20.360 je 1.000 Beschäftigte).

Auch für die Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) zeigen sich zwischen den Wirtschaftsgruppen deutliche Unterschiede in der Anzahl der Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen (**»»** Diagramm 4.23). Wenig überraschend sind es wiederum die Postdienste sowie auch Beschäftigte aus der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung, die überdurchschnittlich viele Einzelverordnungen und Tagesdosen erhalten. Betrachtet man den Anteil der definierten Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe, die auf die Antidepressiva zurückzuführen sind, so liegen die Anteile bei den Postdiensten bei 63,3% und bei der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung bei 64,6% – im Baugewerbe, mit den absolut geringsten Werten, beträgt deren Anteil lediglich 55,2%.

Auch im Kontext der vorhergehenden Abschnitte wird deutlich, dass es bestimmte Wirtschaftsgruppen gibt, die besonders stark von Erkrankungen u. a. auch mit langer Dauer betroffen sind. Die Postdienste sowie Abfallbeseitigung und Recycling, aber auch die öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung sowie das Gesundheits- und Sozialwesen sind als besondere Brennpunkte hervorzuheben. Dieses Bild hat sich insofern auch bei der Betrachtung der Arzneimittelverordnungen bestätigt.



Diagramm 4.22 Arzneimittelverordnungen – prozentuale Abweichungen der EVO und DDD vom Durchschnittswert der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (ATC M) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)

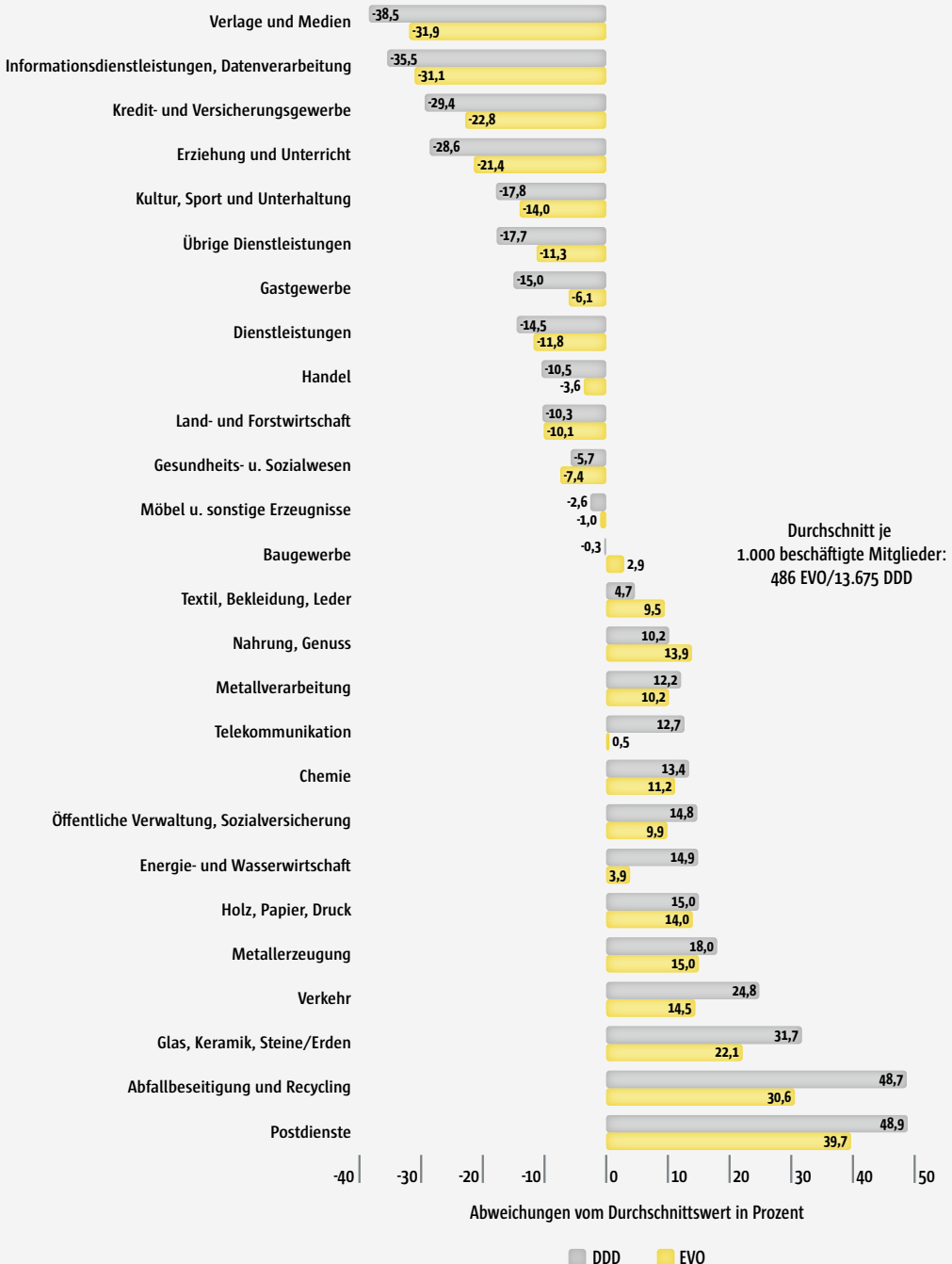
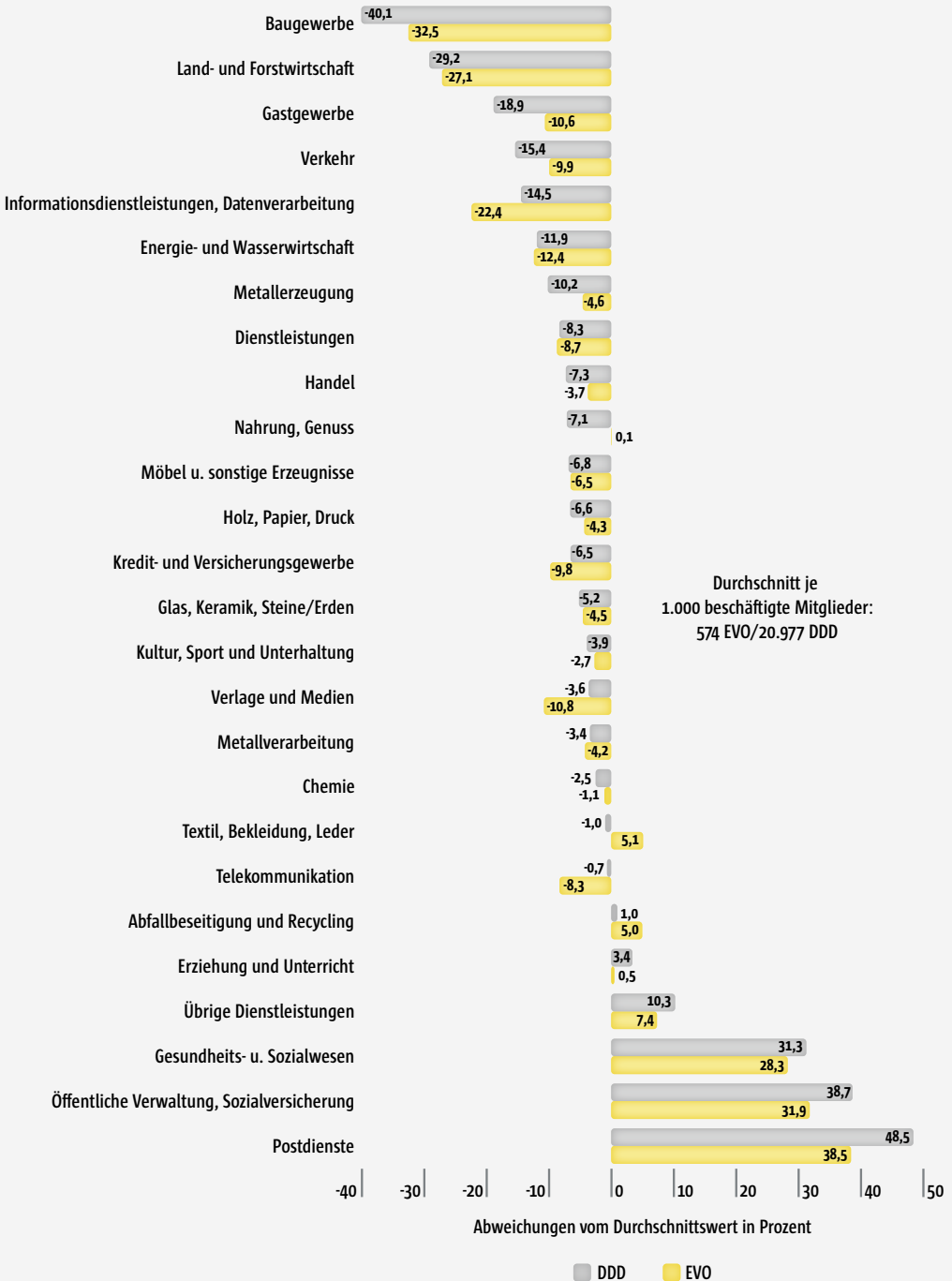


Diagramm 4.23 Arzneimittelverordnungen – prozentuale Abweichungen der EVO und DDD vom Durchschnittswert der beschäftigten Mitglieder für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)



# Schwerpunkt Praxis



# Initiative Diabetes@Work

Wolfgang Panter

Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH, Duisburg

## Einleitung

Die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ein wertvolles Gut für Unternehmen. Sie sichert die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit jedes Einzelnen und ist dadurch ein zentraler Faktor der Produktivität des Betriebs. Viele Unternehmen haben darüber hinaus erkannt, dass eine gute Gesundheitsvorsorge und ein gutes Angebot durch das Unternehmen hierzu die Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen erheblich verbessert. Gute Fachkräfte schauen neben Gehalt sehr wohl auch auf die übrigen Leistungen des Unternehmens und wenn ein Unternehmen sich zum Ziel gesetzt hat, in die Gesunderhaltung der Mitarbeiter zu investieren, ist dies ein wichtiger Faktor für die Mitarbeiter.

Zugleich stellen Faktoren wie die demografische Entwicklung und die steigende Anzahl chronisch Kranker in den Unternehmen unabhängig von ihrer Größe enorme Herausforderungen dar. Sie können ein Risiko für die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter sein und beeinflussen damit die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens. Erfreulich steigt die Zahl von älteren Beschäftigten in den Unternehmungen. Dies führt aber insbesondere auch dazu, dass Menschen z. B. oberhalb des 55. Lebensjahres ein höheres Erkrankungsrisiko für viele Krankheiten haben und ernster und längerfristig krank sein können. Dies muss ein Unternehmen mit berücksichtigen.

Diabetes gehört zu den weltweit verbreitetsten Krankheiten, in Deutschland finden sich davon auch mehr als 2 Millionen Betroffene im berufstätigen Alter – wobei die Dunkelziffer aufgrund nicht entdeckter Erkrankungen noch höher liegt (s. Beitrag von Tamayo, Rathman und Kuß, **III** Schwerpunkt Wissenschaft). Für viele ist zudem unbekannt, dass der vermeintliche „Alterszucker“ Diabetes Typ 2 längst nicht mehr nur „alte“ Personen trifft – zunehmend erkranken auch jüngere Menschen.

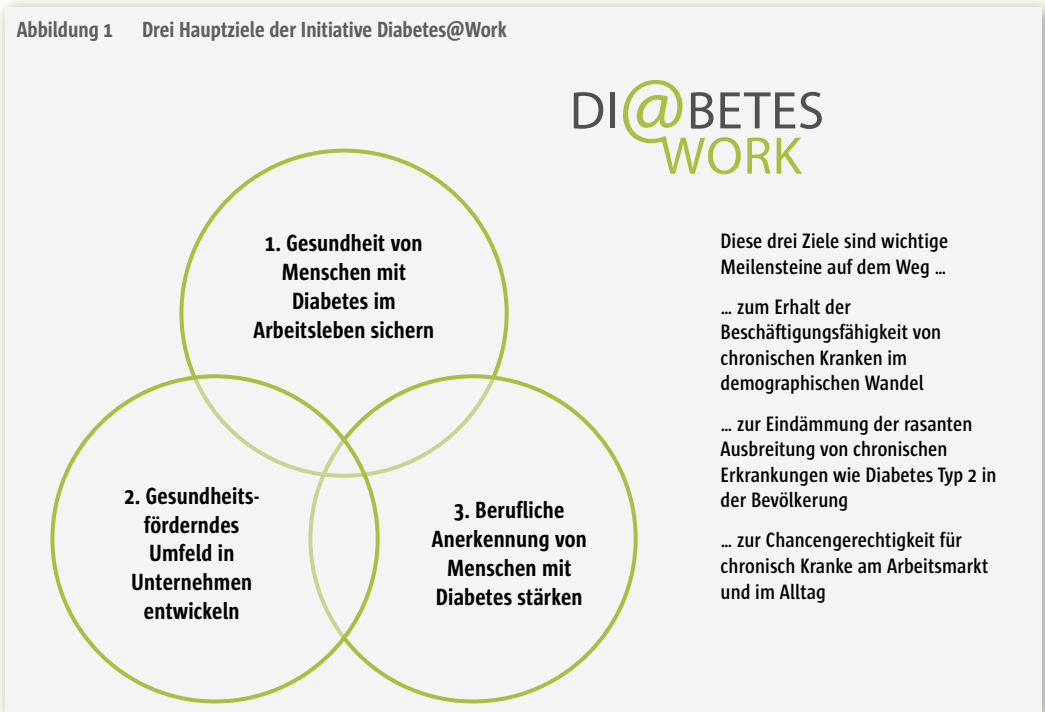
Eine Initiative, die auf die steigende Zahl von Diabeteskranken im Betrieb aufmerksam macht, ist die Initiative Diabetes@Work. Diese hat sich zum Ziel gesetzt, Unternehmen vorzustellen, die heute schon eine Menge leisten, um die Risiken zu begrenzen und sich frühzeitig für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu engagieren. Gleichzeitig sollen auch die politischen Rahmenbedingungen dargestellt werden, die es braucht, um Betriebe möglichst dabei zu unterstützen.

Die Initiative Diabetes@Work hat bereits zwei Ländereinstationen durchgeführt: Am 18. September 2014 bei der Fraport AG in Frankfurt und am 27. Mai 2015 auf Einladung der Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH (HKM) in Duisburg. Bei dieser zweiten Station standen vor allem spezifische Herausforderungen von Arbeitsplätzen in der Schwerindustrie im Mittelpunkt – Arbeiten bei extremen Temperaturen, hoher Lärmbelastung, mit körperlich anstrengenden Tätigkeiten und „Konti-Schichten“ im 24-Stunden-Takt an sieben Tagen in der Woche.

## Zielsetzung der Initiative

Ziel von Diabetes@Work ist es, aus den verschiedenen Perspektiven von Politik, Fachwelt, Wirtschaft und Arbeitnehmern zu erörtern, wie sich Unternehmen schon heute bei der Prävention und Kurierung chronischer Erkrankungen wie Diabetes engagieren können, und gleichzeitig zu diskutieren, welche Maßnahmen sich für einen flächendeckenden Einsatz in der Praxis eignen. Als Prämisse steht dabei im Mittelpunkt der Initiative, Menschen mit Diabetes im Arbeitsleben zu unterstützen und die Ausbreitung von Diabetes Typ 2 einzudämmen (**III** Abbildung 1)

Abbildung 1 Drei Hauptziele der Initiative Diabetes@Work



### Veränderungen der Belastungen im Produktionsprozess

Im Bereich der Stahlindustrie hat es in den letzten Jahren erhebliche technische Veränderungen gegeben. Wichtige Merkmale der Stahlindustrie sind heute technische Intelligenz und Ingenieursfähigkeit. Damit kommt es auch zu einem erheblichen Wandel von Belastungsschwerpunkten. Arbeiterleichterungen führen dazu, dass Mitarbeiter körperlich entlastet werden und dadurch grundsätzlich länger in den Unternehmen bleiben können. Dies führt auf der anderen Seite dazu, dass die Belegschaften immer älter werden. Die Unternehmen reagieren darauf mit vielfältigen Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements, um die eigenen Mitarbeiter gesund zu erhalten und um Mitarbeiter mit chronischen Erkrankungen in den Betriebsablauf zu integrieren.

### Erfolgreiche Maßnahmen setzen früh und niedrigschwellig an

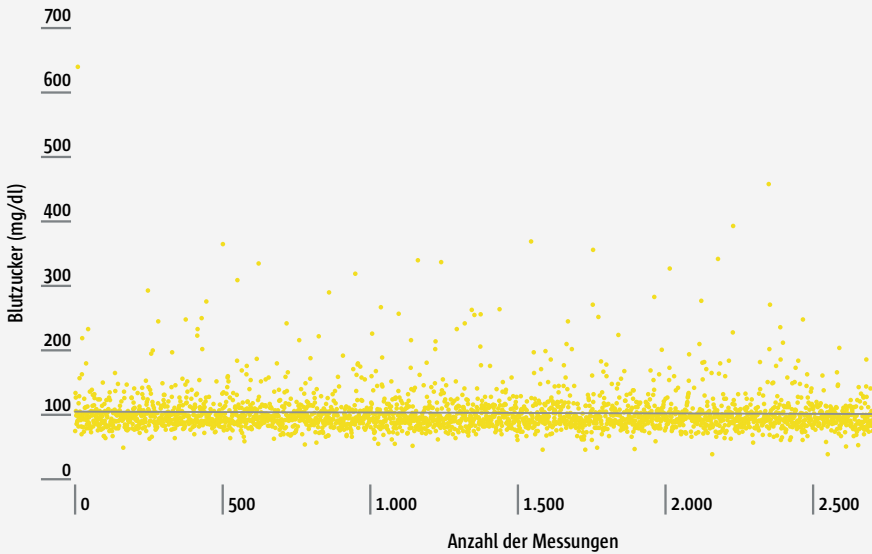
Eine zentrale Aufgabenstellung der Arbeitsmedizin ist es, präventiv tätig zu sein. Mit einem ganzheitlichen Ansatz bei allen Vorsorgeuntersuchungen

strebt die HKM an, eine optimale Beratung der Mitarbeiter zu allen und nicht nur zu arbeitsbedingten Fragen der Gesundheit zu gewährleisten. Dies hat eine lange Tradition in diesem Unternehmen. Andererseits sind gerade die Menschen mit einem niedrigeren Bildungsgrad dem Thema Prävention gegenüber eher wenig aufgeschlossen. Diese niedrigschwellig zu erreichen, ist für die Arbeitsmedizin ein Zugangsweg mit Alleinstellungsmerkmal.

In **III** Abbildung 2 sind die Rohwerte der Blutzuckeruntersuchungen im Jahr 2014 dargestellt, dabei nahmen insgesamt 2.486 Personen teil, von denen 2.726 Blutzuckerwerte ermittelt wurden. Der höchste Wert lag dabei sogar bei 640 mg/dl. **III** Abbildung 3 zeigt die prozentuale Anteile auffälliger Werte an der Gesamtheit aller untersuchten Mitarbeiter. Bedenklich ist insbesondere, dass über 4% der Messwerte auf eine Überzuckerung (Hyperglykämie) hindeuteten. Bei insgesamt 136 Personen, die auffällige Blutzuckerwerte aufwiesen, wurde außerdem der  $HbA_{1c}$ -Wert (Langzeit-Blutzuckerwert) bestimmt. Über 90% der Werte lagen auch hier über dem Normbereich.

Bei den betriebsärztlichen Diagnosen ist neben Adipositas und Nikotinabhängigkeit auch der Diabetes mellitus ein wichtiges Thema und zeigt, wie notwendig es ist, sich gerade in der betrieblichen Sphäre

Abbildung 2 Verteilung der Rohwerte der Blutzuckeruntersuchungen 2014



re mit einer optimalen Einstellung zu beschäftigen. Bei HKM liegt der Fokus insbesondere auf adipösen Auszubildenden, denn bei diesen ist die Gefährdung groß, dass sie Diabetes oder auch andere Erkrankungen entwickeln (s. Beitrag von Halle, [»»](#) Schwerpunkt Wissenschaft). Präventive Angebote, die unmittelbar am Arbeitsplatz unter Beteiligung des Betriebsrates und der direkten Vorgesetzten einsetzen, versprechen hier einen beispielgebenden Weg.

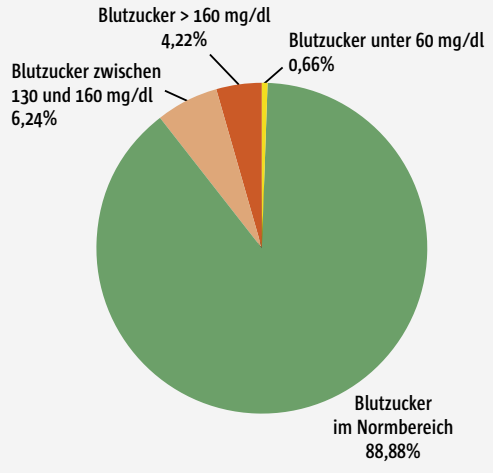
### Gesundheit als Netzwerkaufgabe

Durch eine intensive Zusammenarbeit mit der zuständigen Betriebskrankenkasse, der BKK vor Ort, konnten optimale Präventionsangebote für die Mitarbeiter gefunden werden, so zum Beispiel eine intensive Ernährungsberatung sowie viele andere Maßnahmen der spezifischen Gesundheitsförderung. Die Zusammenarbeit zwischen Diabetologen, Betriebsärzten und Krankenkassen und speziell mit dem Unternehmen wird von allen Seiten als hervorragend eingeschätzt.

### Politische Rahmenbedingungen

In vielen Unternehmen der Großindustrie wird nach ähnlichem Muster vorgegangen. Die meisten Mit-

Abbildung 3 Anteile auffälliger und unauffälliger Blutzuckerwerte (2014)



arbeiterinnen und Mitarbeiter sind aber in klein- und mittelständischen Unternehmen tätig. Daher ist es zwingend erforderlich, dass jetzt gesetzliche Rahmenbedingungen durch das Präventionsgesetz geschaffen werden, um auch gerade in klein- und mittleren Unternehmen Maßnahmen der Gesundheitsförderung umsetzen zu können. Die präventiven Gesundheitsmaßnahmen sind dann besonders

erfolgreich, wenn sie direkt am Arbeitsplatz durchgeführt werden und niedrigschwellige Angebote beinhalten.

Der Bundestag hat am 18.06.2015 das Präventionsgesetz verabschiedet und dieses Gesetz beinhaltet eine Stärkung der Position der Betriebsärzte. Damit sind gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen worden, die es jetzt auszufüllen gilt. Uns ist der § 132 f mit den Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte und entsprechenden Präventionsempfehlungen wichtig, aber auch das Thema Verminderung der Impfmüdigkeit und Verbesserung des Impfschutzes von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Insgesamt wird zukünftig durch das Präventionsgesetz die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden. Darüber hinaus wird es aber auch nötig

sein, weitere Lebensbereiche einzubeziehen und neben einer Verhaltensänderung auch eine Verhältnisänderung zu schaffen: Es wird nicht allein ausreichen können, Diabetikern zu sagen, wie sie essen und sich bewegen sollen, wenn es nicht gelingt, ihnen auch eine Umgebung zu schaffen, in der eine solche Verhaltensänderung tatsächlich gelingen kann. Umso wichtiger wird also auch der Austausch zwischen Politik, Fachwelt, Wirtschaft und Arbeitnehmern werden, die Initiative Diabetes@Work bietet dazu ein Forum. So werden auch zukünftig weitere Veranstaltungen durchgeführt werden, die nächsten Termine sind in Thüringen, Bayern und Berlin geplant. Weitere Informationen sind auf der Homepage der Initiative [www.diabetesatwork.de](http://www.diabetesatwork.de) zu finden.



Dr. med. Wolfgang Panter

Leitender Betriebsarzt der Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH (HKM). Seit 1999 Präsident des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW). Mitglied des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales seit März 2009. Vorsitzender des Unterausschusses 2 (UA 2) „Allgemeine betriebliche Gesundheitsvorsorge“ im Ausschuss für Arbeitsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales seit März 2009.



# Selbsthilfeförderung für Menschen mit einer Krebserkrankung

Dagmar Siewerts  
BKK Dachverband e.V., Berlin

## Selbsthilfe als wichtiger Partner in der Gesundheitsversorgung

Erfahrungen weitergeben, vom Wissen anderer profitieren, sich gegenseitig Mut machen und Verständnis für die eigene Situation erleben – darum geht es im Wesentlichen in der Selbsthilfe. Erfahrungsberichte und Studien zeigen: Gemeinsam mit Gleichbetroffenen fällt es leichter, das Leben auch mit einer Krankheit oder Behinderung zu meistern. Denn Ängste und Sorgen, aber auch die ganz lebenspraktischen Fragen, die eine gestellte Diagnose aufwirft, können am besten diejenigen verstehen und wertvolle Ratschläge geben, die schon einmal Ähnliches erlebt haben.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Hochrechnungen zufolge liegt die Anzahl an

Selbsthilfegruppen zwischen 70.000–100.000, in denen sich ca. 3 Millionen Mitglieder engagierten [1]. Zwei Drittel bis drei Viertel der Selbsthilfegruppen beschäftigen sich mit Themen der körperlichen und seelischen Erkrankungen und Behinderungen. Die verbleibenden Selbsthilfegruppen engagieren sich in sozialen und gesellschaftlichen Themen, wie z.B. Arbeitslosigkeit, Familie und Partnerschaft oder Projekten, die das Lebensumfeld verbessern (III Tabelle 1).

Das Spektrum der Indikationen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist umfangreich und reicht von A – den allergischen Erkrankungen bis Z – der Zöliakie.

Schließen sich mehrere regionale Selbsthilfegruppen zu überregionalen, landesweiten oder bundesweiten Verbänden zusammen, spricht man von Selbsthilfeorganisationen. Sie bieten sowohl ihren Mitgliedern und deren Angehörigen als auch Nicht-

Tabelle 1 Typisierung von Selbsthilfegruppen [2]

Bezeichnung	Art der Selbsthilfegruppen	Beispiele
Betroffenselbsthilfegruppen	Selbsthilfegruppen chronisch Kranker und Behinderter	Selbsthilfegruppen bei Krebs, Parkinson, Diabetes, chronischen Schmerzen
	Psychosoziale Selbsthilfegruppen	Selbsthilfegruppen Alleinerziehender, Umweltgruppen, Senioren-Selbsthilfegruppen
	Selbsthilfegruppen für Personen in besonderen Lebenslagen, Selbsterfahrungsgruppen	Selbsthilfegruppen bei Ängsten, Depressionen, Suizidproblemen
	Suchtselbsthilfegruppen, Anonymous Gruppen	Selbsthilfegruppen Anonyme Alkoholiker, anonyme Spieler
Angehörigenselbsthilfegruppen	Angehörigenselbsthilfegruppen von chronisch Kranken, psychisch Kranken, Suchtkranken	Selbsthilfegruppen von Angehörigen von Alzheimerkranken, von pflegenden Angehörigen, von Angehörigen psychisch Kranker
Gemischte Selbsthilfegruppen von Betroffenen und Angehörigen	Elternselbsthilfe von kranken und/oder behinderten Kindern Angehörigen- und Betroffenenelbsthilfe von chronisch Kranken/psychisch Kranken	Eltern-Kindgruppen geistig/körperlich behinderter Kinder und ihrer Eltern, Selbsthilfegruppen von Schlaganfallbetroffenen

Mitgliedern vor allem fachliche Beratung zur jeweiligen Erkrankung. Ebenso organisieren sie Seminare, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zu bestimmten diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Themenstellungen. Darüber hinaus leisten Selbsthilfeorganisationen einen wichtigen Beitrag zur gesundheitspolitischen Arbeit, indem sie z.B. die gesundheitspolitische Interessenvertretung von Betroffenen übernehmen [2] (»» Abbildung 1).

Aus unserer Gesellschaft und unserer Gesundheitsversorgung ist die Selbsthilfe nicht mehr wegzudenken. Immer mehr Ärzte erkennen das Potenzial der Selbsthilfe und schätzen das auf Erfahrung basierende Wissen der Betroffenen als eine wichtige Ergänzung zu ihrem Expertenwissen. Zudem trägt die interne Informations- und Aufklärungsarbeit der Selbsthilfegruppen vielfach zur besseren Patienten-Compliance bei [4]. Wie wichtig und umfassend die Arbeit von Selbsthilfegruppen z.B. für Krebserkrankte ist, zeigt beispielhaft eine US-amerikanische Studie. In dieser konnte aufgezeigt werden, dass die Teilnahme an einer onkologischen Selbsthilfegruppe mit zunehmender Dauer eine Erhöhung des Krankheitswissens, eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung und der Compliance, eine Stärkung der Kontakt- und Ausdrucksfähigkeit sowie eine verbesserte Qualität von Freundschaften und des Familienlebens bewirkt [5].

Seit 2004 wurde die Möglichkeit zur Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern bei Fragen der gesundheitlichen Versorgung gesetzlich geregelt. Um die Transparenz der Leistungserbringung

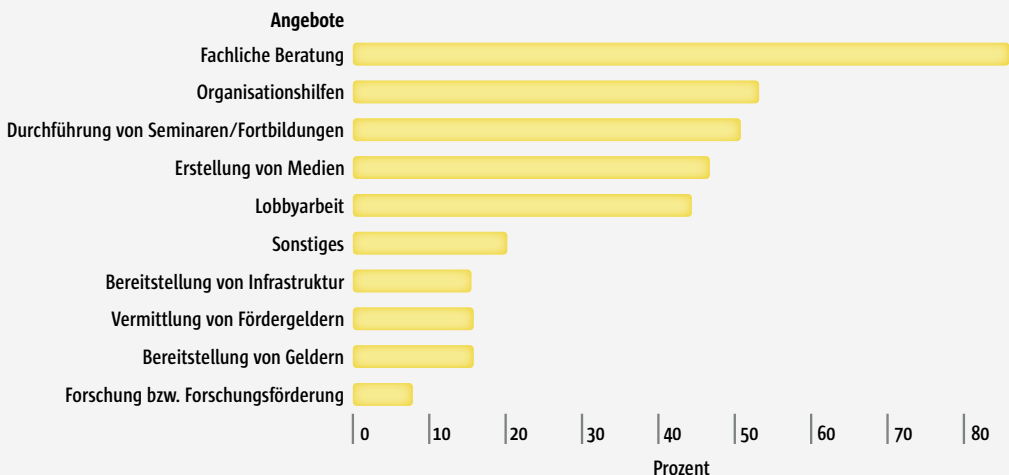
für Patientinnen und Patienten zu erhöhen, und damit zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beizutragen, erhielten die Patientenvertretungen mit dem § 140 f SGB V Informations-, Anhörungs- und Mitberatungsrechte in wichtigen Gremien, wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A). Denn mithilfe gut informierter Patienten lassen sich leichter Schwachstellen und Defizite innerhalb der Versorgung identifizieren und gegebenenfalls ausgleichen [6].

»» Etwa 3 Millionen Menschen in Deutschland engagieren sich in den 70.000–100.000 Selbsthilfegruppen, die es hierzu gibt. Zwei Drittel bis drei Viertel dieser Gruppen beschäftigen sich mit Themen der körperlichen und seelischen Erkrankungen und Behinderungen.

### Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen

Seit 2008 ist die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Gesetzbuch fest verankert. In § 20 h SGB V werden sowohl eine feste Fördersumme als auch die Art der Umsetzung über zwei Förderstränge (kassenartenübergreifende Pauschalförderung, kassenindividuelle Projektförderung) auf allen Ebenen (Bund, Land, Kommune) vorgeschrieben. Die Fördersumme, die von den Krankenkassen für die Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zur Verfügung gestellt wird, stieg seit diesem Zeitpunkt von 28,9 Millionen auf rund 45 Millionen Euro

Abbildung 1 Unterstützungsangebote bundesweiter Selbsthilfeorganisationen in Deutschland 2001 (n = 339) [3]



im Jahr 2015 (» Abbildung 2). Durch das neue Präventionsgesetz wird sich die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe um rund 30 Mio. erhöhen.

» Das vom Bundestag am 18. Juni 2015 beschlossene Präventionsgesetz sieht eine deutliche Steigerung des Beitrages der Krankenkassen für die gesundheitliche Selbsthilfe vor, sodass der Selbsthilfe ab 2016 jährlich rund 30 Millionen Euro zusätzliche Förderung zur Verfügung stehen werden.

Für das BKK System besitzt die Kooperation mit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe hohen Stellenwert und die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten hat eine inzwischen über dreißigjährige Tradition. Seit Ende der 1980er-Jahre unterstützen die Betriebskrankenkassen die Selbsthilfe auf Bundesebene und es konnte im Lauf der Jahre eine Vielzahl an Selbsthilfeprojekten gefördert werden.

### Schwerpunkt Krebserkrankungen

Ein Schwerpunkt der Projektförderung beim BKK DV ist das Thema Krebserkrankungen. Trotz guter Therapiemöglichkeiten stellt die Diagnose „Krebs“ für viele Menschen nach wie vor eine große Bedrohung dar. Nicht selten verändert sich mit einem Schlag das ganze weitere Leben der Betroffenen selbst, aber

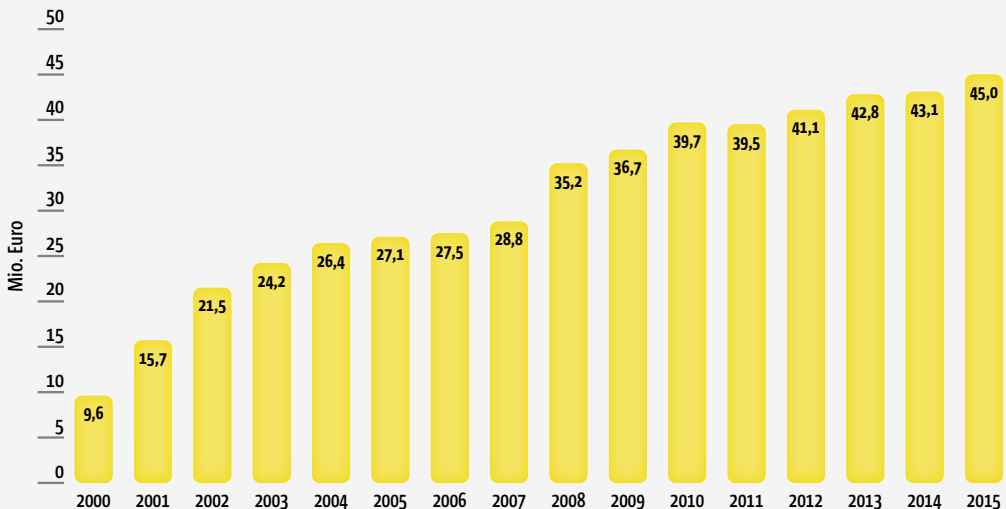
auch das der Angehörigen. Die Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen, die für Menschen mit einer Krebserkrankung und deren Angehörige ein wichtige Anlaufstelle auf Bundesebene sind, wird daher als sehr wichtig erachtet.

Der BKK Dachverband fördert dieses Engagement auf unterschiedliche Weise. In Deutschland gibt es ca. 15 Selbsthilfeorganisationen, die sich mit der Diagnose Krebs befassen. Wie andere Selbsthilfeorganisationen auch werden diese gemeinsam mit den anderen Krankenkassenverbänden in Form der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung unterstützt. Zudem fördert der BKK Dachverband konkrete Projekte, die so vielfältig sind wie die Aufgaben, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Selbsthilfeorganisationen zu bewältigen haben.

Einen Schwerpunkt in der Projektförderung bilden die Aktivitäten rund um das Thema Aufklärung und Informationsvermittlung. Die meisten Selbsthilfeorganisationen bieten den Betroffenen und deren Angehörigen ein breites Spektrum, von medizinischen Hintergrundinformationen, Behandlungsmöglichkeiten, Heil- und Hilfsmitteln und Möglichkeiten der Bewältigung bis hin zu aktuellen Forschungsergebnissen und Auskünften zu sozialrechtlichen Fragestellungen. Hierfür werden z.B. Flyer und Broschüren erstellt oder Veranstaltungen für Betroffene und deren Angehörige, aber vielfach auch für Fachpersonal durchgeführt.

Ebenso wichtig ist es, die Menschen, die in Selbsthilfeorganisationen tätig sind, für diese Aufgabe zu

Abbildung 2 Aufgabenentwicklung in der Selbsthilfeförderung der GKV in den letzten 15 Jahren (Quelle: KJ1-Statistik BMG)



qualifizieren. An Krebs erkrankt zu sein und über die entsprechende Betroffenenkompetenz zu verfügen, bedeutet nicht automatisch, auch für Aufgaben, wie sie in einer Organisation anfallen, qualifiziert zu sein oder kompetent eine Beratung durchzuführen zu können. Viele Selbsthilfeorganisationen bieten ihren Mitgliedern daher entsprechende Fortbildungen an.

Weitere Projekte haben zum Ziel, Unterstützungsstrukturen zu entwickeln, wie z.B. Besuchsdienste im Krankenhaus.

Auch der zunehmende Gebrauch des Internets und neuer Medien spiegelt sich in den Projekten wider. In der heutigen Zeit geradezu zwingend für die Wahrnehmung von Aufgaben einer Selbsthilfeorganisation ist die Bereitstellung einer Homepage, die programmiert und gestaltet werden will. Aber auch die Einrichtung geschützter Foren für diesen sehr sensiblen Personenkreis gewinnt an Bedeutung sowie die Entwicklung neuer Medien, wie z.B. spezieller Apps.



Schwerpunkte der Projektförderung sind Aktivitäten im Kontext Aufklärung und Informationsvermittlung für Betroffene, die Qualifikation und Fortbildung für die Mitglieder von Selbsthilfevereinigungen sowie die Nutzung und Entwicklung neuer Medien.

Insgesamt erhielten 12 Selbsthilfeorganisationen Unterstützung für ihre Projekte. Hierzu zählen unter anderem der Bundesverband der Kehlkopfflosen e.V., der Bundesverband der Kehlkopfoperierten e.V., die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V., Mamazone Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V., der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V., die Deutsche ILCO e.V., der Bundesverband Schilddrüsenkrebs – Ohne Schilddrüse leben e.V., die Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe e.V., die Deutsche Hirntumorhilfe e.V., Selbsthilfe Harnblasenkrebs e.V., die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und der Bundesverband Prostatakrebs e.V.

### Beispielprojekte

Einige besonders hervorzuhebende Projekte, die der BKK Dachverband unterstützt hat, sollen im Folgenden skizziert werden:

Beim **Projekt „Lernort Selbsthilfe“** (» Abbildung 3) handelt es sich um ein nachhaltiges Projekt, das 2004 durch die Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband angestoßen und mit der BAG SELBST-

HILFE umgesetzt wurde. Der Verband sah knapp drei Jahrzehnte nach seiner Gründung Bedarf an neuen Impulsen, um ein weiteres erfolgreiches Engagement zu ermöglichen. Idee war, einen von außen begleiteten Entwicklungs- und Reflektionsprozess durchzuführen. Auf der Grundlage des Erfahrungswissens der Frauenselbsthilfe nach Krebs erarbeiteten die Beteiligten ein differenziertes Konzept zur Qualifizierung und Organisationsentwicklung. Das Konzept wurde erprobt und auf die gesamte Arbeitsstruktur der Frauenselbsthilfe nach Krebs ausgeweitet. In Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen (Deutsche Tinnitus-Liga e.V. und Sklerodermie Selbsthilfe e.V.) konnte „Lernort Selbsthilfe“ indikationsunabhängig und strukturell weiterentwickelt werden und ist nunmehr bei zahlreichen anderen Selbsthilfeorganisationen in der Anwendung.

Im **Projekt „Besuchsdienste von Selbsthilfegruppen“** wurde der Nutzen von Besuchsdiensten als Unterstützungsangebot für die Krankheitsbewältigung untersucht und ein Vergleich zwischen „besuchen“ und „nicht besuchen“ Patienten vorgenommen. Initiatoren waren die Deutsche ILCO e.V. und die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. Beide bieten seit vielen Jahren einen Besuchsdienst an, bei dem Gleichbetroffene stomaversorgte Darmkrebspatienten bzw. Frauen mit Brustkrebs wenige Tage nach der Operation in der Akutklinik aufsuchen, um ihnen frühzeitig Informationen zu geben, die Angst zu nehmen und zu zeigen, dass ein normales Leben trotz der Erkrankung und der krankheitsbedingten Veränderungen möglich ist.

Das **Projekt „Entwicklung einer Datenbank“** richtet sich auf die Verbesserung der Arbeit im Verband. Die Deutsche ILCO e.V. hat dieses Projekt durchgeführt, da sie eine Datenbank benötigte, in der sowohl persönliche als auch gesundheitsbezogene Daten gespeichert werden können. Die Datenbank soll der Verwaltung der Mitgliedsbeiträge dienen und eine Übersicht über Veranstaltungen und Seminare geben. Sie wird zudem für die Zusendung der Mitgliederzeitschrift benötigt und unterstützt den Verband, wenn er Neubetroffenen einen Gesprächspartner vermitteln will. Darüber hinaus erfolgt dort die Sammlung sämtlicher Daten zu den Gruppentreffen, den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Kooperationspartnern.

Das **„Netzwerk Selbsthilfegreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“** widmet sich dem wichtigen Thema des systematischen und koordinierten Aufbaus von Kooperationsbeziehungen zwischen Akteuren des Gesundheitswesens und der Selbsthilfe. In dem Projekt wurde ein

Abbildung 3 Broschüre „Lernort Selbsthilfe“

Praxishilfe

## Lernort Selbsthilfe

# Qualifizierung in Selbsthilfeorganisationen

Ein Programm für Selbsthilfeorganisationen zur Entwicklung maßgeschneiderter  
Qualifizierungskonzepte für ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter und Vorstände

Bedarfsermittlung, Konzepterstellung, Umsetzung und Erfolgskontrolle



**B.A.G.**  
SELBSTHILFE



Konzept erarbeitet, das inzwischen von Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Arztpraxen und zahlreichen Selbsthilfegruppen genutzt wird, um die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Partnern verbindlich zu gestalten. An der Erprobung und Umsetzung des Projektes waren maßgeblich auch verschiedene Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Krebserkrankungen beteiligt, wie z.B. der Bundesverband der Kehlkopferoperierten e.V., der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., die Deutsche ILCO e.V., die Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe, die Frauenselbsthilfe nach Krebs – Bundesverband e.V., der Verband Lungenkrebskranke und deren Angehörige e.V. oder der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

*„Seitdem wir mit der Selbsthilfe zusammenarbeiten, können wir auch Ideen verwirklichen, die vorher nicht möglich waren.“ (Dr. Jürgen Hill, Qualitätskoordinator, Asklepios Klinik Nord – Campus Ochsenzoll, Hamburg)*

Erfolg des Konzeptes:

*„Es hat einen entscheidenden Wandel gegeben: Die Ärzte und Pflegekräfte haben die Selbsthilfe als wertvolle Ergänzung des eigenen Tuns akzeptiert [...]. Betroffene und Angehörige sind Experten in eigener Sache und helfen den Fachleuten mit Hinweisen direkt aus der ‚Verbraucherperspektive‘.“ (Dr. Jörg Weidenhammer, Geschäftsführung, LBK Hamburg GmbH)*

Fazit

Mit ihrem breiten Erfahrungswissen stellt die Selbsthilfe eine sinnvolle und inzwischen unverzichtbare Ergänzung zur professionellen medizinischen Versorgung dar. Die gegenseitige Hilfe und Unterstützung chronisch kranker und behinderter Menschen im Umgang mit ihrer Erkrankung und der Austausch Gleichbetroffener ist ein ebenso wichtiger Bestandteil der Arbeit der Selbsthilfe wie die Einbeziehung

der Betroffenen-Kompetenz für eine patientenorientierte Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Angesichts der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen wird die Selbsthilfe weiter an Bedeutung gewinnen. Die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten, um unter anderem auch Menschen mit einer Krebserkrankung bei der Bewältigung ihres Lebensalltags zu unterstützen, ist daher ein zentrales Anliegen der Betriebskrankenkassen. Neben der Pauschalförderung unterstützt der BKK Dachverband im Rahmen der Projektförderung konkrete Vorhaben von Selbsthilfeorganisationen unterschiedlichster Art, die zur fachlichen und organisationalen Weiterentwicklung der Selbsthilfe beitragen. Im Bereich der Krebserkrankungen konnten in den vergangenen Jahren bereits zahlreiche Projekte mit den entsprechenden Selbsthilfeorganisationen umgesetzt werden. Durch die Erhöhung des Selbsthilfebeitrags der Kassen für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe kann das Engagement in der Selbsthilfe künftig in einem noch größeren Umfang unterstützt werden.

## Literatur

1. Thiel W. Soziale Selbsthilfe in Deutschland. Hrsg.: Selbsthilfekontaktstelle KISS Stuttgart, Stuttgarter Selbsthilfe Magazin, 2009, Ausgabe 02/200
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Heft 23, 2004
3. Möller B. Arbeit und Förderung von Bundesvereinigungen der Selbsthilfe im Jahr 2001. In: NAKOS-INFO 2002; 73: 35–42
4. Slesina W, Knerr A. Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen – für alle ein Gewinn. Hrsg. BKK Bundesverband, Essen, 2004
5. Borgetto B. Selbsthilfe und Gesundheit, Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Hans Huber, Bern, 2004
6. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Patient und Selbsthilfe 2. Arbeitsweise und Verfahren der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V. Berlin, 2014



Dr. Dagmar Siewerts

Referentin für Selbsthilfeförderung und Gesundheitsförderung beim BKK Dachverband e.V. Studium an der Ev. Fachhochschule für Sozialpädagogik Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Mitarbeit im Projekt „Gesund.Stark.Erfolgreich. Der Gesundheitsplan für Ihren Betrieb“, im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.de und im Projekt Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Seit 2013 Referentin in der Abteilung Gesundheitsförderung des BKK Dachverbandes.

# 3 x 2 Säulen-Modell zur Eingliederung von Muskel-Skelett-Erkrankungen – Ein Beispiel aus der Praxis

Stefanie André, Philip Engel und Jana Zeiger  
Netzwerk Gesundheit der BAHN-BKK, Frankfurt am Main

## Fehlzeitengeschehen und Muskel-Skelett-Erkrankungen

Mit Blick auf die Arbeitsunfähigkeitsdaten in der deutschen Arbeitswelt stellen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates (MSE) die häufigste Ursache für Fehlzeiten dar [1]. Statistiken des BKK Dachverbandes bestätigen dieses Bild. Sowohl bei den erwerbstätigen Frauen (3.584 AU-Tage/1.000 Mitglieder) als auch bei Männern (4.167 AU-Tage/1.000 Mitglieder) gelten MSE als Hauptursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Im Schnitt verursacht diese Diagnosegruppe je AU-Fall eine Dauer von 20 AU-Tagen pro Arbeitnehmer [2].

Um einer drohenden langfristigen Erwerbsunfähigkeit aufgrund von MSE in der Arbeitswelt vorzubeugen, lohnt es sich, diese Diagnosegruppe verstärkt in den Fokus der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu rücken. Es ist notwendig, Risikogruppen frühzeitig zu identifizieren, um einer Chronifizierung der Krankheitsverläufe vorzubeugen und Maßnahmen im betrieblichen Kontext dahingehend auszugestalten [3]. Neben Optimierungen der Arbeitsbedingungen im Bereich des *Arbeits- und Gesundheitsschutzes* dienen vor allem die betrieblichen Bausteine *Prävention* und *Betriebliches Eingliederungsmanagement (Rehabilitation)* der Förderung und dem Erhalt der Gesundheit.

Es gilt jedoch, den Ebenen der Prävention und Rehabilitation in der Praxis unterschiedlich zu begegnen und Maßnahmen zielgerichtet in den Betrieben umzusetzen. So differenziert auch die BAHN-BKK zwischen diesen Bereichen und setzt je nach Bedarf sowohl präventive als auch rehabilitative Maßnahmen in den Unternehmen um. Wissenschaftliche Studien bestätigen, dass eine ganzheitliche Ausrichtung aller gesundheitsfördernden Programme im Betrieb gesundheitlichen Einschränkungen und Fehlzeiten im Zusammenhang mit MSE vorbeugen kann [4].

## Grundlagen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) findet seine gesetzliche Grundlage im § 84 Abs. 2 SGB IX [5]. Definiert ist es als Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, um erkrankte Mitarbeiter im Genesungsprozess zu unterstützen und deren Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen oder herauszufinden, inwieweit einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann. Der Arbeitgeber ist gemäß Gesetzesgrundlage dazu verpflichtet, allen Beschäftigten, die im Zeitraum von zwölf Monaten länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt erkrankt waren, ein BEM anzubieten.

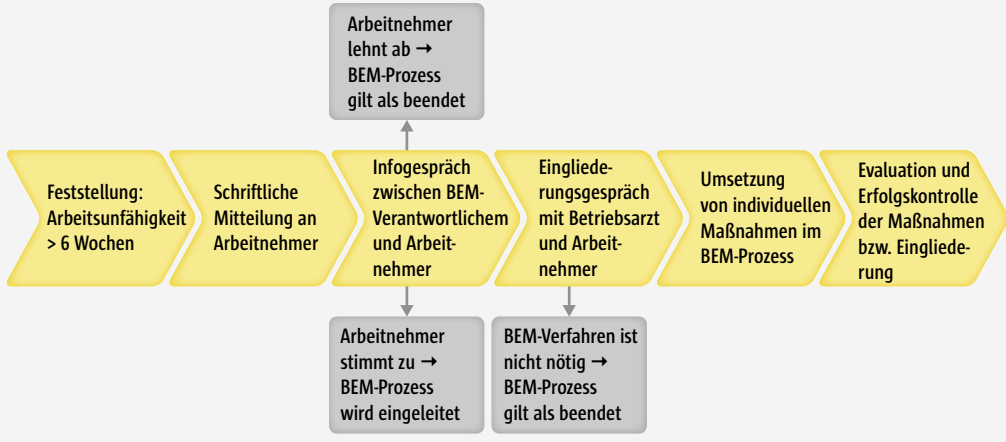
Der Prozess des BEM identifiziert die Ursachen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, um dem Arbeitnehmer passgenaue Angebote zu deren Vermeidung bzw. Beseitigung unterbreiten zu können. Somit werden Interventionen der Prävention, der Rehabilitation und der Integration zu einem Maßnahmenbündel vereint, um dem Arbeitnehmer einen stufenweisen Wiedereinstieg in den bisher ausgeführten Arbeitsplatz zu ermöglichen und eine erneute Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.

Im Einzelfall kann alternativ auch ein anderer Arbeitsplatz im Unternehmen in Betracht gezogen werden, sofern es dem Arbeitnehmer aufgrund seiner Diagnose auf langfristige Sicht nicht möglich sein wird, das bisherige Aufgabenspektrum auszuüben.

Idealerweise gliedert sich der BEM-Prozess in die Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein und wird somit fester Bestandteil der Unternehmenskultur [4] (►►► Abbildung 1).

1 Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwenden die Autoren in den nachfolgenden Ausführungen des Artikels die männliche Form, beziehen die weibliche jedoch mit ein.

Abbildung 1 Der BEM-Prozess in Schritten (eigene Darstellung in Anlehnung an [6])



Praxisprojekt der BAHN-BKK:  
Gesunde Mitarbeiter im gesunden Unternehmen

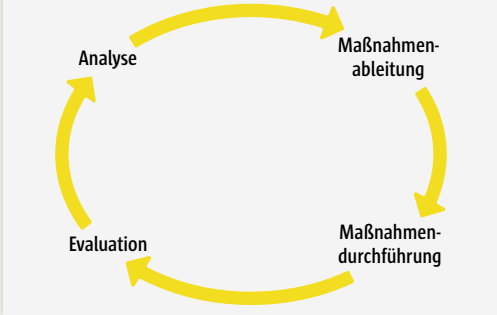
Als Spezialistin in der Verkehrsbranche unterstützt die BAHN-BKK Unternehmen bei der Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Neben der professionellen Beratung hinsichtlich der Möglichkeiten zur Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik plant und realisiert die BAHN-BKK nachhaltige Projekte mit den Praxispartnern und Trägerunternehmen.

In Zusammenarbeit mit einem Privatunternehmen aus der Verkehrsbranche wurde das Projekt „Gesunde Mitarbeiter im gesunden Unternehmen“ mit folgenden Zielen ins Leben gerufen:

- Einführung eines umfassenden Gesundheitscontrollings und die Ermittlung relevanter Kennzahlensysteme
- Umsetzung präventiver Maßnahmen für die Beschäftigtengruppen des Unternehmens
- Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung
- Prozessoptimierung und -erweiterung des bereits bestehenden BEMs
- Vermittlung unternehmensinterner und -externer Hilfestellungen
- Erhöhung der BEM-Quote (erfolgreich wiedereingegliederte Mitarbeiter)
- Früherkennung potenzieller Risikogruppen

Um ein bedarfsgerechtes Vorgehen zu ermöglichen, orientiert sich der Projektverlauf an dem in ►►► Abbildung 2 dargestellten Qualitätszyklus.

Abbildung 2 Qualitätszyklus (eigene Darstellung in Anlehnung an [7])



Analyse der IST-Situation im Unternehmen

Zu Beginn wurden ein umfassendes Controllingsystem eingeführt und projektrelevante Kennzahlen erhoben, welche durch die BAHN-BKK ausgewertet und methodisch aufbereitet werden. Um die leitenden Führungsverantwortlichen von einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu überzeugen, ist es wichtig, den Handlungsbedarf anhand konkreter Parameter deutlich zu machen.

Folgende Kennzahlensysteme werden durch das Gesundheitscontrolling der BAHN-BKK erfasst:

- **AU-Quote im Unternehmen durch Gesundheitsberichterstattung**
  - AU-Fälle
  - AU-Tage
  - Haupterkrankungsdiagnosegruppen



- **Analyse der Beschäftigtengruppen**
  - Tätigkeitsbereiche
  - Altersstrukturanalyse
- **BEM-Quote**
  - Anzahl Langzeiterkrankte
  - Rückholquote
  - Abbruchquote



MSE sind auch in der Verkehrsbranche Hauptdiagnose für arbeitsbedingte Fehlzeiten.

Mit Blick auf die Gesundheitsberichterstattung des BKK Dachverbandes für das Jahr 2013 zeigt sich, dass in der Verkehrsbranche 21,3 AU-Tage je beschäftigtem BKK Mitglied anfallen [2]. Ein Großteil dieser Fehlzeiten lässt sich gemäß der Statistik auf MSE zurückführen.

Im Zuge der Erkennung von Risikogruppen sollte mit Blick auf die Gesundheitsberichterstattung der BAHN-BKK allerdings besonders die Generation 50+ in den Fokus rücken. Im Rahmen dieser Statistiken wird das Krankheitsgeschehen der bei der BAHN-BKK versicherten Beschäftigten im Verkehrsmarkt abgebildet. Mit einer Ausfalldauer von insgesamt 311.496 AU-Tagen im Jahr 2014, d.h. 4.960 AU-Tage pro 1.000 BAHN-BKK Versicherte, nahmen MSE den größten Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ein [8].

Um einen Eindruck über die Zusammensetzung einer Belegschaft und das Zusammenwirken unter den Mitarbeitern zu erhalten, empfiehlt es sich, einen genauen Blick auf die einzelnen Beschäftigtengruppen zu werfen. Im projektbeteiligten Unternehmen sind rund 850 Beschäftigte tätig, die sich auf die Beschäftigtengruppen Triebfahrzeugführer, Instandhalter, Zugbegleitdienst, Werkstattmitarbeiter oder auch Disponenten bzw. Büropersonal verteilen. Mit knapp 60% nehmen hierbei Männer den größten Anteil an Beschäftigten ein. Anhand dieser Berufsgruppen kann ein klares Bild über potenzielle Risikofaktoren oder Belastungsquellen am Arbeitsplatz gewonnen werden [9]:

- Schichtarbeit/Dienstplanung
- schwere körperliche Belastungen
- Arbeit unter Witterungseinfluss
- wechselnde Arbeitsstätten
- Dienstorganisation
- Kommunikation
- Arbeitsmittel/Arbeitsbedingungen
- Konfliktsituationen mit Kunden

Zusätzlich zu den bereits genannten Parametern im Gesundheitscontrolling ist die Altersstruktur innerhalb des Unternehmens ein wichtiger Faktor – besonders im Hinblick auf den demografischen Wandel –, um Entwicklungstrends für die Zukunft ableiten zu können [10]. Daten aus der Verkehrsbranche zeigen, dass sich der Anteil der älteren Arbeitnehmer stetig erhöhen wird [8].

Wenn es darum geht, das betriebliche Geschehen mittels Kennzahlen abzubilden, sollte der Fokus ebenfalls auf den Bereich des BEM gelegt werden. Dabei gilt es nicht nur, den Blick auf die BEM-Fälle zu richten und Auskunft darüber geben zu können, wie viele Personen länger als 6 Wochen erkrankt waren, sondern vor allem auch der BEM-Quote Beachtung zu schenken. Diese gibt Aufschluss über die Akzeptanz der betrieblichen Angebote, indem aufgezeigt wird, wie viele BEM-Teilnehmer diese angenommen und den BEM-Prozess aktiv mit dem Unternehmen mitgestaltet haben. Im Zuge dessen wird ebenfalls eruiert, welche Krankheiten für die Einstufung in das BEM-Verfahren verantwortlich waren.

In der betrieblichen Praxis empfiehlt es sich, Informationen über die BEM-Angebote immer positiv zu formulieren, um einer mögliche Skepsis seitens der Mitarbeiter entgegenzuwirken. Durch eine offene Kommunikation wird die Akzeptanz für diese Thematik in der Belegschaft erhöht und Ängsten vor einem möglichen Arbeitsplatzverlust vorgebeugt [11, 12]. Es sollte stets deutlich dargestellt werden, dass die Annahme eines BEM-Angebots nicht mit einer Tauglichkeitsprüfung in Vorbereitung einer krankheitsbedingten Kündigung einhergeht.

#### Übertragung von Maßnahmen in die betriebliche Praxis – Das „3 x 2 Säulen-Modell“



BEM im Unternehmen sollte alle Beschäftigtengruppen umfassen und in die Unternehmenskultur eingebunden sein.

Im Hinblick auf die Resultate der Analysephase im Praxisbeispiel richten sich die Maßnahmen im Unternehmen sowohl auf die Ebene der Personalverantwortlichen als auch auf die Mitarbeiterenebene.

Um die BEM-Prozessgestaltung zusätzlich zu unterstützen, erhalten die Personalverantwortlichen, die diesen Prozess durchführen, eine Fortbildung in Form eines Auffrischungs-Workshops rund um das Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen“.

Hierbei geht es vor allem darum, die Workshop-Teilnehmer zu befähigen, die Beschäftigten im BEM-Prozess aktiv zu unterstützen, um passgenaue Maßnahmen in die Wege leiten zu können [3, 11, 13].

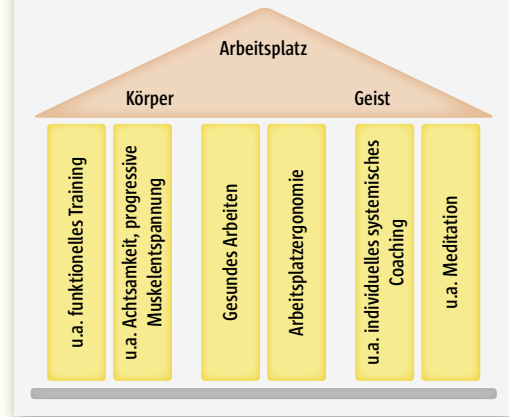
Inhalte der Workshops:

- Wie können Risikofaktoren zeitnah identifiziert werden?
- Wie stelle ich einen vertrauensvollen Umgang zwischen Personalabteilung und Mitarbeiter sicher und erhöhe somit die Akzeptanz der Mitarbeiter?
- Welchen Stellenwert nimmt der Arbeitgeber in der erfolgreichen Wiedereingliederung ein?
- Welche Bedeutung wird Selbstbewältigungsstrategien im Sinne von Coping<sup>2</sup>, Aufhebung von Angstmustern oder katastrophisierenden Gedanken beigemessen?
- Wie können Selbsthilfestrukturen innerhalb des Unternehmens das Krankheitsgeschehen positiv beeinflussen?
- Wie führe ich erfolgreich ein Präventions- oder Krankenrückkehrgespräch?
- Wie leite ich ein erfolgreiches Erstgespräch zum Thema BEM ein?
- Fallbeispiele aus der Branche

Somit wird die gesamte Personalabteilung des Unternehmens befähigt, das BEM in der Realität zu leben. Campbell et al. belegen mittels ihrer Übersichtsarbeit, dass die Arbeitgeberunterstützung und damit einhergehend die Unterstützung durch die Personalabteilung ein signifikanter Erfolgsfaktor in der Umsetzung der betrieblichen Wiedereingliederung und eine Optimierungschance der BEM-Quote darstellt [11]. Ziel dieser Intervention durch die BAHN-BKK ist es, einen BEM-Helfer als Anlaufstelle für Mitarbeiter innerhalb der Personalabteilung zu gewinnen, welcher den Wiedereingliederungsprozess vorantreibt und als Vertrauensperson für die Mitarbeiter zur Verfügung steht.

Die Maßnahmen auf Mitarbeiterebene nehmen die Belastungsquelle der MSE in den Fokus, um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen mit Blick auf den Bewegungsapparat schaffen zu können. Dabei rücken die Kernbereiche **Körper**, **Geist** und **Arbeitsplatz** in den Vordergrund. Die BAHN-BKK entwickelt zu jedem dieser Handlungsfelder eine aktivierende und eine entspannende Komponente. Der

Abbildung 3 3 x 2-Säulen-Modell der BAHN-BKK

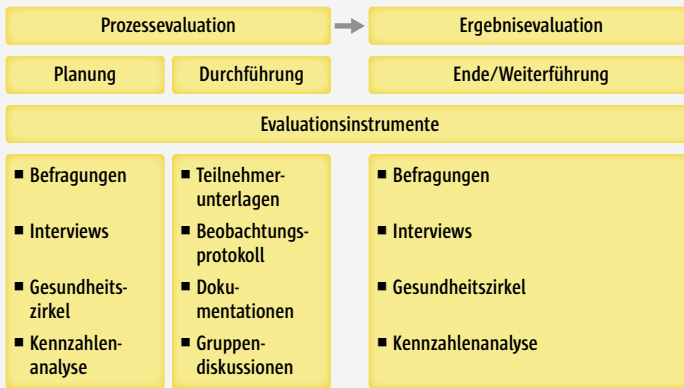


modellhafte Aufbau dieses Projektplans wird in **»»»** Abbildung 3 ersichtlich.

- Im Unternehmen wird den Mitarbeitern das funktionelle Training angeboten, um MSE frühzeitig durch gezielte Kräftigung der Muskulatur entgegenzuwirken [14]. Als entspannender Gegenpol gibt es Angebote zur Progressiven Muskelentspannung.
- Ergänzt wird diese körperliche Komponente durch Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit. Individuelle, systemische Coaching-Angebote ermöglichen es dem Mitarbeiter, sich mit Belastungsfaktoren auf der persönlichen Ebene sowie im Arbeits- und Unternehmenskontext auseinanderzusetzen [15]. Brouwer et al. bekräftigen den Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen auf die eigene Gesundheit und den Rückkehrzeitpunkt aus einer Erkrankung dahingehend, dass ihre Studie signifikante Auswirkungen der eigenen Bewältigungsstrategien auf das BEM bei MSE nachweisen konnte [16]. Angstvermeidende Denkmuster oder auch das Selbstvertrauen in die Rückkehr an den Arbeitsplatz gelten als Indikatoren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung und werden im Rahmen der individuellen Coachings thematisiert [13]. Mittels Achtsamkeits-Trainings oder Meditationsübungen werden die Mitarbeiter zu bewussten geistigen Auszeiten befähigt, die sie sowohl privat als auch im Arbeitskontext anzuwenden lernen.
- Im Bereich „Gesundes Arbeiten“ werden den Mitarbeitern durch einen qualifizierten Trainer zielgruppengerechte Handlungsweisen für ein Muskel-Skelett-schonendes Arbeiten vermittelt. Die Beschäftigten werden damit zu einem eigenver-

2 Coping bezeichnet ein kognitives, emotionales und aktiv ausgerichtetes Bewältigungsmuster einer als bedeutsam oder belastend empfundenen Situation.

Abbildung 4 Prozess- und Ergebnisevaluation in der Übersicht



antwortlichen Umgang mit der Gesundheit befähigt. Im Rahmen der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung wird der Fokus auf die benötigten Arbeitsmittel gelegt, da diese eine Muskel-Skelett-schonende Arbeitsweise überhaupt erst ermöglichen können.

#### Prozess- und Ergebnisevaluation als kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Um eine Aussage über die erhoffte Zielerreichung treffen zu können, wird die Durchführung der Maßnahmen im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation bewertet [17]. Dieses Evaluationsmodell kann als kontinuierlicher Verbesserungsprozess angesehen werden, in welchem positive Auswirkungen, aber auch Schwachstellen der Maßnahmen ermittelt und optimiert werden. Dieses Vorgehen dient als Grundlage zur Sicherung der Qualität und einer passgenauen Zielgruppenorientierung der Interventionen [18]. Aussagen über die Zielerreichung sowie die Akzeptanz der eingesetzten Maßnahmen lassen sich im Zuge dessen ableiten. ►► Abbildung 4 liefert einen Überblick über Aufbau und mögliche Instrumente der Prozess- und Ergebnisevaluation.

Im konkreten Projektvorhaben ist der Evaluationsprozess als schriftliche Befragung der Teilnehmer konzipiert. Hierfür wird ein auf das Projekt abgestimmter, standardisierter Fragebogen an die beteiligten Mitarbeitergruppen ausgegeben. Ergänzt wird die Evaluation durch eine erneute Erhebung der genannten Parameter im Gesundheitscontrolling nach Abschluss der Maßnahme. Das zur Analyse der Ist-Situation eingeführte Kennzahlensystem fun-

giert auf langfristige Sicht als betriebsinternes Frühwarnsystem. Ergänzt wird dieses Monitoring durch Vermessungen des Wirbelsäulenapparats der Mitarbeiter. Hierzu verwendet die BAHN-BKK einen Rückenscanner zur computergestützten Untersuchung der Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule. Hierdurch können zielgerichtete Aussagen über den Gesundheitszustand getroffen und individuelle Trainingsempfehlungen ausgesprochen werden. Durch die Installation eines Arbeitskreises Gesundheit unter Mitwirkung der im Unternehmen vertretenen und von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffenen Beschäftigtengruppen wird die Nachhaltigkeit im Projektverlauf gesichert.

#### Fazit für die betriebliche Praxis

Es zeigt sich, dass vor allem MSE für arbeitsbedingte Fehlzeiten in der Verkehrsbranche verantwortlich sind. Nicht nur die Häufigkeit der Erkrankungen, sondern auch die Ausfalldauer dieser Diagnosegruppe fällt dabei besonders ins Gewicht.

Neben dem Arbeitsschutz greifen vor allem die Bereiche Prävention und BEM stark ineinander. Daher ist ein ganzheitlicher Projektansatz und dessen Integration in die Unternehmenskultur für Unternehmen unabdingbar, um den Herausforderungen der Zukunft – wie beispielsweise steigende Globalisierung, demografischer Wandel, verstärkter Wettbewerb – begegnen zu können. Die aktuelle Studienlage zu Eingliederungsprozessen von MSE zeigt, dass vor allem die Indikatoren *Arbeitgeberunterstützung*, *individuelle Coping-Strategien* und die *Installation vertrauensvoller Prozessbegleiter* den Rückkehrzeitpunkt erkrank-

ter Arbeitnehmer positiv beeinflussen. Zudem gilt es, Risikogruppen frühzeitig zu identifizieren und in den Blickpunkt der Betrachtung zu stellen, um auf der präventiven Ebene ansetzen und drohende Arbeitsunfähigkeiten abwenden zu können. Dabei zeigt sich, dass das Vorhandensein gesundheitsförderlicher Strukturen und die Einbettung dieser gesundheitsrelevanten Themenbereiche in die Unternehmenskultur für den Erfolg innerhalb der betrieblichen Praxis von großem Nutzen sind. Je besser solche Prozesse durch die Unternehmen organisiert, entsprechend kommuniziert und mithilfe fachkundiger Experten umgesetzt werden, desto größer fallen Akzeptanz und Erfolg dieser Bestrebungen aus. Auch die Installation von Selbsthilfestrukturen kann als ein möglicher Ansatzpunkt zur Erweiterung der gesetzlichen Regelungen angesehen werden. Im Sinne eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements gilt es, dahingehende Strukturstärkungen im Unternehmen zu implementieren, um Betroffenen eine Hilfestellung zu geben und Erfahrungen der Selbsthilfegruppen in gesundheitspolitische Bestrebungen zu integrieren. Somit kann ein ganzheitlicher Ansatz zur Optimierung der Gesundheitsbedingungen auf der präventiven und rehabilitativen Ebene geschaffen werden.

Sowohl Gesundheitsförderung als auch BEM dürfen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik nicht als einmalige Maßnahmenangebote angesehen werden, sondern sollten stets Prozesscharakter einnehmen. Um weitere Erfolgsindikatoren zur betrieblichen Umsetzung aufzeigen zu können, gilt es, noch stärker in Forschung und Best Practice zu investieren. Mit dem ab dem Jahr 2016 in Kraft tretenden Präventionsgesetz eröffnen sich hierfür neue Chancen und Möglichkeiten, im Rahmen derer die Sozialversicherungsträger eine bedeutendere Rolle spielen.

## Literatur

1. Liebers F, Brendler C, Latza U. Alters- und berufsgruppenabhängige Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit durch häufige Muskel-Skelett-Erkrankungen. Rückenschmerzen und Gonarthrose. Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 367–380
2. BKK Dachverband e.V. (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2014. Gesundheit in Bewegung. Schwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen. Berlin: BKK Dachverband, 2014
3. Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R, Weiser S. Catastrophizing – a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. Spine J 2014; 4(11): 2639–2657
4. Reeuwijk K, Robroek S, Hakkaart L, Burdorf A. How Work Impairments and Reduced Work Ability are Associated with Health Care Use in Workers with Musculoskeletal Disorders, Cardiovascular Disorders or Mental Disorders. J Occup Rehabil 2014; 24(4): 631–639
5. Knoche K, Socher, R. Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. iga-Report 24, 2013
6. Knoche K, Schröer A. Gesetzliche Krankenversicherung. In: Hallier E, Letzel S, Nowak D. Medizinische und berufliche Rehabilitation. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed MEDIZIN, 2013
7. Margetts B, Warm D, Yngve A, Sjöström M. Developing an evidence-based approach to Public Health Nutrition: translating evidence into policy. Publi001; 4 (6A): 1393–1397c Health Nutr 2
8. BAHN-BKK. Gesundheitsberichtserstattung der DB AG. 2014
9. BAHN-BKK. Seminarkonzepte Gesundheitszirkel. Unveröffentlichtes Material
10. Deller J, Kolb P, Kern S, Hausmann E, Diederichs Y. Personalmanagement im demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess mit Toolbox Demografie Management und Altersstrukturanalyse. Heidelberg: Springer, 2009
11. Campbell P, Wynne-Jones G, Muller S, Dunn K. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. Int Arch Occup Environ Health 2013; 86(2): 119–137
12. Andersen C, Andersen L, Zebis M, Sjøgaard G. Effect of Scapular Function Training on Chronic Pain in the Neck/Shoulder Region: A Randomized Controlled Trial. J Occup Rehabil 2014; 24(2): 316–324
13. Besen E, Young A, Shaw W. Returning to Work Following Low Back Pain: Towards a Model of Individual Psychosocial Factors. J Occup Rehabil 2015; 25(1): 25–37
14. Yue Y-S, Wang X-D, Xie B, Li Z-H, Chen B-L, Wang X-Q, Zhu Y. Sling Exercise for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2014; 9(6): e99307
15. Kaluza G. Stressbewältigung. Heidelberg: Springer, 2011
16. Brouwer S, Amick B, Lee H, Franche R-L, Hogg-Johnson S. The Predictive Validity of the Return-To-Work Self-Efficacy Scale for Return-to-Work Outcomes in Claimants with Musculoskeletal Disorders. J Occup Rehabil 2015; May 20 [Epub ahead of print]
17. Scheuch S. Prozess- und Ergebnisevaluation des Interventionsprogramms STARTklar der BAHN-BKK. 2013
18. André S. Lebens(ess)welten von Alleinerziehenden. Eine qualitative Studie über sozial benachteiligte allein erziehende Mütter. Hamburg: Kovač, 2013



Dr. Stefanie André

Nach den Studiengängen Oecotrophologie und Public Health Nutrition an der Hochschule in Fulda folgte die kooperative Promotion mit der Hochschule Fulda und der Justus-Liebig-Universität in Gießen am Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts. Parallel tätig als Projektleitung und wissenschaftliche Mitarbeiterin interdisziplinärer anwendungsorientierter Forschungsprojekte in den Settings Kommune und Schule. Ab 2013 Referentin für Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der BAHN-BKK und seit 2014 in der Position der Referatsleitung Netzwerk Gesundheit der BAHN-BKK und dort verantwortlich für die Bereiche Primäre Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Selbsthilfe. Zu den Forschungsschwerpunkten zählen die Themen Diversity Management in der Gesundheitsförderung, evidenzbasiertes Projektmanagement, aber auch die Themen Führung und Gesundheit und Betriebliche Wiedereingliederung. Die Forschungs- und Tätigkeitsschwerpunkte fließen seit 2008 in die Lehrtätigkeiten an der Hochschule in Fulda und an der Hochschule in Aschaffenburg mit ein.



Philip Engel

Nach Abschluss eines Diplomstudiums der Sportwissenschaften mit Schwerpunkt Ökonomie an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz in der Zeit von 2010 bis 2013 Vertriebsmitarbeiter der Nike Deutschland GmbH in Frankfurt am Main. Im Rahmen dieser Tätigkeit Mitarbeiter im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ab dem Jahr 2014 als Projektmanager Sales bei der UGW AG in Wiesbaden tätig sowie Beschäftigung als Gesundheitsberater innerhalb des Unternehmens. Ab 2015 Tätigkeit als zentraler Referent Betriebliches Gesundheitsmanagement im Netzwerk Gesundheit der BAHN-BKK mit den Schwerpunkten Stressmanagement, Arbeits- und Organisationspsychologie und BEM. Zudem Projektsteuerung und Beratung diverser Geschäftskunden in der Verkehrsbranche.



Jana Zeiger

In der Zeit von 2009 bis 2012 Studium der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Fulda im Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung. Im Rahmen des Studiums bereits Tätigkeit als Werkstudentin bei der BAHN-BKK. Ab 2012 Anstellung als Referentin Betriebliches Gesundheitsmanagement im Netzwerk Gesundheit der BAHN-BKK für die Region Mitte-West und verantwortlich für die Projektsteuerung und Beratung zu allen Präventionsbereichen der Geschäftskunden in den Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Saarland.

Seit 2014 Masterstudentin im berufsbegleitenden Fernstudiengang Personalentwicklung am DISC TU Kaiserslautern.

# Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern – psyGA. Neue Wege der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung

Reinhold Sochert und Sabrina Sebbesse  
BKK Dachverband e.V.

Durch den Wandel von der klassischen Industriegesellschaft hin zu einer Wissens-, Informations- und Dienstleistungsgesellschaft hat sich das Anforderungsprofil an vielen Arbeitsplätzen verändert. „Dienstleistung und Stress anstelle von Industrie und Schwerarbeit“, so ließe sich die Entwicklung der Arbeitswelt kurz und zugespitzt auf den Punkt bringen. Ständen früher insbesondere die physischen Belastungen verbunden mit entsprechenden Krankheits- und Beschwerdebildern im Vordergrund, so sind diese zwar heute keineswegs verschwunden, aber die psychischen Belastungen und Erkrankungen haben zugenommen und prägen den Arbeitsalltag von immer mehr Beschäftigten. Hierzu einige Fakten:

- Trotz rückläufiger Krankenstände in den letzten Jahren wächst der relative Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Er kletterte in den vergangenen 40 Jahren von 2% auf 14,7%. Während psychische Erkrankungen damals noch nahezu bedeutungslos waren, sind sie heute zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibung bzw. Arbeitsunfähigkeit [1].
- Besondere Bedeutung und Brisanz erhalten psychische Erkrankungen auch durch die Krankheitsdauer: Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeitsfälle ist mit 40,1 Tagen dreimal so hoch wie im Durchschnitt (13,0 Tage). Das ist ein absoluter Spitzenwert, selbst bei Neubildungen (Tumorerkrankungen) ist die Abwesenheitszeit im Schnitt kürzer [1].
- Psychische Erkrankungen sind außerdem die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen. Ab Mitte der 90er-Jahre stieg der Anteil von Personen, die aufgrund seelischer Leiden frühzeitig in Rente gingen, von 14,5% auf 42,7% in 2013 [2]. Im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen treten Berentungsfälle wegen „Psychischer und Verhaltensstörungen“ deutlich früher ein; das Durchschnittsalter liegt derzeit bei 48,3 Jahren.

Wissen und Erkenntnisse sind da ...

Die wissenschaftliche Forschung zeigt arbeitsbedingte Belastungsfaktoren als Quelle potenzieller Gesundheitsgefahren auf, die bei entsprechenden Voraussetzungen dazu beitragen können, dass eine psychische Symptomatik bis hin zu einer manifesten Erkrankung entsteht. Besondere Bedeutung kommt den arbeitsbedingten Belastungen zu, die im Zusammenhang mit Stress stehen [3]. Stress gilt als der arbeitsweltbezogene Hauptrisikofaktor für psychische Störungen, der in Faktoren wie etwa Zeitdruck, geringem Handlungsspielraum oder ständigen Unterbrechungen der Arbeit seinen Ausdruck findet. Um eine klare Abgrenzung zu schaffen, wird in diesem Zusammenhang auch von *psychischen Fehlbelastungen* gesprochen. Psychische Belastungen an sich sind nämlich zunächst wertneutral definiert, das heißt, sie können also auch durchaus positiv wahrgenommen werden (z. B. als neue Herausforderung). Zu Fehlbelastungen werden sie immer erst dann, wenn die persönlichen und arbeitsbedingten Möglichkeiten bzw. Ressourcen nicht mehr ausreichen, die Arbeitsanforderungen zu bewältigen – es entsteht ein Ungleichgewicht, das in der Folge zu einer Fehlbeanspruchung, etwa in Form von Stress, führen kann. Der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) herausgegebene „Stressreport Deutschland 2012“ zählt zu den Arbeitsanforderungen, die für die psychische Gesundheit der Beschäftigten kritisch sein können, insbes. langanhaltenden hohen Zeitdruck, häufige Unterbrechungen der Arbeit, monotone Tätigkeiten und fehlende Erholungsmöglichkeiten. Solche Arbeitsbedingungen führen häufig zu Stress [4].

Die veränderten Anforderungen der modernen Arbeitswelt müssen aber keineswegs zwangsläufig zu psychischen Fehlbeanspruchungen sowie mittel-

und langfristig zu psychischen Störungen und Erkrankungen führen. Die Gesundheitsförderung hat in den letzten 30 Jahren ausgehend von der Ottawa-Charta (1986) und der Reformdiskussion um den traditionellen Arbeitsschutz sowohl solide wissenschaftliche Erkenntnisse als auch darauf aufbauend methodisch und pragmatisch geeignete Verfahrenswege zur Analyse und Prävention psychosozialer Gesundheitsgefahren auf betrieblicher Ebene erarbeitet, vorgestellt und erfolgreich erprobt.

#### *... über Zusammenhänge von Stress und Erkrankungsrisiko*

Zu nennen ist für die erkenntnistheoretische Ebene der Erklärung von Zusammenhängen zwischen psychosozialen Stressoren und Erkrankungsrisiken insbesondere:

**Das Anforderungs-Kontroll-Modell** [5]: Nach den Annahmen des Anforderungs-Kontroll-Modells führt die Kombination von hohen psychischen Leistungsanforderungen (z.B. permanenter Zeitdruck) und geringen tätigkeitsbezogenen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen nachweisbar zu Distress und damit zu einem signifikant erhöhten Risiko vor allem, aber nicht nur, von koronaren Herzerkrankungen. Auf der anderen Seite wird angenommen, dass hohe Anforderungen in Kombination mit hoher Kontrolle zu erhöhter Lernaktivität, Motivation und der Entwicklung von Fertigkeiten führt. Die zweidimensionale Konzeption des Modells ist später um eine dritte Dimension erweitert worden, diejenige der sozialen Unterstützung. Fehlende soziale Unterstützung führe zu einer zusätzlichen Verstärkung von Stressreaktionen.

**Die Handlungsregulations-Theorie** [6]: Wesentliche Bestimmungsmerkmale der Handlungsregulations-Theorie sind die Betonung qualitativ anspruchsvoller Arbeitsaufgaben und die Forderung nach Autonomie innerhalb der Arbeitstätigkeit. Es werden Belastungen als Regulationsbehinderungen und Ressourcen als Regulationschancen unterschieden. Das Modell der Handlungsregulation weist eine gewisse Nähe zum Anforderungs-Kontroll-Modell auf, jedoch liegt sein Akzent in der Untersuchung von Komplikationen des Handlungsvollzugs bei der Arbeitsbewältigung. Aus dem handlungstheoretischen Modell lässt sich die Anforderung ableiten, die Arbeitsbedingungen, insbesondere die Arbeitsaufgabe, und die Tätigkeit zum zentralen Ansatzpunkt der Analyse und Intervention zu machen, weil sie sowohl gesundheitsförderliches als auch -beeinträchtigendes Potenzial enthalten.

**Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen** [7]: In dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen wird chroni-

scher Distress aus dem Zusammenwirken von langfristig hoher beruflicher Verausgabung einerseits und anhaltenden Erfahrungen niedriger Belohnung andererseits erklärt. Dabei werden drei Arten von Belohnungen (Gratifikationen) unterschieden: finanzielle Belohnung (Lohn, Gehalt), Belohnung durch Wertschätzung und Anerkennung und Belohnung in Form von gewährtem Aufstieg bzw. gewährter Arbeitsplatzsicherheit. Bei Industriearbeitern, die von solchen „gratifikationskritischen“ Belastungserfahrungen betroffen waren, erwies sich das Herzinfarktisiko als um das 3,4- bis 4,5-Fache erhöht.

#### *... über evidenzbasierte Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung*

Auf Verfahrensebene ist die **Entwicklung von Gesundheitszirkelkonzepten** hervorzuheben:

In Deutschland sind in den 1980er-Jahren Gesundheitszirkelkonzepte entwickelt worden, die auch heute noch den Kern jeder betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahme im Bereich der psychischen Gesundheit ausmachen und neuerdings auch als ein Verfahren zur psychischen Gefährdungsbeurteilung empfohlen werden [8]. Das sog. „Düsseldorfer Modell“ entstand aus der Beschäftigung mit Problemen und Lücken, die bei der Umsetzung des Auftrags zur Prävention arbeitsbedingter psychosozialer Belastungen und Erkrankungen (nach Arbeitssicherheitsgesetz) zu verzeichnen waren [9, 10]. Die Wurzeln lagen somit innerhalb der Arbeitsschutzforschung. Es sollten technische, organisatorische und verhaltensbezogene Vorschläge zur Verringerung bzw. Beseitigung als gesundheitlich beeinträchtigend erlebter (psychosozialer) Arbeitsbelastungen erarbeitet und umgesetzt werden. Kennzeichnend für das Düsseldorfer Konzept ist eine interdisziplinäre, hierarchieübergreifende Zusammensetzung der beteiligten Personen. Der Gesundheitszirkel bildet einen Querschnitt durch das betriebliche Positionsgefüge, er umfasst Vorgesetzte und unterstellte Mitarbeiter eines Arbeitsbereichs, Arbeitsschutzexperten, Management und Interessenvertretung der Arbeitnehmer.

An der Technischen Universität Berlin wurde das sog. „Berliner Modell“ entwickelt [11]. Es bezieht seine Wurzeln aus der Stressforschung. Vorschläge und Methoden zum Erlernen neuer Bewältigungsmuster standen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Es zeichnet sich durch eine homogene Zusammensetzung einer Hierarchiestufe aus. Ohne Vorgesetzte, Management, Interessenvertretung und andere Experten, unterstützt nur von einem Moderator, macht sich eine Gruppe von 10–15 Mitarbeitern eines Ar-

beitsbereichs daran, ihre Arbeitssituation auf ihre gesundheitlichen Aspekte zu untersuchen und nach Verbesserungs- bzw. Entlastungsmöglichkeiten zu suchen. In der Praxis haben sich die Grenzen beider Ansätze schnell verwischt. Häufig werden die Vorteile beider Ansätze miteinander kombiniert und themenspezifisch die Zusammensetzung des Gesundheitszirkels variiert.

*... über die Bedeutung der Führung und Unternehmenskultur für Gesundheit*

Eine ganz zentrale Rolle spielen darüber hinaus, wie übrigens im gesamten Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Führungskräfte [12]. Danach lassen sich insbes. folgende Empfehlungen ableiten:

- Psychische Belastungsfaktoren und die Gesundheit der Beschäftigten lassen sich durch gute Führung positiv beeinflussen, z. B. durch ausreichende Kontroll- und Handlungsmöglichkeiten bei der Arbeit für die Beschäftigten, durch Beteiligungsmöglichkeiten bei Entscheidungen, durch soziale Unterstützung und Transparenz bei Entscheidungen.
- Wer sich mit guter Führung beschäftigt, kommt an transformationaler und mitarbeiterorientierter Führung nicht vorbei. Beide Führungsstile wirken positiv auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheit, sie verringern Stress, Burn-out und Fehlzeiten.
- Führungskräfte tragen über die unmittelbare Verantwortung für die psychische und physische Gesundheit der Beschäftigten auch Verantwortung für die eigene Gesundheit. Ausgehend von einer Vorbildfunktion für die Beschäftigten kann nur diejenige Führungskraft aktiv und unterstützend agieren, die sich mit sich selbst und dem Thema auseinandersetzt. Ist die Führungskraft hingegen selbst von Überforderung betroffen oder fehlt ihr Stresskompetenz, hat sie nicht nur kaum Möglichkeiten zur Unterstützung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern wird im Gegenteil als negativer Einflussfaktor zum Risiko für die Mitarbeitergesundheit.

Die Entwicklung und Implementierung einer gesundheitsförderlichen Führungskultur stellt sich deshalb als eine neue Personal- und Entwicklungsaufgabe für viele Unternehmen dar. Dabei liegt das Thema (psychische) Gesundheit keineswegs allein im Verantwortungsbereich der Führungskräfte, die allerdings in vielen Bereichen und nicht zuletzt als Multiplikatoren eine wichtige Rolle spielen. Viel-

mehr bedarf es einer Unternehmenskultur, in der die Gesundheit der Beschäftigten als gleichwertiges Unternehmensziel neben Qualität, Kundenfreundlichkeit und Wirtschaftlichkeit steht. Eine solche gesundheitsförderliche Unternehmenskultur mit entsprechenden Arbeitsbedingungen beeinflusst nicht nur die Führungskräfte, sondern erhöht auch die Bereitschaft der Beschäftigten, Selbstverantwortung in Sachen Gesundheit zu übernehmen.

**psyGA: Praxis erfolgreich gestalten**

Demgegenüber werden die vorliegenden Erkenntnisse und erfolgreich erprobten Verfahrenswege zur psychischen Gesundheit in der betrieblichen Praxis allerdings nur unzureichend umgesetzt. Die Zahl der Unternehmen ist nach wie vor sehr begrenzt, die das Potenzial betrieblicher Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur erkennen, sondern auch gewinnbringend für Mitarbeitende wie für die eigene Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit in entsprechende Maßnahmen am Arbeitsplatz übertragen. Offensichtlich bedarf es eines eigenen Schritts, die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse in eine Sprache des Handlungswissens und der Handlungsanleitungen zu übersetzen, die von betrieblichen Entscheidern und Praktikern sowie wichtigen Multiplikatoren verstanden und akzeptiert wird. An dieser Stelle, der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis, setzt eine Initiative zur „Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt – psyGA“ seit 2009 erfolgreich an. Das Projekt wird im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) vom BMAS gefördert und läuft noch bis August 2017. psyGA verfolgt das Ziel, über die Einbindung von wichtigen Partnern einerseits praxistaugliche Handlungshilfen zu entwickeln und andererseits Unternehmen in den verschiedenen Sektoren der Arbeitswelt zu erreichen. Damit soll mittel- und langfristig ein Beitrag zur Verbreitung guter Praxis in der Arbeitswelt geleistet werden. Unternehmen und ihre Stakeholder sollen sensibilisiert und in der Verbesserung ihrer eigenen Praxis unterstützt werden.

Die Initiative fußt auf einem Handlungs- und Qualitätskonzept, auf deren Grundlage die Entwicklungen von Instrumenten gesteuert wurde und wird.

Das Maßnahmenspektrum wird in drei Handlungsfelder geordnet, die sich wechselseitig ergänzen (»»» Abbildung 1):

- das Handlungsfeld des Gesundheitsschutzes bei psychischen Belastungen, also die Prävention



Abbildung 1 Handlungsfelder der psychischen Gesundheitsförderung



von arbeitsbedingtem gesundheitsgefährdendem Stress

- das Handlungsfeld der Förderung der Gesundheit bei psychischen Belastungen, die Stärkung von persönlichen und sozialen Ressourcen
- das Handlungsfeld der Unterstützung von Betroffenen. Hierbei geht es einmal um den innerbetrieblichen alltäglichen Umgang mit Menschen, die möglicherweise von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind, wie auch mit Menschen, die nach einer psychischen Erkrankung an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Mit diesem Handlungskonzept wurden gleichzeitig Qualitätskriterien für die Beurteilung betrieblicher Praxis ermittelt, auf Basis einer ausführlichen Recherche und unter Nutzung der vorliegenden wis-

senschaftlichen Erkenntnisse und bereits vorhandener Instrumentarien (u. a. Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung des ENWHP, das Label-Konzept „Friendly Workspace“ der Schweizer Stiftung Gesundheitsförderung, das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ des österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung).

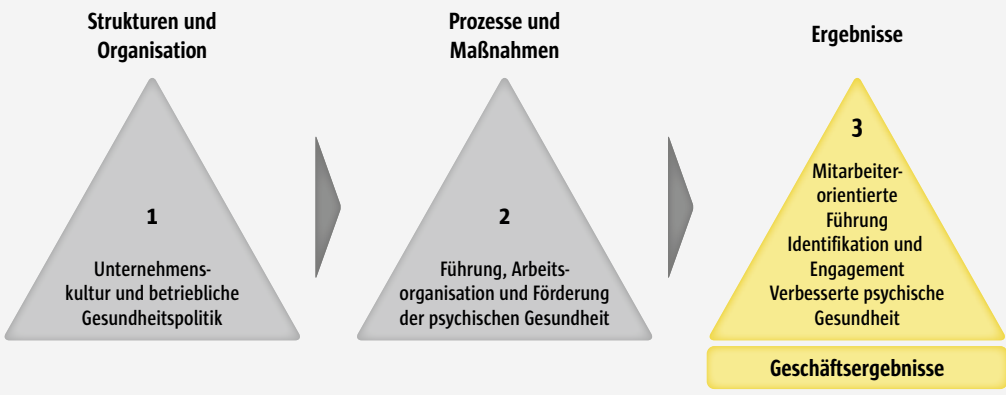
Dem Grundverständnis der Qualitätskriterien liegt das Leitbild einer „Gesunden Organisation“ zugrunde, das in einem zweiten Schritt in ein Selbsteinschätzungsinstrument für Organisationen im Bereich der psychischen Gesundheit übersetzt wurde. Eine gesunde Organisation stellt Strukturen bereit, die die Führung auf allen Ebenen an mitarbeiterorientierten Prinzipien und Werten ausrichtet und unter Beteiligung der Beschäftigten weiterentwickelt.

Das hier vorgestellte Modell der Qualitätskriterien ordnet Kriterien den betrieblichen Strukturen, den Prozessen oder den Ergebnissen zu. Die Kriterien wurden in drei Bereiche eingeteilt (»»» Abbildung 2), die – zusammengekommen – ein umfassendes Bild der Qualität der Förderung psychischer Gesundheit in der Organisation ergeben. In allen drei Bereichen wird eine jeweils unterschiedliche Zahl von Einzelkriterien definiert und beschrieben. Alle Einzelkriterien sind so formuliert, dass sie jeweils einen hohen Stand der Qualität darstellen. Insgesamt arbeitet das Modell mit 19 Einzelkriterien.

*Strukturen und Organisation: Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik*

Mit diesem Kriterienbereich wird geprüft, mit welchen betrieblichen Regelungen (Leitbildern, Be-

Abbildung 2 psyGA-Qualitätsmodell zur Förderung der psychischen Gesundheit



triebsvereinbarungen, Führungsgrundsätzen u.Ä.) und Ressourcen (z.B. Personal- und Sachmittel) das Unternehmen die Beteiligung seiner Beschäftigten in Fragen der Gestaltung der Arbeitsbedingungen sicherstellt und wie diese die Entwicklung einer Vertrauenskultur ermöglichen. Geregelt Beteiligungsmöglichkeiten in Bezug auf die Arbeitsgestaltung bilden zentrale Gesundheitsressourcen und den Rahmen für Handlungsspielräume der Beschäftigten.

*Prozesse und Maßnahmen: Führung, Arbeitsorganisation und Gesundheitsförderung*

Dieser Bereich beinhaltet Kriterien, die die Qualität der existierenden Prozesse und Maßnahmen prüfen, also z. B. die Qualität der Prozesse zur Sicherstellung und Weiterentwicklung einer mitarbeiterorientierten Führung. Sie basieren auf dem Grundverständnis, dass Organisationen, die die Qualität des individuellen Führungsverhaltens auf der Basis struktureller Vorgaben mit organisationsweiter Geltung managen, optimale und nachhaltige Ergebnisse erzielen (individuelle und strukturelle Führung). Darüber hinaus richten sich alle betrieblichen Maßnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung hinsichtlich der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz an einem „ganzheitlichen Ansatz“ aus. Entsprechend dieses Verständnisses sollen sich Maßnahmen sowohl auf eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen als auch auf Angebote zur Verbesserung des Verhaltens beziehen (Arbeitsbedingungen und Gesundheitsverhalten).

*Ergebnisse: Führung, Gesundheit, Identifikation und Geschäftsergebnisse*

Dieser Kriterienbereich prüft die Ergebnisqualität der Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Das Unternehmen kann positive Ergebnisse sowohl in Bezug auf die Qualität der mitarbeiterorientierten Führung als auch in Bezug auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit in den drei Handlungsfeldern belegen. Außerdem lässt sich ein positiver Beitrag zu den Geschäftsergebnissen begründet darstellen. In der Regel setzt dies entsprechende Mitarbeiterbefragungen voraus.

Auf der Grundlage des Handlungs- und Qualitätskonzepts wurden in der Folgezeit verschiedene branchenübergreifende Handlungshilfen und Praxisinstrumente für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte entwickelt (III Abbildung 3).

Im Rahmen der insgesamt nun 6-jährigen Projektdauer konnten wichtige Entwicklungsarbeiten und Verbreitungsaktivitäten erfolgreich abgeschlossen werden. Bisherige Evaluationsergebnisse zei-

gen, dass die psyGA-Instrumente ihre ursprüngliche Zwecksetzung – die Information und Sensibilisierung – erfüllen konnten. Eindeutige „Gewinner“ von psyGA sind die Gesundheitsmanager und Personaler sowie die betrieblichen Entscheider in Großbetrieben. Darüber hinaus konnten die Unternehmensberater, die auch Zugang zu kleineren Betrieben haben, von psyGA profitieren. Insgesamt wurden bisher um die 500.000 psyGA-Materialien unterschiedlicher Art (Downloads nicht mitberechnet) verbreitet. Die Initiative psyGA ist ein Beispiel für eine Sozialmarketing-Kampagne, der es gelungen ist, für die Gesamtthematik so zu sensibilisieren, dass ein leichter Zugang zu praktischen Verbesserungsmaßnahmen möglich und von betrieblichen Entscheidern und Praktikern wie auch von überbetrieblichen Multiplikatoren angenommen und akzeptiert wird.

## Literatur

1. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2014 – „Gesundheit in Regionen“. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2014
2. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin, DRV, 2014
3. Initiative Gesundheit und Arbeit. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben. Iga-Fakten 1, 2013
4. Lohmann-Haislah A. Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012
5. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990
6. Hacker W. Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 1991; 35 (2): 48–58
7. Siegrist J. Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe, 1996
8. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt, 2014
9. Slesina W, Beuels F, Sochert R. Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. München: Juventa, 1998
10. Sochert R. Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung, Dortmund/Berlin, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 1999
11. Friczewski F, Jenewein R, Westermayer G. Betriebliche Gesundheitszirkel. Forschungsbericht an das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT). Berlin, 1990
12. Initiative Gesundheit und Arbeit. Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern – Ergebnisse aus dem Projekt „iga. Radar“. iga.Report 29, 2015

Abbildung 3 psyGA-Infobox



13.000 Besucher monatlich auf [www.psyGA.info](http://www.psyGA.info)

Über 500.000 aufgelegte Druckexemplare

Weit über 1.000 Teilnehmer sind mit psyGA Fach- und Diskussionsforen erreicht

psyGA reagiert auf die Herausforderungen von **Arbeiten 4.0** im Handlungsfeld **psychische Gesundheit**.

Das Wissen um branchenbezogene Gesundheitsförderung wird gebündelt, in Einsatzinstrumente für die Arbeitswelt übersetzt und mithilfe von Kooperationspartnern bekannt gemacht. Die Information und Sensibilisierung wichtiger Multiplikatoren und Entscheidungsträger stehen dabei im Fokus.

Die **psyGA-Handlungshilfen** richten sich an verschiedene Zielgruppen, von Beschäftigten über Führungskräfte bis hin zur Unternehmensberatung oder Betriebs- und Personalräten.

Unsere psyGA-Angebote **Einführungseminar** und **Checks** unterstützen dabei, die eigene Situation zu analysieren und das Thema psychische Gesundheit besser kennenzulernen.

Bei der Formulierung geeigneter Ziele helfen die verschiedenen Ausgaben des **psyGA-Praxisordners**. Diese enthalten nicht nur viele **Checklisten**, sondern auch gelungene Beispiele aus der Praxis von kleinen, mittleren und großen Unternehmen und Organisationen.

Das **psyGA-eLearning-Tool** und **psyGA-Hörbuch** geben Führungskräften konkrete Tipps für den Arbeitsalltag und zeigen anhand vieler Praxisbeispiele, wie das Thema psychische Gesundheit in kleinen, mittleren und großen Unternehmen umgesetzt werden kann.

„Nee, es sind ja so Dinge, die sind ja eigentlich auch selbstverständlich, aber es tut trotzdem nochmal gut, das zu lesen und das mal vor Augen zu haben. (...) also ich finde es jetzt nicht überflüssig, nur weil ich es schon mal gehört habe.“ (Führungskraft)

„Den Gesamterfolg des Projektes würde ich als sehr hoch einstufen, weil ich der Meinung bin, dass insbesondere auch über die ganzen Materialien, die im Rahmen von psyGA erarbeitet worden sind, eine Durchdringung der Verwaltungen und Unternehmen zum Thema psychische Gesundheit stattfinden kann.“ (Gesundheitsmanagerin München)

#### Neuentwicklungen bei psyGA

\*Einstieigerportal für Kleinbetriebe

\*Branchenspezifische Anpassung von psyGA-Materialien in den Bereichen Handwerk, Gesundheits-/Pflegebereich, Nahrungs- und Gastgewerbe

\*Qualifizierungsmodule für Sicherheitsfachkräfte und Akteure des Öffentlichen Diensts

\*eLearning-Angebot für Beschäftigte

\*Transferveranstaltungen mit wichtigen Multiplikatoren des Mittelstandes

Sie interessieren sich für die psyGA-Angebote? Dann schauen Sie doch auf unserer Webseite vorbei:  
[www.psyga.info](http://www.psyga.info)

Hier finden Sie nicht nur alle psyGA-Angebote zum Download und als Bestellmöglichkeit, sondern auch viele konkrete Beispiele aus der Praxis und aktuelle Nachrichten rund um die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt.

Haben Sie noch Fragen, dann schreiben Sie uns unter [psyga@bkk-dv.de](mailto:psyga@bkk-dv.de)



Dr. Reinhold Sochert

Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Dortmund mit Abschluss Diplom-Ökonom. Promotion über Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung. In den 80er-Jahren wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf. Seit 1989 beim BKK Bundesverband, zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter, dann Leiter des Referats „Betriebliche Gesundheitsberichterstattung“ und Bereichsleiter für „Dienstleistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung“. Seit 2002 Koordination europäischer und nationaler Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Seit 2013 Referent in der Abteilung Gesundheitsförderung des BKK Dachverbands, der politischen Nachfolgeorganisation des BKK Bundesverbands. Dort verantwortlich für das vom BMAS im Rahmen von INQA geförderte Projekt „psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern“.



Sabrina Sebbesse

Studium der Sportwissenschaften und Pädagogik an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg. Seit 2006 Referentin für Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der Siemens Betriebskrankenkasse. Demographie-Berater und Stressmanagementtrainerin. Projektreferentin für „psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern“ beim BKK Dachverband seit April 2015.

# 5

## Krankheitsgeschehen in Regionen

Einleitung

Die regionale Betrachtung des Krankheitsgeschehens – der Themenschwerpunkt des BKK Gesundheitsreports 2014 – bildet in diesem Jahr das abschließende Kapitel. Wie man auch im vergangenen Jahr sehen konnte, kann die Gesundheit von Versicherten in erheblichem Maße vom Wohnort abhängen. Dabei übt weniger die geografische Lage, sondern vielmehr die Lebens- und Arbeitsbedingungen (Tätigkeit, Wirtschaftskraft, Arbeitslosigkeit etc.) sowie die medizinische Versorgungslage vor Ort (Arztdichte, Krankenhausedichte usw.) einen Einfluss auf die Gesundheit der BKK Versicherten aus, wie explizit im **»»** BKK Gesundheitsatlas 2015 anhand ausgewählter psychischer Störungen gezeigt werden konnte.

Wie auch schon im vorangegangenen Kapitel widmen wir uns zunächst dem AU-Geschehen der Mitglieder ohne Rentner im Regionalvergleich, um

anschließend die ambulante und stationäre Versorgung sowie die Arzneimittelverordnungen wieder für die BKK Versicherten insgesamt zu betrachten. Zunächst soll an dieser Stelle noch einmal einleitend die Verteilung der BKK Versicherten auf Ebene der Bundesländer aufgezeigt werden. In **»»** Tabelle 5.1 ist ein Überblick über die Anteile der BKK Versicherten an der Gesamtbevölkerung je Bundesland dargestellt.

Mit 15,5% der Wohnbevölkerung ist der Anteil der BKK Versicherten in Bayern am größten, gefolgt von Berlin (13,3%) und Baden-Württemberg (13,0%). Generell zeigt sich, dass der Anteil der BKK Versicherten an der Gesamtbevölkerung in den neuen Bundesländern etwas niedriger ist als in den Altbundesländern.

In **»»** Diagramm 5.1 sind die Anteile der BKK Versicherten nach Bundesland dargestellt. Auch hier sind Bayern (21,6%) und Baden-Württemberg (15,3%)

Tabelle 5.1 Anzahl BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

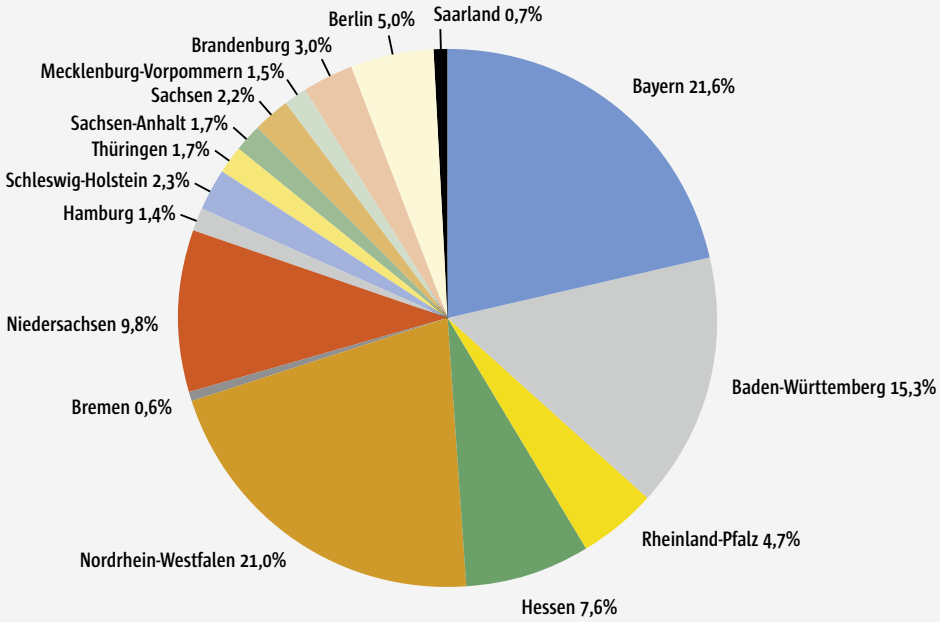
Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	689.284	692.341	1.381.625	13,2	12,8	13,0
Bayern	972.585	979.311	1.951.896	15,7	15,3	15,5
Berlin	227.644	227.742	455.386	13,6	13,0	13,3
Brandenburg	141.869	132.111	273.980	11,8	10,6	11,2
Bremen	25.961	24.530	50.491	8,1	7,3	7,7
Hamburg	60.572	63.279	123.851	7,1	7,0	7,1
Hessen	335.202	347.465	682.667	11,3	11,3	11,3
Mecklenburg-Vorpommern	69.296	70.382	139.679	8,8	8,7	8,7
Niedersachsen	450.168	439.175	889.343	11,8	11,1	11,4
Nordrhein-Westfalen	935.114	961.266	1.896.380	10,9	10,7	10,8
Rheinland-Pfalz	208.668	212.863	421.531	10,7	10,5	10,6
Saarland	32.131	29.611	61.742	6,7	5,8	6,2
Sachsen	101.477	95.716	197.193	5,1	4,6	4,9
Sachsen-Anhalt	78.973	77.073	156.046	7,2	6,7	7,0
Schleswig-Holstein	98.475	105.252	203.727	7,2	7,3	7,2
Thüringen	79.295	75.737	155.032	7,5	6,9	7,2
<b>Bund Gesamt</b>	<b>4.527.444</b>	<b>4.555.455</b>	<b>9.082.899</b>	<b>11,4</b>	<b>11,1</b>	<b>11,2</b>

\* 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.

mit einem hohen Prozentanteil an allen BKK Versicherten vertreten. Aber auch Nordrhein-Westfalen (21,0%) und Niedersachsen (9,8%) weisen bedeutsame

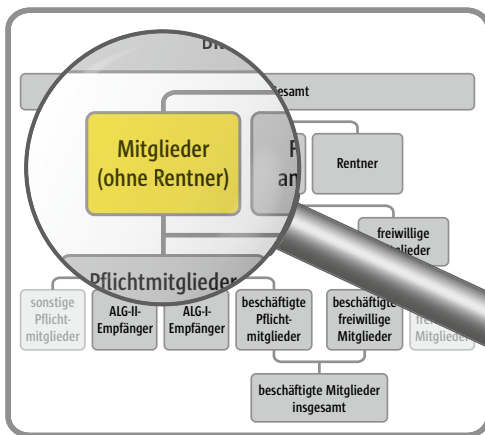
Anteile der BKK Versicherten auf. In diesen vier Bundesländern sind insgesamt mehr als zwei Drittel (67,7%) der BKK Versicherten wohnhaft.

Diagramm 5.1 Prozentuale Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)



## 5.1 Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern

- In den letzten 10 Jahren sind sowohl die AU-Tage als auch die durchschnittlichen Falldauern in den neuen Bundesländern am stärksten angestiegen.
- Der Abstand zwischen alten und neuen Bundesländern bezogen auf die AU-Tage und die durchschnittlichen Falldauern hat in den letzten zehn Jahren weiter zugenommen.



Die regionalen Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Mitglieder ohne Rentner (vereinfacht Mitglieder genannt) sind Gegenstand des folgenden Abschnitts. Alle regionalen Zuordnungen basieren dabei auf dem Wohnort des Versicherten. In Ergänzung sind im **III** Anhang A in den **III** Tabellen A.11 und A.12 weitere Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und Landkreisen zu finden. In **III** Tabelle 5.2 ist die Veränderung der Arbeitsunfähigkeit im Zehnjahresvergleich (Berichtsjahre 2004 und 2014) dargestellt.

Insgesamt sind die Fehlzeiten in den letzten 10 Jahren in den neuen Bundesländern stärker angestiegen (+6,4 AU-Tage je Mitglied) als in den Altbun-

desländern (+3,4 AU-Tage je Mitglied). Gleiches gilt, wenn auch mit geringerer Ausprägung, bei den durchschnittlichen Falldauern (Bund-Ost: +1,6 Tage je Fall; Bund-West: +0,5 Tage je Fall). Die geringste Zunahme hat mit +1,6 AU-Tagen der Stadtstaat Hamburg zu verzeichnen. Aber auch Berlin weist mit +2,1 AU-Tagen in den letzten 10 Jahren einen vergleichsweise geringen Anstieg der Fehltag bei den Mitgliedern auf. Vier der fünf neuen Bundesländer weisen jeweils Zuwächse von mehr als +6 AU-Tagen auf, der Spitzenreiter Sachsen-Anhalt sogar +7,6 AU-Tage. Sachsen setzt sich mit einem etwas niedrigeren Zuwachs von +5,3 AU-Tagen von den anderen neuen Bundesländern ab.

Auch bei den durchschnittlichen Falldauern sind die vier bereits benannten neuen Bundesländer mit den stärksten Zunahmen zu finden, mit Ausnahme von Sachsen, wo über die letzten zehn Jahre eine nahezu stabile durchschnittliche Falldauer von ca. zwei Wochen zu verzeichnen ist. Überraschenderweise gibt es hier sogar zwei Bundesländer (Berlin und das Saarland), die in den letzten beiden Jahren einen Rückgang der durchschnittlichen Falldauer um einen Tag zu verzeichnen haben. Im Saarland ist dies durch die überproportional hohe Zunahme der AU-Fälle (+32,2%) im Vergleich zu den AU-Tagen (+23,8%) zu erklären. In Berlin fällt zwar die Zunahme der AU-Fälle (+20,6%) nicht so stark aus, allerdings ist dort ein noch geringerer Anstieg der AU-Tage (+12,9%) zu verzeichnen, was zu einer Abnahme der Falldauer im Vergleich zum Jahr 2004 führt.

In den letzten 10 Jahren haben sich die regionalen Unterschiede bei den Arbeitsunfähigkeitstagen kaum geändert. Nach wie vor weisen die neuen Bundesländer deutlich mehr Fehltag als die Altbundesländer auf. Allerdings ist der Abstand in den letzten zehn Jahren gewachsen. Betrug dieser Ost-West-Unterschied im Jahr 2004 lediglich 1,3 AU-Tage, so hat sich dieser Abstand im Jahr 2014 mehr als verdreifacht (4,5 AU-Tage). Gleiches gilt auch für die durchschnittlichen Falldauern. Betrug der Ost-West-Unterschied



Tabelle 5.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zehnjahresvergleich (2004 und 2014) nach Bundesland (Wohnort)

Bundesland	AU-Tage	Differenz zu 2004	Tage je Fall	Differenz zu 2004
	je Mitglied ohne Rentner			
Baden-Württemberg	13,1	+2,8	11,8	+0,2
Bayern	13,9	+3,3	12,2	+0,4
Berlin	17,5	+2,1	15,1	-1,0
Brandenburg	20,0	+6,4	15,7	+1,3
Bremen	14,9	+3,1	12,6	+0,2
Hamburg	14,0	+1,6	13,5	+0,2
Hessen	15,3	+3,6	12,9	+1,1
Mecklenburg-Vorpommern	19,9	+6,9	15,4	+2,6
Niedersachsen	16,1	+4,6	13,0	+1,1
Nordrhein-Westfalen	15,6	+3,7	13,5	+0,8
Rheinland-Pfalz	17,4	+4,9	12,0	+0,8
Saarland	18,2	+3,4	14,7	-1,0
Sachsen	17,6	+5,3	14,0	+0,1
Sachsen-Anhalt	20,4	+7,6	15,2	+1,8
Schleswig-Holstein	15,6	+4,2	13,8	+1,5
Thüringen	19,3	+6,3	14,8	+1,7
Bund West	14,9	+3,3	12,8	+0,5
Bund Ost	19,4	+6,5	15,1	+1,6
Bund Gesamt	15,4	+3,6	13,1	+0,6

im Berichtsjahr 2004 1,2 Tage je Fall, so ist im Jahr 2014 ebenfalls ein wesentlich größerer Unterschied feststellbar (2,3 Tage je Fall). Ursächlich hierfür sind v.a. in den neuen Bundesländern (außer Berlin) der Anstieg des Durchschnittsalters und parallel dazu die Abwanderung v.a. junger Erwerbstätiger in die Altbundesländer. Zudem ist in diesen Regionen nach wie vor die wirtschaftliche und soziale Lage insgesamt schlechter (vgl. hierzu auch **III** Kapitel 3.1).

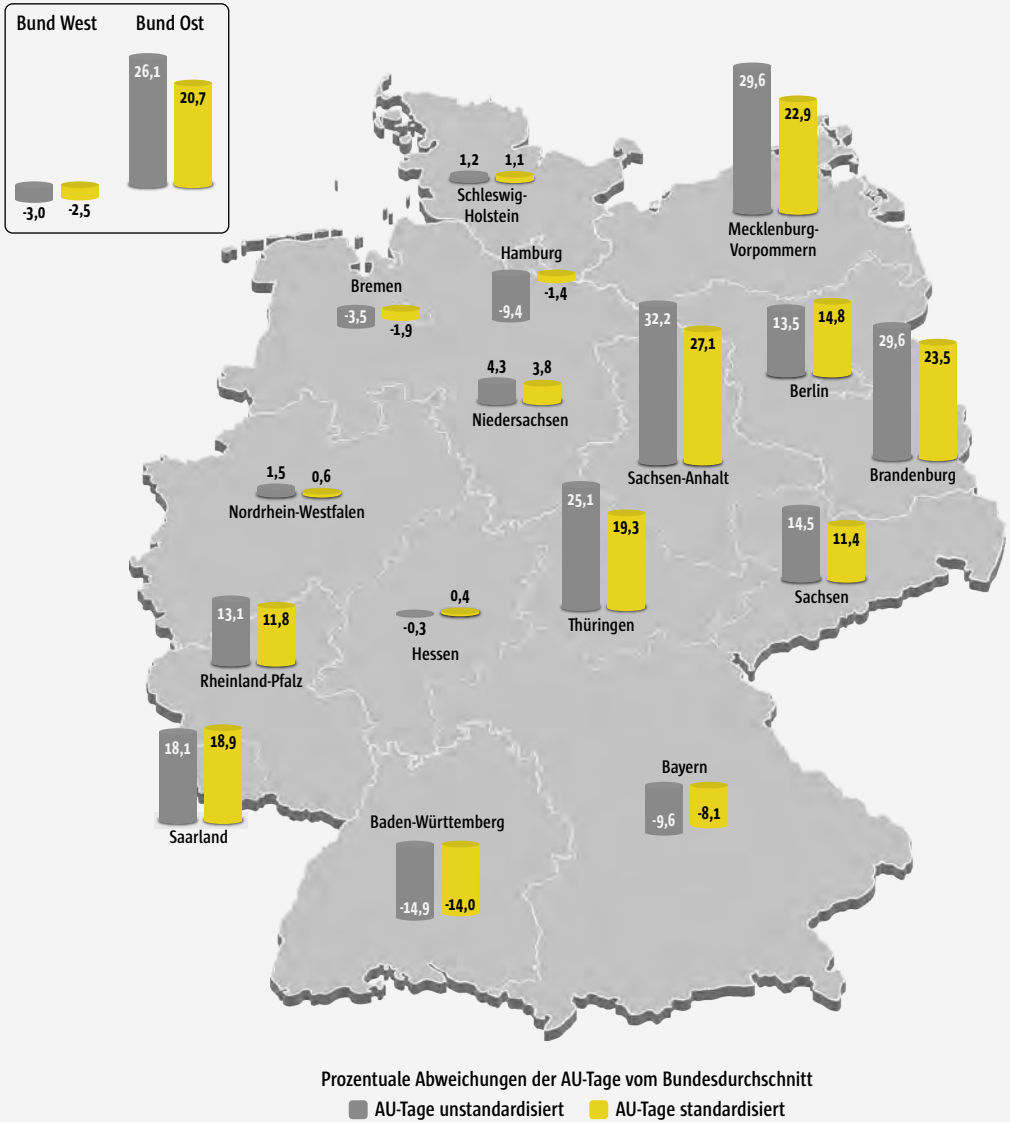
#### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert

Wie bereits dargestellt wurde, üben Alter und Geschlecht der BKK Mitglieder einen wesentlichen Einfluss auf die Höhe der AU-Fälle und AU-Tage sowie auf die Falldauer aus. Um die regionalen Unterschie-

de in den AU-Kennzahlen unabhängig von der jeweils vorhandenen Alters- und Geschlechtsstruktur untersuchen zu können, wurde eine Standardisierung der BKK Daten anhand der Gesamtheit der GKV-Mitglieder vorgenommen (vgl. im Detail **III** Methodische Hinweise). Das Verfahren berechnet die entsprechenden AU-Kenngrößen so, als wäre die Alters- und Geschlechtsverteilung in den Regionen bei den BKK Mitgliedern identisch mit den GKV-Mitgliedern insgesamt. Somit lassen sich alters- und geschlechtsunabhängige Vergleiche sowohl innerhalb des BKK Systems als auch – bei Anwendung identischer Methoden – mit anderen Kassenarten durchführen.

In **III** Diagramm 5.2 wird deutlich, dass die regionalen Unterschiede zum Teil auch auf die Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Mitglieder zurückzuführen sind. Die Darstellung zeigt die prozentualen Abweichungen der un-

Diagramm 5.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2014)



Bund Gesamt: unstandardisiert: 15,4 AU-Tage je Mitglied ohne Rentner; standardisiert: 15,5 AU-Tage je Mitglied ohne Rentner

standardisierten bzw. standardisierten AU-Tage pro Mitglied nach Bundesländern vom Bundesdurchschnitt. Wie schon im Vorjahr zeigen sich für die Mehrheit der Bundesländer höhere Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei den unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten Kennwer-

ten. Wenn also die Alters- und Geschlechtsverteilung in diesen Bundesländern der aller GKV-Versicherten entsprechen würde, wären weniger AU-Tage bei den BKK Mitgliedern zu erwarten. Im Umkehrschluss lässt sich also sagen, dass die BKK Mitglieder im Vergleich zu GKV Gesamt in diesen Bundesländern eine

bezogen auf die Morbidität ungünstige Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen. Nahezu identische standardisierte und unstandardisierte Kennwerte und somit eine mit GKV Gesamt vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur sind u. a. in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zu finden. Eine besonders hohe gegenläufige Abweichung ist dagegen für Hamburg zu beobachten. Die standardisierten und unstandardisierten Kennwerte weichen um 8 Prozentpunkte voneinander ab, wobei der standardisierte Kennwert der wesentlich größere ist. Das bedeutet, dass hier die für die Alters- und Geschlechtsstruktur von GKV Gesamt zu erwartenden AU-Tage wesentlich höher ausfallen müssten. Mit hin ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Mitglieder mit Wohnort Hamburg günstiger als in der gesamten GKV.

### Arbeitsunfähigkeit nach Landkreisen

- Auf Kreisebene zeigen sich bei den AU-Tagen, neben einem deutlichen Ost-West-Gefälle, auch Kreise im Saarland, in Rheinland-Pfalz und dem Ruhrgebiet mit überdurchschnittlich vielen Fehltagen.

Eine Differenzierung nach Bundesländern gibt zwar einen ersten Eindruck der regionalen Disparitäten, erst die Betrachtung nach Landkreisen lässt aber einen vertiefenden Blick zu und offenbart, dass auch innerhalb einzelner Bundesländer die Spannweite der durchschnittlichen AU-Tage durchaus genauso breit sein kann wie zwischen den Bundesländern selbst. In **III** Diagramm 5.3 sind die AU-Tage der Mitglieder auf Kreisebene (Wohnort) mit ihren prozentualen Abweichungen von Bundesdurchschnittswert (15,5 AU-Tage je Mitglied) dargestellt.

Zwischen den einzelnen Landkreisen reicht die Spanne von 9,9 AU-Tagen je Mitglied (Starnberg) bis hin zu 22,3 AU-Tage je Mitglied (Herne). Insgesamt zeigt sich, wie auch schon in der Betrachtung nach Bundesländern zu erkennen, ein deutliches Ost-West-Gefälle bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten. Nahezu alle Kreise in den neuen Bundesländern weisen überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten auf. Dagegen ist vor allem der süddeutsche Raum (Bayern und Baden-Württemberg) nahezu flächendeckend durch unterdurchschnittliche Fehlzeiten gekennzeichnet. Lediglich in Ostbayern sind auch hier Landkreise mit leicht überdurchschnittlichen Fehltagen sichtbar.

Deutlich wird zudem, dass auch in Hessen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Saarland sowie in Teilen von Nordrhein-Westfalen überdurchschnittliche Fehlzeiten in einzelnen Kreisen zu verzeichnen sind.

### Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und ausgewählten Diagnosehauptgruppen

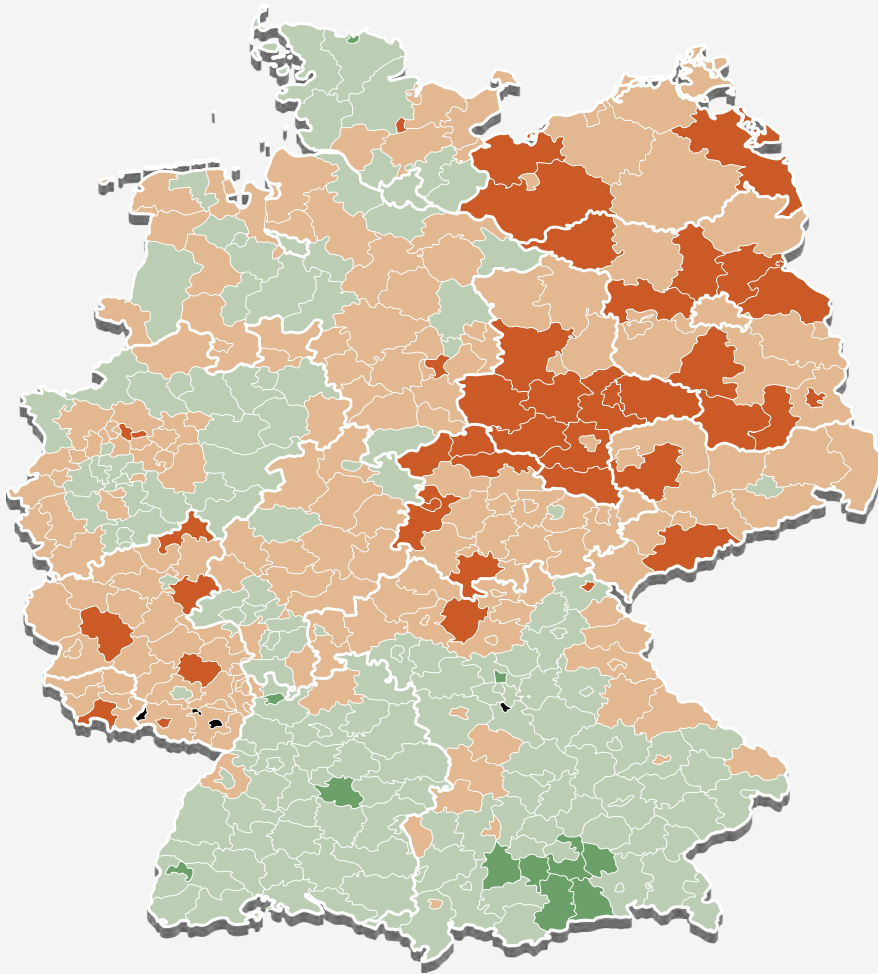
- Mit einer Spanne von maximal 2,6 AU-Tagen sind die größten regionalen Differenzen auf Ebene der Bundesländer für die Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden.
- Am geringsten fallen diese regionalen Unterschiede für die Neubildungen mit einer maximalen Spannweite von 0,4 AU-Tagen aus.

Auch in der Betrachtung nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen zeigen sich auf Ebene der Bundesländer deutliche regionale Unterschiede (**III** Diagramm 5.4). Zunächst ist auch hier für alle betrachteten Krankheitsarten ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar. Am stärksten unterscheiden sich die AU-Tage zwischen den Bundesländern bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, und zwar mit einer Spanne von 2,6 AU-Tagen zwischen Hamburg (3,0 AU-Tage je Mitglied) und Mecklenburg-Vorpommern (5,5 AU-Tage je Mitglied). Weniger als halb so groß ist die maximale Differenz bei den psychischen Störungen (1,1 AU-Tage) mit Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern (jeweils 3,1 AU-Tage je Mitglied) und Berlin (3,0 AU-Tage) an der Spitze und am anderen Ende Baden-Württemberg und Bayern mit jeweils 2,0 AU-Tagen je Mitglied. Für die Atemwegserkrankungen und die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Herz- und Kreislauf-erkrankungen zeigen sich noch geringere Abweichungen (0,9 bzw. für die letzten beiden 0,8 AU-Tage je Mitglied Differenz). Am geringsten ist die regionale Spanne der Fehltag allerding mit 0,4 AU-Tagen bei den Neubildungen.

### Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen

- Zwischen den Kreisen mit den wenigsten und den meisten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen beträgt die Abweichung nahezu das Vierfache, bei den psychischen Störungen das Dreifache.

Diagramm 5.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

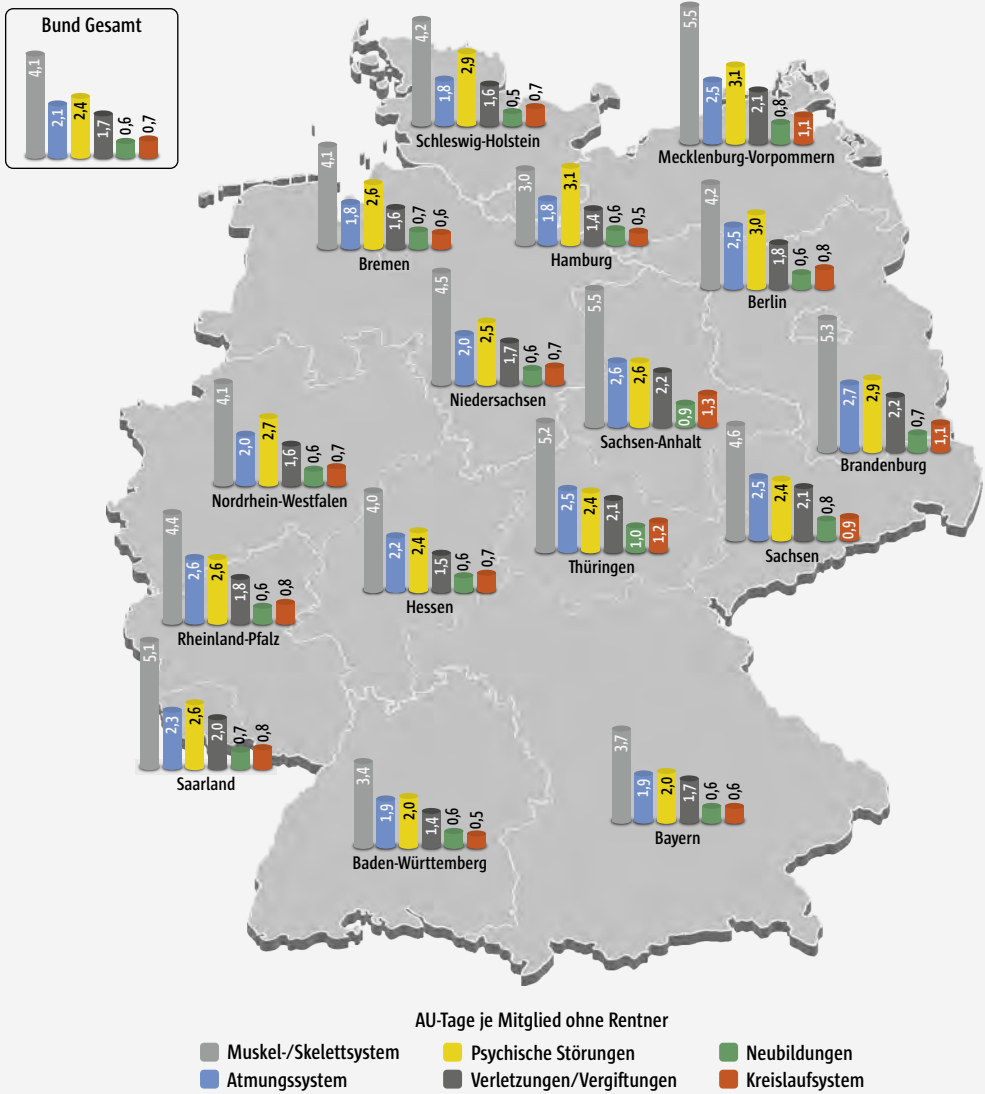
- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - Bundesdurchschnitt (15,5)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Im Folgenden sollen noch einmal die beiden für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen und die psychischen Störungen – auf Ebene der Kreise betrachtet werden. In **»** Diagramm 5.5 sind die AU-Tage der Mitglieder aufgrund von Muskel- und Skeletterkran-

kungen auf Kreisebene (Wohnort) mit ihren prozentualen Abweichungen von Bundesdurchschnittswert (4,1 AU-Tage je Mitglied) dargestellt. Mit lediglich 1,9 AU-Tagen je Mitglied hat Heidelberg (Baden-Württemberg) hier die geringsten Fehlzeiten gegenüber Herne (Nordrhein-Westfalen) mit einem nahezu vier-

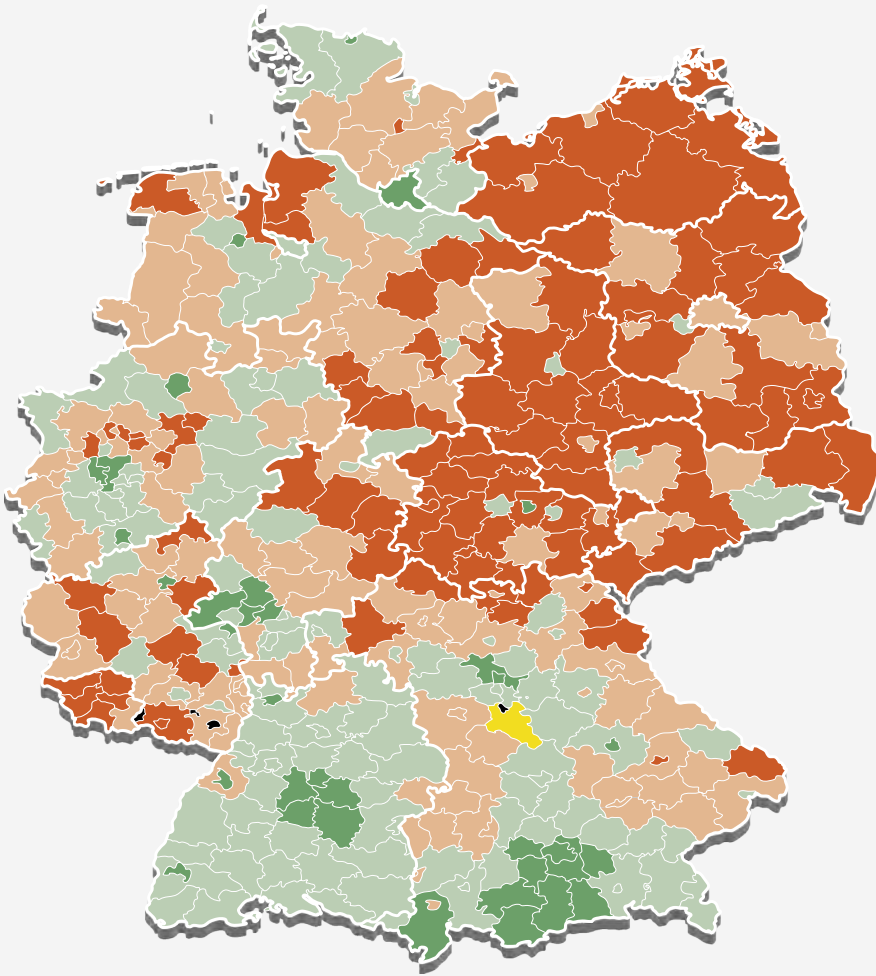
Diagramm 5.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2014)



mal so hohen Wert (7,5 AU-Tage je Mitglied). Weit überdurchschnittliche Fehlzeiten sind auch hier nahezu flächendeckend in den neuen Bundesländern zu finden. Deutlich weniger AU-Tage verzeichnen auch hier v. a. die südlichen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg. Aber auch in einigen Regionen des

Saarlandes, in Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen sind deutlich überdurchschnittliche Fehlzeiten erkennbar. Insgesamt deckt sich das regionale Verteilungsmuster der AU-Tage aufgrund dieser Erkrankungsart in großem Maße mit den im [333](#) Diagramm 5.3 dargestellten Gesamtfehlzeiten.

Diagramm 5.5 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Muskel- und Skeletterkrankungen (M00-M99) (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

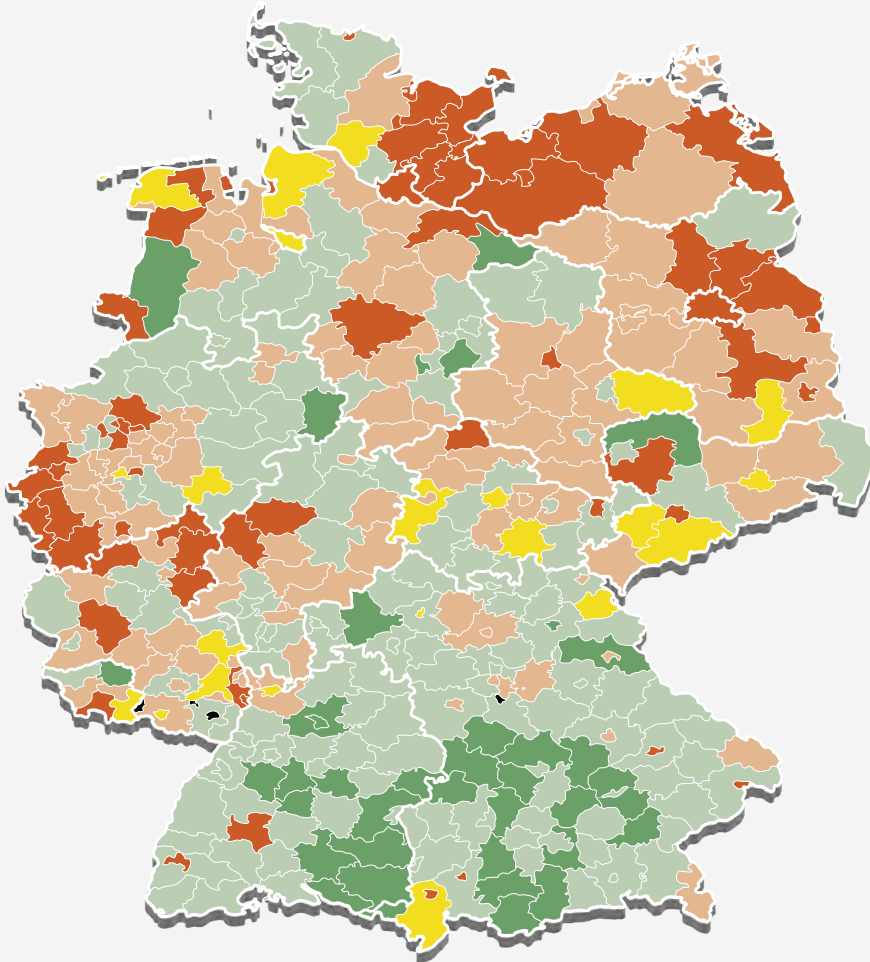
- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - Bundesdurchschnitt (4,1)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Für die regionale Verteilung der AU-Tage bei den psychischen und Verhaltensstörungen zeigt sich ein etwas anderes Bild (vgl. [»» Diagramm 5.6](#)). Im Nordosten sowie in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz liegen die Fehlzeiten deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Auch hier zeigen sich v.a. in den

südlichen Bundesländern deutlich geringere Fehlzeiten. Mit den Städten Herne, Gelsenkirchen und dem Kreis Stormarn (Schleswig-Holstein) gibt es hier gleich drei Spitzenreiter bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen (jeweils 3,9 AU-Tage je Mitglied). Das sind im Vergleich zum niedrigsten Wert

Diagramm 5.6 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- |   |  |
|---|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt      | <span style="color: #e69d00;">■</span> weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: #90d290;">■</span> weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: #c44e52;">■</span> mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt    |
| <span style="color: yellow;">■</span> Bundesdurchschnitt (2,4)                      | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

(1,3 AU-Tage je Mitglied) dreimal mehr Fehltage. Vertiefend widmete sich der **BKK Gesundheitsatlas 2015** den regionalen Unterschieden bei ausgewählten psychischen Störungen. Deutlich wurde dabei, dass neben sozialen und ökonomischen Unterschieden (Durchschnittsalter, Arbeitslosenquote, Ein-

wohnerdichte usw.) auch die regionale ambulante und stationäre medizinische Versorgungsdichte Zusammenhänge mit dem Fehlzeitengeschehen aufweist.

**Arbeitsunfähigkeit nach Bundesland und Versicherten-  
gruppe**

- Bei den Arbeitslosen (ALG-I) sind zwischen den Bundesländern deutliche höhere Varianzen als bei den anderen betrachteten Versichertengruppen zu finden.
- Bei den psychischen Störungen sind es vor allem die Großstädte Berlin und Hamburg, die besonders viele AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart bei allen Versichertengruppen aufweisen.

Auch für die einzelnen Versichertengruppen gibt es berichtenswerte regionale Unterschiede in den Fehlzeiten. Wie bereits in »» Kapitel 3 deutlich wird, sind v. a. Arbeitslose (ALG-I) deutlich häufiger von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit betroffen als die

beschäftigten Mitglieder. In »» Tabelle 5.3 wird erkennbar, dass innerhalb der jeweiligen Versicherten-  
gruppen deutliche Schwankungen bei den AU-Tagen zwischen den Bundesländern zu beobachten sind. Die größten Abweichungen sind bei den Arbeitslosen (ALG-I) zu finden. Für die Muskel- und Skeletterkrankungen sind mit 3,7 AU-Tagen je Arbeitslose (ALG-I) in Hamburg der niedrigste Wert und mit 10,1 AU-Tagen in Brandenburg der höchste Wert zu finden. Dagegen weisen die Arbeitslosen (ALG-I) in Hamburg zusammen mit Berlin die meisten Krankentage (jeweils 10,3 AU-Tage) aufgrund psychischer Störungen auf – hier hat Thüringen mit 5,7 AU-Tagen die geringsten Fehltagel aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe. Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern ist die regionale Abweichung wesentlich geringer

**Tabelle 5.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppe (Berichtsjahr 2014)**

Bundesland	AU-Tage je Mitglied ohne Rentner					
	Muskel- und Skeletterkrankungen			psychische und Verhaltensstörungen		
	Versichertengruppe					
	Arbeitslose (ALG-I)	beschäftigte Pflichtmitglieder	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	beschäftigte Pflichtmitglieder	beschäftigte freiwillige Mitglieder
Baden-Württemberg	7,3	3,9	2,1	9,5	2,1	1,1
Bayern	7,9	4,2	2,0	8,9	2,2	1,2
Berlin	7,2	4,7	1,9	10,3	3,1	1,6
Brandenburg	10,1	5,6	2,4	7,2	3,0	1,7
Bremen	5,9	4,6	1,7	7,5	2,7	1,5
Hamburg	3,7	3,6	1,2	10,3	3,3	1,9
Hessen	7,3	4,5	1,8	9,1	2,6	1,4
Mecklenburg-Vorpommern	9,5	5,7	2,4	6,5	3,1	1,8
Niedersachsen	6,6	5,1	2,0	8,0	2,6	1,5
Nordrhein-Westfalen	6,3	4,7	2,1	9,2	2,8	1,5
Rheinland-Pfalz	7,5	4,9	3,1	10,1	2,7	1,7
Saarland	8,5	5,4	2,9	8,0	2,7	1,7
Sachsen	7,8	5,0	2,0	7,4	2,4	1,5
Sachsen-Anhalt	7,1	5,9	2,5	6,2	2,6	1,7
Schleswig-Holstein	5,8	4,8	2,1	9,6	3,0	1,6
Thüringen	9,5	5,5	2,2	5,7	2,4	2,0
<b>Bund Gesamt</b>	<b>7,3</b>	<b>4,6</b>	<b>2,1</b>	<b>8,8</b>	<b>2,5</b>	<b>1,4</b>



ausgeprägt (ca. 2 AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und 1 AU-Tag bei den psychischen Störungen). Auch bei diesen Versichertengruppen ist Hamburg bei den Muskel- und Skeletterkrankungen jeweils mit den wenigsten AU-Tagen vertreten. Umgekehrt weist der Stadtstaat bei den Fehltagen aufgrund psychischer Störungen überdurchschnittlich hohe Fehltagelast auf. Hintergrund ist vermutlich, dass v. a. in großstädtisch geprägten Regionen häufiger psychische Störungen (vgl. **III** Kapitel 5.2) vorkommen und diese auch entsprechend mehr Fehltagelast im Vergleich zu anderen Regionen hervorrufen.

### Schwerpunkt Langzeiterkrankungen

- Zwischen den einzelnen Kreisen variieren die Langzeit-AU-Tage aufgrund der Muskel- und Skeletterkrankungen um den Faktor 5, bei den psychischen Störungen um den Faktor 4.
- Sind bei den Muskel- und Skeletterkrankungen v. a. die neuen Bundesländer überdurchschnittlich von Langzeitarbeitsunfähigkeit betroffen, so zeigt sich bei den psychischen Störungen kein eindeutiges Ost-West-Gefälle.

Im Folgenden (**III** Diagramm 5.7) sind die Langzeit-AU-Tage nach Kreis (Wohnort) dargestellt, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind. Im Schnitt geht mehr als jeder zweite AU-Tag (54,3%) in dieser Krankheitsgruppe mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen einher. Wie im Vergleich zu **III** Diagramm 5.5 zu sehen ist, gibt es eine hohe Deckung mit der Anzahl der AU-Tage insgesamt. Die Mehrzahl der Kreise, die insgesamt überdurchschnittlich viele AU-Tage aufweisen, haben auch signifikant mehr Langzeit-AU-Tage zu verzeichnen. Auch hier ist die Stadt Herne mit 4,9 Langzeit-AU-Tagen bundesweit die Region mit dem höchsten Wert. Das ist nahezu das Fünffache des Wertes, den die Stadt Heidelberg (1,0 Langzeit-AU-Tage) aufweist. Die Anteile der Langzeit-AU-Tage an allen AU-Tagen schwanken auf Kreisebene zwischen 33,7 bis 68,8%.

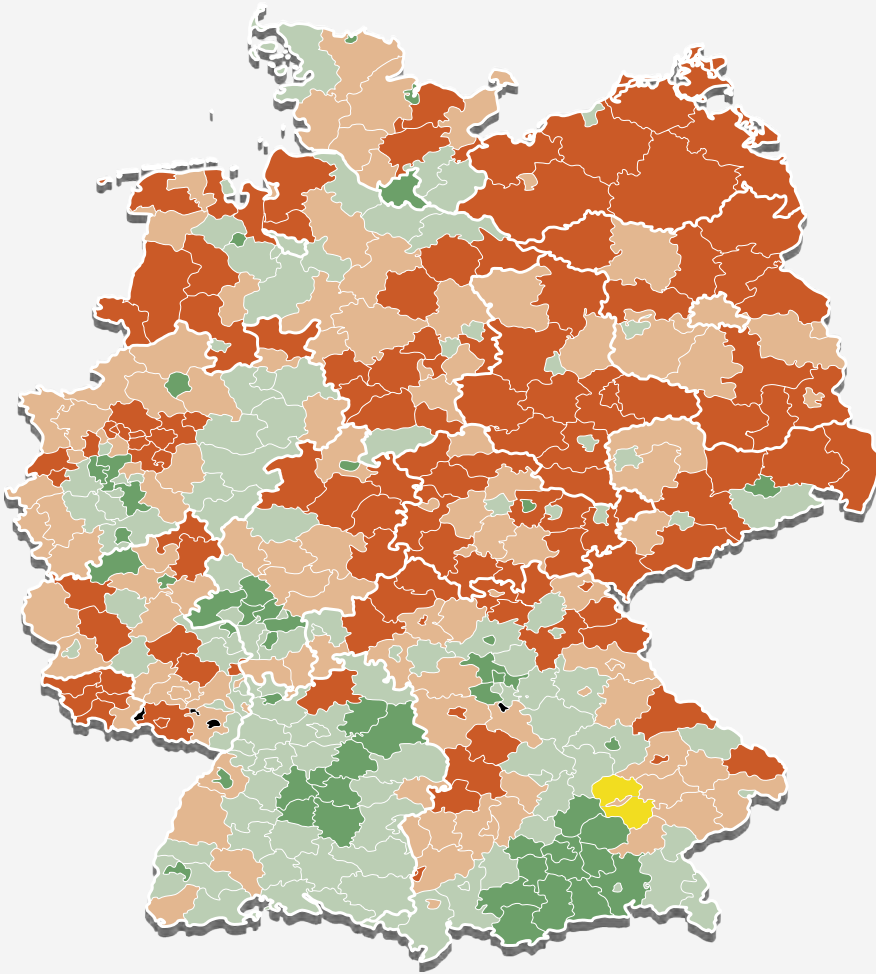
Auch bei den Langzeit-AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen (**III** Diagramm 5.8) zeigt sich ein hoher Deckungsgrad mit der regionalen Verteilung aller AU-Tage (vgl. **III** Diagramm 5.6). Die Spanne reicht hier von 0,8 Langzeit-AU-Tagen je Mitglied (Garmisch-Partenkirchen und Lüchow-Dannenberg) bis zu 3,3 Langzeit-AU-Tagen (Kreis Stormarn in Schleswig-Holstein). Erwartungsgemäß sind hier

die Anteile der Langzeiterkrankungstage an allen AU-Tagen im Vergleich zu den Muskel- und Skeletterkrankungen wesentlich höher und schwanken zwischen 55% bis 84,4%.

Auch im Vergleich innerhalb der verschiedenen Versichertengruppen (vgl. **III** Tabelle 5.4) zeichnet sich ein ähnliches Regionalmuster der Langzeit-AU-Tage ab, wie auch schon bei den AU-Tagen insgesamt zu beobachten war. Auch hier sind nicht nur die meisten Langzeit-AU-Tage sowohl für die Muskel- und Skeletterkrankungen als auch für die psychischen Störungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) zu beobachten, in dieser Gruppe sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern auch am stärksten ausgeprägt, was aber zum Großteil auf die Unterschiede bei allen AU-Tagen zurückzuführen ist. So weist Hamburg bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ungefähr das gleiche Verhältnis zwischen den AU-Tagen insgesamt (3,7 AU-Tage je Arbeitslose [ALG-I]) und den Langzeit-AU-Tagen (2,8 AU-Tage je Arbeitslose [ALG-I]) auf wie z. B. Bayern mit wesentlich höheren Kennzahlen (7,9 AU-Tage bzw. 6,1 Langzeit-AU-Tage). Den größten Anteil mit etwa 86% der Langzeit-AU-Tage an allen AU-Tagen weist Mecklenburg-Vorpommern in dieser Versichertengruppe auf. Bei den psychischen Störungen zeigen sich ähnliche Abweichungen, allerdings mit im Schnitt 10% höherem Anteil – nahezu neun von zehn AU-Tagen sind bei dieser Krankheitsart mit einer Langzeitarbeitsunfähigkeit verbunden. Wenig überraschend sind deshalb Hamburg und Berlin auch hier mit einer jeweils überdurchschnittlich hohen Zahl an Langzeit-AU-Tagen aufgrund von psychischen Störungen in der Statistik an der Spitzenposition zu finden. Für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder zeigen sich interessanterweise bei den psychischen Störungen geringere Variationen als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. Insbesondere das Saarland verfügt bei letztgenannter Krankheitsart über deutlich mehr Langzeit-AU-Tage (1,8 AU-Tage), die nahezu zwei Drittel (60,3%) aller AU-Tage ausmachen. Dagegen weisen Bremen und Hamburg nicht nur weniger AU-Tage, sondern jeweils auch nur etwas mehr als ein Drittel aller AU-Tage aufgrund von Langzeiterkrankungen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen auf.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nach wie vor ein deutliches Ost-West-Gefälle im AU-Geschehen besteht. Aber auch in den Altbundesländern zeigen sich in bestimmten Regionen, wie z. B. dem Ruhrgebiet oder dem Saarland, teilweise auffällig hohe Werte. Die Gründe hierfür sind multifaktoriell bedingt. Neben der Soziodemografie einer Re-

Diagramm 5.7 Langzeit-AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Muskel- und Skeletterkrankungen (M00-M99) (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

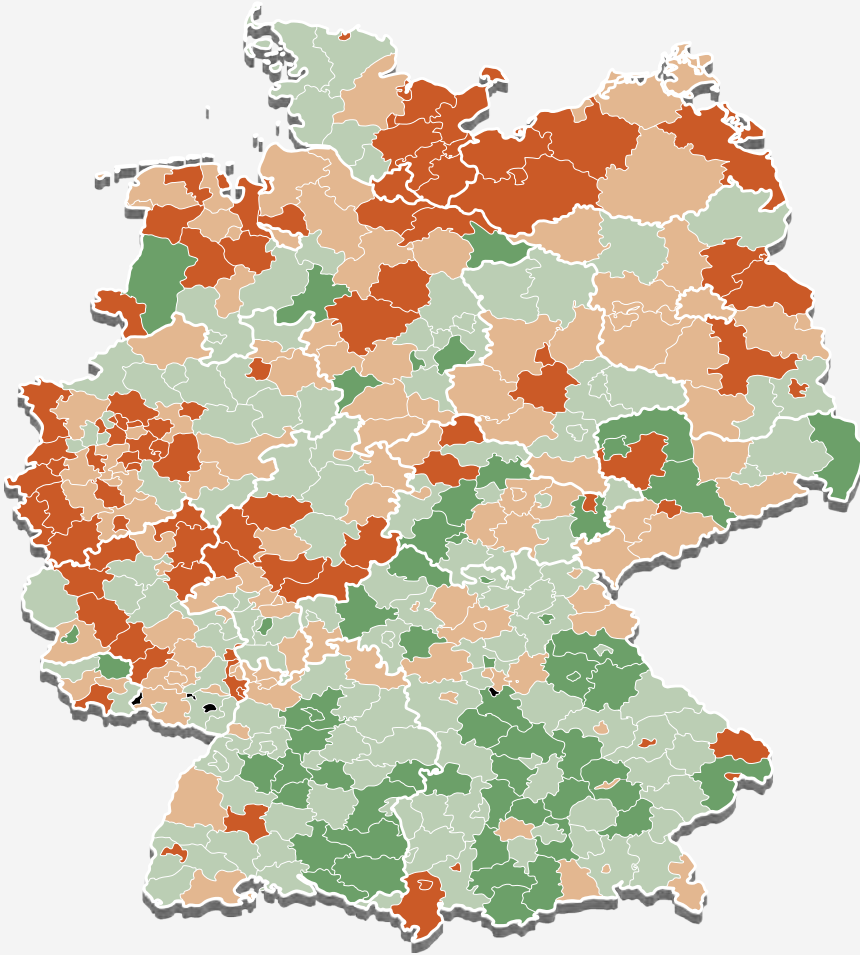
- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - Bundesdurchschnitt (2,2)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

gion (Alters- und Geschlechtsstruktur) spielen auch Faktoren wie die wirtschaftliche und soziale Lage (Beschäftigungssituation, Arbeitslosigkeit) sowie die Arbeitsbedingungen der beschäftigten Mitglieder eine wesentliche Rolle. Aber auch die medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Regionalebene

hat einen erheblichen Einfluss auf die Krankenstände. Wird ein Betroffener nicht rechtzeitig behandelt – insbesondere in Regionen mit einer schlechten medizinischen Versorgungsstruktur –, so ist das Risiko groß, dass die Erkrankung chronifiziert und daraus lange krankheitsbedingte Ausfallzeiten entstehen.

Diagramm 5.8 Langzeit-AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - Bundesdurchschnitt (1,7)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Tabelle 5.4 Langzeit-AU-Tage (AU-Dauer > 6 Wochen) der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Bundesland und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)

Bundesland	Langzeit-AU-Tage je Mitglied ohne Rentner					
	Muskel- und Skeletterkrankungen			Psychische und Verhaltensstörungen		
	Versichertengruppe					
	Arbeitslose (ALG-I)	beschäftigte Pflichtmitglieder	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	beschäftigte Pflichtmitglieder	beschäftigte freiwillige Mitglieder
Baden-Württemberg	5,8	2,1	0,9	8,3	1,5	0,7
Bayern	6,1	2,3	0,9	7,6	1,5	0,8
Berlin	5,7	2,5	0,9	9,1	2,1	1,1
Brandenburg	8,4	3,0	1,1	6,2	2,0	1,1
Bremen	4,5	2,3	0,6	6,1	2,0	1,1
Hamburg	2,8	1,9	0,4	9,1	2,5	1,5
Hessen	5,6	2,5	0,8	7,8	1,9	1,0
Mecklenburg-Vorpommern	8,1	3,2	1,3	5,8	2,2	1,1
Niedersachsen	5,2	2,7	0,9	7,0	1,9	1,1
Nordrhein-Westfalen	5,0	2,5	1,0	8,3	2,1	1,1
Rheinland-Pfalz	5,8	2,6	1,3	8,7	1,9	1,2
Saarland	7,0	3,0	1,8	7,2	1,8	1,3
Sachsen	6,5	2,6	0,9	6,5	1,6	1,1
Sachsen-Anhalt	5,6	3,0	1,4	5,5	1,8	1,1
Schleswig-Holstein	4,7	2,8	1,0	8,7	2,2	1,2
Thüringen	7,5	3,0	1,1	4,9	1,6	1,4
<b>Bund Gesamt</b>	<b>5,7</b>	<b>2,5</b>	<b>0,9</b>	<b>7,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,0</b>

## 5.2 Ambulante Versorgung

- Im Saarland ist im Vergleich zu den anderen Bundesländern bei besonders vielen Versicherten eine Diagnose gestellt worden, insbesondere Erkrankungen des Atmungssystems sowie des Muskel-Skelettsystems sind dort besonders häufig vertreten.
- Berlin hat den geringsten Anteil von Versicherten mit einer gestellten Diagnose, weist dabei aber den höchsten Anteil von Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung auf. Hier sticht von den Wirtschaftsgruppen besonders die öffentliche Verwaltung heraus; dort Beschäftigte sind in Berlin deutlich häufiger betroffen als in anderen Bundesländern.
- Die Diagnosehäufigkeit einer Herz- und Kreislauf-Erkrankung ist in Sachsen-Anhalt deutlich höher als in anderen Bundesländern. Dieses Bundesland weist außerdem die höchsten Versichertenanteile bei Diagnosen aus dem Spektrum der Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie bei den Erkrankungen des Urogenitalsystems auf.

In der Betrachtung regionaler Unterschiede erweitern die Analysen aus der ambulanten Versorgung, basierend auf Daten von insgesamt 9,1 Mio. BKK Versicherten, die Erkenntnisse aus dem regionalen Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 5.1).

Das Saarland ist dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil an BKK Versicherten mit einer Diagnose im Jahr 2014, 92,3% der Versicherten dort haben mindestens eine Diagnose im aktuellen Berichtsjahr gestellt bekommen (»» Diagramm 5.9). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen weist dieses Bundesland zudem jeweils den Spitzenwert an Diagnoseraten auf, bei den Männern haben 89,7% eine Diagnose gestellt bekommen, bei den Frauen sogar 95,2%. In Berlin hingegen ist die niedrigste Diagnosehäufigkeit festzustellen, hier wurde für 88,6% im aktuellen Berichtsjahr eine Diagnose dokumentiert. Hier weisen vor allem die männlichen Versicherten einen sehr niedrigen Anteil von 83,9% auf. Die weiblichen Versicherten in Berlin liegen hingegen mit 93,3% mehr als 9 Prozentpunkte über dem Anteil der Männer: Dies ist die größte geschlechtsspezifische Differenz im Bundeslandvergleich.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind auf der Ebene aller gestellten Diagnosen nicht sehr stark ausgeprägt, auch jeweils separat für Männer und Frauen betrachtet sind die Differenzen nur als mäßig zu bewerten. In der Detailbetrachtung für einzelne Diagnosehauptgruppen, Versichertengruppen, Wirtschaftsgruppen oder in kleineren regionalen Bezügen auf Kreisebene sind hingegen teils enorme Unterschiede auszumachen, wie die nachfolgenden Analysen zeigen.

Wie »» Diagramm 5.10, das die Anteile BKK Versicherter mit einer in der ambulanten Versorgung gestellten Diagnose auf Kreisebene darstellt, erkennen lässt, sind auch innerhalb der Bundesländer Unterschiede vorhanden. Diese sind teilweise größer, als die Differenzen in den Diagnosehäufigkeiten auf Bundesländerebene. So weist Bayreuth in Bayern mit

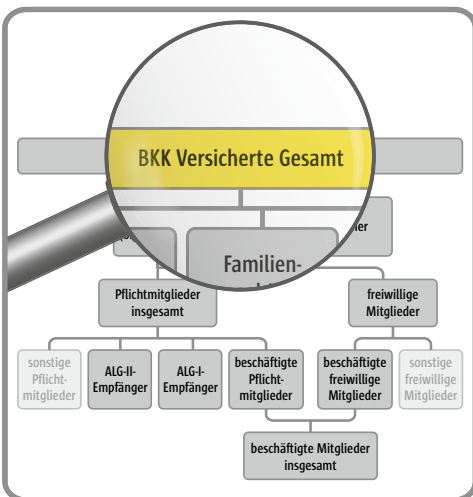
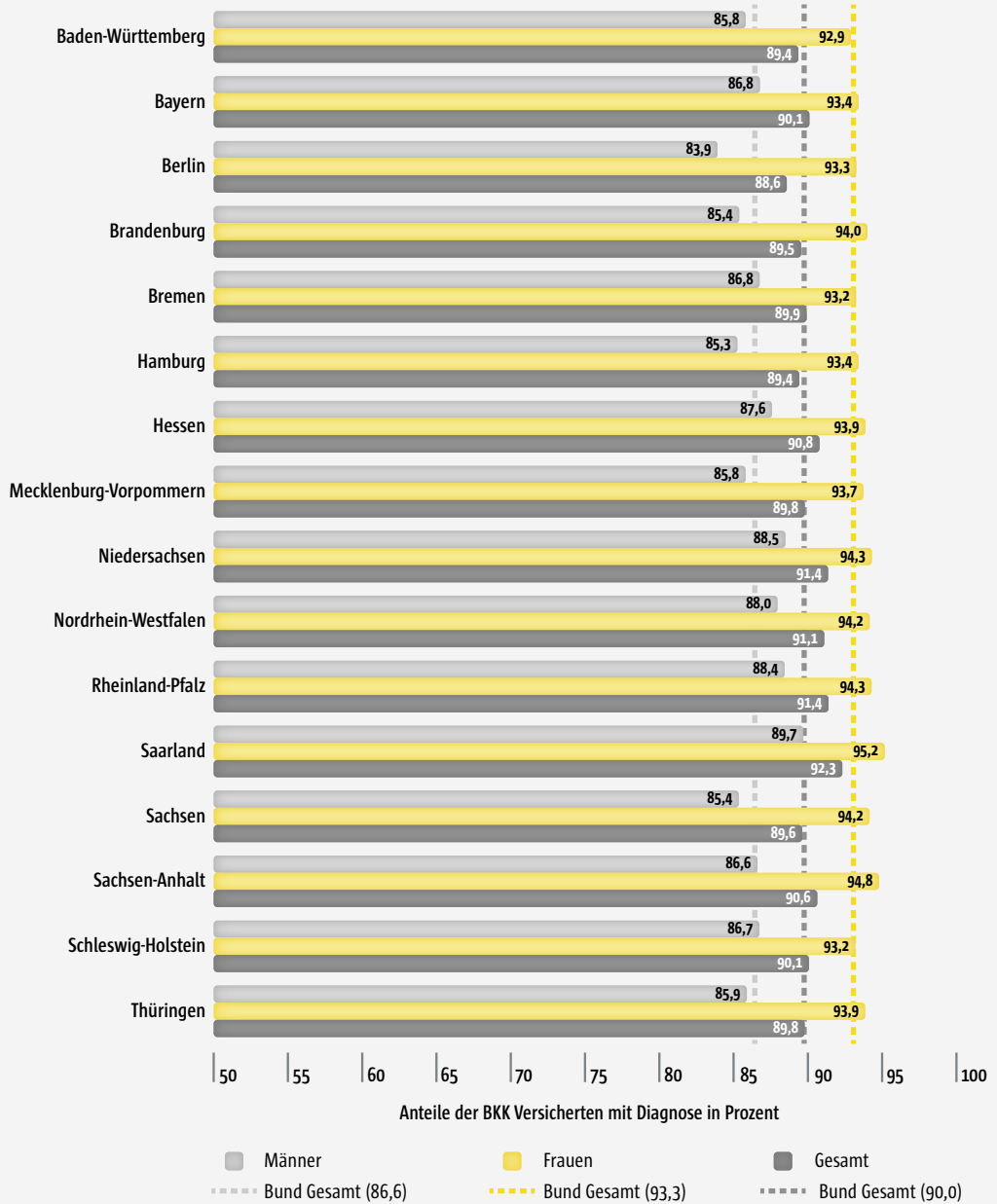


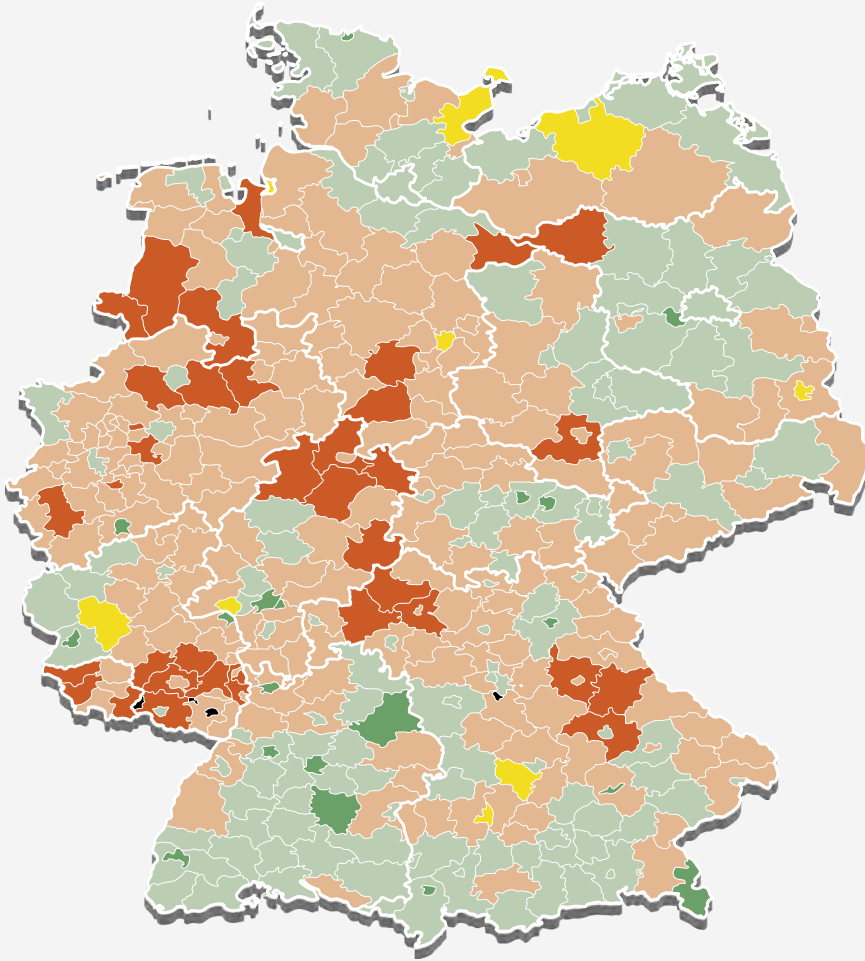
Diagramm 5.9 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)



85,2% den niedrigsten Anteil Versicherter mit einer Diagnose auf, im selben Bundesland liegt Amberg-Sulzbach mit 93,2% hingegen deutlich darüber. Ebenfalls eine große Differenz wird in Rheinland-Pfalz au-

genfällig: Mainz weist einen der niedrigsten (86,2%), der Rhein-Pfalz-Kreis (93,8%) einen der höchsten Anteilswerte für Versicherte mit einer Diagnose auf. Der höchste Anteilswert auf Kreisebene ist allerdings in

Diagramm 5.10 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 2 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt
- weniger als 2 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt
- Bundesdurchschnitt (90,0%)
- weniger als 2 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 2 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Saarlouis (94,6%) zu verzeichnen, dicht gefolgt vom Saalekreis in Sachsen-Anhalt (94,1%).

» Tabelle 5.5 stellt die Versichertenanteile der häufigsten ICD-Diagnosegruppen im Länderver-

gleich dar. Das Krankheitsgeschehen differenziert sich dabei weiter auf, wobei sich auch Unterschiede insbesondere zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern zeigen.

Tabelle 5.5 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten – ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)

Bundesland	Infektionen	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Atmungs-system	Kreislauf-system	Muskel-Skelett-system	Urogenital-system	Psychische und Verhaltensstörungen
Anteil der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent							
Baden-Württemberg	24,3	33,2	43,1	29,0	44,1	34,3	29,8
Bayern	25,0	36,1	44,4	31,7	47,1	34,8	31,9
Berlin	25,4	35,6	45,1	33,2	45,0	34,7	35,3
Brandenburg	21,8	38,6	41,0	40,0	48,9	37,2	32,0
Bremen	26,2	35,3	44,0	32,3	45,6	34,0	32,6
Hamburg	26,1	33,8	45,6	31,1	42,9	34,4	34,9
Hessen	25,2	36,2	48,3	32,9	47,1	34,7	30,5
Mecklenburg-Vorpommern	22,8	38,9	41,6	41,1	50,2	37,4	34,2
Niedersachsen	25,8	39,1	45,4	38,4	50,9	36,6	34,2
Nordrhein-Westfalen	25,5	39,6	46,5	36,2	48,2	36,5	31,4
Rheinland-Pfalz	25,5	41,8	47,5	38,7	50,5	37,9	32,4
Saarland	25,2	40,9	48,6	38,3	52,1	34,5	32,9
Sachsen	21,2	40,7	39,9	43,7	50,0	37,6	33,1
Sachsen-Anhalt	21,6	42,0	40,8	47,1	51,4	38,2	31,8
Schleswig-Holstein	24,5	34,2	42,2	34,4	47,3	34,4	32,0
Thüringen	22,7	38,2	42,9	42,1	50,9	36,8	30,4
<b>Bund Gesamt</b>	<b>25,3</b>	<b>37,8</b>	<b>45,6</b>	<b>35,2</b>	<b>48,4</b>	<b>36,2</b>	<b>32,3</b>

Wie auch schon im letzten Jahr beobachtet werden konnte, hat auch im aktuellen Berichtsjahr in den östlichen Bundesländern ein deutlich geringerer Versichertenanteil eine Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten. Die wenigsten Infektionsdiagnosen wurden in Sachsen (21,2% der BKK Versicherten), Sachsen-Anhalt (21,6%) und Brandenburg (21,8%) gestellt, die meisten Diagnosen dagegen in Bremen (bei 26,2% der BKK Versicherten) und Hamburg (26,1%). Der höchste Anteil Versicherter mit einer Erkrankung des Atmungssystems ist wiederum im Saarland (bei 48,6% der BKK Versicherten) zu finden, annähernd so hoch ist dieser Anteil auch in Hessen (48,3%). Hingegen sind in Sachsen die wenigsten Atemwegserkrankungen diagnostiziert worden, gegenüber dem Höchstwert ist der Anteil Versicherter mit Diagnose rund 20% geringer (39,9%).

Ein umgekehrtes Verteilungsmuster lässt sich für die Erkrankungen des Kreislaufsystems feststellen. Diese wurden im Rahmen eines ambulanten Arztbesuchs in Sachsen-Anhalt bei 47,1% der BKK Versicherten festgestellt – ein Versichertenanteil, der auch sehr deutlich höher liegt als die zweithäufigste Diagnoserate, die in Sachsen mit 43,7% zu finden ist. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen Baden-Württemberg (29,0%) und Hamburg (31,1%) auf. Wie auch schon die Verteilungen nach Altersgruppen nahelegen, ist auch hier von einem Zusammenhang mit der Altersstruktur der BKK Versicherten (vgl. **III** Diagramm 1.1) auszugehen – ein Effekt, der sich auch in den Arzneimittelverordnungen widerspiegelt (**III** Kapitel 5.4).

Weitere Spitzenplätze im Bundesländervergleich bei den Anteilen von Versicherten mit Diagnose hat



Sachsen-Anhalt bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (42,0%) sowie bei den Erkrankungen des Urogenitalsystems (38,2%) inne. Das Saarland hat neben den meisten Diagnosen mit Bezug zum Atmungssystem auch noch die meisten muskuloskelettalen Erkrankungen zu verzeichnen (52,1%). Psychische und Verhaltensstörungen werden hingegen am häufigsten in Berlin (35,3%) und in Hamburg (34,9%) diagnostiziert. Diese beiden Stadtstaaten sind auch im AU-Geschehen aufgrund psychischer Störungen mit deutlich überdurchschnittlichen Werten vertreten.

»» Tabelle 5.6 zeigt wiederum für alle Bundesländer die Versichertenanteile mit mindestens einer ambulanten Diagnose unterschieden nach Versichertengruppen. Hierbei ist die schon in »» Kapitel 3.2 identifizierte Rangfolge der Versichertengruppen entsprechend ihrer Versichertenanteile in allen Bundesländern ausnahmslos gleich: Rentner erhal-

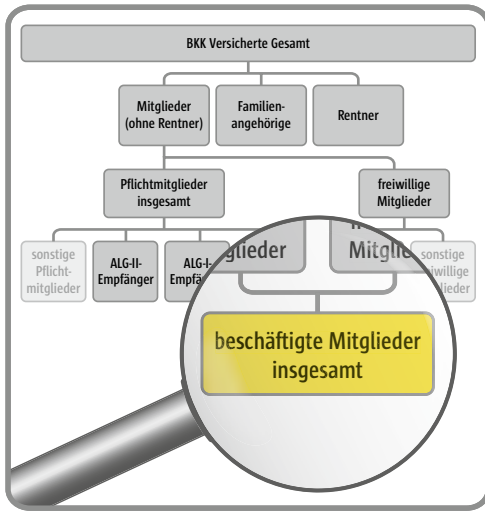
ten deutlich am häufigsten eine ambulante Diagnose, die Gruppe der Familienangehörigen weist die zweitgrößte Diagnosehäufigkeit auf, dicht gefolgt von den beschäftigten Mitgliedern. Mit deutlichem Abstand liegen dahinter die ALG-II- sowie die ALG-I-Empfänger auf den hinteren Plätzen der Rangreihe.

In der Einzelbetrachtung der Versichertengruppen fällt die Tendenz auf, dass meistens die ostdeutschen Bundesländer eher geringere Versichertenanteile mit Diagnose aufweisen als die westdeutschen. Dies wird besonders deutlich bei den ALG-II-Empfängern, hier sind die 11 vorderen Rangplätze von den westdeutschen Bundesländern belegt, angeführt von Bremen, wo für 77,1% der ALG-II-Empfänger mindestens eine Diagnose im aktuellen Berichtsjahr dokumentiert ist. Der geringste Versichertenanteil ist hingegen in Brandenburg (69,2%) zu finden. Auch bei den Familienangehörigen zeigt sich ein ähnliches Bild, Spitzenreiter beim Versichertenanteil ist

Tabelle 5.6 Ambulante Versorgung – Anteil der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2014)

Bundesland	beschäftigte Mitglieder	ALG-I	ALG-II	Familienangehörige	Rentner
	Anteil der BKK Versicherten mit einer Diagnose in Prozent				
Baden-Württemberg	86,3	59,7	73,6	87,9	95,0
Bayern	86,9	58,2	75,1	88,4	96,5
Berlin	83,1	57,2	74,8	86,7	98,8
Brandenburg	85,0	55,6	69,2	86,2	100,0
Bremen	86,2	61,3	77,1	87,8	95,5
Hamburg	85,1	60,8	75,0	87,6	96,9
Hessen	88,0	61,7	76,1	88,6	96,4
Mecklenburg-Vorpommern	86,2	57,6	70,2	87,3	97,2
Niedersachsen	87,7	59,7	75,0	88,9	97,1
Nordrhein-Westfalen	87,6	63,6	75,9	89,2	96,9
Rheinland-Pfalz	87,7	60,1	74,5	88,8	98,9
Saarland	88,0	62,6	74,1	90,8	99,3
Sachsen	84,5	57,9	69,8	86,3	98,1
Sachsen-Anhalt	85,4	58,3	71,3	86,1	100,0
Schleswig-Holstein	86,6	58,4	72,1	87,8	96,5
Thüringen	86,0	58,1	69,2	87,2	97,9
<b>Bund Gesamt</b>	<b>87,8</b>	<b>61,1</b>	<b>75,7</b>	<b>89,1</b>	<b>96,7</b>

bei dieser Versichertengruppe das Saarland (90,8%), die wenigsten Diagnosen werden in Sachsen-Anhalt gestellt (86,1%). Tendenziell umgekehrt sind die Verhältnisse bei den Rentnern: In Brandenburg und Sachsen-Anhalt sind für 100% der BKK Versicherten ambulante Diagnosen festgestellt und auch die anderen ostdeutschen Bundesländer liegen zumindest über dem Bundesdurchschnitt.



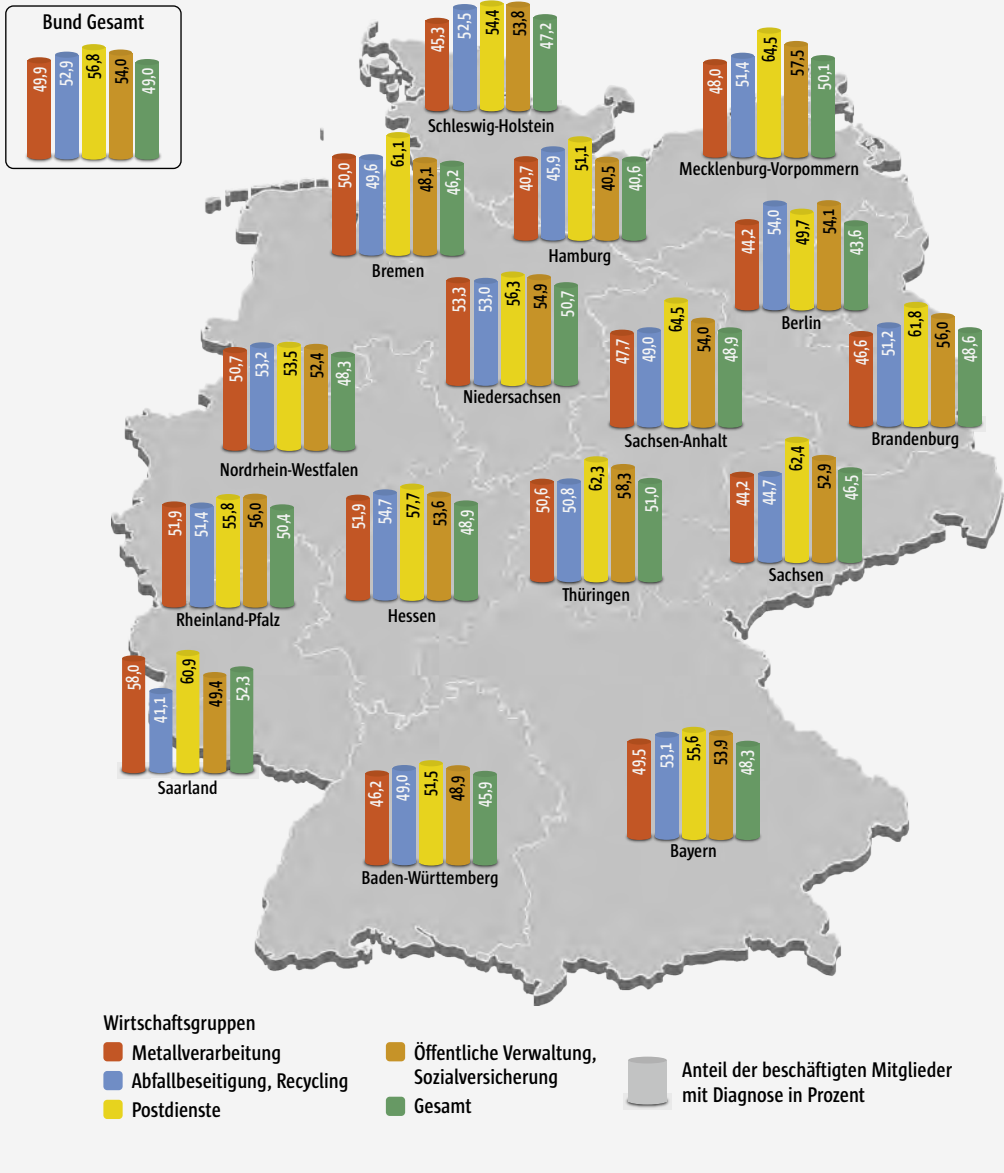
Wie schon im **III** Kapitel 4.2 festgestellt werden konnte, bestehen beim Krankheitsgeschehen der BKK Versicherten auch aufgrund deren Zugehörigkeit zu bestimmten Wirtschaftsgruppen Unterschiede, die nicht allein anhand der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der dort Beschäftigten erklärt werden können. Somit lohnt sich auch eine genauere Betrachtung regionaler Unterschiede unter Berücksichtigung der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit der Versicherten bzw. der Unternehmen, in denen diese beschäftigt sind. Exemplarisch werden daher nachfolgend die ambulant diagnostizierten muskuloskelettalen und psychischen Erkrankungen betrachtet und nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen differenziert für die einzelnen Bundesländer dargestellt. Zu diesen beiden Diagnosehauptgruppen kann zum einen ein vergleichsweise großer Einfluss des Arbeitslebens auf die Gesundheit vermutet werden, zum anderen sind diese auch relevant für die besondere Betrachtung des Themas Langzeiterkrankungen (vgl. **III** Kapitel 1.2 und **III** Kapitel 3.2).

Wie das **III** Diagramm 5.11 erkennen lässt, ist bezüglich der muskuloskelettalen Erkrankungen die Reihenfolge in den hier ausgewählten Wirtschaftsgruppen wie im Bund so auch in den einzelnen Bun-

desländern vorzufinden: Den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose weisen die Postdienste auf, der geringste Anteil ist bei der Metallbearbeitung vorzufinden. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt durchgehend niedriger fallen die Anteilswerte der Wirtschaftsgruppen insbesondere in Hamburg aus, dabei sind hier die Diagnosehäufigkeiten in der Metallverarbeitung sowie der öffentlichen Verwaltung mit jeweils knapp über 40% im Bundeslandvergleich am niedrigsten. Relativ abweichende Anteilswerte sind hingegen im Saarland und in Berlin zu finden: Im Saarland haben die Beschäftigten der Metallverarbeitung mit Abstand am häufigsten eine ambulante Diagnose gestellt bekommen (58,0%) – über 17 Prozentpunkte mehr als in Hamburg. In diesem Bundesland weisen hingegen die in der Abfallbeseitigung Beschäftigten den geringsten Anteil an Versicherten mit einer Diagnose auf. In Berlin hingegen sind für die Postbediensteten die geringsten Anteile (49,7%) dokumentiert, in der Abfallbeseitigung sowie der öffentlichen Verwaltung haben hier erkennbar mehr Beschäftigte eine Muskel-/Skeletterkrankung diagnostiziert bekommen. In allen fünf ostdeutschen Bundesländern stechen außerdem die Beschäftigten der Postdienste besonders heraus, hier liegen die Anteilswerte mehr als 10 Prozentpunkte über dem Landesdurchschnitt und in der Regel auch deutlich über denen der anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. In den westdeutschen Bundesländern ist dies nur in Bremen in ähnlicher Form zu finden.

Hinsichtlich der Diagnoseraten psychischer Erkrankungen sind die Rangfolgen der ausgewählten Wirtschaftsgruppen in den meisten Bundesländern ebenfalls recht ähnlich (**III** Diagramm 5.12), hier stechen aber auch einige regionale Besonderheiten heraus. So weisen in den meisten Bundesländern die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltungen die höchsten Anteile an Betroffenen mit der Diagnose einer psychischen Krankheit auf, in Bremen hingegen sind es die Postbediensteten, die den höchsten Anteil solcher Diagnosen aufweisen – 42,1% beschäftigte Mitglieder mit Diagnose ist zudem der höchste Wert für Postbedienstete im Bundesländervergleich. Zudem sind dort die Beschäftigten in der Abfallbeseitigung häufiger als in anderen Bundesländern von einer solchen Diagnose betroffen – und haben damit fast 17 Prozentpunkte mehr als in Sachsen (19,2%) zu verzeichnen. Im Saarland sind in der öffentlichen Verwaltung die niedrigsten Versichertenanteile mit einer derartigen Diagnose zu finden (27,9%), während in Berlin mit über 40% der höchste Anteilswert in dieser Wirtschaftsgruppe festzustel-

Diagramm 5.11 Ambulante Versorgung – Anteil der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2014)



len ist. In der Metallverarbeitung sind die Differenzen zwischen den Bundesländern nicht ganz so groß, dennoch unterscheiden sich die Anteile der Beschäftigten, denen eine psychische Störung attestiert worden ist, in Niedersachsen (27,6%) von denen in Sachsen-Anhalt (19,7%) um immerhin fast 8 Prozent-

punkte. Damit ist bemerkenswerterweise der höchste Landeswert in der Metallverarbeitung noch unter dem niedrigsten Landeswert in der Wirtschaftsgruppe der öffentlichen Verwaltung.



## 5.3 Stationäre Versorgung

- Baden-Württemberg weist die pro Kopf wenigsten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Die meisten stationären Fälle und Behandlungsfälle pro Versicherte sind in Sachsen-Anhalt zu finden. Selbst wenn man Alters- und Geschlechtsunterschiede, die zwischen den Bundesländern bestehen, herausrechnet, bleibt Sachsen-Anhalt hierbei Spitzenreiter.
- Die stationäre Behandlung von ALG-II-Empfängern variiert zwischen den Bundesländern stark: In Bayern beträgt der Durchschnittsaufenthaltszeitraum 4,7 Tage – und ist damit um fast 130% höher als in Berlin (2,1 Tage).
- Im Vergleich zu anderen Bundesländern gehen in Bremen sehr viel mehr Fälle und Tage auf Langzeitbehandlungen zurück. Dies ist dort in überdurchschnittlichem Maße auf Neubildungen zurückzuführen, mehr als jeder 3. Fall geht darauf zurück.

Wie schon die Arbeitsunfähigkeit und die ambulante Versorgung, so unterscheiden sich auch Häufigkeit, Dauer von Krankenhausaufhalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. In **»»»** Diagramm 5.13 sind Krankenhausfälle und -tage der Bundesländer sowohl in unstandardisierter als auch in nach Alter und Geschlecht standardisierter Form gegenübergestellt. Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per Standardisierung damit um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen und nicht auf das tatsächliche Krankheitsgeschehen hindeuten.

Wie dieser Vergleich zeigt, sind vor allem in Sachsen und Sachsen-Anhalt die standardisierten Fall- und Tages-Werte bedeutend niedriger als die unstandardisierten Werte. Dennoch bleibt Sachsen-Anhalt auch nach der Standardisierung nach Alter und Geschlecht das Bundesland mit den meisten Krankenhausfällen und -tagen je Versichertem: Im Durchschnitt ist im Jahr 2014 in Sachsen-Anhalt jeder BKK Versicherte fast 2,5 Tage (bzw. entsprechend 2.455 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) im Krankenhaus gewesen. Berücksichtigt man die Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und Alter gegenüber der Gesamtheit aller gesetzlich Krankenversicherten, so sind es immer noch im Schnitt fast 2,2 Tage. Der Bundesdurchschnitt liegt bei letzterer Berechnung bei 1,9 Tagen (unstandardisiert 1,8 Tage). Für das Bundesland Sachsen ist hingegen festzustellen, dass hier die im Bundesländervergleich drittmeisten Krankenhaustage erfolgt sind – unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht liegen die Werte doch nur unwesentlich über dem Bundesdurchschnitt. In Baden-Württemberg sind hingegen durch die Standardisierung die Fall- und Tageswerte nach oben korrigiert, dennoch sind die Versicherten in diesem Bundesland auch dann

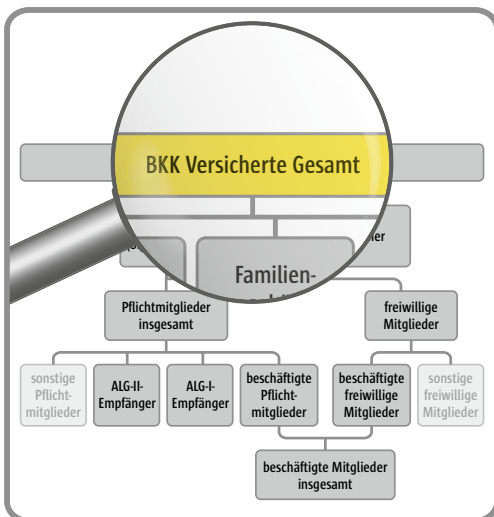
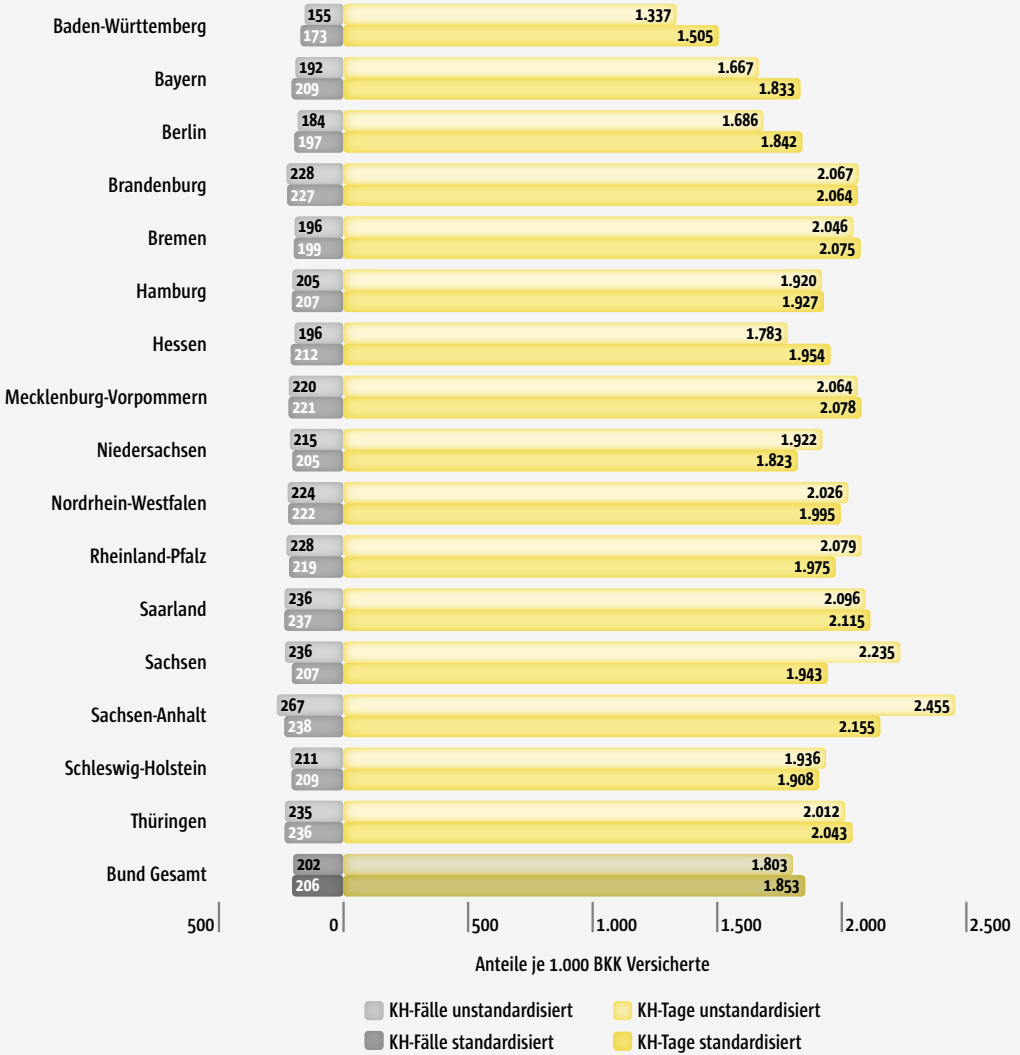


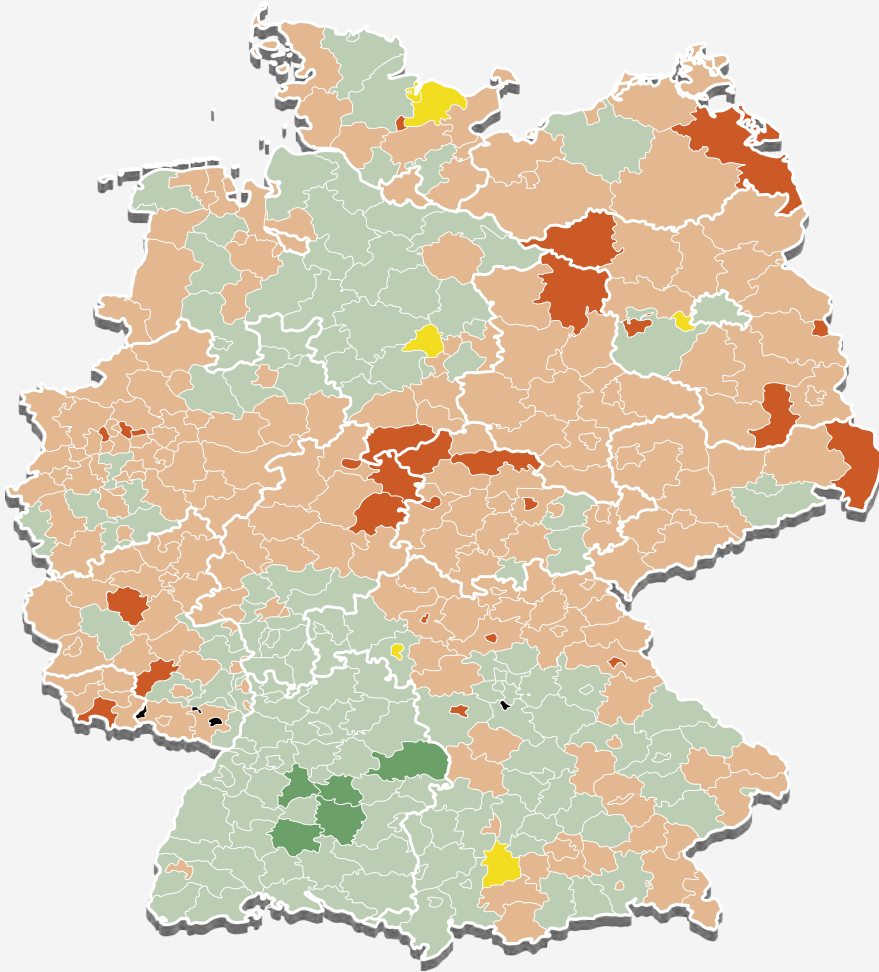
Diagramm 5.13 Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2014)



noch am seltensten und am kürzesten im Krankenhaus gewesen: Im Schnitt waren es im aktuellen Berichtsjahr reell (unstandardisiert) 1,3 Tage je BKK Versichertem, standardisiert sind es auch nur 1,5 Tage je BKK Versichertem. Bei der durchschnittlichen Verweildauer (d.h. Krankenhaustage je Fall) sticht wiederum Bremen besonders heraus, dort dauert ein Aufenthalt im Schnitt 10,4 Tage, während der Bundesdurchschnitt hierfür nur 8,9 Tage beträgt.

Das Diagramm 5.14 zeigt die Menge der Krankenhaustage pro Versicherte auf Kreisebene als standardisierte Werte. Wie zu erkennen ist, sind auch innerhalb der Bundesländer Unterschiede vorhanden – selbst wenn man den Einfluss von regionalen Unterschieden hinsichtlich Alter und Geschlecht herausrechnet. So sind die Versicherten im bayerischen Schweinfurt – gleichauf mit den Versicherten in Frankfurt (Oder) – mit am längsten im Krankenhaus

Diagramm 5.14 KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - Bundesdurchschnitt (18,5)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

gewesen (standardisiert 2,6 Tage je Versichertem), im selben Bundesland ist im Kreis Oberallgäu der Tageswert mit 1,4 Tagen nur fast halb so hoch. Auch in Niedersachsen ist die Differenz zwischen den Kreisen teils erheblich, am größten zwischen Göttingen (standardisiert 2,5 Tage je Versichertem) und Ammer-

land (standardisiert 1,5 Tage je Versichertem). Baden-Württemberg ist selbst nach Korrektur hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsunterschiede in den meisten Kreisen unter dem Bundesdurchschnittswert (1,8 Tage je Versichertem). Die wenigsten Krankenhaustage pro Versicherte sind demnach in Zollernalb-





desland mit relativ wenig Krankenhaustagen pro Versicherte insgesamt, ist der Anteil an diesem Gesamtwert mit 9,7% noch am höchsten. Für Mecklenburg-Vorpommern sind zumindest überdurchschnittlich viele Krankenhaustage je Versicherte gemeldet, diese sind insbesondere auf psychische Störungen zurückzuführen – jeder vierte Krankenhaustag geht auf eine solche Erkrankung zurück. Andere Krankheiten treten im Vergleich dazu eher in den Hintergrund, so sind hier für Muskel-/Skeletterkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen mit jeweils um die 7% die niedrigsten Anteile zu finden. Ebenfalls eine recht große Spannbreite zwischen größtem und kleinstem Anteil an der Gesamtanzahl der Krankenhaustage eines Bundeslandes ist bezüglich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden. Hierbei ist Sachsen-Anhalt Spitzenreiter, mit 17,4% geht dort mehr als jeder sechste Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück, in Bremen ist es nur etwa jeder zehnte Krankenhaustag (9,8%). In Bremen do-

minieren im aktuellen Berichtsjahr die Neubildungen das Krankheitsgeschehen in der stationären Versorgung. Der Anteil an allen Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 21,8% fast doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (11,1%). Hierbei kumulieren zwei Effekte: Zum einen gibt es in Bremen überdurchschnittlich viele Fälle. Für sich genommen sticht dies noch nicht besonders heraus. Sachsen hat demgegenüber sogar mehr Neubildungs-Fälle pro Versicherte absolut und relativiert an allen stationären Behandlungsfällen auch nur einen geringfügig weniger großen Anteil. Zum anderen kommt in Bremen aber eine sehr lange Liegezeit pro Fall hinzu, dort dauert ein Fall 15,8 Tage – in allen anderen Bundesländern sind es weniger als 11 Tage.

Aus **»** Tabelle 5.7 wird ersichtlich, wie auch unterschiedliche Versichertengruppen in den Bundesländern unterschiedlich stark Anteil am Geschehen in der stationären Versorgung haben. Wie auf

Tabelle 5.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2014)

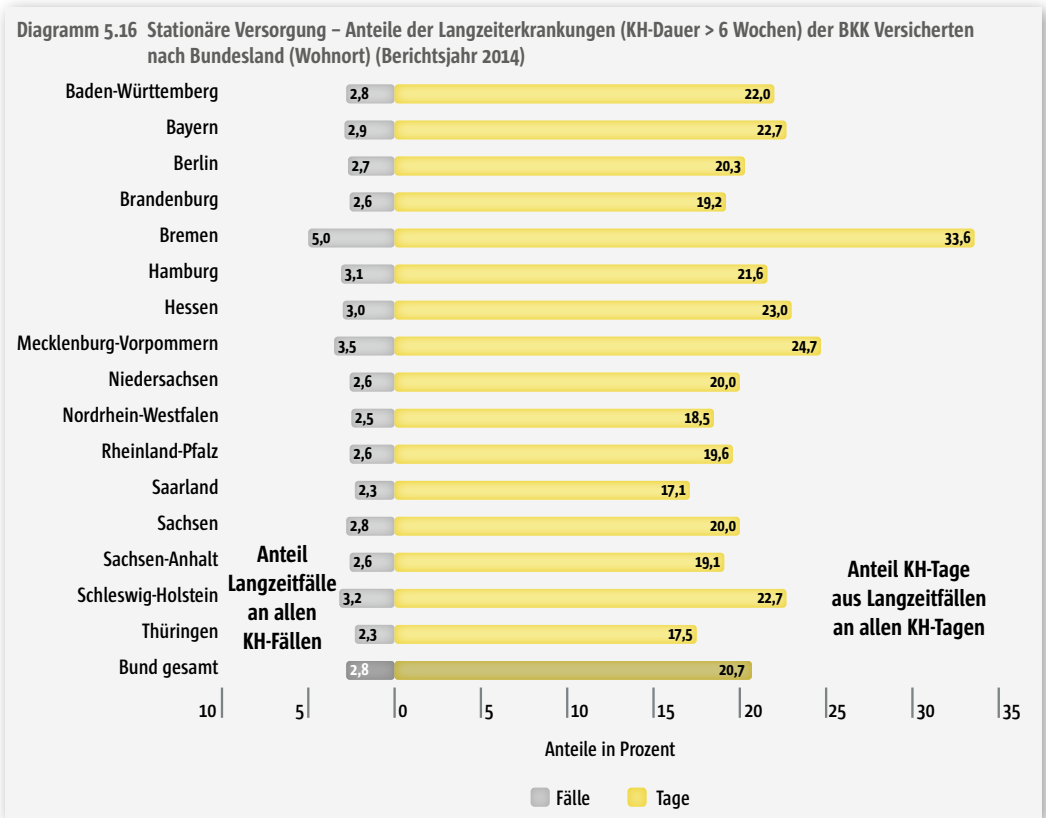
Bundesland	beschäftigte Mitglieder	KH-Tage je 1.000 Versicherte			
		ALG-I	ALG-II	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	820,2	2.517,8	4.130,9	756,8	3.884,5
Bayern	1.011,5	2.700,7	4.702,5	889,3	4.704,0
Berlin	884,3	1.731,4	2.067,8	862,0	4.719,8
Brandenburg	1.113,3	2.500,3	2.894,0	1.163,0	5.073,9
Bremen	1.109,5	2.988,6	3.741,8	1.095,5	5.161,2
Hamburg	1.019,4	2.628,7	3.185,3	993,1	4.873,4
Hessen	1.049,5	2.437,7	3.384,0	1.147,7	4.745,6
Mecklenburg-Vorpommern	1.174,6	2.363,6	3.021,8	1.313,1	4.639,2
Niedersachsen	1.106,4	2.722,3	3.074,4	1.042,1	4.369,3
Nordrhein-Westfalen	1.088,7	2.590,8	3.120,7	1.060,9	5.214,0
Rheinland-Pfalz	1.136,2	2.465,9	3.924,4	1.181,6	5.013,2
Saarland	1.232,5	2.331,5	4.306,3	1.215,1	4.981,5
Sachsen	1.095,7	2.591,1	3.182,3	1.050,7	4.625,8
Sachsen-Anhalt	1.229,9	2.631,7	2.699,5	1.429,0	4.974,0
Schleswig-Holstein	1.014,9	2.592,8	3.299,2	1.025,6	4.783,8
Thüringen	1.185,4	2.564,4	2.958,3	1.188,0	4.635,1
<b>Bund Gesamt</b>	<b>1.021,5</b>	<b>2.527,7</b>	<b>3.188,7</b>	<b>980,5</b>	<b>4.683,9</b>

Bundesebene sind auch in fast allen Bundesländern die Rentner diejenigen, die pro Kopf durchschnittlich die meisten Krankenhaustage aufweisen. Hierbei ist Nordrhein-Westfalen Spitzenreiter mit 5.214 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte – d. h. es entfallen 5,2 Tage auf jeden berenteten Versicherten, in Baden-Württemberg sind es nur 3,9 Tage. Der größte Unterschied zwischen maximalem und minimalem Wert der Krankenhaustage je Versicherte ist hingegen bei den ALG-II-Empfängern festzustellen: In Bayern beträgt der Durchschnittsaufenthaltszeitraum 4,7 Tage pro Versichertem – und ist damit um fast 130% höher als in Berlin, wo auf jeden ALG-II-Empfänger 2,1 Krankenhaustage entfallen. Bei den ALG-I-Empfängern ist ebenfalls in Berlin die niedrigste Aufenthaltsdauer pro Kopf dokumentiert (1,7 Tage je ALG-I-Empfänger), der höchste Wert hierfür ist hingegen in Bremen zu finden (3,0 Tage pro ALG-I-Empfänger). Ähnlich groß ist auch die Differenz bei den Familienangehörigen, hier ist wiederum in Baden-Württemberg der niedrigste Wert mit 0,8 Tagen pro Kopf zu verzeichnen, in Sachsen-An-

halt sind es mit etwa 1,4 Tagen fast doppelt so viele. Auch wieder in Baden-Württemberg ist für die beschäftigten Mitglieder der niedrigste Pro-Kopf-Tageswert (0,8 Tage) vorzufinden, hier sind es die saarländischen Erwerbstätigen, die durchschnittlich am längsten im aktuellen Berichtsjahr im Krankenhaus behandelt worden sind (1,2 Tage pro Beschäftigtem).

Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

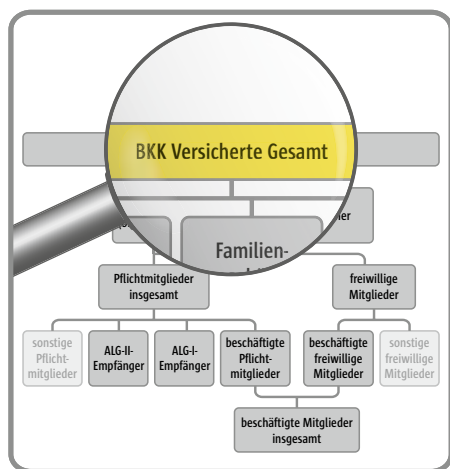
Wie schon in der Betrachtung der als ursächlich für die erbrachten Krankenhaustage dokumentierten Diagnosegruppen (»»» Diagramm 5.15) sticht das Bundesland Bremen auch bei den stationären Langzeitaufenthalten heraus, wie das »»» Diagramm 5.16 zeigt. Von allen stationären Behandlungstagen sind in Bremen etwa ein Drittel auf Langzeitaufenthalte zurückzuführen, dabei machen die Langzeitfälle 5% aller stationären Fälle im Bundesland aus. Diese beiden Anteilswerte sind damit deutlich höher als alle anderen Bundesländerwerte. Grund hierfür ist, dass



in Bremen deutlich häufiger eine Neubildungserkrankung auftritt. So gehen hier jeweils mehr als ein Drittel der Langzeitbehandlungsfälle und -tage auf diese Diagnosehauptgruppe zurück, im Bundesdurchschnitt sind es nur 11%. Den zweitgrößten Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen weist Meck-

lenburg-Vorpommern auf (3,5% KH-Fälle > 6 Wochen). Etwa jeder vierte Behandlungstag geht dort auf eine Langzeitbehandlung zurück. Die wenigsten stationären Fälle erfolgen im Saarland aufgrund von Langzeitbehandlungen (2,3%). Hier gehen auch nur 17,1% der Behandlungstage auf einen Langzeitfall zurück.

## 5.4 Arzneimittelverordnungen



Abschließend werden in diesem Kapitel die regionalen Variationen bei den Arzneimittelverordnungen dargestellt. Auch hier soll der Fokus aus den Wirkstoffen liegen, die sich in den vorangegangenen Abschnitten und Kapiteln als besonders relevant für die medizinische Versorgung der BKK Versicherten herausgestellt haben.

- Der Anteil der Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung hat zwar im Vergleich zum Vorjahr um circa 1 Prozentpunkt abgenommen, dagegen sind die definierten Tagesdosen je Versicherte angestiegen.

In **»** Tabelle 5.8 sind die Anteile der Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung sowie die definierten

**Tabelle 5.8** Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2014)

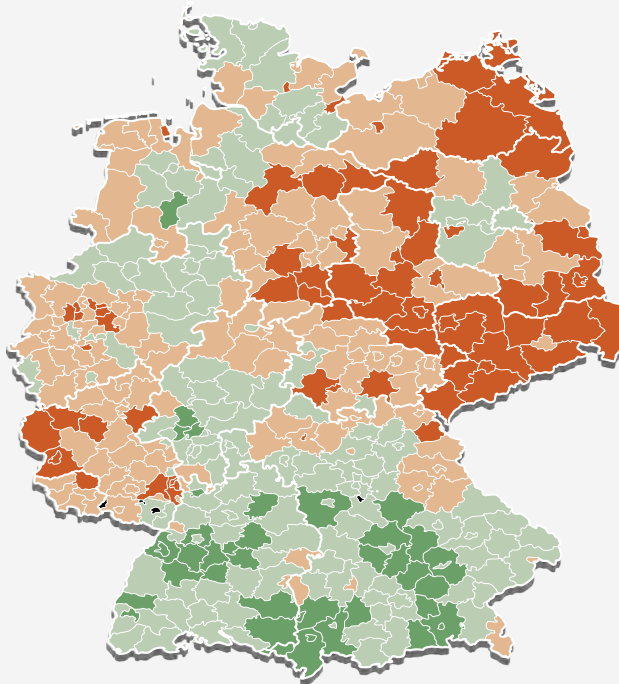
Bundesland	2013		2014	
	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherte
Baden-Württemberg	72,9	368	72,0	380
Bayern	72,7	388	71,8	402
Berlin	68,9	431	68,0	442
Brandenburg	71,2	507	70,0	525
Bremen	73,3	427	72,1	436
Hamburg	70,9	431	70,1	445
Hessen	73,5	409	72,8	425
Mecklenburg-Vorpommern	73,4	533	72,8	562
Niedersachsen	77,2	519	75,8	527
Nordrhein-Westfalen	76,1	484	75,0	503
Rheinland-Pfalz	77,5	535	76,3	551
Saarland	78,3	516	77,3	535
Sachsen	71,8	565	72,9	615
Sachsen-Anhalt	75,9	630	75,2	662
Schleswig-Holstein	73,6	467	72,5	484
Thüringen	71,4	485	71,2	532
<b>Bund gesamt</b>	<b>74,9</b>	<b>447</b>	<b>74,0</b>	<b>462</b>

Tagesdosen (DDD) nach Bundesland (Wohnort) für das Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr dargestellt. Für nahezu alle Bundesländer zeigt sich eine Abnahme der Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung, am stärksten in Niedersachsen mit -1,3 Prozentpunkten und am geringsten in Thüringen mit -0,3 Prozentpunkten. Lediglich in Sachsen ist ein Zuwachs der Verordnungsrates um +1,1 Prozentpunkte zu verzeichnen. Gegen diesen Trend ist in allen Bundesländern ein Anstieg der DDD um 2,1% (Bremen) bis zu 9,7% (Thüringen) zu beobachten. Es ist also davon auszugehen, dass die Abnahme der Verordnungen insgesamt und die gleichzeitige Zunahme der DDD je BKK Versicherte zum Teil auch durch die Zunahme von Langzeiterkrankungen und entsprechender Langzeitmedikation bedingt sind.

- In der Regionalbetrachtung zeigen sich besonders viele Verordnungen im Sinne der Anzahl definierter Tagesdosen vor allem in den neuen Bundesländern, aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in Hessen.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem sind die sonst unauffälligen Bundesländer wie Baden-Württemberg und Bayern ebenfalls überdurchschnittlich häufig von Verordnungen betroffen.

Ein detaillierteres Bild ergibt sich bei der Betrachtung der DDD auf Ebene der Kreise. Das **»»** Diagramm 5.17 stellt die prozentualen Abweichungen der definierten Tagesdosen der BKK Versicherten je Kreis vom Bundesdurchschnitt (462 DDD je BKK Versicherte) dar.

Diagramm 5.17 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- |  |   |
|--|---|
| ■ mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt                    | ■ weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt |
| ■ weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt                 | ■ mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt    |
| ■ Bundesdurchschnitt<br>(461.934 DDD je 1.000 BKK Versicherte) | ■ keine Angaben*                              |

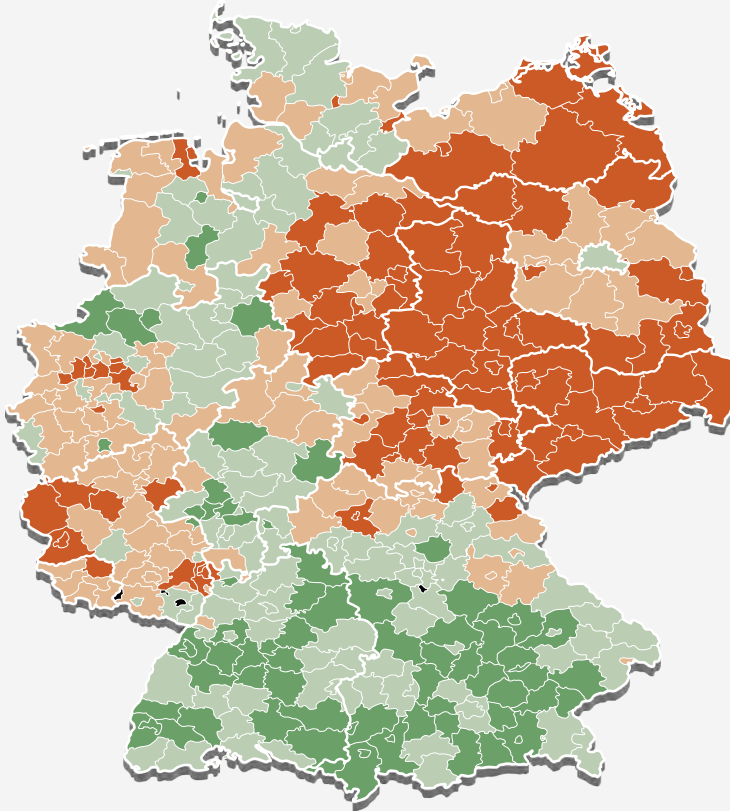
\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern zeigen sich besonders hohe definierte Tagesdosen. Eine Ausnahme bildet hier Berlin sowie die angrenzenden brandenburgischen Kreise. Aber auch im Ruhrgebiet, im Saarland, in Rheinland-Pfalz sowie im Osten von Niedersachsen und Hessen sind überdurchschnittlich hohe Verordnungswerte zu erkennen. Nahezu alle Kreise in Bayern und Baden-Württemberg weisen hingegen definierte Tagesdosen auf, die jeweils unter dem Bundesdurchschnittswert liegen. Obwohl es sich hier um die BKK Versicherten insgesamt han-

delt, zeigt sich eine hohe Übereinstimmung mit der Verteilung der AU-Tage auf Kreisebene (vgl. **III** Diagramm 5.3). Von Kreis zu Kreis variieren die Kennzahlen ca. um den Faktor 3, zwischen durchschnittlich 286 DDD je BKK Versicherte (Unterallgäu in Bayern) bis zu 812 DDD (Saalekreis in Sachsen-Anhalt).

Ein fast identisches Regionalmuster zeigt sich bei der Kreisverteilung der definierten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC C). In **III** Diagramm 5.18 zeigt sich ebenfalls ein deutliches Ost-West-Gefälle sowie die bereits oben

**Diagramm 5.18 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC C) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)**



**Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt**

- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
- weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
- Bundesdurchschnitt (204.534 DDD je 1.000 BKK Versicherte)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

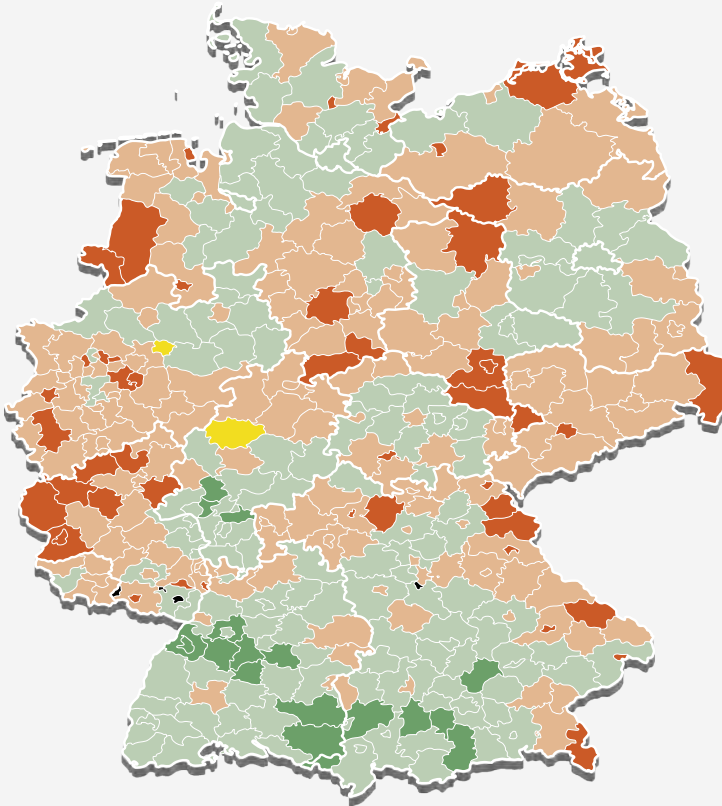
\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

genannten Schwerpunktregionen in den Altbundesländern. Auch hier setzt sich Berlin mit den angrenzenden Landkreisen von den restlichen neuen Bundesländern deutlich ab. Wenig überraschend ist deshalb auch, dass mit durchschnittlich 421 DDD je BKK Versicherte ein ostdeutscher Landkreis (Landkreis Prignitz in Brandenburg) hier den höchsten Wert aufweist. Dagegen werden in Freiburg im Breisgau mit durchschnittlich 107 DDD ca. viermal weniger definierte Tagesdosen verordnet. Die regionale Variation der Arzneimittelverordnungen deckt sich

auch hier in hohem Maße mit den ambulant diagnostizierten Herz- und Kreislauferkrankungen. Insbesondere zu den Herz- und Kreislauferkrankungen sei an dieser Stelle noch einmal auf den diesjährigen Gastautorenbeitrag von Kluttig, Bohley und Haerting, **»»** Schwerpunkt Wissenschaft hingewiesen.

In **»»** Diagramm 5.19 sind die prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für die definierten Tagesdosen bei Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem für alle BKK Versicherten (ATC N) dargestellt. Hier ist kein so eindeutiges Muster wie bei

Diagramm 5.19 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (ATC N) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- |   |   |
|---|---|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt                    | <span style="color: orange;">■</span> weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt            | <span style="color: red;">■</span> mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt       |
| <span style="color: yellow;">■</span> Bundesdurchschnitt<br>(38.258 DDD je 1.000 BKK Versicherte) | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                               |

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

den Herz- und Kreislaufmedikamenten erkennbar. Besonders häufig werden solche Medikamente aber in eher ländlich geprägten Kreisen verordnet. Baden-Württemberg ist auch hier das Bundesland, welches flächendeckend unterhalb des Bundesdurchschnitts bei den definierten Tagesdosen dieser Arzneimittel liegt. Gleiches gilt auch in großen Teilen von Bayern, mit Ausnahme des gesamten Ostteils des Bundeslandes, wo die DDD deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Auch in Berlin und den angrenzenden Landkreisen liegen die DDD je BKK Versicherte unter dem Durchschnittswert. Es zeigen sich zudem Zusammenhänge mit dem AU-Geschehen bei den psychischen Störungen (vgl. **III** Diagramm 5.6), wobei diese Wirkstoffgruppe auch Mittel beinhaltet, die bei anderen Krankheitsarten (z.B. Muskel- und Skeletterkrankungen) eingesetzt werden. Eine ähnliche Deckung zeigt sich auch mit den ambulant diagnostizierten psychischen Störungen.

### Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen

- Bei den Antidepressiva (No6A) zeigt sich bezüglich der definierten Tagesdosen ein deutlicher Schwerpunkt in den Altbundesländern – insbesondere Bayern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sind hier besonders stark betroffen.

Wie bereits in **III** Kapitel 2.4 dargestellt wurde, werden einige Wirkstoffgruppen v.a. für die Behandlung von chronischen bzw. langwierigen Erkrankungen eingesetzt. Beispielhaft sollen an dieser Stelle noch einmal die Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (Co7A), die vor allem bei Herz- und Kreislauferkrankungen (u.a. Hypertonie) Einsatz finden, sowie die Antidepressiva (No6A) im Regionalvergleich betrachtet werden. In **III** Diagramm 5.20 sind die prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für die definierten Tagesdosen (DDD) der Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (Co7A) dargestellt. Die regionalen Variationen entsprechen in etwa denen im **III** Diagramm 5.18, auch hier mit einem deutlichen Ost-West-Gefälle sowie weiteren Schwerpunkten im Saarland, Rheinland-Pfalz sowie im Ruhrgebiet, in Teilen von Hessen und Niedersachsen. Auch hier ist der Landkreis Prignitz in Mecklenburg-Vorpommern – wie auch schon im **III** Diagramm 5.18 bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System – mit ca. 30 DDD je BKK Versicherte an der Spitze nach der Anzahl der definierten Tagesdosen zu finden. Lediglich ein Sechstel dieser Menge (5 DDD je BKK Versicherte) erhalten Personen, die im Kreis Memmingen in Bayern wohn-

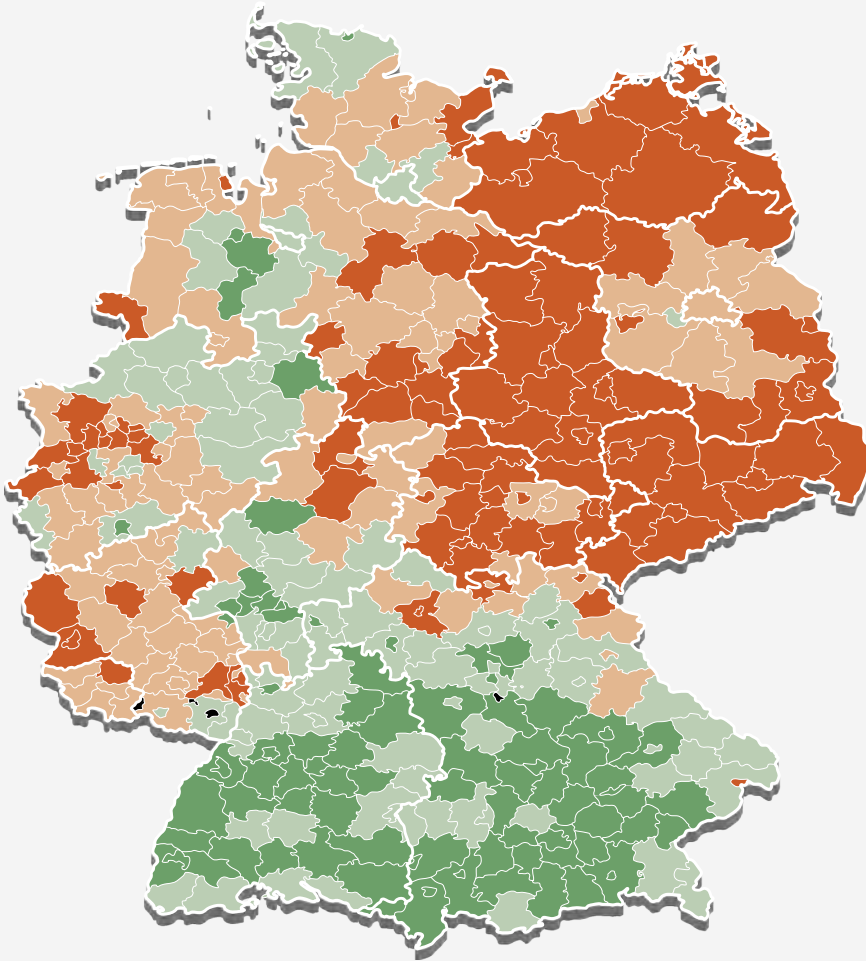
haft sind. Vermutlich wird eines der primären Kriterien für die unterschiedliche Verteilung bei der Medikation dieser Wirkstoffgruppe in der stark unterschiedlichen Altersstruktur der jeweiligen Kreise zu finden sein. Aber auch andere Strukturfaktoren wie Arbeitsmarkt, Wirtschaftskraft usw. spielen eine nicht unwesentliche Rolle. Wie die Auswertung der ambulant diagnostizierten Herz- und Kreislauferkrankungen auf Regionalebene ergibt, sind in genau den gleichen Regionen auch überdurchschnittlich hohe Prävalenzen dieser Krankheitsart zu finden. Insofern besteht hier eine hohe Passung zwischen Morbidität und Medikation.

In **III** Diagramm 5.21 sind die prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für die definierten Tagesdosen (DDD) der Antidepressiva (No6A) zu finden. Die Übereinstimmung mit den Verordnungskennzahlen für alle Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (vgl. **III** Diagramm 5.19) fällt hier weniger eindeutig aus, da unter diese Gruppe auch Mittel fallen, die zum Beispiel zur Schmerzlinderung oder Entzündungshemmung eingesetzt werden. Augenscheinlich ist, dass die bisher eher als gesund geltenden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern hier besonders hohe Verordnungskennzahlen aufweisen. Insbesondere in einem breiten ostbayerischen Streifen sind auffällig hohe Werte zu erkennen. Es verwundet deshalb nicht, dass auch ein Landkreis in Bayern – Weiden in der Oberpfalz – die Rangliste mit durchschnittlich 28 DDD je BKK Versicherte anführt. Das ist mehr als dreimal so viel wie im Mittel im Landkreis Anhalt-Bitterfeld in Sachsen-Anhalt je BKK Versicherte verordnet wird (8 DDD). Wie bereits im **III** BKK Gesundheitsatlas 2015 gezeigt werden konnte, ist die Höhe der definierten Tagesdosen je Kreis u.a. auch von der vorhandenen Facharztichte abhängig.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl die Arzneimittelverordnungen im Allgemeinen als auch die für Langzeiterkrankungen im Speziellen regionalen Variationen unterliegen, die zum Teil mit der unterschiedlichen Versichertenstruktur bzw. deren Morbidität erklärt werden können. Diese regionalen Schwerpunkte bieten allerdings auch die Möglichkeit, gezielter mit Präventionsmaßnahmen dort wirksam zu werden, wo besonders viele Auffälligkeiten zu finden sind. Des Weiteren spielen aber auch medizinische Versorgungsstrukturen in den Regionen eine Rolle. Beispielhaft zeigt sich dies bei den Antidepressiva (No6A), die u.a. besonders hohe Versorgungsquoten in Regionen aufzeigen, die sich ansonsten durch einen niedrigen Krankenstand und eine geringe Morbidität auszeichnen.



Diagramm 5.20 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Kreis (Wohnort) für Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (ATC C07A) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)

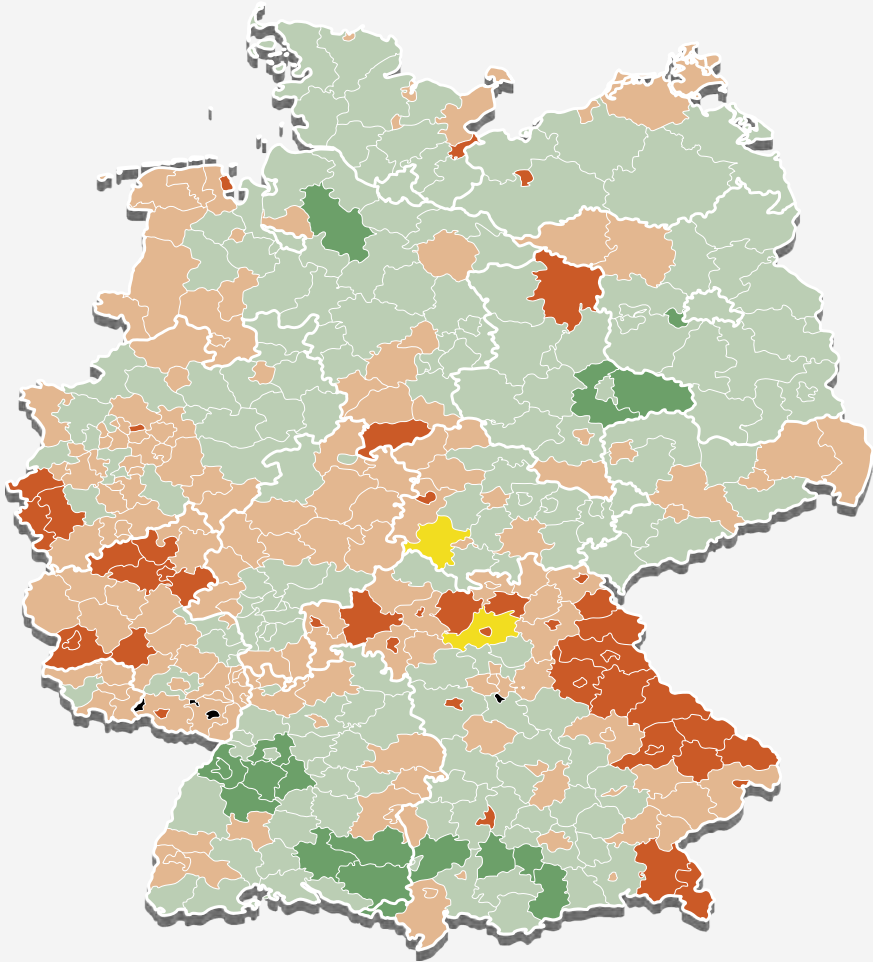


Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- |   |  |
|---|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt                    | <span style="color: orange;">■</span> weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt  |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt            | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> Bundesdurchschnitt<br>(23.190 DDD je 1.000 BKK Versicherte) | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Diagramm 5.21 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Antidepressiva (ATC N06A) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2014)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - weniger als 25% unter dem Bundesdurchschnitt
  - Bundesdurchschnitt  
(17.326 DDD je 1.000 BKK Versicherte)
- weniger als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 25% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

# 6

## Der Wandel des Krankheitspanoramas und seine Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik





Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbands,  
Berlin

Die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens, aber auch das Selbst- und Fremdbildnis vieler Akteure des Gesundheitssystems sind durch eine Fixierung auf die Akutversorgung geprägt. Dagegen verlangen die sozio-ökonomischen Entwicklungen ebenso einen Paradigmenwechsel wie die epidemiologischen und demografischen Realitäten. Der folgende Beitrag skizziert Herausforderungen an die Gesundheitspolitik, die sich aus den im BKK Gesundheitsreport herausdestillierten Fakten zum Thema Langzeiterkrankungen ergeben. Er markiert nur einen Einstieg in die gesundheitspolitische Diskussion; Erweiterungen und Vertiefungen des Vorschlags zur Erstellung eines Masterplans „Chronische und Langzeiterkrankungen“ sind notwendig und erwünscht.

### Chronische Erkrankungen mit degenerativem Verlauf – Binsenweisheiten aus der Epidemiologie

Alle kundigen Thebaner wissen es: Das Krankheitspanorama hat sich in den Wohlstandsgesellschaften (nicht allein des Westens) verändert. Nicht mehr akute Erkrankungen – wie beispielsweise Infektionen oder Verletzungen – dominieren die Krankheitsartenstatistiken, sondern chronische Erkrankungen, zumeist mit degenerativem Verlauf – so etwa Hypertonie, Diabetes, Krebs, Depression oder Skeletterkrankungen. Häufig treffen – speziell im Alter – mehrere Krankheiten zusammen und verstärken sich gegenseitig. Man spricht verharmlosend von Multimorbidität. Der BKK Gesundheitsreport 2015 arbeitet die Fakten aus den Daten der betrieblichen Krankenversicherung auf und betrachtet dazu das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die ambulante und stationäre Versorgung sowie die Arzneimittelverordnungen. Die Erkenntnisse sind erschreckend und alarmierend. Dies gilt sowohl für das Leid der Betroffenen als auch für die Kosten für Wirtschaft und Ge-

sellschaft. Langzeiterkrankungen sind auf einem offenbar unaufhaltsamen Vormarsch. Darauf haben die Weltgesundheitsorganisation und das Robert Koch-Institut, die parlamentarische Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (schon 1988) und der Sachverständigenrat Gesundheit immer wieder hingewiesen. Die wieder erstarkten Gesundheitswissenschaften unter dem Dach von Public Health mahnen seit Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik an; der bleibt jedoch trotz unbestreitbarer Reformen aus. Woran könnte das liegen?

### Der Mythos von der Heilkunst oder das Gesundheitswesen als Reparaturbetrieb

Eine Erklärung könnte darin liegen, dass das Leitbild des deutschen Gesundheitswesens durch ärztlich geprägte Mythen bestimmt wird. Die ärztliche Profession definiert sich überwiegend als heroische Heiler mit den Chefärzten an der Spitze der Einkommens- und Imagepyramide im ökonomisch bedrängten System Krankenhaus, mit der Dominanz der (spezialisierten) Fachärzte über die grundversorgenden Arztgruppen im sich selbst zerfleischenden KV-System und wird, nicht nur in ärztlichen Soap Operas, gern auch von außen so gesehen. Andere Gesundheitsberufe werden, obwohl sie die Mehrheit der im Gesundheitswesen Beschäftigten stellen, als unterstellte Zuarbeiter angesehen und gelegentlich von hochrangigen Ärztefunktionären als Proletariat verunglimpft. Allein der Arzt habe die mythische Fähigkeit, die Menschen wieder gesund zu machen; alle anderen könnten Schmerz und Leid nur mindern. Hierbei helfen eine hoch entwickelte Medizintechnik und eine personalisierte Medizin mit ausdifferenzierten Arznei- und Hilfsmitteln. Leitbild und Technik versagen jedoch bei den meisten chronischen Erkrankungen. Unzweifelhaft hat es auch bei der Behandlung chronischer Erkrankungen Fortschritte gegeben. Der degenerative Verlauf lässt sich aber in vielen Fällen nicht aufhalten, sondern bestenfalls verlangsamen. Oft ist der Arzt machtlos gegenüber dem Tod. Daher werden diese Erscheinungsformen des epidemiologischen Spektrums marginalisiert oder gar tabuisiert. Im schlimmsten Fall werden sie der Eigenverantwortung des Versicherten zugeschoben. Prävention, Rehabilitation und Pflege werden in diesem Leitbild als nachrangige Versorgungsformen behandelt und als Bedrohung für die eigene Definitionsmacht und den eigenen Finanztopf angesehen. Trotz dieser Fehlentwicklungen

gen wäre es unfair, diese allein der ärztlichen Profession zuzurechnen. Die verfasste Ärzteschaft stellt zwar mit der Diagnose „Ökonomisierung“ einen unzulänglichen Befund und jagt der verlorenen Illusion von der Medizin als ökonomiefreiem Raum nach. Sie stellt trotzdem die richtigen Fragen nach den Steuerungswirkungen von Ökonomie und Recht und problematisiert die Spannungsfelder zu Ethik und professioneller Identität.

#### Die Erstattung der Versorgungsstrukturen und die fragmentierten Versorgungsprozesse – Fehlsteuerung durch Recht und Ökonomie

Das deutsche Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch Abgrenzung und Abschottung. Trennungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen sowie viele kleine und große Friktionen, die eine kontinuierliche integrierte Versorgung der Patienten erschweren oder gar unmöglich machen. Die Steuerung der Kapazitäten durch retrospektive Planungssysteme ist ebenso sektoral ausgerichtet wie die Honorierung der Leistungserbringer. Qualität wird unterschiedlich definiert, gemessen und sanktioniert. Versuche, die Trennungen durch Kommunikation, Koordination und Kooperationen zu überwinden, zeigen angesichts der sektoralen Dominanz nur marginale Wirkung, auch weil das juristische Rahmenwerk teilweise widersprüchlich ist. Hinzu treten Komplexität und Intransparenz, Zielkonflikte und Verteilungskämpfe um Macht und Geld. Auch diese Fehlsteuerungen, die ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung zur Folge haben, sind seit längerem bekannt. Eine durchgreifende Änderung scheitert jedoch meistens an ideologischen Verfestigungen überholter Denk- und Handlungsmuster und an der Lobby- und Vetomacht vieler Stakeholder im Gesundheitswesen. Außerdem hat sich die Vorstellung von einer „großen Reform aus einem Guss“ als Illusion erwiesen. Vielmehr müssen die Rahmenbedingungen für eine adäquate Gesundheitsversorgung permanent an Veränderungen und Herausforderungen angepasst werden.

#### Kernpunkt einer an den Bedürfnissen von Langzeiterkrankten orientierten Gesundheitspolitik – Plädoyer für einen Masterplan „Chronische und Langzeiterkrankungen“

Um den Bedürfnissen von Chronikern und Langzeiterkrankten besser gerecht zu werden, sollte man erwägen, ähnlich dem nationalen Krebsplan einen Masterplan „Chronische und Langzeiterkrankungen“ zu entwickeln und differenzierte Maßnahmenpakete zu entwickeln und zu implementieren, die sich auf nach Bedarfen und Bedürfnissen gestaffelte Prioritätensetzungen stützen. Dabei sollten alle Akteure einbezogen und auf tradierte Hierarchien und Privilegien keine Rücksicht genommen werden. In einem ersten Paket sollten alle Maßnahmen gebündelt werden, die sich im tradierten System ohne gravierende Rechtsänderungen umsetzen lassen. Dabei wird man mit großer Sicherheit feststellen, dass auch ohne den Gesetzgeber viele Verbesserungen möglich sind. Im Folgepaket sollten dann die strukturellen Grundprobleme der sektoralen Friktionen angegangen werden. Deren Überwindung wird auf harten Widerstand vieler Akteure treffen, aber von den betroffenen Patienten und deren Versorgern goutiert werden. Wie in allen Gesundheitsreformen bisher steckt dabei der Teufel im Detail. Oft sind gut gemeinte das Gegenteil von guten Vorschlägen. Nicht selten bedarf es mehrerer Anläufe, um die Ziele tatsächlich zu erreichen. Häufig müssen Viren implantiert werden, die das Gewünschte über Nebenwirkungen hervorbringen. Schließlich ist auch begrenztes Scheitern mit einzukalkulieren. Denn das deutsche Gesundheitswesen erweist sich immer wieder als ausgesprochen reformresistent.

Ein solcher Masterplan könnte nicht nur die Versorgung von Chronikern und Langzeiterkrankten verbessern, Arbeitsunfähigkeitstage reduzieren und unnötige Kosten vermeiden, sondern böte auch die Chance, das institutionelle Arrangement im deutschen Gesundheitswesen zu verändern, also sektorale Trennungen zu überwinden und Prozesse nach Bedarfen und Bedürfnissen der Patienten zu steuern. Er könnte speziell die Rolle von Krankenkassen verändern und sie dabei unterstützen, „vom Payer zum Player“ zu werden. Die traditionelle Nähe der Betriebskrankenkassen zu Unternehmen und ihren Belegschaften könnte zu einem politischen und unternehmerischen Markenzeichen werden. Denn nur gemeinsames Handeln aller Akteure wird zu einer Trendumkehr beim Thema Langzeiterkrankungen führen.

# Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	348
B	Systematische Verzeichnisse	431





## Verzeichnis des Anhangs

<b>A</b>	<b>Arbeitsunfähigkeitsgeschehen</b>	<b>348</b>
A.1	<b>AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>348</b>
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	348
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	349
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	350
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	351
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	352
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	353
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	354
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	355
A.2	<b>Krankengeld-Kennzahlen der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>356</b>
A.2.1	Beschäftigte Pflichtmitglieder	356
A.2.2	Arbeitslose (ALG-I)	357
A.3	<b>AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>358</b>
A.4	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>359</b>
A.4.1	Männer – sortiert nach Fallzahl	359
A.4.2	Männer – sortiert nach Tagen	359
A.4.3	Frauen – sortiert nach Fallzahl	360
A.4.4	Frauen – sortiert nach Tagen	360
A.4.5	Gesamt – sortiert nach Fallzahl	361
A.4.6	Gesamt – sortiert nach Tagen	361
A.5	<b>AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>362</b>
A.5.1	AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 1)	362
A.5.1	AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)	363
A.5.2	AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 1)	364
A.5.2	AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)	365
A.6	<b>BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteil an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>366</b>
A.7	<b>AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>367</b>

<b>A.8</b>	<b>AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>368</b>
A.8.1	Land- und Forstwirtschaft	368
A.8.2	Nahrung, Genuss	369
A.8.3	Textil, Bekleidung, Leder	370
A.8.4	Holz, Papier, Druck	371
A.8.5	Chemie	372
A.8.6	Glas, Keramik, Steine/Erden	373
A.8.7	Metallerzeugung	374
A.8.8	Metallverarbeitung	375
A.8.9	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	376
A.8.10	Energie- und Wasserwirtschaft	377
A.8.11	Baugewerbe	378
A.8.12	Handel	379
A.8.13	Großhandel	380
A.8.14	Einzelhandel	381
A.8.15	Gastgewerbe	382
A.8.16	Verkehr	383
A.8.17	Landverkehr	384
A.8.18	Postdienste	385
A.8.19	Telekommunikation	386
A.8.20	Kredit- und Versicherungsgewerbe	387
A.8.21	Verlage und Medien	388
A.8.22	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	389
A.8.23	Dienstleistungen	390
A.8.24	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	391
A.8.25	Erziehung und Unterricht	392
A.8.26	Gesundheits- und Sozialwesen	393
A.8.27	Abfallbeseitigung und Recycling	394
A.8.28	Kultur, Sport und Unterhaltung	395
<b>A.9</b>	<b>BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>396</b>
A.9	(Teil 1)	396
A.9	(Teil 2)	397
<b>A.10</b>	<b>AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>398</b>
A.10.1	Bund West – Pflichtmitglieder insgesamt	398
A.10.2	Bund Ost – Pflichtmitglieder insgesamt	399
A.10.3	Bund Gesamt – Pflichtmitglieder insgesamt	400
A.10.4	Bund West – beschäftigte Pflichtmitglieder	401
A.10.5	Bund Ost – beschäftigte Pflichtmitglieder	402
A.10.6	Bund Gesamt – beschäftigte Pflichtmitglieder	403

<b>A.11</b>	<b>AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>404</b>
A.11.1	Baden-Württemberg	404
A.11.2	Bayern	405
A.11.3	Berlin	406
A.11.4	Bremen	407
A.11.5	Hamburg	408
A.11.6	Hessen	409
A.11.7	Niedersachsen	410
A.11.8	Nordrhein-Westfalen	411
A.11.9	Rheinland-Pfalz	412
A.11.10	Saarland	413
A.11.11	Schleswig-Holstein	414
A.11.12	Brandenburg	415
A.11.13	Mecklenburg-Vorpommern	416
A.11.14	Sachsen	417
A.11.15	Sachsen-Anhalt	418
A.11.16	Thüringen	419

<b>A.12</b>	<b>AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2014)</b>	<b>420</b>
A.12.1	Landkreise Baden-Württemberg	420
A.12.2	Landkreise Bayern	421
A.12.3	Landkreise Berlin	423
A.12.4	Landkreise Bremen	423
A.12.5	Landkreise Hamburg	423
A.12.6	Landkreise Hessen	423
A.12.7	Landkreise Niedersachsen	424
A.12.8	Landkreise Nordrhein-Westfalen	425
A.12.9	Landkreise Rheinland-Pfalz	426
A.12.10	Landkreise Saarland	427
A.12.11	Landkreise Schleswig-Holstein	427
A.12.12	Landkreise Brandenburg	428
A.12.13	Landkreise Mecklenburg-Vorpommern	428
A.12.14	Landkreise Sachsen	429
A.12.15	Landkreise Sachsen-Anhalt	429
A.12.16	Landkreise Thüringen	430

## **B Systematische Verzeichnisse** **431**

B.1	Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM 2014	431
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC)	437
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	438
	Formaler Aufbau der WZ 2008	438

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	250.123	1.409.430	12,83	72,3	5,6
	Frauen	230.325	1.286.851	12,65	70,7	5,6
	Gesamt	480.448	2.696.281	12,74	71,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	32.982	971.691	1,69	49,8	29,5
	Frauen	40.221	1.544.139	2,21	84,8	38,4
	Gesamt	73.203	2.515.830	1,94	66,7	34,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.001	259.258	0,72	13,3	18,5
	Frauen	13.240	238.835	0,73	13,1	18,0
	Gesamt	27.241	498.093	0,72	13,2	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	106.871	4.203.879	5,48	215,6	39,3
	Frauen	155.344	6.056.167	8,53	332,6	39,0
	Gesamt	262.215	10.260.046	6,95	272,1	39,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	48.152	793.033	2,47	40,7	16,5
	Frauen	69.733	884.081	3,83	48,6	12,7
	Gesamt	117.885	1.677.114	3,13	44,5	14,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.965	242.940	1,64	12,5	7,6
	Frauen	28.812	214.019	1,58	11,8	7,4
	Gesamt	60.777	456.959	1,61	12,1	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.303	277.699	1,45	14,2	9,8
	Frauen	31.134	294.409	1,71	16,2	9,5
	Gesamt	59.437	572.108	1,58	15,2	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	69.259	1.868.008	3,55	95,8	27,0
	Frauen	55.959	965.495	3,07	53,0	17,3
	Gesamt	125.218	2.833.503	3,32	75,2	22,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	633.648	4.240.131	32,50	217,5	6,7
	Frauen	677.229	4.388.594	37,19	241,0	6,5
	Gesamt	1.310.877	8.628.725	34,77	228,9	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	286.726	1.964.226	14,71	100,8	6,9
	Frauen	250.801	1.492.514	13,77	82,0	6,0
	Gesamt	537.527	3.456.740	14,26	91,7	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.747	561.649	2,14	28,8	13,5
	Frauen	29.142	319.632	1,60	17,6	11,0
	Gesamt	70.889	881.281	1,88	23,4	12,4
Krankheiten des Muskel–Skelett–Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	514.497	10.072.932	26,39	516,7	19,6
	Frauen	347.912	7.464.107	19,11	409,9	21,5
	Gesamt	862.409	17.537.039	22,87	465,1	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.718	363.987	1,52	18,7	12,3
	Frauen	87.191	777.279	4,79	42,7	8,9
	Gesamt	116.909	1.141.266	3,10	30,3	9,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	45.687	514.162	2,51	28,2	11,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	138.233	1.483.109	7,09	76,1	10,7
	Frauen	168.456	1.597.322	9,25	87,7	9,5
	Gesamt	306.689	3.080.431	8,13	81,7	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	248.299	4.502.050	12,74	230,9	18,1
	Frauen	139.423	2.596.518	7,66	142,6	18,6
	Gesamt	387.722	7.098.568	10,28	188,3	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27.146	538.954	1,39	27,7	19,9
	Frauen	38.804	792.898	2,13	43,5	20,4
	Gesamt	65.950	1.331.852	1,75	35,3	20,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.506.865</b>	<b>33.862.262</b>	<b>128,59</b>	<b>1.737,0</b>	<b>13,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.416.026</b>	<b>31.556.452</b>	<b>132,68</b>	<b>1.733,0</b>	<b>13,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.922.891</b>	<b>65.418.714</b>	<b>130,57</b>	<b>1.735,0</b>	<b>13,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	86.741	1.339.693	4,45	68,7	15,4
	Frauen	38.314	586.938	2,10	32,2	15,3
	Gesamt	125.055	1.926.631	3,32	51,1	15,4

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	246.753	1.380.903	13,12	73,4	5,6
	Frauen	227.249	1.263.429	12,93	71,9	5,6
	Gesamt	474.002	2.644.332	13,03	72,7	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	32.042	914.995	1,70	48,7	28,6
	Frauen	39.195	1.473.886	2,23	83,8	37,6
	Gesamt	71.237	2.388.881	1,96	65,7	33,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.611	244.945	0,72	13,0	18,0
	Frauen	12.813	225.818	0,73	12,9	17,6
	Gesamt	26.424	470.763	0,73	12,9	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	100.724	3.714.052	5,36	197,5	36,9
	Frauen	148.257	5.493.147	8,43	312,5	37,1
	Gesamt	248.981	9.207.199	6,84	253,1	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	46.669	740.320	2,48	39,4	15,9
	Frauen	67.944	840.457	3,87	47,8	12,4
	Gesamt	114.613	1.580.777	3,15	43,5	13,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.523	234.966	1,68	12,5	7,5
	Frauen	28.374	205.465	1,61	11,7	7,2
	Gesamt	59.897	440.431	1,65	12,1	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	27.914	267.779	1,48	14,2	9,6
	Frauen	30.652	287.493	1,74	16,4	9,4
	Gesamt	58.566	555.272	1,61	15,3	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	67.275	1.777.627	3,58	94,5	26,4
	Frauen	54.660	921.059	3,11	52,4	16,9
	Gesamt	121.935	2.698.686	3,35	74,2	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	626.301	4.166.414	33,31	221,6	6,7
	Frauen	669.057	4.314.315	38,06	245,4	6,5
	Gesamt	1.295.358	8.480.729	35,60	233,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	282.687	1.908.732	15,03	101,5	6,8
	Frauen	247.262	1.450.888	14,07	82,5	5,9
	Gesamt	529.949	3.359.620	14,57	92,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.986	541.124	2,18	28,8	13,2
	Frauen	28.591	307.457	1,63	17,5	10,8
	Gesamt	69.577	848.581	1,91	23,3	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	504.507	9.612.169	26,83	511,2	19,1
	Frauen	339.017	7.056.121	19,29	401,4	20,8
	Gesamt	843.524	16.668.290	23,18	458,1	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.046	350.120	1,54	18,6	12,1
	Frauen	85.522	750.941	4,87	42,7	8,8
	Gesamt	114.568	1.101.061	3,15	30,3	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	44.462	495.912	2,53	28,2	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	135.260	1.421.256	7,19	75,6	10,5
	Frauen	165.163	1.543.958	9,40	87,8	9,4
	Gesamt	300.423	2.965.214	8,26	81,5	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	244.666	4.380.175	13,01	232,9	17,9
	Frauen	136.950	2.505.101	7,79	142,5	18,3
	Gesamt	381.616	6.885.276	10,49	189,3	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	26.589	514.978	1,41	27,4	19,4
	Frauen	38.061	765.248	2,17	43,5	20,1
	Gesamt	64.650	1.280.226	1,78	35,2	19,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.461.585</b>	<b>32.274.166</b>	<b>130,91</b>	<b>1.716,4</b>	<b>13,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.369.661</b>	<b>30.022.794</b>	<b>134,80</b>	<b>1.707,9</b>	<b>12,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.831.246</b>	<b>62.296.960</b>	<b>132,79</b>	<b>1.712,3</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	86.296	1.329.658	4,59	70,7	15,4
	Frauen	38.051	581.584	2,16	33,1	15,3
	Gesamt	124.347	1.911.242	3,42	52,5	15,4

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	10.437	64.490	7,97	49,3	6,2
	Frauen	64.785	381.749	9,69	57,1	5,9
	Gesamt	75.222	446.239	9,41	55,8	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.357	43.669	1,04	33,4	32,2
	Frauen	13.406	528.587	2,00	79,1	39,4
	Gesamt	14.763	572.256	1,85	71,6	38,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	564	11.586	0,43	8,9	20,5
	Frauen	4.010	75.684	0,60	11,3	18,9
	Gesamt	4.574	87.270	0,57	10,9	19,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.806	232.810	4,44	177,9	40,1
	Frauen	47.271	1.758.514	7,07	263,0	37,2
	Gesamt	53.077	1.991.324	6,64	249,1	37,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.173	37.342	1,66	28,5	17,2
	Frauen	19.138	277.793	2,86	41,6	14,5
	Gesamt	21.311	315.135	2,67	39,4	14,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.200	10.338	0,92	7,9	8,6
	Frauen	8.714	68.250	1,30	10,2	7,8
	Gesamt	9.914	78.588	1,24	9,8	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.208	13.317	0,92	10,2	11,0
	Frauen	9.675	98.220	1,45	14,7	10,2
	Gesamt	10.883	111.537	1,36	14,0	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.985	81.259	2,28	62,1	27,2
	Frauen	17.619	306.868	2,64	45,9	17,4
	Gesamt	20.604	388.127	2,58	48,5	18,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	27.173	188.426	20,76	144,0	6,9
	Frauen	194.067	1.304.067	29,02	195,0	6,7
	Gesamt	221.240	1.492.493	27,67	186,7	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.475	85.025	8,77	65,0	7,4
	Frauen	70.587	442.371	10,56	66,2	6,3
	Gesamt	82.062	527.396	10,26	66,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.692	24.332	1,29	18,6	14,4
	Frauen	8.378	91.957	1,25	13,8	11,0
	Gesamt	10.070	116.289	1,26	14,5	11,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	20.263	387.108	15,48	295,8	19,1
	Frauen	113.604	2.487.615	16,99	372,0	21,9
	Gesamt	133.867	2.874.723	16,74	359,6	21,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.420	17.971	1,09	13,7	12,7
	Frauen	24.700	248.778	3,69	37,2	10,1
	Gesamt	26.120	266.749	3,27	33,4	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	10.648	123.772	1,59	18,5	11,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.956	66.187	4,55	50,6	11,1
	Frauen	46.689	505.739	6,98	75,6	10,8
	Gesamt	52.645	571.926	6,58	71,5	10,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10.160	195.776	7,76	149,6	19,3
	Frauen	42.399	808.010	6,34	120,8	19,1
	Gesamt	52.559	1.003.786	6,57	125,6	19,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.312	29.946	1,00	22,9	22,8
	Frauen	11.714	242.597	1,75	36,3	20,7
	Gesamt	13.026	272.543	1,63	34,1	20,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>105.427</b>	<b>1.494.293</b>	<b>80,56</b>	<b>1.141,8</b>	<b>14,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>709.297</b>	<b>9.790.154</b>	<b>106,08</b>	<b>1.464,2</b>	<b>13,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>814.724</b>	<b>11.284.457</b>	<b>101,90</b>	<b>1.411,4</b>	<b>13,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.292	53.430	2,52	40,8	16,2
	Frauen	10.982	162.456	1,64	24,3	14,8
	Gesamt	14.274	215.886	1,79	27,0	15,1

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.634	24.530	4,38	40,8	9,3
	Frauen	2.585	21.090	4,71	38,4	8,2
	Gesamt	5.219	45.620	4,54	39,7	8,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	895	55.254	1,49	91,9	61,7
	Frauen	966	66.861	1,76	121,7	69,2
	Gesamt	1.861	122.115	1,62	106,1	65,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	357	13.837	0,59	23,0	38,8
	Frauen	393	12.792	0,72	23,3	32,6
	Gesamt	750	26.629	0,65	23,1	35,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.445	473.261	9,06	787,1	86,9
	Frauen	6.312	544.219	11,49	990,6	86,2
	Gesamt	11.757	1.017.480	10,22	884,3	86,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.246	49.545	2,07	82,4	39,8
	Frauen	1.454	40.208	2,65	73,2	27,7
	Gesamt	2.700	89.753	2,35	78,0	33,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	397	7.697	0,66	12,8	19,4
	Frauen	377	8.306	0,69	15,1	22,0
	Gesamt	774	16.003	0,67	13,9	20,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	328	9.513	0,55	15,8	29,0
	Frauen	430	6.649	0,78	12,1	15,5
	Gesamt	758	16.162	0,66	14,1	21,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.831	87.012	3,05	144,7	47,5
	Frauen	1.187	42.594	2,16	77,5	35,9
	Gesamt	3.018	129.606	2,62	112,6	42,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.823	64.868	9,68	107,9	11,1
	Frauen	6.921	65.717	12,60	119,6	9,5
	Gesamt	12.744	130.585	11,08	113,5	10,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.332	51.315	5,54	85,4	15,4
	Frauen	3.025	38.405	5,51	69,9	12,7
	Gesamt	6.357	89.720	5,52	78,0	14,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	662	19.383	1,10	32,2	29,3
	Frauen	492	11.683	0,90	21,3	23,8
	Gesamt	1.154	31.066	1,00	27,0	26,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.718	442.770	14,50	736,4	50,8
	Frauen	7.916	395.640	14,41	720,2	50,0
	Gesamt	16.634	838.410	14,46	728,7	50,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	595	13.164	0,99	21,9	22,1
	Frauen	1.483	24.252	2,70	44,2	16,4
	Gesamt	2.078	37.416	1,81	32,5	18,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.189	17.208	2,16	31,3	14,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.465	54.711	4,10	91,0	22,2
	Frauen	2.815	49.193	5,12	89,5	17,5
	Gesamt	5.280	103.904	4,59	90,3	19,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.290	117.879	5,47	196,1	35,8
	Frauen	2.239	86.676	4,08	157,8	38,7
	Gesamt	5.529	204.555	4,81	177,8	37,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	492	22.543	0,82	37,5	45,8
	Frauen	675	26.330	1,23	47,9	39,0
	Gesamt	1.167	48.873	1,01	42,5	41,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>38.648</b>	<b>1.512.280</b>	<b>64,28</b>	<b>2.515,2</b>	<b>39,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>40.627</b>	<b>1.465.020</b>	<b>73,95</b>	<b>2.666,7</b>	<b>36,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>79.275</b>	<b>2.977.300</b>	<b>68,90</b>	<b>2.587,6</b>	<b>37,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	351	9.108	0,58	15,2	26,0
	Frauen	202	4.482	0,37	8,2	22,2
	Gesamt	553	13.590	0,48	11,8	24,6

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	39.849	216.703	6,05	32,9	5,4
	Frauen	9.663	55.041	4,29	24,4	5,7
	Gesamt	49.512	271.744	5,60	30,7	5,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	10.194	244.677	1,55	37,1	24,0
	Frauen	3.053	96.344	1,35	42,8	31,6
	Gesamt	13.247	341.021	1,50	38,6	25,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	2.739	41.399	0,42	6,3	15,1
	Frauen	767	10.552	0,34	4,7	13,8
	Gesamt	3.506	51.951	0,40	5,9	14,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	17.241	636.315	2,62	96,6	36,9
	Frauen	7.093	250.455	3,15	111,1	35,3
	Gesamt	24.334	886.770	2,75	100,3	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	8.512	114.195	1,29	17,3	13,4
	Frauen	3.087	32.369	1,37	14,4	10,5
	Gesamt	11.599	146.564	1,31	16,6	12,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	7.108	49.378	1,08	7,5	7,0
	Frauen	1.770	11.890	0,79	5,3	6,7
	Gesamt	8.878	61.268	1,00	6,9	6,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	6.980	65.682	1,06	10,0	9,4
	Frauen	1.711	17.275	0,76	7,7	10,1
	Gesamt	8.691	82.957	0,98	9,4	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	15.045	321.075	2,28	48,7	21,3
	Frauen	2.615	42.100	1,16	18,7	16,1
	Gesamt	17.660	363.175	2,00	41,1	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	130.168	773.885	19,76	117,5	6,0
	Frauen	36.066	218.770	16,00	97,1	6,1
	Gesamt	166.234	992.655	18,80	112,3	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	55.441	320.734	8,42	48,7	5,8
	Frauen	12.446	63.784	5,52	28,3	5,1
	Gesamt	67.887	384.518	7,68	43,5	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	6.258	65.662	0,95	10,0	10,5
	Frauen	1.200	8.879	0,53	3,9	7,4
	Gesamt	7.458	74.541	0,84	8,4	10,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	73.103	1.151.129	11,10	174,8	15,8
	Frauen	13.259	209.725	5,88	93,1	15,8
	Gesamt	86.362	1.360.854	9,77	153,9	15,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	7.476	67.848	1,13	10,3	9,1
	Frauen	4.697	35.788	2,08	15,9	7,6
	Gesamt	12.173	103.636	1,38	11,7	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	3.330	32.113	1,48	14,3	9,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	23.835	222.897	3,62	33,8	9,4
	Frauen	7.682	67.915	3,41	30,1	8,8
	Gesamt	31.517	290.812	3,56	32,9	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	29.054	515.209	4,41	78,2	17,7
	Frauen	5.976	101.539	2,65	45,1	17,0
	Gesamt	35.030	616.748	3,96	69,8	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	6.555	106.192	1,00	16,1	16,2
	Frauen	2.315	41.592	1,03	18,5	18,0
	Gesamt	8.870	147.784	1,00	16,7	16,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>440.479</b>	<b>4.929.142</b>	<b>66,87</b>	<b>748,3</b>	<b>11,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>117.074</b>	<b>1.301.614</b>	<b>51,95</b>	<b>577,6</b>	<b>11,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>557.553</b>	<b>6.230.756</b>	<b>63,07</b>	<b>704,8</b>	<b>11,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.148	75.736	0,78	11,5	14,7
	Frauen	1.098	14.831	0,49	6,6	13,5
	Gesamt	6.246	90.567	0,71	10,2	14,5



A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	39.764	216.263	7,56	41,1	5,4
	Frauen	9.589	54.649	7,85	44,7	5,7
	Gesamt	49.353	270.912	7,61	41,8	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	10.164	243.620	1,93	46,3	24,0
	Frauen	3.034	95.578	2,48	78,2	31,5
	Gesamt	13.198	339.198	2,04	52,3	25,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.725	41.165	0,52	7,8	15,1
	Frauen	757	10.377	0,62	8,5	13,7
	Gesamt	3.482	51.542	0,54	8,0	14,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	17.137	633.006	3,26	120,3	36,9
	Frauen	6.989	246.090	5,72	201,4	35,2
	Gesamt	24.126	879.096	3,72	135,6	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	8.471	113.039	1,61	21,5	13,3
	Frauen	3.037	32.113	2,48	26,3	10,6
	Gesamt	11.508	145.152	1,78	22,4	12,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.093	49.191	1,35	9,4	6,9
	Frauen	1.755	11.785	1,44	9,6	6,7
	Gesamt	8.848	60.976	1,36	9,4	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.964	65.544	1,32	12,5	9,4
	Frauen	1.701	17.246	1,39	14,1	10,1
	Gesamt	8.665	82.790	1,34	12,8	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	15.003	320.137	2,85	60,9	21,3
	Frauen	2.591	41.892	2,12	34,3	16,2
	Gesamt	17.594	362.029	2,71	55,9	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	129.989	772.414	24,71	146,8	5,9
	Frauen	35.832	217.461	29,32	177,9	6,1
	Gesamt	165.821	989.875	25,58	152,7	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	55.351	320.016	10,52	60,8	5,8
	Frauen	12.352	62.724	10,11	51,3	5,1
	Gesamt	67.703	382.740	10,44	59,0	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.247	65.383	1,19	12,4	10,5
	Frauen	1.185	8.779	0,97	7,2	7,4
	Gesamt	7.432	74.162	1,15	11,4	10,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	72.942	1.147.858	13,87	218,2	15,7
	Frauen	13.146	206.413	10,76	168,9	15,7
	Gesamt	86.088	1.354.271	13,28	208,9	15,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.446	67.396	1,42	12,8	9,1
	Frauen	4.658	35.464	3,81	29,0	7,6
	Gesamt	12.104	102.860	1,87	15,9	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.304	31.916	2,70	26,1	9,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	23.764	221.600	4,52	42,1	9,3
	Frauen	7.620	67.543	6,23	55,3	8,9
	Gesamt	31.384	289.143	4,84	44,6	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28.926	512.478	5,50	97,4	17,7
	Frauen	5.898	100.172	4,83	82,0	17,0
	Gesamt	34.824	612.650	5,37	94,5	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	6.531	105.741	1,24	20,1	16,2
	Frauen	2.299	40.701	1,88	33,3	17,7
	Gesamt	8.830	146.442	1,36	22,6	16,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>439.434</b>	<b>4.910.957</b>	<b>83,54</b>	<b>933,6</b>	<b>11,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>116.090</b>	<b>1.286.383</b>	<b>94,98</b>	<b>1.052,5</b>	<b>11,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>555.524</b>	<b>6.197.340</b>	<b>85,69</b>	<b>956,0</b>	<b>11,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.113	74.691	0,97	14,2	14,6
	Frauen	1.072	14.292	0,88	11,7	13,3
	Gesamt	6.185	88.983	0,95	13,7	14,4

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	289.972	1.626.133	11,12	62,4	5,6
	Frauen	239.988	1.341.892	11,73	65,6	5,6
	Gesamt	529.960	2.968.025	11,39	63,8	5,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	43.176	1.216.368	1,66	46,6	28,2
	Frauen	43.274	1.640.483	2,11	80,2	37,9
	Gesamt	86.450	2.856.851	1,86	61,4	33,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	16.740	300.657	0,64	11,5	18,0
	Frauen	14.007	249.387	0,68	12,2	17,8
	Gesamt	30.747	550.044	0,66	11,8	17,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	124.112	4.840.194	4,76	185,6	39,0
	Frauen	162.437	6.306.622	7,94	308,2	38,8
	Gesamt	286.549	11.146.816	6,16	239,5	38,9
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	56.664	907.228	2,17	34,8	16,0
	Frauen	72.820	916.450	3,56	44,8	12,6
	Gesamt	129.484	1.823.678	2,78	39,2	14,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	39.073	292.318	1,50	11,2	7,5
	Frauen	30.582	225.909	1,49	11,0	7,4
	Gesamt	69.655	518.227	1,50	11,1	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	35.283	343.381	1,35	13,2	9,7
	Frauen	32.845	311.684	1,61	15,2	9,5
	Gesamt	68.128	655.065	1,46	14,1	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	84.304	2.189.083	3,23	83,9	26,0
	Frauen	58.574	1.007.595	2,86	49,2	17,2
	Gesamt	142.878	3.196.678	3,07	68,7	22,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	763.816	5.014.016	29,29	192,2	6,6
	Frauen	713.295	4.607.364	34,86	225,2	6,5
	Gesamt	1.477.111	9.621.380	31,73	206,7	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	342.167	2.284.960	13,12	87,6	6,7
	Frauen	263.247	1.556.298	12,86	76,1	5,9
	Gesamt	605.414	3.841.258	13,01	82,5	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	48.005	627.311	1,84	24,1	13,1
	Frauen	30.342	328.511	1,48	16,1	10,8
	Gesamt	78.347	955.822	1,68	20,5	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	587.600	11.224.061	22,53	430,3	19,1
	Frauen	361.171	7.673.832	17,65	375,0	21,3
	Gesamt	948.771	18.897.893	20,38	406,0	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	37.194	431.835	1,43	16,6	11,6
	Frauen	91.888	813.067	4,49	39,7	8,9
	Gesamt	129.082	1.244.902	2,77	26,8	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	49.017	546.275	2,40	26,7	11,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	162.068	1.706.006	6,21	65,4	10,5
	Frauen	176.138	1.665.237	8,61	81,4	9,5
	Gesamt	338.206	3.371.243	7,27	72,4	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	277.353	5.017.259	10,63	192,4	18,1
	Frauen	145.399	2.698.057	7,11	131,9	18,6
	Gesamt	422.752	7.715.316	9,08	165,8	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	33.701	645.146	1,29	24,7	19,1
	Frauen	41.119	834.490	2,01	40,8	20,3
	Gesamt	74.820	1.479.636	1,61	31,8	19,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.947.344</b>	<b>38.791.404</b>	<b>113,00</b>	<b>1.487,3</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.533.100</b>	<b>32.858.066</b>	<b>123,79</b>	<b>1.605,7</b>	<b>13,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.480.444</b>	<b>71.649.470</b>	<b>117,74</b>	<b>1.539,4</b>	<b>13,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	91.889	1.415.429	3,52	54,3	15,4
	Frauen	39.412	601.769	1,93	29,4	15,3
	Gesamt	131.301	2.017.198	2,82	43,3	15,4

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	286.517	1.597.166	11,91	66,4	5,6
	Frauen	236.838	1.318.078	12,60	70,1	5,6
	Gesamt	523.355	2.915.244	12,21	68,0	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	42.206	1.158.615	1,75	48,2	27,5
	Frauen	42.229	1.569.464	2,25	83,5	37,2
	Gesamt	84.435	2.728.079	1,97	63,6	32,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16.336	286.110	0,68	11,9	17,5
	Frauen	13.570	236.195	0,72	12,6	17,4
	Gesamt	29.906	522.305	0,70	12,2	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	117.861	4.347.058	4,90	180,6	36,9
	Frauen	155.246	5.739.237	8,26	305,3	37,0
	Gesamt	273.107	10.086.295	6,37	235,3	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	55.140	853.359	2,29	35,5	15,5
	Frauen	70.981	872.570	3,78	46,4	12,3
	Gesamt	126.121	1.725.929	2,94	40,3	13,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	38.616	284.157	1,60	11,8	7,4
	Frauen	30.129	217.250	1,60	11,6	7,2
	Gesamt	68.745	501.407	1,60	11,7	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	34.878	333.323	1,45	13,9	9,6
	Frauen	32.353	304.739	1,72	16,2	9,4
	Gesamt	67.231	638.062	1,57	14,9	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	82.278	2.097.764	3,42	87,2	25,5
	Frauen	57.251	962.951	3,05	51,2	16,8
	Gesamt	139.529	3.060.715	3,26	71,4	21,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	756.290	4.938.828	31,43	205,2	6,5
	Frauen	704.889	4.531.776	37,49	241,0	6,4
	Gesamt	1.461.179	9.470.604	34,09	220,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	338.038	2.228.748	14,05	92,6	6,6
	Frauen	259.614	1.513.612	13,81	80,5	5,8
	Gesamt	597.652	3.742.360	13,94	87,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	47.233	606.507	1,96	25,2	12,8
	Frauen	29.776	316.236	1,58	16,8	10,6
	Gesamt	77.009	922.743	1,80	21,5	12,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	577.449	10.760.027	24,00	447,1	18,6
	Frauen	352.163	7.262.534	18,73	386,3	20,6
	Gesamt	929.612	18.022.561	21,69	420,5	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	36.492	417.516	1,52	17,4	11,4
	Frauen	90.180	786.405	4,80	41,8	8,7
	Gesamt	126.672	1.203.921	2,96	28,1	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	47.766	527.828	2,54	28,1	11,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	159.024	1.642.856	6,61	68,3	10,3
	Frauen	172.783	1.611.501	9,19	85,7	9,3
	Gesamt	331.807	3.254.357	7,74	75,9	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	273.592	4.892.653	11,37	203,3	17,9
	Frauen	142.848	2.605.273	7,60	138,6	18,2
	Gesamt	416.440	7.497.926	9,72	174,9	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	33.120	620.719	1,38	25,8	18,7
	Frauen	40.360	805.949	2,15	42,9	20,0
	Gesamt	73.480	1.426.668	1,71	33,3	19,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.901.019</b>	<b>37.185.123</b>	<b>120,55</b>	<b>1.545,2</b>	<b>12,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.485.751</b>	<b>31.309.177</b>	<b>132,21</b>	<b>1.665,3</b>	<b>12,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.386.770</b>	<b>68.494.300</b>	<b>125,67</b>	<b>1.597,9</b>	<b>12,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	91.409	1.404.349	3,80	58,4	15,4
	Frauen	39.123	595.876	2,08	31,7	15,2
	Gesamt	130.532	2.000.225	3,05	46,7	15,3

A.2 Krankengeld-Kennzahlen **der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I)** – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	2.181	133.130	0,12	7,1	61,0
	Frauen	1.912	110.563	0,11	6,3	57,8
	Gesamt	4.093	243.693	0,11	6,7	59,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	3.652	554.880	0,19	29,5	151,9
	Frauen	5.878	897.692	0,33	51,1	152,7
	Gesamt	9.530	1.452.572	0,26	39,9	152,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	861	90.793	0,05	4,8	105,5
	Frauen	824	72.705	0,05	4,1	88,2
	Gesamt	1.685	163.498	0,05	4,5	97,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	15.744	1.903.574	0,84	101,2	120,9
	Frauen	22.273	2.915.332	1,27	165,8	130,9
	Gesamt	38.017	4.818.906	1,04	132,5	126,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.126	292.081	0,17	15,5	93,4
	Frauen	3.321	289.993	0,19	16,5	87,3
	Gesamt	6.447	582.074	0,18	16,0	90,3
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	742	55.893	0,04	3,0	75,3
	Frauen	594	46.219	0,03	2,6	77,8
	Gesamt	1.336	102.112	0,04	2,8	76,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	620	52.019	0,03	2,8	83,9
	Frauen	607	52.344	0,03	3,0	86,2
	Gesamt	1.227	104.363	0,03	2,9	85,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	7.261	845.948	0,39	45,0	116,5
	Frauen	2.950	338.580	0,17	19,3	114,8
	Gesamt	10.211	1.184.528	0,28	32,6	116,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	4.431	306.583	0,24	16,3	69,2
	Frauen	4.437	280.307	0,25	16,0	63,2
	Gesamt	8.868	586.890	0,24	16,1	66,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	6.002	351.837	0,32	18,7	58,6
	Frauen	3.614	247.820	0,21	14,1	68,6
	Gesamt	9.616	599.657	0,26	16,5	62,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.215	117.374	0,12	6,2	53,0
	Frauen	988	63.477	0,06	3,6	64,3
	Gesamt	3.203	180.851	0,09	5,0	56,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	40.684	3.362.416	2,16	178,8	82,7
	Frauen	30.618	2.695.371	1,74	153,3	88,0
	Gesamt	71.302	6.057.787	1,96	166,5	85,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.410	86.124	0,07	4,6	61,1
	Frauen	2.607	142.853	0,15	8,1	54,8
	Gesamt	4.017	228.977	0,11	6,3	57,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.371	42.236	0,08	2,4	30,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	4.086	443.978	0,22	23,6	108,7
	Frauen	4.137	409.602	0,24	23,3	99,0
	Gesamt	8.223	853.580	0,23	23,5	103,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	18.641	1.163.920	0,99	61,9	62,4
	Frauen	11.512	745.218	0,65	42,4	64,7
	Gesamt	30.153	1.909.138	0,83	52,5	63,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	2.328	191.756	0,12	10,2	82,4
	Frauen	3.307	273.340	0,19	15,6	82,7
	Gesamt	5.635	465.096	0,15	12,8	82,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>114.438</b>	<b>10.001.485</b>	<b>6,09</b>	<b>531,9</b>	<b>87,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>101.461</b>	<b>9.673.302</b>	<b>5,77</b>	<b>550,3</b>	<b>95,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>215.899</b>	<b>19.674.787</b>	<b>5,93</b>	<b>540,8</b>	<b>91,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.570	287.987	0,14	15,3	112,1
	Frauen	1.373	145.590	0,08	8,3	106,0
	Gesamt	3.943	433.577	0,11	11,9	110,0

A.2 Krankengeld-Kennzahlen **der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der Arbeitslosen (ALG-I)**  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2013)

A.2.2 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	50	6.970	0,08	11,6	139,4
	Frauen	39	4.475	0,07	8,2	114,7
	Gesamt	89	11.445	0,08	10,0	128,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	156	31.467	0,26	52,3	201,7
	Frauen	201	39.664	0,37	72,2	197,3
	Gesamt	357	71.131	0,31	61,8	199,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	41	6.806	0,07	11,3	166,0
	Frauen	46	6.028	0,08	11,0	131,0
	Gesamt	87	12.834	0,08	11,2	147,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.600	271.777	2,66	452,0	169,9
	Frauen	1.812	321.932	3,30	586,0	177,7
	Gesamt	3.412	593.709	2,97	516,0	174,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	168	27.682	0,28	46,0	164,8
	Frauen	136	18.213	0,25	33,2	133,9
	Gesamt	304	45.895	0,26	39,9	151,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	26	2.840	0,04	4,7	109,2
	Frauen	26	3.773	0,05	6,9	145,1
	Gesamt	52	6.613	0,05	5,8	127,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	33	4.570	0,05	7,6	138,5
	Frauen	18	2.041	0,03	3,7	113,4
	Gesamt	51	6.611	0,04	5,8	129,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	316	43.466	0,53	72,3	137,6
	Frauen	148	21.964	0,27	40,0	148,4
	Gesamt	464	65.430	0,40	56,9	141,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	117	16.198	0,19	26,9	138,4
	Frauen	96	12.372	0,17	22,5	128,9
	Gesamt	213	28.570	0,19	24,8	134,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	174	16.880	0,29	28,1	97,0
	Frauen	105	11.464	0,19	20,9	109,2
	Gesamt	279	28.344	0,24	24,6	101,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	76	8.738	0,13	14,5	115,0
	Frauen	33	4.079	0,06	7,4	123,6
	Gesamt	109	12.817	0,09	11,1	117,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.730	232.538	2,88	386,8	134,4
	Frauen	1.532	209.444	2,79	381,2	136,7
	Gesamt	3.262	441.982	2,83	384,1	135,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	41	5.528	0,07	9,2	134,8
	Frauen	87	8.416	0,16	15,3	96,7
	Gesamt	128	13.944	0,11	12,1	108,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	77	5.564	0,14	10,1	72,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	160	24.887	0,27	41,4	155,5
	Frauen	137	20.137	0,25	36,7	147,0
	Gesamt	297	45.024	0,26	39,1	151,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	557	50.593	0,93	84,2	90,8
	Frauen	385	40.533	0,70	73,8	105,3
	Gesamt	942	91.126	0,82	79,2	96,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	74	11.131	0,12	18,5	150,4
	Frauen	102	11.810	0,19	21,5	115,8
	Gesamt	176	22.941	0,15	19,9	130,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>5.336</b>	<b>764.280</b>	<b>8,87</b>	<b>1.271,2</b>	<b>143,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>5.008</b>	<b>745.228</b>	<b>9,12</b>	<b>1.356,5</b>	<b>148,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>10.344</b>	<b>1.509.508</b>	<b>8,99</b>	<b>1.311,9</b>	<b>145,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	23	3.677	0,04	6,1	159,9
	Frauen	11	1.675	0,02	3,0	152,3
	Gesamt	34	5.352	0,03	4,7	157,4

A.3 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt –  
mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2014)

Bund gesamt Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen		Pflichtmitglieder insgesamt: 3.770.447					
		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	596.670	12,1	596.670	0,9	1,0	1,0
	2	571.899	11,6	1.143.798	1,8	2,0	1,5
	3	622.141	12,6	1.866.423	2,9	3,0	2,0
	4	479.575	9,7	1.918.300	2,9	4,0	2,4
	5	637.524	13,0	3.187.620	4,9	5,0	3,0
	6	196.170	4,0	1.177.020	1,8	6,0	3,2
	7	153.671	3,1	1.075.697	1,6	7,0	3,4
	Summe/Durchschnitt	3.257.650	66,2	10.965.528	16,8	3,4	3,4
2. Woche	8	174.611	3,6	1.396.888	2,1	8,0	3,6
	9	147.118	3,0	1.324.062	2,0	9,0	3,8
	10	135.764	2,8	1.357.640	2,1	10,0	4,1
	11	116.208	2,4	1.278.288	2,0	11,0	4,3
	12	160.282	3,3	1.923.384	2,9	12,0	4,6
	13	56.139	1,1	729.807	1,1	13,0	4,7
	14	50.849	1,0	711.886	1,1	14,0	4,8
	Summe/Durchschnitt	840.971	17,1	8.721.955	13,3	10,4	4,8
3. Woche	15	64.561	1,3	968.415	1,5	15,0	5,0
	16	51.068	1,0	817.088	1,3	16,0	5,1
	17	46.533	1,0	791.061	1,2	17,0	5,2
	18	40.990	0,8	737.820	1,1	18,0	5,4
	19	53.998	1,1	1.025.962	1,6	19,0	5,5
	20	22.430	0,5	448.600	0,7	20,0	5,6
	21	21.821	0,4	458.241	0,7	21,0	5,7
	Summe/Durchschnitt	301.401	6,1	5.247.187	8,0	17,4	5,7
4. Woche	22	34.744	0,7	764.368	1,2	22,0	5,8
	23	21.845	0,4	502.435	0,8	23,0	5,9
	24	21.701	0,4	520.824	0,8	24,0	6,0
	25	21.144	0,4	528.600	0,8	25,0	6,1
	26	29.047	0,6	755.222	1,2	26,0	6,2
	27	12.551	0,3	338.877	0,5	27,0	6,2
	28	12.984	0,3	363.552	0,6	28,0	6,3
	Summe/Durchschnitt	154.016	3,1	3.773.878	5,8	24,5	6,3
5. Woche	29	19.197	0,4	556.713	0,9	29,0	6,4
	30	13.496	0,3	404.880	0,6	30,0	6,5
	31	13.370	0,3	414.470	0,6	31,0	6,5
	32	13.032	0,3	417.024	0,6	32,0	6,6
	33	16.809	0,3	554.697	0,9	33,0	6,7
	34	7.822	0,2	265.948	0,4	34,0	6,8
	35	7.827	0,2	273.945	0,4	35,0	6,8
	Summe/Durchschnitt	91.553	1,9	2.887.677	4,4	31,5	6,8
6. Woche	36	10.802	0,2	388.872	0,6	36,0	6,9
	37	8.594	0,2	317.978	0,5	37,0	6,9
	38	8.724	0,2	331.512	0,5	38,0	7,0
	39	9.299	0,2	362.661	0,6	39,0	7,1
	40	13.483	0,3	539.320	0,8	40,0	7,1
	41	6.685	0,1	274.085	0,4	41,0	7,2
	42	13.521	0,3	567.882	0,9	42,0	7,3
	Summe/Durchschnitt	71.108	1,4	2.782.310	4,3	39,1	7,3
7. Woche	Summe/Durchschnitt	33.557	0,7	1.517.179	2,3	45,2	7,6
8. Woche	Summe/Durchschnitt	17.758	0,4	939.962	1,4	52,9	7,7
9. Woche	Summe/Durchschnitt	14.587	0,3	874.274	1,3	59,9	7,9
10. Woche	Summe/Durchschnitt	11.313	0,2	758.894	1,2	67,1	8,0
11. Woche	Summe/Durchschnitt	9.764	0,2	722.948	1,1	74,0	8,2
12. Woche	Summe/Durchschnitt	8.231	0,2	667.385	1,0	81,1	8,3
13.–26. Woche	Summe/Durchschnitt	59.204	1,2	7.309.253	11,2	123,5	9,7
27.–52. Woche	Summe/Durchschnitt	29.913	0,6	7.589.528	11,6	253,7	11,2
53.–78. Woche	Summe/Durchschnitt	18.673	0,4	8.905.166	13,6	476,9	12,9
>78 Wochen	Summe/Durchschnitt	3.192	0,1	1.755.590	2,7	550,0	13,3
Alle	Summe/Durchschnitt	4.922.891	100,0	65.418.714	100,0	13,3	13,3

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)

A.4.1 Männer – sortiert nach Fallzahl

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	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	335.529	1.925.599	128,64	738,3	5,7
M54	Rückenschmerzen	242.126	3.471.326	92,83	1.330,9	14,3
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	151.092	686.565	57,93	263,2	4,5
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	112.438	290.960	43,11	111,6	2,6
J20	Akute Bronchitis	78.429	574.014	30,07	220,1	7,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	75.197	355.090	28,83	136,1	4,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	65.796	471.118	25,23	180,6	7,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	65.201	371.944	25,00	142,6	5,7
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	46.401	577.023	17,79	221,2	12,4
J03	Akute Tonsillitis	38.978	231.464	14,94	88,7	5,9
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	38.324	296.514	14,69	113,7	7,7
K29	Gastritis und Duodenitis	36.615	224.346	14,04	86,0	6,1
J02	Akute Pharyngitis	33.858	187.264	12,98	71,8	5,5
J32	Chronische Sinusitis	33.131	222.127	12,70	85,2	6,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	32.148	861.780	12,33	330,4	26,8
J01	Akute Sinusitis	32.112	189.719	12,31	72,7	5,9
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	31.427	559.759	12,05	214,6	17,8
F32	Depressive Episode	29.551	1.639.790	11,33	628,7	55,5
M77	Sonstige Enthesopathien	28.961	483.739	11,10	185,5	16,7
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	28.920	294.223	11,09	112,8	10,2

A.4.2 Männer – sortiert nach Tagen

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	242.126	3.471.326	92,83	1.330,9	14,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	335.529	1.925.599	128,64	738,3	5,7
F32	Depressive Episode	29.551	1.639.790	11,33	628,7	55,5
M75	Schulterläsionen	27.614	876.381	10,59	336,0	31,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	32.148	861.780	12,33	330,4	26,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	23.456	853.213	8,99	327,1	36,4
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	26.653	813.286	10,22	311,8	30,5
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	151.092	686.565	57,93	263,2	4,5
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	46.401	577.023	17,79	221,2	12,4
J20	Akute Bronchitis	78.429	574.014	30,07	220,1	7,3
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	31.427	559.759	12,05	214,6	17,8
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	12.583	513.117	4,82	196,7	40,8
M77	Sonstige Enthesopathien	28.961	483.739	11,10	185,5	16,7
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	15.867	472.873	6,08	181,3	29,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	65.796	471.118	25,23	180,6	7,2
F48	Andere neurotische Störungen	18.161	465.556	6,96	178,5	25,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	6.572	454.795	2,52	174,4	69,2
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	27.848	400.154	10,68	153,4	14,4
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	65.201	371.944	25,00	142,6	5,7
F45	Somatoforme Störungen	13.907	361.646	5,33	138,7	26,0

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)

A.4.3 Frauen – sortiert nach Fallzahl

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	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	299.471	1.744.996	146,35	852,8	5,8
M54	Rückenschmerzen	140.797	2.114.550	68,80	1.033,3	15,0
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	119.247	545.405	58,27	266,5	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	86.878	249.049	42,46	121,7	2,9
J20	Akute Bronchitis	64.880	478.678	31,71	233,9	7,4
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	58.867	273.506	28,77	133,7	4,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	57.319	412.315	28,01	201,5	7,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	56.944	333.937	27,83	163,2	5,9
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	54.882	401.309	26,82	196,1	7,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	49.352	1.351.529	24,12	660,5	27,4
J01	Akute Sinusitis	40.715	238.542	19,90	116,6	5,9
J03	Akute Tonsillitis	40.487	237.187	19,79	115,9	5,9
J32	Chronische Sinusitis	39.830	248.832	19,46	121,6	6,2
F32	Depressive Episode	38.690	2.126.329	18,91	1.039,1	55,0
G43	Migräne	37.992	153.888	18,57	75,2	4,1
K29	Gastritis und Duodenitis	37.695	238.272	18,42	116,4	6,3
J02	Akute Pharyngitis	36.853	202.729	18,01	99,1	5,5
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	27.556	148.362	13,47	72,5	5,4
F48	Andere neurotische Störungen	26.675	704.987	13,04	344,5	26,4
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	23.911	125.840	11,68	61,5	5,3

A.4.4 Frauen – sortiert nach Tagen

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
F32	Depressive Episode	38.690	2.126.329	18,91	1.039,1	55,0
M54	Rückenschmerzen	140.797	2.114.550	68,80	1.033,3	15,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	299.471	1.744.996	146,35	852,8	5,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	49.352	1.351.529	24,12	660,5	27,4
F48	Andere neurotische Störungen	26.675	704.987	13,04	344,5	26,4
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6.397	655.084	3,13	320,1	102,4
F33	Rezidivierende depressive Störung	8.641	638.291	4,22	311,9	73,9
M75	Schulterläsionen	16.800	559.413	8,21	273,4	33,3
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	13.519	549.067	6,61	268,3	40,6
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	119.247	545.405	58,27	266,5	4,6
F45	Somatoforme Störungen	19.161	513.380	9,36	250,9	26,8
J20	Akute Bronchitis	64.880	478.678	31,71	233,9	7,4
F41	Andere Angststörungen	8.211	426.052	4,01	208,2	51,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	57.319	412.315	28,01	201,5	7,2
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	11.784	410.198	5,76	200,5	34,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	54.882	401.309	26,82	196,1	7,3
M77	Sonstige Enthesopathien	17.184	355.052	8,40	173,5	20,7
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	56.944	333.937	27,83	163,2	5,9
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6.312	318.877	3,08	155,8	50,5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	19.218	314.917	9,39	153,9	16,4



A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2014)

A.4.5 Gesamt – sortiert nach Fallzahl

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	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	635.000	3.670.595	136,43	788,6	5,8
M54	Rückenschmerzen	382.923	5.585.876	82,27	1.200,1	14,6
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	270.339	1.231.970	58,08	264,7	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	199.316	540.009	42,82	116,0	2,7
J20	Akute Bronchitis	143.309	1.052.692	30,79	226,2	7,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	134.064	628.596	28,80	135,1	4,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	123.115	883.433	26,45	189,8	7,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	122.145	705.881	26,24	151,7	5,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	93.206	697.823	20,02	149,9	7,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	81.500	2.213.309	17,51	475,5	27,2
J03	Akute Tonsillitis	79.465	468.651	17,07	100,7	5,9
K29	Gastritis und Duodenitis	74.310	462.618	15,97	99,4	6,2
J32	Chronische Sinusitis	72.961	470.959	15,68	101,2	6,5
J01	Akute Sinusitis	72.827	428.261	15,65	92,0	5,9
J02	Akute Pharyngitis	70.711	389.993	15,19	83,8	5,5
F32	Depressive Episode	68.241	3.766.119	14,66	809,1	55,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	68.076	836.598	14,63	179,7	12,3
G43	Migräne	51.896	210.211	11,15	45,2	4,1
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	50.184	513.650	10,78	110,4	10,2
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	49.994	263.575	10,74	56,6	5,3

A.4.6 Gesamt – sortiert nach Tagen

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	382.923	5.585.876	82,27	1.200,1	14,6
F32	Depressive Episode	68.241	3.766.119	14,66	809,1	55,2
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	635.000	3.670.595	136,43	788,6	5,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	81.500	2.213.309	17,51	475,5	27,2
M75	Schulterläsionen	44.414	1.435.794	9,54	308,5	32,3
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	36.975	1.402.280	7,94	301,3	37,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	270.339	1.231.970	58,08	264,7	4,6
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	38.437	1.223.484	8,26	262,9	31,8
F48	Andere neurotische Störungen	44.836	1.170.543	9,63	251,5	26,1
F33	Rezidivierende depressive Störung	15.213	1.093.086	3,27	234,8	71,9
J20	Akute Bronchitis	143.309	1.052.692	30,79	226,2	7,3
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	123.115	883.433	26,45	189,8	7,2
F45	Somatoforme Störungen	33.068	875.026	7,10	188,0	26,5
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	47.079	865.542	10,11	186,0	18,4
M77	Sonstige Enthesopathien	46.145	838.791	9,91	180,2	18,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	68.076	836.598	14,63	179,7	12,3
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	18.895	831.994	4,06	178,8	44,0
F41	Andere Angststörungen	14.716	740.686	3,16	159,1	50,3
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	122.145	705.881	26,24	151,7	5,8
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	22.761	699.984	4,89	150,4	30,8

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	32,9	23,4	14,8	13,2	12,7	11,5
	Frauen	34,6	23,8	15,3	12,5	11,8	10,8
	Gesamt	33,6	23,5	15,1	12,9	12,2	11,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,5	0,6	0,7	0,8	1,1	1,4
	Frauen	0,7	0,8	1,0	1,2	1,6	2,3
	Gesamt	0,6	0,7	0,9	1,0	1,3	1,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7
	Frauen	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7
	Gesamt	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3,7	4,3	4,4	4,7	5,4	5,8
	Frauen	7,0	7,8	7,1	7,1	7,7	8,5
	Gesamt	5,0	5,9	5,6	5,9	6,6	7,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3,8	2,9	1,9	1,9	2,1	2,4
	Frauen	6,6	5,7	3,7	3,3	3,3	3,5
	Gesamt	4,9	4,2	2,7	2,6	2,7	3,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,5	1,3	1,1	1,2	1,3	1,5
	Frauen	1,8	1,5	1,2	1,2	1,3	1,3
	Gesamt	1,6	1,4	1,1	1,2	1,3	1,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,0	1,5	1,2	1,3	1,5	1,5
	Frauen	2,7	2,0	1,6	1,6	1,6	1,7
	Gesamt	2,2	1,7	1,4	1,4	1,5	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,8	1,5	1,3	1,4	1,9	2,7
	Frauen	3,7	2,3	1,8	1,8	2,1	2,6
	Gesamt	2,5	1,9	1,5	1,6	2,0	2,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	65,9	46,3	33,4	33,3	33,8	31,8
	Frauen	76,5	54,5	41,6	37,5	37,1	34,7
	Gesamt	70,0	50,0	37,3	35,4	35,5	33,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	23,1	18,0	12,7	11,8	12,5	13,6
	Frauen	28,1	20,4	12,9	10,2	10,4	11,7
	Gesamt	25,1	19,1	12,8	11,0	11,4	12,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,8	2,8	2,2	1,8	1,8	1,9
	Frauen	3,4	2,3	1,5	1,2	1,2	1,4
	Gesamt	3,6	2,6	1,9	1,5	1,5	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14,4	16,1	15,3	17,1	21,8	27,4
	Frauen	13,8	13,1	11,2	11,4	14,0	18,1
	Gesamt	14,2	14,8	13,3	14,3	17,8	22,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,1	1,0	0,9	1,0	1,3	1,6
	Frauen	10,6	7,2	5,1	4,5	4,4	4,4
	Gesamt	4,8	3,8	2,9	2,7	2,9	3,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,8	2,5	6,4	7,7	4,6	1,1
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	16,2	10,4	6,1	5,4	5,8	6,1
	Frauen	23,9	15,2	10,2	8,8	8,2	7,7
	Gesamt	19,2	12,6	8,0	7,1	7,0	7,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	29,3	21,6	14,0	11,2	10,9	11,5
	Frauen	15,7	11,1	7,2	5,6	5,9	6,7
	Gesamt	24,0	16,9	10,8	8,5	8,3	9,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,3
	Frauen	1,6	1,8	2,2	2,3	2,2	1,9
	Gesamt	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>201,4</b>	<b>153,6</b>	<b>111,4</b>	<b>107,8</b>	<b>115,5</b>	<b>122,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>232,7</b>	<b>173,2</b>	<b>130,9</b>	<b>118,7</b>	<b>118,1</b>	<b>119,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>213,5</b>	<b>162,3</b>	<b>120,7</b>	<b>113,1</b>	<b>116,8</b>	<b>121,2</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	10,3	9,4	8,8	5,9	2,6	12,8
	Frauen	10,3	9,9	9,8	7,5	4,0	12,6
	Gesamt	10,3	9,7	9,3	6,6	3,1	12,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1,8	2,5	3,9	3,3	2,1	1,7
	Frauen	3,0	3,4	3,6	3,2	2,0	2,2
	Gesamt	2,4	2,9	3,7	3,2	2,1	1,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,8	1,1	1,5	1,3	0,6	0,7
	Frauen	0,8	0,9	1,0	0,9	0,6	0,7
	Gesamt	0,8	1,0	1,2	1,1	0,6	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6,2	6,5	6,9	5,3	2,6	5,5
	Frauen	9,3	9,9	10,6	9,2	4,8	8,5
	Gesamt	7,8	8,2	8,7	7,0	3,4	7,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2,6	2,7	3,1	2,2	1,0	2,5
	Frauen	3,9	4,2	3,6	2,6	1,1	3,8
	Gesamt	3,3	3,5	3,3	2,4	1,0	3,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,7	2,0	2,7	2,3	1,2	1,6
	Frauen	1,4	1,8	2,5	2,7	1,8	1,6
	Gesamt	1,6	1,9	2,6	2,5	1,4	1,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1,5	1,6	1,7	1,2	0,5	1,5
	Frauen	1,7	1,8	1,8	1,5	0,6	1,7
	Gesamt	1,6	1,7	1,7	1,3	0,5	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3,8	5,6	8,0	7,5	4,8	3,6
	Frauen	3,3	4,1	5,2	5,6	3,6	3,1
	Gesamt	3,5	4,9	6,7	6,7	4,3	3,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	29,1	27,3	28,1	19,6	9,4	32,5
	Frauen	32,5	32,1	33,4	26,6	12,0	37,2
	Gesamt	30,8	29,6	30,6	22,6	10,4	34,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	14,6	16,4	18,3	12,3	4,9	14,7
	Frauen	13,4	15,0	16,7	13,4	5,5	13,8
	Gesamt	14,0	15,7	17,5	12,7	5,1	14,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2,0	2,2	2,3	1,7	0,9	2,1
	Frauen	1,6	1,7	1,9	1,5	0,6	1,6
	Gesamt	1,8	2,0	2,1	1,6	0,8	1,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	31,1	36,2	42,9	33,9	17,5	26,4
	Frauen	22,2	27,1	30,6	27,6	13,3	19,1
	Gesamt	26,6	31,7	37,0	31,2	15,9	22,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,7	2,0	2,5	1,9	1,3	1,5
	Frauen	4,6	4,6	4,0	3,2	1,4	4,8
	Gesamt	3,2	3,3	3,2	2,4	1,3	3,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,1	0,0	0,0	0,0	–	2,5
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6,4	7,1	8,3	6,3	3,4	7,1
	Frauen	7,8	8,1	8,8	7,4	4,2	9,3
	Gesamt	7,1	7,6	8,6	6,8	3,7	8,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	11,4	11,2	10,8	7,5	3,5	12,7
	Frauen	7,4	8,3	9,1	7,7	4,4	7,7
	Gesamt	9,4	9,8	10,0	7,6	3,8	10,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1,4	1,7	2,5	2,0	1,0	1,4
	Frauen	1,9	2,1	2,7	2,2	1,3	2,1
	Gesamt	1,7	1,9	2,6	2,1	1,1	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>126,7</b>	<b>135,8</b>	<b>152,4</b>	<b>114,5</b>	<b>57,3</b>	<b>128,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>125,6</b>	<b>135,4</b>	<b>145,7</b>	<b>123,0</b>	<b>61,3</b>	<b>132,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>126,2</b>	<b>135,6</b>	<b>149,2</b>	<b>118,1</b>	<b>58,8</b>	<b>130,6</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	106,7	91,2	68,7	66,6	69,7	69,2
	Frauen	129,0	99,5	75,6	64,5	61,5	61,7
	Gesamt	115,3	94,9	72,0	65,6	65,5	65,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4,8	9,4	12,9	14,1	20,8	27,2
	Frauen	8,2	10,2	17,0	22,4	43,5	74,5
	Gesamt	6,1	9,8	14,9	18,2	32,4	51,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2,1	2,9	2,8	5,1	5,4	10,3
	Frauen	2,6	6,2	6,8	9,3	10,1	12,0
	Gesamt	2,3	4,4	4,7	7,2	7,8	11,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	44,7	94,4	127,4	162,4	203,7	241,0
	Frauen	94,5	186,7	215,5	253,4	298,7	334,9
	Gesamt	64,0	135,5	169,3	207,0	252,1	288,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	11,6	14,5	18,4	21,3	30,2	40,2
	Frauen	20,7	30,2	28,2	31,7	40,8	48,6
	Gesamt	15,1	21,5	23,1	26,4	35,6	44,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4,3	5,5	5,7	6,2	7,9	10,1
	Frauen	7,8	6,6	5,7	6,0	7,2	8,8
	Gesamt	5,7	6,0	5,7	6,1	7,6	9,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7,6	7,3	7,4	9,1	12,2	14,7
	Frauen	10,3	10,4	10,5	12,1	13,1	15,5
	Gesamt	8,6	8,7	8,9	10,5	12,7	15,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9,5	10,5	14,7	19,0	31,9	52,5
	Frauen	12,9	14,3	16,1	21,0	25,6	40,6
	Gesamt	10,8	12,2	15,4	20,0	28,7	46,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	253,1	212,9	180,7	194,1	211,1	214,4
	Frauen	320,6	260,7	224,7	219,0	224,6	222,3
	Gesamt	279,3	234,2	201,7	206,3	218,0	218,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	87,9	82,6	68,0	70,6	80,7	96,7
	Frauen	111,6	94,4	68,5	58,0	60,6	74,4
	Gesamt	97,1	87,9	68,2	64,4	70,4	85,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	31,2	32,1	28,1	23,7	21,3	26,2
	Frauen	22,9	19,9	14,1	13,5	12,2	14,6
	Gesamt	28,0	26,6	21,5	18,7	16,7	20,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	94,8	157,5	187,2	238,6	345,2	490,8
	Frauen	98,6	135,6	145,4	166,9	236,0	354,9
	Gesamt	96,3	147,7	167,4	203,4	289,6	421,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6,1	7,5	8,1	9,3	12,9	16,8
	Frauen	36,9	31,0	32,7	34,1	35,6	45,5
	Gesamt	18,0	18,0	19,8	21,4	24,5	31,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	6,7	29,6	71,1	86,1	52,6	12,5
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	52,6	46,4	40,8	44,4	54,4	66,9
	Frauen	86,4	77,2	72,3	73,3	74,6	75,9
	Gesamt	65,7	60,1	55,8	58,6	64,7	71,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	289,4	279,0	219,7	186,4	195,1	220,3
	Frauen	132,0	120,7	97,0	81,8	100,0	120,4
	Gesamt	228,4	208,5	161,3	135,1	146,7	169,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8,2	14,0	15,9	17,0	19,8	22,6
	Frauen	14,1	25,8	32,1	38,3	39,9	41,0
	Gesamt	10,5	19,2	23,6	27,5	30,0	31,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.017,4</b>	<b>1.070,9</b>	<b>1.009,7</b>	<b>1.092,0</b>	<b>1.327,1</b>	<b>1.626,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.122,0</b>	<b>1.164,6</b>	<b>1.140,4</b>	<b>1.197,5</b>	<b>1.343,4</b>	<b>1.563,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.057,9</b>	<b>1.112,7</b>	<b>1.071,9</b>	<b>1.143,7</b>	<b>1.335,4</b>	<b>1.594,4</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

A.5.2 AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder insgesamt – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	68,3	70,2	78,0	61,4	39,6	72,3
	Frauen	64,0	67,0	77,1	66,1	48,6	70,7
	Gesamt	66,1	68,6	77,6	63,4	43,0	71,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	45,6	77,5	140,0	148,8	136,5	49,8
	Frauen	114,2	162,5	169,5	180,7	163,9	84,8
	Gesamt	80,1	119,5	154,0	162,4	146,7	66,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15,2	22,5	31,9	32,6	18,6	13,3
	Frauen	15,8	18,5	21,6	21,0	26,3	13,1
	Gesamt	15,5	20,5	27,0	27,6	21,4	13,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	257,4	279,4	313,8	326,9	220,7	215,6
	Frauen	374,0	413,9	487,6	533,6	309,8	332,6
	Gesamt	316,1	345,9	396,1	415,2	253,7	272,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	50,8	60,4	75,0	68,4	44,8	40,7
	Frauen	57,2	70,7	71,3	61,8	40,5	48,6
	Gesamt	54,0	65,5	73,3	65,6	43,2	44,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	12,1	17,8	26,1	29,0	18,2	12,5
	Frauen	11,8	15,4	25,4	28,3	21,5	11,8
	Gesamt	12,0	16,6	25,8	28,7	19,4	12,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	16,1	19,3	24,2	20,9	19,1	14,2
	Frauen	18,0	21,3	24,4	23,5	12,6	16,2
	Gesamt	17,1	20,3	24,3	22,0	16,7	15,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	99,8	168,3	254,4	303,2	223,3	95,8
	Frauen	60,6	79,1	117,8	152,4	164,1	53,0
	Gesamt	80,1	124,2	189,7	238,8	201,4	75,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	216,5	228,1	273,3	231,2	122,6	217,5
	Frauen	226,5	250,8	291,6	271,7	147,2	241,0
	Gesamt	221,6	239,3	282,0	248,5	131,7	228,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	109,4	130,5	149,3	130,5	85,2	100,8
	Frauen	85,3	95,7	106,7	110,6	40,7	82,0
	Gesamt	97,3	113,3	129,1	122,0	68,8	91,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	29,4	32,0	36,8	30,3	17,9	28,8
	Frauen	19,3	20,9	23,4	22,6	14,9	17,6
	Gesamt	24,3	26,5	30,4	27,0	16,8	23,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	615,8	775,4	1.038,3	1.059,6	796,5	516,7
	Frauen	484,9	652,0	834,6	933,9	607,8	409,9
	Gesamt	549,9	714,4	941,9	1.005,9	726,6	465,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	19,4	26,4	38,3	40,1	27,9	18,7
	Frauen	51,4	53,4	47,1	51,6	36,3	42,7
	Gesamt	35,5	39,8	42,4	45,0	31,0	30,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	1,0	0,3	0,3	0,1	–	28,2
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	77,1	102,9	134,2	149,1	114,2	76,1
	Frauen	86,0	102,5	125,7	122,6	85,5	87,7
	Gesamt	81,6	102,7	130,1	137,8	103,6	81,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	235,1	254,4	257,6	217,1	147,4	230,9
	Frauen	145,9	190,4	239,9	239,0	250,4	142,6
	Gesamt	190,2	222,8	249,2	226,5	185,5	188,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	30,9	39,0	49,1	53,2	39,6	27,6
	Frauen	46,2	56,3	59,8	60,2	65,5	43,5
	Gesamt	38,6	47,6	54,2	56,2	49,1	35,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.904,8</b>	<b>2.310,7</b>	<b>2.931,2</b>	<b>2.909,7</b>	<b>2.077,9</b>	<b>1.737,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.870,1</b>	<b>2.279,0</b>	<b>2.731,4</b>	<b>2.889,2</b>	<b>2.037,6</b>	<b>1.733,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.887,4</b>	<b>2.295,0</b>	<b>2.836,6</b>	<b>2.900,9</b>	<b>2.063,0</b>	<b>1.735,0</b>

A.6 BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteil an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2014)

Wirtschaftsgruppe	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			Beschäftigte Gesamtdeutschland**			Anteil BKK in Prozent
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
Land- und Forstwirtschaft	1-3	8.837	5.626	14.463	165.859	78.783	244.642	5,9
Nahrung, Genuss	10-12	32.918	32.801	65.718	343.670	320.649	664.319	9,9
Textil, Bekleidung, Leder	13-15	7.445	7.935	15.380	58.054	66.002	124.056	12,4
Holz, Papier, Druck	16-18	38.144	13.311	51.455	279.929	96.802	376.731	13,7
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	7.624	1.815	9.439	90.468	17.901	108.369	8,7
Papiergewerbe	17	17.206	4.358	21.564	94.398	28.714	123.112	17,5
Druck	18	13.314	7.137	20.451	95.063	50.187	145.250	14,1
Chemie	19-22	122.554	49.028	171.582	601.596	248.635	850.231	20,2
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	5.012	949	5.961	20.666	4.610	25.276	23,6
Chemische Industrie	20-21	78.074	34.787	112.861	299.627	148.448	448.075	25,2
Gummi- und Kunststoffwaren	22	39.469	13.292	52.760	281.303	95.577	376.880	14,0
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	18.363	5.282	23.646	162.029	39.410	201.439	11,7
Metallerzeugung	24-25	118.437	25.539	143.976	894.825	184.539	1.079.364	13,3
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	46.673	6.088	52.761	258.773	35.300	294.073	17,9
Herstellung von Metallzeugnissen	25	71.764	19.451	91.215	636.052	149.239	785.291	11,6
Metallverarbeitung	26-30	630.590	154.407	784.996	2.257.327	557.720	2.815.047	27,9
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	26-27	128.795	55.472	184.268	547.976	226.158	774.134	23,8
Maschinenbau	28	156.654	32.417	189.071	847.691	165.361	1.013.052	18,7
Kfz-Bau	29	320.169	62.236	382.405	729.861	142.839	872.700	43,8
Sonstiger Fahrzeugbau	30	24.971	4.281	29.252	131.799	23.362	155.161	18,9
Möbel und sonstige Erzeugnisse	31-32	27.823	19.130	46.953	212.286	137.201	349.487	13,4
Energie- und Wasserwirtschaft	35-37	50.562	16.143	66.704	221.811	76.459	298.270	22,4
Abfallbeseitigung und Recycling	38-39	15.780	3.590	19.370	139.094	26.823	165.917	11,7
Baugewerbe	41-43	135.141	25.026	160.167	1.475.002	221.959	1.696.961	9,4
Handel	45-47	251.747	282.201	533.948	2.010.153	2.169.990	4.180.143	12,8
Kfz-Werkstätten	45	74.694	21.228	95.922	491.864	124.658	616.522	15,6
Großhandel	46	101.914	65.334	167.248	861.601	474.424	1.336.025	12,5
Einzelhandel	47	75.138	195.640	270.778	656.688	1.570.908	2.227.596	12,2
Verkehr	49-52	163.551	50.018	213.569	1.038.245	284.382	1.322.627	16,1
Landverkehr	49	84.013	17.084	101.098	484.742	85.661	570.403	17,7
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	50-52	79.538	32.933	112.471	553.503	198.721	752.224	15,0
Postdienste	53	31.046	37.884	68.929	130.270	102.390	232.660	29,6
Gastgewerbe	55-56	32.517	49.448	81.964	411.616	527.606	939.222	8,7
Verlage und Medien	58-60	11.665	15.170	26.835	115.861	119.358	235.219	11,4
Telekommunikation	61	17.411	3.731	21.143	51.436	17.610	69.046	30,6
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62-63	63.376	29.741	93.118	440.105	181.278	621.383	15,0
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64-66	76.732	113.694	190.426	437.098	559.400	996.498	19,1
Dienstleistungen	68-82	284.098	273.493	557.591	2.249.930	1.974.467	4.224.397	13,2
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	13.544	15.742	29.285	112.650	119.517	232.167	12,6
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	69-75	135.138	153.748	288.887	930.400	996.557	1.926.957	15,0
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	59.466	29.465	88.931	571.790	232.396	804.186	11,1
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79-82	75.951	74.538	150.489	635.090	625.997	1.261.087	11,9
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	64.913	117.364	182.276	623.621	1.079.648	1.703.269	10,7
Erziehung und Unterricht	85	33.388	92.602	125.990	344.457	814.492	1.158.949	10,9
Gesundheits- und Sozialwesen	86-88	74.732	353.942	428.675	979.876	3.285.418	4.265.294	10,1
Gesundheitswesen	86	37.709	211.375	249.084	428.879	1.828.165	2.257.044	11,0
Sozialwesen	87-88	37.023	142.568	179.591	550.997	1.457.253	2.008.250	8,9
Kultur, Sport und Unterhaltung	90-93	12.322	14.757	27.079	123.198	134.648	257.846	10,5
<b>Gesamt</b>		<b>2.406.429</b>	<b>1.880.091</b>	<b>4.286.520</b>	<b>16.240.821</b>	<b>13.933.684</b>	<b>30.174.505</b>	<b>14,2</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), Stichtag: 30. Juni 2014, Bundesagentur für Arbeit

A.7 AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2014)

Wirtschaftsgruppe	AU-Tage je beschäftigtem Pflichtmitglied			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied insgesamt			Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt
	Land- und Forstwirtschaft	13,0	14,8	13,7	12,8	14,7		13,5	38,9	38,9
Nahrung, Genuss	17,3	18,7	18,1	16,6	18,6	17,6	49,9	41,0	41,5	41,2
Textil, Bekleidung, Leder	19,0	15,9	17,4	17,4	15,7	16,5	51,6	44,0	43,4	43,7
Holz, Papier, Druck	18,5	16,9	18,0	17,6	16,5	17,3	25,9	43,4	42,6	43,2
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16,6	12,4	15,8	16,1	12,4	15,4	19,2	40,8	41,6	40,9
Papiergewerbe	19,6	17,3	19,1	18,4	16,7	18,0	20,2	44,3	42,8	44,0
Druck	18,2	17,7	18,0	17,5	17,5	17,5	34,9	43,8	42,8	43,4
Chemie	19,0	17,3	18,5	16,8	16,1	16,6	28,6	44,1	42,5	43,7
Kokerei, Mineralölverarbeitung	15,3	13,1	14,9	13,8	13,5	13,7	15,9	45,2	41,6	44,6
Chemische Industrie	19,1	17,0	18,3	16,4	15,6	16,2	30,8	44,7	42,2	44,0
Gummi- und Kunststoffwaren	19,2	18,2	19,0	17,8	17,8	17,8	25,2	42,8	43,4	42,9
Glas, Keramik, Steine/Erden	20,1	16,3	19,2	19,0	16,0	18,3	22,3	43,8	43,3	43,7
Metallerzeugung	19,5	16,5	18,9	18,3	16,1	17,9	17,7	42,5	43,1	42,6
Metallerzeugung und -bearbeitung	21,7	16,5	21,1	20,1	15,8	19,6	11,5	44,5	42,9	44,3
Herstellung von Metallerzeugnissen	18,1	16,5	17,8	17,1	16,1	16,9	21,3	41,3	43,2	41,7
Metallverarbeitung	17,9	18,5	18,0	15,2	16,9	15,6	19,7	43,2	41,6	42,9
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	15,6	19,3	17,0	12,6	17,9	14,2	30,1	43,3	43,7	43,4
Maschinenbau	17,0	14,1	16,4	15,1	13,3	14,8	17,2	42,2	41,2	42,0
Kfz-Bau	19,0	20,3	19,2	16,2	18,0	16,5	16,3	43,6	40,0	43,0
Sonstiger Fahrzeugbau	20,8	16,2	20,0	17,2	15,1	16,9	14,6	43,7	41,3	43,4
Möbel und sonstige Erzeugnisse	15,8	16,4	16,0	14,6	16,1	15,2	40,7	41,2	41,4	41,3
Energie- und Wasserwirtschaft	15,4	15,5	15,4	14,1	15,1	14,3	24,2	45,2	42,1	44,4
Abfallbeseitigung und Recycling	23,9	16,8	22,6	23,4	16,8	22,2	18,5	45,1	42,5	44,6
Baugewerbe	18,3	12,5	17,4	17,9	12,5	17,0	15,6	39,6	42,0	40,0
Handel	14,8	16,6	15,8	14,1	16,5	15,3	52,9	39,5	40,7	40,1
Kfz-Werkstätten	15,5	14,0	15,2	15,0	13,8	14,7	22,1	38,1	38,8	38,3
Großhandel	14,5	13,9	14,2	13,3	13,7	13,5	39,1	41,8	41,3	41,6
Einzelhandel	14,5	17,7	16,9	14,1	17,7	16,7	72,3	37,7	40,7	39,9
Verkehr	21,5	20,8	21,3	20,9	20,5	20,8	23,4	44,6	42,1	44,0
Landverkehr	22,8	23,6	22,9	22,5	23,3	22,6	16,9	45,9	43,4	45,5
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	19,9	19,3	19,7	19,2	19,0	19,1	29,3	43,2	41,4	42,7
Postdienste	21,1	30,3	26,2	21,0	30,1	26,0	55,0	43,2	48,5	46,1
Gastgewerbe	12,0	17,1	15,1	11,9	17,0	15,0	60,3	36,5	38,9	38,0
Verlage und Medien	8,6	11,0	10,1	7,9	10,9	9,6	56,5	41,2	41,1	41,1
Telekommunikation	15,5	17,9	16,0	14,2	16,9	14,7	17,7	46,7	41,0	45,7
Informationsdienstleistungen, Daten- verarbeitung	9,3	12,5	10,6	8,3	12,3	9,6	31,9	40,4	40,3	40,4
Kredit- und Versicherungsgewerbe	10,8	13,7	12,8	9,7	13,5	11,9	59,7	41,4	41,1	41,2
Dienstleistungen	15,2	15,4	15,3	13,5	15,0	14,2	49,1	41,0	40,7	40,8
Grundstücks- und Wohnungswesen	14,1	14,1	14,1	13,2	13,9	13,6	53,8	45,3	42,8	44,0
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	10,4	11,6	11,1	9,1	11,3	10,3	53,2	41,1	39,7	40,3
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	17,9	19,3	18,4	17,8	19,2	18,2	33,1	37,8	38,6	38,0
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	18,7	21,2	20,0	18,1	21,0	19,5	49,5	42,5	43,0	42,8
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	19,8	19,9	19,9	19,6	20,0	19,8	64,4	45,1	43,9	44,3
Erziehung und Unterricht	9,9	14,4	13,3	9,7	14,4	13,1	73,5	37,5	40,6	39,8
Gesundheits- und Sozialwesen	15,7	17,7	17,4	15,2	17,6	17,2	82,6	40,8	40,5	40,5
Gesundheitswesen	15,0	15,1	15,1	14,2	15,0	14,9	84,9	40,5	39,2	39,4
Sozialwesen	16,4	21,6	20,6	16,1	21,6	20,4	79,4	41,1	42,4	42,1
Kultur, Sport und Unterhaltung	13,6	15,5	14,7	13,2	15,5	14,5	54,5	39,9	40,8	40,4
Gesamt	17,2	17,1	17,1	15,5	16,7	16,0	43,9	42,2	41,4	41,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	709	4.246	8,02	48,1	6,0
	Frauen	501	2.957	8,91	52,6	5,9
	Gesamt	1.210	7.203	8,37	49,8	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	101	2.933	1,14	33,2	29,0
	Frauen	133	3.679	2,36	65,4	27,7
	Gesamt	234	6.612	1,62	45,7	28,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	35	829	0,40	9,4	23,7
	Frauen	55	1.273	0,98	22,6	23,2
	Gesamt	90	2.102	0,62	14,5	23,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	194	8.417	2,20	95,3	43,4
	Frauen	308	13.173	5,47	234,2	42,8
	Gesamt	502	21.590	3,47	149,3	43,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	105	1.584	1,19	17,9	15,1
	Frauen	159	2.511	2,83	44,6	15,8
	Gesamt	264	4.095	1,83	28,3	15,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	106	885	1,20	10,0	8,4
	Frauen	71	326	1,26	5,8	4,6
	Gesamt	177	1.211	1,22	8,4	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	107	795	1,21	9,0	7,4
	Frauen	59	523	1,05	9,3	8,9
	Gesamt	166	1.318	1,15	9,1	7,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	235	7.875	2,66	89,1	33,5
	Frauen	147	2.855	2,61	50,8	19,4
	Gesamt	382	10.730	2,64	74,2	28,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	1.708	12.585	19,33	142,4	7,4
	Frauen	1.440	9.262	25,60	164,6	6,4
	Gesamt	3.148	21.847	21,77	151,1	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	919	7.791	10,40	88,2	8,5
	Frauen	643	4.036	11,43	71,7	6,3
	Gesamt	1.562	11.827	10,80	81,8	7,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	148	1.721	1,67	19,5	11,6
	Frauen	71	1.333	1,26	23,7	18,8
	Gesamt	219	3.054	1,51	21,1	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	1.530	32.142	17,31	363,7	21,0
	Frauen	934	19.722	16,60	350,6	21,1
	Gesamt	2.464	51.864	17,04	358,6	21,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	85	793	0,96	9,0	9,3
	Frauen	237	2.094	4,21	37,2	8,8
	Gesamt	322	2.887	2,23	20,0	9,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	95	1.002	1,69	17,8	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	382	5.004	4,32	56,6	13,1
	Frauen	403	5.404	7,16	96,1	13,4
	Gesamt	785	10.408	5,43	72,0	13,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.271	22.988	14,38	260,1	18,1
	Frauen	600	10.886	10,66	193,5	18,1
	Gesamt	1.871	33.874	12,94	234,2	18,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	79	1.797	0,89	20,3	22,8
	Frauen	69	1.482	1,23	26,3	21,5
	Gesamt	148	3.279	1,02	22,7	22,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>7.725</b>	<b>112.667</b>	<b>87,42</b>	<b>1.275,0</b>	<b>14,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>5.938</b>	<b>82.597</b>	<b>105,55</b>	<b>1.468,2</b>	<b>13,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>13.663</b>	<b>195.264</b>	<b>94,47</b>	<b>1.350,1</b>	<b>14,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	681	12.652	7,71	143,2	18,6
	Frauen	285	4.040	5,07	71,8	14,2
	Gesamt	966	16.692	6,68	115,4	17,3



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	3.844	22.265	11,68	67,6	5,8
	Frauen	3.676	22.775	11,21	69,4	6,2
	Gesamt	7.520	45.040	11,44	68,5	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	515	16.522	1,56	50,2	32,1
	Frauen	706	28.338	2,15	86,4	40,1
	Gesamt	1.221	44.860	1,86	68,3	36,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	194	4.180	0,59	12,7	21,6
	Frauen	222	5.173	0,68	15,8	23,3
	Gesamt	416	9.353	0,63	14,2	22,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.412	55.690	4,29	169,2	39,4
	Frauen	2.316	96.082	7,06	292,9	41,5
	Gesamt	3.728	151.772	5,67	230,9	40,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	733	12.820	2,23	39,0	17,5
	Frauen	1.018	17.634	3,10	53,8	17,3
	Gesamt	1.751	30.454	2,66	46,3	17,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	464	4.484	1,41	13,6	9,7
	Frauen	434	3.411	1,32	10,4	7,9
	Gesamt	898	7.895	1,37	12,0	8,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	419	4.923	1,27	15,0	11,8
	Frauen	398	3.678	1,21	11,2	9,2
	Gesamt	817	8.601	1,24	13,1	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.107	29.785	3,36	90,5	26,9
	Frauen	1.149	21.791	3,50	66,4	19,0
	Gesamt	2.256	51.576	3,43	78,5	22,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	8.625	61.047	26,20	185,5	7,1
	Frauen	9.323	72.541	28,42	221,2	7,8
	Gesamt	17.948	133.588	27,31	203,3	7,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.515	32.107	13,72	97,5	7,1
	Frauen	4.216	26.608	12,85	81,1	6,3
	Gesamt	8.731	58.715	13,29	89,3	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	645	9.767	1,96	29,7	15,1
	Frauen	564	8.055	1,72	24,6	14,3
	Gesamt	1.209	17.822	1,84	27,1	14,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.125	169.416	24,68	514,7	20,9
	Frauen	6.673	174.585	20,34	532,3	26,2
	Gesamt	14.798	344.001	22,52	523,5	23,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	456	4.806	1,39	14,6	10,5
	Frauen	1.374	15.168	4,19	46,2	11,0
	Gesamt	1.830	19.974	2,78	30,4	10,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	762	9.052	2,32	27,6	11,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.047	20.663	6,22	62,8	10,1
	Frauen	2.775	32.400	8,46	98,8	11,7
	Gesamt	4.822	53.063	7,34	80,7	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.469	86.884	13,58	263,9	19,4
	Frauen	3.005	54.658	9,16	166,6	18,2
	Gesamt	7.474	141.542	11,37	215,4	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	435	10.009	1,32	30,4	23,0
	Frauen	627	15.025	1,91	45,8	24,0
	Gesamt	1.062	25.034	1,62	38,1	23,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>38.085</b>	<b>546.636</b>	<b>115,70</b>	<b>1.660,6</b>	<b>14,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>39.346</b>	<b>609.474</b>	<b>119,95</b>	<b>1.858,1</b>	<b>15,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>77.431</b>	<b>1.156.110</b>	<b>117,82</b>	<b>1.759,2</b>	<b>14,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.870	29.046	5,68	88,2	15,5
	Frauen	1.129	16.250	3,44	49,5	14,4
	Gesamt	2.999	45.296	4,56	68,9	15,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	844	4.935	11,34	66,3	5,9
	Frauen	874	4.342	11,01	54,7	5,0
	Gesamt	1.718	9.277	11,17	60,3	5,4
Neubildungen (C00-D48)	Männer	135	3.275	1,81	44,0	24,3
	Frauen	249	8.877	3,14	111,9	35,7
	Gesamt	384	12.152	2,50	79,0	31,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	49	1.793	0,66	24,1	36,6
	Frauen	46	761	0,58	9,6	16,5
	Gesamt	95	2.554	0,62	16,6	26,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	405	16.919	5,44	227,3	41,8
	Frauen	529	15.441	6,67	194,6	29,2
	Gesamt	934	32.360	6,07	210,4	34,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	159	2.744	2,14	36,9	17,3
	Frauen	300	3.251	3,78	41,0	10,8
	Gesamt	459	5.995	2,98	39,0	13,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	113	681	1,52	9,2	6,0
	Frauen	122	793	1,54	10,0	6,5
	Gesamt	235	1.474	1,53	9,6	6,3
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	116	851	1,56	11,4	7,3
	Frauen	128	1.159	1,61	14,6	9,1
	Gesamt	244	2.010	1,59	13,1	8,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	258	6.605	3,47	88,7	25,6
	Frauen	253	3.899	3,19	49,1	15,4
	Gesamt	511	10.504	3,32	68,3	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.114	14.590	28,39	196,0	6,9
	Frauen	2.614	16.350	32,94	206,1	6,3
	Gesamt	4.728	30.940	30,74	201,2	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.180	8.638	15,85	116,0	7,3
	Frauen	1.120	5.687	14,11	71,7	5,1
	Gesamt	2.300	14.325	14,95	93,1	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	126	1.347	1,69	18,1	10,7
	Frauen	116	1.036	1,46	13,1	8,9
	Gesamt	242	2.383	1,57	15,5	9,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	2.259	42.421	30,34	569,8	18,8
	Frauen	1.540	33.762	19,41	425,5	21,9
	Gesamt	3.799	76.183	24,70	495,3	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	116	1.302	1,56	17,5	11,2
	Frauen	346	3.679	4,36	46,4	10,6
	Gesamt	462	4.981	3,00	32,4	10,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	140	1.821	1,76	23,0	13,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	529	6.370	7,11	85,6	12,0
	Frauen	683	7.111	8,61	89,6	10,4
	Gesamt	1.212	13.481	7,88	87,7	11,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	791	14.234	10,62	191,2	18,0
	Frauen	558	12.023	7,03	151,5	21,6
	Gesamt	1.349	26.257	8,77	170,7	19,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	83	2.110	1,11	28,3	25,4
	Frauen	180	4.160	2,27	52,4	23,1
	Gesamt	263	6.270	1,71	40,8	23,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>9.295</b>	<b>129.220</b>	<b>124,85</b>	<b>1.735,7</b>	<b>13,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>9.822</b>	<b>124.673</b>	<b>123,78</b>	<b>1.571,2</b>	<b>12,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>19.117</b>	<b>253.893</b>	<b>124,30</b>	<b>1.650,8</b>	<b>13,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	274	4.888	3,68	65,7	17,8
	Frauen	159	2.769	2,00	34,9	17,4
	Gesamt	433	7.657	2,82	49,8	17,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	4.815	27.311	12,62	71,6	5,7
	Frauen	1.551	7.971	11,65	59,9	5,1
	Gesamt	6.366	35.282	12,37	68,6	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	708	22.788	1,86	59,7	32,2
	Frauen	357	13.948	2,68	104,8	39,1
	Gesamt	1.065	36.736	2,07	71,4	34,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	221	2.598	0,58	6,8	11,8
	Frauen	89	2.002	0,67	15,0	22,5
	Gesamt	310	4.600	0,60	8,9	14,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.992	74.929	5,22	196,4	37,6
	Frauen	1.011	36.232	7,60	272,2	35,8
	Gesamt	3.003	111.161	5,84	216,0	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	934	15.193	2,45	39,8	16,3
	Frauen	499	6.674	3,75	50,1	13,4
	Gesamt	1.433	21.867	2,78	42,5	15,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	629	4.985	1,65	13,1	7,9
	Frauen	203	1.219	1,53	9,2	6,0
	Gesamt	832	6.204	1,62	12,1	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	550	4.990	1,44	13,1	9,1
	Frauen	216	1.832	1,62	13,8	8,5
	Gesamt	766	6.822	1,49	13,3	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.390	34.980	3,64	91,7	25,2
	Frauen	398	6.891	2,99	51,8	17,3
	Gesamt	1.788	41.871	3,47	81,4	23,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	11.737	76.721	30,77	201,1	6,5
	Frauen	4.453	27.884	33,45	209,5	6,3
	Gesamt	16.190	104.605	31,46	203,3	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.765	39.043	15,11	102,4	6,8
	Frauen	2.029	13.037	15,24	97,9	6,4
	Gesamt	7.794	52.080	15,15	101,2	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	808	10.246	2,12	26,9	12,7
	Frauen	187	1.632	1,40	12,3	8,7
	Gesamt	995	11.878	1,93	23,1	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.450	221.568	30,02	580,9	19,4
	Frauen	2.614	57.149	19,64	429,3	21,9
	Gesamt	14.064	278.717	27,33	541,7	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	591	7.468	1,55	19,6	12,6
	Frauen	607	5.557	4,56	41,8	9,2
	Gesamt	1.198	13.025	2,33	25,3	10,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	260	2.471	1,95	18,6	9,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.597	26.671	6,81	69,9	10,3
	Frauen	1.209	10.731	9,08	80,6	8,9
	Gesamt	3.806	37.402	7,40	72,7	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.887	88.709	12,81	232,6	18,2
	Frauen	1.041	17.369	7,82	130,5	16,7
	Gesamt	5.928	106.078	11,52	206,2	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	490	11.405	1,28	29,9	23,3
	Frauen	272	6.094	2,04	45,8	22,4
	Gesamt	762	17.499	1,48	34,0	23,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>49.667</b>	<b>671.438</b>	<b>130,21</b>	<b>1.760,3</b>	<b>13,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>17.044</b>	<b>219.916</b>	<b>128,04</b>	<b>1.652,1</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>66.711</b>	<b>891.354</b>	<b>129,65</b>	<b>1.732,3</b>	<b>13,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.696	25.653	4,45	67,3	15,1
	Frauen	276	4.023	2,07	30,2	14,6
	Gesamt	1.972	29.676	3,83	57,7	15,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	15.979	87.494	13,04	71,4	5,5
	Frauen	6.219	34.229	12,68	69,8	5,5
	Gesamt	22.198	121.723	12,94	70,9	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.597	63.374	2,12	51,7	24,4
	Frauen	1.187	40.989	2,42	83,6	34,5
	Gesamt	3.784	104.363	2,21	60,8	27,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	952	15.411	0,78	12,6	16,2
	Frauen	397	6.183	0,81	12,6	15,6
	Gesamt	1.349	21.594	0,79	12,6	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.315	203.607	5,15	166,1	32,2
	Frauen	4.056	139.428	8,27	284,4	34,4
	Gesamt	10.371	343.035	6,04	199,9	33,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.336	48.096	2,72	39,2	14,4
	Frauen	2.092	22.064	4,27	45,0	10,6
	Gesamt	5.428	70.160	3,16	40,9	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.047	14.688	1,67	12,0	7,2
	Frauen	909	6.686	1,85	13,6	7,4
	Gesamt	2.956	21.374	1,72	12,5	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.027	18.492	1,65	15,1	9,1
	Frauen	909	7.571	1,85	15,4	8,3
	Gesamt	2.936	26.063	1,71	15,2	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.680	112.406	3,82	91,7	24,0
	Frauen	1.672	25.257	3,41	51,5	15,1
	Gesamt	6.352	137.663	3,70	80,2	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	43.410	301.475	35,42	246,0	6,9
	Frauen	19.577	122.939	39,93	250,8	6,3
	Gesamt	62.987	424.414	36,71	247,4	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18.642	128.380	15,21	104,8	6,9
	Frauen	7.373	38.116	15,04	77,7	5,2
	Gesamt	26.015	166.496	15,16	97,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.850	35.981	2,33	29,4	12,6
	Frauen	853	7.203	1,74	14,7	8,4
	Gesamt	3.703	43.184	2,16	25,2	11,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	34.984	627.764	28,55	512,2	17,9
	Frauen	10.359	180.732	21,13	368,6	17,5
	Gesamt	45.343	808.496	26,43	471,2	17,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.281	24.651	1,86	20,1	10,8
	Frauen	2.435	19.880	4,97	40,6	8,2
	Gesamt	4.716	44.531	2,75	26,0	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.189	11.701	2,43	23,9	9,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	8.670	100.861	7,07	82,3	11,6
	Frauen	4.742	42.758	9,67	87,2	9,0
	Gesamt	13.412	143.619	7,82	83,7	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.942	229.798	10,56	187,5	17,8
	Frauen	3.552	60.341	7,24	123,1	17,0
	Gesamt	16.494	290.139	9,61	169,1	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.854	36.305	1,51	29,6	19,6
	Frauen	1.067	21.911	2,18	44,7	20,5
	Gesamt	2.921	58.216	1,70	33,9	19,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>163.910</b>	<b>2.056.162</b>	<b>133,74</b>	<b>1.677,8</b>	<b>12,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>68.761</b>	<b>789.884</b>	<b>140,25</b>	<b>1.611,1</b>	<b>11,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>232.671</b>	<b>2.846.046</b>	<b>135,60</b>	<b>1.658,7</b>	<b>12,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.196	46.070	2,61	37,6	14,4
	Frauen	821	10.200	1,67	20,8	12,4
	Gesamt	4.017	56.270	2,34	32,8	14,0

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	1.966	11.238	10,71	61,2	5,7
	Frauen	566	4.699	10,72	89,0	8,3
	Gesamt	2.532	15.937	10,71	67,4	6,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	377	13.690	2,05	74,6	36,3
	Frauen	114	2.493	2,16	47,2	21,9
	Gesamt	491	16.183	2,08	68,4	33,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	145	2.878	0,79	15,7	19,9
	Frauen	46	619	0,87	11,7	13,5
	Gesamt	191	3.497	0,81	14,8	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	691	27.757	3,76	151,2	40,2
	Frauen	358	11.742	6,78	222,3	32,8
	Gesamt	1.049	39.499	4,44	167,1	37,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	463	8.186	2,52	44,6	17,7
	Frauen	186	2.996	3,52	56,7	16,1
	Gesamt	649	11.182	2,74	47,3	17,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	332	3.061	1,81	16,7	9,2
	Frauen	93	402	1,76	7,6	4,3
	Gesamt	425	3.463	1,80	14,7	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	273	3.227	1,49	17,6	11,8
	Frauen	61	576	1,15	10,9	9,4
	Gesamt	334	3.803	1,41	16,1	11,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	738	21.841	4,02	118,9	29,6
	Frauen	142	2.328	2,69	44,1	16,4
	Gesamt	880	24.169	3,72	102,2	27,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.281	38.817	28,76	211,4	7,4
	Frauen	1.784	11.138	33,77	210,9	6,2
	Gesamt	7.065	49.955	29,88	211,3	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.769	19.735	15,08	107,5	7,1
	Frauen	779	4.312	14,75	81,6	5,5
	Gesamt	3.548	24.047	15,00	101,7	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	401	5.953	2,18	32,4	14,9
	Frauen	87	1.117	1,65	21,2	12,8
	Gesamt	488	7.070	2,06	29,9	14,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.541	111.643	30,17	608,0	20,2
	Frauen	1.078	25.718	20,41	486,9	23,9
	Gesamt	6.619	137.361	27,99	580,9	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	296	4.860	1,61	26,5	16,4
	Frauen	236	2.086	4,47	39,5	8,8
	Gesamt	532	6.946	2,25	29,4	13,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	101	1.219	1,91	23,1	12,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.288	14.864	7,01	80,9	11,5
	Frauen	455	4.723	8,61	89,4	10,4
	Gesamt	1.743	19.587	7,37	82,8	11,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.592	53.358	14,12	290,6	20,6
	Frauen	361	6.631	6,83	125,5	18,4
	Gesamt	2.953	59.989	12,49	253,7	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	223	6.566	1,21	35,8	29,4
	Frauen	89	1.398	1,68	26,5	15,7
	Gesamt	312	7.964	1,32	33,7	25,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>23.418</b>	<b>348.580</b>	<b>127,53</b>	<b>1.898,2</b>	<b>14,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>6.568</b>	<b>84.612</b>	<b>124,34</b>	<b>1.601,8</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>29.986</b>	<b>433.192</b>	<b>126,81</b>	<b>1.832,0</b>	<b>14,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.086	17.518	5,91	95,4	16,1
	Frauen	101	1.162	1,91	22,0	11,5
	Gesamt	1.187	18.680	5,02	79,0	15,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	14.950	85.542	12,62	72,2	5,7
	Frauen	2.943	15.445	11,52	60,5	5,3
	Gesamt	17.893	100.987	12,43	70,1	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.421	55.706	2,04	47,0	23,0
	Frauen	608	21.373	2,38	83,7	35,2
	Gesamt	3.029	77.079	2,10	53,5	25,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	877	15.749	0,74	13,3	18,0
	Frauen	209	4.342	0,82	17,0	20,8
	Gesamt	1.086	20.091	0,75	14,0	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.543	219.388	4,68	185,2	39,6
	Frauen	1.847	67.137	7,23	262,9	36,4
	Gesamt	7.390	286.525	5,13	199,0	38,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.127	49.878	2,64	42,1	16,0
	Frauen	990	12.383	3,88	48,5	12,5
	Gesamt	4.117	62.261	2,86	43,2	15,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.289	15.407	1,93	13,0	6,7
	Frauen	444	3.096	1,74	12,1	7,0
	Gesamt	2.733	18.503	1,90	12,9	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.798	17.704	1,52	15,0	9,9
	Frauen	419	4.558	1,64	17,9	10,9
	Gesamt	2.217	22.262	1,54	15,5	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.861	122.213	4,10	103,2	25,1
	Frauen	852	15.490	3,34	60,7	18,2
	Gesamt	5.713	137.703	3,97	95,6	24,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	39.148	264.338	33,05	223,2	6,8
	Frauen	8.626	52.483	33,78	205,5	6,1
	Gesamt	47.774	316.821	33,18	220,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18.178	124.470	15,35	105,1	6,9
	Frauen	3.834	19.856	15,01	77,8	5,2
	Gesamt	22.012	144.326	15,29	100,2	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.963	39.210	2,50	33,1	13,2
	Frauen	468	4.865	1,83	19,1	10,4
	Gesamt	3.431	44.075	2,38	30,6	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	36.357	681.818	30,70	575,7	18,8
	Frauen	5.207	107.981	20,39	422,8	20,7
	Gesamt	41.564	789.799	28,87	548,6	19,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.910	22.684	1,61	19,2	11,9
	Frauen	1.301	12.744	5,09	49,9	9,8
	Gesamt	3.211	35.428	2,23	24,6	11,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	478	4.452	1,87	17,4	9,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.130	99.914	7,71	84,4	10,9
	Frauen	2.355	19.700	9,22	77,1	8,4
	Gesamt	11.485	119.614	7,98	83,1	10,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	17.756	306.215	14,99	258,6	17,3
	Frauen	1.847	32.511	7,23	127,3	17,6
	Gesamt	19.603	338.726	13,62	235,3	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.694	34.890	1,43	29,5	20,6
	Frauen	498	9.685	1,95	37,9	19,5
	Gesamt	2.192	44.575	1,52	31,0	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>163.321</b>	<b>2.162.735</b>	<b>137,90</b>	<b>1.826,1</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>32.998</b>	<b>410.031</b>	<b>129,21</b>	<b>1.605,5</b>	<b>12,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>196.319</b>	<b>2.572.766</b>	<b>136,36</b>	<b>1.787,0</b>	<b>13,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	7.086	96.716	5,98	81,7	13,7
	Frauen	490	6.022	1,92	23,6	12,3
	Gesamt	7.576	102.738	5,26	71,4	13,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	76.387	408.485	12,11	64,8	5,4
	Frauen	20.202	106.057	13,08	68,7	5,3
	Gesamt	96.589	514.542	12,30	65,6	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	12.882	321.289	2,04	51,0	24,9
	Frauen	4.023	129.856	2,61	84,1	32,3
	Gesamt	16.905	451.145	2,15	57,5	26,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	4.455	74.351	0,71	11,8	16,7
	Frauen	1.211	18.704	0,78	12,1	15,5
	Gesamt	5.666	93.055	0,72	11,9	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	29.409	947.078	4,66	150,2	32,2
	Frauen	12.847	415.707	8,32	269,2	32,4
	Gesamt	42.256	1.362.785	5,38	173,6	32,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	15.308	215.294	2,43	34,1	14,1
	Frauen	6.774	80.359	4,39	52,0	11,9
	Gesamt	22.082	295.653	2,81	37,7	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	11.192	73.759	1,77	11,7	6,6
	Frauen	2.921	19.158	1,89	12,4	6,6
	Gesamt	14.113	92.917	1,80	11,8	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	9.770	84.008	1,55	13,3	8,6
	Frauen	2.870	24.331	1,86	15,8	8,5
	Gesamt	12.640	108.339	1,61	13,8	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	23.674	524.412	3,75	83,2	22,2
	Frauen	5.341	80.064	3,46	51,9	15,0
	Gesamt	29.015	604.476	3,70	77,0	20,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	216.288	1.359.572	34,30	215,6	6,3
	Frauen	63.688	395.209	41,25	256,0	6,2
	Gesamt	279.976	1.754.781	35,67	223,5	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	96.094	590.452	15,24	93,6	6,1
	Frauen	24.103	124.892	15,61	80,9	5,2
	Gesamt	120.197	715.344	15,31	91,1	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	13.413	164.359	2,13	26,1	12,3
	Frauen	2.738	26.323	1,77	17,1	9,6
	Gesamt	16.151	190.682	2,06	24,3	11,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	168.685	2.911.057	26,75	461,6	17,3
	Frauen	36.135	680.785	23,40	440,9	18,8
	Gesamt	204.820	3.591.842	26,09	457,6	17,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	10.244	112.383	1,62	17,8	11,0
	Frauen	8.001	62.085	5,18	40,2	7,8
	Gesamt	18.245	174.468	2,32	22,2	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.890	38.357	2,52	24,8	9,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	44.061	411.760	6,99	65,3	9,4
	Frauen	16.283	138.310	10,55	89,6	8,5
	Gesamt	60.344	550.070	7,69	70,1	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	70.311	1.214.755	11,15	192,6	17,3
	Frauen	12.187	208.699	7,89	135,2	17,1
	Gesamt	82.498	1.423.454	10,51	181,3	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.989	145.188	1,43	23,0	16,2
	Frauen	3.464	53.596	2,24	34,7	15,5
	Gesamt	12.453	198.784	1,59	25,3	16,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>812.860</b>	<b>9.590.287</b>	<b>128,90</b>	<b>1.520,8</b>	<b>11,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>227.344</b>	<b>2.612.639</b>	<b>147,24</b>	<b>1.692,1</b>	<b>11,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.040.204</b>	<b>12.202.926</b>	<b>132,51</b>	<b>1.554,5</b>	<b>11,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	18.484	249.035	2,93	39,5	13,5
	Frauen	2.850	37.501	1,85	24,3	13,2
	Gesamt	21.334	286.536	2,72	36,5	13,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	3.762	18.424	13,52	66,2	4,9
	Frauen	2.668	12.710	13,95	66,4	4,8
	Gesamt	6.430	31.134	13,69	66,3	4,8
Neubildungen (C00-D48)	Männer	467	12.361	1,68	44,4	26,5
	Frauen	481	16.957	2,51	88,6	35,3
	Gesamt	948	29.318	2,02	62,4	30,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	159	2.417	0,57	8,7	15,2
	Frauen	117	1.469	0,61	7,7	12,6
	Gesamt	276	3.886	0,59	8,3	14,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.306	43.752	4,69	157,3	33,5
	Frauen	1.579	52.493	8,25	274,4	33,2
	Gesamt	2.885	96.245	6,14	205,0	33,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	728	9.726	2,62	35,0	13,4
	Frauen	985	9.711	5,15	50,8	9,9
	Gesamt	1.713	19.437	3,65	41,4	11,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	473	2.872	1,70	10,3	6,1
	Frauen	370	2.057	1,93	10,8	5,6
	Gesamt	843	4.929	1,80	10,5	5,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	399	3.211	1,43	11,5	8,1
	Frauen	371	3.000	1,94	15,7	8,1
	Gesamt	770	6.211	1,64	13,2	8,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	1.000	20.038	3,59	72,0	20,0
	Frauen	593	8.808	3,10	46,0	14,9
	Gesamt	1.593	28.846	3,39	61,4	18,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	9.758	54.779	35,07	196,9	5,6
	Frauen	7.504	45.085	39,23	235,7	6,0
	Gesamt	17.262	99.864	36,76	212,7	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	4.382	25.728	15,75	92,5	5,9
	Frauen	3.192	15.346	16,69	80,2	4,8
	Gesamt	7.574	41.074	16,13	87,5	5,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	553	5.706	1,99	20,5	10,3
	Frauen	341	3.195	1,78	16,7	9,4
	Gesamt	894	8.901	1,90	19,0	10,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	7.063	123.058	25,39	442,3	17,4
	Frauen	4.137	76.394	21,63	399,3	18,5
	Gesamt	11.200	199.452	23,85	424,8	17,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	425	4.161	1,53	15,0	9,8
	Frauen	972	7.168	5,08	37,5	7,4
	Gesamt	1.397	11.329	2,98	24,1	8,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	465	5.074	2,43	26,5	10,9
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.048	14.848	7,36	53,4	7,3
	Frauen	1.972	14.180	10,31	74,1	7,2
	Gesamt	4.020	29.028	8,56	61,8	7,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	3.622	56.373	13,02	202,6	15,6
	Frauen	1.550	25.881	8,10	135,3	16,7
	Gesamt	5.172	82.254	11,02	175,2	15,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	361	7.472	1,30	26,9	20,7
	Frauen	408	6.765	2,13	35,4	16,6
	Gesamt	769	14.237	1,64	30,3	18,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>36.594</b>	<b>406.898</b>	<b>131,52</b>	<b>1.462,5</b>	<b>11,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>27.812</b>	<b>307.619</b>	<b>145,38</b>	<b>1.608,0</b>	<b>11,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>64.406</b>	<b>714.517</b>	<b>137,17</b>	<b>1.521,8</b>	<b>11,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.167	15.080	4,19	54,2	12,9
	Frauen	398	4.981	2,08	26,0	12,5
	Gesamt	1.565	20.061	3,33	42,7	12,8



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	5.499	31.505	10,88	62,3	5,7
	Frauen	2.176	11.744	13,48	72,8	5,4
	Gesamt	7.675	43.249	11,51	64,8	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.134	26.910	2,24	53,2	23,7
	Frauen	420	8.348	2,60	51,7	19,9
	Gesamt	1.554	35.258	2,33	52,9	22,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	392	6.052	0,78	12,0	15,4
	Frauen	120	1.553	0,74	9,6	12,9
	Gesamt	512	7.605	0,77	11,4	14,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.293	77.657	4,54	153,6	33,9
	Frauen	1.348	47.310	8,35	293,1	35,1
	Gesamt	3.641	124.967	5,46	187,3	34,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.143	17.415	2,26	34,4	15,2
	Frauen	706	7.767	4,37	48,1	11,0
	Gesamt	1.849	25.182	2,77	37,8	13,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	876	6.035	1,73	11,9	6,9
	Frauen	305	2.027	1,89	12,6	6,7
	Gesamt	1.181	8.062	1,77	12,1	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	764	6.834	1,51	13,5	9,0
	Frauen	328	2.715	2,03	16,8	8,3
	Gesamt	1.092	9.549	1,64	14,3	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.816	39.014	3,59	77,2	21,5
	Frauen	495	8.194	3,07	50,8	16,6
	Gesamt	2.311	47.208	3,46	70,8	20,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.543	101.339	30,74	200,4	6,5
	Frauen	7.042	43.800	43,62	271,3	6,2
	Gesamt	22.585	145.139	33,86	217,6	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.412	47.701	14,66	94,3	6,4
	Frauen	2.784	14.218	17,25	88,1	5,1
	Gesamt	10.196	61.919	15,29	92,8	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	927	11.067	1,83	21,9	11,9
	Frauen	275	2.803	1,70	17,4	10,2
	Gesamt	1.202	13.870	1,80	20,8	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.778	200.456	23,29	396,5	17,0
	Frauen	2.871	43.521	17,78	269,6	15,2
	Gesamt	14.649	243.977	21,96	366,8	16,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	761	8.778	1,51	17,4	11,5
	Frauen	855	7.078	5,30	43,9	8,3
	Gesamt	1.616	15.856	2,42	23,8	9,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	455	4.768	2,82	29,5	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.041	29.194	6,01	57,7	9,6
	Frauen	1.530	10.788	9,48	66,8	7,1
	Gesamt	4.571	39.982	6,85	59,9	8,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.885	90.285	9,66	178,6	18,5
	Frauen	1.125	18.484	6,97	114,5	16,4
	Gesamt	6.010	108.769	9,01	163,1	18,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	737	11.584	1,46	22,9	15,7
	Frauen	349	7.104	2,16	44,0	20,4
	Gesamt	1.086	18.688	1,63	28,0	17,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>59.114</b>	<b>713.033</b>	<b>116,91</b>	<b>1.410,2</b>	<b>12,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>23.250</b>	<b>243.392</b>	<b>144,03</b>	<b>1.507,7</b>	<b>10,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>82.364</b>	<b>956.425</b>	<b>123,48</b>	<b>1.433,8</b>	<b>11,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.244	18.853	2,46	37,3	15,2
	Frauen	214	2.814	1,33	17,4	13,2
	Gesamt	1.458	21.667	2,19	32,5	14,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	16.644	89.329	12,32	66,1	5,4
	Frauen	2.473	11.870	9,88	47,4	4,8
	Gesamt	19.117	101.199	11,94	63,2	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.034	67.232	1,51	49,8	33,1
	Frauen	543	21.078	2,17	84,2	38,8
	Gesamt	2.577	88.310	1,61	55,1	34,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	871	12.057	0,64	8,9	13,8
	Frauen	137	3.151	0,55	12,6	23,0
	Gesamt	1.008	15.208	0,63	9,5	15,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.564	168.370	3,38	124,6	36,9
	Frauen	1.415	62.846	5,65	251,1	44,4
	Gesamt	5.979	231.216	3,73	144,4	38,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.715	54.236	2,01	40,1	20,0
	Frauen	771	7.566	3,08	30,2	9,8
	Gesamt	3.486	61.802	2,18	38,6	17,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.065	14.821	1,53	11,0	7,2
	Frauen	312	2.754	1,25	11,0	8,8
	Gesamt	2.377	17.575	1,48	11,0	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.830	17.343	1,35	12,8	9,5
	Frauen	340	3.627	1,36	14,5	10,7
	Gesamt	2.170	20.970	1,35	13,1	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.285	141.522	3,17	104,7	33,0
	Frauen	548	9.385	2,19	37,5	17,1
	Gesamt	4.833	150.907	3,02	94,2	31,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	37.268	241.051	27,58	178,4	6,5
	Frauen	7.112	43.102	28,42	172,2	6,1
	Gesamt	44.380	284.153	27,71	177,4	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	19.649	131.955	14,54	97,6	6,7
	Frauen	3.096	16.919	12,37	67,6	5,5
	Gesamt	22.745	148.874	14,20	93,0	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.770	36.400	2,05	26,9	13,1
	Frauen	332	3.481	1,33	13,9	10,5
	Gesamt	3.102	39.881	1,94	24,9	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	37.793	837.182	27,97	619,5	22,2
	Frauen	3.266	59.086	13,05	236,1	18,1
	Gesamt	41.059	896.268	25,64	559,6	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.820	21.591	1,35	16,0	11,9
	Frauen	1.052	8.942	4,20	35,7	8,5
	Gesamt	2.872	30.533	1,79	19,1	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	499	4.827	1,99	19,3	9,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	8.814	95.108	6,52	70,4	10,8
	Frauen	1.920	15.590	7,67	62,3	8,1
	Gesamt	10.734	110.698	6,70	69,1	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.205	453.515	18,65	335,6	18,0
	Frauen	1.573	28.385	6,29	113,4	18,1
	Gesamt	26.778	481.900	16,72	300,9	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.733	28.012	1,28	20,7	16,2
	Frauen	472	9.539	1,89	38,1	20,2
	Gesamt	2.205	37.551	1,38	23,4	17,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>170.391</b>	<b>2.416.416</b>	<b>126,08</b>	<b>1.788,1</b>	<b>14,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>25.294</b>	<b>313.445</b>	<b>103,59</b>	<b>1.252,5</b>	<b>12,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>196.315</b>	<b>2.729.861</b>	<b>122,57</b>	<b>1.704,4</b>	<b>13,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.931	186.826	8,83	138,3	15,7
	Frauen	360	5.090	1,44	20,3	14,1
	Gesamt	12.291	191.916	7,67	119,8	15,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	32.061	164.456	12,74	65,3	5,1
	Frauen	33.150	182.072	11,75	64,5	5,5
	Gesamt	65.211	346.528	12,21	64,9	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.642	99.462	1,45	39,5	27,3
	Frauen	5.806	223.560	2,06	79,2	38,5
	Gesamt	9.448	323.022	1,77	60,5	34,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.306	22.572	0,52	9,0	17,3
	Frauen	1.657	35.005	0,59	12,4	21,1
	Gesamt	2.963	57.577	0,55	10,8	19,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.728	493.182	4,66	195,9	42,1
	Frauen	21.384	866.724	7,58	307,1	40,5
	Gesamt	33.112	1.359.906	6,20	254,7	41,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.345	76.233	2,12	30,3	14,3
	Frauen	10.009	134.529	3,55	47,7	13,4
	Gesamt	15.354	210.762	2,88	39,5	13,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.550	23.873	1,41	9,5	6,7
	Frauen	3.696	27.403	1,31	9,7	7,4
	Gesamt	7.246	51.276	1,36	9,6	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.419	31.492	1,36	12,5	9,2
	Frauen	4.358	43.218	1,54	15,3	9,9
	Gesamt	7.777	74.710	1,46	14,0	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.908	178.354	2,74	70,9	25,8
	Frauen	8.351	143.371	2,96	50,8	17,2
	Gesamt	15.259	321.725	2,86	60,3	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	77.387	464.068	30,74	184,3	6,0
	Frauen	92.570	599.839	32,80	212,6	6,5
	Gesamt	169.957	1.063.907	31,83	199,3	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	34.320	212.356	13,63	84,4	6,2
	Frauen	36.705	224.451	13,01	79,5	6,1
	Gesamt	71.025	436.807	13,30	81,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.693	56.532	1,86	22,5	12,1
	Frauen	4.222	44.542	1,50	15,8	10,6
	Gesamt	8.915	101.074	1,67	18,9	11,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	52.791	950.631	20,97	377,6	18,0
	Frauen	50.093	1.126.224	17,75	399,1	22,5
	Gesamt	102.884	2.076.855	19,27	389,0	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.615	35.377	1,44	14,1	9,8
	Frauen	13.006	120.217	4,61	42,6	9,2
	Gesamt	16.621	155.594	3,11	29,1	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	7.558	91.506	2,68	32,4	12,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	16.325	158.328	6,48	62,9	9,7
	Frauen	24.569	249.486	8,71	88,4	10,2
	Gesamt	40.894	407.814	7,66	76,4	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	29.752	491.564	11,82	195,3	16,5
	Frauen	21.427	385.810	7,59	136,7	18,0
	Gesamt	51.179	877.374	9,59	164,3	17,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.136	67.301	1,25	26,7	21,5
	Frauen	5.839	128.977	2,07	45,7	22,1
	Gesamt	8.975	196.278	1,68	36,8	21,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>290.547</b>	<b>3.537.668</b>	<b>115,41</b>	<b>1.405,3</b>	<b>12,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>345.370</b>	<b>4.646.016</b>	<b>122,38</b>	<b>1.646,4</b>	<b>13,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>635.917</b>	<b>8.183.684</b>	<b>119,10</b>	<b>1.532,7</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.144	141.151	4,03	56,1	13,9
	Frauen	6.218	85.838	2,20	30,4	13,8
	Gesamt	16.362	226.989	3,06	42,5	13,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	11.666	60.169	11,45	59,0	5,2
	Frauen	7.784	39.276	11,91	60,1	5,1
	Gesamt	19.450	99.445	11,63	59,5	5,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.654	42.512	1,62	41,7	25,7
	Frauen	1.586	51.768	2,43	79,2	32,6
	Gesamt	3.240	94.280	1,94	56,4	29,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	551	9.964	0,54	9,8	18,1
	Frauen	400	5.264	0,61	8,1	13,2
	Gesamt	951	15.228	0,57	9,1	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	4.256	177.572	4,18	174,2	41,7
	Frauen	4.575	171.304	7,00	262,2	37,4
	Gesamt	8.831	348.876	5,28	208,6	39,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2.042	33.591	2,00	33,0	16,5
	Frauen	2.408	23.859	3,69	36,5	9,9
	Gesamt	4.450	57.450	2,66	34,4	12,9
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.414	9.122	1,39	9,0	6,5
	Frauen	983	5.303	1,50	8,1	5,4
	Gesamt	2.397	14.425	1,43	8,6	6,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.323	12.041	1,30	11,8	9,1
	Frauen	1.097	10.243	1,68	15,7	9,3
	Gesamt	2.420	22.284	1,45	13,3	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	2.924	78.044	2,87	76,6	26,7
	Frauen	1.781	26.561	2,73	40,7	14,9
	Gesamt	4.705	104.605	2,81	62,5	22,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	29.063	171.746	28,52	168,5	5,9
	Frauen	23.198	134.367	35,51	205,7	5,8
	Gesamt	52.261	306.113	31,25	183,0	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	13.267	81.836	13,02	80,3	6,2
	Frauen	8.854	44.471	13,55	68,1	5,0
	Gesamt	22.121	126.307	13,23	75,5	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.775	20.028	1,74	19,7	11,3
	Frauen	882	7.067	1,35	10,8	8,0
	Gesamt	2.657	27.095	1,59	16,2	10,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	20.514	376.545	20,13	369,5	18,4
	Frauen	10.259	188.211	15,70	288,1	18,4
	Gesamt	30.773	564.756	18,40	337,7	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.444	14.143	1,42	13,9	9,8
	Frauen	3.045	23.302	4,66	35,7	7,7
	Gesamt	4.489	37.445	2,68	22,4	8,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.668	17.205	2,55	26,3	10,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	6.094	65.166	5,98	63,9	10,7
	Frauen	5.657	47.524	8,66	72,7	8,4
	Gesamt	11.751	112.690	7,03	67,4	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	10.424	174.075	10,23	170,8	16,7
	Frauen	4.199	70.394	6,43	107,8	16,8
	Gesamt	14.623	244.469	8,74	146,2	16,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.243	26.114	1,22	25,6	21,0
	Frauen	1.350	24.752	2,07	37,9	18,3
	Gesamt	2.593	50.866	1,55	30,4	19,6
Gesamt	Männer	109.858	1.356.817	107,79	1.331,3	12,4
	Frauen	79.952	894.226	122,38	1.368,7	11,2
	Gesamt	189.810	2.251.043	113,49	1.345,9	11,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.630	53.626	3,56	52,6	14,8
	Frauen	961	11.779	1,47	18,0	12,3
	Gesamt	4.591	65.405	2,75	39,1	14,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	9.359	52.346	12,46	69,7	5,6
	Frauen	22.541	128.638	11,52	65,8	5,7
	Gesamt	31.900	180.984	11,78	66,8	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	812	26.289	1,08	35,0	32,4
	Frauen	3.755	152.386	1,92	77,9	40,6
	Gesamt	4.567	178.675	1,69	66,0	39,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	362	6.864	0,48	9,1	19,0
	Frauen	1.117	26.322	0,57	13,5	23,6
	Gesamt	1.479	33.186	0,55	12,3	22,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.926	182.149	5,23	242,4	46,4
	Frauen	15.249	635.872	7,79	325,0	41,7
	Gesamt	19.175	818.021	7,08	302,1	42,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.524	19.382	2,03	25,8	12,7
	Frauen	6.783	103.398	3,47	52,9	15,2
	Gesamt	8.307	122.780	3,07	45,3	14,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	850	8.229	1,13	11,0	9,7
	Frauen	2.430	19.991	1,24	10,2	8,2
	Gesamt	3.280	28.220	1,21	10,4	8,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	904	9.192	1,20	12,2	10,2
	Frauen	2.873	29.610	1,47	15,1	10,3
	Gesamt	3.777	38.802	1,39	14,3	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.878	45.899	2,50	61,1	24,4
	Frauen	5.942	108.191	3,04	55,3	18,2
	Gesamt	7.820	154.090	2,89	56,9	19,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	21.455	134.743	28,55	179,3	6,3
	Frauen	61.001	417.686	31,18	213,5	6,9
	Gesamt	82.456	552.429	30,45	204,0	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.316	64.751	12,40	86,2	7,0
	Frauen	24.759	165.155	12,66	84,4	6,7
	Gesamt	34.075	229.906	12,58	84,9	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.319	19.005	1,76	25,3	14,4
	Frauen	3.009	35.037	1,54	17,9	11,6
	Gesamt	4.328	54.042	1,60	20,0	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.937	267.717	18,55	356,3	19,2
	Frauen	36.681	888.167	18,75	454,0	24,2
	Gesamt	50.618	1.155.884	18,69	426,9	22,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.023	10.628	1,36	14,1	10,4
	Frauen	8.846	87.975	4,52	45,0	10,0
	Gesamt	9.869	98.603	3,64	36,4	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	5.376	68.723	2,75	35,1	12,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.867	48.509	6,48	64,6	10,0
	Frauen	16.848	187.859	8,61	96,0	11,2
	Gesamt	21.715	236.368	8,02	87,3	10,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.740	137.961	10,30	183,6	17,8
	Frauen	15.645	292.944	8,00	149,7	18,7
	Gesamt	23.385	430.905	8,64	159,1	18,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	903	22.616	1,20	30,1	25,1
	Frauen	4.022	95.988	2,06	49,1	23,9
	Gesamt	4.925	118.604	1,82	43,8	24,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>80.356</b>	<b>1.061.049</b>	<b>106,94</b>	<b>1.412,1</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>237.550</b>	<b>3.459.019</b>	<b>121,42</b>	<b>1.768,1</b>	<b>14,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>317.906</b>	<b>4.520.068</b>	<b>117,40</b>	<b>1.669,3</b>	<b>14,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.477	39.595	3,30	52,7	16,0
	Frauen	4.927	70.253	2,52	35,9	14,3
	Gesamt	7.404	109.848	2,73	40,6	14,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	2.977	18.982	9,16	58,4	6,4
	Frauen	5.289	34.387	10,70	69,5	6,5
	Gesamt	8.266	53.369	10,08	65,1	6,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	236	8.816	0,73	27,1	37,4
	Frauen	747	33.086	1,51	66,9	44,3
	Gesamt	983	41.902	1,20	51,1	42,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	140	1.625	0,43	5,0	11,6
	Frauen	272	5.378	0,55	10,9	19,8
	Gesamt	412	7.003	0,50	8,5	17,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.350	64.259	4,15	197,6	47,6
	Frauen	3.567	148.177	7,21	299,7	41,5
	Gesamt	4.917	212.436	6,00	259,2	43,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	466	9.583	1,43	29,5	20,6
	Frauen	1.422	25.121	2,88	50,8	17,7
	Gesamt	1.888	34.704	2,30	42,3	18,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	243	1.957	0,75	6,0	8,1
	Frauen	490	5.252	0,99	10,6	10,7
	Gesamt	733	7.209	0,89	8,8	9,8
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	231	2.454	0,71	7,6	10,6
	Frauen	616	7.659	1,25	15,5	12,4
	Gesamt	847	10.113	1,03	12,3	11,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	646	18.983	1,99	58,4	29,4
	Frauen	1.368	26.478	2,77	53,6	19,4
	Gesamt	2.014	45.461	2,46	55,5	22,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	5.779	42.332	17,77	130,2	7,3
	Frauen	12.622	91.108	25,53	184,3	7,2
	Gesamt	18.401	133.440	22,45	162,8	7,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	3.050	26.784	9,38	82,4	8,8
	Frauen	5.680	43.643	11,49	88,3	7,7
	Gesamt	8.730	70.427	10,65	85,9	8,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	569	8.603	1,75	26,5	15,1
	Frauen	806	11.063	1,63	22,4	13,7
	Gesamt	1.375	19.666	1,68	24,0	14,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	4.336	90.141	13,33	277,2	20,8
	Frauen	8.981	220.042	18,16	445,0	24,5
	Gesamt	13.317	310.183	16,25	378,4	23,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	319	5.095	0,98	15,7	16,0
	Frauen	1.951	19.708	3,95	39,9	10,1
	Gesamt	2.270	24.803	2,77	30,3	10,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.240	15.855	2,51	32,1	12,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.631	19.017	5,02	58,5	11,7
	Frauen	4.052	47.413	8,19	95,9	11,7
	Gesamt	5.683	66.430	6,93	81,1	11,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	3.101	59.355	9,54	182,5	19,1
	Frauen	4.284	80.411	8,66	162,6	18,8
	Gesamt	7.385	139.766	9,01	170,5	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	334	8.879	1,03	27,3	26,6
	Frauen	941	25.251	1,90	51,1	26,8
	Gesamt	1.275	34.130	1,56	41,6	26,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>25.472</b>	<b>388.387</b>	<b>78,34</b>	<b>1.194,4</b>	<b>15,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>54.497</b>	<b>842.388</b>	<b>110,21</b>	<b>1.703,6</b>	<b>15,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>79.969</b>	<b>1.230.775</b>	<b>97,57</b>	<b>1.501,6</b>	<b>15,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.226	17.937	3,77	55,2	14,6
	Frauen	1.641	24.845	3,32	50,3	15,1
	Gesamt	2.867	42.782	3,50	52,2	14,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	18.083	126.715	11,06	77,5	7,0
	Frauen	6.333	40.835	12,66	81,6	6,5
	Gesamt	24.416	167.550	11,43	78,5	6,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.057	97.550	1,87	59,6	31,9
	Frauen	1.222	47.454	2,44	94,9	38,8
	Gesamt	4.279	145.004	2,00	67,9	33,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.801	42.299	1,10	25,9	23,5
	Frauen	462	7.753	0,92	15,5	16,8
	Gesamt	2.263	50.052	1,06	23,4	22,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.427	384.581	6,99	235,1	33,7
	Frauen	5.118	173.652	10,23	347,2	33,9
	Gesamt	16.545	558.233	7,75	261,4	33,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.153	87.869	2,54	53,7	21,2
	Frauen	2.056	25.799	4,11	51,6	12,6
	Gesamt	6.209	113.668	2,91	53,2	18,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.779	31.466	1,70	19,2	11,3
	Frauen	882	6.789	1,76	13,6	7,7
	Gesamt	3.661	38.255	1,71	17,9	10,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.366	29.132	1,45	17,8	12,3
	Frauen	1.138	10.827	2,28	21,7	9,5
	Gesamt	3.504	39.959	1,64	18,7	11,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.481	240.788	4,57	147,2	32,2
	Frauen	1.927	36.239	3,85	72,5	18,8
	Gesamt	9.408	277.027	4,41	129,7	29,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	47.730	401.936	29,18	245,8	8,4
	Frauen	20.102	151.206	40,19	302,3	7,5
	Gesamt	67.832	553.142	31,76	259,0	8,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	24.095	192.280	14,73	117,6	8,0
	Frauen	8.008	52.746	16,01	105,5	6,6
	Gesamt	32.103	245.026	15,03	114,7	7,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.342	52.354	2,04	32,0	15,7
	Frauen	938	11.927	1,88	23,9	12,7
	Gesamt	4.280	64.281	2,00	30,1	15,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	47.697	1.052.383	29,16	643,5	22,1
	Frauen	11.643	252.711	23,28	505,2	21,7
	Gesamt	59.340	1.305.094	27,78	611,1	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.894	40.386	1,77	24,7	14,0
	Frauen	2.607	25.640	5,21	51,3	9,8
	Gesamt	5.501	66.026	2,58	30,9	12,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.215	13.293	2,43	26,6	10,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.256	162.270	6,88	99,2	14,4
	Frauen	4.919	50.805	9,83	101,6	10,3
	Gesamt	16.175	213.075	7,57	99,8	13,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	19.587	407.371	11,98	249,1	20,8
	Frauen	4.464	89.619	8,92	179,2	20,1
	Gesamt	24.051	496.990	11,26	232,7	20,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.118	55.951	1,91	34,2	17,9
	Frauen	1.228	23.748	2,46	47,5	19,3
	Gesamt	4.346	79.699	2,03	37,3	18,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>211.286</b>	<b>3.415.393</b>	<b>129,19</b>	<b>2.088,3</b>	<b>16,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>74.459</b>	<b>1.024.508</b>	<b>148,87</b>	<b>2.048,3</b>	<b>13,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>285.745</b>	<b>4.439.901</b>	<b>133,80</b>	<b>2.078,9</b>	<b>15,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	8.289	157.404	5,07	96,2	19,0
	Frauen	1.461	23.835	2,92	47,7	16,3
	Gesamt	9.750	181.239	4,57	84,9	18,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	8.635	66.393	10,28	79,0	7,7
	Frauen	2.000	14.676	11,71	85,9	7,3
	Gesamt	10.635	81.069	10,52	80,2	7,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.615	54.886	1,92	65,3	34,0
	Frauen	449	17.744	2,63	103,9	39,5
	Gesamt	2.064	72.630	2,04	71,8	35,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.018	25.453	1,21	30,3	25,0
	Frauen	174	2.736	1,02	16,0	15,7
	Gesamt	1.192	28.189	1,18	27,9	23,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.846	224.833	8,15	267,6	32,8
	Frauen	2.000	65.286	11,71	382,1	32,6
	Gesamt	8.846	290.119	8,75	287,0	32,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.267	50.781	2,70	60,4	22,4
	Frauen	695	8.917	4,07	52,2	12,8
	Gesamt	2.962	59.698	2,93	59,1	20,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.481	18.767	1,76	22,3	12,7
	Frauen	301	2.478	1,76	14,5	8,2
	Gesamt	1.782	21.245	1,76	21,0	11,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.255	18.652	1,49	22,2	14,9
	Frauen	357	3.913	2,09	22,9	11,0
	Gesamt	1.612	22.565	1,59	22,3	14,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.203	141.139	5,00	168,0	33,6
	Frauen	737	14.254	4,31	83,4	19,3
	Gesamt	4.940	155.393	4,89	153,7	31,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	23.613	214.845	28,11	255,7	9,1
	Frauen	6.647	55.333	38,91	323,9	8,3
	Gesamt	30.260	270.178	29,93	267,2	8,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.395	107.399	14,75	127,8	8,7
	Frauen	2.852	19.506	16,69	114,2	6,8
	Gesamt	15.247	126.905	15,08	125,5	8,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.739	28.804	2,07	34,3	16,6
	Frauen	341	4.747	2,00	27,8	13,9
	Gesamt	2.080	33.551	2,06	33,2	16,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	24.710	573.716	29,41	682,9	23,2
	Frauen	4.394	108.296	25,72	633,9	24,7
	Gesamt	29.104	682.012	28,79	674,6	23,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.489	22.272	1,77	26,5	15,0
	Frauen	886	9.802	5,19	57,4	11,1
	Gesamt	2.375	32.074	2,35	31,7	13,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	341	3.257	2,00	19,1	9,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.777	90.589	6,88	107,8	15,7
	Frauen	1.620	19.636	9,48	114,9	12,1
	Gesamt	7.397	110.225	7,32	109,0	14,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.880	213.567	11,76	254,2	21,6
	Frauen	1.755	37.057	10,27	216,9	21,1
	Gesamt	11.635	250.624	11,51	247,9	21,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.740	33.632	2,07	40,0	19,3
	Frauen	497	9.447	2,91	55,3	19,0
	Gesamt	2.237	43.079	2,21	42,6	19,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>108.860</b>	<b>1.890.313</b>	<b>129,58</b>	<b>2.250,0</b>	<b>17,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>26.118</b>	<b>398.677</b>	<b>152,88</b>	<b>2.333,6</b>	<b>15,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>134.978</b>	<b>2.288.990</b>	<b>133,51</b>	<b>2.264,1</b>	<b>17,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.479	87.075	5,33	103,6	19,4
	Frauen	733	13.158	4,29	77,0	18,0
	Gesamt	5.212	100.233	5,16	99,1	19,2



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	3.039	21.367	9,79	68,8	7,0
	Frauen	3.469	31.333	9,16	82,7	9,0
	Gesamt	6.508	52.700	9,44	76,5	8,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	429	16.549	1,38	53,3	38,6
	Frauen	966	49.099	2,55	129,6	50,8
	Gesamt	1.395	65.648	2,02	95,2	47,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	184	3.734	0,59	12,0	20,3
	Frauen	287	8.180	0,76	21,6	28,5
	Gesamt	471	11.914	0,68	17,3	25,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.786	68.385	5,75	220,3	38,3
	Frauen	3.510	146.070	9,27	385,6	41,6
	Gesamt	5.296	214.455	7,68	311,1	40,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	590	13.428	1,90	43,3	22,8
	Frauen	1.174	32.481	3,10	85,7	27,7
	Gesamt	1.764	45.909	2,56	66,6	26,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	417	4.198	1,34	13,5	10,1
	Frauen	619	8.549	1,63	22,6	13,8
	Gesamt	1.036	12.747	1,50	18,5	12,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	369	5.283	1,19	17,0	14,3
	Frauen	604	7.703	1,59	20,3	12,8
	Gesamt	973	12.986	1,41	18,8	13,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	998	36.975	3,21	119,1	37,1
	Frauen	1.610	46.630	4,25	123,1	29,0
	Gesamt	2.608	83.605	3,78	121,3	32,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.763	63.550	25,01	204,7	8,2
	Frauen	10.964	104.284	28,94	275,3	9,5
	Gesamt	18.727	167.834	27,17	243,5	9,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.663	32.697	11,80	105,3	8,9
	Frauen	5.271	43.916	13,91	115,9	8,3
	Gesamt	8.934	76.613	12,96	111,2	8,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	594	10.805	1,91	34,8	18,2
	Frauen	686	10.095	1,81	26,7	14,7
	Gesamt	1.280	20.900	1,86	30,3	16,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.853	223.768	31,74	720,8	22,7
	Frauen	13.731	398.752	36,24	1.052,6	29,0
	Gesamt	23.584	622.520	34,21	903,1	26,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	459	7.469	1,48	24,1	16,3
	Frauen	1.608	23.420	4,24	61,8	14,6
	Gesamt	2.067	30.889	3,00	44,8	14,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	174	2.256	0,46	6,0	13,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.811	24.617	5,83	79,3	13,6
	Frauen	2.861	41.533	7,55	109,6	14,5
	Gesamt	4.672	66.150	6,78	96,0	14,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.468	104.885	14,39	337,8	23,5
	Frauen	5.473	157.131	14,45	414,8	28,7
	Gesamt	9.941	262.016	14,42	380,1	26,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	386	11.386	1,24	36,7	29,5
	Frauen	740	24.100	1,95	63,6	32,6
	Gesamt	1.126	35.486	1,63	51,5	31,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>36.891</b>	<b>651.244</b>	<b>118,83</b>	<b>2.097,7</b>	<b>17,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>53.893</b>	<b>1.140.368</b>	<b>142,26</b>	<b>3.010,2</b>	<b>21,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>90.784</b>	<b>1.791.612</b>	<b>131,71</b>	<b>2.599,2</b>	<b>19,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.993	47.207	6,42	152,1	23,7
	Frauen	2.747	78.146	7,25	206,3	28,5
	Gesamt	4.740	125.353	6,88	181,9	26,5

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	1.762	11.105	10,12	63,8	6,3
	Frauen	489	2.705	13,10	72,5	5,5
	Gesamt	2.251	13.810	10,65	65,3	6,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	355	9.482	2,04	54,5	26,7
	Frauen	109	3.549	2,92	95,1	32,6
	Gesamt	464	13.031	2,19	61,6	28,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	158	1.864	0,91	10,7	11,8
	Frauen	38	413	1,02	11,1	10,9
	Gesamt	196	2.277	0,93	10,8	11,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	898	27.395	5,16	157,3	30,5
	Frauen	367	12.225	9,84	327,6	33,3
	Gesamt	1.265	39.620	5,98	187,4	31,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	362	6.775	2,08	38,9	18,7
	Frauen	169	1.169	4,53	31,3	6,9
	Gesamt	531	7.944	2,51	37,6	15,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	329	2.799	1,89	16,1	8,5
	Frauen	75	561	2,01	15,0	7,5
	Gesamt	404	3.360	1,91	15,9	8,3
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	317	3.913	1,82	22,5	12,3
	Frauen	78	1.050	2,09	28,1	13,5
	Gesamt	395	4.963	1,87	23,5	12,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	622	15.368	3,57	88,3	24,7
	Frauen	150	2.010	4,02	53,9	13,4
	Gesamt	772	17.378	3,65	82,2	22,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	5.463	38.066	31,38	218,6	7,0
	Frauen	1.714	11.026	45,93	295,5	6,4
	Gesamt	7.177	49.092	33,95	232,2	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.418	15.611	13,89	89,7	6,5
	Frauen	600	3.627	16,08	97,2	6,1
	Gesamt	3.018	19.238	14,27	91,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	297	3.045	1,71	17,5	10,3
	Frauen	61	571	1,63	15,3	9,4
	Gesamt	358	3.616	1,69	17,1	10,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	3.877	66.246	22,27	380,5	17,1
	Frauen	760	11.626	20,37	311,6	15,3
	Gesamt	4.637	77.872	21,93	368,3	16,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	286	4.081	1,64	23,4	14,3
	Frauen	179	1.786	4,80	47,9	10,0
	Gesamt	465	5.867	2,20	27,8	12,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	89	853	2,39	22,9	9,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.040	9.521	5,97	54,7	9,2
	Frauen	367	2.604	9,84	69,8	7,1
	Gesamt	1.407	12.125	6,65	57,4	8,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	1.411	27.099	8,10	155,6	19,2
	Frauen	247	5.182	6,62	138,9	21,0
	Gesamt	1.658	32.281	7,84	152,7	19,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	256	3.752	1,47	21,6	14,7
	Frauen	88	2.030	2,36	54,4	23,1
	Gesamt	344	5.782	1,63	27,4	16,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>19.890</b>	<b>246.747</b>	<b>114,23</b>	<b>1.417,2</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>5.595</b>	<b>63.098</b>	<b>149,94</b>	<b>1.691,0</b>	<b>11,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>25.485</b>	<b>309.845</b>	<b>120,54</b>	<b>1.465,5</b>	<b>12,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	278	5.302	1,60	30,5	19,1
	Frauen	57	875	1,53	23,5	15,4
	Gesamt	335	6.177	1,58	29,2	18,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	8.524	41.429	11,11	54,0	4,9
	Frauen	13.463	70.517	11,84	62,0	5,2
	Gesamt	21.987	111.946	11,55	58,8	5,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.219	30.055	1,59	39,2	24,7
	Frauen	2.750	101.695	2,42	89,5	37,0
	Gesamt	3.969	131.750	2,08	69,2	33,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	361	4.095	0,47	5,3	11,3
	Frauen	826	11.433	0,73	10,1	13,8
	Gesamt	1.187	15.528	0,62	8,2	13,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.212	142.415	4,19	185,6	44,3
	Frauen	8.531	300.141	7,50	264,0	35,2
	Gesamt	11.743	442.556	6,17	232,4	37,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.419	14.660	1,85	19,1	10,3
	Frauen	4.056	45.921	3,57	40,4	11,3
	Gesamt	5.475	60.581	2,88	31,8	11,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.017	6.715	1,33	8,8	6,6
	Frauen	1.990	12.203	1,75	10,7	6,1
	Gesamt	3.007	18.918	1,58	9,9	6,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.111	10.774	1,45	14,0	9,7
	Frauen	2.171	18.389	1,91	16,2	8,5
	Gesamt	3.282	29.163	1,72	15,3	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.750	32.613	2,28	42,5	18,6
	Frauen	3.014	43.161	2,65	38,0	14,3
	Gesamt	4.764	75.774	2,50	39,8	15,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	24.361	134.778	31,75	175,7	5,5
	Frauen	46.227	272.593	40,66	239,8	5,9
	Gesamt	70.588	407.371	37,07	213,9	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.964	50.082	11,68	65,3	5,6
	Frauen	14.982	76.796	13,18	67,6	5,1
	Gesamt	23.946	126.878	12,57	66,6	5,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.034	10.522	1,35	13,7	10,2
	Frauen	1.551	12.466	1,36	11,0	8,0
	Gesamt	2.585	22.988	1,36	12,1	8,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.808	125.110	11,48	163,1	14,2
	Frauen	16.234	259.713	14,28	228,4	16,0
	Gesamt	25.042	384.823	13,15	202,1	15,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	950	8.294	1,24	10,8	8,7
	Frauen	5.623	37.482	4,95	33,0	6,7
	Gesamt	6.573	45.776	3,45	24,0	7,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.012	31.996	2,65	28,1	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.224	32.170	5,50	41,9	7,6
	Frauen	9.777	79.742	8,60	70,1	8,2
	Gesamt	14.001	111.912	7,35	58,8	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.967	76.637	6,47	99,9	15,4
	Frauen	7.198	107.708	6,33	94,7	15,0
	Gesamt	12.165	184.345	6,39	96,8	15,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	952	19.583	1,24	25,5	20,6
	Frauen	2.403	41.962	2,11	36,9	17,5
	Gesamt	3.355	61.545	1,76	32,3	18,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>73.015</b>	<b>741.600</b>	<b>95,16</b>	<b>966,5</b>	<b>10,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>144.149</b>	<b>1.531.067</b>	<b>126,79</b>	<b>1.346,7</b>	<b>10,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>217.164</b>	<b>2.272.667</b>	<b>114,04</b>	<b>1.193,5</b>	<b>10,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	601	9.629	0,78	12,6	16,0
	Frauen	1.202	15.164	1,06	13,3	12,6
	Gesamt	1.803	24.793	0,95	13,0	13,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	953	4.978	8,17	42,7	5,2
	Frauen	1.520	7.945	10,02	52,4	5,2
	Gesamt	2.473	12.923	9,22	48,2	5,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	142	3.571	1,22	30,6	25,2
	Frauen	319	11.069	2,10	73,0	34,7
	Gesamt	461	14.640	1,72	54,6	31,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	54	1.015	0,46	8,7	18,8
	Frauen	79	898	0,52	5,9	11,4
	Gesamt	133	1.913	0,50	7,1	14,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	418	14.997	3,58	128,6	35,9
	Frauen	987	32.776	6,51	216,1	33,2
	Gesamt	1.405	47.773	5,24	178,0	34,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	179	3.233	1,53	27,7	18,1
	Frauen	405	5.205	2,67	34,3	12,9
	Gesamt	584	8.438	2,18	31,4	14,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	118	1.153	1,01	9,9	9,8
	Frauen	210	1.136	1,38	7,5	5,4
	Gesamt	328	2.289	1,22	8,5	7,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	145	1.140	1,24	9,8	7,9
	Frauen	187	1.965	1,23	13,0	10,5
	Gesamt	332	3.105	1,24	11,6	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	249	5.040	2,13	43,2	20,2
	Frauen	264	3.194	1,74	21,1	12,1
	Gesamt	513	8.234	1,91	30,7	16,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.960	16.622	25,38	142,5	5,6
	Frauen	5.217	29.668	34,39	195,6	5,7
	Gesamt	8.177	46.290	30,47	172,5	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.019	6.988	8,74	59,9	6,9
	Frauen	1.549	8.881	10,21	58,5	5,7
	Gesamt	2.568	15.869	9,57	59,1	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	121	1.278	1,04	11,0	10,6
	Frauen	138	1.495	0,91	9,9	10,8
	Gesamt	259	2.773	0,97	10,3	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.089	15.433	9,34	132,3	14,2
	Frauen	1.621	25.145	10,69	165,8	15,5
	Gesamt	2.710	40.578	10,10	151,2	15,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	125	1.140	1,07	9,8	9,1
	Frauen	605	4.375	3,99	28,8	7,2
	Gesamt	730	5.515	2,72	20,6	7,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	341	3.411	2,25	22,5	10,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	457	4.576	3,92	39,2	10,0
	Frauen	1.112	7.789	7,33	51,3	7,0
	Gesamt	1.569	12.365	5,85	46,1	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	564	9.404	4,84	80,6	16,7
	Frauen	808	13.573	5,33	89,5	16,8
	Gesamt	1.372	22.977	5,11	85,6	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	97	1.504	0,83	12,9	15,5
	Frauen	271	5.413	1,79	35,7	20,0
	Gesamt	368	6.917	1,37	25,8	18,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>8.704</b>	<b>92.195</b>	<b>74,62</b>	<b>790,4</b>	<b>10,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>15.680</b>	<b>165.454</b>	<b>103,36</b>	<b>1.090,6</b>	<b>10,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>24.384</b>	<b>257.649</b>	<b>90,87</b>	<b>960,1</b>	<b>10,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	119	1.455	1,02	12,5	12,2
	Frauen	148	2.238	0,98	14,8	15,1
	Gesamt	267	3.693	0,99	13,8	13,8

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	6.232	30.933	9,83	48,8	5,0
	Frauen	3.185	17.949	10,71	60,4	5,6
	Gesamt	9.417	48.882	10,11	52,5	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	693	17.072	1,09	26,9	24,6
	Frauen	638	22.331	2,15	75,1	35,0
	Gesamt	1.331	39.403	1,43	42,3	29,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	283	4.107	0,45	6,5	14,5
	Frauen	221	2.642	0,74	8,9	12,0
	Gesamt	504	6.749	0,54	7,3	13,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.321	93.050	3,66	146,8	40,1
	Frauen	2.178	79.466	7,32	267,2	36,5
	Gesamt	4.499	172.516	4,83	185,3	38,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.063	13.010	1,68	20,5	12,2
	Frauen	998	9.869	3,36	33,2	9,9
	Gesamt	2.061	22.879	2,21	24,6	11,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	826	6.035	1,30	9,5	7,3
	Frauen	456	3.112	1,53	10,5	6,8
	Gesamt	1.282	9.147	1,38	9,8	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	870	8.239	1,37	13,0	9,5
	Frauen	474	3.350	1,59	11,3	7,1
	Gesamt	1.344	11.589	1,44	12,5	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.297	29.934	2,05	47,2	23,1
	Frauen	674	7.306	2,27	24,6	10,8
	Gesamt	1.971	37.240	2,12	40,0	18,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	18.332	100.183	28,93	158,1	5,5
	Frauen	11.185	65.141	37,61	219,0	5,8
	Gesamt	29.517	165.324	31,70	177,5	5,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.106	34.339	9,63	54,2	5,6
	Frauen	3.580	18.465	12,04	62,1	5,2
	Gesamt	9.686	52.804	10,40	56,7	5,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	754	8.036	1,19	12,7	10,7
	Frauen	321	3.312	1,08	11,1	10,3
	Gesamt	1.075	11.348	1,15	12,2	10,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.461	88.069	10,19	139,0	13,6
	Frauen	3.806	60.292	12,80	202,7	15,8
	Gesamt	10.267	148.361	11,03	159,3	14,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	746	6.233	1,18	9,8	8,4
	Frauen	1.358	8.657	4,57	29,1	6,4
	Gesamt	2.104	14.890	2,26	16,0	7,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	844	8.634	2,84	29,0	10,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.071	23.993	4,85	37,9	7,8
	Frauen	2.420	18.449	8,14	62,0	7,6
	Gesamt	5.491	42.442	5,90	45,6	7,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.218	49.670	5,08	78,4	15,4
	Frauen	1.647	26.336	5,54	88,6	16,0
	Gesamt	4.865	76.006	5,22	81,6	15,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	649	11.531	1,02	18,2	17,8
	Frauen	605	10.603	2,03	35,7	17,5
	Gesamt	1.254	22.134	1,35	23,8	17,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>53.037</b>	<b>527.093</b>	<b>83,69</b>	<b>831,7</b>	<b>9,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>34.673</b>	<b>367.058</b>	<b>116,58</b>	<b>1.234,2</b>	<b>10,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>87.710</b>	<b>894.151</b>	<b>94,19</b>	<b>960,2</b>	<b>10,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	538	7.980	0,85	12,6	14,8
	Frauen	337	4.198	1,13	14,1	12,5
	Gesamt	875	12.178	0,94	13,1	13,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	32.805	182.685	11,55	64,3	5,6
	Frauen	33.358	179.247	12,20	65,5	5,4
	Gesamt	66.163	361.932	11,87	64,9	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.910	110.656	1,38	39,0	28,3
	Frauen	5.953	209.932	2,18	76,8	35,3
	Gesamt	9.863	320.588	1,77	57,5	32,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.757	31.853	0,62	11,2	18,1
	Frauen	1.977	30.769	0,72	11,3	15,6
	Gesamt	3.734	62.622	0,67	11,2	16,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.518	528.723	4,76	186,1	39,1
	Frauen	21.250	785.648	7,77	287,3	37,0
	Gesamt	34.768	1.314.371	6,24	235,7	37,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.978	86.120	2,10	30,3	14,4
	Frauen	10.392	114.076	3,80	41,7	11,0
	Gesamt	16.370	200.196	2,94	35,9	12,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.054	27.996	1,43	9,9	6,9
	Frauen	4.195	29.152	1,53	10,7	7,0
	Gesamt	8.249	57.148	1,48	10,3	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.609	34.643	1,27	12,2	9,6
	Frauen	4.594	42.393	1,68	15,5	9,2
	Gesamt	8.203	77.036	1,47	13,8	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.361	219.439	2,94	77,2	26,3
	Frauen	7.922	134.113	2,90	49,0	16,9
	Gesamt	16.283	353.552	2,92	63,4	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	81.642	522.561	28,74	183,9	6,4
	Frauen	99.563	627.562	36,40	229,5	6,3
	Gesamt	181.205	1.150.123	32,50	206,3	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	35.843	232.125	12,62	81,7	6,5
	Frauen	37.032	204.748	13,54	74,9	5,5
	Gesamt	72.875	436.873	13,07	78,4	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.882	64.515	1,72	22,7	13,2
	Frauen	4.156	39.487	1,52	14,4	9,5
	Gesamt	9.038	104.002	1,62	18,7	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	54.741	1.010.737	19,27	355,8	18,5
	Frauen	45.609	857.135	16,68	313,4	18,8
	Gesamt	100.350	1.867.872	18,00	335,0	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.729	43.572	1,31	15,3	11,7
	Frauen	12.892	101.543	4,71	37,1	7,9
	Gesamt	16.621	145.115	2,98	26,0	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	7.171	75.908	2,62	27,8	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	17.514	182.955	6,16	64,4	10,5
	Frauen	25.020	223.617	9,15	81,8	8,9
	Gesamt	42.534	406.572	7,63	72,9	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	27.427	478.352	9,65	168,4	17,4
	Frauen	18.313	312.680	6,70	114,3	17,1
	Gesamt	45.740	791.032	8,20	141,9	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.498	64.031	1,23	22,5	18,3
	Frauen	5.660	105.149	2,07	38,5	18,6
	Gesamt	9.158	169.180	1,64	30,3	18,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>303.894</b>	<b>3.834.480</b>	<b>106,97</b>	<b>1.349,7</b>	<b>12,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>346.009</b>	<b>4.090.440</b>	<b>126,51</b>	<b>1.495,6</b>	<b>11,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>649.903</b>	<b>7.924.920</b>	<b>116,56</b>	<b>1.421,3</b>	<b>12,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	9.496	142.223	3,34	50,1	15,0
	Frauen	4.741	65.492	1,73	24,0	13,8
	Gesamt	14.237	207.715	2,55	37,3	14,6

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	8.684	54.300	13,38	83,7	6,3
	Frauen	17.881	103.380	15,24	88,1	5,8
	Gesamt	26.565	157.680	14,57	86,5	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.571	42.138	2,42	64,9	26,8
	Frauen	3.481	118.164	2,97	100,7	34,0
	Gesamt	5.052	160.302	2,77	87,9	31,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	612	9.227	0,94	14,2	15,1
	Frauen	1.146	18.408	0,98	15,7	16,1
	Gesamt	1.758	27.635	0,96	15,2	15,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.498	163.372	6,93	251,7	36,3
	Frauen	13.073	442.640	11,14	377,2	33,9
	Gesamt	17.571	606.012	9,64	332,5	34,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.005	30.335	3,09	46,7	15,1
	Frauen	5.799	61.170	4,94	52,1	10,6
	Gesamt	7.804	91.505	4,28	50,2	11,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.508	10.803	2,32	16,6	7,2
	Frauen	2.941	22.059	2,51	18,8	7,5
	Gesamt	4.449	32.862	2,44	18,0	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.306	13.297	2,01	20,5	10,2
	Frauen	2.700	25.708	2,30	21,9	9,5
	Gesamt	4.006	39.005	2,20	21,4	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.790	68.866	4,30	106,1	24,7
	Frauen	4.566	69.984	3,89	59,6	15,3
	Gesamt	7.356	138.850	4,04	76,2	18,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.088	182.772	38,65	281,6	7,3
	Frauen	59.025	392.881	50,29	334,8	6,7
	Gesamt	84.113	575.653	46,15	315,8	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.814	74.415	16,66	114,6	6,9
	Frauen	20.758	114.782	17,69	97,8	5,5
	Gesamt	31.572	189.197	17,32	103,8	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.552	19.464	2,39	30,0	12,5
	Frauen	2.281	23.059	1,94	19,7	10,1
	Gesamt	3.833	42.523	2,10	23,3	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	20.602	363.958	31,74	560,7	17,7
	Frauen	27.641	498.431	23,55	424,7	18,0
	Gesamt	48.243	862.389	26,47	473,1	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.246	15.707	1,92	24,2	12,6
	Frauen	6.998	56.685	5,96	48,3	8,1
	Gesamt	8.244	72.392	4,52	39,7	8,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.848	31.379	2,43	26,7	11,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.071	54.342	7,81	83,7	10,7
	Frauen	13.089	119.069	11,15	101,5	9,1
	Gesamt	18.160	173.411	9,96	95,1	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.215	142.716	12,66	219,9	17,4
	Frauen	9.819	179.126	8,37	152,6	18,2
	Gesamt	18.034	321.842	9,89	176,6	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.143	21.608	1,76	33,3	18,9
	Frauen	3.072	58.095	2,62	49,5	18,9
	Gesamt	4.215	79.703	2,31	43,7	18,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>96.939</b>	<b>1.269.950</b>	<b>149,34</b>	<b>1.956,4</b>	<b>13,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>197.632</b>	<b>2.343.336</b>	<b>168,39</b>	<b>1.999,7</b>	<b>11,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>294.571</b>	<b>3.613.286</b>	<b>161,61</b>	<b>1.982,3</b>	<b>12,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.816	43.846	4,34	67,6	15,6
	Frauen	2.204	31.147	1,88	26,5	14,1
	Gesamt	5.020	74.993	2,75	41,1	14,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	4.179	20.044	12,52	60,0	4,8
	Frauen	14.710	72.056	15,89	77,8	4,9
	Gesamt	18.889	92.100	14,99	73,1	4,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	415	8.961	1,24	26,8	21,6
	Frauen	1.905	64.567	2,06	69,7	33,9
	Gesamt	2.320	73.528	1,84	58,4	31,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	157	2.985	0,47	8,9	19,0
	Frauen	659	8.682	0,71	9,4	13,2
	Gesamt	816	11.667	0,65	9,3	14,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.497	56.505	4,48	169,2	37,8
	Frauen	7.870	259.085	8,50	279,8	32,9
	Gesamt	9.367	315.590	7,43	250,5	33,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	748	6.663	2,24	20,0	8,9
	Frauen	3.303	32.016	3,57	34,6	9,7
	Gesamt	4.051	38.679	3,22	30,7	9,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	353	3.148	1,06	9,4	8,9
	Frauen	1.939	9.673	2,09	10,5	5,0
	Gesamt	2.292	12.821	1,82	10,2	5,6
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	442	3.462	1,32	10,4	7,8
	Frauen	1.888	16.619	2,04	18,0	8,8
	Gesamt	2.330	20.081	1,85	15,9	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	739	17.167	2,21	51,4	23,2
	Frauen	2.429	36.907	2,62	39,9	15,2
	Gesamt	3.168	54.074	2,51	42,9	17,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	10.691	58.412	32,02	175,0	5,5
	Frauen	43.971	256.631	47,48	277,1	5,8
	Gesamt	54.662	315.043	43,39	250,1	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	3.901	19.683	11,68	59,0	5,1
	Frauen	12.806	66.736	13,83	72,1	5,2
	Gesamt	16.707	86.419	13,26	68,6	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	473	5.264	1,42	15,8	11,1
	Frauen	1.291	10.140	1,39	11,0	7,9
	Gesamt	1.764	15.404	1,40	12,2	8,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	3.844	55.659	11,51	166,7	14,5
	Frauen	13.876	224.802	14,98	242,8	16,2
	Gesamt	17.720	280.461	14,06	222,6	15,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	379	3.167	1,14	9,5	8,4
	Frauen	4.481	35.194	4,84	38,0	7,9
	Gesamt	4.860	38.361	3,86	30,5	7,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.103	24.047	2,27	26,0	11,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.380	15.212	7,13	45,6	6,4
	Frauen	8.802	69.688	9,51	75,3	7,9
	Gesamt	11.182	84.900	8,88	67,4	7,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.728	39.245	8,17	117,5	14,4
	Frauen	6.365	102.249	6,87	110,4	16,1
	Gesamt	9.093	141.494	7,22	112,3	15,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	373	6.744	1,12	20,2	18,1
	Frauen	1.970	34.499	2,13	37,3	17,5
	Gesamt	2.343	41.243	1,86	32,7	17,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>33.356</b>	<b>323.867</b>	<b>99,90</b>	<b>970,0</b>	<b>9,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>130.705</b>	<b>1.328.442</b>	<b>141,15</b>	<b>1.434,6</b>	<b>10,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>164.061</b>	<b>1.652.309</b>	<b>130,22</b>	<b>1.311,5</b>	<b>10,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	724	9.588	2,17	28,7	13,2
	Frauen	1.705	22.945	1,84	24,8	13,5
	Gesamt	2.429	32.533	1,93	25,8	13,4



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	9.231	54.300	12,35	72,7	5,9
	Frauen	47.183	268.037	13,33	75,7	5,7
	Gesamt	56.414	322.337	13,16	75,2	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.027	32.844	1,37	44,0	32,0
	Frauen	7.218	290.053	2,04	82,0	40,2
	Gesamt	8.245	322.897	1,92	75,3	39,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	406	7.920	0,54	10,6	19,5
	Frauen	2.519	50.189	0,71	14,2	19,9
	Gesamt	2.925	58.109	0,68	13,6	19,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.066	215.357	6,78	288,2	42,5
	Frauen	30.907	1.206.578	8,73	340,9	39,0
	Gesamt	35.973	1.421.935	8,39	331,7	39,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.565	25.939	2,09	34,7	16,6
	Frauen	12.928	169.776	3,65	48,0	13,1
	Gesamt	14.493	195.715	3,38	45,7	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	946	7.579	1,27	10,1	8,0
	Frauen	4.830	38.909	1,36	11,0	8,1
	Gesamt	5.776	46.488	1,35	10,8	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	982	9.420	1,31	12,6	9,6
	Frauen	5.635	57.207	1,59	16,2	10,2
	Gesamt	6.617	66.627	1,54	15,5	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.311	60.917	3,09	81,5	26,4
	Frauen	10.190	174.318	2,88	49,3	17,1
	Gesamt	12.501	235.235	2,92	54,9	18,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	23.305	153.252	31,18	205,1	6,6
	Frauen	128.985	832.973	36,44	235,3	6,5
	Gesamt	152.290	986.225	35,53	230,1	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.001	64.760	12,04	86,7	7,2
	Frauen	45.250	290.386	12,78	82,0	6,4
	Gesamt	54.251	355.146	12,66	82,9	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.228	16.669	1,64	22,3	13,6
	Frauen	5.510	65.005	1,56	18,4	11,8
	Gesamt	6.738	81.674	1,57	19,1	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.052	263.116	17,46	352,1	20,2
	Frauen	65.116	1.499.553	18,40	423,7	23,0
	Gesamt	78.168	1.762.669	18,23	411,2	22,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	996	11.282	1,33	15,1	11,3
	Frauen	16.301	159.761	4,61	45,1	9,8
	Gesamt	17.297	171.043	4,03	39,9	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	10.036	111.902	2,84	31,6	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.441	52.390	5,94	70,1	11,8
	Frauen	31.810	313.086	8,99	88,5	9,8
	Gesamt	36.251	365.476	8,46	85,3	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.828	134.503	9,14	180,0	19,7
	Frauen	27.436	516.855	7,75	146,0	18,8
	Gesamt	34.264	651.358	7,99	152,0	19,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	956	20.097	1,28	26,9	21,0
	Frauen	7.683	163.899	2,17	46,3	21,3
	Gesamt	8.639	183.996	2,02	42,9	21,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>81.478</b>	<b>1.133.490</b>	<b>109,03</b>	<b>1.516,7</b>	<b>13,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>460.746</b>	<b>6.234.714</b>	<b>130,18</b>	<b>1.761,5</b>	<b>13,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>542.224</b>	<b>7.368.204</b>	<b>126,49</b>	<b>1.718,8</b>	<b>13,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.822	28.307	2,44	37,9	15,5
	Frauen	7.442	106.028	2,10	30,0	14,3
	Gesamt	9.264	134.335	2,16	31,3	14,5

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	1.909	13.859	12,10	87,8	7,3
	Frauen	414	2.626	11,53	73,1	6,3
	Gesamt	2.323	16.485	11,99	85,1	7,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	344	13.487	2,18	85,5	39,2
	Frauen	71	2.533	1,98	70,6	35,7
	Gesamt	415	16.020	2,14	82,7	38,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	145	2.702	0,92	17,1	18,6
	Frauen	40	755	1,11	21,0	18,9
	Gesamt	185	3.457	0,96	17,9	18,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	966	33.568	6,12	212,7	34,8
	Frauen	302	12.077	8,41	336,4	40,0
	Gesamt	1.268	45.645	6,55	235,6	36,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	457	10.373	2,90	65,7	22,7
	Frauen	178	1.291	4,96	36,0	7,3
	Gesamt	635	11.664	3,28	60,2	18,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	319	2.946	2,02	18,7	9,2
	Frauen	57	195	1,59	5,4	3,4
	Gesamt	376	3.141	1,94	16,2	8,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	282	2.795	1,79	17,7	9,9
	Frauen	85	899	2,37	25,0	10,6
	Gesamt	367	3.694	1,89	19,1	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	838	23.084	5,31	146,3	27,6
	Frauen	119	2.515	3,31	70,1	21,1
	Gesamt	957	25.599	4,94	132,2	26,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	4.881	41.392	30,93	262,3	8,5
	Frauen	1.411	9.789	39,30	272,7	6,9
	Gesamt	6.292	51.181	32,48	264,2	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.572	22.001	16,30	139,4	8,6
	Frauen	581	3.246	16,18	90,4	5,6
	Gesamt	3.153	25.247	16,28	130,3	8,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	411	6.196	2,60	39,3	15,1
	Frauen	89	648	2,48	18,1	7,3
	Gesamt	500	6.844	2,58	35,3	13,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.541	120.978	35,11	766,7	21,8
	Frauen	695	12.569	19,36	350,1	18,1
	Gesamt	6.236	133.547	32,19	689,4	21,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	285	3.380	1,81	21,4	11,9
	Frauen	162	1.613	4,51	44,9	10,0
	Gesamt	447	4.993	2,31	25,8	11,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	90	851	2,51	23,7	9,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.178	15.283	7,47	96,9	13,0
	Frauen	323	2.694	9,00	75,0	8,3
	Gesamt	1.501	17.977	7,75	92,8	12,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.511	50.042	15,91	317,1	19,9
	Frauen	291	4.751	8,11	132,3	16,3
	Gesamt	2.802	54.793	14,47	282,9	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	270	5.406	1,71	34,3	20,0
	Frauen	92	1.127	2,56	31,4	12,3
	Gesamt	362	6.533	1,87	33,7	18,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>22.955</b>	<b>368.993</b>	<b>145,47</b>	<b>2.338,4</b>	<b>16,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>5.022</b>	<b>60.356</b>	<b>139,88</b>	<b>1.681,1</b>	<b>12,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>27.977</b>	<b>429.349</b>	<b>144,43</b>	<b>2.216,5</b>	<b>15,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.218	23.579	7,72	149,4	19,4
	Frauen	92	1.177	2,56	32,8	12,8
	Gesamt	1.310	24.756	6,76	127,8	18,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	1.071	7.030	8,69	57,1	6,6
	Frauen	1.539	9.284	10,43	62,9	6,0
	Gesamt	2.610	16.314	9,64	60,2	6,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	138	4.952	1,12	40,2	35,9
	Frauen	271	10.830	1,84	73,4	40,0
	Gesamt	409	15.782	1,51	58,3	38,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	63	686	0,51	5,6	10,9
	Frauen	78	1.379	0,53	9,3	17,7
	Gesamt	141	2.065	0,52	7,6	14,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	531	21.266	4,31	172,6	40,1
	Frauen	1.184	44.307	8,02	300,2	37,4
	Gesamt	1.715	65.573	6,33	242,2	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	187	2.661	1,52	21,6	14,2
	Frauen	401	4.327	2,72	29,3	10,8
	Gesamt	588	6.988	2,17	25,8	11,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	125	962	1,01	7,8	7,7
	Frauen	185	1.500	1,25	10,2	8,1
	Gesamt	310	2.462	1,14	9,1	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	132	1.284	1,07	10,4	9,7
	Frauen	221	1.961	1,50	13,3	8,9
	Gesamt	353	3.245	1,30	12,0	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	286	10.382	2,32	84,3	36,3
	Frauen	368	7.184	2,49	48,7	19,5
	Gesamt	654	17.566	2,42	64,9	26,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.125	21.138	25,36	171,5	6,8
	Frauen	4.727	32.570	32,03	220,7	6,9
	Gesamt	7.852	53.708	29,00	198,3	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.243	9.391	10,09	76,2	7,6
	Frauen	1.687	10.373	11,43	70,3	6,2
	Gesamt	2.930	19.764	10,82	73,0	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	178	2.784	1,44	22,6	15,6
	Frauen	197	2.539	1,33	17,2	12,9
	Gesamt	375	5.323	1,38	19,7	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.197	43.509	17,83	353,1	19,8
	Frauen	2.266	51.247	15,36	347,3	22,6
	Gesamt	4.463	94.756	16,48	349,9	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	144	2.344	1,17	19,0	16,3
	Frauen	665	6.547	4,51	44,4	9,9
	Gesamt	809	8.891	2,99	32,8	11,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	297	3.316	2,01	22,5	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	614	6.444	4,98	52,3	10,5
	Frauen	1.171	10.432	7,94	70,7	8,9
	Gesamt	1.785	16.876	6,59	62,3	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.293	26.124	10,49	212,0	20,2
	Frauen	1.093	24.069	7,41	163,1	22,0
	Gesamt	2.386	50.193	8,81	185,4	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	105	1.962	0,85	15,9	18,7
	Frauen	302	5.345	2,05	36,2	17,7
	Gesamt	407	7.307	1,50	27,0	18,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>11.455</b>	<b>163.098</b>	<b>92,96</b>	<b>1.323,6</b>	<b>14,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>16.700</b>	<b>228.122</b>	<b>113,16</b>	<b>1.545,8</b>	<b>13,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>28.155</b>	<b>391.220</b>	<b>103,97</b>	<b>1.444,7</b>	<b>13,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	621	11.351	5,04	92,1	18,3
	Frauen	343	6.811	2,32	46,2	19,9
	Gesamt	964	18.162	3,56	67,1	18,8

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2014)

A.9 (Teil 1)

Wirtschaftsabschnitt/Wirtschaftsabteilung	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied			Durchschnittsalter
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt	
Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	1	7.695	5.264	12.959	12,2	14,7	13,2	39,4
Forstwirtschaft und Holzeinschlag	2	1.063	319	1.383	17,3	14,1	16,5	40,9
<b>ABSCHNITT A – LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT, FISCHEREI</b>		<b>8.837</b>	<b>5.626</b>	<b>14.463</b>	<b>12,8</b>	<b>14,7</b>	<b>13,5</b>	<b>39,5</b>
Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	8	2.920	558	3.478	17,1	13,7	16,6	44,5
<b>ABSCHNITT B – BERGBAU UND GEWINNUNG VON STEINEN UND ERDEN</b>		<b>4.015</b>	<b>830</b>	<b>4.845</b>	<b>16,1</b>	<b>11,8</b>	<b>15,4</b>	<b>43,3</b>
Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	10	27.187	30.599	57.786	16,7	18,9	17,8	41,1
Getränkeherstellung	11	5.087	1.831	6.918	16,1	12,6	15,2	42,5
Tabakverarbeitung	12	643	371	1.015	17,0	24,9	19,9	41,8
Herstellung von Textilien	13	5.584	3.745	9.329	19,1	17,9	18,6	44,7
Herstellung von Bekleidung	14	1.152	3.313	4.465	10,8	13,5	12,8	41,8
Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	15	709	876	1.586	14,5	15,0	14,8	42,6
Herstellung von Holz, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	16	7.624	1.815	9.439	16,1	12,4	15,4	40,9
Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	17	17.206	4.358	21.564	18,4	16,7	18,0	44,0
Herstellung von Druckerzeugnissen	18	13.314	7.137	20.451	17,5	17,5	17,5	43,4
Kokerei und Mineralölverarbeitung	19	5.012	949	5.961	13,8	13,5	13,7	44,6
Herstellung von chemischen Erzeugnissen	20	59.449	18.444	77.893	17,3	14,9	16,7	44,5
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	21	18.625	16.343	34.968	13,9	16,3	15,0	42,7
Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	22	39.469	13.292	52.760	17,8	17,8	17,8	42,9
Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	23	18.363	5.282	23.646	19,0	16,0	18,3	43,7
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	46.673	6.088	52.761	20,1	15,8	19,6	44,3
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	71.764	19.451	91.215	17,1	16,1	16,9	41,7
Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektron. u. optischen Erzeugnissen	26	61.406	29.028	90.434	10,5	16,2	12,3	43,2
Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	27	67.389	26.445	93.834	14,6	19,8	16,1	43,6
Maschinenbau	28	156.654	32.417	189.071	15,1	13,3	14,8	42,0
Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	29	320.169	62.236	382.405	16,2	18,0	16,5	43,0
Sonstiger Fahrzeugbau	30	24.971	4.281	29.252	17,2	15,1	16,9	43,4
Herstellung von Möbeln	31	9.265	3.095	12.360	16,1	16,1	16,1	41,4
Herstellung von sonstigen Waren	32	18.558	16.036	34.594	13,9	16,1	14,9	41,3
Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	33	19.989	3.966	23.955	16,2	14,8	15,9	42,5
<b>ABSCHNITT C – VERARBEITENDES GEWERBE</b>		<b>1.016.263</b>	<b>311.398</b>	<b>1.327.661</b>	<b>16,0</b>	<b>16,8</b>	<b>16,2</b>	<b>42,9</b>
Energieversorgung	35	44.885	14.191	59.076	13,6	15,0	14,0	44,6
<b>ABSCHNITT D – ENERGIEVERSORGUNG</b>		<b>44.885</b>	<b>14.191</b>	<b>59.076</b>	<b>13,6</b>	<b>15,0</b>	<b>14,0</b>	<b>44,6</b>
Wasserversorgung	36	3.187	1.314	4.500	18,5	17,2	18,1	43,8
Abwasserentsorgung	37	2.490	638	3.128	16,8	13,3	16,1	43,3
Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	38	15.599	3.544	19.143	23,4	16,9	22,2	44,6
<b>ABSCHNITT E – WASSERVERSORGUNG, ABFALLBESEITIGUNG</b>		<b>21.456</b>	<b>5.542</b>	<b>26.998</b>	<b>21,9</b>	<b>16,5</b>	<b>20,8</b>	<b>44,3</b>
Hochbau	41	19.226	4.215	23.441	17,9	11,5	16,7	42,0
Tiefbau	42	18.312	2.181	20.492	21,3	12,1	20,3	43,5
Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	43	97.603	18.630	116.233	17,2	12,8	16,5	38,9
<b>ABSCHNITT F – BAUGEWERBE</b>		<b>135.141</b>	<b>25.026</b>	<b>160.167</b>	<b>17,9</b>	<b>12,5</b>	<b>17,0</b>	<b>40,0</b>
Handel mit Kraftfahrzeugen, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	45	74.694	21.228	95.922	15,0	13,8	14,7	38,3
Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	46	101.915	65.334	167.248	13,3	13,7	13,5	41,6
Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	47	75.138	195.640	270.778	14,1	17,7	16,7	39,9
<b>ABSCHNITT G – HANDEL, INSTANDHALTUNG UND REPARATUR VON KRAFTFAHRZEUGEN</b>		<b>251.747</b>	<b>282.201</b>	<b>533.948</b>	<b>14,1</b>	<b>16,5</b>	<b>15,3</b>	<b>40,1</b>
Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	49	84.013	17.084	101.098	22,5	23,3	22,6	45,5
Schifffahrt	50	1.074	776	1.850	13,2	10,6	12,1	40,9
Luftfahrt	51	2.434	4.693	7.127	14,1	18,8	17,2	40,0
Lagerer sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	52	76.030	27.464	103.494	19,4	19,3	19,4	42,9
Post-, Kurier- und Expressdienste	53	31.046	37.884	68.929	21,0	30,1	26,0	46,1
<b>ABSCHNITT H – VERKEHR UND LAGEREI</b>		<b>194.597</b>	<b>87.901</b>	<b>282.498</b>	<b>20,9</b>	<b>24,6</b>	<b>22,1</b>	<b>44,5</b>
Beherbergung	55	9.555	17.525	27.080	12,7	16,1	14,9	35,9
Gastronomie	56	22.962	31.922	54.884	11,6	17,6	15,1	39,0
<b>ABSCHNITT I – GASTGEWERBE</b>		<b>32.517</b>	<b>49.448</b>	<b>81.964</b>	<b>11,9</b>	<b>17,0</b>	<b>15,0</b>	<b>38,0</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen - sind aber in den Summenwerten enthalten.

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt –  
mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2014)

A.9 (Teil 2)

Wirtschaftsabschnitt/Wirtschaftsabteilung	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied			Durchschnitts- alter
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt	
Verlagswesen	58	7.210	10.132	17.341	8,4	11,4	10,1	42,4
Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	59	2.160	2.132	4.291	6,8	10,4	8,6	37,1
Rundfunkveranstalter	60	2.296	2.907	5.203	7,3	9,7	8,7	40,4
Telekommunikation	61	17.411	3.731	21.143	14,2	16,9	14,7	45,7
Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	62	59.222	26.258	85.480	8,0	11,9	9,2	40,4
Informationsdienstleistungen	63	4.154	3.483	7.637	13,1	15,7	14,3	39,8
<b>ABSCHNITT J – INFORMATION UND KOMMUNIKATION</b>		<b>92.452</b>	<b>48.643</b>	<b>141.096</b>	<b>9,4</b>	<b>12,2</b>	<b>10,4</b>	<b>41,3</b>
Erbringung von Finanzdienstleistungen	64	49.808	76.361	126.168	8,4	12,8	11,1	41,1
Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	65	16.051	18.203	34.254	12,5	15,6	14,1	41,4
Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	66	10.873	19.131	30.004	11,6	14,0	13,1	41,6
<b>ABSCHNITT K – ERBRINGUNG VON FINANZ- UND VERSICHERUNGSDIENSTLEISTUNGEN</b>		<b>76.732</b>	<b>113.694</b>	<b>190.426</b>	<b>9,7</b>	<b>13,5</b>	<b>11,9</b>	<b>41,2</b>
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	13.544	15.742	29.285	13,2	13,9	13,6	44,0
<b>ABSCHNITT L – GRUNDSTÜCKS- UND WOHNUNGSWESEN</b>		<b>13.544</b>	<b>15.742</b>	<b>29.285</b>	<b>13,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,6</b>	<b>44,0</b>
Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	69	14.651	49.298	63.948	6,2	9,8	9,0	39,2
Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	70	53.334	54.091	107.424	9,5	12,8	11,2	41,5
Architektur- und Ingenieurbüros, techn., physikal. u. chem. Untersuchung	71	42.689	23.325	66.014	9,5	11,3	10,2	40,7
Forschung und Entwicklung	72	14.224	10.755	24.980	9,2	12,3	10,5	40,9
Werbung und Marktforschung	73	6.775	9.676	16.451	7,9	10,0	9,1	37,0
Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74	3.246	3.773	7.020	10,8	11,3	11,1	38,6
Veterinärwesen	75	219	2.830	3.049	8,6	10,7	10,6	32,2
<b>ABSCHNITT M – ERBRINGUNG VON FREIBERUFL., WISSENSCHAFTL. U. TECHN. DIENSTLEISTUNGEN</b>		<b>135.138</b>	<b>153.748</b>	<b>288.887</b>	<b>9,1</b>	<b>11,3</b>	<b>10,3</b>	<b>40,3</b>
Vermietung von beweglichen Sachen	77	5.722	3.461	9.183	14,1	13,9	14,1	40,9
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	59.466	29.465	88.931	17,8	19,2	18,2	38,0
Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	79	2.916	8.526	11.442	12,8	13,5	13,3	39,5
Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	80	14.177	4.699	18.875	21,9	24,4	22,5	44,8
Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	81	32.265	33.123	65.388	18,8	22,2	20,5	44,2
Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	82	20.871	24.729	45.600	16,3	22,3	19,6	41,1
<b>ABSCHNITT N – ERBRINGUNG VON SONSTIGEN WIRTSCHAFTLICHEN DIENSTLEISTUNGEN</b>		<b>135.417</b>	<b>104.003</b>	<b>239.420</b>	<b>17,9</b>	<b>20,5</b>	<b>19,1</b>	<b>41,0</b>
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	84	64.913	117.364	182.276	19,6	20,0	19,8	44,3
<b>ABSCHNITT O – ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, VERTEIDIGUNG, SOZIALVERSICHERUNG</b>		<b>64.913</b>	<b>117.364</b>	<b>182.276</b>	<b>19,6</b>	<b>20,0</b>	<b>19,8</b>	<b>44,3</b>
Erziehung und Unterricht	85	33.388	92.602	125.991	9,7	14,4	13,1	39,8
<b>ABSCHNITT P – ERZIEHUNG UND UNTERRICHT</b>		<b>33.388</b>	<b>92.602</b>	<b>125.991</b>	<b>9,7</b>	<b>14,4</b>	<b>13,1</b>	<b>39,8</b>
Gesundheitswesen	86	37.709	211.375	249.084	14,2	15,0	14,9	39,4
Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	87	19.808	78.904	98.711	17,0	23,3	22,0	42,4
Sozialwesen (ohne Heime)	88	17.215	63.664	80.879	15,2	19,4	18,5	41,8
<b>ABSCHNITT Q – GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN</b>		<b>74.732</b>	<b>353.942</b>	<b>428.675</b>	<b>15,2</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>40,5</b>
Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	90	3.552	2.955	6.507	15,1	12,7	14,0	42,8
Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	91	1.421	2.255	3.675	15,2	17,0	16,3	44,6
Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	92	1.463	3.569	5.031	13,0	19,2	17,4	41,6
Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	93	5.887	5.979	11.866	11,7	14,0	12,9	37,3
<b>ABSCHNITT R – KUNST, UNTERHALTUNG UND ERHOLUNG</b>		<b>12.322</b>	<b>14.757</b>	<b>27.079</b>	<b>13,2</b>	<b>15,5</b>	<b>14,5</b>	<b>40,4</b>
Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	94	15.182	36.014	51.196	10,4	13,7	12,7	43,7
Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	95	3.642	1.533	5.175	13,1	12,1	12,8	38,7
Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	96	8.299	26.051	34.350	15,1	15,2	15,1	38,2
<b>ABSCHNITT S – ERBRINGUNG VON SONSTIGEN DIENSTLEISTUNGEN</b>		<b>27.123</b>	<b>63.598</b>	<b>90.722</b>	<b>12,2</b>	<b>14,3</b>	<b>13,6</b>	<b>41,3</b>
Private Haushalte mit Hauspersonal	97	487	3.509	3.996	11,1	11,8	11,7	48,6
<b>ABSCHNITT T – PRIVATE HAUSHALTE MIT HAUSPERSONAL</b>		<b>511</b>	<b>3.534</b>	<b>4.045</b>	<b>10,8</b>	<b>12,0</b>	<b>11,8</b>	<b>48,5</b>
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	99	1.105	725	1.831	23,7	25,4	24,4	46,8
<b>ABSCHNITT U – EXTERRITORIALE ORGANISATIONEN UND KÖRPERSCHAFTEN</b>		<b>1.105</b>	<b>725</b>	<b>1.831</b>	<b>23,7</b>	<b>25,4</b>	<b>24,4</b>	<b>46,8</b>
<b>ALLE WIRTSCHAFTSABSCHNITTE</b>		<b>2.406.429</b>	<b>1.880.091</b>	<b>4.286.520</b>	<b>15,5</b>	<b>16,7</b>	<b>16,0</b>	<b>41,8</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen - sind aber in den Summenwerten enthalten.

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	226.473	1.243.795	13,20	72,5	5,5
	Frauen	207.710	1.128.217	12,80	69,6	5,4
	Gesamt	434.183	2.372.012	13,01	71,1	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	27.720	815.628	1,62	47,5	29,4
	Frauen	34.193	1.332.597	2,11	82,2	39,0
	Gesamt	61.913	2.148.225	1,85	64,4	34,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	11.606	208.407	0,68	12,2	18,0
	Frauen	11.122	198.451	0,69	12,2	17,8
	Gesamt	22.728	406.858	0,68	12,2	17,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	94.114	3.751.216	5,48	218,6	39,9
	Frauen	134.224	5.263.104	8,27	324,4	39,2
	Gesamt	228.338	9.014.320	6,84	270,0	39,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	42.952	693.893	2,50	40,4	16,2
	Frauen	61.518	761.729	3,79	47,0	12,4
	Gesamt	104.470	1.455.622	3,13	43,6	13,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	27.266	206.406	1,59	12,0	7,6
	Frauen	24.492	180.429	1,51	11,1	7,4
	Gesamt	51.758	386.835	1,55	11,6	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	24.624	238.383	1,44	13,9	9,7
	Frauen	27.215	248.496	1,68	15,3	9,1
	Gesamt	51.839	486.879	1,55	14,6	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	57.699	1.541.215	3,36	89,8	26,7
	Frauen	46.484	777.737	2,87	47,9	16,7
	Gesamt	104.183	2.318.932	3,12	69,5	22,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	566.189	3.675.877	33,00	214,2	6,5
	Frauen	601.861	3.772.214	37,10	232,5	6,3
	Gesamt	1.168.050	7.448.091	34,99	223,1	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	246.515	1.672.546	14,37	97,5	6,8
	Frauen	214.036	1.260.792	13,19	77,7	5,9
	Gesamt	460.551	2.933.338	13,80	87,9	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	36.403	479.073	2,12	27,9	13,2
	Frauen	24.952	268.754	1,54	16,6	10,8
	Gesamt	61.355	747.827	1,84	22,4	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	452.210	8.715.258	26,35	507,9	19,3
	Frauen	300.995	6.375.275	18,55	393,0	21,2
	Gesamt	753.205	15.090.533	22,56	452,1	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	25.795	308.560	1,50	18,0	12,0
	Frauen	75.262	642.857	4,64	39,6	8,5
	Gesamt	101.057	951.417	3,03	28,5	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	40.517	448.283	2,50	27,6	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	124.931	1.301.567	7,28	75,9	10,4
	Frauen	151.534	1.397.122	9,34	86,1	9,2
	Gesamt	276.465	2.698.689	8,28	80,8	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	217.776	3.871.301	12,69	225,6	17,8
	Frauen	122.284	2.235.904	7,54	137,8	18,3
	Gesamt	340.060	6.107.205	10,19	183,0	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	23.966	474.552	1,40	27,7	19,8
	Frauen	34.180	689.794	2,11	42,5	20,2
	Gesamt	58.146	1.164.346	1,74	34,9	20,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.210.755</b>	<b>29.293.939</b>	<b>128,84</b>	<b>1.707,2</b>	<b>13,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.118.396</b>	<b>27.096.906</b>	<b>130,59</b>	<b>1.670,4</b>	<b>12,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.329.151</b>	<b>56.390.845</b>	<b>129,69</b>	<b>1.689,3</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	74.974	1.127.848	4,37	65,7	15,0
	Frauen	32.496	476.359	2,00	29,4	14,7
	Gesamt	107.470	1.604.207	3,22	48,1	14,9

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	23.650	165.635	10,13	70,9	7,0
	Frauen	22.615	158.634	11,38	79,8	7,0
	Gesamt	46.265	324.269	10,70	75,0	7,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5.262	156.063	2,25	66,8	29,7
	Frauen	6.028	211.542	3,03	106,4	35,1
	Gesamt	11.290	367.605	2,61	85,0	32,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.395	50.851	1,03	21,8	21,2
	Frauen	2.118	40.384	1,07	20,3	19,1
	Gesamt	4.513	91.235	1,04	21,1	20,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.757	452.663	5,46	193,8	35,5
	Frauen	21.120	793.063	10,63	399,0	37,6
	Gesamt	33.877	1.245.726	7,84	288,2	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.200	99.140	2,23	42,5	19,1
	Frauen	8.215	122.352	4,13	61,6	14,9
	Gesamt	13.415	221.492	3,10	51,2	16,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.699	36.534	2,01	15,6	7,8
	Frauen	4.320	33.590	2,17	16,9	7,8
	Gesamt	9.019	70.124	2,09	16,2	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.679	39.316	1,58	16,8	10,7
	Frauen	3.919	45.913	1,97	23,1	11,7
	Gesamt	7.598	85.229	1,76	19,7	11,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	11.560	326.793	4,95	139,9	28,3
	Frauen	9.475	187.778	4,77	94,5	19,8
	Gesamt	21.035	514.571	4,87	119,0	24,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	67.459	564.254	28,89	241,6	8,4
	Frauen	75.368	616.380	37,92	310,1	8,2
	Gesamt	142.827	1.180.634	33,04	273,1	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	40.211	291.680	17,22	124,9	7,3
	Frauen	36.765	231.722	18,50	116,6	6,3
	Gesamt	76.976	523.402	17,81	121,1	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.344	82.576	2,29	35,4	15,5
	Frauen	4.190	50.878	2,11	25,6	12,1
	Gesamt	9.534	133.454	2,21	30,9	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	62.287	1.357.674	26,67	581,4	21,8
	Frauen	46.917	1.088.832	23,61	547,8	23,2
	Gesamt	109.204	2.446.506	25,26	565,9	22,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.923	55.427	1,68	23,7	14,1
	Frauen	11.929	134.422	6,00	67,6	11,3
	Gesamt	15.852	189.849	3,67	43,9	12,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	5.170	65.879	2,60	33,2	12,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	13.302	181.542	5,70	77,7	13,7
	Frauen	16.922	200.200	8,51	100,7	11,8
	Gesamt	30.224	381.742	6,99	88,3	12,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	30.523	630.749	13,07	270,1	20,7
	Frauen	17.139	360.614	8,62	181,4	21,0
	Gesamt	47.662	991.363	11,03	229,3	20,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.180	64.402	1,36	27,6	20,3
	Frauen	4.624	103.104	2,33	51,9	22,3
	Gesamt	7.804	167.506	1,81	38,8	21,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>296.110</b>	<b>4.568.323</b>	<b>126,79</b>	<b>1.956,2</b>	<b>15,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>297.630</b>	<b>4.459.546</b>	<b>149,74</b>	<b>2.243,7</b>	<b>15,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>593.740</b>	<b>9.027.869</b>	<b>137,35</b>	<b>2.088,4</b>	<b>15,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.767	211.845	5,04	90,7	18,0
	Frauen	5.818	110.579	2,93	55,6	19,0
	Gesamt	17.585	322.424	4,07	74,6	18,3

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	250.123	1.409.430	12,83	72,3	5,6
	Frauen	230.325	1.286.851	12,65	70,7	5,6
	Gesamt	480.448	2.696.281	12,74	71,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	32.982	971.691	1,69	49,8	29,5
	Frauen	40.221	1.544.139	2,21	84,8	38,4
	Gesamt	73.203	2.515.830	1,94	66,7	34,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.001	259.258	0,72	13,3	18,5
	Frauen	13.240	238.835	0,73	13,1	18,0
	Gesamt	27.241	498.093	0,72	13,2	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	106.871	4.203.879	5,48	215,6	39,3
	Frauen	155.344	6.056.167	8,53	332,6	39,0
	Gesamt	262.215	10.260.046	6,95	272,1	39,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	48.152	793.033	2,47	40,7	16,5
	Frauen	69.733	884.081	3,83	48,6	12,7
	Gesamt	117.885	1.677.114	3,13	44,5	14,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.965	242.940	1,64	12,5	7,6
	Frauen	28.812	214.019	1,58	11,8	7,4
	Gesamt	60.777	456.959	1,61	12,1	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.303	277.699	1,45	14,2	9,8
	Frauen	31.134	294.409	1,71	16,2	9,5
	Gesamt	59.437	572.108	1,58	15,2	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	69.259	1.868.008	3,55	95,8	27,0
	Frauen	55.959	965.495	3,07	53,0	17,3
	Gesamt	125.218	2.833.503	3,32	75,2	22,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	633.648	4.240.131	32,50	217,5	6,7
	Frauen	677.229	4.388.594	37,19	241,0	6,5
	Gesamt	1.310.877	8.628.725	34,77	228,9	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	286.726	1.964.226	14,71	100,8	6,9
	Frauen	250.801	1.492.514	13,77	82,0	6,0
	Gesamt	537.527	3.456.740	14,26	91,7	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.747	561.649	2,14	28,8	13,5
	Frauen	29.142	319.632	1,60	17,6	11,0
	Gesamt	70.889	881.281	1,88	23,4	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	514.497	10.072.932	26,39	516,7	19,6
	Frauen	347.912	7.464.107	19,11	409,9	21,5
	Gesamt	862.409	17.537.039	22,87	465,1	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.718	363.987	1,52	18,7	12,3
	Frauen	87.191	777.279	4,79	42,7	8,9
	Gesamt	116.909	1.141.266	3,10	30,3	9,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	45.687	514.162	2,51	28,2	11,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	138.233	1.483.109	7,09	76,1	10,7
	Frauen	168.456	1.597.322	9,25	87,7	9,5
	Gesamt	306.689	3.080.431	8,13	81,7	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	248.299	4.502.050	12,74	230,9	18,1
	Frauen	139.423	2.596.518	7,66	142,6	18,6
	Gesamt	387.722	7.098.568	10,28	188,3	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27.146	538.954	1,39	27,7	19,9
	Frauen	38.804	792.898	2,13	43,5	20,4
	Gesamt	65.950	1.331.852	1,75	35,3	20,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.506.865</b>	<b>33.862.262</b>	<b>128,59</b>	<b>1.737,0</b>	<b>13,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.416.026</b>	<b>31.556.452</b>	<b>132,68</b>	<b>1.733,0</b>	<b>13,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.922.891</b>	<b>65.418.714</b>	<b>130,57</b>	<b>1.735,0</b>	<b>13,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	86.741	1.339.693	4,45	68,7	15,4
	Frauen	38.314	586.938	2,10	32,2	15,3
	Gesamt	125.055	1.926.631	3,32	51,1	15,4



A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	223.462	1.219.856	13,49	73,6	5,5
	Frauen	205.031	1.107.981	13,08	70,7	5,4
	Gesamt	428.493	2.327.837	13,29	72,2	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	26.937	767.519	1,63	46,3	28,5
	Frauen	33.319	1.274.527	2,13	81,3	38,3
	Gesamt	60.256	2.042.046	1,87	63,4	33,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	11.278	197.109	0,68	11,9	17,5
	Frauen	10.760	188.287	0,69	12,0	17,5
	Gesamt	22.038	385.396	0,68	12,0	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	88.655	3.310.510	5,35	199,9	37,3
	Frauen	127.926	4.760.947	8,16	303,8	37,2
	Gesamt	216.581	8.071.457	6,72	250,4	37,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	41.646	649.225	2,51	39,2	15,6
	Frauen	59.982	724.269	3,83	46,2	12,1
	Gesamt	101.628	1.373.494	3,15	42,6	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	26.882	199.614	1,62	12,1	7,4
	Frauen	24.131	173.593	1,54	11,1	7,2
	Gesamt	51.013	373.207	1,58	11,6	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	24.299	230.518	1,47	13,9	9,5
	Frauen	26.812	242.652	1,71	15,5	9,1
	Gesamt	51.111	473.170	1,59	14,7	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	56.061	1.471.102	3,38	88,8	26,2
	Frauen	45.423	741.590	2,90	47,3	16,3
	Gesamt	101.484	2.212.692	3,15	68,6	21,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	559.769	3.613.508	33,79	218,2	6,5
	Frauen	594.899	3.709.877	37,96	236,7	6,2
	Gesamt	1.154.668	7.323.385	35,82	227,2	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	243.065	1.627.604	14,67	98,3	6,7
	Frauen	211.113	1.226.555	13,47	78,3	5,8
	Gesamt	454.178	2.854.159	14,09	88,5	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	35.776	462.619	2,16	27,9	12,9
	Frauen	24.490	258.250	1,56	16,5	10,6
	Gesamt	60.266	720.869	1,87	22,4	12,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	443.733	8.339.148	26,79	503,5	18,8
	Frauen	293.329	6.031.971	18,72	384,9	20,6
	Gesamt	737.062	14.371.119	22,86	445,8	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	25.232	297.790	1,52	18,0	11,8
	Frauen	73.854	622.212	4,71	39,7	8,4
	Gesamt	99.086	920.002	3,07	28,5	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	39.458	433.292	2,52	27,7	11,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	122.294	1.249.969	7,38	75,5	10,2
	Frauen	148.588	1.349.961	9,48	86,1	9,1
	Gesamt	270.882	2.599.930	8,40	80,7	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	214.716	3.770.973	12,96	227,7	17,6
	Frauen	120.156	2.157.908	7,67	137,7	18,0
	Gesamt	334.872	5.928.881	10,39	183,9	17,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	23.499	454.449	1,42	27,4	19,3
	Frauen	33.532	665.505	2,14	42,5	19,9
	Gesamt	57.031	1.119.954	1,77	34,7	19,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.171.678</b>	<b>27.952.758</b>	<b>131,11</b>	<b>1.687,6</b>	<b>12,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.078.457</b>	<b>25.777.556</b>	<b>132,62</b>	<b>1.644,8</b>	<b>12,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.250.135</b>	<b>53.730.314</b>	<b>131,84</b>	<b>1.666,8</b>	<b>12,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	74.597	1.119.413	4,50	67,6	15,0
	Frauen	32.288	472.163	2,06	30,1	14,6
	Gesamt	106.885	1.591.576	3,32	49,4	14,9

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	23.291	161.047	10,40	71,9	6,9
	Frauen	22.218	155.448	11,65	81,5	7,0
	Gesamt	45.509	316.495	10,98	76,3	7,0
Neubildungen (C00-D48)	Männer	5.105	147.476	2,28	65,9	28,9
	Frauen	5.876	199.359	3,08	104,6	33,9
	Gesamt	10.981	346.835	2,65	83,7	31,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	2.333	47.836	1,04	21,4	20,5
	Frauen	2.053	37.531	1,08	19,7	18,3
	Gesamt	4.386	85.367	1,06	20,6	19,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	12.069	403.542	5,39	180,2	33,4
	Frauen	20.331	732.200	10,66	384,1	36,0
	Gesamt	32.400	1.135.742	7,81	273,9	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	5.023	91.095	2,24	40,7	18,1
	Frauen	7.962	116.188	4,18	60,9	14,6
	Gesamt	12.985	207.283	3,13	50,0	16,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	4.641	35.352	2,07	15,8	7,6
	Frauen	4.243	31.872	2,23	16,7	7,5
	Gesamt	8.884	67.224	2,14	16,2	7,6
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	3.615	37.261	1,61	16,6	10,3
	Frauen	3.840	44.841	2,01	23,5	11,7
	Gesamt	7.455	82.102	1,80	19,8	11,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	11.214	306.525	5,01	136,9	27,3
	Frauen	9.237	179.469	4,84	94,1	19,4
	Gesamt	20.451	485.994	4,93	117,2	23,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	66.532	452.906	29,71	246,9	8,3
	Frauen	74.158	604.438	38,90	317,0	8,2
	Gesamt	140.690	1.157.344	33,93	279,1	8,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	39.622	281.128	17,69	125,5	7,1
	Frauen	36.149	224.333	18,96	117,7	6,2
	Gesamt	75.771	505.461	18,27	121,9	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	5.210	78.505	2,33	35,1	15,1
	Frauen	4.101	49.207	2,15	25,8	12,0
	Gesamt	9.311	127.712	2,25	30,8	13,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	60.774	1.273.021	27,14	568,4	21,0
	Frauen	45.688	1.024.150	23,96	537,2	22,4
	Gesamt	106.462	2.297.171	25,68	554,0	21,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	3.814	52.330	1,70	23,4	13,7
	Frauen	11.668	128.729	6,12	67,5	11,0
	Gesamt	15.482	181.059	3,73	43,7	11,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.004	62.620	2,62	32,8	12,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	12.966	171.287	5,79	76,5	13,2
	Frauen	16.575	193.997	8,69	101,8	11,7
	Gesamt	29.541	365.284	7,12	88,1	12,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	29.950	609.202	13,37	272,0	20,3
	Frauen	16.794	347.193	8,81	182,1	20,7
	Gesamt	46.744	956.395	11,27	230,7	20,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.090	60.529	1,38	27,0	19,6
	Frauen	4.529	99.743	2,38	52,3	22,0
	Gesamt	7.619	160.272	1,84	38,7	21,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>289.907</b>	<b>4.321.408</b>	<b>129,44</b>	<b>1.929,5</b>	<b>14,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>291.204</b>	<b>4.245.238</b>	<b>152,74</b>	<b>2.226,7</b>	<b>14,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>581.111</b>	<b>8.566.646</b>	<b>140,16</b>	<b>2.066,1</b>	<b>14,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.699	210.245	5,22	93,9	18,0
	Frauen	5.763	109.421	3,02	57,4	19,0
	Gesamt	17.462	319.666	4,21	77,1	18,3

A.10 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt sowie der beschäftigten Pflichtmitglieder – nach Bund West/Ost/Gesamt – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	246.753	1.380.903	13,12	73,4	5,6
	Frauen	227.249	1.263.429	12,93	71,9	5,6
	Gesamt	474.002	2.644.332	13,03	72,7	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	32.042	914.995	1,70	48,7	28,6
	Frauen	39.195	1.473.886	2,23	83,8	37,6
	Gesamt	71.237	2.388.881	1,96	65,7	33,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.611	244.945	0,72	13,0	18,0
	Frauen	12.813	225.818	0,73	12,9	17,6
	Gesamt	26.424	470.763	0,73	12,9	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	100.724	3.714.052	5,36	197,5	36,9
	Frauen	148.257	5.493.147	8,43	312,5	37,1
	Gesamt	248.981	9.207.199	6,84	253,1	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	46.669	740.320	2,48	39,4	15,9
	Frauen	67.944	840.457	3,87	47,8	12,4
	Gesamt	114.613	1.580.777	3,15	43,5	13,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	31.523	234.966	1,68	12,5	7,5
	Frauen	28.374	205.465	1,61	11,7	7,2
	Gesamt	59.897	440.431	1,65	12,1	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	27.914	267.779	1,48	14,2	9,6
	Frauen	30.652	287.493	1,74	16,4	9,4
	Gesamt	58.566	555.272	1,61	15,3	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	67.275	1.777.627	3,58	94,5	26,4
	Frauen	54.660	921.059	3,11	52,4	16,9
	Gesamt	121.935	2.698.686	3,35	74,2	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	626.301	4.166.414	33,31	221,6	6,7
	Frauen	669.057	4.314.315	38,06	245,4	6,5
	Gesamt	1.295.358	8.480.729	35,60	233,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	282.687	1.908.732	15,03	101,5	6,8
	Frauen	247.262	1.450.888	14,07	82,5	5,9
	Gesamt	529.949	3.359.620	14,57	92,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.986	541.124	2,18	28,8	13,2
	Frauen	28.591	307.457	1,63	17,5	10,8
	Gesamt	69.577	848.581	1,91	23,3	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	504.507	9.612.169	26,83	511,2	19,1
	Frauen	339.017	7.056.121	19,29	401,4	20,8
	Gesamt	843.524	16.668.290	23,18	458,1	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.046	350.120	1,54	18,6	12,1
	Frauen	85.522	750.941	4,87	42,7	8,8
	Gesamt	114.568	1.101.061	3,15	30,3	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	44.462	495.912	2,53	28,2	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	135.260	1.421.256	7,19	75,6	10,5
	Frauen	165.163	1.543.958	9,40	87,8	9,4
	Gesamt	300.423	2.965.214	8,26	81,5	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	244.666	4.380.175	13,01	232,9	17,9
	Frauen	136.950	2.505.101	7,79	142,5	18,3
	Gesamt	381.616	6.885.276	10,49	189,3	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	26.589	514.978	1,41	27,4	19,4
	Frauen	38.061	765.248	2,17	43,5	20,1
	Gesamt	64.650	1.280.226	1,78	35,2	19,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.461.585</b>	<b>32.274.166</b>	<b>130,91</b>	<b>1.716,4</b>	<b>13,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.369.661</b>	<b>30.022.794</b>	<b>134,80</b>	<b>1.707,9</b>	<b>12,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>4.831.246</b>	<b>62.296.960</b>	<b>132,79</b>	<b>1.712,3</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	86.296	1.329.658	4,59	70,7	15,4
	Frauen	38.051	581.584	2,16	33,1	15,3
	Gesamt	124.347	1.911.242	3,42	52,5	15,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	38.653	201.651	13,94	72,7	5,2
	Frauen	37.557	189.664	12,77	64,5	5,1
	Gesamt	76.210	391.315	13,34	68,5	5,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	4.336	125.868	1,56	45,4	29,0
	Frauen	5.716	228.323	1,94	77,6	39,9
	Gesamt	10.052	354.191	1,76	62,0	35,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.669	29.128	0,60	10,5	17,5
	Frauen	1.750	30.005	0,59	10,2	17,2
	Gesamt	3.419	59.133	0,60	10,4	17,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	13.451	521.057	4,85	187,9	38,7
	Frauen	20.848	786.153	7,09	267,2	37,7
	Gesamt	34.299	1.307.210	6,00	228,7	38,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	6.367	98.113	2,30	35,4	15,4
	Frauen	10.254	117.887	3,49	40,1	11,5
	Gesamt	16.621	216.000	2,91	37,8	13,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	4.135	29.286	1,49	10,6	7,1
	Frauen	4.121	28.252	1,40	9,6	6,9
	Gesamt	8.256	57.538	1,44	10,1	7,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	3.856	34.042	1,39	12,3	8,8
	Frauen	4.562	40.947	1,55	13,9	9,0
	Gesamt	8.418	74.989	1,47	13,1	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	8.157	199.878	2,94	72,1	24,5
	Frauen	7.413	109.764	2,52	37,3	14,8
	Gesamt	15.570	309.642	2,72	54,2	19,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	95.153	579.351	34,31	208,9	6,1
	Frauen	107.568	638.096	36,56	216,9	5,9
	Gesamt	202.721	1.217.447	35,47	213,0	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	37.432	245.440	13,50	88,5	6,6
	Frauen	34.362	193.677	11,68	65,8	5,6
	Gesamt	71.794	439.117	12,56	76,8	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	5.805	69.639	2,09	25,1	12,0
	Frauen	3.946	38.143	1,34	13,0	9,7
	Gesamt	9.751	107.782	1,71	18,9	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	68.141	1.262.942	24,57	455,4	18,5
	Frauen	49.160	1.007.183	16,71	342,4	20,5
	Gesamt	117.301	2.270.125	20,53	397,2	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	3.982	42.340	1,44	15,3	10,6
	Frauen	12.797	103.736	4,35	35,3	8,1
	Gesamt	16.779	146.076	2,94	25,6	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	6.742	70.615	2,29	24,0	10,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	18.896	175.910	6,81	63,4	9,3
	Frauen	24.445	211.168	8,31	71,8	8,6
	Gesamt	43.341	387.078	7,58	67,7	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	34.574	586.830	12,47	211,6	17,0
	Frauen	20.004	351.353	6,80	119,4	17,6
	Gesamt	54.578	938.183	9,55	164,2	17,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.282	60.720	1,18	21,9	18,5
	Frauen	5.624	104.366	1,91	35,5	18,6
	Gesamt	8.906	165.086	1,56	28,9	18,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>348.583</b>	<b>4.274.281</b>	<b>125,70</b>	<b>1.541,3</b>	<b>12,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>357.864</b>	<b>4.267.187</b>	<b>121,65</b>	<b>1.450,5</b>	<b>11,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>706.447</b>	<b>8.541.468</b>	<b>123,61</b>	<b>1.494,6</b>	<b>12,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.318	148.722	4,08	53,6	13,1
	Frauen	5.012	66.758	1,70	22,7	13,3
	Gesamt	16.330	215.480	2,86	37,7	13,2

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	53.063	269.584	12,61	64,1	5,1
	Frauen	50.947	263.263	12,25	63,3	5,2
	Gesamt	104.010	532.847	12,43	63,7	5,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.684	188.855	1,59	44,9	28,3
	Frauen	8.275	308.376	1,99	74,1	37,3
	Gesamt	14.959	497.231	1,79	59,4	33,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.504	45.711	0,59	10,9	18,3
	Frauen	2.794	52.746	0,67	12,7	18,9
	Gesamt	5.298	98.457	0,63	11,8	18,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.178	804.023	5,03	191,0	38,0
	Frauen	31.299	1.146.658	7,52	275,7	36,6
	Gesamt	52.477	1.950.681	6,27	233,1	37,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.287	162.107	2,44	38,5	15,8
	Frauen	15.760	188.143	3,79	45,2	11,9
	Gesamt	26.047	350.250	3,11	41,9	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.190	49.232	1,47	11,7	8,0
	Frauen	5.704	42.534	1,37	10,2	7,5
	Gesamt	11.894	91.766	1,42	11,0	7,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.941	51.719	1,41	12,3	8,7
	Frauen	6.738	55.132	1,62	13,3	8,2
	Gesamt	12.679	106.851	1,52	12,8	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	12.931	340.695	3,07	81,0	26,4
	Frauen	11.211	177.805	2,70	42,8	15,9
	Gesamt	24.142	518.500	2,88	62,0	21,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	139.089	837.658	33,05	199,0	6,0
	Frauen	152.018	885.007	36,55	212,8	5,8
	Gesamt	291.107	1.722.665	34,79	205,9	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	57.908	390.688	13,76	92,8	6,8
	Frauen	51.066	291.413	12,28	70,1	5,7
	Gesamt	108.974	682.101	13,02	81,5	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.497	108.787	2,02	25,9	12,8
	Frauen	6.007	63.795	1,44	15,3	10,6
	Gesamt	14.504	172.582	1,73	20,6	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	110.511	2.076.183	26,26	493,3	18,8
	Frauen	73.435	1.517.422	17,66	364,8	20,7
	Gesamt	183.946	3.593.605	21,98	429,4	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.100	68.354	1,45	16,2	11,2
	Frauen	18.902	154.405	4,54	37,1	8,2
	Gesamt	25.002	222.759	2,99	26,6	8,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	10.984	121.428	2,64	29,2	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	32.308	298.182	7,68	70,8	9,2
	Frauen	40.606	336.243	9,76	80,8	8,3
	Gesamt	72.914	634.425	8,71	75,8	8,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	58.301	1.028.170	13,85	244,3	17,6
	Frauen	31.788	584.505	7,64	140,5	18,4
	Gesamt	90.089	1.612.675	10,77	192,7	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	4.892	97.987	1,16	23,3	20,0
	Frauen	7.459	139.806	1,79	33,6	18,7
	Gesamt	12.351	237.793	1,48	28,4	19,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>537.448</b>	<b>6.839.206</b>	<b>127,69</b>	<b>1.624,9</b>	<b>12,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>526.406</b>	<b>6.356.975</b>	<b>126,56</b>	<b>1.528,4</b>	<b>12,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.063.854</b>	<b>13.196.181</b>	<b>127,13</b>	<b>1.576,9</b>	<b>12,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	20.186	292.230	4,80	69,4	14,5
	Frauen	8.384	119.636	2,02	28,8	14,3
	Gesamt	28.570	411.866	3,41	49,2	14,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	11.569	83.565	11,40	82,3	7,2
	Frauen	12.276	90.776	12,97	95,9	7,4
	Gesamt	23.845	174.341	12,16	88,9	7,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.591	49.865	1,57	49,1	31,3
	Frauen	2.049	85.925	2,16	90,8	41,9
	Gesamt	3.640	135.790	1,86	69,2	37,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	718	11.960	0,71	11,8	16,7
	Frauen	727	14.534	0,77	15,4	20,0
	Gesamt	1.445	26.494	0,74	13,5	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	6.229	251.047	6,14	247,3	40,3
	Frauen	10.371	409.734	10,96	432,9	39,5
	Gesamt	16.600	660.781	8,46	336,9	39,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2.110	35.777	2,08	35,2	17,0
	Frauen	3.563	52.477	3,76	55,5	14,7
	Gesamt	5.673	88.254	2,89	45,0	15,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.523	13.118	1,50	12,9	8,6
	Frauen	1.816	16.677	1,92	17,6	9,2
	Gesamt	3.339	29.795	1,70	15,2	8,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.478	17.189	1,46	16,9	11,6
	Frauen	1.793	18.502	1,89	19,6	10,3
	Gesamt	3.271	35.691	1,67	18,2	10,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	3.768	106.198	3,71	104,6	28,2
	Frauen	3.566	71.103	3,77	75,1	19,9
	Gesamt	7.334	177.301	3,74	90,4	24,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	29.864	243.095	29,42	239,5	8,1
	Frauen	38.450	309.490	40,63	327,0	8,1
	Gesamt	68.314	552.585	34,83	281,7	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	13.538	108.841	13,34	107,2	8,0
	Frauen	14.397	97.765	15,21	103,3	6,8
	Gesamt	27.935	206.606	14,24	105,3	7,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.843	26.955	1,82	26,6	14,6
	Frauen	1.717	20.729	1,81	21,9	12,1
	Gesamt	3.560	47.684	1,81	24,3	13,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	20.848	477.149	20,54	470,0	22,9
	Frauen	19.591	449.521	20,70	475,0	23,0
	Gesamt	40.439	926.670	20,62	472,4	22,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.374	19.570	1,35	19,3	14,2
	Frauen	4.779	45.911	5,05	48,5	9,6
	Gesamt	6.153	65.481	3,14	33,4	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.418	29.259	2,55	30,9	12,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	6.243	72.423	6,15	71,3	11,6
	Frauen	9.115	101.414	9,63	107,2	11,1
	Gesamt	15.358	173.837	7,83	88,6	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	10.678	227.818	10,52	224,4	21,3
	Frauen	7.654	167.430	8,09	176,9	21,9
	Gesamt	18.332	395.248	9,35	201,5	21,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.715	38.927	1,69	38,4	22,7
	Frauen	2.552	60.702	2,70	64,1	23,8
	Gesamt	4.267	99.629	2,18	50,8	23,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>115.356</b>	<b>1.793.076</b>	<b>113,64</b>	<b>1.766,4</b>	<b>15,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>137.172</b>	<b>2.049.624</b>	<b>144,93</b>	<b>2.165,6</b>	<b>14,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>252.528</b>	<b>3.842.700</b>	<b>128,74</b>	<b>1.959,0</b>	<b>15,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.461	84.479	4,39	83,2	18,9
	Frauen	2.759	49.645	2,92	52,5	18,0
	Gesamt	7.220	134.124	3,68	68,4	18,6

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	1.598	9.009	14,27	80,5	5,6
	Frauen	1.284	7.176	14,19	79,3	5,6
	Gesamt	2.882	16.185	14,23	79,9	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	177	6.370	1,58	56,9	36,0
	Frauen	219	8.898	2,42	98,3	40,6
	Gesamt	396	15.268	1,96	75,4	38,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	73	732	0,65	6,5	10,0
	Frauen	77	1.261	0,85	13,9	16,4
	Gesamt	150	1.993	0,74	9,8	13,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	657	23.738	5,87	212,0	36,1
	Frauen	806	34.704	8,90	383,4	43,1
	Gesamt	1.463	58.442	7,23	288,7	40,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	247	3.479	2,21	31,1	14,1
	Frauen	313	3.747	3,46	41,4	12,0
	Gesamt	560	7.226	2,77	35,7	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	208	1.535	1,86	13,7	7,4
	Frauen	140	721	1,55	8,0	5,2
	Gesamt	348	2.256	1,72	11,1	6,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	146	1.209	1,30	10,8	8,3
	Frauen	136	1.015	1,50	11,2	7,5
	Gesamt	282	2.224	1,39	11,0	7,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	348	8.035	3,11	71,8	23,1
	Frauen	233	3.766	2,57	41,6	16,2
	Gesamt	581	11.801	2,87	58,3	20,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.334	21.159	29,78	189,0	6,4
	Frauen	3.059	19.144	33,80	211,5	6,3
	Gesamt	6.393	40.303	31,58	199,1	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.702	9.883	15,20	88,3	5,8
	Frauen	1.243	7.244	13,73	80,0	5,8
	Gesamt	2.945	17.127	14,55	84,6	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	277	3.462	2,47	30,9	12,5
	Frauen	158	2.304	1,75	25,5	14,6
	Gesamt	435	5.766	2,15	28,5	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	3.170	55.946	28,31	499,7	17,7
	Frauen	1.809	38.539	19,99	425,8	21,3
	Gesamt	4.979	94.485	24,59	466,7	19,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	172	2.220	1,54	19,8	12,9
	Frauen	409	3.697	4,52	40,9	9,0
	Gesamt	581	5.917	2,87	29,2	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	205	2.353	2,26	26,0	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	899	6.894	8,03	61,6	7,7
	Frauen	925	7.800	10,22	86,2	8,4
	Gesamt	1.824	14.694	9,01	72,6	8,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.303	22.268	11,64	198,9	17,1
	Frauen	728	13.025	8,04	143,9	17,9
	Gesamt	2.031	35.293	10,03	174,3	17,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	164	3.316	1,46	29,6	20,2
	Frauen	231	3.757	2,55	41,5	16,3
	Gesamt	395	7.073	1,95	34,9	17,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>14.515</b>	<b>179.704</b>	<b>129,65</b>	<b>1.605,1</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>12.013</b>	<b>159.881</b>	<b>132,72</b>	<b>1.766,4</b>	<b>13,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>26.528</b>	<b>339.585</b>	<b>131,02</b>	<b>1.677,2</b>	<b>12,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	467	6.680	4,17	59,7	14,3
	Frauen	226	3.188	2,50	35,2	14,1
	Gesamt	693	9.868	3,42	48,7	14,2

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	3.156	20.246	12,40	79,6	6,4
	Frauen	3.247	18.397	12,92	73,2	5,7
	Gesamt	6.403	38.643	12,66	76,4	6,0
Neubildungen (C00-D48)	Männer	281	11.337	1,10	44,5	40,4
	Frauen	402	18.513	1,60	73,7	46,1
	Gesamt	683	29.850	1,35	59,0	43,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	129	1.876	0,51	7,4	14,5
	Frauen	147	2.989	0,58	11,9	20,3
	Gesamt	276	4.865	0,55	9,6	17,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.602	73.481	6,29	288,7	45,9
	Frauen	2.319	107.100	9,23	426,2	46,2
	Gesamt	3.921	180.581	7,75	357,0	46,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	587	10.995	2,31	43,2	18,7
	Frauen	867	10.163	3,45	40,4	11,7
	Gesamt	1.454	21.158	2,87	41,8	14,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	306	2.297	1,20	9,0	7,5
	Frauen	388	2.858	1,54	11,4	7,4
	Gesamt	694	5.155	1,37	10,2	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	325	3.653	1,28	14,4	11,2
	Frauen	403	2.970	1,60	11,8	7,4
	Gesamt	728	6.623	1,44	13,1	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	705	19.055	2,77	74,9	27,0
	Frauen	609	11.197	2,42	44,6	18,4
	Gesamt	1.314	30.252	2,60	59,8	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	7.444	48.184	29,25	189,3	6,5
	Frauen	9.364	57.482	37,26	228,7	6,1
	Gesamt	16.808	105.666	33,23	208,9	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	3.059	20.331	12,02	79,9	6,7
	Frauen	2.910	18.644	11,58	74,2	6,4
	Gesamt	5.969	38.975	11,80	77,1	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	455	6.912	1,79	27,2	15,2
	Frauen	360	3.236	1,43	12,9	9,0
	Gesamt	815	10.148	1,61	20,1	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.179	94.999	20,35	373,3	18,3
	Frauen	4.010	85.755	15,96	341,2	21,4
	Gesamt	9.189	180.754	18,17	357,4	19,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	359	4.595	1,41	18,1	12,8
	Frauen	1.104	8.776	4,39	34,9	8,0
	Gesamt	1.463	13.371	2,89	26,4	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	678	6.746	2,70	26,8	10,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.778	18.582	6,99	73,0	10,5
	Frauen	2.352	22.145	9,36	88,1	9,4
	Gesamt	4.130	40.727	8,16	80,5	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.527	50.959	9,93	200,2	20,2
	Frauen	1.718	33.854	6,84	134,7	19,7
	Gesamt	4.245	84.813	8,39	167,7	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	327	6.081	1,28	23,9	18,6
	Frauen	579	14.025	2,30	55,8	24,2
	Gesamt	906	20.106	1,79	39,8	22,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>28.280</b>	<b>394.437</b>	<b>111,11</b>	<b>1.549,8</b>	<b>14,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>31.533</b>	<b>426.742</b>	<b>125,48</b>	<b>1.698,1</b>	<b>13,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>59.813</b>	<b>821.179</b>	<b>118,25</b>	<b>1.623,5</b>	<b>13,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	855	15.661	3,36	61,5	18,3
	Frauen	473	8.484	1,88	33,8	17,9
	Gesamt	1.328	24.145	2,63	47,7	18,2



A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	18.777	105.492	12,83	72,1	5,6
	Frauen	17.325	98.969	12,23	69,9	5,7
	Gesamt	36.102	204.461	12,54	71,0	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.311	69.590	1,58	47,6	30,1
	Frauen	3.007	122.080	2,12	86,2	40,6
	Gesamt	5.318	191.670	1,85	66,6	36,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.101	19.862	0,75	13,6	18,0
	Frauen	1.039	20.002	0,73	14,1	19,3
	Gesamt	2.140	39.864	0,74	13,8	18,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	8.186	323.164	5,59	220,8	39,5
	Frauen	11.943	473.173	8,43	334,1	39,6
	Gesamt	20.129	796.337	6,99	276,5	39,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.034	60.969	2,76	41,7	15,1
	Frauen	5.893	65.270	4,16	46,1	11,1
	Gesamt	9.927	126.239	3,45	43,8	12,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.410	15.957	1,65	10,9	6,6
	Frauen	2.257	17.172	1,59	12,1	7,6
	Gesamt	4.667	33.129	1,62	11,5	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.279	24.165	1,56	16,5	10,6
	Frauen	2.526	23.253	1,78	16,4	9,2
	Gesamt	4.805	47.418	1,67	16,5	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.025	138.209	3,43	94,4	27,5
	Frauen	4.131	67.658	2,92	47,8	16,4
	Gesamt	9.156	205.867	3,18	71,5	22,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	52.029	348.906	35,55	238,4	6,7
	Frauen	55.260	364.430	39,02	257,3	6,6
	Gesamt	107.289	713.336	37,25	247,7	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	21.671	147.703	14,81	100,9	6,8
	Frauen	18.866	115.599	13,32	81,6	6,1
	Gesamt	40.537	263.302	14,08	91,4	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.235	45.323	2,21	31,0	14,0
	Frauen	2.222	22.919	1,57	16,2	10,3
	Gesamt	5.457	68.242	1,89	23,7	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	38.960	765.402	26,62	523,0	19,7
	Frauen	26.488	564.516	18,70	398,6	21,3
	Gesamt	65.448	1.329.918	22,73	461,8	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.182	26.626	1,49	18,2	12,2
	Frauen	6.624	59.279	4,68	41,9	9,0
	Gesamt	8.806	85.905	3,06	29,8	9,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.909	41.109	2,76	29,0	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.103	115.207	7,59	78,7	10,4
	Frauen	13.493	125.466	9,53	88,6	9,3
	Gesamt	24.596	240.673	8,54	83,6	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	17.655	317.710	12,06	217,1	18,0
	Frauen	10.336	186.777	7,30	131,9	18,1
	Gesamt	27.991	504.487	9,72	175,2	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.048	40.918	1,40	28,0	20,0
	Frauen	3.113	63.266	2,20	44,7	20,3
	Gesamt	5.161	104.184	1,79	36,2	20,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>193.354</b>	<b>2.572.357</b>	<b>132,11</b>	<b>1.757,5</b>	<b>13,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>188.959</b>	<b>2.439.117</b>	<b>133,41</b>	<b>1.722,1</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>382.313</b>	<b>5.011.474</b>	<b>132,75</b>	<b>1.740,1</b>	<b>13,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.935	91.901	4,06	62,8	15,5
	Frauen	2.525	35.494	1,78	25,1	14,1
	Gesamt	8.460	127.395	2,94	44,2	15,1

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	26.267	145.114	13,53	74,8	5,5
	Frauen	21.727	116.262	13,91	74,5	5,4
	Gesamt	47.994	261.376	13,70	74,6	5,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	3.244	101.966	1,67	52,5	31,4
	Frauen	3.479	139.906	2,23	89,6	40,2
	Gesamt	6.723	241.872	1,92	69,1	36,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.300	21.650	0,67	11,2	16,7
	Frauen	1.094	18.460	0,70	11,8	16,9
	Gesamt	2.394	40.110	0,68	11,5	16,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	11.131	410.863	5,73	211,7	36,9
	Frauen	14.418	561.084	9,23	359,3	38,9
	Gesamt	25.549	971.947	7,29	277,5	38,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	4.697	75.654	2,42	39,0	16,1
	Frauen	6.054	76.769	3,88	49,2	12,7
	Gesamt	10.751	152.423	3,07	43,5	14,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	3.152	25.530	1,62	13,2	8,1
	Frauen	2.291	16.487	1,47	10,6	7,2
	Gesamt	5.443	42.017	1,55	12,0	7,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	2.869	29.715	1,48	15,3	10,4
	Frauen	2.773	27.720	1,78	17,8	10,0
	Gesamt	5.642	57.435	1,61	16,4	10,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	7.025	180.009	3,62	92,7	25,6
	Frauen	4.740	74.587	3,04	47,8	15,7
	Gesamt	11.765	254.596	3,36	72,7	21,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	61.779	406.691	31,83	209,5	6,6
	Frauen	56.557	356.405	36,22	228,2	6,3
	Gesamt	118.336	763.096	33,78	217,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	30.845	204.837	15,89	105,5	6,6
	Frauen	23.658	136.103	15,15	87,2	5,8
	Gesamt	54.503	340.940	15,56	97,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	4.384	59.425	2,26	30,6	13,6
	Frauen	2.768	31.976	1,77	20,5	11,6
	Gesamt	7.152	91.401	2,04	26,1	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	57.247	1.086.007	29,49	559,5	19,0
	Frauen	32.290	709.239	20,68	454,2	22,0
	Gesamt	89.537	1.795.246	25,56	512,5	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	3.028	35.318	1,56	18,2	11,7
	Frauen	7.434	62.285	4,76	39,9	8,4
	Gesamt	10.462	97.603	2,99	27,9	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	3.801	43.354	2,43	27,8	11,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	13.646	150.506	7,03	77,5	11,0
	Frauen	15.104	148.412	9,67	95,0	9,8
	Gesamt	28.750	298.918	8,21	85,3	10,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	25.003	441.459	12,88	227,4	17,7
	Frauen	12.889	225.955	8,25	144,7	17,5
	Gesamt	37.892	667.414	10,82	190,5	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	2.700	48.396	1,39	24,9	17,9
	Frauen	3.613	79.202	2,31	50,7	21,9
	Gesamt	6.313	127.598	1,80	36,4	20,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>258.903</b>	<b>3.434.174</b>	<b>133,37</b>	<b>1.769,1</b>	<b>13,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>215.316</b>	<b>2.837.259</b>	<b>137,88</b>	<b>1.816,8</b>	<b>13,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>474.219</b>	<b>6.271.433</b>	<b>135,38</b>	<b>1.790,4</b>	<b>13,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	8.708	136.246	4,49	70,2	15,7
	Frauen	3.800	55.953	2,43	35,8	14,7
	Gesamt	12.508	192.199	3,57	54,9	15,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	48.685	274.653	12,56	70,9	5,6
	Frauen	42.845	234.673	12,19	66,8	5,5
	Gesamt	91.530	509.326	12,39	68,9	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.668	189.420	1,72	48,9	28,4
	Frauen	8.272	308.680	2,35	87,8	37,3
	Gesamt	14.940	498.100	2,02	67,4	33,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.941	60.321	0,76	15,6	20,5
	Frauen	2.545	42.941	0,72	12,2	16,9
	Gesamt	5.486	103.262	0,74	14,0	18,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	22.294	985.067	5,75	254,2	44,2
	Frauen	29.815	1.261.067	8,48	358,8	42,3
	Gesamt	52.109	2.246.134	7,05	304,0	43,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.947	177.950	2,57	45,9	17,9
	Frauen	12.997	175.560	3,70	50,0	13,5
	Gesamt	22.944	353.510	3,11	47,8	15,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.521	48.899	1,68	12,6	7,5
	Frauen	5.479	37.356	1,56	10,6	6,8
	Gesamt	12.000	86.255	1,62	11,7	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.195	52.762	1,34	13,6	10,2
	Frauen	5.857	56.836	1,67	16,2	9,7
	Gesamt	11.052	109.598	1,50	14,8	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	14.063	386.190	3,63	99,7	27,5
	Frauen	10.258	186.392	2,92	53,0	18,2
	Gesamt	24.321	572.582	3,29	77,5	23,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	120.633	821.267	31,13	211,9	6,8
	Frauen	124.316	791.960	35,37	225,4	6,4
	Gesamt	244.949	1.613.227	33,15	218,3	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	57.104	383.757	14,74	99,0	6,7
	Frauen	48.599	288.943	13,83	82,2	6,0
	Gesamt	105.703	672.700	14,30	91,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.263	112.592	2,13	29,1	13,6
	Frauen	5.422	58.693	1,54	16,7	10,8
	Gesamt	13.685	171.285	1,85	23,2	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	103.866	2.077.536	26,80	536,1	20,0
	Frauen	66.713	1.414.853	18,98	402,6	21,2
	Gesamt	170.579	3.492.389	23,08	472,6	20,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.237	79.340	1,61	20,5	12,7
	Frauen	16.359	146.848	4,65	41,8	9,0
	Gesamt	22.596	226.188	3,06	30,6	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.433	95.496	2,40	27,2	11,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	27.452	322.437	7,08	83,2	11,8
	Frauen	31.353	309.916	8,92	88,2	9,9
	Gesamt	58.805	632.353	7,96	85,6	10,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	46.508	830.465	12,00	214,3	17,9
	Frauen	25.858	472.874	7,36	134,6	18,3
	Gesamt	72.366	1.303.339	9,79	176,4	18,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	6.466	135.003	1,67	34,8	20,9
	Frauen	8.141	166.604	2,32	47,4	20,5
	Gesamt	14.607	301.607	1,98	40,8	20,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>493.839</b>	<b>6.962.301</b>	<b>127,44</b>	<b>1.796,7</b>	<b>14,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>454.539</b>	<b>6.074.172</b>	<b>129,34</b>	<b>1.728,4</b>	<b>13,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>948.378</b>	<b>13.036.473</b>	<b>128,34</b>	<b>1.764,2</b>	<b>13,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	16.068	250.147	4,15	64,6	15,6
	Frauen	6.416	95.478	1,83	27,2	14,9
	Gesamt	22.484	345.625	3,04	46,8	15,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	16.550	84.487	19,11	97,6	5,1
	Frauen	13.418	69.395	17,07	88,3	5,2
	Gesamt	29.968	153.882	18,14	93,2	5,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.426	41.306	1,65	47,7	29,0
	Frauen	1.662	66.622	2,11	84,8	40,1
	Gesamt	3.088	107.928	1,87	65,3	35,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	707	9.548	0,82	11,0	13,5
	Frauen	590	10.104	0,75	12,9	17,1
	Gesamt	1.297	19.652	0,79	11,9	15,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	5.641	201.999	6,51	233,3	35,8
	Frauen	7.452	275.863	9,48	351,0	37,0
	Gesamt	13.093	477.862	7,93	289,3	36,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.034	41.860	3,50	48,3	13,8
	Frauen	3.720	41.607	4,73	52,9	11,2
	Gesamt	6.754	83.467	4,09	50,5	12,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.733	12.094	2,00	14,0	7,0
	Frauen	1.446	12.492	1,84	15,9	8,6
	Gesamt	3.179	24.586	1,92	14,9	7,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.679	16.028	1,94	18,5	9,6
	Frauen	1.550	13.658	1,97	17,4	8,8
	Gesamt	3.229	29.686	1,95	18,0	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	3.558	96.392	4,11	111,3	27,1
	Frauen	2.768	47.196	3,52	60,0	17,1
	Gesamt	6.326	143.588	3,83	86,9	22,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	38.057	240.102	43,94	277,3	6,3
	Frauen	36.409	231.033	46,32	293,9	6,4
	Gesamt	74.466	471.135	45,07	285,2	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	14.378	98.985	16,60	114,3	6,9
	Frauen	11.520	66.991	14,66	85,2	5,8
	Gesamt	25.898	165.976	15,68	100,5	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.285	27.377	2,64	31,6	12,0
	Frauen	1.537	15.966	1,96	20,3	10,4
	Gesamt	3.822	43.343	3,11	26,2	11,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	27.426	470.339	31,67	543,1	17,2
	Frauen	16.756	343.261	21,32	436,7	20,5
	Gesamt	44.182	813.600	26,74	492,5	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.399	17.106	1,62	19,8	12,2
	Frauen	4.462	36.030	5,68	45,8	8,1
	Gesamt	5.861	53.136	3,55	32,2	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.052	23.281	2,61	29,6	11,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	8.113	77.771	9,37	89,8	9,6
	Frauen	9.084	83.521	11,56	106,3	9,2
	Gesamt	17.197	161.292	10,41	97,6	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	13.270	219.771	15,32	253,8	16,6
	Frauen	6.837	117.508	8,70	149,5	17,2
	Gesamt	20.107	337.279	12,17	204,2	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.066	19.261	1,23	22,2	18,1
	Frauen	1.540	30.514	1,96	38,8	19,8
	Gesamt	2.606	49.775	1,58	30,1	19,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>140.622</b>	<b>1.679.665</b>	<b>162,38</b>	<b>1.939,5</b>	<b>11,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>123.157</b>	<b>1.492.802</b>	<b>156,68</b>	<b>1.899,2</b>	<b>12,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>263.779</b>	<b>3.172.467</b>	<b>159,67</b>	<b>1.920,3</b>	<b>12,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.228	59.283	4,88	68,5	14,0
	Frauen	1.617	21.206	2,06	27,0	13,1
	Gesamt	5.845	80.489	3,54	48,7	13,8

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	1.979	12.817	12,45	80,6	6,5
	Frauen	1.322	7.571	13,17	75,4	5,7
	Gesamt	3.301	20.388	12,73	78,6	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	292	7.421	1,84	46,7	25,4
	Frauen	241	10.952	2,40	109,1	45,4
	Gesamt	533	18.373	2,06	70,8	34,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	121	3.009	0,76	18,9	24,9
	Frauen	57	1.271	0,57	12,7	22,3
	Gesamt	178	4.280	0,69	16,5	24,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.015	36.588	6,38	230,1	36,1
	Frauen	934	36.799	9,31	366,7	39,4
	Gesamt	1.949	73.387	7,51	283,0	37,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	480	7.759	3,02	48,8	16,2
	Frauen	360	6.615	3,59	65,9	18,4
	Gesamt	840	14.374	3,24	55,4	17,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	381	2.978	2,40	18,7	7,8
	Frauen	193	1.557	1,92	15,5	8,1
	Gesamt	574	4.535	2,21	17,5	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	223	2.046	1,40	12,9	9,2
	Frauen	159	1.694	1,58	16,9	10,7
	Gesamt	382	3.740	1,47	14,4	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	645	17.017	4,06	107,0	26,4
	Frauen	305	4.757	3,04	47,4	15,6
	Gesamt	950	21.774	3,66	84,0	22,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.182	38.424	32,59	241,7	7,4
	Frauen	3.709	24.838	36,96	247,5	6,7
	Gesamt	8.891	63.262	34,28	243,9	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.262	17.422	14,23	109,6	7,7
	Frauen	1.327	9.519	13,22	94,9	7,2
	Gesamt	3.589	26.941	13,84	103,9	7,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	357	4.597	2,25	28,9	12,9
	Frauen	172	2.422	1,71	24,1	14,1
	Gesamt	529	7.019	2,04	27,1	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.388	93.893	27,60	590,5	21,4
	Frauen	1.907	49.951	19,00	497,7	26,2
	Gesamt	6.295	143.844	24,27	554,6	22,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	279	3.524	1,75	22,2	12,6
	Frauen	481	6.952	4,79	69,3	14,5
	Gesamt	760	10.476	2,93	40,4	13,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	268	3.551	2,67	35,4	13,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.176	17.848	7,40	112,3	15,2
	Frauen	947	10.281	9,44	102,5	10,9
	Gesamt	2.123	28.129	8,19	108,5	13,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.014	39.078	12,67	245,8	19,4
	Frauen	855	17.116	8,52	170,6	20,0
	Gesamt	2.869	56.194	11,06	216,7	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	290	5.835	1,82	36,7	20,1
	Frauen	217	4.785	2,16	47,7	22,1
	Gesamt	507	10.620	1,95	41,0	21,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>21.122</b>	<b>311.034</b>	<b>132,84</b>	<b>1.956,2</b>	<b>14,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>13.496</b>	<b>202.060</b>	<b>134,48</b>	<b>2.013,5</b>	<b>15,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>34.618</b>	<b>513.094</b>	<b>133,48</b>	<b>1.978,3</b>	<b>14,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	619	9.616	3,89	60,5	15,5
	Frauen	231	4.349	2,30	43,3	18,8
	Gesamt	850	13.965	3,28	53,8	16,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	5.699	32.526	13,43	76,6	5,7
	Frauen	5.491	30.703	13,13	73,4	5,6
	Gesamt	11.190	63.229	13,28	75,0	5,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	628	19.203	1,48	45,2	30,6
	Frauen	816	29.970	1,95	71,7	36,7
	Gesamt	1.444	49.173	1,71	58,4	34,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	308	4.124	0,73	9,7	13,4
	Frauen	289	3.878	0,69	9,3	13,4
	Gesamt	597	8.002	0,71	9,5	13,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	2.452	109.425	5,78	257,8	44,6
	Frauen	3.787	162.635	9,06	389,0	43,0
	Gesamt	6.239	272.060	7,40	322,9	43,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	999	15.671	2,35	36,9	15,7
	Frauen	1.616	21.122	3,86	50,5	13,1
	Gesamt	2.615	36.793	3,10	43,7	14,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	627	4.878	1,48	11,5	7,8
	Frauen	618	3.998	1,48	9,6	6,5
	Gesamt	1.245	8.876	1,48	10,5	7,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	588	5.331	1,39	12,6	9,1
	Frauen	687	6.506	1,64	15,6	9,5
	Gesamt	1.275	11.837	1,51	14,1	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	1.287	39.821	3,03	93,8	30,9
	Frauen	1.150	21.294	2,75	50,9	18,5
	Gesamt	2.437	61.115	2,89	72,5	25,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	12.224	80.925	28,80	190,7	6,6
	Frauen	14.163	87.159	33,87	208,5	6,2
	Gesamt	26.387	168.084	31,32	199,5	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	6.001	38.689	14,14	91,2	6,5
	Frauen	5.744	32.672	13,74	78,1	5,7
	Gesamt	11.745	71.361	13,94	84,7	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	906	12.954	2,13	30,5	14,3
	Frauen	617	8.328	1,48	19,9	13,5
	Gesamt	1.523	21.282	1,81	25,3	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	10.701	219.958	25,21	518,2	20,6
	Frauen	8.184	183.281	19,57	438,3	22,4
	Gesamt	18.885	403.239	22,41	478,6	21,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	594	8.757	1,40	20,6	14,7
	Frauen	1.815	14.007	4,34	33,5	7,7
	Gesamt	2.409	22.764	2,86	27,0	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	953	9.990	2,28	23,9	10,5
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.841	39.526	6,69	93,1	13,9
	Frauen	3.781	36.661	9,04	87,7	9,7
	Gesamt	6.622	76.187	7,86	90,4	11,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	5.332	91.993	12,56	216,7	17,3
	Frauen	3.420	61.976	8,18	148,2	18,1
	Gesamt	8.752	153.969	10,39	182,7	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	650	12.553	1,53	29,6	19,3
	Frauen	957	20.817	2,29	49,8	21,8
	Gesamt	1.607	33.370	1,91	39,6	20,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>51.952</b>	<b>739.343</b>	<b>122,40</b>	<b>1.741,8</b>	<b>14,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>54.211</b>	<b>738.737</b>	<b>129,65</b>	<b>1.766,8</b>	<b>13,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>106.163</b>	<b>1.478.080</b>	<b>126,00</b>	<b>1.754,2</b>	<b>13,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.957	30.044	4,61	70,8	15,4
	Frauen	1.008	15.489	2,41	37,0	15,4
	Gesamt	2.965	45.533	3,52	54,0	15,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	7.321	51.811	10,22	72,3	7,1
	Frauen	7.285	53.927	11,78	87,2	7,4
	Gesamt	14.606	105.738	10,94	79,2	7,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.470	45.153	2,05	63,0	30,7
	Frauen	1.635	56.889	2,64	92,0	34,8
	Gesamt	3.105	102.042	2,33	76,5	32,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	676	14.724	0,94	20,6	21,8
	Frauen	668	14.238	1,08	23,0	21,3
	Gesamt	1.344	28.962	1,01	21,7	21,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.285	157.760	5,98	220,2	36,8
	Frauen	7.009	262.674	11,34	424,9	37,5
	Gesamt	11.294	420.434	8,46	315,0	37,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.461	32.027	2,04	44,7	21,9
	Frauen	2.556	36.542	4,13	59,1	14,3
	Gesamt	4.017	68.569	3,01	51,4	17,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.269	10.603	1,77	14,8	8,4
	Frauen	1.296	10.813	2,10	17,5	8,3
	Gesamt	2.565	21.416	1,92	16,1	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.123	11.410	1,57	15,9	10,2
	Frauen	1.231	14.550	1,99	23,5	11,8
	Gesamt	2.354	25.960	1,76	19,5	11,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.560	106.228	4,97	148,3	29,8
	Frauen	2.951	56.772	4,77	91,8	19,2
	Gesamt	6.511	163.000	4,88	122,1	25,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	20.497	177.826	28,61	248,2	8,7
	Frauen	23.561	199.842	38,11	323,2	8,5
	Gesamt	44.058	377.668	33,01	283,0	8,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.221	90.392	15,66	126,2	8,1
	Frauen	10.397	70.079	16,82	113,4	6,7
	Gesamt	21.618	160.471	16,20	120,2	7,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.517	23.974	2,12	33,5	15,8
	Frauen	1.295	16.657	2,09	26,9	12,9
	Gesamt	2.812	40.631	2,11	30,4	14,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	19.130	422.879	26,70	590,3	22,1
	Frauen	14.735	348.748	23,83	564,1	23,7
	Gesamt	33.865	771.627	25,37	578,2	22,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.186	17.748	1,66	24,8	15,0
	Frauen	3.623	43.476	5,86	70,3	12,0
	Gesamt	4.809	61.224	3,60	45,9	12,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.615	21.618	2,61	35,0	13,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.779	58.096	5,27	81,1	15,4
	Frauen	5.012	63.149	8,11	102,1	12,6
	Gesamt	8.791	121.245	6,59	90,8	13,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.191	200.012	12,83	279,2	21,8
	Frauen	5.293	113.875	8,56	184,2	21,5
	Gesamt	14.484	313.887	10,85	235,2	21,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.207	29.339	1,68	41,0	24,3
	Frauen	1.655	37.360	2,68	60,4	22,6
	Gesamt	2.862	66.699	2,14	50,0	23,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>89.070</b>	<b>1.453.619</b>	<b>124,33</b>	<b>2.029,0</b>	<b>16,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>92.075</b>	<b>1.425.789</b>	<b>148,93</b>	<b>2.306,2</b>	<b>15,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>181.145</b>	<b>2.879.408</b>	<b>135,72</b>	<b>2.157,4</b>	<b>15,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.441	64.363	4,80	89,8	18,7
	Frauen	1.821	34.780	2,95	56,3	19,1
	Gesamt	5.262	99.143	3,94	74,3	18,8

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	3.546	25.375	9,97	71,4	7,2
	Frauen	3.852	26.549	11,54	79,5	6,9
	Gesamt	7.398	51.924	10,73	75,3	7,0
Neubildungen (C00-D48)	Männer	860	20.348	2,42	57,2	23,7
	Frauen	1.117	34.135	3,35	102,2	30,6
	Gesamt	1.977	54.483	2,87	79,0	27,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	356	6.834	1,00	19,2	19,2
	Frauen	297	5.203	0,89	15,6	17,5
	Gesamt	653	12.037	0,95	17,5	18,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.861	71.014	5,23	199,7	38,2
	Frauen	3.659	153.727	10,96	460,4	42,0
	Gesamt	5.520	224.741	8,01	326,0	40,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	807	16.105	2,27	45,3	20,0
	Frauen	1.309	22.796	3,92	68,3	17,4
	Gesamt	2.116	38.901	3,07	56,4	18,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	803	5.364	2,26	15,1	6,7
	Frauen	776	5.895	2,32	17,7	7,6
	Gesamt	1.579	11.259	2,29	16,3	7,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	585	7.938	1,65	22,3	13,6
	Frauen	645	8.579	1,93	25,7	13,3
	Gesamt	1.230	16.517	1,78	24,0	13,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	1.726	49.436	4,85	139,0	28,6
	Frauen	1.500	31.730	4,49	95,0	21,2
	Gesamt	3.226	81.166	4,68	117,7	25,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	9.449	80.308	26,57	225,9	8,5
	Frauen	12.286	100.944	36,80	302,3	8,2
	Gesamt	21.735	181.252	31,52	262,9	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	6.417	41.220	18,05	115,9	6,4
	Frauen	6.479	37.846	19,40	113,4	5,8
	Gesamt	12.896	79.066	18,70	114,7	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	824	12.890	2,32	36,3	15,6
	Frauen	695	8.234	2,08	24,7	11,9
	Gesamt	1.519	21.124	2,20	30,6	13,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	9.576	220.136	26,93	619,1	23,0
	Frauen	7.897	184.769	23,65	553,4	23,4
	Gesamt	17.473	404.905	25,34	587,3	23,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	545	8.173	1,53	23,0	15,0
	Frauen	1.870	20.134	5,60	60,3	10,8
	Gesamt	2.415	28.307	3,50	41,1	11,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	804	9.829	2,41	29,4	12,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.997	26.080	5,62	73,4	13,1
	Frauen	2.909	37.953	8,71	113,7	13,1
	Gesamt	4.906	64.033	7,12	92,9	13,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	4.669	98.465	13,13	276,9	21,1
	Frauen	2.806	58.466	8,40	175,1	20,8
	Gesamt	7.475	156.931	10,84	227,6	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	525	10.215	1,48	28,7	19,5
	Frauen	936	20.006	2,80	59,9	21,4
	Gesamt	1.461	30.221	2,12	43,8	20,7
Gesamt	Männer	44.655	701.772	125,59	1.973,6	15,7
	Frauen	49.965	769.509	149,65	2.304,7	15,4
	Gesamt	94.620	1.471.281	137,24	2.134,0	15,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.034	38.978	5,72	109,6	19,2
	Frauen	980	17.942	2,94	53,7	18,3
	Gesamt	3.014	56.920	4,37	82,6	18,9



A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	4.876	31.905	10,44	68,3	6,5
	Frauen	4.143	29.024	11,17	78,3	7,0
	Gesamt	9.019	60.929	10,77	72,7	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	986	28.061	2,11	60,1	28,5
	Frauen	1.152	42.027	3,11	113,3	36,5
	Gesamt	2.138	70.088	2,55	83,7	32,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	477	8.502	1,02	18,2	17,8
	Frauen	372	4.759	1,00	12,8	12,8
	Gesamt	849	13.261	1,01	15,8	15,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.595	88.540	5,56	189,6	34,1
	Frauen	3.767	129.643	10,16	349,6	34,4
	Gesamt	6.362	218.183	7,59	260,5	34,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.047	14.708	2,24	31,5	14,1
	Frauen	1.482	19.029	4,00	51,3	12,8
	Gesamt	2.529	33.737	3,02	40,3	13,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.004	7.338	2,15	15,7	7,3
	Frauen	861	5.855	2,32	15,8	6,8
	Gesamt	1.865	13.193	2,23	15,8	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	697	7.135	1,49	15,3	10,2
	Frauen	726	7.836	1,96	21,1	10,8
	Gesamt	1.423	14.971	1,70	17,9	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.041	51.418	4,37	110,1	25,2
	Frauen	1.657	33.509	4,47	90,4	20,2
	Gesamt	3.698	84.927	4,41	101,4	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	14.241	109.845	30,50	235,3	7,7
	Frauen	14.577	111.259	39,31	300,0	7,6
	Gesamt	28.818	221.104	34,40	263,9	7,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.447	56.776	18,09	121,6	6,7
	Frauen	6.935	41.844	18,70	112,8	6,0
	Gesamt	15.382	98.620	18,36	117,7	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.063	15.705	2,28	33,6	14,8
	Frauen	730	8.512	1,97	23,0	11,7
	Gesamt	1.793	24.217	2,14	28,9	13,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.149	235.204	23,88	503,7	21,1
	Frauen	8.205	190.052	22,13	512,5	23,2
	Gesamt	19.354	425.256	23,10	507,6	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	748	10.826	1,60	23,2	14,5
	Frauen	2.354	23.044	6,35	62,1	9,8
	Gesamt	3.102	33.870	3,70	40,4	10,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	935	11.584	2,52	31,2	12,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.588	28.239	5,54	60,5	10,9
	Frauen	3.020	30.615	8,14	82,6	10,1
	Gesamt	5.608	58.854	6,69	70,3	10,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.862	119.148	12,55	255,2	20,3
	Frauen	3.261	70.353	8,79	189,7	21,6
	Gesamt	9.123	189.501	10,89	226,2	20,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	510	8.380	1,09	18,0	16,4
	Frauen	650	14.281	1,75	38,5	22,0
	Gesamt	1.160	22.661	1,38	27,1	19,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>58.460</b>	<b>825.019</b>	<b>125,20</b>	<b>1.767,0</b>	<b>14,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>54.968</b>	<b>776.094</b>	<b>148,24</b>	<b>2.093,0</b>	<b>14,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>113.428</b>	<b>1.601.113</b>	<b>135,40</b>	<b>1.911,3</b>	<b>14,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.109	36.746	4,52	78,7	17,4
	Frauen	1.083	22.086	2,92	59,6	20,4
	Gesamt	3.192	58.832	3,81	70,2	18,4

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	3.668	27.622	9,83	74,1	7,5
	Frauen	3.144	22.029	10,43	73,1	7,0
	Gesamt	6.812	49.651	10,10	73,6	7,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	863	29.699	2,31	79,6	34,4
	Frauen	885	33.554	2,94	111,3	37,9
	Gesamt	1.748	63.253	2,59	93,8	36,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	455	10.719	1,22	28,7	23,6
	Frauen	410	8.766	1,36	29,1	21,4
	Gesamt	865	19.485	1,28	28,9	22,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.946	63.614	5,22	170,6	32,7
	Frauen	3.202	122.058	10,62	404,9	38,1
	Gesamt	5.148	185.672	7,63	275,3	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	831	17.522	2,23	47,0	21,1
	Frauen	1.250	18.740	4,15	62,2	15,0
	Gesamt	2.081	36.262	3,09	53,8	17,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	767	6.896	2,06	18,5	9,0
	Frauen	628	5.188	2,08	17,2	8,3
	Gesamt	1.395	12.084	2,07	17,9	8,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	630	6.489	1,69	17,4	10,3
	Frauen	679	7.307	2,25	24,2	10,8
	Gesamt	1.309	13.796	1,94	20,5	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	2.102	60.956	5,64	163,4	29,0
	Frauen	1.647	29.538	5,46	98,0	17,9
	Gesamt	3.749	90.494	5,56	134,2	24,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	10.919	94.114	29,28	252,3	8,6
	Frauen	11.416	94.210	37,87	312,6	8,3
	Gesamt	22.335	188.324	33,12	279,3	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	6.839	47.778	18,34	128,1	7,0
	Frauen	5.928	38.065	19,67	126,3	6,4
	Gesamt	12.767	85.843	18,93	127,3	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	968	15.568	2,60	41,7	16,1
	Frauen	715	8.922	2,37	29,6	12,5
	Gesamt	1.683	24.490	2,50	36,3	14,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	10.940	232.810	29,33	624,2	21,3
	Frauen	7.351	169.564	24,39	562,5	23,1
	Gesamt	18.291	402.374	27,12	596,7	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	720	9.143	1,93	24,5	12,7
	Frauen	1.929	21.349	6,40	70,8	11,1
	Gesamt	2.649	30.492	3,93	45,2	11,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	789	10.369	2,62	34,4	13,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.429	35.283	6,51	94,6	14,5
	Frauen	2.689	33.201	8,92	110,2	12,4
	Gesamt	5.118	68.484	7,59	101,6	13,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	5.141	100.664	13,78	269,9	19,6
	Frauen	2.754	56.683	9,14	188,1	20,6
	Gesamt	7.895	157.347	11,71	233,3	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	477	8.848	1,28	23,7	18,6
	Frauen	692	16.374	2,30	54,3	23,7
	Gesamt	1.169	25.222	1,73	37,4	21,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>49.826</b>	<b>769.366</b>	<b>133,59</b>	<b>2.062,8</b>	<b>15,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>46.235</b>	<b>697.833</b>	<b>153,39</b>	<b>2.315,1</b>	<b>15,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>96.061</b>	<b>1.467.199</b>	<b>142,44</b>	<b>2.175,6</b>	<b>15,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.997	35.243	5,35	94,5	17,7
	Frauen	924	18.182	3,07	60,3	19,7
	Gesamt	2.921	53.425	4,33	79,2	18,3

A.11 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2014)

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	4.235	28.892	10,06	68,6	6,8
	Frauen	4.186	27.085	11,57	74,9	6,5
	Gesamt	8.421	55.977	10,76	71,5	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.083	32.802	2,57	77,9	30,3
	Frauen	1.238	44.934	3,42	124,2	36,3
	Gesamt	2.321	77.736	2,96	99,3	33,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	431	10.072	1,02	23,9	23,4
	Frauen	371	7.418	1,03	20,5	20,0
	Gesamt	802	17.490	1,02	22,3	21,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.066	71.570	4,91	170,0	34,6
	Frauen	3.482	124.954	9,62	345,4	35,9
	Gesamt	5.548	196.524	7,09	251,0	35,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.054	18.778	2,50	44,6	17,8
	Frauen	1.618	25.245	4,47	69,8	15,6
	Gesamt	2.672	44.023	3,41	56,2	16,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	855	6.332	2,03	15,0	7,4
	Frauen	759	5.839	2,10	16,1	7,7
	Gesamt	1.614	12.171	2,06	15,6	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	644	6.344	1,53	15,1	9,9
	Frauen	638	7.641	1,76	21,1	12,0
	Gesamt	1.282	13.985	1,64	17,9	10,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.131	58.755	5,06	139,6	27,6
	Frauen	1.719	36.200	4,75	100,1	21,1
	Gesamt	3.850	94.955	4,92	121,3	24,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.347	102.125	29,33	242,6	8,3
	Frauen	13.508	110.000	37,33	304,0	8,1
	Gesamt	25.855	212.125	33,03	271,0	8,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.283	55.499	17,30	131,8	7,6
	Frauen	7.021	43.875	19,40	121,3	6,3
	Gesamt	14.304	99.374	18,27	126,9	7,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	972	14.439	2,31	34,3	14,9
	Frauen	753	8.537	2,08	23,6	11,3
	Gesamt	1.725	22.976	2,20	29,4	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.483	246.411	27,27	585,3	21,5
	Frauen	8.728	195.698	24,12	540,9	22,4
	Gesamt	20.211	442.109	25,82	564,8	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	724	9.537	1,72	22,7	13,2
	Frauen	2.150	26.407	5,94	73,0	12,3
	Gesamt	2.874	35.944	3,67	45,9	12,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.027	12.479	2,84	34,5	12,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.508	33.841	5,96	80,4	13,5
	Frauen	3.288	35.248	9,09	97,4	10,7
	Gesamt	5.796	69.089	7,40	88,3	11,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.656	112.097	13,43	266,2	19,8
	Frauen	3.021	61.217	8,35	169,2	20,3
	Gesamt	8.677	173.314	11,08	221,4	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	458	7.602	1,09	18,1	16,6
	Frauen	691	15.083	1,91	41,7	21,8
	Gesamt	1.149	22.685	1,47	29,0	19,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>54.063</b>	<b>817.682</b>	<b>128,41</b>	<b>1.942,1</b>	<b>15,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>54.340</b>	<b>790.041</b>	<b>150,19</b>	<b>2.183,6</b>	<b>14,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>108.403</b>	<b>1.607.723</b>	<b>138,47</b>	<b>2.053,7</b>	<b>14,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.183	36.195	5,18	86,0	16,6
	Frauen	1.009	17.583	2,79	48,6	17,4
	Gesamt	3.192	53.778	4,08	68,7	16,9

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2014)

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	27.579	13,90	3,81	15,16	4,15
Böblingen	8115	20.062	13,53	3,71	14,24	3,90
Esslingen	8116	27.552	13,02	3,57	13,68	3,75
Göppingen	8117	14.447	15,55	4,26	15,81	4,33
Ludwigsburg	8118	36.115	15,03	4,12	15,63	4,28
Rems-Murr-Kreis	8119	18.483	14,47	3,97	15,12	4,14
Heilbronn	8121	7.473	15,39	4,22	16,32	4,47
Heilbronn	8125	27.840	14,54	3,98	15,11	4,14
Hohenlohekreis	8126	6.050	14,12	3,87	14,92	4,09
Schwäbisch Hall	8127	7.381	13,61	3,73	14,19	3,89
Main-Tauber-Kreis	8128	4.539	14,88	4,08	15,13	4,14
Heidenheim	8135	13.301	17,14	4,70	17,33	4,75
Ostalbkreis	8136	15.955	15,83	4,34	16,05	4,40
Baden-Baden	8211	2.175	13,69	3,75	14,33	3,93
Karlsruhe	8212	15.092	15,39	4,22	15,87	4,35
Karlsruhe	8215	26.366	15,75	4,32	16,07	4,40
Rastatt	8216	16.939	16,59	4,54	17,38	4,76
Heidelberg	8221	3.640	12,74	3,49	13,94	3,82
Mannheim	8222	15.957	17,55	4,81	18,50	5,07
Neckar-Odenwald-Kreis	8225	8.283	17,09	4,68	17,47	4,79
Rhein-Neckar-Kreis	8226	26.448	16,57	4,54	17,02	4,66
Pforzheim	8231	3.244	16,13	4,42	16,39	4,49
Calw	8235	6.157	14,78	4,05	15,47	4,24
Enzkreis	8236	7.608	14,89	4,08	15,30	4,19
Freudenstadt	8237	4.248	14,17	3,88	14,52	3,98
Freiburg im Breisgau	8311	7.115	12,42	3,40	13,23	3,62
Breisgau-Hochschwarzwald	8315	10.010	13,93	3,82	13,98	3,83
Emmendingen	8316	6.230	14,19	3,89	14,32	3,92
Ortenaukreis	8317	15.771	14,52	3,98	14,60	4,00
Rottweil	8325	8.567	15,77	4,32	16,26	4,45
Schwarzwald-Baar-Kreis	8326	16.535	15,68	4,30	15,75	4,32
Tuttlingen	8327	10.437	15,02	4,11	15,40	4,22
Konstanz	8335	12.441	15,60	4,27	15,76	4,32
Lörrach	8336	8.654	15,07	4,13	15,27	4,18
Waldshut	8337	6.100	14,53	3,98	14,41	3,95
Reutlingen	8415	12.574	14,94	4,09	15,32	4,20
Tübingen	8416	7.580	14,05	3,85	15,10	4,14
Zollernalbkreis	8417	6.186	13,83	3,79	14,09	3,86
Ulm	8421	7.584	15,75	4,32	16,75	4,59
Alb-Donau-Kreis	8425	12.711	15,68	4,30	15,91	4,36
Biberach	8426	14.280	13,61	3,73	14,07	3,85
Bodenseekreis	8435	20868	15,40	4,22	15,99	4,38
Ravensburg	8436	19995	13,30	3,64	13,85	3,80
Sigmaringen	8437	4927	13,71	3,76	14,10	3,86
alle Kreise	8999	571502	14,95	4,09	15,44	4,23

\* 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 2014)

A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Ingolstadt	9161	22.901	15,92	4,36	16,69	4,57
München, Landeshauptstadt	9162	74.149	13,70	3,75	15,11	4,14
Rosenheim	9163	3.094	13,84	3,79	14,45	3,96
Altötting	9171	3.384	15,64	4,29	15,96	4,37
Berchtesgadener Land	9172	1.715	14,91	4,09	15,85	4,34
Bad Tölz-Wolfratshausen	9173	4.991	13,15	3,60	13,73	3,76
Dachau	9174	15.084	14,95	4,10	15,36	4,21
Ebersberg	9175	7.495	13,01	3,56	13,75	3,77
Eichstätt	9176	26.507	14,41	3,95	15,31	4,19
Erding	9177	7.037	14,85	4,07	15,97	4,38
Freising	9178	9.072	13,86	3,80	14,77	4,05
Fürstentfeldbruck	9179	11.873	13,97	3,83	14,49	3,97
Garmisch-Partenkirchen	9180	2.258	13,27	3,64	14,10	3,86
Landsberg am Lech	9181	5.587	13,05	3,57	13,49	3,70
Miesbach	9182	3.890	13,27	3,64	13,75	3,77
Mühldorf a.Inn	9183	4.302	15,30	4,19	15,95	4,37
München	9184	15.300	12,44	3,41	13,02	3,57
Neuburg-Schrobenhausen	9185	15.180	15,17	4,16	16,20	4,44
Pfaffenhofen a.d.Ilm	9186	15.976	15,32	4,20	16,27	4,46
Rosenheim	9187	12.974	13,64	3,74	14,25	3,90
Starnberg	9188	4.533	12,32	3,37	12,36	3,39
Traunstein	9189	8.775	14,82	4,06	14,93	4,09
Weilheim-Schongau	9190	6.936	13,54	3,71	13,38	3,67
Landshut	9261	4.157	15,77	4,32	17,04	4,67
Passau	9262	2.359	16,69	4,57	16,71	4,58
Straubing	9263	2.790	19,47	5,34	20,18	5,53
Deggendorf	9271	7.973	15,92	4,36	16,46	4,51
Freyung-Grafenau	9272	5.008	17,72	4,85	18,84	5,16
Kelheim	9273	8.688	15,41	4,22	16,79	4,60
Landshut	9274	13.960	15,02	4,12	15,92	4,36
Passau	9275	11.286	16,20	4,44	16,20	4,44
Regen	9276	6.557	16,06	4,40	16,56	4,54
Rottal-Inn	9277	7.112	14,41	3,95	15,12	4,14
Straubing-Bogen	9278	6.815	16,33	4,47	16,60	4,55
Dingolfing-Landau	9279	14.989	16,13	4,42	17,44	4,78
Amberg	9361	3.723	16,38	4,49	16,38	4,49
Regensburg	9362	9.205	15,52	4,25	17,44	4,78
Weiden i.d.OPf.	9363	2.833	18,44	5,05	18,05	4,95
Amberg-Weizsach	9371	8.462	15,87	4,35	16,36	4,48
Cham	9372	6.674	17,19	4,71	17,87	4,90
Neumarkt i.d.OPf.	9373	11.039	14,93	4,09	15,62	4,28
Neustadt a.d.Waldnaab	9374	6380	16,70	4,57	17,00	4,66
Regensburg	9375	17083	16,05	4,40	17,18	4,71
Schwandorf	9376	10746	17,23	4,72	17,84	4,89
Tirschenreuth	9377	4635	17,60	4,82	17,37	4,76
Bamberg	9461	3934	17,04	4,67	18,04	4,94
Bayreuth	9462	1608	13,27	3,64	14,81	4,06
Coburg	9463	3480	17,79	4,87	17,60	4,82
Hof	9464	1956	23,21	6,36	22,07	6,05
Bamberg	9471	14508	17,88	4,90	18,62	5,10
Bayreuth	9472	3733	16,05	4,40	16,32	4,47
Coburg	9473	10824	18,97	5,20	18,90	5,18
Forchheim	9474	12397	16,41	4,49	17,24	4,72
Hof	9475	3557	15,75	4,32	16,25	4,45
Kronach	9476	2800	19,68	5,39	19,47	5,33
Kulmbach	9477	1839	14,30	3,92	14,51	3,98

A.12 AU-Kennzahlen der Pflichtmitglieder insgesamt – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2014)

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	3928	20,47	5,61	21,21	5,81
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	9479	2930	17,84	4,89	17,07	4,68
Ansbach	9561	3180	18,52	5,07	18,50	5,07
Erlangen	9562	10413	14,09	3,86	14,53	3,98
Fürth	9563	7601	17,33	4,75	17,87	4,90
Nürnberg	9564	27382	16,95	4,64	17,79	4,87
Ansbach	9571	10555	16,13	4,42	16,82	4,61
Erlangen-Höchstadt	9572	11506	15,14	4,15	15,72	4,31
Fürth	9573	7336	16,23	4,45	16,66	4,56
Nürnberger Land	9574	7650	17,41	4,77	17,97	4,92
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim	9575	3926	16,50	4,52	16,99	4,66
Roth	9576	11090	15,83	4,34	16,12	4,42
Weißenburg-Gunzenhausen	9577	5408	17,97	4,92	17,82	4,88
Aschaffenburg	9661	3610	15,85	4,34	16,26	4,45
Schweinfurt	9662	3185	20,38	5,58	19,71	5,40
Würzburg	9663	5539	14,35	3,93	15,20	4,17
Aschaffenburg	9671	10127	17,43	4,77	17,67	4,84
Bad Kissingen	9672	5080	17,88	4,90	18,07	4,95
Rhön-Grabfeld	9673	5311	18,68	5,12	18,47	5,06
Haßberge	9674	9144	20,48	5,61	21,09	5,78
Kitzingen	9675	3429	14,93	4,09	15,48	4,24
Miltenberg	9676	12771	17,51	4,80	17,49	4,79
Main-Spessart	9677	9144	17,31	4,74	17,60	4,82
Schweinfurt	9678	10451	17,92	4,91	17,73	4,86
Würzburg	9679	9295	15,90	4,36	16,05	4,40
Augsburg	9761	24698	17,42	4,77	17,66	4,84
Kaufbeuren	9762	1224	15,05	4,12	15,51	4,25
Kempten (Allgäu)	9763	2574	17,88	4,90	18,55	5,08
Memmingen	9764	1280	13,17	3,61	14,12	3,87
Aichach-Friedberg	9771	13357	14,96	4,10	15,54	4,26
Augsburg	9772	23222	16,78	4,60	17,08	4,68
Dillingen a. d. Donau	9773	5622	17,43	4,77	17,60	4,82
Günzburg	9774	4990	16,80	4,60	16,94	4,64
Neu-Ulm	9775	13271	17,43	4,77	17,68	4,84
Lindau (Bodensee)	9776	4190	13,40	3,67	13,75	3,77
Ostallgäu	9777	5325	13,66	3,74	14,07	3,85
Unterallgäu	9778	4650	15,18	4,16	15,84	4,34
Donau-Ries	9779	5730	16,27	4,46	17,66	4,84
Oberallgäu	9780	10578	13,83	3,79	14,38	3,94
alle Kreise	9999	836830	15,77	4,32	16,36	4,48

\* 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 2014)

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	196.155	19,59	5,37	19,89	5,45
alle Kreise	11999	196.157	19,59	5,37	19,89	5,45

\* 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	18.000	16,50	4,52	17,00	4,66
Bremerhaven, Stadt	4012	2.246	18,96	5,20	18,73	5,13
alle Kreise	4999	20.247	16,77	4,60	17,24	4,72

\* 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	50.582	16,23	4,45	17,95	4,92
alle Kreise	2999	50.582	16,23	4,45	17,95	4,92

\* 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	6.631	16,30	4,46	16,88	4,63
Frankfurt am Main, Stadt	6412	24.090	14,97	4,10	16,33	4,47
Offenbach am Main, Stadt	6413	4.126	17,21	4,71	18,58	5,09
Wiesbaden, Landeshauptstadt	6414	9.887	15,82	4,33	16,41	4,50
Bergstraße	6431	16.917	17,50	4,80	17,84	4,89
Darmstadt-Dieburg	6432	14.731	16,96	4,65	17,32	4,75
Groß-Gerau	6433	11.936	17,01	4,66	17,64	4,83
Hochtaunuskreis	6434	7.099	15,17	4,16	15,66	4,29
Main-Kinzig-Kreis	6435	23.492	19,43	5,32	20,02	5,48
Main-Taunus-Kreis	6436	8.326	14,32	3,92	14,59	4,00
Odenwaldkreis	6437	3.333	18,12	4,96	18,49	5,07
Offenbach	6438	12.916	15,37	4,21	15,84	4,34
Rheingau-Taunus-Kreis	6439	7.037	16,84	4,61	16,95	4,64
Wetteraukreis	6440	11.150	18,98	5,20	19,31	5,29
Gießen	6531	6.892	18,88	5,17	19,07	5,22
Lahn-Dill-Kreis	6532	6.278	18,37	5,03	19,02	5,21
Limburg-Weilburg	6533	4.949	18,58	5,09	19,37	5,31
Marburg-Biedenkopf	6534	5.585	17,04	4,67	17,45	4,78
Vogelsbergkreis	6535	3.695	18,83	5,16	18,68	5,12
Kassel, documenta-Stadt	6611	16.093	16,41	4,50	16,99	4,65
Fulda	6631	13.614	19,12	5,24	19,88	5,45
Hersfeld-Rotenburg	6632	6.113	19,57	5,36	19,81	5,43
Kassel	6633	23.281	17,69	4,85	17,48	4,79
Schwalm-Eder-Kreis	6634	17.689	20,05	5,49	20,02	5,49
Waldeck-Frankenberg	6635	9.105	18,75	5,14	18,59	5,09
Werra-Meißner-Kreis	6636	13.032	16,16	4,43	16,03	4,39
alle Kreise	6999	287.995	17,40	4,77	17,78	4,87

\* 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 2014)

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	15.516	16,29	4,46	16,97	4,65
Salzgitter, Stadt	3102	6.740	20,03	5,49	21,21	5,81
Wolfsburg, Stadt	3103	22.359	17,63	4,83	18,36	5,03
Gifhorn	3151	20.631	17,85	4,89	17,70	4,85
Göttingen	3152	8.721	17,28	4,73	17,44	4,78
Goslar	3153	3.177	18,69	5,12	18,42	5,05
Helmstedt	3154	10.404	19,82	5,43	19,83	5,43
Northeim	3155	6.865	19,73	5,40	18,87	5,17
Osterode am Harz	3156	1.819	21,58	5,91	20,42	5,60
Peine	3157	7.322	20,43	5,60	20,19	5,53
Wolfenbüttel	3158	7.462	17,96	4,92	17,49	4,79
Region Hannover	3241	59.219	18,51	5,07	18,77	5,14
Diepholz	3251	7.955	16,23	4,45	16,29	4,46
Hamelnd-Pyrmont	3252	3.371	18,07	4,95	18,87	5,17
Hildesheim	3254	12.419	19,08	5,23	19,07	5,22
Holzminden	3255	2.465	18,65	5,11	17,92	4,91
Nienburg (Weser)	3256	4.566	17,18	4,71	16,99	4,65
Schaumburg	3257	6.002	18,50	5,07	18,78	5,15
Celle	3351	4.434	19,22	5,27	19,24	5,27
Cuxhaven	3352	4.625	18,90	5,18	18,67	5,12
Harburg	3353	8.817	16,87	4,62	17,07	4,68
Lüchow-Dannenberg	3354	1.912	17,01	4,66	16,19	4,44
Lüneburg	3355	3.942	17,82	4,88	18,04	4,94
Osterholz	3356	4.209	18,60	5,09	18,48	5,06
Rotenburg (Wümme)	3357	4.652	17,59	4,82	17,59	4,82
Soltau-Fallingb.ostel	3358	4.627	18,96	5,20	19,16	5,25
Stade	3359	5.070	16,71	4,58	17,39	4,77
Uelzen	3360	1.821	20,80	5,70	20,11	5,51
Verden	3361	5.826	16,14	4,42	15,87	4,35
Delmenhorst, Stadt	3401	3.002	18,85	5,17	18,24	5,00
Emden, Stadt	3402	4.285	17,17	4,70	17,42	4,77
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	3403	6.271	13,78	3,78	14,22	3,90
Osnabrück, Stadt	3404	4.843	16,66	4,57	17,50	4,80
Wilhelmshaven, Stadt	3405	1.657	18,48	5,06	18,45	5,05
Ammerland	3451	4.240	16,20	4,44	16,20	4,44
Aurich	3452	13.618	18,74	5,13	18,58	5,09
Cloppenburg	3453	3.473	17,04	4,67	17,74	4,86
Emsland	3454	8.573	15,56	4,26	15,44	4,23
Friesland	3455	3.039	18,69	5,12	18,33	5,02
Grafschaft Bentheim	3456	4.233	17,99	4,93	17,73	4,86
Leer	3457	5.903	17,69	4,85	17,95	4,92
Oldenburg	3458	5054	17,24	4,72	17,04	4,67
Osnabrück	3459	14026	17,13	4,69	17,18	4,71
Vechta	3460	3014	13,62	3,73	14,17	3,88
Wesermarsch	3461	6276	19,10	5,23	18,46	5,06
Wittmund	3462	1827	16,19	4,43	15,45	4,23
alle Kreise	3999	350282	17,90	4,91	17,99	4,93

\* 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 2014)

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	23.751	15,67	4,29	16,45	4,51
Duisburg, Stadt	5112	26.435	20,09	5,50	20,44	5,60
Essen, Stadt	5113	20.520	19,28	5,28	19,30	5,29
Krefeld, Stadt	5114	11.803	18,08	4,95	17,95	4,92
Mönchengladbach, Stadt	5116	8.613	19,33	5,30	19,37	5,31
Mülheim an der Ruhr, Stadt	5117	6.523	16,73	4,58	16,79	4,60
Oberhausen, Stadt	5119	7.032	20,00	5,48	20,25	5,55
Remscheid, Stadt	5120	11.221	18,36	5,03	17,97	4,92
Solingen, Stadt	5122	8.920	15,58	4,27	15,46	4,24
Wuppertal, Stadt	5124	17.893	17,73	4,86	17,68	4,84
Kleve	5154	7.665	16,97	4,65	17,13	4,69
Mettmann	5158	20.984	16,27	4,46	16,17	4,43
Rhein-Kreis Neuss	5162	22.330	17,21	4,71	17,26	4,73
Viersen	5166	12.095	19,15	5,25	19,00	5,20
Wesel	5170	16.455	19,54	5,35	19,74	5,41
Bonn, Stadt	5314	9.570	14,21	3,89	15,22	4,17
Köln, Stadt	5315	60.784	17,14	4,70	18,03	4,94
Leverkusen, Stadt	5316	18.531	18,67	5,11	18,58	5,09
Städteregion Aachen	5334	18.735	17,73	4,86	17,91	4,91
Düren	5358	13.268	20,20	5,54	20,07	5,50
Rhein-Erft-Kreis	5362	22.924	16,64	4,56	16,90	4,63
Euskirchen	5366	7.338	18,94	5,19	18,90	5,18
Heinsberg	5370	10.032	17,50	4,79	17,61	4,82
Oberbergischer Kreis	5374	16.813	16,71	4,58	16,62	4,55
Rheinisch-Bergischer Kreis	5378	19.526	16,21	4,44	16,15	4,43
Rhein-Sieg-Kreis	5382	27.021	16,61	4,55	16,75	4,59
Bottrop, Stadt	5512	2.694	19,05	5,22	19,63	5,38
Gelsenkirchen, Stadt	5513	5.889	22,83	6,25	23,47	6,43
Münster, Stadt	5515	8.229	13,18	3,61	14,32	3,92
Borken	5554	9.831	14,57	3,99	15,51	4,25
Coesfeld	5558	5.515	16,08	4,41	16,38	4,49
Recklinghausen	5562	12.399	19,68	5,39	19,81	5,43
Steinfurt	5566	12.199	17,04	4,67	17,48	4,79
Warendorf	5570	11.487	15,96	4,37	15,85	4,34
Bielefeld, Stadt	5711	21.220	16,66	4,56	16,42	4,50
Gütersloh	5754	28.714	16,08	4,40	15,93	4,37
Herford	5758	14.616	17,50	4,80	17,32	4,74
Höxter	5762	4.581	16,72	4,58	16,97	4,65
Lippe	5766	13.013	15,94	4,37	15,73	4,31
Minden-Lübbecke	5770	19.273	17,91	4,91	17,89	4,90
Paderborn	5774	13.469	16,12	4,42	15,87	4,35
Bochum, Stadt	5911	9191	20,91	5,73	20,89	5,72
Dortmund, Stadt	5913	15290	19,43	5,32	20,12	5,51
Hagen, Stadt	5914	6036	21,16	5,80	20,70	5,67
Hamm, Stadt	5915	4001	19,63	5,38	19,99	5,48
Herne, Stadt	5916	5210	24,56	6,73	23,91	6,55
Ennepe-Ruhr-Kreis	5954	12940	21,24	5,82	20,50	5,62
Hochsauerlandkreis	5958	6379	14,78	4,05	14,84	4,07
Märkischer Kreis	5962	12271	19,44	5,33	18,97	5,20
Olpe	5966	3344	15,61	4,28	16,08	4,41
Siegen-Wittgenstein	5970	13995	17,09	4,68	17,23	4,72
Soest	5974	8124	15,82	4,33	15,70	4,30
Unna	5978	12245	19,68	5,39	19,61	5,37
alle Kreise	5999	738934	17,64	4,83	17,75	4,86

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

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	3.127	15,63	4,28	16,73	4,58
Ahrweiler	7131	3.913	19,19	5,26	19,10	5,23
Altenkirchen (Westerwald)	7132	4.461	21,41	5,87	21,93	6,01
Bad Kreuznach	7133	5.412	20,26	5,55	20,44	5,60
Birkenfeld	7134	1.438	18,37	5,03	18,47	5,06
Cochem-Zell	7135	1.819	17,55	4,81	17,87	4,90
Mayen-Koblenz	7137	7.247	17,79	4,87	17,95	4,92
Neuwied	7138	7.455	18,27	5,00	18,44	5,05
Rhein-Hunsrück-Kreis	7140	3.821	18,89	5,18	18,69	5,12
Rhein-Lahn-Kreis	7141	3.969	22,67	6,21	22,56	6,18
Westerwaldkreis	7143	5.090	19,66	5,39	20,13	5,51
Trier, kreisfreie Stadt	7211	2.189	19,50	5,34	20,05	5,49
Bernkastel-Wittlich	7231	2.337	20,59	5,64	20,93	5,73
Eifelkreis Bitburg-Prüm	7232	1.840	17,63	4,83	17,88	4,90
Vulkaneifel	7233	1.697	19,26	5,28	19,36	5,30
Trier-Saarburg	7235	3.296	17,76	4,86	17,77	4,87
Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	7311	3.199	21,14	5,79	21,36	5,85
Kaiserslautern, kreisfreie Stadt	7312	4.658	15,31	4,19	15,14	4,15
Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt	7314	13.659	20,84	5,71	21,40	5,86
Mainz, kreisfreie Stadt	7315	5.301	14,75	4,04	16,33	4,48
Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt	7316	1.654	18,53	5,08	18,76	5,14
Pirmasens, kreisfreie Stadt	7317	654	23,86	6,54	23,72	6,50
Speyer, kreisfreie Stadt	7318	3.140	21,41	5,87	21,68	5,94
Worms, kreisfreie Stadt	7319	3.496	20,31	5,57	21,56	5,91
Alzey-Worms	7331	4.896	20,08	5,50	20,10	5,51
Bad Dürkheim	7332	9.197	18,95	5,19	19,20	5,26
Donnersbergkreis	7333	3.984	21,72	5,95	21,67	5,94
Germersheim	7334	8.652	18,70	5,12	19,12	5,24
Kaiserslautern	7335	6.675	17,53	4,80	17,36	4,76
Kusel	7336	3.521	19,14	5,24	18,97	5,20
Südliche Weinstraße	7337	7.611	18,60	5,09	19,21	5,26
Rhein-Pfalz-Kreis	7338	12.119	19,86	5,44	20,37	5,58
Mainz-Bingen	7339	7.816	18,18	4,98	18,31	5,02
Südwestpfalz	7340	5.855	21,74	5,96	21,14	5,79
alle Kreise	7999	165.205	19,20	5,26	19,43	5,32

\* 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 2014)

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	6.588	20,88	5,72	21,58	5,91
Merzig-Wadern	10042	2.219	20,37	5,58	21,16	5,80
Neunkirchen	10043	2.551	20,62	5,65	21,15	5,79
Saarlouis	10044	7.908	19,48	5,34	20,16	5,52
Saarpfalz-Kreis	10045	5.045	18,46	5,06	18,65	5,11
St. Wendel	10046	1.624	18,77	5,14	18,02	4,94
alle Kreise	10999	25.936	19,78	5,42	20,16	5,52

\* 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	1.604	14,14	3,87	15,11	4,14
Kiel, Landeshauptstadt	1002	5.672	16,10	4,41	18,00	4,93
Lübeck, Hansestadt	1003	6.878	21,16	5,80	20,74	5,68
Neumünster, Stadt	1004	2.037	20,50	5,62	21,04	5,76
Dithmarschen	1051	5.409	16,44	4,51	16,30	4,47
Herzogtum Lauenburg	1053	5.604	17,34	4,75	18,02	4,94
Nordfriesland	1054	3.837	15,29	4,19	15,47	4,24
Ostholstein	1055	4.517	18,59	5,09	18,54	5,08
Pinneberg	1056	8.635	16,49	4,52	17,10	4,68
Plön	1057	2.585	19,79	5,42	20,12	5,51
Rendsburg-Eckernförde	1058	11.416	17,21	4,72	17,08	4,68
Schleswig-Flensburg	1059	4.807	15,46	4,24	15,32	4,20
Segeberg	1060	6.904	18,45	5,05	18,78	5,14
Steinburg	1061	9.034	17,80	4,88	17,62	4,83
Stormarn	1062	5.320	17,94	4,92	18,27	5,01
alle Kreise	1999	84.259	17,54	4,81	17,79	4,87

\* 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 2014)

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	3.803	20,84	5,71	20,40	5,59
Cottbus, Stadt	12052	3.501	21,50	5,89	20,92	5,73
Frankfurt (Oder), Stadt	12053	1.712	19,83	5,43	19,15	5,25
Potsdam, Stadt	12054	9.092	18,68	5,12	18,74	5,13
Barnim	12060	12.494	23,84	6,53	22,29	6,11
Dahme-Spreewald	12061	8.850	21,13	5,79	20,43	5,60
Elbe-Elster	12062	3.404	23,34	6,39	22,14	6,07
Havelland	12063	10.074	22,30	6,11	21,33	5,84
Märkisch-Oderland	12064	13.467	22,72	6,22	21,53	5,90
Oberhavel	12065	12.671	22,36	6,12	21,47	5,88
Oberspreewald-Lausitz	12066	4.665	21,86	5,99	21,17	5,80
Oder-Spree	12067	11.452	19,81	5,43	18,77	5,14
Ostprignitz-Ruppin	12068	3.957	21,05	5,77	19,92	5,46
Potsdam-Mittelmark	12069	11.798	21,23	5,82	20,26	5,55
Prignitz	12070	3.097	22,81	6,25	21,40	5,86
Spree-Neiße	12071	3.641	21,00	5,75	19,83	5,43
Teltow-Fläming	12072	10.438	21,18	5,80	20,79	5,70
Uckermark	12073	5.350	20,96	5,74	19,67	5,39
alle Kreise	12999	133.465	21,57	5,91	20,68	5,66

\* 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	9.544	18,51	5,07	18,49	5,07
Schwerin	13004	5.369	19,93	5,46	19,09	5,23
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	13071	9.782	21,58	5,91	20,30	5,56
Landkreis Rostock	13072	10.865	21,43	5,87	20,75	5,68
Landkreis Vorpommern-Rügen	13073	8.691	20,34	5,57	19,29	5,28
Landkreis Nordwestmecklenburg	13074	5.850	22,11	6,06	21,28	5,83
Landkreis Vorpommern-Greifswald	13075	7.833	23,16	6,35	21,93	6,01
Landkreis Ludwigslust-Parchim	13076	11.011	23,25	6,37	21,92	6,01
alle Kreise	13999	68.946	21,34	5,85	20,42	5,59

\* 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 2014)

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	4.894	19,82	5,43	20,01	5,48
Erzgebirgskreis	14521	3.940	22,44	6,15	21,34	5,85
Mittelsachsen	14522	4.395	20,57	5,64	19,46	5,33
Vogtlandkreis	14523	2.747	20,46	5,60	23,90	6,55
Zwickau	14524	9.995	19,19	5,26	18,68	5,12
Dresden, Stadt	14612	14.274	16,43	4,50	16,75	4,59
Bautzen	14625	5.075	20,60	5,64	19,36	5,31
Görlitz	14626	3.982	18,88	5,17	17,66	4,84
Meißen	14627	6.614	20,23	5,54	18,87	5,17
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	14628	4.347	17,90	4,90	17,14	4,70
Leipzig, Stadt	14713	14.645	17,89	4,90	18,88	5,17
Leipzig	14729	4.796	22,22	6,09	21,72	5,95
Nordsachsen	14730	4.030	20,47	5,61	19,89	5,45
alle Kreise	14999	83.773	19,11	5,24	18,73	5,13

\* 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	2.683	22,57	6,18	22,21	6,09
Halle (Saale), Stadt	15002	7.871	19,87	5,44	19,56	5,36
Magdeburg, Landeshauptstadt	15003	6.598	19,74	5,41	20,00	5,48
Altmarkkreis Salzwedel	15081	2.051	19,07	5,23	18,85	5,16
Anhalt-Bitterfeld	15082	4.532	22,22	6,09	21,83	5,98
Börde	15083	6.746	23,51	6,44	22,94	6,29
Burgenlandkreis	15084	5.581	21,61	5,92	21,06	5,77
Harz	15085	5.850	22,26	6,10	21,52	5,90
Jerichower Land	15086	3.205	21,94	6,01	21,14	5,79
Mansfeld-Südharz	15087	3.144	23,63	6,47	22,35	6,12
Saalekreis	15088	7.720	22,15	6,07	21,16	5,80
Salzlandkreis	15089	5.019	22,35	6,12	21,53	5,90
Stendal	15090	2.881	21,71	5,95	20,27	5,55
Wittenberg	15091	3.552	22,62	6,20	21,64	5,93
alle Kreise	15999	67.439	21,76	5,96	21,06	5,77

\* 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 2014)

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	11.039	18,79	5,15	18,43	5,05
Gera, Stadt	16052	2.015	21,18	5,80	20,19	5,53
Jena, Stadt	16053	2.055	14,80	4,06	15,82	4,34
Suhl, Stadt	16054	998	18,39	5,04	17,18	4,71
Weimar, Stadt	16055	1.412	17,50	4,79	17,35	4,75
Eisenach, Stadt	16056	2.368	22,05	6,04	21,23	5,82
Eichsfeld	16061	3.268	20,82	5,70	20,49	5,61
Nordhausen	16062	3.252	23,03	6,31	21,90	6,00
Wartburgkreis	16063	5.961	22,02	6,03	21,07	5,77
Unstrut-Hainich-Kreis	16064	4.302	20,45	5,60	20,00	5,48
Kyffhäuserkreis	16065	1.449	23,81	6,52	22,39	6,14
Schmalkalden-Meiningen	16066	5.121	22,12	6,06	20,33	5,57
Gotha	16067	5.925	20,69	5,67	19,59	5,37
Sömmerda	16068	3.541	20,71	5,67	19,73	5,40
Hildburghausen	16069	3.015	24,12	6,61	23,35	6,40
Ilm-Kreis	16070	3.900	21,08	5,77	19,93	5,46
Weimarer Land	16071	2.639	19,58	5,36	18,63	5,11
Sonneberg	16072	3.659	21,27	5,83	19,99	5,48
Saalfeld-Rudolstadt	16073	3.443	19,37	5,31	18,54	5,08
Saale-Holzland-Kreis	16074	1.900	19,50	5,34	19,04	5,22
Saale-Orla-Kreis	16075	2.696	19,67	5,39	18,30	5,01
Greiz	16076	1.885	18,68	5,12	17,43	4,78
Altenburger Land	16077	2.442	20,32	5,57	19,62	5,38
alle Kreise	16999	78.285	20,54	5,63	19,69	5,40

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht - mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

<b>Kapitel I Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)</b>	
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], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90-B94	Folgestände 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
<b>Kapitel II Neubildungen (C00-D48)</b>	
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

<b>Kapitel III Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)</b>	
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
<b>Kapitel IV Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)</b>	
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
<b>Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)</b>	
ICD-10-Code	Bezeichnung
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte 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
<b>Kapitel VI Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)</b>	
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



<b>Kapitel VII Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)</b>	
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
<b>Kapitel VIII Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)</b>	
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
<b>Kapitel IX Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)</b>	
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
<b>Kapitel X Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)</b>	
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

<b>Kapitel XI Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)</b>	
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 Darms
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
<b>Kapitel XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)</b>	
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
<b>Kapitel XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)</b>	
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-Skelett-Systems und des Bindegewebes
<b>Kapitel XIV Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)</b>	
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

<b>Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)</b>	
ICD-10-Code	Bezeichnung
O00-O08	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O09-O09	Schwangerschaftsdauer
O10-O16	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O20-O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O30-O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O60-O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80-O82	Entbindung
O85-O92	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
O94-O99	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<b>Kapitel XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)</b>	
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
<b>Kapitel XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)</b>	
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-Skelett-Systems
Q80-Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90-Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Kapitel XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)</b>	
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-Skelett-System 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

<b>Kapitel XIX Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>	
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
<b>Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)</b>	
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
<b>Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>	
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

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	Antinfektiva 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

**Formaler Aufbau der WZ 2008**

Gliederungsebene	Anzahl	Kode
Abschnitte	21	A-U
Abteilungen	88	01-99
Gruppen	272	01.1-99.0
Klassen	615	01.11-99.00
Unterklassen	839	01.11.0-99.00.0

<b>Abschnitt A</b>	
<b>Land- und Forstwirtschaft, Fischerei</b>	
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
<b>Abschnitt B</b>	
<b>Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden</b>	
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
<b>Abschnitt C</b>	
<b>Verarbeitendes Gewerbe</b>	
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen

<b>Abschnitt D</b>	<b>Energieversorgung</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
35	Energieversorgung
<b>Abschnitt E</b>	<b>Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
<b>Abschnitt F</b>	<b>Baugewerbe</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
<b>Abschnitt G</b>	<b>Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
<b>Abschnitt H</b>	<b>Verkehr und Lagerei</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
<b>Abschnitt I</b>	<b>Gastgewerbe</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
55	Beherbergung
56	Gastronomie
<b>Abschnitt J</b>	<b>Information und Kommunikation</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
<b>Abschnitt K</b>	<b>Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
<b>Abschnitt L</b>	<b>Grundstücks- und Wohnungswesen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
68	Grundstücks- und Wohnungswesen

<b>Abschnitt M</b>	<b>Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen
<b>Abschnitt N</b>	<b>Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
<b>Abschnitt O</b>	<b>Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
<b>Abschnitt P</b>	<b>Erziehung und Unterricht</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
85	Erziehung und Unterricht
<b>Abschnitt Q</b>	<b>Gesundheits- und Sozialwesen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
<b>Abschnitt R</b>	<b>Kunst, Unterhaltung und Erholung</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
<b>Abschnitt S</b>	<b>Erbringung von sonstigen Dienstleistungen</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
<b>Abschnitt T</b>	<b>Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
<b>Abschnitt U</b>	<b>Exterritoriale Organisationen und Körperschaften</b>
WZ-Schlüssel	Abteilungsbezeichnung
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften