
DAK Gesundheitsreport 2006

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 - 2006

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

Inhalt

Zusammenfassung der Ergebnisse	7
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2005.....	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2005 im Überblick.....	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....	27
4 Schwerpunktthema: Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter	39
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	78
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern.....	82
7 Schlussfolgerungen und Ausblick	88
Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2004.....	93
Anhang II: Hinweise und Erläuterungen.....	97
Anhang III: Tabellen.....	101
Anhang IV: Expertenbefragung.....	112
Expertенbefragung: Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen	113

Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2006 berichtet die DAK zum achten 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 2006 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.

In Deutschland verstirbt mehr als jede zweite Frau an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Dessen ungeachtet werden kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere der Herzinfarkt, primär als männliches und nicht als weibliches Gesundheitsproblem wahrgenommen. Daher widmet sich die DAK im Gesundheitsreport 2006 dieser Problematik und analysiert Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems im Schwerpunktteil „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ vertiefend.

Für den DAK-Gesundheitsreports 2006 kann auch in diesem Jahr eine positive Bilanz gezogen werden. Der Krankenstand sank gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte von 3,2 % auf 3,1 %. Der allgemein 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 diesen Trend fortzusetzen, 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. Der Abbau von Arbeitsbelastungen und die Förderungen von Arbeitszufriedenheit ist in den Mittelpunkt betrieblicher Organisations- und Personalentwicklung zu rücken.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, April 2006

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Krankenstand lag 2005 bei 3,1 % und ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte gesunken. Damit lag der Krankenstand nun erstmals wieder unter dem Wert von 1998. Ein ganzjährig versichertes Mitglied verursachte 2005 im Durchschnitt 11,3 Arbeitsunfähigkeitstage.

**Gesamt-
krankenstand
weiter
gesunken**

Die Betroffenenquote lag 2005 bei 44,8 %. Dies bedeutet, dass für 55,2 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Die Betroffenenquote ist seit 1999 (48,7 %) kontinuierlich zurückgegangen. 2005 ist sie im Vergleich zum Vorjahr (44,3 %) erstmals wieder gestiegen. Dies bedeutet, dass 2005 mehr Beschäftigte überhaupt von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren als 2004.

**Betroffenen-
quote**

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 100,1 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen (2004: 100,4 AU-Fälle). Dies ist insbesondere auf die rückläufige Zahl der Erkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer zurückzuführen.

Fallhäufigkeit

Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung ist 2005 mit 11,3 Tagen gegenüber den letzten drei Vorjahren erstmals wieder gesunken. Damit liegt die durchschnittliche Falldauer erstmals wieder unter dem Ausgangswert von 1997.

Falldauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen auch 2005 mehr als die Hälfte (53,8 %) aller Krankheitstage.

**Wichtigste
Krankheitsar-
ten:**

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit einem Anteil von 21,4 % am Krankenstand und 242 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit 262 Tagen jedoch noch deutlich mehr Erkrankungstage auf diese Diagnose.

**Muskel-Skelett-
System**

Erkrankungen des Atmungssystems lagen mit 18 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zu 2004 gab es jedoch einen deutlichen Anstieg - und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 27,7 auf 31,6 Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch was die Anzahl der AU-Tage betraf (von 178,9 auf 202,7 Tage pro 100 Versichertenjahre).

**Atmungssys-
tem**

Auf Verletzungen konnten 14,4 % des Krankenstandes zurückgeführt werden. Dies entsprach dem Anteil in 2004. Knapp ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen waren Arbeits- und Wegeunfälle.

Verletzungen

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben 2005 weiter leicht an Bedeutung gewonnen: Ihr Anteil am Krankenstand betrug 10,0 % (2004: 9,8 %). Bei Frauen machten sie 11,8 % des AU-Volumens aus, bei Männern 8,6 %.

Gesundheitswesen mit höchstem Krankenstand

2005 war das „Gesundheitswesen“ mit 3,6 % die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Der Krankenstand ist jedoch gegenüber 2004 um 0,1 Prozentpunkte gesunken. An zweiter Stelle lag die Branche „Öffentliche Verwaltung“ mit einem Krankenstand von 3,5 %. Am niedrigsten war erneut der Krankenstand in der Branche „Rechts- und Wirtschaftsberatung“ mit 2,0%.

Unterschiede zwischen den Bundesländern

Auch 2005 bestand eine Dreiteilung der Bundesrepublik hinsichtlich der Krankenstandshöhe: Die südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern hatten die niedrigsten Krankenstände (2,6 % bzw. 2,8 %), die östlichen Länder die höchsten (Berlin und Brandenburg jeweils 3,8 %, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen jeweils 3,7 %). Die westlichen Bundesländer lagen mit Ausnahme des Saarlandes (Krankenstand: 3,6 %) nahe am Bundesdurchschnitt.

Analyse nach Berufsgruppen (2004)

Unter den ausgewählten Berufsgruppen wiesen die „Berufe des Landverkehrs“ (Berufskraftfahrer) mit 4,1 % den höchsten Krankenstand auf. Dieser Wert ist jedoch gegenüber 2003 um 0,4 Prozentpunkte gesunken. An zweiter Stelle folgten „Lager- und Transportarbeiter“ mit 4,0 %. Auch die „Gesundheitsberufe“ lagen mit 3,7 % deutlich über dem DAK-Durchschnitt. Einen besonders niedrigen Krankenstand hatte die Berufsgruppe „Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ (1,7 %).

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 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2004 und 2005 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.

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Krankheitsfällen. Zunächst werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die die Ärzte auf den AU-Bescheinigungen vermerkt haben. Anschließend wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“. Im Fokus stehen dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

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.

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

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2006 schließt mit den Schlussfolgerungen der DAK.

**Kapitel 1:
Datenbasis**

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkei-
ten im Überblick**

**Kapitel 3:
Ursachen von Ar-
beitsunfähigkeiten**

**Kapitel 4:
Schwerpunktthe-
ma**

**Kapitel 5:
Analyse nach
Wirtschaftsgrup-
pen**

**Kapitel 6:
Regionale
Analysen**

**Kapitel 7:
Schlussfolgerun-
gen**

**Anhang I:
Arbeitsunfähigkeiten
nach Berufsgruppen
2004**

Als Anhang I ist dem DAK-Gesundheitsreport eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeiten für das Jahr 2004 nach Berufsgruppen beigefügt. Die Krankenstandswerte werden mit den Daten des Jahres 2003 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 2005 werden daher erst im DAK-Gesundheitsreport 2007 enthalten sein.

**Anhang II:
Hinweise und Erläu-
terungen****Weitere Hinweise und 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****Ergänzende 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 101.

**Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheits-
berichten 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 *direkte Standardisierung* erreicht. Bezugsgröße für die Standardisierung ist die Standardpopulation der Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 (vgl. Anhang II).

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

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2005

Der Gesundheitsreport berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2005 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.

Datenbasis des
DAK-
Gesundheits-
reports 2006

Die gesamte Datenbasis umfasst 2,6 Mio. DAK-Mitglieder, die sich zu 62,7 % aus Frauen und zu 37,3 % aus Männern zusammensetzen.

Abbildung 1

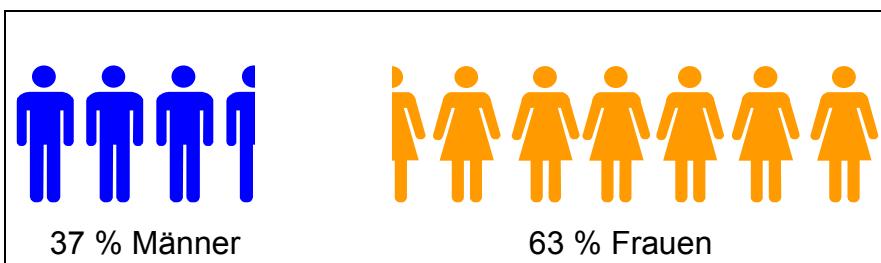


Abb. 1:
DAK-Mitglieder
im Jahr 2005
nach Ge-
schlecht

Quelle: DAK AU-Daten 2005

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

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

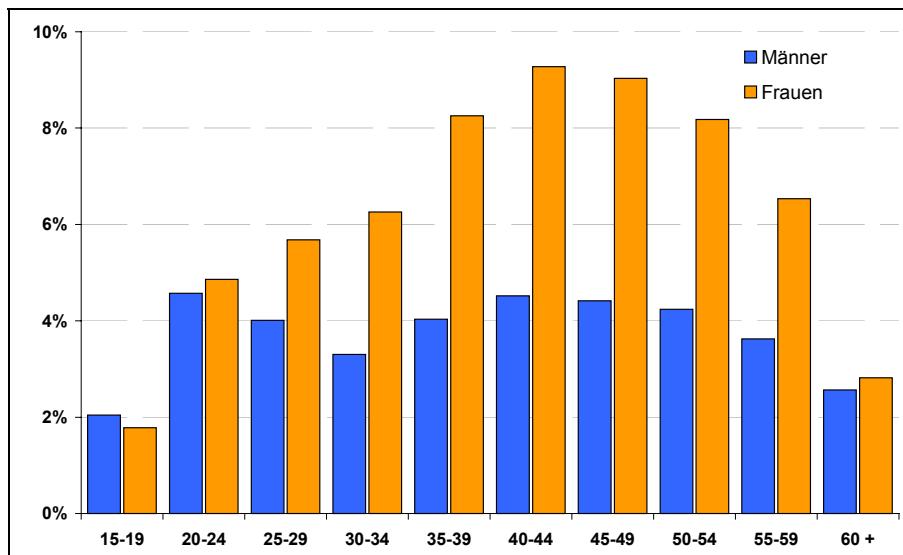
Außerdem ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK versichert waren. Rechnet man die rund 2,6 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ um, ergeben sich für das Jahr 2005 etwa 2,3 Mio. Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstands-werte „pro 100 Versichertenjahre“. Wir verwenden diese Bezugsgröße anstelle von „pro 100 Mitgliedern“, weil sie zu präziseren Ergebnissen führt.

Viele Kennwerte
„pro 100 Versi-
chertenjahre“
angegeben

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

Abbildung 2

Abb. 2:
Alters- und Ge-
schlechtsstruk-
tur der erwerbs-
tätigen DAK-
Mitglieder im
Jahr 2005



Quelle: DAK AU-Daten 2005

In fast allen Altersgruppen war der Anteil der Frauen höher als der der Männer. Lediglich bei den 15- bis 19-Jährigen stellten Männer einen geringfügig größeren Anteil.

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. Durch die Standardisierung (vgl. Anhang II) werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet. Diese Vorgehensweise sichert die Vergleichbarkeit mit den Zahlen anderer Ersatzkassen sowie mit den DAK-Gesundheitsreports der Vorjahre.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2005 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

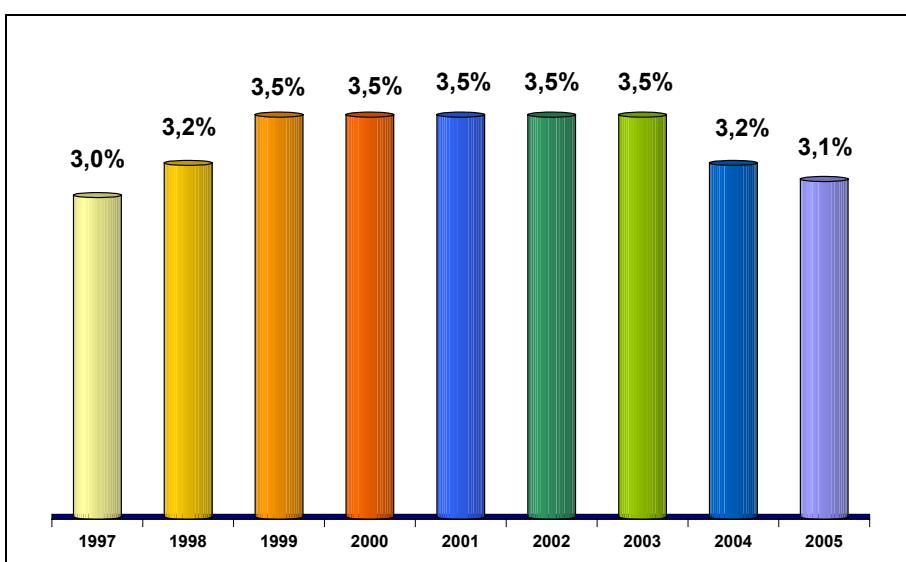


Abb. 3:
Krankenstand
der DAK-
Mitglieder 1997 -
2005

Quelle: DAK AU-Daten 2005

2005 betrug der DAK-Krankenstand 3,1 %¹ und ist gegenüber dem Wert des Vorjahrs 2004 gesunken. Damit hat sich der allgemein beobachtbare Trend sinkender Krankenstände auch bei den DAK-versicherten Beschäftigten fortgesetzt.

**Krankenstand
2005 gegenüber
2004 gesunken**

Sinkender Krankenstand im Jahr 2005

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. 2005 sank der Krankenstand gegenüber dem Vorjahr um 0,1 % Prozentpunkte auf 3,1 %. Damit nähert sich der Krankenstandswert erstmals wieder dem Wert des Jahres 1997 bzw. liegt unter dem Wert von 1998.

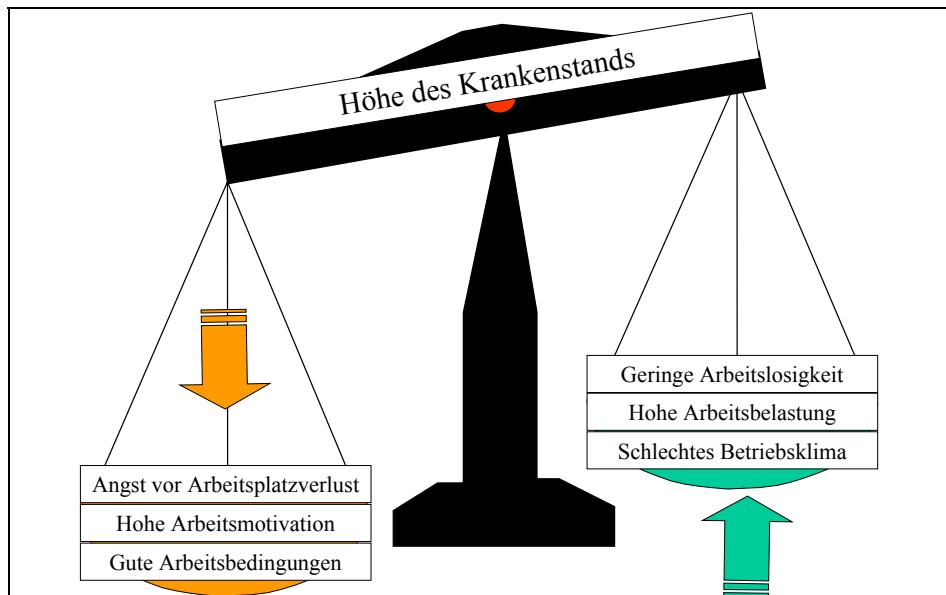
¹ Mit drei Nachkommastellen dargestellt betrug der Krankenstand 3,089 %.

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 die
Höhe des Kran-
kenstandes



DAK 2006

Volkswirtschaftlicher Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

Konjunktur

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene haben insbesondere die wirtschaftliche Entwicklung und die damit verbundenen Effekte auf den 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.²

Beschäftigungs- rückgang trotz Wachstum

In den letzten Jahren verläuft der Krankenstand zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nicht mehr eindeutig prozyklisch: Seit Jahren erfährt die deutsche Wirtschaft ein moderates Wachstum bei stagnierenden resp. jüngst sinkenden Krankenständen. Ursächlich hierfür ist das unter der Beschäftigungsschwelle verbleibende Wirtschafts-

² vgl. Kohler, Hans: "Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz" In: IAB Werkstattberichte Nr. 1/30.01.2002.

wachstum. So verringert sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten pro Quartal durchschnittlich um 100.000 Beschäftigte (saisonbereinigt) seit 2001.³ Dies ist eine Entwicklung, die unter den weiterhin Beschäftigten die Konkurrenz um Arbeitsplätze sowie die Angst vor Arbeitsplatzverlusten erhöht und dazu führt, dass Beschäftigte trotz eingeschränkter Gesundheit weiter der Arbeit nachgehen.⁴

Zur Zeit vollzieht sich ein Wandel der Struktur der Belegschaften: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies vermutlich vorwiegend die Arbeitskräfte, die auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen häufiger und auch langwieriger arbeitsunfähig erkrankt sind. Dies übt tendenziell einen 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.

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.

Wandel der Belegschaftsstruktur

Wandel der Wirtschaftsstruktur

Arbeitsverdichtung

„Healthy-worker-effect“

³ vgl. Bach, Hans-Uwe; Gaggermaier, Christian; Klinger, Sabine: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung - Woher kommt die Talfahrt? In: IAB Kurzbericht, Nr. 26/28.12.2005.

⁴ vgl. u.a. DAK-Gesundheitsreport 2004, Schwerpunktthema Kurzzeiterkrankungen (Bestell-Nr. W-403-2004).

**Betriebliche
Gesundheits-
förderung**

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 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 gegenläufig 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 vertieftes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2005 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 2005 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 Fall-dauer“

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

$$\text{Krankenstand in \%} =$$

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

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

- die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer), und solche,
- 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.

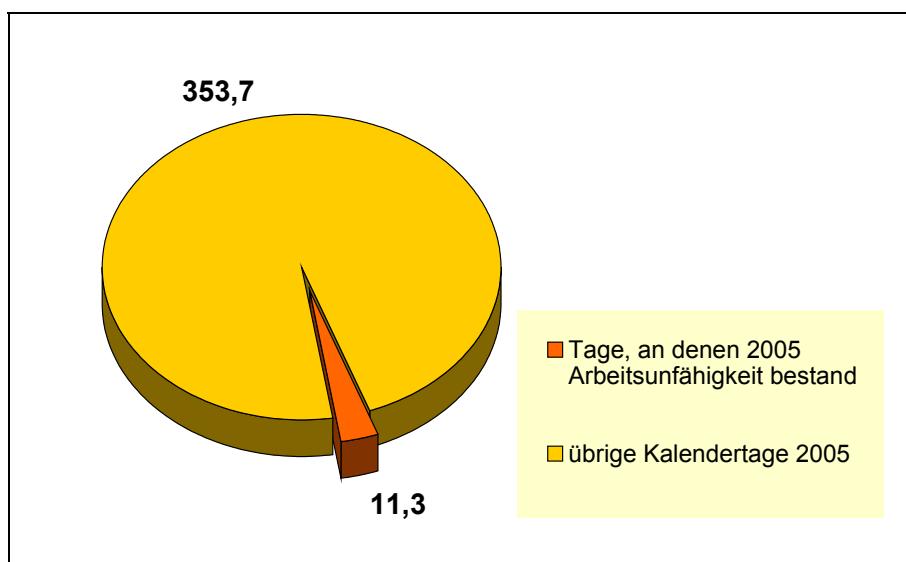
Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden im Jahr 2005 im Durchschnitt 1.128 Fehltage wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit registriert.

Der Krankenstand von 3,1 % in 2005 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnen: Verteilt man die im Jahr 2005 je 100 Beschäftigte angefallenen 1.128 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage, so waren an jedem Tag 3,1%⁵ der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5

Abb. 5
Arbeitsunfähigkeitstage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2005



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Betroffenenquote

Im Jahr 2005 hatten 44,8 % 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 2005. Zwischen 1999 und 2004 ist die Betroffenenquote kontinuierlich zurück gegangen. 2005 ist die Betroffenenquote erstmals wieder um 0,5 Prozentpunkte gestiegen. Sie befindet sich jedoch weiterhin unter dem Ausgangsniveau von 1997.

⁵

Mit zwei Nachkommastellen dargestellt liegt der Krankenstand 2005 bei 3,09 %.

Abbildung 6

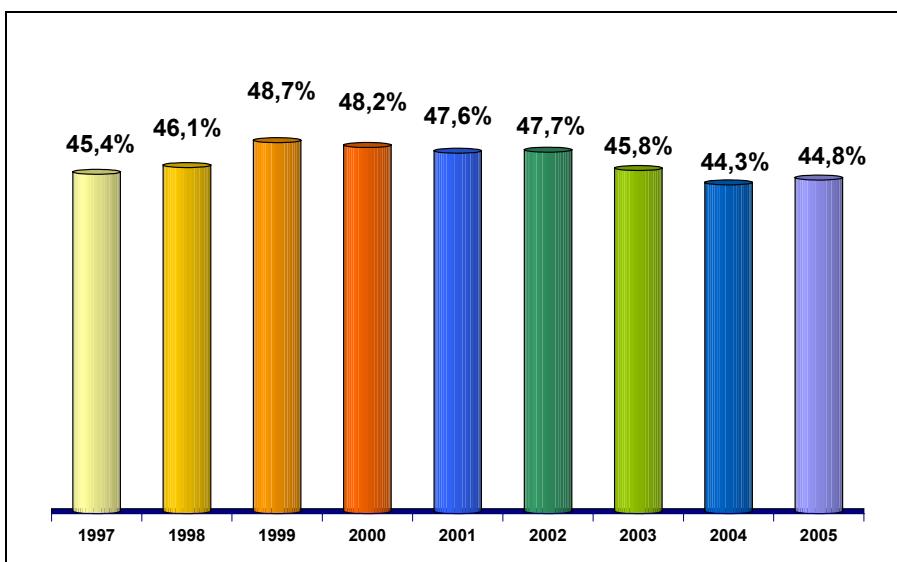


Abb. 6
Betroffenenquote
2005 im Vergleich
zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2005 gegenüber dem Vorjahr gesunken. Die Zusammensetzung hinsichtlich der oben genannten Kennziffern hat sich ebenfalls verändert:

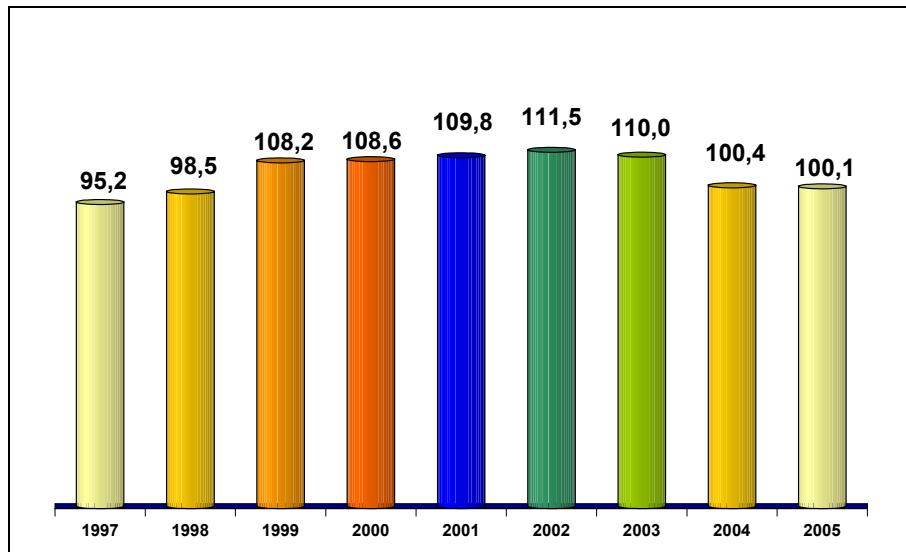
Die Erkrankungshäufigkeit lag 2005 mit 100,1 Erkrankungsfällen je 100 Versichertjahre deutlich niedriger als zwischen 1999 und 2003 und ist gegenüber dem Vorjahr weiter gesunken (2004: 100,4 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2005 durchschnittlich genau ein Mal arbeitsunfähig.

100,1 Erkrankungsfälle pro 100 Versichertjahre

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich wird, stieg die Fallhäufigkeit zwischen 1997 und 2002 kontinuierlich an. Bei gleichzeitig zurückgehender Betroffenenquote war die höhere Erkrankungshäufigkeit durch ein wiederholtes Erkranken einzelner Beschäftigter zustande gekommen. Im Jahr 2005 stieg hingegen die Betroffenenquote, wenngleich die Erkrankungshäufigkeit sich verringerte; ein Indiz dafür, dass zwar mehr Beschäftigte, jedoch der Einzelne weniger wiederholt arbeitsunfähig erkrankten.

Abbildung 7

Abb. 7
AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre 2005 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: DAK AU-Daten 2005

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

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

Zu beachten ist, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK gemeldet werden bzw. die DAK erhält nicht von jeder Erkrankung Kenntnis. Zum einen reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Zum anderen ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber oftmals erst nach Ablauf des 3. Kalendertages erforderlich. Daher werden Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer durch die Krankenkassen nur erfasst, soweit eine ärztliche Kankschreibung 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.

AU-“Dunkelziffer“

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im DAK-Gesundheitsreport 2000 ausführlich dargestellt sind. Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung war:

Fallhäufigkeit um etwa 15 % höher

Berücksichtigt man auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenden 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 2005 bedeutet das: Die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen liegt dieser Schätzung zufolge bei rund 115 Fällen pro 100 Versicherte.

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 2005 von 3,1 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer“ Krankenstand“ von etwa 3,2 %.

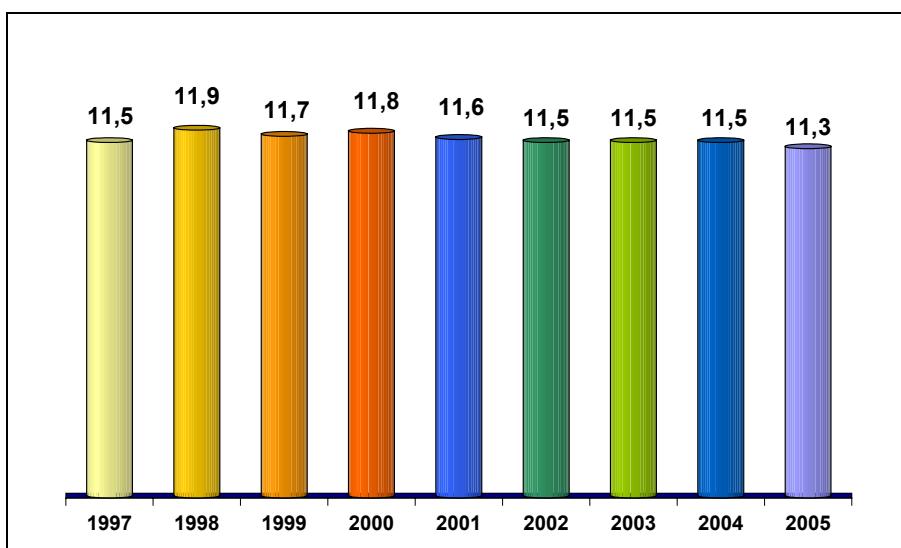
Krankenstand um etwa 5 % höher

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, ging die durchschnittliche Erkrankungsdauer 2005 zurück. 2005 dauerte ein AU-Fall im Durchschnitt 11,3 Tage. Damit lag die durchschnittliche Erkrankungsdauer erstmals unter dem Ausgangswert von 1997.

Abbildung 8:



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abb. 8
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2005 im Vergleich zu den Vorjahren

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

Die sehr häufigen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu einer Woche Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

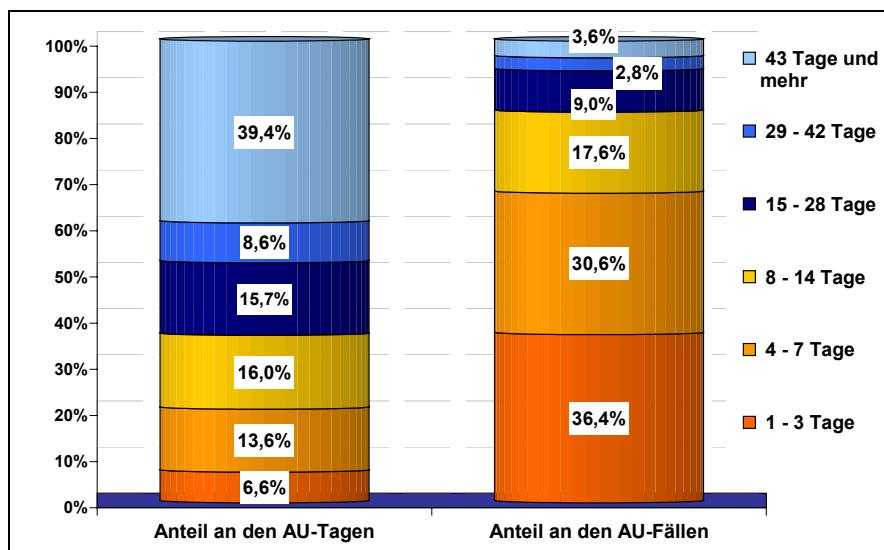
Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang:

- 2005 machten AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer 67,0 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 36,4 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 30,6 %).
- Andererseits waren diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 20,2 % der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen verursachten nur 6,6 % der Ausfalltage.

Gegenüber 2004 blieb die Zahl der AU-Fälle bis zu einer Woche unverändert (2004: 67 %, davon: 37,5 % 1- bis 3-Tages-Fälle und 29,5 % 4- bis 7-Tages-Fälle).

Abbildung 9

**Abb. 9
Anteile der
AU-Fälle unter-
schiedlicher
Dauer an den
AU-Tagen und den
AU-Fällen 2005
insgesamt**



Quelle: DAK AU-Daten 2005

**Die seltenen Langzeitarbeits-
unfähigkeiten
machen 39 % des
Krankenstandes
aus**

39,4 % der AU-Tage entfielen auf nur 3,6 % der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Gegenüber 2004 ging die Zahl der AU-Fälle von bis zu 6 Wochen Dauer weniger stark zurück als die Zahl der AU-Fälle von mehr als sechs Wochen Dauer: Auf 100 Versichertenjahre kamen 96,5 AU-Fälle (2004: 96,6) von bis zu 6 Wochen Dauer und 3,6 AU-Fälle (2004: 3,8) von mehr als 6 Wochen Dauer.

Der große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand weist auf die Bedeutung von Rehabilitationsmaßnahmen hin.

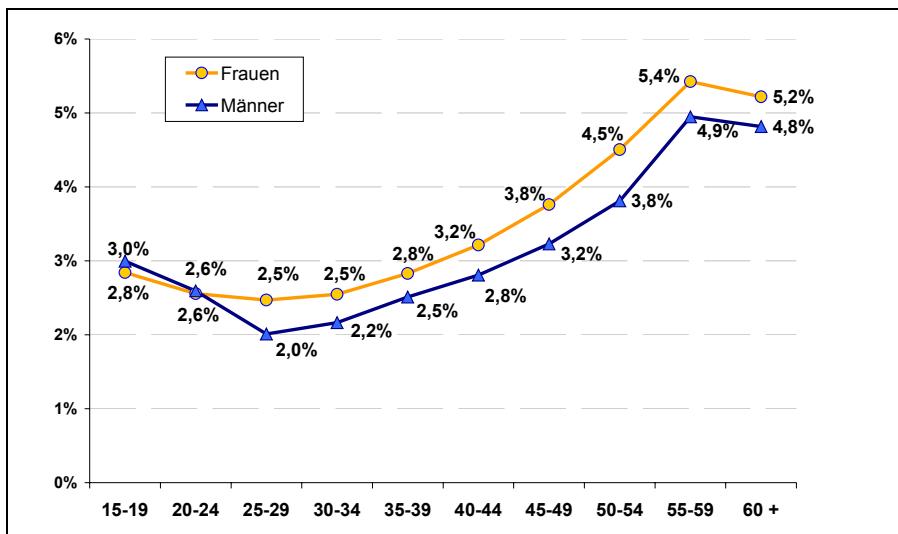
Trotz ihres geringen Anteils am AU-Volumen spielen die sehr kurzen und kurzen Erkrankungen auf der betrieblichen Ebene eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die DAK hat für den Gesundheitsreport 2004 Vertreter von Unternehmen, Verwaltungen, Wirtschaftsverbänden und der Gewerkschaften zu der Bedeutung des Phänomens Kurzzeit-Erkrankungen befragt. Diese Befragung hat klar bestätigt, dass häufige kurze Ausfallzeiten zu empfindlichen Störungen in betrieblichen Abläufen besonders bei kleinen Unternehmen führen können.

**Thema „Kurzzeit-Erkrankungen“
Schwerpunkt des
Gesundheitsreports 2004**

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10 stellt den Altersgang des Krankenstands für das Jahr 2005 getrennt nach Geschlechtern dar:

Abbildung 10



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten war mit durchschnittlich 3,3 % wie in den Vorjahren höher als der der männlichen Versicherten (3,0 %). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen ab dem 25. Lebensjahr über dem der Männer.

**Abb. 10
Krankenstand
2005 nach Ge-
schlecht und Al-
tersgruppen**

**Krankenstand bei
Frauen höher als
bei Männern**

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 weniger für den erhöhten Krankenstand verantwortlich.⁶ 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.

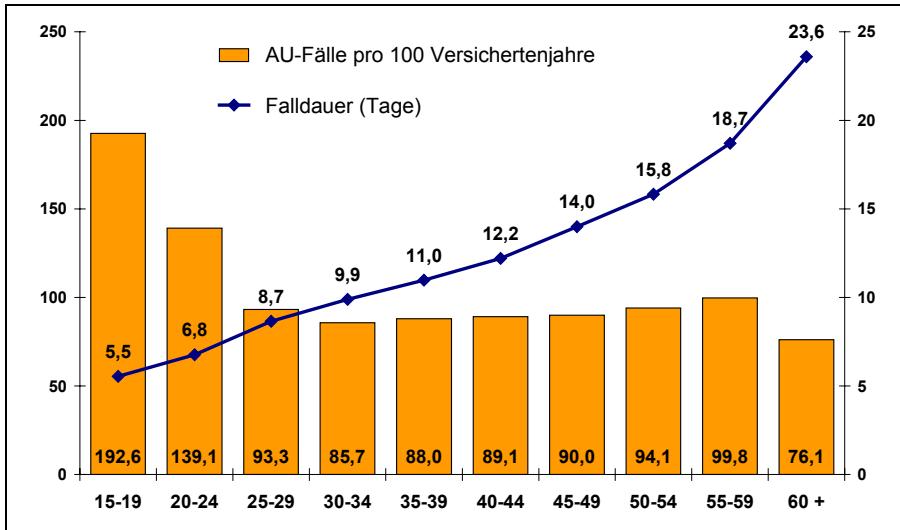
Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen häufiger von Frühverrentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch. Sie scheiden somit aus der Gruppe der hier betrachteten aktiv 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 34 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“.

⁶ 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



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Der in Abbildung 11 erkennbare Altersgang bei der Falldauer und bei der Fallhäufigkeit zeigt ein typisches Bild: In den jüngeren Altersgruppen waren Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen war die Fallzahl mit rund 193 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 5,5 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 18,7 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).

Abb. 11
Falldauer (Rauten)
und Fallhäufigkeit
(Säulen) nach Al-
tersgruppen 2005

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

Mit zunehmenden
Alter dauern Ar-
beitsunfähigkeiten
länger

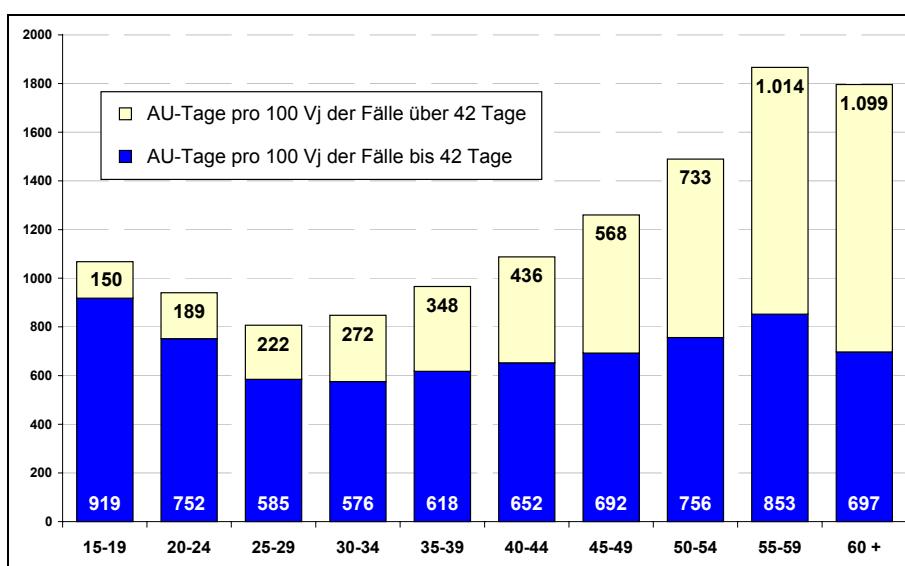
Höherer Krankenstand älterer Mitglieder erklärt sich durch häufigere Krankheitsfälle von langer Dauer

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.

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 Altersgruppen**



Quelle: DAK AU-Daten 2005

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 13,9 % 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 den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder zugrunde liegen. 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 Schlüsselsystems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁷

**Auswertung me-
dizinischer Diag-
nosen**

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 die drei Krankheitsarten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen 2005 wie in den Vorjahren mehr als die Hälfte (53,8 %) aller Krankheitstage.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems hatten im Jahr 2005 einen Anteil von 21,4 % am Krankenstand. Mit 242 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 14 Erkrankungsfällen pro 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle.

**Muskel-Skelett-
System, At-
mungssystem
und Verletzungen
auch 2005 an der
Spitze**

Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems war 2005 im Vergleich zum Vorjahr (2004: 262 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre) weiter gesunken. Im Jahr 2002 wurde mit 300 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre der bisherige Höchststand registriert (2003: 282 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre).

**2005: Rückgang
der AU wegen
Muskel-Skelett-
Erkrankungen**

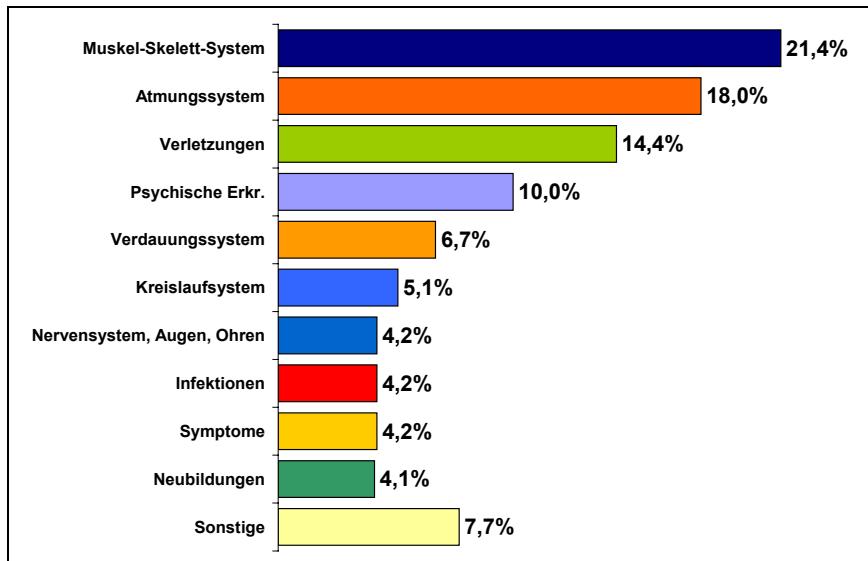
Im Rahmen des Schwerpunktteils des DAK-Gesundheitsreports 2003 wurde auf den größten Teilkomplex dieser Diagnosegruppe, die „Rückenerkrankungen“, vertieft eingegangen.

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

⁷ 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. 99/100

Abbildung 13

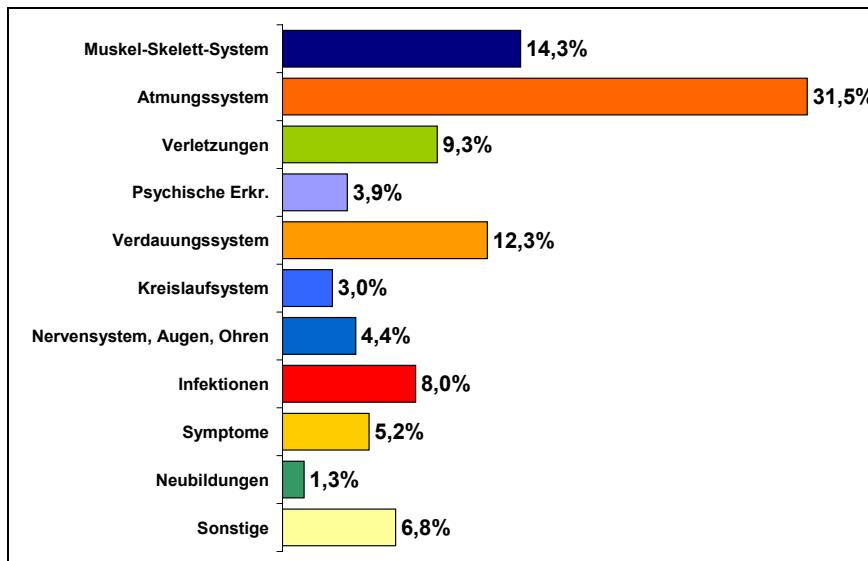
Abb. 13
Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 14

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



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Krankheiten des Atmungssystems wiesen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2005 entfielen 31,5 % aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 32 Mal wegen einer Erkrankung aus diesem Spektrum arbeitsunfähig.

Anstieg der AU-Tage bei Atemwegserkrankungen

Gegenüber 2004 sind Erkrankungen des Atmungssystems deutlich angestiegen – und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 27,9 auf 31,6) als auch was die Anzahl der AU-Tage betrifft (von 178,9 auf 202,7 pro 100 Versichertenjahre).

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich allerdings um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,4 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 16,9 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 28,5 Tagen beispielsweise erheblich länger. Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 18,0 % am Krankenstand nur an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen. Sie verursachten wie im Vorjahr 14,4 % der Ausfalltage. Auch bei dieser Krankheitsart ist jedoch mit 162,4 AU-Tagen pro 100 Versicherungsjahre ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr festzustellen (2004: 166,2 AU-Tagen). Zugleich ist die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 9,3 Fällen im Vergleich zu 9,7 Erkrankungsfällen in 2004 leicht gesunken.

Psychische Erkrankungen machten im Jahr 2005 10,0 % des Gesamtkrankenstands aus und standen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten (2004: 9,8 %, 2003: 8,8 %). Während die Fallhäufigkeit in Höhe von 3,9 gegenüber 2004 leicht gesunken ist (2004: 4,1 Erkrankungsfälle, 2003: 3,9 Erkrankungsfälle), hat sich die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit jetzt 28,5 Tagen im Vergleich zu 27,8 Tagen im Vorjahr etwas erhöht (2003: 28,7 Tage).

Entgegen dem Trend abnehmender Fehlzeiten ist der Anteil psychischer Erkrankungen 2005 gestiegen. Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Dieser Problematik ist die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreports 2002 und 2005 begegnet. 2005 wurden Angststörungen und Depressionen als die häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen in Deutschland vertiefend betrachtet.

Die Sonderanalyse 2005 ergab, dass unter den DAK versicherten Beschäftigten Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund von psychischen Erkrankungen um 69 % im Zeitraum zwischen 1997 und 2004 angestiegen sind. Die Zahl der Erkrankungsfälle stieg sogar um 70 % an.

Auf die Erkrankungen des Verdauungssystems entfielen mit 76,1 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre ein Anteil von 6,7 % am Krankenstand. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 6,2 Tage, es treten allerdings 12,3 Erkrankungsfälle pro 100 Versichertenjahre auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist das AU-Volumen zurück gegangen (2004: 83,9 AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre). Der Anteil am Gesamtkrankenstand ist 2005 im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 Prozentpunkte gesunken (2004: 7,2 %).

Rückgang der AU-Tage wegen Verletzungen

Anstieg der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen

Thema „Psychische Erkrankungen“ Schwerpunkte der Gesundheitsreports 2002 und 2005

Rückgang der AU-Tage wegen Erkrankungen des Verdauungssystems

Krankheiten des Kreislaufsystems hatten 2005 einen Anteil von 5,1 % am Krankenstand. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise langer Falldauer. 2005 traten lediglich 3 Erkrankungsfälle pro 100 Versichertenjahre mit einer durchschnittlichen Falldauer von 19,1 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 57,6 Tagen pro 100 Versichertenjahre. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Bedeutung dieser Krankheitsart für den Gesamtkrankenstand erneut leicht abgenommen.

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich darüber hinaus Erkrankungen des Nervensystems, des Auges und des Ohres, Infektionen und parasitäre Krankheiten, Neubildungen (Krebskrankungen) 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 entfielen.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 22,8 % eine etwas größere Bedeutung als bei Frauen (19,6 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist bei dieser Erkrankungsart für beide Geschlechter ein leichter Rückgang zu beobachten.

Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer eine annähernd gleich große Bedeutung (19,1 % gegenüber 17,1 %), 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 Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Atmungssystems um mehr als 2 % Punkte zu beobachten.

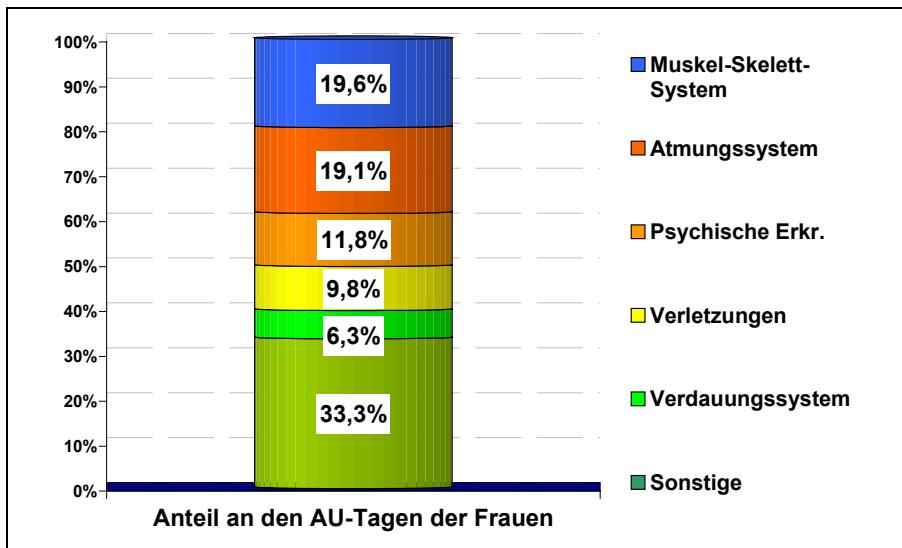
An zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 17,9 %. Verletzungen hatten bei Männern einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand als bei Frauen (9,8 %). Verletzungen nahmen bei den Frauen erst den vierten Rang ein.

**Muskel-Skelett-Erkrankungen:
mehr AU-Tage bei
Männern**

**Atemwegserkrankungen:
Anstieg bei beiden
Geschlechtern**

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

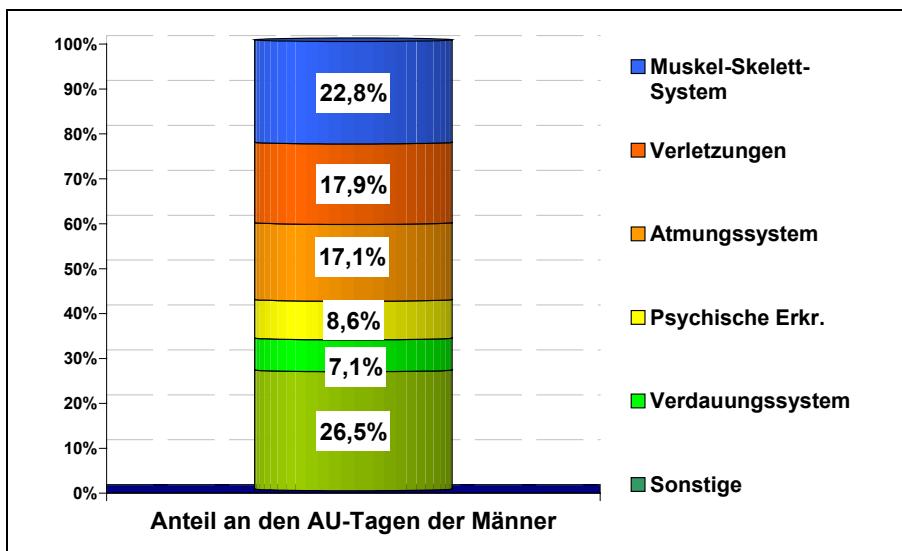
Abbildung 15



Quelle: DAK AU-Daten 2005

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

Abbildung 16



Quelle: DAK AU-Daten 2005

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

**Psychische Erkrankungen:
mehr AU-Tage bei Frauen,
leichter Anstieg bei beiden Geschlechtern**

Bei den Frauen stehen psychische Erkrankungen an dritter Stelle mit einem Anteil von 11,8 %. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,6 % den vierten Rang ein. Allerdings ist der Anteil psychischer Erkrankungen am AU-Volumen bei beiden Geschlechtern leicht gestiegen. 2004 lag der Anteil bei den weiblichen Versicherten bei 11,6 %, bei den männlichen Versicherten bei 8,4 %.

Sonstige Krankheitsarten: mehr AU-Tage bei Frauen

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

Analyse der Erkrankungen des Kreislaufsystems im Schwerpunkt des Gesundheits-report 2006

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (33,3 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (26,5 %). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu Männern hohen Anteil von Neubildungen (5,3 % im Vergleich zu 3,2 %) sowie Symptomen (4,8 % im Vergleich zu 3,7 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,6 % im Vergleich zu 1,3 %) zurückzuführen. Auch Erkrankungen des Kreislaufsystems werden in dieser Darstellung den sonstigen Krankheiten zugeordnet. Eine vertiefende Analyse der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems von Frauen findet sich für das Jahr 2005 im Schwerpunktteil „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ des Gesundheitsreports 2006.

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 8,7 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 28,7 % 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 ab

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Der Anteil am Krankenstand ist hier in der jüngsten Altersgruppe mit 29,8 % am höchsten. Mit den Jahren nimmt die Bedeutung für den Gesamtkrankenstand ab. Bei den über 60-Jährigen entfielen nur noch 10,5 % aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose. Im Vergleich zum Vorjahr nahm der Anteil von Erkrankungen des Atmungssystems in allen Altersgruppen zu.

Abbildung 17

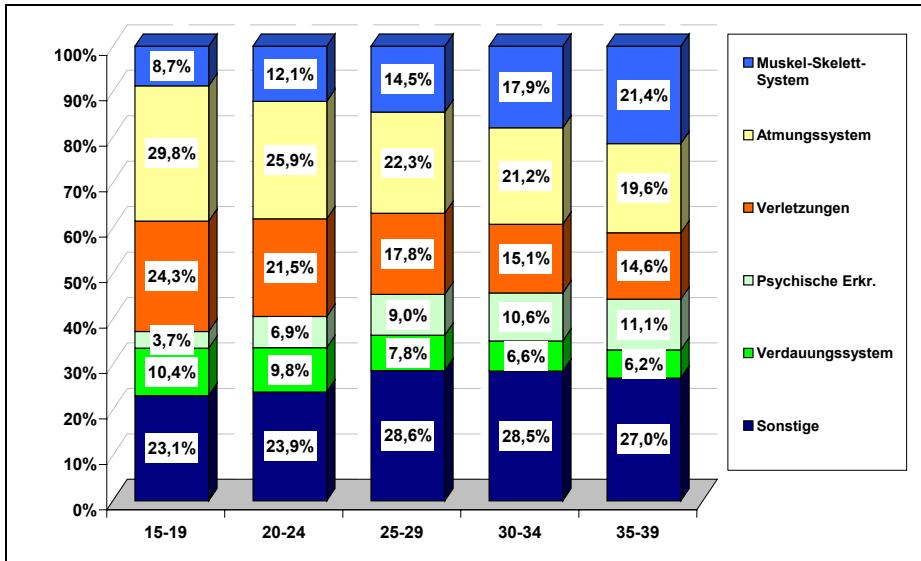


Abb. 17
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 18

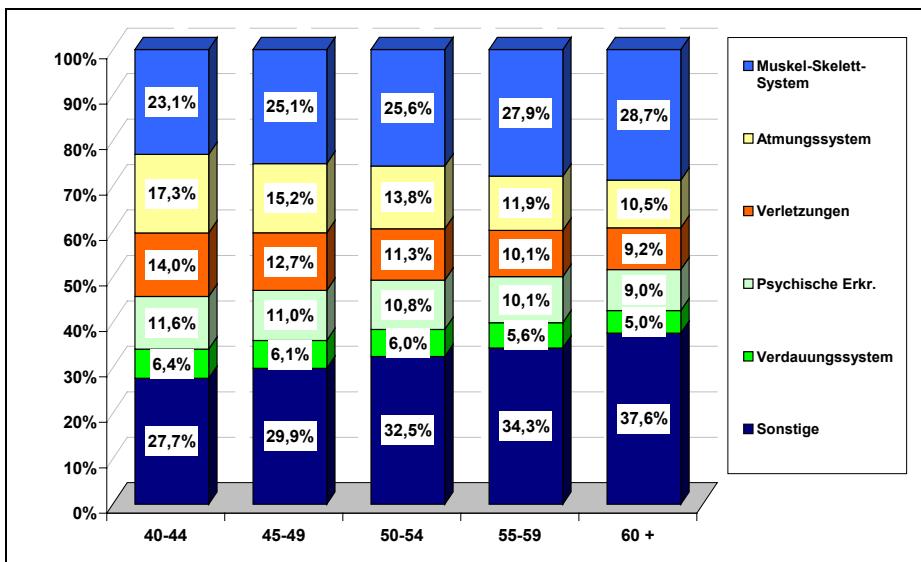


Abb. 18
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfielen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern ein Viertel (24,3 %) aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe lag ihr Anteilswert nur noch bei 9,2 %. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was durch ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zu erklären ist. Der Anteil der Verletzungen bei den jüngeren Altersgruppen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken.

Verletzungen nehmen mit zunehmendem Alter ab

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 11,6 % bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Sie liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 9,0 %. 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. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil psychischer Erkrankungen in den Altersgruppen der 25 - 34-Jährigen und der 40 – 44-Jährigen Jahren, aber auch bei den 50- bis 54- und über 60-Jährigen angestiegen.

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 10,4 % des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 5,0 % nur noch halb so groß.

Erkrankungen des Kreislaufsystems

Wie aus der Abbildung ersichtlich, hat die Kategorie „Sonstige“ einen mit dem Alter deutlich zunehmenden Anteil. 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.

**Schwerpunkt 2006:
„Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“, zur Bedeutung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei Frauen**

Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung der Kreislauferkrankungen für den Krankenstand zu. Dies gilt nicht nur für Männer, sondern auch für Frauen. Daher werden Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ 2006 näher untersucht. Damit möchte die DAK auf ein Phänomen aufmerksam machen: In Deutschland versterben mehr als die Hälfte der Frauen an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, die bereits im mittleren Lebensalter einsetzen, können dazu beitragen, das Erkrankungsrisiko und damit die Mortalitätsrate abzusenken.

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	Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,1%	6,2%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5,3%	10,4%
F32	Depressive Episode	3,2%	1,0%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	3,0%	2,2%
J20	Akute Bronchitis	2,7%	4,4%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,9%	3,3%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9%	0,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,7%	4,1%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,6%	0,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,5%	0,6%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,2%	3,0%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,2%	2,4%
J03	Akute Tonsillitis	1,1%	2,2%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	1,1%	1,9%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,1%	0,9%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,1%	0,8%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,1%	0,2%
M75	Schulterläsionen	1,0%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,0%	0,4%
J01	Akute Sinusitis	0,9%	1,8%
	Summe	40,7%	47,8%

Rang 1: AU-Tage wegen Rücken- beschwerden	An der Spitze der AU-Tage standen, 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) sowie „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M53).
Rang 2: Akute Atemwegs- infektionen	Bei den Erkrankungen des Atmungssystems waren „akute Infektionen“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnosen. Weitere wichtige Einzeldiagnosen waren „akute Bronchitis“ (J20) sowie „sonstige Bronchitis“ (J40), „akute Tonsillitis“ (J03) (Mandelentzündung), die Gruppe „Grippe, Viren nicht nachgewiesen“ (J11) sowie „akute Sinusitis“ (J01).
Rang 3: Depressive Episoden	„Depressive Episoden“ (F32) standen an dritter Stelle der wichtigste 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.
Rang 4: Allgemeine Verletzungen	An vierter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen standen „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus waren 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 2005.
AU-Tage wegen akuter Infektionen der Atemwege stark gestiegen	Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fielen 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.
Au-Tage wegen de- pressiver Episoden leicht gestiegen	<p>Veränderungen gegenüber dem Vorjahr 2004:</p> <p>Einzeldiagnosen der Gruppe der Atemwegserkrankungen waren entgegen dem Trend des Vorjahres in ihrer relativen Bedeutsamkeit stark gestiegen. Der Anteil am AU-Volumen akuter Infektionen der oberen Atemwege stieg von 3,9% auf 5,3%, akute Bronchitis von 2,3 % auf 2,7 %. Akute Tonsilitis ist von 1,2 % auf 1,1 % hingegen leicht gesunken. Anders als im Vorjahr zählt die Gruppe „Grippe, Viren nicht nachgewiesen“ sowie „akute Sinusitis“ zu den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen.</p> <p>Der Anteil der Diagnose „Depressive Episode“ stieg von 3,1 % auf 3,2 %. Am gesamten AU-Volumen und liegt wiederholt auf Rang 3 der wichtigsten Einzeldiagnosen. Die Diagnose „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ blieb auf Rang 9. Auch blieb der Anteil dieser Diagnose am gesamten AU-Volumen in Höhe von 1,6 % unverändert.</p>

Obwohl die Einzeldiagnose „Rückenschmerzen“ nach wie vor an der Spitze des gesamten AU-Volumens stand, wies sie in diesem Jahr nur noch einen Anteil von 7,1 % auf. In den Vorjahren 2004 und 2003 hatte sie noch einen Anteil von 7,6 %.

**AU-Tage wegen
Rückenschmerzen
gesunken**

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 eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Dies ist bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten der Fall. Da letztere nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 19

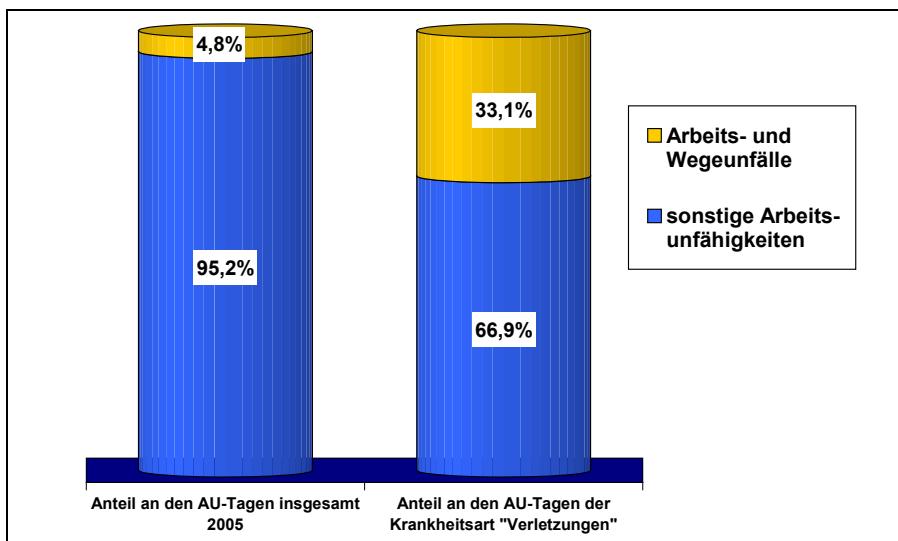


Abb. 19
Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“

Quelle: DAK AU-Daten 2005

2005 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 53,7 AU-Tage und 2,9 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug damit 4,8 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier knapp ein Drittel (33,1 %). Gegenüber 2004 ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt konstant geblieben.

4 Schwerpunktthema: Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter

In Deutschland verstirbt mehr als jede zweite Frau an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (HKE). Kreislauferkrankungen führen insgesamt zu den meisten Krankenhausaufenthalten bei Frauen. Und dennoch: Kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere der Herzinfarkt, werden primär als männliches Problem eingestuft.

Frauen hingegen nehmen dieses Erkrankungsgeschehen zu wenig wahr: Sie unterschätzen ihr kardiovaskuläres Risiko. Die DAK hat es sich deshalb in diesem Jahr zur Aufgabe gemacht, Erkrankungen des Kreislaufsystems im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ besonders zu beleuchten.

Als mittleres Alter wird hier die Altersphase zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr bezeichnet. In diesem Altersbereich sind Frauen noch wesentlich seltener von kardiovaskulären Erkrankungen betroffen als Männer. Dennoch, insgesamt betrachtet, sind Frauen nicht weniger sondern vor allem später betroffen: Erst jenseits des 60. Lebensjahres gewinnt dieses Erkrankungsgeschehen für Frauen immer mehr an Bedeutung. Die meisten sind dann bereits aus dem regulären Erwerbsleben ausgeschieden. Demzufolge spielen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei erwerbstätigen Frauen auch nur eine untergeordnete Rolle für den Krankenstand: Der Herzinfarkt beispielsweise trifft im mittleren Alter hauptsächlich Männer und vergleichsweise wenige Frauen.

Die Tatsache, dass Männer im mittleren Alter stärker von kardiovaskulären Erkrankungen betroffen sind als Frauen, ist hinlänglich bekannt. Da das Erkrankungsgeschehen bei Frauen überwiegend im Vergleich zur Situation bei den Männern dargestellt ist, wird dies auch in den nachfolgenden Auswertungen deutlich. Dennoch stehen hier die Frauen im mittleren Alter im Mittelpunkt.

Das mittlere Lebensalter ist die Lebensphase, in der die Prävention dieser häufig schwerwiegenden Erkrankungen einen immer höheren Stellenwert erlangt: Eine Minimierung der Risikofaktoren trägt maßgeblich dazu bei, das Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko zu senken. Frauen sind durch kardiovaskuläre Risikofaktoren genauso und zum Teil sogar stärker gefährdet als Männer.

Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, die sowohl die medizinische Versorgung als auch die Eigenverantwortlichkeit der Frau mit Blick auf den Lebensstil ansprechen, leisten hier einen wichtigen Beitrag. Die DAK möchte ihre Versicherten mit entsprechenden Angeboten bei einer nachhaltigen Verhaltensänderung unterstützen.

Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) bei Frauen

Frauen nicht weniger sondern später betroffen

Kardiovaskuläre Risikofaktoren gefährden Frauen zum Teil stärker als Männer

Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen stehen im Vordergrund

Welche Fragen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Kapitel 1: Seite 42

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

Welche Erkrankungen des Kreislaufsystems sind besonders schwerwiegend? Sind diese auch bereits für den Krankenstand von Frauen im mittleren Alter bedeutsam? Welchen Beitrag leisten die am häufigsten zu Arbeitsunfähigkeit führenden kardiovaskulären Erkrankungen zum Krankenhaustagevolumen? Gibt es Unterschiede in der Rangfolge?

In diesem Kapitel wird die Bedeutung kardiovaskulärer Erkrankungen insgesamt sowie der Stellenwert der wichtigsten Erkrankungsgruppen innerhalb dieser Krankheitsart für den Krankenstand und das Krankenhaustagevolumen bei Frauen im mittleren Alter vorgestellt. Da sich das Erkrankungsgeschehen bei Frauen allerdings primär jenseits der Erwerbstätigkeit abspielt – einem Zeitraum den die AU- und Krankenhausdaten der DAK-Versicherten nicht abbilden – werden mit Blick auf die Todesursachenstatistik auch Rückschlüsse auf die Bedeutung kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gezogen.

Kapitel 2: Seite 56

Welche kardiovaskulären Risikofaktoren sind für Frauen besonders relevant?

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Risikofaktoren bei Frauen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dargestellt. Welche Faktoren haben bei Frauen eine größere risikoerhöhende Wirkung als bei Männern?

Kapitel 3: Seite 59

Werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen unterschätzt?

Werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen insgesamt unterschätzt? Wie reagiert das Versorgungssystem? Werden Frauen von ihrem Hausarzt über ihr persönliches kardiovaskuläres Risiko aufgeklärt? Gibt es Unterschiede in der Versorgung von kardiovaskulären Erkrankungen, speziell dem Herzinfarkt, zwischen Frauen und Männern? Welche Ursachen könnten hierfür relevant sein?

Grundlagen der Analyse sind einerseits eine Expertenbefragung, andererseits eine DAK-Bevölkerungsbefragung.

Kapitel 4: Seite 67

Wie kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesenkt werden?

Was können Frauen konkret tun, um ihr kardiovaskuläres Risiko zu senken? Hier werden aktuelle Empfehlungen zu den wichtigsten Bereichen des Lebensstils – körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen – vorgestellt. Außerdem wird die Hormontherapie in einem Exkurs kritisch unter die Lupe genommen: Erkenntnisse der letzten Jahre widerlegten den vormals als präventiv eingestuften Effekt auf kardiovaskuläre Erkrankungen.

Warum nehmen Frauen Hormone? Entspricht dies den Empfehlungen zur Hormontherapie in den Wechseljahren?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Neue Präventions- und Versorgungsansätze der DAK

In diesem Kapitel werden Innovationen und Angebote der DAK aus den Bereichen Prävention und Integrierte Versorgung vorgestellt. Welche Angebote bietet die DAK dabei speziell für Frauen an?

Die Zusammenfassung zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen finden Sie im Rahmen der Schlussfolgerungen und des Ausblicks des Gesamtreports (vgl. Kapitel 7 des Rahmenteils).

**Kapitel 5:
Seite 74**

**Zusammen-
fassung HKE bei
Frauen: Seite 89**

Welche Datenquellen wurden genutzt?

Neben den AU-Daten der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2005 werden für das diesjährige Schwerpunktthema auch erstmals Krankenhausdaten (KH-Daten) des Jahres 2005 dieser Versicherten ausgewertet. Bei den KH-Daten handelt es sich um die Entlassungsdiagnosen der Krankenhausefälle aus vollstationärer Behandlung.

**Erstmals werden
neben AU-Daten
auch KH-Daten
ausgewertet**

Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diesmal wurden 1.004 Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren zu kardiovaskulären Erkrankungen und Risikofaktoren, zu Aspekten des medizinischen Versorgungssystems und zur Hormontherapie in den Wechseljahren befragt.

**Bevölkerungsbe-
fragung bei 50- bis
70-jährigen Frauen**

Außerdem wurden im Rahmen einer Expertenbefragung Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Forschung um ihre Einschätzung zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gebeten. Dabei standen Fragen zu Risikowahrnehmung, Risikofaktoren, Diagnostik und Therapie sowie zur Prävention im Vordergrund.

**Experten-
befragung zu HKE
bei Frauen**

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

HKE bei Frauen häufigste Todesursache

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen in Deutschland die häufigste Todesursache: Jede zweite Frau verstirbt an den Folgen einer kardiovaskulären Erkrankung. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen aber nicht nur an der Spitze der Todesursachen sondern führen bei Frauen auch zu den meisten Krankenhausaufenthalten. Diese Sachlage entgeht jedoch oft der Aufmerksamkeit, da kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen durchschnittlich 10 bis 15 Jahre später auftreten als bei Männern.

Oft geht schweren kardiovaskulären Erkrankungen eine Arterienverkalkung voraus

Der Entstehung schwerwiegender Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht eine oftmals über Jahre fortschreitende Arterienverkalkung (Arteriosklerose) voraus. In der Folge kommt es zu Gefäßverengungen bzw. schlimmstenfalls Gefäßverschlüssen in den betroffenen Organen. Aus der daraus resultierenden Minderdurchblutung, einer so genannten Ischämie, treten chronisch oder akut Engpässe in der Sauerstoffversorgung des Gewebes auf:

In der Folge können Herzinfarkt ...

- Sind die Herzkranzgefäße betroffen, liegt eine ischämische, auch als koronare Herzkrankheit (KHK) bezeichnete, Herzkrankung vor. Schwere Komplikationen sind der Herzinfarkt und – infolge einer verminderten Pumpleistung des Herzens – eine Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche).

Die Herzinsuffizienz wird allerdings wie auch Herzrhythmusstörungen, die ebenfalls Ursache eines plötzlichen Herztods sein können, in der ICD-Klassifizierung nicht den ischämischen sondern den sonstigen Formen der Herzkrankheit zugeordnet.

... und Schlaganfall auftreten

- Liegt eine Arterienverkalkung der hirnversorgenden Blutgefäße vor, kann es im Gehirn zu Blutungen oder Gefäßverschlüssen kommen. Die wichtigste Diagnose dieser so genannten zerebrovaskulären Krankheiten ist der Schlaganfall.

Bluthochdruck ebenfalls relevant

Neben einer Arterienverkalkung begünstigt eine Bluthochdruckerkrankung (Hypertonie) – ebenfalls eine Krankheit des Kreislaufsystems – das Auftreten dieser schweren Erkrankungen.

Welche Erkrankungen stehen im Blickpunkt?

Neben der Krankheitsart insgesamt werden ausgewählte kardiovaskuläre Erkrankungsgruppen betrachtet

Im Zentrum der folgenden Betrachtungen steht zunächst die Krankheitsart insgesamt. In der weiteren Folge werden dann die bereits in den vorhergehenden Abschnitten kurz erläuterten und für den Krankenstand bei Frauen im mittleren Alter besonders bedeutsamen Erkrankungsgruppen näher beleuchtet:

- Ischämische Herzkrankheiten
- Zerebrovaskuläre Krankheiten
- Sonstige Formen der Herzkrankheit
- Hypertonie

Insgesamt beinhalten die Krankheiten des Kreislaufsystems in der ICD-10-Klassifizierung allerdings nicht nur diese vier sondern zehn Diagnosegruppen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Diagnosegruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems

ICD 10	Diagnosegruppe
I00 – I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05 – I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10 – I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
I20 – I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26 – I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs
I30 – I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60 – I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70 – I79	Krankheiten der Arterien, der Arteriolen und Kapillaren
I80 – I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäß und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95 – I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

Quelle: ICD-10-Klassifizierung

Mit Ausnahme der Krankheiten der Venen (I80-I89) haben alle übrigen Diagnosegruppen (I00-I02, I05-I09, I26-I28, I70-I79, I95-I99) keine nennenswerte Bedeutung für den Krankenstand bei Frauen im mittleren Alter. In den weiteren Ausführungen werden diese Erkrankungsgruppen deshalb als „übrige Krankheiten des Kreislaufsystems“ zusammengefasst und nicht näher betrachtet.

Krankheiten der Venen treten zwar sehr häufig auf, die besonders verbreiteten Diagnosen – Krampfadern, Venenentzündungen und Hämorrhoiden – zählen aber nicht zu den schwerwiegenden Krankheiten des Kreislaufsystems. Aus diesem Grund wird diese Erkrankungsgruppe trotz ihrer hohen Bedeutung für den Krankenstand bei Frauen nicht vertiefend beleuchtet, sondern nur mit ihrem Anteil am Krankenstand dargestellt.

Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten der erwerbstätigen DAK-Versicherten bilden allerdings nur einen Ausschnitt des Erkrankungsgeschehens ab: Aufgrund des höheren Erkrankungsalters spielt sich das kardiovaskuläre Erkrankungsgeschehen bei Frauen überwiegend jenseits der regulären Erwerbstätigkeit ab.

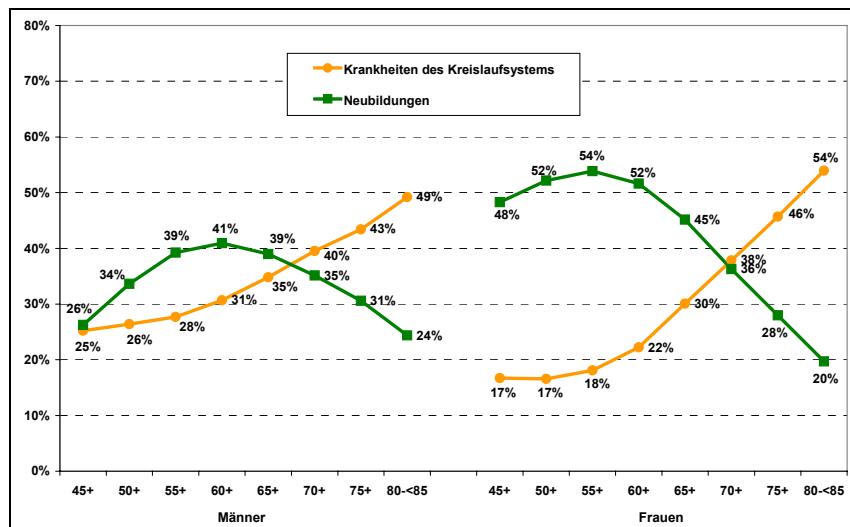
Ein Blick in die Todesursachenstatistik zeigt: Der Anteil der Todesfälle aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen steigt bei Frauen nach dem 60. Lebensjahr deutlich an und nimmt ab diesem Alter erheblich stärker zu als bei Männern (vgl. Abbildung 20).

Venenkrankheiten werden nicht betrachtet: wenn gleich häufig sind sie nicht schwerwiegend

HKE bei Frauen erst ab 60. Lebensjahr immer häufiger

Abbildung 20

Abb. 20
Anteile der Sterbefälle an Herz-Kreislauf- und Krebskrankungen bei Frauen und Männern im mittleren und höheren Alter



Quelle: Todesursachenstatistik 2004, modifiziert nach Daten des Statistisches Bundesamtes (2005)

Abbildung 20 zeigt neben der Entwicklung der kardiovaskulären Sterbefälle im Altersverlauf bei Frauen und Männern auch den Anteil der Sterbefälle aufgrund von Neubildungen. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache bei Frauen.

Aus der Darstellung wird deutlich, dass in den mittleren Lebensjahren bezogen auf alle weiblichen Todesfälle mehr Frauen an Neubildungen als an einer Erkrankung des Kreislaufsystems sterben. Ab dem 75. Lebensjahr kehrt sich dieses Verhältnis jedoch deutlich um. Im höheren Alter sterben weitaus mehr Frauen an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung als an Krebs.

Zwar sterben auch Männer im mittleren Alter häufiger an Krebs als an einer kardiovaskulären Erkrankung, die Unterschiede in den Anteilen dieser beiden Todesursachen sind aber nicht so ausgeprägt wie bei Frauen.

Im mittleren Alter sterben Frauen häufiger an Krebs später an HKE

Vier Diagnosen der HKE häufigste Todesursachen

Ein Blick auf die fünf häufigsten, zum Tode führenden Einzeldiagnosen bei Frauen unterstreicht die Bedeutung kardiovaskulärer Erkrankungen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Die fünf häufigsten Todesursachen bei Frauen 2004

ICD 10	Todesursache	Anteil an allen Todesfällen
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	11,1 %
I50	Herzinsuffizienz	7,6 %
I21	Akuter Myokardinfarkt	6,5 %
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4,8 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	4,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005

Die Todesursachenstatistik bezieht sich auf die gesamte Lebensspanne und die gesamte Bevölkerung. Die hier vorliegenden Analysen der AU- Daten sowie der Krankhausdaten berücksichtigen hingegen – wie berichtet – nur die erwerbstätigen Mitglieder der DAK, einer Teilstichprobengruppe der Gesamtbevölkerung. Durch das Kriterium „Erwerbstätigkeit“ wird zudem der Lebensabschnitt berücksichtigt, in dem kardiovaskuläre Erkrankungen im Vergleich zu den höheren Altersgruppen noch nicht den Stellenwert für die Gesundheit von Frauen haben. Dennoch geben diese Datenquellen zu erkennen, dass Erkrankungen des Kreislaufsystems bereits bei Frauen im mittleren Lebensalter an Bedeutung gewinnen.

Die Todesursachen-statistik bildet die ganze Bevölkerung und Lebenszeit ab, die AU-Daten nur die aktiv Erwerbstätigen

Krankheiten des Kreislaufsystems – Arbeitsunfähigkeit

Nachfolgend wird zunächst die Bedeutung der Krankheitsart insgesamt, d.h. alle Diagnosegruppen beinhaltend, für den Krankenstand bei den DAK versicherten erwerbstätigen Frauen im mittleren Alter im Vergleich zu den männlichen Kollegen aufgezeigt. Anschließend werden die im Blickpunkt stehenden einzelnen Diagnosegruppen bei Frauen näher beleuchtet.

Erwerbstätige Frauen sind in den vier Altersgruppen des mittleren Alters erwartungsgemäß weniger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als ihre männlichen Kollegen. Dennoch steigt der Anteil der auf diese Krankheitsart entfallenden AU-Tage nicht nur bei den Männern von 7,1 % auf 15,1 %, sondern auch bei den Frauen von 4,2 % auf 6,5 % an (vgl. Abbildung 21).

Frauen im mittleren Alter weniger stark von HKE betroffen als Männer

Abbildung 21

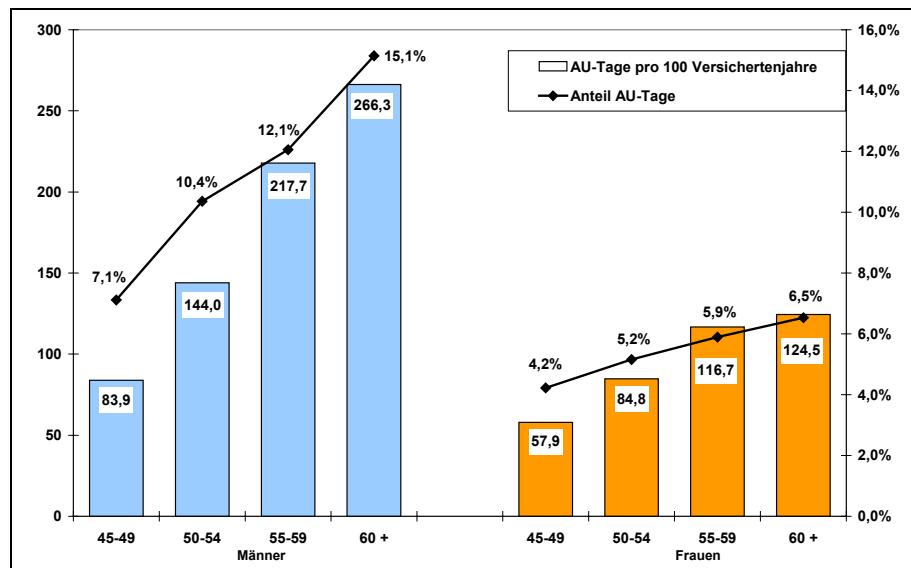


Abb. 21
AU-Tage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und Anteil am Gesamtkrankenstand nach Geschlecht und Altersgruppe

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Bei Frauen verdoppelt sich die Zahl der auf kardiovaskuläre Erkrankungen entfallenden Fehltage, bei Männern steigt die Zahl an Fehltagen um mehr als das Dreifache an.

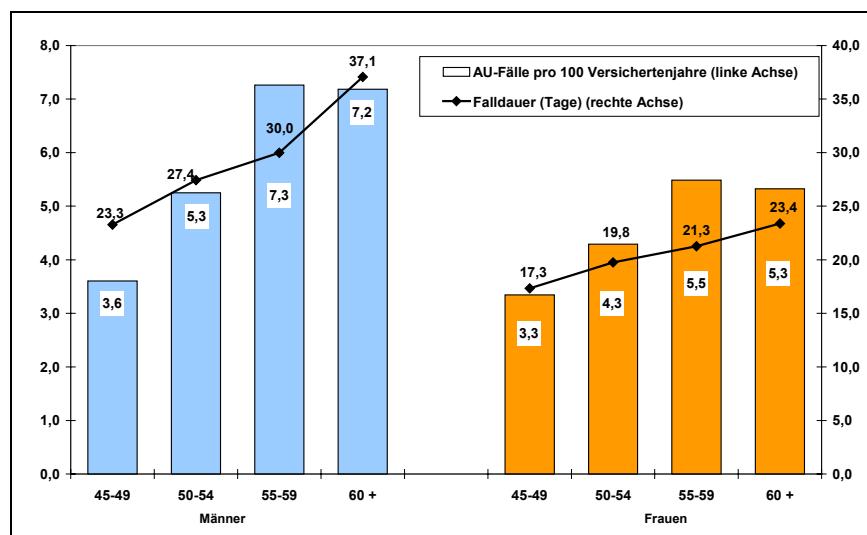
AU-Volumen steigt bei Frauen geringer an als bei Männern

Insgesamt steigt die Zahl der Fehltage im Altersverlauf bei den Frauen von 58 auf 125 Tage je 100 Versichertenjahre, bei den Männern ist ein Anstieg von 84 auf 266 Tage je 100 Versichertenjahre zu beobachten.

Unterschiedliche Entwicklungen zwischen Frauen und Männern zeigen sich bei diesem Erkrankungsgeschehen auch hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit und Falldauer (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22

Abb. 22
AU-Fälle und Falldauer aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und Altersgruppe



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Frauen haben weniger AU-Fälle und eine kürzere Falldauer

Frauen weisen in allen Altersgruppen eine geringere Erkrankungshäufigkeit und eine kürzere durchschnittliche Falldauer für Krankheiten des Kreislaufsystems auf als Männer. Auch nimmt die durchschnittliche Falldauer bei Frauen im Altersverlauf weniger stark zu als bei Männern.

Auffällig ist, dass die Zahl der Erkrankungsfälle bei beiden Geschlechtern ab dem 55. Lebensjahr nahezu konstant bleibt.

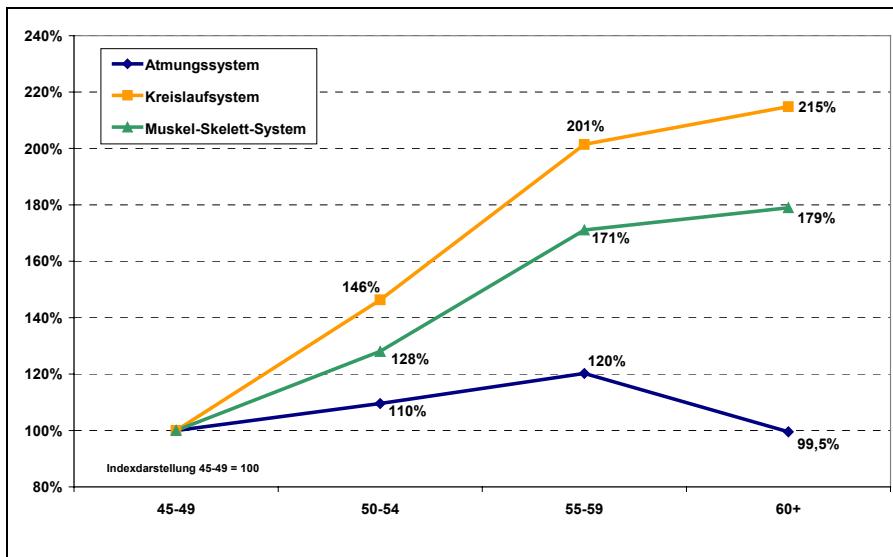
Lange Falldauer bedingt Anstieg des AU-Volumens nach 55. Lebensjahr

Der Anstieg des AU-Tagevolumens zwischen den beiden oberen Altersgruppen resultiert in erster Linie aus einer längeren Falldauer und weniger aus einer Zunahme der Erkrankungsfälle. Ursächlich hierfür ist vermutlich der bereits im Rahmteil dieses Berichts beschriebene so genannte „healthy-worker-effect“: Gesundheitlich stark beeinträchtigte Beschäftigte nehmen Möglichkeiten des vorzeitigen Berufsausstiegs eher wahr und sind somit nicht mehr in der Gruppe der hier betrachteten aktiv Erwerbstätigen vertreten.

Prozentuale Zunahme an Fehltagen im mittleren Alter am höchsten

Krankheiten des Kreislaufsystems tragen im mittleren Alter bei Frauen erwartungsgemäß nicht maßgeblich zum Krankenstand bei. Erst die Analyse der Entwicklung der AU-Tage ausgehend von den 45- bis 49-jährigen Frauen hin zu den über 60-Jährigen zeigt ihre zunehmende Bedeutung für die Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23

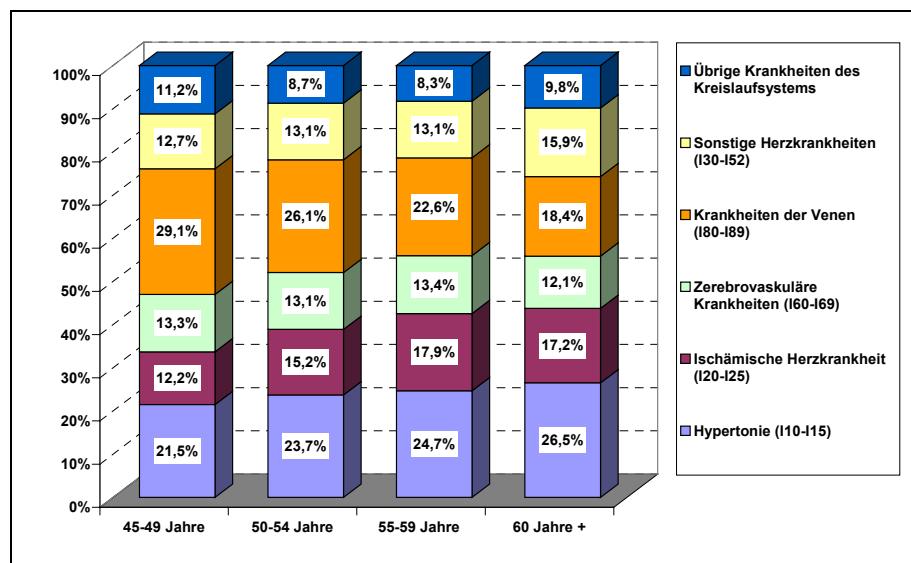


Quelle: DAK AU-Daten 2005

Im Vergleich zu Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Erkrankungen des Atmungssystems steigt die Zahl der Fehltage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems von 58 auf 125 Tage je 100 Versichertenjahre überproportional an. Dies entspricht einer Zunahme in Höhe von 115 %.

Abbildung 24 zeigt den Anteil der fünf wichtigsten Diagnosegruppen am AU-Volumen der Krankheiten des Kreislaufsystems.

Abbildung 24



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Tabelle 4 zeigt entsprechend das AU-Volumen, die Fallzahl und die Falldauer der gezeigten Diagnosegruppen mit Ausnahme der nicht näher betrachteten Venenerkrankungen.

Abb. 23
Entwicklung der AU-Tage je 100 VJ aufgrund von Krankheiten des Kreislauf-, des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems bei Frauen im mittleren Alter
(Indexdarstellung 45-49 = 100).

AU-Volumen HKE steigt überproportional an

Abb. 24
Anteilswerte ausgewählter Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems am AU-Volumen der Kreislauferkrankungen insgesamt bei Frauen im mittleren Alter

Tabelle 4: AU-Tage, AU-Fälle und Falldauer der wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen im mittleren Alter

	ICD 10	I10-I15	I20-I25	I30-I52	I60-I69
	Bezeichnung	Hypertonie	Ischämische Herzkrankheit	Sonstige Formen der Herzkrankheit	Zerebrovaskuläre Krankheiten
AU-Tage je 100 VJ	45-49 Jahre	12,5	7,1	7,4	7,7
	50-54 Jahre	20,1	12,9	11,1	11,1
	55-59 Jahre	28,8	20,9	15,3	15,7
	60 +	33,0	21,5	19,8	15,1
AU-Fälle je 100 VJ	45-49 Jahre	0,9	0,3	0,4	0,1
	50-54 Jahre	1,3	0,4	0,5	0,1
	55-59 Jahre	1,7	0,7	0,7	0,2
	60 +	1,7	0,8	0,7	0,2
Falldauer in Tagen	45-49 Jahre	13,9	27,0	19,8	86,8
	50-54 Jahre	15,4	28,8	23,5	91,2
	55-59 Jahre	16,8	29,8	97,4	94,3
	60 +	19,5	26,9	27,0	81,9

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Bluthochdruck-krankheiten: Hohe Fallzahl, kurze Falldauer

- Der Anteil an Fehltagen auf Grund von Bluthochdruckkrankheiten (I10–I15) steigt im Altersverlauf um fünf Prozentpunkte von 21,5 % auf 26,5 % an (vgl. Abbildung 24). Die vergleichsweise hohen Fallzahlen tragen trotz der kurzen Falldauer zur großen Bedeutung dieser Krankheitsgruppe innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems bei (vgl. Tabelle 4).

Ischämische Herzkrankheit: Hohe Zunahme der Fallzahl, keine Änderung der Falldauer

- Der Anteil ischämischer Herzkrankheiten (I20–I25) am AU-Volumen steigt ebenfalls um fünf Prozentpunkte von 12,2 % auf 17,2 % (vgl. Abbildung 24). Bei nahezu konstanter Falldauer resultiert die steigende Bedeutung dieser Erkrankungsgruppe im Altersverlauf aus einer Zunahme der Fälle (vgl. Tabelle 4).

Sonstige Herzkrankheiten: Zunahme von Fallzahl und Falldauer, Rhythmusstörungen und Herzinsuffizienz sehr bedeutsam

- Auch bei den sonstigen Herzkrankheiten (I30–I52) ist mit steigendem Alter ein Anstieg von 12,7 % auf 15,9 % zu beobachten. Innerhalb dieser Gruppe haben Herzrhythmusstörungen (I47 – I49) mit 52 % der darauf entfallenden Fehltage bei über 60-jährigen Frauen die anteilig größte Bedeutung für den Krankenstand. Die Diagnosen Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz bestimmen maßgeblich den hohen Anstieg zwischen den beiden oberen Altersgruppen (vgl. Abbildung 24).

Zerebrovaskuläre Krankheiten: Kleine Fallzahl, lange Falldauer

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60–I69) weisen innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems mit 13,3 % bei 45- bis 49-Jährigen und 12,1 % bei über 60-jährigen Frauen einen nahezu konstanten Anteil am AU-Tagevolumen auf. Die insgesamt sehr kleinen Fallzahlen bedingen dabei den trotz der langen Falldauer vergleichsweise geringen Anteil am Krankenstand (vgl. Tabelle 4).

Fazit – Arbeitsunfähigkeit

Die Analyse der AU-Daten zeigt, dass der hohe Anstieg der Krankheiten des Kreislaufsystems am AU-Tagevolumen (vgl. Abbildung 23) vornehmlich aus der anteiligen Zunahme von Bluthochdruckerkrankungen und der ischämischen Herzkrankheiten resultiert. Der bekannteste und schwerwiegendste Vertreter dieser Erkrankungsgruppen ist der Herzinfarkt.

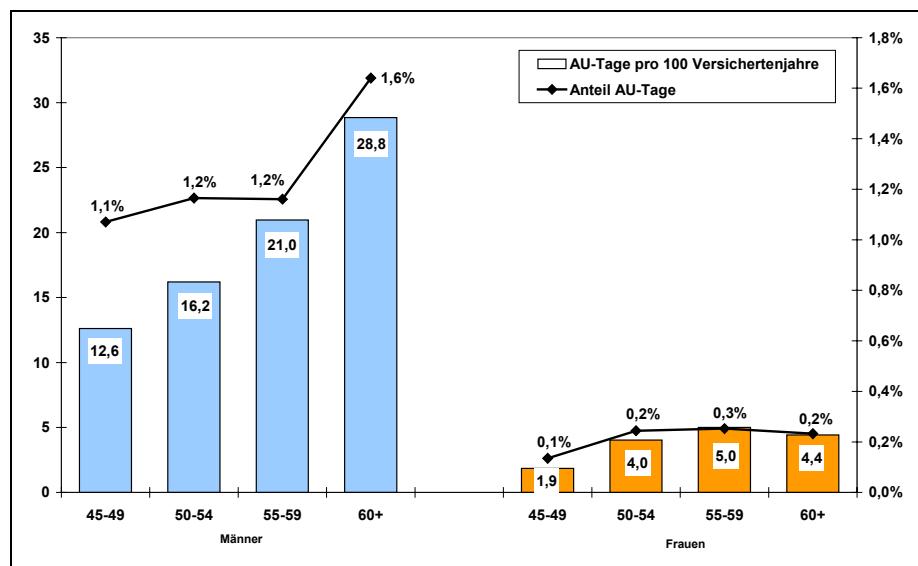
Bluthochdruck und ischämische Herzkrankheiten bedingen hohen Anstieg des AU-Volumens der HKE

Der Herzinfarkt – ein rein männliches Problem?

Der Herzinfarkt⁸ hat zwar für den Krankenstand bei Frauen eine zahlenmäßig untergeordnete Bedeutung, dennoch nimmt der auf akute und wiederholt auftretende Herzinfarkte (Re-Infarkte) entfallende Anteil am AU-Tagevolumen auch bei Frauen im Altersverlauf zu, sinkt jedoch bei den über 60-Jährigen wieder leicht ab (vgl. Abbildung 25).

Herzinfarkt für Krankenstand bei Frauen kaum relevant

Abbildung 25



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Je 100 Versichertenjahre entfallen 2005 bei 45- bis 49-jährigen Frauen lediglich 1,9 Ausfalltage auf die Diagnose Herzinfarkt. Im Altersverlauf steigt die Zahl der Fehltage auf bis zu 4,4 Tage bei den über 60-Jährigen an. Im Vergleich dazu werden 12,6 bzw. 29,8 Ausfalltage je 100 Versichertenjahre bei Männern in den genannten Altersgruppen beobachtet.

**Abb. 25
AU-Tage aufgrund eines Herzinfarktes (akute und Re-Infarkte) und Anteil am Gesamtkrankenstand nach Geschlecht und Alter**

AU-Volumen steigt von 1,9 auf 4,4 Tage je 100 VJ

Auch die durchschnittliche Falldauer ist bei Frauen in drei der vier betrachteten Altersgruppen kürzer als bei den männlichen Kollegen.

Überwiegend kürzere Falldauer bei Frauen

⁸ Bei der Auswertung der AU- und Krankenhausdaten werden die Einzeldiagnosen I21 („Akuter Myokardinfarkt“) und I22 („Rezidivierender Myokardinfarkt“) unter dem Begriff „Herzinfarkt“ zusammengefasst

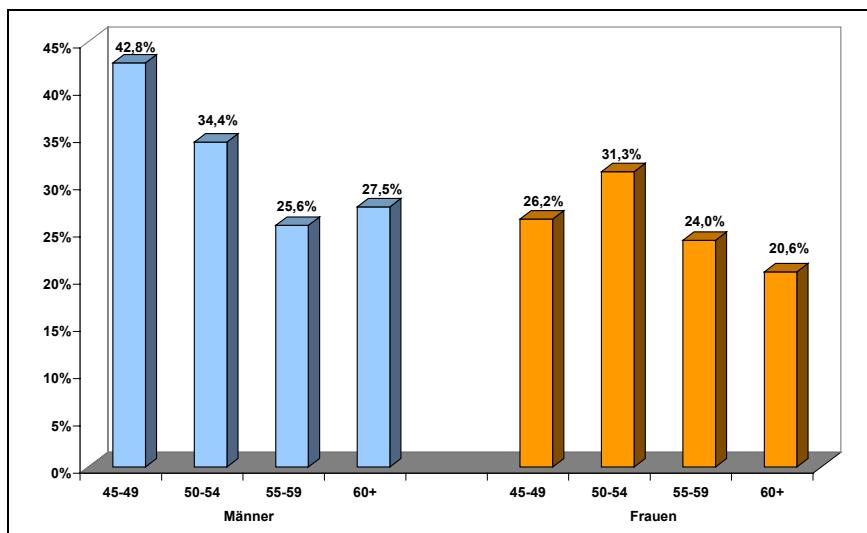
Lediglich in der Gruppe der 50- bis 54-jährigen Frauen dauert ein Erkrankungsfall durchschnittlich 83,8 Tage im Vergleich zu 81,8 Tagen bei gleichaltrigen Männern. Dies könnte ein Hinweis auf besonders schwere Formen von Herzinfarkten bei Frauen in diesem Alter sein, was auch andere Befunde nahe legen. Aus der Literatur ist bekannt, dass insbesondere Frauen unter 60 Jahren häufiger innerhalb von zwei Jahren nach einem Herzinfarkt versterben als Männer (29 % im Vergleich zu 20 %)⁹.

Anteilig an den ischämischen Herzkrankheiten hat der Infarkt bei Frauen eine ähnliche Bedeutung

Innerhalb der Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten unterscheidet sich der Anteil der auf Akut- und Re-Infarkte entfallenden AU-Tage zwischen Frauen und Männern lediglich in der Gruppe der 45-49-Jährigen sehr deutlich. Zwischen 50 und 59 Jahren besteht dagegen nur ein marginaler Unterschied (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26

Abb. 26
Anteil AU-Tage aufgrund eines Herzinfarktes (akute und Re-Infarkte) an den AU-Tagen aufgrund ischämischer Herzkrankheiten nach Geschlecht und Alter



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Der rückläufige Anteil der Herzinfarkte an den AU-Tagen im Altersverlauf resultiert aus einer zunehmenden Bedeutung insbesondere der chronisch ischämischen Herzkrankheit.

AU bildet nur einen Teilaспект des Infarktgeschehens ab

An dieser Stelle sei jedoch erinnert, dass das AU-Geschehen nur einen Aspekt der Bedeutung des Herzinfarktes bei Frauen abbilden kann. Aus der Todesursachenstatistik wird deutlich, dass 6,5 % aller weiblichen Verstorbenen einem akuten Herzinfarkt erlegen sind (vgl. Tabelle 3 auf Seite 44). Damit steht der akute Herzinfarkt insgesamt an dritter Stelle der häufigsten Todesursachen bei Frauen.

9 Vaccarino et al.: Sex differences in 2-year mortality after hospital discharge for myocardial infarction, Annals of Internal Medicine 134/3 (2001).

Ein Blick auf die Zahl der Herzinfarkte (Erst- und Re-Infarkte) pro 100.000 Einwohner (Herzinfarktrate) bei Frauen zeigt, dass die Zahl der Erkrankungsfälle innerhalb der letzten 20 Jahre insgesamt rückläufig ist. Während zwischen 1985 und 2003 bei den Männern ein Rückgang um 32 % zu beobachten ist, hat im gleichen Zeitraum die Zahl der Herzinfarkte bei Frauen nur um 12 % abgenommen¹⁰. Nach Angaben des KORA-Herzinfarktregisters erlitten im Jahr 2003 124 von 100.000 Frauen und 372 von 100.000 Männern einen Herzinfarkt¹¹.

Während die Erkrankungsfälle insgesamt rückläufig sind, zeigt sich bei 45- bis 54-jährigen Frauen im Zeitverlauf – entgegen diesem Gesamttrend und entgegen der Entwicklung bei Männern in dieser Altersspanne – eine Zunahme der Herzinfarktrate (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Herzinfarkt-Raten¹ bei Frauen und Männern

Altersgruppe	1985/1987		2001/2003	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
45 – 49 Jahre	24,5	229,6	39,5	202,2
50 – 54 Jahre	67,9	439,1	95,1	392,0
55 – 59 Jahre	150,6	780,7	143,2	527,9
60 – 64 Jahre	235,3	1076,6	201,3	741,0

¹tödliche und nichttödliche Erst- und Re-Infarkte je 100.000 Einwohner

Quelle: KORA-Herzinfarktregister Augsburg, 2005

Diese Zahlen zeigen, dass der Herzinfarkt sicher kein rein männliches Problem ist und dass die Entwicklungen bei Frauen weniger günstig sind als bei Männern. Aufgrund der ungünstigen Risikofaktorenentwicklung (vgl. Kapitel 2 des Schwerpunktthemas) könnten Frauen zukünftig zunehmend früher und anteilig noch stärker von dieser Erkrankung betroffen sein.

Ähnliches gilt für den Schlaganfall, der bei Frauen insgesamt quantitativ sogar noch bedeutsamer ist als der Herzinfarkt.

**Die Statistik zeigt:
Zahl der Infarkte
nimmt zwischen
1985 und 2003 bei
Frauen weniger ab
als bei Männern**

**Bei 45- bis 54-
jährigen Frauen
steigt die Zahl der
Infarkte sogar an**

**Folglich ist der In-
farkt kein rein
männliches Prob-
lem**

¹⁰ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten des KORA-Herzinfarktregisters Augsburg, Juni 2005.

¹¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten des KORA-Herzinfarktregisters Augsburg, Juni 2005.

Der Schlaganfall – bei Frauen bedeutsamer als der Herzinfarkt

Der Schlaganfall¹² zählt – wie der Herzinfarkt – zu den schwerwiegenden kardiovaskulären Erkrankungen.

Auch von einem Schlaganfall sind Frauen weniger betroffen

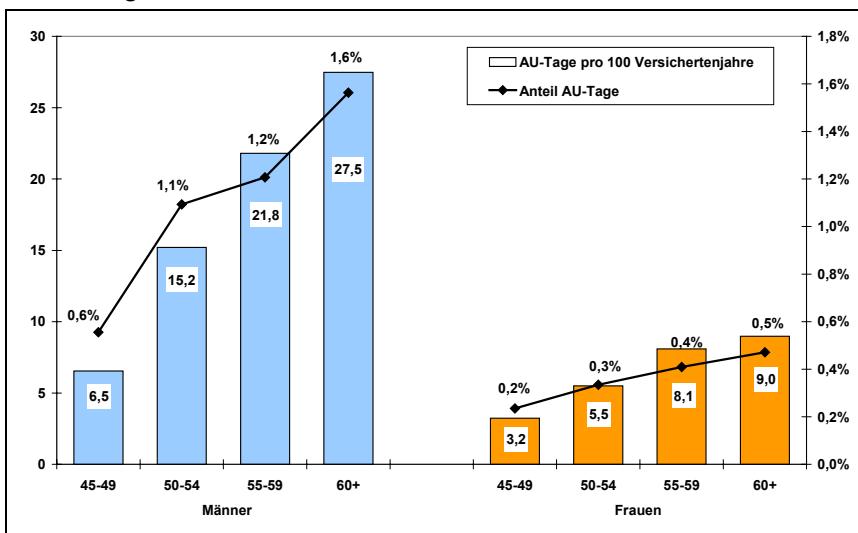
AU- Volumen steigt bei Frauen von 3,2 auf 9 Tage je 100 VJ

Zwar sind Frauen im mittleren Alter auch von dieser Erkrankung weniger betroffen als Männer, die absoluten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind aber mit Blick auf die Arbeitsunfähigkeit nicht so ausgeprägt wie beim Herzinfarktgeschehen:

2005 entfallen auf 100 erwerbstätige Frauen im Alter von 45 bis 49 Jahren 3,2 Ausfalltage auf die Diagnose Schlaganfall. Im Altersverlauf steigt die Zahl der Fehltage auf bis zu 9 Tage bei den über 60-jährigen Frauen an. Im Vergleich dazu werden je 100 Männer 6,5 bzw. 27,5 Ausfalltage in den genannten Altersgruppen beobachtet (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27

**Abb. 27
AU-Tage aufgrund eines Schlaganfalls und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Alter**



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Falldauer sehr lang, sinkt aber bei Frauen ab

Schlaganfall häufigste Ursache einer Pflegebedürftigkeit

Ein AU-Fall dauert bei den 45- bis 49-jährigen Frauen 90,9 Tage und bei den über 60-Jährigen 78,5 Tage. Im Vergleich dazu liegt die durchschnittliche Falldauer aufgrund eines Schlaganfalls bei Männern bei 100,7 bzw. 112,8 Tagen.

Der Schlaganfall ist bei Frauen mit 4,8 % aller Todesfälle eine der häufigsten Todesursachen. Außerdem ist ein Schlaganfall einer der häufigsten Gründe für eine Behinderung im Erwachsenenalter: 64 % der Schlaganfallpatienten, die das erste Jahr überleben, sind pflegebedürftig. Nach Angaben des Erlanger Schlaganfallregisters erleiden jährlich 170 von 100.000 Frauen einen Schlaganfall.

¹² Bei der Auswertung der AU- und Krankenhausdaten werden unter dem Begriff „Schlaganfall“ die Einzeldiagnosen I63 („Hirninfarkt“) und I64 („Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet“) zusammengefasst.

Fazit – Herzinfarkt und Schlaganfall

Im Vergleich zum Herzinfarkt

- entfallen je 100 Versichertenjahre bei Frauen nahezu doppelt so viele AU-Tage auf die Diagnose Schlaganfall und
- weisen Schlaganfälle bei Frauen unter 60 Jahren eine längere Falldauer auf.

Der Schlaganfall ist bei Frauen mit Blick auf die Häufigkeit des Auftretens und speziell im mittleren Alter in Bezug auf das AU-Geschehen quantitativ bedeutsamer als der Herzinfarkt.

Schlaganfall für AU bedeutsamer als der Herzinfarkt

Die höhere Bedeutung des Schlaganfalls bei Frauen im Vergleich zum Herzinfarkt spiegelt sich auch in den Krankenhausdaten (KH-Daten) wider¹³.

Krankheiten des Kreislaufsystems – Krankenhaustage

0,4 % der Krankenhaustage bei 45- bis 49-jährigen Frauen entfallen auf die Diagnose Schlaganfall, 0,3 % auf die Diagnose Herzinfarkt. Im Altersverlauf verdreifacht sich der Anteil der Krankenhaustage, die auf Schlaganfälle entfallen, auf 1,2 % bei den über 60-Jährigen. Der Anteil der auf Herzinfarkte entfallenden Krankenhaustage verdoppelt sich hingegen nur auf 0,6 %.

Schlaganfall auch anteilig am Krankenhaustagenvolumen wichtiger als der Herzinfarkt

Allerdings muss an dieser Stelle nochmals deutlich gemacht werden, dass auch die hier ausgewerteten KH-Daten nur die erwerbstätige Bevölkerung, in diesem Fall DAK-Versicherte mit Krankengeldanspruch, berücksichtigen. Diese Daten spiegeln – wie die AU-Daten – nicht die gesamte Bevölkerung wider.

Auch KH-Daten beruhen auf erwerbstätigen DAK-Versicherten

Bei 100 ganzjährig bei der DAK versicherten 45- bis 49-jährigen Frauen wurden 2005 insgesamt 94 Krankenhaustage registriert, bei Männern entsprechend 96 Tage. Im mittleren Altersverlauf steigt die Zahl der Krankenhaustage bei Frauen auf 150 Tage in der höchsten Altersgruppe an. Bei Männern wurde analog eine Zunahme auf 190 Tage beobachtet.

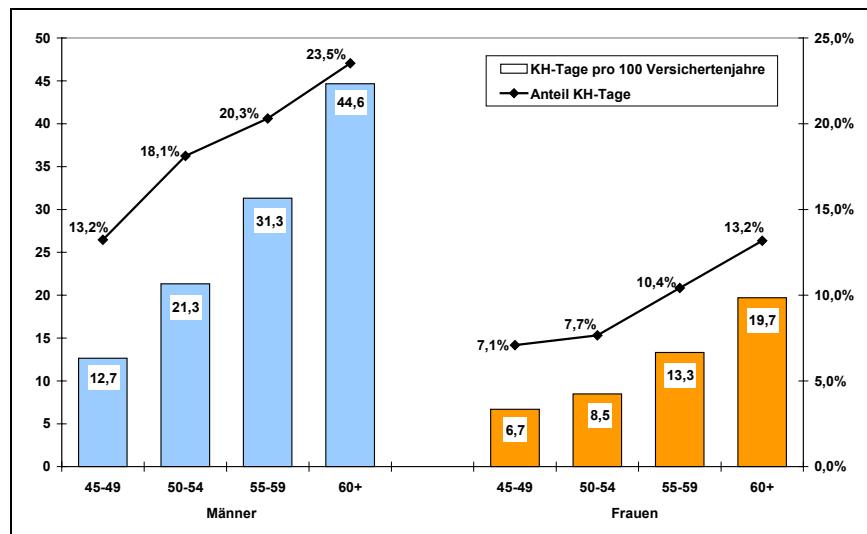
Der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems an allen Krankenhaustagen liegt bei Frauen im mittleren Alter zwischen 7,1 % und 13,2 %, was 6,7 und 19,7 Tagen je 100 Versichertenjahren entspricht (vgl. Abbildung 28). Bei Männern liegen die entsprechenden Anteile zum Vergleich bei 13,2 % bzw. 23,5 %, was 12,7 bzw. 44,6 Tagen je 100 Versichertenjahre entspricht.

KH-Tagevolumen der HKE steigt bei Frauen von 7,1 % auf 13,2 % an

¹³ Analog zu den AU-Daten sind zentrale Kennziffern bei den Krankenhausdaten die Zahl der Krankenhaustage und die Zahl der Krankenhausfälle pro 100 Versichertenjahre.

Abbildung 28

Abb. 28
Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und Anteil am Krankenhaustagevolumen nach Geschlecht und Alter

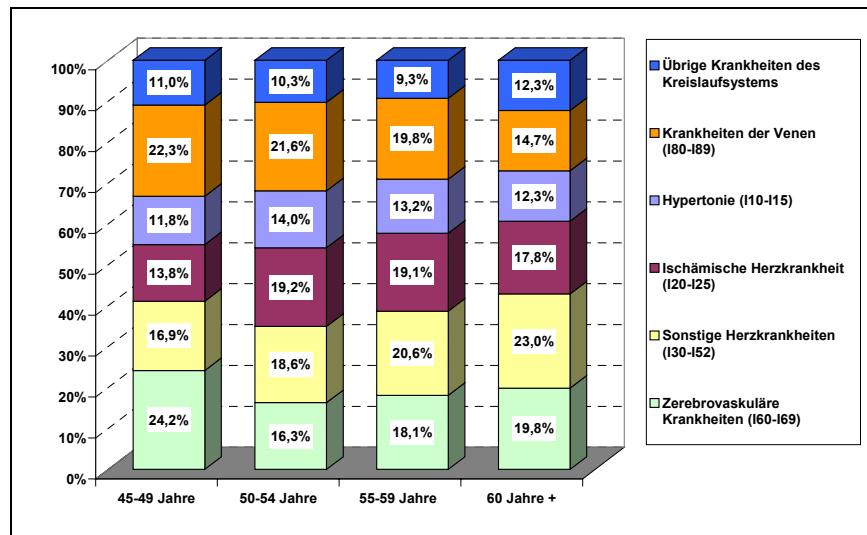


Quelle: DAK KH-Daten 2005

Aus der Auswertung der KH-Daten wird weiterhin deutlich, dass Erkrankungsgruppen mit häufig schwerwiegenden Verläufen, den Erwartungen entsprechend, einen höheren Anteil am Krankenhaustagevolumen haben als Erkrankungen, die vornehmlich ambulant versorgt werden können (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29

Abb. 29
Anteilswerte ausgewählter Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems am Krankenhaustagevolumen der Kreislauferkrankungen insgesamt bei Frauen im mittleren Alter



Quelle: DAK KH-Daten 2005

Anteil zerebrovaskuläre Krankheiten nimmt zwischen 45 und 65 Jahren bei Frauen insgesamt ab

Zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69) verursachen in der Gruppe der 45-49-jährigen Frauen knapp ein Viertel und in der Gruppe der über 60 Jährigen knapp ein Fünftel aller Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems. Während der Anteil dieser Diagnosegruppe an kardiovaskulären Erkrankungen insgesamt im Altersverlauf abnimmt, steigt der Anteil

der auf Schlaganfälle entfallenden Krankenhaustage innerhalb dieser Gruppe von 44 % auf 54 % im Altersverlauf an.

- Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) nehmen deutlich im anteiligen Krankenhaustagevolumen von 13,8 % auf 17,8 % im Altersverlauf zu. Der Anteil der innerhalb dieser Diagnosegruppe auf Herzinfarkte entfallenden Krankenhaustage sinkt hingegen – entsprechend der bereits in den AU-Daten beobachteten Entwicklung – von 33 % auf 26 % ab.
- Bei den sonstigen Formen einer Herzkrankheit (I30-I52) zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg der anteiligen Krankenhaustage von 16,9 % auf 23,0 %. Die größten Anteile an Krankenhaustagen entfallen innerhalb dieser Diagnosegruppe auf Herzrhythmusstörungen.
- Bluthochdruckerkrankungen (I10-I15) bleiben mit annähernd 13 % anteiligem Krankenhaustagevolumen im Altersverlauf unverändert und werden mit Blick auf den hohen Anteil an AU-Tagen primär ambulant behandelt.

ischämische Herzkrankheiten nehmen dagegen deutlich zu

sonstige Herzkrankheiten steigen noch deutlicher an

Bluthochdruckerkrankungen bleiben nahezu konstant

Fazit – Krankenhausdaten

Insgesamt gewinnen ischämische Herzkrankheiten und sonstige Formen einer Herzkrankheit innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen im mittleren Alter am stärksten an Bedeutung. Bluthochdruckerkrankungen tragen vergleichsweise gering zum Krankenhaustagevolumen bei, da sie primär ambulant behandelt werden können.

Ischämische und sonstige Formen der Herzkrankheit am wichtigsten

Zerebrovaskuläre Krankheiten kennzeichnet die längste Krankenhausfalldauer der Krankheiten des Kreislaufsystems.

Mit Blick auf den Vergleich zwischen Herzinfarkt und Schlaganfall bei Frauen wird deutlich, dass

- Schlaganfälle insbesondere bei über 60-jährigen berufstätigen Frauen einen deutlich höheren Anteil am Krankenhaustagevolumen aufweisen als Herzinfarkte, und dass
- beide Erkrankungen allerdings insgesamt mit Blick auf ihren geringen Anteil an der Gesamtzahl der Krankenhaustage nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Schlaganfall auch für KH-Tagevolumen bedeutsamer als Herzinfarkt

Gesamtfazit des Kapitels

Insgesamt zeigt sich, dass Frauen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den mittleren Lebensjahren zunächst weniger betroffen sind als Männer. Ab dem 65. Lebensjahr gleichen sich die Sterberaten jedoch an, kardiovaskuläre Erkrankungen gewinnen für Frauen immer mehr an Bedeutung. Der Anstieg der Zahl der Herzinfarkte bei Frauen im mittleren Alter in den letzten 20 Jahren – entgegen dem rückläufigen Trend bei Männern – deutet darauf hin, dass Frauen zunehmend früher von schweren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems betroffen sein könnten. Was die Ursachen dieser Entwicklung sein könnten, steht im Blickpunkt des nächsten Kapitels.

2. Welche kardiovaskulären Risikofaktoren sind für Frauen besonders relevant?

Frauen nicht weniger, sondern später betroffen

Altersstruktur bedingt bereits höhere Zahl HKE- Erkrankungsfälle bei Frauen

Kardiovaskuläre Risikofaktoren des Lebensstils sind beeinflussbar

Abb. 30 Auswahl kardiovaskulärer Risikofaktoren

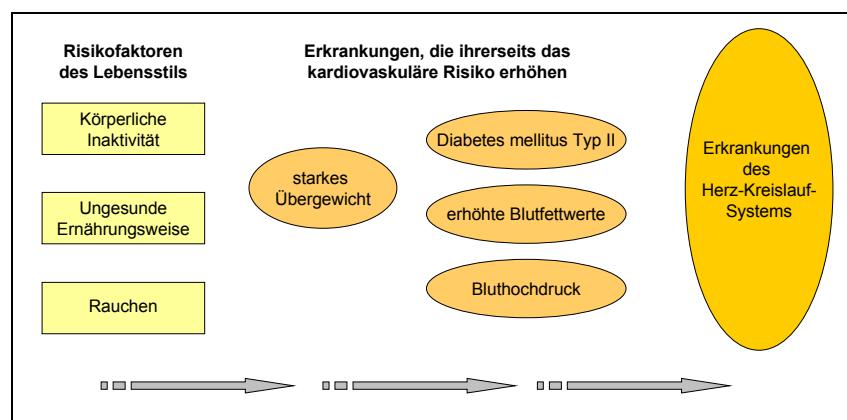
Nicht alle Risikofaktoren wirken gleich

Aufgrund des späteren Erkrankungsalters entsteht leicht der Eindruck, Frauen seien von kardiovaskulären Erkrankungen weniger betroffen als Männer. Wie im vorhergehenden Kapitel deutlich wurde, gilt dies zwar überwiegend für die mittlere Altersphase, im höheren Alter holen Frauen aber deutlich auf und sterben letztlich sogar häufiger an kardiovaskulären Erkrankungen.

Ein wesentlicher Faktor für die höhere absolute Zahl der Erkrankungsfälle bei Frauen ist die demografische Entwicklung: Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steigt insgesamt an und aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen gibt es in den hohen Altersgruppen anteilig mehr Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko. Daraus resultierend sind die Mehrzahl der älteren Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen im höheren Alter weiblich. Damit die Zahl der betroffenen Frauen nicht immer weiter zunimmt, ist frühzeitige Prävention wichtig:

Frauen können – wie Männer – ihr kardiovaskuläres Risiko maßgeblich selbst beeinflussen. Die bedeutendsten, beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind seit über 20 Jahren bekannt: Rauchen, körperliche Inaktivität und eine ungesunde Ernährungsweise erhöhen das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko. Sie beeinflussen zudem das Entstehen von Erkrankungen, die ihrerseits ebenfalls als kardiovaskuläre Risikofaktoren fungieren (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30



Quelle: eigene Darstellung

Die Forschung zu Risikofaktoren hat gezeigt, dass einige das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen stärker erhöhen als bei Männern¹⁴:

¹⁴

Stangl V. et al.: Coronary atherogenic risk factors in women. European Heart Journal, 23: 1738ff (2002)

Diabetes mellitus Typ II:

- Erhöht das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko bei Frauen stärker als bei Männern: Diabetikerinnen haben ein bis zu 6-fach, männliche Diabetiker ein bis zu 4-fach erhöhtes Herzinfarktrisiko gegenüber nicht-diabetischen Patienten.
- Führt nicht nur zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko, sondern auch zu beschleunigten und schweren Verläufen kardiovaskulärer Erkrankungen.

höheres Risiko bei Frauen durch Diabetes ...

Erhöhte Triglyceridwerte (eine Gruppe der Blutfette):

- Erhöhen das kardiovaskuläre Risiko bei Frauen mit Werten über 350 mg/dl (Normbereich: bis 200 mg/dl) um 70 %, bei Männern nur um 30 %.
- Steigen bei Frauen insbesondere nach der Menopause an.

... und erhöhte Triglyceride

Ein Blick in die ersten Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2003¹⁵ zeigt zudem, dass Frauen bereits im mittleren Alter von einigen Risikofaktoren stärker betroffen sind als Männer:

Bluthochdruck:

- Im Alter von 40 bis 65 Jahren geben 36,2 % der Frauen im Vergleich zu 33,8 % der Männer an, dass ihnen schon einmal eine Bluthochdruckerkrankung durch eine ärztliche Diagnose mitgeteilt wurde. Bluthochdruck steht nach Angaben der Deutschen Hochdruckliga mit insgesamt 50 % der kardiovaskulären Todesfälle bei Frauen in Zusammenhang (Männer: 45 %).

Bluthochdruck bei Frauen etwas häufiger

Übergewicht:

- 27,2 % der Frauen zwischen 40 und 65 Jahren sind stark übergewichtig (Body-Mass-Index: > 30 kg/m²). Im Vergleich dazu liegt der Anteil bei Männern bei 23,8 %. Starkes Übergewicht erhöht das kardiovaskuläre Risiko bei Frauen um das 3,6-fache.

Frauen sind häufiger stark übergewichtig als Männer

Rauchen:

- Die Zahl der jungen Raucherinnen steigt entgegen einem rückläufigen Trend bei männlichen jungen Rauchern zwischen 1998 und 2003 an.
- Starkes Rauchen erhöht das Herzinfarktrisiko bei Frauen um das 4-fache gegenüber Nichtraucherinnen. Bei gleichzeitiger Einnahme oraler Kontrazeptiva („Pille“) ist das Risiko besonders stark erhöht: Frauen, die mehr als 15 Zigaretten am Tag rauchen und die „Pille“ nehmen, haben sogar ein 20-fach erhöhtes Risiko.

Immer mehr junge Frauen rauchen

Rauchen und „Pille“ wirken zusammen stark risikoerhöhend

¹⁵

Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts: Erster Ergebnisbericht (2003)

Welche Konsequenzen resultieren daraus für Frauen?

Ungünstige Entwicklungen bei diesen Risikofaktoren haben für Frauen mit Blick auf das zukünftige Herz-Kreislauf-Erkrankungsgeschehen eine hohe Relevanz.

Immer mehr Menschen sind beispielsweise von Diabetes mellitus Typ II betroffen. Eine verbesserte Früherkennung sowie die hohe Diabeteshäufigkeit im höheren Alter tragen maßgeblich zu diesem Anstieg bei. Zudem erhöht die steigende Zahl übergewichtiger und inaktiver Menschen das Erkrankungsrisiko. Deshalb ist es gerade auch für Frauen wichtig, rechtzeitig auf den eigenen Lebensstil zu achten und Risikofaktoren durch entsprechende Verhaltensänderungen zu reduzieren. Dafür ist wiederum nicht nur das Wissen um die Risikofaktoren sondern auch die Wahrnehmung für das Erkrankungsrisiko eine zentrale Voraussetzung.

Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Triglyceridwerte, starkes Übergewicht und Rauchen gewinnen als kardiovaskuläre Risikofaktoren für Frauen immer mehr an Bedeutung. Um das Erkrankungsrisiko zu senken, muss der eigene Lebensstil kritisch betrachtet und gegebenenfalls das Verhalten verändert werden. Doch sind sich Frauen ihres Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bewusst? Werden sie von medizinischer Seite hinreichend aufgeklärt? Zwei Aspekte aus den Bereichen Risikowahrnehmung und Versorgung, denen im folgenden Kapitel nachgegangen wird.

3. Werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen unterschätzt?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und hier insbesondere der Herzinfarkt werden in der Bevölkerung noch immer als vornehmlich männliches Gesundheitsproblem wahrgenommen.

Frauen sterben an Brustkrebs, Männer am Herzinfarkt. Diese Einschätzung teilen viele Frauen, wie Ergebnisse eines DAK-Gesundheitsbarometers, einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2002, zeigen: 70 % der befragten Frauen hielten danach Krebs für die häufigste weibliche Todesursache, nur 24 % sehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Platz eins der häufigsten Todesursachen bei Frauen¹⁶ – entgegen der tatsächlichen Situation. Wie bereits berichtet, verstirbt jede zweite Frau an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, nur jede Vierte an Krebs.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse hat die DAK schon damals gefordert, dass Aufklärung und Prävention hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen früh beginnen müssen. Die Aufmerksamkeit für dieses Erkrankungsgeschehen bei Frauen muss erhöht werden, die DAK möchte mit dem Fokus auf dieses Thema im diesjährigen Schwerpunktteil des DAK-Gesundheitsreports die damalige Forderung unterstreichen.

Wird dieser Unterschätzung im Versorgungssystem aktiv entgegengewirkt?

Die DAK hat diese Ergebnisse auch zum Anlass genommen, Experten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Forschung im Rahmen einer schriftlichen Befragung um ihre Einschätzung der Situation zu bitten.

Die Experten bestätigen mehrheitlich, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Frauen unterschätzt werden. Um dieser Fehleinschätzung entgegen zu wirken, sollte nach Meinung der Experten die Aufklärung bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Risikofaktoren, verbessert werden.

Als besonders wichtige Aufklärungsthemen wurden genannt:

- Frauen sind sich ihrer Gefährdung im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht ausreichend bewusst. Das Brustkrebsrisiko steht bei Vielen im Vordergrund.
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren sind nicht nur für Männer, sondern auch für Frauen sehr bedeutsam: Starkes Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und eine Zuckerkrankheit wirken sich bei Frauen sogar ungünstiger aus. Darüber hinaus

HKE werden als „männliches“ Problem gewertet

„Breitflächige Aufklärung, dass der Herzinfarkt nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen die häufigste lebensbedrohliche Erkrankung ist, und dass präventive Maßnahmen nicht nur zwingend erforderlich, sondern auch höchst wirksam sind.“

*Prof. Bernhard Rauch
Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen*

„Die koronare Herzerkrankung gilt noch immer als Männerkrankheit, wird daher weder von Ärzten noch von Frauen rechtzeitig ernst genommen.“

*Prof. Ingeborg Siegfried
Gesellschaft f. Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen*

„Das Vorurteil lautet: Frauen sterben an Brustkrebs, Männer an Herzinfarkt“. Dieses Vorurteil geht vollständig an der Realität vorbei.“

*Prof. Hartmut Gütler,
Herzzentrum Wuppertal*

¹⁶ DAK-Gesundheitsbarometer „Was wissen Frauen über den Herzinfarkt?“ (2002), www.presse.dak.de

erhöht die Kombination Zigarettenrauchen und Einnahme der „Pille“ das Risiko schwerwiegender kardiovaskulärer Erkrankungen bereits in jüngeren Jahren. Frauen sollten stärker über ihre Risiken aufgeklärt werden.

- Frauen sollten auch dahingehend aufgeklärt werden, dass aufgrund der zunehmend ungünstigen Risikoverteilung mit einem immer früheren Krankheitsbeginn kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen zu rechnen ist.
- Frauen sollten über die bei Frauen häufig „atypischen“ Symptome eines Herzinfarktes aufgeklärt werden (siehe hierzu Näheres auf Seite 63).

Auch auf ärztlicher Seite Defizite

Einige Experten führen an, dass auch auf ärztlicher Seite das Wissen um Besonderheiten bei den kardiovaskulären Risikofaktoren und der Symptomatik eines Herzinfarktes bei Frauen nicht hinreichend verbreitet ist. Handlungsbedarf bestehe hier vor allem auch in der ärztlichen Aus- und Fortbildung.

Werden Frauen von ihrem Hausarzt über ihr persönliches Herz-Kreislauferkrankungsrisiko aufgeklärt?

Im Rahmen der diesjährigen DAK-Bevölkerungsbefragung, die im November 2005 mit 1.004 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durchgeführt worden ist, wurde dieser Frage nachgegangen.

In die Auswertung einbezogen wurden nur die Befragten, die nicht an einer Herzerkrankung leiden oder einen Schlaganfall erlitten haben (N=900). Von diesen bejahten lediglich 32 %, dass sie schon einmal mit ihrem Hausarzt über ihr persönliches Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesprochen haben.

Differenziert man die Befragten in solche mit kardiovaskulären Risikofaktoren, in diesem Fall das Vorliegen einer Zuckerkrankheit, eines Bluthochdrucks oder einer Fettstoffwechselstörung (erhöhte Blutfettwerte) (N=364), und solche ohne diese Risikofaktoren (N=536) zeigt sich folgendes Ergebnis (vgl. Abbildung 31):

Von 900 Frauen sprachen 32 % mit dem Hausarzt über ihr HKE-Risiko

364 Frauen wiesen Zucker, Hochdruck und/ oder erhöhte Blutfettwerte auf

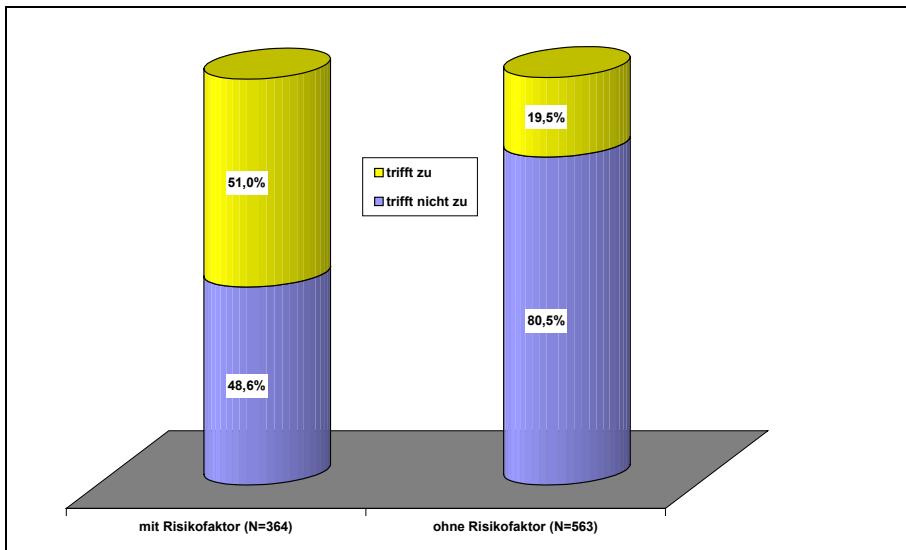
Die Hälfte der Frauen mit Risikofaktor wurde über ihr HKE-Risiko informiert, die andere nicht ...

- Zwar haben 51 % der Frauen mit mindestens einem dieser Risikofaktoren schon einmal mit ihrem Hausarzt über ihr kardiovaskuläres Risiko gesprochen, die andere Hälfte (48,6 %) hat dies jedoch nicht getan. Mit Blick auf die Bedeutung dieser Risikofaktoren für das Entstehen kardiovaskulärer Erkrankungen sollten erheblich mehr Frauen individuell beraten werden. Hier besteht eindeutig ein noch stärkerer Aufklärungsbedarf durch den Hausarzt.
- Von den Frauen ohne Risikofaktor gibt überhaupt nur nahezu jede Fünfte (19,5 %) an, mit ihrem Hausarzt über ihr persönliches Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesprochen zu haben. Zwar ist dieser Anteil erwartungsgemäß

geringer, dennoch sollte auch ohne Vorliegen dieser Risikofaktoren eine stärkere Aufklärung hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungsrisiken erfolgen: 80,5 % sprechen hier eine deutliche Sprache.

Ohne Risikofaktor wurden nur knapp 20 % aufgeklärt

Abbildung 31



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Mit Blick auf die befragte Altersgruppe – 50- bis 70-jährige Frauen – sollte spätestens zu diesem Zeitpunkt eine Sensibilisierung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen stattfinden. Das Wissen um das Risiko und die Risikofaktoren ist nicht zuletzt eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate Gesundheitsvorsorge.

**Abb. 31
Frage 4:
Trifft nachfolgende Aussage auf Sie zu?: „Mein Hausarzt hat schon einmal mit mir über mein persönliches Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesprochen.“**

Risikofaktor: Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck

Kennen Frauen die so genannte Gesundheitsuntersuchung, den Check-up 35?

Eine adäquate Gesundheitsvorsorge beinhaltet die regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen. Im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus Typ II wird zur Früherkennung die so genannte Gesundheitsuntersuchung – auch als Check-up 35 bezeichnet – angeboten. Ziel ist dabei die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren. Ab dem 35. Lebensjahr können alle Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse diese Untersuchung alle zwei Jahre kostenlos in Anspruch nehmen. Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung sollte geklärt werden, ob Frauen zwischen 50 und 70 Jahren dieses Angebot kennen bzw. nutzen.

Mehr Aufklärung für eine bessere Vorsorge

Check-up 35 zur Früherkennung einer HKE

In der Auswertung berücksichtigt wurden nur Frauen ohne Herzkrankheit bzw. Schlaganfall sowie ohne Zuckerkrankheit, Bluthochdruck bzw. Fettstoffwechselstörungen (N=536). 80,4 % dieser Frauen geben an, die Gesundheitsuntersuchung zu kennen.

80,4 % kennen den Check-up 35 ...

... aber nur jede zweite Frau nimmt daran teil

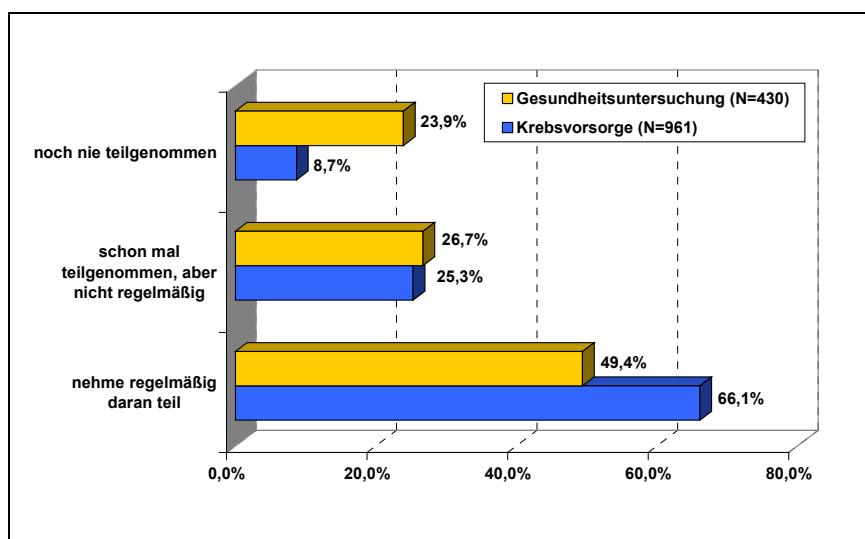
Insgesamt nimmt die Hälfte der Frauen, die diese Untersuchung kennen (N=430), dieses Vorsorgeangebot regelmäßig in Anspruch (vgl. Abbildung 32). Ein Viertel der Frauen nimmt hingegen nicht regelmäßig am Check-up 35 teil, ein weiteres Viertel hat diese Untersuchung bislang sogar noch nie genutzt.

Im Vergleich dazu nehmen 66,1 % regelmäßig an der Krebsvorsorge teil, nur 8,7 % geben hier an, noch nie teilgenommen zu haben. Für diese Auswertung wurden entsprechend nur die Frauen berücksichtigt, die nicht an Krebs erkrankt waren (N=961).

Abbildung 32

Abb. 32
Frage 2
„Haben Sie an dieser Gesundheitsuntersuchung schon einmal teilgenommen?“

Frage 3
„Nehmen Sie an den jährlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt teil?“



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Nur jede fünfte Frau, die den Check-up 35 nicht oder unregelmäßig nutzt, wurde vom Hausarzt zur Teilnahme aufgefordert

HKE gilt nach Expertenmeinung auch bei Ärzten primär als „männliches“ Problem

Von den Frauen, die die Gesundheitsuntersuchung nicht oder nur unregelmäßig nutzen (N=218), verneinten 80,6 % die Frage, ob ihr Hausarzt sie schon einmal direkt aufgefordert hat, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Auch hier ist der Hausarzt deutlich stärker gefordert, Aufklärung zu leisten bzw. konkret auf die Bedeutung dieser Vorsorgeuntersuchung hinzuweisen und zur Teilnahme aufzufordern.

Im Rahmen der Expertenbefragung räumte die Mehrheit der Experten ein, dass kardiovaskuläre Erkrankungen auch bei Ärzten primär als Gesundheitsproblem von Männern gelten und für Frauen deshalb zu wenig in Betracht gezogen würden, wobei dies nicht unbedingt für die entsprechenden Fachärzte gelte. Zudem wiesen die Experten – wie bereits erwähnt – darauf hin, dass auch bei Ärzten die spezifische Bedeutung der einzelnen kardiovaskulären Risikofaktoren für Frauen nicht hinreichend bekannt wäre. Somit unterstreicht die DAK-Bevölkerungsbefragung die Aussage der Experten, wonach hier Handlungsbedarf in der ärztlichen Aus- und Fortbildung bestehe.

Wie sieht die Versorgungslage von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu Männern aus?

Aus Studien und Auswertungen von Krankheitsregisterdaten sind Unterschiede hinsichtlich der Versorgung insbesondere des Herzinfarktes zwischen Frauen und Männern bekannt.

Aktuelle Daten aus verschiedenen Herzinfarktregistern in Deutschland weisen darauf hin, dass Frauen nach einem Herzinfarkt später ein Krankenhaus erreichen als Männer, d. h. eine längere so genannte Prähospitalzeit aufweisen.

Gründe hierfür könnten sein:

- Die Lebens- und Versorgungssituation der vornehmlich älteren Patientinnen: Die Entscheidung, ärztliche Hilfe zu holen, wird häufig vom Lebenspartner oder anderen Angehörigen getroffen. Ältere Frauen leben öfter allein bzw. sind verwitwet.
- Bei Frauen macht sich ein Herzinfarkt häufig mit anderen Symptomen bemerkbar als bei Männern. Diese "weiblichen" Symptome (vgl. Tabelle 6) werden häufig fehlgedeutet. Dies beeinträchtigt eine zeitnahe Arztkontaktierung bzw. die sich anschließende Einleitung von Akuttherapiemaßnahmen zur Verbesserung der Überlebensprognose.

Tabelle 6: Typische Herzinfarktsymptome bei Frauen

Kurzatmigkeit
Schwäche
Ungewöhnliche Müdigkeit
Übelkeit & Erbrechen
Oberbauchschmerzen
Schmerzen zwischen den Schulterblättern
Akuter Brustschmerz

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Literaturangaben

Das „typische“ Akut-Symptom Brustschmerz tritt bei Frauen seltener auf. Stattdessen klagen Frauen häufiger über Kurzatmigkeit, Schwäche, ungewöhnliche Müdigkeit, „unklare“ Oberbauchbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen sowie Schmerzen im Rücken- und Nackenbereich¹⁷.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse verschiedener Register, in denen das Herzinfarktgeschehen in Deutschland erfasst wird, darauf hin, dass Frauen in machen Regionen nach einem Infarkt auch häufiger im Krankenhaus versterben als Männer:

Unterschiede in der Versorgung

„Frauen mit Herzinfarkt oder akuter koronarer Erkrankung sind aufgrund des höheren Alters häufig allein stehend und haben keinen sorgenden Partner, der eine ärztliche Beurteilung befürwortet oder veranlasst.“

Prof. Helmut Gohlke,
Deutsche Herzstiftung

„Frau haben andere Beschwerden als Männer. Die Lokalisation bei Herzbeschwerden befindet sich in vielen Fällen im Oberbauch und nicht im Brustkorb, wie es bei Männern typisch ist“

Prof. Ingeborg Siegfried,
Gesellschaft f. Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen

„Bei Frauen ist die Herzinfarkt-Symptomatik öfter „atypisch“ als bei Männern.“

Prof. Hartmut Gölker,
Herzzentrum Wuppertal

¹⁷ McSweeney J.C. et al.: Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction. Circulation 108: 2619ff (2003).

„Nach Daten des Berliner Herzinfarktregisters sterben Frauen häufiger an einem Infarkt im Krankenhaus als Männer.“

*Dr. Birga Maier,
Berliner Herzinfarktregister*

In der Region Augsburg sterben Frauen nicht häufiger nach Infarkt im Krankenhaus

„Die Qualität der Akutbehandlung nach kardiovaskulären Ereignissen hat sich bei Frauen und Männern in den letzten zwei Jahrzehnten angeglichen. Dies belegen Studien wie das MONICA-Projekt Augsburg.“

*Prof. Eberhard Windler,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Sowohl Auswertungen des ACOS-Registers¹⁸ als auch des Berliner Herzinfarktregisters bestätigen dies. Das ACOS-Register erfasst deutschlandweit das Auftreten des akuten Koronarsyndroms, zu dem auch der Herzinfarkt gerechnet wird. Das Berliner Register erfasst die Herzinfarkte in der Region Berlin. Frauen weisen hier eine um 30 % höhere Krankenhaussterblichkeit nach einem Infarkt auf als Männer¹⁹.

Im Gegensatz dazu zeigt die letzte Erhebung des KORA-Herzinfarktregisters in Augsburg von 2002 keine Unterschiede mehr hinsichtlich der Krankenhaussterblichkeit zwischen Männern und Frauen. Möglicherweise besteht aufgrund der bereits gut 20-jährigen Studiendauer in dieser Region mittlerweile eine verbesserte Aufmerksamkeit für das Herzinfarktgeschehen, von der die Frauen profitieren. Dies würde den Nutzen und damit die Notwendigkeit einer stärkeren Sensibilisierung aufzeigen bzw. unterstreichen.

Gründe für eine in manchen Regionen beobachtete höhere Krankenhaussterblichkeit von Frauen nach Herzinfarkt könnten sein:

- Die längere Prähospitalzeit
- Eine schlechtere Prognose aufgrund des höheren Durchschnittsalters und des häufigeren Vorliegens von Risikofaktoren, speziell Diabetes mellitus Typ II bei den vornehmlich älteren Frauen
- Unterschiede in der Akuttherapie zwischen Männern und Frauen

Nachfolgend soll nun näher beleuchtet werden, wie die Fachleute im Rahmen der Expertenbefragung die Versorgung von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen in Deutschland bewerten.

In welchen Bereichen bestehen aus Sicht der Experten in Deutschland Defizite in der gesundheitlichen Versorgung hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen?

Während einige der Experten die bereits genannten Punkte „atypische“ Herzinfarktsymptomatik, längere Prähospitalzeit sowie höhere Sterblichkeit im Krankenhaus bei Frauen im Zusammenhang mit der Akutbehandlung kardiovaskulärer Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall) anführten, sehen die anderen keine Unterschiede in der Akutbehandlung von Frauen im Vergleich zu Männern.

¹⁸ ACOS: Akutes Koronarsyndrom-Register mit 154 bundesweit beteiligten Kliniken

¹⁹ Theres H. et al.: Influence of gender on treatment and short-term mortality of patients with acute myocardial infarction in Berlin. Zeitschrift für Kardiologie 93: 954-963 (2004).

Hinsichtlich der Dauerbehandlung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird von der Mehrheit der Experten genannt, dass eine leitliniengerechte Therapie weder bei Frauen noch bei Männern in ausreichendem Umfang angewandt würde. Allerdings schließen sich auch dieser Meinung nicht alle an: Einige Fachleute sehen wiederum keine Defizite in der Langzeittherapie kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen.

Wie bereits berichtet, sehen die Experten auf ärztlicher Seite mehrheitlich Defizite in der Wahrnehmung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Gesundheitsproblem nicht nur bei Männern sondern auch bei Frauen. Des Weiteren bestünden – wie ebenfalls bereits genannt – Wissenslücken hinsichtlich der Unterschiede bei den Risikofaktoren und der Herzinfarktsymptomatik.

Die Mehrheit der Experten verneint allerdings die Hypothese, nach der „typische und hinlänglich bekannte Symptome einer kardiovaskulären Erkrankung bei Frauen voreilig und ohne gründliche diagnostische Abklärung als psychosomatische Beschwerden qualifiziert würden“. Einzelne Experten räumen ein, dass Frauen Herz-Kreislauf-Erkrankungen möglicherweise anders beurteilen könnten als Männer.

Die Erforschung kardiovaskulärer Erkrankungen speziell bei Frauen ist vergleichsweise jung: Erst seit Beginn der 90er Jahre werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen zunehmend in der medizinischen Forschung untersucht. Zuvor wurden nahezu alle wissenschaftlichen Studien zu diesem Erkrankungsspektrum ausschließlich mit Männern durchgeführt. In der Folge galt beispielsweise das klassische Leitsymptom eines Herzinfarktes, ein plötzlicher Brustschmerz, auch für Frauen als wichtigstes Warnsignal.

Wie könnte die Versorgungssituation von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen nach Einschätzung der Experten verbessert werden?

Die Hälfte der Experten befürwortet die Erstellung neuer medizinischer Leitlinien oder die Ergänzung bzw. Anpassung bestehender Leitlinien an die speziellen Erfordernisse von Frauen.

Die anderen Experten äußerten:

- Eine Umsetzung der bisherigen Leitlinien würde die Bedürfnisse auch der Frauen abdecken.
- Bislang existiert keine Datenbasis für die Erstellung neuer Leitlinien speziell für Frauen.

Einige Experten befürworten die Intensivierung der ärztlichen Fortbildung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen.

Mehrheitlich sehen die Experten allerdings keinen Sinn in der Einführung einer neuen Vorsorgeuntersuchung im Hinblick auf kardiovaskuläre Risiken speziell für Frauen.

„In der ärztlichen Fortbildung wird das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen bisher kaum angesprochen.“

*Prof. Ingeborg Siegfried,
Gesellschaft f. Prävention und Rehabilitation
von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen*

„Ergebnisse aus Medikamentenstudien mit Männern werden auf Frauen übertragen.“

*Prof. Petra Kolip
Universität Bremen*

„Eine Befolgung der derzeit existierenden Leitlinien sollte die Bedürfnisse der Frauen vollständig abdecken.“

*Prof. Helmut Gohlke,
Deutsche Herzstiftung*

„Die bestehende Vorsorgeuntersuchung – Check-up 35 – sollte vollständig genutzt werden. Allerdings wurde diese um das EKG gekürzt!“

*Dr. Diethard Sturm,
Deutscher Hausärzteverband*

Frauen unterschätzen ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko. Nur jede Zweite der 50- bis 70-Jährigen, die den so genannten Check-up 35 kennen, nimmt auch regelmäßig daran teil. Weitere Aufklärung und Information ist wichtig. Dies gilt nicht nur für Risikofaktoren sondern insbesondere auch für das Beschwerdebild eines Herzinfarktes bei Frauen: Frauen weisen im Vergleich zu Männern häufig andere Symptome auf, was dazu führen kann, dass der Herzinfarkt nicht als solcher erkannt wird. Dies könnte auch ein Erklärungsansatz für die längere Prähospitalzeit von Frauen mit Herzinfarkt sein. Inwieweit dieser Aspekt sowie das Vorliegen von Risikofaktoren, wie Diabetes mellitus Typ II, darüber hinaus eine möglicherweise höhere Krankenhaussterblichkeit von Frauen erklärt, bleibt offen. Die Experten geben ein insgesamt heterogenes Meinungsbild zur medizinischen Versorgungssituation von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen ab: Nicht alle sehen Defizite in der Akut- und Langzeittherapie, wenngleich Wissensdefizite – speziell bei den Risikofaktoren und Symptomen – auch auf Seiten der Ärzte eingeräumt werden. Handlungsbedarf wird hier neben der Aufklärung der Frauen deshalb auch in der Intensivierung der ärztlichen Fortbildung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gesehen.

4. Wie kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesenkt werden?

Der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt mit Blick auf den steigenden Anteil älterer Menschen und der damit verbundenen höheren Zahl von Erkrankungsfällen in der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu. Dabei steht der eigene Lebensstil im Zentrum: Je früher damit begonnen wird, Risikofaktoren zu minimieren, desto besser. Spätestens ab dem 40. Lebensjahr sollten Frauen mit der Risikoreduktion beginnen, empfiehlt der wissenschaftliche Beirat der „Initiative Frauenherz“²⁰.

Bei der Prävention der HKE steht der Lebensstil im Mittelpunkt

Was kann konkret getan werden?

Die erste evidenzbasierte „Leitlinie zur Prävention koronarer Herzerkrankungen bei Frauen“ wurde 2004 von der American Heart Association (AHA) veröffentlicht²¹: Neben der Entwöhnung des Rauchens, stehen auf Seiten des Lebensstils die körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährungsweise im Mittelpunkt präventiver Maßnahmen (vgl. Tabelle 7).

Nicht Rauchen, mehr Bewegung, gesünder Essen

Tabelle 7: Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen: Empfehlungen

Rauchen	<ul style="list-style-type: none"> • Vollständige Entwöhnung
Körperliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • An den meisten, vorzugsweise allen Tagen in der Woche sollte für mindestens 30 min eine moderate bis intensive körperliche Aktivität absolviert werden (z.B. Walking, Nordic Walking, Radfahren)
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ernährung sollte ballaststoffreich, kaloriengerecht und fettarm sein. • Der Anteil an so genannten gesättigten Fettsäuren (vornehmlich in tierischen Produkten enthalten) sollte gering sein. Dafür ist ein hoher Anteil an einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl, Rapsöl), insbesondere an so genannten Omega-3-Fettsäuren (fetter Seefisch, Leinöl, Rapsöl), zu bevorzugen. • Insgesamt entspricht die Lebensmittelwahl weitgehend der „Mittelmeerkost: Viel Obst und Gemüse und Salate, Vollkorngetreideprodukte, fettarme Milchprodukte, Fisch und Hülsenfrüchte, Geflügel und fettarmes rotes Fleisch.“

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Vorgaben der AHA

²⁰ 2004 schlossen sich Kardiologinnen und Kardiologen zur Aktion Frauenherz zusammen (www.frauenherz.info.de)

²¹ Mosca et al.: Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. Circulation 109: 672ff (2004).

Die genannten Empfehlungen zur körperlichen Aktivität und zur Ernährung tragen auch maßgeblich dazu bei, den koronaren Risikofaktoren Übergewicht, Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen vorzubeugen.

Risikofaktor Rauchen und „Pille“ spezifisch weiblich

Die Empfehlung, mit dem Rauchen aufzuhören, hat einen besonders hohen Stellenwert für die Raucherinnen, die parallel die „Pille“ nehmen. Im Rahmen der Vorstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren wurde bereits eindringlich darauf hingewiesen, dass sich das Herzinfarktrisiko bei rauchenden Frauen unter Pilleneinnahme dramatisch erhöht. Dies ist in der Tat eine speziell weibliche Risikokonstellation, auf die auch hier nochmals explizit hingewiesen werden soll.

Ein bewusster Umgang mit kardiovaskulären Risikofaktoren bedeutet speziell für Frauen im mittleren Alter, sich auch mit der Einnahme von Hormonen in und nach den Wechseljahren kritisch auseinanderzusetzen.

„Die Einnahme von Hormonen in der Postmenopause schützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen – das war bis vor wenigen Jahren ein Dogma.“

*Dr. Diethard Sturm,
Deutscher
Hausärzteverband*

Wechseljahresbeschwerden Hauptindikation einer Hormontherapie

Denn während die so genannte Hormonersatztherapie in ihrem Wirkungsspektrum lange auch als protektiver Faktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen galt, zeigt sich in den letzten Jahren zunehmend, dass das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle erhöht ist²². Grund genug, das Thema „Hormontherapie in den Wechseljahren“ in einem Exkurs etwas näher zu beleuchten.

Exkurs: Hormontherapie in den Wechseljahren

Viele Frauen leiden in den Wechseljahren unter verschiedenen Beschwerden, die aus der Abnahme der Östrogenproduktion im Körper resultieren. Besonders häufig treten Hitzewallungen und Schweißausbrüche – so genannte vasomotorische Symptome – auf, auch vaginale Beschwerden werden oft genannt.

Gemäß den im Jahr 2004 aktualisierten Konsensempfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause²³ ist die Behandlung vasomotorischer Beschwerden der wichtigste Indikationsgrund einer Hormontherapie.

Daneben galt die Prävention einer Osteoporose und der dadurch bedingten Knochen- und Wirbelkörperfrakturen seit langem als eine weitere Indikation für eine Hormontherapie. Inwieweit dies heute noch gerechtfertigt ist, bleibt mit Blick auf unterschiedliche Empfehlungen unklar:

²² Farquhar CM et al.: Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. Cochrane Database Systematic Review, Ausgabe 3/3 (2005).

²³ Klimakterium ist eine andere Bezeichnung für den Begriff Wechseljahre bzw. Menopause, Postmenopause bezeichnet die Zeit nach den Wechseljahren. Vgl. „Konsensempfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2004)

Den bereits genannten Konsensempfehlungen zu Folge ist die Hormontherapie zur Prävention dieses Erkrankungsgeschehens geeignet, die dafür erforderliche Langzeittherapie aber mit potenziellen Risiken verbunden.

In den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft wird die Osteoporoseprophylaxe dagegen aufgrund der nur geringen Abnahme der Frakturhäufigkeit und des erhöhten Risikos für andere Erkrankungen nicht als Indikation einer Hormontherapie empfohlen, es sei denn, andere Therapieformen sind nicht geeignet. Nur dann sollte eine Hormontherapie eingesetzt werden.

Darüber hinaus galt die Hormontherapie ebenfalls lange als ein Schutzfaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aufgrund von Stu dienergebnissen der letzten Jahre, die zeigen, dass das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko nicht verringert sondern erhöht ist, wird die Hormontherapie in den Konsensempfehlungen jedoch nicht mehr als geeignete Präventionsmaßnahme gewertet. Damit liegt hier keine Indikation mehr für eine Hormontherapie vor.

Neben dem beobachteten höheren Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse nach Hormongabe ist vor allem das Risiko für Thrombosen und auch für Brustkrebs erhöht. Das Risiko für Dickdarmkrebs wird dagegen gesenkt.

Diese unterschiedlichen Effekte einer Hormontherapie verdeutlichen, wie wichtig im Einzelfall eine Risiko-Nutzen-Abwägung ist. In den Empfehlungen zur Anwendung einer Hormontherapie wird eine Risiko-Nutzen-Abwägung gemeinsam mit der Rat suchenden Frau gefordert und darauf hingewiesen, dass eine derartige Therapie nur bei bestehender Indikation – primär der Behandlung vasomotorischer Symptome – angewendet werden sollte. Doch wie sieht die Praxis aus?

Aus welchen Gründen erhalten Frauen eine Hormontherapie in den Wechseljahren?

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde den Gründen für die Einnahme von Hormonen in den Wechseljahren nachgegangen.

Zunächst wurde dafür im Vorfeld bei den 1.004 befragten Frauen zwischen 50 und 70 Jahren erfragt, ob gegenwärtig Hormone eingenommen werden oder zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal eingenommen worden sind. Die Befragung ergab, dass nur 15 % aktuell Hormone einnehmen (vgl. Abbildung 33). 55 % und damit über die Hälfte der Frauen haben noch nie Hormone eingenommen.

Bei den Frauen, die Hormone einnehmen (N=148), wurden in einer anschließenden Frage die Gründe für die Hormoneinnahme erfragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Osteoporose-prävention mit Hormonen wegen Langzeitrisiken umstritten

Hormone schützen nicht vor HKE: Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko zum Teil sogar erhöht

Hormone erhöhen Thrombose- und Brustkrebsrisiko

Individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung vor Hormonannahme wichtig

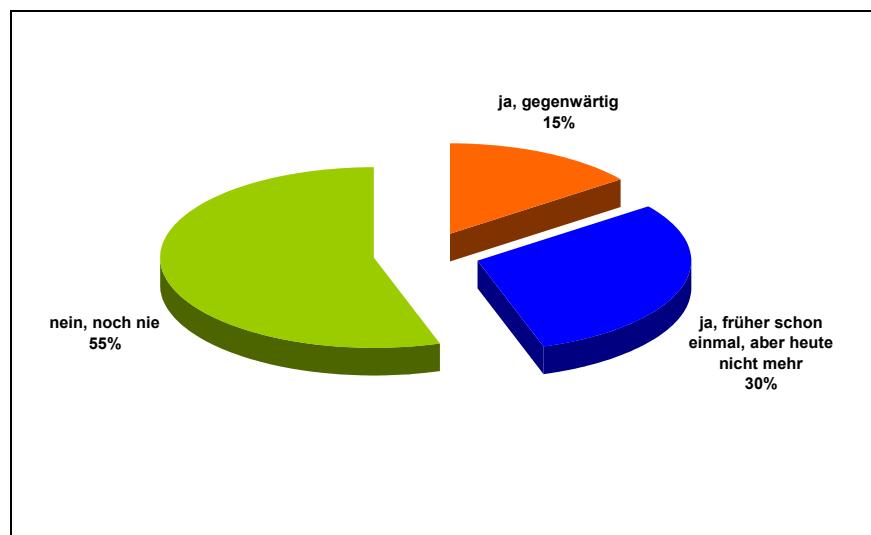
15 % der befragten Frauen nehmen aktuell Hormone

61,5 % der aktuell behandelten Frauen nennen Wechseljahresbeschwerden als ein Grund der Hormonannahme

61,5 % dieser Frauen gaben an, Hormone aufgrund von starken Wechseljahresbeschwerden einzunehmen. Als weitere, häufig angeführte Gründe wurden die Vorbeugung bzw. Behandlung von Osteoporose von 34,3 % sowie die Einnahme von Hormonen ganz allgemein gegen die Folgen des Alters von 22,6 % genannt (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 33

**Abb. 33
Frage 5**
„Nehmen Sie persönlich gegenwärtig ein Hormonpräparat ein oder haben Sie früher schon mal eines genommen?“

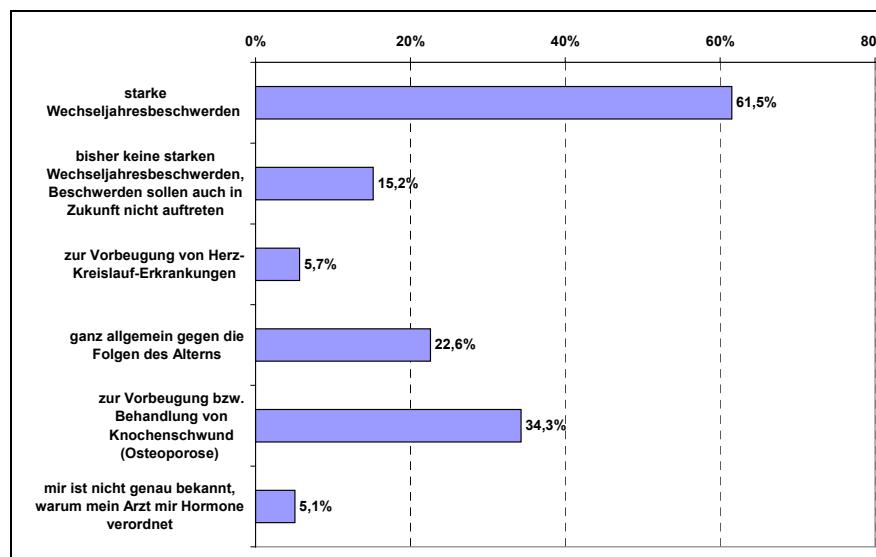


Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Abbildung 34

**Abb. 34
Frage 6**
„Was ist bei Ihnen der Grund für die Hormonbehandlung?“

(die Frage richtete sich nur an Frauen, die aktuell Hormone einnehmen N=148, Mehrfachnennungen waren möglich)



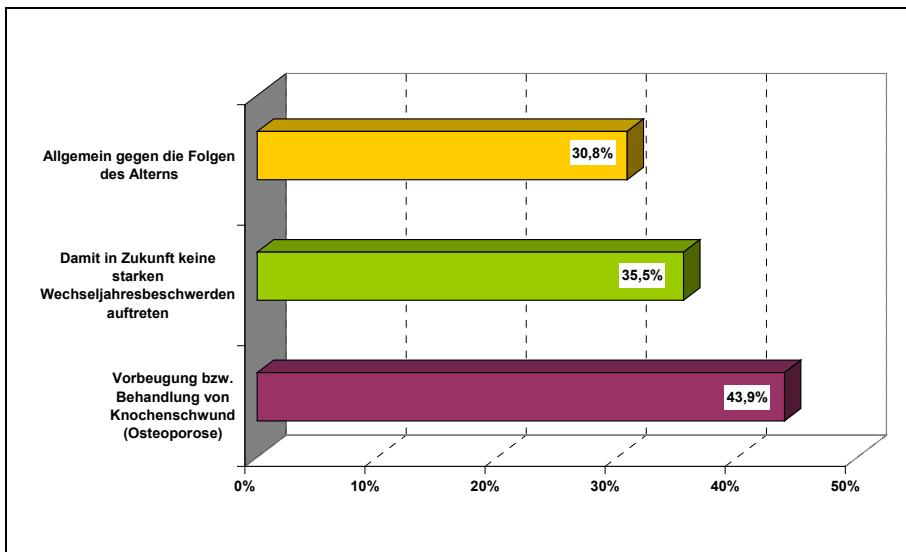
Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Zwar nannte mit 61,5 % der überwiegende Teil der Frauen die Hauptindikation starke Wechseljahresbeschwerden als Behandlungsgrund für eine Hormontherapie, 38,5 % gaben dies aber gleichwohl nicht an (N=57). Warum nehmen diese Frauen Hormone?

38,5 % nehmen Hormone ohne Wechseljahresbeschwerden

Dieser Frage wurde im Rahmen einer differenzierteren Auswertung des Befragungsergebnisses nachgegangen (vgl. Abbildung 35).

Abbildung 35



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

**Abb. 35
Frage 6
„Was ist bei Ihnen der Grund für die Hormonbehandlung?“**

(Die Frage richtete sich nur an Frauen, die Hormone nicht aufgrund von Wechseljahresbeschwerden einnehmen, N=57, Mehrfachnennungen waren möglich: Dargestellt sind die drei häufigsten Gründe)

Als häufigste Gründe für eine Hormoneinnahme wurden genannt:

- Zur Vorbeugung bzw. Behandlung von Osteoporose (44 %)
- Prävention von Wechseljahresbeschwerden (36 %)
- Ganz allgemein gegen die Folgen des Alterns (31 %)

Zusammenfassend nimmt zwar der überwiegende Teil der Frauen Hormone aufgrund von Wechseljahresbeschwerden, dennoch gibt von den Frauen, die nicht unter Wechseljahresbeschwerden leiden, nahezu jede Zweite als Einnahmegrund die Vorbeugung oder Behandlung von Osteoporose an. Vor dem Hintergrund, dass diese Indikation für eine Hormontherapie in der Fachwelt nicht einheitlich bewertet wird und die erforderliche Langzeittherapie mit Risiken verbunden ist, ist dieser hohe Anteil bedenkenswert.

Auch die beiden weiteren, häufig genannten Gründe – die Prophylaxe von Wechseljahresbeschwerden und die Einnahme von Hormonen allgemein gegen die Folgen des Alterns – sind mit Blick auf die Risiken einer Hormontherapie als sehr bedenklich einzustufen.

Einnahmegründe keine Indikation

Nicht alle Frauen leiden unter Wechseljahresbeschwerden

„Die Meinung, eine Hormonersatztherapie würden vor einer KHK schützen, war ein langjähriger, großer Irrtum, dem die Ärzte und die Bevölkerung gleichermaßen anheim gefallen sind.“

*Prof. Bernhard Rauch,
Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen*

„Die Erkenntnis, dass sich eine Hormonersatztherapie in der Postmenopause eher ungünstig auswirkt, ist relativ neu und daher möglicherweise noch nicht ausreichend verbreitet.“

*Prof. Helmut Gohlke,
Deutsche Herzstiftung*

Empfehlungen zur Hormontherapie von einigen Gynäkologen nicht akzeptiert

Ärzte klären Frauen unzureichend auf

Etwa ein Drittel bis ein Viertel aller Frauen weist keine oder nur leichte Beschwerden in den Wechseljahren auf. Eine Prophylaxe ist vor diesem Hintergrund fragwürdig und stellt auch keine Indikation einer Hormontherapie dar. Selbiges gilt für den Alterungsprozess.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, warum so viele Frauen Hormone ohne gesicherte Indikation trotz der mit der Einnahme verbundenen Risiken nehmen?

Warum erhalten Frauen Hormone ohne bestehende Indikation gemäß den aktuellsten Empfehlungen?

Im Rahmen der DAK-Expertenbefragung wurden die Fachleute gebeten mit Blick auf das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko auch zur Hormontherapie Stellung zu beziehen.

Die Expertenbefragung hat mehrheitlich ergeben, dass sowohl Frauen als auch Ärzte meinen, die Hormontherapie würde vor einer kardiovaskulären Erkrankung schützen und das Risiko aus diesem Grund zu wenig beachten. Dennoch ist auch hier die Einschätzung nicht homogen: Ein Experte vertritt die Auffassung, dass Hormone das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht fördern.

Auch eine andere Expertenbefragung – repräsentativ durchgeführt mit rund 400 niedergelassenen Frauenärzten im Rahmen einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Hormontherapie in den Wechseljahren²⁴ – hat gezeigt, dass viele Frauenärzte noch immer die gesundheitlichen Risiken einer Hormontherapie unterschätzen: 80 % meinen, die Risiken würden überbewertet.

Es zeigte sich außerdem, dass die Empfehlungen zur Hormontherapie (Indikationsstellung, Wirkungsspektrum) nicht von allen akzeptiert werden: Mehr als die Hälfte der befragten Gynäkologen hält eine Hormonbehandlung für wichtig, um dem Alterungsprozess der Frauen entgegenzuwirken. 36 % stuften eine Hormontherapie noch immer als geeignet ein, Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen, lediglich 35 % stimmen dieser Aussage nicht zu.

Da verwundert es nicht, dass nach Ergebnissen einer Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2003, 63 % der Frauen, die Hormone einnahmen, von ihren Ärzten nicht über Risiken wie Herzinfarkt und Schlaganfall aufgeklärt worden sind²⁵.

²⁴ vgl. Klauber J. und Zawinell A: Hormontherapie – Gesundheitsrisiken unterschätzt. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 7-8 (2005).

²⁵ Forsa-Umfrage im Auftrag der Zeitschrift Stern und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003).

Die Hormontherapie in den Wechseljahren steht seit einigen Jahren zunehmend in der Kritik. Dies ist allerdings offenbar, nach Einschätzung der Experten und den Ergebnissen der WIdO-Studie, noch nicht hinreichend in der ärztlichen Praxis angekommen. Zahlreiche Studien haben Risiken aufgezeigt, die in der Konsequenz eine sorgfältigere Risiko-Nutzen-Abwägung einer Hormongabe auf individueller Ebene notwendig machen. Frauen sollten über die Risiken einer Hormontherapie in den Wechseljahren stärker aufgeklärt werden, insbesondere, wenn die Beweggründe einer Hormoneinnahme nicht symptomgeleitet sondern rein prophylaktischer Natur sind.

**Hormontherapie
zunehmend kritisch
bewertet**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann durch einen Verzicht auf das Rauchen, eine ausgewogene Ernährung sowie regelmäßige körperliche Aktivität vorgebeugt werden. Zu einem risikobewussten Verhalten gehört darüber hinaus gerade für Frauen im mittleren Alter die kritische Auseinandersetzung mit einer eventuellen Hormontherapie. Studien haben gezeigt, dass Hormone nicht – wie lange angenommen – vor kardiovaskulären Erkrankungen schützen. Gegenteiliges scheint sogar der Fall zu sein: Das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko ist unter Hormoneinnahme erhöht. Hormone sollten nach derzeitigen Empfehlungen in erster Linie nur bei Vorliegen von Wechseljahresbeschwerden verordnet werden. Die Realität scheint jedoch eine andere zu sein: Zwar nimmt der überwiegende Teil der Frauen Hormone aufgrund derartiger Beschwerden, viele nehmen Hormone aber auch aus fragwürdigen Beweggründen, die nicht zweifelsfrei als Indikation empfohlen sind. Ursachen hierfür könnten wiederum Aufklärungsdefizite und eine nachgiebige Verordnungspraxis auf Seiten der Frauenärzte sein: Nicht alle Frauenärzte ordnen die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend ein, d.h., es bestehen nach wie vor weit verbreitet veraltete Meinungen zu Risiken und Nutzen einer Hormontherapie. Dies könnte eine geforderte individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung mit der Patientin behindern.

5. Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Neue Präventions- und Versorgungsansätze der DAK

Der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt mit Blick auf den steigenden Anteil älterer Menschen und der damit verbundenen höheren Zahl von Erkrankungsfällen in der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu.

Bewegung und gesundes Essen senken HKE-Risiko

Um die Krankheitslast zu senken, stehen Maßnahmen zur Minimierung kardiovaskulärer Risiken im Blickpunkt des Interesses: Neben dem Rauchverhalten, betrifft dies – wie bereits genannt – vor allem die körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährungsweise.

Besonders Frauen nutzen Präventions-angebote der Krankenkassen

Entsprechende Angebote von Seiten der Krankenkassen zur Primärprävention von Erkrankungen werden dem Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Folge mit anteilig 75 % vornehmlich von Frauen genutzt. 62 % aller Kursteilnehmer waren zudem im Alter von 30 bis 59 Jahren. Hier gilt es, das Angebot weiter auszubauen und zu verbessern.

„Die Risiken Diabetes, Übergewicht und Bewegungsmangel nehmen gerade bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter immer weiter zu, ohne dass geeignete Interventionsstrategien zum Tragen kommen.“

*Prof. Hartmut Gürker,
Herzzentrum Wuppertal*

„Gesundheit beginnt im Kopf“ – Doch Wissen alleine reicht häufig nicht aus

Vielen Menschen fällt es schwer, ihren Lebensstil nachhaltig zu verändern. Die meisten Lebensstiländerungen entfalten ihren Effekt auf die Gesundheit jedoch nur dann, wenn sie auch langfristig aufrechterhalten werden.

Die DAK greift diese Problematik auf und geht mit einer wissenschaftlichen Studie in Kooperation mit der Universität Hamburg zur Selbstregulation von Gesundheitsverhalten neue, innovative Wege in der Verhaltensprävention.

Gesundheit beginnt im Kopf: Von der Fantasie zum Ziel zum gesunden Lebensstil - Neue Studie der DAK und der Universität Hamburg hilft gesunden Lebensstil zu verwirklichen

„Für die gesundheitliche Versorgung sind nicht nur für Frauen bessere Studien zur Lebensstilmodifikation sinnvoll.“

*Dr. Sandra Dunkelberg,
Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin*

Zusammen mit dem Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, hat die DAK in einer Studie unter Leitung von Prof. Dr. Gabrielle Oettingen und Diplom-Psychologin Gertraud Stadler neue Techniken zur Lebensstiländerung erprobt. Erstmals wurde ein von Prof. Dr. Oettingen entwickelter Ansatz der Motivationsforschung in der Gesundheitsförderung angewandt. Kern dieses neuen Ansatzes ist das Gegenüberstellen von positiver Zukunft und möglichen Hindernissen (mentales Kontrastieren) in erstmaliger Kombination mit der Erarbeitung konkreter Durchführungsstrategien. Letztere wurden methodisch von Prof. Dr. Peter Gollwitzer von der Universität Konstanz entwickelt.

Innovativ ist nicht nur das Studiendesign, die DAK setzt auch mit Blick auf das Studienziel – Senkung des kardiovaskulären Risikos durch mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung – bei der Wahl der Studienteilnehmer wichtige Akzente: Durchgeführt wurde die Studie mit gesunden DAK-versicherten Frauen im Alter von 30 bis 50 Jahren.

Die DAK setzt damit nicht nur theoretisch im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas ihren Focus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen, sondern sieht auch bei der Weiterentwicklung ihrer Präventionsangebote für die Praxis großen Bedarf.

Und die Ergebnisse der Studie sind viel versprechend: Frauen, die die neue Technik anwandten, trieben auch nach vier Monaten Studiendauer noch wesentlich mehr Sport und ernährten sich gesünder als die Vergleichsgruppe, die nur Informationen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils erhielt. Dies zeigt wiederum, dass Wissen allein nicht ausreicht. Die DAK setzt nun alles daran, die Ergebnisse in die Praxis, die Prävention, aber auch in die Rehabilitation, zu übertragen.

Frauen können aber auch schon jetzt mit Hilfe eines speziellen Motivationsprogramms der DAK sprichwörtlich durchstarten, um ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko durch mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung zu senken.

Frauen starten durch – das Motivationsprogramm der DAK

Das Programm richtet sich speziell an Frauen zwischen 30 und 60 Jahren. Im Zentrum stehen auch hier mehr Bewegung und ein gesünderes Essverhalten. Neben vielen Tipps ist der besondere Bestandteil dieses Programms ein Appell, den Lebensstil nicht im Alleingang zu ändern, sondern sich einen Partner (Freundin, Kollegin, Bekannte, Schwester etc.) für ein so genanntes Cross-Coaching zu suchen - frei nach dem Motto „Zu zweit geht es leichter“. Damit die Umsetzung der Verhaltensänderung im Alltag leichter fällt, helfen Ernährungs- und Bewegungspunkte als Orientierung. Mit dem Sammeln dieser Punkte können die eigenen Erfolge sichtbar gemacht und dokumentiert werden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden von vielen Frauen unterschätzt, mit diesem Programm liefert die DAK nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung sondern zeigt auch gleich praxisnahe Wege auf, das eigene Risiko zu senken.

Die DAK bietet ihren Versicherten neben dem hier speziell für Frauen vorgestellten Programm eine Vielzahl von Angeboten zur Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an. Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen können außerdem Angebote aus den Bereichen integrierte Versorgung und dem DAK-Gesundheitsprogramm „Koronare Herzkrankheit“ nutzen.

„Mehr Bewegung schaffen – erst in den Köpfen und dann in den Beinen.“

*Dr. Diethard Sturm,
Deutscher
Hausärzteverband*

Wissen allein reicht nicht aus

Spezielles Motivationsprogramm für Frauen bereits im Angebot

„Zu zweit geht es leichter“ – Cross-Coaching Kern-element des Ess- und Bewegungs-Programms

„Wichtig ist der Aufbau und die Förderung von Präventions- und Rehabilitationsprogrammen, die an den Bedürfnissen von Frauen orientiert sind.“

*Prof. Bernhard Rauch,
Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen*

Kooperationsprojekte im Rahmen einer Integrierten Versorgung (IV) für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die koronare Herzkrankheit und den Schlaganfall

Auf regionaler Ebene gibt es für DAK-Versicherte im Rahmen der Integrierten Versorgung zahlreiche Behandlungsnetzwerke für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Qualitätsgesicher- te Therapieabläufe, mehr Lebensquali- tät und Beratung

Ziele dieses Versorgungsmodells sind die Sicherstellung qualitätsgesicherter Therapieabläufe mit einer nahtlos aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgung und eine bessere Beratung für DAK-Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. Im Zentrum steht die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

IV-Kooperationen der DAK für die koronare Herzkrankheit

Kooperationen in Brandenburg ...

In der Region Brandenburg bestehen Kooperationen mit den Kliniken Uckermark und Barnim, den Krankenhäusern Angermünde und Prenzlau, wo vornehmlich die Akutversorgung stattfindet, und der Rehabilitationsfachklinik Wolletzsee.

... Berlin

In Berlin besteht eine Kooperation mit dem St. Getraudenkrankenhaus und der kardiologischen Gemeinschaftspraxis Dres. Lenvensen/ Albrecht/Eisenhut.

... und Hamburg

Eine weitere Kooperation besteht mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Einrichtungen sind auf KHK speziali- siert

Alle Einrichtungen sind auf die Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit spezialisiert und arbeiten mit eng mit Kollegen aus der Umgebung zusammen.

Neben den genannten Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung bietet das DAK-Gesundheitsprogramm „Koronare Herzkrankheit“ eine umfassende Betreuung für Patienten mit dieser Erkrankung an ihrem Wohnort. Ansprechpartner ist der behandelnde Arzt vor Ort.

IV-Kooperationen der DAK für den Schlaganfall

Kooperationen in der Region Mainz

In der Region Mainz kooperiert die DAK mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, der Rehabilitations-Klinik Rheingrafenstein in Bad Münster am Stein-Ebernburg und dem NRW Neurologischen Reha-Zentrum Wiesbaden.

Patientennetz für Schlaganfall- patienten

Mit dem beta Institut für Sozialmedizinische Forschung und Entwicklung in Augsburg hat die DAK eine Kooperation in Form eines Patientennetzes für Schlaganfallpatienten. In die Kooperation einbezogen sind außerdem ausgesuchte Ärzte und Kliniken.

Gemeinsames Ziel ist die Verbesserung der Behandlung in der Akut-Phase und in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall, damit eine Pflegebedürftigkeit und ein erneuter Schlaganfall vermieden werden können.

Herzsport – wichtig in der Rehabilitation

Als ergänzende Behandlungsmöglichkeit bietet die DAK ihren Versicherten die Kostenübernahme von Herz-Sportkursen an. Dieser, in der Gruppe und unter ärztlicher Aufsicht durchgeführte, RehabilitationsSport speziell für herzkranke Menschen trägt dazu bei, Ausdauer, Kraft, Koordination und Flexibilität zu verbessern. Ziele sind außerdem, die eigene Belastungsgrenze kennen zu lernen und zum eigenverantwortlichen Bewegungstraining zu motivieren. Die Notwendigkeit von Herzsport kann vom behandelnden Arzt auf einer Verordnung festgestellt werden. Bei der Kostenübernahmeeentscheidung legt die DAK den einheitlichen begrenzten Leistungsumfang fest.

Herzsport wichtig in der Rehabilitation der HKE

Das Angebot neuer Präventions- und Versorgungsansätze ist ein Hauptanliegen der DAK. Mit dem Programm „Frauen starten durch“ bietet die DAK ein spezielles Motivationsprogramm für Frauen, das auf einem so genannten „Cross-Coaching“ basiert: Frauen sollen das Programm nicht im Alleingang sondern zu zweit mit einer Gleichgesinnten durchführen. Kernelement ist die Umstellung der Ess- und Bewegungsgewohnheiten zur Senkung des kardiovaskulären Erkrankungsrisikos. Um das Angebot weiter zu verbessern, geht die DAK in diesem Bereich auch in der Forschung neue Wege: Getreu dem Motto „Wissen alleine reicht nicht“ wurden im Rahmen einer Studie neue Ansätze aus der Motivationsforschung mit viel versprechenden Ergebnissen in der Praxis erprobt. Auch im Bereich der integrierten Versorgung hält die DAK zahlreiche Angebote für ihre Versicherten bereit: Therapieabläufe bei der koronaren Herzkrankheit und dem Schlaganfall sind in regionalen Kooperationen aufeinander abgestimmt und verbessern die Lebensqualität und Versorgung der Betroffenen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen des diesjährigen Schwerpunktthemas

Die Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zur Thematik Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen sowie Anknüpfungspunkte für weiterführende Diskussionen sind in die abschließende Gesamtbe- trachtung des vorliegenden DAK-Gesundheitsreports integriert (vgl. Kapitel 7 des Rahmenteils auf Seite 89).

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

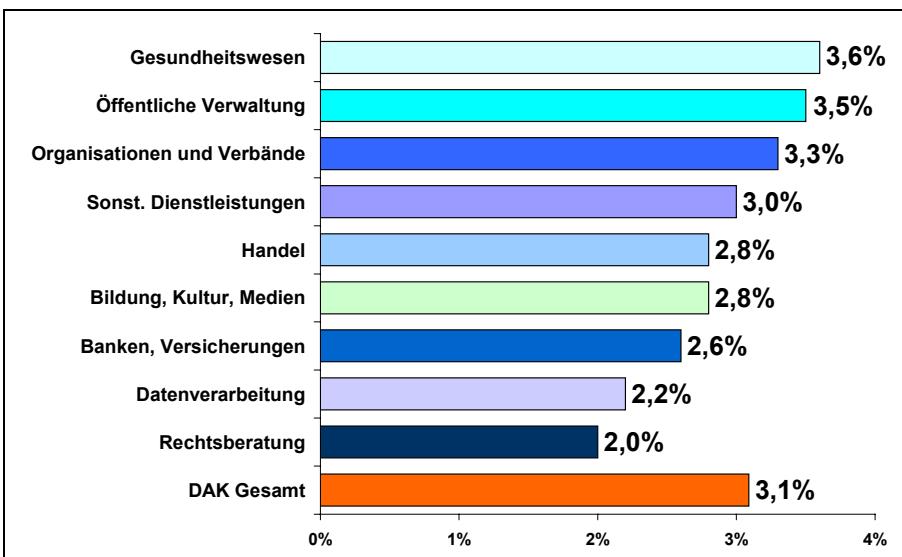
Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Arbeitgeber der DAK-Mitglieder zu den Wirtschaftszweigen des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes.²⁶

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern.

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den Wirtschaftsgruppen, in denen die meisten DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet. Dabei handelt es sich um die in Abbildung 36 dargestellten Branchen „Gesundheitswesen“, „Öffentliche Verwaltung“, „Organisationen und Verbände“, „Sonstige Dienstleistungen“, „Handel“, „Bildung, Kultur, Medien“, „Banken, Versicherungen“, „Datenverarbeitung“ sowie „Rechtsberatung“. Abbildung 37 geht auf die übrigen zehn Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 36

Abb. 36
Krankenstands-werte 2005 in den neun Wirtschafts-gruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern



Quelle: DAK AU-Daten 2005

„Gesundheitswesen“ an der Spitze

Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 3,6 % und 3,5 % an der Spitze. Am anderen Ende der Skala befanden sich die Branchen „Rechtsberatung“ mit 2,0 % und „Datenverarbeitung“ mit 2,2 %.

²⁶ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselsystematik 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.

Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 Versichertenjahre konnten 2005 107,3 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 12,3 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 Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland sind vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege* umfassend analysiert worden.²⁷ Wesentliches Ergebnis der Studie ist, dass Pflegende in der stationären Krankenpflege noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind.²⁸ 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 Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

Der hohe Krankenstand in der „Öffentlichen Verwaltung“ wurde durch eine hohe Fallhäufigkeit verursacht: Je 100 Versichertenjahre wurden 113,8 Erkrankungsfälle beobachtet. Die Erkrankungsdauer lag mit durchschnittlich 11,3 Tagen dagegen im Durchschnitt aller Branchen. Die im Vergleich zum Vorjahr gesunkene, aber immer noch überdurchschnittliche Fallhäufigkeit (2004: 124,7 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) bei gleichzeitig durchschnittlicher Falldauer weist auf eine erhöhte Bedeutung von Kurzzeit-Erkrankungen in dieser Branche hin.

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.²⁹ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigen 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.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege nennt Ursachen des überdurchschnittlichen Krankenstandes im „Gesundheitswesen“

Gründe für hohen Krankenstand in der Öffentlichen Verwaltung

²⁷ Ein DAK-BGW Gesundheitsreport zur Situation in der ambulanten Pflege wird noch im Herbst 2006 veröffentlicht.

²⁸ Analysen der DAK und BGW zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Krankenpflegekräften wurden erstmals im Jahr 2000 veröffentlicht: DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege

²⁹ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

Geringer Krankenstand in den Branchen „Datenverarbeitung“ und „Rechtsberatung“

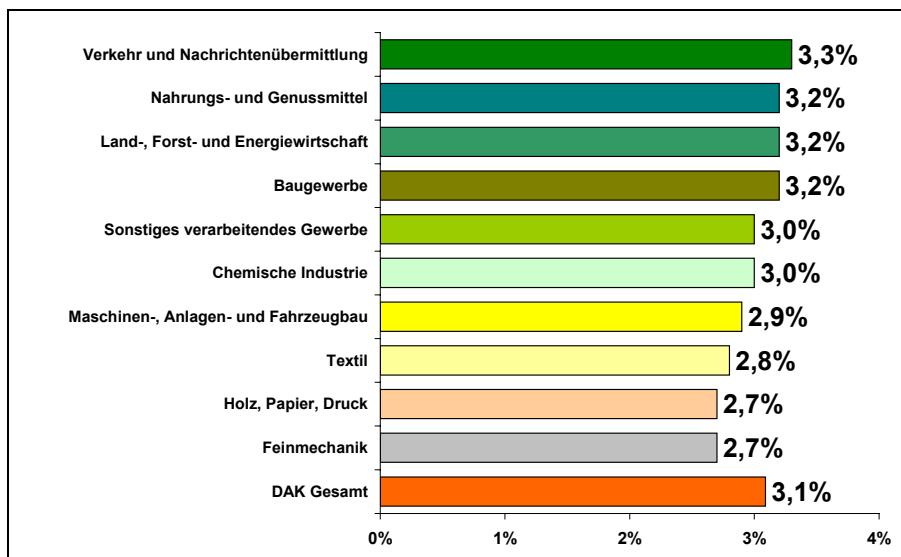
Die sehr niedrigen Krankenstände in den Branchen „Datenverarbeitung“ und „Rechtsberatung“ sind sowohl auf die sehr geringe Erkrankungshäufigkeit, als auch auf die kurze Erkrankungsdauer zurückzuführen: 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Datenverarbeitung“ waren 2005 nur rund 84 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte dabei nur 9,4 Tage.

und „Rechtsberatung“

In der Branche „Rechtberatung“ entfielen auf 100 ganzjährig Beschäftigte rund 77 Fälle von Arbeitsunfähigkeit mit einer durchschnittlichen Falldauer von nur 9,4 Tagen.

Abbildung 37

**Abb. 37
Krankenstands-
werte 2005 in
den zehn übrigen
Wirtschafts-
gruppen**



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 37 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 haben.

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 38 und Abbildung 39 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der beiden Jahre 2004 und 2005 vergleichend gegenüber gestellt.³⁰

³⁰ Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sind den Tabellen A5 und A6 im Anhang zu entnehmen.

Es zeigt sich, dass der allgemeine Trend sinkender Krankenstände sich in knapp der Hälfte der Wirtschaftsgruppen mit einer durchschnittlichen Absenkung von 0,1 Prozentpunkten fortsetzt. Gegenüber 2004 erfolgte die deutlichste Absenkung des Krankenstandsniveaus mit 0,3 Prozentpunkten in der „Öffentlichen Verwaltung“. Lediglich in der Branche „Textil“ stieg der Krankenstand von 2,7 % auf 2,8 %.

Abbildung 38

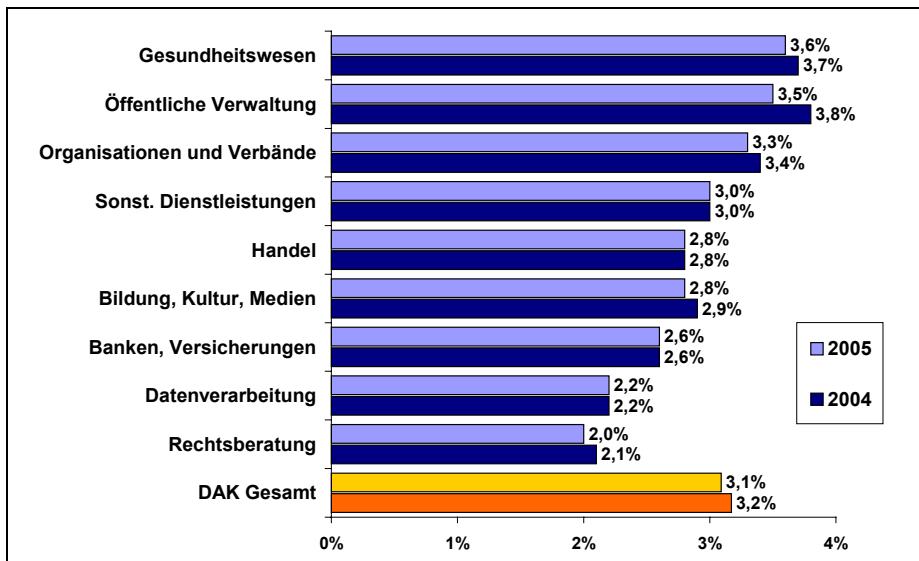


Abb. 38
Krankenstands-werte
2004 - 2005 in
den neun Wirt-schaftsgruppen
mit besonders
hohem Anteil
von DAK-
Mitgliedern

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 39

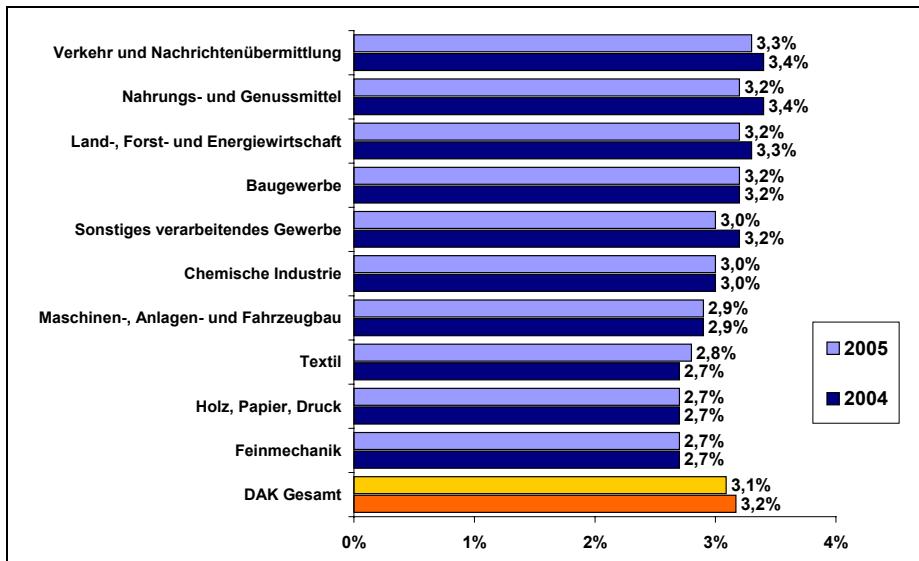


Abb. 39
Krankenstands-werte
2004 - 2005 in
den zehn
übrigen Wirt-schaftsgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2005

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf einer 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 7 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2005.

Tabelle 7: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2005

Bundesland	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
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 (Ost und West) gehört krankenversicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Der Gesamtkrankenstand von 3,1 % zeigt erhebliche regionale Unterschiede. Wie bereits in den Vorjahren sind auch im Jahr 2005 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 40):

Abbildung 40

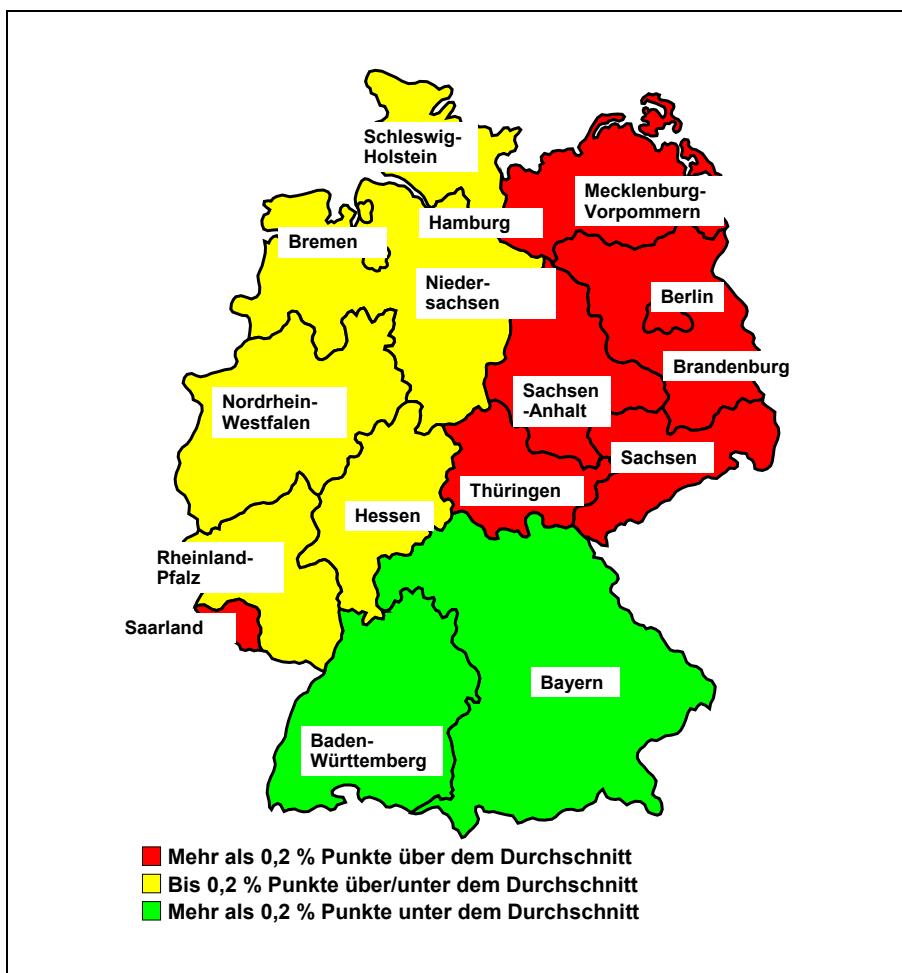


Abb. 40
Bundesländer mit
Krankenständen
am DAK-Durch-
schnitt (gelb)
bzw. darunter
(grün) oder dar-
über (rot)

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Die südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern verzeichnen besonders günstige Werte: Hier liegt das Krankenstands niveau deutlich - d. h. mehr als 0,2 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt. Wie schon in den drei Vorjahren weist Baden-Württemberg mit 2,6 % den niedrigsten Wert auf. Auch in Bayern ist der Krankenstand mit 2,8 % unterdurchschnittlich.

Mit Ausnahme des Saarlands liegen die westlichen Bundesländer nahe am Bundesdurchschnitt von 3,2 %. Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein liegen 0,1 – 0,2 – Prozentpunkte sogar unter dem Durchschnitt.

**Günstigste
Krankenstands-
werte in Süd-
deutschland**

**Westliche Bun-
desländer liegen
um den Durch-
schnitt**

Saarland immer noch deutlich über dem Durchschnitt

Das Saarland liegt als einziges westliches Bundesland mit 3,6 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Verantwortlich für den überdurchschnittlichen Krankenstand im Saarland ist die mit 13,4 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.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

In Ostdeutschland werden deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Alle Werte liegen zwischen 3,5 % und 3,8 %. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 3,5 % der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. In Sachsen-Anhalt wurden 3,6 % verzeichnet und in den übrigen beiden Ländern (Brandenburg und Thüringen) 3,7 %.

Hohe Fallzahlen sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

Die erhöhten Krankenstandswerte in den fünf östlichen Bundesländern sind auf eine deutlich überdurchschnittliche Fallhäufigkeit zurückzuführen:

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre in den westlichen Ländern zwischen 87,5 (Baden-Württemberg) und 103,3 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 125,1 (Mecklenburg-Vorpommern) und 114,1 (Sachsen) auf. Allerdings ist die Fallhäufigkeit in allen Bundesländern im Vergleich zum Vorjahr gesunken.

In den neuen Bundesländern wirkt sich die Wirtschaftsstruktur negativ aus

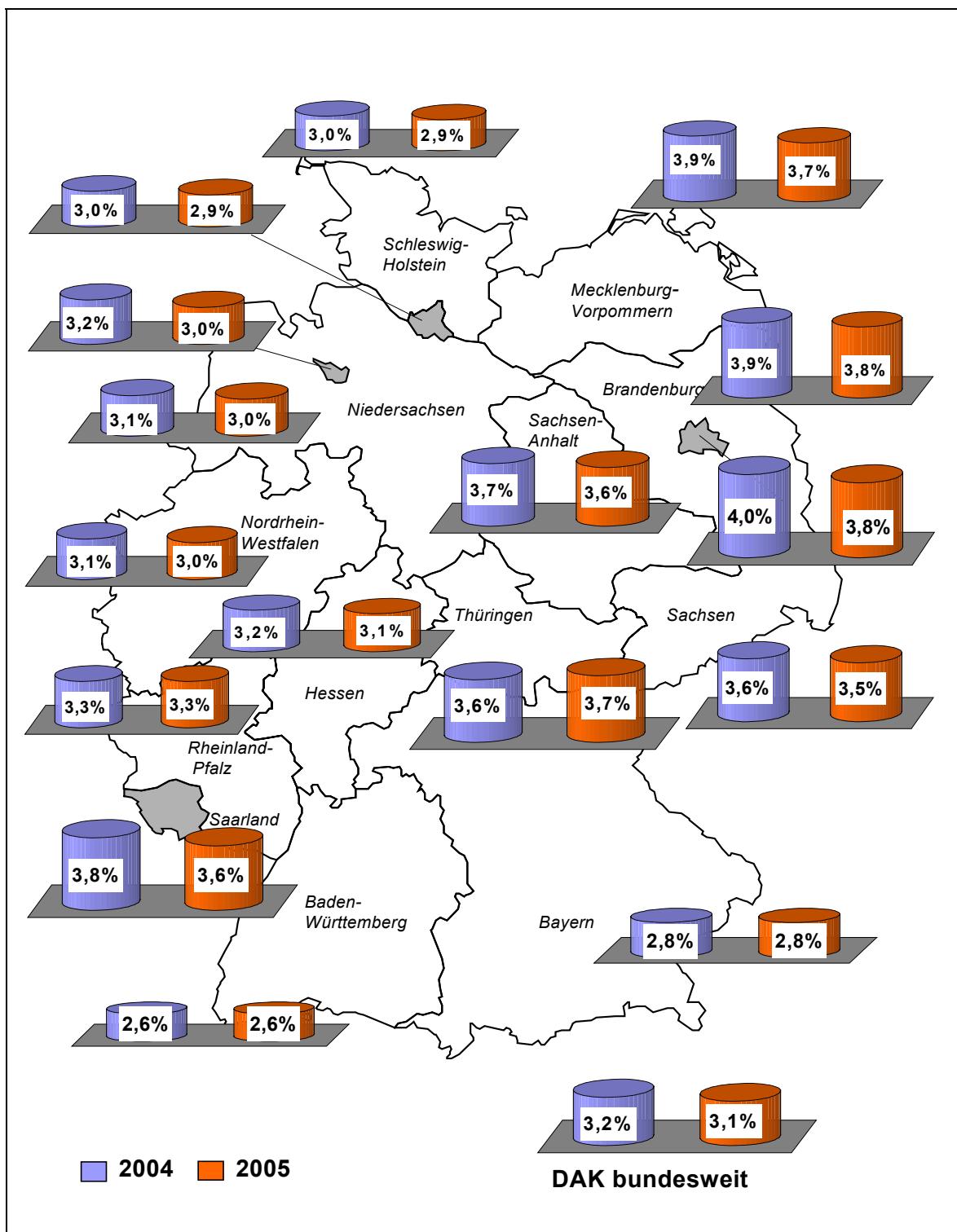
In den vertiefenden Bundesland-Analysen für das Jahr 2005 ist festgestellt worden, dass die höheren Krankenstände in den neuen Bundesländern zu einem Teil auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind. Das heißt: In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitglieder in Branchen, die allgemein höhere Krankenstände haben.

Berlin deutlich über dem Durchschnitt

Berlin steht – 2005 gemeinsam mit Brandenburg – mit einem Krankenstand von 3,8 % wieder an der Spitze des Krankenstandsge-schehens der Bundesländer. Der vergleichsweise hohe Krankenstand ist vor allem auf die erhöhte Fallhäufigkeit zurückzuführen (106,7 Fälle pro 100 Versichertenjahre). Aber auch die Dauer eines durchschnittlichen Falls ist mit 13,1 Tagen sehr hoch.

Die ungünstigere Wirtschaftsstruktur in Berlin hatte 2005 nur einen geringfügigen Einfluss auf das Krankenstandsniveau. Für die massive Abweichung vom Bundesdurchschnitt muss somit nach anderen Ursachen gesucht werden.

Abbildung 41: Krankenstandswerte der Jahre 2004 und 2005 nach Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2004/2005

Entwicklung des Krankenstandes 2004 – 2005

Abbildung 41 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2005 im Vergleich zum Vorjahr.

**Unveränderter
Krankenstand in
Rheinland-Pfalz**

Der Rückgang der Krankenstandswerte ist in fast allen Bundesländern zu beobachten. In den meisten westlichen Bundesländern ist der Krankenstand im Vergleich zu 2004 um 0,1 oder 0,2 Prozentpunkte gesunken. Eine Ausnahme bildet das Land Rheinland-Pfalz. Hier ist der Krankenstandswert in Höhe von 3,3 % unverändert geblieben.

**Anstieg des
Krankenstands
in Thüringen**

In vier der östlichen Bundesländern ist ein Rückgang des Krankenstands zu beobachten. In Mecklenburg-Vorpommern sank der Krankenstand um 0,2 Prozentpunkte von 3,9 % auf 3,7 %. In keinem anderen Bundesland ist ein größerer Rückgang zu beobachten. In Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt ist der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte gesunken. Lediglich Thüringen bildet eine Ausnahme: Hier ist der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte von 3,6 % auf 3,7 % gestiegen.

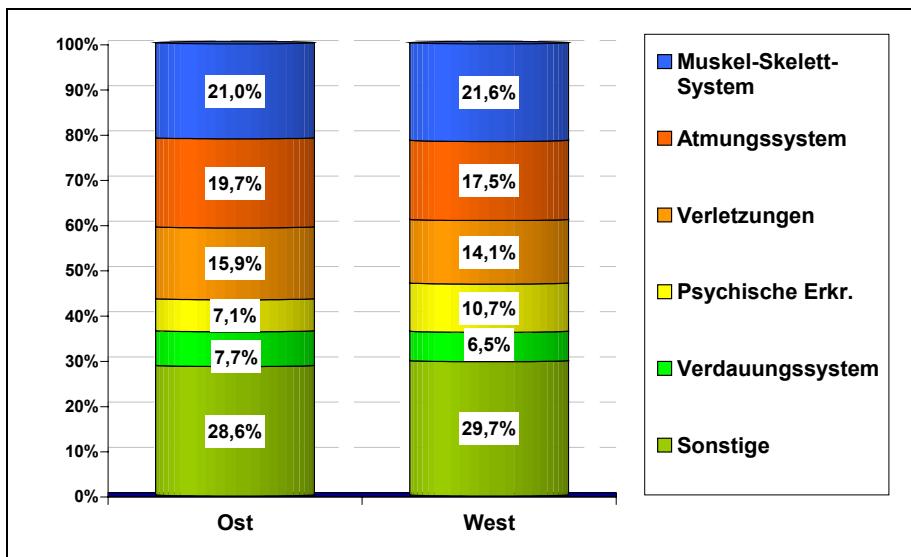
**Übersichtsta-
bellen im An-
hang**

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2004 und 2005 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A7 und A8 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreports wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 42 zeigt die Anteile am Krankenstand 2005 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 42



Quelle: DAK AU-Daten 2005

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nur noch geringfügig eine etwas 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.

Der deutlichste Unterschiede zeigt sich bei den psychischen Erkrankungen: Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern nach wie vor über dem Wert der östlichen Bundesländer (10,7 % gegenüber 7,1 %). Allerdings hat im Vergleich zum Vorjahr der Anteil psychischer Erkrankungen in den östlichen Bundesländern mit 0,4 Prozentpunkten stärker zugenommen als in den westlichen Bundesländern. Hier stieg der Anteil um 0,2 Prozentpunkte.

Abb. 42
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern

Psychische - Erkrankungen haben größere Bedeutung in den westlichen Ländern

7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Analyse des Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von 9 Jahren möglich

Zum achten 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 2005 analysiert werden.

Positive Bilanz:

Für das Jahr 2005 kann wie schon im Vorjahr eine positive Bilanz gezogen werden: Der Krankenstand lag bei 3,1 %. Damit lag der Krankenstand nun erstmals wieder unter dem Wert von 1998. Der allgemein beobachtbare 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:

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat krankenstandssenkenden Einfluss

- 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. Die schwache konjunkturelle Entwicklung der letzten Jahre übt in diesem Sinne einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert Anstieg des Krankenstandes

- 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.

Schlussfolgerungen aus den Analysen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen des Schwerpunktthemas „Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter“:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten vornehmlich als „männliches“ Gesundheitsrisiko. Die Realität sieht jedoch anders aus: Mehr als jede zweite Frau erliegt einer kardiovaskulären Erkrankung. Insgesamt betrachtet sind Frauen nicht weniger sondern erst später betroffen als Männer. Im Durchschnitt treten Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen etwa 10 bis 15 Jahre später auf. Dies hat zur Folge, dass kardiovaskuläre Erkrankungen für den Krankenstand und das Krankenhaustagevolumen im Jahr 2005 eine geringe Rolle bei Frauen im mittleren Alter spielen:

- Bei 45- bis 49-jährigen im Vergleich zu über 60-Jährigen Frauen entfallen lediglich 4,2 % zu 6,5 % des AU-Volumens auf Krankheiten des Kreislaufsystems. Die Zahl der Erkrankungsfälle steigt von 3,3 auf 5,3 je 100 Versichertenjahre und die Falldauer nimmt von 17,3 auf 23,4 Tage zu.
- Insbesondere der deutliche Anstieg der Falldauer führt dazu, dass im Altersverlauf die Zahl der Fehltage mit 114 % stärker ansteigt als bei den für den Krankenstand wichtigsten Erkrankungen, den Muskel-Skelett- und Atemwegserkrankungen.
- Innerhalb der Kreislauferkrankungen entfällt der höchste Anteil an Fehltagen auf Bluthochdruckkrankheiten. Diese nehmen zusammen mit ischämischen Herzkrankheiten im Altersverlauf am stärksten zu. Auch sonstige Formen einer Herzkrankheit steigen an. Der Anteil zerebrovaskulärer Krankheiten bleibt konstant. Krankheiten der Venen sind zwar für den Krankenstand bedeutsam, zählen aber nicht zu den schwerwiegenden Erkrankungen dieser Gruppe und wurden deshalb nicht näher betrachtet.
- Innerhalb der Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten entfällt durchschnittlich ein Viertel der AU-Tage auf akute und wiederholt auftretende Herzinfarkte. Insgesamt hat der Infarkt für den Krankenstand bei Frauen im mittleren Alter nur eine geringe Bedeutung. Zahlen des KORA-Herzinfarktregisters Augsburg deuten allerdings darauf hin, dass die Zahl der Infarkte gerade in diesem Alter bei Frauen in den letzten Jahren zugenommen hat.
- Auch der zu den zerebrovaskulären Krankheiten zählende Schlaganfall spielt für den Krankenstand nur eine untergeordnete Rolle, wenngleich diese größer ist als die des Herzinfarktes.
- Die Auswertung der KH-Daten für das Jahr 2005 zeigt, dass Kreislauferkrankungen bei Frauen im mittleren Alter mit 7,1 % bis 13,2 % insgesamt einen höheren Anteil am Krankenhaustagevolumen haben als am AU-Volumen. Die stärksten Anstiege sind auch hier bei ischämischen und sonstigen Herzkrankheiten zu beobachten. Bluthochdruckerkrankungen haben nur eine geringe Bedeutung.

Dennoch, mit Blick auf den sprunghaften Anstieg kardiovaskulärer Erkrankungen nach Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben, sollten Frauen spätestens im mittleren Lebensalter beginnen, Risikofaktoren zu minimieren: Eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung und ein Nikotinverzicht verringern das Erkrankungsrisiko.

Insbesondere Diabetikerinnen, aber auch Frauen mit Fettstoffwechselstörungen (speziell Hypertriglyceridämie) haben ein höheres Erkrankungsrisiko als männliche Betroffene. Auch treten die Risikofaktoren Bluthochdruck und starkes Übergewicht bei Frauen im mittleren Alter häufiger auf als bei Männern.

Problematisch ist allerdings, dass viele Frauen ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko unterschätzen. Die Fachleute der DAK-Expertenbefragung fordern mehrheitlich, dass Frauen stärker über ihr Risiko, die Risikofaktoren und auch die Symptome kardiovaskulärer Erkrankungen, speziell des Herzinfarktes, aufgeklärt werden. Die DAK-Bevölkerungsbefragung mit 1.004 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren ergab jedoch, dass nahezu jede zweite Frau, die bereits Risikofaktoren aufweist, bisher nicht mit ihrem Hausarzt über ihr individuelles Risiko gesprochen hat.

80 % der befragten Frauen kennen die so genannte „Gesundheitsuntersuchung“, ein Vorsorgeangebot zur Früherkennung von Risikofaktoren und kardiovaskulären Erkrankungen. Dennoch nimmt nur jede Zweite auch regelmäßig daran teil. Die Übrigen nutzen dieses Angebot nicht oder nur unregelmäßig. Auch wurde nur jede Fünfte dieser Frauen von ihrem Hausarzt zur Teilnahme an dieser Vorsorge aufgefordert. Hier besteht stärkerer Aufklärungsbedarf durch den Hausarzt.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Frauen nach einem Herzinfarkt später ein Krankenhaus erreichen. Ein Missdeuten der Symptome sowie das Fehlen helfender Angehöriger bei im höheren Alter oftmals allein stehenden Frauen könnten auch aus Sicht der Experten hierfür ursächlich sein. Inwieweit Frauen nach einem Infarkt im Krankenhaus häufiger versterben, bleibt hingegen unklar: In einigen Regionen scheint dies so zu sein, in anderen nicht. Die Experten haben ein heterogenes Meinungsbild zur Akut- und Langzeitversorgung von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen. Insgesamt sollte nach mehrheitlicher Einschätzung die leitliniengerechte Therapie stärker umgesetzt werden. Auch sehen die Fachleute mehrheitlich, dass auf Seiten der Ärzte zudem Wissensdefizite hinsichtlich weiblicher Spezifika bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Risikofaktoren, Herzinfarktsymptome) bestehen. Einige befürworten eine diesbezügliche Intensivierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung.

Ähnliches gilt auch für die Hormontherapie in den Wechseljahren: Die daraus resultierenden Risiken werden offenbar unterschätzt. Gemäß Konsens- und Therapieempfehlungen stellen starke Wechseljahresbeschwerden die Hauptindikation einer Hormonbehandlung dar. Hinterfragt man die Einnahmegründe, so zeigt die DAK-Bevölkerungsbefragung, dass Frauen, die Hormone nehmen (15 %), mehrheitlich unter diesen Beschwerden leiden, 38,5 % aber keine derartigen Beschwerden aufweisen. Diese Frauen geben als häufigste Gründe für die Hormoneinnahme die Vorbeugung bzw. Behandlung einer Osteoporose, die Vorbeugung von Wechseljahresbeschwerden sowie zur Vorbeugung gegen die Folgen des Alterns an: Gründe, die keine eindeutige Indikationsstellung darstellen. Hormone schützen auch nicht vor kardiovaskulären Erkrankungen, wie ursprünglich angenommen. Im Gegenteil, das Infarkt- und Schlaganfallrisiko ist erhöht. Dennoch, auch diese Meinung scheint – wie Expertenbefragungen zeigen – sich noch nicht hinreichend durchgesetzt zu haben.

Die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen muss stärker in den Vordergrund gerückt werden: Frauen müssen besser über das Erkrankungsrisiko und Risikofaktoren sowie nicht zuletzt auch über Beschwerdebilder aufgeklärt werden. Die DAK möchte mit dem diesjährigen Schwerpunkt im Rahmen ihres Gesundheitsreports ihren Beitrag dazu leisten und die Aufmerksamkeit für dieses Erkrankungsgeschehen auch bei Frauen erhöhen.

Darüber hinaus bietet die DAK bereits spezielle Angebote für Frauen: „Frauen starten durch“ – ein spezielles Motivationsprogramm für eine gesünderes Essverhalten und mehr Bewegung. Die Motivation steht auch im Mittelpunkt eines neuen Ansatzes zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, der kürzlich bei Frauen wissenschaftlich untersucht wurde: Ziel ist eine langfristige Lebensstiländerung, ebenfalls in den Kernbereichen Ernährung und Bewegung.

Denn Wissen ist Voraussetzung und wichtig, aber eben nicht alles. Die DAK bedient beide Seiten: Frauen sollen Herz-Kreislauferkrankungen auch für sich besser wahrnehmen und frühzeitig vorbeugen.

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

- Frauen unterschätzen ihr Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen. Risikobewusstsein ist eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitsvorsorge. Hier richtet sich der Appell nicht nur an die Eigenverantwortung der einzelnen Frau sondern auch an das medizinische Versorgungssystem, insbesondere an die Hausärzte. Die Aufklärung muss in vielen Bereichen verbessert werden.

Aspekte und Forderungen für weiterführende Diskussionen

- Frauen, die Gesundheitsvorsorgeangebote insbesondere für kardiovaskuläre Erkrankungen (Check-up 35) nicht oder nur unregelmäßig nutzen, sollten stärker zur Inanspruchnahme aufgefordert werden. Diese Angebote sind ein wichtiges Instrument zur Früherkennung von Erkrankungen und Risikofaktoren.
- Frauen sollten verstärkt auf kardiovaskuläre Risikofaktoren hingewiesen bzw. bei Vorliegen von Risikofaktoren auf ihr erhöhtes Herz-Kreislauferkrankungsrisiko aufmerksam gemacht werden. Eine Minimierung von Risikofaktoren hat einen hohen Stellenwert in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen.
- Am Beispiel Herzinfarkt zeigt sich, dass bei Frauen andere Symptome im Vordergrund stehen als bei Männern. Eine breitflächige Kommunikation in der Bevölkerung ist nötig, damit ein Herzinfarkt auch als solcher erkannt wird. Frauen erreichen nach Infarkt bislang später als Männer ein Krankenhaus, diese Situation muss verbessert werden.
- Auch auf medizinischer Seite scheinen weibliche Spezifika nicht immer hinreichend bekannt zu sein. Entsprechende Modifikationen in der medizinische Aus- und Weiterbildung könnten diese Situation verbessern. Das Wissen bezüglich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern sollte durch entsprechende Forschungsausrichtungen kontinuierlich erweitert werden.
- Die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen steht gerade bei Frauen im mittleren Alter im Vordergrund: Präventionsmaßnahmen sollten sich im Sinne der Nachhaltigkeit stärker an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen orientieren und die Motivationsförderung in den Mittelpunkt stellen.

Anhang I: Arbeitsunfähigkeiten in ausgewählten Berufsgruppen 2004

In diesem Abschnitt des DAK Gesundheitsreports 2006 werden die Krankenstände des Jahres 2004 nach Berufsgruppen analysiert und mit den Daten des Jahres 2003 verglichen. Auch wenn der DAK bald nach Ende des Kalenderjahres Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Mitglieder zur Verfügung stehen, kann das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bezogen auf Berufsgruppen erst mit Ablauf des Folgejahres analysiert werden. Erst dann liegen die Meldungen der Arbeitgeber mit der Angabe der Berufsbezeichnung bei der DAK vollständig vor.

Für den Vergleich der Ergebnisse mit den Ergebnissen der Gesundheitsberichte der Vorjahre ist zu beachten, dass für den Gesundheitsreport 2004 erstmalig ein neues Verfahren der Erfassung der Berufsgruppenzugehörigkeit angewandt wurde.³¹

Die Berufsgruppen wurden gemäß der Systematik der Bundesanstalt für Arbeit von 1988 ausgewertet. Von den insgesamt 94 Berufsgruppen wurden die 10 Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern herausgegriffen (= 68 % aller DAK-Versicherten). Abbildung 43 zeigt die Krankenstände dieser zehn Berufsgruppen im Vergleich zur DAK insgesamt im Jahr 2004.

Den höchsten Krankenstandswert der zehn dargestellten Gruppen weisen mit 4,1 % die „Berufe des Landverkehrs“ (z. B. Berufskraftfahrer) auf. In dieser Berufsgruppe sind sowohl die Fallhäufigkeit (108,0 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) als auch die Falldauer (13,9 Tage) überdurchschnittlich.

Auch die „Lagerverwalter/Lager- und Transportarbeiter“, die „Übrigen Gesundheitsdienstberufe“ (Berufe im „Gesundheitswesen“ mit Ausnahme der Ärzte und Apotheker) und die sozialpflegerischen Berufe liegen mit Krankenstandswerten von 4,0 %, 3,7 % bzw. 3,5 % zum Teil deutlich über dem Durchschnitt. Während Lagerverwalter besonders häufig erkranken (126,7 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre), ist der hohe Krankenstand in den Gesundheitsdienstberufen vor allem auf eine überdurchschnittlich hohe Erkrankungsdauer (13,1 Tage je AU-Fall) zurückzuführen. In der Sozialpflege ist wiederum die Fallhäufigkeit besonders hoch (116,2 AU-Fälle).

**Auswertungen
nach Berufs-
gruppen auf der
Basis des Jah-
res 2004**

**Systematik der
Bundesanstalt
für Arbeit von
1988**

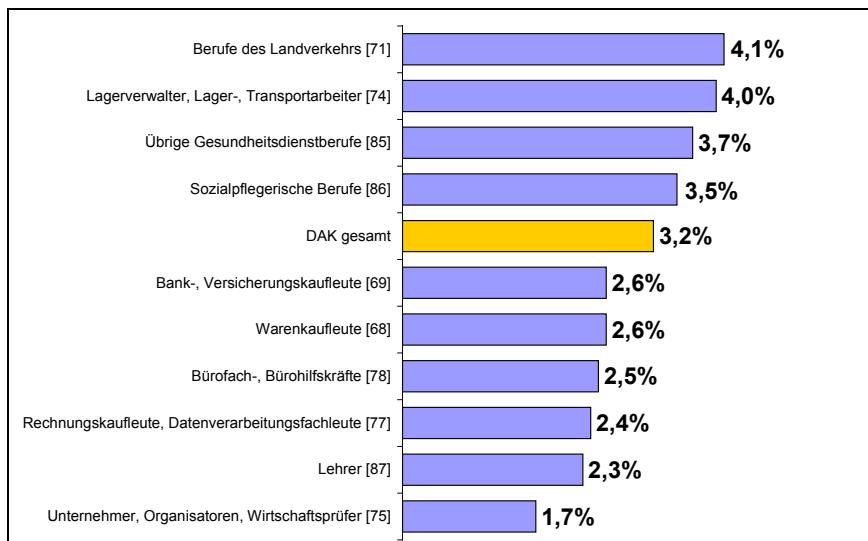
**Berufsfahrer
mit höchstem
Krankenstand**

**Krankenstand
bei Lagerarbei-
tern, im Ge-
sundheitsdienst
und in der Sozi-
alpflege über
dem Durch-
schnitt**

³¹ Zuvor war in jedem Jahr für eine erhebliche Anzahl Versicherter die Berufsgruppe unbekannt. Diese Gruppe hatte einen überdurchschnittlich hohen Krankenstand, was in einer systematischen Unterschätzung des Krankenstands der übrigen Berufsgruppen resultierte. Durch das neue Verfahren konnte die Anzahl der Versicherten mit erfasster Berufsgruppe deutlich erhöht werden. Dadurch ergeben sich in fast allen Berufsgruppen höhere Krankenstände als in den Berichtsjahren vor 2004 ausgewiesen.

Abbildung 43

Abb. 43
Krankenstände der zehn Berufsgruppen mit den meisten DAK-Mitgliedern 2004



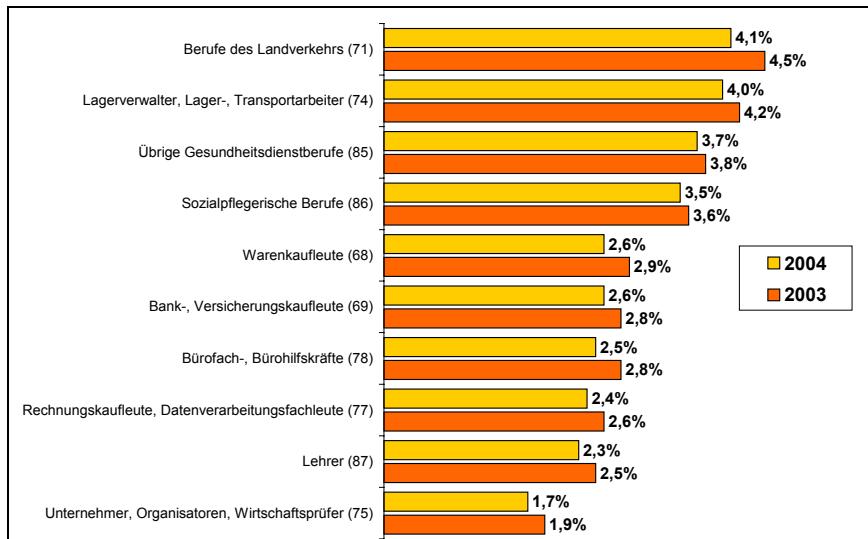
Quelle: DAK AU-Daten 2005

Unternehmer und Wirtschaftsprüfer mit niedrigstem Krankenstand

„Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer“ hatten 2004 wieder einen sehr niedrigen Krankenstand (1,7 %). Dies lag an der geringen Häufigkeit von AU-Fällen (67,6 pro 100 Versichertenjahre) sowie der niedrigsten Falldauer (9,3 Tage je AU-Fall) der betrachteten Berufsgruppen. Auch Lehrer und Datenverarbeitungsfachleute hatten mit 2,3 % und 2,4 % deutlich unter dem Durchschnitt liegende Krankenstände.

Abbildung 44

Abb. 44
Krankenstände in den zehn wichtigsten Berufsgruppen 2004 Vergleich zum Vorjahr



Quelle: DAK AU-Daten 2005

In allen der hier betrachteten Berufsgruppen ist der Krankenstand 2004 gegenüber 2003 zurückgegangen (s. Abbildung 44). Den deutlichsten Rückgang des Krankstands gab es bei den Berufen des Landverkehrs (von 4,5 % auf 4,1 %). Besonders geringe Rückgänge des Krankenstands mit nur 0,1 Prozentpunkten waren bei den übrigen Gesundheitsdienstberufen (3,7 % gegenüber 3,8 % im Vorjahr) und bei den sozialpflegerischen Berufen (von 3,6 % auf 3,5 %) zu beobachten.

Veränderungen gegenüber 2003

Unterschiede im AU-Geschehen zwischen einzelnen Berufsgruppen können durch berufsspezifische Arbeitsbedingungen begründet sein.

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 wesentlich auch davon ab, inwieweit 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 Inhalte der Arbeit, ein gutes Betriebsklima sowie die flexible Arbeitszeitgestaltung können den Umgang mit belastenden Arbeitssituationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien positiv beeinflussen.

Zusammenspiel belastender und stärkender Arbeitsbedingungen hat Auswirkung auf AU-Geschehen.

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. Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen können vor allem über die Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewonnen werden.

Die DAK arbeitet bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung seit Jahren zusammen und nimmt damit ihren gesetzlichen Auftrag wahr. Im Rahmen des im Sommer und Herbst 2000 gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege durchgeföhrten „Stress-Monitorings“ wurden Beschäftigte aus 23 Berufsgruppen bzw. Betriebsarten schriftlich zu ihren Arbeitsbedingungen befragt. Die Ergebnisse für ausgewählte Berufsgruppen³² liegen in schriftlicher Form vor und können bei der Hauptgeschäftsstelle der DAK bezogen werden.

DAK arbeitet mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen

Eine Übersicht über die Ergebnisse für die Jahre 2003 und 2004 aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen ist den Tabellen A9 und A10 im Anhang III zu entnehmen.

³² Friseure, 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 2005 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.

Krankenstand

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.

Arbeitsunfähigkeitsstage pro 100 Versichertenjahre

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder auf Grund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfallen. 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.

Durchschnittliche Falldauer

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

Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

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

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbe- trachtungen

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 soll- ten nicht zu irre- führenden Schlussfolgerun- gen 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 Versicherungspopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Lösung: altersgruppen- weise 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 zusammenfas- sende Verglei- che: 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 standar- disierten Kenn- zahlen 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 wohlgemerkt nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten und hier vor allem auf die Ebene der Einzeldiagnosen. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

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 Be- trachtung länge- rer Zeitreihen füh- ren

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

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 10 auf ICD 10 GM führt zu kei- nen relevanten Einschränkungen der Vergleichbar- keit 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 2004 und 2005 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 2005	102
Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004	103
Tabelle A3: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005	104
Tabelle A4: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005	105
Tabelle A5: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005	106
Tabelle A6: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004	107
Tabelle A7: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2005	108
Tabelle A8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2004	109
Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2004.....	110
Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2003.....	111

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten-jahre AU-Tage AU-Fälle		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
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%	
Gesamt³³		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%	

³³ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 100)

Tabelle A2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten-jahre AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
A00-B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	47,8	8,2	5,8	4,1%	
		Männer	46,3	7,9	5,8	4,1%	
		Frauen	49,9	8,6	5,8	4,1%	
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	48,9	1,4	35,1	4,2%	
		Männer	36,7	1,1	32,3	3,3%	
		Frauen	66,2	1,8	37,6	5,5%	
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	113,0	4,1	27,8	9,8%	
		Männer	93,7	3,2	29,3	8,4%	
		Frauen	140,4	5,3	26,5	11,6%	
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	51,7	4,7	11,1	4,5%	
		Männer	48,2	4,2	11,5	4,3%	
		Frauen	56,6	5,3	10,6	4,7%	
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	64,8	3,3	19,8	5,6%	
		Männer	77,5	3,3	23,2	6,9%	
		Frauen	46,8	3,2	14,8	3,9%	
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	178,9	27,9	6,4	15,5%	
		Männer	164,0	25,5	6,4	14,6%	
		Frauen	199,9	31,1	6,4	16,5%	
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	83,9	13,7	6,1	7,2%	
		Männer	86,6	13,3	6,5	7,7%	
		Frauen	80,1	14,2	5,6	6,6%	
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	261,6	15,3	17,1	22,6%	
		Männer	268,9	16,3	16,5	24,0%	
		Frauen	251,3	13,8	18,2	20,8%	
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	48,0	5,1	9,4	4,2%	
		Männer	40,8	4,3	9,4	3,6%	
		Frauen	58,3	6,2	9,4	4,8%	
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	166,2	9,7	17,1	14,4%	
		Männer	200,3	11,7	17,2	17,9%	
		Frauen	118,0	7,0	16,9	9,8%	
Gesamt³⁴		Gesamt	1.157,1	100,4	11,5	100,0%	
		Männer	1.121,2	95,3	11,8	100,0%	
		Frauen	1.207,8	107,6	11,2	100,0%	

³⁴ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 100)

Tabelle A3 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten-jahre AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
A00-B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	46,9	8,0	5,8	4,3%	
		Männer	45,6	7,8	5,9	4,3%	
		Frauen	48,7	8,4	5,8	4,3%	
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	45,8	1,2	37,7	4,2%	
		Männer	34,7	1,0	34,7	3,3%	
		Frauen	61,5	1,5	40,4	5,4%	
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	115,6	3,9	29,8	10,7%	
		Männer	98,4	3,1	31,4	9,4%	
		Frauen	139,7	4,9	28,5	12,3%	
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	46,8	4,2	11,2	4,3%	
		Männer	42,9	3,8	11,3	4,1%	
		Frauen	52,4	4,8	11,0	4,6%	
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,3	2,8	19,5	5,0%	
		Männer	65,8	2,9	22,4	6,3%	
		Frauen	38,0	2,6	14,7	3,3%	
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	189,7	30,5	6,2	17,5%	
		Männer	174,5	28,0	6,2	16,6%	
		Frauen	211,1	34,1	6,2	18,6%	
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	70,6	11,3	6,2	6,5%	
		Männer	72,2	11,0	6,6	6,9%	
		Frauen	68,3	11,8	5,8	6,0%	
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	234,1	13,7	17,1	21,6%	
		Männer	239,7	14,6	16,5	22,8%	
		Frauen	226,1	12,4	18,2	19,9%	
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	47,0	5,1	9,2	4,3%	
		Männer	40,3	4,4	9,2	3,8%	
		Frauen	56,3	6,1	9,2	5,0%	
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	152,5	8,8	17,4	14,1%	
		Männer	181,3	10,4	17,4	17,3%	
		Frauen	112,0	6,5	17,3	9,9%	
Gesamt³⁵		Gesamt	1.084,7	95,9	11,3	100,0%	
		Männer	1.049,1	91,0	11,5	100,0%	
		Frauen	1.135,0	102,7	11,0	100,0%	

³⁵ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 100)

Tabelle A4 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2005

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten-jahre AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
A00-B99	Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	48,1	7,4	6,5	3,6%	
		Männer	43,7	6,8	6,4	3,5%	
		Frauen	54,3	8,3	6,6	3,8%	
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	50,7	1,8	28,2	3,8%	
		Männer	35,5	1,4	24,6	2,8%	
		Frauen	72,2	2,3	31,4	5,0%	
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	94,3	4,2	22,3	7,1%	
		Männer	62,2	2,9	21,5	4,9%	
		Frauen	139,7	6,1	22,8	9,7%	
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	51,0	5,5	9,3	3,8%	
		Männer	44,4	4,6	9,7	3,5%	
		Frauen	60,4	6,8	8,9	4,2%	
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	74,8	4,2	17,9	5,6%	
		Männer	85,1	4,0	21,0	6,7%	
		Frauen	60,3	4,4	13,8	4,2%	
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	263,3	35,9	7,3	19,7%	
		Männer	231,7	31,9	7,3	18,4%	
		Frauen	308,1	41,6	7,4	21,3%	
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	102,8	17,0	6,1	7,7%	
		Männer	102,3	16,1	6,4	8,1%	
		Frauen	103,5	18,2	5,7	7,2%	
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	281,1	17,3	16,2	21,0%	
		Männer	290,4	18,2	16,0	23,0%	
		Frauen	268,1	16,1	16,6	18,5%	
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	47,7	5,2	9,1	3,6%	
		Männer	38,8	4,3	9,1	3,1%	
		Frauen	60,2	6,6	9,1	4,2%	
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	212,7	12,0	17,7	15,9%	
		Männer	263,8	14,7	17,9	20,9%	
		Frauen	140,6	8,2	17,2	9,7%	
Gesamt³⁶		Gesamt	1.337,4	119,2	11,2	100,0%	
		Männer	1.260,8	109,8	11,5	100,0%	
		Frauen	1.445,7	132,5	10,9	100,0%	

³⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 100)

Tabelle A5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Kranken-stand	Pro 100 Versichertenjahre			\varnothing 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- u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,9%	1.056,7	103,6	10,2	
Nahrungs- u. 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 A6 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Kranken-stand	Pro 100 Versichertenjahre			\varnothing Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	2,6%	966,0	94,4	10,2	
Baugewerbe (45)	3,2%	1.170,2	92,1	12,7	
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	2,9%	1.069,1	110,3	9,7	
Chemische Industrie (23 - 25)	3,0%	1.091,7	103,7	10,5	
Datenverarbeitung (72)	2,2%	803,6	82,8	9,7	
Feinmechanik (30 - 33)	2,7%	990,2	98,1	10,1	
Gesundheitswesen (85)	3,7%	1.341,2	107,4	12,5	
Handel (50 - 52)	2,8%	1.040,0	85,5	12,2	
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	2,7%	1.001,9	92,5	10,8	
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 – 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	3,3%	1.214,2	105,6	11,5	
Maschinen-, Anlagen- u. Fahrzeugbau (29, 34, 35)	2,9%	1.055,7	101,1	10,4	
Nahrungs- u. Genussmittel (15 - 16)	3,4%	1.246,3	93,6	13,3	
Öffentliche Verwaltung (75)	3,8%	1.395,6	124,7	11,2	
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	3,4%	1.229,5	126,9	9,7	
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	2,1%	750,8	76,7	9,8	
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	3,0%	1.099,8	92,1	11,9	
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	3,2%	1.154,2	102,1	11,3	
Textil (17 - 19)	2,7%	993,7	94,1	10,6	
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	3,4%	1.235,8	97,2	12,7	
DAK Gesamt (00 - 95)	3,2%	1.157,1	100,4	11,5	

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

Tabelle A7 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2005

Bundesland	Kranken-stand	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 Bundesläder	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 A8: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2004

Bundesland	Kranken-stand	Pro 100 Versichertenjahre	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Tage je AU-Fall
Baden-Württemberg	2,6%	954,5	85,3	11,2	
Bayern	2,8%	1.029,4	89,1	11,5	
Berlin*	4,0%	1.481,7	110,3	13,4	
Bremen	3,2%	1.158,6	102,7	11,3	
Hamburg	3,0%	1.098,2	92,4	11,9	
Hessen	3,2%	1.161,8	103,5	11,2	
Niedersachsen	3,1%	1.138,1	99,6	11,4	
Nordrhein-Westfalen	3,1%	1.118,3	95,9	11,7	
Rheinland-Pfalz	3,3%	1.206,2	101,2	11,9	
Saarland	3,8%	1.399,9	99,0	14,1	
Schleswig-Holstein	3,0%	1.090,6	97,5	11,2	
Westliche Bundesländer	3,0%	1.111,2	95,5	11,6	
Brandenburg	3,9%	1.430,1	121,7	11,8	
Mecklenburg-Vorpommern	3,9%	1.423,7	127,1	11,2	
Sachsen	3,6%	1.312,7	118,2	11,1	
Sachsen-Anhalt	3,7%	1.367,2	123,5	11,1	
Thüringen	3,6%	1.335,1	121,5	11,0	
Östliche Bundesläder	3,8%	1.378,6	122,3	11,3	
DAK Gesamt	3,2%	1.157,1	100,4	11,5	

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2004

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Kranken-stand	Pro 100 Versichertenjahre			\varnothing 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.

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Berufsgruppen 2003

Berufsgruppe (Schlüsselnummer*)	Kranken-stand	Pro 100 Versichertenjahre			\varnothing Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle		
Bank-, Versicherungskaufleute (69)	2,8%	1.020,7	106,0	9,6	
Berufe des Landverkehrs (71)	4,5%	1.632,1	123,6	13,2	
Bürofach-, Bürohilfskräfte (78)	2,8%	1.012,4	103,3	9,8	
Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter (74)	4,2%	1.539,4	139,6	11,0	
Lehrer (87)	2,5%	901,4	90,1	10,0	
Rechnungskaufleute, Datenverarbeitungsfachleute (77)	2,6%	943,5	92,5	10,2	
Sozialpflegerische Berufe (86)	3,6%	1.325,3	125,2	10,6	
Übrige Gesundheitsdienstberufe (85)	3,8%	1.403,3	110,4	12,7	
Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer (75)	1,9%	681,7	73,6	9,3	
Warenkaufleute (68)	2,9%	1.045,5	95,7	10,9	
DAK Gesamt	3,5%	1.260,3	110,0	11,5	

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

Anhang IV: Expertenbefragung

Die Befragung

Insgesamt wurden 20 Wissenschaftler und erfahrene Praktiker um eine Teilnahme an der Befragung zum Auftreten und zur Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gebeten. Neun dieser Fachleute haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt, dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 %. Der für diesen Zweck entwickelte Fragebogen enthält ausschließlich offene Fragen.

Der Fragebogen ist im Folgenden abgedruckt. Die Liste der Expertinnen und Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie auf Seite 117.

Expertenbefragung: Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen

A Herz-Kreislauferkrankungen bei Frauen gelten als ein Gesundheitsproblem, dem zu wenig Aufmerksamkeit sowohl von Seiten der Ärzte, als auch der Frauen selbst gewidmet wird. Darüber hinaus gibt es auch Studienergebnisse, die auf Unterschiede in der medizinischen Versorgung von Männern und Frauen mit HK-Erkrankungen bzw. -Risiken hindeuten.

- In welchen der im Folgenden genannten Bereiche bestehen aus Ihrer Sicht in Deutschland Defizite in der gesundheitlichen Versorgung hinsichtlich HK-Erkrankungen bei Frauen?
- Bezüglich welcher konkreten Mängel besteht ein besonders dringlicher Handlungsbedarf?

A1 Information und Aufklärung der Bevölkerung über HK-Erkrankungen bei Frauen, über die Bedeutung von Risikofaktoren speziell bei Frauen usw.

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A2 Früherkennung, Diagnostik, Screening, individuelle ärztliche Beratung zu HK-Erkrankungen und Risiken bei Frauen

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

**A3 Behandlung, Intervention bei bereits vorhandenen Risiken und Erkrankungen
(z. B. Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas) bei Frauen**

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

**A4 Akutbehandlung bei kardiovaskulären Ereignissen (Herzinfarkt, Schlaganfall)
von Frauen**

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A5 Dauerbehandlung von Frauen mit HK-Erkrankungen

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A6 Bestehen aus Ihrer Sicht in weiteren Bereichen Defizite bzw. liegt ein dringlicher Handlungsbedarf vor (bitte eintragen)?

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

B Es gibt Studienergebnisse, die darauf hindeuten, dass HK-Erkrankungen bei Frauen häufig erst spät erkannt oder nicht adäquat behandelt werden, weil die Beschwerden der betroffenen Frauen nicht richtig gedeutet werden oder keine gezielte Diagnostik durchgeführt wird.

- Welche Rolle spielen dabei aus Ihrer Sicht die folgenden potenziellen Ursachen?

B1 HK-Erkrankungen gelten sowohl bei Ärzten, als auch bei den Frauen selbst primär als Gesundheitsproblem von Männern und werden daher zu wenig in Betracht gezogen.

B2 Bei vielen Ärzten bestehen Wissensdefizite bezüglich der spezifisch weiblichen Symptomatik bei HK-Erkrankungen.

B3 Typische und hinlänglich bekannte Symptome einer HK-Erkrankung werden bei Frauen oftmals voreilig und ohne gründliche diagnostische Abklärung als psychosomatische Beschwerden qualifiziert.

B4 Viele Frauen und Ärzte sind der Meinung, dass die Einnahme von Hormonen in der Postmenopause vor HK-Erkrankungen schützt und achten daher zu wenig auf dieses Risiko.

B5 Welche sonstigen Ursachen kommen aus Ihrer Sicht in Betracht (bitte eintragen)?

C Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit bzw. Eignung folgender Maßnahmen, um eine Verbesserung hinsichtlich HK-Erkrankungen bei Frauen zu erreichen:

C1 Erstellung neuer medizinischer Leitlinien oder Ergänzung bzw. Anpassung bestehender Leitlinien an die speziellen Erfordernisse von Frauen

C2 Intensivierung der ärztlichen Fortbildung zu HK-Erkrankungen bei Frauen

C3 Einführung einer neuen Vorsorgeuntersuchung im Hinblick auf HK-Risiken speziell für Frauen

C4 Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Maßnahmen (bitte eintragen)?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der befragten Expertinnen und Experten

Dr. Sandra Dunkelberg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin

Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Prof. Dr. Helmut Gohlke

Herzzentrum Bad Krozingen, Klinische Kardiologie II

Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung

Prof. Dr. Hartmut Gölker

Herzzentrum Wuppertal, HELIOS Kliniken Wuppertal GmbH

Lehrstuhl für Kardiologie, Universität Witten/Herdecke

Mitglied der Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW

Prof. Dr. Petra Kolip

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Dr. Birga Maier

Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin

Vorstandsmitglied des Berliner Herzinfarktregisters e.V.

Prof. Dr. Bernhard Rauch

Institut für Herzinfarktforschung, Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH

Prof. Dr. Ingeborg Siegfried

Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen e.V.

Dr. Diethard Sturm

Praxis für Allgemeinmedizin, Hohenstein-Ernstthal

1. Stellvertretender Vorsitzender im Bundesvorstand des Deutschen Hausärzteverbandes

Prof. Dr. Eberhard Windler

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin