
DAK Gesundheitsreport 2007

DAK Versorgungsmanagement

Martin Kordt
DAK Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 4649
E-Mail: martin.kordt@dak.de

W 403 - 2007

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5, D-10787 Berlin,
Tel.: 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
Email: iges@iges.de

Februar 2007

Inhalt

Zusammenfassung der Ergebnisse	7
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2006.....	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2006 im Überblick.....	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....	27
4 Schwerpunktthema: Kopfschmerz und Migräne.....	38
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	95
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern.....	99
7 Schlussfolgerungen und Ausblick	105
Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2005.....	110
Anhang II: Hinweise und Erläuterungen.....	113
Anhang III: Tabellen.....	117
Anhang IV: Erläuterungen zu den Datenquellen, die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas genutzt wurden	128

Vorwort


Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2007 berichtet die DAK zum neunten Mal in Folge über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ihrer berufstätigen Mitglieder.

Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind vielfältig. Sie können im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld oder in der Arbeitswelt liegen. Im Gesundheitsreport 2007 wird dargestellt, welche Krankheitsarten die größte Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spielen. Zugleich wird auf geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten eingegangen. Darüber hinaus werden regionale Vergleiche vorgenommen. Auch wird auf Besonderheiten in den wichtigsten Wirtschaftsbranchen und Berufsgruppen eingegangen. Alle Ergebnisse werden im Vergleich zum Vorjahr betrachtet.

Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung und sind für die Betroffenen zum Teil mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden. Einer adäquaten Versorgung der Betroffenen kommt deshalb ein hoher Stellenwert zu. Doch gerade in diesem Bereich gibt es Defizite. Die DAK widmet sich im vorliegenden Gesundheitsreport im Schwerpunktteil dem Thema "Kopfschmerz und Migräne", um auf diese Situation aufmerksam zu machen und nicht zuletzt einen Beitrag zur Aufklärung über Kopfschmerzerkrankungen zu leisten.

Für den DAK-Gesundheitsreport 2007 kann auch in diesem Jahr eine positive Bilanz gezogen werden. Der Krankenstand sank gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte von 3,1 % auf 3,0 %. Der weiterhin beobachtbare Trend eines sinkenden Krankenstandes setzte sich auch unter den berufstätigen Mitgliedern der DAK fort.

Da der Krankenstand ein wichtiger Indikator für die wirtschaftliche Belastung von Unternehmen, Krankenkassen und der Volkswirtschaft insgesamt ist, ist dieser Trend sehr zu begrüßen. Um dieses niedrige Krankenstandsniveau zu halten oder sogar noch weiter zu verringern, appelliert die DAK an alle betrieblichen Akteure, in ihrem Engagement um die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt nicht nachzulassen. Für diese Aufgabe steht die DAK als bewährter Partner gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Februar 2007

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Krankenstand lag 2006 bei 3,0 % und ist im Vergleich zum Vorjahr um weitere 0,1 Prozentpunkte gesunken. Damit lag der Krankenstand nun erstmals wieder auf dem Niveau von 1997. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte 2006 im Durchschnitt 11,0 Arbeitsunfähigkeitstage.

**Gesamt-
krankenstand
weiter
gesunken**

Die Betroffenenquote lag 2006 bei 44,2 %. Dies bedeutet, dass für 55,8 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Die Betroffenenquote ist seit 1999 (48,7 %) tendenziell rückläufig. Dies bedeutet, dass tendenziell immer weniger Beschäftigte arbeitsunfähig erkranken.

**Betroffenen-
quote**

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 98,9 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr wieder etwas zurückgegangen (2005: 100,1 AU-Fälle). Auch die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung ist 2006 mit 11,1 Tagen niedriger als im Vorjahr und liegt unter dem Ausgangswert von 1997.

**Fallhäufigkeit
und -dauer**

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen 2006 mehr als die Hälfte (52,8 %) aller Krankheitstage.

**Wichtigste
Krankheitsar-
ten:**

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit einem Anteil von 22,0 % am Krankenstand und 241 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit 242 Tagen kaum mehr Erkrankungstage auf diese Diagnose.

**Muskel-Skelett-
Erkrankungen**

Erkrankungen des Atmungssystems lagen mit rund 16 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zu 2005 gab es jedoch einen Rückgang - und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 32 auf 27 Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch was die Anzahl der AU-Tage betraf (von 203 auf 172 Tage pro 100 Versichertenjahre).

**Atemwegs-
erkrankungen**

Auf Verletzungen konnten 15 % des Krankenstandes zurückgeführt werden. Dies entsprach in etwa dem Anteil in 2005. Knapp ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen fielen auf Arbeits- und Wegeunfälle.

Verletzungen

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben 2006 nicht zugenommen: Ihr Anteil am Krankenstand betrug im Jahr 2006 – wie im Vorjahr – 10,0 %. Bei Frauen machten sie rund 12 % des AU-Volumens aus, bei Männern rund 8 %.

Gesundheitswesen mit höchstem Krankenstand

2006 war das „Gesundheitswesen“ mit 3,5 % die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Der Krankenstand ist jedoch gegenüber 2005 um 0,1 Prozentpunkte gesunken. An zweiter Stelle lag die Branche „Öffentliche Verwaltung“ mit einem Krankenstand von 3,3 % (2005: 3,5 %). Am niedrigsten war erneut der Krankenstand in der Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ mit 2,1 % (2005: 2,0 %).

Unterschiede zwischen den Bundesländern

Auch 2006 bestanden Unterschiede zwischen den Bundesländern: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) beträgt der Krankenstand durchschnittlich 2,9 Prozent, in den östlichen Bundesländern 3,6 Prozent. Mit sinkendem Krankenstand werden die regionalen Unterschiede jedoch immer geringer. Immer weniger Bundesländer weichen deutlich vom Bundesdurchschnitt ab. Dennoch: Wie schon in den Vorjahren weist Baden-Württemberg mit 2,5 % den niedrigsten Wert auf. Berlin steht 2006 – diesmal gemeinsam mit Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Analyse nach Berufsgruppen (2005)

Unter den ausgewählten Berufsgruppen wiesen die „Berufe des Landverkehrs“ (Berufskraftfahrer) und der „Lager- und Transportarbeiter“ mit jeweils 3,9 % den höchsten Krankenstand auf. Diese Werte sind jedoch gegenüber 2004 um 0,1 bzw. 0,2 Prozentpunkte gesunken. An dritter und vierter Stelle folgten mit 3,8 % bzw. 3,6 % „Gesundheitsberufe“ bzw. die „Sozialpflegerischen Berufe“. Einen besonders niedrigen Krankenstand hatte die Berufsgruppe „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ (1,8 %).

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

Das erste Kapitel zeigt Ihnen, auf welcher Datengrundlage dieser Gesundheitsreport beruht: Die erwerbstätigen Mitglieder der DAK und ihre Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2005 und 2006 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkeiten im Überblick**

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Krankheitsfällen. Dafür werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die die Ärzte mit den AU-Bescheinigungen den Krankenkassen übermitteln. Darüber hinaus wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

**Kapitel 3:
Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: Kopfschmerz und Migräne.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema**

Die Kapitel 5 und 6 bieten Auswertungen nach der Zugehörigkeit der DAK-Versicherten zu den Wirtschaftsgruppen bzw. nach Bundesländern:

Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Der Auswertung wird die Zuordnung der Betriebe zum aktuellen Wirtschaftsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes von 1993 zu Grunde gelegt.

**Kapitel 5:
Analyse nach Wirtschaftsgruppen**

Im Kapitel 6 finden Sie schließlich eine Untersuchung regionaler Unterschiede im AU-Geschehen auf der Ebene der 16 Bundesländer.

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2007 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2005

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2005 nach Berufsgruppen beigefügt. Die Krankenstandswerte werden mit den Daten des Jahres 2004 verglichen. Die für die Analyse des letzten Jahres erforderlichen Daten liegen bei den Krankenkassen in ausreichender Qualität erst gegen Ende des Folgejahres vor. Die entsprechenden Auswertungen für 2006 werden daher erst im DAK-Gesundheitsreport 2008 enthalten sein.

Anhang II: Erläuterungen

Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen finden Sie im Anhang II. Außerdem wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt.

Anhang III: Tabellen

Detailliertes Zahlenmaterial zu den Arbeitsunfähigkeiten weiterer Untergruppen (Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen) finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang I-II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen finden Sie auf Seite 117.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

Für viele Leserinnen und Leser wird es von Interesse sein, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wurde bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen be- ruhen auf gemein- samem Standard

Auf der Ebene der Ersatzkassen sind einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten können daher unmittelbar mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen und selbstverständlich auch mit allen bisher veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports verglichen werden.

Voraussetzung für Vergleiche zwischen Mitgliederkollektiven mehrerer Krankenversicherungen ist die Bereinigung der Zahlen um den Einfluss unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen. Dies wird durch eine Standardisierung der Ergebnisse anhand einer einheitlichen Bezugsbevölkerung, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, erreicht. Die DAK verwendet dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen – das Verfahren der *direkten Standardisierung* (vgl. Anhang II).

Andere Krankenkassen (z.B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

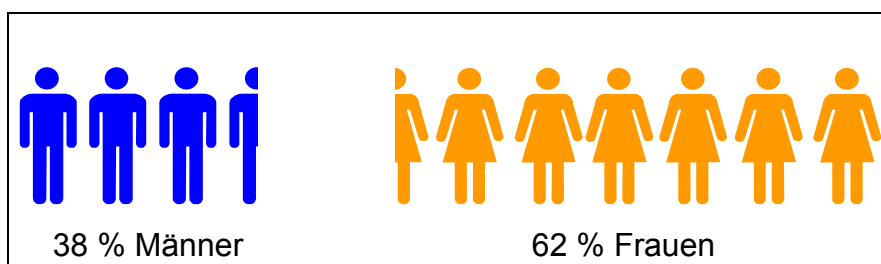
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2006

Der DAK-Gesundheitsreport 2007 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2006 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2006 umfasst 2,6 Mio. DAK-Mitglieder, die sich zu 62,0 % aus Frauen und zu 38,0 % aus Männern zusammensetzten.

**Datenbasis
2006: 2,6 Mio.
DAK-Mitglieder**

Abbildung 1



**Abb. 1:
DAK-Mitglieder
im Jahr 2006
nach Ge-
schlecht**

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Die DAK versichert auf Grund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK werden.

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK versichert waren. Daher werden die rund 2,6 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2006 umfasst die Datenbasis etwa 2,3 Mio. Versichertenjahre.

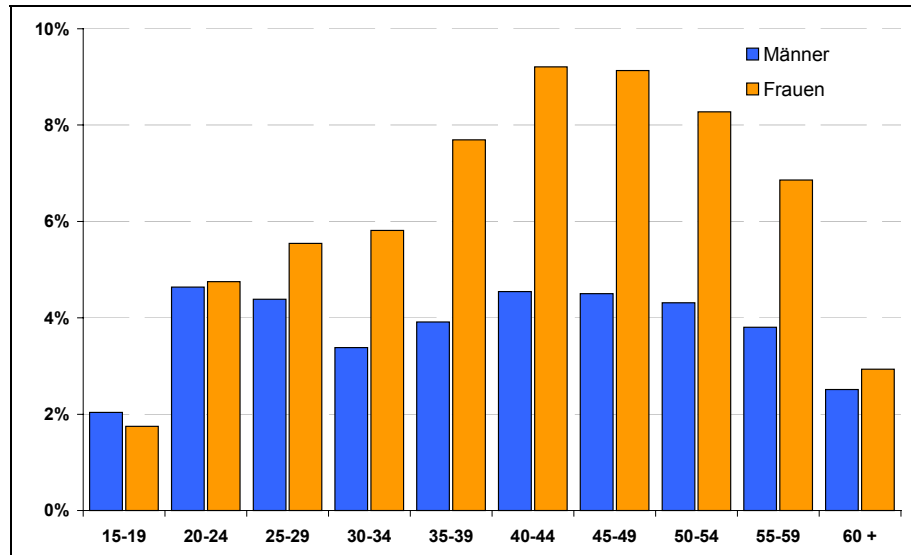
**2,6 Mio. Mitglie-
der entsprechen
in etwa 2,3 Mio.
Versichertenjahre**

In die nachfolgende Auswertung werden nur die diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK im Jahr 2006 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 2

**Abb. 2:
Alters- und
Geschlechtsstru-
ktur der er-
werbstätigen
DAK-Mitglieder
im Jahr 2006**



Quelle: DAK AU-Daten 2006

In fast allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer. Lediglich bei den 15- bis 19-Jährigen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil. In der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen ist der Anteil der Frauen und Männer annähernd gleich hoch.

Wird die Altersstruktur der DAK-Mitglieder verglichen mit der Standardpopulation, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, so zeigt sich, dass unter den bei der DAK Versicherten der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich niedriger ist. Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, werden durch die Standardisierung (vgl. Anhang II) aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet. Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit mit den Zahlen anderer Ersatzkassen sowie mit den DAK-Gesundheitsreports der Vorjahre.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2006 im Überblick

Der Krankenstand

In welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder ein Betrieb von Krankheit betroffen ist, wird anhand der Kenngröße „Krankenstand“ gemessen. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der Beschäftigten an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Abbildung 3

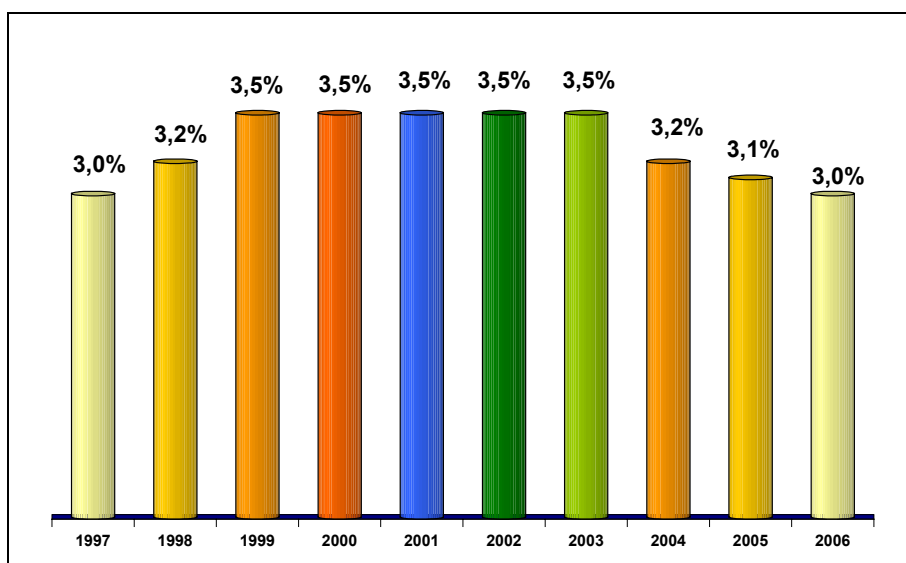


Abb. 3:
Krankenstand
der DAK-
Mitglieder 1997 -
2006

Quelle: DAK AU-Daten 2006

2006 betrug der DAK-Krankenstand 3,0 % und ist gegenüber dem Wert des Vorjahres um 0,1% gesunken. Damit hat sich der allgemein beobachtbare Trend – auch andere Krankenkassen berichten weiterhin von sinkenden Krankenständen – auch bei den DAK-versicherten Beschäftigten fortgesetzt.

**Krankenstand
2006 gegenüber
2005 gesunken**

Sinkender Krankenstand im Jahr 2006

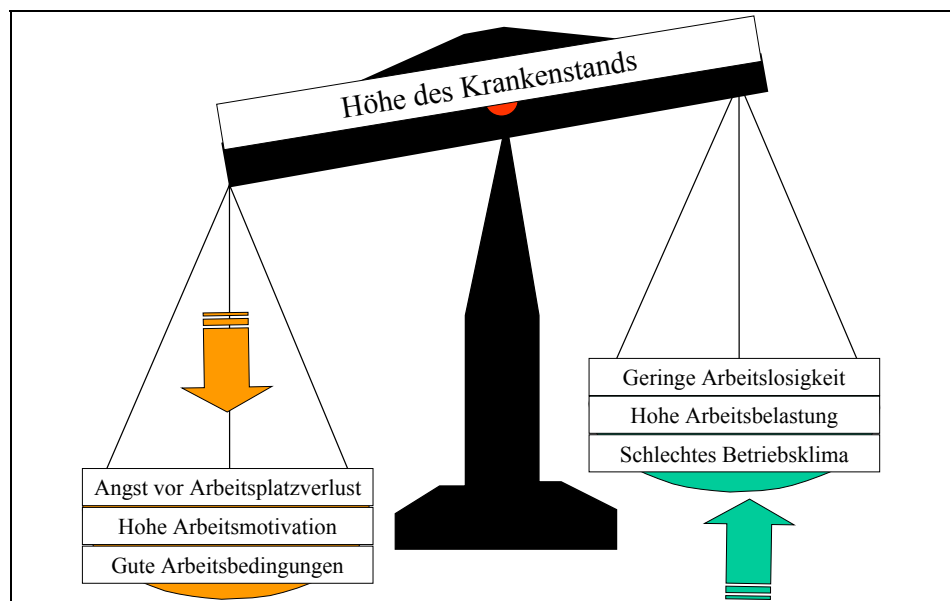
Zwischen 1999 und 2004 verzeichnete die DAK über fünf Jahre hinweg einen stabilen Krankenstand auf dem Niveau von 3,5 %. Bereits im Jahr 2004 ist der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr um 0,3 Prozentpunkte auf 3,2 % gesunken. In den Jahren 2005 und 2006 sank der Krankenstand jeweils um weitere 0,1 % Prozentpunkte. Mit 3,0 % liegt der Krankenstandswert 2006 erstmals wieder auf dem Niveau von 1997.

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Einflüsse verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau? Gibt es den Mechanismus, der eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte? Zunächst zu den Einflussfaktoren; es werden volkswirtschaftliche und betriebliche Mechanismen unterschieden:

Abbildung 4

Abb. 4
Einflussfaktoren auf den Krankenstand



DAK 2007

Volkswirtschaftliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

Konjunktur

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene haben insbesondere die wirtschaftliche Entwicklung und die damit verbundenen Effekte auf dem Arbeitsmarkt einen Einfluss auf das Krankenstandsniveau: Ist die Wirtschaftslage und damit die Beschäftigungslage gut, steigt der Krankenstand tendenziell an. Schwächt sich die konjunkturelle Entwicklung ab und steigt die Arbeitslosigkeit, so sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau merklich.¹

Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung

In den letzten Jahren verläuft der Krankenstand zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nicht mehr eindeutig prozyklisch: Die deutsche Wirtschaft ist in den vergangenen Jahren moderat gewachsen, die Krankenstände hingegen stagnierten bzw. sind seit einigen Jahren rückläufig. Ursächlich hierfür kann der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sein.

¹ Vgl. Kohler, Hans: "Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz" In: IAB Werkstattberichte Nr. 1/30.01.2002.

Diese Entwicklung erhöht tendenziell die Angst vor Arbeitsplatzverlusten und äußert sich darin, dass Beschäftigte trotz eingeschränkter Gesundheit weiter der Arbeit nachgehen, was einen auf den Krankenstand senkenden Einfluss hat.²

Darüber hinaus verändert sich die Struktur der Belegschaften ständig. Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies vermutlich vorwiegend die Arbeitskräfte, die auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen häufiger und auch langwieriger arbeitsunfähig erkrankt sind. Dies übt ebenfalls einen tendenziell den Krankenstand senkenden Einfluss unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus.

Gesamtwirtschaftlich lässt sich darüber hinaus eine ständige Verlagerung von Arbeitsplätzen vom industriellen auf den Dienstleistungssektor beobachten. Das veränderte Arbeitsplatzprofil bringt in der Tendenz auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankheitsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

**Wandel der
Belegschafts-
struktur**

**Wandel der Wirt-
schaftsstruktur**

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

Viele Unternehmen und immer mehr auch die öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck oder müssen Gelder einsparen. Zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit werden Rationalisierungspotentiale u.a. durch Personalabbau erschlossen. In der Folge kommt es für die Beschäftigten zu Arbeitsverdichtungen. Hierdurch können belastende und krank machende Arbeitsbedingungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.

Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den Arbeitsunfähigkeitsanalysen nur die „aktiv Erwerbstätigen“ berücksichtigt werden, tritt hierdurch der so genannte „healthy-worker-effect“ auf. Die Belegschaft erscheint durch das Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter „gesünder“ geworden zu sein.

Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben sich viele Unternehmen in den letzten Jahren verstärkt dem Thema „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens mit der Arbeitsmotivation und dem Betriebsklima wurde im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, Führungsstilanalysen und der Beteiligung der Mitarbeiter an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihrer

**Arbeitsverdich-
tung**

**„Healthy-worker-
effect“**

**Betriebliche
Gesundheits-
förderung**

² Vgl. u.a. DAK-Gesundheitsreport 2004, Schwerpunktthema Kurzeiterkrankungen (Bestell-Nr. W-403-2004).

Arbeitsplätze Rechnung getragen. Die systematische Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen trug damit zur Senkung des Krankenstandes in diesen Unternehmen bei.

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren zeigt, wird der Krankenstand von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil gegenläufige bzw. sich gegenseitig verstärkende oder sich gegenseitig aufhebende Wirkungen haben können. Es lässt sich also nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine radikale Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es erscheint daher nahezu unmöglich, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Die DAK hofft jedoch vor allem auch im Interesse der Unternehmen sowie ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf eine positive Entwicklung zu weiterhin sinkenden Krankenständen und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2006 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

„AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr“. Diese Zahl gibt an, wie viele der 365 Kalendertage im Jahr 2006 ein DAK-Mitglied durchschnittlich arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als „AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“.

Der Krankenstand lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:

„Krankenstand in Prozent“

$$\text{Krankenstand in \%} = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{365 \text{ Tage}}$$

- Die Höhe des Krankenstandes wird u. a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit im Bezugsjahr hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.
- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

„Betroffenenquote“

„AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre“

Es ist daher bei der Betrachtung des Krankenstandes wichtig zu wissen, wie viele AU-Fälle (je 100 Versichertenjahre) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

und „durchschnittliche Falldauer“

Der Krankenstand in Prozent kann demnach auch wie folgt berechnet werden:

Krankenstand in % =

$$\frac{\text{Anzahl der AU-Fälle je 100 Vj} \times \text{Dauer einer Erkrankung}}{365 \text{ Tage}}$$

Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen. Hierbei wird zwischen Arbeitsunfähigkeiten unterschieden,

- die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer) und solchen,
- die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK erfolgen (AU-Fälle über 6 Wochen Dauer).

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

„... über 6 Wochen Dauer“

In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandshöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemographischen Gruppen miteinander vergleichen will. In den folgenden Abschnitten werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstandes vertiefend analysiert.

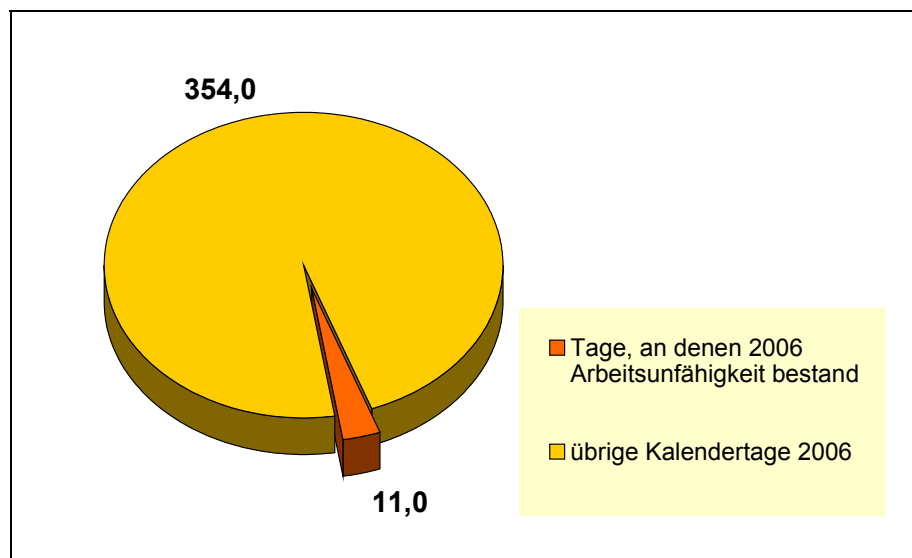
Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2006 im Durchschnitt 1.095 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert.

Der Krankenstand von 3,0 % in 2006 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2006 je 100 Beschäftigte angefallenen 1.095 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage, so waren an jedem Tag 3,0 %³ der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5:

Abb. 5
AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2006



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Betroffenenquote

Im Jahr 2006 hatten 44,2 % der DAK-Mitglieder mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig.

Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 1997 bis 2006.

- Zwischen 1999 und 2004 ist die Betroffenenquote nahezu kontinuierlich zurück gegangen. Nach einem Anstieg in 2005 um 0,5 Prozentpunkte ist die Betroffenenquote 2006 wieder um 0,6 Prozentpunkte gesunken. Das dritte Jahr in Folge liegt sie unter dem Ausgangsniveau von 1997.

³ Mit zwei Nachkommastellen dargestellt liegt der Krankenstand 2006 bei 3,00 %.

Abbildung 6

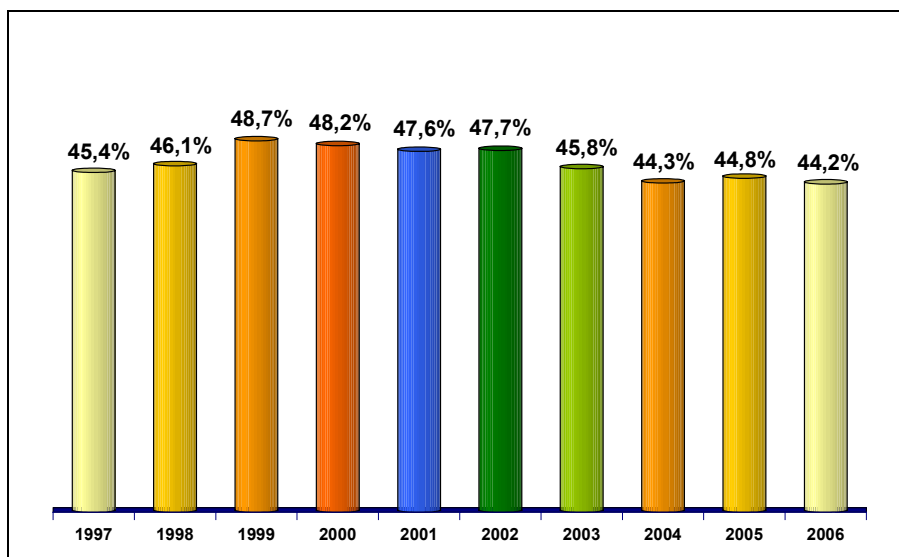


Abb. 6
Betroffenenquote
2006 im Vergleich
zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2006 gegenüber dem Vorjahr nochmals gesunken und auch die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich geringfügig verändert:

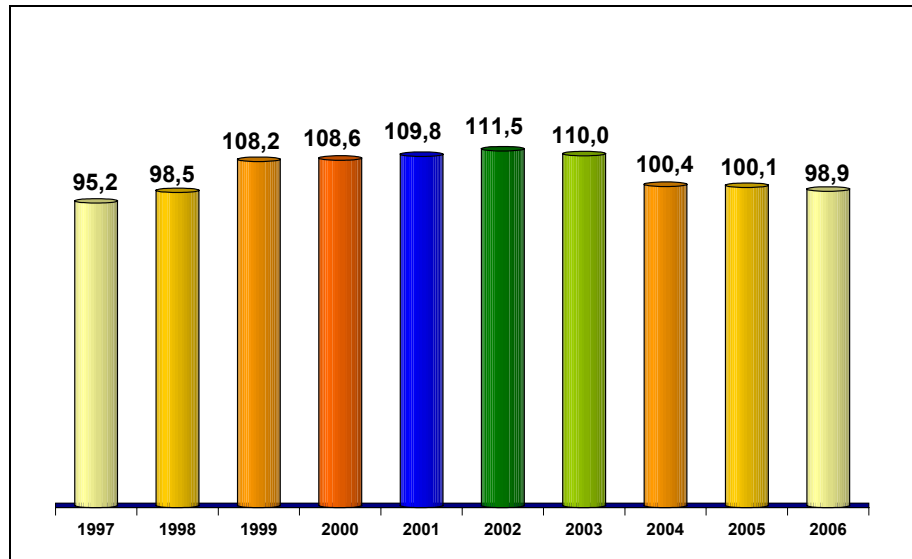
- Die Erkrankungshäufigkeit lag 2006 mit 98,9 Erkrankungsfällen je 100 Versichertenjahre deutlich niedriger als im Vorjahr gesunken (2005: 100,1 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2006 durchschnittlich weniger als ein Mal arbeitsunfähig.

98,9 Erkan-
kungsfälle pro
100 Versiche-
tenjahre

Abbildung 7 zeigt die Fallhäufigkeit für die Jahre 1997 bis 2006. Hierbei wird ersichtlich, dass, nachdem die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 2002 kontinuierlich angestiegen ist, diese nun das vierte Jahr in Folge gesunken ist. Die gleichzeitig zurückgehende Betroffenenquote ist ein Indiz dafür, dass nicht nur weniger Beschäftigte erkrankten, sondern der Einzelne auch weniger wiederholt arbeitsunfähig war.

Abbildung 7

Abb. 7
AU-Fälle pro 100
Versichertenjahre
2006 im Vergleich
zu den Vorjahren



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Berücksichtigung von Krankheitsfällen, die bei der DAK nicht registriert werden können

In die vorliegende Auswertung können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Zu beachten ist dabei jedoch, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK gemeldet werden bzw. die DAK erhält nicht von jeder Erkrankung Kenntnis:

Gründe für Unter- erfassung von AU- Fällen bei den Krankenkassen

Einerseits reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber oftmals erst nach Ablauf des 3. Kalendertages erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

Untersuchung zur AU-„Dunkelziffer“

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Gesundheitsreport 2000 ausführlich dargestellt sind: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine um etwa 15 % höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2006 bedeutet das: Die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei rund 114 Fällen pro 100 Versicherte.

„wahre“ Fallhäufigkeit um etwa 15 % höher

Auf Grund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um etwa 5 % unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2006 von 3,0 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,12 %.

„wahrer“ Krankenstand um etwa 5 % höher

Das Problem der Untererfassung betrifft nicht nur die Krankenstandsdaten der DAK. Die „Dunkelziffer“ nicht erfasster Arbeitsunfähigkeiten findet sich in den Krankenstandsanalysen aller Krankenkassen und somit auch in der amtlichen Statistik. Für alle Erhebungen gilt: Der tatsächliche Krankenstand und insbesondere die Häufigkeit von Erkrankungen liegen über den von den Krankenkassen ermittelten Daten.

Durchschnittliche Falldauer

Blieb die durchschnittliche Erkrankungsdauer in den Jahren zwischen 2002 und 2004 unverändert, ist sie 2006 nun das zweite Jahr in Folge gesunken. 2006 dauerte ein AU-Fall im Durchschnitt 11,1 Tage. Damit lag die durchschnittliche Erkrankungsdauer auch im letzten Jahr unter dem Ausgangswert von 1997.

Abbildung 8:

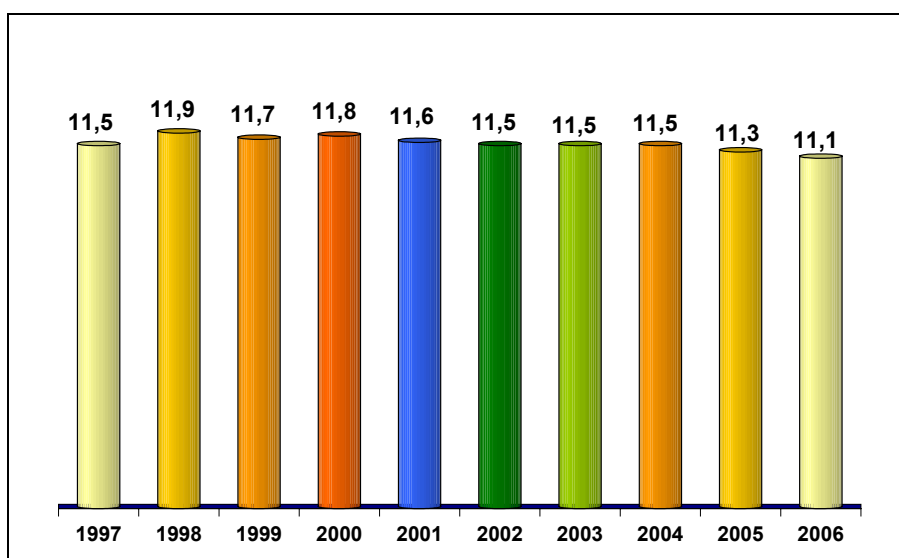


Abb. 8
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2006 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2006:

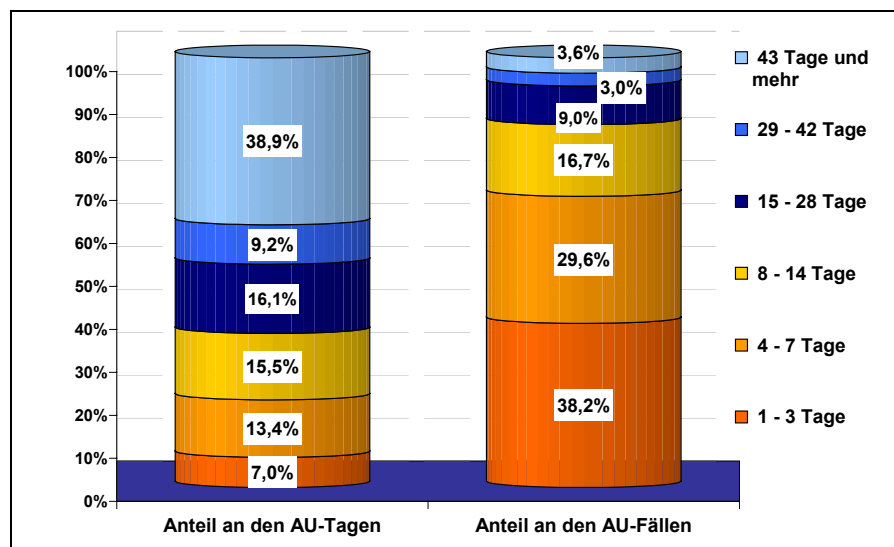
AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 67,8 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 38,2 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 29,6 %).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 20,4 % der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachen nur 7,0 % der Ausfalltage.

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand.

Abbildung 9

Abb. 9
Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2006 insgesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2006

2006 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 39 % des Krankenstandes aus

38,9 % der AU-Tage entfielen auf nur 3,6 % der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Fälle bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten unverändert geblieben. Ihr Anteil an den AU-Tagen ist hingegen um 0,5 Prozentpunkte gesunken.

Der große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand unterstreicht neben dem Erfordernis der betrieblichen Prävention am Arbeitsplatz den Bedarf nach Rehabilitationsmaßnahmen sowie auch nach einem Wiedereingliederungsmanagement in den Betrieben (BEM)

Das durch das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwer behinderter Menschen“ novellierte neunte Sozialgesetzbuch (SGB XI) fordert in § 84 Abs. 2 SGB XI alle Arbeitgeber auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Zur Umsetzung dieser Vorschrift stehen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie auch Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, Agenturen für Arbeit einschließlich ihrer gemeinsamen Servicestellen neben Integrationsämtern bzw. Integrationsfachdiensten den Betrieben beratend und unterstützend zur Seite.

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

Rehabilitations-träger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10 stellt den Altersgang des Krankenstands für das Jahr 2006 getrennt nach Geschlechtern dar.

Abbildung 10

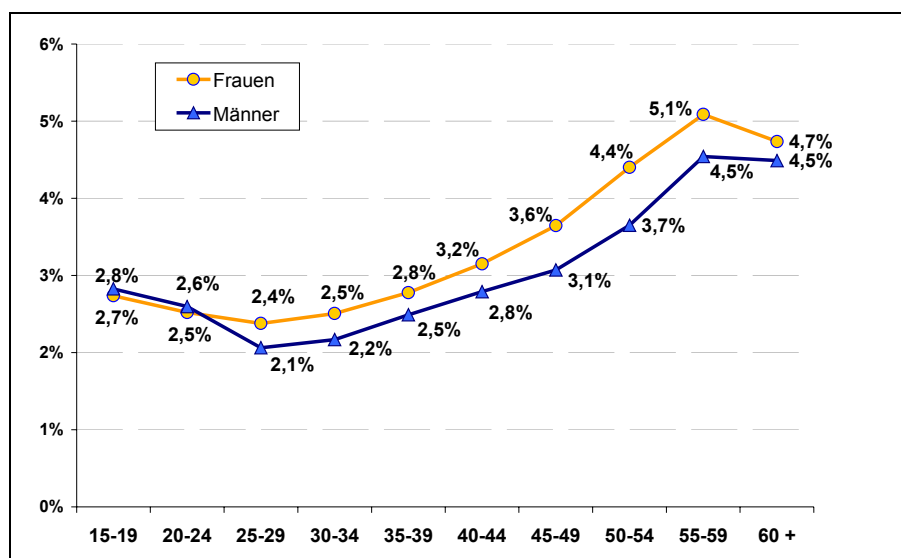


Abb. 10 Krankenstand 2006 nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 3,2 % – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (2,9 %). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen ab dem 25. Lebensjahr über dem der Männer.

Gründe für den erhöhten Krankenstand von Frauen

Der höhere Krankenstand von Frauen ist nach einer Sonderanalyse der DAK im Gesundheitsreport 2001 insbesondere auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen. Zudem arbeiten Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen.

Die Doppelbelastung berufstätiger Frauen ist hingegen weniger für den erhöhten Krankenstand verantwortlich.⁴ Die weitergehende Untersuchung des gesundheitlichen Zustands zeigte lediglich bei Alleinerziehenden schlechtere Werte im Vergleich zu erwerbstätigen und in Partnerschaft lebenden Frauen mit Kindern sowie zu erwerbstätigen Frauen ohne Kinder.

Beide Kurven in Abbildung 10 zeigen einen ab dem 25. Lebensjahr tendenziell ansteigenden Verlauf, der sich erst in der höchsten Altersgruppe umkehrt. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheiden über Frühverrentungsangebote oftmals vorzeitig aus der Gruppe der hier betrachteten aktiven Erwerbstätigen aus.

Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die drei jüngsten Altersgruppen:

Während der Krankenstand bei beiden Geschlechtern ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ansteigt, ist in den Jahren von 15 bis 29 bei den Frauen und 15 bis 29 bei den Männern eine sinkende Tendenz zu beobachten.

Eine Erklärung für diesen typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ und „Erkrankungsdauer“.

⁴ DAK Gesundheitsreport Frauen-Beruf-Familie, Doppelbelastung ein Mythos? (Bestell-Nr. W403-20012).

In Abbildung 11 sind die Fallhäufigkeit (Säulen) und die Falldauer (Rauten) nach Alter differenziert dargestellt.

Abbildung 11

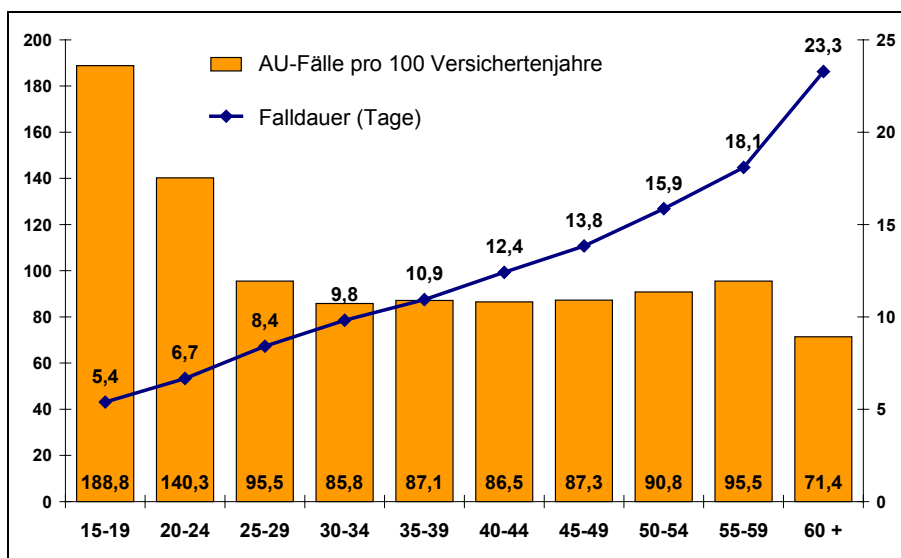


Abb. 11
Falldauer (Rauten)
und Fallhäufigkeit
(Säulen) nach Al-
tersgruppen 2006

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Der in Abbildung 11 erkennbare Altersgang bei der Falldauer und bei der Fallhäufigkeit zeigt ein typisches Bild: In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist die Fallzahl mit rund 189 Fällen pro 100 Versichertenjahre mehr als doppelt so hoch gegenüber den Mitgliedern in den mittleren und höheren Altersgruppen.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer sind zudem häufiger auf Grund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben.

Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an. Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,4 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 18,1 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als 6 Wochen Dauer hier einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

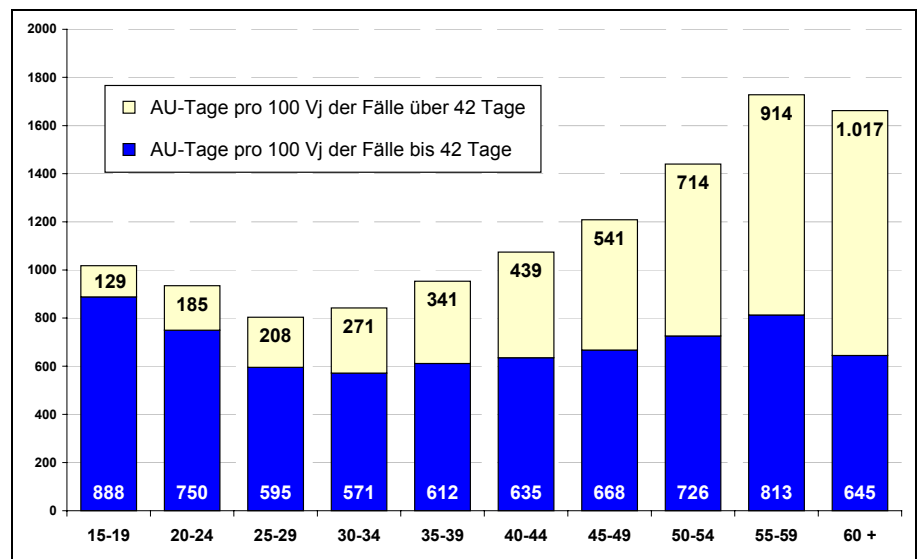
**Höchste Zahl von
AU-Fällen bei den
jüngsten Mitglie-
dern**

**Mit zunehmenden
Alter dauern Ar-
beitsunfähigkeiten
länger**

Abbildung 12 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über 6 Wochen Dauer zurückzuführen waren. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (blauer Säulenabschnitt) und die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (gelber Säulenabschnitt).

Abbildung 12

Abb. 12
AU-Tage pro 100
Versichertenjahre
der Fälle bis 42 Tage
und über 42 Tage
Dauer nach Alters-
gruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitte in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen: Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 12,7 % des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, werden in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 61,2 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die für die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder ursächlich sind. Als Krankheitsarten bezeichnet man die großen Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden. Ausgangspunkt sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁵

**Auswertung der
medizinischen
Diagnosen**

Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder sind in Abbildung 13 dargestellt. Abbildung 14 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems sowie Verletzungen entfallen 2006 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (52,8 %):

- Im Jahr 2006 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 22,0 % am Krankenstand. Mit 241,3 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit rund 15 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle.

**Muskel-Skelett-
Erkrankungen
auch 2006 an der
Spitze**

Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2006 im Vergleich zum Vorjahr (2005: 241,5 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre) nahezu gleich geblieben. Im Jahr 2002 wurde mit 300 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre der bisherige Höchststand registriert.

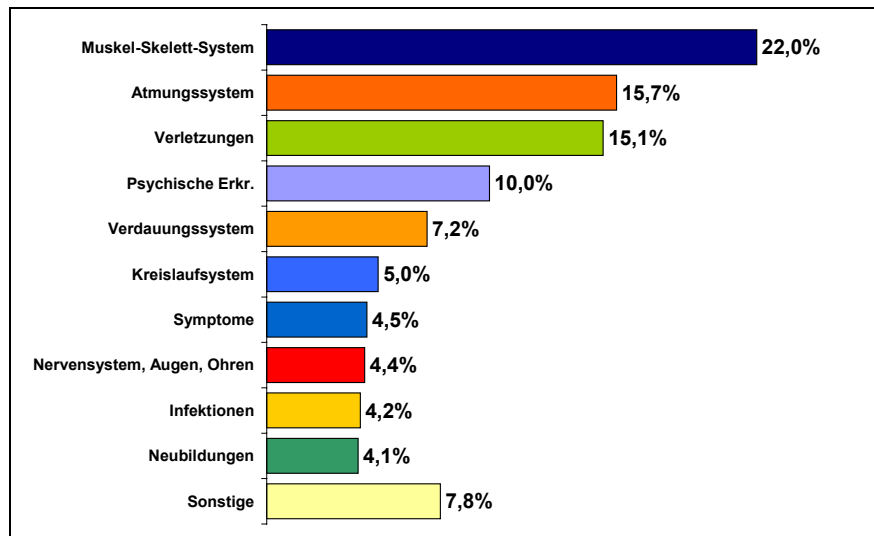
In der Hauptgruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen die Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar. Mehr Informationen hierzu bieten Sondersauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2003.

**Thema „Rücken“
Schwerpunkt des
Gesundheitsre-
ports 2003**

⁵ Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Nähere Erläuterungen zur Umstellung der ICD-Kodierung sowie eine Übersicht über die Kapitel des ICD 10 GM finden Sie im Anhang auf S. 115/116

Abbildung 13

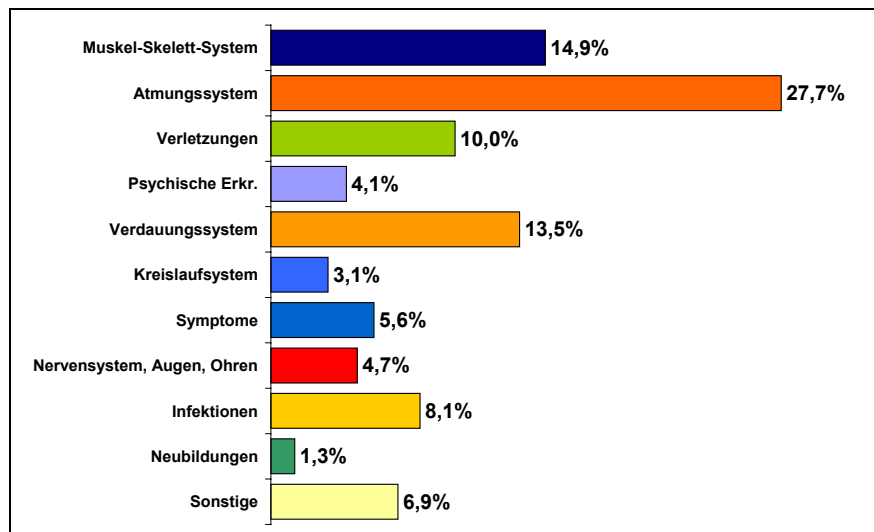
Abb. 13
Anteile der zehn
wichtigsten Krank-
heitsarten an den
AU-Tagen



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 14

Abb. 14
Anteile der zehn
wichtigsten Krank-
heitsarten an den
AU-Fällen



Quelle: DAK AU-Daten 2006

- Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2006 entfielen 27,7 % aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 27 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

Im Vergleich zum Vorjahr sind Erkrankungen des Atmungssystems deutlich gesunken – und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 31,6 auf 27,7) als auch was die Anzahl der AU-Tage betrifft (von 202,7 auf 171,7 pro 100 Versichertenjahre).

Rückgang der AU-Tage bei Atemwegserkrankungen

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,3 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 16,4 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 27,3 Tagen beispielsweise erheblich länger. Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 15,7 % am Krankenstand nur an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

- An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen mit 15,1 % der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch mit 165,6 AU-Tagen pro 100 Versicherungsjahre ein Anstieg festzustellen (2005: 162,4 AU-Tage). Zugleich ist die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 9,9 Fällen im Vergleich zu 9,3 Erkrankungsfällen in 2005 gestiegen.
- Psychische Erkrankungen machen im Jahr 2006 10,0 % des Gesamt Krankenstands aus und stehen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand ist im Vergleich zum Vorjahr exakt gleich geblieben. Während die Fallhäufigkeit in Höhe von 4,0 gegenüber 2005 leicht gestiegen ist (2005: 3,9 Erkrankungsfälle), hat sich die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit aktuell 27,3 Tagen im Vergleich zu 28,5 Tagen im Vorjahr abgesenkt.

Anstieg der AU-Tage wegen Verletzungen

Anteil der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen unverändert

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Der gestiegenen Bedeutung von psychischen Erkrankungen ist die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002 und 2005 begegnet.

„Psychische Erkrankungen“ Schwerpunktthema in den Jahren 2002 und 2005

- Erkrankungen des Verdauungssystems weisen mit 79,2 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre einen Anteil von 7,2 % am Krankenstand auf. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt zwar nur 5,9 Tage, jedoch traten 2006 insgesamt 13,4 Erkrankungsfälle pro 100 Versichertenjahre auf.

Rückgang der AU-Tage wegen Erkrankungen des Verdauungssystems

Im Vergleich zum Vorjahr sind das AU-Volumen und ihr Anteil am Gesamt Krankenstand leicht gestiegen (2005: 76,1 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre und 6,7 %).

Sonderauswertungen bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Schwerpunktteil des DAK-Gesundheitsreports 2006

- Krankheiten des Kreislaufsystems hatten 2006 einen Anteil von 5,0 % am Krankenstand. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise langer Falldauer. 2006 traten lediglich 3,1 Erkrankungsfälle pro 100 Versichertenjahre mit einer durchschnittlichen Falldauer von 17,5 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagenvolumen von 54,4 Tagen pro 100 Versichertenjahre.

Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankenstand erneut leicht abgenommen. Dennoch: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten nicht unterschätzt werden.

Der bekannteste und schwerwiegendste Vertreter dieser Erkrankungsgruppe ist der Herzinfarkt. Auch ist er nicht nur ein männliches Gesundheitsproblem. Weitergehende Untersuchungen im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter“ im Gesundheitsreport 2006 zeigten, dass z.B. auch bei Frauen der auf akute und wiederholt auftretende Herzinfarkte (Re-Infarkte) entfallende Anteil am AU-Tagevolumen im Altersverlauf zunimmt. Dies ist ein Indiz dafür, dass Präventionspotentiale in dieser Lebensphase noch nicht optimal genutzt werden.

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich darüber hinaus Erkrankungen des Nervensystems, des Auges und des Ohres, Infektionen und parasitäre Krankheiten, Neubildungen (Krebserkrankungen) sowie Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde. Unter die Diagnosegruppe „Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-) Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrunde liegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Das Krankheitsspektrum zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Abbildungen 15 und 16 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei den Frauen bzw. den Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Männer liegen vorn

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 23,7 % eine größere Bedeutung als bei Frauen (19,9 %).

Atemwegserkrankungen: Rückgang bei beiden Geschlechtern

Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer eine annähernd gleich große Bedeutung (16,9 % gegenüber 14,8 %), jedoch lagen sie hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand bei den Frauen an zweiter, bei den Männern erst an dritter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang der AU-Tage wegen Erkrankungen des Atmungssystems um mehr als 2 Prozentpunkte zu beobachten.

An zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 18,7 %. Verletzungen hatten bei Männern einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand als bei Frauen (10,5 %), bei denen Verletzungen erst den vierten Rang einnehmen.

**Verletzungen:
mehr AU-Tage bei
Männern**

Abbildung 15

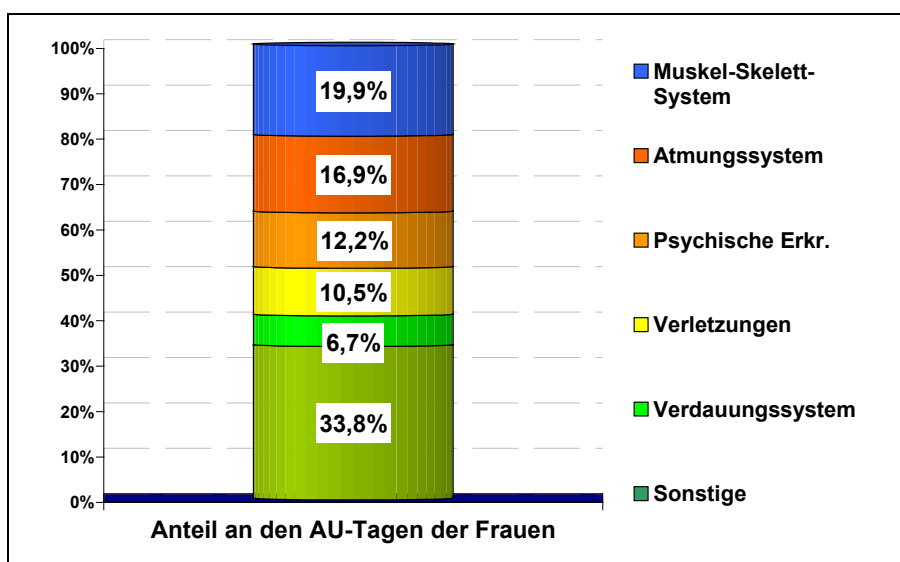


Abb. 15
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 16

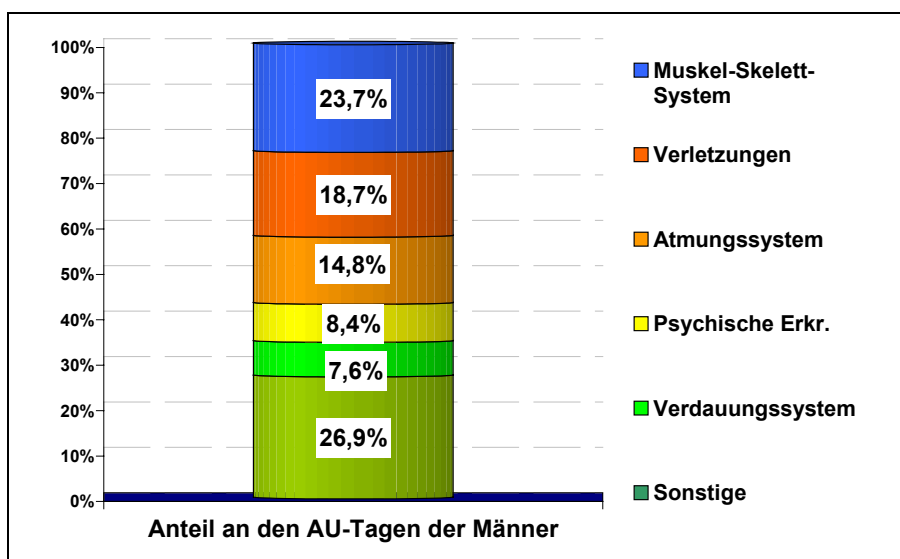


Abb. 16
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Psychische Erkrankungen: mehr AU-Tage bei Frauen

Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems – psychische Erkrankungen an dritter Stelle mit einem Anteil von 12,2 %. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,4 % den vierten Rang ein. Im Vergleich zum Vorjahr ist ihr Anteil am AU-Volumen bei den Frauen leicht gestiegen (2005: 11,8 %) und bei den männlichen Versicherten leicht gesunken (2005: 8,6 %).

An fünfter Stelle stehen bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 6,7 % (Frauen) und 7,6 % (Männer) am Krankenstand. Im Vergleich zum Vorjahr ist für beide Geschlechter ein leichter Anstieg zu beobachten (2005: 6,3 % bzw. 7,1 %).

Sonstige Krankheitsarten: mehr AU-Tage bei Frauen

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (33,8 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (26,9 %). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,2 % im Vergleich zu 3,2 %) sowie Symptomen (5,1 % im Vergleich zu 4,0 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,4 % im Vergleich zu 1,4 %) zurückzuführen. Auch Erkrankungen des Kreislaufsystems werden in dieser Darstellung den sonstigen Krankheiten zugeordnet.

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 17 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen.

Im Altersverlauf nehmen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu

Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 9,4 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 30,3 % bei den über 60-Jährigen an. Ursächlich hierfür sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003: „Rückenerkrankungen“).

Erkrankungen des Atmungssystems nehmen hingegen ab

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 26,8 % am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 8,8 % aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose.

Abbildung 17

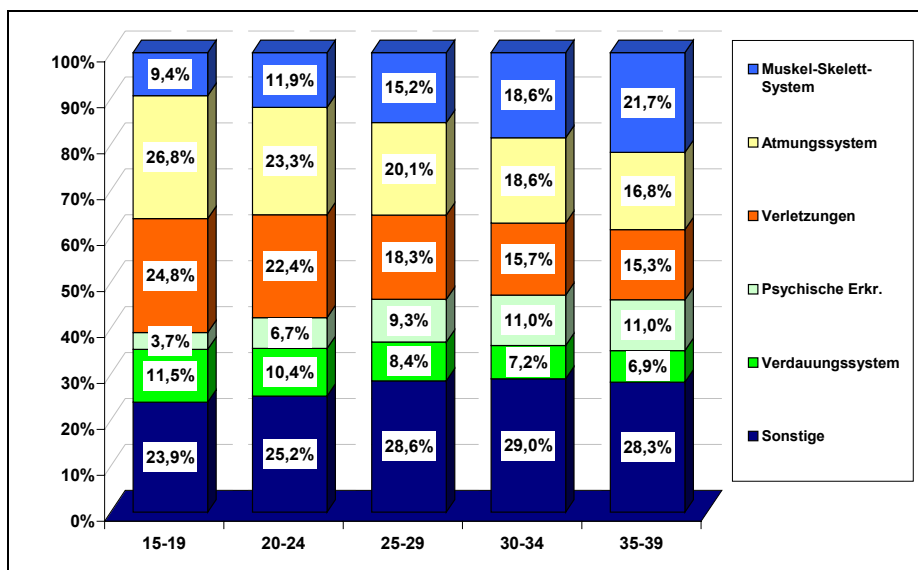


Abb. 17
 Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 18

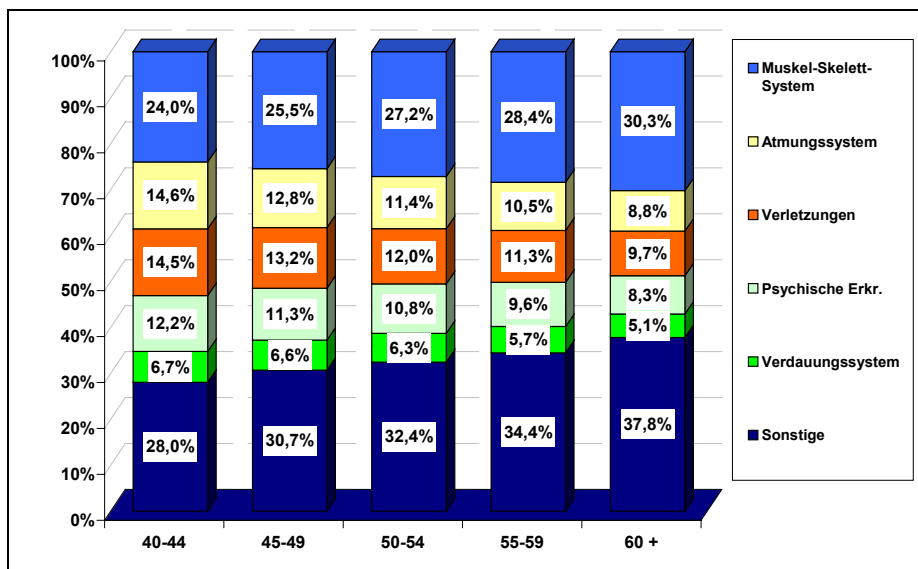


Abb. 18
 Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfielen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern ein Viertel (24,8 %) aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe lag ihr Anteilswert nur noch bei 9,7 %. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

Verletzungen nehmen mit zunehmendem Alter rückläufig

Größere Bedeutung psychischer Erkrankungen zur Lebensmitte

Der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen steigt von 3,7 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 12,2 % bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Sie liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 8,3 %.

Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der so genannten „Midlife-Crisis“ zusammen). Konflikte um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Karriereplanung und Überlastungssymptome („Burn-out“) können zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.

Erkrankungen des Verdauungssystems

Erkrankungen des Verdauungssystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit dem Alter deutlich geringer werdende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 11,5 % des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 5,1 % nur noch halb so groß.

Sonstige und Erkrankungen des Kreislaufsystems

Wie aus der Abbildung ersichtlich, hat auch die Kategorie „Sonstige“ einen mit dem Alter deutlich zunehmenden Verlauf. Dies ist vor allem auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückzuführen, die im höheren Lebensalter häufiger auftreten. Sie sind jedoch hier nicht abgebildet, da sie wegen ihrer geringen Bedeutung in den jüngeren Altersgruppen im Durchschnitt aller Altersgruppen nicht unter die fünf wichtigsten Krankheitsarten fallen.

Bei der Interpretation der Zahlen muss berücksichtigt werden, dass der sinkende Anteil einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass andere Krankheitsarten in ihrer Bedeutung deutlich zunehmen. Durch das insgesamt steigende Krankenstandsniveau kann die relative Bedeutung einer Krankheitsart trotz gleich bleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der DAK-Mitglieder betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben. Die Liste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt.

Kriterium: Anteil an den AU-Tagen

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen

ICD 10	Diagnose	AU-Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,2%	6,5%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	4,4%	8,9%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	3,1%	2,4%
F32	Depressive Episode	3,1%	1,0%
J20	Akute Bronchitis	2,2%	3,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,0%	4,9%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9%	0,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,7%	2,8%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,7%	0,9%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes (internal derangement)	1,6%	0,7%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,4%	3,5%
J03	Akute Tonsillitis	1,2%	2,3%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,2%	1,0%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,2%	0,2%
M75	Schulterläsionen	1,1%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,0%	2,1%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,0%	0,8%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	0,7%
J01	Akute Sinusitis	0,9%	1,7%
	Summe	40,0%	45,6%

**Rang 1:
AU-Tage wegen
Rücken-
beschwerden**

An der Spitze der AU-Tage stehen, wie auch in den Vorjahren „Rückenschmerzen“ (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51), „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ (M23), Schulterläsionen (M75) sowie „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M53).

**Rang 2:
Akute Atemwegs-
infektionen**

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind „akute Infektionen“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „akute Bronchitis“ (J20), „sonstige Bronchitis“ (J40), „akute Tonsillitis“ (J03) (Mandelentzündung) sowie „akute Sinusitis“ (J01).

**Rang 3:
Allgemeine
Verletzungen**

An dritter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen standen „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen (Verrenkungen), Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes“ (S93), „Fraktur des Unterschenkels“ (S82) sowie „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83) wichtige Einzeldiagnosen in 2006.

**Rang 4:
Depressive
Episoden**

„Depressive Episoden“ (F32) stehen an vierter Stelle der wichtigsten Einzeldiagnosen. Weitere wichtige Einzeldiagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich niedriger ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem als Erkrankung des Verdauungssystems die „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52), die so genannten Magen-Darm-Infektionen. „Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung“ (A09) werden den „Infektionen“ zugeordnet.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr 2005:

Gegenüber dem Vorjahr sind nur sind nur wenige Veränderungen aufgetreten, die mehr als 0,1 Prozentpunkte ausmachen. Vorrangig betrifft dies die Atemwegserkrankungen:

**AU-Tage wegen
akuter Infektionen
der Atemwege
rückgängig**

Einzeldiagnosen der Gruppe der Atemwegserkrankungen sind 2006 – nach einem Anstieg in 2005 – in ihrer relativen Bedeutsamkeit wieder gesunken. Der Anteil am AU-Volumen akuter Infektionen der oberen Atemwege sank von 5,3 % auf 4,4 %, akute Bronchitis von 2,7 % auf 2,2 %. Akute Tonsillitis ist von 1,1 % auf 1,2 % hingegen leicht gestiegen. Anders als im Vorjahr zählt die Gruppe „Grippe, Viren nicht nachgewiesen“ nicht zu den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen im Jahr 2006.

Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

Die DAK arbeitet mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng zusammen. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports ist es daher von Interesse, welchen Anteil Arbeits- und Wegeunfälle an den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder haben.

In den Daten der DAK ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen oder auch Berufskrankheiten eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Da Berufskrankheiten nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 19

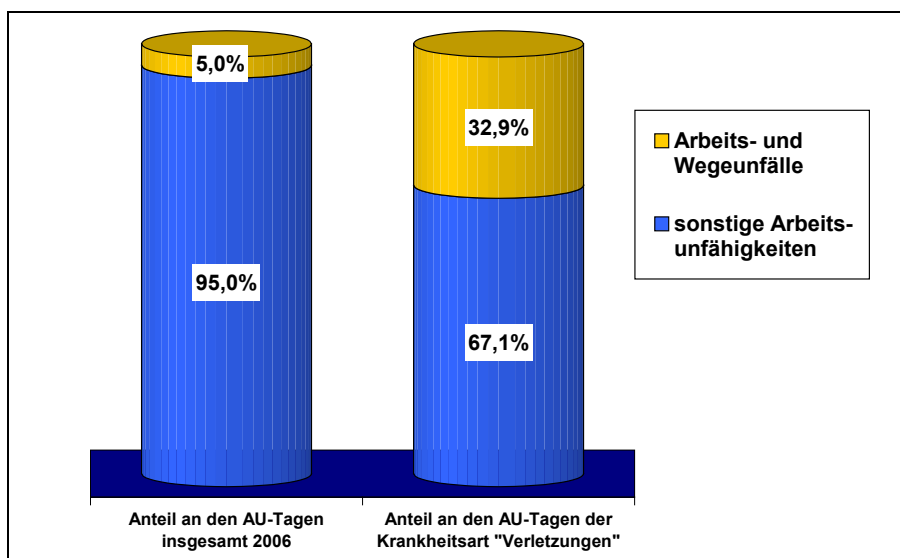


Abb. 19
Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“

Quelle: DAK AU-Daten 2006

2006 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 54,5 AU-Tage und 3,1 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 5,0 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier knapp ein Drittel (32,9 %). Gegenüber 2005 ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtkrankenstand leicht gestiegen (4,8 %) und an der AU-Krankheitsartverletzungen (von 33,1 %) geringfügig gesunken.

4 Schwerpunktthema: Kopfschmerz und Migräne

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Beschwerden in Deutschland

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden: 66,7 % der Frauen und 53,2 % der Männer in Deutschland haben innerhalb eines Jahres mindestens einmal Kopfschmerzen.⁶ Rechnet man diese Anteile auf die gesamte deutsche Bevölkerung hoch, sind rund 24 Mio. Frauen und 18,5 Mio. Männer betroffen. Nach Schätzungen der WHO leidet in den Industrieländern etwa jeder 20. Erwachsene sogar täglich oder nahezu täglich unter Kopfschmerzen. Diese Zahlen machen deutlich: Kopfschmerzen sind ein Volksleiden.

Der Schmerz im Kopf ist aber nicht nur weit verbreitet, zwei weitere Faktoren sind für die hohe Bedeutung von Kopfschmerzen in der Bevölkerung mitentscheidend:

- Die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen sind zum Teil sehr erheblich beeinträchtigt:

Leistungsfähigkeit und Lebensqualität sind zum Teil erheblich beeinträchtigt

Eine im Auftrag der DAK für diesen Gesundheitsreport durchgeführte bundesweite Befragung bei knapp 3.000 Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 65 Jahren ergab: Ein Drittel der unter Migräne leidenden Befragten – der zweithäufigsten Kopfschmerzform in der Bevölkerung – sind mäßig bis schwer in ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf, Haushalt und Freizeit beeinträchtigt.

- Kopfschmerzen gehen mit hohen Kosten für die Volkswirtschaft einher:

Kopfschmerzen verursachen hohe Kosten

Im Jahr 2002 entfielen auf die Diagnose Migräne 462 Mio. Euro an direkten Krankheitskosten.⁷ Die zusätzlichen indirekten Kosten durch Fehltage und Arbeitstage mit Leistungseinschränkung beliefen sich nach einer Schätzung auf rund 2,3 Mrd. Euro.⁸

Kopfschmerzen sind nicht bloß eine Befindlichkeitsstörung

Kopfschmerzen sind häufig, für die Betroffenen beeinträchtigend und insgesamt betrachtet teuer. Diese weit reichenden individuellen und sozioökonomischen Folgen verdeutlichen, dass der Schmerz im Kopf bei Vielen, insbesondere bei vielen Migräne-Betroffenen, nicht bloß eine Befindlichkeitsstörung ist, sondern eine Erkrankung, die einer sorgfältigen ärztlichen Diagnostik und Therapie bedarf.

⁶ Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (2006).

⁷ Statistisches Bundesamt (2004).

⁸ Gothe et al.: Die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland (2002).

Gründe genug, Kopfschmerzerkrankungen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports als Schwerpunktthema in den Mittelpunkt zu stellen.

Doch es gibt noch weitere Gründe, die eine nähere Betrachtung notwendig machen:

- Viele Betroffene greifen regelmäßig zu Schmerzmitteln, um die wiederkehrende Qual im Kopf zu betäuben – ein Teufelskreis, an dessen Ende bei unsachgemäßem Gebrauch ein durch die Medikamente selbst verursachter Kopfschmerz stehen kann.
- Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist neben der Tatsache, überhaupt erstmal einen Arzt bei wiederkehrenden Beschwerden aufzusuchen, vor allem eine richtige Diagnosestellung und natürlich – nicht zuletzt – die Kenntnis und der Einsatz wirksamer Therapieverfahren auf ärztlicher Seite.

Eine zum diesjährigen Schwerpunktthema vorgenommene Expertenbefragung macht deutlich: Die Versorgung von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland weist Defizite auf. Den Focus auf dieses Thema zu richten, trägt dazu bei, auf diese Situation aufmerksam zu machen.

Doch die DAK möchte nicht nur sensibilisieren und aufklären. Das Thema „Kopfschmerz und Migräne“ steht auch im Mittelpunkt aktiver Maßnahmen: DAK-Versicherte werden zukünftig im Rahmen der integrierten Versorgung von integrativen Behandlungsverfahren in der Kopfschmerz- und Migränetherapie profitieren.

Viele Betroffene greifen zu Schmerzmitteln

Eine adäquate Therapie ist wichtig ...

... die Versorgung von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen weist Defizite auf

Die DAK möchte sensibilisieren und aufklären

Welche Fragen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Kapitel 4.1: Seite 42

Welche Kopfschmerzerkrankungen gibt es? – Ein Überblick

Kopfschmerzen kennt fast jeder aus eigener Erfahrung. Doch Kopfschmerz ist nicht gleich Kopfschmerz: Insgesamt unterscheidet die Internationale Kopfschmerzgesellschaft 176 verschiedene Kopfschmerz-Arten. Doch nur wenige kommen in der Bevölkerung auch häufig vor. Welche das sind, welche Faktoren ihr Auftreten bedingen und wie hoch letztlich ihre Bedeutung für das AU-Geschehen ist, ist Gegenstand dieses Kapitels.

Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf mögliche Zusammenhänge zwischen der Arbeitswelt und dem Auftreten von Kopfschmerzen gelegt: Gibt es Branchen, in denen Kopfschmerzen als Arbeitsunfähigkeitsgrund von größerer Bedeutung sind?

Kapitel 4.2: Seite 62

In welchem Maß beeinträchtigt speziell Migräne die Leistungsfähigkeit im Beruf?

Während einer Migräne-Attacke kann die Leistungsfähigkeit zum Teil erheblich eingeschränkt sein. Doch wie wirkt sich das auf den beruflichen Bereich aus? Fehlen die Betroffenen am Arbeitsplatz oder gehen Sie trotz Beeinträchtigung zur Arbeit? Antworten liefert hier die eigens durchgeführte DAK-Bevölkerungsbefragung.

Kapitel 4.3: Seite 68

Wie sieht die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland aus?

Die Versorgungssituation von Menschen, die unter Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne leiden, steht in unserem Land immer wieder in der Kritik: Experten sehen in verschiedenen Bereichen Defizite und Verbesserungsbedarf. Wo konkret Probleme bestehen und was getan werden sollte, um die Versorgungssituation zu verbessern, zeigt dieses Kapitel auf.

Grundlage der Ausführungen ist zum einen eine Befragung von Fachleuten – die Expertenbefragung – , zum anderen liefert auch hier die DAK-Bevölkerungsbefragung interessante Erkenntnisse. Darüber hinaus wurden erstmals DAK-Arzneimitteldaten ausgewertet, speziell zur Verordnung von Triptanen, der Medikation der ersten Wahl bei mittelschweren bis schweren Migräne-Attacken.

Kapitel 4.4: Seite 88

Welche nicht-medikamentösen Therapieverfahren werden in der Behandlung von Kopfschmerz und Migräne als wirksam eingestuft?

Wer unter Kopfschmerzen leidet, greift häufig zu Schmerzmitteln. Doch gerade nicht-medikamentöse Therapieverfahren können ebenfalls helfen, die Beschwerden zu reduzieren bzw. ihnen vorzubeugen. Allerdings, nicht alle Verfahren sind wirksam. Behandlungsmöglichkeiten, die aus wissenschaftlicher Sicht empfehlenswert sind, werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Was können Betroffene selbst tun?

Kopfschmerzen sind durch das eigene Verhalten beeinflussbar. Was die Betroffenen selbst tun können, um das Auftreten von Kopfschmerzen zu minimieren bzw. was im Zusammenhang mit der Selbstmedikation zu beachten ist, wird in diesem Kapitel näher erläutert.

**Kapitel 4.5:
Seite 90**

**Kopfschmerzerkrankungen –
Welche Angebote hat die DAK für Betroffene?**

In diesem Kapitel werden Angebote für DAK-Versicherte, die unter Kopfschmerzerkrankungen leiden, vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei spezielle Therapieangebote als auch Möglichkeiten für Betroffene, sich über das Erkrankungsbild zu informieren bzw. fachkundigen Rat einzuholen.

**Kapitel 4.6:
Seite 92**

Die Zusammenfassung zum Thema Kopfschmerz und Migräne finden Sie im Rahmen der Schlussfolgerungen und des Ausblicks des Gesamtreports (siehe Kapitel 7 des Rahmenteils).

**Das Schwerpunkt-
thema zusammenge-
fasst: Seite 105**

Welche Datenquellen wurden genutzt?⁹

Neben den AU-Daten der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2006 wurden für das diesjährige Schwerpunktthema erstmals auch Arzneimitteldaten, allerdings des Jahres 2005, der DAK-Versicherten ausgewertet. Dabei wurden zum einen Analysen für die erwerbstätige DAK-Versichertenpopulation vorgenommen, zum anderen wurde aber auch – entgegen der üblichen Vorgehensweise – die gesamte DAK-Versichertenschaft im Zusammenhang mit einer spezifischen Versorgungsfragestellung betrachtet.

**Erstmals werden ne-
ben AU-Daten auch
Arzneimitteldaten
ausgewertet**

Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diesmal wurden zunächst knapp 3.000 erwerbstätige Frauen und Männer zwischen 18 und 65 Jahren gefragt, ob Sie in den letzten sechs Monaten unter Kopfschmerzen gelitten haben. Von der Gesamtgruppe, die diese Frage bejahten, wurden alle, die nach eigenen Angaben an Migräne leiden, sowie eine in etwa gleich große Personengruppe, die an Kopfschmerzen, nicht aber spezifisch an Migräne leidet, zum Thema weiter befragt.

**Bevölkerungsbefra-
gung bei 18- bis 65-
jährigen Erwerbstäti-
gen**

Außerdem wurde für das diesjährige Schwerpunktthema auch wieder eine Expertenbefragung durchgeführt: Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Forschung wurden um ihre Einschätzung zur Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland gebeten. Dabei wurde insbesondere auch die Situation der Selbstmedikation erfragt.

**Experten-
befragung zu Kopf-
schmerz und Migräne**

⁹ Weitere Angaben zu den aufgeführten Datenquellen erhalten Sie im Anhang auf Seite 128.

4.1 Welche Kopfschmerzerkrankungen gibt es? – Ein Überblick

Es gibt 176 verschiedene Kopfschmerz-Arten

Insgesamt unterscheidet die Internationale Kopfschmerzgesellschaft (IHS) 176 verschiedene Kopfschmerz-Arten. Die vier wichtigsten – Spannungskopfschmerz und Migräne als die häufigsten Formen sowie der durch die Einnahme von Schmerzmitteln verursachte Kopfschmerz, der so genannte medikamenten-induzierte Dauerkopfschmerz, und der Cluster-Kopfschmerz – stehen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas im Zentrum der Betrachtungen.

Am häufigsten sind Spannungskopfschmerz und Migräne.

Migräne, Spannungs- und Cluster-Kopfschmerz zählen nach den aktuellen Kriterien der IHS zu den *primären* Kopfschmerzformen. Hierbei handelt es sich um eigenständige Erkrankungen, bei denen der Schmerz nicht infolge einer anderen Erkrankung auftritt. Über 90 % aller Kopfschmerzerkrankungen sind auf primäre Kopfschmerzformen, in erster Linie auf Spannungskopfschmerz gefolgt von Migräne, zurückzuführen.

Auch betrachtet werden Cluster-Kopfschmerz und ...

... der medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz

Der Medikamenten-induzierte Dauerkopfschmerz zählt hingegen zu den *sekundären* Kopfschmerzformen. Hier ist der Schmerz ein Begleitsymptom oder eine Folge einer anderen Erkrankung bzw. – wie im Falle des Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes – einer Substanzeinwirkung. Insgesamt entfallen weniger als 10 % aller Kopfschmerzerkrankungen auf die Gruppe der sekundären Kopfschmerzformen.

In der ICD-Codierung wird zwischen „Migräne“, „Sonstigen Kopfschmerzsyndromen“ und „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“ unterschieden

Tabelle 2 zeigt für die genannten Kopfschmerzformen die ICD-Codierungen gemäß der internationalen Klassifikation ICD-10. Der Cluster-Kopfschmerz, der Kopfschmerz vom Spannungstyp und der arzneimittelinduzierte Kopfschmerz werden dabei der Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ zugeordnet. Die „Migräne“ stellt eine eigenständige Diagnosegruppe dar. In die Diagnosegruppe „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ werden Kopfschmerzen eingruppiert, die als Allgemeinsymptom diagnostiziert werden. Hier wird keine Zuordnung zu einer spezifischen Kopfschmerzform getroffen.

Tabelle 2: Diagnosegruppen der Kopfschmerzerkrankungen

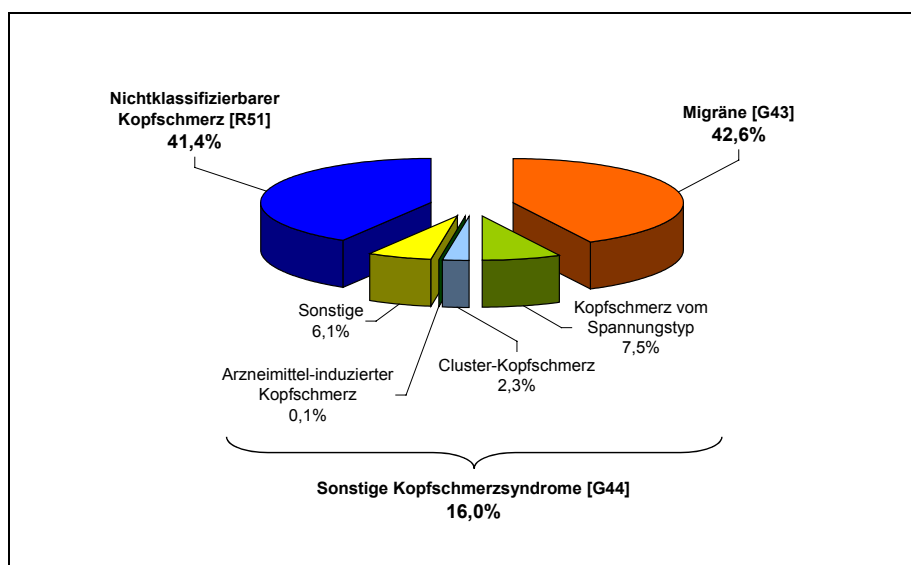
ICD 10	Diagnosegruppe	
G43	Migräne	<i>Primäre Kopfschmerzform</i>
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	
G44.0	Cluster-Kopfschmerz	<i>Primäre Kopfschmerzform</i>
G44.2	Kopfschmerz vom Spannungstyp	<i>Primäre Kopfschmerzform</i>
G44.4	Arzneimittelinduzierter Kopfschmerz, anderenorts nicht klassifiziert	<i>Sekundäre Kopfschmerzform</i>
R51	Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz, Kopfschmerz ohne nähere Angabe	<i>Sekundäre Kopfschmerzform</i>

Quelle: ICD-10-Klassifizierung

Nicht berücksichtigt werden Gesichtsschmerzdiagnosen (G51-53). Wenn im Folgenden Kopfschmerz Erkrankungen zusammengefasst betrachtet werden, dann erfolgt dies unter Ausschluss der Gesichtsschmerzdiagnosen.

Quantitativ am bedeutendsten für Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Kopfschmerzen ist mit einem Anteil von 42,6 % die Diagnose „Migräne“. 41,4 % aller Fehltag entfallen auf „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“, 16,0 % der AU-Tage resultieren aus dem Vorliegen „Sonstiger Kopfschmerzsyndrome“ (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Innerhalb der Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ ist der Kopfschmerz vom Spannungstyp für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen am bedeutungsvollsten. Der Arzneimittel-induzierte Kopfschmerz ist dagegen für Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu vernachlässigen.

Wenngleich der Arzneimittel-induzierte Kopfschmerz aufgrund seines geringen Anteils an den Fehltagen im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen nicht näher betrachtet wird, hat er dennoch einen hohen Stellenwert mit Blick auf den Schmerzmittelkonsum in der Bevölkerung. Ein Exkurs auf Seite 74 widmet sich deshalb dieser besonderen Kopfschmerzform.

Im Folgenden sollen nun die Ursachen der beiden bedeutendsten Kopfschmerz Erkrankungen in der Bevölkerung, Migräne und Spannungskopfschmerz, näher beleuchtet werden.

Gesichtsschmerzdiagnosen werden nicht berücksichtigt

Die meisten Fehltag entfallen auf „Migräne“ und „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“ ...

Abb. 20

Anteile der Einzeldiagnosen an den AU-Tagen aufgrund von Kopfschmerz Erkrankungen insgesamt (ohne ICD G50 bis G53)

... gefolgt von Spannungskopfschmerz

Arzneimittel-induzierter Kopfschmerz für Fehlzeiten nicht relevant

Bei jedem zehnten Migränekranken beginnt eine Attacke mit einer so genannten Aura. Dies sind Störungen des zentralen Nervensystems, die sich oft in Form von Sehstörungen äußern. Eine Aura dauert im Normalfall bis zu einer Stunde, erst danach beginnt die eigentliche Kopfschmerzphase einer Migräne-Attacke. Eine Migräne mit Aura wird auch als „klassische Migräne“ bezeichnet, eine Migräne ohne Aura als „gewöhnliche Migräne“.

Ursachen der Schmerzsymptomatik

Bei Migräne-Patienten liegt eine veränderte Reizverarbeitung im Gehirn vor: Reize werden schneller und intensiver verarbeitet. Die Betroffenen sind besonders empfindlich für plötzliche Änderungen im Nervensystem. Dies hat, dem aktuellen Forschungsstand folgend, genetische Ursachen. Für das tatsächliche Auftreten einer Migräne ist aber nicht ausschließlich das Erbgut entscheidend. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel mit äußeren Faktoren, die als Reiz auf das System wirken. Derartige Reize, so genannte Triggerfaktoren, sind allerdings nicht die Ursache, sondern Auslöser einer Attacke (vgl. Tabelle 3).

Somit ist bei der Entstehung einer Migräne-Attacke klar zwischen der eigentlichen Ursache, nämlich einer erhöhten Anfallsbereitschaft, und dem auslösenden Faktor zu unterscheiden.

Die Ursachen des Spannungskopfschmerzes sind hingegen nicht genau bekannt. Vermutlich liegt hier eine Fehlsteuerung der Schmerzverarbeitung im Zentralnervensystem vor: Bestimmte Reize werden als Schmerzen fehlinterpretiert. Stress gehört hier zu den zentralen Faktoren, die mit dem Auftreten von Spannungskopfschmerz assoziiert sind.

Tabelle 3: Mögliche auslösende Faktoren (Trigger) für das Auftreten von Kopfschmerzen

	Migräne	Spannungskopfschmerz
Biologische Faktoren	- Hormonelle Veränderungen (Menstruation) - Genetische Faktoren - Alter (am häufigsten bei 30- bis 45-Jährigen)	- Verspannungen der Muskulatur
Psychische Faktoren	- Psychosozialer Stress - ausgeprägte Emotionen	- Psychosozialer Stress
Lebensstil	- Verzehr bestimmter Nahrungsmittel - das Auslassen von Mahlzeiten - Alkohol - Änderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus - Überanstrengung und Erschöpfung	
Sonstige	- bestimmte Medikamente - Übergebrauch von Schmerzmitteln - Lärm- und Lichteinflüsse	- Übergebrauch von Schmerzmitteln

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus der Literatur^{10,11}

¹⁰ Holzhammer, J. und Wöber, C.: Nichtalimentäre Triggerfaktoren bei Migräne und Kopfschmerz vom Spannungstyp. Der Schmerz 20:226-237 (2006).

¹¹ Göbel, H. Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag (2004).

Zur Erklärung der Entstehung von Kopfschmerzen im Zusammenhang mit dem Auftreten von Stress wird häufig das Diathese-Stress-Modell herangezogen. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass eine körperliche oder erworbene Anfälligkeit zusammen mit belastenden Lebensereignissen und unzureichenden Bewältigungsstrategien zu einer Reaktion führt, die den Schmerz auslöst.

Stress kann ein auslösender Faktor für Kopfschmerzen sein

Bei den Betroffenen liegt z.B. aufgrund genetischer Faktoren – wie im Fall der Migräne – ein bestimmtes Reaktionsmuster im Gehirn auf äußere Reize vor (= Diathese). Trifft auf diese Veranlagung ein äußerer Reiz, der als Belastung empfunden wird (= Stress), kann dadurch eine Migräne-Attacke ausgelöst werden.

Auch Migräne-Attacken können dadurch ausgelöst werden

Unter der Überschrift „Wie der Beruf den Kopfschmerz formt“ wird dieses Modell als ein Erklärungsansatz für das Auftreten von Kopfschmerzen im Zusammenhang mit der Arbeitswelt diskutiert.¹²

Wen trifft es am häufigsten?

Kopfschmerz gilt oft als typisches Frauenleiden. Richtig ist, wie viele Studien zur Häufigkeit von Kopfschmerzen in der Bevölkerung zeigen, dass Frauen zu einem höheren Anteil als Männer angeben, an Kopfschmerzen zu leiden oder gelitten zu haben (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Prävalenz von Kopfschmerz und Migräne in der deutschen Bevölkerung

Zeitraum der Betrachtung	Göbel et al. 1994 ¹³		RKI 2003 ¹⁴	DMKG-Studie 2005* ¹⁵	DAK Bevölkerungsbefragung 2006	
	Lebenszeit		12 Monate	6 Monate	6 Monate	
Kopfschmerz insgesamt			F 66,7% M 53,2%	F 57 – 64% M 32 – 44%	F 63% M 45%	
Migräne	F 32% M 22%			F 9 – 14% M 2,4 – 4,6%	F 16,9% M 6,5%	11,5%** 3,5%**
Spannungskopfschmerz	F 39% M 37%			F 17 – 24% M 13 – 25%		
Medikamenten-Kopfschmerz				F 1,4% M bis 1,4%		

F: Frauen; M: Männer / *Werte sind altersstandardisiert (Studienregionen: Vorpommern, Augsburg, Dortmund) / **Selbstangabe einer ärztlich bestätigten Diagnose

¹² Kropp, P.: Wie der Beruf den Kopfschmerz formt. Vortrag im Rahmen des Deutschen Schmerz-Kongresses 2006 in Berlin.

¹³ Göbet et al. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 14:97-106 (1994).

¹⁴ Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (2006).

¹⁵ Ergebnisse der epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG, 2005).

Frauen sind ca. dreimal häufiger von Migräne betroffen als Männer

Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen ungefähr dreimal häufiger von Migräne betroffen sind als Männer. Hinsichtlich der Häufigkeit von Spannungs- und medikamenten-induziertem Kopfschmerz bestehen hingegen keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Allerdings sind Männer dreimal häufiger von Cluster-Kopfschmerz betroffen als Frauen. Diese spezielle Kopfschmerzform ist sehr selten: 0,1% bis 0,9% der Bevölkerung sind betroffen.¹⁶ Daten zum Cluster-Kopfschmerz liegen aus den in Tabelle 4 genannten Untersuchungen nicht vor.

Für die Erhebung von Kopfschmerzen in der Bevölkerung

Die Differenzen in den Anteilen, die sich zwischen den einzelnen Erhebungen zum Auftreten von Kopfschmerzen in der Bevölkerung in Tabelle 4 zeigen, sind hingegen zurückzuführen auf:

ist der erfragte Zeitraum ...

- Unterschiedliche Betrachtungszeiträume („sechs Monate“ bis „Lebenszeit“) – es ist nicht überraschend, dass mehr Menschen angeben, unter Kopfschmerzen bzw. einer bestimmten Kopfschmerzform zu leiden, wenn ein längerer Zeitraum erfragt wird.

... und die Art der Erhebung relevant: Selbstangaben seitens der Betroffenen, Abfrage spezifischer Symptome

- Die Art der Erhebung – in einigen Untersuchungen sollten die Befragten angeben, ob sie unter Kopfschmerzen bzw. nach eigener Einschätzung speziell an Migräne leiden, in den anderen Studien wurde nach charakteristischen Symptomen gefragt, so dass nachträglich eine Klassifizierung der verschiedenen Kopfschmerztypen erfolgen konnte. Einer Verzerrung durch „Fehldiagnosen“ auf Seiten der Befragten wird so entgegengewirkt.

Abfrage einer ärztlich bestätigten Diagnose

Die DAK Bevölkerungsbefragung zeigt zudem, dass die Zahlen deutlich geringer ausfallen, wenn nach einer ärztlich bestätigten Diagnose gefragt wird. Zu bedenken ist hier allerdings, dass nicht jeder Betroffene zum Arzt geht. Von den Befragten, die eine ärztlich bestätigte Migräne-Diagnose verneint haben und die auch keine ärztlich verordneten Schmerzmittel einnehmen, waren 79% wegen ihrer Kopfschmerzen nicht bei einem Arzt.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerzen

Die in Tabelle 4 genannten Zahlen verdeutlichen noch einmal: Von Kopfschmerzen sind viele betroffen. Doch in welchem Maße sind Kopfschmerzen auch ein Grund, nicht zur Arbeit zu gehen?

Durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz wegen Kopfschmerzen jährlich mehr als eine Milliarde Kosten

Nach Schätzungen von Gothe und Mitarbeitern gehen Betroffene, die unter Migräne-Attacken leiden, an 2,9 Tagen im Jahr nicht zur Arbeit. Auf den ersten Blick mag diese Zahl gering erscheinen, berücksichtigt man jedoch die Häufigkeit dieser Erkrankung, summieren sich die daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten auf 1,3 Mrd. Euro jährlich.¹⁷

¹⁶ May et al. DMKG-Leitlinien: Therapie und Prophylaxe von Cluster-Kopfschmerzen und anderen Trigeminä-Autonomen Kopfschmerzen (ohne Jahresangabe).

¹⁷ Gothe et al.: Die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland (2002).

2,9 Fehltage am Arbeitsplatz im Jahr deuten aber auch darauf hin, dass es sich bei Kopfschmerzen überwiegend um eine Kurzzeiterkrankung handelt, die vor allem durch ihr wiederkehrendes Auftreten ins Gewicht fällt.

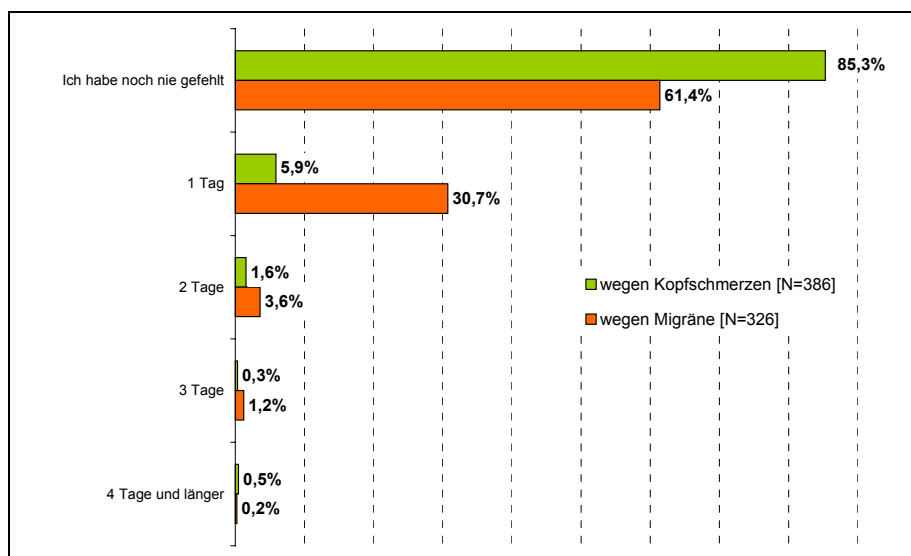
Bestätigt wird dies durch Auswertungen zum Schwerpunkt *Kurzzeiterkrankungen* im Rahmen des DAK Gesundheitsreports 2004: Die Einzeldiagnosen „Migräne“ (G43) und „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ (R51) gehören beide zu den 20 wichtigsten Diagnosen der Erkrankungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen.

Befragt man Betroffene, wie lange sie durchschnittlich aufgrund von Kopfschmerzen allgemein bzw. speziell aufgrund von Migräne am Arbeitsplatz fehlen, so zeigt die für diesen Report durchgeführte DAK-Bevölkerungsbefragung (vgl. Abbildung 21):

- 85% der Befragten, die angaben, unter Kopfschmerzen, nicht aber unter Migräne zu leiden, haben noch nie aufgrund der Kopfschmerzen am Arbeitsplatz gefehlt. Bei den Befragten, die angegeben haben, unter Migräne zu leiden, waren dies 61%.
- Ist ein Arbeiten nicht möglich, fehlt die Mehrheit der Betroffenen durchschnittlich einen Tag am Arbeitsplatz: Bei den Befragten aus der Kopfschmerz-Gruppe gaben dies 6% an, bei den Befragten der Migräne-Gruppe entsprechend 31%.
- Nur ein sehr geringer Anteil beider Gruppen gibt an, durchschnittlich vier Tage und länger am Arbeitsplatz zu fehlen.

Der in dieser Gruppe höhere Anteil an Nicht-Migränekranken resultiert aus dem klassischen Verlauf einer Migräne-Attacke: sie dauert in der Regel maximal bis zu drei Tage. Andere Kopfschmerzformen, wie z.B. der Kopfschmerz vom Spannungstyp, können längere Fehlzeiten verursachen, insbesondere bei chronischen Verläufen.

Abbildung 21



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Kopfschmerzen überwiegend eine Kurzzeiterkrankung?

Die Bevölkerungsbefragung ergab:

85% haben noch nie aufgrund von Kopfschmerzen am Arbeitsplatz gefehlt

Ist ein Arbeiten nicht möglich, fehlt die Mehrheit der Betroffenen einen Tag

Abb. 21

Frage: „Wenn Sie aufgrund Ihrer Kopfschmerzen / Migräne nicht zur Arbeit gehen können, wie lange fehlen Sie dann durchschnittlich am Arbeitsplatz?“

AU-Daten bilden das Ausmaß von Kopfschmerzerkrankungen nur bedingt ab

Fast 70% der Erkrankungsfälle sind Kurzzeiterkrankungsfälle bis zu drei Tage Dauer

Diese Zahlen deuten zum einen darauf hin, dass sich das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen nur bedingt abbilden lässt: Nämlich nur für die Fälle, für die tatsächlich – auch bei kurzer Dauer – eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt. Im Regelfall muss dem Arbeitgeber erst ab dem vierten Krankheitstag ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Zum anderen ist mit Blick auf das AU-Geschehen zu erwarten, dass es einen hohen Anteil an Erkrankungsfällen aufgrund von Kopfschmerzen mit kurzen Erkrankungsdauern gibt. Und tatsächlich, fast 70% der Erkrankungsfälle dauern nur bis zu drei Tage (vgl. Abbildung 22), wie die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-versicherten Beschäftigten des Jahres 2006 zeigt. Im Vergleich dazu liegt der Anteil an Kurzzeitfällen für alle Diagnosen mit 36,4% deutlich niedriger.

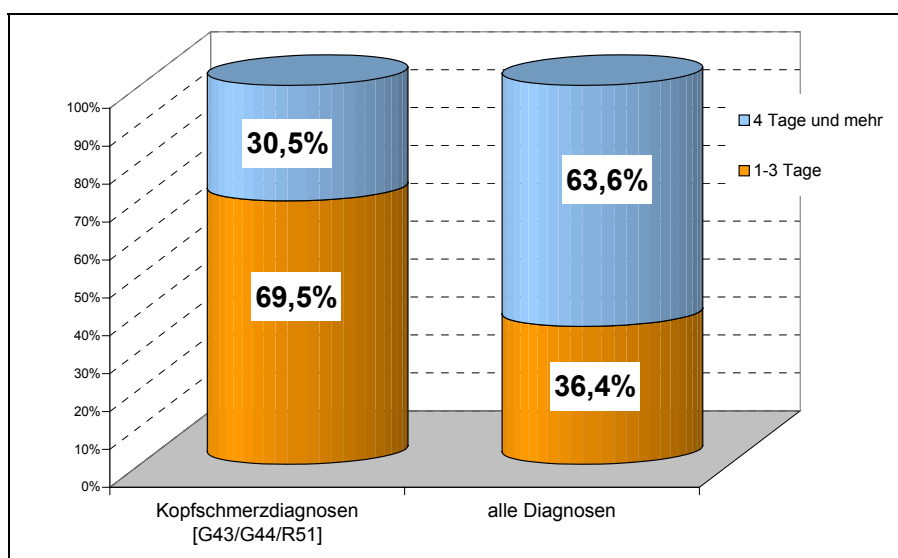
Wenngleich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerzen bei der Mehrheit eher eine Kurzzeiterkrankung ist und das tatsächliche Fehlen am Arbeitsplatz bei diesem Beschwerdebild wahrscheinlich unterschätzt wird, liefert die Auswertung der AU-Daten wichtige Erkenntnisse zu folgenden Fragen:

- Welche Bedeutung haben Kopfschmerzen insgesamt sowie – differenziert betrachtet – verschiedene Kopfschmerzformen für Fehlzeiten am Arbeitsplatz?
- Welche Bedeutung kommt dabei speziell „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“, d.h. dem Allgemeinsymptom Kopfschmerz, zu?
- In welchen Branchen sind Fehlzeiten aufgrund von Kopfschmerzen besonders hoch?

Abbildung 22

Abb. 22

Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Fällen insgesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Mit Blick auf die bereits erwähnten Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Auftretens von Kopfschmerzerkrankungen wird auch das AU-Geschehen im Folgenden zunächst nach Geschlecht und anschließend zusätzlich differenziert nach Alter betrachtet. Im Anschluss daran wird dann aufgezeigt, welche Faktoren in der Arbeitswelt mit dem Auftreten von Kopfschmerzen in Zusammenhang stehen und in welchen Branchen Kopfschmerzdiagnosen eine besonders hohe Bedeutung haben.

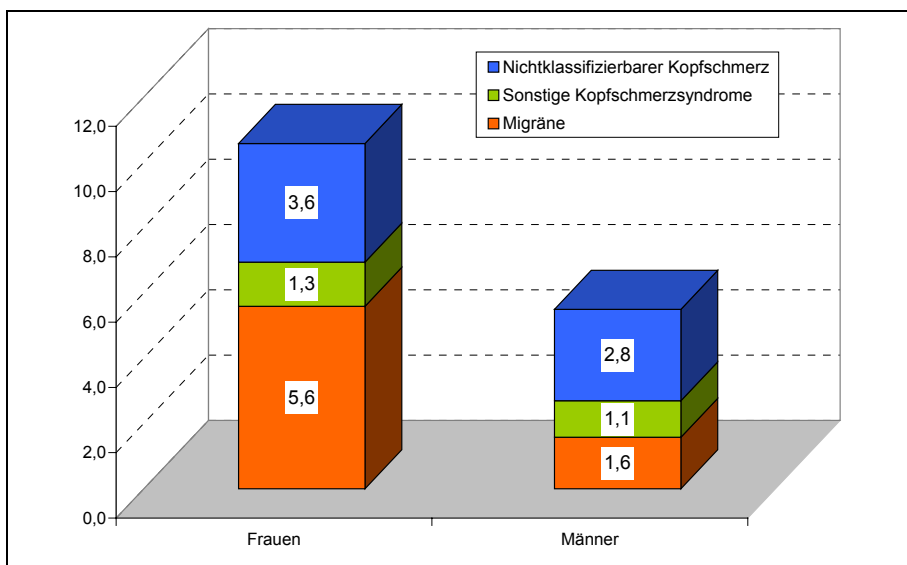
Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht

Die aus der Literatur bekannten Geschlechterunterschiede zeigen sich auch in den Arbeitsunfähigkeitsdaten: Abbildung 23 zeigt die Anzahl der Fehltage bei Frauen und Männern, die auf die Diagnose Kopfschmerz entfallen, aufgetrennt nach Diagnosegruppen. Insgesamt zeigt sich zunächst, dass Frauen mehr Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen aufweisen als Männer.

Näher betrachtet, entfallen bei Frauen mit 3,6 Fehltagen ein Drittel (34%) und bei Männern mit 2,6 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre gut die Hälfte (51%) der AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzen allein auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“.

Während bei Männern der „Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“ in der Gruppe der Kopfschmerzerkrankungen demnach anteilig die größte Bedeutung für den Krankenstand hat, dominiert bei Frauen mit 5,6 Fehltagen pro 100 Versichertenjahre bzw. anteilig 53% die Diagnose „Migräne“. Bei Männern entfallen auf diese Diagnose 1,6 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre und mit 29% der zweithöchste Anteil an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen.

Abbildung 23



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Frauen haben mehr Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen als Männer

Bei Männern hat der „Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“ anteilig die größte Bedeutung, bei Frauen die „Migräne“

Abb. 23

AU-Tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen insgesamt (ohne ICD G50 bis G53) nach Geschlecht

Tabelle 5 zeigt AU-Kennziffern für Kopfschmerzdiagnosen nach Geschlecht

Tabelle 5 zeigt neben den AU-Tagen auch die Zahl der AU-Fälle und die Falldauer für diese drei Hauptdiagnosegruppen aus dem Bereich der Kopfschmerzerkrankungen. Vertiefend sind darüber hinaus auch die jeweiligen Zahlen für die Einzeldiagnosen „Kopfschmerz vom Spannungstyp“ sowie „Cluster-Kopfschmerz“ aufgeführt, beides Kopfschmerzformen, die zur Gruppe der „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ gezählt werden und die – wie bereits erläutert – zusammen mit der Diagnose „Migräne“ zu den primären Kopfschmerzformen gehören.

Tabelle 5: AU-Kennziffern der wichtigsten Kopfschmerzdiagnosen nach Geschlecht

	ICD 10	G43	G44			R51
	Bezeichnung	Migräne	Sonstige Kopfschmerzsyndrome - Gesamtgruppe	Spannungskopfschmerz	Cluster-Kopfschmerz ¹⁸	Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz
AU-Tage je 100 VJ	Frauen	5,6	1,35	0,80	0,03	3,6
	Männer	1,6	1,12	0,41	0,27	2,8
AU-Fälle je 100 VJ	Frauen	1,5	0,23	0,13	0,007	0,7
	Männer	0,4	0,17	0,08	0,018	0,6
Falldauer in Tagen	Frauen	3,8	5,9	6,0	4,8	5,1
	Männer	3,9	6,6	5,2	15,3	4,9

Quelle: DAK AU-Daten 2006 (altersstandardisiert); VJ: Versichertenjahre

Beim Cluster-Kopfschmerz treten täglich bis zu acht heftige Attacken auf. Eine Attacke dauert zwischen 15 und 180 Minuten. Cluster-Kopfschmerz tritt überwiegend episodisch auf, d.h. zwischen den Schmerzphasen gibt es längere Phasen ohne Schmerzen. Die Schmerzphasen dauern meist vier bis zwölf Wochen, wobei die Schmerzattacken in dieser Zeit mindestens an jedem zweiten Tag auftreten, oft nach dem Einschlafen oder in den frühen Morgenstunden. Der Schmerz ist sehr heftig und tritt im Augen- oder Schläfenbereich einer Gesichtshälfte auf.

Insgesamt wird deutlich, dass es sich bei Kopfschmerzerkrankungen im Hinblick auf das AU-Geschehen überwiegend um Erkrankungen mit vergleichsweise kurzer Dauer und/ oder geringer Fallhäufigkeit handelt. Die Zahl an AU-Tagen ist deshalb zum Teil sehr gering.

Im Einzelnen zeigt sich, dass Frauen mit Ausnahme der Einzeldiagnose „Cluster-Kopfschmerz“ eine höhere Fallhäufigkeit aufweisen als Männer. Dies gilt insbesondere für die Diagnose „Migräne“: Die Zahl der AU-Fälle ist hier mehr als dreimal so hoch wie bei Männern. Dieser Faktor entspricht nahezu dem Unterschied, der sich für diese Kopfschmerzform auch insgesamt hinsichtlich des Auftretens in der Bevölkerung zeigt. Bei der Einzeldiagnose „Cluster-Kopfschmerz“ ist hingegen eine höhere Anzahl an AU-Fällen bei Männern zu beobachten. Auch dies entspricht dem Auftreten in der Bevölkerung.

Während es hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, sind die Abweichungen bei der Falldauer – wiederum mit Ausnahme des „Cluster-Kopfschmerzes“ – deutlich geringer. Männer weisen bei der Diagnose „Cluster-Kopfschmerz“, einer Kopfschmerzform, die in der Regel mit schweren Beeinträchtigungen bei den Betroffenen verbunden ist, eine dreifach längere Falldauer auf.

¹⁸ Die Zahl der Personen, bei denen eine Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose Cluster-Kopfschmerz begründet wurde, ist extrem gering: N=117 Männer und N=86 Frauen. Dies sollte bei der Interpretation in Betracht gezogen werden. Allerdings, im Hinblick darauf, dass diese Erkrankung so selten auftritt und Daten deshalb nur aus großen Populationen gewonnen werden können, werden diese Zahlen trotzdem genannt.

Die Unterschiede, die sich zwischen den verschiedenen Kopfschmerzformen hinsichtlich der Falldauer zeigen, können mit der jeweils charakteristischen Schmerz- bzw. Attackendauer in Zusammenhang stehen. Eine Migräne-Attacke beispielsweise dauert in der Regel maximal 72 Stunden, die vergleichsweise kurze Falldauer bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Migräne überrascht deshalb nicht.

Spannungskopfschmerz wiederum kann akut bis zu sieben Tage andauern oder auch chronische Verläufe zeigen. Die längere Falldauer könnte allerdings auch darauf hindeuten, dass in erster Linie diejenigen arbeitsunfähig sind, die unter länger andauernden Spannungskopfschmerzen leiden.

Denn eines zeigen die AU-Daten auch: Spannungskopfschmerz – obwohl die häufigste Kopfschmerzform in der Bevölkerung – ist mit Blick auf die vergleichsweise geringe Anzahl an AU-Fällen erheblich seltener mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden als eine Migräne. Eine Migräne-Attacke führt bei den Betroffenen aufgrund des Beschwerdebildes, das neben dem eigentlichen Schmerz oftmals auch Übelkeit und Lichtempfindlichkeit mit einschließt, offensichtlich erheblich häufiger zu einer Arbeitsunfähigkeit.

Zusammenfassend wird aus Tabelle 5 auch deutlich, dass die Fehltaganzahl, die auf die Diagnose „Migräne“ entfällt, aus der vergleichsweise hohen Fallhäufigkeit resultiert. Dies gilt insbesondere für die Bedeutung dieser Diagnose innerhalb der Kopfschmerzerkrankungen bei Frauen. Die „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ haben dagegen innerhalb der Kopfschmerzerkrankungsgruppen insgesamt die geringste Bedeutung für den Krankenstand, was wiederum aus der vergleichsweise geringen Fallhäufigkeit resultiert.

Ein Aspekt, der im Zusammenhang mit der differenzierten Betrachtung der verschiedenen Kopfschmerzformen allerdings in Betracht zu ziehen ist, ist die Frage, inwieweit die ärztliche Diagnose korrekt gestellt wurde. Die Differenzialdiagnose einer Kopfschmerzerkrankung basiert in erster Linie auf dem ärztlichen Anamnesegespräch. In diesem Bereich gibt es durchaus Defizite, wie im Kapitel 3 zur Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland näher ausgeführt wird.

Arbeitsunfähigkeiten nach Alter

Aus der Literatur ist bekannt, dass die verschiedenen Kopfschmerzformen bestimmten Altersverteilungen hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens folgen: Migräne-Attacken treten am häufigsten zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr auf, Spannungskopfschmerzen zeigen mit Ausnahme der chronischen Form, von der vornehmlich Ältere betroffen sind, in allen Altersgruppen eine gleiche Häufigkeit. Cluster-Kopfschmerz tritt erstmals meist um das 30. Lebensjahr herum auf.

Unterschiedliche Falldauer der Kopfschmerzformen auch durch Symptomatik zu erklären

Spannungskopfschmerz tritt zwar am häufigsten auf, ist aber nur selten mit einer AU verbunden

Fehltage wegen Migräne resultieren vor allem aus der höheren Fallhäufigkeit

Einige Kopfschmerzformen zeigen bestimmte Altersverläufe

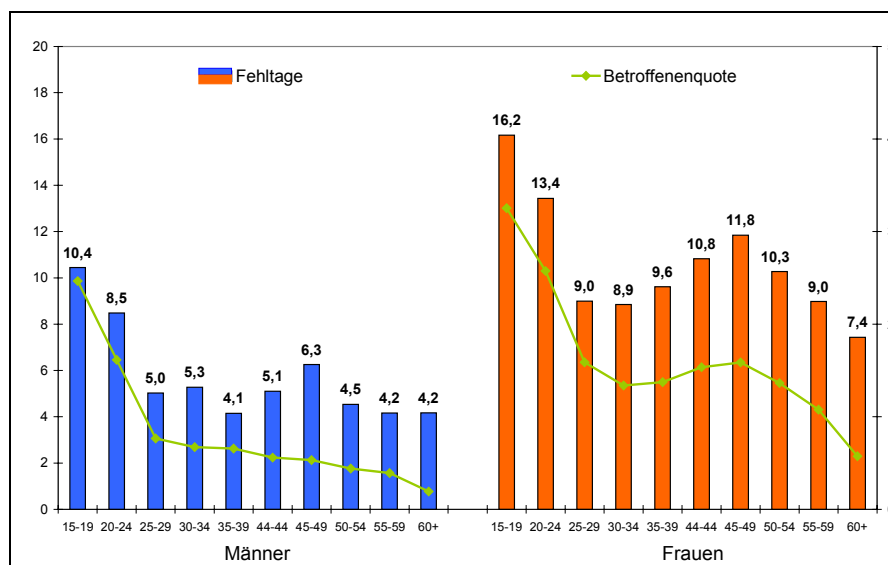
Abbildung 24 zeigt die Anzahl der Fehltage sowie die Betroffenquote aufgrund von Kopfschmerzen insgesamt im Altersverlauf. Auffällig ist bei Männern und Frauen die hohe Betroffenenquote bzw. Fehltagezahl in den beiden jüngsten Altersgruppen.

Abb. 24

AU-Tage und Betroffenenquote aufgrund von Kopfschmerzen (ICD G43, G44, R51) nach Alter und Geschlecht

(AU-Tage pro 100 Versichertenjahre; AU-Tage: linke Achse, Betroffenenquote: rechte Achse)

Abbildung 24



Quelle: DAK AU-Daten 2006

15- bis 24-Jährige besonders häufig wegen Kopfschmerzen arbeitsunfähig

Betroffenenquote im Altersverlauf insgesamt rückläufig

Fehltagezahl steigt nach starkem Abfall zunächst wieder an, ist aber insgesamt – besonders bei Frauen – rückläufig

Die hohe Betroffenenquote, also der Anteil derjenigen, die im betrachteten Jahr mindestens eine AU wegen Kopfschmerzen hatten, zeigt, dass gerade bei den 15- bis 24-Jährigen offenbar besonders viele aufgrund von Kopfschmerzen arbeitsunfähig sind.

Während die Betroffenenquote bei Männern, nach dem zunächst deutlichen Abfall über die drei jüngsten Altersgruppen hinweg, im Altersverlauf weiterhin kontinuierlich rückläufig ist, ist bei Frauen eine abweichende Entwicklung zu beobachten. Nach dem zunächst ebenfalls deutlichen Abfall in den jüngeren Altersgruppen steigt die Betroffenenquote bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen zunächst wieder an und nimmt dann in den drei höheren Altersgruppen stetig ab. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich bei Frauen auch für die Zahl der Fehltage.

Bei Männern nimmt die Zahl der Fehltage im Altersverlauf bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen zwar auch zunächst zu – wenngleich nicht stetig – und in der weiteren Folge wieder ab, diese Entwicklung läuft aber, anders als bei Frauen, nicht parallel zur Entwicklung der Betroffenenquote bzw. der Erkrankungsfallzahl (vgl. Abbildung 25). Grund hierfür ist der starke Anstieg der Falldauer im Altersverlauf. Vor dem Hintergrund der sinkenden Zahl der Erkrankungsfälle ist diese Entwicklung ursächlich für die auch in den höheren Altersgruppen bei Männern fast konstante Zahl an Fehltagen.

Bei Frauen ist im Altersverlauf insgesamt zwar auch eine Zunahme der Falldauer zu beobachten, diese verläuft aber vergleichsweise sehr moderat. Erst bei den 60-Jährigen und Älteren ist die Falldauer mit 8,9 Tagen deutlich länger als in den jüngeren Altersgruppen.

Eine Zunahme der Falldauer im Altersverlauf ist zunächst mit Blick auf das AU-Geschehen insgesamt wenig überraschend. Wie bei anderen Erkrankungen mit chronischen Verläufen könnte ein Anstieg aber auch bei Kopfschmerzkrankungen für eine zunehmende Chronifizierung der Beschwerden sprechen. Neben einer mit steigendem Alter längeren Erkrankungshistorie könnte hier auch eine inadäquate Behandlung zu einer Chronifizierung des Erkrankungs geschehens beitragen (vgl. Kapitel 4.3 zur Versorgungssituation).

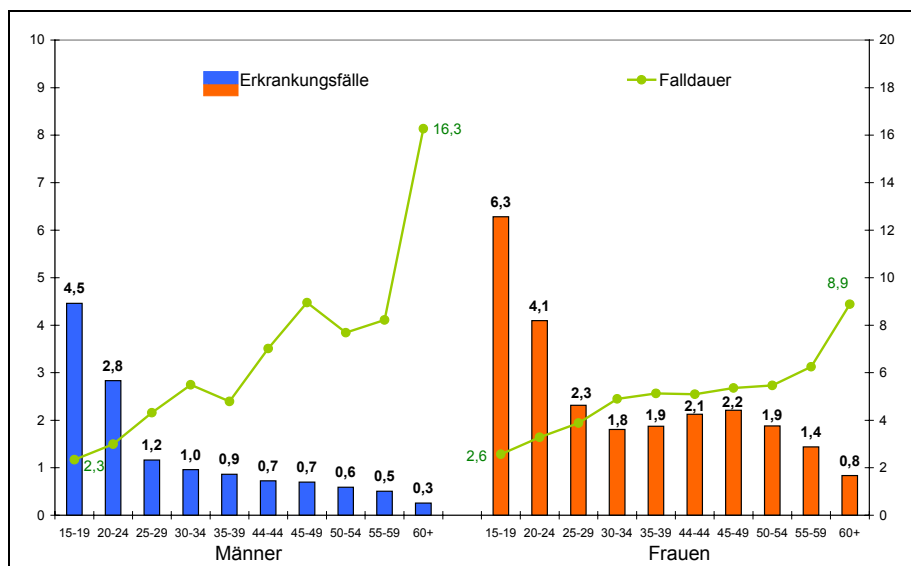
Die bei den 60-Jährigen und Älteren niedrige Betroffenenquote bzw. Zahl an Erkrankungsfällen deutet auf ein vorzeitiges Ausscheiden, insbesondere von chronisch Kopfschmerzkranken, aus dem Erwerbsleben hin. Dieser so genannte „healthy worker-effect“ ist im Zusammenhang mit dem AU-Geschehen insgesamt bekannt.

Das durchschnittliche Zugangsalter zur Rente aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit liegt für die Diagnose „Migräne“ bei 49,6 Jahren, für „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ bei 48,5 Jahren. Für das gesamte Erkrankungsspektrum (alle ICD-Diagnosen) liegt das Zugangsalter mit 50,5 Jahren etwas höher.¹⁹

„In einer Analyse der Patienten einer Schmerzbambulanz zeigte sich, dass 22% der dort behandelten Patienten aufgrund der Kopfschmerzkrankungen einen Rentenanspruch gestellt haben oder die Beantragung beabsichtigen. Bei einem mittleren Alter dieser Stichprobe von 46 Jahren bedeutet dies, dass bei einer großen Untergruppe der Patienten nahezu das halbe Berufsleben durch die Kopfschmerzkrankung verloren geht.“

Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzambulanz Kiel

Abbildung 25



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abb. 25
Erkrankungsfälle und Falldauer aufgrund von Kopfschmerzen (ICD G43, G44, R51) nach Alter und Geschlecht (AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre; AU-Fälle: linke Achse, Falldauer: rechte Achse)

¹⁹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund. Stand 30.11.2006.

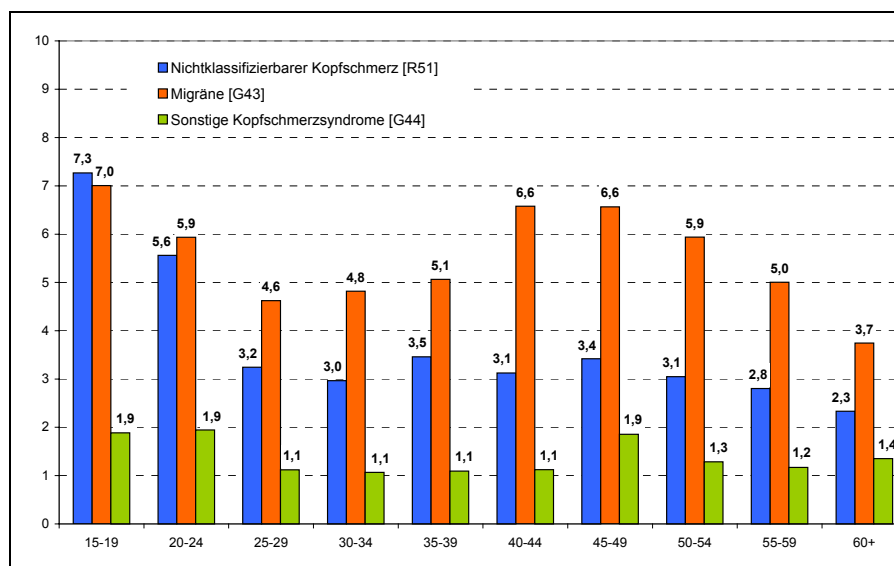
Auf Basis dieser Ergebnisse stellen sich weitere wichtige Fragen:

- Durch welche Kopfschmerzformen wird die hohe Anzahl an Fehltagen insbesondere bei den 15- bis 24-Jährigen verursacht?
- In welchem Maß beeinflussen die verschiedenen Formen die Entwicklung der Fehltag im Altersverlauf?

Für die Beantwortung dieser Fragen wurde die Anzahl der AU-Tage differenziert für die Diagnosen „Migräne“, „Sonstigen Kopfschmerzsyndrome“ sowie „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“ im Altersverlauf betrachtet (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 27).

Abbildung 26

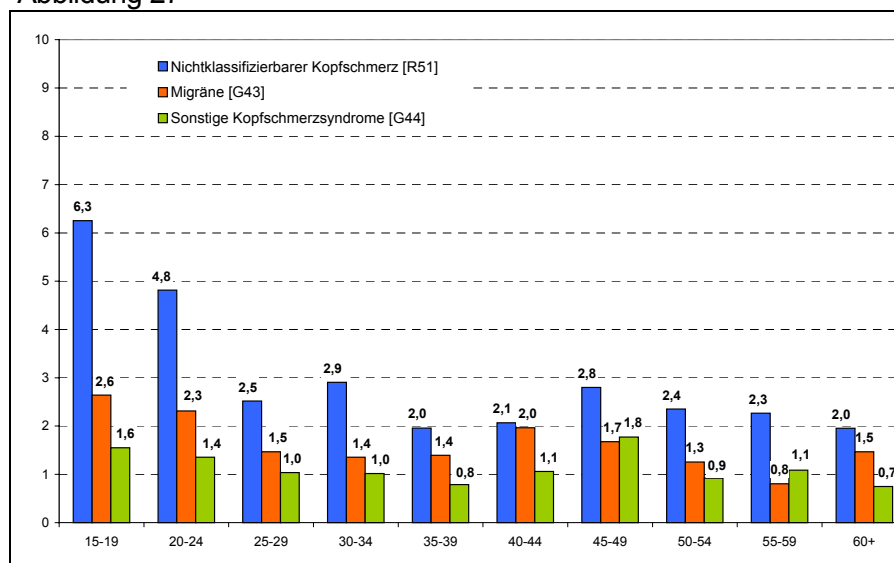
Abb. 26
AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen differenziert nach Einzeldiagnosen bei Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 27

Abb. 27
AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen differenziert nach Einzeldiagnosen bei Männern



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Folglich wird deutlich:

- Bei Männern entfallen die meisten Fehltage in allen Altersgruppen auf „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“, bei Frauen dominiert mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe die „Migräne“.
- Die hohe Anzahl an AU-Tagen bei den 15- bis 24-Jährigen, die durch Kopfschmerzen insgesamt verursacht wird, entfällt insbesondere bei Männern auf „Nichtklassifizierbaren Kopfschmerz“.
- Bei Frauen haben dagegen Fehlzeiten aufgrund einer „Migräne“ auch in dieser Altersphase schon eine hohe Bedeutung, wenngleich auch hier 15- bis 19-Jährige geringfügig mehr Fehltage wegen „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“ aufweisen.
- Bei Frauen zeigen die auf eine „Migräne“ entfallenden Fehlzeiten zudem den typischen, aus der Literatur hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens bekannten Altersverlauf.
- „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ verursachen insbesondere bei Frauen in allen Altersgruppen eine vergleichsweise geringe Zahl an Fehltagen.

„Nichtklassifizierbare Kopfschmerz“ bei 15- bis 24-Jährigen

Kopfschmerzerkrankungen und Arbeitswelt

Eine vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und vom Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) 1998 durchgeführte Erwerbstätigenbefragung ergab, dass in Deutschland im Zusammenhang mit der Arbeitswelt ca. 17% der Beschäftigten häufig an Kopfschmerzen leiden.²⁰

In Deutschland leiden 17% der Beschäftigten häufig an Kopfschmerzen

Insgesamt wird in Berufen mit hohem Stresspotenzial ein vermehrtes Auftreten von Kopfschmerzen beobachtet.²¹ Psychosozialer Stress wird – wie im Zusammenhang mit dem Diathese-Stress-Modell erörtert (vgl. Seite 45) – als ein wichtiger auslösender Faktor für Spannungskopfschmerz und Migräne diskutiert. Arbeitsbedingter Stress entsteht häufig durch psychische Überforderung. Zu den arbeitsbezogenen Stressfaktoren gehören²²:

In Berufen mit hohem Stresspotenzial treten Kopfschmerzen vermehrt auf

- hoher Erfolgs-, Entscheidungs- oder Zeitdruck
- Fehlende Möglichkeiten zur Einflußnahme auf Arbeitsprozesse seitens der Beschäftigten (geringes Maß an Selbstbestimmung)
- Unter- oder Überforderung bei der zu bewältigenden Arbeit
- Konflikte mit Kollegen und / oder Vorgesetzten

²⁰ Jansen, R.: Arbeitsbelastungen und Arbeitsbedingungen. In Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999, S. 5-30, Berlin, Heidelberg (1999).

²¹ Kropp, P.: Wie der Beruf den Kopfschmerz formt. Abstract im Kongress-Supplement zum Deutschen Schmerz-Kongress 2006. Der Schmerz, Suppl. 1, S50 (2006).

²² Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: Arbeitsbedingter Stress (2002).

Viele Beschäftigte arbeiten mit hohem Tempo und unter Zeitdruck

Im Rahmen der dritten europäischen Studie zu den Arbeitsbedingungen in Europa zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der 160 Millionen Arbeitskräfte mit hohem Tempo (56 %) und unter Zeitdruck (60 %) arbeitet.²³

In einer europaweiten Studie klagen 15% der Arbeitskräfte über Kopfschmerzen

Mehr als ein Drittel der Beschäftigten hat keinen Einfluss auf den Arbeitsablauf, 40% berichten über monotone Arbeitsaufgaben. Betrachtet man die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so klagen 15% der Arbeitskräfte über Kopfschmerzen, 23% über Schulter- und Nackenschmerzen, 23% über allgemeine Erschöpfung, 28% über Stress und 33% über Rückenschmerzen.

Betroffene können mit spezifischen Verhaltenstrategien ihr individuelles Stressempfinden beeinflussen und so Kopfschmerzen entgegenwirken

Nicht außer Acht gelassen werden darf allerdings in diesem Kontext, dass das individuelle Stressempfinden sehr variabel und abhängig von den eigenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen ist. Hier kann zum einen auf betrieblicher Ebene durch entsprechendes Verhalten der Kollegen und Vorgesetzten Stress minimiert werden, zum anderen können Betroffene ihre Bewältigungsstrategien, insbesondere mit Blick auf Kopfschmerzerkrankungen, durch gezielte Verhaltensmaßnahmen selbst stärken. Im Kapitel 4.4 dieses Schwerpunktthemas werden diesbezügliche Maßnahmen vorgestellt.

Neben psychosozialen Stress können aber auch klassische Gefährdungsfaktoren, z.B. Lärm- und Lichteinflüsse, als Triggerfaktoren für Kopfschmerzen wirken (vgl. Tabelle 3, Seite 44).

Im Folgenden sollen nun die Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen nach Branchen näher betrachtet werden.

Kopfschmerzerkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Höchste Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen in der „Öffentlichen Verwaltung“, gefolgt von den Branchen „Organisationen und Verbände“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“

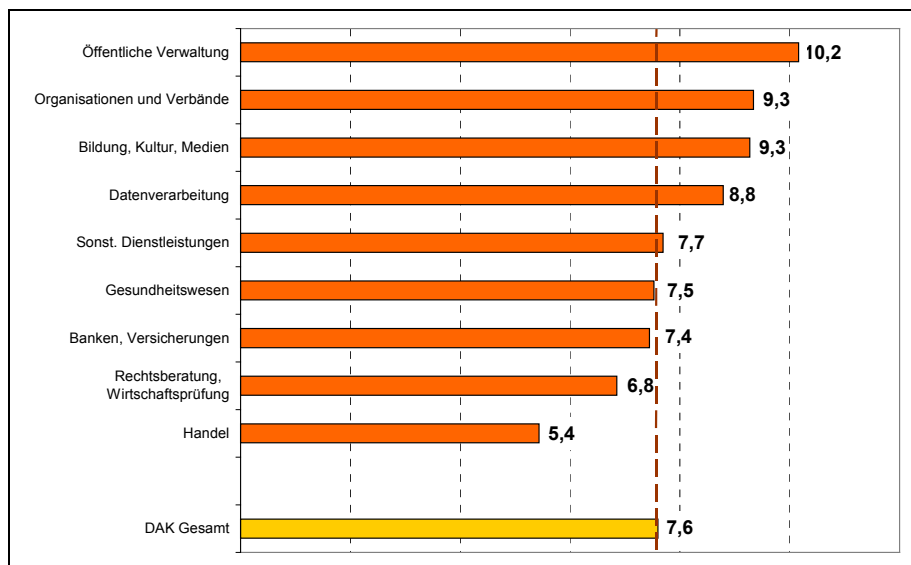
Abbildung 28 zeigt die Zahl der AU-Tage aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen in Branchen mit besonders hohem Anteil an DAK-Versicherten.

In der „Öffentlichen Verwaltung“ war die Zahl der Krankheitstage wegen Kopfschmerzen im Jahr 2006 am höchsten. Auf 100 Versicherungsjahre entfielen 10,2 Fehltag.

Eine überdurchschnittliche Anzahl an Fehltagen wegen Kopfschmerzen wurde mit je 9,3 Fehltagen pro 100 Versicherungsjahre außerdem in den Branchen „Organisationen und Verbände“ und „Bildung, Kultur, Medien“ sowie des Weiteren mit 8,8 Fehltagen in der Branche „Datenverarbeitung“ beobachtet.

²³ Merlié, D. und Paoli, P.: Dritte europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Luxemburg (2002).

Abbildung 28



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit standen im Jahr 2006 wiederum die „Organisationen und Verbände“ mit 2,6 AU-Fällen je 100 ganzjährig Versicherte an der Spitze, gefolgt von der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ mit 2,5 AU-Fällen, der „Öffentlichen Verwaltung“ mit 2,1 AU-Fällen und der „Datenverarbeitung“ mit 1,9 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre.

Diese Zahlen deuten bereits darauf hin, dass die höhere Anzahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzdiagnosen in der „Öffentlichen Verwaltung“ und in den Branchen „Organisationen und Verbände“ bzw. „Bildung, Kultur, Medien“ bei gleichzeitig geringerer Erkrankungshäufigkeit aus einem höheren Anteil längerer Erkrankungsfälle resultiert. In den Branchen „Organisationen und Verbände“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“ fehlen viele Erkrankte hingegen eher über einen kürzeren Zeitraum, da die Anzahl an AU-Tagen zwar überdurchschnittlich, aber geringer als in der „Öffentlichen Verwaltung“ ist.

Die überdurchschnittliche Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen in der Branche „Datenverarbeitung“ bei ebenfalls vergleichsweise geringer Fallhäufigkeit scheint ebenfalls vornehmlich auf längeren Erkrankungsfällen zu resultieren.

Ein Blick auf den Gesamtkrankenstand in den Branchen zeigt zudem, wie komplex die Befunde insgesamt zu interpretieren sind: Während die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ und „Organisationen und Verbände“ in den zurückliegenden Jahren zu den „Top-Drei-Branchen“ mit den höchsten Krankenständen zählten, wurde in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ immer ein unterdurchschnittlicher Krankenstand beobachtet.

Abb. 28

AU-Tage aufgrund von Kopfschmerz-erkrankungen (G43, G44, R51) in den Branchen mit besonders hohem Anteil an DAK-Versicherten

Höchste AU-Fallzahl bei den „Organisationen und Verbänden“

Fehltage resultiert in der „Öffentlichen Verwaltung“ aus einem höheren Anteil längerer Erkrankungsfälle

Befunde sind insgesamt komplex zu interpretieren

Zur Wertung der Unterschiede ist es sinnvoll, Fehltage ins Verhältnis zum Gesamtkrankenstand der Branche zu setzen

Kopfschmerzen sind überwiegend Kurzzeiterkrankungen, deswegen sollten insbesondere Kurzzeiterkrankungsfälle betrachtet werden.

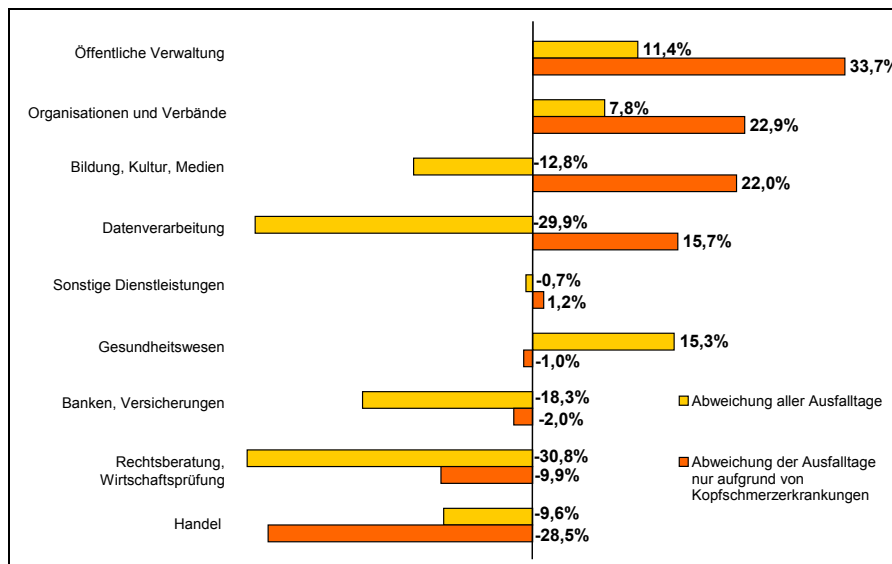
**Abb. 29
Abweichung der AU-Tage aufgrund sämtlicher Erkrankungen und aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen (G43, G44, R51) vom DAK-Durchschnittswert**

Im „Gesundheitswesen“, ebenfalls eine Branche mit überdurchschnittlichem Krankenstand – aktuell sogar mit dem höchsten Krankenstand im Branchenvergleich – ist die Zahl der Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen wiederum geringfügig unterdurchschnittlich.

Um diese beobachteten Unterschiede richtig werten zu können, ist es sinnvoll, die Zahl der Fehltage ins Verhältnis zum Gesamtkrankenstand der jeweiligen Branche zu setzen (vgl. Abbildung 29): Ist der Krankenstand in einer Branche gegenüber dem DAK-Durchschnitt erhöht, so ist auch eine erhöhte Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen zu erwarten. Ist die Erhöhung bei dieser Diagnosegruppe jedoch deutlich stärker ausgeprägt, liegt offenbar ein höheres Erkrankungsrisiko vor.

Da es sich bei Kopfschmerzerkrankungen – wie die Auswertungen auf den vorhergehenden Seiten zeigen – überwiegend um ein Beschwerdebild von kurzer Dauer handelt, ist es darüber hinaus informativ, die Anzahl der Erkrankungsfälle bis zu drei Tagen Dauer zu betrachten. Um hier eine Vergleichbarkeit zwischen der Diagnosegruppe der Kopfschmerzerkrankungen und allen Diagnosen herzustellen, wird dafür die Abweichung der Anzahl der Erkrankungsfälle (pro 100 Versichertenjahre) vom jeweiligen DAK-Durchschnittswert für Kopfschmerzdiagnosen und alle Diagnosen betrachtet (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 29



Quelle: DAK AU-Daten 2006

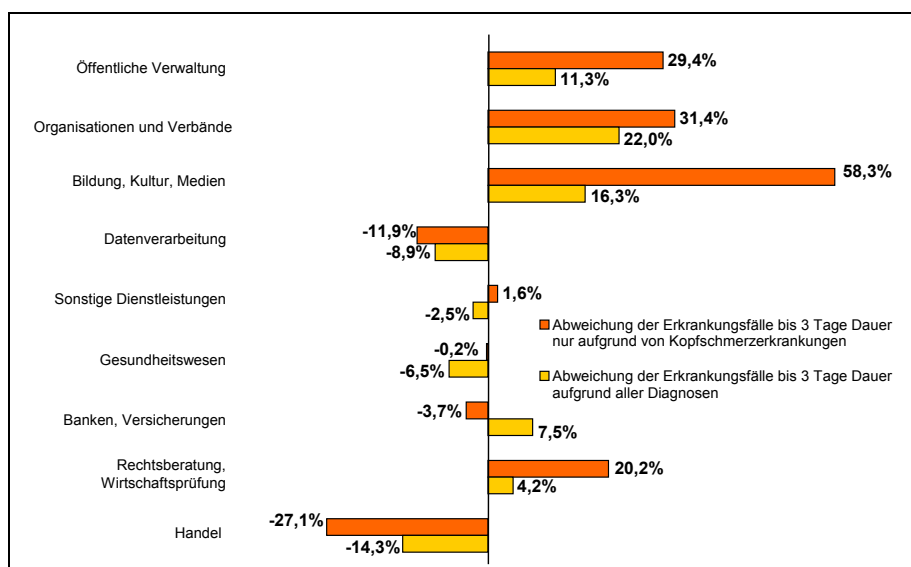
Größte Abweichung bei den Kopfschmerz-Fehltagen bei der „Öffentlichen Verwaltung“

Nach der „Öffentlichen Verwaltung“, die mit 33,7% an der Spitze der Abweichungen bei den Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzen gegenüber dem DAK-Durchschnitt steht, folgen die Branchen „Organisationen und Verbände“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ mit 22,9%, 22,0% bzw. 15,7% mehr „Kopfschmerz-AU-Tagen“.

Auch der Gesamt Krankenstand war in der „Öffentlichen Verwaltung“ gegenüber dem durchschnittlichen Krankenstand der DAK-Versicherten erhöht. Mit 11,4% war diese Abweichung ebenfalls größer als bei den „Organisationen und Verbänden“ mit 7,8%.

In den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und Datenverarbeitung“ zeigte sich im Vergleich dazu hingegen ein deutlich anderes Bild: Während der Gesamt Krankenstand um 12,8% bzw. sogar 29,9% unter dem DAK-Durchschnitt lag, war die Zahl an Fehltagen aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen gegenüber dem Durchschnitt in beiden Branchen erhöht.

Abbildung 30



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Betrachtet man nun die Abweichung der Anzahl der Erkrankungsfälle bis drei Tage Dauer aufgrund von Kopfschmerzen sowie aufgrund aller Diagnosen, so zeigt sich:

- Kopfschmerzdiagnosen verursachen besonders in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ Kurzzeitfehlzeiten: Mit 58,3% mehr Arbeitsunfähigkeiten bis drei Tage Dauer aufgrund von Kopfschmerzen im Vergleich zum DAK-Durchschnitt dominiert diese Diagnosegruppe in dieser Branche deutlich bei den Kurzzeiterkrankungsfällen. Bei der Betrachtung aller Diagnosen zeigten sich derartige Unterschiede nicht.
- In der „Öffentlichen Verwaltung“ resultieren im Vergleich zu allen Diagnosen ebenfalls deutlich mehr Kurzzeitfehlzeiten aus Kopfschmerzen gegenüber dem DAK-Durchschnitt.
- Bei den „Organisationen und Verbänden“ verursachen Kopfschmerzerkrankungen zwar ebenfalls überdurchschnittlich viele Kurzzeit-Erkrankungsfälle, der Unterschied zu allen Diagnosen ist aber weniger ausgeprägt.

„Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“: Trotz unterdurchschnittlichem Krankenstand überdurchschnittlich viele Kopfschmerz-Fehltag

Abb. 30
Abweichung der AU-Fälle bis drei Tage Dauer aufgrund sämtlicher Erkrankungen und aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen (G43, G44, R51) vom DAK-Durchschnittswert

Kopfschmerzdiagnosen verursachen besonders in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ Kurzzeitfehlzeiten

Auch mehr Kurzzeitfehlzeiten in der „Öffentlichen Verwaltung“ und bei „Organisationen und Verbänden“, wegen Kopfschmerzen

- In der Branche „Datenverarbeitung“ treten Kurzzeiterkrankungsfälle hingegen sowohl aufgrund von Kopfschmerzdiagnosen als auch aufgrund aller Diagnosen unterdurchschnittlich auf.

Insgesamt betrachtet, ergeben sich folgende Schlussfolgerungen zur Bedeutung von Kopfschmerzen als Arbeitsunfähigkeitsgrund nach Branchen:

Kopfschmerzrisiko in einigen Branchen erhöht

- Insbesondere in den Branchen „Datenverarbeitung“ und „Bildung, Kultur, Medien“, aber auch in der „Öffentlichen Verwaltung“ und bei den „Organisationen und Verbänden“ ist das Risiko für Kopfschmerzen erhöht.
- In den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Organisationen und Verbände“ fehlen Kopfschmerz-Betroffene dabei vor allem kurzfristig am Arbeitsplatz.
- In der „Öffentlichen Verwaltung“ sind Kurzzeiterkrankungsfälle aufgrund von Kopfschmerzen zwar ebenfalls überdurchschnittlich; die Spitzenposition hinsichtlich der Fehltage resultiert aber verstärkt auch aus längeren Falldauern bei den Erkrankten.
- Die überdurchschnittliche Zahl an Fehltagen wegen Kopfschmerzen in der „Datenverarbeitung“ resultiert auch vornehmlich aus längeren Erkrankungsfällen. Dafür spricht sowohl die vergleichsweise geringe Erkrankungshäufigkeit als auch die unterdurchschnittliche Zahl an Kurzzeiterkrankungsfällen.

Auffällig ist besonders die überdurchschnittliche Zahl an „Kopfschmerz-Fehltagen“ bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlichem Gesamtkrankenstand. Dieses gegenläufige Bild zeigt sich zwar auch in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“, hier aber weniger ausgeprägt.

Bedeutung von Kopfschmerzdiagnosen im „Gesundheitswesen“ vergleichsweise gering

- Anders ist die Situation im „Gesundheitswesen“: Während der Gesamtkrankenstand gegenüber dem DAK-Durchschnitt hier deutlich erhöht ist, ist die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Kopfschmerzen geringfügig unterdurchschnittlich. Die Bedeutung dieser Diagnosegruppe im „Gesundheitswesen“ erscheint demnach – relativ zum Gesamtkrankenstand betrachtet – vergleichsweise gering.

Kopfschmerzerkrankungen haben überwiegend in Branchen mit vielen Kurzzeiterkrankungsfällen eine größere Bedeutung

Insgesamt verwundert nicht, dass Kopfschmerzerkrankungen überwiegend in Branchen mit einer großen Zahl von Kurzzeiterkrankungsfällen eine höhere Bedeutung haben.

Bereits im DAK-Gesundheitsreport 2004 mit dem Schwerpunktthema Kurzzeiterkrankungen wurden in den Branchen „Organisationen und Verbände“, „Öffentliche Verwaltung“ sowie „Bildung, Kultur, Medien“ die höchsten Zahlen an Kurzzeiterkrankungsfällen beobachtet.

Ursachen für die größere Bedeutung von Kopfschmerzen in den Branchen „Öffentliche Verwaltung“, „Organisationen und Verbänden“, „Bildung, Kultur, Medien“ und insbesondere „Datenverarbeitung“ können vielschichtig sein:

Die im Zusammenhang mit Kopfschmerzerkrankungen und der Arbeitswelt diskutierten Faktoren haben vor allem in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Öffentlichen Verwaltung“, aber auch in der „Datenverarbeitung“ einen hohen Stellenwert. Zu einer Steigerung der Arbeitsbelastung trägt außerdem eine in vielen Bereichen ausgedünnte Personaldecke bei. Kommt zu einer ohnehin hohen Arbeitsbelastung noch Termindruck hinzu, wirkt sich dies als weiterer Stressfaktor aus.

Darüber hinaus ist noch ein weiterer Aspekt im Kontext mit der Arbeitswelt bedeutsam: Die Tatsache, dass viele Betroffene aufgrund von Kopfschmerzen nur kurzzeitig am Arbeitsplatz fehlen, ist im betrieblichen Arbeitsablauf oft schwer zu bewältigen. Nach Ergebnissen des DAK Gesundheitsreports 2004 mit dem Schwerpunkt *Kurzzeiterkrankungen* sind gerade kurze Fehlzeiten ein wichtiges betriebliches Problem, insbesondere in Kleinbetrieben.

Fazit

Die Auswertung der AU-Daten hat gezeigt, dass Frauen insgesamt zwar mehr Fehltag aufgrund von Kopfschmerzerkrankungen haben als Männer, ursächlich hierfür ist aber nahezu ausschließlich das häufigere Auftreten von Migräne bei Frauen: Im Mittel leiden dreimal so viele Frauen an Migräne wie Männer.

Auffällig war außerdem, dass Kopfschmerzerkrankungen gerade bei den 15- bis 24-Jährigen häufig sind und zu vergleichsweise vielen AU-Tagen führten. Bei den jungen Männern ist dies insbesondere auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“, d.h. auf einen Kopfschmerz als Allgemeinsymptom, zurückzuführen.

In einer mit Blick auf die Bedeutung von Kopfschmerzerkrankungen außerdem vorgenommenen Branchenauswertung zeigte sich, dass Kopfschmerzen in der „Öffentlichen Verwaltung“ und in den Branchen „Organisationen und Verbände“, „Bildung, Kultur, Medien“ und „Datenverarbeitung“ eine überdurchschnittliche Bedeutung haben.

Insgesamt betrachtet, spielt die Diagnose ‚Kopfschmerz‘ für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufgrund der überwiegend kurzen Fehlzeiten quantitativ jedoch keine große Rolle: Die Anzahl der „bekannten“ Fehltag ist geringer als die wahrscheinlich tatsächlich auftretenden Fehlzeiten, die gerade wegen ihrer kurzen Dauer in den Daten unterrepräsentiert sind. Zudem gehen viele Betroffene trotz Kopfschmerzen zur Arbeit, obwohl sie nicht voll leistungsfähig sind. Dieser Problematik widmet sich das nächste Kapitel.

Ursachen können vielschichtig sein:

Eine hohe Arbeitsbelastung, und Termindruck können vermehrt zu Stress führen

Problematisch ist: kurzzeitige Fehlzeiten beeinträchtigen betriebliche Arbeitsabläufe

4.2 In welchem Maß beeinträchtigt speziell Migräne die Leistungsfähigkeit im Beruf?

Migräne beeinträchtigt zum Teil maßgeblich Lebensqualität und Leistungsfähigkeit

Menschen, die unter Migräne leiden, sind zum Teil erheblich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Viele Betroffene sind nicht in der Lage, ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen: 80% der Migräne-Betroffenen müssen während einer Attacke, die bis zu 72 Stunden andauern kann, ihre beruflichen und sozialen Aktivitäten unterbrechen.²⁴ Die Leistungsfähigkeit im privaten bzw. beruflichen Bereich ist infolge einer Migräne demnach maßgeblich eingeschränkt.

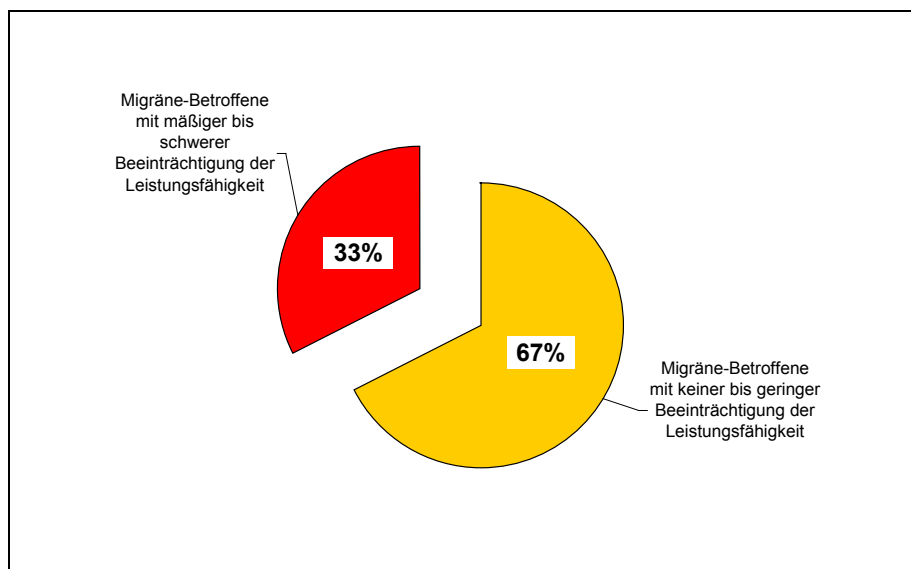
Dies zeigt auch die DAK-Bevölkerungsbefragung: Nahezu jeder dritte Migräne-Betroffene (33%) ist bei Tätigkeiten im beruflichen und privaten Bereich mäßig bis schwer beeinträchtigt (vgl. Abbildung 31). Von 326 Befragten, die nach eigenen Angaben unter Migräne leiden, sind dies 106 Befragte.

Abbildung 31

Abb. 31

Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Beruf/ Haushalt/ Freizeit) bei Migräne-Betroffenen [N=326]

Erhebung:
MIDAS Fragebogen



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung wurde der Grad der Beeinträchtigung mit dem so genannten MIDAS-Fragebogen erhoben

Ermittelt wurde der Grad der Beeinträchtigung dabei mit dem so genannten „Migraine Disability Assessment Questionnaire“, kurz MIDAS-Fragebogen. Dieser Fragebogen zielt auf die Lebensbereiche Beruf, Haushalt und Familie bzw. Freizeit ab. Die Befragten geben jeweils die Anzahl der Tage an, an denen sie in den genannten Bereichen ihren Tätigkeiten nicht nachkommen konnten bzw. sich bei Ausübung der Tätigkeiten beeinträchtigt fühlten. Aus der Anzahl der angegebenen Tage wird ein Score-Wert ermittelt, der den Grad der Beeinträchtigung aufgrund der Beschwerden widerspiegelt.

²⁴ Göbel, H.: Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2004).

Im Vergleich dazu sind Betroffene, die unter Kopfschmerzen, eigenen Angaben zu Folge aber nicht unter Migräne leiden, erheblich weniger in ihrer Leistungsfähigkeit in den genannten Bereichen beeinträchtigt. Tabelle 6 zeigt hierzu die differenzierte Auswertung des MIDAS-Fragebogens hinsichtlich des Grades der Beeinträchtigung aufgrund von Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne.

Kopfschmerz-Betroffene sind insgesamt weniger beeinträchtigt als Migräne-Betroffene

Insgesamt werden hinsichtlich des Beeinträchtigungsgrades vier Abstufungen unterschieden. Dabei zeigt sich, dass acht von zehn Kopfschmerz-Betroffenen aufgrund ihrer Kopfschmerzen nicht nennenswert im beruflichen und außerberuflichen Bereich beeinträchtigt sind. Bei denjenigen, die angegeben haben, speziell unter Migräne zu leiden, sind im Vergleich dazu weniger als die Hälfte dem MIDAS-Score zu Folge wenig oder gar nicht beeinträchtigt.

Der Anteil der mäßig bis schwer beeinträchtigten Kopfschmerz-Betroffenen ist mit insgesamt unter 7% im Vergleich zu den Migräne-Betroffenen, von denen jeder Dritte in diese Kategorie der Beeinträchtigung fällt, deutlich geringer.

Jeder dritte Migräne-Betroffene ist mäßig bis schwer beeinträchtigt

Tabelle 6: Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit insgesamt

Grad der Beeinträchtigung	Migräne-Betroffene	Kopfschmerz-Betroffene
wenig oder gar keine Beeinträchtigung	46,3%	81,6%
geringe Beeinträchtigung	21,2%	11,7%
mäßige Beeinträchtigung	21,1%	4,2%
schwere Beeinträchtigung	11,5%	2,5%

Migräne-Betroffene N=326; Kopfschmerz-Betroffene N=386
DAK Bevölkerungsbefragung 2006, Ergebnisse des MIDAS-Fragebogens

Aufgrund des insgesamt höheren Beeinträchtigungsgrades der Migräne-Betroffenen wird diese Gruppe im Folgenden näher betrachtet. Zunächst werden spezifische Charakteristika der Migräne-Attacken bei den stärker beeinträchtigten (N=106) und den kaum beeinträchtigten Migräne-Betroffenen (N=220) verglichen. Anschließend werden speziell Beeinträchtigungen im beruflichen Bereich infolge Migräne näher analysiert.

Häufigkeit, Dauer und Schmerzintensität von Migräne-Attacken

Mäßig bis schwer beeinträchtigte Migräne-Betroffene weisen im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung mehrheitlich eine höhere Attackenhäufigkeit und eine längere Attackendauer auf als Migräne-Betroffene mit keiner bis geringer Beeinträchtigung im beruflichen und außerberuflichen Alltag (vgl. Abbildung 32).

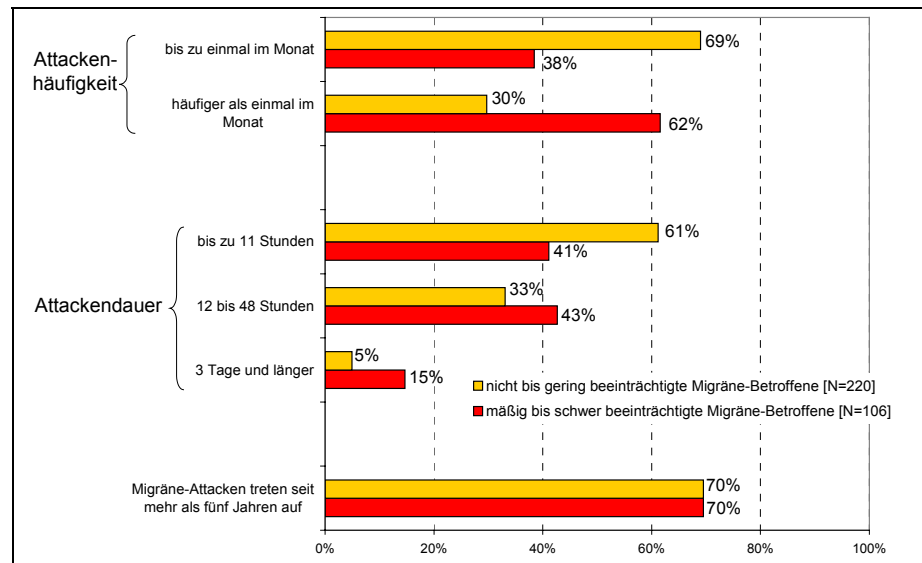
Höhere Attackenhäufigkeit und längere Attackendauer bei stärker beeinträchtigten Migräne-Kranken

Abbildung 32

Abb. 32
„Wie häufig hatten Sie in den letzten 6 Monaten Migräne?“

„Wie lange dauert ein Migräne-Anfall bei Ihnen durchschnittlich an?“

„Seit wann treten bei Ihnen Migräne-Anfälle auf?“



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Hinsichtlich des Zeitpunktes, seit dem die Migräne-Attacken bei den Betroffenen bestehen, zeigt sich hingegen kein Unterschied: Bei jeweils 70% treten die Attacken seit mehr als fünf Jahren auf.

Dies ist nicht überraschend, denn aus der Literatur ist bekannt, dass eine Migräne bei den Betroffenen im Mittel 14 Jahre besteht.²⁵ Migräne-Kranke leiden im Mittel unter ein bis zwei Migräne-Attacken pro Monat. Die Schmerzphase einer Migräne-Attacke dauert dabei zwischen 4 bis 72 Stunden.

Stärker beeinträchtigte Migräne-Betroffene leiden erwartungsgemäß auch zu einem höheren Anteil unter stärkeren Schmerzen

Vergleicht man die beiden Gruppen hinsichtlich der Schmerzintensität der Migräne-Attacken, so zeigt sich auch hier, dass stärker im Lebensalltag beeinträchtigte Migräne-Betroffene zu einem höheren Anteil auch an starken Schmerzen leiden: Auf einer Skala von Null (keine Schmerzen) bis Zehn (unerträgliche Schmerzen) geben 72% der mäßig bis schwer infolge Migräne Beeinträchtigten mindestens einen Skalenwert von Sieben an. Von den nicht bis gering Beeinträchtigten geben 48% mindestens einen Wert von Sieben an.

Bei 11 % sind die Schmerzen sogar unerträglich

11% der schwerer Beeinträchtigten leiden sogar unter unerträglichen Schmerzen (Skalenwert = Zehn). Bei den weniger Beeinträchtigten sind dies zum Vergleich 3,7%.

²⁵ Göbel, H. et al.: The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 14/2:97-106 (1994).

Beeinträchtigungen infolge Migräne im beruflichen Bereich

Migräne hat innerhalb der Kopfschmerzerkrankungen die größte Bedeutung für Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Erwartungsgemäß fehlen schwerer beeinträchtigte Migräne-Betroffene zu einem höheren Anteil mindestens einen Tag in einem Zeitraum von drei Monaten am Arbeitsplatz als weniger Beeinträchtigte (vgl. Abbildung 33).

Stärker beeinträchtigte Migräne-Betroffene fehlen auch mehr am Arbeitsplatz

Abbildung 33

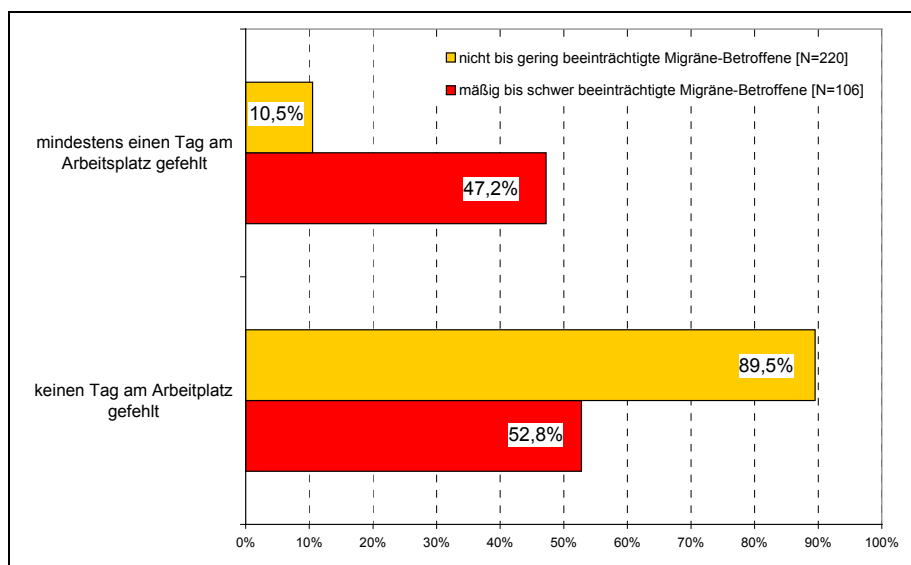


Abb. 33

„An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Ihrer Migräne-Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen?“

Erhebung: MIDAS Fragebogen

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Überraschend ist aber: Von den stärker beeinträchtigten Migräne-Betroffenen haben 53% (N=57) keinen Tag am Arbeitsplatz gefehlt.

Betrachtet man allerdings die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, so wird schnell deutlich: Mäßig bis schwer beeinträchtigte Migräne-Betroffene gehen zwar zur Arbeit, bei 60% ist aber in einem Zeitraum von drei Monaten die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz an bis zu neun Tagen eingeschränkt, bei jedem vierten Betroffenen sogar an 10 Tagen und mehr (vgl. Abbildung 34). In der Gruppe der weniger Beeinträchtigten, die keinen Tag am Arbeitsplatz aufgrund der Migräne gefehlt haben (N=196), ist die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz bei fast 40% an bis zu neun Tagen eingeschränkt.

Bei denen, die trotz stärkerer Beeinträchtigung zur Arbeit gehen, ist die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz an deutlich mehr Tagen eingeschränkt als bei den weniger Beeinträchtigten

In einer 1993 durchgeführten großen repräsentativen Querschnittsstudie wurde ermittelt, dass bei 65% der Migräne-Attacken eine leichte bis mittelschwere Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit vorliegt. 30% der Attacken sind aufgrund ihrer Schwere tatsächlich mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden.²⁶

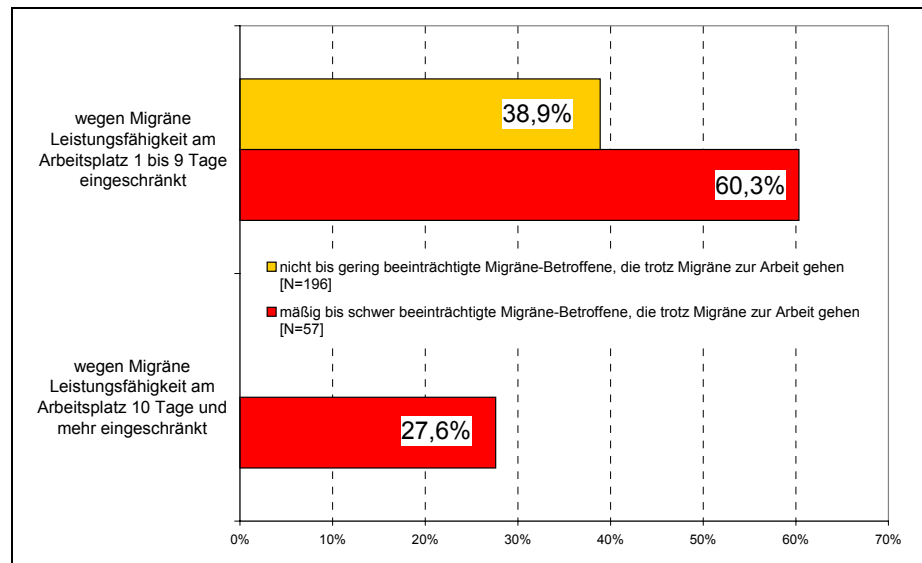
²⁶ Göbel, H.: Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2004).

Abbildung 34

Abb. 34

„An wie vielen Tagen war in den letzten drei Monaten Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wegen Ihrer Migräne-Kopfschmerzen um die Hälfte oder mehr eingeschränkt?“

Erhebung:
MIDAS Fragebogen



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Auch in anderen Untersuchungen zeigte sich, dass die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wegen Kopfschmerzen zum Teil erheblich eingeschränkt ist

Aus der MELT-Studie (Migraine`s effect on life and treatment), einer unter anderem in Deutschland durchgeführten Querschnittsuntersuchung zu Migräne und Lebensqualität bei 18- bis 35-jährigen erwerbstätigen oder studierenden Frauen, ist bekannt, dass 51% der Befragten in den zurückliegenden Monaten aufgrund von Migräne mindestens einmal am Arbeitsplatz bzw. beim Studium fehlten. Wiederum deutlich mehr, nämlich 74%, sahen sich allerdings nicht in der Lage, den Anforderungen am Arbeitsplatz bzw. beim Studium während einer Migräne-Attacke gerecht werden zu können.²⁷

Diese Zahlen unterstreichen zum einen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Migräne:

Leistungseinbußen verursachen hohe Kosten

- Nach Berechnungen von Gothe und Mitarbeitern entstehen allein aufgrund von Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz infolge Migräne jährlich knapp eine Milliarde Euro Kosten für die Volkswirtschaft.²⁸ 1,3 Milliarden Euro kommen durch Fehltag hinzu.

Aktuellen europäischen Daten zu Folge belaufen sich die jährlichen Kosten für Fehlzeiten und Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz in Deutschland pro Migräne-Betroffenen auf durchschnittlich 509,- Euro.²⁹

²⁷ Haag, G.: Migräne und Lebensqualität: Ergebnisse der MELT-Studie. Nervenheilkunde 23:297-9 (2004).

²⁸ Gothe et al.: Die Bedeutung von innovativen Arzneimitteln für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland (2002).

²⁹ Berg, J. und Stovner, L.J.: Cost of migraine and other headaches in Europe. European Journal of Neurology 12 (Suppl. 1):59-62 (2005).

Unter der Annahme, dass 11% der erwerbstätigen Bevölkerung insgesamt³⁰ im Jahr 2005 an Migräne gelitten hat, errechnen sich damit indirekte Kosten infolge Migräne in Höhe von rund 2,2 Milliarden Euro.

Zum anderen wird deutlich, dass viele Migräne-Betroffene offensichtlich trotz verminderter Leistungsfähigkeit, d.h. trotz Beschwerden, zur Arbeit gehen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein:

- So können Faktoren aus der Arbeitswelt bzw. auf betrieblicher Ebene zu diesem Verhalten beitragen, wie z.B. eine hohe Arbeitsmotivation, aber auch ein hoher Arbeitsdruck und eine geringe Arbeitsplatzsicherheit. Fühlen sich die Betroffenen aufgrund der genannten Faktoren „gezwungen“ trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu erscheinen, spricht man vom Phänomen des „Präsentismus“. Hier handelt es sich sozusagen um eine selbstverordnete „Anwesenheitspflicht“ seitens der Betroffenen.

Die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2004 durchgeführte Bevölkerungsbefragung zum Thema „Kurzzeiterkrankungen“ zeigte damals, dass auch in Deutschland – zumindest bei leichten Erkrankungen – eine deutlich Neigung vorhanden ist, trotz eingeschränkter Gesundheit der Arbeit nachzugehen.

- Ein derartiges Verhalten speziell im Zusammenhang mit Migräne könnte aber auch aus einer mangelnden Akzeptanz gegenüber der Erkrankung Migräne resultieren. Nach Ergebnissen der MELT-Studie haben mehr als die Hälfte der Vorgesetzten bzw. Dozenten kein Verständnis für Arbeitsausfälle aufgrund einer Migräne.

Deutlich wird auch: Viele Betroffene gehen trotz Beschwerden zur Arbeit

Verschiedene Faktoren der Arbeitswelt können ein derartiges Verhalten bedingen

Eine mögliche Inakzeptanz der Diagnose „Migräne“ könnte dabei auch relevant sein

Fazit

Migräne ist insgesamt mit einer stärkeren Beeinträchtigung im beruflichen und privaten Bereich assoziiert als Kopfschmerzen allgemein. Insgesamt ist jeder dritte Migräne-Betroffene mäßig bis schwer beeinträchtigt. Diese Betroffenen sind aufgrund der Migräne in höherem Maße als weniger Beeinträchtigte arbeitsunfähig. Außerdem zeigt sich deutlich, dass viele, die trotz Migräne zur Arbeit gehen, am Arbeitsplatz nur eingeschränkt leistungsfähig sind. Fehlzeiten und Produktionsausfälle verursachen wiederum erhebliche volkswirtschaftliche Kosten, vom persönlichen Leid der Betroffenen ganz zu schweigen. Um so wichtiger ist eine adäquate Therapie. Doch gerade hier gibt es Defizite. Betroffen sind nicht nur Migräne-Kranke, wie das nachfolgende Kapitel aufzeigt.

³⁰ Statistisches Bundesamt (2006).

4.3 Wie sieht die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland aus?

Viele Betroffene nehmen bei Kopfschmerzen selbstverordnete Schmerzmittel

„Pro Jahr werden etwa 70% aller in Deutschland verkauften rund 150 Mio. Schmerzmittelpackungen ohne Rezept in der Apotheke gekauft – plakatativ könnte man sagen, dass die Schmerztherapie, vor allem die Therapie von Kopfschmerzen, eine Therapie im Rahmen der Selbstmedikation darstellt.“

*Prof. Gerd Glaeske,
Universität Bremen*

Wenn der Schmerz im Kopf mal wieder unerträglich wird bzw. gerade „unpassend“ ist, weil wichtige Tätigkeiten z.B. im Beruf, aber auch im Privatleben anstehen, greifen viele Betroffene zu Schmerzmitteln.

Nach Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys von 1998 nehmen 10% der Männer und 18% der Frauen mindestens einmal im Monat, 5% bzw. 9% mindestens einmal in der Woche Schmerzmittel ein.³¹ Jeweils weitere 33% gaben einen seltenen Schmerzmittelkonsum an. Im Jahr 2000 nahmen nach Ergebnissen einer Befragung zum Einsatz von Selbstmedikationspräparaten in Deutschland fast 49 Millionen Bundesbürger selbstverordnete Schmerzmittel.³²

Im Jahr 2003, dem Jahr bevor die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aufgehoben wurde, entfiel allein fast ein Drittel des Gesamt-Umsatzes an nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten auf Schmerzmittel (Analgetika), speziell auf Präparate mit den Substanzen Acetylsalicylsäure und Paracetamol.³³

Da diese beiden Substanzen seit 2004 nur noch in Ausnahmefällen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, bildet das Verordnungsvolumen in Höhe von 69 Millionen Tagesdosen an Acetylsalicylsäure und Paracetamol innerhalb der Gruppe der Schmerzmittel im Jahr 2005 nur einen kleinen Anteil des tatsächlichen Konsums ab. Der reale Schmerzmittelverbrauch liegt um ein Vielfaches höher.

Die DAK-Bevölkerungsbefragung ergab, dass 62% der unter Kopfschmerz allgemein leidenden Bevölkerung und 54% der speziell von Migräne Betroffenen rezeptfreie Schmerzmittel einnehmen (vgl. Abbildung 35). 9% der Kopfschmerz-Betroffenen und 44% der Migräne-Betroffenen gaben an, ärztlich verordnete Schmerzmittel einzunehmen. Bei den Migräne-Betroffenen sind es wiederum die stärker Beeinträchtigten, die zu einem höheren Anteil verschreibungspflichtige Schmerzmittel nehmen (60% gegenüber 39% bei den kaum Beeinträchtigten).

Interessant ist, dass fast jeder dritte Migräne-Betroffene, der verschreibungspflichtige Medikamente einnimmt, parallel auch rezeptfreie Schmerzmittel zur Schmerztherapie einsetzt. Bei den Kopfschmerz-Betroffenen war dieser Anteil sogar noch höher.

³¹ Diemer, W. und Buchert, H.: Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7 (2002).

³² Entnommen aus: Göbel, H. Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer Verlag (2004).

³³ Arzneiverordnungs-Report (2004 bzw. 2006).

Abbildung 35

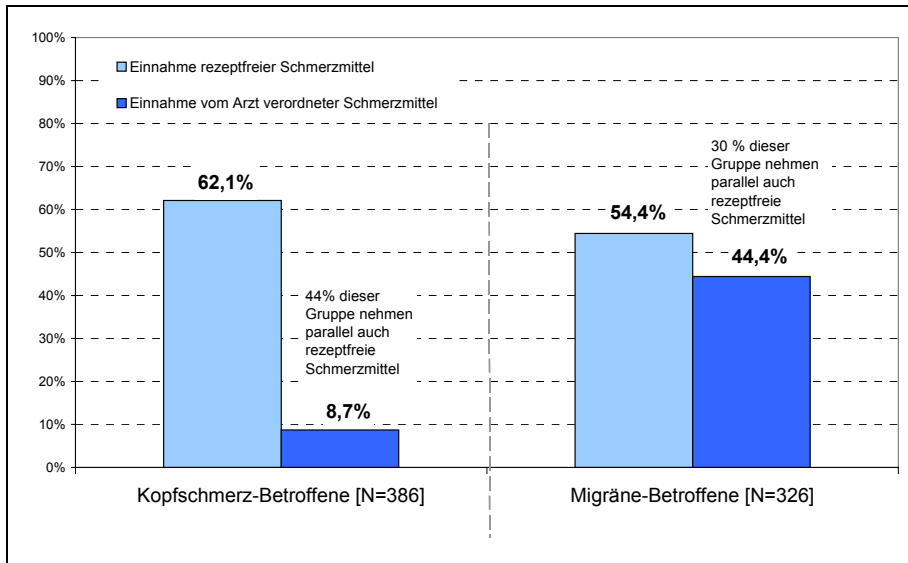


Abb. 35

Einnahme rezeptfreier und rezeptpflichtiger Schmerzmittel in Deutschland

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Dies könnte darauf hindeuten, dass diese Betroffenen mit der ärztlich verordneten medikamentösen Therapie nicht ausreichend zufrieden sind, so dass sie auch rezeptfreie Medikamente einnehmen.

Gestützt wird diese Vermutung durch Ergebnisse zur Therapiequalität bei Migräne: Offenbar erfahren Migräne-Betroffene, die ausschließlich ärztlich verordnete Schmerzmittel einnehmen, zu einem geringeren Anteil eine Besserung der Symptomatik als diejenigen, die auch freiverkäufliche Schmerzmittel nehmen (vgl. Abbildung 36).

Möglicherweise erhalten nicht alle die optimale medikamentöse Therapie

Abbildung 36

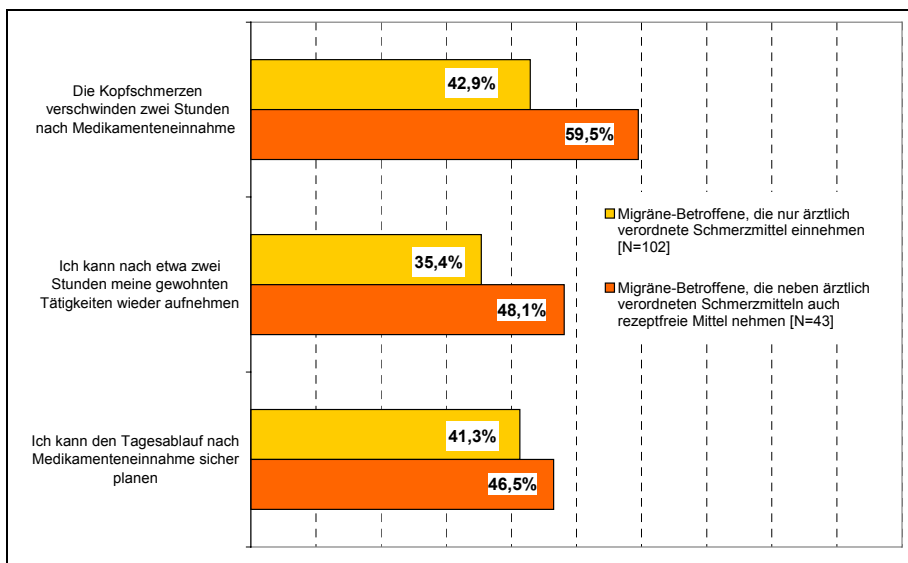


Abb. 36

„Bitte sagen Sie, ob die genannten Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht: ...“

Fragen entnommen aus dem so genannten Migraine-ACT (Migraine Assessment of Current Therapy Questionnaire), einem Fragebogen zur Bewertung der Therapiequalität bei Migräne

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Neben einer richtigen Anwendung von Schmerzmitteln seitens der Betroffenen ...

... ist auch zu hinterfragen, ob die seitens des Arztes gewählte Therapie adäquat ist

In der Konsequenz heißt dies allerdings nicht, dass eine (begleitende) Selbstmedikation forciert werden sollte. Vielmehr sollte auf Seiten der Patienten hinterfragt werden, ob die Betroffenen die Schmerzmittel richtig anwenden. Wichtig ist hier vor allem eine rechtzeitige Einnahme und eine ausreichende Dosierung.

Auf Seiten der Ärzte stellt sich die Frage, ob die eingesetzte Therapie auch die Richtige ist. Neben dem Kenntnisstand bezüglich der Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen ist auch ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutsam. Kopfschmerz-Patienten erleben nicht selten eine Odyssee, bis eine wirksame und adäquate Therapie gefunden ist.

Zweifelsohne, nicht jeder, der „mal“ Kopfschmerzen hat, braucht ärztlichen Rat. Treten die Beschwerden allerdings immer wieder oder plötzlich sehr stark auf, sind mit erheblichem Leidensdruck und Einbußen der Leistungsfähigkeit verbunden, ist eine ärztliche Abklärung wichtig. Doch viele Betroffene gehen trotz stärkeren Beeinträchtigungen nicht zum Arzt.

Wie viele Betroffene konsultieren aufgrund von Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne einen Arzt?

73% der Migräne-Betroffenen und 29% der Kopfschmerz-Betroffenen waren wegen ihrer Beschwerden beim Arzt – dies ergab die DAK Bevölkerungsbefragung

73,3%, d.h. 239 der 326 Migräne-Betroffenen, und 28,9%, d.h. 112 der 386 Kopfschmerz-Betroffenen, waren wegen ihrer Beschwerden bei einem Arzt, wobei Frauen anteilig häufiger zum Arzt gehen als Männer (Migräne: 77,9% gegenüber 64,2%, Kopfschmerz: 32% gegenüber 26%). Dies ist allerdings kein Kopfschmerz-spezifisches Phänomen: Frauen suchen allgemein häufiger einen Arzt auf als Männer.³⁴

Des Weiteren beeinflusst der Grad der Beeinträchtigung die Bereitschaft, zum Arzt zu gehen: Von mäßig bis schwer beeinträchtigten Migräne-Betroffenen (N=106) haben insgesamt 87% einen Arzt aufgesucht, von den nicht bis gering Beeinträchtigten (N=220) taten dies 66,4%.

In der 1993 durchgeführten großen Kopfschmerz-Studie von Göbel et al. waren insgesamt 62% der Migräne-Patienten im Laufe ihres Lebens mindestens einmal bei einem Arzt.

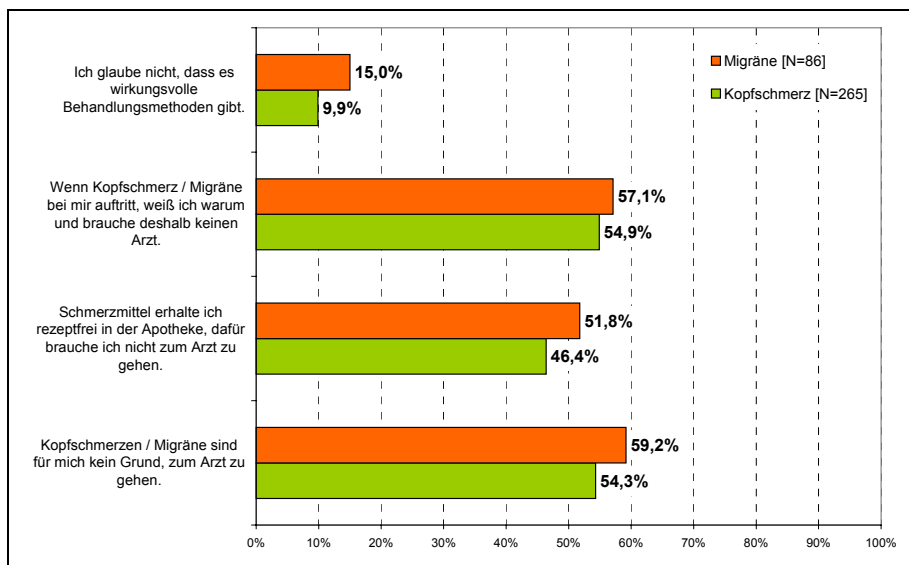
Von denen, die nicht beim Arzt waren ...

Befragt man diejenigen, die noch keinen Arzt aufgesucht haben (hier 86 Migräne-Betroffene und 265 Kopfschmerz-Betroffene³⁵), warum sie dies bisher nicht getan haben, so zeigen sich interessanterweise hinsichtlich der Häufigkeit der in Abbildung 37 genannten Gründe keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen.

³⁴ Habermann-Horstmeier, L. Geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung: Sind Frauen anders krank als Männer? Pflegezeitschrift 7:414-415 (2005).

³⁵ Ein Migräne-Betroffener und neun Kopfschmerz-Betroffene haben auf die Frage, ob sie schon einmal einen Arzt aufgesucht haben, keine Angabe gemacht.

Abbildung 37



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Erfreulich ist, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen angibt, die auslösenden Faktoren ihrer Kopfschmerzen bzw. Migräne zu kennen. Dies ist wichtig, weil durch Kenntnis der Triggerfaktoren – sofern diese beeinflussbar sind – den Schmerzattacken vorgebeugt werden kann.

Offensichtlich, und dies spricht für Enttäuschung und Unkenntnis, glauben allerdings 15 % der Migräne-Betroffenen nicht, dass es wirkungsvolle Behandlungsmethoden gibt. Vor dem Hintergrund, dass es gerade im Bereich der Migräne durch den Einsatz einer bestimmten Substanzgruppe, den so genannten Triptanen, große Fortschritte in der Akuttherapie von Migräne-Attacken in den zurückliegenden Jahren gegeben hat, ist dieser Befund bedenkenswert. Hier ist zweifelsohne mehr Aufklärung in der Bevölkerung nötig.

Gehen die Betroffenen zum Arzt, ist ein ausführliches Anamnesege spräch zentrales Element zur Diagnose der Kopfschmerzerkrankungsform: Der Arzt braucht Informationen zu Art, Dauer, Häufigkeit, Schmerzstärke und -lokalisierung sowie zu den Begleitsymptomen der Kopfschmerzen. Apparative diagnostische Maßnahmen sind hingegen in vielen Fällen nicht nötig.

Die verschiedenen Kopfschmerzformen erfordern unterschiedliche Therapieregime. Die Kenntnis der vorliegenden Kopfschmerzerkrankung ist deshalb zentrale Voraussetzung für eine adäquate, leitliniengerechte Therapie. Allerdings, nicht mit jedem Betroffenen wird vor Beginn der Behandlung ausführlich über die Charakteristika seines Beschwerdebildes gesprochen: Jeder fünfte Kopfschmerz-Betroffene und 12% der Migräne-Betroffenen verneinen ein ausführliches Anamnesegespräch mit dem Arzt (vgl. Abbildung 38).

Abb. 37

„Warum haben Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen / Migräne bisher noch keinen Arzt aufgesucht?“

(Mehrfachnennungen möglich)

... kennen viele ihre „Kopfschmerz-Auslöser“

... glauben 15%, es gäbe keine wirkungsvollen Behandlungsmethoden

Für die Diagnostik von Kopfschmerzerkrankungen ist ein ausführliches Anamnesegespräch wichtig

Doch nicht mit jedem Betroffenen wird ausführlich über die Beschwerden gesprochen

Abbildung 38

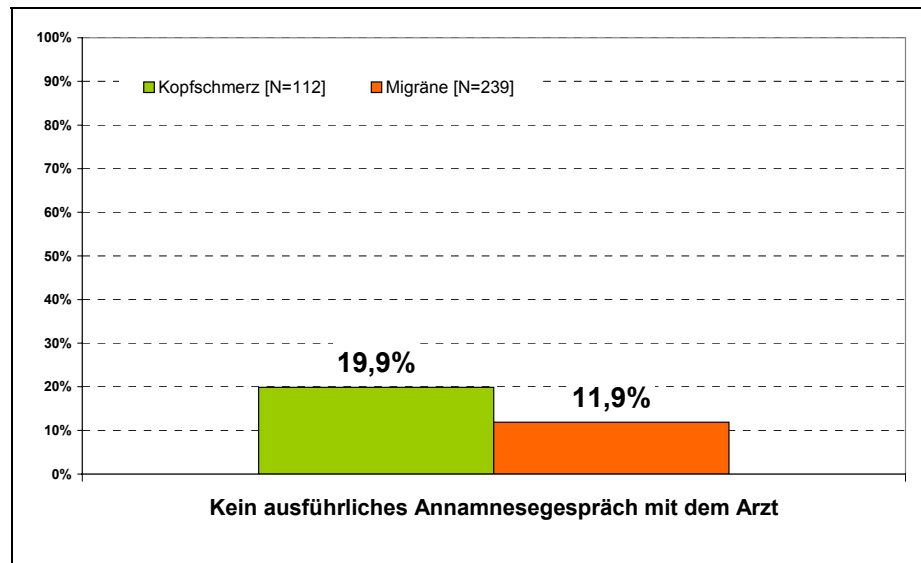
Abb. 38

Frage: „Haben Sie vor Beginn Ihrer Behandlung mit Ihrem behandelnden Arzt ausführlich über Ihre Kopfschmerzen / Migräne gesprochen?“

Gemeint ist hier z.B. wie häufig und wie lange die Schmerzen auftreten, wo es genau weh tut und wie stark die Schmerzen sind.“

Hinzu kommt: Nicht immer ist die Diagnose richtig

Nicht immer wird über Risiken einer Schmerzmitteleinnahme aufgeklärt



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Erfreulich ist allerdings, dass bei der deutlichen Mehrheit der Betroffenen nach eigenen Angaben ein ausführliches Anamnesegespräch erfolgt ist.

Offen bleibt jedoch, ob letztlich auch die richtige Diagnose gestellt wurde. Auf der Jahrestagung der Europäischen Neurologengesellschaft im Jahr 2006 wurde bemängelt, dass viele Migräne-Patienten oft unnötig leiden müssten, weil ihre Erkrankung nicht korrekt diagnostiziert bzw. überhaupt erkannt würde.

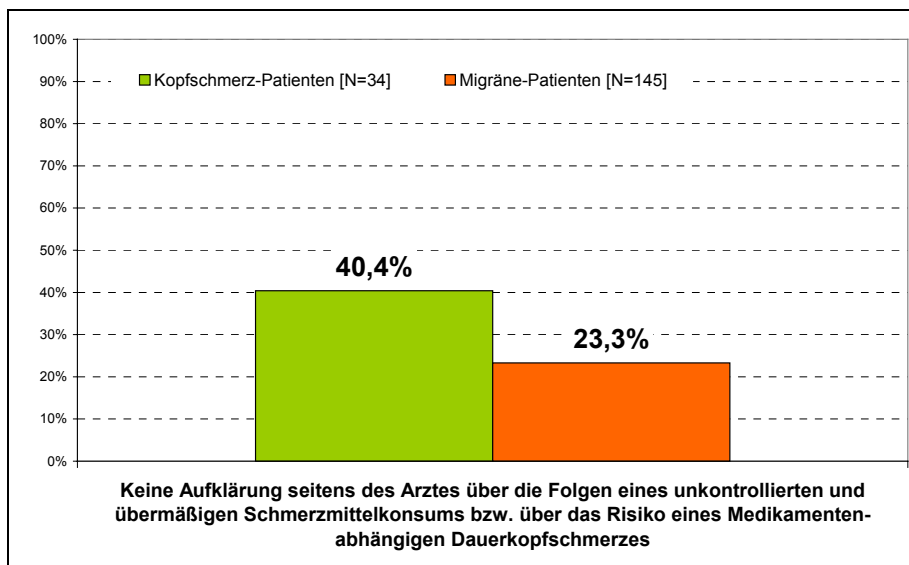
In der Kopfschmerzstudie von 1993 erhielten 42% der Migräne-Kranken, die die IHS-Kriterien für „Migräne“ erfüllten, die Diagnose „Störungen des Bewegungsapparates“. Eine „Migräne“ wurde zwar als zweithäufigste Diagnose gestellt, allerdings nur bei 26%.³⁶

Im Rahmen der DAK Bevölkerungsbefragung gaben hingegen 239 der 326 Migräne-Betroffenen, d.h. 84%, eine ärztliche Bestätigung der Diagnose „Migräne“ an. Ob diese Diagnose im Einzelfall korrekt ist, bleibt offen.

Auch auf der Seite der Therapie scheint es Verbesserungsbedarf zu geben. Dies gilt unter anderem für die Aufklärung hinsichtlich der Folgen und Risiken eines übermäßigen Schmerzmittelkonsums. Wie aus Abbildung 39 deutlich wird, wurden 40% der Kopfschmerz-Patienten und fast jeder vierte Migräne-Patient nicht über die Risiken einer Schmerzmitteleinnahme aufgeklärt.

³⁶ Göbel, H. et al.: The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 14/2:97-106 (1994).

Abbildung 39



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

Denn, werden Schmerzmittel zu häufig und über lange Zeiträume eingenommen, besteht bei den Kopfschmerz- bzw. Migräne-Betroffenen nicht nur die Gefahr eines medikamenten-bedingten Dauerkopfschmerzes, sondern es steigt auch das Risiko für organische Folgeschäden, z.B. an den Nieren. Schätzungen zu Folge werden 20 – 30% der Dialysepatienten wegen eines zu hohen Schmerzmittelkonsums dialysepflichtig.³⁷

Vor dem Hintergrund, dass Betroffene, die ihre Schmerzmittel ärztlich verordnet bekommen, dazu neigen, höhere Dosen einzunehmen als diejenigen die Selbstmedikation betreiben, ist mehr Aufklärung auch seitens der Ärzte dringend erforderlich.

Studien zu Folge leiden bis zu 1,5% der erwachsenen Bevölkerung an einem Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz, Tendenz steigend. Erschreckend ist, dass auch Kinder schon betroffen sind.³⁸ Im nachfolgenden Exkurs wird diesem selbstverursachten Gesundheitsproblem deshalb ein besonderes Augenmerk gewidmet.

Abb. 39

Frage: „Hat Ihr behandelnder Arzt Sie über die Folgen eines unkontrollierten und übermäßigen Schmerzmittelkonsums aufgeklärt?“

„Die frühzeitige Aufklärung von Kopfschmerzpatienten bezüglich der Gefahren der Entwicklung eines medikamenten-induzierten Kopfschmerzes zum einen und die Bereitstellung nicht-medikamentöser Maßnahmen als gleichwertige Therapieansätze sind wichtige Basismaßnahmen in der Kopfschmerztherapie.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

³⁷ Göbel, H. Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag (2004).

³⁸ Obermann, M. et al.: Medication overuse headache. Expert Opinion on Drug Safety. 5(1):49-56 (2006).

Exkurs: Medikamenten-induzierter Dauerkopfschmerz

„Die Aufklärung eines medikamentenfehlgebrauchenden Patienten ist schwer, da dieser über Jahre, manchmal Jahrzehnte, gelernt hat, dass ihm Medikamente in der Kupierung von Kopfschmerzen gut helfen. Es fällt den meisten Patienten schwer einzusehen, dass sich bei Übergebrauch von Medikamenten ein eigener Kopfschmerztypus einstellen kann.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

„Dass Schmerzmittel bei Kopfschmerzpatienten selber Kopfschmerzen hervorrufen können, ist nicht allgemein bekannt.“

*Prof. Andreas Straube,
Klinikum Großhadern,
München*

Fehlverhalten und Wissensdefizite können Kopfschmerzen chronifizieren

Der Medikamenten-induzierte Dauerkopfschmerz ist nach Spannungskopfschmerz und Migräne mittlerweile die dritthäufigste Kopfschmerzform in der Bevölkerung. Bei 80% der Betroffenen besteht ein täglicher Kopfschmerz vom Aufwachen bis zum Schlafengehen.

Noch immer wird das Auftreten dieser Erkrankung allgemein unterschätzt. Die wenigsten Betroffenen wissen, dass sich ihr Kopfschmerz aufgrund der Schmerzmitteleinnahme verschlimmert hat.

Hauptcharakteristika eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes sind:

- Kopfschmerzen bestehen an mehr als 15 Tagen im Monat
- Schmerzmittel werden an mindestens 15 Tagen im Monat eingenommen (Triptane mindestens 10 Tage im Monat)
- Die Einnahme erfolgt kontinuierlich seit mindestens drei Monaten
- Und nicht zuletzt, die Beschwerden verschwinden nach Absetzen der Schmerzmedikation

Um das Ausmaß noch einmal deutlich zu machen: 1,6% der Männer und 2,2 % der Frauen nehmen in Deutschland täglich Schmerz und Migränemittel.³⁹ Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies mehr als 500.000 Männer und fast 800.000 Frauen.

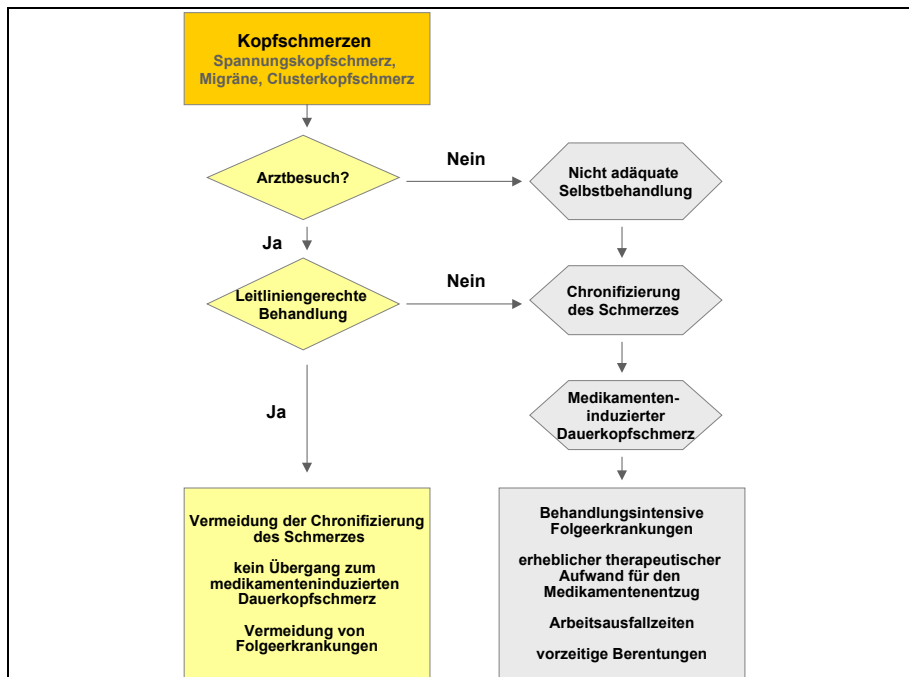
Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass überwiegend Menschen mit Spannungskopfschmerz oder Migräne bei Fehlgebrauch von Schmerzmitteln einen medikamenten-abhängigen Dauerkopfschmerz entwickeln. Bei anderen Kopfschmerzformen oder anderen Schmerzlokalisationen, wie z.B. Rückenschmerz, tritt diese Folgeerscheinung hingegen nicht oder nur höchst selten auf.

Insofern überrascht es nicht, dass insgesamt 65% der Betroffenen zuerst an Migräne litten und weitere 27% unter Spannungskopfschmerz, bevor sie einen Medikamenten-abhängigen Kopfschmerz entwickelten. Dies unterstreicht, wie wichtig Aufklärung hinsichtlich eines richtigen Schmerzmittelgebrauchs gerade bei Betroffenen dieser beiden Kopfschmerzformen ist.

Abbildung 40 verdeutlicht, wie Fehlverhalten auf Seiten der Patienten sowie Wissensdefizite auf Seiten der Ärzte den Weg in die Chronifizierung des Kopfschmerzes bahnen können. Der Übergang in einen Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz ist dann oftmals fließend.

³⁹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 7: Chronische Schmerzen (2002).

Abbildung 40



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes:
Chronische Schmerzen (Heft 7)

Die einzige Möglichkeit der Therapie besteht in einem Schmerzmittelentzug, der häufig stationär, aber unter bestimmten Voraussetzungen auch ambulant oder tagesklinisch durchgeführt werden kann. Die Betroffenen werden in dieser Phase auch psychologisch betreut. Die Rückfallquote liegt allerdings bei 30%.

Oberstes Ziel sollte es daher sein, einen Medikamenten-induzierten Kopfschmerz gar nicht erst entstehen zu lassen: Nur durch Aufklärung und einen entsprechenden Umgang mit Schmerz- und Migränemitteln in der Bevölkerung sowie durch Erweiterung des Kenntnisstandes hinsichtlich leitliniengerechter Therapieverfahren und deren Umsetzung in die Praxis auf Seiten der Ärzte lässt sich diese Kopfschmerzform verhindern. Daran appellieren auch die Experten im Rahmen der Expertenbefragung zum Thema Kopfschmerz und Migräne, wie im nachfolgenden Abschnitt deutlich wird.

Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten in Deutschland aus Sicht der Experten

Die Gefahren eines Schmerzmittelmissbrauchs machen deutlich, wie wichtig eine adäquate Versorgung von Betroffenen insbesondere mit schweren Kopfschmerzerkrankungsformen ist. Die DAK hat dies zum Anlass genommen, deutschlandweit Experten aus der klinischen und der ambulanten Versorgung sowie aus der Forschung zur Versorgungssituation von Migräne- und Kopfschmerz-Patienten in Deutschland zu befragen.

Abb. 40

Effekte einer ineffektiven Behandlung von Kopfschmerzen

„Viele Betroffene mit chronischen Kopfschmerzen behandeln sich außerhalb des professionellen Systems: Sie informieren sich im Bekanntenkreis, über die Publikums- und in der Apotheke über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen.“

Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel

„Interessanterweise wird die Hälfte aller Patienten zum Medikamentenentzug nicht vom Arzt sondern vom Apotheker geschickt.“

Prof. Hans-Christoph Diener,
Universitätsklinikum Essen

Adäquate Versorgung der Betroffenen sehr wichtig

„Die Selbstmedikation, das Angebot an nicht rezeptpflichtigen Mitteln, der relativ einfache Zugang zu den Mitteln, die nicht immer optimale Beratungsqualität in Apotheken und die allgegenwärtige Werbung für Schmerzmittel, insbesondere im Fernsehen, führt ohne Zweifel zu einem häufig unangemessenen Gebrauch solcher Mittel.“

*Prof. Gerd Glaeske,
Universität Bremen*

„Ein Großteil der Patienten mit Kopfschmerzen sucht primär nicht ärztliche Hilfe auf, sondern lässt sich in der Apotheke beraten.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel*

„Werbung bezüglich Schmerzmittel drastisch reduzieren oder am besten ganz verbieten.“

*Dr. Jochen Bommers,
Apotheker, Altenholz*

„Schlechte Ausbildung von Hausärzten und Neurologen zum Thema Kopfschmerz. Häufigste Frage von Patienten an mich, ob ich jemanden in Wohnnähe wüsste, der Kopfschmerzen behandeln kann.“

*Dr. Arne May,
Universitätsklinikum
Hamburg*

Mit Blick auf den Schmerzmittelkonsum bei Kopfschmerzen

- vertritt die Hälfte der befragten Experten die Auffassung, dass in Deutschland gegenwärtig im Zusammenhang mit der (Selbst-) Behandlung von Kopfschmerzen durchaus von einem unangemessenen Schmerzmittelgebrauch im Sinne eines Übergebrauchs gesprochen werden kann.
- bewerten die Experten zudem mehrheitlich, dass das Risiko eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes infolge eines hohen Konsums von Schmerzmitteln in der Bevölkerung zu wenig bekannt sei.

Allerdings vertreten nicht alle Experten diese Einschätzungen: Einige weisen explizit darauf hin, dass ein Fehlgebrauch von Schmerzmitteln nur Einzelne beträfe (0,5 bis 2% der Bevölkerung). Außerdem wüssten die Betroffenen um das Risiko eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes hinreichend Bescheid.

Dennoch sind sich nahezu alle Experten einig: mehr Aufklärung in diesem Bereich sei dringend nötig, sowohl in der Bevölkerung insgesamt als auch speziell bei den betroffenen Patienten. Einige Experten sehen zudem Aufklärungsbedarf auch auf Seiten der Ärzte.

Neben dem behandelnden Arzt sehen die Experten besonders auch

- die Apotheken
- die Krankenkassen
- und nicht zuletzt die Medien

in der Pflicht, sich an der Aufklärung zu den Risiken eines überhöhten Schmerzmittelkonsums sowie speziell zum Auftreten eines Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerzes zu beteiligen. Der Kenntnisstand bezüglich eines adäquaten Umgangs mit Schmerzmitteln im Zusammenhang mit Kopfschmerzerkrankungen und den Risiken eines Fehlgebrauchs müsse breitflächig erweitert werden.

Einige Experten befürworten auch konkrete Warnhinweise auf Medikamentenpackungen, andere halten es wiederum für wichtig, nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden zu stärken, um so einem überhöhten Schmerzmittelkonsum entgegenzuwirken.

Hinsichtlich der **Versorgung von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten** sehen die Experten mehrheitlich Defizite ...

... im Bereich der Diagnostik:

- Unzureichender Kenntnisstand seitens der behandelnden Ärzte, insbesondere bei den Hausärzten bzw. Allgemeinmedizinern, hinsichtlich Kopfschmerzerkrankungen, speziell Migräne.

- Unzureichende finanzielle Honorierung des ärztlichen Anamnesegesprächs im Rahmen der Diagnostik von Kopfschmerzkrankungen: Eine „Kopfschmerzanamnese“ ist zeitaufwendig, dies wird nicht hinreichend vergütet.
- Oftmals zu viel apparative Diagnostik.

... und insbesondere im Bereich der Therapie:

- Unzureichender Kenntnisstand, insbesondere hinsichtlich leitliniengerechter Therapiemaßnahmen.
- Unzureichende Umsetzung leitliniengerechter Therapiemaßnahmen, speziell hinsichtlich des Einsatzes von Triptanen in der Migräne-Akuttherapie: Die Hälfte der Experten ist der Auffassung, dass Triptane zu selten verordnet würden.
- Wirksame nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen, speziell Verhaltenstherapiemaßnahmen, würden kaum vermittelt.

Mit Blick auf den letzten Punkt zeigte sich in der DAK-Bevölkerungsbefragung, dass sowohl ein Viertel der befragten Kopfschmerz-Patienten, die sich aufgrund ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung befinden, als auch ein Viertel der Migräne-Patienten seitens des behandelnden Arztes keine Hinweise erhalten haben, was sie gegen die Schmerzen tun könnten, wenn sie keine Medikamente nehmen wollen.

Des Weiteren wurde von der Mehrheit der Experten bemängelt, dass im Rahmen der Versorgung von Kopfschmerz- und speziell Migräne-Patienten zu wenig Interaktionen im ambulanten Versorgungsbereich bestünden. Patienten würden zum Beispiel nach Auffassung einiger Experten nicht, zu rasch oder zu spät an einen Facharzt überwiesen. Auch gäbe es zu wenig spezialisierte Ansprechpartner für die Betroffenen. Zudem würden zu wenig interdisziplinäre Therapieansätze, d.h. Therapiekonzepte, die eine Zusammenarbeit von Neurologen, Psychologen und Physiotherapeuten in der Kopfschmerzbehandlung beinhalten, angeboten.

Letztlich hilft eine adäquate Kopfschmerz-Therapie nicht nur, eine Chronifizierung des Leidens zu verhindern, sondern auch Enttäuschungen auf Seiten der Betroffenen infolge inadäquater Therapieversuche zu minimieren.

Darüber hinaus sehen einige Experten auch noch ein ganz anderes Problem: Kopfschmerzen sind als Beschwerdebild bzw. insbesondere als Erkrankung nicht immer anerkannt. Dies gelte sowohl für das Umfeld der Betroffenen als auch durchaus für die ärztliche Seite. Und dies hat natürlich Konsequenzen für die Diagnostik bzw. Therapie und zeigt, dass auch hier Aufklärung nötig wäre.

„Die Diagnose Migräne sowie Kopfschmerz vom Spannungstyp ist bei guter Anamnese schnell und sicher zu stellen. Hier besteht zu wenig Wissen. Insbesondere wird immer noch eine apparative Überdiagnostik betrieben.“

*Prof. Stefan Evers,
Westfälische Wilhelms-
Universität Münster*

„Der Kenntnisstand vieler Ärzte bezüglich der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie von Kopfschmerzen ist schlecht. Positive Aussagen sind diejenigen, die regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen besuchen, an qualitativ hochwertigen Kongressen teilnehmen oder entsprechende Fortbildungsmedien wie Fachzeitschriften oder Publikationen zu Leitlinien lesen. Diese Kolleginnen und Kollegen machen aber leider nur etwa 50% der Ärzteschaft aus.“

*Prof. Hans-Christoph
Diener,
Universitätsklinikum
Essen*

„Die Mehrzahl der Patienten hat keine Chance auf einen interdisziplinären Therapieansatz, da so gut wie keine Angebote vorhanden sind.“

*Prof. Andreas Straube,
Klinikum Großhadern,
München*

„Kopfschmerzen werden in der hausärztlichen Praxis aber auch im häuslichen Umfeld nicht als Beschwerden anerkannt und deshalb nicht hinterfragt.“
Prof. Andreas Straube,
Klinikum Großhadern,
München

„Insbesondere Migräne und Spannungskopfschmerz werden nach wie vor nicht als Krankheiten wahrgenommen.“
PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin

„Die Erweiterung des Kenntnisstandes auf ärztlicher Seite bezüglich Schmerz-Therapie ist wichtig. Wichtig ist aber auch die finanzielle Aufwertung des ärztlichen Gespräches.“
Dr. Arne May,
Universitätsklinikum
Hamburg

„Wenn der niedergelassene Arzt aufgrund der Vergütungsregelungen für ein Rezept letztlich ebensoviel bekommt, wie für ausführliche Beratungsgespräche, werden sich viele dafür keine Zeit nehmen...“
Dr. Andreas Peikert,
Neurologe, Bremen

„Kopfschmerzen sind die Volkskrankheit Nr. 1, daher muss auch eine breite Aufklärung in der Bevölkerung erfolgen.“
Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel

Die DAK-Bevölkerungsbefragung hatte in diesem Zusammenhang, wie berichtet, gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Kopfschmerz- und der Migräne-Betroffenen in ihren Beschwerden keinen Grund sehen, zum Arzt zu gehen. Zweifelsohne, auch das sei an dieser Stelle nochmals betont, muss nicht jeder, der „mal Kopfschmerzen hat“ zum Arzt. Aber, gerade für Migräne-Betroffene gibt es mittlerweile wirksame Therapieverfahren. Und, dies zeigte die DAK-Bevölkerungsbefragung auch, selbst von den mäßig bis schwer beeinträchtigten Migräne-Betroffenen waren 13 % wegen ihrer Beschwerden noch nicht bei einem Arzt.

Inwieweit hierfür die von einigen Experten angemerkte mangelnde Akzeptanz gegenüber der Erkrankung als solche eine Rolle spielt, bleibt offen, ist aber nicht auszuschließen.

Welche Maßnahmen könnten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten in Deutschland beitragen?

Handlungsbedarf sehen die Experten in erster Linie in einer Erweiterung des Kenntnisstandes in Bezug auf Kopfschmerzerkrankungen:

- Sowohl hinsichtlich Diagnostik und Therapie auf ärztlicher Seite durch eine Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung
- als auch in der Bevölkerung bzw. speziell bei den Betroffenen durch mehr Aufklärung insbesondere bezüglich wirksamer Therapieverfahren.

Alle Experten befürworten die im Rahmen der Befragung vorgeschlagenen Maßnahmen „Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte bezüglich Schmerztherapie“ und „Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der Existenz wirksamer Therapieverfahren unter ärztlicher Begleitung“ zur Verbesserung der Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Patienten.

Im Zusammenhang mit der Erweiterung des Kenntnisstandes auf ärztlicher Seite weisen einige Experten allerdings auch darauf hin, dass hier eine finanzielle Aufwertung des Beratungsgespräches mit in Betracht gezogen werden sollte.

Die Aufklärung in der Bevölkerung wiederum sollte regelmäßig, flächendeckend und frühzeitig, also auch schon bei jüngeren Betroffenen, erfolgen.

Darüber hinaus sehen die Experten Handlungsbedarf bei der ambulanten Versorgung von Kopfschmerz-Patienten: Hier sollte eine bessere Vernetzung der beteiligten Akteure angestrebt werden und das Angebot an integrativen Therapieangeboten erweitert werden.

Einen „Ausbau von Kopfschmerzbehandlungszentren mit interdisziplinären Therapieansätzen“ befürwortet in diesem Zusammenhang die Mehrheit der Experten, wenngleich einige dieser Maßnahme auch kritisch gegenüber stehen. Bestehende Kopfschmerzambulanzen sollten zunächst verstärkt genutzt werden. Auch eine entsprechende Nachsorge der Patienten durch die Hausärzte vor Ort müsste sicher gestellt sein.

Deutlich wurde in der Expertenbefragung auch, dass insbesondere im Bereich Aufklärung auch die Krankenkassen gefordert sind. Für die DAK ist dies eine Bestätigung, mit dem diesjährigen Schwerpunktthema den Focus auf ein Gesundheitsproblem in der Bevölkerung zu legen, das zwar viele aus eigener Erfahrung kennen, bei dem aber mit Blick auf die Frage „Wie bekomme ich meine Beschwerden am besten in den Griff?“ auch noch ein erheblicher Aufklärungsbedarf besteht.

Gerade bei Migräne-Betroffenen, die häufig und in schwerer Form unter Migräne-Attacken leiden, kommt neben der Akutbehandlung auch der Prophylaxe von Attacken ein hoher Stellenwert zu. Aus Sicht der Experten, gibt es auch hier Verbesserungsbedarf: Neben einer medikamentösen Prophylaxe, die nach Meinung der Experten zu wenige Migräne-Patienten erhalten, sind insbesondere hier Maßnahmen des eigenen Verhaltens sehr wichtig.

Doch bevor im nachfolgenden Kapitel auf nicht-medikamentöse Therapie- und insbesondere Verhaltensmaßnahmen im Umgang mit Kopfschmerzen und speziell Migräne näher eingegangen wird, steht auf den nächsten Seiten zunächst noch einmal eine medikamentöse Therapieform im Blickpunkt: Die Behandlung akuter Migräne-Attacken mit den so genannten Triptanen.

Wie viele Migräne-Betroffene erhalten Triptane?

Triptane sind die Medikation der ersten Wahl im Rahmen einer leitliniengerechten Therapie akuter Migräne-Attacken, insbesondere bei mittelschweren bis schweren Attacken. Die Wirkung der Triptane beruht dabei auf der Blockade eines bestimmten Subtyps von Serotoninrezeptoren (5HT₁). Serotonin wiederum ist an der Entwicklung der Migränesymptomatik beteiligt. Triptane sind aktuell die spezifischsten Migränemittel, die in vielen Fällen helfen, eine Migräne-Attacke erfolgreich zu beenden.

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung zeigte sich, dass insgesamt 49% und damit jeder zweite Migräne-Betroffene, der angibt, ein Schmerzmittel verordnet bekommen zu haben, ein Triptan einnimmt.

Berücksichtigt man auch hier den Grad der Beeinträchtigung aufgrund der Migräne bei den Betroffenen vor dem Hintergrund, dass Triptane vor allem bei schwereren Migräne-Attacken zum Einsatz kommen sollten, so zeigt sich, dass zwischen den Betroffenen mit geringerer und denen mit stärkerer Beeinträchtigung hinsichtlich der Einnahme von Triptanen kein erheblicher Unterschied besteht.

„Die Kooperation mit den Hausärzten und Apothekern muss gestärkt werden, da sie bei Schmerzproblemen die ersten Anlaufstationen sind.“

*Prof. Gerd Glaeske,
Universität Bremen*

„Der Ausbau von Kopfschmerzbehandlungszentren mit interdisziplinären Therapie-Ansätzen ist unbedingt notwendig!“

*Dr. Uwe Reuter,
Charité Berlin*

„Information der Patienten über Möglichkeiten der medikamentösen und nicht-medikamentösen Prophylaxe unterbleiben häufig.“

*Dr. Andreas Peikert,
Neurologe, Bremen*

„Vorbeugung durch Verhalten gehört zu den essentiellen Voraussetzungen einer zeitgemäßen Migränetherapie.“

*Prof. Hartmut Göbel,
Schmerzlinik Kiel*

„In Deutschland werden im Vergleich zu anderen Staaten Triptane und Migräneprophylaktika unzureichend verordnet. Die Leitlinien der DMKG hierzu sind evidenzbasiert und sollten in der täglichen Praxis Anwendung finden.“

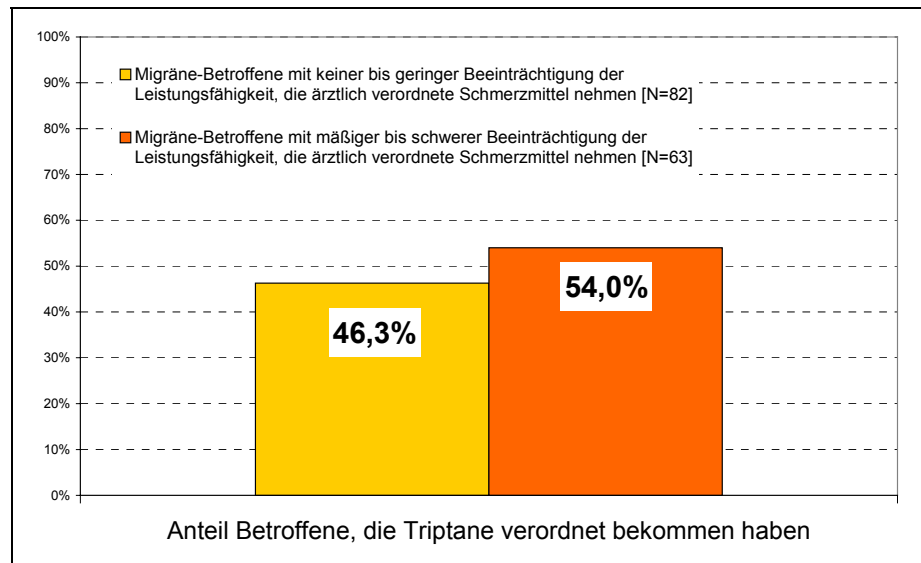
*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

Abbildung 41

Abb. 41

Frage: „Hat Ihnen Ihr behandelnder Arzt im Rahmen der Schmerztherapie ihrer akuten Migräne-Attacken ein spezielles Migräne-Medikament verordnet?“

Den Befragten wurden die Handelsnamen der Triptane genannt und sie wurden gefragt, ob sie das jeweilige Präparat einnehmen oder nicht.



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2006

„Triptane werden entweder falsch oder auf jeden Fall zu zurückhaltend eingesetzt.“

*Prof. Volker Pfaffenrath,
Neurologe, München*

„Unsere Untersuchungen zeigen, dass ein Drittel aller Patienten, bei denen Schmerzmittel nicht wirksam sind, kein Triptan verordnet bekommen. Dies beruht entweder darauf, dass der behandelnde Arzt mit dieser Medikamentengruppe nicht vertraut ist oder sich aus Budget-Gründen weigert, diese Medikamente zu verschreiben.“

*Prof. Hans-Christoph Diener,
Universitätsklinikum Essen*

Die auf den ersten Blick vielleicht unerwartete Beobachtung, dass auch in der Gruppe der nicht bis gering beeinträchtigten Migräne-Betroffenen nahezu jeder Zweite ein Triptan verordnet bekommen hat, könnte dafür sprechen, dass die durch die Migräne verursachte Beeinträchtigung bei den Betroffenen gerade durch die Triptan-Behandlung minimiert ist, was wiederum für eine erfolgreiche Therapie spräche.

Im Umkehrschluss könnte die bestehende stärkere Beeinträchtigung in der anderen Gruppe, trotzdem hier mehr als jeder Zweite ein Triptan verordnet bekommen hat, für einen geringeren Therapieerfolg bei den Betroffenen sprechen.

Allerdings, in Betracht zu ziehen ist auch, dass Triptane nicht jedem Patienten helfen. Zudem können durch Einnahmefehler seitens der Patienten, insbesondere durch eine zu späte Einnahme der Medikation im Verlauf der Kopfschmerzphase der Migräne, Behandlungserfolge minimiert werden. Eine zu häufige Einnahme wiederum steigert das Risiko, einen Medikamenten-Kopfschmerz zu entwickeln. Patienten, die unter einer hohen Migräne-Attackenfrequenz leiden, sind nicht selten in einem Zwiespalt aus rechtzeitiger aber nicht zu häufiger Einnahme.

Die Tatsache, dass gerade von den mäßig bis schwer beeinträchtigten Migräne-Patienten in der Konsequenz fast jeder Zweite (46%) kein Triptan verordnet bekommen hat, könnte allerdings auch auf eine bestehende Unterversorgung hinsichtlich dieser spezifischen Migränemedikation hindeuten. Im Rahmen der Expertenbefragung wurde bereits deutlich, dass die Hälfte der befragten Fachleute der Auffassung ist, in Deutschland würden Triptane nur unzureichend verordnet, sei es aus Budgetgründen oder aus Unkenntnis.

Berücksichtigt werden sollte allerdings in diesem Zusammenhang auch, dass nicht alle Migräne-Patienten aus medizinischer Sicht Triptane erhalten können: Bei Betroffenen mit Bluthochdruck oder anderen kardiovaskulären Erkrankungen sowie mit Leber- und Nierenerkrankungen sind Triptane kontraindiziert, d.h. diese Patienten sollten keine Triptane einnehmen. Der Anteil derer, die sowohl unter Migräne als auch unter einer dieser Erkrankungen leiden, ist hier nicht bekannt. In der Konsequenz hieße dies allerdings, dass anteilig mehr Betroffene Triptane erhielten als in Abbildung 41 angegeben.

Für die DAK war die Tatsache, dass die Verordnung von Triptanen in Deutschland in einem kritischen Licht steht, letztlich mit ein Anlass, erstmalig im Rahmen der Erstellung des DAK-Gesundheitsreports auch Arzneimitteldaten der DAK-Versicherten auszuwerten. Im Blickpunkt standen dabei natürlich Triptane. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Triptane bis Ende 2005 die einzige ausschließlich verordnungspflichtige Migränemedikation darstellten. Erst seit Anfang 2006 ist ein Triptan auch rezeptfrei erhältlich.

Verordnung von Triptanen bei DAK-Versicherten – Auswertung der DAK Arzneimitteldaten des Jahres 2005

Eine zentrale Kennziffer bei der Auswertung von Arzneimitteldaten ist das Verordnungsvolumen eines Wirkstoffs, angegeben als so genannte „Defined Daily Doses“ (DDD). Diese definierte Tagesdosis gibt die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Wirkstoffmenge an, die zur Behandlung der Hauptindikation bei einer Person für einen Zeitraum von einem Tag unter normalen Bedingungen ausreicht.

Abbildung 42 zeigt die im Jahr 2005 verordneten DDD an Triptanen je 100 Versichertenjahre bei erwerbstätigen DAK-Versicherten aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht.

Frauen weisen ein deutlich höheres Volumen an verordneten Tagesdosen an Triptanen auf als Männer. Wodurch lässt sich dieser deutliche Unterschied erklären?

Zweifelsohne, Frauen sind mehr als doppelt so häufig von Migräne betroffen als Männer, wie aus zahlreichen Studien bekannt ist bzw. wie es die im Rahmen des Schwerpunktthemas vorgenommenen AU-Datenanalyse zeigte.

Erstmals Auswertung von DAK Arzneimitteldaten für den DAK-Gesundheitsreport

Im Blickpunkt stehen die Triptanverordnungen

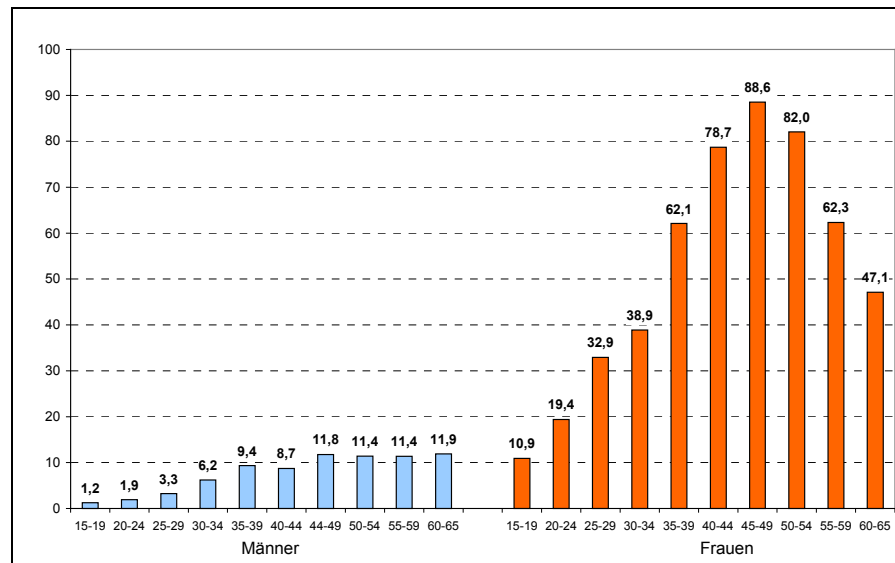
Frauen erhalten mehr Triptane

Abbildung 42

Abb. 42

**Triptane:
Definierte Tagesdosen (DDD) bei
DAK-versicherten
Erwerbstätigen
nach Alter und
Geschlecht**

**(DDD pro 100 Versi-
chertenjahre)**



Quelle: DAK Arzneimitteldaten 2005

**Verordnungsvolumen
bei Frauen um ein
Vielfaches höher als
bei Männern**

**Verschiedene Fakto-
ren könnten dafür re-
levant sein:**

**längere
Attackendauer**

**höhere
Schmerzintensität**

**höhere Bereitschaft,
zum Arzt zu gehen,
bzw. Medikamente
einzunehmen**

**besserer Kenntnis-
stand hinsichtlich
möglicher Therapien**

Doch dies allein reicht nicht aus, das bis zu zehnfach höhere Verordnungsvolumen an Triptanen zu begründen. Welche Faktoren könnten außerdem relevant sein?

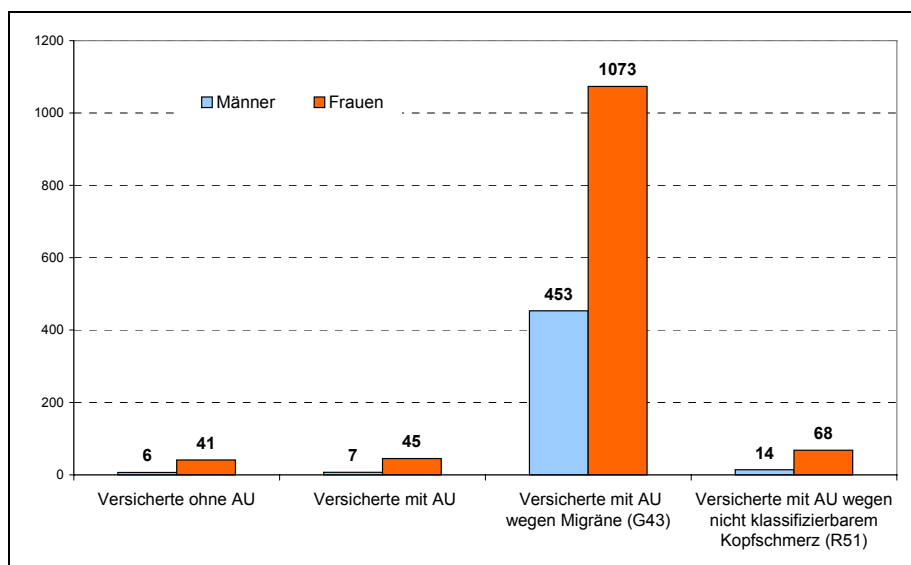
- In der DAK-Bevölkerungsbefragung zeigte sich, dass Migräne-Attacken bei Frauen zwar nicht häufiger auftraten, aber tendenziell länger dauerten als bei Männern: Bei 85% der Männer dauerte eine Migräne-Attacke maximal 23 Stunden, bei den Frauen war dies nur bei 62% der Fall. Eine längere Attackendauer bedingt aufgrund des begrenzten Wirkzeitraums der Triptane eine insgesamt höhere Einnahme der Medikation, wobei ein Triptan nicht häufiger als zweimal pro Tag eingenommen werden sollte.
- Mit Blick auf die Schmerzintensität zeigte sich, dass Frauen zu einem höheren Anteil unter stärkeren Migräne-Kopfschmerzen leiden als Männer. Dies wiederum kann nicht nur die Bereitschaft zur Einnahme von Medikamenten beeinflussen, sondern im Kontext mit der Schmerzdauer auch die Bereitschaft erhöhen, einen Arzt aufzusuchen. Frauen gehen allgemein häufiger zum Arzt als Männer. Dies gilt auch für Migräne: Von den Befragten gaben 58% der Frauen und 41% der Männer an, wegen ihrer Migräne schon mindestens einen Arzt aufgesucht zu haben.
- Inwieweit Frauen möglicherweise über Therapiekonzepte bei Migräne, speziell über die mögliche Behandlung mit Triptanen einen besseren Kenntnisstand haben als Männer, ist auch in Betracht zu ziehen, bleibt an dieser Stelle allerdings offen. Denkbar wäre in der Konsequenz, dass Frauen eine Triptanbehandlung stärker nachfragen könnten als Männer, was auch zu einem höheren Verordnungsvolumen bei Frauen beitragen könnte.

Nicht zuletzt könnte der sehr deutliche Unterschied hinsichtlich der verordneten Tagesdosen an Triptanen zwischen Männern und Frauen auch auf eine mögliche Überversorgung bei Frauen bzw. eine mögliche Unterversorgung bei Männern hindeuten. Nicht auszuschließen ist, dass die Versorgungssituation der einen Gruppe adäquat ist und nur bei der jeweils anderen Gruppe eine Fehlversorgung vorliegt. Ohne genauen Kenntnisstand der individuellen Migräne-Charakteristika bei den Betroffenen kann die Frage der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung nicht abschließend geklärt werden.

Triptane wurden sowohl bei Männern als auch bei Frauen nahezu ausschließlich bei Migräne verordnet (vgl. Abbildung 43). Für diese Auswertung wurden die DAK-Versicherten in vier Gruppen unterteilt:

Der Gruppe „Versicherte ohne AU“ wurden alle DAK-versicherten Erwerbstätigen zugeordnet, für die im Jahr 2005 keine AU-Bescheinigung vorlag. Der Gruppe „Versicherte mit AU“ wurden alle Versicherten zugeordnet, für die mindestens eine AU-Bescheinigung vorlag, allerdings nicht für die Diagnose „Migräne“ (G43) oder für die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ (R51). Diese Versicherten wurden den beiden anderen Gruppen zugeordnet: „Versicherte mit AU wegen Migräne“ sowie „Versicherte mit AU wegen Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“.

Abbildung 43



Quelle: DAK Arzneimitteldaten 2005

Der Unterschied im Verordnungsvolumen zwischen Männern und Frauen wird allerdings auch hier sehr deutlich: 100 ganzjährig versicherte Frauen mit mindestens einer AU wegen Migräne haben im Jahr 2005 1073 definierte Tagesdosen an Triptanen verordnet bekommen. Jede dieser 100 Frauen hat im Mittel somit 10,7 Tagesdosen erhalten. Bei den Männern waren es entsprechend insgesamt nur 453 bzw. bezogen auf den Einzelnen 4,5 Tagesdosen.

Möglicherweise bestehen Versorgungsunterschiede zwischen Männern und Frauen

Triptane nahezu ausschließlich eine Migräne-Medikation

Spezielle Auswertung der Triptan-Verordnungsvolumina nach AU-Diagnosen

Abb. 43

Triptane DDD-Volumen bei erwerbstätigen DAK-Versicherten mit Krankengeldanspruch, aufgeschlüsselt nach AU-Status

(DDD pro 100 VJ, Werte altersstandardisiert)

Deutliche Unterschied im Verordnungsvolumen zwischen Männern und Frauen

Auch hier bleibt die Frage einer möglichen Fehlversorgung offen

Auch hier bleibt die Frage der möglichen Fehlversorgung des einen oder des anderen Geschlechts im Raum stehen. Allerdings könnte eine mögliche längere Attackendauer bei Frauen zur Erklärung dieses Unterschieds beitragen, wenngleich ein Blick in die AU-Daten der DAK-versicherten Erwerbstätigen des Jahres 2006 zeigt, dass sich die durchschnittliche Falldauer bei Migräne zwischen Männern und Frauen mit 4,3 bzw. 4,0 Tagen nicht nennenswert unterscheidet.

AU-Daten erlauben keine Rückschlüsse auf Schmerzintensität und Therapiekenntnisstand

Aus den AU-Daten sind allerdings keine Rückschlüsse auf die Schmerzintensität bzw. den Therapiekenntnisstand bei den Betroffenen möglich, beides Faktoren, die – wie bereits diskutiert – ebenfalls Einfluss auf die verordnete Menge an Triptanen haben könnten.

Auch Kontraindikationen für eine Triptantherapie könnten relevant sein

Nicht zuletzt, dies zeigte insbesondere der letztjährige DAK-Gesundheitsreport, bei dem Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen im mittleren Alter besonders im Focus standen, sind Männer deutlich häufiger und im Mittel zehn Jahre früher von kardiovaskulären Erkrankungen bzw. Ereignissen, wie z.B. einem Herzinfarkt, betroffen als Frauen. Da diese Erkrankungsgruppe – wie ebenfalls bereits erwähnt – eine Kontraindikation für den Einsatz von Triptanen darstellt, könnten Unterschiede in den Verordnungsvolumina möglicherweise auch zum Teil darin begründet sein, dass vielleicht schlicht weniger Männer mit Triptanen behandelt werden können.

Konservative Abschätzung der anteilig versorgten schweren Migräne-Attacken bei allen DAK- und allen gesetzlich Krankenversicherten

Wie viele schwere Migräne-Attacken werden mit Triptanen versorgt? – Eine aktuelle Schätzung für die DAK und die GKV

Auf Basis der Verordnungsvolumina (DDD) an Triptanen des Jahres 2005, entnommen aus den DAK-Arzneimitteldaten 2005 und dem Arzneimittelverordnungsreport 2006, wurde eine konservative Abschätzung der anteilig versorgten schweren Migräne-Attacken bei allen DAK- und allen gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherten) vorgenommen (vgl. Tabelle 7 und Abbildung 44). Für die Abschätzung der in der GKV versicherten Anzahl an Personen wurden die aktuellen Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2005 herangezogen, wobei davon ausgegangen wurde, dass 88,4% der Bevölkerung in der GKV versichert sind.⁴⁰

Wichtig zu beachten ist, dass diese Abschätzung nicht nur für die Erwerbstätigen, sondern für alle DAK-versicherten Mitglieder durchgeführt wurde, entgegen der sonstigen Auswertungen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports bzw. Schwerpunktthemas. Der Hintergrund für diese Vorgehensweise ist, eine gemeinsame Betrachtung mit der GKV zu ermöglichen, für die keine ausschließlich erwerbstätigenbezogenen Daten vorliegen.

⁴⁰ Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Angabe für das Jahr 2003

Folgende Annahmen wurden für die Abschätzung getroffen:

- Migräne-Prävalenz bei Frauen (Personen über 15 Jahre weiblich) 12%, bei Männern (Personen über 15 Jahre männlich) 6% und bei Kindern bis 15 Jahre 4%⁴¹
- konservative Annahme der Anzahl der jährlichen Migräne-Attacken bei den Betroffenen: 14 Attacken⁴²
- Anteil schwerer Migräne-Attacken an allen Attacken: 30%⁴³
- Häufigste Attackendauer: ein Tag³⁷,
Behandlung mit einer Tagesdosis (DDD) eines Triptans

Annahmen, die bei der Abschätzung zu Grunde gelegt wurden

Tabelle 7: Abschätzung der mit Triptanen versorgten schweren Migräne-Attacken

	DAK-Versicherte insgesamt N=6.775.038			GKV-Versicherte insgesamt [†] N=72.875.192		
	Personen über 15 Jahre weiblich N=3.709.939	Personen über 15 Jahre männlich N=2.147.717	Kinder bis 15 Jahre N=917.382	Personen über 15 Jahre weiblich N=31.955.613	Personen über 15 Jahre männlich N=30.621.156	Kinder bis 15 Jahre N=10.298.423
Anzahl Personen mit Migräne (Prävalenz: weibl. 12%, männl. 6%, Kinder 4%)	445.193	128.863	36.695	3.834.674	1.837.269	411.937
Gesamtzahl an Migräne-Attacken (14 pro Jahr)	6.232.698	1.804.082	513.734	53.685.430	25.721.771	5.767.117
davon Gesamtzahl schwerer Migräne-Attacken (Anteil 30%)	1.869.809	541.225	154.120	16.105.629	7.716.531	1.730.135
Summe Gesamtzahl schwerer Migräne-Attacken	2.565.154			25.552.295		
Verordnete DDD an Triptanen in 2005 insgesamt	1.655.710 (DAK 2005)			13,04 Mio. (AVR 2006)		

Gesamtbevölkerungszahl in Deutschland am 31.12.2005 (Statistisches Bundesamt): 82.438.000, davon 11.649.800 Kinder bis 15 Jahre, verbleiben 70.788.200 Personen über 15 Jahre, davon 51,06 % = 36.148.883 Frauen sowie 48,93 % = 34.639.317 Männer. Zur Abschätzung des Anteils der GKV-Versicherten wurde ein Anteil von 88,4% der jeweiligen Bevölkerungsgruppe (Kinder bis 15 Jahre, Personen über 15 Jahre weiblich, Personen über 15 Jahre männlich) zu Grunde gelegt.

Insgesamt betrug das Verordnungsvolumen an Triptanen bei allen DAK-Versicherten (6,8 Mio.) im Jahr 2005 1,66 Mio. DDD. Damit könnten schätzungsweise 64,5% der schweren Migräne-Attacken bei DAK-Versicherten behandelt werden.

DAK: 64,5% der schweren Migräne-Attacken mit Triptanen behandelt

⁴¹ Diener, H.C.: Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Kopf schmerz-News, 14. Jahrgang, Nummer 1 (2005).

⁴² Diemer, W. und Buchert, H.: Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7 (2002). Die Autoren nennen die jährliche durchschnittliche Mindestanzahl an Tagen, an denen das Leben der Betroffenen negativ von Migräne beeinflusst ist. Andere Autoren gehen von durchschnittlich ein bis zwei Attacken pro Monat aus.

⁴³ Göbel, H.: Die Kopfschmerzen. 2. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2004).

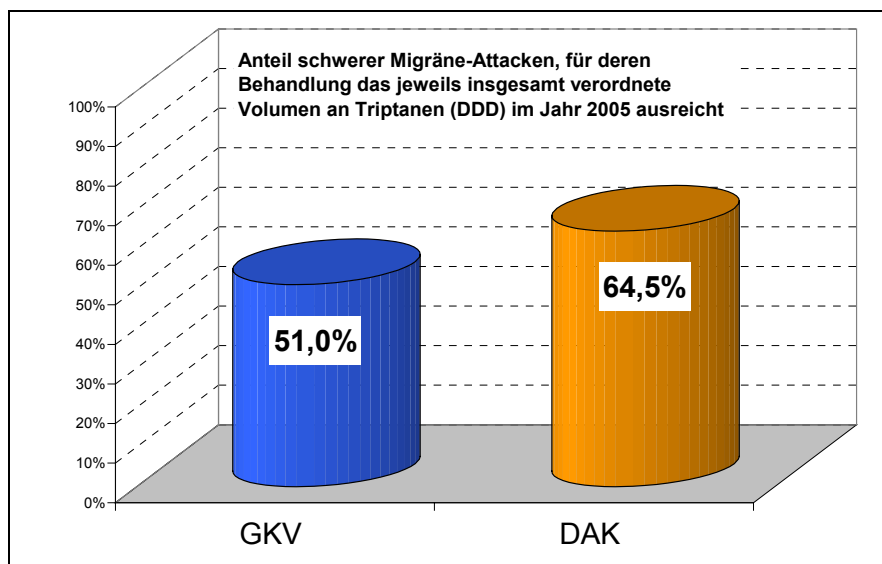
GKV: 51,0% der schweren Migräne-Attacken mit Triptanen behandelt

Das im Rahmen der GKV im Jahr 2005 verordnete Volumen an Triptanen in Höhe von 13,04 Mio. DDD würde wiederum reichen, geschätzte 51,0% der schweren Migräne-Attacken der GKV-Versicherten (88,4% der Gesamt-Bevölkerung) zu therapieren (vgl. Abbildung 44).

Abbildung 44

Abb. 44

Geschätzter Anteil der im Jahr 2005 mit Triptanen versorgten schweren Migräne-Attacken bei allen DAK-Versicherten im Vergleich zur GKV



Quelle: eigene Abschätzung [DAK Arzneimittelraten 2005, Arzneimittelverordnungsreport 2006 (Daten für 2005), Bevölkerungsstatistik, Statistisches Bundesamt 2005]

DAK-Versicherte scheinen besser versorgt

Einige Aspekte sind jedoch zu berücksichtigen:

Möglicherweise bei Kontraindikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen Unterschiede in der Krankheitslast der Versichertenpopulationen

Bei den DAK-Versicherten scheint demzufolge ein höherer Anteil schwerer Migräne-Attacken mit Triptanen versorgt zu sein als bei der GKV-Versichertenschaft insgesamt. Allerdings sollten bei dieser Schlussfolgerung einige Aspekte kritisch in Betracht gezogen werden. Denn, wenngleich diese Abschätzung unter den gleichen Annahmen hinsichtlich der Migräne-Prävalenz, der Attackenfrequenz sowie des Anteils schwerer Migräne-Attacken in den Versichertenpopulationen getroffen wurde, so gibt es dennoch Unterschiede zwischen den beiden Versichertengruppen, die bei dieser Abschätzung nicht berücksichtigt werden konnten:

- Unterschiede in der Krankheitslast wirken sich mit Blick auf Kontraindikationen für die Behandlung mit Triptanen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) möglicherweise auch auf deren Verordnungsvolumen aus bzw. reduzieren die Zahl der tatsächlich mit Triptanen behandelbaren schweren Migräne-Attacken.
- Auch Altersunterschiede könnten hier bedeutsam sein: Ältere Migräne-Kranke können aufgrund von Kontraindikationen möglicherweise seltener mit Triptanen behandelt werden als Jüngere. Außerdem könnten sich speziell mit Blick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterschiedliche Anteile an versicherten Frauen und Männern auswirken.

- In der DAK sind überdurchschnittlich viele Frauen versichert. Mögliche Unterschiede in der Versorgung von Männern und Frauen mit Blick auf die Verordnung von Triptanen – wie im vorangegangenen Abschnitt diskutiert – könnten darüber hinaus ebenfalls Unterschiede im Verordnungsvolumen bedingen.

Der höhere Frauenanteil bei den DAK-Versicherten für sich betrachtet, ist hingegen nicht für Unterschiede zwischen der DAK und der GKV hinsichtlich des Anteils schwerer Migräne-Attacken, für deren Behandlung das Verordnungsvolumen an Triptanen ausreichen würde, ursächlich. Darauf sei in diesem Zusammenhang explizit hingewiesen. Denn, durch die differenzierte Betrachtung von Männern und Frauen bei der Abschätzung wurde der höhere Frauenanteil in der DAK-Versichertenschaft adäquat berücksichtigt bzw. kontrolliert.

Inwieweit Frauen, die bei der DAK versichert sind, ein anderes Gesundheitsverhalten aufweisen als Versicherte anderer gesetzlicher Krankenkassen, d.h. zum Beispiel eher zum Arzt gehen, bestimmte Medikamente – wie Triptane – möglicherweise sogar eher nachfragen bzw. einnehmen, bleibt offen.

Trotz der genannten Einschränkungen, spricht dennoch einiges dafür, dass DAK-Versicherte mit schweren Migräne-Attacken tatsächlich besser mit Triptanen versorgt sein könnten als der GKV-Durchschnitt. Denn die Einschränkungen dürften nur zu einem Teil die in Abbildung 44 aufgezeigte Differenz im Verordnungsvolumen von DAK- und GKV-Versicherten erklären.

Fazit

Die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland weist in einigen Bereichen Defizite auf. Handlungsbedarf besteht aus Expertensicht in einer Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte hinsichtlich Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen.

Darüber hinaus sollte mehr Aufklärung bei den Betroffenen erfolgen, auch über den vernünftigen Umgang mit Schmerzmitteln. Unkenntnis und Fehlverhalten auf beiden Seiten steigern nicht nur das Risiko einer Chronifizierung des Kopfschmerzes, sondern ebnet auch den Weg in einen Medikamenten-induzierten Dauerkopfschmerz. Vor allem Ärzte, aber auch Apotheken, Medien und Krankenkassen sind hier gefordert.

Neben der Vermittlung von Wissen sollten zudem integrative Therapieansätze gefördert, Interaktionen im ambulanten Versorgungsbereich optimiert und verstärkt leitliniengerecht therapiert werden. Hierzu gehört neben der Behandlung von Migräne-Attacken mit Triptanen, wo möglicherweise eine Fehlversorgung besteht, als Ergänzung bzw. Alternative zur weit verbreiteten Schmerzmitteleinnahme auch der Einsatz wissenschaftlich gesicherter nicht-medikamentöser Therapieverfahren. Letzteren widmet sich das nächste Kapitel.

Versorgungsunterschiede zwischen Männern und Frauen

Aber: Höherer Frauenanteil in der DAK-Versichertenschaft adäquat berücksichtigt

In der Konsequenz - DAK-Versicherte könnten tatsächlich besser mit Triptanen versorgt sein

„Nicht-medikamentöse Therapien werden fast nicht eingesetzt. Dies liegt zum einen daran, dass den meisten Ärzten diese Verfahren nicht bekannt sind, zum anderen an einem eklatanten Mangel an verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Schmerzpsychologen.“

*Prof. Hans-Christoph Diener,
Universitätsklinikum
Essen*

„Viel zu wenig Einsatz psychologischer Methoden: Es gibt kaum Diplom-Psychologen, die sich auf Kopfschmerz spezialisiert haben und Biofeedback, progressive Muskelentspannungsverfahren sowie Verhaltenstherapie für Schmerzpatienten anbieten.“

*Dr. Arne May,
Universitätsklinikum
Hamburg*

„Es bestehen große Defizite in der Wahrnehmung nicht-medikamentöser, leitliniengerechter Behandlungsverfahren. Mittlerweile ist die Wirksamkeit der nicht-medikamentösen Migräne-Prophylaxe der medikamentösen gleichgestellt.“

*PD Dr. Peter Kropp,
Universität Rostock*

4.4 Welche nicht-medikamentösen Therapieverfahren werden in der Behandlung von Kopfschmerz und Migräne als wirksam eingestuft?

In der Behandlung von Kopfschmerzen bzw. Migräne gibt es zahlreiche nicht-medikamentöse Verfahren, deren Wirksamkeit zum Teil kontrovers diskutiert wird. Aufgrund fehlender Studien ist eine Beurteilung allerdings auch nicht immer möglich. Im Folgenden werden nur die Verfahren betrachtet, die auf Basis wissenschaftlicher Evidenz Eingang in die Therapieleitlinien gefunden haben.

Verhaltenstherapien

Patienten, die häufig oder sogar dauerhaft unter Kopfschmerzen bzw. hochfrequent unter Migräne leiden, können alternativ oder unterstützend zu einer medikamentösen Behandlung psychologische Therapien anwenden. Zu den wirksamsten Verfahren gehören:

Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

Bei diesem Verfahren lernen Betroffene, wesentliche Muskelgruppen des Körpers in einer bestimmten Reihenfolge erst an- und dann zu entspannen. Der Wechsel von Anspannung und Lockerung bedingt eine intensive Entspannung des Körpers. Regelmäßig angewandt, können Nervosität und Stresssituationen besser bewältigt werden. Dieses Verfahren hat sich in vielen Untersuchungen bei Migräne und Spannungskopfschmerz bewährt.

Die Biofeedback-Methode

Bei diesem Verfahren wird gerätegestützt zum Beispiel die Kopfmuskelaktivität gemessen. Betroffene lernen die bewusste Wahrnehmung und Steuerung von Körperfunktionen, speziell ihrer Muskulatur. Ziel ist es, sich unbewusste Abläufe bewusst zu machen und willentlich, sei es durch Gedanken oder durch Entspannungstechniken, zu beeinflussen. Besonders wirksam ist dieses Verfahren bei Kopfschmerzformen, die mit Muskelverspannungen einhergehen.

Die Kognitive Verhaltenstherapie

Hauptziel dieses Verfahrens ist es, die eigene Wahrnehmung für den Schmerz zu beeinflussen (Schmerzbewältigungstraining). Die „gefühlte“ Beeinträchtigung durch den Schmerz soll minimiert, die Selbstkontrolle erhöht werden. Die Kognitive Verhaltenstherapie basiert auf der Erkenntnis des Philosophen Epiktet: „Es sind nicht die Dinge, die uns unglücklich machen, es ist unsere Sicht der Dinge“.

Auch das Stressbewältigungstraining enthält Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie. Neben der Beeinflussung der eigenen Wahrnehmung stehen hier die Analyse von Stressfaktoren, die Entwicklung von Vermeidungsstrategien sowie die Stärkung der Selbstsicherheit und sozialen Kompetenz im Vordergrund.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zielen insgesamt darauf ab, die Selbstkontrollkompetenz zu stärken und die Beeinträchtigung durch den Schmerz zu minimieren.

Alternative Therapieformen

Ausdauersport

Joggen, Schwimmen, Radfahren – regelmäßiges Training trägt vor allem zur Vorbeugung von Kopfschmerz- und Migräne-Attacken bei.

Physiotherapeutische Maßnahmen

Aus den Leitlinien zur Migränetherapie geht hervor, dass Physiotherapie allein nicht wirksam ist. Allerdings verbessern physiotherapeutische Maßnahmen die Ansprechbarkeit der Betroffenen auf gleichzeitig eingesetzte verhaltenstherapeutische Verfahren. Betroffene mit chronischem Spannungskopfschmerz scheinen vom Einsatz physiotherapeutischer Maßnahmen, wie Kräftigungstraining, Dehnung und Massage, zu profitieren. Hier bedarf es allerdings noch weiterer Untersuchungen.

Und ist die Akupunktur eine wirksame Alternative?

Im Rahmen eines großen Modellvorhabens der Ersatzkassen zur Wirksamkeit der Akupunktur bei chronischen Schmerzen, an dem auch die DAK beteiligt war, zeigte sich, dass sowohl Migräne-Patienten als auch Patienten mit Spannungskopfschmerz von der Akupunkturbehandlung profitieren. Allerdings hatte eine Scheinakupunktur dieselbe Wirksamkeit wie die klassische Akupunktur⁴⁴.

Da keine eindeutige Überlegenheit der klassischen Akupunktur gegenüber der Scheinakupunktur (Placebo) nachgewiesen werden konnte und auch keine Überlegenheit gegenüber der Standardtherapie (medikamentöse Prophylaxe) hinsichtlich der Vorbeugung der Beschwerden bestand, beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss im April 2006, die Akupunktur bei diesen Kopfschmerzformen zukünftig nicht als Kassenleistung anzuerkennen⁴⁵.

Fazit

Für einige nicht-medikamentöse Therapien, speziell Verhaltenstherapiemaßnahmen, besteht eine hinreichende Evidenz, diese Verfahren im Rahmen der Kopfschmerz- und Migränetherapie verstärkt einzusetzen. Besonders die progressive Muskelentspannung nach Jacobson hilft den Betroffenen, den Beschwerden entgegenzuwirken. Strategien zur besseren Schmerz- und Stressbewältigung sind ebenfalls vorteilhaft. Auch Ausdauersport hilft, den Schmerzattacken vorzubeugen. Dies zeigt, dass gerade die Betroffenen selbst durch ihr Verhalten und ihren Lebensstil zu einer Besserung des Erkrankungsgeschehens beitragen können. Doch was können die Betroffenen darüber hinaus noch selbst tun, um ihre Beschwerden zu minimieren? Antworten hierzu liefert das nächste Kapitel.

„Die evidenzbasierten nicht-medikamentösen Therapien, wie Biofeedback, Entspannungsverfahren und Sport werden zu wenig eingesetzt.“

*Prof. Stefan Evers,
Westfälische Wilhelms-
Universität Münster*

„Dringlich wäre ein flächendeckendes Angebot an verhaltens- und sporttherapeutischen Maßnahmen! Die Patienten sollten über die Bedeutung dieser Interventionen aufgeklärt werden!“

*Prof. Gunther Haag,
Michael-Balint-Klinik,
Königsfeld*

⁴⁴ Melchert et al.: Akupunktur bei chronischen Schmerzen – Ergebnisse aus dem Modellvorhaben der Ersatzkassen. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 103, Heft 4 (2006).

⁴⁵ Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006

4.5 Was können Betroffene selbst tun?

Ein Kopfschmerztagebuch hilft bei der Diagnosestellung

Neben den bereits vorgestellten Verhaltensmaßnahmen, die die Betroffenen erlernen und anwenden können, ist es für Patienten ebenfalls sehr sinnvoll, ein so genanntes Kopfschmerztagebuch zu führen, um die Charakteristika ihres Kopfschmerzes und die möglichen auslösenden Faktoren besser zu erkennen.

Ein „Kopfschmerztagebuch“ oder auch ein „Kopfschmerzkalender“ kann zudem hilfreich für das ärztliche Anamnesegespräch im Rahmen der Diagnosestellung sein. Betroffene finden ein solches Kopfschmerztagebuch zum Beispiel abgedruckt in der DAK-Broschüre „Kopfschmerz- und Migräne“ sowie zum Ausdrucken auf der Internetseite der DAK (www.dak.de).

Was können Betroffene darüber hinaus noch tun?

Beschwerden ernst nehmen

- Betroffene können „zum Schmerzexperten in eigener Sache“ werden, sich Wissen aneignen, selbst aktiv werden, Verantwortung übernehmen, ihre Beschwerden ernst nehmen.

Ausreichende Entspannungsphasen

- Betroffene sollten auf die „richtige“ Balance in ihrem Leben achten: Familie, Freizeit und Beruf fordern, deshalb ist eine ausreichende Zeit für Entspannungs- und Ruhephasen wichtig.

„Kopfschmerz-Auslöser“ herausfinden

- Betroffene können die Faktoren, die bei ihnen Kopfschmerzen auslösen („Kopfschmerz-Trigger“), selbst herausfinden und dann soweit wie möglich minimieren bzw. meiden. Dies können bestimmte Nahrungsmittel, Stress, Fehlbelastungen, Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus aber auch andere Faktoren sein.

„Vielen Patienten sind nicht-medikamentöse Methoden zur Behandlung von Kopfschmerzen überhaupt nicht bekannt. Die Konditionierung auf Medikamente ist zum Teil extrem.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

Betroffene sollten, sofern sie von Ihrem Arzt Schmerzmittel verordnet bekommen haben, keine weiteren Mittel ohne Wissen Ihres Arztes zusätzlich kaufen bzw. einnehmen. Unzureichende Therapieerfolge sollten besser mit ihrem Arzt besprochen werden. Gegebenenfalls sollte auch ein Schmerzspezialist aufgesucht werden. Die DAK gibt Auskunft, welche Ärzte wohnortnah auf Schmerztherapie spezialisiert sind.

Im Umgang mit rezeptfreien Schmerzmitteln ist es wichtig, dass⁴⁶

- nicht sofort zu Schmerzmitteln gegriffen wird, sondern zunächst versucht wird, den Kopfschmerz mit nicht-medikamentösen Methoden zu lindern.
- Schmerzmittel gemäß der Empfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft nicht dauerhaft angewendet werden, d.h. nicht mehr als an drei Tagen in Folge und nicht mehr als an 10 Tagen im Monat insgesamt.

⁴⁶ Empfehlungen der Stiftung Kopfschmerz

- Schmerzmittel nicht unkontrolliert, d.h. zum Beispiel nicht mehrere verschiedene Schmerzmittel in „Eigenregie“ gleichzeitig, eingenommen werden.
- bei Fragen und Zweifeln in Sachen Medikation (Wechselwirkungen, Kontraindikationen bei Vorliegen weiterer Erkrankungen) der Arzt oder auch der Apotheker um Rat gefragt werden und insbesondere ein Arzt aufgesucht wird, wenn starke Kopfschmerzen häufig oder plötzlich „ohne erkennbaren Grund“ auftreten.

Fazit

Betroffene können durch ihr Verhalten selbst dazu beitragen, Kopfschmerz- bzw. Migräne-Attacken vorzubeugen. Ein verantwortungsvoller Umgang mit den Beschwerden bildet hier die entscheidende Voraussetzung. Dies betrifft auch den Bereich der Selbstmedikation. Betroffene sollten sich informieren und sich im Zweifel nicht scheuen, ärztlichen Rat einzuholen.

„Trotz Empfehlung seitens der Apotheken kommt es zu oft bei Kopfschmerzen nicht zum Arzt-Patienten-Kontakt.“

*Dr. Jochen Bommers,
Apotheker, Altenholz*

4.6 Kopfschmerzerkrankungen – Welche Angebote hat die DAK für Betroffene?

Die DAK hält für ihre Versicherten, die unter Migräne oder anderen Kopfschmerzformen leiden, neben umfangreichen Informationen verschiedene Therapie-Angebote bereit, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Nicht-medikamentöse Therapieverfahren zur Behandlung primärer Kopfschmerzerkrankungen

Nicht-medikamentöse Verfahren: Kostenübernahme bei ...

Im Bereich der nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren bietet die DAK für ihre Versicherten speziell zwei Verfahren zur Linderung der Beschwerdesymptomatik:

- Die *transkutane Nervenstimulation (TENS)* speziell für Kopfschmerz-Patienten sowie
- eine *Sauerstoffdruckgasversorgung* für Cluster-Kopfschmerz-Patienten.

TENS, speziell bei Migräne

Bei der *transkutanen elektrischen Nervenstimulation* werden elektrische Reize, erzeugt von einem Niederfrequenzgenerator, über die Haut mittels Elektroden verabreicht. Das Verfahren beruht auf dem Prinzip der so genannten Gegenirritation. Dabei wird der Schmerz durch Auslösen eines Gegenreizes unterdrückt. Parallel werden körpereigene schmerzhemmende Stoffe, wie z.B. Endorphine, freigesetzt.

Sauerstoffdruckgasversorgung bei Cluster-Kopfschmerz

Die *Sauerstoffdruckgasversorgung*, d.h. konkret die Inhalation von über 8 Liter 100% Sauerstoff pro Minute bis zu einer Dauer von 20 Minuten in *sitzender vorgebeugter Haltung*, stellt wiederum eine nebenwirkungsfreie und bei frühzeitiger Anwendung effiziente Maßnahme zur Unterdrückung einer Cluster-Kopfschmerz-Attacke dar.⁴⁷

Die betroffenen Patienten können hier auch tragbare Sauerstoffgeräte verordnet bekommen, die über den Sanitätsfachhandel zu beziehen sind. Allerdings sollte im Vorfeld medizinisch abgeklärt werden, inwieweit diese Therapieform dem Patienten individuell tatsächlich hilft. Die Erfolgsquote scheint dabei vom Cluster-Kopfschmerz-Typ und vom Alter abhängig zu sein und liegt bei etwa 60%. Zur Vorbeugung von Cluster-Kopfschmerz-Attacken ist diese Therapieform nicht geeignet.

⁴⁷ May et al. DMKG-Leitlinien: Therapie und Prophylaxe von Cluster-Kopfschmerzen und anderen Trigemino-Autonomen Kopfschmerzen

Kooperationsprojekte im Rahmen einer integrierten Versorgung (IV) für Kopfschmerzerkrankungen

Auf regionaler Ebene unterstützt die DAK zukünftig im Rahmen der integrierten Versorgung interdisziplinäre Behandlungsmodelle für Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und Migräne.

Ziele sind, die Kopfschmerzhäufigkeit und -intensität bei den Betroffenen zu verringern und den Medikamentenkonsum zu senken. Die Patienten sollen lernen, selbstbewusster mit der Kopfschmerzerkrankung umzugehen, körperlich und seelisch leistungsfähiger werden, und letztlich wieder mehr Lebensqualität gewinnen. Bei der Umsetzung dieser Ziele spielt der interdisziplinäre Therapieansatz eine zentrale Rolle. Ein Team aus Ärzten, Psychologen und Krankengymnasten betreut die Betroffenen, um dem Erkrankungsgeschehen auf verschiedenen Ebenen begegnen zu können.

Kopfschmerzpatienten erhalten Leistungen, die von einer ambulanten Diagnostik bis hin zu einer stationären Behandlung reichen. Die Kopfschmerzbehandlung ist individuell zugeschnitten. Dabei werden den Patienten alle modernen, medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieverfahren angeboten, insbesondere auch Entzugsbehandlungen im Falle einer Medikamentenabhängigkeit. Die ambulante Weiterbehandlung übernehmen speziell geschulte Neurologen und Schmerztherapeuten, damit die Patienten auch nach der ersten Therapiephase dauerhaft gut versorgt sind.

Die DAK fördert interdisziplinäre Therapieansätze auch außerhalb der Integrierten Versorgung

Ein langjähriger Vertragspartner der DAK im Bereich der Versorgung von Kopfschmerzpatienten ist die *Deutsche Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren* in Bad Elster.

Neben dem kontinuierlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient, bei dem das Gespräch im Vordergrund steht, werden den Kopfschmerz-Patienten psychologische Behandlungen, physikalische Therapie sowie naturheilkundliche Verfahren angeboten. Der Patient wird als kompetenter Partner verstanden. Für einen nachhaltigen Therapieerfolg sollen neue Verhaltensweisen erlernt und ein gesundheitsgerechtes Verhalten gestärkt werden.

DAK Gesundheitsdirekt

Wie die Expertenbefragung gezeigt hat, ist eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung, speziell der Betroffenen, zu Charakteristika und Therapieverfahren der verschiedenen Kopfschmerzerkrankungen dringend notwendig. Hier sind aus Expertensicht auch die Kassen gefordert.

„Die Umsetzung interdisziplinärer Therapieansätze ist noch unzureichend. Die integrierte Versorgung kann dies teilweise lösen. Der Beitritt von möglichst vielen Krankenkassen zu solchen hochwertigen Angeboten wäre wünschenswert.“

*PD Dr. Martin Wallasch,
Sankt-Gertrauden
Krankenhaus, Berlin*

„Krankenkassen sollten unter Nutzung aller Möglichkeiten flächendeckend über Kopfschmerzerkrankungen aufklären.“

*Dr. Volker Pfaffenrath,
Neurologe, München*

**Kooperation mit der
Deutsche Klinik für Integrative Medizin und
Naturheilverfahren in
Bad Elster**

**Schmerztherapie-
Vereinbarung gilt
auch für DAK-
Versicherte**

Die DAK bietet Ihren Versicherten neben Informationsbroschüren zu Kopfschmerzerkrankungen auch exklusiv eine medizinische Beratung am Telefon an: Hier werden alle Fragen rund um das Thema Schmerz und natürlich auch speziell zu Kopfschmerz von medizinischen Fachkräften und Ärzten beantwortet. Zu erreichen ist die Hotline rund um die Uhr unter 01801/ 325 326 zum Ortstarif.

DAK-versicherte Kopfschmerzpatienten haben außerdem die Möglichkeit, sich im Rahmen der Teilnahme der DAK an der so genannten „**Schmerztherapie-Vereinbarung**“ von entsprechend qualifizierten, niedergelassenen Schmerzspezialisten behandeln zu lassen. Auskunft gibt auch hier die DAK.

Nicht zuletzt können DAK-Versicherte, die unter Kopfschmerzen bzw. Migräne leiden, auch von den allgemeinen Angeboten der DAK im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung profitieren: Hierzu zählen beispielsweise Programme aus den Bereichen Entspannungstraining und Stressbewältigung sowie Bewegung.

Fazit

Die DAK bietet für Versicherte, die unter einer Kopfschmerzerkrankung leiden, neben Informationen und Beratung auch spezielle Therapieangebote an. Integrative Therapieansätze werden dabei im Rahmen der integrierten Versorgung seitens der DAK zukünftig besonders unterstützt.

**Zusammenfassung und Schlussfolgerungen des diesjährigen
Schwerpunktthemas**

Die Zusammenfassung und die Schlussfolgerungen des diesjährigen Schwerpunktthemas „Kopfschmerz und Migräne“ sowie Anknüpfungspunkte für weiterführende Diskussionen sind in die abschließende Gesamtbetrachtung des vorliegenden Gesundheitsreports eingebettet (siehe Kapitel 7, Seite 105).

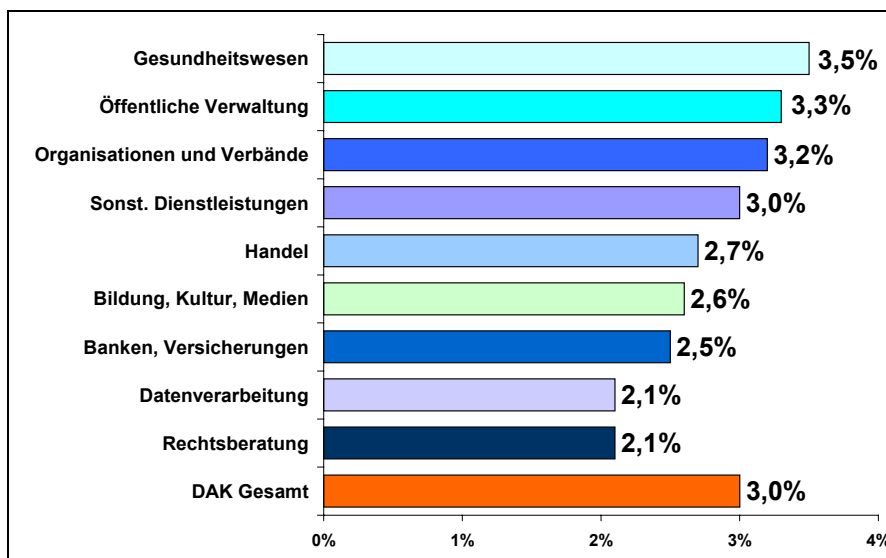
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der DAK-Mitglieder zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.⁴⁸

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen die meisten DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 45). Dies sind: „Gesundheitswesen“, „Öffentliche Verwaltung“, „Organisationen, Verbände“, „Sonstige Dienstleistungen“, „Handel“, „Bildung, Kultur, Medien“, „Banken, Versicherungen“, „Datenverarbeitung“ sowie „Rechtsberatung“.

Abbildung 46 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 45



Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Abb. 45 Krankenstandswerte 2006 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 3,5 % und 3,3 % an der Spitze. Am anderen Ende der Skala befanden sich die Branchen „Rechtsberatung“ und „Datenverarbeitung“ mit jeweils 2,1 %.

„Gesundheitswesen“ an der Spitze

⁴⁸ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um die für die DAK besonders charakteristischen Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können. Die Zuordnung ist aus den Tabellen A5 und A6 im Tabellenanhang ersichtlich.

Ursächlich für diese Unterschiede sind deutliche Abweichen zwischen den Branchen hinsichtlich der Fallhäufigkeit und der Falldauer:

- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 Versichertenjahre konnten 2006 104,6 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 12,1 Tage dauerten.

Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden in Deutschland sind vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege* und im *DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege* umfassend analysiert worden. Wesentliche Ergebnisse der Studien sind, dass Pflegenden noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versichertenjahre 108 Erkrankungsfälle, in der „Rechtsberatung“ waren es hingegen nur 80,7. Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 11,3 Tagen dagegen im Durchschnitt aller Branchen.

Gründe für hohen Krankenstand in der Öffentlichen Verwaltung

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien mit dem weit höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.⁴⁹ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsverwaltung“ und „Datenverarbeitung“. Auf Grund des hohen Wettbewerbsdrucks können beeinträchtigte Arbeitnehmer hier vergleichsweise seltener in ihrem Beschäftigungsverhältnis verweilen.

- Den dritthöchsten Krankenstand von den neun für die DAK wichtigen Branchen hat die Branche „Organisationen, Verbände, soziale Einrichtungen“ mit 3,2 %. Hier ist die Fallhäufigkeit mit 123,4 Fällen pro 100 Versichertenjahren bei deutlich unterdurchschnittlicher Falldauer (9,6 Tage) am höchsten. Dies ist ein Indiz dafür, dass Kurzeiterkrankungen in dieser Branche ein besonderes Problem darstellen.

⁴⁹ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

Die sehr niedrigen Krankenstände in den Branchen „Datenverarbeitung“ und „Rechtsberatung“ sind sowohl auf die sehr geringe Erkrankungshäufigkeit, als auch auf die kurze Erkrankungsdauer zurückzuführen:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Datenverarbeitung“ waren 2006 nur rund 84 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte dabei nur 9,1 Tage.
- In der Branche „Rechtsberatung“ entfielen auf 100 ganzjährig Beschäftigte rund 81 Fälle von Arbeitsunfähigkeit mit einer durchschnittlichen Falldauer von 9,4 Tagen.

Geringer Krankenstand in den Branchen „Datenverarbeitung“

und „Rechtsberatung“

Abbildung 46

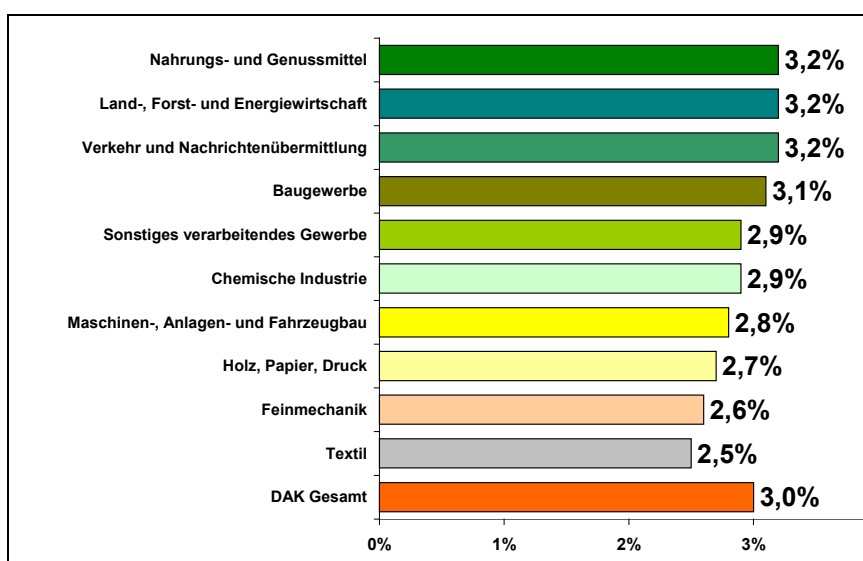


Abb. 46
Krankenstandswerte
2006 in den zehn übrigen
Wirtschafts-
gruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 46 zeigt die Krankenstände in den übrigen 10 Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass ein Großteil der Branchen, die vor allem dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Werte hat.

Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass DAK-Mitglieder in diesen Branchen auf Grund der Historie der DAK als Angestellten-Krankenkasse hier vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen arbeiten.

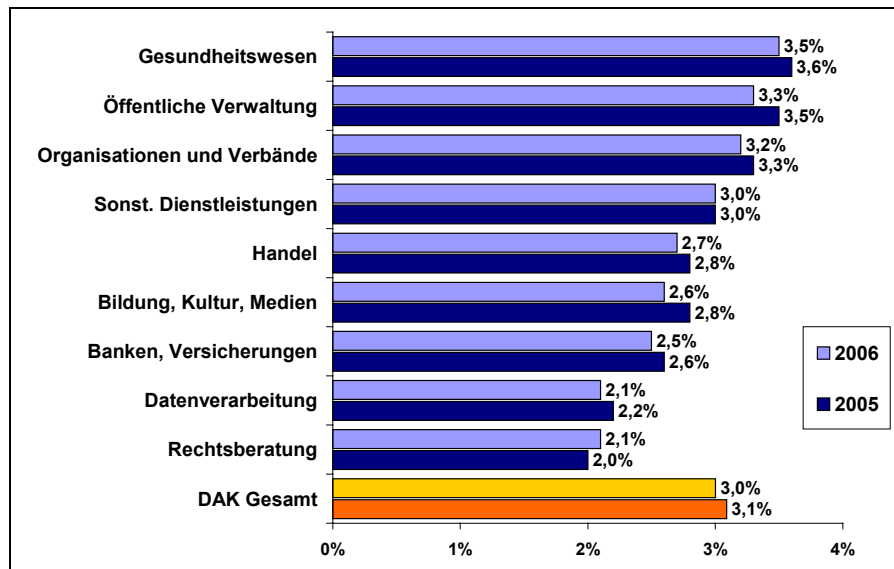
In Abbildung 47 und Abbildung 48 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2005 und 2006 vergleichend gegenüber gestellt.⁵⁰

⁵⁰ Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sind den Tabellen A5 und A6 im Anhang zu entnehmen.

Es zeigt sich, dass der anhaltende Trend sinkender Krankenstände sich bei der Mehrheit der Wirtschaftsgruppen mit einer Absenkung von 0,1 bis 0,2 Prozentpunkten fortsetzt. Lediglich in der Branche „Rechtsberatung“ stieg der Krankenstand von 2,0 % auf 2,1 %.

Abbildung 47

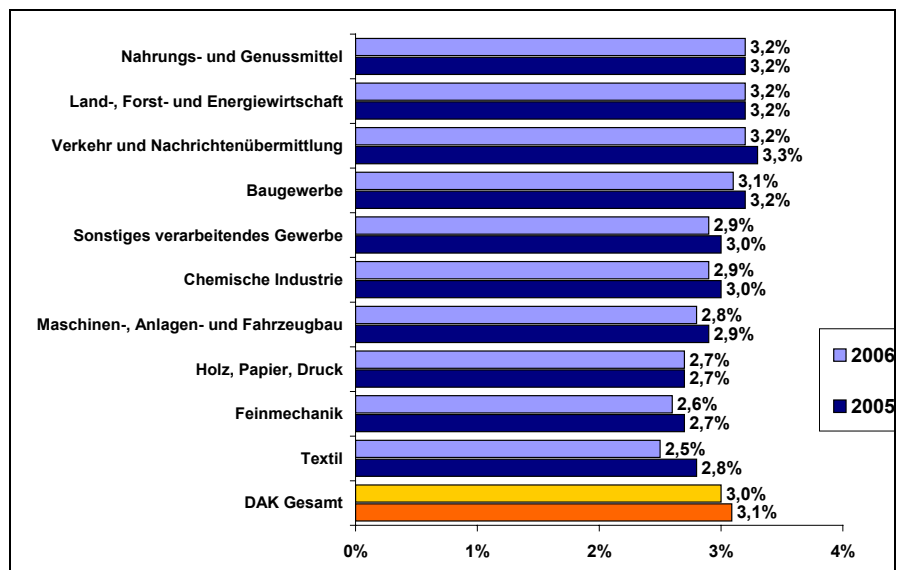
Abb. 47
Krankenstandswerte
2005 - 2006 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit beson-
ders hohem Anteil
von DAK-Mitgliedern



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Abbildung 48

Abb. 48
Krankenstandswerte
2005 - 2006 in den
neun
übrigen Wirtschafts-
gruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2006

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf der Zuordnung der DAK-Mitglieder nach ihren Wohnorten.

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 8 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2006.

Tabelle 8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2006

Bundesland	pro 100 Versichertenjahre			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,5%	908,0	85,9	10,6
Bayern	2,7%	971,4	88,4	11,0
Berlin*	3,7%	1.341,8	106,2	12,6
Bremen	3,1%	1.123,4	100,1	11,2
Hamburg	2,8%	1.020,9	91,8	11,1
Hessen	3,1%	1.114,6	103,5	10,8
Niedersachsen	2,9%	1.074,7	99,2	10,8
Nordrhein-Westfalen	2,9%	1.048,3	94,6	11,1
Rheinland-Pfalz	3,2%	1.171,8	101,4	11,6
Saarland	3,5%	1.295,1	98,1	13,2
Schleswig-Holstein	2,9%	1.074,4	98,7	10,9
Westliche Bundesländer	2,9%	1.051,9	95,0	11,1
Brandenburg	3,7%	1.338,3	114,1	11,7
Mecklenburg-Vorpommern	3,7%	1.355,2	123,9	10,9
Sachsen	3,3%	1.204,0	110,1	10,9
Sachsen-Anhalt	3,6%	1.324,1	116,9	11,3
Thüringen	3,5%	1.276,9	117,1	10,9
Östliche Bundesländer	3,6%	1.304,6	116,3	11,2
DAK Gesamt	3,0%	1.095,3	98,9	11,1

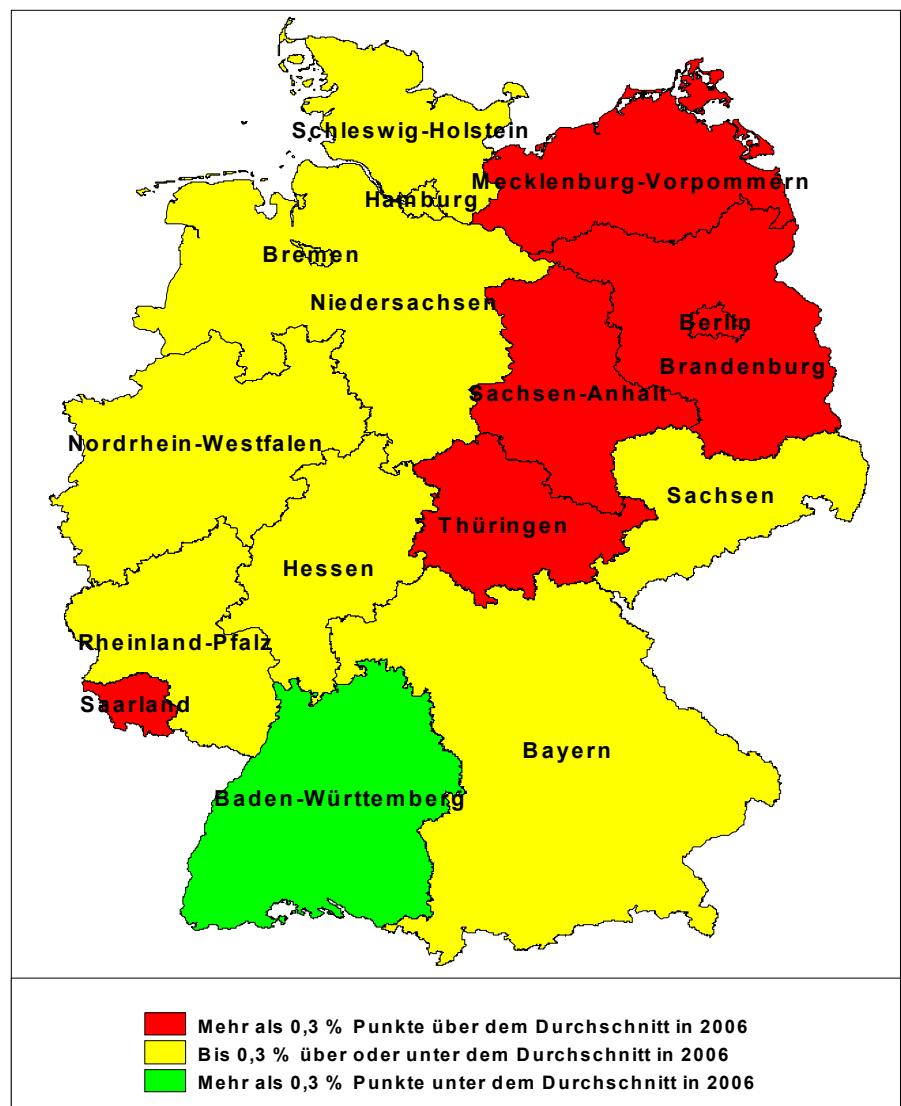
* Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Regionale Unterschiede, jedoch Trend zur Vereinheitlichung zu erkennen

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 3,0 % verbergen sich regionale Unterschiede. Das heißt, wie auch in den Vorjahren sind im Jahr 2006 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 49). Infolge des rückläufigen Krankenstands zeichnet sich jedoch ein Trend hin zu einem einheitlichen Krankenstand ab. Mit anderen Worten: Immer mehr Bundesländer liegen nahe dem DAK-Durchschnitt.

**Abb. 49
Bundesländer mit Krankenständen am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)**

Abbildung 49



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Günstigste Krankenstandswerte in Baden-Württemberg

Das südlich Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich - d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Wie schon in den drei Vorjahren weist Baden-Württemberg mit 2,5 % den niedrigsten Wert auf.

Mit Ausnahme des Saarlands und Berlins weichen die übrigen westlichen Bundesländer geringfügig vom Bundesdurchschnitt von 3,0 % ab. Bayern liegt mit einem Krankenstandswert in Höhe von 2,7 % sogar 0,3 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt. In Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein sind es noch 0,1 – 0,2 – Prozentpunkte unter dem Durchschnitt.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Das Saarland liegt als einziges westliches Bundesland mit 3,5 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Verantwortlich für den überdurchschnittlichen Krankenstand im Saarland ist, wie bereits in den Vorjahren, die mit 13,2 Tagen längste durchschnittliche Falldauer aller Bundesländer. In den vergangenen Jahren ist im Rahmen der DAK-Gesundheitsberichterstattung für die einzelnen Bundesländer geprüft worden, ob der erhöhte Krankenstand im Saarland eventuell auf eine von der DAK insgesamt deutlich abweichende Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in diesem Bundesland zurückzuführen ist. Die Analysen haben jedoch keinen Hinweis auf eine hierdurch begründete Krankenstandserhöhung ergeben.

Saarland immer noch deutlich über dem Durchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 3,3 % der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,3 Prozentpunkte unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen zwischen 3,3 % und 3,7 %: In Thüringen wurden 3,5 % verzeichnet, in Sachsen-Anhalt 3,6 %. Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern lagen mit einem Krankenstand von jeweils 3,7 % an der Spitze der fünf östlichen Bundesländer.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern sind eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit: Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre in den westlichen Ländern, Berlin ausgenommen, zwischen 85,9 (Baden-Württemberg) und 103,5 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 110,1 (Sachsen) und 123,9 (Mecklenburg-Vorpommern) auf.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 2006 ist festgestellt worden, dass die höheren Krankenstände in den neuen Bundesländern zu einem Teil auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind. Das heißt: In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitglieder in Branchen, die allgemein höhere Krankenstände haben.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

Berlin gemeinsam mit Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Durchschnitt

Berlin steht 2006 – diesmal gemeinsam mit Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – wieder an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer. Der vergleichsweise hohe Krankenstand von 3,7 % ist vor allem auf die erhöhte Fallhäufigkeit zurückzuführen (106,2 Fälle pro 100 Versichertenjahre). Aber auch die Erkrankungsdauer ist mit 12,6 Tagen überdurchschnittlich hoch.

Die ungünstigere Wirtschaftsstruktur in Berlin hatte 2006 nur einen geringfügigen Einfluss auf das Krankenstandsniveau. Für die massive Abweichung vom Bundesdurchschnitt muss somit nach anderen Ursachen gesucht werden.

Entwicklung des Krankenstandes 2005 – 2006

Abbildung 50 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2006 im Vergleich zum Vorjahr. Der Rückgang der Krankenstandswerte ist in fast allen Bundesländern zu beobachten.

Unveränderter Krankenstand in Hessen und Schleswig-Holstein

In den meisten westlichen Bundesländern ist der Krankenstand im Vergleich zu 2005 um 0,1 oder 0,2 Prozentpunkte gesunken. Ausnahmen bilden das Land Hessen sowie Schleswig-Holstein. Hier sind die Krankenstandswerte in Höhe von 3,1 % und 2,9 % unverändert geblieben.

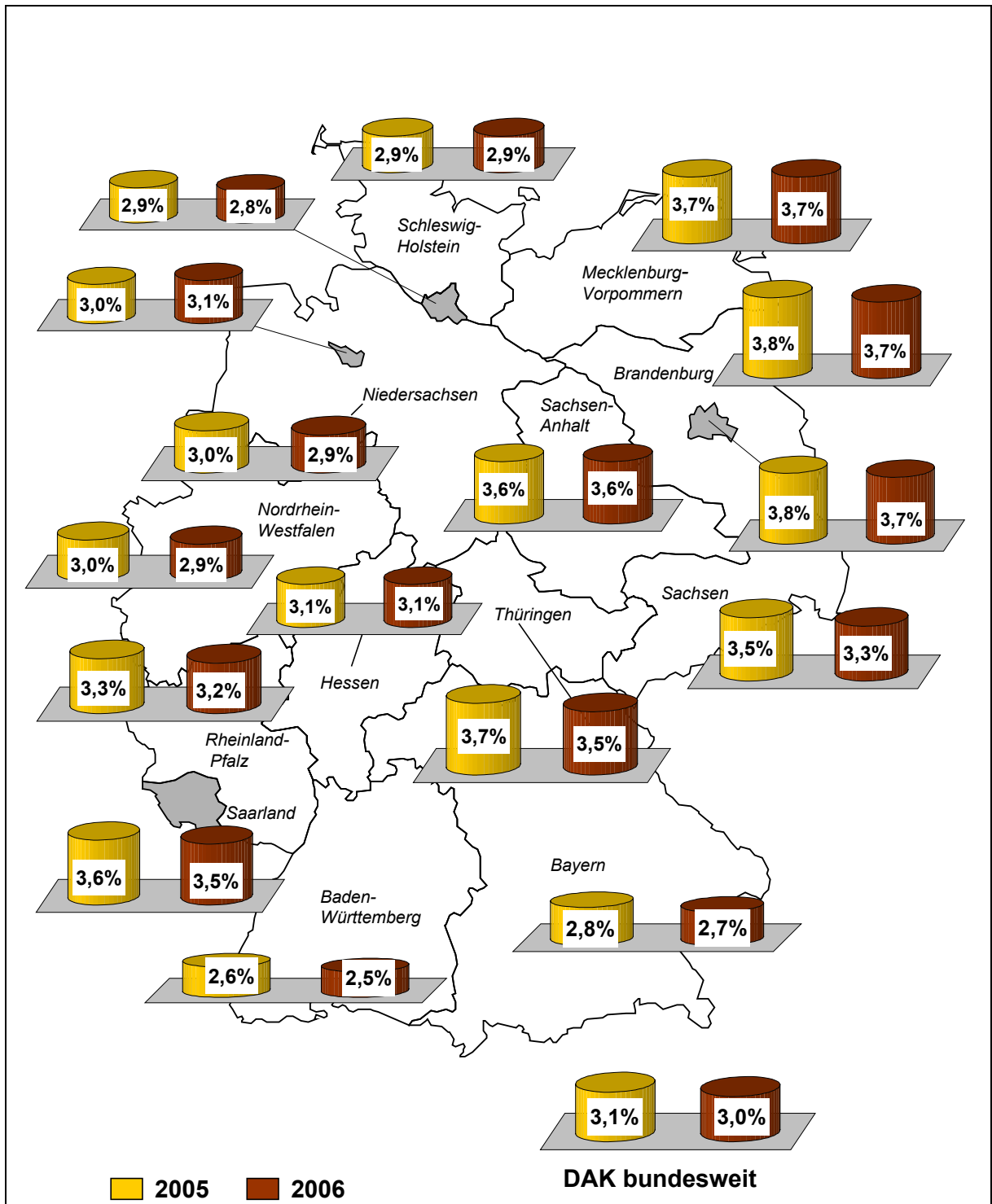
Rückgang des Krankenstands in Sachsen und Thüringen

Auch in drei östlichen Bundesländern ist ein Rückgang des Krankenstands zu beobachten. In Sachsen und Thüringen sank der Krankenstand um 0,2 Prozentpunkte von 3,5 % auf 3,3 % bzw. von 3,7 % auf 3,5 %. In Brandenburg ist der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte gesunken. In den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (3,7 %) und Sachsen-Anhalt (3,6 %) ist der Krankenstand hingegen unverändert geblieben.

Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2005 und 2006 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 50: Krankenstandswerte der Jahre 2005 und 2006 nach Bundesländern



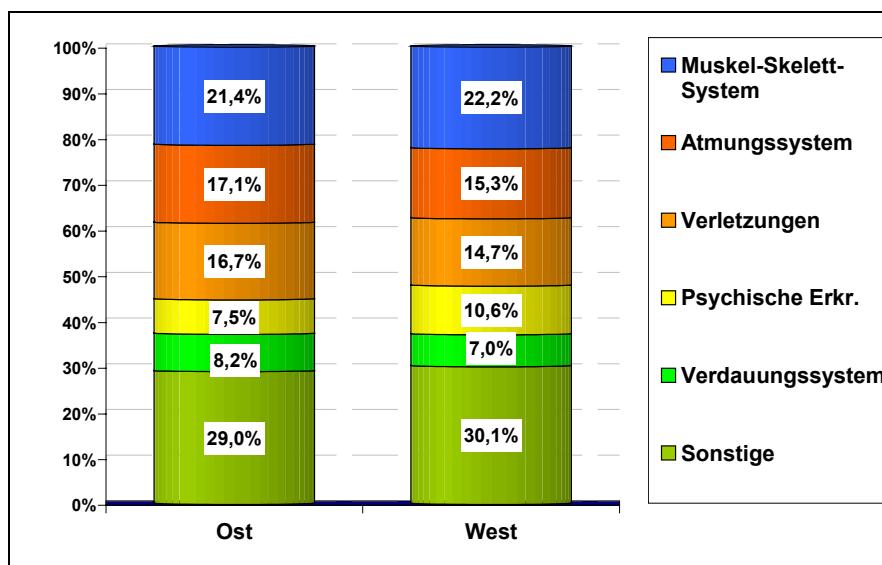
Quelle: DAK AU-Daten 2005/2006

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 51 zeigt die Anteile am Krankenstand 2006 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 51

Abb. 51
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2006

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nur noch geringfügig eine größere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Dagegen hatten Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems in Ostdeutschland einen etwas höheren Anteil am Krankenstand als in Westdeutschland.

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung in den westlichen Ländern

Der deutlichste Unterschied zeigt sich, wie auch in den Vorjahren, bei den psychischen Erkrankungen: Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (10,6 % gegenüber 7,5 %). Allerdings hat im Vergleich zum Vorjahr der Anteil psychischer Erkrankungen in den östlichen Bundesländern mit 0,4 Prozentpunkten zugenommen. In den westlichen Bundesländern ist der Anteil um 0,1 Prozentpunkte leicht gesunken.

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Zum neunten Mal legt die DAK mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht eine umfassende Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK vor. Damit kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens auf einer breiten Datenbasis über den Zeitraum von 1997 bis 2006 analysiert werden.

Für das Jahr 2006 kann wie schon im Vorjahr eine positive Bilanz gezogen werden:

- Der Krankenstand lag bei 3,0 %. Damit hat der Krankenstand nun erstmals wieder den Wert von 1997 erreicht. Der anhaltende Trend sinkender Krankenstände setzt sich auch unter den bei der DAK versicherten Beschäftigten fort.

Eine monokausale Erklärung für das bei DAK-Mitgliedern niedrige und gegenüber dem Vorjahr weiter gesunkene Krankenstandsniveau kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können:

- Auf volkswirtschaftlicher Ebene besteht ein enger Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Konjunktur und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe des Krankenstandes. Bei schwacher Konjunktur und steigender Arbeitslosigkeit sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau. Der Beschäftigungsabbau der letzten Jahre übt in diesem Sinne einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.
- Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes geführt hat, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Analyse des Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von 10 Jahren möglich

Positive Bilanz:

Sinkender Krankenstand

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat krankenstandssenkenden Einfluss

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert Anstieg des Krankenstandes

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zum Schwerpunktthema „Kopfschmerz und Migräne“:

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung. Mehr als jeder Zweite ist betroffen, Frauen insgesamt häufiger als Männer, was vor allem auf das häufigere Auftreten von Migräne bei Frauen zurückzuführen ist. Dies zeigte sich auch in den Arbeitsunfähigkeitsdaten, deren Analyse im Einzelnen folgende Ergebnisse erbrachte:

Frauen weisen insgesamt mehr Fehltage wegen Kopfschmerzen auf

- Frauen haben insgesamt mehr Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen als Männer, allerdings resultiert dies vornehmlich aus dem dreimal häufigeren Auftreten von Migräne. Dies zeigt sich auch in den AU-Daten: Bei Frauen entfällt mit 5,6 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre und entsprechend 53% der höchste Anteil an „Kopfschmerz-Fehltagen“ auf die Diagnose „Migräne. Bei Männern sind es entsprechend 1,6 AU-Tage bzw. anteilig 29%.

Männer fehlen vor allem aufgrund von Kopfschmerz als allgemeines Symptom

- Männer weisen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der Gruppe der Kopfschmerzerkrankungen aufgrund von „Nichtklassifizierbarem Kopfschmerz“, d.h. Kopfschmerz als allgemeines Symptom, auf: 2,8 Fehltage pro 100 Versichertenjahre – entsprechend anteilig 51% – entfallen auf diese Diagnose. Bei 100 ganzjährig versicherten Frauen sind es mit 3,6 AU-Tagen absolut betrachtet zwar mehr Fehltage, anteilig sind es aber nur 34%.
- „Sonstige Kopfschmerzsyndrome“ – hierzu zählen unter anderen auch die häufigste Kopfschmerzform „Spannungskopfschmerz“ sowie der sehr seltene „Cluster-Kopfschmerz“ – weisen sowohl bei Frauen als auch bei Männern innerhalb der Kopfschmerzdiagnosen die geringste Bedeutung auf (Frauen: 1,3 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre, Männer: 1,1 Fehltage).

15- bis 24-Jährige haben besonders viele „Kopfschmerz-Fehltage“

- Auffällig war, dass Kopfschmerzerkrankungen gerade bei 15- bis 24-Jährigen häufig auftraten und zu vergleichsweise vielen AU-Tagen führten. Dies ist vor allem bei Männern auf die Diagnose „Nichtklassifizierbarer Kopfschmerz“ zurückzuführen. Bei Frauen hat auch in dieser Altersgruppe bereits die Diagnose „Migräne“ einen vergleichbar hohen Stellenwert.

In einigen Branchen ist die Zahl der „Kopfschmerz-Fehltage“ überdurchschnittlich

- Eine Auswertung nach Branchen zeigte, dass Fehltage aufgrund von Kopfschmerzen gegenüber dem DAK-Durchschnitt in der „Öffentlichen Verwaltung“, bei den „Organisationen und Verbänden“ und in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ sowie „Datenverarbeitung“ überdurchschnittlich auftraten. Mit Ausnahme der „Datenverarbeitung“ sind diese Branchen sowohl insgesamt als auch speziell bei den „Kopfschmerzdiagnosen“ durch eine überdurchschnittliche Anzahl an „Kurzzeit-Fehlzeiten“ (AU-Fälle bis drei Tage Dauer) gekennzeichnet.

- Insgesamt handelt es sich bei Kopfschmerzerkrankungen mit Blick auf das AU-Geschehen überwiegend um Erkrankungen von vergleichsweise kurzer Dauer: Nahezu 70% der AU-Fälle dauern maximal drei Tage, ein Zeitraum für den in der Regel noch keine AU-Bescheinigung beim Arbeitgeber vorgelegt werden muss. Die Anzahl der „bekannteren“ Fehltage ist demzufolge wahrscheinlich geringer als die tatsächlich auftretenden Fehlzeiten.

Kopfschmerzen sind für die Betroffenen zum Teil mit erheblichen Leistungseinschränkungen verbunden. Die bundesweite DAK-Bevölkerungsbefragung von knapp 3.000 Erwerbstätigen zwischen 18 und 65 Jahren ergab, dass ein Drittel der Migräne-Betroffenen mäßig bis schwer in ihrer Leistungsfähigkeit im beruflichen und privaten Bereich eingeschränkt sind (ermittelt mit dem „Migraine Disability Assessment Questionnaire“ – kurz MIDAS-Fragebogen).

Im Hinblick auf die Arbeitswelt zeigte sich, dass die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz bei vielen Betroffenen, die trotz Migräne zur Arbeit gehen, erheblich eingeschränkt ist. Durch Fehlzeiten und Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz infolge Migräne entstehen jährlich Kosten von rund 2 Mrd. Euro. Migräne ist damit neben den zum Teil erheblichen Beeinträchtigungen auf Seiten der Betroffenen nicht zuletzt – volkswirtschaftlich betrachtet – teuer.

Eine adäquate Therapie bei Kopfschmerzerkrankungen ist insbesondere mit Blick auf das Leid der Betroffenen sehr wichtig. Doch, die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland weist in einigen Bereichen Defizite auf. Handlungsbedarf besteht aus Sicht der Fachleute der DAK-Expertenbefragung vor allem hinsichtlich einer Erweiterung des Kenntnisstandes. Auf Seiten der Ärzte betrifft dies vor allem die Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzerkrankungen.

Die DAK-Bevölkerungsbefragung zeigte zudem, dass 40% der Kopfschmerz-Patienten sowie fast ein Viertel der Migräne-Patienten, die ein ärztlich verordnetes Schmerzmittel einnehmen, nach eigener Aussage keine Aufklärung seitens des Arztes hinsichtlich der Folgen eines übermäßigen Schmerzmittelkonsums bzw. des Risikos eines medikamenten-abhängigen Dauerkopfschmerzes erhalten haben. Hier ist mehr Information nötig.

Vor dem Hintergrund, dass 62% der Kopfschmerz-Betroffenen und 54% Migräne-Betroffenen in Deutschland rezeptfreie Schmerzmittel einnehmen – auch dies zeigte die DAK-Bevölkerungsbefragung –, wird aber auch deutlich, dass hier nicht nur die Ärzte gefordert sind. Aus Sicht der Experten sollte auch in Apotheken, in den Medien und nicht zuletzt durch die Krankenkassen verstärkt über den Fehlgebrauch von Schmerzmitteln aufgeklärt werden. Nicht zuletzt sollte der Kenntnisstand bezüglich Kopfschmerzerkrankungen in der Bevölkerung insgesamt verbessert werden.

Kopfschmerzerkrankungen verursachen überwiegend kurze Fehlzeiten

Zum Teil erhebliche Leistungseinschränkungen aufgrund von Kopfschmerzen, insbesondere bei Migräne

... auch am Arbeitsplatz

In einigen Bereichen Verbesserungsbedarf der Versorgungssituation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen

Zu wenig Aufklärung hinsichtlich der Risiken der Schmerzmittel-Einnahme

Selbstmedikation weit verbreitet

**Leitliniengerechte
Therapien zu wenig
eingesetzt**

Die Fachleute bemängelten zudem mehrheitlich, dass leitliniengerechte Therapieverfahren zu wenig eingesetzt würden. Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist jedoch zunächst eine korrekte Diagnosestellung. Ein ausführliches Anamnesegespräch stellt hier eine wichtige Basis dar. Doch, so das Ergebnis der DAK-Bevölkerungsbefragung, bei 20% der Kopfschmerz-Patienten sowie bei 12% der Migränekranken erfolgte nach eigenen Angaben kein ausführliches Gespräch mit dem Arzt vor Beginn der Behandlung. Allerdings mahnten die Experten in diesem Zusammenhang eine unzureichende Honorierung des ärztlichen Gesprächs an.

Eine adäquate Therapie hilft nicht zuletzt, einer Chronifizierung des Leidens vorzubeugen.

In der Akuttherapie schwerer Migräne-Attacken kommt dem Einsatz von Triptanen ein hoher Stellenwert zu. Nach mehrheitlicher Einschätzung der Experten werden diese speziellen Migräne-Medikamente jedoch zu selten eingesetzt. Eine erstmals für diesen Report vorgenommene Auswertung von Arzneimitteldaten der DAK erbrachte, dass DAK-Versicherte im Vergleich zu den GKV-Versicherten insgesamt besser mit diesen spezifischen Medikamenten versorgt sein könnten.

**Einsatz von Verhal-
tenstherapien und
Muskelentspan-
nungsverfahren for-
cieren**

Die Experten kritisierten darüber hinaus, dass neben einer medikamentösen Prophylaxe auch wirksame nicht-medikamentöse Therapieverfahren zu selten eingesetzt würden. Hierzu zählen insbesondere Verhaltenstherapien und Muskelentspannungsverfahren.

**Die DAK hat zahlrei-
che Angebote für ihre
von Kopfschmerz
bzw.
Migräne betroffenen
Versicherten**

Betroffene können demzufolge auch selbst aktiv gegen den Schmerz im Kopf vorgehen. Sie sind nicht ausschließlich auf Medikamente angewiesen. Die DAK unterstützt ihre Versicherten hier mit zahlreichen Angeboten: Neben speziellen Behandlungsverfahren, die bereits im Angebot sind, werden DAK-versicherte Patienten zukünftig auch von interdisziplinären Behandlungsmodellen im Rahmen der integrierten Versorgung profitieren können. Bereits jetzt können Patienten einen integrativen Therapieansatz in einer kooperierenden Fachklinik nutzen. Infolge der Teilnahme der DAK an der so genannten „Schmerztherapievereinbarung“ können DAK-versicherte Kopfschmerzpatienten sich zudem von niedergelassenen Schmerzspezialisten behandeln lassen.

Nicht zuletzt möchte die DAK mit dem diesjährigen Schwerpunktthema für Kopfschmerzerkrankungen sensibilisieren und aufklären. Aktuelles Informationsmaterial steht hier zur Verfügung.

Aus Sicht der DAK ergeben sich abschließend aus den Ausführungen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas einige Aspekte bzw. Forderungen, die der weiteren Diskussion bedürfen:

Aspekte und Forderungen für weiterführende Diskussionen

- Kopfschmerzen treten sehr häufig auf, dennoch ist der Kenntnisstand sowohl auf Seiten der Ärzte als auch in der Bevölkerung nicht immer adäquat. Aus- und Fortbildung der Ärzte und die Aufklärung der Bevölkerung gilt es deshalb zu verbessern.
- Dies gilt insbesondere für den Bereich der Selbstmedikation: Das Risiko eines Medikamenten-induzierten Kopfschmerzes bzw. für Folgeschäden an Organen infolge eines Übergebrauchs von Schmerzmitteln muss den Betroffenen bewusst gemacht werden. Gleichwohl müssen Alternativen zur Schmerzmittel-Einnahme angeboten werden. Verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Muskelentspannungsverfahren kommt hier einen hoher Stellenwert zu. Hier gibt es Verbesserungsbedarf, sowohl auf Seiten des Angebots als auch bei der Inanspruchnahme.
- Integrative Therapiekonzepte sollten gefördert werden, um den Betroffenen eine umfassende Kopfschmerz-Behandlung zu ermöglichen.
- Betroffene, die regelmäßig unter stärkeren Kopfschmerzen leiden, sollten sich nicht scheuen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier gilt es, Vorbehalte – z. B. im Hinblick darauf, dass es keine adäquate Therapie gebe – abzubauen.

Abbildung 52

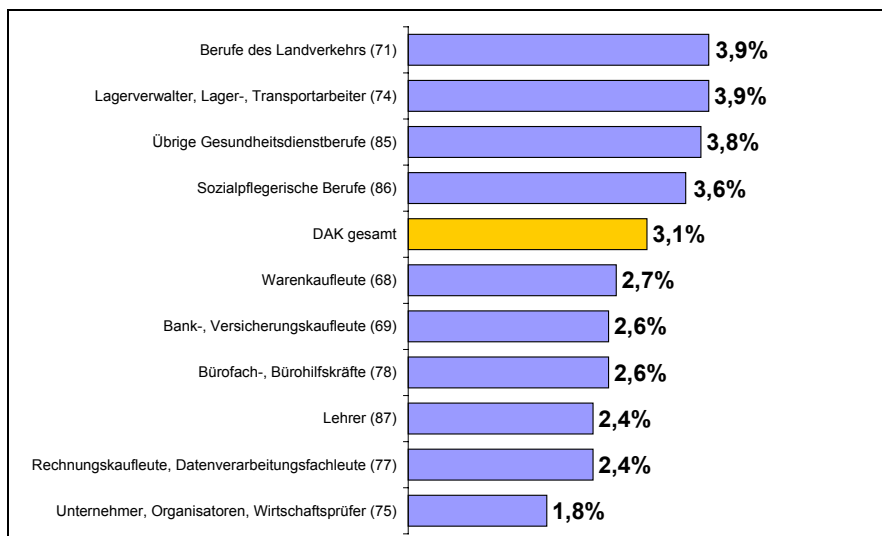


Abb. 52
Krankenstände der zehn Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern 2005

Quelle: DAK AU-Daten 2006

„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2005 wieder einen sehr niedrigen Krankenstand (1,8 %). Dies lag an der geringen Häufigkeit von AU-Fällen (69,1 pro 100 Versichertenjahre) sowie der niedrigsten Falldauer (9,3 Tage je AU-Fall) der betrachteten Berufsgruppen. Auch Lehrer und Datenverarbeitungsfachleute hatten mit jeweils 2,4 % deutlich unter dem Durchschnitt liegende Krankenstände.

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand

Abbildung 53

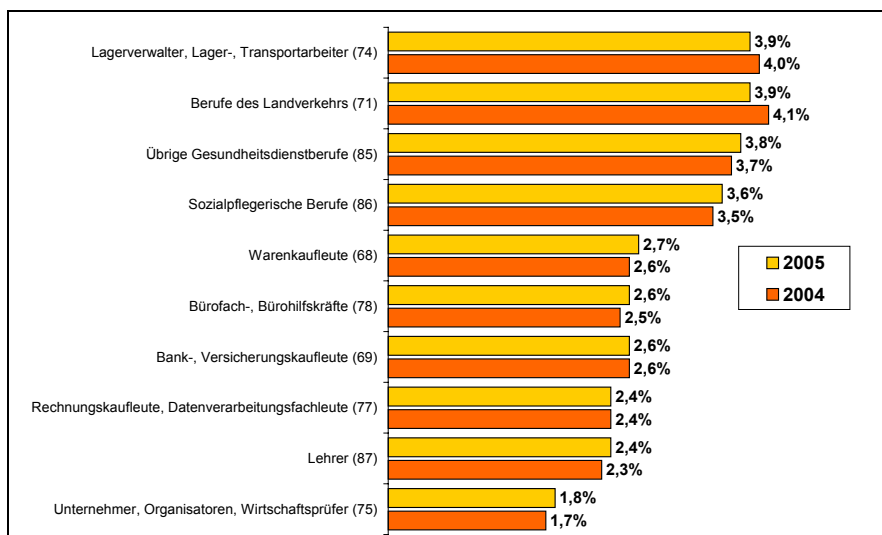


Abb. 53
Krankenstände in den zehn wichtigsten Berufsgruppen 2005
Vergleich zum Vorjahr

Quelle: DAK AU-Daten 2006

Veränderungen gegenüber 2004

In nur zwei der zehn hier betrachteten Berufsgruppen ist der Krankenstand 2005 gegenüber 2004 zurückgegangen (vgl. Abbildung 53). Der Rückgang bewegte sich zwischen 0,1 bzw. 0,2 Prozentpunkte und betraf die Gruppe der „Lagerverwalter, Lager- und Transportarbeiter“ bzw. der „Berufe des Landesverkehrs“. Unverändert blieb der Krankenstand in der Gruppe der „Bank-, Versicherungskaufleute“ und der „Rechnungs- und Datenverarbeitungskaufleute“. In den übrigen der hier betrachteten Berufsgruppen ist der Krankenstand 2006 hingegen um 0,1 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr gestiegen.

Eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 2004 und 2005 ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen. Unterschiede im AU-Geschehen zwischen einzelnen Berufsgruppen können durch berufsspezifische Arbeitsbedingungen begründet sein.

Zusammenspiel belastender und stärkender Arbeitsbedingungen beeinflusst das AU-Geschehen.

Berufsgruppen mit hohen Krankenständen sind vielfach erheblichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Ob diese Belastungen im Laufe der Zeit zu gesundheitlichen Beschwerden und schließlich zu Erkrankungen führen, hängt auch wesentlich davon ab, ob dem Beschäftigten Möglichkeiten der Bewältigung von Arbeitsanforderungen und zum Ausgleich von belastenden Situationen zur Verfügung stehen. Eine hohe Arbeitszufriedenheit durch die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Organisation und die Arbeitsinhalte, ein gutes Betriebsklima sowie die flexible Arbeitszeitgestaltung können den Umgang mit belastenden Arbeitssituationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen.

DAK-Angebote: betriebliche Krankenstandsanalysen und Mitarbeiterbefragungen

Unter welchen spezifischen Bedingungen Beschäftigte in ihrem Beruf arbeiten und inwieweit daraus Auswirkungen auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen abgeleitet werden können, ist den vorliegenden Daten nicht zu entnehmen. Dies ist vielmehr auf der betrieblichen Ebene zu ermitteln. Die DAK bietet diesbezüglich betriebliche Krankenstandsanalysen und betriebliche Mitarbeiterbefragungen an. Vor allem über die Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen werden.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Seit Jahren arbeitet die DAK bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und nimmt damit ihren gesetzlichen Auftrag wahr. Im Rahmen des im Sommer und Herbst 2000 gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege durchgeführten „Stress-Monitorings“ wurden Beschäftigte aus 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten schriftlich zu ihren Arbeitsbedingungen befragt. Die Ergebnisse für ausgewählte Berufsgruppen⁵² liegen in schriftlicher Form vor und können bei der Hauptgeschäftsstelle der DAK bezogen werden.

⁵² Friseur, Reinigungskräfte, Kindergärtnerinnen, Betreuer und Gruppenleiter in Werkstätten für Behinderte, Berufsschullehrer, Beschäftigte in Werkstätten der Gefährdetenhilfe, Tierärzte

Anhang II: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versichertenjahre“ verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2006 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versichertenjahre.

... pro 100 Versichertenjahre

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

Betroffenenquote

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

Krankenstand

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder auf Grund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.

AU-Tage pro 100 Versichertenjahre

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.

Durchschnittliche Falldauer

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

AU-Diagnosen

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Lösung: altersgruppenweise Vergleiche

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte *standardisierte* Kennzahlen berechnet.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird gemäß der "Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V" der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der *nicht* auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Um eine größtmögliche Kontinuität und Vergleichbarkeit zwischen den beiden Schlüsselsystemen zu gewährleisten, werden die im ICD 10 als getrennte Kapitel behandelten Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren weiterhin zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst – die frühere Hauptgruppe VI „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ des ICD 9 wird also in der Darstellung beibehalten.

Durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels sind gewisse Verzerrungen in der Zeitreihe vor und nach 2000 möglich. Der ICD 10 eröffnet neue Möglichkeiten der Diagnoseverschlüsselung, so dass es denkbar ist, dass ein identischer Krankheitsfall im Jahr 2000 oder später in einem anderen ICD-Kapitel codiert wird als 1999 oder 1998.

Die Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit den Jahren vor dem Berichtszeitraum 2000 beziehen sich wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten und hier vor allem auf die Ebene der Einzeldiagnosen. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen.

Der ICD 10 GM verfügt über eine feinere Gliederung der Einzeldiagnosen, welche aber für die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Krankheitsarten mit den Jahren 2000 bis 2003 weitestgehend irrelevant ist. Für die Gesundheitsreports werden die Einzeldiagnosen zu Gruppen zusammengefasst, welche bis auf Einzelfälle im ICD 10 und im ICD 10 GM identisch sind. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten für das Jahr 2004 sind somit trotz Änderung des ICD-Schlüssels mit den Daten ab 2000 vergleichbar.

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10 zum 01.01.2000

Zusammenfassung der ICD 10 Kapitel „Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren“

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10 kann zu Verzerrungen bei Betrachtung längerer Zeitreihen führen

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

Umstellung des ICD 10 auf ICD 10 GM führt zu keinen relevanten Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten mit den Vorjahren

Kapitel des ICD 10

ICD 10	Krankheitsart
A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00 – D48	Neubildungen (Krebs)
D50 – D90	Krankheiten des Blutes und der Blut bildenden Organe
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00 – G99	Krankheiten des Nervensystems
H00 – H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60 – H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00 – L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes
N00 – N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
O00 – O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00 – P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00 – Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R00 – R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

Anhang III: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2005 und 2006 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang III aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006.....	118
Tabelle A2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005.....	119
Tabelle A3:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006.....	120
Tabelle A4:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006.....	121
Tabelle A5:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006	122
Tabelle A6:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005	123
Tabelle A7:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2006	124
Tabelle A8:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2005	125
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2005.....	126
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2004.....	127

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	45,6	8,1	5,7	4,2%
	Männer	43,8	7,7	5,7	4,1%
	Frauen	48,3	8,5	5,7	4,2%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	44,8	1,3	34,5	4,1%
	Männer	33,9	1,1	31,7	3,2%
	Frauen	60,2	1,6	37,2	5,2%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	109,8	4,0	27,3	10,0%
	Männer	88,3	3,1	28,1	8,4%
	Frauen	140,2	5,3	26,6	12,2%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	48,4	4,7	10,4	4,4%
	Männer	44,8	4,2	10,7	4,2%
	Frauen	53,6	5,4	10,0	4,6%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,4	3,1	17,5	5,0%
	Männer	63,8	3,2	20,2	6,0%
	Frauen	41,2	3,0	13,6	3,6%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	171,7	27,4	6,3	15,7%
	Männer	155,8	24,8	6,3	14,8%
	Frauen	194,2	31,0	6,3	16,9%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	79,2	13,4	5,9	7,2%
	Männer	80,2	13,0	6,2	7,6%
	Frauen	77,6	14,0	5,6	6,7%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	241,3	14,8	16,4	22,0%
	Männer	249,8	15,8	15,8	23,7%
	Frauen	229,5	13,3	17,3	19,9%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	48,9	5,5	8,9	4,5%
	Männer	41,9	4,7	8,9	4,0%
	Frauen	58,7	6,6	8,9	5,1%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	165,6	9,9	16,8	15,1%
	Männer	197,3	11,8	16,7	18,7%
	Frauen	120,9	7,1	17,0	10,5%
Gesamt ⁵³	Gesamt	1.095,3	98,9	11,1	100,0%
	Männer	1.055,2	93,6	11,3	100,0%
	Frauen	1.152,0	106,4	10,8	100,0%

⁵³ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 116)

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	47,3	8,0	5,9	4,2%
	Männer	45,6	7,7	5,9	4,2%
	Frauen	49,8	8,4	5,9	4,2%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	46,6	1,3	35,6	4,1%
	Männer	34,9	1,1	32,5	3,2%
	Frauen	63,2	1,6	38,4	5,3%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	112,4	3,9	28,5	10,0%
	Männer	93,0	3,1	29,9	8,6%
	Frauen	139,7	5,1	27,3	11,8%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	47,5	4,4	10,8	4,2%
	Männer	43,1	3,9	10,9	4,0%
	Frauen	53,8	5,1	10,6	4,5%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	57,6	3,0	19,1	5,1%
	Männer	68,9	3,1	22,1	6,3%
	Frauen	41,7	2,9	14,4	3,5%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	202,7	31,6	6,4	18,0%
	Männer	185,3	28,9	6,4	17,1%
	Frauen	227,2	35,4	6,4	19,1%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	76,1	12,3	6,2	6,7%
	Männer	77,5	11,9	6,5	7,1%
	Frauen	74,2	12,8	5,8	6,3%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	241,5	14,3	16,9	21,4%
	Männer	247,4	15,2	16,3	22,8%
	Frauen	233,1	13,0	17,9	19,6%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	47,3	5,2	9,1	4,2%
	Männer	40,4	4,4	9,1	3,7%
	Frauen	57,1	6,2	9,2	4,8%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	162,4	9,3	17,4	14,4%
	Männer	194,7	11,2	17,4	17,9%
	Frauen	116,8	6,8	17,3	9,8%
Gesamt ⁵⁴	Gesamt	1.127,6	100,1	11,3	100,0%
	Männer	1.085,8	94,7	11,5	100,0%
	Frauen	1.186,8	107,8	11,0	100,0%

⁵⁴ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 116)

Tabelle A3 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	45,3	8,1	5,6	4,3%
	Männer	43,8	7,9	5,6	4,3%
	Frauen	47,4	8,6	5,5	4,3%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	44,5	1,2	36,7	4,2%
	Männer	34,1	1,0	33,8	3,4%
	Frauen	59,2	1,5	39,6	5,4%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	111,9	4,0	28,3	10,6%
	Männer	92,3	3,2	29,3	9,1%
	Frauen	139,5	5,1	27,4	12,7%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	47,4	4,4	10,7	4,5%
	Männer	44,2	4,0	11,0	4,3%
	Frauen	51,8	5,0	10,3	4,7%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	50,6	2,9	17,7	4,8%
	Männer	60,5	3,0	20,4	5,9%
	Frauen	36,6	2,7	13,5	3,3%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	161,0	26,6	6,1	15,3%
	Männer	146,9	24,1	6,1	14,4%
	Frauen	180,9	30,0	6,0	16,4%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	73,4	12,4	5,9	7,0%
	Männer	74,7	12,0	6,2	7,3%
	Frauen	71,6	12,9	5,6	6,5%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	233,8	14,2	16,5	22,2%
	Männer	241,7	15,2	15,9	23,8%
	Frauen	222,7	12,7	17,5	20,2%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	47,8	5,4	8,8	4,5%
	Männer	41,2	4,7	8,8	4,0%
	Frauen	57,2	6,5	8,8	5,2%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	155,0	9,3	16,6	14,7%
	Männer	183,3	11,1	16,5	18,0%
	Frauen	115,0	6,8	16,8	10,5%
Gesamt ⁵⁵	Gesamt	1.051,9	95,0	11,1	100,0%
	Männer	1.017,3	90,3	11,3	100,0%
	Frauen	1.100,8	101,7	10,8	100,0%

⁵⁵ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 116)

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2006

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	45,9	7,4	6,2	3,5%
	Männer	41,6	6,8	6,1	3,4%
	Frauen	51,8	8,1	6,4	3,7%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	45,9	1,7	26,4	3,5%
	Männer	31,8	1,4	23,1	2,6%
	Frauen	65,9	2,3	29,3	4,7%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	98,2	4,3	22,8	7,5%
	Männer	66,1	3,0	22,3	5,4%
	Frauen	143,4	6,2	23,1	10,2%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	53,3	5,8	9,3	4,1%
	Männer	47,1	4,8	9,7	3,8%
	Frauen	62,1	7,1	8,8	4,4%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	74,2	4,3	17,3	5,7%
	Männer	81,2	4,1	20,0	6,6%
	Frauen	64,2	4,6	14,0	4,6%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	222,7	30,6	7,3	17,1%
	Männer	195,2	27,0	7,2	15,8%
	Frauen	261,5	35,8	7,3	18,6%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	106,7	18,1	5,9	8,2%
	Männer	106,0	17,1	6,2	8,6%
	Frauen	107,6	19,5	5,5	7,7%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	279,8	17,5	16,0	21,4%
	Männer	291,3	18,5	15,8	23,6%
	Frauen	263,6	16,2	16,3	18,7%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	52,7	5,5	9,6	4,0%
	Männer	44,0	4,4	9,9	3,6%
	Frauen	65,0	7,0	9,3	4,6%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	218,5	12,5	17,4	16,7%
	Männer	267,2	15,3	17,4	21,7%
	Frauen	149,8	8,6	17,5	10,6%
Gesamt ⁵⁶	Gesamt	1.304,6	116,3	11,2	100,0%
	Männer	1.232,1	107,1	11,5	100,0%
	Frauen	1.406,9	129,4	10,9	100,0%

⁵⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 116)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2006

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 – 67)	2,5%	894,4	91,4	9,8
Baugewerbe (45)	3,1%	1.121,1	96,4	11,6
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	2,6%	954,7	101,6	9,4
Chemische Industrie (23 – 25)	2,9%	1.049,0	101,9	10,3
Datenverarbeitung (72)	2,1%	767,7	84,1	9,1
Feinmechanik (30 – 33)	2,6%	941,3	95,4	9,9
Gesundheitswesen (85)	3,5%	1.262,6	104,6	12,1
Handel (50 – 52)	2,7%	990,3	86,4	11,5
Holz, Papier, Druck (20 – 22)	2,7%	971,3	93,0	10,4
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 – 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,2%	1.169,3	101,8	11,5
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,8%	1.011,7	100,3	10,1
Nahrungs- und Genussmittel (15 – 16)	3,2%	1.169,7	94,3	12,4
Öffentliche Verwaltung (75)	3,3%	1.219,7	108,0	11,3
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,2%	1.180,4	123,4	9,6
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,1%	758,2	80,7	9,4
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,0%	1.087,6	97,0	11,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 – 28, 36)	2,9%	1.059,7	100,3	10,6
Textil (17 – 19)	2,5%	917,9	91,3	10,1
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 – 64)	3,2%	1.158,3	95,9	12,1
DAK Gesamt (00 – 95)	3,0%	1.095,3	98,9	11,1

* In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik der Bundesanstalt für Arbeit (1993) angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A6 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (65 – 67)	2,6%	946,9	96,7	9,8
Baugewerbe (45)	3,2%	1.158,3	93,8	12,3
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	2,8%	1.009,1	106,8	9,4
Chemische Industrie (23 – 25)	3,0%	1.080,9	106,2	10,2
Datenverarbeitung (72)	2,2%	792,2	83,9	9,4
Feinmechanik (30 – 33)	2,7%	998,9	98,4	10,2
Gesundheitswesen (85)	3,6%	1.319,1	107,3	12,3
Handel (50 – 52)	2,8%	1.021,6	86,4	11,8
Holz, Papier, Druck (20 – 22)	2,7%	999,5	93,5	10,7
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 – 02, 05, 10 – 14, 37, 40, 41)	3,2%	1.166,5	103,6	11,3
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,9%	1.056,7	103,6	10,2
Nahrungs- und Genussmittel (15 – 16)	3,2%	1.183,5	94,6	12,5
Öffentliche Verwaltung (75)	3,5%	1.290,7	113,8	11,3
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,3%	1.203,8	126,6	9,5
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,0%	727,7	77,2	9,4
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,0%	1.081,6	93,2	11,6
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 – 28, 36)	3,0%	1.092,1	102,8	10,6
Textil (17 – 19)	2,8%	1.035,6	95,8	10,8
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 – 64)	3,3%	1.191,3	97,3	12,2
DAK Gesamt (00 – 95)	3,1%	1.127,6	100,1	11,3

* In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik der Bundesanstalt für Arbeit (1993) angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A7 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2006

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,5%	908,0	85,9	10,6
Bayern	2,7%	971,4	88,4	11,0
Berlin*	3,7%	1.341,8	106,2	12,6
Bremen	3,1%	1.123,4	100,1	11,2
Hamburg	2,8%	1.020,9	91,8	11,1
Hessen	3,1%	1.114,6	103,5	10,8
Niedersachsen	2,9%	1.074,7	99,2	10,8
Nordrhein-Westfalen	2,9%	1.048,3	94,6	11,1
Rheinland-Pfalz	3,2%	1.171,8	101,4	11,6
Saarland	3,5%	1.295,1	98,1	13,2
Schleswig-Holstein	2,9%	1.074,4	98,7	10,9
Westliche Bundesländer	2,9%	1.051,9	95,0	11,1
Brandenburg	3,7%	1.338,3	114,1	11,7
Mecklenburg-Vorpommern	3,7%	1.355,2	123,9	10,9
Sachsen	3,3%	1.204,0	110,1	10,9
Sachsen-Anhalt	3,6%	1.324,1	116,9	11,3
Thüringen	3,5%	1.276,9	117,1	10,9
Östliche Bundesländer	3,6%	1.304,6	116,3	11,2
DAK Gesamt	3,0%	1.095,3	98,9	11,1

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2005

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,6%	944,1	87,5	10,8
Bayern	2,8%	1.012,0	90,6	11,2
Berlin*	3,8%	1.392,5	106,7	13,1
Bremen	3,0%	1.112,2	101,0	11,0
Hamburg	2,9%	1.070,1	90,5	11,8
Hessen	3,1%	1.130,5	103,3	10,9
Niedersachsen	3,0%	1.100,1	99,1	11,1
Nordrhein-Westfalen	3,0%	1.093,7	96,0	11,4
Rheinland-Pfalz	3,3%	1.195,2	101,9	11,7
Saarland	3,6%	1.316,3	98,4	13,4
Schleswig-Holstein	2,9%	1.071,9	97,8	11,0
Westliche Bundesländer	3,0%	1.084,7	95,9	11,3
Brandenburg	3,8%	1.375,4	117,0	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	3,7%	1.365,2	125,1	10,9
Sachsen	3,5%	1.259,9	114,1	11,0
Sachsen-Anhalt	3,6%	1.321,8	119,6	11,1
Thüringen	3,7%	1.334,8	121,2	11,0
Östliche Bundesländer	3,7%	1.337,4	119,2	11,2
DAK Gesamt	3,1%	1.127,6	100,1	11,3

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2005

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,6%	951,1	98,1	9,7
Berufe des Landverkehrs (71)	3,9%	1.438,1	107,2	13,4
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,6%	945,7	94,4	10,0
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	3,9%	1.422,4	125,4	11,3
Lehrer (87)	2,4%	859,2	83,9	10,2
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,4%	867,6	85,0	10,2
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,6%	1.296,8	116,6	11,1
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,8%	1.386,2	103,4	13,4
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,8%	642,4	69,1	9,3
Warenkaufleute (68)	2,7%	1.000,0	85,6	11,7
DAK Gesamt	3,1%	1.127,6	100,1	11,3

* In Klammern ist die Schlüsselnummer der Berufsgruppe gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben.

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2004

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,6%	939,2	95,4	9,8
Berufe des Landverkehrs (71)	4,1%	1.501,5	108,0	13,9
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,5%	930,2	93,3	10,0
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,0%	1.458,9	126,7	11,5
Lehrer (87)	2,3%	838,5	82,3	10,2
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,4%	868,3	83,7	10,4
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,5%	1.273,8	116,2	11,0
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,7%	1.349,8	103,1	13,1
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,7%	630,2	67,6	9,3
Warenkaufleute (68)	2,6%	964,1	84,8	11,4
DAK Gesamt	3,2%	1.157,1	100,4	11,5

* In Klammern ist die Schlüsselnummer der Berufsgruppe gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben.

Anhang IV: Erläuterungen zu den Datenquellen, die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas genutzt wurden

Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten)

Datenbasis:
Alle in 2006 Erwerbs-
tätigen
mit Krankengeld-
anspruch

Die Auswertungen bezüglich der Arbeitsunfähigkeitsdaten im Rahmen des Schwerpunktthemas beziehen sich ebenfalls auf alle im Jahr 2006 aktiv erwerbstätigen Personen mit Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK, die mindestens einen Tag lang DAK-Mitglied waren.

Arzneimitteldaten

Arzneimitteldaten des
Jahres 2005 von Er-
werbs-tätigen mit
Krankengeldanspruch
sowie von allen DAK-
Mitgliedern ausgewer-
tet

Erstmals wurden für das diesjährige Schwerpunktthema auch Arzneimitteldaten der DAK-Mitglieder ausgewertet. Im Gegensatz zu den AU-Analysen wurden dabei aber nicht die Daten des Jahres 2006, sondern die Daten des Jahres 2005 zu Grunde gelegt. Zudem wurden zwei Versichertenpopulationen betrachtet: Neben den im Jahr 2005 aktiv erwerbstätigen Personen mit Krankengeldanspruch wurden für eine spezifische Fragestellung – die Abschätzung der mit Triptanen versorgten schweren Migräne-Attacken der Versicherten – alle DAK-Mitglieder einschließlich Kindern und Personen über 65 Jahre berücksichtigt.

Analysen für die
Gruppe der Triptane
vorgenommen

Die Auswertung der Arzneiverordnungen erfolgte ausschließlich für die Gruppe der Triptane – spezifische Migränemittel aus der Gruppe der 5-HAT1B/1D-Rezeptoragonisten – unter Zuhilfenahme des Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems (ATC), welches Arzneimittel in hierarchischer Form nach therapeutischen und chemischen Kriterien gliedert. Es wurden alle im Jahr 2005 erhältlichen Triptane in die Auswertung einbezogen (Nennung in alphabetischer Reihenfolge): Almotriptan, Eletriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan, Zolmitriptan.

Auswertung der DDD
pro 100 Versicher-
tenjahre

Ausgewertet wurde die Zahl der verordneten „Defined Daily Doses“ (DDD) pro 100 Versichertenjahre. Eine definierte Tagesdosis ist dabei die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

Bevölkerungsbefragung

Repräsentative Be-
fragung von knapp
3.000 Erwerbstätigen

Für die im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas durchgeführte telefonische Bevölkerungsbefragung wurden zunächst insgesamt knapp 3.000 erwerbstätige Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren befragt, ob sie in den vorangegangenen sechs Monaten unter Kopfschmerzen gelitten haben. Insgesamt 1.566 Befragte bejahten diese Frage.

Diese Personen wurden in einer zweiten Frage gefragt, ob es sich bei ihren Kopfschmerzen um eine Migräne handele. Allen, die auch diese Frage bejahten – insgesamt 326 Personen – wurden weitere Fragen zum Thema Migräne gestellt. Von denjenigen, die angaben, zwar unter Kopfschmerzen, nach eigener Einschätzung aber nicht unter Migräne zu leiden, wurde jeder Dritte per Zufall ausgewählt und zum Thema Kopfschmerz weiter befragt. Letztlich waren dies insgesamt 386 Personen.

Ein so genanntes „Oversampling“ von Migräne-Betroffenen – so nennt man dieses spezielle Verfahren bei der Stichprobenziehung, bei dem eine Gruppe gezielt überrepräsentiert sein soll – wurde vorgenommen, um in der vollständig Befragung eine ausreichende Anzahl an Migräne-Betroffenen sicher zu stellen. Um des Weiteren eine im Stichprobenumfang vergleichbare Anzahl an Kopfschmerz-Betroffenen vollständig zu befragen, wurde in dieser Gruppe nur jeder dritte Betroffene zufällig ausgewählt und weiter befragt.

Hintergrund für diese besondere Vorgehensweise war, dass zwar bis zu 64% der Frauen und bis zu 44% der Männer in einem Zeitraum von sechs Monaten an Kopfschmerzen leiden⁵⁷, von Migräne bezogen auf die Gesamtpopulation aber insgesamt nur ungefähr 14% der Frauen und bis zu 6% der Männer betroffen sind⁵⁸.

Der Fragenkatalog, der im Rahmen der Bevölkerungsbefragung eingesetzt wurde, beinhaltete die Fragen aus zwei eigenständigen, etablierten Fragebögen:

- MIDAS-Fragebogen (Migraine Disability Assessment Questionnaire) zur Ermittlung des Grades der Beeinträchtigung aufgrund von Kopfschmerzen bzw. speziell Migräne, der den Zeitraum der zurückliegenden drei Monate vor der Befragung berücksichtigt.
- Migraine-ACT Fragebogen (Migraine Assessment of Current Therapy Questionnaire) zur Ermittlung der Wirksamkeit der Migräne-Therapie (diese Fragen wurden nur an Migräne-Betroffene gerichtet).

In der Darstellung der Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung sind diese Fragenkomplexe speziell benannt bzw. im Hinblick auf ihre Interpretation erläutert.

Expertenbefragung

Im Rahmen der Expertenbefragung wurden insgesamt 20 Wissenschaftler und erfahrene Praktiker um eine Teilnahme an der Befragung zur (Versorgungs-)Situation von Kopfschmerz- und Migräne-Betroffenen in Deutschland gebeten.

Jeder – nach eigenen Angaben – Migräne-Betroffene und ein Drittel der Kopfschmerz-Betroffenen wurden vollständig befragt

Besonderheit: „Oversampling“ von Migräne-Betroffenen

Fragenkatalog der Bevölkerungsbefragung beinhaltete Fragen aus dem MIDAS-Fragebogen und dem Migraine-ACT-Fragebogen

Expertenbefragung zu Kopfschmerz und Migräne

⁵⁷ Ergebnisse der epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) (2005).

⁵⁸ Diener, H.C.: Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG). Kopfschmerz-News, 14. Jahrgang, Nummer 1 (2005).

Rücklaufquote Expertenbefragung 65 %

13 dieser Fachleute haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 65%. Der für diesen Zweck entwickelte Fragebogen enthält ausschließlich offene Fragen.

Fragebogen nachfolgend abgedruckt

Der Fragebogen ist im Folgenden abgedruckt. Die Liste der Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie auf Seite 136.

Expertenbefragung: Kopfschmerz und Migräne	
A	Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Schmerzsyndromen und Gesundheitsstörungen in der Bevölkerung. Viele Betroffene helfen sich zunächst oder dauerhaft mit freiverkäuflichen Schmerzmitteln.
A1	Sind Sie der Meinung, dass in Deutschland im Zusammenhang mit der (Selbst)-Behandlung von Kopfschmerzen von einem Schmerzmittelmissbrauch gesprochen werden kann? Sofern ja – (2) Was müsste getan werden, um diese Situation zu ändern?
A2	Ein hoher Schmerzmittelkonsum kann unter anderem zu einem Medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz führen. Ist dieses Risiko Ihrer Auffassung nach in der Bevölkerung hinreichend bekannt ? Sofern nicht – Sollte Ihrer Meinung nach hier mehr Aufklärung stattfinden? Sofern ja – (3) Durch wen sollte diese Aufklärung erfolgen?
A3	Welche Bedeutung kommt psychischen Erkrankungen, wie Angststörungen und Depressionen, im Zusammenhang mit dem (1) Auftreten und der (2) (Selbst)-Behandlung von Kopfschmerzen zu?

<p>B Die Versorgungssituation von Kopfschmerz- und insbesondere Migräne-Patienten wird von Experten und Fachgesellschaften immer wieder als unzureichend bezeichnet. Nachfolgend sind verschiedene Bereiche der medizinischen Versorgung aufgeführt:</p> <p>Bestehen hier Ihrer Einschätzung nach Defizite oder Hindernisse in Deutschland?</p> <p>Wo sehen Sie einen dringlichen Handlungsbedarf?</p>
<p>B1 Frühzeitiges Erkennen der Kopfschmerz-Form mit besonderem Blick auf:</p> <p>Patienten-Arzt-Kontakt</p> <p>Diagnostische Methoden, speziell die ärztliche Anamnese</p>
<p><u>Bestehende Defizite/ Hindernisse:</u></p> <p><u>Dringlicher Handlungsbedarf:</u></p>
<p>B2 Schnittstelle Hausarzt – Facharzt mit besonderem Blick auf:</p> <p>Überweisungspraxis</p> <p>Zusammenarbeit</p>
<p><u>Bestehende Defizite/ Hindernisse:</u></p> <p><u>Dringlicher Handlungsbedarf:</u></p>

B3 Einsatz medikamentöser Therapien mit besonderem Blick auf:**Zeitpunkt des Therapiebeginns und Therapieverlauf****verordnete Medikamente, speziell Triptane bei Migräne-Patienten****leitliniengerecht bzw. gemäß Empfehlungen**Bestehende Defizite/ Hindernisse:Dringlicher Handlungsbedarf:**B4 Einsatz nicht-medikamentöser Therapien unter folgenden Gesichtspunkten:****Häufigkeit (zu häufig oder zu selten)****Wirksamkeit (Einsatz auf Grundlage bestehender Evidenz bzw. gemäß Leitlinien)**Bestehende Defizite/ Hindernisse:Dringlicher Handlungsbedarf:

B5 Umsetzung interdisziplinärer Therapie-Ansätze (Neurologen, Psychologen, Physiotherapeuten) in der Kopfschmerz-Behandlung: Gibt es hier ein hinreichendes Angebot?

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

B6 Bestehen aus Ihrer Sicht in weiteren Bereichen Defizite bzw. liegt ein besonderer Handlungsbedarf vor (bitte eintragen)?

Bestehende Defizite/ Hindernisse:

Dringlicher Handlungsbedarf:

C Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit bzw. Eignung folgender Maßnahmen, um eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Kopfschmerzen bzw. Migräne zu erreichen? Bitte kommentieren Sie die folgenden Ansätze:

C1 Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der Existenz wirksamer Therapieformen unter ärztlicher Begleitung

C2 Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte bezüglich Schmerztherapie

Liste der befragten Experten

Dr. Jochen Bommers

Die Wohld-Apotheke, Altenholz

Univ.-Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Klinik und Poliklinik für Neurologie

Prof. Dr. Dr. Stefan Evers

Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Klinik und Poliklinik für Neurologie

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik,
Leiter der Arbeitsgruppe „Arzneimittelanwendungsforschung“

Prof. Dr. Hartmut Göbel

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel

Prof. Dr. Gunther Haag

Michael-Balint-Klinik, Königsfeld

PD Dr. Peter Kropp

Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Zentrum für Nervenheilkunde,
Institut für Medizinische Psychologie

Dr. Arne May

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Institut für Systemische Neurowissenschaften

Dr. Andreas Peikert

Niedergelassener Facharzt für Neurologie,
spezielle Schmerztherapie, Bremen

Dr. Volker Pfaffenrath

Niedergelassener Facharzt für Neurologie, München

PD Dr. Uwe Reuter

Charité Berlin, Campus Mitte, Neurologische Klinik und Poliklinik

Prof. Dr. Andreas Straube

Ludwig-Maximilians-Universität München,
Klinikum Großhadern, Neurologische Klinik

PD Dr. Thomas-Martin Wallasch

Sankt-Gertrauden Krankenhaus, Kopfschmerzzentrum und Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Berlin