

BKK Gesundheitsreport 2012

Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben



Impressum

Der BKK Gesundheitsreport 2012 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Bundesverband in Zusammenarbeit mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit erstellt.

Redaktion:	Wolfgang Bödeker, Karin Kliner, Christine Richter, Susanne Wilhelmi, Daniel Viehweg	
Autoren:	Verena Bauer, Sven Bungard, Dagmar Hertle, Karin Kliner, Christin Tewes, Andrea Trümner	
Spezial-Beiträge:	Michael Bellwinkel Lena Böhnke Gregor Breucker Marijke Brouwer Siiri Doka Silke Eggers Gerald Engels Sabine Eis Monique Faryn-Wewel Gerlinde Feulner-Krakow Thomas Gerlinger Dirk Hochlenert Dagmar Johannes Karsten Knoche Bernhard Koch Christopher Kofahl Christoph Kröger	Stefan Lang Birgit Leineweber Daniel Lüdecke Inka Matschey Bernd Marquardt Christoph Oberlinner Martina Pötschke-Langer Doris Schaeffer Katrin Schaller Gerd Schauerte Anja Schmitz Katrin Schuldt Hans-Georg Schulz Reinhold Sochert Alf Trojan Anette Würfel

Weitere Angaben zu den Autorinnen und Autoren finden sich am Ende des Anhangs.

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner, BKK Bundesverband
 Empirie: Norbert Birkner, Renate Meyer, BQS-Institut

– Nachdruck – auch nur auszugsweise – nur mit Quellenangabe gestattet –

Essen im November 2012

Herausgeber: BKK Bundesverband, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
 Anfragen: E-Mail: info@bkk-bv.de

Lektorat: Joachim Fries, www.lernwert.de

Gestaltung, Satz: Typografischer Betrieb Lehmann GmbH, Essen
www.typolehmann.de

Druck: Schröers-Druck GmbH
www.schroeers-druck.de

Bildnachweis: Bilddatenbank BKK Bundesverband, www.fotolia.com,
 PhotoDisc, corbis RF

BKK Gesundheitsreport 2012



	Seite	
Impressum	2	
Inhaltsverzeichnis	4	
Tabellenverzeichnis	6	
Diagrammverzeichnis	7	
Vorwort	8	
1	Krankheitsgeschehen im Überblick	11
1.1	Arbeitsunfähigkeit	13
1.1.1	Langzeittrends	13
1.1.2	Entwicklung im Jahr 2012	16
1.1.3	Spektrum der Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeit	19
1.1.4	Merkmale des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern	21
1.2	Ambulante ärztliche Versorgung	23
1.3	Arzneimittelverordnungen	24
	Überblick:	
	Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben: Herausforderungen für die Versorgung	27
2	Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen	31
2.1	Arbeitsunfähigkeit	33
2.1.1	Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems	35
2.1.2	Krankheiten des Atmungssystems	38
2.1.3	Bösartige Neubildungen	40
2.1.4	Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	41
2.2	Ambulante ärztliche Versorgung	44
2.3	Arzneimittelverordnungen	53
	Schwerpunkt:	
	„Gesundheitsförderung und Prävention“	61
	Einleitung Prävention und Gesundheitsförderung	62
	„Fit von klein auf“ – eine Initiative zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Grundschulen	67
	Gesundheitscoaching in der Arbeitswelt	71
	Ganzheitliches Gesundheitsmanagement in einem Großunternehmen	76
	Prävention als politische Aufgabe am Beispiel des Nichtraucherschutzes	80
3	Alter, Geschlecht und soziale Lage	89
3.1	Krankheitsgeschehen nach Alter und Geschlecht	91
3.1.1	Arbeitsunfähigkeit	91
3.1.2	Ambulante ärztliche Versorgung	95
3.1.3	Arzneimittelverordnungen	97
3.2	Krankheitsgeschehen nach sozialer Lage	100
3.2.1	Arbeitsunfähigkeit	101
3.2.2	Ambulante ärztliche Versorgung	106
3.2.3	Arzneimittelverordnungen	108

Seite

Schwerpunkt:

	„Innovative Versorgungskonzepte“	111
	Einleitung Innovative Versorgungskonzepte	112
	Verbesserung der Versorgung durch strukturierte Behandlungsprogramme?	115
	Zusammenarbeit Spezialistennetzwerk / Krankenkassen / Hausärzte am Beispiel der Netzwerke Diabetischer Fuß Nordrhein	121
	Return to Work – mit Betrieblichem Eingliederungsmanagement wieder gesund zurück an den Arbeitsplatz	127
	Innovative Behandlung chronischer Rückenschmerzen – ein Versorgungsangebot der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft in NRW	131
	Kooperation, die Wirkung zeigt – das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG	135

4 Fehlzeiten und Arbeitswelt 143

4.1	Arbeitsunfähigkeit nach Branchen und Berufen	145
4.1.1	Versichertenstruktur	145
4.1.2	Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick	147
4.1.3	Arbeitsunfähigkeit nach beruflicher Tätigkeit	149
4.1.4	Arbeitsunfähigkeit wichtiger Berufsgruppen innerhalb ausgewählter Wirtschaftszweige	152
4.2	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert	160
4.3	Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten	164
4.3.1	Branchenspezifische Morbiditätsprofile	164
4.3.2	Berufsspezifische Morbiditätsprofile	169

Schwerpunkt:

	„Leben mit Krankheit“	171
	Einleitung Leben mit Krankheit: doch kein Abschied von Aktivität und Selbstständigkeit?	172
	Aktuelles aus der Selbsthilfeförderung	179
	Leben und Arbeiten mit chronischer Erkrankung	183
	My-Air.TV – die internetbasierte Nachschulung bei Asthma bronchiale	186
	Empowerment – der kompetente Patient ist besser versorgt: LINDA, das Selbstmanagement-Programm für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes	192
	Angehörige: nicht erkrankt und doch betroffen	197

5 Fehlzeiten nach Regionen 203

5.1	Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern	205
5.2	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert	208
5.3	Arbeitsunfähigkeit nach ausgewählten Landkreisen	210
5.4	Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und ausgewählten Krankheitsarten	214

Anhang A 1

A	Methodische Hinweise	A 2
B	Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 5
C	Verzeichnis des Tabellenanhangs	A 10
D	Tabellenanhang	A 11
E	Autorenverzeichnis	A 110

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1.1: AU-Tage je einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen	12
Tabelle 1.2: Krankheitsgruppen im Vorjahresvergleich	17
Tabelle 2.1: Die drei wichtigsten Diagnosegruppen nach AU-Tagen	33
Tabelle 2.2: Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen	34
Tabelle 2.3: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	37
Tabelle 2.4: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Krankheiten des Atmungssystems	39
Tabelle 2.5: Die nach AU-Tagen bedeutsamsten bösartigen Neubildungen bei Männern und Frauen	40
Tabelle 2.6: Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Psychische und Verhaltensstörungen	42
Tabelle 2.7: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – alle BKK Versicherten	44
Tabelle 2.8: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – Frauen – alle Altersgruppen	46
Tabelle 2.9: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – Männer – alle Altersgruppen	47
Tabelle 2.10: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – Frauen – 65 Jahre und älter	48
Tabelle 2.11: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – Männer – 65 Jahre und älter	49
Tabelle 2.12: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – Frauen – 20 bis unter 65 Jahre	50
Tabelle 2.13: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – Männer – 20 bis unter 65 Jahre	51
Tabelle 2.14: Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 – BKK Versicherte – unter 20 Jahre	52
Tabelle 2.15: Arzneimittelverordnungen – alle BKK-Versicherten	55
Tabelle 2.16: Arzneimittelverordnungen – Frauen – alle Altersgruppen	56
Tabelle 2.17: Arzneimittelverordnungen – Männer – alle Altersgruppen	57
Tabelle 2.18: Arzneimittelverordnungen – Frauen – 65 Jahre und älter	58
Tabelle 2.19: Arzneimittelverordnungen – Männer – 65 Jahre und älter	58
Tabelle 2.20: Arzneimittelverordnungen – Frauen – 20 bis unter 65 Jahre	59
Tabelle 2.21: Arzneimittelverordnungen – Männer – 20 bis unter 65 Jahre	59
Tabelle 2.22: Arzneimittelverordnungen – BKK Versicherte – unter 20 Jahre	60
Tabelle 3.1: Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus	101
Tabelle 3.2: Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten	103
Tabelle 3.3: Arbeitsunfähigkeit nach Bildungsstatus und Krankheitsarten	105
Tabelle 3.4: Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus	106
Tabelle 3.5: Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus und ausgewählten Krankheitsarten	106
Tabelle 3.6: Ambulante Diagnosen nach Bildungsstatus und ausgewählten Krankheitsarten	107
Tabelle 3.7: Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus und ATC-Code	108
Tabelle 3.8: Arzneimittelverordnungen nach Bildungsstatus und ATC-Code	109
Tabelle 4.1: Arbeitsunfähigkeitstage, Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter nach Wirtschaftsgruppen	146
Tabelle 4.2: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesamt	149
Tabelle 4.3: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Frauen	150
Tabelle 4.4: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Männer	151
Tabelle 4.5: Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen	163
Tabelle 4.6: Die häufigsten Verletzungen	166
Tabelle 5.1: BKK Versicherte nach Bundesländern	205
Tabelle 5.2: Veränderungen in der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern gegenüber dem Vorjahr	206
Tabelle 5.3: Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen	210

Diagrammverzeichnis

Seite

Diagramm 1.1: Einbezogene BKK Versicherte nach Versichertengruppen	12
Diagramm 1.2: Arbeitsunfähigkeit seit 1978 (Fälle je Pflichtmitglied)	14
Diagramm 1.3: Arbeitsunfähigkeit seit 1978 (Tage je Pflichtmitglied)	14
Diagramm 1.4: Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen	15
Diagramm 1.5: BKK Krankenstände 2010–2012	17
Diagramm 1.6: Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen	18
Diagramm 1.7: Die häufigsten Krankheitsarten	20
Diagramm 1.8: Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976	20
Diagramm 1.9: Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen	22
Diagramm 1.10: Arbeitsunfähigkeit nach Dauer	22
Diagramm 1.11: Ambulante Diagnosen 2009–2011 nach Krankheitsarten	23
Diagramm 1.12: Arzneimittelverordnungen 2009–2011 nach ATC-Code	24
Diagramm 2.1: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems: Arbeitsunfähigkeit seit 1994	35
Diagramm 2.2: Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Fälle	36
Diagramm 2.3: Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Tage	36
Diagramm 2.4: Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Fälle	38
Diagramm 2.5: Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Tage	38
Diagramm 2.6: Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage)	41
Diagramm 2.7: Krankheitstage durch das Burn-out-Syndrom – 2004 bis 2011	43
Diagramm 2.8: Ambulante Daten: Anteil der Versicherten mit Diagnose – Top Ten ICD-Diagnosen	45
Diagramm 2.9: Arzneimittelverordnungen: Anteil der Versicherten mit Verordnung – Top Ten ATC	54
Diagramm 3.1: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	91
Diagramm 3.2: Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)	92
Diagramm 3.3: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)	93
Diagramm 3.4: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)	94
Diagramm 3.5: Anteil der Versicherten mit ambulanten Diagnosen nach Alter und Geschlecht	95
Diagramm 3.6: Anteil der Versicherten mit ambulanten Diagnosen nach Geschlecht und ausgewählten Krankheitsarten	96
Diagramm 3.7: Anteil der Versicherten mit ambulanten Diagnosen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten	96
Diagramm 3.8: Anteil der Versicherten mit Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	97
Diagramm 3.9: Anteil der Versicherten mit Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und ATC-Code	98
Diagramm 3.10: Anteil der Versicherten mit Arzneimittelverordnungen nach Alter und ATC-Code	99
Diagramm 3.11: Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus	102
Diagramm 3.12: Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)	104
Diagramm 4.1: Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen	148
Diagramm 4.2: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallverarbeitung	152
Diagramm 4.3: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Handel	153
Diagramm 4.4: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Dienstleistungen	154
Diagramm 4.5: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesundheits- und Sozialwesen	155
Diagramm 4.6: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Verkehr	156
Diagramm 4.7: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Öffentliche Verwaltung	157
Diagramm 4.8: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Postdienste und Telekommunikation	158
Diagramm 4.9: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Chemie	159
Diagramm 4.10: Standardisierte Arbeitsunfähigkeitstage für die beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen	161
Diagramm 4.11: Krankheitsarten nach Wirtschaftsgruppen	165
Diagramm 4.12: Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen	167
Diagramm 4.13: Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten – Berufe mit den meisten AU-Tagen	169
Diagramm 4.14: Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten – Berufe mit den niedrigsten AU-Tagen	170
Diagramm 5.1: Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern	207
Diagramm 5.2: Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent	209
Diagramm 5.3: Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen	213
Diagramm 5.4: Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)	215
Diagramm 5.5: Anteil der AU-Tage je Krankheitsart – Bund West/Ost/Gesamt	216

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

„Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben“ – mit diesem Schwerpunkt beschäftigt sich der diesjährige BKK Gesundheitsreport.

Die steigende Lebenserwartung, der größer werdende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung sowie die Veränderungen der Lebensbedingungen stellen die Gesellschaft vor besondere Herausforderungen. Einerseits erfolgt nämlich der Wandel wie kaum zuvor rasch und vielfältig und betrifft zeitgleich auch alle sogenannten Gesundheitsdeterminanten. Andererseits müssen weiterhin die grundlegenden gesundheitspolitischen Ziele verfolgt werden, nämlich die Gesundheit der Menschen zu verbessern und zu erhalten, Kranke qualitativ hochwertig zu versorgen und eine Teilhabe am Leben trotz Krankheit zu ermöglichen. Dies kann immer weniger durch isolierte Maßnahmen erreicht werden.

Das BKK System hat bereits deutlich gemacht, dass es bei der Weiterentwicklung der Prävention einer Gesamtstrategie für die Gestaltung des Zusammenspiels der Akteure bedarf. Ein solcher integrativer Ansatz kann aber nicht auf die Prävention beschränkt bleiben. Maßnahmen der Prävention werden nämlich auch im kurativen Sektor erbracht. Insofern sind die Arbeitsfelder Prävention, Versorgung

und Selbsthilfe für Ansätze und Instrumente durchlässig und sollten daher auch gemeinsam entwickelt, vernetzt durchgeführt und in ihrer Wirkung beurteilt werden. Zudem liegen hier keine einfachen Wirkungsketten vor. Wie die Daten der Krankenkassen zeigen, folgt aus mehr Prävention nicht zwangsläufig weniger Kuration und mehr Teilhabe. Die Herausforderung besteht also darin, arbeitsfeld- und sektorenübergreifend integrative Ansätze zu finden und Schnittstellenprobleme zu beseitigen.

In diesem Gesundheitsreport soll verdeutlicht werden, dass die Herausforderung „Gesundheit“ verschiedene Akteure betrifft, die nicht voneinander unabhängig sind und deren Aktivitäten nicht isoliert organisiert werden sollten. In den Autorenbeiträgen werden die Beziehungen zwischen Gesundheitsförderung, Versorgung und Selbsthilfe bzw. Selbstmanagement beleuchtet, und die Notwendigkeit und die Potenziale integrierter Maßnahmen bei funktionierenden Schnittstellen hervorgehoben.

Das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt steigt nach dem Rekordtief im Jahr 2006 mit nur 12,4 Krankheitstagen und einem Krankenstand von 3,4 Prozent wieder kontinuierlich an. Nur fünf Jahre später sind die pflichtversicherten Beschäftigten bereits 16 Tage krankgeschrieben. Dies entspricht

einem Krankenstand von 4,4 Prozent im Jahr 2011. Zum ersten Mal stehen nun die psychischen Krankheiten an dritter Stelle bei den Fehlzeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder, noch vor den Verletzungen und Vergiftungen. Diese Entwicklung erfordert die besondere Beachtung gleichermaßen von Unternehmen, Krankenkassen und Politik und unterstreicht das Erfordernis einer integrativen Vorgehensweise.

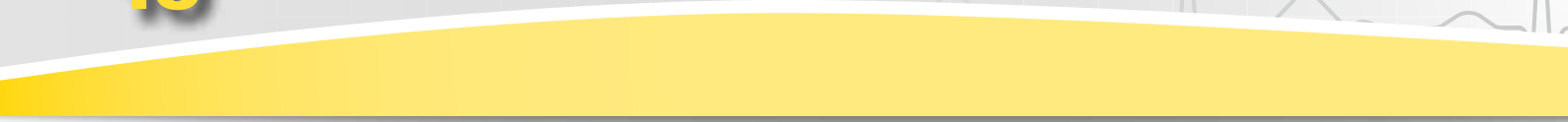
Mit diesem Band veröffentlicht der BKK Bundesverband bereits zum 36. Mal den BKK Gesundheitsreport. Er erfasst und analysiert die gesundheitlichen Befunde von 12 Millionen BKK Versicherten, die einen Anteil von 17 Prozent an der gesetzlichen Krankenversicherung und ca. 20 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland ausmachen. Die BKK Analysen stellen damit ein gutes Abbild des Krankheitsgeschehens in Deutschland dar. Der BKK Gesundheitsreport deckt mit den Arbeitsunfähigkeitsdaten, den Daten aus der ambulanten Versorgung sowie den Daten der Arzneimittelversorgung wichtige Felder der Gesundheitsberichterstattung ab. Er bietet bundesweite und landesspezifische Vergleichswerte in Branchen, Wirtschaftszweigen und Berufen. Das Krankheitsgeschehen wird auch durch soziodemografische Merkmale geprägt. So wird erkennbar, dass sich Arbeit nach wie vor positiv auf die

Gesundheit des Menschen auswirkt. 41 Prozent der pflichtversichert Beschäftigten waren im Jahr 2011 gar nicht krankgeschrieben. Arbeitslose hingegen weisen wesentlich höhere Krankenzeiten auf. Auch dies wird im BKK Gesundheitsreport näher beleuchtet.

Der BKK Gesundheitsreport richtet sich an die Politik, die Wirtschaft, die Wissenschaften, die Medien, den öffentlichen Gesundheitsdienst, Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Selbsthilfverbände und weitere Vertreter einer breiten Fachöffentlichkeit, die Informationen zur Gesundheit für ihre Tätigkeit nutzen. Wir hoffen, dass der BKK Gesundheitsreport ihre Arbeit unterstützt und neue Denkanstöße bietet. Ich danke den Autoren für ihre Mitwirkung sowie allen Akteuren, die an der Entstehung des Reports beteiligt waren, für ihre engagierte und erfolgreiche Zusammenarbeit.

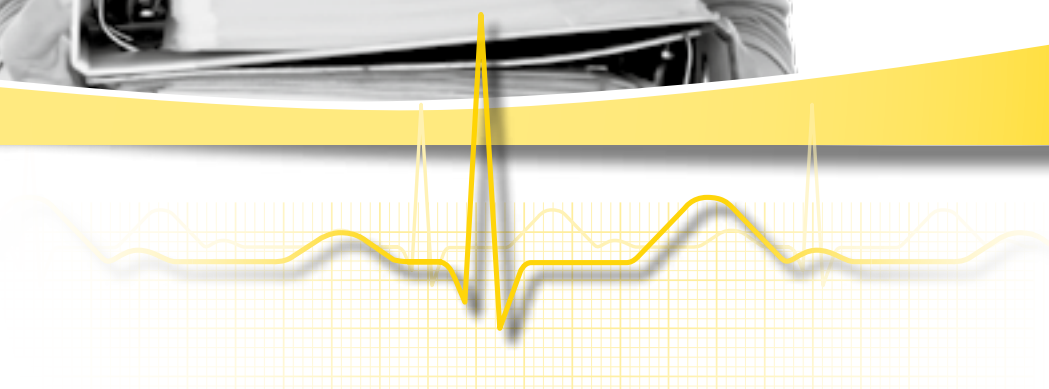


Heinz Kaltenbach
Geschäftsführer
BKK Bundesverband



1

Krankheitsgeschehen im Überblick



1 Krankheitsgeschehen im Überblick

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die allgemeine Entwicklung des Krankheitsgeschehens bei den BKK Versicherten im Jahr 2011, gemessen an Arbeitsunfähigkeit, ambulanter ärztlicher Versorgung sowie der Verordnung von Arzneimitteln. Detailliertere Auswertungen zu unterschiedlichen Versichertengruppen, im Hinblick auf soziodemographische, tätigkeitsbezogene und regionale Merkmale sowie weiterführende Angaben zu einzelnen

Diagnosegruppen, erfolgen in den nächsten Kapiteln.

Der diesjährige Report betrachtet die Krankheitsentwicklungen der verschiedenen Versicherten- und Erwerbsgruppen der BKK Versicherten (vgl. *Diagramm 1.1*) unter besonderer Berücksichtigung der Herausforderungen für die Gesundheits- und Krankenversorgung. Die Frage, durch welche Maßnahmen, Projekte und Modelle auf den weiterhin steigenden

Bedarf an Prävention bzw. Gesundheitsförderung, innovativen Versorgungsformen und Konzepten zum Umgang und Leben mit Krankheit reagiert werden kann, wird in den zahlreichen Spezialbeiträgen vertiefend beleuchtet. Bei der Beschreibung der Arbeitsunfähigkeit stehen die BKK Pflichtmitglieder (4,80 Mio. Beschäftigte, 0,15 Mio. ALG-I-Empfänger sowie einige kleinere Gruppen)¹ im Vordergrund.

Der BKK Gesundheitsreport 2012 enthält außerdem einen systematischen Überblick über die Diagnosen bei ambulanter Behandlung sowie über die Verordnung von Arzneimitteln. Die Einbeziehung dieser Datenarten ergänzt die traditionelle Beschreibung des Krankenstandes um die Bereiche des Krankheitsgeschehens, welche die Nicht-Beschäftigten betreffen oder nicht unmittelbar mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Datengrundlage für den BKK Gesundheitsreport 2012 sind hier ambulante Diagnosen im Jahr 2011 von 12,0 Mio. Versicherten sowie 86,5 Mio. Einzelverordnungen für 12,0 Mio. Versicherte.

Diagramm 1.1

Einbezogene BKK Versicherte nach Versichertengruppen

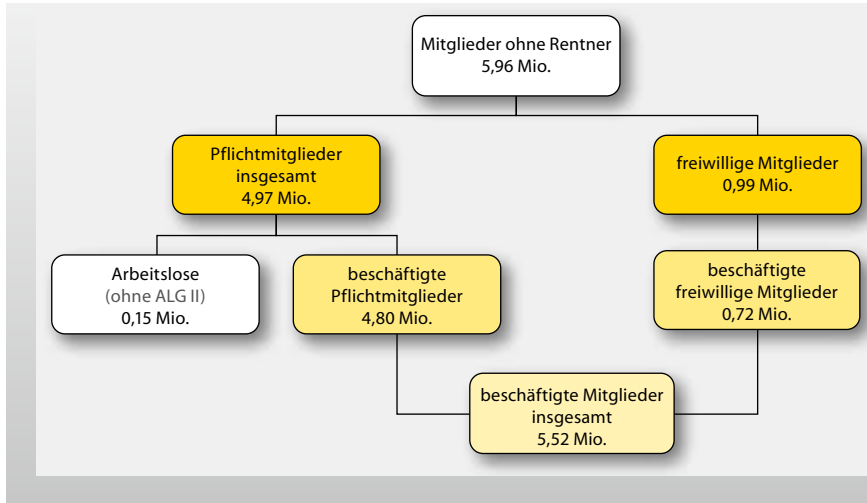


Tabelle 1.1

AU-Tage je einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen

Versichertengruppe	AU-Tage
Pflichtmitglieder insgesamt	16,3
Arbeitslose (ohne ALG-II-Empfänger)	27,0
beschäftigte Pflichtmitglieder	16,0
freiwillige Mitglieder	4,4
beschäftigte freiwillige Mitglieder	6,0
beschäftigte Mitglieder insgesamt	14,7
alle Mitglieder, ohne Rentner	14,4

¹ ALG-II-Empfänger bleiben unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben und somit kassenseitig i. d. R. keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden.

1.1 Arbeitsunfähigkeit

Dieser Abschnitt beschreibt die Entwicklung des Krankenstands der BKK Pflichtmitglieder im Jahr 2011. Zusätzlich wird auf Basis einer Teilerhebung der Trend für die ersten drei Quartale des Jahres 2012 dargestellt.

- 2011 stieg der Krankenstand der BKK Pflichtmitglieder erneut an, von 4,18 % im Vorjahr auf 4,48 %.
- Seit 2006 haben die Fehlzeiten je Pflichtmitglied um 27,6 % zugenommen.
- Regionale Unterschiede in den Fehlzeiten bleiben bestehen.

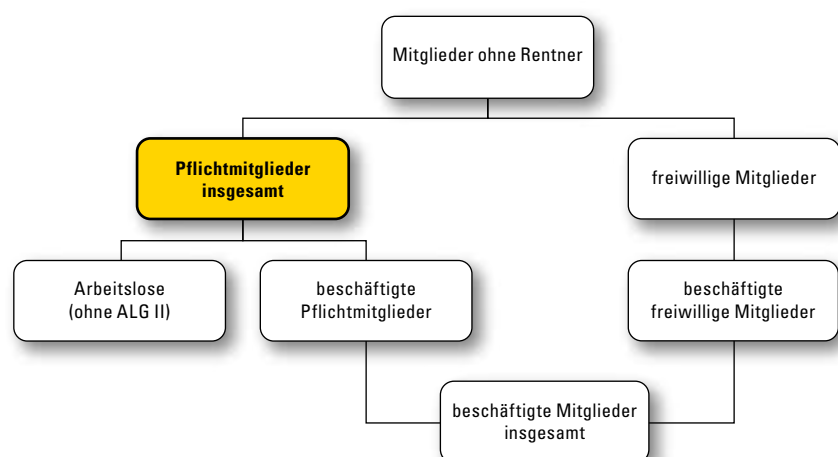
1.1.1 Langzeittrends

Der durchschnittliche Krankenstand lag 2011 mit 4,48 % um 0,30 Prozentpunkte (PP) über dem Wert des Vorjahres (4,18 %). Die Fehlzeiten nahmen mit durchschnittlich 16,3 AU-Tagen (Arbeitsunfähigkeitstage = Kalendertage) je BKK Pflichtmitglied (s. *Übersicht*) gegenüber den Vorjahren (2010: 15,3 AU-Tage; 2009: 14,7 AU-Tage) dementsprechend

deutlich zu, ebenso stieg die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) auf 1,20 AU-Fälle je Pflichtmitglied (2010: 1,14 AU-Fälle; 2009: 1,13 AU-Fälle). (S. *Diagramme 1.2 und 1.3*)

In der langfristigen Betrachtung waren die höchsten Krankenstände der BKK Pflichtmitglieder 1980 und 1981 mit

7,2 bzw. 6,9 % und ein Jahrzehnt später 1990 mit 6,8 % zu verzeichnen. In den folgenden 16 Jahren halbierten sich die Fehlzeiten und erreichten 2006 mit einem Krankenstand von 3,5 % bzw. Fehlzeiten von 12,8 AU-Tagen je Pflichtmitglied ihr vorläufiges Minimum. Als ein Grund für die Abnahme der Krankmeldungen in diesem Zeitraum werden



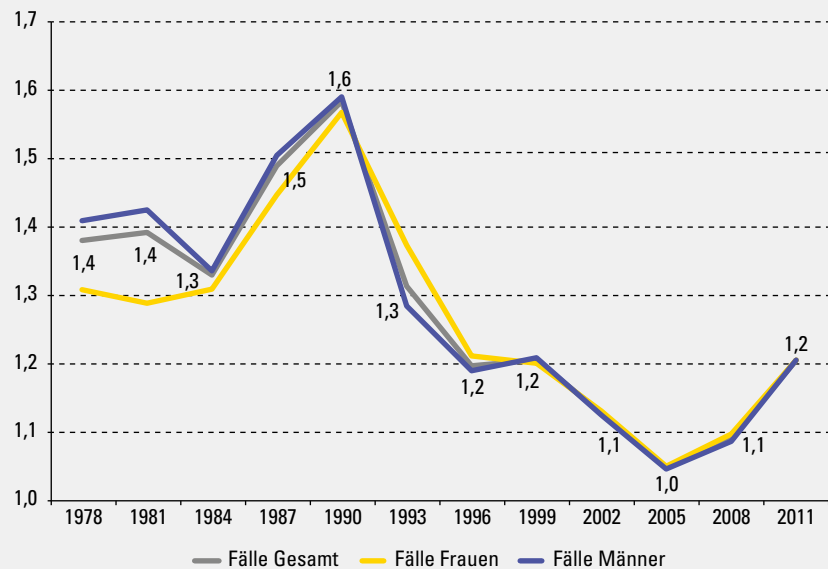
häufig der Beschäftigungsrückgang und damit verbundene Selektionsprozesse zu jüngeren und gesünderen Belegschaften bzw. die Furcht vor einem Arbeitsplatzverlust genannt.

Allerdings war in den letzten fünf Berichtsjahren ein erneuter Anstieg der Fehlzeiten um 27,6% zu registrieren. Dies ist zum einen durch die fortgesetzte demografische Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung und damit auch in den Belegschaften zu erklären. Zum anderen kommt der Wandel in der Arbeitswelt zum Tragen, unter dem sich das Spektrum der AU-Diagnosen ändert: So ist auffällig, dass seit 2006 die Zahl der Krankheitstage besonders durch psychische Störungen deutlich ansteigt (vgl. Kapitel 1.1.2). Die herkömmliche Erwartung, dass die Krankenstände in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit sinken, trifft also in dieser Form nicht mehr zu. Die Spezialbeiträge des Themenblocks „Gesundheitsförderung und Prävention“ beschäftigen sich mit der Frage, wie allgemeinen und betrieblichen Gesundheitsrisiken rechtzeitig begegnet und Arbeitsunfähigkeit vermieden werden kann.

Auch der Frauenanteil an der Erwerbstätigkeit beeinflusst den für die Pflichtmitglieder dargestellten Trend. 2011 fielen für ein männliches BKK Pflichtmitglied durchschnittlich 16,7 Krankheitstage an, bei den pflichtversicherten Frauen waren es lediglich 15,9 Tage. Ein hoher Anteil (42,6%) der beschäftigten Frauen unter den BKK Mitgliedern ist in Dienstleistungsbranchen angestellt, welche typischerweise eher niedrige Krankenstände aufweisen, während dies nur für ein Drittel der Männer gilt. Ein großer Teil der männlichen beschäftigten BKK Mitglieder arbeitet hingegen in der Industrie (39,8%), verglichen mit nur 15,2% der Frauen.

Diagramm 1.2

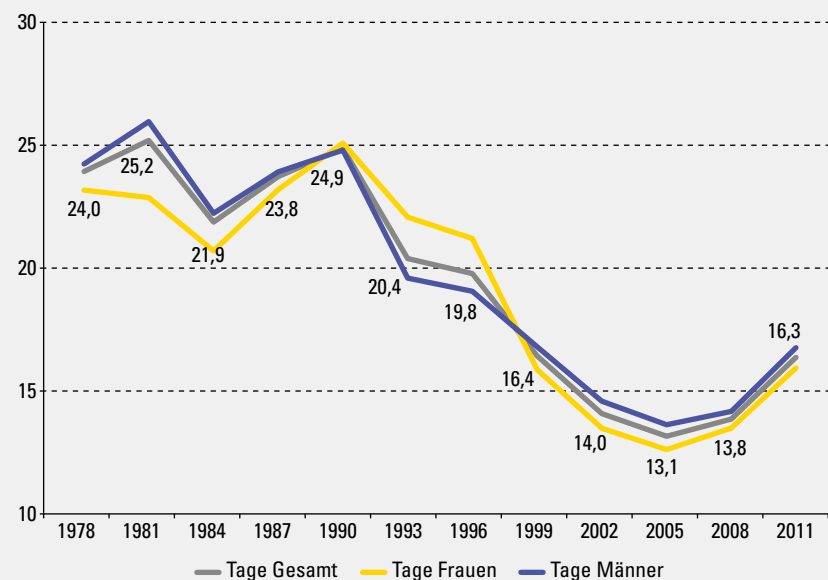
Arbeitsunfähigkeit seit 1978 (Fälle je Pflichtmitglied)



Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

Diagramm 1.3

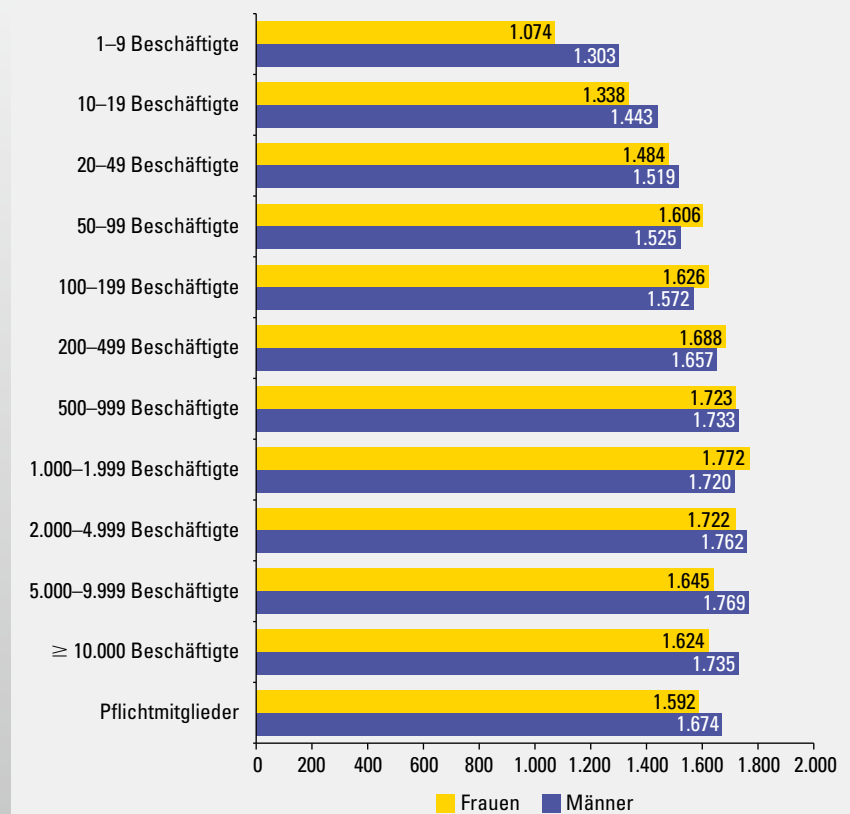
Arbeitsunfähigkeit seit 1978 (Tage je Pflichtmitglied)



Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

Ein weiterer Einflussparameter für den Krankenstand sind die Unternehmensgrößen. So fallen insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben deutlich niedrigere krankheitsbedingte Ausfälle an als in den größeren Unternehmen mit 200 und mehr Beschäftigten (vgl. *Diagramm 1.4*).

Ein bekanntes Phänomen ist der Unterschied in den Fehlzeiten zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Im Osten wiesen die BKK Pflichtmitglieder 2011 mit durchschnittlich 18,6 AU-Tagen wieder deutlich höhere Ausfälle auf als im Westen mit 16,1 AU-Tagen. Der Unterschied zwischen den Regionen hat sich dabei gegenüber 2010 nicht nennenswert verändert: Die Krankheitstage nahmen im Osten um 1,0 Tage und im Westen um 1,1 Tage zu. Ein Grund hierfür ist u. a. die ungünstigere demografische Zusammensetzung der BKK Mitglieder in den neuen Bundesländern: Während die AU-Tage in den östlichen Bundesländern um 13,9% über dem Bundesdurchschnitt liegen, verringert sich dieser Wert nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf 8,2%. Dazu passend findet sich im Osten eine längere mittlere Falldauer der Arbeitsunfähigkeit von 15,1 Tagen je Fall als im Westen mit 13,4 Tagen je Fall.

Diagramm 1.4**Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen**

AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2011

1.1.2 Entwicklung im Jahr 2012

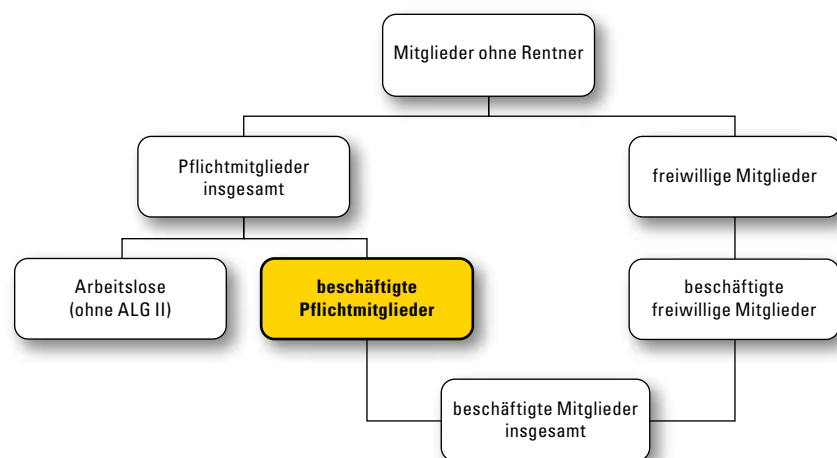
Das *Diagramm 1.5* zeigt die aktuelle Krankenstandsentwicklung für einen Teil der erwerbstätigen BKK Pflichtmitglieder (s. *Übersicht*): Diese Daten werden in einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände ausgewertet. Die BKK Krankenstände zeigten sich im ersten Quartal 2012 sowohl von der Höhe als auch vom Verlauf fast unverändert zum Vorjahr. Erneut lag das Maximum der Ausfallzeiten im Februar, mit einer mittleren monatlichen Fehlzeit von 1,46 AU-Tagen je beschäftigtes BKK Pflichtmitglied. In den Sommermonaten waren dagegen etwas höhere Krankenstände als in den Vorjahren zu verzeichnen, die mittleren monatlichen Krankheitstage lagen im zweiten Kalenderquartal mit 1,20 AU-Tagen je Mitglied um 1,5 % und im dritten Quartal mit 1,17 AU-Tagen um 2,8 % höher als 2011.

Die Betrachtung der Krankheitsgruppen im Jahresvergleich (vgl. *Tabelle 1.2*) macht deutlich, dass auch im laufenden Jahr die psychischen und Verhaltensstörungen den größten Zuwachs am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ausmachten. Gegenüber dem ersten Quar-

tal 2011 war hier sogar eine Steigerung der Fehlzeiten je Versicherten um 13,5 % zu verzeichnen. Die AU-Zeiten durch Atemwegserkrankungen, die im ersten Quartal 2011 noch einen deutlichen Anstieg um 24,7% gegenüber dem Vorjahreszeitraum 2010 erfahren hatten, waren

dagegen im ersten Quartal 2012 wieder um 9,4 % auf 0,26 AU-Tage monatlich je Mitglied rückläufig. Die ausgebliebene Grippewelle wurde allerdings durch vermehrte grippale Infekte im Sommer teilweise kompensiert, was sich an mittleren monatlichen Fehlzeiten von 0,12

- Für das laufende Jahr 2012 ist wieder ein Anstieg des Krankenstands zu erwarten.
- Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum blieben die Fehlzeiten im ersten Quartal 2012 unverändert. Im zweiten und dritten Quartal jedoch leicht erhöht gegenüber den Vorjahreszahlen.
- Eine Grippewelle war bisher in 2012 nicht zu verzeichnen.
- Psychische Erkrankungen sind in 2012 weiter deutlich steigend.



AU-Tagen je Mitglied, entsprechend einem Plus von 6,6 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum, niederschlug.

Die amtlichen Stichtagsergebnisse der GKV weisen für das erste Halbjahr 2012 im Gegensatz zur Krankenstandserhebung der BKK eine sinkende Tendenz auf. Danach hat der GKV-Krankenstand im ersten Halbjahr 2012 bei 3,8 % gelegen, während er 2011 noch 4,0 % betrug. Für das dritte Quartal 2012 fällt der Unterschied zum Vorjahr in der GKV-Statistik noch deutlicher aus (2012: 3,3%; 2011: 3,7%). Allerdings ist dieser Effekt größtenteils durch den Unterschied in der Datenerhebung zu erklären: Während die amtlichen Krankenstandsstatistiken der GKV Stichtagsergebnisse darstellen (jeweils bezogen auf den Monatsersten, auf den teilweise Feiertage und Wochenenden fallen), spiegelt die BKK Statistik das AU-Geschehen des gesamten Monats wider. Die ungleiche Verteilung der

Diagramm 1.5

BKK Krankenstände 2010–2012

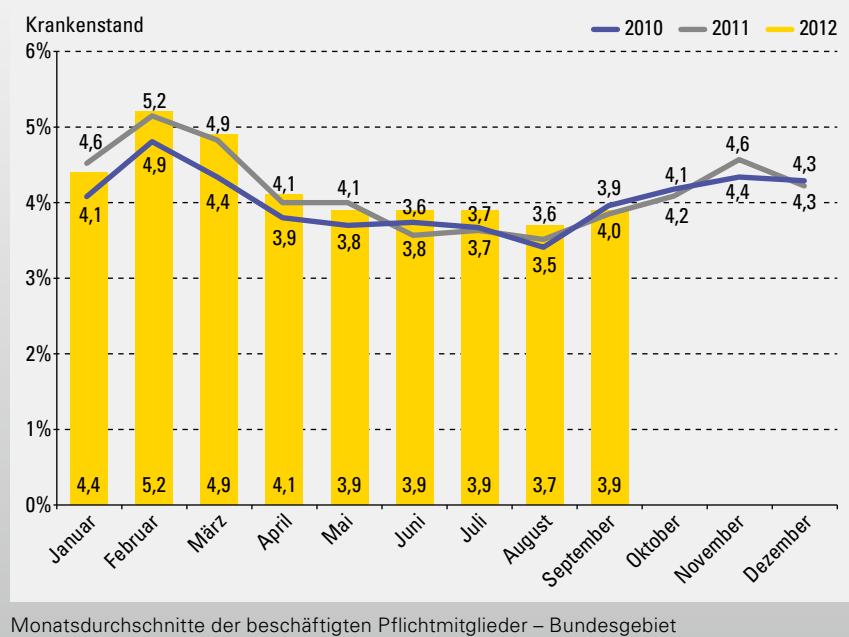


Tabelle 1.2

Krankheitsgruppen im Vorjahresvergleich

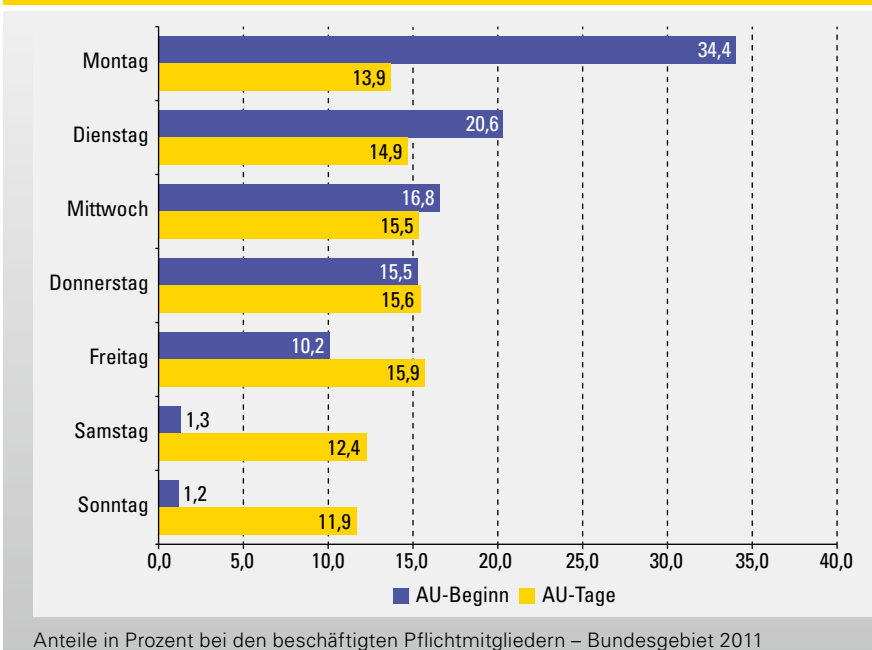
ICD-Code	Bezeichnung	1. Quartal 2012		2. Quartal 2012		3. Quartal 2012	
		AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat*	Differenz zum Vorjahr in %	AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat*	Differenz zum Vorjahr in %	AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat*	Differenz zum Vorjahr in %
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,9	-0,7	4,1	-1,7	4,2	7,6
C00–D48	Neubildungen	5,6	2,0	5,5	4,1	5,4	4,2
E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,1	5,2	1,0	-3,9	0,9	-1,8
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	18,1	13,5	17,4	9,0	17,3	6,8
G00–G99	Krankheiten des Nervensystems	3,6	0,0	3,3	-0,1	3,1	-0,3
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,9	6,0	0,8	3,1	0,8	8,5
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,3	-1,3	1,0	0,0	1,0	-2,5
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	6,1	0,6	5,5	-0,3	5,3	1,3
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	26,3	-9,4	11,9	6,6	9,6	-0,2
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	8,3	6,9	6,7	0,4	6,6	6,0
L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,9	7,8	1,7	-2,3	1,8	3,7
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	35,9	3,3	33,0	0,9	32,3	3,1
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	2,4	-2,8	2,1	-3,5	2,1	2,3
O00–O99**	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	3,7	-8,6	3,3	-7,9	3,5	-0,4
R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5,9	7,8	5,1	7,5	5,2	7,9
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	16,5	-5,1	16,1	-2,1	16,6	1,7
Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	3,2	1,0	3,0	2,1	2,9	-0,7
A00–Z99	Gesamt	146,3	0,0	120,1	1,5	117,0	2,8

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

**bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

Krankmeldungen über die Wochentage – und die damit verbundene mögliche Fehlerwahrscheinlichkeit bei Stichtagserhebungen – ist aus dem *Diagramm 1.6* erkennbar. Die Zahl der AU-Tage, die auf einen Samstag oder Sonntag fallen, liegt unter den Werten für die übrigen Tage; dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass bei Neuerkrankung am Wochenende die AU-Bescheinigung in der Regel erst am Montag eingeholt wird. Die GKV-Statistik unterschätzt somit üblicherweise den tatsächlichen Krankenstand.

Für das laufende Jahr 2012 bedeutet dies, dass in den ersten drei Kalenderquartalen drei Monatserste mehr als im Vorjahr auf einen Samstag oder Sonntag entfielen (April, Juli und September). Lässt man diese Monate aus dem Vorjahresvergleich der amtlichen Statistik heraus, ergibt sich auch hier ein höherer Krankenstand als im Vorjahr (2012: 3,9 %; 2011: 3,7 %). Insgesamt ist anhand der bisherigen Entwicklung davon auszugehen, dass sich der Trend eines ansteigenden Krankenstands auch im Jahr 2012 fortsetzt.

Diagramm 1.6**Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen**

1.1.3 Spektrum der Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeit

Den größten Anteil an den Fehlzeiten der BKK Pflichtmitglieder (s. *Übersicht*) stellen auch im Jahr 2011 wieder die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems mit über einem Viertel aller AU-Tage (26,5 %) dar, mit einem geringen Rückgang um 0,4 Prozentpunkte (PP) gegenüber dem Vorjahr (vgl. *Diagramm 1.7*).

Die nächstgrößeren Anteile entfielen auf die psychischen Störungen (14,1 %, +1,3 PP), die Krankheiten des Atmungssystems (13,9 %, unverändert) und die Verletzungen und Vergiftungen (12,8 %, -0,5 PP). Es zeigt sich als deutlichster Unterschied gegenüber dem Vorjahr vor allem die weitere Zunahme der psychischen Erkrankungen, die im Vergleich zum Vorjahr vom vierten auf den zweiten Platz der fehlzeitenverursachenden Krankheitsgruppen aufgestiegen sind.

Die nächsten Rangplätze werden durch die Krankheiten des Verdauungssystems, des Kreislaufsystems, durch Infektionen sowie Neubildungen belegt.

Bei der längerfristigen Betrachtung werden die bereits angesprochenen Änderungen im Krankheitsspektrum deutlich,

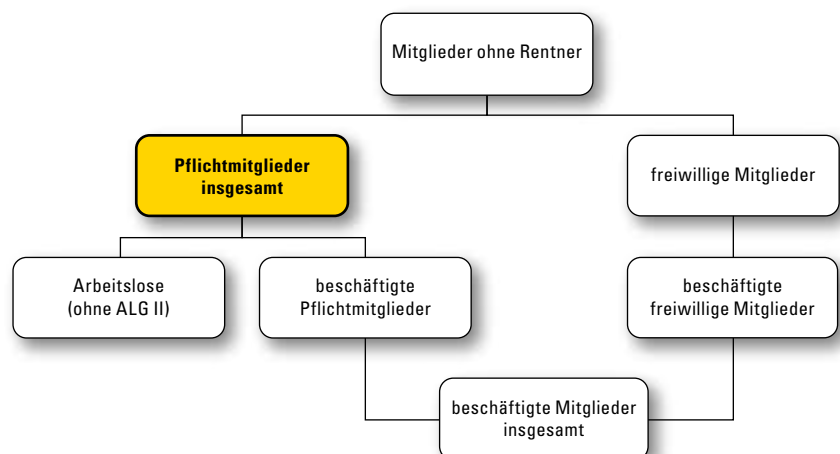
im *Diagramm 1.8* dargestellt für alle Pflichtmitglieder (inkl. Arbeitslose). Während 1976 durchschnittlich weniger als vier AU-Tage auf Muskel- und Skeletterkrankungen entfielen, stiegen die Fehlzeiten bis 1991 auf fast acht AU-Tage je Pflichtmitglied. Zu diesem Zeitpunkt hatte diese Diagnosegruppe mit einem Anteil von über 30 % die größte Bedeutung für den gesamten Krankenstand. In den folgenden eineinhalb Jahrzehnten verringerte sich dieser Anteil etwas und blieb seit 2005 in der Größenordnung von 25,7 % bis 26,9 % der Ausfallzeiten. Bei Betrachtung der AU-Tage je Pflichtmitglied ist allerdings seit 2006 wieder ein Anstieg auf 4,3 AU-Tage zu konstatieren. Damit bilden die Muskel- und Skeletterkrankungen – hierunter überwiegend Rückenerkrankungen – weiterhin die gewichtigste Krankheitsgruppe bei Arbeitsunfähigkeit.

Die Bedeutung der psychischen Störungen ist dagegen kontinuierlich gewachsen. Die hierdurch ausgelösten Krankheitstage haben sich bei den BKK Pflichtmitgliedern von 1976 bis 2011 verfünffacht (1976: 0,46 Tage je Pflichtmitglied; 2011: 2,31 Tage je Pflichtmitglied);

ihr Anteil an den Fehlzeiten ist von 2,0 % auf 14,1 % angestiegen. Am bedeutendsten ist diese Krankheitsursache bei den Frauen, wo sie 2,8 AU-Tage je Mitglied ausmacht, während sie bei den Männern mit 1,8 AU-Tagen je Mitglied etwas weniger zu Buche schlägt und dort anteilmäßig die viertgrößte Krankheitsgruppe darstellt.

Die Atemwegserkrankungen bilden 2011 die drittwichtigste (13,9 % aller AU-Tage) und die häufigste (28,2 % aller AU-Fälle) Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Das höhere Gewicht bei der Betrachtung nach Fällen rührt daher, dass es sich im Vergleich zu anderen Krankheitsarten bei den Atemwegserkrankungen in vielen Fällen um akute Erkrankungen handelt, die durch kürzere Falldauern gekennzeichnet sind. Das bedeutet auch, dass der Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen üblicherweise von Jahr zu Jahr schwankt und stark durch jahreszeitbedingte Effekte wie saisonale Infektionswellen beeinflusst wird.

Im Zeitraum von 1976 bis 2006 kam es bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems zu



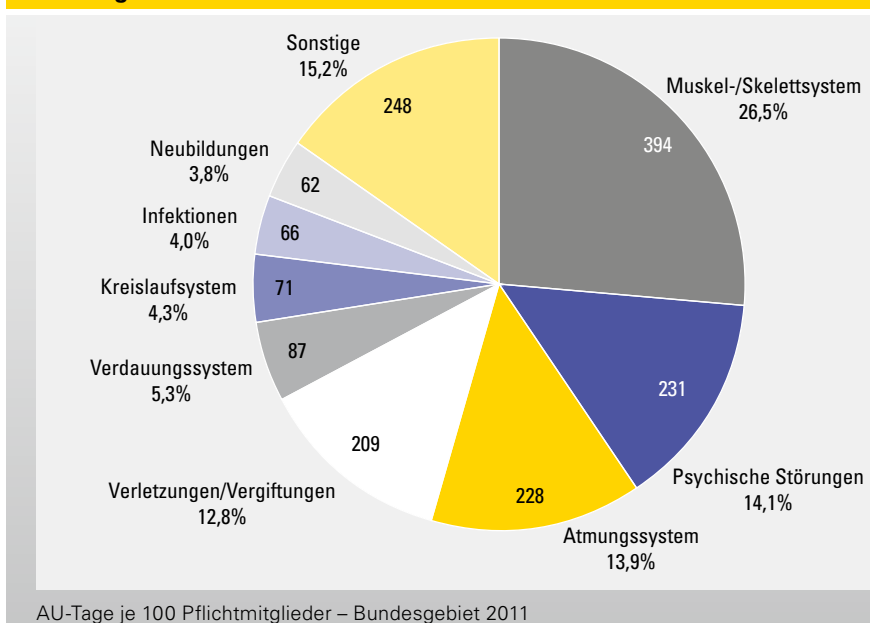
einem deutlichen Rückgang der Fehlzeiten über den allgemeinen Trend hinaus: Die mittleren AU-Tage je BKK Pflichtmitglied nahmen bei den Kreislauferkrankungen auf 21,2 % des Ausgangswertes (1976: 2,8 AU-Tage; 2006: 0,6 AU-Tage) und bei den Krankheiten des Verdauungssystems auf 28,2 % ab (1976: 2,9 AU-Tage; 2006: 0,8 AU-Tage).

Seit dem vorläufigen Minimum des Krankenstandes 2006 haben sich die Ausfallzeiten durch Verdauungserkrankungen (2011: 0,9 AU-Tage je Pflichtmitglied) sowie durch Verletzungen und Vergiftungen (2011: 2,1 AU-Tage) wenig verändert, mit einer Zunahme von 5,1 % bzw. 6,0 % gegenüber 2006. Demgegenüber betrug der Anstieg der AU-Zeiten seit 2006 über alle Krankheitsgruppen 27,6 %. Die relative Bedeutung dieser Gruppen hat somit in den letzten fünf Jahren weiter abgenommen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen war dagegen seit 2006 wieder eine Zunahme in Höhe des allgemeinen Trends zu verzeichnen (2011: 0,7 AU-Tage, +20,4 %).

Kapitel 2 geht ausführlicher auf geschlechtsspezifische Differenzen bei

Diagramm 1.7

Die häufigsten Krankheitsarten



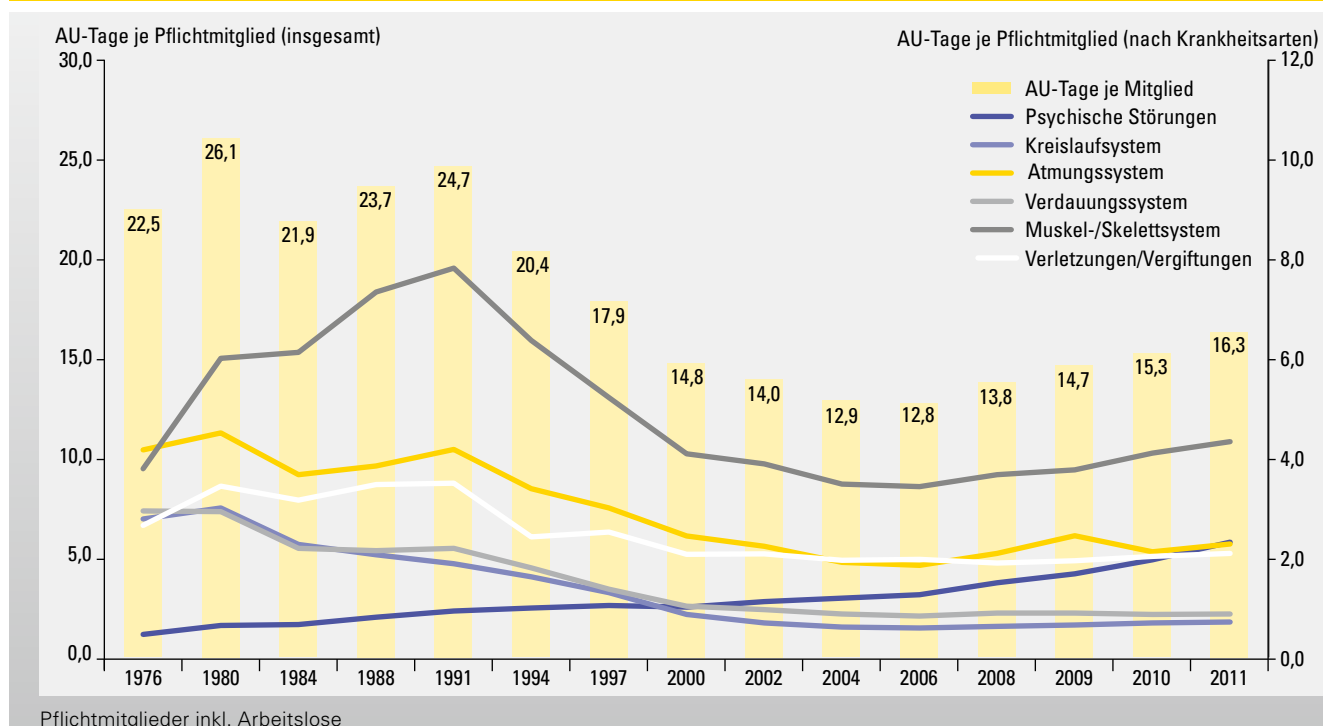
AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2011

Krankheiten ein, die eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen. Welche bewährten und auch neuen Möglichkeiten bestehen, um die Versorgung dieser wichtigsten Krankheitsgruppen zu optimieren und

Krankheitsfolgen zu begrenzen, wird in den Spezialbeiträgen des Themenblocks „Innovative Versorgungskonzepte“ näher beleuchtet.

Diagramm 1.8

Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976



Pflichtmitglieder inkl. Arbeitslose

1.1.4 Merkmale des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern

Für eine Analyse des Handlungsbedarfs bei der Prävention und Versorgung von Krankheit ist neben der Häufigkeit vor allem die Schwere der Erkrankungen entscheidend. Für die Daten zur Arbeitsunfähigkeit bedeutet dies, dass ein besonderes Augenmerk auf das Verhältnis von Fehlzeiten zur Fallzahl und auf die Krankengeldtage gelegt werden sollte. Erwartungsgemäß variieren die mittleren Falldauern je nach der zugrunde liegenden Krankheit.

Im Durchschnitt dauerte 2011 ein Arbeitsunfähigkeitsfall bei den BKK Pflichtmitgliedern 13,6 Tage. Die durchschnittliche Falldauer fiel damit erneut etwas höher aus als im Vorjahr (2010: 13,4 Tage). Die mit Abstand höchsten durchschnittlichen Falldauern waren bei den psychischen Erkrankungen mit 39,5 AU-Tagen je Fall und bei den Neubildungen (Tumorerkrankungen) mit 37,4 AU-Tagen je Fall zu verzeichnen (vgl. *Tabelle 2 im Anhang*). Herz- und Kreislauferkrankungen (21,9 Tage), Muskel- und Skeletterkrankungen (20,6 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (20,4 Tage) sowie Stoffwechselerkrankungen (19,3 Tage) begründeten immerhin noch Ausfälle von etwa drei Wochen je Krankenschreibung. Deutlich kürzere Fehlzeiten verursachten dagegen naturgemäß die Infektionskrankheiten (5,8 Tage je Fall) und Atemwegserkrankungen (6,7 Tage je Fall), bei denen es sich somit in erster Linie um akute Probleme und seltener um dauerhaft zur Arbeitsunfähigkeit führende Krankheiten handelt.

Noch deutlicher werden diese Unterschiede bei Betrachtung der Krankengeldleistungen als Indikator für langwierige Krankheitsverläufe, aufgeteilt nach beschäftigten und arbeitslosen BKK Pflichtmitgliedern (vgl. *Diagramm 1.9*). Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern wurden die meisten Krankengeldtage durch Muskel- und Skeletterkrankungen (30,5 %, –0,5 PP im Vergleich zum Vorjahr) und durch die psychischen Erkrankungen (21,9 %, +2,1 PP) verursacht. Über die Hälfte aller Krankengeldtage entfallen somit auf diese beiden Diagnosegruppen, ein Anteil, der noch höher ist als bei der Betrachtung aller

AU-Tage inkl. solcher ohne Krankengeldzahlung (vgl. *Diagramm 1.7*). Die Neubildungen fallen trotz ihrer großen Falldauern bei den Krankengeldleistungen etwas weniger ins Gewicht (7,3 % der Krankengeldtage), da sie im Vergleich zu den beiden vorgenannten Krankheitsgruppen mit 1,4 % aller AU-Fälle deutlich seltener auftreten.

Bei Arbeitslosen fallen sowohl mehr Arbeitsunfähigkeits- als auch mehr Krankengeldtage an. Im Vergleich zu den beschäftigten Pflichtmitgliedern meldeten ALG-I-Empfänger² mit insgesamt 27,0 Arbeitsunfähigkeitstagen je Mitglied 68,5 % mehr AU-Tage (vgl. *Kapitel 3*). Die durchschnittliche Falldauer war mit 41,7 Tagen sogar dreimal so hoch wie bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern. Dementsprechend war fast jeder zweite AU-Tag (49,2 %) von arbeitslosen Mitgliedern mit einer Krankengeldleistung verbunden. Am deutlichsten ist der Unterschied zwischen beschäftigten und arbeitslosen Pflichtmitgliedern bei den psychischen Störungen ausgeprägt, die bei Arbeitslosen für über ein Drittel (35,4 %) aller Krankengeldtage verantwortlich sind (vgl. *Diagramm 1.9*). Aber auch bei allen anderen Diagnosegruppen sind die Falldauern bei arbeitslosen Mit-

gliedern deutlich höher (vgl. *Tabelle 2 im Anhang*).

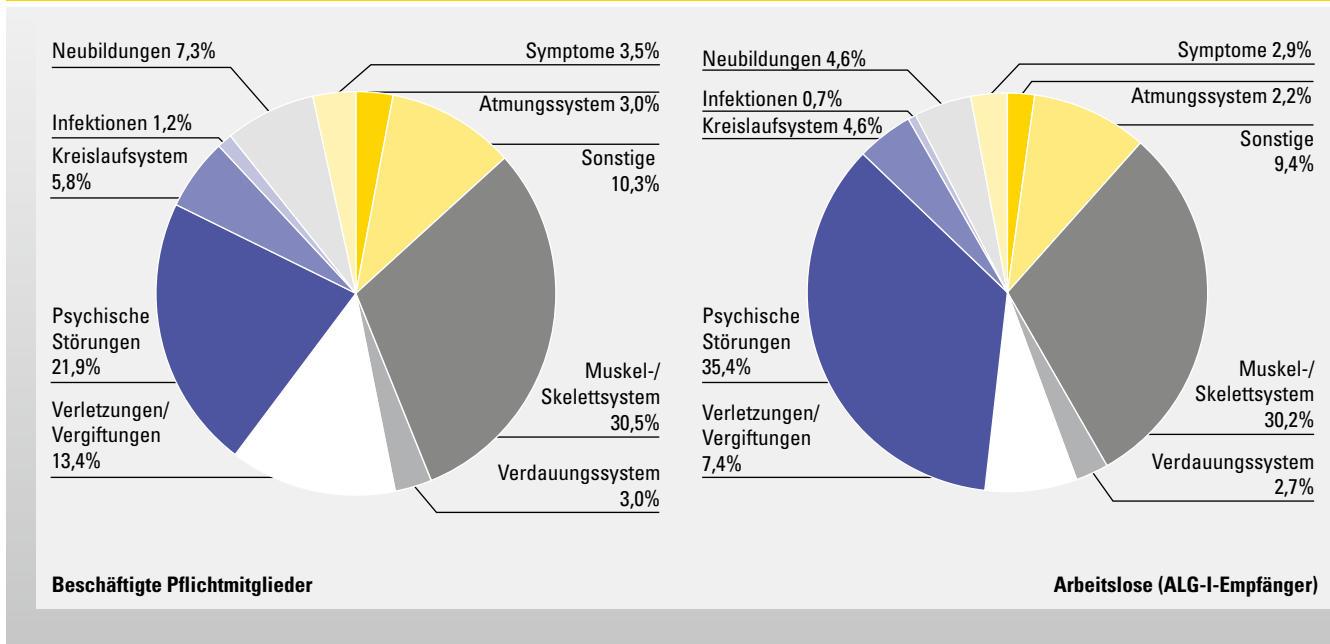
Aus dem oben Gesagten wird bereits die Bedeutung der Krankheitsgruppen mit langen mittleren Falldauern für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen deutlich. Tatsächlich sind es vor allem die Langzeit-AU-Fälle, welche die Höhe des Krankenstands insgesamt maßgeblich bestimmen: Fast die Hälfte aller Fehltagel entfielen 2011 auf die AU-Fälle mit über sechs Wochen Dauer (vgl. *Diagramm 1.10*), etwas mehr als im Vorjahr (2011: 48,1 %; 2010: 47,6 %). Dagegen schlugen die häufigeren, aber nur kurz dauernden AU-Fälle von bis zu drei Tagen (immerhin 35,2 % aller AU-Fälle) lediglich mit 5,3 % aller Fehlzeiten, die AU-Fälle von vier bis sieben Tagen (30,1 % aller AU-Fälle) mit 11,1 % aller Fehlzeiten zu Buche. Auch unter Berücksichtigung einer Unterfassung – abhängig z. B. von betrieblichen Vereinbarungen werden nicht alle Kurzzeitfälle dem Arbeitgeber und den Krankenkassen gemeldet – ist der Einfluss dieser Fälle auf den Krankenstand insgesamt moderat (vgl. auch *Tabelle 8 im Anhang*). AU-Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer finden sich mit zunehmendem Alter der Versicherten häufiger und machen bei 20- bis 24-jährigen

- Die durchschnittliche Falldauer der Arbeitsunfähigkeit steigt weiter an (2011: 13,6 Tage).
- Psychische Störungen und Tumorerkrankungen verursachen die längsten Fehlzeiten.
- 48,1 % aller Fehltagel sind durch Langzeit-AU-Fälle mit über sechs Wochen Dauer bedingt.

² Hier werden ausschließlich die ALG-I-Empfänger betrachtet, da nur diese krankengeldberechtigt sind und in der AU-Statistik geführt werden.

Diagramm 1.9

Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen



BKK Pflichtmitgliedern 1,8 % der Fälle und 26,4 % der Fehltage, bei den 60- bis 64-Jährigen dagegen 9,6 % der Fälle und 65,4 % der Fehltage aus. Die demografische Entwicklung dürfte somit zum Trend zu längeren Falldauern beitragen.

Das zunehmende Gewicht der Langzeitfälle zeigt sich auch bei den Krankengeldtagen. Jeder zwanzigste Arbeitsunfähigkeitsfall bzw. 31,7 % aller Fehltage der BKK-Pflichtmitglieder waren 2011 mit einer Krankengeldleistung verbunden. Dies bedeutet eine weitere Steigerung der Langzeit-AU-Fälle gegenüber den Vorjahren (2010: 30,7 % der AU-Tage; 2009: 27,8 %).

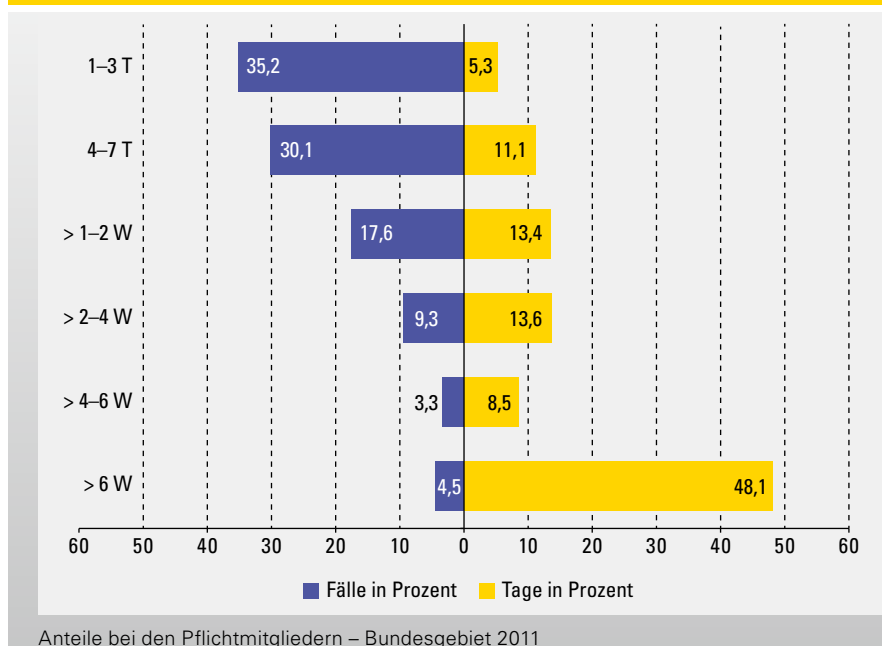
Bezieht man die Krankheitstage auf die einzelnen BKK Versicherten, zeigen sich ebenfalls die langdauernden Krankheitsfälle als wesentliche Determinante des Krankenstandes. 41,7 % der BKK Pflichtmitglieder hatten 2011 gar keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt. Von weiteren 21,9 % der Pflichtmitglieder wurden nur wenige Fehltage (bis zu sieben Tage im Jahr) gemeldet, was in der Summe 5,3 % aller AU-Tage entspricht. Dagegen verursachten die 8,2 % der pflichtversicherten Mitglieder mit den meisten Fehlzeiten pro Person, d.h. mehr als 42 Ausfalltagen

im Jahr, immerhin 62,6 % aller AU-Tage. Gegenüber den Vorjahren ist der Anteil der Pflichtmitglieder mit solch längeren Krankheitszeiten (von mehr als sechs Wochen im Jahr) weiter gestiegen (2010: 7,6 % der Pflichtmitglieder; 2009: 7,1 %). Die Spezialbeiträge des Themenblocks

„Leben mit Krankheit“ beschäftigen sich über den Aspekt der Arbeitsunfähigkeit hinausgehend mit Strategien zum Umgang mit diesen Erkrankungen, die durch langdauernde oder chronische Verläufe charakterisiert sind.

Diagramm 1.10

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer



1.2 Ambulante ärztliche Versorgung

Ergänzend zur Arbeitsunfähigkeit werden in diesem Abschnitt die in der ambulanten ärztlichen Behandlung dokumentierten Diagnosegruppen betrachtet. Damit wird nun der Blick auf alle Versicherten gerichtet und auch das Krankheitsgeschehen der noch nicht erwerbstätigen Kinder und Jugendlichen sowie der Erwachsenen im Rentenalter beleuchtet.

Die Daten beziehen sich auf die ambulanten Diagnosen von 12,0 Millionen BKK Versicherten aus dem Jahr 2011. Zu Vergleichszwecken werden die Daten der Jahre 2010 und 2009 herangezogen. In diesem Zusammenhang geht es nicht um die Darstellung des vollständigen ambulanten Abrechnungsgeschehens (Fallzahlen, Ausgaben, Arztkontakte, Arztgruppen etc.), sondern um die in der ambulanten Versorgung erkennbaren Verteilungen der Krankheitslasten unter soziodemografischen Gesichtspunkten.

Im Jahr 2011 waren 89,5 % der BKK Versicherten in ambulanzärztlicher Behandlung. Von den weiblichen Versicherten konsultierten 92,9 % einen niedergelassenen Arzt, während bei den männlichen Versicherten „nur“ 86,0 % einen Arzt aufsuchten. Nach Altersgruppen betrachtet waren Versicherte ab 65 Jahren mit 95,0 % am häufigsten in ärztlicher Behandlung; bei den unter 20-jährigen waren es 91,6 % und bei den 20- bis unter 65-jährigen waren es 87,5 %. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen nach demografischen Merkmalen findet sich in *Kapitel 3.1.2*. Arbeitslose konsultierten mit 77,4 % wesentlich seltener einen niedergelassenen Arzt als beschäftigte Mitglieder mit 87,8 %.

Diagramm 1.11 zeigt die ärztliche Betreuung für fünf wichtige ambulante Diagnosegruppen. Dabei wird dargestellt, wie viel Prozent der BKK Versicherten eine bestimmte Diagnose mindestens einmal innerhalb des Jahres 2011 sowie in den beiden Vorjahren erhalten haben. Die meisten Arztbesuche fanden im Jahr 2011 wegen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems statt, deretwegen sich 40,4 % der BKK Versicherten in eine ambulante ärztliche Behandlung begaben. Fast genauso viele Versicherte (40,0 %) mussten ihren Arzt mindestens

- 89,5 % der BKK Versicherten konsultierten 2011 einen niedergelassenen Arzt.
- Die häufigsten Gründe für einen Arztbesuch sind unverändert Krankheiten des Bewegungsapparats sowie Atemwegserkrankungen.

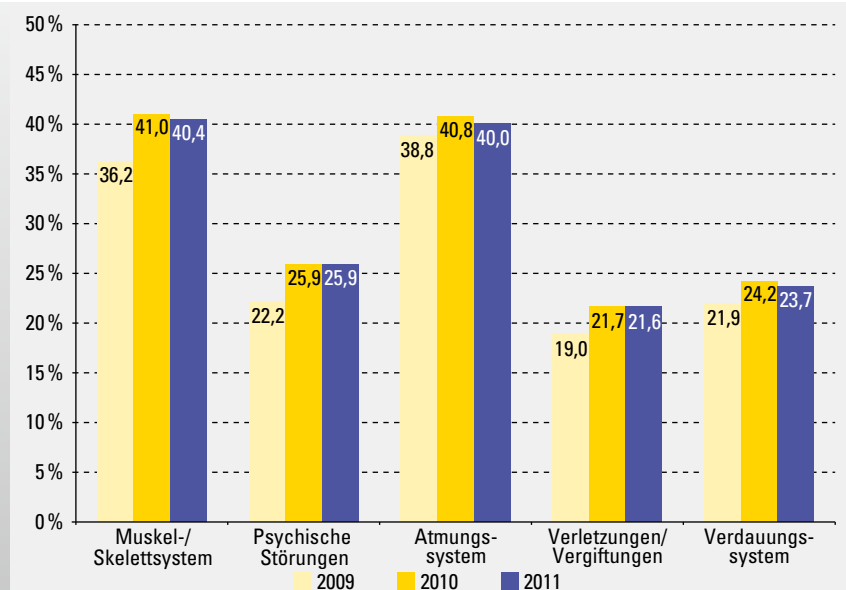
einmal wegen einer Atemwegserkrankung aufsuchen. Über ein Viertel der BKK Versicherten nahmen eine ambulante Betreuung wegen einer Diagnose aus der Gruppe psychischer Störungen in Anspruch, etwas mehr als es für Verletzungen und Vergiftungen bzw. für Erkrankungen des Verdauungssystems der Fall war.

Im Vergleich zu den Vorjahren blieb das Verteilungsmuster zwischen den Diagno-

sengruppen größtenteils gleich. Lediglich bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und den Atemwegserkrankungen kam es – bedingt durch den deutlich stärkeren Anstieg des ärztliche Hilfe suchenden Versichertenanteils (+4,8 Prozentpunkte vs. +2,0 PP) – zu einem Tausch der Rangplätze ab 2009. Details zu der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Behandlung auf Ebene von Einzeldiagnosen sind in *Kapitel 2.2* ausgeführt.

Diagramm 1.11

Ambulante Diagnosen 2009–2011 nach Krankheitsarten



Anteil Versicherter mit ICD

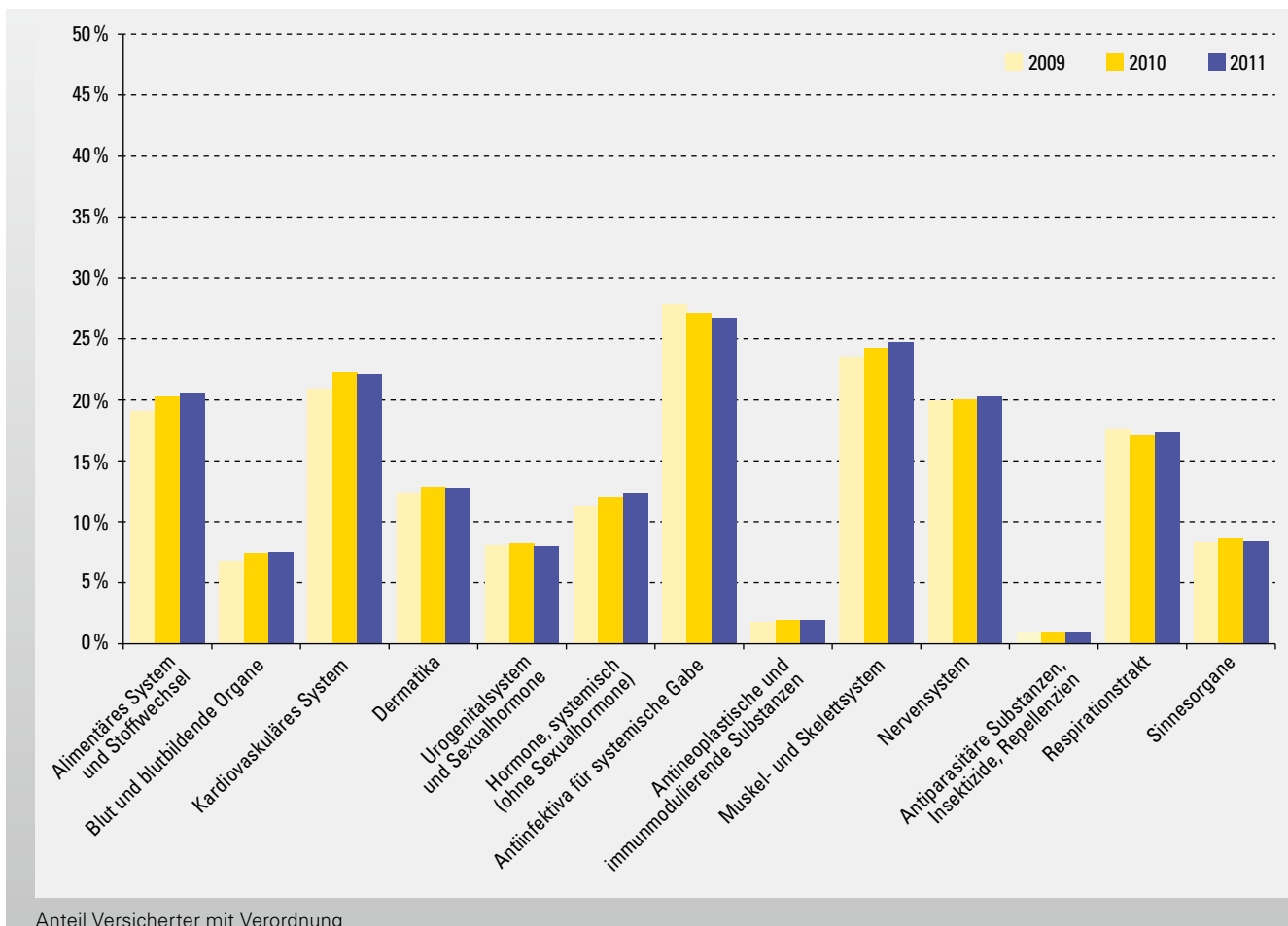
1.3 Arzneimittelverordnungen

Die Einbeziehung der Verordnungsdaten von Arzneimitteln ergänzt die Beschreibung des Krankheitsgeschehens um Erkrankungen, die nicht unmittelbar mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Dies kann einerseits in der Natur der jeweiligen Erkrankung liegen, andererseits dadurch bedingt sein, dass es sich um nicht berufstätige Versicherte handelt, z. B. Kinder und Jugendliche sowie Rentner. Dennoch können auch diese Erkrankungen eine große Bedeutung haben. Grundlage der folgenden Analyse für das Jahr 2011 sind 86,5 Mio. Einzelverordnungen an 12,0 Mio. Versicherte. Die Medikamentenverordnungen werden dabei anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC-Klassifikation) gruppiert.

- 67,2 % der BKK Versicherten erhielten 2011 eine Arzneimittelverordnung
- Über ein Viertel der BKK Versicherten erhielt 2011 eine Verordnung über ein Medikament gegen Infektionskrankheiten.
- Fast ebenso viele Versicherte bekamen Mittel gegen Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems verordnet.

Diagramm 1.12

Arzneimittelverordnungen 2009–2011 nach ATC-Code



Dieses Klassifikationssystem ordnet Arzneistoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie anhand anatomischer Kriterien. Die Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen zusammengefasst.

Diagramm 1.12 zeigt den Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung eines Arzneimittels aus einer bestimmten ATC-Gruppe im Jahr 2011 sowie in den beiden Vorjahren. Im Vergleich der Jahre unterscheidet sich das Muster der Versichertenanteile mit Verordnung (die Rangfolge der Medikamentengruppen) praktisch nicht. Die größte Versichertengruppe (26,7 %) stellten wie in den Vorjahren die Personen, die Antinfektiva zur systemischen Anwendung (dazu gehören u. a. Antibiotika und Impfstoffe) verordnet bekamen. An den Medikamentenverordnungen dieser Gruppe wird die Häufigkeit infektiöser Erkrankungen deutlich. Allerdings nahm dieser

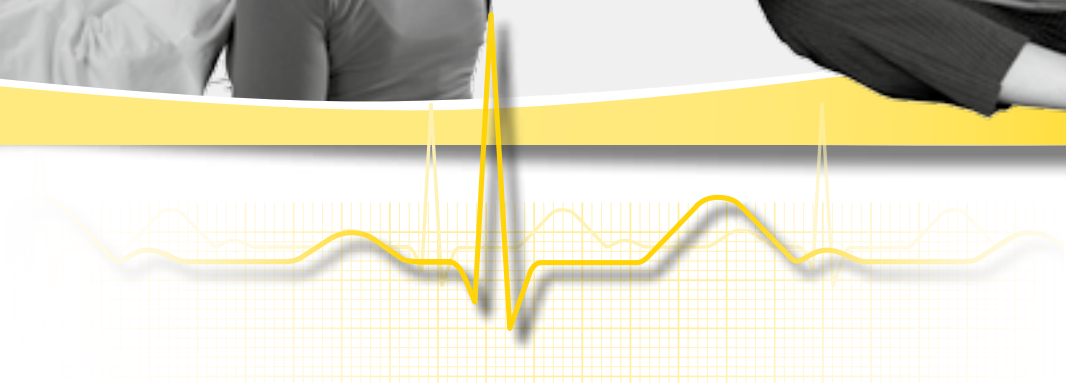
Anteil der Versicherten in den beiden letzten Jahren etwas ab (2009: 27,8 %; 2010: 27,1 %). Ein im Vergleich zu 2009 zunehmend größerer Personenkreis erhielt 2011 dagegen Verordnungen von Medikamenten gegen Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems (24,7 %, u. a. Schmerzmittel und Rheumamittel), Herz-Kreislauf-Medikamente (22,1 %), Präparate zur Behandlung von Störungen des Stoffwechsels und des Magen-Darm-Trakts (20,6 %, inkl. Antidiabetika, Säurehemmer und Abführmittel) sowie am Nervensystem wirkende Medikamente (20,3 %, z. B. Schmerzmittel und Psychopharmaka).

Detaillierte Angaben zur Rezeptverordnung bei den Geschlechtern und in den verschiedenen Altersklassen finden sich in *Kapitel 3.1.3* und eine Analyse des Einflusses der sozialen Lage in *Kapitel 3.2.3*. Eine weitere Differenzierung anhand der dreistelligen ATC-Kodes ist in *Kapitel 2.3* dargestellt.



Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben

Überblick



Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben: Herausforderungen für die Versorgung

Doris Schaeffer
Universität Bielefeld

Angesichts der stetig steigenden Lebenserwartung und der weiterhin anhaltenden Zunahme chronischer Gesundheitseinbußen und Krankheiten kommt Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung eine wachsende Bedeutung zu, um den Eintritt von Gesundheitsrisiken zu verhindern und Ausmaß und Folgen bereits vorhandener Gesundheitsstörungen zu begrenzen. Dabei sind verstärkt innovative Ansätze gefordert, die in den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs – von der frühen Kindheit bis in das hohe Alter – und Settings (egal, ob im Kindergarten, in der Familie, im Betrieb oder Altenheim) mit unterschiedlichsten Strategien und Konzepten dazu beitragen, dass die Gesundheitskompetenz und das in Teilen der Bevölkerung noch unbefriedigende Health-Literacy-Niveau steigen und die Sensibilität für Fragen der Gesundheit und der Gesundheitserhaltung weiter wächst. Ressourcenschwachen Bevölkerungsgruppen ist dabei besondere Aufmerksamkeit zu schenken, wie seit langem betont wird (z. B. SVR 2005). Ähnliches gilt für bislang wenig beachtete Settings – wie etwa die Langzeitversorgung – und bestimmte Phasen im Lebenslauf. So ist es angesichts des voranschreitenden demografischen Wandels erforderlich, das Alter und die lange Jahre wenig beachtete Gruppe der älteren und alten Menschen intensiver zum Gegenstand von Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepten zu erheben, wie auch das jüngst erschienene Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ unterstreicht (BMG 2012; Thelen et al. 2012). Nicht weniger wichtig ist, angesichts des prognostizierten Anstiegs der Zahl Pflegebedürftiger in den kommenden Jahren die Prävention

von Pflegebedürftigkeit behertzt anzugehen. Allerdings fehlt es dafür noch an innovativen und über den präventiven Hausbesuch hinausgehenden Konzepten.

Herausforderungen stellen sich jedoch auch, wenn es um das Thema „Krankheit versorgen“ und damit um die Gestaltung der Versorgung geht. Sowohl die Gesundheitsprobleme im Alter wie auch die bei chronischer Krankheit haben zumeist vielschichtigen und komplexen Charakter und benötigen entsprechende Antworten seitens des Versorgungswesens: nämlich mehrdimensionale und multiprofessionelle Versorgungsmodelle, die langfristig angelegt sind, über die Grenzen von Einrichtungen und Sektoren hinwegreichen und während aller Phasen des Krankheitsverlaufs eine hinreichend umfassende, *lückenlose* und integrierte Versorgung gewährleisten. Über die Wichtigkeit integrierter, sektorenübergreifender Versorgungskonzepte und -modelle herrscht seit langem Konsens – auch in der Gesundheitspolitik. Und doch haben sich integrierte Versorgungsmodelle nicht so realisiert wie erhofft, wie auch das letzte Gutachten des Sachverständigenrats (SVR 2012) zeigt: ihre Zahl ist geringer als erwünscht und stagniert seit Auslaufen der Anschubfinanzierung. Auch lassen sich Engführungen beobachten: So ist beispielsweise die Pflege bislang kaum in die Modelle integriert, und insgesamt besteht unter dem Gesichtspunkt der Multiprofessionalität Verbesserungsbedarf. Auch hier sind also weiterhin Innovationen gefordert.

Das zeigt sich ebenso mit Blick auf Schnittstellenprobleme, die auch in integrierten Versorgungsmodellen nicht

automatisch behoben sind, sondern hier ebenfalls gezielter Maßnahmen bedürfen, um ausgeräumt werden zu können. Schnittstellenprobleme zeigen sich an vielen Stellen im Gesundheitswesen, besonders aber beim Übergang von der akutstationären in die ambulante Versorgung, weshalb sich der Sachverständigenrat dieser Schnittstelle gezielt gewidmet hat (SVR 2012). Besonders bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ziehen Schnittstellenprobleme oft Diskontinuitäts- und Desintegrationserscheinungen nach sich. Gerade bei chronischer Krankheit und Multimorbidität im Alter hat dies zur Folge, dass die Versorgungsverläufe in Turbulenzen geraten, die neue und oft kostenintensive Probleme provozieren, Chronifizierungen befördern und die Erkrankten nicht selten in das Krankenhaus zurückführen (Wingenfeld 2010). Der Verbesserung des Entlassmanagements, wie es jetzt mit dem § 39 Abs. 1 SGB V gefordert wird, kommt daher hohe Bedeutung für die Behebung von Schnittstellenproblemen zu. Es umfasst Maßnahmen auf der Ebene der Kooperation und Kommunikation der Gesundheitsprofessionen (etwa von Medizin zu Medizin, Pflege zu Pflege etc.), aber auch eine andere Organisation des Entlassungsprozesses und der Entlassungsvorbereitung von Patienten und Angehörigen, wie sie schon mit dem im Jahr 2002 erstmals verabschiedeten und 2009 überarbeiteten Nationalen Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP 2009) angeschoben werden sollten und vielerorts bereits in ersten Schritten initiiert wurden. Hier weiteren Progress zu erzielen wird eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein. Auch dabei ist Innovationsmöglichkeiten besondere Beachtung zu schenken – so etwa

der Erprobung von multiprofessionellen Entlassungsteams oder von Transitional-Care-Modellen, ebenso den Möglichkeiten der Kommunikations- und Informationstechnologie, so sie hinreichende Sicherheit gewährleisten. Das gilt auch für den Einsatz von Case Management, das dazu dient, bestehende Strukturdefizite auf individueller Ebene zu kompensieren und während des gesamten Krankheitsverlaufs eine kontinuierliche und integrierte Versorgung zu gewährleisten. Das in Deutschland lange Jahre diskutierte Case Management hat inzwischen vermehrt Einkehr in den Versorgungsalltag gefunden; die Umsetzung bleibt aber oft noch hinter den Potenzialen für die Realisierung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung zurück.

Eine weitere Herausforderung bei der Versorgungsgestaltung besteht darin, den Patienten und Nutzern selbst mehr Beachtung zu schenken, sie intensiver einzubinden und partizipativ am Versorgungsgeschehen zu beteiligen (Dierks et al. 2006) und – last but not least – ihnen die dazu nötige Information, Beratung und edukative Unterstützung zukommen zu lassen und ihre Kompetenz zu stärken (s. auch SVR 2003, Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2012), wie übrigens im Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement bereits vorgeschlagen ist.

Die Stärkung der Nutzerkompetenz und die Förderung von Health Literacy und Patientenedukation mit dem Ziel der Selbstmanagementförderung und des Empowerments sind Maßnahmen und Konzepte, die auch dann von Bedeutung sind, wenn es darum geht, mit Krankheit zu leben. Für chronische Krankheiten gilt

das ganz besonders, denn aufgrund ihrer Irreversibilität geht es bei ihnen nicht um Heilung, sondern um langfristiges Management eines Zustands, das durch die wechselhafte und unkalkulierbare Verlaufsdynamik erschwert wird. Patienten und Nutzern kommt dabei ein entscheidender Part zu: Monitoring von Symptomen, Selbstbeobachtung, Selbststeuerung und Selbstmanagement durch das Auf und Ab chronischer Krankheit sind wichtige Aufgaben. Damit einhergehend sind Information, Vermittlung von Gesundheits- und Krankheitswissen, Beratung, doch vor allem Kompetenzförderung und Selbstmanagementunterstützung in allen Phasen des Krankheitsverlaufs zu wichtigen Aufgaben geworden – eine Entwicklung, die in ihrer Tragweite im Gesundheitswesen noch keineswegs hinreichend erkannt und beantwortet ist. Dem Stellenwert dieser Aufgaben angemessener zu entsprechen ist künftig daher eine wichtige Aufgabe (s. auch SVR 2012).

Das gilt vor allem für die institutionalisierte Patienteninformation/-beratung, in der in den letzten Jahren ein beachtlicher, aber noch nicht ausreichender Ausbau erfolgt ist, sowie auch für die Patientenedukation/-bildung. Ein Großteil der Maßnahmen zur Patientenedukation schenkt – trotz entgegengesetzter Absichtserklärung – der Kompetenz- und Selbstmanagementförderung und Vermittlung von konkreten Fähigkeiten sowie dem Empowerment zu wenig Beachtung. Viele der Maßnahmen widmen der Binnensicht der Erkrankten und den sich ihnen aus *ihrer* Sicht stellenden Problemen im Umgang mit der Krankheitssituation zu wenig Aufmerksamkeit (Boyer/Lutfey 2010; Petermann/Schaeffer 2011). Auch

die Bewältigung des Krankheitsgeschehens im Alltag und die Herausforderungen, die es für die Erkrankten mit sich bringt, sind noch zu wenig Gegenstand entsprechender Maßnahmen, und insgesamt fehlt es an einem zielgruppenspezifischen Zuschnitt. Und schließlich: In manchen Versorgungsbereichen ist die Patientenedukation/-bildung inzwischen recht gut ausgebaut (so etwa in der Rehabilitation), in anderen hingegen kaum (etwa der Langzeitversorgung).

Herausforderungen bestehen jedoch auch auf dem Gebiet der Patienten-/Nutzerinformation. Damit Information angenommen werden kann, muss sie leicht auffindbar, gut erschließbar, verständlich und verwendungsrelevant sein, den Präferenzen und Rezeptionsgewohnheiten der Nutzer entsprechen und außerdem zielgruppenspezifisch zugeschnitten sein. Kurzum, sie muss Nutzerfreundlichkeit aufweisen, und das gilt auch und besonders für internetbasierte Information, die immer mehr an Stellenwert gewinnt. Weitere Aufgaben bestehen mit Blick auf das Spektrum an Interventionsstrategien. Denn Information und Patientenedukation/-bildung allein sind als Interventionsstrategien nicht ausreichend (Coulter/Ellins 2007). Vor allem für vulnerable Patienten-/Nutzergruppen, beispielsweise für Pflegebedürftige, sind außerdem begleitende bzw. anwaltschaftliche Formen der Unterstützung erforderlich.

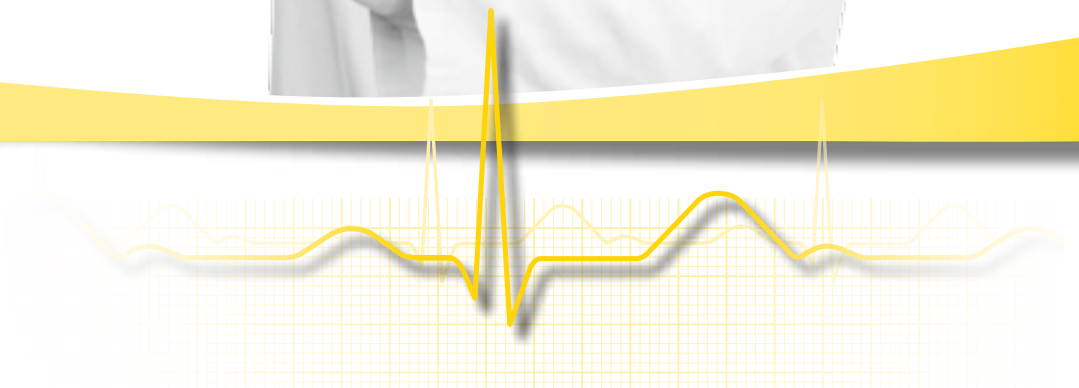
Zusammenfassend zeigt all dies, dass auch weiterhin Engagement erforderlich ist, um der Prämisse dieses Reports – Gesundheit fördern, Krankheit versorgen, mit Krankheit leben – gerecht zu werden.

Literatur

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Berlin
- BOYER, C. A. LUTFEY K. E. (2010): Examining Critical Health Policy Issues within and beyond the Clinical Encounter. *Journal of Health and Social Behavior* 51, pp. 80–93
- COULTER, A./ELLINS, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 335, pp. 24–27
- DIERKS, M.-L. ET AL. (2006): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin:RKI
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (DNQP) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege.1. Aktualisierung. Hochschule Osnabrück
- PETERMANN, F./SCHAEFFER, D.(2011): Patientenberatung/Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Neuausgabe. Gamburg: Conrad Verlag, 413–416
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten., Bonn: SVR
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (SVR) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. Bonn: SVR
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittpunkte zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten.Bonn: SVR
- SCHAEFFER, D. (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf – Status Quo der Theorie-diskussion. In: Schaefer, D. (Hrsg): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 15–51
- SCHAEFFER, D./SCHMIDT-KAEHLER, S. (2012): Patientenberatung: wachsende Bedeutung und neue Aufgaben. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber, 11-21
- THELEN, M. ET AL. (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55, 991–997
- WINGENFELD, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart

2

Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen



2 Häufigste Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

Der diesjährige Report beschäftigt sich mit den Schwerpunkten Prävention („Gesundheit fördern“), Behandlung („Krankheit versorgen“) und Krankheitsbewältigung („mit Krankheit leben“). Aufgrund der Bedeutung der Auswertung der AU-Diagnosen und der ambulanten Diagnosen für den gewählten Fokus ist das Kapitel „Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen“ in diesem Jahr innerhalb des Reports nach vorne gerückt. Nachdem in Kapitel 1 zusammenfassend über das Krankheitsgeschehen berichtet worden ist, soll nun im Einzelnen auf die häufigsten Diagnosen und Diagnosegruppen eingegangen werden. Dies ermöglicht eine detailliertere Betrachtung der unterschiedlichen Krankheitsbilder, die ansonsten in den ICD-Hauptgruppen zusammengefasst werden.

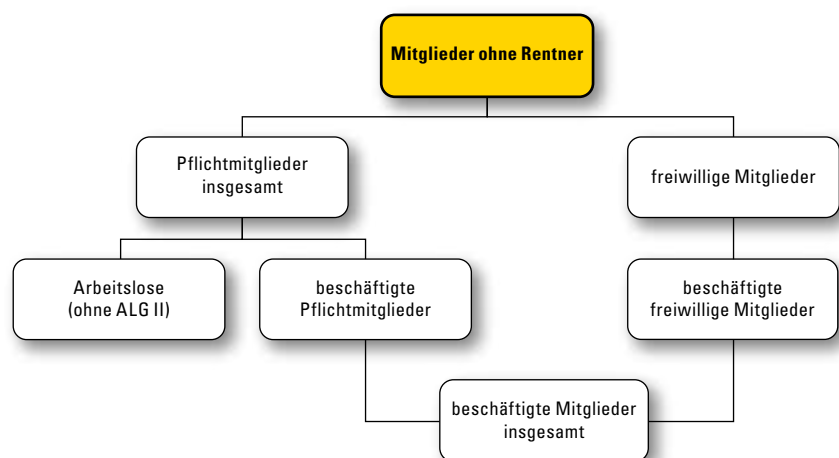
Bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen und Diagnoseuntergruppen ist zu unterscheiden, in welchem Zusammenhang die Diagnosestellung erfolgte. Im ersten Teil dieses Kapitels soll der Schwerpunkt auf der Darstellung derjenigen Diagnosen liegen, die am häufigsten eine Arbeitsunfähigkeit begründet haben. Diese Erkrankungen sind jedoch nicht zwangsläufig dieselben, die im Rahmen der ambulanten Behandlung am häufigsten gestellt wurden. Daher wird im zweiten Teil dieses Kapitels eine Darstellung der häufigsten ambulanten Diagnosen und Diagnosegruppen folgen. Hier werden auch Erkrankungen auffallen, deren Verlauf zwar langwierig oder chronisch ist, die jedoch nicht immer zu langen AU-Zeiten führen müssen. Die Herausforderung und der Fokus liegt bei diesen Erkrankungen darin, mit der Erkrankung zu leben und zu arbeiten (s. den *Sonderbeitrag von Doka, Eggers und Eis* „Leben und Arbeiten mit chronischer Erkrankung“; S. 183 ff.).

Werden Diagnosen betrachtet, so ist die verwendete Verschlüsselung zentral bedeutsam. Basis der Diagnose-daten im vorliegenden Report ist der ICD-10. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese 10. Revision der ICD-Klassifikation ein sehr viel differenzierteres Schlüsselsystem darstellt als die 9., die bis zum Jahre 2000 Grundlage dieser Statistik war. Vergleiche mit früheren Jahresergebnissen sind also auf der Ebene der Einzeldiagnosen nur bedingt möglich, auch wenn lediglich die ersten drei Stellen der Schlüsselnummern berücksichtigt werden. Zu beachten ist außerdem, dass bei den AU-Daten Mehrfachdiagnosen innerhalb eines Falls nicht berücksichtigt werden, sodass Multimorbidität nicht abgebildet wird. Im zweiten Teil des Kapitels, in dem die häufigsten ambulanten Einzeldiagnosen dargestellt werden, wird betrachtet, wie viel Prozent der BKK Versicherten eine bestimmte Diagnose mindestens einmal innerhalb eines Jahres erhalten haben. Bei der Analyse der ambulanten Daten werden also mehrere Diagnosen eines Patienten berücksichtigt. Allerdings gibt es bisher keine Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnosen, da die geplante Ein-

führung von Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich, die dies vorsah, nicht umgesetzt wurde.

Im letzten Teil dieses Kapitels wird die Gesundheitsberichterstattung durch die Betrachtung der Arzneimittelverordnungen vervollständigt. Die Arzneimittelverordnungen lassen Rückschlüsse zu auf Erkrankungen, die sich nicht oder nur im geringem Maße in Arbeitsunfähigkeit niederschlagen und die Betrachtung der verordneten Arzneimittelgruppen gibt darüber hinaus einen wichtigen Einblick in das Versorgungsgeschehen.

Im diesjährigen Report wurde eine Vereinheitlichung der betrachteten Grundgesamtheiten angestrebt. Die Angaben in diesem Kapitel zur Arbeitsunfähigkeit beziehen sich daher auf 1.000 Mitglieder ohne Rentner (siehe Übersicht). Die Angaben zur ambulanten Versorgung und zu den Arzneimittelverordnungen umfassen alle Versicherten. In einzelnen Darstellungen kann dies eine Änderung gegenüber dem Vorjahr bedeuten. Nicht dargestellte, weitere Einzelauswertungen sind beim BKK Bundesverband auf Anfrage erhältlich.



2.1 Arbeitsunfähigkeit

Table 2.1 zeigt die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen nach Arbeitsunfähigkeitstagen.

Bei beiden Geschlechtern werden die mit Abstand meisten AU-Tage von den Krankheiten des *Muskel- und Skelettsystems* verursacht, nämlich bei den Frauen 3.380 Tage pro 1.000 Mitglieder und bei den Männern 4.073 Tage. An zweiter Stelle stehen die *Atemwegserkrankungen*, die bei der Anzahl der Fälle pro Mitglied Spitzenreiter sind (im Durchschnitt 304,1 Fälle pro 1.000 Mitglieder). Wegen der häufig kurzen Krankheitsdauer (im Durchschnitt 6,7 Tage je Fall), ist die Zahl der AU-Tage je 1.000 Mitglieder jedoch mit 2.026 Tagen deutlich niedriger als bei den *Muskel- und Skeletterkrankungen*.

Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, so finden sich allerdings deutliche Unterschiede in der Rangfolge: Bei den Männern folgt an zweiter Stelle die Gruppe der *Verletzungen und Vergiftungen* mit 2.199 AU-Tagen pro 1.000 Mitglieder. Bei den Frauen wird der zweite Platz von den *psychischen Erkrankungen* eingenommen, mit 2.618 AU-Tagen pro

1.000 Mitglieder. In allen drei Diagnosehauptgruppen haben die Fallzahlen bei Männern und bei Frauen im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Während bei den *Atemwegserkrankungen (J00–J99)* und den *Erkrankungen des Mus-*

kel-Skelett-Systems (M00–M99) einstellige Anstiege zu verzeichnen sind (ICD J00–J99: 5,1 % bei den AU-Fällen und 5,9 % bei den AU-Tagen; ICD M00–M99: 3,3 % bei den AU-Fällen und 3,3 % bei AU-Tagen), sind die Anstiege bei den

- Erstmals stehen psychische Erkrankungen in der Gesamtübersicht der wichtigsten Diagnosehauptgruppen an dritter Stelle.
- Neurotische Störungen (F48) sind bei den Frauen von Platz acht auf Platz fünf der Einzeldiagnosen nach AU-Tagen aufgestiegen.
- „Rückenschmerzen“ ist weiterhin bei beiden Geschlechtern die Einzeldiagnose, die die meisten AU-Tage verursacht.

Table 2.1

Die drei wichtigsten Diagnosegruppen nach AU-Tagen

Rang	ICD-Bereich	Bezeichnung	AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall
Frauen					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	157,0	3.380	21,5
2.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	67,8	2.618	38,6
3.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	332,4	2.182	6,6
Männer					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	208,2	4.073	19,6
2.	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen	107,8	2.199	20,4
3.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	281,8	1.903	6,8
Gesamt					
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	185,7	3.768	20,3
2.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	304,1	2.026	6,7
3.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	51,7	2.024	39,2

* je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

psychischen Störungen im zweistelligen Bereich: 11,7 % bei den AU-Fällen und 15,6 % bei den AU-Tagen. Damit haben die psychischen Störungen in der Gesamtübersicht für beide Geschlechter 2011 erstmals die Verletzungen und Vergiftungen vom dritten Platz verdrängt.

Table 2.2 zeigt die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen im Hinblick auf das AU-Geschehen bei Männern und Frauen. Diese sind erwartungsgemäß überwiegend den häufigsten Diagnosehaupt-

gruppen zuzuordnen. Eine bedeutsame Ausnahme bildet das *Mammakarzinom (C50)*, das bei den Frauen Rang sechs der Einzeldiagnosen nach AU-Tagen einnimmt. Im Vorjahr noch auf Rang fünf wurde der Brustkrebs 2011 von den anderen *neurotischen Störungen (F48)* verdrängt, die im Vorjahr noch an achter Stelle lagen.

Die wichtigsten Einzeldiagnosen und Diagnoseuntergruppen werden im Folgenden nochmals differenzierter darge-

stellt. Wiederum gesondert betrachtet wird im Unterkapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ das Burn-out-Syndrom, das zwar keinen eigenen Diagnoseschlüssel besitzt, aber weiterhin ein bedeutender Faktor im AU-Geschehen ist.

Tabelle 2.2

Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen

Frauen			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	974,2
2.	F32	Depressive Episode	953,4
3.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	763,7
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	508,9
5.	F48	Andere neurotische Störungen	289,5
6.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	288,1
7.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	266,7
8.	J20	Akute Bronchitis	264,5
9.	M75	Schulterläsionen	235,0
10.	F45	Somatoforme Störungen	232,1
Männer			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	1.338,0
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	667,7
3.	F32	Depressive Episode	562,8
4.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	330,2
5.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	296,9
6.	M75	Schulterläsionen	293,4
7.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	272,1
8.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	253,2
9.	J20	Akute Bronchitis	253,2
10.	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	224,4

* je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

2.1.1 Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems

Die *Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems* verursachten im Jahre 2011 3,8 AU-Tage pro BKK Mitglied und spielten somit erneut eine bedeutsame Rolle.

Dabei fanden sich unter den Top Ten der Einzeldiagnosen bei den Männern erneut vier und bei den Frauen drei Diagnosen aus dieser Diagnosegruppe (vgl. Tabelle 2.2). Bei Frauen und Männern nahm gleichermaßen die Einzeldiagnose *Rückenschmerzen (M54)* hinsichtlich der verursachten AU-Tage die Spitzenposition ein. Bei den Frauen verursachte diese Diagnose 974 AU-Tage pro 1.000 Mitglieder, das sind 6,7 % aller AU-Tage, bei den Männern waren es sogar 1.338 AU-Tage; das entspricht 9,5 % aller AU-Tage. Aufgrund der Bedeutung dieser Diagnose wird im *Sonderbeitrag von Schuldt und Würfel*, „Innovative Behandlung chronischer Rückenschmerzen – Ein Versorgungsangebot der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft in NRW“ (S. 131 ff.) speziell auf besonders innovative Versorgungsformen bei Rückenschmerzen eingegangen.

Die *Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems* nahmen insgesamt im

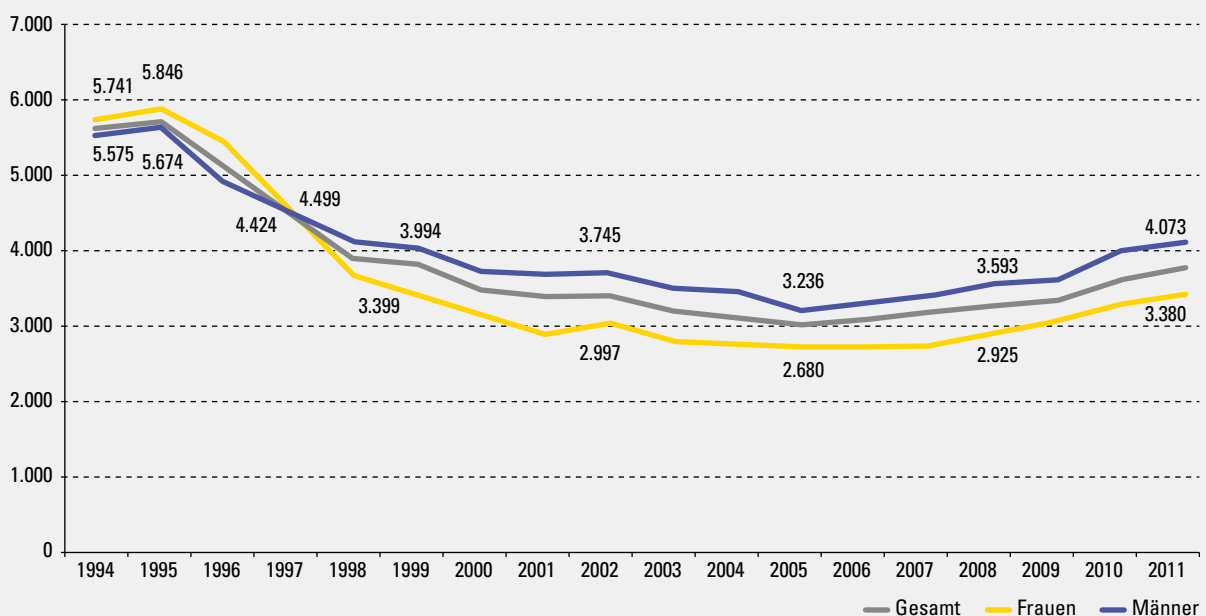
Jahre 2011 erneut zu und verursachten mit 3.768 Tagen pro 1.000 Mitglieder mit Abstand die meisten AU-Tage. Auf beide Geschlechter bezogen waren dies 26,2 % aller AU-Tage. Die AU-Entwicklung seit 1994 ist für die Muskel- und Skeletterkrankungen in *Diagramm 2.1* im zeitlichen Verlauf dargestellt. Nach einer deutlichen Abnahme zwischen 1995 und 2005 ist seit 2006 wieder ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen, der allerdings bei weitem noch nicht das Niveau von 1995 erreicht hat (5,7 Tage im Jahre 1995 vs. 3,8 Tage je Mitglied ohne Rentner im Jahre 2011). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung lässt sich sagen, dass die Frauen ähnlich wie im Vorjahr knapp 25 % weniger AU-Fälle und 17,0 % weniger AU-Tage je 1.000 Mitglieder in Bezug auf muskuloskeletale Erkrankungen aufwiesen als die Männer.

Die *Tabelle 2.3* sowie die *Diagramme 2.2* und *2.3* schlüsseln die Diagnosen der Gruppe *Muskel- und Skeletterkrankungen* weiter in Diagnoseuntergruppen auf, wobei die farbliche Übereinstimmung in der Tabelle und den Diagrammen anzeigt, welche der Diagnoseuntergruppen der Tabelle 2.3 in den Diagrammen 2.2 und 2.3 in Gruppen zusammengefasst

worden sind. Neben den dominierenden *sonstigen Krankheiten des Rückens und der Wirbelsäule (M40–M54)*, die bei beiden Geschlechtern insgesamt rund die Hälfte der AU-Fälle ausmachen, findet sich wie schon in den Vorjahren ein weiterer Erkrankungsschwerpunkt bei den *Gelenkerkrankungen (M00–M25)* und den *Krankheiten der Muskeln, Sehnen und des Weichteilgewebes (M60–M79)*. Je nachdem, ob man die AU-Tage oder die AU-Fälle betrachtet, sind die Gelenkerkrankungen oder die Weichteilerkrankung etwas bedeutsamer. Durch die Gelenkerkrankungen wurden zwar etwas weniger AU-Fälle registriert, dafür waren die Patientinnen und Patienten länger krank. Die Erkrankungen der Muskeln, Sehnen und des Weichteilgewebes machten 2011 bei Männern und Frauen gleichermaßen etwa 20 % der durch Muskel- und Skeletterkrankungen bedingten AU-Fälle und AU-Tage aus, die Gelenkerkrankungen verursachten bei beiden Geschlechtern etwa 25 % der AU-Tage: bei den Männern 19,2 % und bei den Frauen 16,6 % der AU-Fälle.

Diagramm 2.1

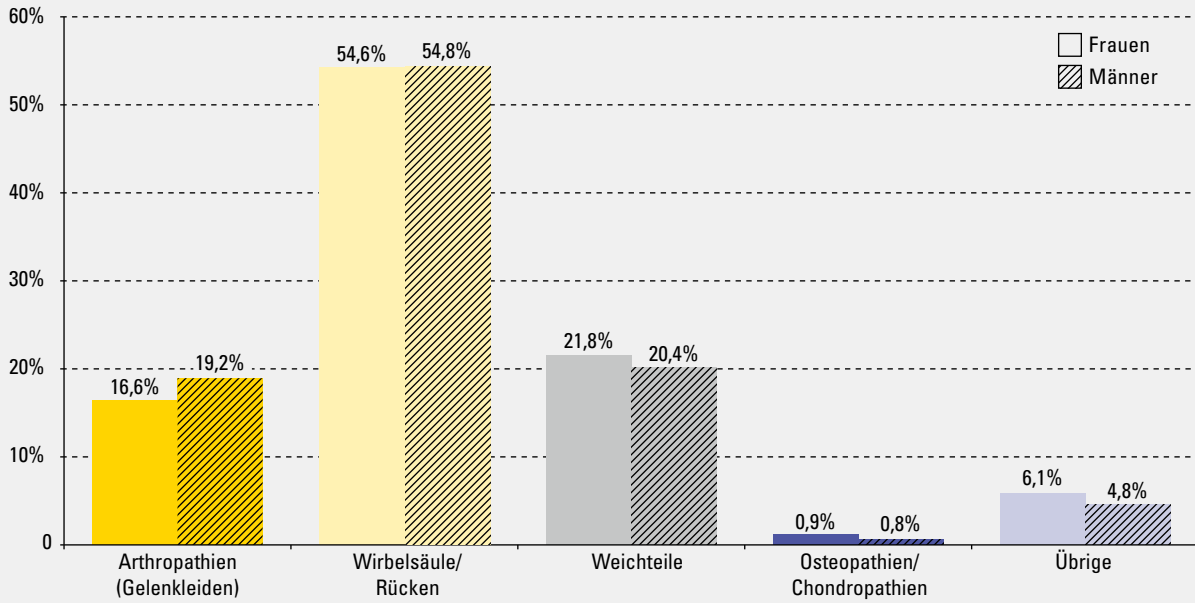
Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems: Arbeitsunfähigkeit seit 1994



AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

Diagramm 2.2

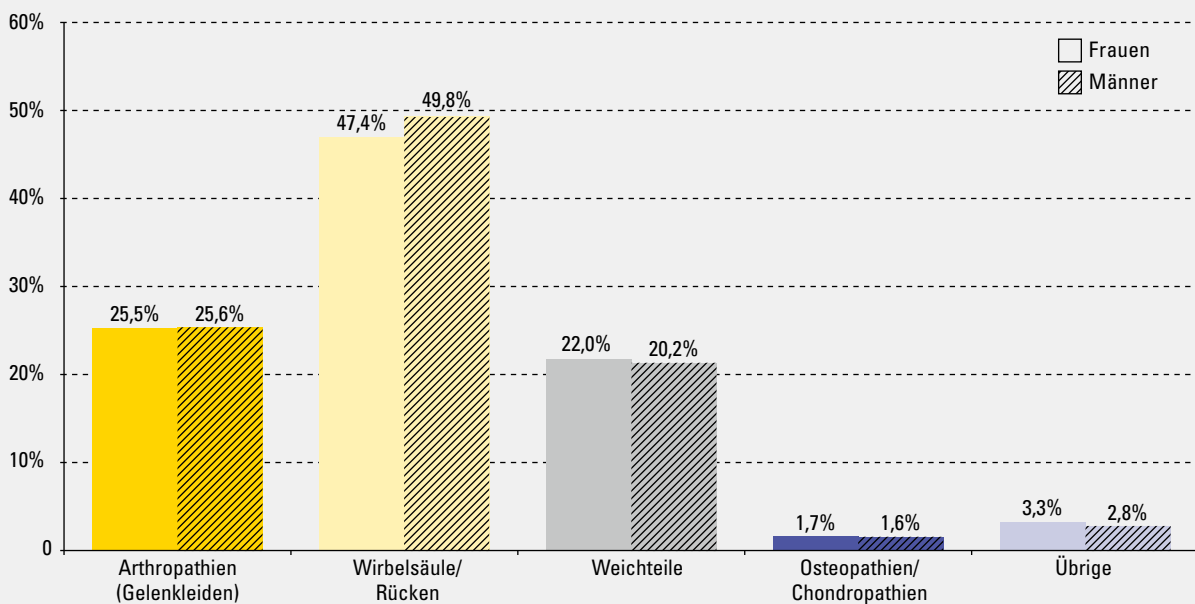
Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Fälle



Anteil der AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

Diagramm 2.3

Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Tage



Anteil der AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

Tabelle 2.3

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Gesamt		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Infektiöse Arthropathien (M00–M03)	0,3	5,7	23,0	0,2	3,6	20,9	0,2	4,8	22,2
Entzündliche Polyarthropathien (M05–M14)	8,4	114,6	13,6	4,5	91,2	20,5	6,7	104,3	15,6
Arthrose (M15–M19)	9,0	360,3	40,2	6,3	303,1	47,9	7,8	335,1	42,9
Sonstige Gelenkkrankheiten (M20–M25)	22,3	560,4	25,1	15,1	464,7	30,9	19,1	518,3	27,1
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30–M36)	0,3	6,2	25,2	0,5	13,1	26,8	0,4	9,3	26,2
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M43)	2,9	56,3	19,2	2,7	58,0	21,7	2,8	57,1	20,2
Spondylopathien (M45–M49)	5,4	125,2	23,0	4,3	106,2	24,9	4,9	116,8	23,7
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54)	105,8	1.846,1	17,4	78,9	1.439,6	18,3	94,0	1.667,2	17,7
Krankheiten der Muskeln (M60–M64)	2,9	30,8	10,6	2,5	29,2	11,8	2,7	30,1	11,1
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65–M68)	6,6	120,9	18,4	8,2	168,3	20,4	7,3	141,7	19,4
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70–M79)	33,0	673,1	20,4	23,5	545,4	23,2	28,8	616,9	21,4
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80–M85)	0,3	14,0	44,1	0,4	16,2	45,1	0,3	15,0	44,6
Sonstige Osteopathien (M86–M90)	0,6	22,1	34,9	0,5	17,7	34,9	0,6	20,2	34,9
Chondropathien (M91–M94)	0,8	28,8	37,6	0,6	24,1	39,8	0,7	26,7	38,4
Sonstige Krankheiten des (Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M95–M99)	9,7	108,3	11,1	9,0	99,7	11,0	9,4	104,5	11,1
Gesamt (M00–M99)	208,2	4.072,8	19,6	157,0	3.380,1	21,5	185,7	3.768,0	20,3

je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

2.1.2 Krankheiten des Atmungssystems

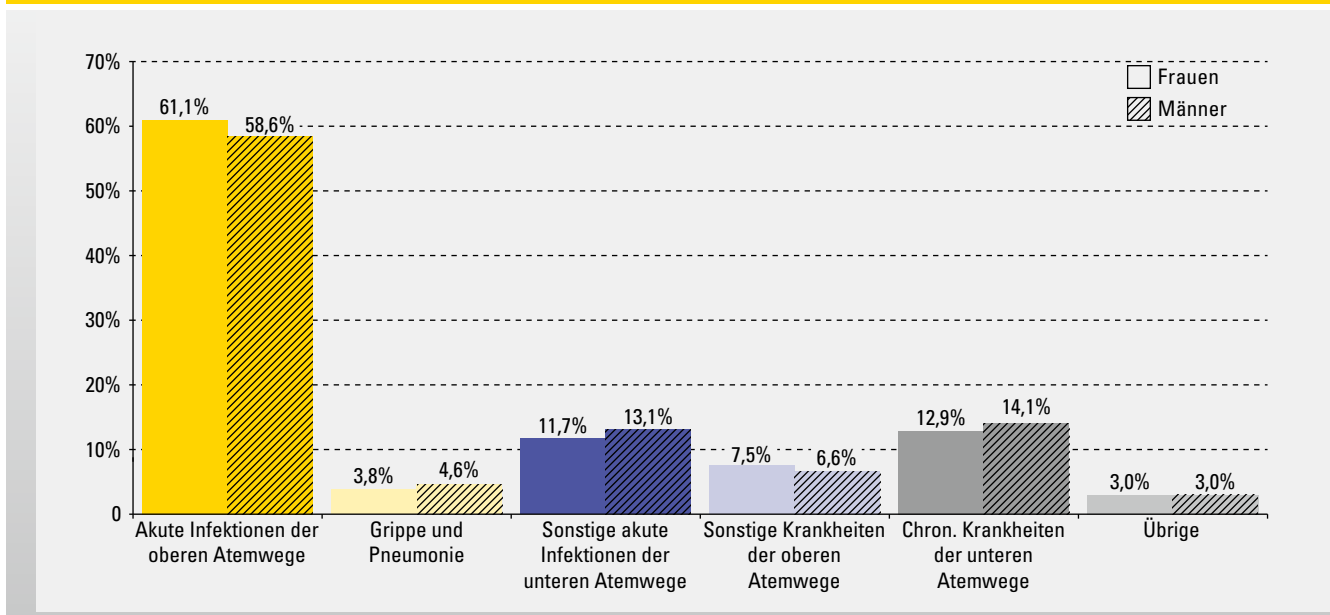
Die Gruppe der Atemwegserkrankungen (J00–J99) verursachte im Jahre 2011 304,1 AU-Fälle und 2026 AU-Tage, jeweils je 1.000 Mitglieder. Dies entspricht

einem Anteil von 28,4 % Prozent an allen AU-Fällen und 14,1 % an allen AU-Tagen. Sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Dauer nahmen im Vergleich zu 2010

bezogen auf alle Atemwegserkrankungen leicht zu. Betrachtet man jedoch die Zahlen im Detail, so fällt in der Diagnoseuntergruppe *Grippe und Pneumonie*

Diagramm 2.4

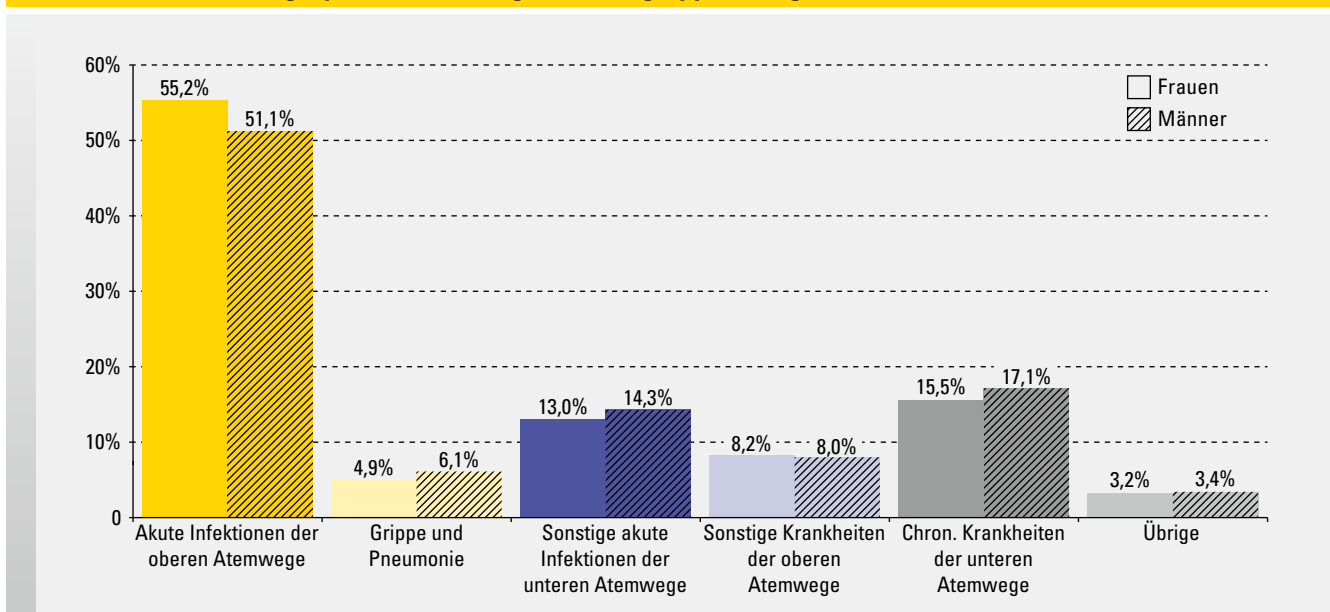
Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Fälle



Anteil der AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

Diagramm 2.5

Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Tage



Anteil der AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

Tabelle 2.4

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Krankheiten des Atmungssystems

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Gesamt		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00–J06)	165,2	972,7	5,9	203,1	1.203,7	5,9	181,9	1.074,3	5,9
Grippe und Pneumonie (J09–J18)	13,1	115,9	8,9	12,6	106,4	8,5	12,9	111,7	8,7
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20–J22)	36,8	271,2	7,4	38,8	283,8	7,3	37,7	276,8	7,3
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30–J39)	18,5	153,0	8,3	24,9	180,0	7,2	21,3	164,9	7,7
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47)	39,7	324,7	8,2	43,0	338,7	7,9	41,2	330,8	8,0
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60–J70)	0,1	1,3	17,7	0,1	0,9	14,6	0,1	1,1	16,4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80–J84)	0,1	2,7	33,1	0,1	2,0	27,2	0,1	2,4	30,6
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85–J86)	0,0	1,7	43,4	0,0	0,6	20,9	0,0	1,2	35,0
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90–94)	0,2	7,9	39,9	0,1	4,3	42,0	0,2	6,3	40,5
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95–J99)	8,1	51,6	6,4	9,7	61,9	6,4	8,8	56,1	6,4
Gesamt (J00–J99)	281,8	1.902,6	6,8	332,4	2.182,4	6,6	304,1	2.025,7	6,7

je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

(J09–J18) eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr auf. Die Zunahme betrug gegenüber 2010 24,3 % bei den AU-Fällen und 20,8 % bei den AU-Tagen. Hier kann man im Vergleich zum Vorjahr von einer Grippewelle sprechen.

Erwartungsgemäß finden sich auch 2011 mehrere Diagnosen aus der Diagnosegruppe der *Atemwegserkrankungen* unter den zehn wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen. An zweiter Stelle bei den Männern und an dritter Stelle bei den Frauen (vgl. *Tabelle 2.2*) stehen *akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06)*. Ebenfalls unter den Top Ten der Einzeldiagnosen nach AU-Tagen ist die *akute Bronchitis (J20)*. Fasst

man die *akuten Atemwegsinfektionen (J00–J22)* zusammen, so machen diese einen Anteil von 76,6 % der AU-Fälle infolge von Atemwegserkrankungen bei den Frauen und 76,3 % bei den Männern aus. Der hohen Zahl an Erkrankungsfällen steht eine kurze Krankheitsdauer von durchschnittlich 6,7 Tagen gegenüber.

Die zweite große Gruppe der Atemwegserkrankungen sind die *chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47)*, die bei den Männern 14,1 % und bei den Frauen 12,9 % der AU-Fälle an den Atemwegserkrankungen verursachen.

Eine übersichtliche Darstellung zu AU-Tagen und AU-Fällen im Hinblick auf die

Diagnoseuntergruppen der Atemwegserkrankungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, findet sich in der *Tabelle 2.4* sowie in den *Diagrammen 2.4* und *2.5*.

Chronische Atemwegserkrankungen stellen sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung eine besondere Herausforderung dar. Die *Sonderbeiträge* „Prävention als politische Aufgabe am Beispiel des Nichtraucherschutzes“ von Schaller und Pötschke-Langer (S. 81 ff.) sowie „My-Air.TV – Die internetbasierte Nachschulung bei Asthma bronchiale“ von Schauerte (S. 186 ff.), der ein innovatives Schulungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale vorstellt, tragen dem Rechnung.

2.1.3 Bösartige Neubildungen

Im Gegensatz zu den Atemwegserkrankungen erscheinen die Fallzahlen für die Diagnosegruppe der *bösartigen Neubildungen* niedrig, jedoch sind die durchschnittlichen AU-Zeiten bei Tumorerkrankungen deutlich länger mit 75,7 Tagen je Fall bei den Frauen und 52,5 Tagen bei den Männern, sodass die Bedeutung dieser Diagnosegruppe (C00–C99) für das Krankheitsgeschehen nicht unerheblich ist. Die AU-Tage pro Fall sind dabei sehr von der Grunderkrankung abhängig, wobei teilweise nur sehr geringe Fallzahlen vorlagen. Bei den häufigen Tumorerkrankungen – das sind z. B. das Lungen- und Bronchialkarzinom und das Mammakarzinom – betragen die durchschnittlichen AU-Zeiten im Jahre 2011 pro Fall

zwischen 16 und 19 Wochen. Von den AU-Zeiten unabhängig stellen maligne Neubildungen in der Regel dauerhafte Erkrankungen dar, bei denen aufgrund der verbesserten therapeutischen Möglichkeiten das Leben mit der Erkrankung eine immer größere Rolle spielt. Auch dieser Problematik sind Sonderbeiträge gewidmet (s. *Trojan*, „Leben mit Krankheit: doch kein Abschied von Aktivität und Selbstständigkeit?“; S. 172 ff.).

Die hier betrachtete Diagnosegruppe umfasst die unter C00–D09 verschlüsselten Diagnosen. Zu beachten ist, dass die bösartigen Neubildungen insofern eine uneinheitliche Diagnosegruppe darstellen, als hier verschiedene Or-

gansysteme betroffen sein können. Die ICD-Klassifikation nimmt die bösartigen Neubildungen aus den Gruppen für bestimmte Organsysteme heraus und bildet eine eigene Diagnosegruppe, wobei C00–C99 die *malignen Neubildungen* umfasst und die *Carcinoma-in-situ-Stadien* in der Gruppe D00–D09 verschlüsselt werden.

In *Tabelle 2.5* sind die zehn nach AU-Tagen bedeutsamsten malignen Erkrankungen bei Männern und Frauen dargestellt. Bei den Frauen stellt das *Mammakarzinom (C50)* die AU-begründende Krebserkrankung mit den bei weitem meisten AU-Tagen je Mitglied dar. Sie ist zudem bei den Einzeldiagnosen nach AU-Tagen

Tabelle 2.5

Die nach AU-Tagen bedeutsamsten bösartigen Neubildungen bei Männern und Frauen

Rang	ICD	Bezeichnung	AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall
Frauen					
1.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2,52	288,1	114,4
2.	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,12	17,5	142,4
3.	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,81	15,8	19,4
4.	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	0,15	14,6	99,1
5.	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,13	14,0	108,9
6.	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,09	10,4	115,3
7.	C43	Bösartiges Melanom der Haut	0,47	9,5	20,3
8.	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0,06	8,6	138,7
9.	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	0,11	8,2	77,2
10.	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	0,21	7,9	37,2
Männer					
1.	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	0,77	44,6	58,3
2.	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,19	24,9	129,0
3.	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,86	23,3	27,1
4.	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,25	22,6	90,5
5.	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	0,26	14,5	56,9
6.	C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,11	12,6	110,6
7.	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0,11	12,6	115,7
8.	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	0,47	11,3	24,3
9.	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	0,19	9,9	53,2
10.	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	0,07	9,0	124,7

* je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

an sechster Stelle zu finden (vgl. *Tabelle 2.2*). Zählt man die AU-Tage durch das *Carcinoma in situ der Brustdrüse (D05)* dazu, so ergeben sich für 2011 295,3 AU-Tage aufgrund von bösartigen Erkrankungen der Brustdrüse bei den Frauen. Das entspricht einem Anteil von 2,0 % an allen AU-Tagen. Die maligne Neubildung, die bei den Männern die meisten

Krankheitstage verursacht, ist das *Prostatakarzinom (C61)*, das mit 44,6 Tagen je 1.000 Mitglieder jedoch bei weitem nicht zu so vielen AU-Tagen führt wie das Mammakarzinom.

An zweiter Stelle der malignen Neubildungen stand 2011 bei beiden Geschlechtern der *Bronchial- und Lungenkrebs (C34)*,

gefolgt vom *Kolonkarzinom (C18)*. Weitere häufige bösartige Tumorerkrankungen sind bei den Frauen das *Cervixkarzinom (C53)* und das *Ovarialkarzinom (C56)* sowie bei den Männern das *Rektumkarzinom (C20)* und *bösartige Neubildungen des Hodens (C62)*.

2.1.4 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Wie bereits beschrieben haben die Diagnosen aus dem Kreis der *psychischen Störungen* 2011 erneut gegenüber dem Vorjahr zugenommen, und zwar deutlich, nämlich um 15,6% hinsichtlich der AU-Tage und um 11,7% hinsichtlich der AU-Fälle. Die durchschnittliche AU-Dauer pro Fall hat dabei gegenüber dem Vorjahr um 3,4% zugenommen und betrug im Jahre 2011 39,2 Tage. Damit hat die Bedeutung der psychischen Störungen im Hinblick auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen weiter zugenommen. *Diagramm 2.6* zeigt die Entwicklung seit 1994 im Überblick. Der Anteil der psychisch bedingten Fehlzeiten an der gesamten Arbeitsunfähigkeit hat sich demnach bis auf

wenige Ausnahmen von Jahr zu Jahr erhöht. Nach einer leichten Abnahme der AU-Tage in den Jahren 1997 und 1998 kam es danach zu einer stetigen und in den letzten Jahren jeweils deutlichen Zunahme. Seit 1998 haben sich die AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen bei beiden Geschlechtern mehr als verdoppelt.

Die wichtigste Einzeldiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen ist bei beiden Geschlechtern die *depressive Episode (F32)*, die sich in der Rangfolge der AU Tage je 1000 Mitglieder bei den Frauen im Jahre 2011 erneut an zweiter Stelle findet und bei den Männern weiterhin den dritten Platz einnimmt.

Bei den Frauen war der Anteil der durch psychische Diagnosen begründeten Krankheitszeiten 2011 erneut deutlich höher als bei den Männern, nämlich um 68,2%. Quantitativ standen hierbei die Gruppen *affektive Störungen (F30–F39)* und *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)*, z. B. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) mit jeweils etwa 45 % der psychischen Erkrankungstage im Vordergrund (vgl. *Tabelle 2.6*). In beiden Diagnosegruppen wiesen Frauen knapp die doppelte Anzahl an Krankheitstagen auf. Auffällig ist zudem, dass die Diagnose *andere neurotische Störungen (F48)* bei den Frauen von Platz acht im Vorjahr (245,3 AU-Tage) nun auf Platz

Diagramm 2.6

Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage)

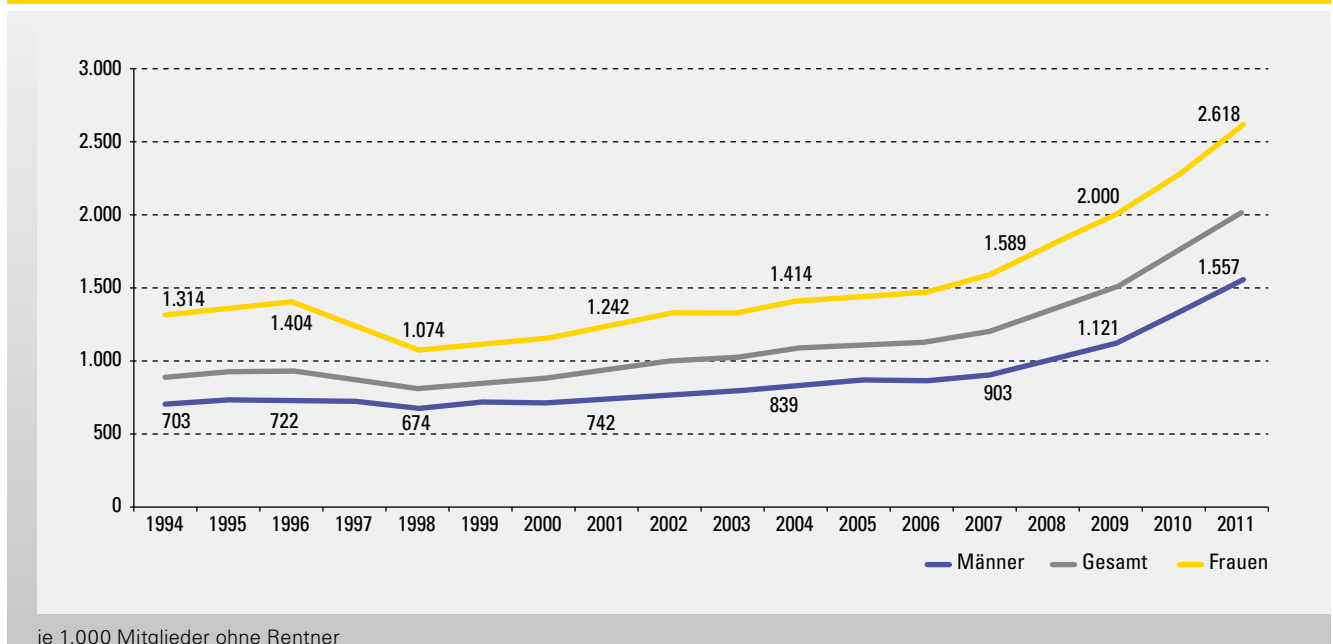


Tabelle 2.6

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Psychische und Verhaltensstörungen

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Gesamt		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)	0,2	9,2	47,8	0,2	9,7	46,0	0,2	9,4	47,0
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	2,1	96,1	45,6	0,9	38,0	44,8	1,6	70,5	45,4
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)	0,8	48,9	60,8	0,7	48,5	71,0	0,8	48,7	64,9
Affektive Störungen (F30–F39)	12,7	719,6	56,7	22,1	1.226,1	55,5	16,8	942,5	56,0
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	22,1	644,3	29,2	42,1	1.223,9	29,1	30,9	899,4	29,1
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)	0,4	8,3	22,3	0,7	24,4	37,2	0,5	15,4	31,0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)	0,4	17,5	50,4	0,5	29,7	56,8	0,4	22,9	53,8
Intelligenzminderung (F70–F79)	0,0	0,3	19,8	0,0	0,4	39,9	0,0	0,3	27,0
Entwicklungsstörungen (F80–F89)	0,0	0,3	14,7	0,0	0,6	34,3	0,0	0,4	22,5
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)	0,1	3,6	29,0	0,1	3,4	29,8	0,1	3,5	29,3
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99–F99)	0,3	8,5	34,1	0,5	13,5	27,0	0,4	10,7	29,8
Gesamt (F00–F99)	39,0	1.556,6	39,9	67,8	2.618,0	38,6	51,7	2.023,7	39,2

je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2011

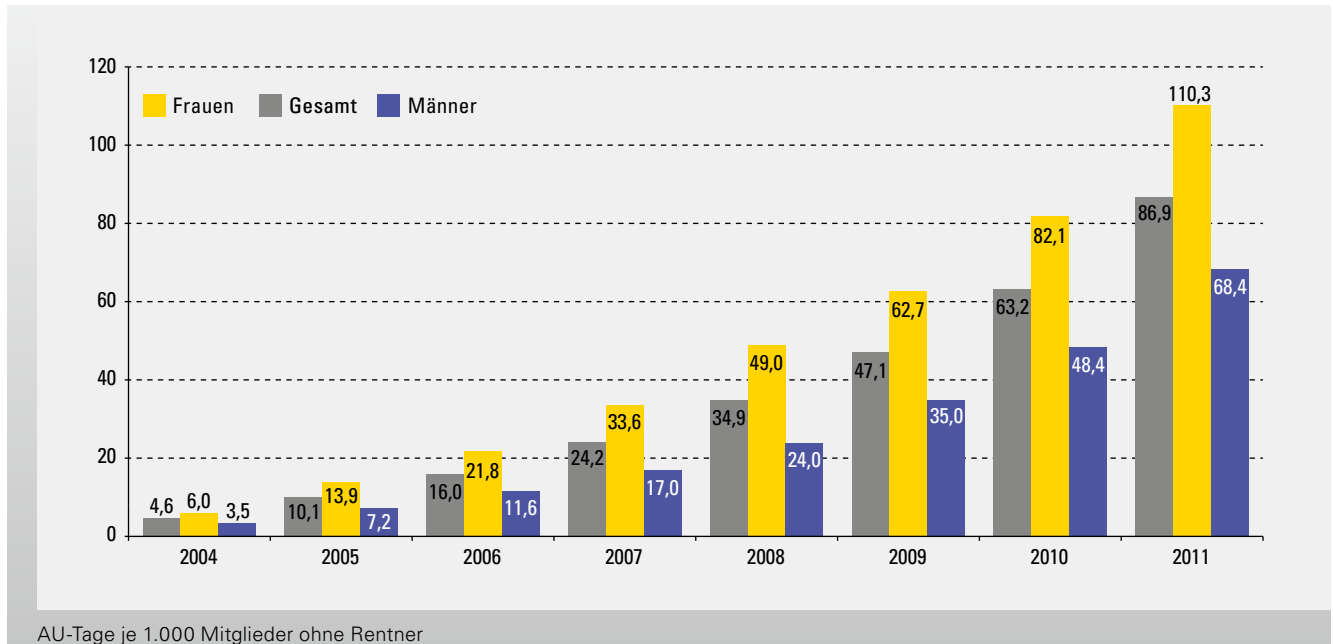
fünf (289,5 AU-Tage) vorgerückt ist. Die *somatoformen Störungen (F45)* sind 2011 neu in der Liste der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen (vgl. Tabelle 2.2) vertreten, so dass es sich nunmehr bei den Frauen bei vier der zehn wichtigsten Einzeldiagnosen um psychische Störungen handelt.

Bei Männern kommen neben den *affektiven Störungen (F30–F39)* und den *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48)* als dritte nennenswerte Erkrankungsgruppe *psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)* hinzu. Von den AU-Tagen, die auf psychotro-

pe Substanzen zurückzuführen waren, standen dabei 78,4 % in Zusammenhang mit *Alkoholmissbrauch (F10)*.

Diagramm 2.7

Krankheitstage durch das Burn-out-Syndrom – 2004 bis 2011

**Burn-out-Syndrom**

Das sogenannte Burn-out ist auch im Jahre 2011 eine nicht zu vernachlässigende Größe im AU-Geschehen. Der zeitliche Verlauf der Krankheitstage durch Burn-out über die letzten Jahre ist dem *Diagramm 2.7* zu entnehmen. Seit 2004, als der ICD-Kode Z73 erstmals zur Verschlüsselung zur Verfügung stand, stiegen die AU-Tage je 1.000 Mitglieder von 4,6 auf 63,2 im Jahr 2010 an. Im Jahre 2011 findet sich nochmals ein deutlicher Anstieg auf nunmehr 86,8 AU-Tage je 1.000 Mitglieder. Weiterhin sind Frauen wesentlich häufiger betroffen als Männer (110,3 vs. 68,4 Tage je

1.000 Mitglieder), jedoch ist auch bei den Männern die Zunahme in den letzten Jahren beträchtlich. Mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 34,5 Tagen pro Fall ist die durchschnittliche Falldauer bei Burn-out-Syndrom mehr als doppelt so lang wie z. B. bei Rückenschmerzen (M54).

Da jedoch das Burn-out-Syndrom als Krankheitsentität nicht eindeutig definiert ist und weiterhin keine eigene Kennzeichnung in der ICD zur Verfügung steht, beziehen sich die dargestellten Zahlen wie im Vorjahr auf den ICD-Schlüssel Z73 *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*. Nicht sel-

ten dürfte allerdings die entsprechende Symptomatik auch mit dem ICD-Code *F43.0 akute Belastungsreaktion*, dem ICD-Code *F48.0 Neurasthenie (Ermüdungssyndrom)* oder dem ICD-Kode *R53 Unwohlsein und Ermüdung* verschlüsselt werden, sodass die realen Zahlen möglicherweise die hier angegebenen noch übersteigen.

Der Bedeutsamkeit präventiver Maßnahmen auch in diesem Bereich trägt der *Sonderbeitrag von Faryn-Wewel, Schulz und Matschey „Gesundheitscoaching in der Arbeitswelt“*, (S. 71 ff.) Rechnung.

2.2 Ambulante ärztliche Versorgung

Nachdem im vorausgegangenen Abschnitt die krankheitsbedingten Fehlzeiten, also das Krankheitsgeschehen bei den Mitgliedern mit Erwerbstätigkeit beschrieben worden ist, widmet sich der folgende Abschnitt der ambulanten ärztlichen Versorgung. Es sollen nun diejenigen Einzeldiagnosen genauer betrachtet werden, die im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung dokumentiert wurden. Die folgende Darstellung bezieht sich also auf alle Versicherten und schließt auch die bei Kindern und Jugendlichen gestellten Diagnosen sowie das Krankheitsgeschehen bei nicht erwerbstätigen Erwachsenen und Rentnern ein. Im Unterschied zu den AU-Daten bilden die ambulanten Diagnosen auch Erkrankungen ab, die nicht oder nicht so oft zur Krankschreibung führen, obwohl sie häufig auftreten.

Der folgende Abschnitt geht der Frage nach, wie viel Prozent der BKK Versicherten eine bestimmte Diagnose min-

destens einmal innerhalb eines Jahres erhalten haben, wobei eine Aufschlüsselung nach Geschlecht und nach unterschiedlichen Altersgruppen erfolgt. Die zugrunde liegenden Daten beziehen sich dabei auf 12 Millionen BKK Versicherte aus dem Jahre 2011.

- Die Inanspruchnahme von Vor- und Nachsorgeuntersuchungen hat bei beiden Geschlechtern in allen Altersgruppen seit 2005 deutlich zugenommen.
- Rückenschmerzen (M54) ist die häufigste ambulante Einzeldiagnose über alle Altersgruppen.
- Diabetes mellitus Typ II betrifft jeden 4. BKK Versicherten über 64 Jahre.

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen bei allen BKK-Versicherten

Tabelle 2.7 listet diejenigen 20 Einzeldiagnosen auf, die bei den meisten BKK Versicherten über alle Altersgruppen hinweg

Tabelle 2.7

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011 alle BKK Versicherten

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
M54	Rückenschmerzen	2.780.133	23,26	22,00
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	2.755.155	23,05	18,40
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2.739.803	22,92	17,61
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	2.246.230	18,79	17,66
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	1.978.142	16,55	17,68
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstiger Lipidämien	1.950.283	16,32	14,04
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	1.880.517	15,73	10,66
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.862.340	15,58	15,13
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.458.290	12,20	11,56
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	1.275.213	10,67	11,29
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1.134.132	9,49	10,09
F32	Depressive Episode	1.059.481	8,86	6,60
F45	Somatoforme Störungen	977.621	8,18	7,36
E66	Adipositas	957.063	8,01	7,05
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	936.991	7,84	6,80
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	922.129	7,72	7,44
J20	Akute Bronchitis	912.269	7,63	10,65
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen u. Abklärungen bei Pers. ohne Beschw. o. angegeb. Diagnose	907.725	7,59	3,07
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	905.547	7,58	7,87
D22	Melanozytennävus	876.185	7,33	4,59

bei ambulanten Arztkontakten gestellt wurden. *Diagramm 2.8* bietet eine Übersicht und eine Gegenüberstellung der Top Ten der im Jahre 2011 gestellten Einzeldiagnosen bei Männern und Frauen verschiedener Altersgruppen.

Gegenüber dem Vorjahr sind die Rangfolgen der Einzeldiagnosen mit gering-

fügen Verschiebungen weitestgehend gleich geblieben. Auch der prozentuale Anteil der Versicherten, die die jeweilige Diagnose erhalten haben, hat sich bei den einzelnen Diagnosen nur geringfügig verändert. Die Spitzenposition nimmt wie schon bei den AU-Daten die *Diagnose Rückenschmerzen (M54)* ein, gefolgt von *Z12 spezielle Verfahren zur*

Untersuchung auf Neubildungen. Neu aufgestiegen in die diesjährige *Tabelle 2.7* ist die Diagnose *sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01)*, die in dieselbe Richtung weist wie die ebenfalls unter den 20 häufigsten Einzeldiagnosen vertretene Diagnose *Allgemeinunter-*

Diagramm 2.8

Ambulante Daten: Anteil der Versicherten mit Diagnose – Top Ten ICD-Diagnosen

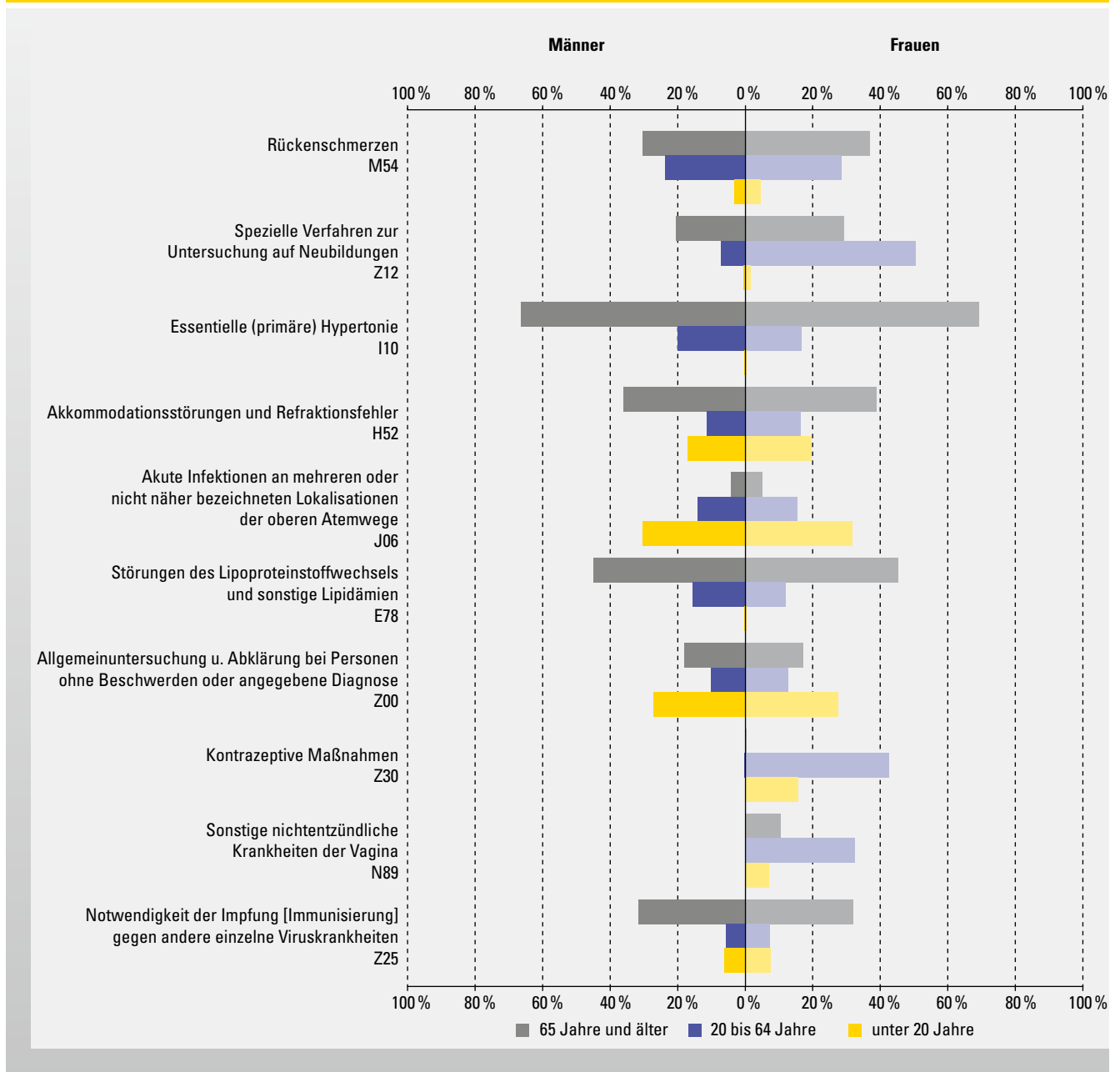


Tabelle 2.8

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
Frauen – alle Altersgruppen

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	2.283.814	37,84	33,22
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.844.635	30,56	29,77
M54	Rückenschmerzen	1.545.733	25,61	24,27
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.457.414	24,15	23,01
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.371.805	22,73	17,82
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	1.269.540	21,03	19,95
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d.oberen Atemwege	1.018.850	16,88	18,21
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	994.406	16,47	11,29
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	943.120	15,63	13,53
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	806.691	13,36	14,50
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen u. Abklärungen bei Pers. ohne Beschw. o. angegeb. Diagnose	771.143	12,78	5,27
N95	Klimakterische Störungen	758.151	12,56	11,40
F32	Depressive Episode	717.596	11,89	9,39
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	696.901	11,55	12,33
F45	Somatoforme Störungen	673.483	11,16	10,58
E04	Sonstige nichttoxische Struma	623.153	10,32	10,36
N94	Schmerz u. and. Zustd. im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstr.zykl.	577.786	9,57	10,93
E66	Adipositas	560.052	9,28	8,41
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	550.402	9,12	9,53
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	542.257	8,98	7,82

suchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00). Die drei letztgenannten Diagnosenkodes (Z12, Z00 und Z01) zeigen, dass im Jahre 2011 viele BKK Versicherte die Möglichkeit von Vor- und Nachsorgeuntersuchungen nutzten. Die Inanspruchnahme von Vor- und Nachsorgeuntersuchungen hat dabei seit 2005 in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern deutlich zugenommen (Z12: 18,4 % vs. 23,1 %; Z00: 10,7 % vs. 15,7 % und Z01: 3,1 % vs. 7,6 %). Als weitere präventive Maßnahmen sind die Konsultationsgründe Z30 (kontrazeptive Maßnahmen) und Z25 (Notwendigkeit einer Impfung gegen andere einzelne Viruskrankheiten) einzuordnen, die sich ebenfalls in der Liste der 20 am häufigsten vergebenen ICD-Schlüssel finden.

Diesen Vorsorgemaßnahmen stehen Diagnosen gegenüber, die auf manifeste Erkrankungen verweisen oder Risikofaktoren darstellen. Die bereits erwähnten Rückenschmerzen (M54) stellen zwar als Diagnose keine Krankheitsentität dar, jedoch dürfte die Mehrzahl der rund 2,8 Millionen BKK-Versicherten, bei denen dieser ICD-Kode verschlüsselt wurde, an einer zugrunde liegenden manifesten Erkrankung z. B. der Wirbelsäule leiden. Dass der Schmerz als gemeinsames Hauptsymptom vielfältiger Störungen, die den Rücken betreffen können, verschlüsselt wird und nicht ausschließlich der krankheitsspezifische ICD-Kode für die jeweilige Grunderkrankung z. B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels, führt zur Spitzenposition dieses ICD-Kodes.

Andere häufige Einzeldiagnosen (Position 3, 6 und 14 in Tabelle 2.7) betreffen manifeste Risikofaktoren für weitere Erkrankungen, wie z. B., essentielle Hypertonie (I10), Störungen des Lipidstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) oder Adipositas (E66). Als Teilaspekte des metabolischen Syndroms prädisponieren sie zu Erkrankungen, die dann im späteren Lebensalter behandlungsbedürftig werden, wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Erkrankungen der Blutgefäße wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Erwartungsgemäß rücken derartige Erkrankungen bei den Versicherten höheren Lebensalters in die Liste der häufigsten Einzelerkrankungen auf. Dies wird anhand der Tabellen 2.10 und 2.11 deutlich, die weiter unten genauer beschrieben werden.

Tabelle 2.9

**Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
Männer – alle Altersgruppen**

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.367.998	23,12	17,39
M54	Rückenschmerzen	1.234.401	20,87	19,71
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1.007.163	17,02	14,55
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	976.689	16,51	15,35
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	959.292	16,22	17,15
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	886.110	14,98	10,03
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	578.312	9,78	10,24
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	471.341	7,97	3,46
N40	Prostatahyperplasie	468.010	7,91	6,14
J20	Akute Bronchitis	449.641	7,60	10,49
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	432.469	7,31	6,99
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	432.000	7,30	5,39
E66	Adipositas	397.011	6,71	5,69
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	394.734	6,67	5,77
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	389.999	6,59	7,40
M47	Spondylose	370.915	6,27	4,45
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	369.815	6,25	6,25
J45	Asthma bronchiale	369.085	6,24	5,47
D22	Melanozytennävus	368.851	6,23	3,68
L30	Sonstige Dermatitis	368.234	6,22	6,66

Weitere bedeutsame Einzeldiagnosen, die im Gegensatz zu den zuletzt genannten Risikofaktoren bereits bei den AU-Diagnosen aufgefallen sind, stellen die Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen dar, insbesondere die *depressive Episode (F32)* und die *somatoformen Störungen (F45)*. Beide Diagnosen haben im Vergleich zum Vorjahr leicht zugenommen, erstere um 0,4 Prozentpunkte (PP), letztere um 0,1 PP.

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen nach Geschlecht

Das *Diagramm 2.8* und die *Tabellen 2.8* und *2.9* zeigen die Unterschiede in den beim ambulanten Arztbesuch gestellten Einzeldiagnosen zwischen Männern und Frauen. Naturgemäß treten die gynäkolo-

gischen ICD-Kodes (*Z30, N89, N95 und N94*) nur bei Frauen auf und Prostataerkrankungen (*N40*) nur bei Männern. Darüber hinaus fallen jedoch weitere deutliche Unterschiede ins Auge: Der prozentuale Anteil der Frauen mit der jeweiligen Diagnose ist über alle dargestellten Diagnosen (z. T. deutlich) höher als bei den Männern. Bei manchen präventiven Maßnahmen ist dieser Unterschied besonders deutlich: Während 2,3 Millionen Frauen im Jahre 2011 *spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen* nutzten, waren dies nur 470.000 Männer. Hauptursache für diesen Unterschied dürften *Vor- und Nachsorgeuntersuchungen zum Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Krebserkrankungen sein, da die Unterschiede bei der Inanspruchnahme der allgemeinen*

Vorsorgeuntersuchung (Z00) und von *Impfungen (Z25)* bei weitem nicht so groß ausfällt. An weiteren Diagnosen, die geschlechtsspezifisch mit deutlich erhöhter Häufigkeit auftreten, finden sich die *sonstige nichttoxische Struma (E04)*, bei den Frauen sowie die *Verletzungen an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14)*, bei den Männern. Dass Männer sich häufiger als Frauen verletzen, ist bereits bei den AU-Diagnosen sichtbar geworden, wo die Verletzungen und Vergiftungen bei den Männern an dritter Stelle der wichtigsten Diagnosegruppen bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit rangieren (vgl. *Tabelle 2.1* im vorausgegangenen Abschnitt).

Tabelle 2.10

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
Frauen – 65 Jahre und älter

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	715.953	69,83	63,77
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	469.616	45,80	42,44
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	403.826	39,38	36,98
M54	Rückenschmerzen	382.701	37,32	36,35
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	330.886	32,27	33,70
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	303.733	29,62	22,04
N95	Klimakterische Störungen	251.266	24,51	22,27
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	241.839	23,59	21,34
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	240.853	23,49	21,62
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	208.370	20,32	14,12
I83	Varizen der unteren Extremitäten	208.002	20,29	20,27
M47	Spondylose	204.509	19,95	15,43
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	198.670	19,38	19,32
H26	Sonstige Kataraktformen	198.353	19,35	17,34
F32	Depressive Episode	194.151	18,94	17,45
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	186.468	18,19	23,90
E04	Sonstige nichttoxische Struma	181.582	17,71	16,14
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	178.600	17,42	18,72
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	178.214	17,38	11,34
H25	Cataracta senilis	175.423	17,11	17,06

Häufigste ambulante Einzeldiagnosen nach Altersgruppen

Eine noch genauere Betrachtung des ambulanten Krankheitsgeschehens erlaubt die zusätzliche Aufteilung der betrachteten Versicherten in unterschiedliche Altersgruppen. Auch hier bietet das *Diagramm 2.8* einen guten Überblick über die Top Ten der Einzeldiagnosen im Hinblick auf deren Auftreten in den verschiedenen Altersklassen bei Männern und bei Frauen. Die Details für die 20 häufigsten Einzeldiagnosen finden sich in den *Tabellen 2.10 bis 2.14*.

Versicherte im Rentenalter

Bei den Männern und Frauen über 64 Jahre rücken chronische und altersbedingte Störungen gegenüber den reinen Vorsorgemaßnahmen und den akuten Erkrankungen in den Vordergrund. So ist nun bei beiden Geschlechtern der größte Anteil der Versicherten von der *essentiellen (primären) Hypertonie (I10)* betroffen. Bei 67,3 % aller Männer und 69,8 % aller Frauen, das sind mehr als zwei Drittel aller über 64-jährigen BKK Versicherten, wurde demnach ein zu hoher Blutdruck festgestellt. Auch *Sehstörungen (H52, H53, H35, H25 und H26)* sowie *Stoffwechselstörungen (E78, E79, E11 und*

E14) sind im höheren Lebensalter weit verbreitet, und bei beiden Geschlechtern erscheint nun an achter Stelle der sog. Altersdiabetes (*nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus, E11*) in der Liste der häufigsten 20 Erkrankungen. Diese Diagnose betraf 2011 rund ein Viertel aller BKK Versicherten über 64 Jahre. Nicht ganz so häufig, aber ebenfalls bei den über 64-Jährigen unter den 20 verbreitetsten ambulant gestellten Diagnosen, findet sich die chronisch *ischämische Herzkrankheit (I25)* bei Frauen an Platz 16 und bei den Männern an siebter Stelle. Im Gegensatz zu den Stoffwechselstörungen und der arteriellen Hypertonie,

Tabelle 2.11

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
Männer – 65 Jahre und älter

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	592.409	67,32	59,28
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	400.952	45,56	41,67
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	320.597	36,43	33,84
N40	Prostatahyperplasie	301.248	34,23	31,96
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	281.601	32,00	33,45
M54	Rückenschmerzen	270.448	30,73	30,41
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	250.592	28,48	30,71
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	239.708	27,24	23,04
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	184.048	20,92	11,91
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	161.202	18,32	12,44
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	155.375	17,66	18,87
H26	Sonstige Kataraktformen	147.320	16,74	14,02
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	143.736	16,33	14,54
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	142.037	16,14	16,02
H25	Cataracta senilis	138.752	15,77	14,59
M47	Spondylose	138.082	15,69	12,32
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	134.845	15,32	16,04
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	134.378	15,27	9,85
H53	Sehstörungen	111.197	12,64	13,49
E66	Adipositas	109.076	12,40	11,14

die seit 2005 überwiegend zugenommen haben (z. B. Zunahme der arteriellen Hypertonie bei den Männern um acht PP!), ist der prozentuale Anteil von Versicherten mit der Diagnose Koronare Herzkrankheit seit 2005 gefallen, bei den Frauen sogar um fast sechs Prozentpunkte. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die o. g. Risikofaktoren für die Koronare Herzkrankheit zwar nicht seltener geworden sind, jedoch möglicherweise suffizienter behandelt werden. Auf die Medikamentengruppen, die bei diesen Therapien verwendet werden, wird im Abschnitt 2.2.2 *Arzneimittelverordnungen* näher eingegangen.

Ausschließlich in der Altersgruppe der Versicherten ab 65 Jahre findet sich unter den zwanzig am weitesten verbreiteten Diagnosen die ICD Z96, die das *Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten* verschlüsselt. Gemeint sind hier z. B. Hüftgelenks- und Kniegelenkersatz. Bei beiden Geschlechtern nahm der Anteil der Versicherten mit diesem ICD-Kode im Vergleich zu 2005 deutlich zu, nämlich bei den Frauen um 6,2 PP und bei den Männern um 5,4 PP. Ebenfalls deutlich zugenommen hat in dieser Altersgruppe die Inanspruchnahme von Vor- und Nachsorgeuntersuchungen. Bei 29,6 % der Frauen und 20,9 % der

Männer kamen *spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)* zum Einsatz, wobei der Anteil der Versicherten, bei denen dieser ICD-Kode verschlüsselt wurde, im Vergleich zu 2005 bei den Frauen um 7,6 PP und bei den Männern sogar um 9,0 PP anstieg. In ähnlichem Umfang nahmen die durchgeführten Allgemeinuntersuchungen (Z00) zu (vgl. *Tabellen 2.10 und 2.11*).

Tabelle 2.12

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
Frauen – 20 bis unter 65 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.960.812	50,89	46,04
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.658.583	43,05	40,64
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.266.776	32,88	31,10
M54	Rückenschmerzen	1.111.011	28,84	28,12
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	652.504	16,94	13,75
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	636.793	16,53	16,60
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen u. Abklärungen bei Pers. ohne Beschw. o. angegeb. Diagnose	610.650	15,85	6,70
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	595.999	15,47	14,82
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	581.014	15,08	16,00
F32	Depressive Episode	511.181	13,27	10,47
N95	Klimakterische Störungen	506.750	13,15	12,82
F45	Somatoforme Störungen	504.688	13,10	12,90
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	495.022	12,85	8,38
N94	Schmerz u. and. Zust. im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstr.zykl.	472.197	12,26	13,82
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	468.492	12,16	11,50
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	445.446	11,56	12,07
E04	Sonstige nichttoxische Struma	431.634	11,20	11,97
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	415.998	10,80	17,73
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	414.286	10,75	9,54
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	389.577	10,11	10,93

Versicherte zwischen 20 und unter 65 Jahren

In der mittleren Lebensphase zwischen 20 und 64 Jahren finden sich an ICD-Verschlüsselungen unter den zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen bei beiden Geschlechtern vor allem Vorsorgeleistungen, akute Infektionen, psychische Störungen und Erkrankungen und Schmerzen des Bewegungsapparates. Bei den Frauen stehen dabei sowohl hinsichtlich der Vorsorgemaßnahmen als auch der Beschwerden die gynäkologischen Fragestellungen im Vordergrund – sechs der 20 häufigsten Einzeldiagnosen bei Frauen der Altersgruppe 20 bis 64 Jahre betreffen den gynäkologischen Bereich und auch hinter dem ICD-Kode *R10* (*Bauch-*

und Beckenschmerzen) dürfte nicht selten ein gynäkologisches Problem stecken. Ansonsten dominieren bei beiden Geschlechtern mit 24,2 % (Männer) und 28,8 % (Frauen) wiederum die *Rückenschmerzen*, gefolgt von der *arteriellen Hypertonie*. Auch *depressive Episoden* (*F32*) sind häufig und betreffen 13,3 % der Frauen und 6,7 % der Männer. Bei beiden Geschlechtern ist dabei eine Zunahme um etwa 2,5 Prozentpunkte seit 2005 zu verzeichnen. Dies ist deshalb besonders bedeutsam, weil die Depression in dieser Altersgruppe, in der sich die Mehrzahl der Erwerbstätigen befindet, oft zu langen AU-Zeiten führt – wie aus *Tabelle 2.2* ersichtlich. Im Gegensatz dazu ist die ebenfalls häufige Diagnose

Akkommodations- und Refraktionsfehler (*H52*) harmloserer Art (Brillenträger). Sie führt ebenso wie die Stoffwechselstörungen, die zwar als Risikofaktor für spätere Erkrankungen wichtig sind, im mittleren Lebensalter in der Regel nicht zu Beschwerden oder Ausfallzeiten am Arbeitsplatz.

Im zeitlichen Verlauf (Vergleich 2005 vs. 2011) fällt wie schon bei den ab 65-jährigen Versicherten auf, dass die größten Zuwächse bei den präventiven Untersuchungen als Konsultationsgrund zu verzeichnen sind, wobei dies gleichermaßen auf Männer und Frauen zutrifft. Weiterhin nehmen jedoch Frauen derartige Angebote deutlich häufiger in Anspruch als die

Tabelle 2.13

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
Männer – 20 bis unter 65 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
M54	Rückenschmerzen	922.602	24,19	23,35
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	770.307	20,20	15,88
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	602.265	15,79	14,56
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	543.522	14,25	13,08
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	444.329	11,65	11,71
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	389.475	10,21	6,23
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	300.249	7,87	6,87
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	286.393	7,51	6,70
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	281.788	7,39	3,12
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	257.604	6,76	6,08
F32	Depressive Episode	256.115	6,72	4,34
E66	Adipositas	251.134	6,59	5,63
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	250.594	6,57	6,99
D22	Melanozytennävus	242.240	6,35	3,81
J20	Akute Bronchitis	240.931	6,32	8,00
M47	Spondylose	230.866	6,05	4,54
A09	Sonst. u. nicht näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. nicht näher bez. Ursprungs	230.346	6,04	3,54
K29	Gastritis und Duodenitis	221.582	5,81	5,96
F45	Somatoforme Störungen	220.157	5,77	4,68
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	219.995	5,77	7,70

Männer. In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen wird dieser Unterschied bei den *speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)* besonders deutlich. Dieser ICD-Kode ist der Behandlungsgrund, der bei den meisten Frauen dieser Altersgruppe dokumentiert wurde; 50,9 % haben eine derartige Leistung in Anspruch genommen, wohingegen es bei den Männern 7,4 % waren (vgl. *Tabellen 2.12 und 2.13*). Dieser Unterschied dürfte weitestgehend in den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen begründet sein.

Tabelle 2.14

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2011
BKK Versicherte – unter 20 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2011		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	749.382	31,48	35,39
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	656.604	27,59	19,97
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	440.685	18,51	17,81
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	337.875	14,20	15,14
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	311.905	13,10	11,56
J20	Akute Bronchitis	305.708	12,84	18,81
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	273.706	11,50	14,40
J03	Akute Tonsillitis	252.534	10,61	15,11
R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	246.359	10,35	16,45
H10	Konjunktivitis	235.921	9,91	10,81
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	230.380	9,68	11,02
H50	Sonstiger Strabismus	217.924	9,16	14,99
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	215.625	9,06	10,50
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	213.243	8,96	13,30
A09	Sonst. u. nicht näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. nicht näher bez. Ursprungs	212.983	8,95	7,76
J02	Akute Pharyngitis	207.492	8,72	9,82
R05	Husten	204.861	8,61	9,67
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	200.129	8,41	9,94
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	189.988	7,98	13,14
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	189.871	7,98	7,40

Versicherte unter 20 Jahren

Bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen die 20 verbreitetsten Einzeldiagnosen erwartungsgemäß aus ICD-Kodes für akute Infektionskrankheiten, Vorsorgeleistungen sowie Sehfehler und Entwicklungsstörungen der Sprache. Die einzige Erkrankung, die nicht in diese Sparten fällt, ist das *atopische Ekzem (L20)*.

Die Einzelheiten sind in Tabelle 2.14 dargestellt. Eine Aufschlüsselung nach Geschlechtern erfolgte für diese Altersgruppe nicht, da die Rangfolge der Diagnosen bis auf die *kontrazeptiven Maßnahmen* bei den jungen Frauen weitestgehend identisch war.

2.3 Arzneimittelverordnungen

Die Darstellung der wichtigsten AU-begründenden Diagnosen sowie der häufigsten in der ambulanten Versorgung gestellten Einzeldiagnosen soll nun ergänzt werden durch Angaben zu den Arzneimittelverordnungen, die die BKK Versicherten im Jahre 2011 erhalten haben.

Arzneimittel werden nach ihren Eigenschaften in Gruppen eingeteilt. Diese Einteilung, das anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC), ist ein rationales System zur Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Dabei ermöglicht die eindeutige Zuordnung von Arzneimitteln mit Hilfe des ATC-Codes und die Messung der verordneten Arzneimittelmenge mit Hilfe definierter Tagesdosen („defined daily dose“ – DDD) eine tiefergehende und reproduzierbare Analyse der Verordnungsdaten. Der Buchstabe am Anfang des Codes bezeichnet dabei eine von 14 Hauptgruppen, die nach Organsystemen gebildet wurden (sog. Anatomische Hauptgruppen – s. *Tabellen ATC-Codes*). Die beiden Ziffern danach ordnen die Medikamente einer therapeutischen Untergruppe zu. Weitere Ziffern bezeichnen die pharmakologische Untergruppe, die chemische Untergruppe und die chemische Substanz, auf deren Basis die definierten Tagesdosen festgelegt werden. Für den diesjährigen Report stehen Auswertungen nach dem dreistelligen ATC-Code (Anatomische Hauptgruppe und therapeutische Untergruppe) sowie die Menge der verordneten definierten Tagesdosen zur Verfügung. Die DDD stellt in der Definition der WHO die angenommene tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei einem Erwachsenen dar (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2007). Die Auswertungen zu den dreistelligen ATC-Codes und den DDDs liegen für 2011 erstmals vor; daher können keine Vergleiche zu den Vorjahren angestellt werden, jedoch sind Aussagen zu den durchschnittlich verordneten Tagesdosen bezogen auf alle Versicherten und bezogen auf diejenigen, die 2011 eine diesbezügliche Verordnung erhalten haben, möglich.

- Erstmals werden die ATC-Untergruppen und DDDs der Arzneimittelverordnungen dargestellt.
- Bei den Frauen erhielt ein fast doppelt so hoher Anteil der Versicherten Verordnungen über Psycholeptika (N05) und Psychoanaleptika (N06) wie bei den Männern.
- 2,2 % der unter 20-jährigen Versicherten erhielten im Jahre 2011 mindestens eine Verordnung über ein Psychoanaleptikum.

Diagramm 2.9 gibt eine Übersicht über die zehn ATC-Gruppen, die jeweils bei dem größten Anteil der Versicherten verordnet wurden. Die *Tabellen 2.15 bis 2.17* geben zudem die Anzahl der Verordnungen und die verordneten Tagesdosen je 1.000 Versicherte insgesamt und geschlechtsspezifisch wieder.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Arzneimittel, die sich unter den Top Ten der verordneten Medikamenten-

gruppen finden, zu den bei ambulanten Arztbesuchen am häufigsten verschlüsselten Krankheiten passen. Hierzu gehören Arzneimittel aus zwei therapeutischen Untergruppen, die schwerpunktmäßig zur Behandlung des Bluthochdrucks eingesetzt werden, nämlich *Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (ATCC09)*, v. a. ACE-Hemmer, und *Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (ATCC07)*, sog. Betablocker. Die zweithäufigste ATC-Gruppe über alle Alters-

ATC-Codes

ATC-Codes	Bezeichnung
A	Alimentäres System und Stoffwechsel
B	Blut und blutbildende Organe
C	Kardiovaskuläres System
D	Dermatika
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)
J	Antiinfektiva für systemische Gabe
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen
M	Muskel- und Skelettsystem
N	Nervensystem
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien
R	Respirationstrakt
S	Sinnesorgane
V	Verschiedene
X	Ohne ATC-Angaben

stufen und beide Geschlechter sind die *Antibiotika (ATCJ01)*. An der Anzahl der verordneten Tagesdosen wird ersichtlich, dass es sich hierbei – entsprechend dem häufigsten Krankheitsverlauf von Infektionskrankheiten – zwar um häufige, jedoch um durchschnittlich kurze Episoden handelt, in denen das Antibiotikum eingenommen wurde, wohingegen die Medi-

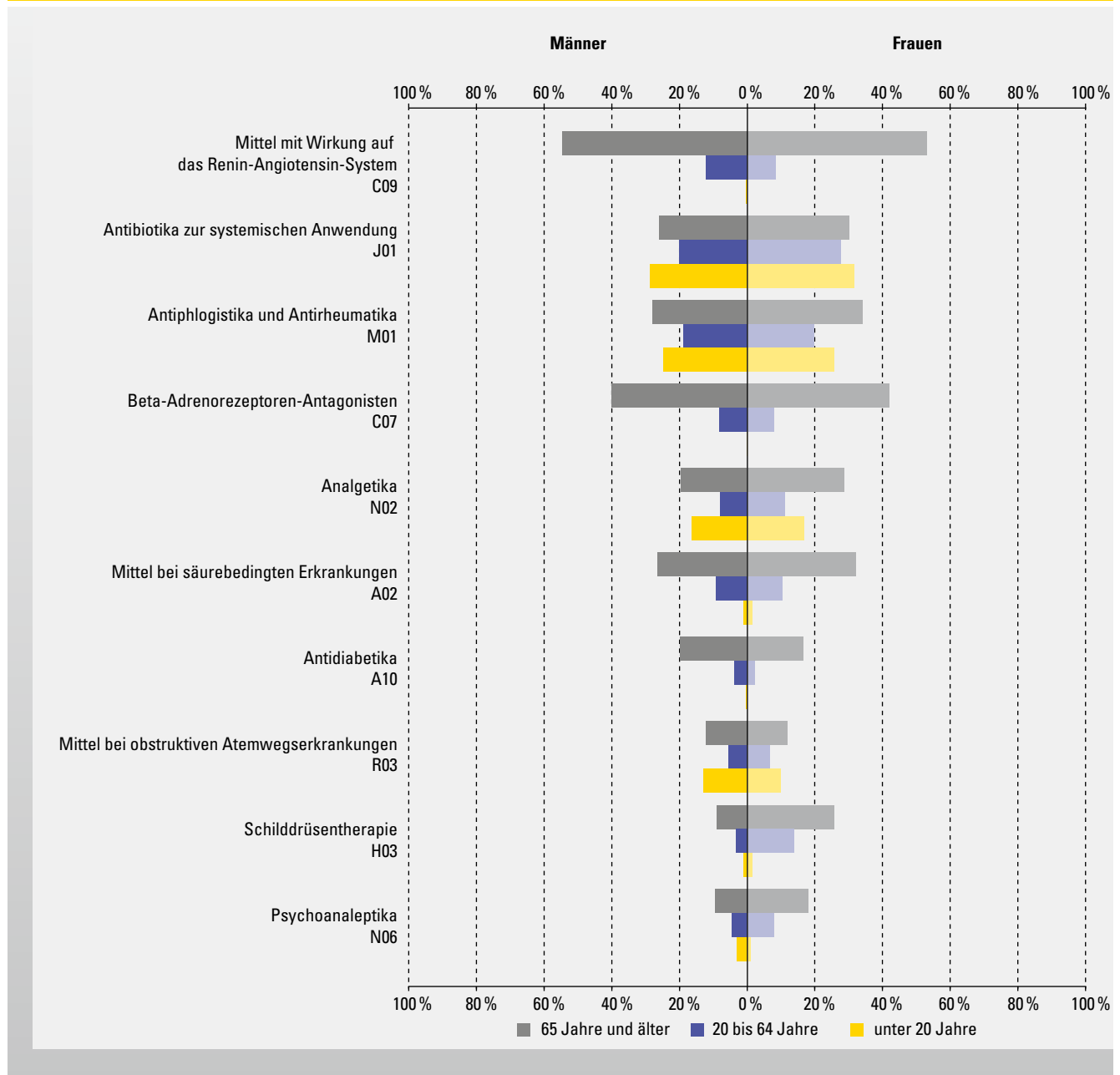
kamente gegen Hypertonie in der Regel eine Dauermedikation darstellen: So wurden 85.798 Tagesdosen ACE-Hemmer je 1.000 BKK Versicherte verordnet, für Antibiotika waren es nur 4.848 Tagesdosen je 1.000 Versicherte. Der Anteil der Versicherten, die ACE-Hemmer verordnet bekamen, lag jedoch mit 14,6% deutlich niedriger als der Anteil derer, die

eine Antibiotika-Verordnung erhalten haben (25,7%).

Betrachtet man die unterschiedlichen Altersgruppen, so gibt es deutliche Unterschiede in der Verordnung der Arzneimittel. Insbesondere bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind ganz andere Substanzklassen zu

Diagramm 2.9

Arzneimittelverordnungen: Anteil der Versicherten mit Verordnung – Top Ten ATC



finden als bei den älteren Erwachsenen; dies ist u. a. auch darauf zurückzuführen, dass Arzneimittel wie Rhinologika, Husten- und Erkältungspräparate oder Hautschutzmittel bei Kindern erstattungsfähig sind und damit in den Statistiken der Krankenkassen erscheinen, wohingegen diese Substanzen für Erwachsene von der GKV nicht erstattet werden und aufgrund ihrer freien Verfügbarkeit nicht über ein Kassenrezept verordnet werden. Damit fallen sie nicht in die Auswertung der Arzneimitteldaten der Versicherten ab 20 Jahre.

Erwartungsgemäß dominieren bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Antibiotika und andere Arzneimittel, die bei akuten Infektionskrankheiten zum Einsatz kommen, wie *Husten- und Erkältungspräparate (R05)*, *Rhinologica (R01)*, *entzündungshemmende, fiebersenkende und schmerzlindernde Mittel (M01, N02)*. Der Anteil der Versicherten unter 20 Jahre, die im

Jahre 2011 mindestens eine Verordnung über ein Antibiotikum erhielten, betrug 30,2 % (vgl. *Tabelle 2.22*).

Häufig verordnet wurden außerdem Arzneimittel gegen *obstruktive Atemwegserkrankungen (R03)* oder *Corticosteroide zur lokalen (D07)* oder *systemischen Anwendung (H02)* sowie *Antihistaminika (R06)*. Diese Mittel zeigen an, dass das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen über die Infektionskrankheiten hinaus auch einen Schwerpunkt bei allergischen und teilweise allergiebedingten Erkrankungen hat wie Heuschnupfen, Asthma bronchiale oder Neurodermitis. So erhielten beispielsweise knapp 11 % der unter 20-jährigen BKK Versicherten Antihistaminika.

Dass psychische Auffälligkeiten auch bei den unter 20-jährigen Versicherten eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen, zeigt die Häufigkeit der Verordnung von *Psychoanaleptika* in dieser Altersgruppe.

Die entsprechenden Diagnosen haben zwar keinen Eingang in die Liste der häufigsten Diagnosen bei unter 20-Jährigen gefunden (vgl. *Tabelle 2.14*), jedoch erhielten in dieser Gruppe immerhin 2,2 % im Jahre 2011 mindestens eine Verordnung über ein Psychoanaleptikum, d. h. entweder ein Antidepressivum, ein Psychostimulanz oder eine Kombination aus beidem.

Eine ganz andere Situation findet sich bei den über 64-Jährigen (vgl. *Tabellen 2.18 und 2.19*). Hier dominieren die Arzneimittelgruppen, die bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Einsatz kommen. Sechs Substanzklassen finden sich diesbezüglich bei beiden Geschlechtern unter den Top Twenty (*C09, C07, C03, C08, B01, C01*). So erhielten beispielsweise über 50 % der Versicherten dieser Altersgruppe 2011 eine Verordnung über einen ACE-Hemmer und 40 % über einen Betablocker. Auch die übrigen Substanzklassen reflektieren die weiter oben

Tabelle 2.15

Arzneimittelverordnungen alle BKK-Versicherten

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	592	14,56	85.798
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	516	25,66	4.848
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	482	22,03	11.890
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	428	11,18	25.456
N02	Analgetika	423	12,96	6.504
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	325	10,93	29.952
A10	Antidiabetika	320	4,57	23.302
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	307	7,92	15.191
H03	Schilddrüsentherapie	294	8,40	20.637
N06	Psychoanaleptika	271	6,53	16.686
C03	Diuretika	222	5,42	20.081
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	217	6,84	19.797
N05	Psycholeptika	210	3,88	5.022
C08	Calciumkanalblocker	198	4,98	22.047
B01	Antithrombotische Mittel	187	5,73	14.544
S01	Ophthalmika	185	7,27	7.598
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	147	5,02	12.892
R01	Rhinologika	138	6,72	3.666
R05	Husten- und Erkältungspräparate	122	6,33	1.007
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	115	6,44	3.327

Tabelle 2.16

**Arzneimittelverordnungen
Frauen – alle Altersgruppen**

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	586	28,83	5.246
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	560	13,74	78.226
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	519	23,02	13.276
N02	Analgetika	517	14,91	7.997
H03	Schilddrüsentherapie	463	13,34	31.789
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	445	11,64	26.112
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	361	12,11	32.468
N06	Psychoanaleptika	328	8,21	20.459
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	297	8,11	14.529
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	284	9,76	24.875
A10	Antidiabetika	281	4,09	20.066
N05	Psycholeptika	255	4,81	5.680
C03	Diuretika	242	6,04	21.220
S01	Ophthalmika	199	7,90	8.167
C08	Calciumkanalblocker	198	4,98	20.943
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	183	5,91	15.917
B01	Antithrombotische Mittel	156	5,04	11.535
R01	Rhinologika	135	6,79	3.584
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	127	7,34	3.550
R05	Husten- und Erkältungspräparate	123	6,56	937

dargestellten wichtigsten Diagnosen: Es handelt sich vorwiegend um Mittel zur *Schmerzbekämpfung* und *Entzündungshemmung* (N02, M01), passend zu den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, um *Säurehemmer* (A02), die bei älteren Patienten notwendig werden, um die gastrointestinalen Nebenwirkungen bestimmter Schmerzmittel zu verringern,

um Medikamente zur Beeinflussung von Stoffwechselerkrankungen (*Antidiabetika*, A10, *Lipidsenker*, C10) sowie um Arzneimittel zur Behandlung neurologischer Erkrankungen (*Psychoanaleptika*, N06, *Antiparkinsonmittel*, N04 und *Antiepileptika*, N03). Bei den Arzneimitteln, die zur Behandlung von psychischen Störungen eingesetzt werden, fällt auf, dass

bei Frauen ein fast doppelt so hoher Anteil der Versicherten Verordnungen über Psycholeptika (N05) und Psychoanaleptika (N06) erhalten hat wie Männer (vgl. Tabellen 2.18 und 2.19).

Tabelle 2.17

**Arzneimittelverordnungen
Männer – alle Altersgruppen**

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	624	15,37	93.524
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	444	21,04	10.477
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	443	22,49	4.443
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	411	10,73	24.786
A10	Antidiabetika	359	5,05	26.604
N02	Analgetika	326	11,01	4.981
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	317	7,74	15.866
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	289	9,74	27.385
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	251	7,76	23.756
B01	Antithrombotische Mittel	218	6,41	17.614
N06	Psychoanaleptika	212	4,85	12.837
C03	Diuretika	201	4,79	18.919
C08	Calciumkanalblocker	197	4,97	23.174
S01	Ophthalmika	170	6,63	7.017
N05	Psycholeptika	164	2,94	4.351
R01	Rhinologika	141	6,65	3.749
H03	Schilddrüsentherapie	122	3,47	9.259
R05	Husten- und Erkältungspräparate	120	6,09	1.077
G04	Urologika	120	3,24	10.632
M04	Gichtmittel	106	3,60	6.297

Tabelle 2.18

**Arzneimittelverordnungen
Frauen – 65 Jahre und älter**

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	2.079	52,81	288.959
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	1.568	41,81	92.292
N02	Analgetika	1.448	28,55	26.342
C03	Diuretika	1.105	29,09	96.779
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	1.074	31,88	104.784
A10	Antidiabetika	1.043	16,49	73.521
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	929	33,88	31.649
H03	Schilddrüsenherapie	860	25,39	55.906
N05	Psycholeptika	850	15,09	15.803
C08	Calciumkanalblocker	849	22,42	88.471
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	737	25,92	63.866
N06	Psychoanaleptika	725	17,83	41.607
B01	Antithrombotische Mittel	631	21,00	50.957
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	600	29,98	5.328
S01	Ophthalmika	561	16,96	28.973
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	551	11,74	31.405
C01	Herztherapie	468	11,99	29.472
N04	Antiparkinsonmittel	251	3,56	6.192
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	249	10,27	26.921
N03	Antiepileptika	239	5,36	6.832

Tabelle 2.19

**Arzneimittelverordnungen
Männer – 65 Jahre und älter**

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	2.113	54,63	310.128
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	1.448	40,00	85.498
A10	Antidiabetika	1.276	19,74	93.178
C03	Diuretika	964	24,68	90.862
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	937	32,00	87.521
B01	Antithrombotische Mittel	910	27,87	77.343
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	835	26,36	84.078
N02	Analgetika	811	19,41	15.450
C08	Calciumkanalblocker	792	21,11	90.137
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	684	12,24	43.049
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	672	27,92	22.377
G04	Urologika	604	17,49	55.076
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	504	25,92	5.052
C01	Herztherapie	498	12,38	33.642
S01	Ophthalmika	493	14,84	25.949
N05	Psycholeptika	460	8,77	8.789
M04	Gichtmittel	399	14,74	23.698
N06	Psychoanaleptika	368	9,46	22.626
H03	Schilddrüsenherapie	295	8,86	21.181
N04	Antiparkinsonmittel	259	2,99	8.031

Tabelle 2.20

Arzneimittelverordnungen
Frauen – 20 bis unter 65 Jahre

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	570	27,76	5.335
H03	Schilddrüsentherapie	483	13,80	34.128
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	432	19,81	11.242
N02	Analgetika	339	11,27	5.187
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	322	8,59	45.580
N06	Psychoanaleptika	303	7,93	20.324
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	279	7,93	16.320
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	271	10,48	22.682
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	240	6,77	12.754
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	231	8,11	18.965
N05	Psycholeptika	169	3,66	4.630
A10	Antidiabetika	157	2,34	11.509
S01	Ophthalmika	115	5,16	4.015
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	114	6,54	3.243
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	97	4,45	4.896
A03	Mittel bei funktionellen GI-Störungen	90	5,42	890
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	90	2,98	7.930
C08	Calciumkanalblocker	84	2,38	9.253
C03	Diuretika	84	2,45	7.475
N03	Antiepileptika	79	1,55	3.221

Tabelle 2.21

Arzneimittelverordnungen
Männer – 20 bis unter 65 Jahre

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	479	12,21	73.374
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	397	18,69	9.966
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	394	20,10	4.299
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	303	8,15	18.693
A10	Antidiabetika	258	3,61	19.342
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	250	9,04	22.848
N02	Analgetika	230	7,91	3.825
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	212	5,41	12.077
N06	Psychoanaleptika	178	4,48	12.469
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	173	5,33	16.651
N05	Psycholeptika	140	2,48	4.598
B01	Antithrombotische Mittel	126	4,00	9.392
C08	Calciumkanalblocker	123	3,30	15.131
H03	Schilddrüsentherapie	113	3,16	8.967
S01	Ophthalmika	96	3,94	3.680
C03	Diuretika	90	2,35	8.359
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	84	4,34	2.711
N03	Antiepileptika	78	1,37	3.706
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	76	3,49	4.149
M04	Gichtmittel	72	2,49	4.292

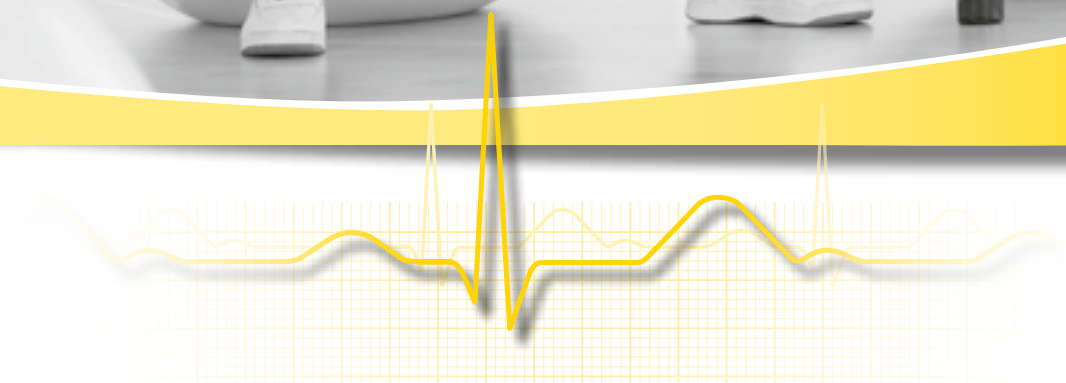
Tabelle 2.22

**Arzneimittelverordnungen
BKK Versicherte – unter 20 Jahre**

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Einzelverordnungen je 1.000 Versicherte	Anteil der Versicherten mit Verordnung	DDD je 1.000 Versicherte
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	592	30,15	4.660
R01	Rhinologika	495	24,40	11.845
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	436	25,21	3.634
R05	Husten- und Erkältungspräparate	413	20,93	2.243
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	325	11,51	6.840
N02	Analgetika	281	16,61	1.075
G03	Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems	240	7,63	21.082
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	170	10,92	1.733
S01	Ophthalmika	164	10,52	3.682
N06	Psychoanaleptika	134	2,15	4.625
A01	Stomatologika	125	6,38	12.569
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	89	6,11	1.959
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	82	5,39	409
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	76	4,63	1.008
A03	Mittel bei funktionellen GI-Störungen	68	4,43	377
D10	Aknemittel	56	2,46	1.555
D02	Emmolientia und Hautschutzmittel	55	3,49	1.895
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	51	3,43	674
A11	Vitamine	47	2,56	5.451
A06	Laxantien	46	1,87	739

Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben

**Gesundheitsförderung
und Prävention**



Prävention und Gesundheitsförderung

Michael Bellwinkel und Gregor Breucker
BKK Bundesverband, Essen

„Vorbeugen ist besser als Bohren“ – Prävention und Gesundheitsförderung im Aufwind

Die Zeiten und Zeichen – so möchte man meinen – stehen gut, für Prävention und Gesundheitsförderung. Die öffentliche Berichterstattung in Presse, Internet, Funk und Fernsehen hat die psychische Gesundheit „entdeckt“. Mittlerweile hat die öffentliche Debatte über die gesundheitlichen Folgen unserer „Hochleistungsgesellschaft“ auch die Politik erreicht. So fordert beispielsweise die Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen die Betriebe und Sozialpartner auf, der zunehmenden Entgrenzung von Arbeit und Freizeit durch vernünftige Regeln zur Erreichbarkeit über die neuen Kommunikationsmöglichkeiten entgegenzuwirken.

Damit soll nicht nur zunehmender Arbeitsbelastung und Stress allgemein vorgebeugt werden, auch die Folgen der sich wandelnden Arbeitswelt für die Situation der Familie geraten ins Blickfeld der Politik. Die Bundesregierung will insbesondere durch eine ressortübergreifende Demografiestrategie die Auswirkungen des demografischen Wandels so gestalten, dass Arbeit und Familie besser miteinander vereinbart werden können; ansonsten – so die Prognosen – sinken die Chancen auf Nachwuchs, mit dann gravierenden Folgen für unsere Arbeitsmärkte und Sozialsysteme.

Durch den demografischen Wandel bedingt, wächst zudem der Anteil der Krankheitslast, der auf die nicht übertragbaren, meist chronischen Volkskrankheiten zurückzuführen ist. Nur wenige, aber große Krankheitsgruppen sind Treiber dieses Trends, weltweit und nicht nur in Europa (Herz- und Kreislaufkrank-

kungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Krebserkrankungen, psychische Störungen, Stoffwechselerkrankungen sowie Atemwegserkrankungen).

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der damit verbundenen Kosten (für die Gesundheitsversorgung und Produktivitätsverluste) ließe sich vermeiden, wenn sich zentrale gesundheitliche Risikofaktoren beeinflussen ließen, die ganz eng mit unserer Lebensweise zusammenhängen. Dazu gehören unsere Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Tabak- und Alkoholkonsum sowie psycho-soziale Risikofaktoren, vor allem Stress am Arbeitsplatz.

Das Problem liegt insbesondere darin, dass es schon einer erheblichen und breiten Bevölkerungsschichten umfassenden Änderung unserer Lebensgewohnheiten bedarf, um spürbare Effekte zu erzielen. Ein solcher Wandel lässt sich nicht über individuelle Verhaltensänderungen erreichen, dafür ist unsere Lebensweise auch zu stark durch ökonomisch bedingte Rahmenbedingungen etwa in der Nahrungsmittelproduktion sowie der deutlich verringerten Bewegungsanforderung in unserem Lebensalltag bestimmt. Bisher wenig beachtet, wird auch die Zunahme der Belastungen durch den Verkehrslärm in einer immer mobiler werdenden Welt. Anhaltend hohe Lärmpegel stellen ernstzunehmende Gesundheitsgefahren in der heutigen Welt dar.

Ein vergleichbarer Änderungsdruck existiert bei unseren Bewältigungsversuchen der Folgen des Klimawandels. Auch hier sind einschneidende baldige Änderungen in unserer Lebensweise notwendig, wenn existenzielle Krisen noch vermieden werden sollen.

Auch die aktuelle Finanzkrise hat die „Brüchigkeit“ und Verwundbarkeit unseres Wohlstandsmodells eindrücklich aufgezeigt: existenzielle Sorgen und Ängste vor prekärer Beschäftigung, vor Arbeitslosigkeit und Hartz IV, vor finanziellen Einbußen und sozialem Abstieg bis hin zum völligen Verlust der (Alters-) Rücklagen und Armut. Damit kommen zugleich Verlässlichkeit und sichere Perspektiven für die Gestaltung des eigenen Lebens abhanden. Bisher sind unsere Eliten in Wissenschaft und Politik alles andere als sicher, wie sie diese Herausforderung bewältigen können.

Gemeinsam ist in allen drei Politikfeldern (Gesundheit, Umwelt, Finanzwirtschaft) die Erkenntnis, dass es zusätzlicher Regulierungen bedarf, da unsere jetzige Lebensweise nicht aus sich heraus – gleichsam freiwillig – die erforderliche Anpassung leisten können. Ausmaß, Richtung und Modalitäten sind jedoch sehr umstritten.

In der gesundheitlichen Prävention wird nach wie vor überwiegend an die Einsicht der Menschen appelliert, sich gesundheitsgerechter zu verhalten. Ausnahme sind die gesetzgeberischen Maßnahmen in der Tabakkontrolle, insbesondere zum Schutz vor Passivrauchen. Im Bereich der Ernährung drängt vor allem die Europäische Kommission auf Änderungen in der Nahrungsmittelkennzeichnung wie auch in der Nahrungsmittelproduktion einschließlich der damit verbundenen Marketingpolitik der Industrie. „Hausgemacht“, kritisieren die Aktivisten im Verbraucher- und Umweltschutz, die EU habe durch die Industrialisierung der europäischen Landwirtschaft Vorschub für eine ungesunde Lebensweise geleistet und zudem die Kluft zwischen Arm und Reich massiv verstärkt.

Auch in Deutschland wie in vielen europäischen Staaten setzen die Regierungen auf einen Bewusstseinswandel und fördern durch Kampagnen vor allem gesündere Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten.

Wenn man die Ergebnisse des jüngsten Bundesgesundheits surveys studiert, wächst die Skepsis, ob die bisherigen Strategien ausreichen werden, um die Trendwende zu schaffen. „Dick und deprimiert“ – so lautete eine Schlagzeile, mit der vor kurzem die Ergebnisse zur Situation der Bevölkerungsgesundheit veröffentlicht wurden. Übergewicht in Verbindung mit Bewegungsmangel und die Zunahme von psychischen Störungen kennzeichnen die gesundheitliche Lage.

Für jung und alt: Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebenslagen

Prävention und Gesundheitsförderung wirken umso nachhaltiger, umso früher damit begonnen wird – idealerweise bereits in der Schwangerschaft. Denn schon in der Schwangerschaft und dann in den ersten Lebensjahren werden die persönlichen Gesundheitsparameter für das gesamte Leben angelegt. Übergewicht, das bereits im frühen Kindesalter auftritt, kann im Erwachsenenalter nur noch in seltenen Fällen abgebaut werden. Die meisten Betroffenen begleitet es das ganze Leben mit allen damit verbundenen gesundheitlichen Risiken wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Gelenkerkrankungen.

Krankenkassen, Kommunen und Industrie bieten umfangreiche Materialien zur Begleitung der Schwangerschaft und Geburt an. Eine zentrale präventive Rolle bei der gesundheitlichen Versorgung

der Kinder in der ersten Lebensphase und der werdenden und jungen Mütter spielen die Hebammen und die Familienhebammen, u. a. im Rahmen der Frühen Hilfen. Diese Strukturen müssen ausgebaut und noch stärker auf die Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet werden.

In den nachfolgenden Lebensjahren sind die Kindertagesstätten und die Schulen die zentralen Settings für die Prävention bei Kindern. Die Kommunen als Träger, Finanzier und häufig auch als Aufsicht dieser Einrichtungen tragen dafür Verantwortung, dass Gesundheitsförderung und Prävention stärker in die Erziehung und Ausbildung der heranwachsenden Generation integriert werden.

Die Verantwortung der Kommunen für die Gesundheit ihrer Bürger geht aber weit darüber hinaus: Aufgabe der Kommunen ist auch, dafür zu sorgen, dass die Menschen in ihrem Einzugsbereich gesund aufwachsen und leben können. In einer kleiner werdenden Gesellschaft müssen Kommunen zunehmend um Einwohner werben. Kommunen mit niedrigen Lärm- und Emissionswerten, aber attraktiven Grün- und Naherholungsgebieten sowie guten Gesundheitsangeboten auf allen Ebenen haben hier einen deutlichen Wettbewerbsvorteil.

Ähnliches gilt für Betriebe, die sich im Wettbewerb gerade um jüngere Mitarbeiter befinden. Hier tritt der Aspekt der Vereinbarkeit von Familie/Kindern und Beruf zunehmend in den Vordergrund.

Eine von Gesundheitsförderung und Prävention bislang noch vernachlässigte Gruppe sind die Arbeitslosen. Diese Gruppe ist erst in den letzten Jahren stärker in den Fokus gerückt. Mittler-

weile gut evaluierte Programme wie AmigA, AktivA und JobFit haben den Weg bereitet für eine Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit zur Zusammenarbeit beim Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitslosigkeit ist ein weithin unterschätztes Krankheitsrisiko. Deshalb ist es gerade für eine Gesellschaft, in der die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter zugunsten der Menschen im Rentenalter immer stärker abnimmt, notwendig, den Gesundheitszustand – und damit auch die Erwerbsfähigkeit von Arbeitslosen – zu erhalten und zu verbessern. Die früher üblichen kontinuierlichen Arbeitsverläufe werden heute immer häufiger unterbrochen von Phasen der Arbeitslosigkeit.

Auch hier sind die Ansätze umso wirksamer, je früher sie beginnen. Idealerweise werden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention schon bei sich abzeichnender Entlassung vom Betrieb angeboten, um die Mitarbeiter in dieser für sie kritischen Lebensphase zu stützen, ihnen Kraft zur Bewältigung zu geben und sie dadurch vor dem Abgleiten in depressive Episoden zu bewahren. Nach der Entlassung müssen diese Maßnahmen von den Arbeitsagenturen und JobCentern fortgeführt werden, denn das Erkrankungsrisiko von Arbeitslosen ist deutlich höher als das von Erwerbstätigen. Hauptproblem sind die psychischen Erkrankungen, vielfach Depressionen und Suchterkrankungen, die lange und schwere Krankheitsverläufe, vielfach aber auch dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen auslösen. Eine älter werdende Gesellschaft wird es sich nicht mehr leisten können, auf die Arbeitskraft von Menschen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, dauerhaft zu verzichten.

Wer glaubt, Gesundheitsförderung und Prävention sei nur etwas für junge Leute, der irrt. Prävention wirkt auch bei älteren und alten Menschen. Sie trägt dazu bei, dass diese länger ein Leben ohne oder mit nur geringen gesundheitlichen Einschränkungen führen können. Und das ist in einer älter werdenden Gesellschaft geradezu notwendig. Denn viele Aufgaben, die früher von Jüngeren gemacht wurden, müssen jetzt die Älteren übernehmen. Das heißt, Senioren werden wieder gebraucht. Und viele sind froh darüber, dass sie dadurch stärker am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, was ihnen wiederum neue Kraft und damit auch Gesundheit zum Leben gibt.

Gesunde Arbeit – gesunde Beschäftigte: Wo steht die betriebliche Gesundheitsförderung?

Vor dem Hintergrund der öffentlich und politisch geführten Debatte über die Antworten auf den demografischen Wandel ist das Interesse in den Unternehmen an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gewachsen.

Spätestens mit der Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters – der Rente mit 67 – wächst das Bewusstsein in den Personalabteilungen und in den Unternehmensleitungen für die Wettbewerbsposition des eigenen Unternehmens, die sich aus den prognostizierten Veränderungen des Arbeitsmarktes ergeben. Die Konkurrenz um qualifizierte Nachwuchskräfte nimmt zu. Und da auch voraussichtlich die Zuwanderung aus anderen Ländern den zukünftigen Bedarf nicht decken können, wird es immer wichtiger, das vorhandene Personal zu binden und die Rahmenbedingungen für eine verlängerte Erwerbsphase

zu schaffen. Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung sind damit nicht mehr freiwillige Sozialleistungen des Arbeitgebers, auf die man in wirtschaftlich schwierigen Zeiten verzichten kann – sie werden zum notwendigen Bestandteil einer „demografiefesten“ Personalpolitik.

Mittlerweile sind auch die Erkenntnisse über die Trends bezüglich der gesundheitlichen Risikofaktoren in den Unternehmen angekommen, wenn auch zunächst begrenzt auf die Großunternehmen, die ohnehin einen strukturellen Wettbewerbsvorteil in den Arbeitsmärkten besitzen.

Gesundheit verliert dadurch mehr und mehr ihren Charakter als „reine Privatangelegenheit“ und wird zum Teil der zunehmend auch betrieblich geforderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Nach wie vor dominiert jedoch ein begrenztes Verständnis von Gesundheit in dem Sinne, dass sie als individuell-persönlicher Teil des eigenen Verhaltens verstanden wird, den jeder eigenverantwortlich zu gestalten habe, ohne Berücksichtigung der sozialen Rahmenbedingungen, unter denen sich unsere Lebensstilmuster entwickelt haben.

Ausgeblendet werden so die für unsere Ernährungsgewohnheiten maßgeblichen Rahmenbedingungen, die die Nahrungsmittelindustrie einschließlich ihrer Vertriebswege und Marketingpolitik setzt. Auf individueller Ebene sind zwar bewusste Entscheidungen für eine gesundheitsgerechte Ernährung möglich, in einer Fastfoodkultur wird sich jedoch trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen allein kein kollektiv wirksamer Lebensstilwandel durchsetzen können. Ein weiteres Beispiel für die soziale Einbettung unserer gesundheitsrelevanten Lebens-

stilmuster ist die Rolle und der Umgang mit dem Alkoholkonsum in unseren Gesellschaften, besonders in Europa. Alkoholkonsum ist schon lange nicht mehr begrenzt auf besondere Anlässe, sondern ein alltäglicher Bestandteil unserer Lebensweise geworden und ganz eng mit allen Formen der Geselligkeit und des sozialen Zusammenlebens verknüpft. Es kann daher nicht verwundern, dass gesundheitsriskante Praktiken in diesem Bereich sich in immer jüngeren Bevölkerungsgruppen ausbreiten.

Erst die in den vergangenen zwei Jahren auch öffentlich geführte Debatte über die gesundheitlichen Folgen von wachsendem Stress in der Arbeitswelt verbindet Gesundheit mit den sozialen Rahmenbedingungen, hier den Arbeitsbedingungen. Wachsende Leistungsanforderungen, eine höhere Arbeitsverdichtung unter Bedingungen zunehmender Konkurrenz in Kombination mit anhaltend hoher Arbeitsplatzunsicherheit und damit zusammenhängenden Risiken des sozialen Abstiegs werden u. a. als zentrale Stressoren in der Arbeitswelt ausgemacht. Auch wenn es strittig bleibt, in welchem Ausmaß der Wandel in den Arbeitsbedingungen tatsächlich zu gesundheitlichen Beschwerden und gar Erkrankungen führt, besteht ein Konsens bei allen Beteiligten, dass ein Handlungsbedarf entstanden ist und Unternehmen auch durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung antworten sollten. So haben Angebote zur Führungskräftequalifizierung in gesundheitlichen Fragen „Hochkonjunktur“. Viele Großunternehmen haben entsprechende Maßnahmen bereits in ihr reguläres Fortbildungsprogramm integriert und gleichzeitig unterstützende Maßnahmen für Beschäftigte eingeführt.

Die Unternehmen, die „es sich leisten können“, investieren nun zusätzlich in Mitarbeiterprogramme zur Unterstützung von betroffenen Beschäftigten, auch weil die reguläre Infrastruktur der Gesundheitsversorgung in diesem Feld Defizite aufweist, die eine schnelle und effiziente Rückkehr an den Arbeitsplatz beeinträchtigen können. Schätzungen zufolge wird nur jeder zweite Patient mit einer klinisch bedeutsamen Depression vom Hausarzt erkannt. Und nur ein Bruchteil der erkannten Fälle erhält eine leitlinienkonforme Behandlung (Jacobi/Genz/Schweer 2012).

Gesetzliche Krankenversicherungen und zunehmend auch Berufsgenossenschaften unterstützen Betriebe durch entsprechende Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung bei der Führungskräftequalifizierung sowie der Stressbewältigung für alle Beschäftigtengruppen. Häufig genug bleibt es jedoch bei punktuellen Maßnahmen mit geringer Verbindlichkeit. Betriebe, die diese Präventionsmaßnahmen in ein systematisches und flächendeckendes Konzept eines betrieblichen Gesundheitsmanagements einbinden, sind noch in der Minderheit.

Eine gute betriebliche Praxis in der Förderung psychischer Gesundheit zeichnet sich durch folgende Eckpunkte aus:

- die Arbeit selber schafft Sinn für die Beschäftigten;
- wirtschaftlich erforderliche Betriebsänderungen werden so fair wie möglich und unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung umgesetzt;
- die Arbeitsorganisation verhindert dauerhafte Überforderungssituationen und bietet ausreichende und angemessene Handlungsspielräume für die Beschäftigten;
- die Kommunikation zwischen Führungskräften und Belegschaft sowie untereinander ist möglichst offen und wertschätzend.

Die betriebliche Praxis weicht jedoch oftmals von diesen Eckpunkten ab. Insbesondere um die kommunikativen Basiskompetenzen von Führungskräften ist es, Beschäftigtenbefragungen zufolge, schlecht bestellt (Weaver/Mitchell 2012). So seien vor allem die Fähigkeiten, zuzuhören, Verständnis zu zeigen, Mitarbeiter einzubinden und zu unterstützen, vielfach nur unzureichend vorhanden. Das dies nicht nur nachteilige Folgen unter gesundheitlicher Perspektive hat, sondern auch Risiken für den wirtschaftlichen Erfolg mit sich bringen kann, wird deutlich, wenn man diese Befunde in die Diskussion über die zukünftig geforderten Führungskompetenzen grundsätzlich einordnet. Denn hier führt die Fähigkeit, Wandel zu initiieren und zu gestalten, das HR-Anforderungsprofil der Zukunft an. Und diese für den zukünftigen Erfolg im Wettbewerb so wichtige Managementkompetenz benötigt eine hohe Qualität in den kommunikativen Basiskompetenzen, anders lässt sich ein Höchstmaß an Engagement aufseiten der Teams und Mitarbeiter nicht erreichen.

An der Thematik der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt lässt sich daher gut verdeutlichen, wie relevant der Beitrag der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Realisierung des Kerngeschäfts in den Unternehmen heute ist und zukünftig sein wird. Aus einer freiwilligen Sozialleistung beginnt sich ein wirklicher Produktivitätstreiber zu entwickeln, ein notwendiger Faktor für Innovation und qualitatives Wachstum.

Zukünftige Herausforderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung

Neben den Betrieben werden künftig die Kommunen die Hauptakteure der Gesundheitsförderung und Prävention sein müssen. Trotz angespannter Haushaltslage müssen sie dafür sorgen, dass durchgängige Versorgungsketten vom ungeborenen Kind bis ins hohe Alter für die Prävention und Gesundheitsförderung aufgebaut werden.

Dabei müssen sie sich insbesondere um diejenigen kümmern, die keine gute Betreuung im Betrieb oder anderswo haben. Das sind in allererster Linie Kinder und Jugendliche, aber auch Menschen ohne Arbeit und alte Menschen. Gesundheitsförderung und Prävention müssen in Kitas, in Schulen, bei den Arbeitsagenturen und den Senioreneinrichtungen zum Pflichtprogramm werden. Notwendig ist, hier Kooperationen einzugehen mit den Krankenkassen, den Arbeitsagenturen, den Wohlfahrtsverbänden und anderen, damit sich jede Einrichtung gemäß ihres gesetzlichen Auftrages weitestgehend einbringen kann. Erste Ansätze dazu existieren bereits. Diese müssen verstärkt und ausgebaut werden.

Bislang sind es vor allem größere Unternehmen und zunehmend auch Betriebe im öffentlichen Sektor, die sich stärker in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren. In kleineren und besonders Kleinstunternehmen ist das Interesse deutlich geringer ausgeprägt, auch weil die verfügbaren Instrumente und Abläufe der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht für den Einsatz in diesen Organisationstypen angepasst sind. Da hier aber der weitaus größte Teil der Beschäftigten in Deutschland tätig ist, sind angepas-

te Vorgehensweisen auch aufseiten der überbetrieblichen Akteure, insbesondere der Sozialversicherungen erforderlich.

Fortschritte in der Verbreitung guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung können erreicht werden, wenn insbesondere die Sozialversicherungsträger als wichtigste überbetriebliche Unterstützungsstruktur ihre Aktivitäten stärker untereinander vernetzen und strategische Kooperationen mit den Akteuren anstreben, die eine Multiplikatoren-Position gegenüber Teilssegmenten im Bereich der Klein- und Kleinstbetriebe besitzen, wie z. B. Innungen, Industrie- und Handelskammern, branchenbezogene Wirtschaftsverbände, Banken und Versicherungen. Informationen könnten über gemeinsam betriebene Internetportale aufbereitet werden, die dann direkt von interessierten Akteuren mit einer Multiplikator-Funktion verbreitet werden könnten. Dieser Ansatz sollte dann durch lokale bzw. regional verankerte Informationsveranstaltungen ergänzt werden, die ebenfalls in Kooperation zwischen Sozialversicherungsträgern und Multi-

plikatoren angeboten und durchgeführt werden sollten.

Mit einem solchen Ansatz könnte der Kreis erreichter Betriebe deutlich vergrößert werden. Auf diese Weise könnten grundlegende Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in einem öffentlichen Rahmen organisiert und vermittelt werden, sodass alle Betriebe grundsätzlich Zugang zu einer Basisberatung erhielten. Weitergehende Beratungen bis hin zu Dienstleistungen bzgl. der Umsetzung von Betriebsprojekten müssten dann am Markt eingekauft werden.

Damit ließen sich auch die jetzt ungleichen Chancen in Bezug auf Zugänge zu öffentlich bereitgestellten Unterstützungsleistungen reduzieren. Aktuell werden vor allem die schon interessierten und informierten Unternehmen erreicht. Da dies strukturell bedingt in der Regel größere Organisationen sind, die ohnehin über mehr Ressourcen verfügen, fördern die bisher etablierten Strukturen tendenziell ungleiche Zugänge zu öffentlich organisierten Unterstützungsleistungen.

Literatur

- BELLWINKEL, M./KIRSCHNER, W. (HRSG.) (2011): Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- BKK BUNDESVERBAND (2009): Gesund älter werden im Stadtteil. Handlungshilfe. Essen
- HOLLEDERER, A. (HRSG.) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- JACOBI, F./GENZ, A./SCHWEER, R. (2012): Macht Arbeit psychisch krank? Die Diskussion über die Zunahme psychischer Störungen und die Rolle der Arbeit. In: BDA (Hrsg.): Leitung und Lohn. Zeitschrift für Arbeitswirtschaft Nr. 518/519/520/521 (Mai) S. 3–48.
- WEAVER, P./MITCHELL, S. (2012): Lessons for Leaders from the People who matter. How employees around the world view their leaders. DDI. http://www.ddi-world.com/DDIWorld/media/trend-research/lessonsforleadersfromthepeoplewhomatter_mis_ddi.pdf

„Fit von klein auf“ – eine Initiative zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Grundschulen

Lena Böhnke, Marijke Brouwer und Dagmar Johannes

Team Gesundheit, Essen (L. Böhnke, M. Brouwer)/BKK Bundesverband Essen (D. Johannes)

Frühzeitig eine gesunde Lebensweise kennenlernen

Spielen, toben, lecker essen. Die Freude an einer gesunden Lebensweise sollten Kinder so früh wie möglich entdecken, um sich langfristig wohlfühlen zu können und gesund zu bleiben. Die Aufgabe von uns Erwachsenen ist es, Kindern bei diesen Entdeckungen zu unterstützen. „Fit von klein auf“ lautet deshalb die bundesweite Gesundheitsinitiative der Betriebskrankenkassen (BKK), die seit 2005 Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen (Kitas) sowie Eltern praktisch unterstützt – mit dem Ziel, das Leben von Kindern gesünder zu gestalten und ihre gesundheitlichen Kompetenzen zu stärken. Unter www.fitvonkleinauf.de sind vielfältige Materialien und Anregungen zur Gesundheitsförderung in der Kita zu finden, seit 2012 stehen auch Tipps für die Grundschule bereit.

Unter Trägerschaft des BKK Bundesverbandes und BKK Landesverbandes NORDWEST ist „Fit von klein auf“ ein Teil der BKK Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ zu sehen. Diese verfolgt das Ziel, innovative Ansätze der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Handlungsfeldern und Strukturen zu entwickeln, zu erproben bzw. zu unterstützen und zu verbreiten sowie dazu beizutragen, die gesundheitlichen Chancen von sozial benachteiligten Personen ohne Stigmatisierung zu verbessern.

Der Bedarf für solche Angebote wird vor allem in der KiGGs-Studie des Robert Koch-Instituts deutlich (2010). In der repräsentativen Untersuchung zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland zeigte sich, dass Kinder aus sozial schwachen Familien häufig besonders schlechte Ausgangsbedingungen für ein gesundes Leben haben. So häufen sich bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien Unfälle, sie

sind häufiger übergewichtig und werden öfter psychisch auffällig als andere Kinder. Darüber hinaus erhalten sie eine schlechtere gesundheitliche Versorgung. Der Settingansatz zur Gesundheitsförderung in Kita und Schule ist optimal dafür geeignet, auch sozial benachteiligte Kinder zu erreichen und zu einer gesunden Lebensweise hinzuführen. Daher setzen die Betriebskrankenkassen mit der Initiative auf verschiedene Ansätze für die Settings Kindertagesstätte und Grundschule. In diesem Zusammenhang werden ebenfalls Anregungen für den Transfer ins Elternhaus gegeben.

Die Initiative „Fit von klein auf“ umfasst folgende Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit bei Kindern von 0 bis 10 Jahren:

Zielgruppe Erzieherinnen und Erzieher

- Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ *Randvoll mit praxiserprobten Tipps und Anregungen zur Gesundheitsförderung in der Kita*
- Kita-Vorsorgebogen *Für einen verbesserten und strukturierten Austausch zwischen Kita-Team, Eltern und Kinderarzt bei der U9 und U10*
- Gesundheitswettbewerbe *Sammlung und Prämierung von Best-Practice-Beispielen zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten*
- Gesundheitskisten *Online-Materialien mit Anregungen für Aktionen, die ohne größeren Vorbereitungs- und Materialaufwand im Gruppenalltag eingesetzt werden können*
- BKK Kita-Newsletter *Quartalsweise Informationen zu einem Gesundheitsthema in der Kita – mit Blick auf die Praxis und auf die Wissenschaft*



Zielgruppe Lehrerinnen und Lehrer der Primarstufe

- Markt der Möglichkeiten *Anregung für „Immer mal wieder zwischendurch“-Aktionen zu verschiedenen Gesundheitsthemen zum Download*
- Unterrichtsbausteine *Komplett ausgearbeitete Unterrichtseinheiten zu den Themen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Lebenskompetenzförderung*
- Broschüre „Gesunder Arbeitsplatz Grundschule“ *Damit auch die Lehrkräfte gesund bleiben – Hintergrundinformationen und Praxistipps zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Grundschule*

Zielgruppe Eltern

- BKK FamilyCare-Newsletter *Tipps und Tricks für die junge Familie – von der 20. Schwangerschaftswoche bis zum 10. Lebensjahr*
- Aktivprogramm „Fit von klein auf – Mach mit“ *Sechswöchiges Online-Aktivprogramm für Eltern von drei- bis vierjährigen Kindern*



■ „Fit von klein auf“ für Eltern zur Gesundheitserziehung im Kleinkindalter
Gesundheitsförderung für die Kleinsten – von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr

■ Deutsche und fremdsprachliche Elternflyer
Informationen für Eltern zu den Themen Bewegung, Ernährung und Entspannung in deutscher, türkischer, russischer und kroatischer Sprache

Die Herzstücke von „Fit von klein auf“ sind der BKK Gesundheitskoffer für die Kita und die Unterrichtsbausteine für die Grundschule. Diese beiden Bestandteile der Initiative werden daher im Folgenden detaillierter dargestellt.

Der BKK Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ – ein Koffer voller Gesundheit

Der Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ bietet Kindertageseinrichtungen vielfältige Anregungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Alltags und zur Arbeit mit den Eltern. Konkret sollen Erzieherinnen und Erzieher motiviert und praktisch unterstützt werden, gesundheitsförderliche Aktivitäten bezüglich psychosozialer Entwicklung, Ernährung, Bewegung und Entspannung effektiv und nachhaltig in den Kitaalltag zu integrieren sowie die Einrichtung als Spiel-, Lebens- und Arbeitsraum gesundheitsförderlich zu gestalten.

In sieben Modulen liefert der BKK Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ Antworten auf viele Fragen und praktische Handlungshilfen: Bewegung, Ernährung, Entspannung, Hautgesundheit, Lebenskompetenzförderung, „mein Körper“ und betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita werden für die altersgerechte Arbeit bereitgestellt. Die sieben Gesundheitsbausteine (= Praxis-

ordner) enthalten jeweils eine thematische Einführung mit leicht verständlich aufbereiteten Hintergrundinformationen, eine Sammlung von Spielen und Anregungen, die ohne große Vorbereitung in der täglichen Praxis eingesetzt werden können sowie Vorschläge für zeitlich länger angelegte Projekte und Aktionen, sogenannte Highlights.

Darüber hinaus gibt es in jedem Gesundheitsbaustein die Rubrik „Eltern-Informationen“. Hier werden Argumente zur Sensibilisierung von und praktische Aktivitäten mit Eltern vorgeschlagen. Unterstützende Materialien wie die 60 cm große beispielbare Handpuppe namens Florina und eine „gesunde“ Kinderlieder-CD sowie Falblätter und Plakate für die Eltern runden das Angebot ab.

Der Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ ist bewusst nicht als geschlossenes Curriculum aufgebaut, sondern trägt den unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedingungen in den Einrichtungen Rechnung – das heißt, welche Inhalte in welcher Reihenfolge umgesetzt werden, liegt in der Entscheidung der Kita. Ebenfalls in ihrem Ermessen liegt die Dauer der Durchführung, obgleich die Umsetzung selbstverständlich auf Dauer gedacht ist.

Zum Einsatz kommt der BKK Gesundheitskoffer mittlerweile in fast 2.000 Kindertageseinrichtungen in ganz Deutschland. Übergeben wurde der Koffer dabei in den meisten Fällen im Rahmen einer Patenschaft von Betriebskrankenkassen an Kindertageseinrichtungen, der sogenannten BKK Patenschaft. Neben den Materialien beinhaltet diese auch einen Kontakt zu einem BKK Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und -erziehung.

Erfahrungen und Weiterentwicklung

Um die Umsetzung und möglichen Wirkungen des BKK Gesundheitskoffers „Fit von klein auf“ zu untersuchen, wurde dieser durch das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (Kiel) evaluiert. Neben der Nutzungshäufigkeit des Koffers und der Bewertung der einzelnen Bausteine wurden hier auch die Praxistauglichkeit und eine eventuelle Verhaltensänderung bei Kindern, Erzieherinnen und Erziehern sowie Eltern ermittelt. Im Jahr 2007 wurden dazu in einer ersten Welle über 440 Kindertageseinrichtungen, die zu diesem Zeitpunkt seit mindestens sechs Monaten im Besitz des Gesundheitskoffers waren, schriftlich befragt. Im Sommer 2008 folgte eine Wiederholungsbefragung der Einrichtungen, um Umsetzung und Wirkungen im Lauf der Zeit betrachten zu können.

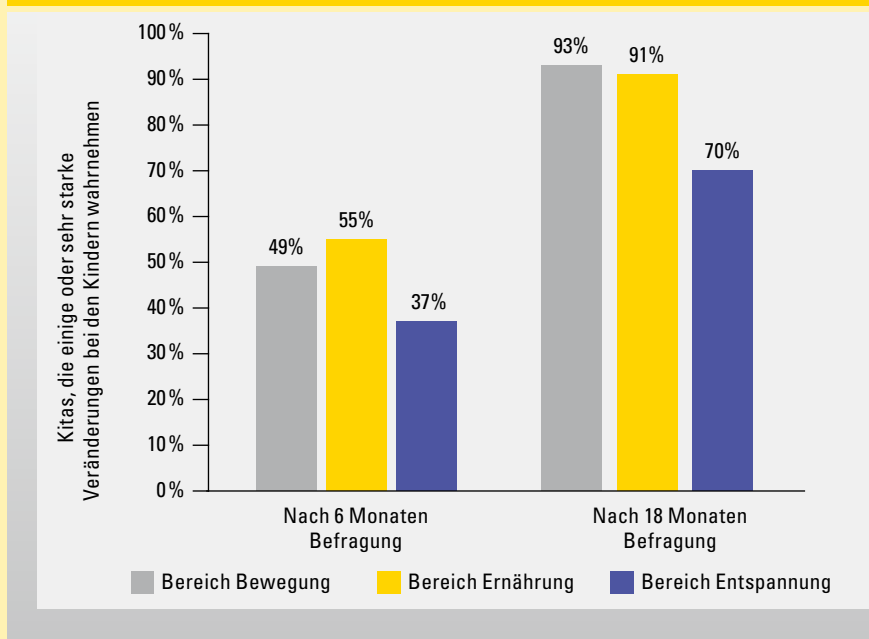
Es zeigte sich, dass die Gesundheitsbausteine und Materialien des Gesundheitskoffers in den Einrichtungen eine hohe Annahme erfahren und als sehr praxistauglich eingestuft werden. In mehr als zwei Drittel der Kindertageseinrichtungen wird der Koffer auch nach durchschnittlich 18 Monaten Besitz regelmäßig eingesetzt und ist bei 33 % immer noch fest in den Kita-Wochenplan integriert. Aus Sicht fast aller befragter Erzieherinnen und Erzieher zeigten sich bei den Mädchen und Jungen aufgrund der Arbeit mit dem Koffer wahrnehmbare Veränderungen im Gesundheitsverhalten, insbesondere in den Bereichen Bewegung und Ernährung.

Positive Auswirkungen des Koffers auf andere Bereiche und Personen (pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,



Abbildung 1

Wirkung der Arbeit mit dem Koffer aus Sicht der Erzieherinnen und Erzieher nach 6 und 18 Monaten Koffereinsatz



chen Bewegung, Ernährung, Entspannung oder Lebenskompetenzförderung. Die Unterrichtseinheiten richten sich entweder an die Klassen 1 und 2 oder 3 und 4.

Dem Konzept eines Unterrichtsbausteins ist eine sog. Kurzinfo vorangestellt, die den Hintergrund des jeweiligen Bausteins für die Lehrerinnen und Lehrer erläutert und die Relevanz des Themas aufzeigt. Im Anschluss an diese Einführung folgt die Erläuterung der ersten Unterrichtsstunde mit der Angabe der übergeordneten Zielsetzungen – die sich zum einen auf die SchülerInnen als auch auf das Elternhaus beziehen.

Eltern) wurden ebenfalls sehr häufig als mit der Zeit zunehmend berichtet.

Zusammengenommen sprechen die Befunde dafür, dass sich der Gesundheitskoffer in Kindertageseinrichtungen als wirksame Maßnahme erweisen kann, insbesondere wenn er längerfristig zum Einsatz kommt.

„Fit von klein auf“ für die Grundschule: Die Unterrichtsbausteine

Mit Freischaltung der neu gestalteten und gefüllten Webseite fiel im Frühjahr 2012 der Startschuss für die Ausweitung der Initiative auf Grundschulen. Lehrerinnen und Lehrer sollen nun ebenfalls motiviert und unterstützt werden, Gesundheitsthemen im Unterricht aufzugreifen.

Das Herzstück des Angebots für die Primarstufe stellen Unterrichtsbausteine dar. Jeder Baustein beinhaltet zwei ausgearbeitete Unterrichtsstunden à 45 Minuten zu einem relevanten Thema der Gesundheitsförderung aus den Berei-

Jede Unterrichtsstunde beginnt mit einer kurzen Geschichte, welche aus dem Leben von Florina und Flo erzählt und inhaltlich die Thematik der jeweiligen Stunde aufgreift. Die Figuren Florina und Flo sind die Maskottchen der Initiative

Gesundheitsbereich	Unterrichtsbausteine für die Klassen 1 und 2	Unterrichtsbausteine für die Klassen 3 und 4
Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> • Barfuß über Stock & Stein • Mein Schulweg 	<ul style="list-style-type: none"> • Öfter mal was Neues • Sport allein und im Verein
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Das grüne Klassenzimmer • Äpfel wachsen nicht im März, oder? 	<ul style="list-style-type: none"> • Von wegen Flügel • Kochen von nah bis fern
Entspannung	<ul style="list-style-type: none"> • Entspannung pur • Wasser-Wellness 	<ul style="list-style-type: none"> • Orte zum Seele baumeln lassen • Flimmer ohne mich
Lebenskompetenzförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Stinksauer und gut drauf • Gemeinsam sind wir stark 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobbing, nein danke! • Ich – einfach einmalig

„Fit von klein auf“ und bisher vor allem als Illustrationen in Erscheinung getreten. Im Rahmen der Aktivitäten für die Grundschule übernehmen sie nun auch einen inhaltlichen Part. Auf diese Weise wird ein roter Faden durch sämtliche Unterrichtsstunden gesponnen, der zum Ziel hat, sowohl den Wiedererkennungswert zu stärken als auch die Motivation der Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an den Stunden zu erhöhen.

Der Hauptteil der Unterrichtsstunden setzt sich (teilweise) aus mehreren Einzelübungen zusammen. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeigen, dass ein interaktiver Vermittlungsstil ein wesentliches Element einer erfolgreichen Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung darstellt. Das bedeutet bezogen auf die „Fit von klein auf“-Unterrichtsbausteine, dass vor allem handlungsorientierte Methoden zum Einsatz kommen wie Kleingruppenarbeit und Gesprächskreise. Diese sorgen für einen aktiven Einbezug der Schülerinnen und Schüler und regen sie dazu an, ins Gespräch zu kommen und sich auszutauschen. Auf diese Weise können nicht nur Lernzuwächse auf der Wissensebene, sondern auch Einstellungs- und Verhaltensänderungen erzielt werden. Mit kreativen Einzelarbeiten, der gemeinsamen Auseinandersetzung in der Klasse oder erlebnisorientierten Aktivitäten werden die Kinder auf vielfältigen Zugangswegen an die Gesundheitsthemen herangeführt. So enthält der Baustein „Äpfel wachsen nicht im März, oder?“ zum Beispiel ein Quiz, mit dem spielerisch Wissen zum Obst- und Gemüseanbau vermittelt wird. In der zweiten Unterrichtsstunde des Bausteins „Mein Schulweg“ wird das Gewicht des Schulrucksacks kontrolliert und gemeinsam überlegt, wie hier eine Überbelastung des Rückens vermieden werden kann. Das Unterrichtskonzept „Ich – einfach einmalig“ regt zur Bewusstmachung der eigenen Besonder-

heiten an, die in einem Brief an einen fiktiven Brieffreund formuliert werden sollen. Jede einzelne Handlungssituation/Übung umfasst neben der Beschreibung der Durchführung auch Angaben zur Dauer, den notwendigen Materialien, den spezifischen Erfahrungsmöglichkeiten sowie Anregungen für die Auswertung.

Den Abschluss einer jeden Unterrichtsstunde bildet die sog. Familienhausaufgabe die als Kopiervorlage zum Ausdrucken bereitgestellt wird. Mit der Hausaufgabe sollen die Eltern mit ins Boot geholt und ein Transfer des Erlernten ins Elternhaus angeregt werden. Die Familienhausaufgabe ist eine kleine Aufgabe, die die Schülerinnen und Schüler gemeinsam mit ihren Eltern und/oder der ganzen Familie lösen sollen. So werden die Familien zum Beispiel aufgefordert, gemeinsam das gesunde Lieblingsrezept aufzuschreiben oder neue Bewegungsspiele oder kleine Entspannungsübungen auszuprobieren.

Ein (Zwischen-)Fazit zur Initiative

Mit der Initiative „Fit von klein auf“ bieten die Betriebskrankenkassen ein vielfältiges Angebot zur Gesundheitsförderung bei Kindern. Nicht zuletzt die positive Evaluation des Gesundheitskoffers als Herzstücks der Initiative zeigt, dass „Fit von klein auf“ in der Praxis angekommen ist und Effekte zeigt. Durch die Ausweitung der Initiative auf die Grundschulen können die Kinder nun noch länger begleitet werden und haben so die Möglichkeit, auch im Schulalltag noch Erfahrungen und Wissen zu Gesundheitsthemen zu sammeln.

Literatur

LAMPERT, T./HAGEN, C./HEINZMANN, B. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut

MORGENSTERN, M. (2008): Evaluationsstudie zum Einsatz des Gesundheitskoffers in Kindertageseinrichtungen. Abschlussbericht. Kiel: Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gGmbH



Gesundheitscoaching in der Arbeitswelt

Monique Faryn-Wewel, Hans-Georg Schulz und Inka Matschey

Team Gesundheit GmbH (M. Faryn-Wewel) / Landessportbund NRW (H.-G. Schulz) / START Zeitarbeit NRW (I. Matschey)

Zusammenfassung

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass Prävention und Gesundheitsförderung dort ihre Grenzen haben, wo Einstellungen und Verhalten die limitierenden Faktoren sind. Die Gesundheit wird maßgeblich durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung erhalten. Dies erfordert Wissen, Kompetenz und Eigenverantwortung. Im betrieblichen Gesundheitscoaching werden diese Elemente aufgegriffen und im Bedarfsfall unterstützt durch Techniken und Methoden, die die Veränderungsbereitschaft zu einem gesundheitsgerechteren Lebensstil der Beschäftigten erhöhen.

Um Verhaltensänderungen zu erzielen, muss die individuelle Situation und Motivationslage des Einzelnen einbezogen werden; dies gilt insbesondere für Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Mit dem Gesundheitscoaching wurde ein Beratungsansatz entwickelt, der individuelle Lösungen auf individuelle Gesundheitsbelange der Beschäftigten geben kann.

Dem Teilnehmenden werden die Themen nicht mehr länger von außen vorgegeben, sondern er bestimmt seine Handlungsfelder selber. Nachhaltigkeit und Motivation werden durch das Erreichen selbst gesteckter Ziele, der Reflektion von Widerständen und Alltagsbarrieren und der Stärkung des Selbstvertrauens gefördert: Nur wer selbst davon überzeugt ist, etwas für sich bewirken zu können, wird sein Verhalten auch ändern können. Weg von der reinen Wissensvermittlung oder einem Expertenverständnis des Beratenden geht es im Gesundheitscoaching zentral um die spezifische Veränderungsbereitschaft und Motivation jedes Einzelnen. Nur so kann der

Beschäftigte nachhaltig Unterstützung darin erfahren, sich selbst zum gesunden Verhalten zu motivieren – sei es nun zur gesunden Ernährung, zur Bewegung, zum Konflikt- und Stressmanagement oder zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Neue Verhaltensweisen können geübt, die Veränderung begleitet und positiv verstärkt werden, um den Erfolg langfristig zu sichern.

Der Beratungsansatz kann idealerweise in ein bestehendes Betriebliches Gesundheitsmanagementsystem integriert, aber auch als alleinige verhaltensbezogene Intervention eingesetzt werden.

Nicht nur Teilnehmende des Gesundheitscoachings, sondern auch Unternehmensvertreter bestätigen, dass diese Interventionsform als wirksames und „wertschätzendes“ Angebot seitens des Arbeitgebers wahrgenommen wird, was letztlich zur Mitarbeiterbindung und -motivation maßgeblich beiträgt.

Einleitung

Die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, der u. a. durch steigende Anforderungen, eine erhöhte Eigenverantwortung im Beruf, höhere Flexibilitätsanforderungen und diskontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse gekennzeichnet ist, spiegeln sich auch in Veränderungen in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wider: Immer mehr Beschäftigte leiden unter Burn-out und werden wegen psychischer Störungen krankgeschrieben. Die demografische Entwicklung stellt zudem einen weiteren wesentlichen Einflussfaktor für den Arbeitsmarkt dar, der zu massiven Umschichtungen in der Altersstruktur der verfügbaren Arbeitskräfte führen wird. Dieser Prozess ist bereits seit Jahren in Gang und wird sich

in Zukunft beschleunigt fortsetzen. Bis 2010 war eine langsame und stetige Zunahme älterer Arbeitskräfte zu beobachten, ab 2010 bis 2020 wird die weitere Zunahme sprunghaft erfolgen. Ab 2020 sollen 13,2 Mio. Ältere 7,6 Mio. Jüngeren gegenüber stehen, d. h. etwa doppelt so viele Arbeitskräfte jenseits des 50. Lebensjahrs als unter dem 30. Lebensjahr. Aktuell ist jede vierte Arbeitskraft 50 Jahre und älter, in 2020 jede dritte. Erstmals wird es dann in den Betrieben mehr 50-Jährige als 30-Jährige geben. Diese Entwicklungen werden einerseits zu einem Wettbewerb um junge Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen, und andererseits werden intensive Anstrengungen unternommen werden müssen, um älter werdende Beschäftigte im Arbeitsprozess zu halten. Insgesamt werden sich die Strategien des Personalmanagements noch mehr als heute auf eine zukunftsorientierte Personalentwicklung ausrichten. Im Kern wird die Förderung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen aller Alters- und Berufsgruppen stehen.

Dabei geht es nicht nur um die Erweiterung individueller faktischer Wissensbestände, sondern auch um permanent geforderte Flexibilität und Lernfähigkeit angesichts sich verändernder beruflicher Anforderungen und Erwartungen.

Gesundheitscoaching im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Als Unternehmensressource sind *personale Gesundheitskompetenz* und *organisationale Gesundheitskompetenz* wichtige Faktoren der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen. Entsprechend können Ansatzpunkte von Interventionen zur be-

trieblichen Gesundheitsförderung und Prävention die Organisation oder Person sein. Im ersten Fall spricht man auch von „verhältnisorientierter Gesundheitsförderung“ bzw. „Verhältnisprävention“, im zweiten Fall handelt es sich um „verhaltensorientierte Gesundheitsförderung“ bzw. „Verhaltensprävention“.

Die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung hat einen systemgestaltenden Anspruch. Sie analysiert, welche Auswirkungen die Arbeits- und Sozialprozesse auf die Gesundheit der Mitarbeiter haben und leitet geeignete Interventionsmaßnahmen ab. Ziel der verhaltensorientierten Gesundheitsförderung bzw. Verhaltensprävention ist es, das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so zu verändern, dass gesundheitsbewusstes Verhalten gefördert und gesundheitlich riskantes Verhalten vermieden wird.

Oft stehen Unternehmen vor der Frage, wie Gesundheitsangebote die richtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreichen, wie Angebote genau auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten und gesundheitsgerechtes Verhalten dauerhaft gesichert werden kann. Erfahrungsgemäß bleibt die Wirksamkeit eines fachlich qualifizierten Präventionsangebotes, z. B. zur Ergonomie, Stressbewältigung oder Entspannung, häufig hinter den Erwartungen und Hoffnungen sowohl der Organisatoren als auch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zurück. Es gelingt nur wenigen, die Impulse für sich zu nutzen und die Handlungsmuster, die als grundlegend für eine gesunde Lebensweise und die Bewältigung alltäglicher Anforderungen gelten, zu unterstützen oder zu verändern.

Da, wo also „Standardinterventionen“ in der betrieblichen Gesundheitsför-

derung an ihre Grenzen stoßen, bringt die individuelle Gesundheitsberatung (Gesundheitscoaching) besondere Vorteile. Auch wenn das Wissen über gesundheitsgerechtes Verhalten bei den meisten Menschen vorhanden ist, berichten viele Personen über gescheiterte Versuche, die alltägliche Lebensführung gesundheitsbewusster zu gestalten. Sie erkennen und beschreiben die Ursachen des Scheiterns sehr konkret und verfügen z. T. über ein sehr ausdifferenziertes gesundheitliches Faktenwissen, haben aber bislang keinen Weg gefunden, dieses für sich auf Dauer nutzbar zu machen. Nicht zuletzt sind sie auch irritiert von der Fülle und der Widersprüchlichkeit des überall zugänglichen Wissensbestandes über Gesundheitsrisiken, Präventionsmaßnahmen und mögliche Spätfolgen im Alter.

Durch das individuelle Gesundheitscoaching werden diese Hürden identifiziert und mit Hilfe verschiedener Coachingmethoden realistische Verhaltensänderungen initiiert und begleitet.

Zugrundeliegende Konzepte des Gesundheitscoachings

Der konzeptionelle Leitgedanke des Gesundheitscoachings ist die Grundannahme, dass individuelle Bemühungen zu einer gesundheitsbewussteren Lebensführung sehr häufig daran scheitern, dass die Beschäftigten sich vor allem an Expertenwissen ausrichten und der persönlichen Veränderungsbereitschaft und der Wirkung ihrer Lebensumstände zu wenig Beachtung schenken. Die Erfolgsaussichten und die Wirksamkeit solcher Bemühungen können gefördert werden, wenn die Beschäftigten sich selbst und ihre Lebensgestaltung in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen zur

Veränderung setzt. Die Motivierende Gesprächsführung („motivational interviewing“) bildet die Grundlage des Gesundheitscoachings und ist ein erprobtes und wissenschaftlich evaluiertes Konzept zur Unterstützung von Menschen bei der Entwicklung ihrer Veränderungsbereitschaft, der Entscheidungsfindung und der Umsetzung.

Die Motivierende Gesprächsführung hat in den letzten Jahren steigende Beachtung in der Prävention gefunden, da sie die bereits angesprochenen Anforderungen an eine Beratung, die Veränderungslernen fördern soll, erfüllt und eine breite Anwendbarkeit ermöglicht. Aus gesundheitspsychologischer Sicht muss eine Beratung darauf abzielen, „dass Personen im Rahmen ihrer individuellen Lebenssituation, ihrer Motive und Möglichkeiten passende Wege zur Gesundheit finden und diese in den Alltag umsetzen können.“ Beratungsmethoden sollen „einen individuell zu gestaltenden Veränderungsprozess einleiten und starke Akzente auf die Selbststeuerung [...] legen“ (Faltermaier 2004, S. 1065).

Diese Anforderungen erfüllt das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung. Miller und Rollnick definieren ihr Beratungskonzept „als eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“ (2009, S. 47).

Die Motivierende Gesprächsführung ist dem humanistischen Menschenbild verpflichtet und setzt Beratungsmethoden ein, die die Eigenverantwortung der Person und die Selbststeuerung des Veränderungsprozesses unterstützen sollen. Zur Stärkung der Handlungsbereitschaft

aktiviert das Verfahren die persönlichen Wertsetzungen, Motive und die Erinnerung an die biografische Genese der aktuellen Lebenssituation, an der die Person Veränderungen vornehmen will. Es werden aber auch persönliche und soziale Erwartungen an die Person und mögliche Konsequenzen thematisiert, die mit einer Veränderung verbunden sind bzw. sein können. In diesem Zusammenhang ist die Formulierung realistischer Ziele sowie die Entwicklung eines Handlungsplans unter besonderer Berücksichtigung von Handlungsalternativen sowie der Anstrengungen, die erforderlich sein können, um Widerstände und Rückschläge zu überwinden, ein

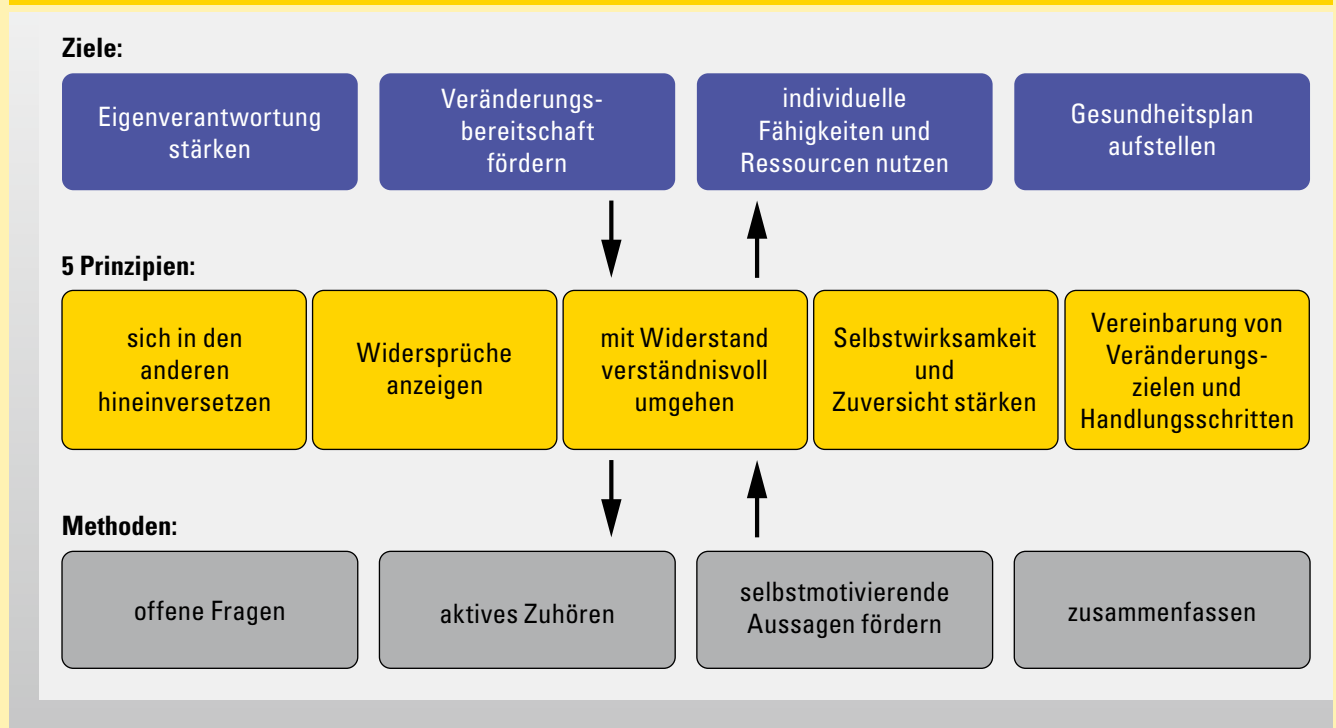
entscheidender Schritt zur Vorbereitung der Person auf die Umsetzung des Plans. Dreh- und Angelpunkt der Motivierenden Gesprächsführung ist der Ambivalenzkonflikt. In diesem Konstrukt wird davon ausgegangen, dass der Mensch für die Beibehaltung sowie die Veränderung einer Verhaltensweise gute Gründe und Motive hat. Seine Motivationsstruktur ist unentschieden: Er will die Veränderung und er will sie zugleich nicht. Diese Grundeinstellung ist nach Miller und Rollnick nicht ungewöhnlich oder gar krankhaft, sondern normal und alltäglich. Sie betrachten „Ambivalenz als einen normalen Aspekt der menschlichen Natur [...] Genauer gesagt, Ambivalenz ist ein

natürlicher Schritt im Prozess der Veränderung“ (2009, S. 32). Ihre Erfahrungen kulminieren in der Beobachtung: „Mit der Ambivalenz zu arbeiten, bedeutet in vielen Fällen, mit dem Kern des Problems zu arbeiten“ (ebda.). Sie sind der Überzeugung, dass jede Person über ein großes Veränderungspotential verfügt, das durch die Motivierende Gesprächsführung freigesetzt werden soll, um den bereits in der Person angelegten Veränderungsprozess zu fördern (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 23).

Jede Phase im Gesundheitscoaching wird von spezifischen Aufgaben und Zielen bestimmt, für die es in der Ge-

Abbildung 1

Ziele, Prinzipien und Methoden der Motivierenden Gesprächsführung



sprachsführung förderliche Methoden gibt. Die Durchführung des Gesundheitscoachings geschieht auf der Basis eines transtheoretischen Modells der Verhaltensveränderung. Im Sinne des Modells geht es nicht um ein mechanistisch-lineares „Abarbeiten“ bzw. Durchlaufen von Entwicklungsschritten, denn ein „Rückfall“ ist grundsätzlich und immer möglich. Leitlinie der Gesprächsführung ist der Prozesscharakter von Veränderungen und damit die individuell unterschiedliche Zeitdimension. Die Zeit, die eine Person auf einer Veränderungsstufe verbringt und mit ihren Aspekten beschäftigt ist, kann interindividuell sehr stark variieren und ist nicht vorauszusagen. Für den Coach folgt daraus: „Die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt“ finden.

Den einzelnen Stadien der Veränderung sind Ziele, Beratungsprinzipien und Methoden zugeordnet, deren Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft ist. (*Abbildung 1*)

Rolle und Funktion des Gesundheitscoaches

Wesentlich für den Erfolg des Coachings ist neben der Haltung des Beraters die Freiwilligkeit des Gesprächs. Ein zu direktes Vorgehen in dem als „privat“ erlebten Gesundheitsbereich wird ansonsten schnell als Zwang und Bevormundung erlebt. Den einzelnen Prozessstufen sind Aufgaben des Coaches zugeordnet (vgl. *Abbildung 2*), die seiner Rolle als Gesprächspartner angemessen sind. Er tritt nicht als Experte auf, sondern ist bemüht, „eine positive Atmosphäre zu schaffen, die einer Veränderung dienlich ist. Gelingt dies, liefert die Person die Argumente für eine Veränderung selbst“ (Miller/Rollnick 1999, S. 34). Die Verantwortung für die Veränderung bleibt bei dem Beschäftigten. Der Berater hat aber

Abbildung 2

Aufgaben des Beraters in der Motivierenden Gesprächsführung

Stufe	Aufgabe des Beraters
Absichtslosigkeit	Zweifel aufkommen lassen, Wahrnehmung von Problemen und Risiken des Gesundheitsverhaltens erhöhen
Absichtsbildung	Gleichgewicht der ambivalenten Motive irritieren, Veränderungsgründe und Risiken herausarbeiten, Selbstvertrauen stärken
Vorbereitung	Entscheidung der Person für den besten Weg zur Verhaltensveränderung unterstützen
Handlung	Auswahl geeigneter Schritte der Verhaltensänderung unterstützen
Aufrechterhaltung	Auswahl und Einsatz geeigneter Strategien zur Beibehaltung der Verhaltensänderung
„Rückfall“	Blockade und Entmutigung vorbeugen, Wiederaufnahme des Zyklus unterstützen

Einfluss auf ihre Entscheidungen, denn er „hat immer das Ziel vor Augen [...] und setzt systematisch spezifische Interventionen ein, um es zu erreichen“ (Miller/Rollnick 1999, S. 66). Mit diesem Grundverständnis ist die Motivierende Gesprächsführung stärker direktiv und unterscheidet sich von anderen klientenzentrierten Verfahren der humanistischen Psychologie.

Das Vorgehen: Entwicklung individueller Gesundheitsziel und eines Gesundheitsplans

Die Motivierenden Gesundheitsgespräche können hinsichtlich Umfang und Dauer je nach Anforderung variieren. Üblicherweise werden drei bis fünf Gespräche von einer Dauer zwischen 30 und 45 Minuten angeboten.

Eigens für das Coaching erstellte Arbeitsblätter und Materialien unterstützen den Prozess. In den Gesprächen werden zunächst negative wie positive Einflussfaktoren auf die Gesundheit thematisiert. Im Vordergrund steht dabei das Erarbeiten von möglichen Perspektiven sowie die Entwicklung und Erprobung von Verhaltensalternativen im Sinne einer gesundheitlichen Eigenverantwortung. Ein Vergleich von persönlich erhobenen Informationen mit Referenzwerten, die ein gesundheitsbewusstes Verhalten widerspiegeln, dient dazu, oftmals bestehende Diskrepanzen zwischen dem eigenen Verhalten und einem gesunden Lebensstil aufzuzeigen. Mittels eines individuell ausgestellten Gesundheitsprofils werden positive wie negative Abweichungen in verschiedenen gesundheitlichen Handlungsfeldern im

Erstgespräch besprochen. Dabei werden neben dem vernünftigen Umgang mit bekannten Risikoverhaltensweisen wie mangelnder Bewegung, ungesunder Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchen auch Bewältigungspotenziale wie der Umgang mit Stress, ein gelungenes Zeitmanagement und Belastungen besprochen.

Auf diesem Weg liegen einige Meilensteine, mit denen sich die Person auseinandersetzen muss. Dazu gehören:

- die Bewertung der Bedeutsamkeit ihres persönlichen Gesundheitsthemas für die Lebensführung,
- die Abwägung des „Für und Wider“ der Verhaltensveränderungen,
- die Festlegung einer persönlichen Entscheidung pro oder contra eine Verhaltensveränderung,
- die Definition von Zielen für den Prozess der Verhaltensveränderung,
- der Rückblick auf biografische Erfahrungen und persönliche Strategien der Verhaltensveränderung als Lernmodelle,
- die Stärkung der Zuversicht, das Gesundheitsverhalten verändern zu können,
- die Identifikation und Nutzung der verfügbaren persönlichen Stärken, die dazu eingesetzt werden können.

Ist der Beschäftigte zu einer Entscheidung gekommen, den thematisierten Aspekt der Lebens- und Berufsausübung unter gesundheitlichen Gesichtspunkten tatsächlich verändern zu wollen, geht es in den späteren Gesprächen um die konkrete Umsetzung von Veränderung.

Mithilfe weiterer Arbeitsblätter wird ein konkreter Gesundheitsplan erstellt, in dem in der Folge persönliche Gesundheitsziele sowie entsprechende Lösungswege verbindlich vereinbart werden. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Erreichung einzelner Entwicklungsschritte gelegt, sodass die Motivation für weitere Veränderungen durch Erfolgserlebnisse gestärkt wird. Das eigene Gesundheitsverhalten sollte als Handlungsfeld erlebt werden, indem einerseits Erfolgserlebnisse möglich sind und andererseits Handlungsautonomie erfahrbar ist.

In diesem Prozess muss der Beschäftigte Antworten auf folgende Aspekte finden:

- Ideen zum Vorgehen und zur Umsetzung der Entscheidung
- Formulierung realistischer und realisierbarer erster Zielsetzungen
- Möglichkeiten und Formen hilfreicher sozialer Unterstützung
- Vorbereitung auf mögliche Hindernisse (persönlicher, sozialer, struktureller, organisatorischer Art) und Wege, diese zu vermeiden oder zu bewältigen
- Alternativen, wenn Wege oder Maßnahmen nicht realisierbar sein sollten
- Mitmenschen im sozialen Umfeld als Lernmodelle
- Art und Weise der Selbst-Belohnung bei Zielerreichung
- Umgang mit Rückschlägen

Das Gesundheitscoaching hat sich bereits in verschiedenen Unternehmen als geeignete Intervention im Bereich der Verhaltensprävention erwiesen. Zudem

hat sich gezeigt, dass die individuelle Vorgehensweise bei wiederkehrenden Problemen (z. B. Ergonomie, ungesundes Kantinenessen) auch Rückschlüsse für die Verhältnisprävention gibt.

Es gilt grundsätzlich zu beachten, dass die Organisation und die Struktur von Gesundheitscoachings in die jeweiligen Bedingungen und Voraussetzungen im Unternehmen angepasst werden. Dazu zählt die Lage und die Dauer der Gespräche, die Wahl des richtigen Umfeldes, aber auch die Suche nach Unterstützer aus den Reihen der Mitarbeiter. Auch sind bereits erfolgreich Multiplikatorenansätze erprobt worden, bei denen interne betriebliche Akteure in den Grundzügen der motivierenden Gesprächsführung ausgebildet wurden.

Herausragend in den Rückmeldungen der beteiligten Beschäftigten ist jedoch das „Ernst-genommen-Werden“ in und mit der eigenen Situation, das als besondere Wertschätzung erlebt wird.

Literatur

- FALTERMAIER, T. (2004): Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F./Engel, F./Sickendieck, U. (Hrsg.): Das Buch der Beratung. Bd. 2. Tübingen
- MILLER, W. R./ROLLNICK, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau
- MILLER, W. R./ROLLNICK, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3. unv. Auflage. Freiburg im Breisgau

Ganzheitliches Gesundheitsmanagement in einem Großunternehmen

Christoph Oberlinner und Stefan Lang
BASF SE, Ludwigshafen

Die heutige Arbeitswelt unterliegt einem schnellen und stetigen Wandel. Für Großunternehmen, aber auch für kleine und mittlere Unternehmen, stellen dabei aktuelle Themen wie der demographische Wandel und eine zunehmende Arbeitsverdichtung, beispielsweise durch die Globalisierung, neue Herausforderungen dar. Sowohl die Hochrechnung von Kennzahlen als auch die Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Untersuchungen machen dabei deutlich, dass ein besonderer Handlungsbedarf im Bereich des Gesundheitsmanagements und vor allem der Gesundheitsförderung gegeben ist. Neben entsprechenden (sozial-)politischen Weichenstellungen sind vor allem auch betriebliche Maßnahmen zum vorbeugenden Gesundheitsschutz einer Erwerbsbevölkerung bedeutungsvoll. Die Arbeitsmedizin kann dazu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Erfahrungen aus vielen Jahren erfolgreichen Gesundheitsschutzes in der BASF können auch für die Umsetzung entsprechender Programme und Aktivitäten in anderen Unternehmen hilfreich sein. Im Folgenden werden einzelne Aspekte nach dem PDCA-Managementprozess (Plan, Do, Check, Act) dargestellt:

Hintergrund („Plan“)

In der BASF besteht seit der Bestellung von Dr. Carl Knaps zum ersten „Fabrikarzt“ im Jahre 1866 das Ziel eines möglichst umfassenden Schutzes von Leben und Gesundheit der Mitarbeiter, das bis heute in der Unternehmenspolitik eine zentrale Rolle spielt. Kontinuierliche Verbesserungen in diesen Feldern werden in den Leitlinien des Unternehmens eingefordert. Entsprechende Ergebnisse

sind in den jährlich aufgelegten Unternehmensberichten dokumentiert.

Die arbeitsmedizinische und notfallmedizinische Betreuung der Mitarbeiter am Standort Ludwigshafen und die weltweite Koordination und Revision der Arbeitsmedizin in den BASF-Gruppengesellschaften ist Aufgabe der Abteilung **Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz**.

Die BASF hat sich bereits 1997 der **Luxemburger Deklaration** zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in der Europäischen Union angeschlossen. Die unterschiedlichen Akteure bei der Gesundheitsförderung können sich in der BASF auf eine lange Tradition stützen. Über die gesetzlichen Vorgaben hinaus garantiert die BASF ihren Mitarbeitern weitgehende Vorsorgemaßnahmen und medizinische Leistungen. Diese sind zum Beispiel in **Betriebsvereinbarungen** geregelt.

Der Steuerung und Koordination aller Aktivitäten des Gesundheitsschutzes dient der 1995 gegründete **Arbeitskreis Gesundheit der BASF**. Er tagt zweimal jährlich, und seine interdisziplinäre Zusammensetzung auf hoher organisatorischer Ebene verspricht eine gute Durchsetzung der gefassten Beschlüsse. (Umfassende Informationen finden sich im Internet unter www.basf.com/arbeitsmedizin.)

Beispiele aus der Praxis („Do“)

Konzept der Gesundheitsförderung

Basierend auf den Erfahrungen mehrerer Jahrzehnte hat sich im Unternehmen ein System aus verschiedenen maßge-

schneiderten Untersuchungs- und Präventionsmodulen bewährt. Zur Ermittlung des Präventionsbedarfs werden Erkenntnisse aus der regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung oder aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen genutzt. Daraus werden dann zielgruppenspezifische Maßnahmen, die personen-, arbeitsplatz- oder standortbezogen sein können, abgeleitet.

Die so ermittelten häufigsten Gesundheitsprobleme der aktiven Belegschaft führen zu den Schwerpunktthemen betrieblicher Gesundheitsförderung: z. B. Muskel- und Skeletterkrankungen, psycho-vegetative Störungen („Stress“) und Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas, Diabetes mellitus, Rauchen). Bereits 1996 wurde am Standort in Ludwigshafen das sog. Gesundheitsförderungszentrum gegründet, in dem Experten der Facheinheiten Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz, der Wirtschaftsbetriebe, des Sportreferats und der Betriebskrankenkasse (pronova BKK) in enger Kooperation bei verhältnis- und verhaltensorientierter Prävention zusammenarbeiten. Das **Gesundheitsförderungszentrum** stellt die kompetente Anlaufstelle rund um das Thema Gesundheitsförderung dar. Es bietet vielfältige Angebote zu Bewegung, Ernährung, Entspannung und Life Balance/Stress, die sich niedrigschwellig sowohl an einzelne Mitarbeiter als auch an ganze Teams und Betriebe wenden. Neben diesen dauerhaften Angeboten führt die BASF jedes Jahr zusätzlich eine globale Gesundheitsaktion durch, die in erster Linie die Früherkennung und Verhinderung der wichtigsten (Volks-) Krankheiten zum Ziel haben. Das Themenspektrum der Aktionen reicht dabei

von Darmkrebs über Diabetes bis zu Bluthochdruck, daneben werden auch konkrete Risikofaktoren wie Rauchen oder Bewegungsmangel aufgegriffen. Auswertungen zeigen, dass die Aktionen durchweg erfolgreich sind. Die BASF wurde in der Vergangenheit mehrfach für Ihr Engagement (unter anderem mit dem Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit) von externen Institutionen ausgezeichnet. (Informationen zu allen Gesundheitsaktionen finden sich im Internet unter www.basf.com/arbeitsmedizin unter dem Stichwort „BASF Gesundheitsaktionen“)

Kooperation mit der Betriebskrankenkasse

Die pronova BKK, ursprünglich ein Teil des Unternehmens und heute führende Krankenkasse in der chemischen Industrie, setzt ebenfalls seit Jahrzehnten Maßstäbe in der BGF. Die BGF-Experten der Betriebskrankenkasse unterstützen das Gesundheitsmanagement durch Know-how und finanzielle Förderung bei Planung und Umsetzung der Gesundheitsaktionen. Außerdem liefern sie die Daten für die betrieblichen Gesundheitsberichte, die problem- bzw. bedarfsgerechte Interventionsplanung erst ermöglichen. Dabei wird von allen Beteiligten selbstverständlich strengstens auf die Einhaltung des Datenschutzes geachtet, also die ärztliche Schweigepflicht und damit vertrauliche Behandlung der Daten werden unter allen Umständen sichergestellt. Die Kooperation mit der pronova BKK ermöglicht eine Anlehnung an das Prinzip „Global denken – lokal handeln“. Denn die Instrumente erfolgreicher BGF sind längst vorhanden, in der Praxis erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Durch

die federführende Rolle der Betrieblichen Krankenversicherung in nationalen wie europäischen Netzwerken trägt die Betriebskrankenkasse dazu bei, dass der jeweils aktuelle Stand des Wissens für das Unternehmen verfügbar ist. (S. auch Die BKK 07/2009)

Demographiemangement und Prävention chronischer Erkrankungen

Eines der zentralen strategischen Programme ist das 2006 gestartete Projekt „Generations@Work“. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit, Flexibilität und Produktivität der Belegschaft zu erhalten. Als ersten Schritt wurden sowohl die Personalstruktur der Standorte als auch die demografischen Veränderungen in den jeweiligen Ländern analysiert: Am Standort in Ludwigshafen beispielsweise sind heute 55 % der Beschäftigten zwischen 35 und 50 Jahre alt. Im Jahr 2020 wird das Durchschnittsalter der Mitarbeiter bei über 50 Jahren liegen.

Bei den Auswertungen aus den (arbeitsmedizinischen) Vorsorgeuntersuchungen etc. zeigte sich bei den medizinischen Endpunkten wie Bluthochdruck, Rückenbeschwerden usw. ein Anstieg der Häufigkeit im Altersgang. Die Projektion dieser Daten in die Zukunft – mit einem deutlich höheren Anteil älterer Erwerbstätiger – lässt einen Anstieg der Häufigkeit chronischer Erkrankungen erwarten.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde eine umfassende Planung zur Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen – bedingt durch den demographischen Wandel – erstellt. Ziel war eine Adaptation der bestehenden betrieblichen Gesundheitsschutzorganisation

der BASF, angepasst an die Bedürfnisse einer alternden Belegschaft.

Übergeordnete Ziele waren dabei:

- ein frühes Erkennen von bisher unerkannten Krankheiten und Krankheitsrisiken sowie die gezielte Zuführung zu geeigneten Interventionen
- die Stärkung von Eigenverantwortung und persönlicher Gesundheitskompetenz, um die Belegschaft zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil (z. B. Reduzierung von Bewegungsdefiziten, Verbesserung der persönlichen Work-Life-Balance) zu mobilisieren = Verhaltensprävention
- Die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitseinflüsse (Zusammenarbeit, Ergonomie) und Weiterentwicklung der gesundheitsorientierten Führung = Verhältnisprävention

Die Kernelemente des Gesundheitsprogramms waren:

- eine kontinuierliche epidemiologische Auswertung der Gesundheitsdaten der Belegschaft zur Analyse von Handlungsfeldern und Identifizierung der relevanten Zielgruppen
- die frühzeitige Identifizierung von gesundheitsschädlichem Verhalten oder Früherkennung von Gesundheitsstörungen durch das Angebot eines regelmäßigen Gesundheits-Checks als Erweiterung der (arbeitsmedizinischen) Vorsorgeuntersuchungen für alle Mitarbeiter im Unternehmen
- die Ermittlung des (individuellen) Präventionsbedarfs der Mitarbeiter aus den erhobenen medizinischen Daten und die Bereitstellung von maßgeschneiderten Angeboten: z. B. „risikoadaptierte Präventionsschema“ bei Metabolischem Syndrom, (Prä-) Diabetes, Rückenerkrankungen usw.

- eine moderne, motivierende Verhaltensprävention („gesunde Mitarbeiter“) und unterstützende Verhältnisprävention („gesundes Unternehmen“)
- eine Evaluation der durchgeführten Maßnahmen auf individueller und auf Gruppenebene

Wissenschaftliche Evaluation / Erfolgskontrolle („Check“)

Die regelmäßige wissenschaftliche Auswertung der Aktivitäten und die Veröffentlichung in medizinischen Fachjournalen stellt eine wichtige Erfolgskontrolle dar. An drei Beispielen soll nun gezeigt werden, dass die betriebliche Gesundheitsförderung sowohl einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Mitarbeiter hat als auch einen Mehrwert für das Unternehmen darstellt.

Langzeit-Effekte des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms in der BASF auf die Gesundheit und Sterblichkeit der Mitarbeiter (Ott et al. 2010)

Seit 1983 führte die BASF auf der Basis einer Betriebsvereinbarung einwöchige Gesundheitsseminare durch. Ca. 1.500 Mitarbeiter nehmen seither jährlich an diesen Seminaren teil. Im Anschluss an diese kompakten Seminare können die Mitarbeiter spezielle Anbindungskurse und/oder weiterhin alle sonstigen Angebote des Gesundheitsförderungszenentrums nutzen.

Um die Langzeiteffekte dieser Seminare und möglicher nachhaltiger Lebensstilveränderungen bei den Teilnehmern auf deren Gesundheit und Sterblichkeit zu untersuchen, wurde eine Gruppe von

7.567 Seminarteilnehmern mit einer Kontrollgruppe von 15.744 Nicht-Seminarteilnehmern verglichen.

Obwohl bei der Gruppe der Seminarteilnehmer chronische Erkrankungen vor den Seminaren häufiger vertreten waren (dies war teilweise auch der Grund, weshalb die Mitarbeiter zu den Seminaren geschickt wurden), zeigte sich nach einigen Jahren in dieser Gruppe eine signifikante Reduktion (13–17 %) der Sterblichkeit (Mortalität) gegenüber der Gruppe von Nicht-Seminarteilnehmern. Wir gehen davon aus, dass die Seminare in Kombination mit den Anbindungsangeboten zu einer nachhaltigen Bewusstseinsänderung der Teilnehmer im Sinne eines gesundheitsförderlichen Lebensstils führten.

Diese Ergebnisse zeigen eindrucksvoll, dass betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten im Rahmen eines strukturierten und nachhaltigen Gesundheitsförderungsprogramms statistisch signifikante positive Langzeiteffekte auf die Gesundheit der Belegschaft haben.

BASF-Studien zum Gesundheitszustand und zur Sterblichkeit bei Wechsel- und Normalschicht (Ott et al. 2009 und Oberlinner et al. 2009)

In der BASF SE in Ludwigshafen arbeiten etwa 8.500 Mitarbeiter in vollkontinuierlicher Wechselschicht. Es handelt sich dabei um ein „3 x 12“ bzw. „4 x 12 Stunden“-Wechselschichtsystem. Eine retrospektive Auswertung der medizinischen Daten aus den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sollte zeigen, ob ein Unterschied im Gesundheitszustand und der Unfallhäufigkeit zwischen Wechselschicht-Mitarbeitern

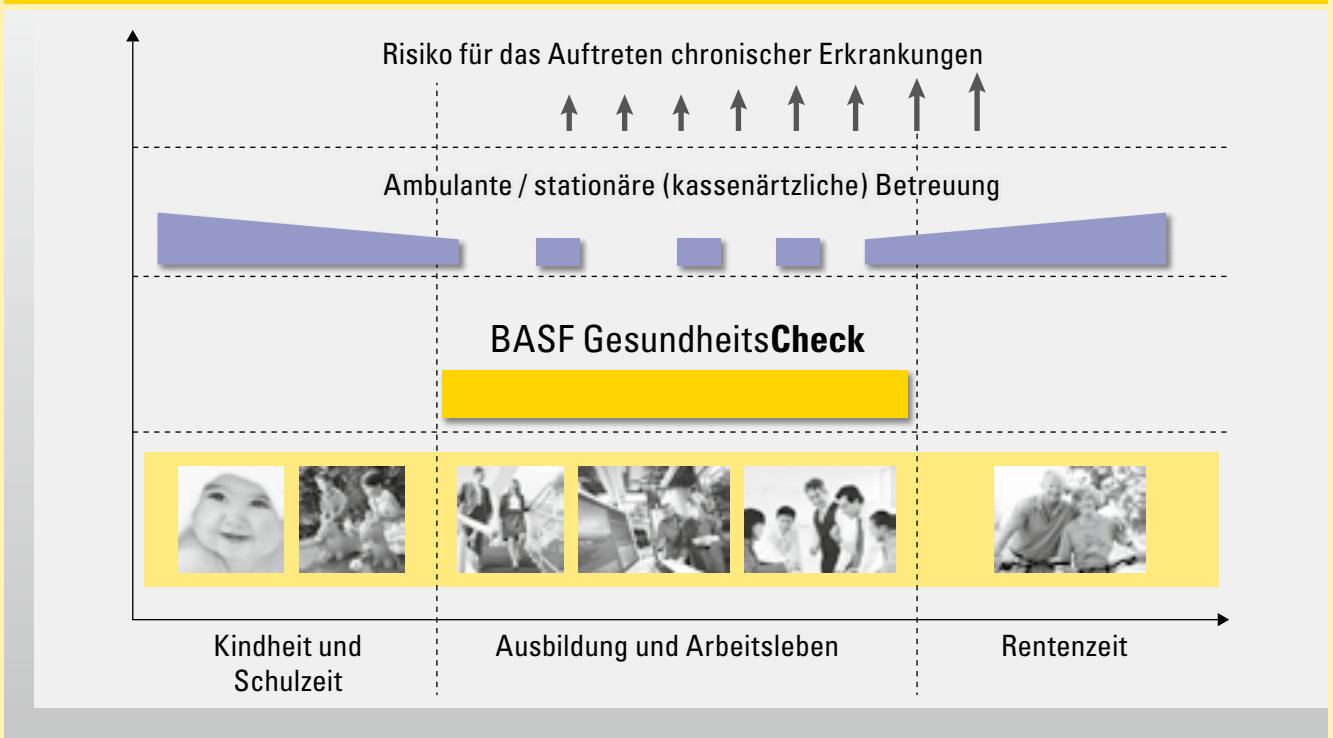
und Normalschicht-Mitarbeitern erkennbar ist. Dabei wurden zwei Gruppen von 14.128 Wechselschicht-Mitarbeitern mit 17.218 Normalschicht-Mitarbeitern über einen Zeitraum von elf Jahren (1995 bis 2005) miteinander verglichen. Insgesamt konnte auf 143.367 arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (94 % davon mit direktem Arztkontakt) zurückgegriffen werden.

Die Wechselschicht-Mitarbeiter hatten keine erhöhte Zahl von Arbeitsunfällen gegenüber den Normalschicht-Mitarbeitern. Es fanden sich keine erhöhten Unfallzahlen gegen Ende der Schichtformen (weder bei der Normalschicht noch bei der 12-Stunden-Wechselschicht). Bei den Wechselschicht-Mitarbeitern zeigte sich bei den meisten chronischen Erkrankungen keine erhöhte Inzidenz und Prävalenz. Lediglich bei Diabetes und chronischer Bronchitis lag das relative Risiko für die Wechselschicht-Mitarbeiter höher. Bei den Wechselschicht-Mitarbeitern waren die Häufigkeiten von Krebserkrankungen im Vergleich zu Normalschicht-Mitarbeitern im Beobachtungszeitraum nicht erhöht. Es fand sich auch keine erhöhte Sterblichkeitsrate (Mortalität) im Vergleich zu Normalschicht-Mitarbeitern.

Die Ursachen für diese positiven Ergebnisse sind vielfältig. Auf der einen Seite ist die Schichtform mit einer „schnellen Vorwärtsrotation“ möglicherweise besser verträglich als anderen Schichtformen. Auf der anderen Seite hat das ganzheitliche und nachhaltige Gesundheitsmanagement – speziell für Schichtmitarbeiter – sicherlich einen wichtigen, positiven Einfluss. So können die in der Literatur beschriebenen negativen Effekte durch Schichtarbeit deutlich ab-

Abbildung 1

Prävention und Lebenszyklus



geschwächt bzw. bei einigen wichtigen Gesundheitsendpunkten sogar komplett aufgehoben werden.

Reporting, KPIs und strategische Entscheidungen („Act“)

Alle Leistungen sowie die erhobenen Daten und die durchgeführten präventiven Maßnahmen werden in regelmäßigen Jahres- und Gesundheitsberichten der Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz dokumentiert. Die so gewonnenen Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation bei den Mitarbeitern werden als

wichtige Planungsgrundlage für die Zukunft verwendet und daraus notwendige Interventionsmaßnahmen abgeleitet.

Um das Gesundheitsmanagement auch weltweit noch aussagekräftiger abzubilden, existiert ein global gültiger Performance-Indikator. Der sogenannte Health Performance Index (HPI) bezieht die folgenden fünf Bereiche ein: Berufskrankheiten, vorausschauende medizinische Notfallplanung, Ersthelferquote an den Standorten, arbeitsmedizinische Überwachungsuntersuchungen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Unsere

Berichterstattung orientiert sich hierbei an dem Leitfaden und den Indikatorprotokollsätzen der Global Reporting Initiative (GRI). Der HPI stellt somit eine objektive und integrierte Maßzahl der BASF-weiten Gesundheitsschutzleistung dar. (Weiterführende Informationen finden sich unter www.basf.com/arbeitsmedizin unter dem Stichwort „Health Performance Index“)

Kernbotschaften

- Die moderne Arbeitsmedizin hat viele Gestaltungselemente, um als Impuls-

geber in einem breit angelegten, integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagement zu fungieren.

- Hierbei ist vor allem die Nähe der Mitarbeiter zu den Arbeitsmedizinern für Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsstrategien – beispielsweise von chronischen Erkrankungen – von Vorteil.
- Die teilweise gesetzlich vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen eine (kosten-)effektive Früherkennung von Risikofaktoren und chronischen Erkrankungen. Da die Akzeptanz dieser Untersuchungen im betrieblichen Kontext sehr hoch ist, ist auch die Möglichkeit einer nachhaltigen individuellen Gesundheitsförderung gegeben.
- Diese regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen decken dabei einen sehr wichtigen Zeitraum ab; nämlich genau den Lebensabschnitt, in dem Risikofaktoren und chronische Erkrankungen entstehen (s. *Abbildung 1*).
- Vor allem das Erreichen gewerblich tätiger Arbeitnehmer, die durch die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig Kontakt zu einem Arbeitsmediziner haben, zeigt, wie wichtig dieser Setting-Ansatz im präventiven Kontext ist.
- In der BASF werden als Erweiterung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeprogramme ganzheitliche Präventionschecks für alle Mitarbeiter des Unternehmens angeboten, die durch Schulungen und Interventionen zur gezielten Verhaltensprävention ergänzt werden.
- Die Analyse des Präventionsbedarfs erfolgt systematisch aus Ergebnissen dieser Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitschecks und Sprechstunden.
- Über etablierte Kommunikationskonzepte innerhalb des Unternehmens

mit Nutzung entsprechender Medien wie Werkszeitung, Intranet usw. können die Mitarbeiter über wichtige Gesundheitsthemen informiert und zur Teilnahme an Gesundheitsaktionen motiviert werden.

- Wesentliche Elemente sind – bei grundsätzlicher Freiwilligkeit der Teilnahme – die direkte Ansprache der Zielgruppe und eine niedrige Zugangsschwelle der Arbeitnehmer zum betrieblichen Gesundheitsdienst.
- Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung im Betrieb ist das Vertrauen der Mitarbeiter in die streng vertrauliche Behandlung der (sensiblen) medizinischen Daten.
- Return-on-Invest-Berechnungen namhafter Unternehmensberatungen (Booz & Company, Roland Berger) belegen den über den sozialen und ethischen Anspruch hinausgehenden wirtschaftlichen Nutzen (Businesscase) dieser Aktivitäten für die Unternehmen. Pro investiertem Euro kommen fünf bis 16 Euro zurück.

Schlussfolgerung

Ziel einer im Betrieb angesiedelten Prävention und Gesundheitsförderung sind „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“. Durch eine kontinuierliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz kann sowohl der Abbau von Gesundheitsrisiken als auch die Schaffung von persönlichen gesundheitsförderlichen Ressourcen erreicht werden. Die Arbeitsmedizin kann dafür die beiden Aspekte der Verhältnis- und der Verhaltensprävention ideal miteinander kombinieren.

Auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung mit einer im Durchschnitt älter werdenden Belegschaft werden

diese Aspekte zunehmend wichtig. Durch ein strategisches Gesundheitsmanagement soll ein Zugewinn an gesunden Lebens- und auch Arbeitsjahren für die Beschäftigten in Unternehmen erreicht werden. Das Setting Arbeitsplatz und die präventionsmedizinische Kompetenz von Betriebsärzten und weiteren in der Prävention ausgewiesenen Mitarbeitern im Unternehmen bieten dafür günstige Voraussetzungen. Relevante Zielgruppen können am Arbeitsplatz erreicht und für Präventionsmaßnahmen gewonnen werden. Diese Möglichkeiten stellen eine sinnvolle Ergänzung zur allgemeinen Prävention in Deutschland dar.

Literatur

OTT, M. G. ET AL. (2010): Impact of an occupational health promotion program on subsequent illness and mortality experience. *Int Arch Occup Environ Health*, Feb 26 [Epub ahead of print]

FELIX BURDA STIFTUNG/BOOZ & COMPANY INC. (2011): Vorteil Vorsorge – Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland

OBERLINNER C. ET AL. (2009): Medical program for shift workers – impacts on chronic disease and mortality outcomes. *Scand J Work Environ Health* 34 (4), Jul, pp. 309–318 [Epub 2009 May 27]

OTT, M. G. ET AL. (2009): Health and safety protection for chemical industry employees in a rotating shift system: program design and acute injury and illness experience at work. *J Occup Environ Med* 51 (2), Feb, pp. 221–231

ROLAND BERGER STRATEGY CONSULTANTS GMBH (2011): Think: act zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. www.think-act.info [Internet]

Prävention als politische Aufgabe am Beispiel des Nichtraucherschutzes

Katrin Schaller und Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Einleitung

Tabakrauch enthält mehr als 8000 verschiedene Substanzen, von denen mindestens 250 toxisch oder krebserzeugend sind – allein rund 90 Inhaltsstoffe des Tabakrauchs wurden als krebserzeugend oder möglicherweise krebserzeugend eingestuft. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Menschen, die den Tabakrauch anderer einatmen, also passiv rauchen, nahezu die gleichen Erkrankungen erleiden können wie Raucher. Zu den akuten, infolge von Passivrauchen auftretenden Beschwerden gehören Rötungen und Schwellungen der Schleimhäute, Augenbrennen und -tränen, Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit. Die Reizungen der Atemwege können zu Husten, Auswurf, Kurzatmigkeit und Atembeschwerden bei körperlicher Belastung führen. Langfristig kann Passivrauchen chronische Entzündungen der Atemwege, eine erhöhte Infektanfälligkeit und ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt und Schlaganfall verursachen. Zudem steigt durch Passivrauchen das Risiko für Krebserkrankungen der Lunge, der Nasennebenhöhlen sowie bei jungen prämenopausalen Frauen das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. (US Department of Health and Human Services 2006) All diese zum Teil erheblichen Gesundheitsgefahren können präventiv durch einen konsequenten Nichtraucherschutz verhindert werden. Das Bundesverfassungsgericht hat daher in seinem Grundsatzurteil vom 30. Juli 2008 den „Schutz vor Gesundheitsgefährdungen durch Passivrauchen als Gemeinwohlbelang“ anerkannt.

Politische Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in Deutschland

Jahrzehntelang gab es in Deutschland keinerlei Maßnahmen zum Nichtraucherschutz. Öffentliche Debatten zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen begannen zwar bereits in den 1960er und 1970er Jahren, aber erst im Jahr

2000 wurde ein – allerdings begrenzter – Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz in einer Verordnung festgeschrieben. Die Bestimmung blieb bei der Neufassung der Arbeitsstättenverordnung im Jahr 2004 in Paragraph fünf unverändert erhalten. Demnach hat der Arbeitgeber „ein allgemeines oder auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot zu erlassen“; ausgenommen sind jedoch Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr. Mitarbeiter und Besucher von Einrichtungen mit Publikumsverkehr blieben daher – anders als die meisten Angestellten anderer Betriebe – weiterhin Tabakrauch ausgesetzt. Im Jahr 2007 wurde mit dem „Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens“ dann ein Rauchverbot in Einrichtungen des Bundes und in öffentlichen Verkehrsmitteln eingeführt. Zwischen dem 1. August 2007 und dem 1. Juli 2008 traten zudem 16 verschiedene Landes Nichtraucherschutzgesetze in Kraft, die ein Rauchverbot für Gaststätten, Schulen, Altenheime und andere öffentliche Einrichtungen der Länder, aber auch Ausnahmeregelungen vorsehen. Verfassungsklagen von Gastronomen aufgrund dieser Ausnahmeregelungen führten schließlich zu einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 30. Juli 2008, in dem klargestellt wird, dass ein umfassender Nichtraucherschutz nicht gegen das Grundgesetz verstößt. Da Ausnahmeregelungen jedoch zu einer Ungleichbehandlung von Gastronomiebetrieben unterschiedlicher Größe führten, käme für kleine Betriebe eine Freistellung vom Rauchverbot in Betracht. In der Folge ließen die Bundesländer erweiterte Ausnahmen vom Nichtraucherschutz für alle gastronomischen Betriebe unter 75 m² zu, wenn sie keine „zubereiteten Speisen“ anbieten, ihre Gaststätte als Rauchergaststätte kennzeichnen und Jugendlichen unter 18 Jahren keinen Zutritt gewähren. Nur die Nichtraucherschutzgesetze des Saarlands und Bayerns enthalten keine Ausnahmeregelungen für kleine Betriebe; in Bayern besteht nur eine Ausnahme für klar definierte geschlossene

Gesellschaften, denen in abgetrennten Nebenräumen das Rauchen erlaubt werden kann.

Insgesamt gab es in Deutschland in den letzten Jahren durch die gesetzlichen Regelungen deutliche Verbesserungen hinsichtlich des Gesundheitsschutzes von Nichtrauchern, die bestehenden Gesetze sind aber aufgrund der Ausnahmeregelungen insbesondere in der Gastronomie noch nicht ausreichend. Dies zeigen vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) durchgeführte Untersuchungen.

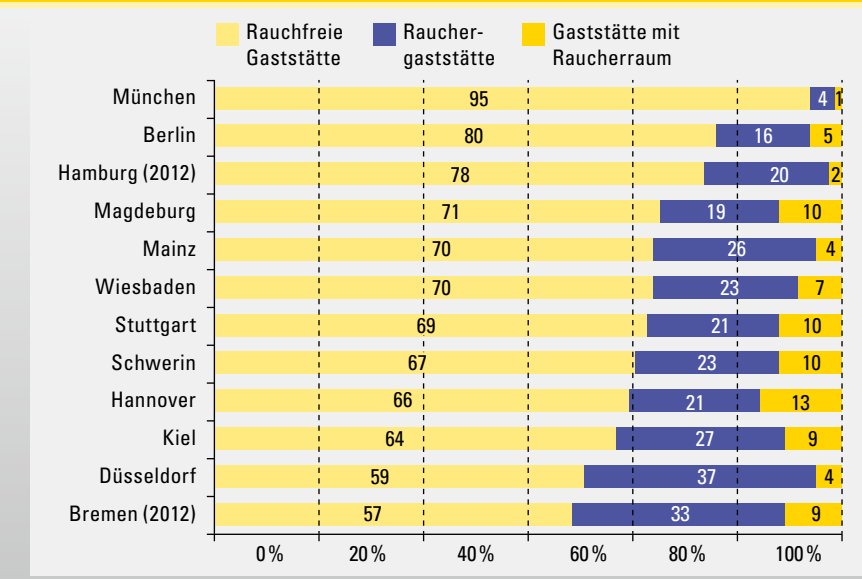
Gesetzeslücken und Vollzugsprobleme beim Nichtraucherschutz in der deutschen Gastronomie

Das DKFZ führte im Februar und März 2011 eine Studie zur Evaluation des Nichtraucherschutzes in der deutschen Gastronomie durch. Dabei wurden sämtliche Gastronomiebetriebe in den Innenstadtbereichen von Düsseldorf, Hannover, Kiel, Mainz, Magdeburg, Schwerin, Stuttgart und Wiesbaden besucht und die Umsetzung der Nichtraucherschutzgesetze erfasst. In Berlin und München wurden über das Stadtzentrum hinaus zwei weitere Stadtteile mit hoher Kneipendichte in die Untersuchung einbezogen. 2012 wurden zusätzlich Hamburg und Bremen erfasst. Dabei zeigte sich, dass in den Hauptstädten der Bundesländer, in denen Ausnahmen vom Rauchverbot gelten, nur knapp 70 % der Gastronomiebetriebe rauchfrei sind. In knapp einem Viertel der gastronomischen Betriebe (24 %) darf geraucht werden und in 8 % der untersuchten Gaststätten wurden Raucherräume eingerichtet. Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Landeshauptstädten (*Abbildung 1*).

Große Unterschiede bestehen auch zwischen den verschiedenen Gastronomietypen. So sind die Systemgastronomie, Schnellimbisse und Cafés nahezu

Abbildung 1

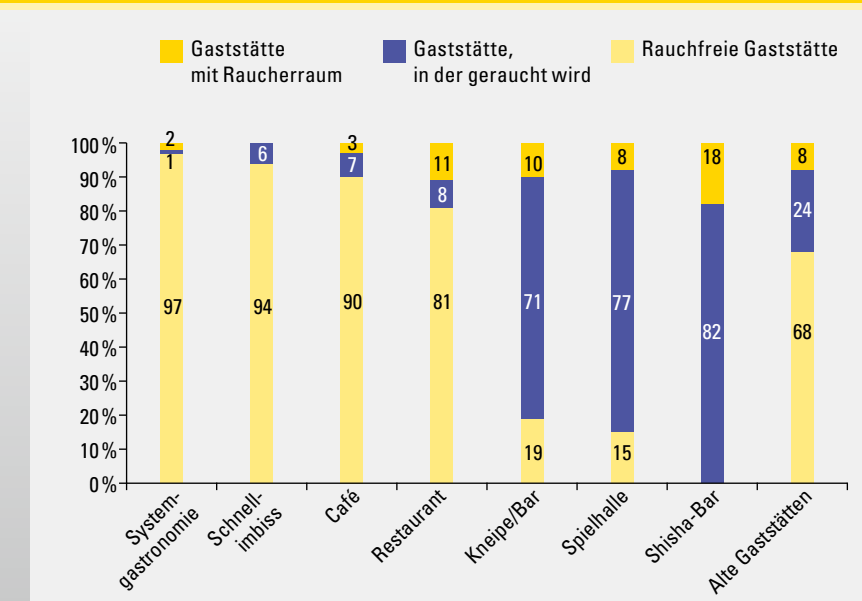
Rauchreglements in den Gastronomiebetrieben der untersuchten Landeshauptstädte 2011 und 2012



Daten: Deutsches Krebsforschungszentrum

Abbildung 2

Raucherlaubnis nach Gaststättentyp in Bundesländern mit Ausnahmeregelungen 2011



Daten: Deutsches Krebsforschungszentrum

vollständig rauchfrei. In klassischen Speisegaststätten darf im Durchschnitt in einem von fünf Restaurants geraucht werden, wobei allerdings erhebliche regionale Unterschiede bestehen. So darf beispielsweise in Wiesbaden nur in 7 % der Restaurants geraucht werden, in Hannover dagegen ist in 30 % der Speiserestaurants das Rauchen erlaubt. In der getränkegeprägten Gastronomie (Kneipen, Bars, Spielhallen, Shisha-Bars) ist im Schnitt nur jeder fünfte Betrieb rauchfrei. (Abbildung 2)

Probleme bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes verursachen die Ausnahmeregelungen, welche die meisten Bundesländer eingeräumt haben. So werden die gesetzlichen Vorschriften bei der Einrichtung von Raucherräumen in einigen Fällen nicht eingehalten: Bei den erfassten Gastronomiebetrieben verfügten 22 % der Raucherräume – anders als gesetzlich vorgeschrieben – nicht über eine abschließbare Tür; war eine Tür vorhanden, so stand sie in 37 % der Fälle zum Zeitpunkt der Begehung permanent offen, sodass der Tabakrauch ungehindert in den Nichtraucherbereich vordringen konnte. 8 % der Raucherräume waren zudem – anders als vorgeschrieben – deutlich größer als der Nichtraucherbereich, und die Mehrzahl der Raucherräume (55 %) war nicht bestimmungsgemäß ausgewiesen.

Auch verschiedene Bedingungen, unter denen ein Gastronomiebetrieb als „Rauchergaststätte“ deklariert werden darf, werden nicht immer eingehalten. So verfügten 13 % der Raucherkneipen über mehrere Räume, obwohl sie laut Gesetz nur einen Raum haben dürften. 11 % der Raucherkneipen boten, obwohl dies untersagt ist, vor Ort zubereitete Speisen an; in mindestens 9 % der Raucherkneipen überschritt die Gastfläche den gesetzlich festgelegten Grenzwert von 75 m² und bei 62 % fehlte im Eingangsbereich der obligatorische Hinweis „Zutritt erst ab 18 Jahren“.

Insgesamt zeigt sich, dass die gesetzlichen Vorschriften nicht ausreichend kontrolliert werden und dass es aufgrund der Ausnahmeregelungen immer noch zu viele Betriebe gibt, in denen Gäste und Mitarbeiter Tabakrauch ausgesetzt sind.

Verbesserte Luftqualität in der Mehrheit der gastronomischen Einrichtungen

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der gesetzlichen Regelungen bestimmte das DKFZ in den Jahren 2005 und 2009 in 100 Gastronomiebetrieben in zehn deutschen Städten die Belastung der Raumluft mit lungengängigen Partikeln einer Größe bis 2,5 Mikrometer, einer anerkannten Methode zur Einschätzung der Tabakrauchbelastung in Innenräumen. Infolge der Nichtraucherschutzgesetze sank die durchschnittliche Belastung der Raumluft mit lungengängigen Partikeln bundesweit in Diskotheken um 82 %, in Bars um 76 %, in Restaurants um 79 % und in Cafés um 71 % (Abbildung 3). Der Rückgang war in Diskotheken und Bars besonders deutlich ausgeprägt, weil diese Betriebe vor den Rauchverboten besonders stark durch Tabakrauch belastet waren.

Aufgrund der Ausnahmeregelungen ist der Erfolg der Gesetzgebung allerdings geringer, als es möglich wäre. Zwar ist die Luftbelastung in Einrichtungen ohne Raucherraum nahezu null, die Tabakrauchbelastung in Rauchergaststätten und in Raucherräumen ist immer aber noch ähnlich hoch wie in Gastronomiebetrieben vor der Einführung der Rauchverbote. Raucherräume gewährleisten – auch wenn sie räumlich getrennt sind – keinen wirksamen Schutz, denn der Tabakrauch dringt in die Nichtraucherbereiche vor, sodass nichtrauchende Gäste und Angestellte selbst im als rauchfrei deklarierten Hauptraum durch Tabakrauch belastet werden. So ist in Gaststätten mit Raucherraum die Partikelkonzentration zwar deutlich niedriger als im baulich abgetrennten Raucher-

Abbildung 3

Durchschnittliche Konzentration von Partikeln einer Größe bis 2,5 µm in der Raumluft deutscher Gastronomiebetriebe 2005 und 2009

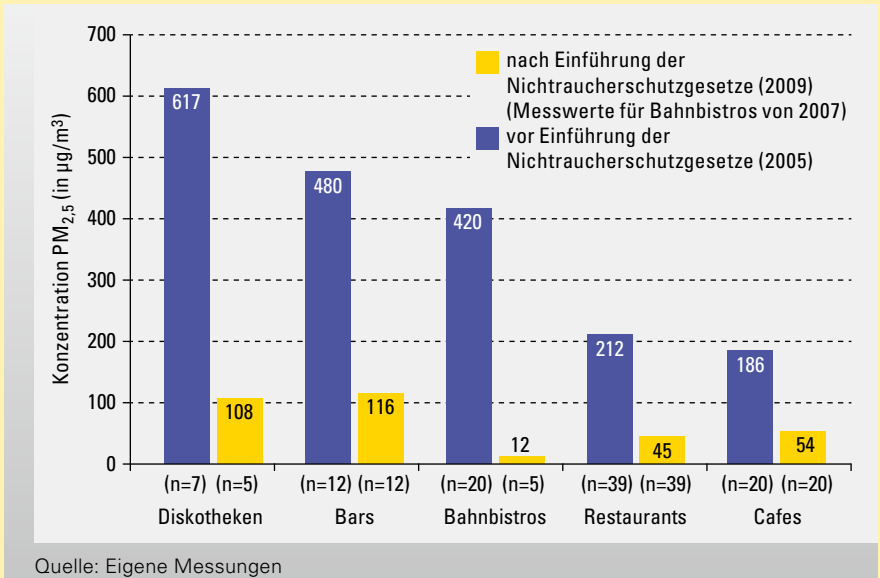


Abbildung 4

Zeitlicher Verlauf der Konzentration lungengängiger Partikel in der Raumluft eines Restaurants mit baulich abgetrenntem Raucherraum im Vergleich zu einem vollständig rauchfreien Restaurant

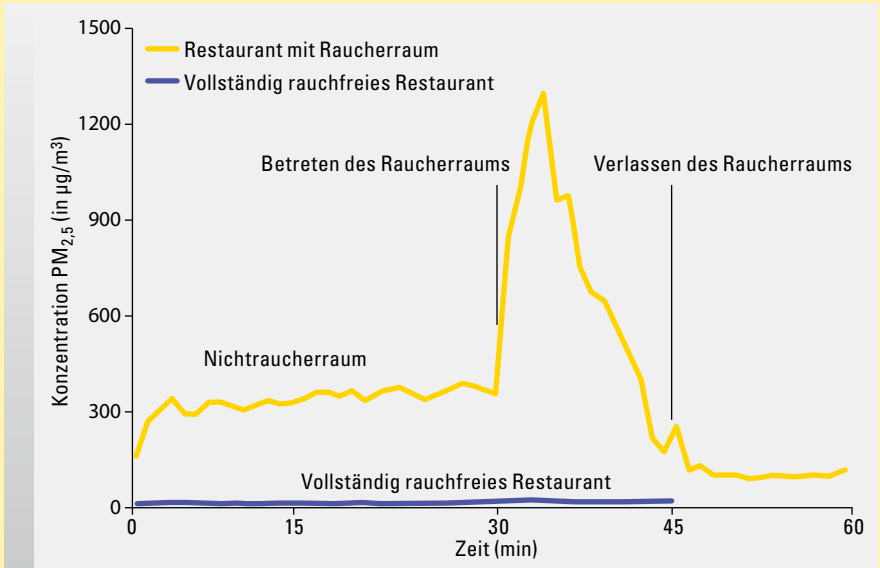
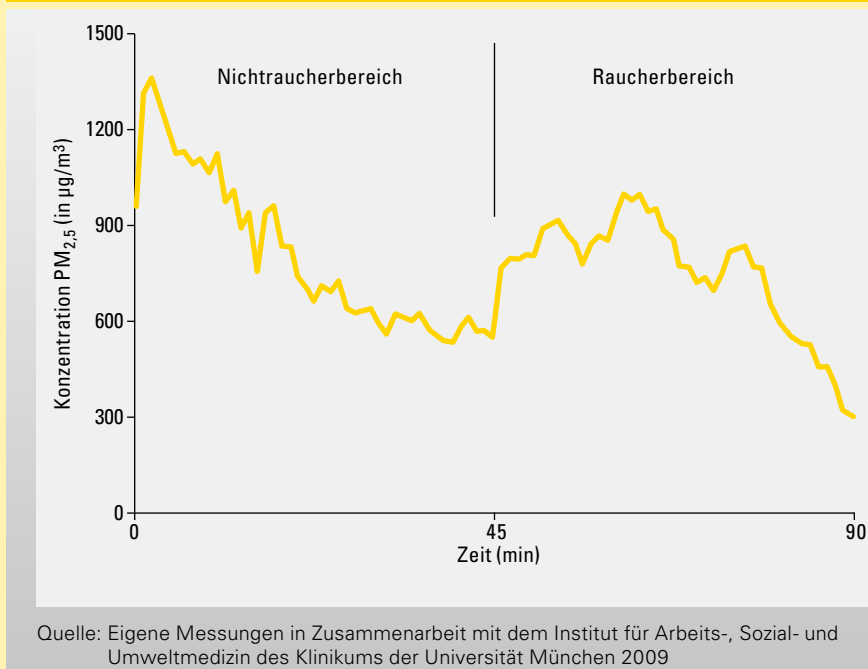


Abbildung 4b

Zeitlicher Verlauf der Konzentration lungengängiger Partikel in der Raumluft eines Restaurants mit baulich nicht abgetrenntem Raucherraum



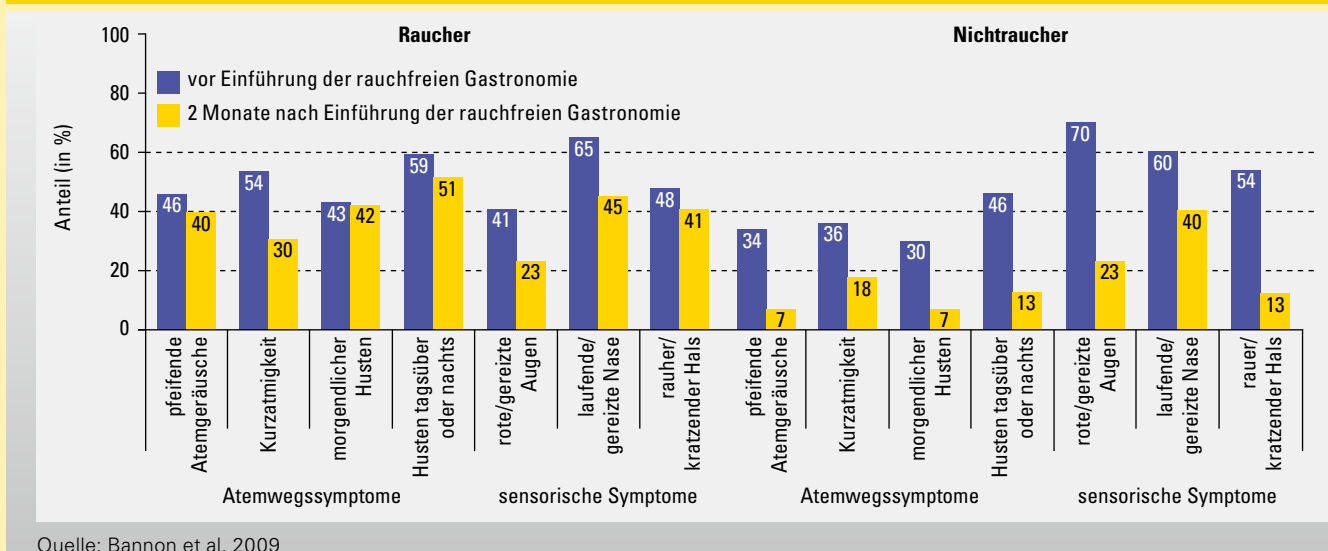
raum, übersteigt aber den Messwert aus Gaststätten ohne Raucherraum um ein Vielfaches (Abbildung 4a). Noch wirkungsloser sind Raucherräume, die nicht baulich vom Nichtraucherraum getrennt sind. Derartige Raucherbereiche bieten keinerlei Gesundheitsschutz: In einem Restaurant beispielsweise war die Partikelkonzentration im Nichtraucherbereich ähnlich hoch wie im Raucherbereich (Abbildung 4b). Diese Messungen belegen, dass nur eine vollständige rauchfreie Gastronomie einen zuverlässigen Gesundheitsschutz für Nichtraucher und Beschäftigte gewährleistet.

Verbesserung der Gesundheit

Insgesamt haben die deutschen Nicht-raucherschutzgesetze zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beigetragen. Aufgrund der Ausnahmeregelungen der Nichtraucherschutzgesetze sind jedoch neben den nichtrauchenden Gästen insbesondere Gastronomiemitarbeiter teilweise immer noch dem Passivrauchen am Arbeitsplatz ausgesetzt. Aus

Abbildung 5

Verbesserung von Gesundheitsbeschwerden bei Gastronomiemitarbeitern vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie



Untersuchungen aus anderen Ländern ist bekannt, dass Gastronomiemitarbeiter verstärkt an durch Passivrauchen verursachten Gesundheitsbeschwerden wie Atemwegsbeschwerden, Husten, Reizungen der Augen, des Rachens und der Nase leiden. Diese Beschwerden können verhindert werden.

So zeigen Studien aus Norwegen, Schweden, Schottland und Irland, dass solche akuten Beschwerden infolge von Rauchverboten in der Gastronomie zurückgehen. Demnach reduzierten sich dort bei Gastronomiemitarbeitern innerhalb von zwei bis zwölf Monaten nach Einführung einer rauchfreien Gastronomie Atemwegssymptome (pfeifende Atemgeräusche, Kurzatmigkeit, Husten, übermäßige Schleimproduktion) und sensorische Symptome (gerötete Augen, Halsschmerzen, Niesen, juckende und laufende Nase) deutlich (Eagan / Hetland/Aaro 2006; Larsson et al. 2008; Menzies et al. 2006; Ayres et al. 2009; Allwright et al. 2005). Bei Nichtrauchern war die Verbesserung der Beschwerden deutlicher als bei Rauchern (Bannon et al. 2009; Palmersheim/Remington/Gundersen 2006) (Abbildung 5). Gleichzeitig verbesserte sich auch die Lungenfunktion von Gastronomiemitarbeitern nach der Einführung von Nichtraucherschutzgesetzen (Menzies et al. 2006; Goodman et al. 2007; Eisner/Smith/Blanc 1998; Skogstad et al. 2006).

Allerdings kommt es nur infolge einer vollständig rauchfreien Gastronomie zu solchen gesundheitlichen Verbesserungen, wie eine Studie aus Spanien zeigt, wo 2006 ein Nichtraucherschutzgesetz in Kraft trat, das viele Ausnahmeregelungen enthält. Dieser Untersuchung zufolge gingen Atemwegsbeschwerden wie Kurzatmigkeit, pfeifende Atemgeräusche, Brustenge, Husten, übermäßige Schleimproduktion und Asthmaanfälle ein Jahr nach Einführung des Rauchverbots lediglich bei den Barmitarbeitern um 75 % zurück, die in vollständig rauchfrei-

en Bars arbeiteten. Bei Mitarbeitern von Bars mit abgetrenntem Raucherbereich ergab sich nur ein statistisch nicht signifikanter Rückgang und bei Mitarbeitern von Bars, in denen geraucht werden durfte, gab es keine gesundheitlichen Verbesserungen (Fernandez et al. 2009). (Abbildung 6)

Wirkung von Rauchverboten im öffentlichen Raum auf das Rauchverhalten zu Hause

Sehr erfreulich ist auch die Beobachtung, dass Rauchverbote in der Öffentlichkeit nicht dazu führen, dass die Menschen zu Hause mehr rauchen. Im Gegenteil: Öffentliche Rauchverbote ziehen verstärkt private Rauchverbote nach sich, wie Beobachtungen aus Schottland zeigen. So stieg in Schottland nach der Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes die Anzahl der Kinder, in deren Elternhaus das Rauchen verboten ist, von 47

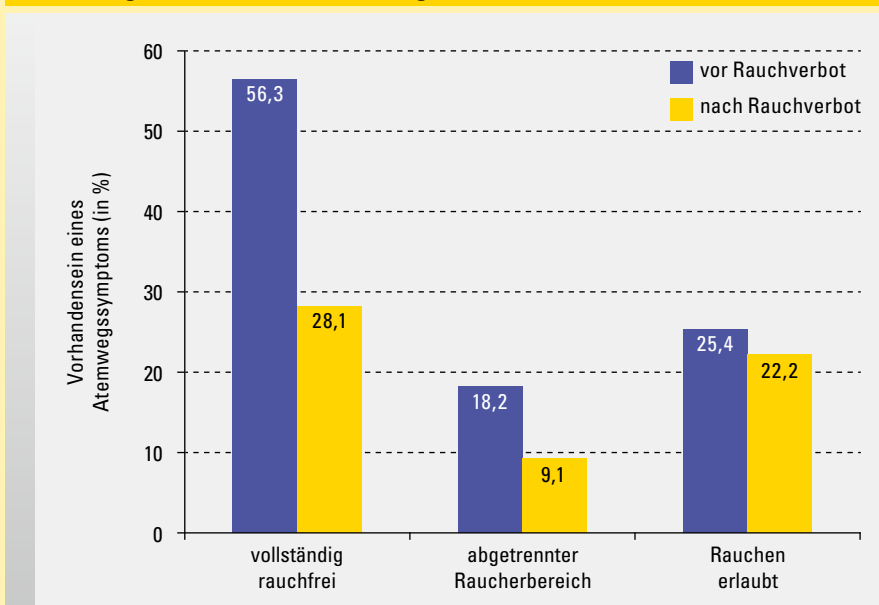
auf 52 % an (Akhtar et al. 2009). Gleichzeitig sank die Tabakrauchbelastung – gemessen am Nikotinabbauprodukt Cotinin – bei Erwachsenen und Kindern ab (Haw/Gruer 2007; Akhtar et al. 2007).

Die Ergebnisse einer deutschen Befragung im Rahmen des International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC) zeigen, dass immer mehr Menschen – Raucher ebenso wie Nichtraucher – das Rauchen zu Hause vollständig verbieten (Abbildung 7). Vor allem in Raucherhaushalten mit kleinen Kindern darf zu Hause nicht mehr geraucht werden. (Mons et al. 2012)

Gleichzeitig sank der Zigarettenkonsum im eigenen Heim: Vor der Einführung der Nichtraucherschutzgesetze konsumierten Raucher zu Hause an einem Abend durchschnittlich 6,6 Zigaretten, danach waren es nur noch 5,6 Zigaretten. (Mons et al. 2012)

Abbildung 6

Atemwegssymptome spanischer Barmitarbeiter vor und nach der Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes



Quelle: Fernandez et al. 2009

Insgesamt zeigt sich, dass Rauchverbote in der Öffentlichkeit zu einem zunehmenden Schutz der Familie – und insbesondere der Kinder – vor Passivrauchen beitragen.

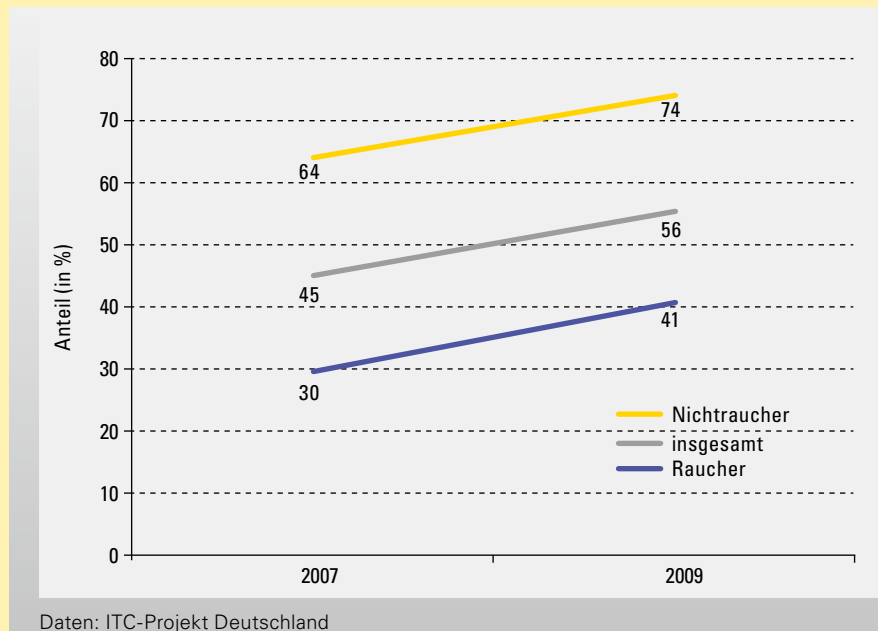
Senkung der Rauchprävalenz

Rauchverbote am Arbeitsplatz und im öffentlichen Raum sollen in erster Linie Nichtraucher vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens schützen. Gleichzeitig können sie aber auch den Gesundheitsschutz von Rauchern verbessern, da sie Raucher dazu motivieren, weniger zu rauchen oder ganz mit dem Rauchen aufzuhören. Ein systematisches Review über 26 Studien zur Auswirkung von Rauchverboten am Arbeitsplatz in Deutschland, Australien, Kanada und den USA kommt zu dem Ergebnis, dass vollständig rauchfreie Arbeitsplätze bei den Angestellten zu einem durchschnittlichen Rückgang des Raucheranteils um 3,8 % führen. Rauchende Angestellte reduzieren ihren Zigarettenkonsum durchschnittlich um 3,1 Zigaretten pro Tag (Fichtenberg/Glantz 2002). Besonders erfreulich ist, dass auch erwerbstätige Jugendliche an einem rauchfreien Arbeitsplatz seltener rauchen, als wenn Rauchen am Arbeitsplatz erlaubt ist (Farkas et al. 2002). Zudem senkt ein rauchfreies schulisches Umfeld die Raucherquote: Jugendliche rauchen seltener, wenn sie auf eine rauchfreie Schule gehen (Wakefield et al. 2000).

Der ITC-Studie zufolge wirken sich auch die in Deutschland eingeführten Nichtraucherschutzgesetze auf den Zigarettenkonsum aus. So hörten von 2007 bis 2009 13,9 % der Raucher mit dem Rauchen auf. 18,9 % dieser ehemaligen Raucher gaben an, dass das Rauchverbot ein Grund für den Rauchstopp gewesen sei und 29,6 % dieser Exraucher berichteten, dass ihnen das Rauchverbot geholfen habe, nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2010). Eine weitere deutsche Studie stellt fest, dass die Rauchverbote

Abbildung 7

Anteile der deutschen Haushalte, in denen das Rauchen vollständig verboten ist, vor (2007) und nach (2009) Einführung der Nichtraucherschutzgesetze



sich zwar nicht auf das Rauchverhalten der Gesamtbevölkerung auswirken, wohl aber das Rauchverhalten von Personen, die häufig ausgehen, beeinflussen. So rauchen vor allem junge Menschen und in Städten Lebende seit der Einführung der Nichtraucherschutzgesetze seltener und weniger, wobei strengere Gesetze eine deutlichere Wirkung haben (Anger/Kvasnicka/Siedler 2011).

Ein weiterer positiver Effekt von Rauchverboten ist, dass sie die auf das Rauchen bezogenen Normen verändern können. So schätzen Personen, die in Regionen mit strengem Rauchverbot in der Gastronomie leben, die soziale Akzeptanz des Rauchens geringer ein als Personen aus Regionen mit weniger strengem oder gar keinem Rauchverbot (Albers et al. 2004). Dies gilt nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Jugendliche, denen durch Rauchverbote ebenfalls eine geringe soziale Akzeptanz

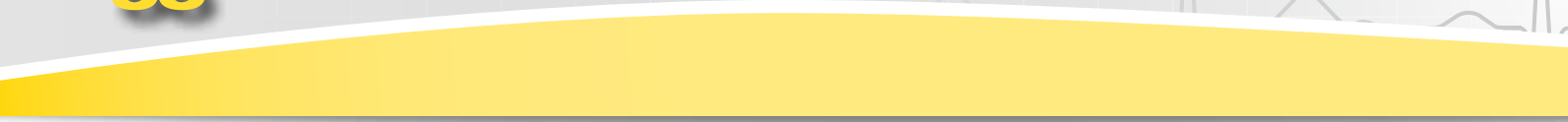
des Rauchens vermittelt wird (Albers et al. 2004).

Fazit

Nichtraucherschutzgesetze leisten einen beachtlichen Beitrag zur Tabakprävention: Sie reduzieren nicht nur die Tabakrauchbelastung von Nichtrauchern und von Kindern, sondern tragen dazu bei, dass in der Bevölkerung insgesamt weniger geraucht wird. Vor allem der Rückgang der Raucherquoten junger Menschen ist erfreulich, da dies einen langfristigen Wandel erwarten lässt. Die geringere Belastung durch aktives und passives Rauchen trägt auf lange Sicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bei. Je umfassender die Rauchverbote sind, umso effektiver wirken sie. Es ist eine Aufgabe der Politik, die bestehenden Gesetze zu verbessern, um so die tabakbedingte Morbidität und Mortalität dauerhaft zu senken.

Literatur

- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006):
The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health
- EAGAN, T. M./HETLAND, J. /AARO, L. E. (2006):
Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tob Control* 15(3), pp. 242–246
- LARSSON M. ET AL. (2008):
Exposure to environmental tobacco smoke and health effects among hospitality workers in Sweden – before and after the implementation of a smoke-free law. *Scand J Work Environ Health* 34 (4), pp.267–277
- MENZIES, D. ET AL. (2006):
Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA* 296 (14), pp. 1742–1748
- AYRES, J. G. ET AL. (2009):
Bar workers' health and environmental tobacco smoke exposure (BHETSE): symptomatic improvement in bar staff following smoke-free legislation in Scotland. *Occup Environ Med* 66 (5), pp. 339–346
- ALLWRIGHT, S. ET AL. (2005):
Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ* 331 (7525), p. 1117
- BANNON, F. ET AL (2009):
Greater gains from smoke-free legislation for non-smoking bar staff in Belfast. *Eur J Public Health* 19 (6), pp. 638–643
- GOODMAN, P. ET AL. (2007):
Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *Am J Respir Crit Care Med* 175 (8), pp. 840–845
- EISNER, M. D. /SMITH, A. K./BLANC, P. D. (1998):
Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA* 280 (22), pp. 1909–1914
- PALMERSHEIM, K. A. /REMINGTON, P. L./GUNDERSEN, D. F. (2006):
The impact of a smoke-free ordinance on the health and attitudes of bartenders. *Tobacco Surveillance and Evaluation Program.*, University of Wisconsin Comprehensive Center, Madison, USA
- SKOGSTAD, M. ET AL. (2006):
Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban. *Occup Environ Med* 63 (7), pp. 482–487
- FERNANDEZ, E. ET AL. (2009):
Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS One* 4 (1), e4244
- AKHTAR, P. C. ET AL. (2009):
Smoking restrictions in the home and secondhand smoke exposure among primary schoolchildren before and after introduction of the Scottish smoke-free legislation. *Tob Control* 18 (5), pp. 409–415
- HAW, S. J./GRUER, L. (2007):
Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 335 (7619), p. 549
- AKHTAR, P. C. ET AL (2007):
Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. *BMJ* 335 (7619), p. 545
- MONS, U. ET AL. (2012):
Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tob Control*
- FICHTENBERG, C. M./GLANTZ, S. A. (2002):
Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 325 (7357), p. 188
- FARKAS, A. J. ET AL. (2000):
Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 284 (6) pp. 717–722
- WAKEFIELD, M. A. ET AL. (2000):
Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 321 (7257), pp. 333–337
- DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (HRSG.) (2010):
Nichtraucherschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. Heidelberg
- ANGER, S./KVASNICKA, M./SIEDLER, T. (2011):
One last puff? Public smoking bans and smoking behavior. *J Health Econ* 30 (3), pp. 591–601
- ALBERS, A. B. ET AL. (2004):
Relation between local restaurant smoking regulations and attitudes towards the prevalence and social acceptability of smoking: a study of youths and adults who eat out predominantly at restaurants in their town. *Tob Control* 13 (4), pp. 347–355



3

Alter, Geschlecht und soziale Lage



3 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Der diesjährige BKK Gesundheitsreport 2012 beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Thematik Gesundheitsförderung und Prävention (Themenblock 1), stellt zudem innovative Versorgungskonzepte vor (Themenblock 2) und beleuchtet die Herausforderung, mit langwierigen Erkrankungen umzugehen und sie zu bewältigen (Themenblock 3).

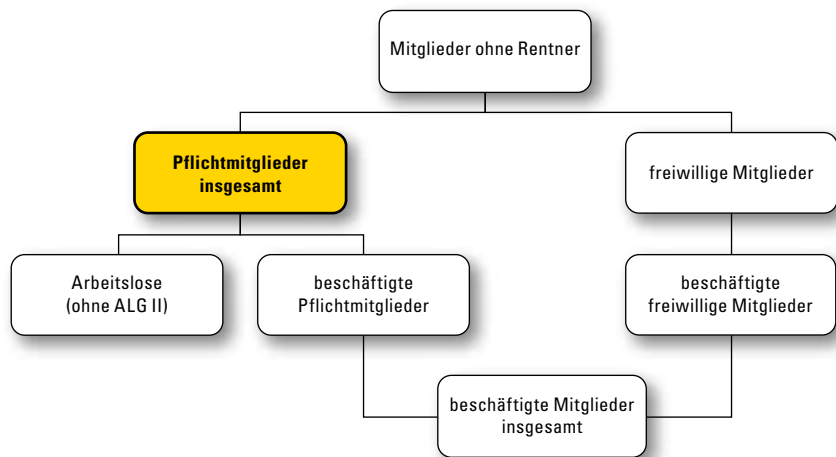
Dieses Kapitel fokussiert auf die Entwicklung des Krankheitsgeschehens hinsichtlich soziodemographischer Merkmale. Damit stehen bei der folgenden Datenanalyse die Altersstruktur, das Geschlecht sowie die soziale Lage der BKK Mitglieder im Mittelpunkt, um mögliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen zu untersuchen. Die soziale Lage der Bezugsgruppen wird anhand von Parametern wie Bildung (berufliche Qualifikation und Abschlüsse), Beschäftigungsverhältnis und Versichertenstatus eruiert, wobei der Bildungsstatus dieses Jahr erstmalig im vorliegenden Kapitel aufgeführt wird. Eine Neuheit in diesem

Jahr ist zudem, zusätzlich zu der obligaten Darstellung der Versichertendaten bei Arbeitsunfähigkeit, die Analyse der ambulanten Diagnosen und der Arzneimittelverordnungen in Bezug auf soziodemografische Merkmale. Die Datengrundlage bilden hier ausgewählte ICD-Diagnosegruppen (nach der Version ICD-10-GM 2011) bzw. die ATC-Gruppen (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem).

Die in diesem Kapitel dargestellten Tabellen und Diagramme beziehen sich auf unterschiedliche Datengrundlagen. So stehen im ersten Teil des Kapitels, bei der Beschreibung der AU-Daten nach Alter und Geschlecht, die BKK Pflichtmitglieder insgesamt (4,97 Mio.) im Vordergrund. Hierunter fallen sowohl die Beschäftigten als auch die ALG-I-Empfänger. ALG-II-Empfänger finden allerdings keine Berücksichtigung, da sie keinen Krankengeldanspruch besitzen und damit in der Regel keine AU-Fälle erzeugen. Die Auswertungen zu den

ambulanten ICD-Diagnosegruppen, wie auch zu den Verordnungen von Arzneimitteln nach Alter und Geschlecht, beziehen sich auf die gesamte BKK Versichertengemeinschaft, einschließlich Rentner (12,0 Mio.).

Um einen differenzierten Blick auf das gesundheitliche Geschehen entsprechend der sozialen Lage vorzunehmen, werden im zweiten Teil des Kapitels zusätzlich weitere Gruppen zum Vergleich einbezogen, wie beispielsweise bei den AU-Daten die beschäftigten freiwilligen BKK Mitglieder (0,72 Mio), deren Morbidität erheblich niedriger liegt im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten und zu den ALG-I-Empfängern. Weitere Angaben zu den Versichertengruppen hinsichtlich der Darstellung ambulanter Diagnosen und Arzneimittelverordnungen – nach Versichertenstatus und Bildungsstatus differenziert – finden sich im Text sowie in den Tabellen und Diagrammen.



3.1 Krankheitsgeschehen nach Alter und Geschlecht

3.1.1 Arbeitsunfähigkeit

Die Darstellung der folgenden Daten bezieht sich auf die BKK Pflichtmitglieder insgesamt und somit sowohl auf Beschäftigte als auch ALG-I-Empfänger (s. Übersicht).

AU nach Alter und Geschlecht

Das Diagramm 3.1 zeigt die Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle nach Altersgruppen und Geschlecht je 100 Pflichtmitglieder.

Wie auch im Vorjahr lagen bei den Frauen die meisten AU-Tage in der Altersklasse der 60- bis 64-Jährigen vor, nämlich 27,3 Tage je Pflichtmitglied. Die wenigsten Krankheitstage wiesen mit nur 10,0 AU-Tagen die unter 20-Jährigen auf. Auch bei den Männern sind die meisten Krankheitstage in den höheren Altersklassen zu finden: Die 55- bis 59-Jährigen waren mit durchschnittlich 28,8 AU-Tagen im Jahr am längsten erkrankt. Im Gegensatz zu den Frauen lagen bei den Männern nicht bei den Jüngsten (unter 20-Jährigen) die wenigsten Krankheitstage vor, sondern in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen mit 9,5 AU-Tagen, und damit

0,5 AU-Tage weniger als bei den unter 20-jährigen Frauen.

Bei beiden Geschlechtern sind die AU-Tage durch einen Anstieg ab der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen gekennzeichnet. Allerdings weisen die Frauen bis einschließlich dieser Altersklasse im Gegensatz zu den Männern mehr Krankheitstage auf. Dies wechselt ab der Gruppe der über 34-Jährigen, ab hier liegen

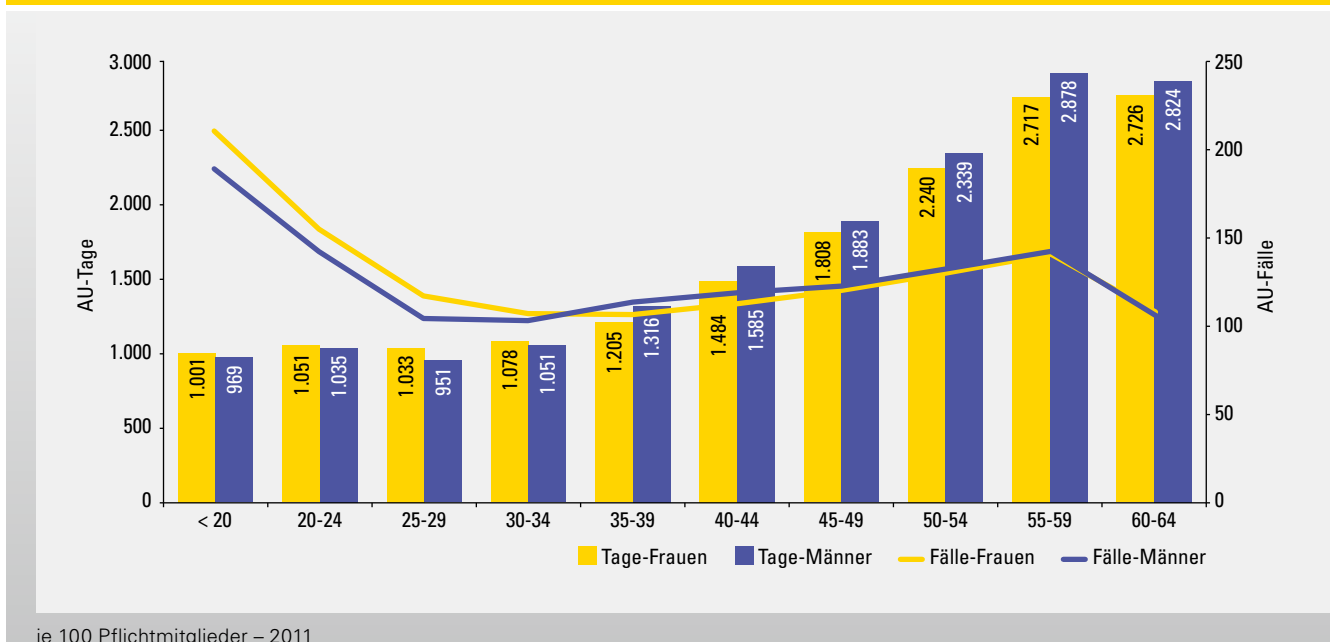
durchschnittlich mehr Krankheitstage bei den Männern vor.

Bei Betrachtung der Erkrankungshäufigkeit (AU-Fälle) der BKK Pflichtmitglieder lässt sich feststellen, dass die mit Abstand meisten AU-Fälle in der Gruppe der unter 20-Jährigen zu verzeichnen sind, nämlich 1,9 AU-Fälle. Bis zu den 34-Jährigen verzeichneten die weiblichen Pflichtversicherten eine höhere

- Die meisten Fehltage 2011 wurden, wie im Jahr zuvor, bei Männern und Frauen durch muskuloskeletale Erkrankungen ausgelöst, wobei sie bei den männlichen BKK Mitgliedern um durchschnittlich 1,2 AU-Tage je Mitglied höher ausfielen als bei den Frauen.
- Bei den Älteren ab 65 Jahren dominiert die Versorgung mit Herzkreislaufmedikamenten, während in der jüngsten Altersklasse, den unter 20-Jährigen, die Arzneimittelversorgung aus der ATC-Gruppe „Respirationstrakt“ im Vordergrund steht (Medikamente zur Behandlung von Atemwegserkrankungen).

Diagramm 3.1

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht



Erkrankungshäufigkeit als die Männer. Ab der Altersgruppe der 35-Jährigen bis hin zu den 59-Jährigen kehrt sich dieses Verhältnis jedoch um, sodass in diesen Altersklassen die männlichen Pflichtversicherten im Hinblick auf die Fallhäufigkeit dominieren.

Über alle Altersklassen hinweg lag die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit bei 1,2 Fällen je Pflichtmitglied (+0,1 zum Vorjahr) und ist bei beiden Geschlechtern identisch (vgl. *Tabelle 7 im Anhang*).

AU nach Geschlecht und Krankheitsarten

Das *Diagramm 3.2* gibt Aufschluss über die Arbeitsunfähigkeitstage nach Geschlecht und Krankheitsarten, die hier und im Folgenden durch eine Auswahl

wichtiger ICD-Diagnosegruppen abgebildet werden. Einen umfassenden Überblick über weitere IDC-Diagnosegruppen ist in der *Tabelle 2 im Anhang* zu finden.

Nach dieser Auswahl wurden die meisten AU-Tage bei den Frauen durch die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems ausgelöst (3,7 AU-Tage; +0,2 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr), gefolgt von den psychischen Störungen (2,8 AU-Tage; +0,4 AU-Tage) und den Erkrankungen des Atmungssystems (2,4 AU-Tage; +0,1 AU-Tage).

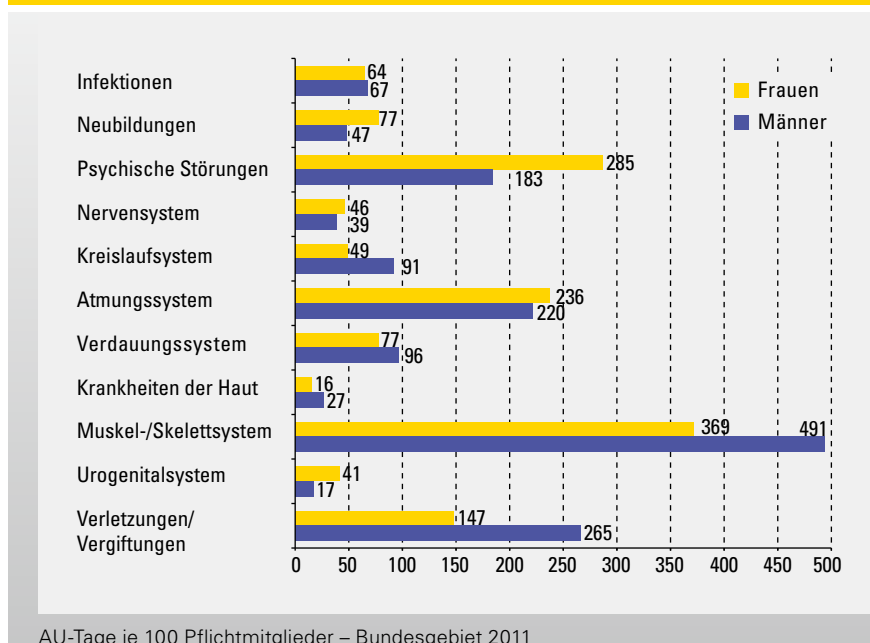
Auch bei den Männern bilden die muskuloskeletalen Erkrankungen die häufigste Diagnosegruppe – mit 4,9 AU-Tagen (+0,3 AU-Tage). Die zweithäufigste Diagnosegruppe sind die Verletzungen und Vergiftungen (2,6 AU-Tage; +0,1 AU-Ta-

ge), gefolgt von den Erkrankungen des Atmungssystems (2,2 AU-Tage; +0,2 AU-Tage). Erst an vierter Stelle stehen die psychischen Störungen (1,8 AU-Tage; +0,3 AU-Tage).

Frauen weisen, wie auch im letzten Jahr, mehr AU-Tage bei psychischen und Verhaltensstörungen auf als Männer, nämlich durchschnittlich 1,0 AU-Tage mehr je Mitglied. Bei den anderen Erkrankungsarten ist die Differenz der Krankheitstage der Frauen zu den Männern nicht ganz so ausgeprägt (Neubildungen: 0,3 AU-Tage mehr). Umgekehrt haben Männer bei den Muskel- und Skeletterkrankungen vergleichsweise mehr Erkrankungstage (1,2 AU-Tage mehr). Dies gilt auch für die Verletzungen und Vergiftungen (1,2 AU-Tage) sowie für die Herz- und Kreislauferkrankungen (0,4 AU-Tage).

Diagramm 3.2

Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)



AU nach Alter und Krankheitsarten

Die Erkrankungshäufigkeiten (AU-Fälle) nach Alter und Krankheitsarten je 100 Pflichtmitglieder wird durch das *Diagramm 3.3* verdeutlicht. Die Auswahl der abgebildeten sechs Erkrankungsarten wurde nach den ICD-Diagnosen mit den insgesamt meisten AU-Tagen getroffen. Somit sind die hier festgestellten Rangplätze innerhalb der Altersklassen nur in dieser Auswahl zutreffend, jedoch nicht im Allgemeinen. Die *Tabelle 7 im Anhang* bietet einen umfassenden Einblick in alle Diagnosegruppen.

Besonders bemerkenswert sind die Verlaufskurven der Atemwegserkrankungen wie auch der Muskel- und Skeletterkran-

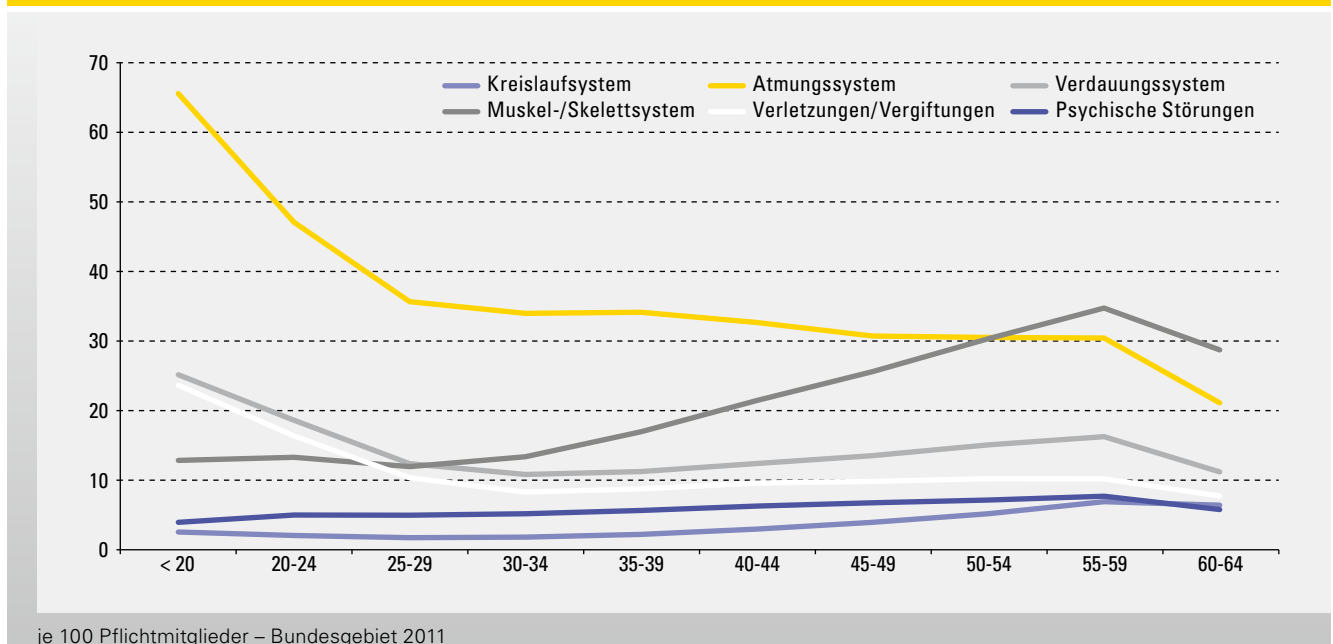
kungen: Bei den Atemwegserkrankungen zeigt sich eine extrem hohe Erkrankungshäufigkeit (im Vergleich zu den anderen Erkrankungsarten) in der jüngsten Altersklasse (Spitze von 65,6 AU-Fällen je 100 Pflichtmitglieder), die jedoch bis zu der Altersgruppe der 25- bis 30-Jährigen rasant abnimmt (35,6 AU-Fälle), sich in den mittleren Altersklassen nur unwesentlich verändert, bis sie ab den 60-Jährigen weiter abfällt. Die AU-Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen hingegen über die drei jüngsten Altersgruppen ein niedrigeres und fast gleichbleibendes Niveau (12,7 AU-Fälle maximal), steigen ab den 30- bis 35-Jährigen langsam an bis zu einem Spitzenwert bei den 55- bis 59-Jährigen (34,6 AU-Fälle) und fallen dann wieder

ab bis auf 28,6 AU-Fälle in der ältesten Altersklasse.

Auch bei Erkrankungsarten wie den psychischen Störungen sowie den Herz- und Kreislauferkrankungen liegen die meisten AU-Fälle in höheren Altersklassen, den 55- bis 59-Jährigen, bei vergleichsweise geringen Unterschieden zwischen den Altersklassen. Dagegen liegen bei den Atemwegserkrankungen, wie oben beschrieben, sowie bei den Erkrankungen des Verdauungssystems als auch Verletzungen und Vergiftungen die Erkrankungshäufigkeiten in der jüngsten Altersklasse, bei den unter 20-Jährigen, am höchsten.

Diagramm 3.3

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)



Das *Diagramm 3.4* zeigt die Verteilung der AU-Tage nach Alter und Krankheitsarten je 100 Pflichtmitglieder. Insgesamt sind die meisten AU-Tage über alle Erkrankungsarten je Altersklasse hinweg erwartungsgemäß in den höheren Altersklassen zu finden. Dies spiegelt sich allerdings am auffälligsten in der Verteilung der AU-Tage bei den muskuloskeletalen Erkrankungen: Während die Jüngsten aufgrund dieser Diagnose nur sehr wenige Krankheitstage aufweisen (0,8 AU-Tage je Pflichtmitglied), wird die Erkrankungsart in den nächs-

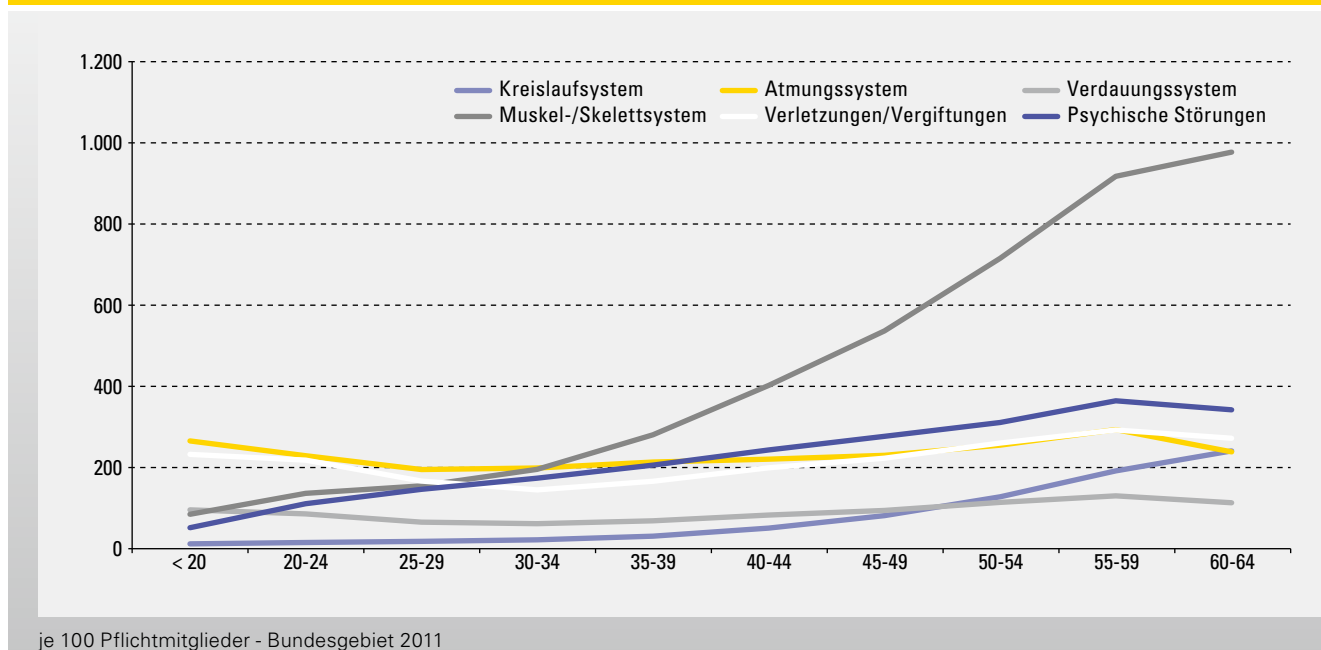
ten Altersklassen immer häufiger, denn die durchschnittlichen AU-Tage je Altersklasse steigen auf das Zwölfwache in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen an, und kommen hier schlussendlich bis auf einen Spitzenwert von 9,8 AU-Tagen je Pflichtmitglied.

Die Bewältigung von Krankheit, insbesondere chronischer Erkrankungen, stellt eine große Herausforderung dar. Der Sonderbeitrag von *Doka, Eggers und Eis* „*Leben und Arbeiten mit chronischer Erkrankung*“ (S. 183 ff.) zeigt Umgangs-

möglichkeiten dazu auf und geht dabei auch auf die Angebote der Selbsthilfe ein. Aber nicht nur die Erkrankten selbst sind von einer chronischen Krankheit betroffen. Für das Leben mit einer langwierigen Krankheit spielt auch die Versorgung durch Familienangehörige eine immens wichtige Rolle. Mehr Informationen zu den Belastungen und Herausforderungen, speziell der Angehörigen, hält der Sonderbeitrag von *Kofahl und Lüdecke* ab S. 197 ff. bereit.

Diagramm 3.4

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



3.1.2 Ambulante ärztliche Versorgung

Die in Abschnitt 3.1.1 erfolgten Erläuterungen des Krankheitsgeschehens in Bezug auf die AU-Daten der BKK Versicherten werden nun erweitert um die Darstellung der ambulanten Versorgung anhand der ärztlich dokumentierten ICD-Diagnosen im Jahre 2011. Während im Kapitel 2 auf die wichtigsten ICD-Einzeldiagnosen eingegangen worden ist, beziehen sich die Daten in diesem Kapitel nun auf ausgewählte ICD-Diagnosegruppen. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsdaten resultiert aus den ambulant dokumentierten Diagnosen nicht zwingend eine Krankschreibung. Zudem können sie beispielsweise auch präventive und/oder diagnostische Maßnahmen betreffen.

Den Daten wird eine größere Grundgesamtheit zugrunde gelegt als im vorherigen Abschnitt 3.1.1; sie beziehen sich hier auf die *gesamte BKK Versicherten-*

gemeinschaft von 12,0 Mio., einschließlich Nicht-Erwerbstätiger, Rentner sowie Kinder und Jugendlicher, aufgeschlüsselt nach Altersklassen und Geschlecht. In den folgenden Diagrammen wird der Anteil derjenigen Versicherten dargestellt, die mindestens einmal im Laufe des Jahres 2011 eine Diagnose aus einer bestimmten ICD-Diagnosegruppe erhalten haben. Zur besseren Lesbarkeit und schnelleren Erfassung der Inhalte werden die jeweiligen prozentualen Anteile betrachtet.

Ambulante Diagnosen nach Alter und Geschlecht

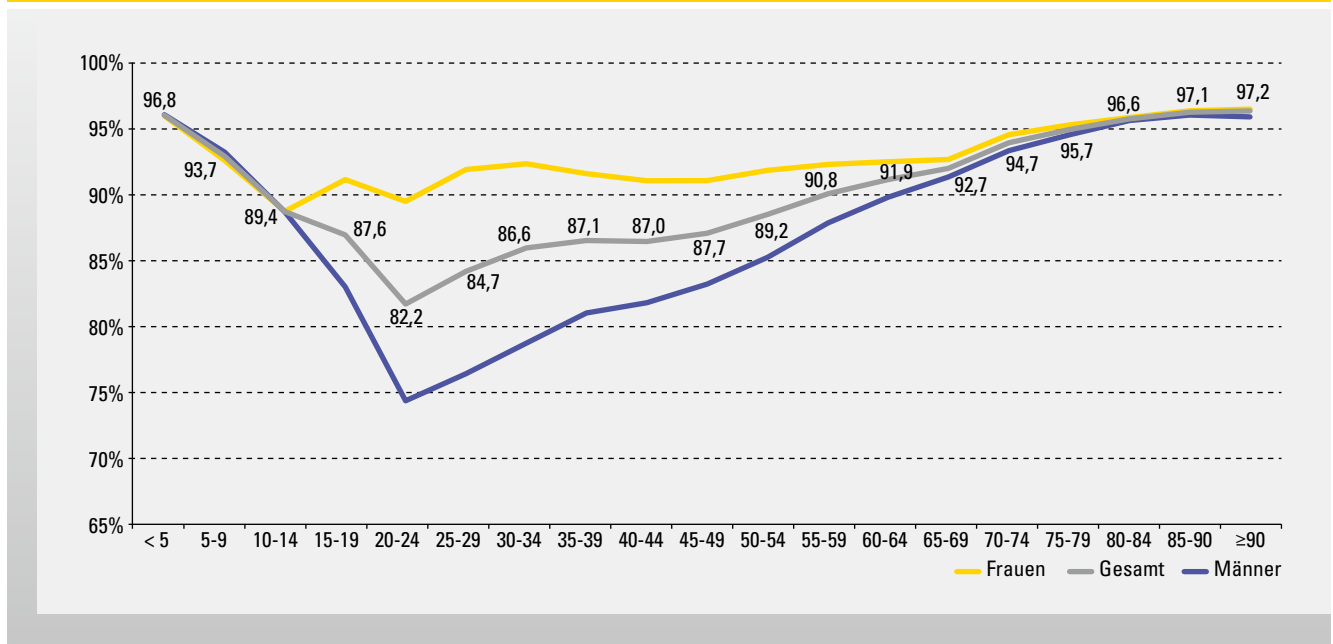
Mit rund 97 % der 85- bis 89-Jährigen wie auch der ab 90-Jährigen war der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Jahr 2011 einen Arzt aufsuchten, am höchsten. Dies trifft sowohl auf die BKK versicherten Männer als auch auf

die Frauen zu (vgl. *Diagramm 3.5*). Nur geringfügig weniger wurde bei ebenfalls rund 97 % der unter 5-Jährigen eine ICD-Diagnose dokumentiert. Somit ist der Anteil derjenigen, die im Jahr 2011 eine ärztliche Behandlung in Anspruch nahmen, bei den Jüngsten wie auch bei den Hochbetagten fast identisch. Der hohe Anteil der Jüngsten dürfte mit den in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen bei Neugeborenen und Kleinkindern begründet sein.

Dagegen nahmen die 20- bis 24-Jährigen männlichen Versicherten mit 74,7 % am seltensten eine ärztliche Behandlung in Anspruch; bei den weiblichen Versicherten galt dies allerdings für Kinder zwischen zehn und 14 Jahren mit einem Anteil von 89,4 % (um 14,7 Prozentpunkte höher).

Diagramm 3.5

Anteil der Versicherten mit ambulanten Diagnosen nach Alter und Geschlecht



Ambulante Diagnosen nach Geschlecht und Krankheitsarten

Das *Diagramm 3.6* zeigt fünf wichtige ausgewählte ICD-Diagnosegruppen, aufgeschlüsselt nach Männern und Frauen, wobei zu erkennen ist, dass der Anteil der Frauen, die mindestens einmal im Jahr 2011 einen Arzt aufsuchten, jeweils höher ist als derjenigen der Männer. Während bei 43,7 % der Frauen eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems diagnostiziert wurde, und dies damit die wichtigste Erkrankungsart hinsichtlich der ambulant dokumentierten Diagnosen darstellt, waren die Männer mit einem Anteil von 38,4 % am häufigsten von den Atemwegserkrankungen betroffen.

Die größte Geschlechterdifferenz ist bei den psychischen Störungen zu finden: Der Anteil aller weiblichen BKK Versicherten, bei denen diese Erkrankungsart diagnostiziert wurde, ist um rund neun Prozentpunkte (PP) höher als bei den Männern. Die nächst niedrigere Differenz weisen die Muskel- und Skeletterkrankungen auf; immerhin noch mit einem Unterschied von 6,5 Prozentpunkten. Bei den Verletzungen und Vergiftungen ist die Verteilung der Geschlechter fast identisch; Frauen erhielten diese Diagnose nur geringfügig häufiger (1,1 PP).

Ambulante Diagnosen nach Alter und Krankheitsarten

Mit den jeweiligen Altersstufen nimmt die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen zu; dies gilt zumindest für Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Störungen sowie für Erkrankungen des Verdauungssystems (vgl. *Diagramm 3.7*). Die größte Differenz zwischen den einzelnen Altersklassen ist bei den Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden: Während der Anteil bei den 20- bis unter 65-Jährigen 41,0 % ausmacht, steigert er sich in der Altersgruppe der ab 65-Jährigen um 27,6 Prozentpunkte und liegt auf schlussendlich bei 68,6 %. Auch die Differenz zwischen den Jüngsten, den unter 20-Jährigen (17,5 %) und den ab 20- bis unter 65-Jährigen (41,0 %) ist bei dieser Erkrankungsart mit 23,5 Prozentpunkten sehr hoch.

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems ist dies jedoch umgekehrt: Am häufigsten wurde diese Diagnose mit 56,9 % bei den Jüngsten, den unter 20-Jährigen, dokumentiert, während sie

dann in den folgenden Altersklassen eine geringere Rolle spielt und schließlich nur bei 35,2 % der über 64-Jährigen diagnostiziert wurde.

Diagramm 3.6

Anteil der Versicherten mit ambulanten Diagnosen nach Geschlecht und ausgewählten Krankheitsarten

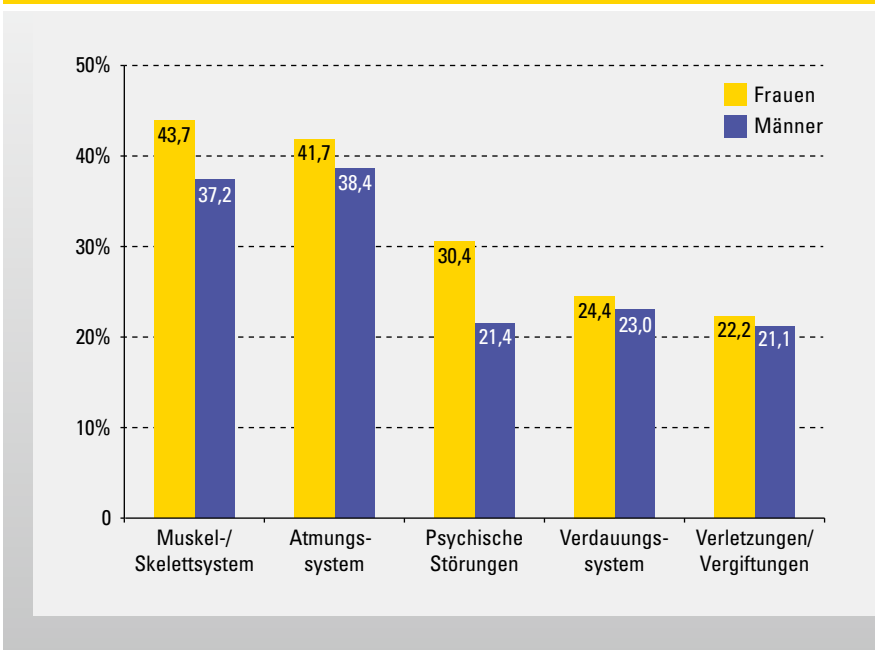
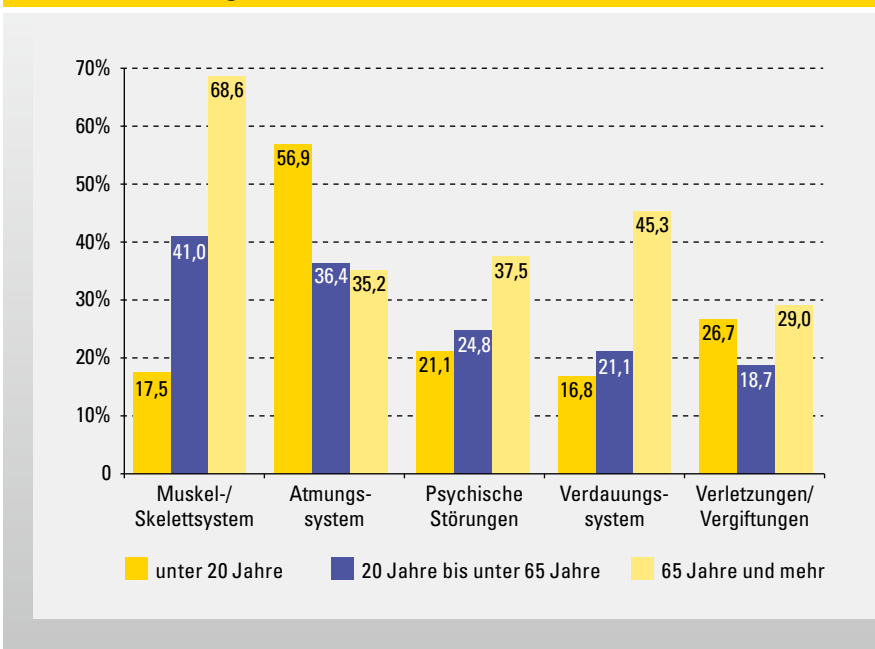


Diagramm 3.7

Anteil der Versicherten mit ambulanten Diagnosen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten



3.1.3 Arzneimittelverordnungen

Nach Beschreibung des Krankheitsgeschehens im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeitsdaten und auf ambulante Diagnosen soll nun dieser Abschnitt einen Einblick in die Arzneimittelversorgung der BKK Versicherten geben.

Die Grundlage hierfür bildet das international etablierte anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC), welches ein rationales System zur Klassifikation von Arzneistoffen (Substanzen) darstellt. Unter Verwendung des Klassifikationssystems können Arzneimittel einem bestimmten ATC-Code zugeordnet werden, das bietet damit die Möglichkeit, die Arzneimittelversorgung umfassend abzubilden. Der jeweilige Buchstabe am Anfang eines ATC-Codes weist dabei auf eine der 15 Hauptgruppen hin, die das entsprechende Organ (z. B. Sinnesorgane) oder System (z. B. Nervensystem) abbilden, auf die das Arzneimittel seine hauptsächliche Wirkung entfaltet.

Die ATC-Gruppe *Veterinärmedizinische Arzneimittel* wird dabei vernachlässigt, da sie in diesem Rahmen nicht relevant ist. Das vorliegende Kapitel beschränkt sich dabei auf die Darstellung der Arznei-

mittelversorgung nach den ATC-Hauptgruppen, eine differenzierte Aufschlüsselung erfolgte bereits in Kapitel 2. In den Diagrammen wird der Anteil derjenigen Versicherten dargestellt, denen mindestens einmal im Laufe des Jahres 2011 ein Medikament verschrieben wurde, welches zu einer der 14 Hauptgruppen gerechnet wird. Zur besseren Lesbarkeit und schnelleren Erfassung der Inhalte werden wiederum die jeweiligen prozentualen Anteile angeführt.

Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Bei Betrachtung der unterschiedlichen Altersklassen fällt auf, dass die Prävalenz der Arzneimittelverordnungen in der Altersgruppe der Hochbetagten zwischen 85 und 89 Jahren am höchsten ist (95,0 %), ähnlich hoch jedoch fiel der Anteil der unter 5-Jährigen BKK Versicherten aus (88,8 %) (vgl. *Diagramm 3.8*). Eine Erklärung dafür könnte die Erstattungsfähigkeit von beispielsweise Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zwölf Jahre sein, die auf einem Kassenrezept verordnet wurden, womit eine statistische Registrierung im System

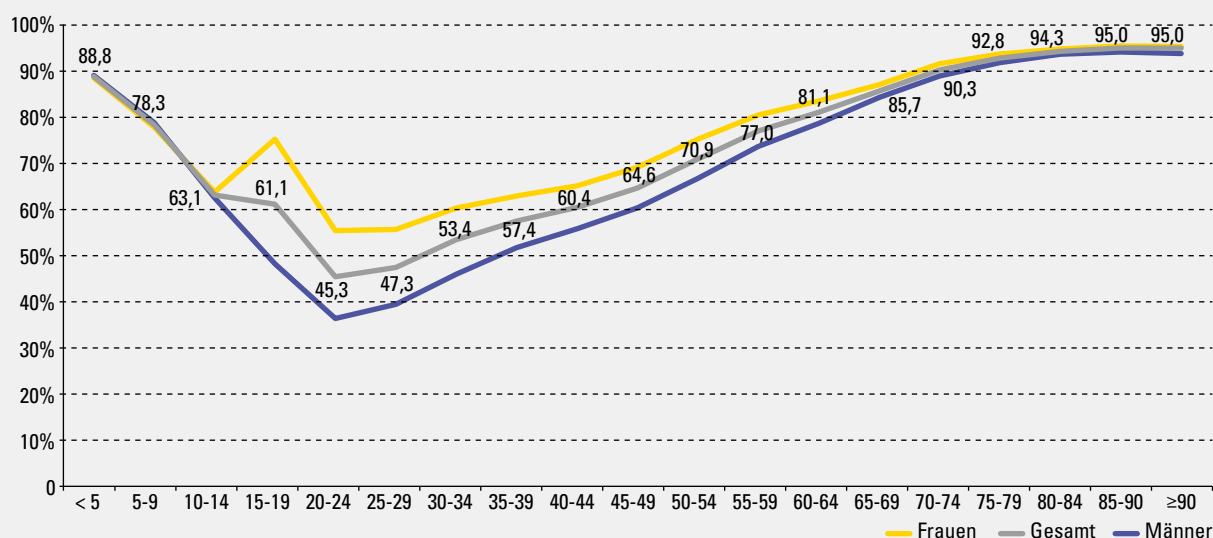
der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte. Im Unterschied dazu sind solche Medikamente für Erwachsene nicht durch die GKV erstattungsfähig, da sie nicht verschreibungspflichtig, sondern frei erhältlich sind und somit keine Registrierung erfolgt. Der hohe Anteil bei den älteren Erwachsenen, die mit Medikamenten versorgt wurden, ist durch die allgemein höhere Morbidität im Alter nachvollziehbar.

In allen Altersklassen ist der Anteil der weiblichen Versicherten mit Medikamentenverordnungen verhältnismäßig höher als bei den männlichen Versicherten, allerdings mit Ausnahme der beiden jüngsten Alterstufen (null bis neun Jahre) ohne Geschlechtsunterschied. Im Abschnitt 3.1.2 wurde passend dazu ein höherer Anteil der Frauen bei den ambulanten Diagnosen konstatiert, wobei natürlich nicht jeder Arztbesuch eine rezeptpflichtige Arzneimittelverordnung zur Folge haben muss.

Der Unterschied der Geschlechter bei der Arzneimittelversorgung fällt bei den 15- bis 19-Jährigen am stärksten ins Gewicht. Der Anteil der Frauen liegt um 27,1 Prozentpunkte höher als der Anteil

Diagramm 3.8

Anteil der Versicherten mit Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht



der Männer (75,2 % zu 48,1 %). Auch bei den 20- bis 24-Jährigen ist die Differenz zwischen den jeweiligen Anteilen der Geschlechter hoch und beträgt 19,1 Prozentpunkte (55,4 % zu 36,3 %). Anschließend verringert sich die Differenz in den höheren Altersklassen kontinuierlich. Der wesentlich stärkere Anteil der Frauen in den Alterstufen 15 bis 39 Jahre, die mindestens ein Medikament verordnet bekamen, könnte auf die Versorgung von verschreibungspflichtigen Kontrazeptiva zurückzuführen sein.

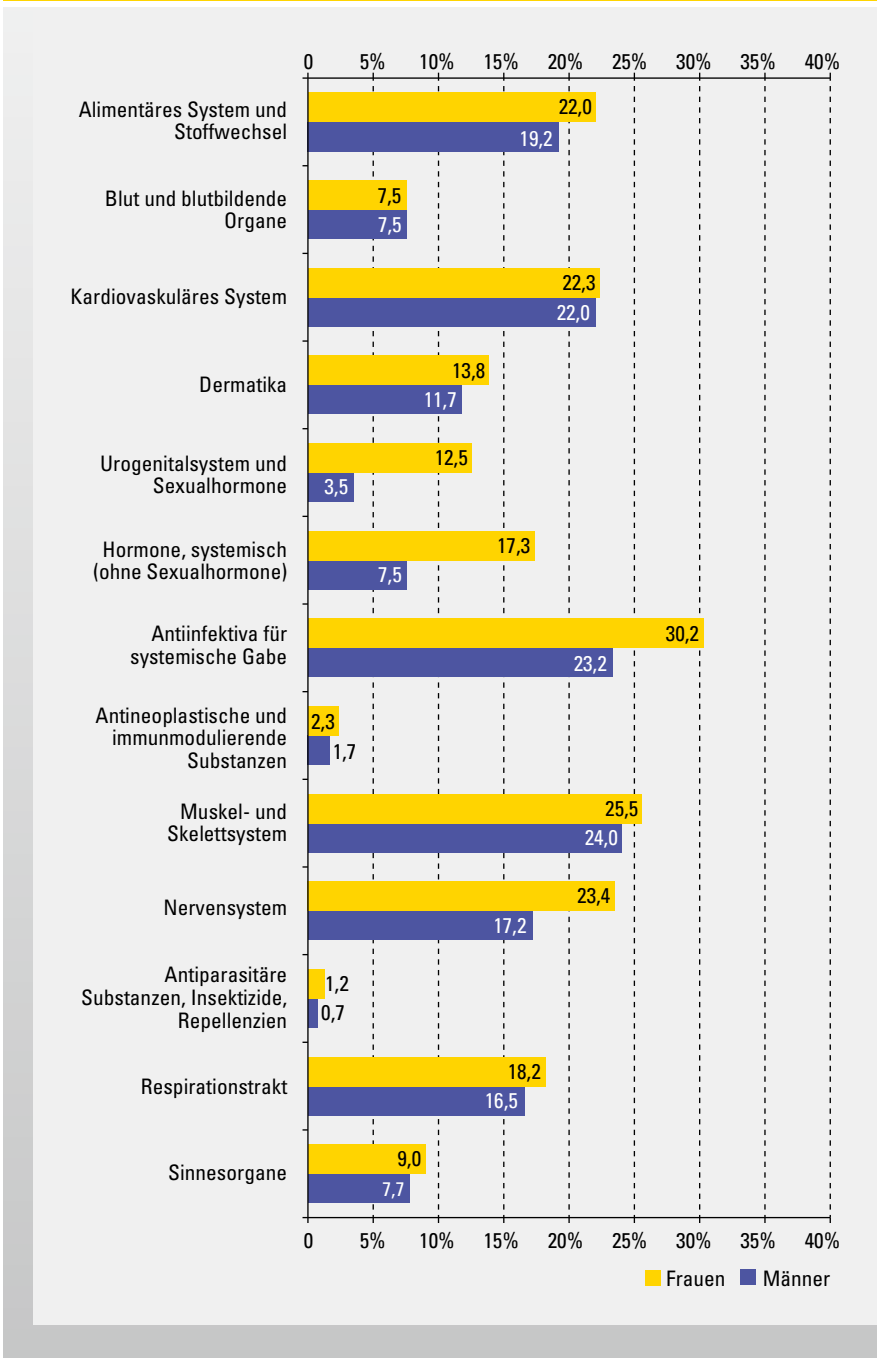
Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und ATC-Code

Das Diagramm 3.9 bildet die Geschlechterverteilung bei den Arzneimittelverordnungen nach ATC-Gruppen ab (s. Einleitung des Abschnitt 3.1.3). Bei den weiblichen Versicherten ist der Anteil mit Verordnungen bei den *Antinfektiva* mit 30,2 % am größten, während dies bei den Männern mit 24,0 % in der ATC-Gruppe *Muskel- und Skelettsystem* der Fall ist.

In allen ATC-Gruppen zeigt sich, dass relativ mehr Frauen als Männer eine Medikation erhielten, mit der Ausnahme der ATC-Gruppe *Blut und blutbildende Organe* – in dieser Gruppe ist der Geschlechteranteil fast identisch. Der größte Unterschied der Geschlechter im Hinblick auf die Arzneimittelverordnungen sind in der Gruppe *systemische Hormone*, (+9,8 PP) zu finden wie auch in der Gruppe *Urogenitalsystem und Sexualhormone* (+9,0 PP), was durch die Verschreibung von Kontrazeptiva und anderen Hormonpräparaten begründet sein dürfte. Vielmehr ist die Differenz bei den Medikamenten zur Behandlung von *Infektionskrankheiten* (+7,0 PP) als auch den Medikamenten für das *Nervensystem* (+6,3 PP) bemerkenswert. Zu der zuletzt genannten ATC-Gruppe gehören u. a. Arzneiwirkstoffe wie Psycholeptika und Psychoanaleptika. Zu diesem Ergebnis passt der in den Abschnitten 3.1.1 und 3.1.2 aufgezeigte höhere Anteil der Frauen bei den ambulanten Diagnosen sowie bei den AU-begründeten Diagnosen im Zusammenhang mit psychischen und Verhaltensstörungen, die u. a. einer Versorgung mit den oben genannten Arzneimitteln bedürfen.

Diagramm 3.9

Anteil der Versicherten mit Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und ATC-Code



Arzneimittelverordnungen nach Alter und ATC-Code

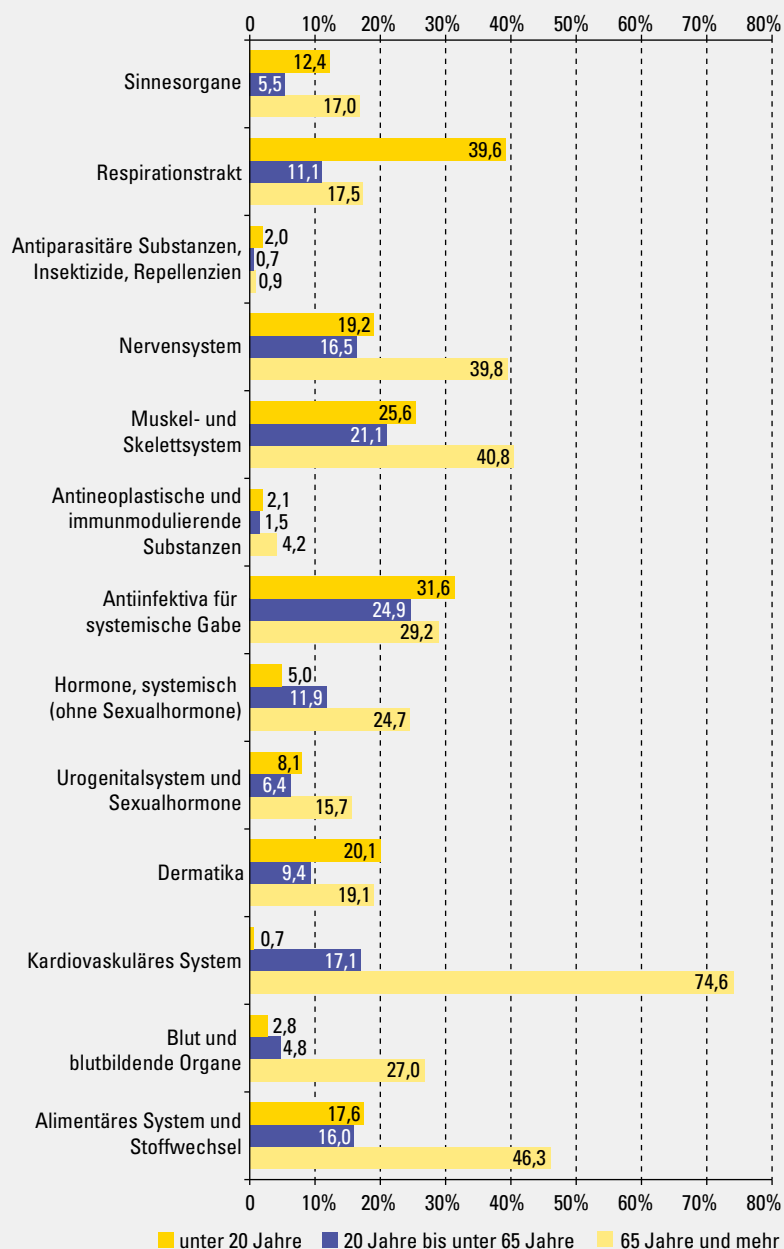
Bei Betrachtung der dargestellten Altersklassen fallen hinsichtlich der Arzneimittelversorgung unterschiedliche Schwerpunkte auf (vgl. *Diagramm 3.10*). So dominiert bei den ab 65-Jährigen BKK Versicherten mit großem Abstand die Versorgung mit Herz-Kreislauf-Medikamenten; 74,6 %, d. h. etwa dreiviertel der 65-Jährigen erhielten zumindest einmal im Jahr 2011 eine Medikation aus der ATC-Gruppe *Kardiovaskuläres System*. Auch bei den Arzneimitteln für die Behandlung des alimentären Systems und des Stoffwechsels (46,3 %) sowie für Muskel- und Skeletterkrankungen (40,8 %) ist der Anteil der ab 65-Jährigen noch relativ hoch.

Anders ist dies bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren; ihr stärkster Anteil ist mit 39,6 % bei den Arzneimitteln zur Behandlung von Atemwegserkrankungen zu finden (der Anteil der ab 65-Jährigen lag mit 17,5 % um 22,1 PP darunter), gefolgt von den *Antinfektiva* (bei 31,6 % der unter 20-Jährigen).

Das AU-begründete Krankheitsgeschehen, die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen sowie die Versorgung mit Arzneimitteln wird nicht nur durch Alter und Geschlecht bestimmt, sondern ganz entscheidend auch durch die berufliche und soziale Lage. Inwiefern dies auf die BKK Mitglieder zutrifft, verdeutlicht der folgende Abschnitt 3.2.

Diagramm 3.10

Anteil der Versicherten mit Arzneimittelverordnungen nach Alter und ATC-Code



3.2 Krankheitsgeschehen nach sozialer Lage

In diesem Abschnitt wird das Krankheitsgeschehen der AU-begründeten Diagnosen und erstmalig der ambulant ICD-Diagnosegruppen und der Arzneimittelversorgung nach ATC-Gruppen im Hinblick auf den sozialen Status der BKK-Versicherten dargestellt. Die soziale Lage der BKK Versicherten wird anhand von Parametern wie Bildungs- und Versichertenstatus beschrieben, wobei auch der Bildungsstatus dieses Jahr erstmalig in diesem Kapitel aufgeführt wird. Der Bildungsstatus stellt den Grad der beruflichen Qualifikation dar. Folgende Gruppen werden verglichen: Volks-

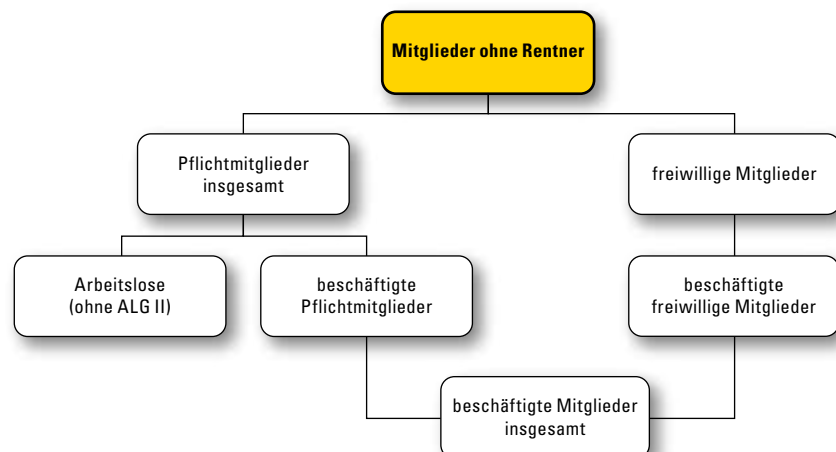
Haupt- und Realschulabgänger *mit* und *ohne* abgeschlossene Berufsausbildung, Abiturienten *mit* und *ohne* abgeschlossene Berufsausbildung sowie Fachhochschulabsolventen und Universitätsabsolventen. Der Versichertenstatus in Bezug auf die AU-Daten teilt sich nach den beschäftigten Pflichtversicherten (hierzu zählen Arbeiter, Angestellte, Teilzeitbeschäftigte), den ALG-I-Empfängern mit Krankengeldanspruch sowie den freiwillig Versicherten auf. Freiwillig Versicherte beziehen ein Einkommen, welches über der Versicherungspflichtgrenze liegt, die 2011 bei einem Jahreseinkommen von

49.500 Euro lag und gehören zu den Besserverdienenden.

Bei den ambulant dokumentierten ICD-Diagnosen wie auch bei den Arzneimittelverordnungen werden die Daten folgender Bezugsgruppen nach Versichertenstatus miteinander verglichen: beschäftigte BKK Mitglieder, Arbeitslose sowie Familienangehörige (mitversicherte Kinder und Ehepartner).

- Die Bedeutung der psychischen Störungen hinsichtlich der AU-Tage hat bei allen Versichertengruppen im Vergleich zum Vorjahr zugenommen, allerdings mit Ausnahme der Arbeiter aus der Gruppe der pflichtversicherten Beschäftigten.
- Familienangehörige begaben sich am häufigsten aufgrund von Atemwegserkrankungen in eine ärztliche Behandlung, während bei den beschäftigten BKK Mitgliedern und den Arbeitslosen die Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund stehen.

- Unabhängig vom Grad der beruflichen Qualifikation spielen bei den ambulanten Diagnosen die Atemwegserkrankungen die wichtigste Rolle.
- Umso höher die berufliche Qualifikation ist, desto relevanter werden die durch psychische Störungen verursachten AU-Tage.



3.2.1 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus

Tabelle 3.1 widmet sich der Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und bezieht sich dabei auch auf das Krankheitsgeschehen bei Arbeitsunfällen (s. Übersicht). Die zahlenmäßig größte Gruppe der BKK Mitglieder stellen die pflichtversicherten Beschäftigten (4,8 Mio. Mitglieder) mit durchschnittlich 16,0 Fehltagen je Mitglied (+1,2 AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr). Die hierunter subsumierten Arbeiter kamen dabei mit 19,3 AU-Tagen (+1,1 AU-Tage) auf die meisten AU-Tage, im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten mit 15,2 AU-Tagen (+1,1 AU-Tage) und den pflichtversicherten

ten Angestellten mit 12,2 AU-Tagen (+1,2 AU-Tage).

Wie in den Jahren zuvor kann erwartungsgemäß festgestellt werden, dass Versicherte mit einem höheren beruflichen Qualifikationsprofil, größerem beruflichen Handlungs- und Entscheidungsspielraum und auch höherem Einkommen weniger Krankheitstage aufweisen als Versicherte mit einem niedrigeren Qualifikationsprofil und einem geringeren Gestaltungsspielraum. So wurden die freiwillig versicherten Beschäftigten mit 6,0 AU-Tagen rund 10 AU-Tage weniger krankgeschrieben als die pflichtversicherten Beschäftigten (16,0 AU-Tage). Damit waren die Pflichtversicherten fast

dreimal so viele Tage krank wie die freiwillig versicherten Beschäftigten. Die Zunahme der AU-Tage bei den freiwillig Versicherten im Vergleich zum Vorjahr kann als marginal bezeichnet werden und betrug +0,4 AU-Tage.

Die meisten Krankheitstage je Mitglied wurden durch die zahlenmäßig kleinste Gruppe, den arbeitslosen ALG-I-Empfänger (146.000 Versicherte) verursacht, die insgesamt bei 27,0 AU-Tagen je BKK Mitglied lagen. Das bedeutet durchschnittlich rund 11,0 AU-Tage je Mitglied mehr (bzw. 1,7-mal mehr) als die Gruppe der pflichtversicherten Beschäftigten. Erwähnenswert ist zudem die auffallend hohe Falldauer (ähnlich wie in den Vor-

Tabelle 3.1

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	AU-Tage je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
Pflichtversicherte Beschäftigte	Männer	2.517	122,4	1.643,8	13,4	4,7	101,4
	Frauen	2.284	122,2	1.561,9	12,8	2,0	40,8
	Gesamt	4.801	122,3	1.604,8	13,1	3,4	72,6
davon sind:							
Pflichtversicherte Arbeiter	Männer	1.457	128,3	1.890,1	14,7	5,9	134,1
	Frauen	293	139,7	2.143,9	15,4	3,6	80,9
	Gesamt	1.749	130,2	1.932,5	14,8	5,5	125,2
Pflichtversicherte Angestellte	Männer	692	86,5	1.086,7	12,6	1,8	38,7
	Frauen	1.050	110,3	1.306,9	11,9	1,4	27,4
	Gesamt	1.742	100,9	1.219,4	12,1	1,6	31,9
Teilzeitbeschäftigte	Männer	168	83,6	1.282,0	15,3	2,3	55,7
	Frauen	803	107,4	1.568,3	14,6	1,8	39,4
	Gesamt	971	103,3	1.518,8	14,7	1,9	42,2
Freiwillig versicherte Beschäftigte	Männer	585	56,2	612,8	10,9	0,6	13,3
	Frauen	138	48,8	531,3	10,9	0,5	8,8
	Gesamt	723	54,8	597,2	10,9	0,6	12,4
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	76	61,2	2.762,5	45,2	–	–
	Frauen	70	68,9	2.639,6	38,3	–	–
	Gesamt	146	64,9	2.703,5	41,7	–	–

jahren) mit 41,7 AU-Tagen je Fall (+0,8 AU-Tage zum Vorjahr), die im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten mit 13,1 AU-Tagen (+0,3 AU-Tage) mehr als dreimal so hoch liegt und zusammen mit den meisten Fehltagen – im Vergleich zu den anderen Gruppen – die besonders hohe Morbidität der Arbeitslosen widerspiegelt. Demgegenüber steht jedoch bei den Arbeitslosen eine um die Hälfte niedrigere Fallhäufigkeit mit 0,6 AU-Fällen je Mitglied im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten mit 1,2 AU-Fällen.

Die Differenz der Geschlechter hinsichtlich der AU-Tage innerhalb der verschiedenen Versichertengruppen wird im *Diagramm 3.11* veranschaulicht. Sowohl bei den Pflichtversicherten und den freiwilligen Beschäftigten als auch den ALG-I-Empfängern weisen die männlichen BKK Mitglieder jeweils mehr AU-Tage auf als die weiblichen. Innerhalb dieser drei Gruppen lässt sich mit 1,2 AU-Tagen die größte Differenz zwischen Männern und Frauen bei den Arbeitslosen feststellen. Noch im letzten Jahr war hier das Geschlechterverhältnis umgekehrt: Die Krankheitstage der Frauen überstiegen die der Männer um ebenfalls durchschnittlich 1,2 AU-Tage. Hinsichtlich der Subgruppen der pflichtversicherten Beschäftigten stellt sich die Geschlechtersituation wie folgt dar: Arbeiterinnen sowie weibliche Angestellte und Teilzeitbeschäftigte wiesen jeweils mehr AU-Tage auf, wobei der größte Unterschied mit einer Differenz von 2,9 AU-Tagen zu den Männern bei den Teilzeitbeschäftigten vorlag.

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten

Die *Tabelle 3.2* schlüsselt die Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und ausgewählten wichtigen ICD-Diagnosegruppen auf. Einen umfassenden Überblick über die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit nach weiteren ICD-Diagnosen ist in der *Tabelle 2 im Anhang* zu finden. Im Folgenden wird auf die drei wichtigsten ICD-Diagnosen mit dem jeweils höchsten prozentualen Anteil eingegangen.

Bei den pflichtversichert Beschäftigten wie auch den freiwillig versicherten Beschäftigten sind die drei dominierenden Erkrankungsarten identisch. Die muskuloskeletalen Erkrankungen stehen wie im Jahr zuvor an erster Stelle, gefolgt von den Atemwegserkrankungen und den psychischen Störungen (letztere waren im Vorjahr bei beiden Versichertengruppen noch an vierter Stelle). Auch bei den ALG-I-Empfängern waren die muskuloskeletalen Erkrankungen im Vorjahr noch die dominierende Erkrankungsart, fielen allerdings im Jahr 2011 auf den zweiten Platz und wurden von den psychischen Störungen, wenn auch nur knapp, anteilmäßig überholt. An dritter Stelle kommen die Verletzungen und Vergiftungen. Auffällig ist der extrem hohe Anteil der psychischen Störungen (30,8 %) in dieser Gruppe, der im Vergleich zu den beschäftigten Pflichtversicherten (13,2 %) mehr als doppelt so hoch ausfällt. So verursachte diese Erkrankungsart bei den Arbeitslosen knapp viermal so viele AU-Tage als bei den pflichtversichert Beschäftigten.

Auch bei den Arbeitern, Angestellten und Teilzeitbeschäftigten, die zu den beschäftigten Pflichtversicherten gehören, zählen die Erkrankungen des Bewegungsapparates zu den bedeutendsten Erkrankungsarten, wenn auch anteilmäßig unterschiedlich stark ausgeprägt – erwartungsgemäß am stärksten bei den Arbeitern (fast jeder Dritte ist davon betroffen). Die Ursachen sind vielfältig und reichen von schweren oder einseitigen körperlichen Belastungen über Zwangshaltungen am Arbeitsplatz bis hin zu körperlichem Verschleiß. Die zweithäufigste Erkrankungsart bilden die psychischen Störungen – abgesehen von den Arbeitern, bei denen an zweiter Stelle die Verletzungen und Vergiftungen stehen, was im Hinblick auf eine schwerpunktmäßig körperlich ausgerichtete Tätigkeit bei Arbeitern, die eine größere Unfallgefahr birgt, zu erwarten ist. Erwähnenswert ist zudem, dass die psychischen Störungen bei den Angestellten wie auch den Teilzeitbeschäftigten nach ihrem prozentualen Anteil um einen Platz nach oben aufgestiegen sind, so nahmen sie im

Diagramm 3.11

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus

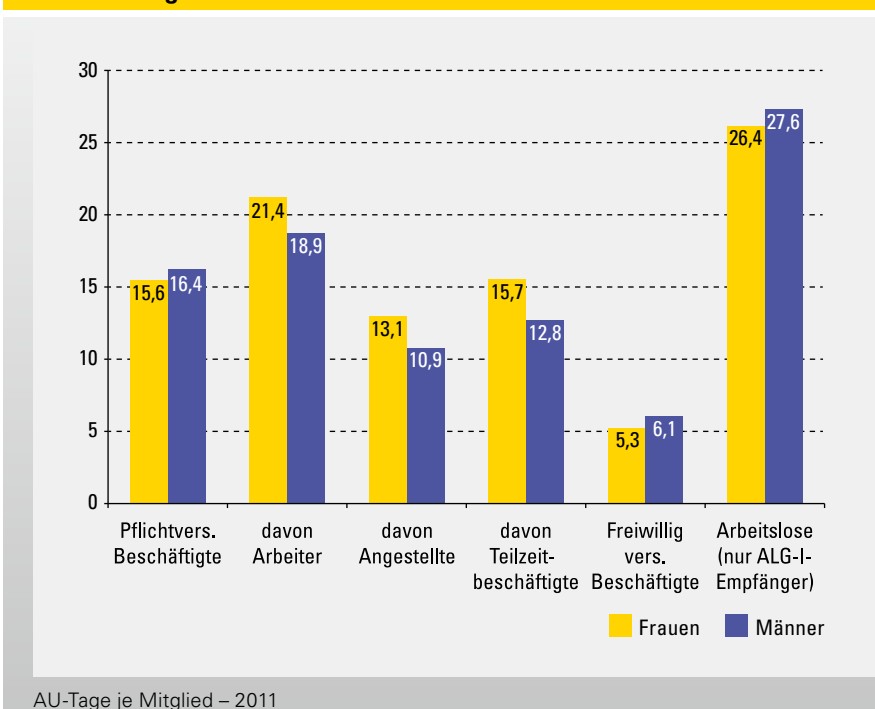


Tabelle 3.2

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten

Krankheitsart	Pflichtvers. Beschäftigte	davon			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose (ALG-I-Empf.)
		Arbeiter	Angestellte	Teilzeit- beschäftigte		
AU-Tage je 100 Mitglieder						
Muskel- und Skeletterkrankungen	422	629	237	406	125	814
Krankheiten des Atmungssystems	231	238	201	209	104	131
Psychische Störungen	213	176	223	227	76	832
Verletzungen und Vergiftungen	209	304	121	155	68	210
Krankheiten des Verdauungssystems	87	105	66	72	38	94
Krankheiten des Kreislaufsystems	70	99	47	58	36	123
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	67	70	56	57	27	39
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	64	70	53	63	24	85
Neubildungen	60	57	53	79	32	105
Krankheiten des Nervensystems	41	49	31	44	13	80
Krankheiten des Urogenitalsystems	29	25	26	36	10	33
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	26	24	31	17	11	23
Krankheiten der Haut und Unterhaut	21	30	13	16	6	25
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11	13	8	11	4	23
Gesamt	1.605	1.933	1.219	1.519	597	2.704

Krankheitsart	Pflichtvers. Beschäftigte	davon			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose (ALG-I-Empf.)
		Arbeiter	Angestellte	Teilzeit- beschäftigte		
Anteile an allen AU-Tagen in %						
Muskel- und Skeletterkrankungen	26,3	32,6	19,5	26,7	20,9	30,1
Krankheiten des Atmungssystems	14,4	12,3	16,5	13,8	17,4	4,8
Psychische Störungen	13,2	9,1	18,3	15,0	12,8	30,8
Verletzungen und Vergiftungen	13,0	15,7	9,9	10,2	11,4	7,8
Krankheiten des Verdauungssystems	5,4	5,4	5,4	4,7	6,3	3,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,3	5,1	3,8	3,8	6,1	4,5
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,2	3,6	4,6	3,7	4,5	1,4
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	4,0	3,6	4,3	4,1	4,0	3,1
Neubildungen	3,8	2,9	4,4	5,2	5,3	3,9
Krankheiten des Nervensystems	2,6	2,5	2,5	2,9	2,2	3,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,8	1,3	2,1	2,4	1,7	1,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	1,6	1,2	2,5	1,1	1,9	0,9
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1,3	1,6	1,1	1,1	1,1	0,9
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

Vorjahr den dritten Platz ein. Bei allen drei Gruppen – Arbeiter, Angestellte und Teilzeitbeschäftigte – sind an dritter Stelle die Atemwegserkrankungen zu finden.

Zusammenfassend fällt auf, dass in allen Gruppen, außer bei den Arbeitern, die Diagnosegruppen der psychischen Störungen, im Vergleich zum Vorjahr, jeweils um einen Rang nach oben aufgerückt sind. Dieser Diagnosegruppe kommt somit eine weiter wachsende Bedeutung zu.

Auch die Muskel- und Skeletterkrankungen spielen nach wie vor eine dominante Rolle bei den beschäftigten BKK Versicherten. Zu diesem Erkrankungsbild zählen u.a. auch Rückenbeschwerden. Die Autoren *Schuldt und Würfel* stellen dazu in ihrem Beitrag auf *Seite 131 ff.* Möglichkeiten zur innovativen Behandlung chronischer Rückenschmerzen in einem Versorgungsangebot der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften in NRW vor.

Arbeitsunfähigkeit der ALG-I-Empfänger nach Alter und Krankheitsarten

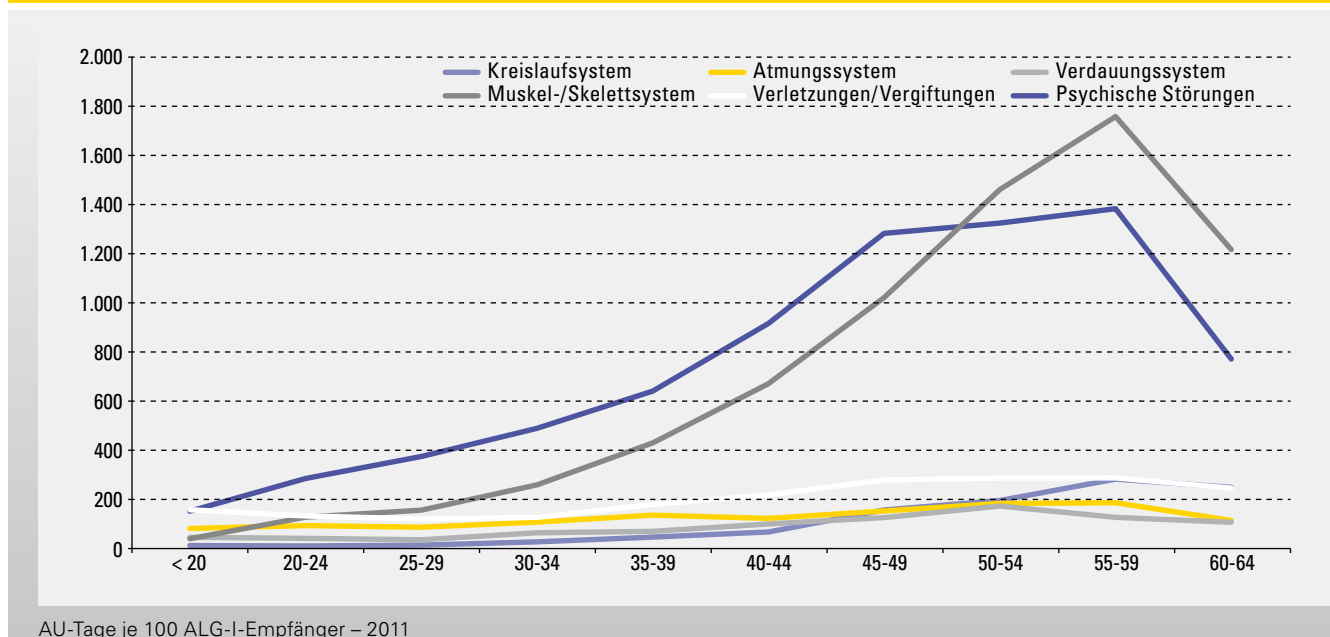
Die Gruppe der ALG-I-Empfänger soll im Folgenden noch einmal ausführlicher betrachtet werden. So zeigt das *Diagramm 3.12* die Verteilung der AU-Tage je 100 ALG-I-Empfänger hinsichtlich Alter und ausgewählter wichtiger ICD-Diagnosegruppen. Dabei können die gesundheitlichen Belastungen sowohl Ursache als auch Folge der Arbeitslosigkeit sein.

Für die zwei Diagnosegruppen, die mit großem Abstand die meisten AU-Tage je 100 ALG-I-Empfänger aufweisen – psychische Störungen und Muskel- und Skeletterkrankungen – zeichnet sich das auffälligste Bild hinsichtlich der Verlaufskurve ab: Bei den psychischen Störungen ist ein deutlicher Anstieg von der jüngsten Altersgruppe (durchschnittlich 1,5 AU-Tagen je ALG-I-Versichertem) bis hin zum Spitzenwert in der Altersgrup-

pe der 55- bis 59-Jährigen (13,8 AU-Tage) zu erkennen. Somit weist die ältere Gruppe neunmal mehr Krankheitstage durch psychische Störungen auf als die jüngste. Anschließend fällt die Kurve drastisch ab und liegt in der nächst höheren Altersklasse bei 7,7 AU-Tagen je ALG-I-Empfänger.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ab. Die Verteilungskurve zeigt einen sehr niedrigen Beginn bei den Jüngsten (0,4 AU-Tage je ALG-I-Empfänger), steigt kontinuierlich an bis zu den 55- bis 59-Jährigen, womit der Spitzenwert zwar in derselben Altersgruppe wie bei den psychischen Störungen, jedoch etwas höher liegt, nämlich bei 17,6 AU-Tagen je ALG-I-Empfänger. Damit sind die Krankheitstage rund 45-mal höher als in der jüngsten Altersgruppe. Auch hier ist im Anschluss eine rasche Abnahme der AU-Tage bei den 60- bis 64-Jährigen zu verzeichnen.

Diagramm 3.12
Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



Die weiterhin dargestellten Erkrankungsarten (Erkrankungen des Verdauungs-, Atmungs- und Kreislauf-Systems sowie Verletzungen und Vergiftungen) spielen bei den Arbeitslosen vom Umfang her eine untergeordnete Rolle – Alterseffekte zeichnen sich ab, fallen jedoch eher gering aus. Die Verteilungen können im *Diagramm 3.12* nachvollzogen werden.

Arbeitsunfähigkeit nach Bildungsstatus und Krankheitsarten

Die Daten in der *Tabelle 3.3* werden in diesem Jahr erstmalig dargestellt und geben einen Einblick in die Verteilung der AU-Tage nach Bildungsstatus und ausgewählten ICD-Diagnosegruppen je 100 beschäftigte BKK Mitglieder.

Grundsätzlich zeigt sich, dass die meisten AU-Tage je ICD-Diagnosegruppe, zum Teil mit großem Abstand, bei den niedriger qualifizierten Versicherten zu

finden sind. Dies gilt in bemerkenswerter Weise für den Unterschied zwischen den Volks-, Haupt- und Realschulabgängern mit und ohne Berufsausbildung (16,3 AU-Tage bzw. 19,2 AU-Tage) im Gegensatz zu den am wenigsten von Krankenschreibungen betroffenen Fachhochschul- und Universitätsabsolventen (9,2 AU-Tage bzw. 7,0 AU-Tage).

Insbesondere fällt auf, dass eine höhere berufliche Qualifikation mit einem höheren Anteil an durch psychische Erkrankungen verursachten AU-Tagen einhergeht. Während sie bei den Volks-, Haupt- und Realschulabgängern an vierter Stelle nach den AU-Tagen stehen, nehmen sie bei den Abiturienten *ohne* abgeschlossene Berufsausbildung schon den dritten Platz ein, wobei sie bei den Abiturienten *mit* Berufsausbildung sowie den Fachhochschul- oder Universitätsabsolventen eine noch größere Rolle spielen und die zweithäufigste Erkrankungsart ausmachen.

Bei den beschäftigten BKK Versicherten mit einem Volks-, Hauptschul- oder Realschulabschluss (*ohne* bzw. *mit* Berufsausbildung) dominieren mit großem Abstand die Erkrankungen des Bewegungsapparates (5,7 bzw. 4,4 AU-Tage je beschäftigtem Mitglied), gefolgt von den Krankheiten des Atmungssystems (2,7 bzw. 2,3 AU-Tage) sowie den Verletzungen und Vergiftungen (2,6 bzw. 2,1 AU-Tage). Bei den höher qualifizierten Versicherten mit Abitur stellen die Atemwegserkrankungen die Erkrankungsart mit den meisten AU-Tagen dar (2,0 bzw. 1,9 AU-Tage), wie auch bei den am höchsten qualifizierten Fachhochschul- und Universitätsabsolventen (1,8 bzw. 1,4 AU-Tage).

Tabelle 3.3

Arbeitsunfähigkeit nach Bildungsstatus und Krankheitsarten

Krankheitsart	AU-Tage je 100 Mitglieder					
	Volks-/Hauptschule, mittlere Reife		Abitur		Fachhochschule	Hochschul-/Universitätsabschluss
	ohne abgeschlossene Berufsausbildung	mit abgeschlossener Berufsausbildung	ohne abgeschlossene Berufsausbildung	mit abgeschlossener Berufsausbildung		
Muskel- und Skeletterkrankungen	566	443	119	160	143	93
Krankheiten des Atmungssystems	275	228	198	193	182	144
Psychische Störungen	205	208	107	176	155	119
Verletzungen und Vergiftungen	264	213	104	97	98	69
Krankheiten des Verdauungssystems	108	88	56	56	55	38
Krankheiten des Kreislaufsystems	82	75	20	32	42	29
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	85	64	58	51	48	36
Sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	82	62	40	41	38	30
Neubildungen	56	64	21	42	43	44
Krankheiten des Nervensystems	48	42	17	24	20	15
Krankheiten des Urogenitalsystems	32	29	17	21	18	15
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	16	24	17	31	28	29
Krankheiten der Haut und Unterhaut	31	22	11	11	10	5
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	11	12	3	6	5	4
Gesamt	1.917	1.632	813	979	920	696

* bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder je 100 beschäftigte Mitglieder insgesamt

3.2.2 Ambulante ärztliche Versorgung

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Daten zum ambulanten Versorgungsgeschehen nach sozialer Lage werden erstmalig präsentiert. Somit liegen keine Vergleichsdaten aus vorherigen Jahren vor. Die soziale Lage wird nach dem Versichertenstatus wie auch nach dem Bildungsstatus (beruflicher Qualifikationsgrad wie oben beschrieben) untersucht. Um einen differenzierten Einblick in die soziale Lage verschiedener Personengruppen im Hinblick auf die dokumentierten ambulanten ICD-Diagnosegruppen zu erhalten, werden folgende Gruppen gegenübergestellt: beschäftigte BKK Mitglieder, Arbeitslose sowie Familienangehörige (mitversicherte Kinder und Ehepartner).

Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus

Der prozentuale Anteil aller BKK Versicherten, bei denen 2011 mindestens einmal eine ambulante Diagnose gestellt wurde, liegt bei rund 90 %, d. h., dass sich fast jeder Versicherte mindestens einmal im letzten Jahr einer ärztlichen Behandlung oder Diagnostik unterzogen hat (vgl. *Tabelle 3.4*). Dabei waren es mit 92,9 % mehr Frauen als Männer (86,0 %), bei denen eine ambulante Diagnose dokumentiert wurde. Von den BKK Versicherten, die sich einer ärztlichen Behandlung unterzogen, war der Anteil bei Arbeitslosen (77,4 %) rund zehn Prozentpunkte geringer als der Anteil bei Beschäftigten (87,8 %).

Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus und Krankheitsarten

Die *Tabelle 3.5* zeigt u. a. die enorme Bedeutung der Atemwegserkrankungen in der Gruppe der Familienangehörigen (mitversicherte Ehepartner und Kinder), denn 49,9 % dieser Gruppe und damit knapp die Hälfte der Familienangehörigen, erhielten zumindest einmal im Jahr 2011 eine solche Diagnose. Bei den be-

schäftigten BKK Mitgliedern stehen die Muskel- und Skeletterkrankungen im Vordergrund, die bei 42,5 % diagnostiziert wurden. Auch bei den Arbeitslosen dominieren die muskuloskeletalen Erkrankungen (32,1 %). Die psychischen Erkrankungen nehmen hier den zweiten Platz (28,0 %), bei den beschäftigten Mitgliedern den dritten Platz (23,5 %) und bei den Familienangehörigen den vierten Platz (ebenfalls 23,5 %) ein.

Tabelle 3.4

Ambulante Diagnosen nach Versichertenstatus				
Versichertengruppe	Geschlecht	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Diagnosen Anzahl	Anteil (%)
Alle Versicherten	Männer	5.915.961	5.086.278	86,0
	Frauen	6.035.862	5.606.295	92,9
	Gesamt	11.951.823	10.692.573	89,5
davon sind:				
Arbeitslose	Männer	215.996	153.672	71,2
	Frauen	190.567	160.909	84,4
	Gesamt	406.563	314.581	77,4
Beschäftigte	Männer	3.101.546	2.584.373	83,3
	Frauen	2.422.674	2.263.106	93,4
	Gesamt	5.524.221	4.847.479	87,8

Tabelle 3.5

Krankheitsarten	Anteil Versicherte mit ambulanten Diagnosen			
	Versicherte insgesamt	beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose	Familienangehörige
Muskel-/Skelettsystem	40,4	42,5	32,1	25,7
Atmungssystem	40,0	40,0	25,3	49,9
Psychische Störungen	25,9	23,5	28,0	23,5
Verletzungen/Vergiftungen	21,6	19,6	14,3	24,7
Verdauungssystem	23,7	21,5	17,8	18,8

Ambulante Diagnosen nach Bildungsstatus und Krankheitsarten

Die *Tabelle 3.6* bildet das ambulante Versorgungsgeschehen anhand der beruflichen Qualifikation und ausgewählter ICD-Diagnosegruppen ab und berücksichtigt dabei die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt, einschließlich Arbeitsloser. Es zeigt sich, dass ein höherer Bildungsabschluss bei fast allen Erkrankungsarten mit einem geringeren Anteil derjenigen einhergeht, die mindestens einmal im Vorjahr ambulant behandelt wurden. Dies gilt jedoch nicht durchgängig, sondern nur insofern, als dass der Anteil der ambulant behandelten beschäftigten Mitglieder mit einem Volks-, Haupt- oder Realschulabschluss höher ist als derjenigen Versicherten mit Abitur (mit Ausnahme der Abiturienten mit Berufsausbildung bei den Atemwegserkrankungen sowie bei den psychischen Erkrankungen).

Des Weiteren ist der Anteil der Fachhochschulabsolventen, die eine ambulante Behandlung in Anspruch nahmen, höher als der Anteil derjenigen mit ei-

nem Universitätsabschluss. Dies gilt für alle dargestellten Erkrankungsarten. Zudem wird die enorme Bedeutung der Atemwegserkrankungen ersichtlich, die unabhängig vom Grad der beruflichen Qualifikation bei fast allen Personengruppen die höchsten Anteile ausmachen (Schwankungsbreite: 36,8 % bis 43,4 %). Eine Ausnahme bilden hier die Volks-, Haupt- und Realschulabgänger *mit* abgeschlossener Berufsausbildung, hier dominieren die Muskel- und Skeletterkrankungen (47,5 %). Der Anteil in den übrigen Personengruppen – Volks-, Haupt- und Realschulabgänger *ohne* Berufsausbildung (41,0 %), Abiturienten *mit* und *ohne* Berufsausbildung (37,3 % bzw. 24,3 %) sowie Fachhochschul- und Universitätsabsolventen (36,4 % bzw. 31,2 %) – ist bei dieser Erkrankungsart jeweils am zweitstärksten vertreten.

Erwähnenswert ist allerdings der enorme Unterschied der prozentualen Anteile der betrachteten Personengruppen, wie beispielsweise bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates (Schwankungsbreite von 24,3 % bis 47,5 %). Während rund 48 % der Volks-, Haupt- und Realschulabgänger *mit* Berufsausbildung von

muskuloskeletalen Erkrankung betroffen sind, d. h. fast jeder Zweite, trifft dies nur auf 24,3 % der Abiturienten *ohne* Berufsausbildung zu, d. h. auf jeden Vierten. In der Gruppe der Abiturienten mit Berufsausbildung ist fast jeder Dritte (37,3 %) betroffen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei den Versicherten mit einem niedrigeren Bildungsabschluss als auch bei den Versicherten mit einem höheren Bildungsgrad die körperlichen Erkrankungen gleichermaßen im Vordergrund stehen, wenngleich die prozentualen Anteile der Personengruppen unterschiedlich stark ausfallen. Die psychischen Erkrankungen stehen, beurteilt nach dem prozentualen Anteil der Personengruppen, unabhängig vom Bildungsgrad, an dritter Stelle, bei den Abiturienten *ohne* Bildungsabschluss erst an vierter. Die Schwankungsbreite des prozentualen Anteils der Versicherten bei den psychischen Störungen geht dabei von rund 15 % der Abiturienten *ohne* abgeschlossene Ausbildung bis hin zu rund 25 % bei den Volks-, Haupt- und Realschulabgängern *mit* Berufsausbildung.

Tabelle 3.6

Ambulante Diagnosen nach Bildungsstatus und ausgewählten Krankheitsarten

Krankheitsart	Anteil beschäftigter Mitglieder mit ambulanten Diagnosen					
	Volks-/Hauptschule, mittlere Reife		Abitur		Fachhochschule	Hochschul/Universitätsabschluss
	ohne abgeschlossene Berufsausbildung	mit abgeschlossener Berufsausbildung	ohne abgeschlossene Berufsausbildung	mit abgeschlossener Berufsausbildung		
Muskel-/Skelettsystem	41,0	47,5	24,3	37,3	36,4	31,2
Atemungssystem	41,9	42,3	36,4	43,4	40,3	36,8
Psychische Störungen	23,0	25,2	14,6	23,4	21,1	19,6
Verletzungen/Vergiftungen	20,3	21,2	15,7	19,1	18,3	16,2
Verdauungssystem	22,8	23,2	13,9	18,5	18,6	15,7

für beschäftigte Mitglieder insgesamt

3.2.3 Arzneimittelverordnungen

Die folgenden Tabellen in diesem Abschnitt geben Aufschluss über die Verteilung der Arzneimittelversorgung auf Grundlage der ATC-Hauptgruppen unter Berücksichtigung des Versichertenstatus sowie des Bildungsstatus. Es wird dabei auf den jeweiligen prozentualen Anteil der Versicherten eingegangen, die mindestens einmal im Jahr 2011 ein Arzneimittel aus einer bestimmten ATC-Hauptgruppe erhalten haben.

Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus und ATC-Code

Bei Betrachtung der ATC-Gruppen nach Versichertenstatus fällt auf, dass der Anteil der Versicherten in den jeweiligen ATC-Gruppen sehr unterschiedlich ist (vgl. *Tabelle 3.7*). Während bei den beschäftigten Mitgliedern die Verschreibung von Arzneimitteln zur Behandlung

von Infektionskrankheiten im Vordergrund steht (auch insgesamt bei allen BKK Mitgliedern), dominieren bei den Arbeitslosen die Verordnungen für das *Nervensystem* – zu dieser ATC-Gruppe gehören auch Medikamente wie Psycholeptika und Psychoanaleptika.

Der größte Anteil bei den Familienangehörigen (mitversicherte Ehepartner und Kinder) lässt sich bei den Arzneimitteln zur Behandlung von Atemwegserkrankungen ausmachen. Dies passt mit den Ergebnissen zu den ambulanten Diagnosen in Abschnitt 3.2.2 zusammen, denn eine Atemwegserkrankung wurde bei fast jedem zweiten Familienversicherten diagnostiziert und spielt die dominierende Rolle hinsichtlich der ambulanten Diagnosen in dieser Gruppe.

Tabelle 3.7

Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus und ATC-Code

ATC-Code	Bezeichnung	Anteil Versicherte mit Arzneimittelverordnung			
		Versicherte insgesamt	beschäftigte Mitglieder	davon Arbeitslose	Familienangehörige
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	20,6	15,6	14,0	18,2
B	Blut und blutbildende Organe	7,5	4,3	4,4	4,0
C	Kardiovaskuläres System	22,1	16,0	14,5	7,3
D	Dermatika	12,7	9,4	6,6	17,7
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,0	6,2	4,7	8,1
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	12,4	11,0	8,2	9,2
J	Antiinfektiva für systemische Gabe	26,7	26,6	16,8	30,3
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	2,0	1,3	1,1	2,1
M	Muskel- und Skelettsystem	24,7	22,2	15,9	24,9
N	Nervensystem	20,3	15,4	17,6	19,7
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	1,0	0,7	0,7	1,7
R	Respirationstrakt	17,3	11,4	8,6	31,7
S	Sinnesorgane	8,4	5,6	3,4	10,8
V	Verschiedene	1,3	0,9	0,4	2,6

Arzneimittelverordnungen nach Bildungsstatus und ATC-Code

Die anteilige Arzneimittelversorgung innerhalb der dargestellten Bildungsabschlüsse zeigt die bedeutende Rolle der ATC-Gruppe *Antiinfektiva für systemati-*

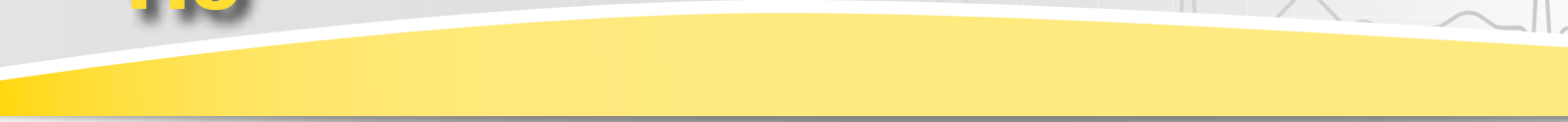
sche Gabe (vgl. *Tabelle 3.8*; beschäftigte BKK Mitglieder gesamt). Unabhängig vom Bildungsgrad ist der Anteil der Personen in dieser ATC-Gruppe im Vergleich zu anderen ATC-Gruppen am höchsten (Schwankungsbreite: 22,2 % bis 28,6 %). Auch die Arzneimittelverordnungen im

Bereich der muskuloskeletalen Erkrankungen nehmen einen hohen Stellenwert ein. So ist der Anteil der Mitglieder in der ATC-Gruppe *Muskel- und Skelettsystem* bei allen Personengruppen am zweitstärksten (11,6 % bis 25,1 %).

Tabelle 3.8**Arzneimittelverordnungen nach Bildungsstatus und ATC-Code**

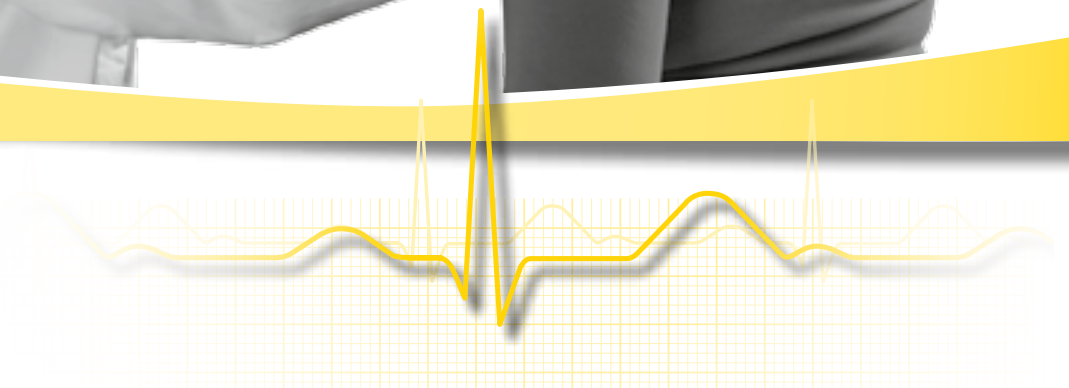
ATC-Code	Bezeichnung	Anteil beschäftigter Mitglieder mit ambulanten Diagnosen					
		Volks-/Hauptschule, mittlere Reife		Abitur		Fachhochschule	Hochschul-/Universitätsabschluss
		ohne abgeschlossene Berufsausbildung	mit abgeschlossener Berufsausbildung	ohne abgeschlossene Berufsausbildung	mit abgeschlossener Berufsausbildung		
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	16,9	17,0	9,2	12,6	12,3	10,4
B	Blut und blutbildende Organe	3,8	4,7	2,2	3,7	3,6	3,3
C	Kardiovaskuläres System	13,9	18,3	4,7	9,9	12,5	10,1
D	Dermatika	8,8	10,1	7,5	9,7	9,5	8,7
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	9,3	6,0	7,9	5,9	5,2	5,1
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	9,2	12,4	6,2	11,7	10,3	9,7
J	Antiinfektiva für systemische Gabe	27,8	28,6	22,6	27,8	24,4	22,2
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	1,1	1,5	0,8	1,4	1,3	1,3
M	Muskel- und Skelettsystem	23,1	25,1	11,6	17,0	16,5	13,3
N	Nervensystem	15,9	16,9	8,9	13,2	12,2	10,6
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	0,7	0,7	0,5	0,7	0,6	0,6
R	Respirationstrakt	11,1	12,2	8,4	11,9	10,9	10,3
S	Sinnesorgane	4,9	6,1	3,8	5,7	5,5	5,3
V	Verschiedene	0,6	0,9	0,9	1,2	1,2	1,3

für beschäftigte Mitglieder insgesamt



Gesundheit fördern Krankheit versorgen mit Krankheit leben

Innovative Versorgungskonzepte



Innovative Versorgungskonzepte

Thomas Gerlinger
Universität Bielefeld

Seit Längerem ist bekannt, dass das deutsche Gesundheitswesen trotz hoher Kosten manche Qualitätsmängel aufweist, insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker. Diese Mängel haben vielfältige Ursachen. Eine wesentliche Ursache liegt in der sektoralen Abschottung der verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Erscheinungsformen der mangelnden Integration sind unzureichende Informationsübermittlung, mangelhafte oder fehlende Absprachen über Behandlungsschritte und ein unzureichender Austausch von Fachwissen. Wie der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits 1994 konstatierte, führt die scharfe Trennung der Versorgungsbereiche zu vielfältigen Diskontinuitäten bei der Patientenversorgung: Therapien werden unterbrochen oder nicht optimal aufeinander abgestimmt, es kommt zu Informationsdefiziten bei Leistungserbringern und Patienten, es treten Mängel bei der Nachsorge auf. Mit der Trennung der Versorgungssektoren sind auch ökonomische Nachteile verbunden: So werden unnötige parallele Versorgungskapazitäten errichtet oder aufrechterhalten, insbesondere in der Medizintechnik, und es entsteht ein nicht notwendiger Kommunikationsaufwand. Zugespielt ließe sich sagen: Der Ort der Behandlung richtet sich in Deutschland nach den rechtlich definierten Zuständigkeiten der Versorgungseinrichtungen, nicht nach dem Versorgungsbedarf des Patienten. Zugleich wenden die Leistungsanbieter international anerkannte Leitlinien und Therapiestandards nicht häufig genug an, teils aus Unwissenheit, teils aus Skepsis oder gar bewusster Ablehnung solcher Instrumente. Häufig werden auch Patientinnen und Patienten nicht angemessen in die Entwicklung und Umsetzung von Therapien einbezogen. Nicht selten ersetzen unnötige Medikationen die Aufklärung des Patienten und

seine Aktivierung bei der Bewältigung seiner Krankheit. Gesundheitliche Folgen dieser und anderer Defizite für die Patientinnen und Patienten sind schlechtere Heilungschancen, eine vermeidbare Sterblichkeit bei zahlreichen – insbesondere chronischen – Erkrankungen sowie eine geringere Lebensqualität für viele Kranke.

Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung und Verbreitung innovativer Versorgungskonzepte, die sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren, dringend notwendig. Zu den wichtigsten Herausforderungen zählt der Aufbau eines integrierten Versorgungssystems. Vor allem auf diesem Feld sind innovative Konzepte erforderlich, die dazu beitragen, die Qualität und Effizienz der Krankenversorgung zu verbessern.

Unter integrierter Versorgung versteht man die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation und Pflege. Die Notwendigkeit eines Auf- und Ausbaus integrierter Versorgungsformen ergibt sich aber nicht allein aus den beobachteten Mängeln, sondern wird durch zwei grundlegende Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem noch verstärkt:

- Die moderne Medizin ist durch eine fortschreitende Spezialisierung gekennzeichnet. Wenn dieses Wissen für die Versorgung nutzbar gemacht werden soll, wächst tendenziell die Zahl der Spezialisten, die an der Versorgung eines Individuums beteiligt sind. Damit geht eine wachsende Desintegration der gesundheitlichen Versorgung einher, also einer Aufspaltung des Behandlungsverlaufs in viele einzelne Maßnahmen, die von unterschiedlichen Institutionen und Personen entschieden und ergriffen werden. Im Ergebnis droht der Ge-

samtüberblick über die Versorgung eines Menschen dabei verlorenzugehen. Daher bedarf es einer guten Koordination und Kooperation zwischen den beteiligten Versorgungseinrichtungen – im Idealfall einer Kontinuität über die Sektoren und Institutionen der Versorgung hinweg.

- Ein wachsender Integrationsbedarf ergibt sich auch aus einer „nachfrageseitigen“ Veränderung: Mit dem demographischen Wandel wächst der Anteil alter und multimorbider Menschen in der Bevölkerung erheblich. In der Tendenz steigt damit auch die Zahl der beteiligten behandelnden Spezialisten. Diese Entwicklung verstärkt die skizzierten Tendenzen in der Medizin.

Integration ist somit eine – immer dringlicher werdende – zentrale Anforderung für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen. Lässt sich Versorgungsintegration als ein übergreifendes Problem moderner Gesundheitssysteme begreifen, so stellt es sich im deutschen Gesundheitswesen mit besonderer Schärfe, weil dieses wie wohl kaum ein anderes in den reichen Ländern der Welt durch eine wechselseitige, historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet ist.

Problematisch sind vor allem die Schnittstellen über alle Stufen des Gesundheitswesens hinweg. Es existieren Versorgungsbrüche

- bei der Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher und ambulanter fachärztlicher Versorgung,
- beim Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung und zurück,
- beim Übergang von der akutmedizinischen zur rehabilitativen Versorgung,
- beim Zusammenwirken von Medizin einerseits sowie Pflege, Sozialarbeit und anderen betreuenden Berufsgruppen andererseits.

Bis zum Ende der 1980er Jahre waren die Bestrebungen, die Durchlässigkeit der Sektorengrenzen zu erhöhen, vor allem am Widerstand der Kassenärzteschaft gescheitert. Erst seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre, beginnend mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, erweiterten diverse Gesundheitsreformen nach und nach die Möglichkeiten der Krankenkassen, mit Leistungserbringern innovative Versorgungsformen zu vereinbaren. Die wichtigsten dieser Versorgungsformen sind die integrierte Versorgung (§§ 140a–d SGB V), Disease-Management-Programme (§§ 137f–g SGB V) und die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V). In der integrierten Versorgung dürfen neben Ärzten und Krankenhäusern mittlerweile auch Pflegeeinrichtungen sowie pharmazeutische Unternehmen und Medizingerätehersteller Partner der Krankenkassen sein. Das GKV-Wettbewerbsstrukturgesetz 2007 verpflichtete die Krankenkassen sogar darauf, ihren Versicherten diese Versorgungsformen anzubieten. Außerdem wurde seit den 1990er Jahren die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen schrittweise erweitert (v. a. § 116b SGB V) und erhielt 2004 mit den Medizinischen Versorgungszentren ein neuer, auf verbesserte Kooperation von Leistungserbringern innerhalb der ambulanten Versorgung zielender Organisationstypus Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 SGB V). Parallel dazu wurde das vorherige Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den Abschluss entsprechender Versorgungsverträge teilweise gelockert. Die Krankenkassen können heute Verträge außerhalb der Regelversorgung in den meisten Fällen an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei, zumeist mit Gemeinschaften von Ärzten, abschließen.

Mittlerweile haben neue Versorgungskonzepte eine beachtliche Verbreitung

gefunden. Auf dem Feld der integrierten Versorgung gibt es mehr als 6.000 Verträge mit über vier Millionen eingeschriebenen Versicherten (BQS 2009, S. 15, 17). Darüber hinaus waren beim Bundesversicherungsamt im Januar 2012 mehr als 10.000 Versorgungsmodelle akkreditiert, in denen mehr als sechs Millionen Versicherte versorgt werden (BVA 2012). Ähnliches trifft auf die hausarztzentrierte Versorgung zu. Auch hier haben sich Millionen von Versicherten für eine Teilnahme entschlossen. Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren belief sich im 2. Quartal 2011 auf 1.730; in ihnen arbeiteten fast 9.500 Ärztinnen und Ärzte. Allein diese Zahlen zeigen, dass Bewegung in die Versorgungslandschaft gekommen ist. Auf allen diesen Feldern ist ein kontinuierlicher Anstieg der Zahlen zu beobachten und eine Fortsetzung dieses Trends zu erwarten.

Allerdings lässt sich von der Verbreitung dieser Versorgungskonzepte und Versorgungsformen nicht ohne Weiteres auch auf tatsächliche Innovationen und auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität schließen. So schloss beinahe die Hälfte der Verträge zur integrierten Versorgung Partner aus nur einem Sektor ein. An nur drei Prozent der gemeldeten Verträge waren ambulant tätige Ärzte, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in einem Netzwerk beteiligt (Bogenstahl 2012, S. 139). Darüber hinaus beschränkt sich eine große Zahl von Verträgen zur integrierten Versorgung auf die ambulante Nachbehandlung von chirurgischen Eingriffen. Das zentrale – und schwer zu bewältigende – Problem der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch Kranker ist mit diesen Verträgen bisher kaum angegangen worden. Insofern ist ein wesentliches Ziel der Anfang des Jahrhunderts auf den Weg gebrachten versorgungspolitischen Innovationen bisher nicht erreicht worden.

Bei den Disease-Management-Programmen sind die Befunde über die Effekte auf die Versorgungsqualität widersprüchlich und die Wirkungen der Programme entsprechend umstritten. Am besten ist die Datenlage für die Programme zum Diabetes mellitus Typ II. Hier ergeben Evaluationen in der Tat, dass sich die Behandlung im Rahmen dieser Programme häufiger an evidenzbasierten Leitlinien orientiert als die Behandlung von Patienten in der Regelversorgung. Häufig werden DMP-Patienten im Vergleich zu denen in der Regelversorgung bei einer Reihe von Prozessparametern (z. B. Durchführung von Augenuntersuchungen, Patienteninformation) und Risikofaktoren (z. B. Blutdruck, Hba1c-Wert) Verbesserungen aufweisen sowie Komplikationen und Krankenhauseinweisungen seltener auftreten (z. B. van Lente 2010). Auch sind DMP-Patienten häufiger mit der Versorgung zufrieden. Andere Evaluationen kommen aber auch zu dem Ergebnis, dass ein medizinischer Nutzen solcher Programme nicht klar erkennbar sei (Linder et al. 2011).

Offenkundig sind Verbesserungen bei Prozessparametern nicht gleichzusetzen mit einer Optimierung der Ergebnisqualität oder einem größeren Nutzen für den Patienten. Zudem wird auch eingewendet, dass Verbesserungen bei den Versorgungsergebnissen, sofern sie anzutreffen sind, auch auf einen Selektionsbias zurückzuführen sein könnten: Vermutlich werden mit den DMPs eher solche Patienten erreicht, die gesundheitsbewusst sind und bei denen das Optimierungspotenzial für den Umgang mit der Krankheit vergleichsweise gering ist, hingegen weniger solche Patienten, die in besonderer Weise von der Teilnahme an einem solchen Programm profitieren könnten. Ein solcher Effekt würde bedeuten, dass die skizzierten Unterschiede in der Behandlung und in den Behandlungsergebnissen zu einer Überbewertung des

Nutzens von DMPs verleiten. Ein Teil der den DMPs zugeschriebenen Vorzüge wäre in diesem Fall auf das ohnehin bessere Krankheitsmanagement der betreffenden Patienten zurückzuführen.

Dies wirft die Frage auf, wie solche Versorgungskonzepte vor allem an diejenigen Personen herangetragen werden können, die in besonderer Weise auf sie angewiesen sind und für die eine Teilnahme einen besonders großen Nutzen bringen könnte. Auf diese Weise könnte eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch neue Versorgungskonzepte auch zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit von Gesundheitsschancen beitragen.

Auch Verträge zu hausarztzentrierten Versorgung haben mittlerweile eine große Verbreitung gefunden. Aber auch hier ist durchaus unsicher, ob sie die Versorgung tatsächlich verbessern. Befunde über die Auswirkung von Hausarztmodellen bzw. der hausarztzentrierten Versorgung auf die Versorgungsqualität weisen in unterschiedliche Richtungen. Einzelne Krankenkassen gehen davon aus, dass mit ihnen die Versorgungsqualität verbessert werden kann. Einige Befragungen zeigen aber auch, dass viele Teilnehmer an Hausarztmodellen in der Qualität keinen Unterschied zur vorherigen Regelversorgung feststellen können. Zudem mangelt es gerade im Hinblick auf den tatsächlichen gesundheitlichen Outcome an validen Daten über die hausarztzentrierte Versorgung. Sicher scheint hingegen zu sein, dass sich die zunächst erhofften Einsparungen kaum realisieren lassen.

Insgesamt lässt sich also festhalten: Auf der einen Seite ist in den letzten Jahren spürbar Bewegung in die Versorgungslandschaft gekommen. Auf der anderen Seite sind die erzielten Fortschritte bisher hinter den Möglichkeiten, anfängli-

chen Erwartungen und objektiven Erfordernissen zurückgeblieben.

Vieles bleibt also zu tun. Es zeigt sich, dass die Implementierung innovativer,

patientenorientierter Versorgungskonzepte oftmals nicht einfach ist. Umso wichtiger ist es, Wege aufzuzeigen, wie solche Versorgungskonzepte gestaltet und implementiert werden können.

Literatur

BOGENSTAHL, C. (2012): Management von Netzwerken: Eine Analyse der Gestaltung interorganisationaler Leistungsaustauschbeziehungen.

BUNDESVERSICHERUNGSAMT (BVA) (2012): Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). http://www.bundesversicherungsamt.de/cdn_115/nn_1046154/DE/DMP/dmp_inhalt.html [Internet; Abruf: 20.9.2012]

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG (BQS) (2009): Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V: Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 (2008) – Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Düsseldorf: BQS

VAN LENTE, E. J. (2010): Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland. In: Günster, C./Klose, J./Schmacke, N. (Hrsg.). Versorgungsreport 2011: Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Stuttgart, S. 55–83

LINDER, R. ET AL. (2011): Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. Deutsches Ärzteblatt 108, S. 155–162

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (2012): Medizinische Versorgungszentren (MVZ). <http://www.kbv.de/koop/8791.html> [Internet; Abruf: 8.10.2012]



Verbesserung der Versorgung durch strukturierte Behandlungsprogramme?

Anja Schmitz,
spectrumK Berlin

Unter der schlichten Bezeichnung „BT Drs. 14/6432 vom 26. Juni 2001“ und dem daraus resultierenden Erlass des „Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 10.12.2001 (BGBl. I 2001, Nr. 66, S. 3465) wurde die Voraussetzung für die wohl größte Versorgungsinnovation in der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen: Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme zur Versorgung chronisch Kranker, heute bekannt unter dem Kürzel „DMP“. Bei mehr als 6 Mio. bundesweit teilnehmenden GKV-Versicherten (vgl. *Abbildung 1*) und 10.618 zugelassenen Programmen (BVA 2012) kann man von einem Erfolgsmodell sprechen. Dabei wird der Grad des Erfolges von den verschiedenen Akteuren (programm anbietende Krankenkasse, teilnehmende Ärzte und Versicherte) jedoch unterschiedlich bewertet. Einig sind sich die Beteiligten allerdings, dass strukturierte Behandlungsprogramme durchaus eine Antwort auf die steigende Zahl chronisch Erkrankter sein kann.

Hintergrund

In seinem Gutachten 2001 zur Unter-, Über- und Fehlversorgung hat der Sachverständigenrat zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen festgestellt, dass insbesondere die Versorgung chronisch Kranker erhebliche Mängel aufweist. Diese Mängel zeigen sich nach Auffassung der Gutachter in der Fokussierung auf das akute Krankheitsgeschehen und der daraus resultierenden unzureichenden Würdigung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Auch die mangelhafte „Berücksichtigung der sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biografischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen“, die Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation und die nicht ausreichende „Schulung, Information und Partizipation des

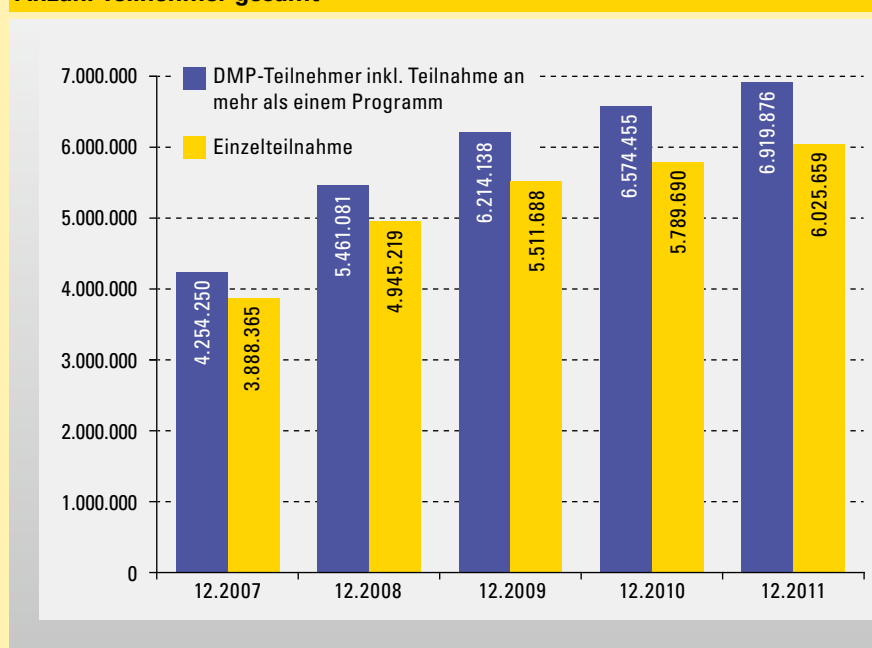
Patienten und seiner Bezugsperson“ wird gerügt. Dazu kommen die Abweichung von Grundsätzen der evidenzbasierten Versorgung, ein Mangel an „interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen“ und „inadäquate Anreizsysteme, die chronisch Kranke für Krankenkassen und Leistungserbringer zu einem ‚schlechten Risiko‘ machen“. Bereits dieses Gutachten enthielt die Empfehlung, im Rahmen einer Neuregelung des Risikostrukturausgleiches (RSA) Disease-Management-Programmen zu installieren (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001). Zwei fast gleichzeitig erstellte Gutachten zur Weiterentwicklung des RSA (u. a. Lauterbach/Wille 2001) mündeten dann in eben jenes „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ und führten im Januar 2002 zur Einführung der laut

Gesetz „strukturierter Behandlungsprogramme“, die umgangssprachlich als „DMP“ (Disease-Management-Programme) bezeichnet werden.

Der damalige Koordinierungsausschuss (heute Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA) wurde über eine Ergänzung des § 137 SGB V beauftragt, die Anforderungen an die DMP zu erarbeiten, insbesondere an die medizinischen Inhalte, die Dokumentationen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Auswahl der infrage kommenden chronischen Erkrankungen vorzunehmen. Besetzt ist der G-BA mit Vertretern der ärztlichen Leistungserbringer, der gesetzlichen Krankenkassen und der Patienten.

Um den DMP anbietenden Krankenkassen den durch den Zulauf von chronisch Kranken zu erwartenden höheren finanziellen Aufwand abzufedern, wurden

Abbildung 1
Anzahl Teilnehmer gesamt



auch die Verteilungsmechanismen des RSA angepasst. Wurde bisher der im RSA zugewiesene durchschnittliche Beitragsbedarf vorrangig an den alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben festgelegt, kam nun das Merkmal „DMP-Teilnehmer“ hinzu. Man bildete eigene, krankheitsspezifische Versichertengruppen. Um die RSA-Verteilung zu steuern, wurde ein Zulassungsverfahren der DMP über den § 137g SGB V und die §§ 28b–h der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) etabliert und beim Bundesversicherungsamt (BVA) installiert. Eine Krankenkasse sollte so für jeden in ein zugelassenes Programm eingeschriebenen Versicherten einen erhöhten Beitragsbedarf erhalten. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) wurde der finanzielle Anreiz für die Kassen erneut angepasst. Heute erhalten die Krankenkassen für jeden eingeschriebenen Versicherten eine Programmkostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds. Dabei werden jedes Jahr die DMP-bezogenen Leistungsausgaben und Verwaltungskosten als Durchschnittswert über alle Kassenarten und DMPs erhoben und als Pauschalbetrag festgelegt. Die DMP-Programmkostenpauschale für das Jahr 2012 beträgt demnach 153,12 Euro je Versichertenjahr für einen berücksichtigungsfähig eingeschriebenen Versicherten.

DMP steht für einen strukturierten und koordinierten Behandlungs- und Betreuungsprozess. Die DMP sollen die Versorgung chronisch kranker Versicherter durch eine strukturierte und koordinierte, sektorenübergreifende und qualitätsgesicherte Behandlung auf Grundlage der aktuellen medizinischen Wissenschaft und der aktiven Einbindung der Erkrankten verbessern. Vorrangiges Ziel ist es, Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder deren Auftreten zu verzögern. Die Koordination soll durch einen

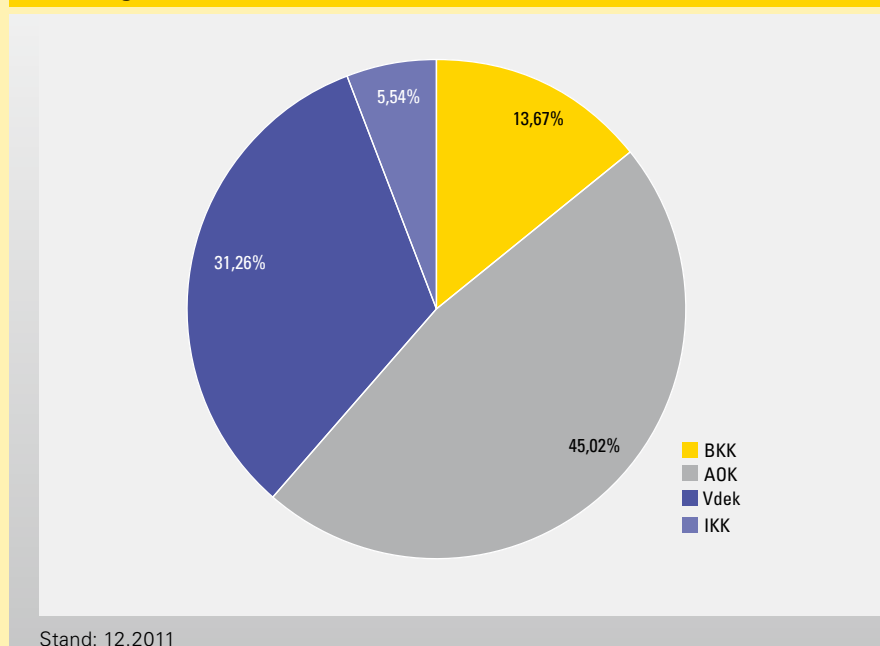
Arzt, in der Regel den Hausarzt, sichergestellt werden. Zur Strukturierung und als Grundlage für die Qualitätssicherung dient eine standardisierte Dokumentation. Zudem ist die Dokumentation Ausgangspunkt für die von den Krankenkassen verpflichtend durchzuführende Evaluation der Programme. Zur Umsetzung der Programme schließen die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern. In den meisten Regionen sind diese Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen worden.

Mittlerweile bieten die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale, COPD, chronische Herzkrankheiten (KHK) und Brustkrebs DMP an. Innerhalb des DMP zu KHK gibt es zudem ein Modul zur Herzinsuffizienz. Damit findet die größte Folge- und Begleiterkrankung der KHK eine besondere

Berücksichtigung. Dem Problem der notwendigen gleichzeitigen Einnahme von mehreren Medikamenten (Mehrfachmedikation) und daraus ggf. erwachsenden Wechselwirkungen soll mit einem Modul „Multimedikation“ begegnet werden.

Die Einzigartigkeit der DMP in Deutschland zeigt sich darin, dass medizinische Behandlungs- und Therapieempfehlungen auf der Grundlage der Evidenzbasierten Medizin und die aktive Einbindung des Versicherten in das Versorgungsgeschehen in einer Rechtsverordnung vorgegeben worden sind. Hatte ein Teil der Ärzteschaft die ersten DMP noch unter dem Schlagwort „Kochbuchmedizin“ und „Bürokratiemonster“ abgelehnt, sind sie heute im Behandlungsalltag vollständig etabliert. Die durch das BVA zugelassenen DMP werden von allen Krankenkassen in allen Bundesländern angeboten (BVA 2012). Kon-

Abbildung 2
Verteilung Teilnehmer nach Kassenart



tinuierlich steigende Teilnehmerzahlen untermauern das stetige Interesse der Versicherten (vgl. *Abbildung 1*). Durch gleichzeitige Teilnahme an mehreren Programmen ergeben sich über 6,9 Mio. Teilnahmen. Bezogen auf die gut 69 Mio. GKV-Gesamtversicherten (Stand: Dezember 2001) ergibt sich eine Teilnahmequote von rund 10 %. Die Verteilung der Teilnehmer nach Kassenart und auf die unterschiedlichen Indikationen kann *Abbildung 2 und 3* entnommen werden.

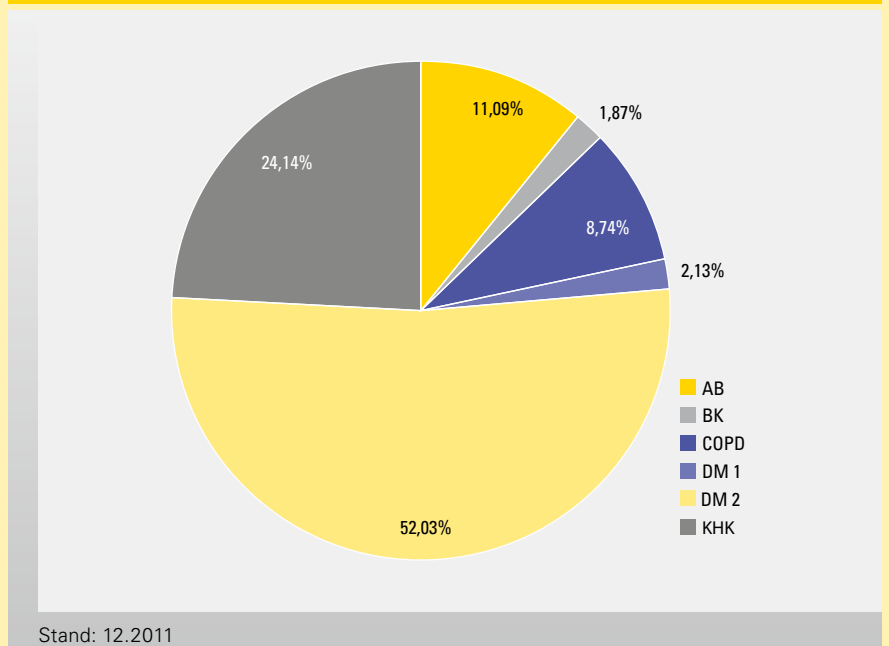
Von den Betriebskrankenkassen werden die DMP unter der Dachmarke BKK MedPlus angeboten. Seit der Einführung der DMP hat die Teilnehmerzahl kontinuierlich zugenommen. Ende 2011 wurden rund 939.000 Teilnahmen verzeichnet (*Abbildung 4*). Dabei hat BKK MedPlus zu Diabetes mellitus Typ 2 mit 484.125 Versicherten die höchste Teilnehmerzahl (vgl. *Abbildung 5*) und macht 51,56 % aller BKK MedPlus Teilnehmer aus. In einer Versichertenanalyse zur möglichen Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 bei BKK Versicherten (Auswahlkriterien: zwei Angaben einer gesicherten Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“ oder drei Einzelverordnungen von oralen Antidiabetika und/oder Insulin innerhalb des Jahres 2011) wurden 508.286 Versicherte identifiziert. Davon nehmen 281.408 an BKK MedPlus zu Diabetes mellitus Typ 2 teil. Das ergibt eine Teilnehmerquote von 55,36 %.

Wie wirksam sind DMP?

Bei der Einführung einer Intervention wird immer auch die Frage gestellt, ob und wie sie wirkt. Bei einer Intervention, die mehr oder weniger kostenintensiv ist und mittlerweile eine Laufzeit von zehn Jahren hat, stellt sich diese Frage umso nachdrücklicher. Aber wie misst man die Wirksamkeit einer Intervention, die aufgrund ihrer Art gleich mehrere Einzelmaßnahmen umfasst und bei der

Abbildung 3

Verteilung Teilnehmer gesamt nach Indikation



daher auch die Wirksamkeit bzw. der Erfolg bei den unterschiedlichen Akteuren und Interessenten unterschiedlich definiert ist?

DMP als eine multidimensionale Intervention betrifft einerseits das direkte Behandlungs- und Therapiegeschehen im ärztlichen Alltag. Gleichzeitig fordert es von der Krankenkasse ein Versorgungsmanagement und vom Patienten eine aktive Teilnahme.

Zu einem Zeitpunkt, als in Deutschland die Eminenz noch häufig Vorrang vor der Evidenz hatte (Schmacke 2004), erlaubte sich der Gesetzgeber, diese (schlechte) Tradition zu brechen. Für die Behandlung von Versicherten, die an einer ausgewählten chronischen (Volks-)Krankheit leiden, sollten Behandlungsempfehlungen maßgeblich sein, die auf der Grundlage der Methodik der Evidenzbasierten

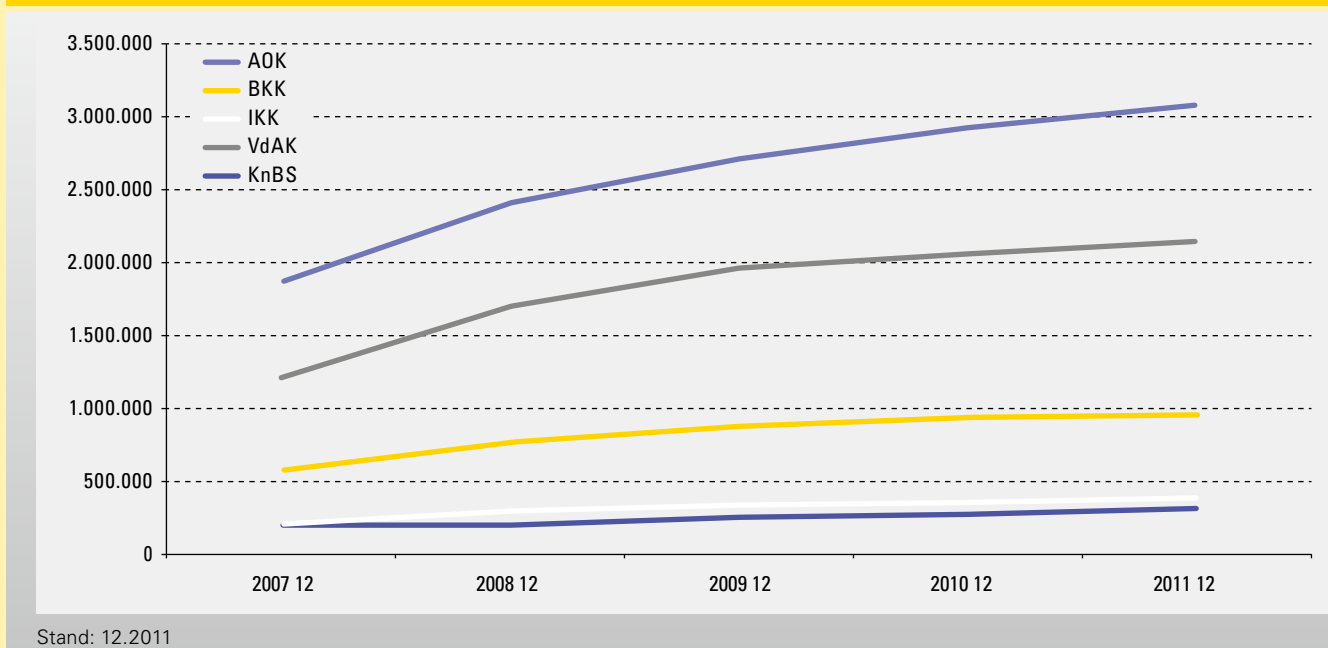
Medizin erarbeitet wurden. Nicht mehr historisch Erlerntes und tradierte Meinungen, sondern wissenschaftliche Belege und das Erfahrungswissen des Behandlers sollten das ärztliche Handeln begründen.

Die medizinischen Inhalte der DMP wurden (und werden) in Arbeitsgruppen mit Vertretern von Ärzteschaft, Krankenkassen und Patienten entwickelt. Dabei galt es, nur das zu berücksichtigen, was in seiner Wirksamkeit durch Studien belegt ist, wie die Mortalität und Morbidität, aber auch die Verbesserung der Lebensqualität.

Durch die flächendeckende Umsetzung der DMP und die vertragliche Festbeschreibung der medizinischen Inhalte zog – quasi als eine Art Nebenwirkung der DMP – die Evidenzbasierte Medizin in die ärztliche Behandlungspraxis

Schaubild 4

Teilnehmerzunahme im Zeitverlauf



ein. Allein diese Nebenwirkung kann man schon als Erfolg bewerten. Doch gerade dieser Umstand weckt auch weitere Begehrlichkeiten nach dem Nachweis einer Wirksamkeit im Sinne einer Verbesserung der medizinischen Outcome-Parameter, wie der Senkung der Mortalität und Morbidität und der damit verbundenen Kosten.

Ein solcher Nachweis wurde von der interessierten und wissenschaftlichen Öffentlichkeit von der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation erwartet. Schließlich werden in den DMP über die verpflichtende Dokumentation erstmals strukturiert und flächendeckend einheitliche medizinische Parameter erhoben. Allerdings war und ist das derzeitige Evaluationskonzept vom Gesetzgeber nicht auf einen Vergleich der DMP-Teilnehmer zu Nicht-Teilnehmern, sondern auf einen Vergleich der unterschiedlichen

DMP untereinander ausgerichtet (Wegscheider 2011).

Um die gewünschte Information zu den Auswirkungen der DMP auf die medizinische Versorgung zu gewinnen, wurden unterschiedliche Studien vor allem durch programmanbietende Krankenkassen durchgeführt (beispielhaft Stock et al. 2010; Linder et al. 2011; Drabik et al. 2011). Die Ergebnisse sind dabei heterogen und die kritischen Stimmen scheinen in der Überzahl (Glaeske 2011). In diesen Studien versuchte man mittels Kontrollgruppen-Designs, Nutzen und Effizienz einzelner DMPs zu untersuchen. Als Kontrollgruppe dienen dabei Nicht-Teilnehmer und als Datenbasis Routinedaten der jeweiligen Krankenkasse. Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen damit nicht grundsätzlich den Schluss zu, dass die DMP ihre Wirksamkeit (noch) nicht belegt haben. Vielmehr können die Er-

gebnisse auch so interpretiert werden, dass die Programme der einen Krankenkasse messbare positive und die Programme der anderen keine oder negative Auswirkungen zeigen. Auch wenn die Behandlungs- und Therapievorgaben für alle teilnehmenden Ärzte gleich sind, unterscheiden sich die DMP der Krankenkassen insbesondere in der zusätzlichen Interaktion und Betreuungsintensität der Kassen hinsichtlich ihrer Versicherten.

Die Krankenkassen sind die Anbieter der DMP. Sie müssen die bestehenden gesetzlichen Grundanforderungen um die Programminhalte ergänzen. Zu definierende Inhalte sind insbesondere, neben den Vorgaben zu den medizinischen Inhalten und der standardisierten Dokumentation, die Art und der Umfang der Versichertenbetreuung und -steuerung durch die Krankenkassen. Diese haben den gesetzlichen Auftrag, sich mit ge-

zielten Qualitätssicherungsmaßnahmen um teilnehmende Versicherte „zu kümmern“. So hatten sie in den Programmen „als Grundlage der Qualitätssicherung (...) nachvollziehbare und relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, zu vereinbaren und zu dokumentieren“ (Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV). Dies umfasst Maßnahmen insbesondere in der Arzneimitteltherapie, bei der Einhaltung der Überweisungsregeln und der aktiven Teilnahme der Versicherten. Als geeignete kassenseitige Maßnahme gelten hier insbesondere Remindingsysteme (z. B. zur Erinnerung an anstehende Arzt- oder Schulungstermine).

Zudem sind „strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen oder von ihnen beauftragten Dritten vorzusehen, deren Verlaufsdocumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung des strukturierten Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält“ (Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV). Dieser Auftrag öffnete die Tür zur gezielten Steuerung des Versicherten durch die Krankenkasse. Ab sofort war es nicht mehr ausreichend, ärztliche Leistungserbringer zu bezahlen, vielmehr mussten die Krankenkassen selber aktiv gegenüber dem Versicherten auftreten und in das Versorgungsgeschehen steuernd eingreifen. Da dies 2001 nicht das übliche Kassengeschäft war, der Auftrag aber auch als Chance für die Etablierung eines komplexen Versorgungsmanagements wahrgenommen wurde, griff die Mehrzahl der Krankenkassen auf spezialisierte Dienstleister zurück. So lernten die Krankenkassen ganz nebenbei Versorgungsmanagement.

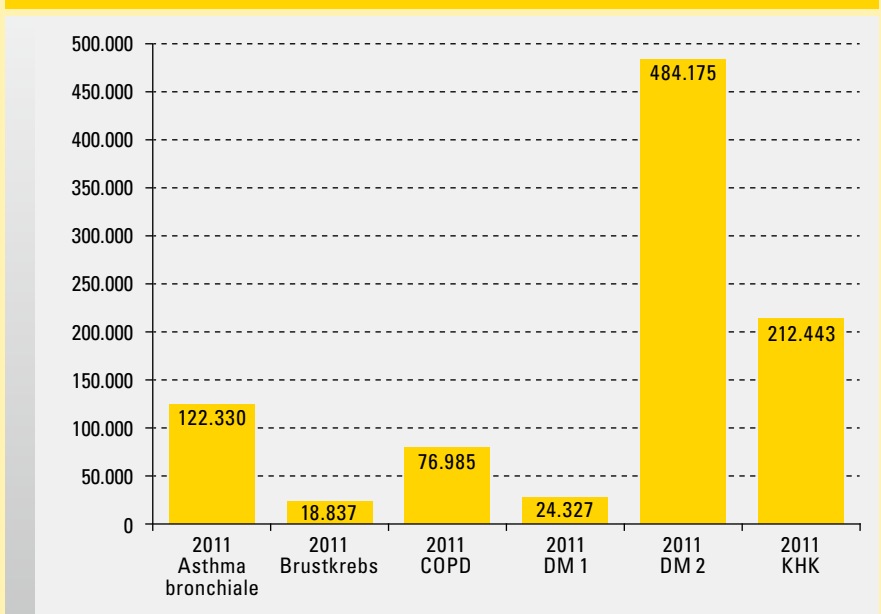
Durch dieses Versorgungsmanagement unterscheiden sich die DMP der einzelnen Kassen, auch wenn sie durch die Ärzte auf derselben Grundlage durchgeführt werden.

Übergreifende Veränderungen lassen sich daher am ehesten aus den kassenübergreifenden ärztlichen Qualitätssicherungs-Berichten ablesen. In diesen QS-Berichten werden die vertraglich vereinbarten ärztlichen Qualitätsziele anhand der DMP-Dokumentationsdaten einmal jährlich ausgewertet und veröffentlicht. Einer der ausführlichsten QS-Berichte ist der Bericht der Gemeinsamen Einrichtung Nordrhein. Da der Gemeinsamen Einrichtung keine ökonomischen Daten der Kassen zur Verfügung stehen, umfasst der Bericht allerdings keine Kosten-Nutzen-Bewertung. So zeigt der QS-Bericht 2010 für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 für ein Patientenkollektiv von 93.511, das seit dem 2. Halbjahr 2003 bzw. dem 1. Halbjahr 2004 ununterbrochen teilnimmt, eine deutliche Veränderung des HbA1c-Wertes. Für die Gruppe der Patienten mit einem Einschreibewert von

≥ 8,5% (gemittelter Ausgangswert: 9,43%) konnte dieser Wert gemittelt auf 8,13% gesenkt werden. Gleichzeitig konnte in der Patientengruppe mit einem gemittelten HbA1c-Ausgangswert von ≤ 6,5% der Wert auf 6,83% angehoben werden. Damit liegen 2010 93,15% (87.106) der Ausgangspatienten mit ihrem HbA1c-Wert im Bereich zwischen 6,83 und 7,78% und damit in einem angestrebten Zielwertbereich. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei der Verbesserung der Blutdruckeinstellung. Hier konnten die Blutdruckwerte für ein Patientenkollektiv von 93.553 Patienten kontinuierlich über mindestens sechs Jahre betrachtet und dabei deutlich verbesserte Blutdruckwerte verzeichnet werden (Gemeinsame Einrichtung Nordrhein 2011). Offen bleibt jedoch auch bei dieser Berichterstattung die Frage, ob die Verbesserung alleine innerhalb und durch das DMP stattgefunden oder ob

Abbildung 5

BKK Teilnehmer nach Indikation



Stand: 12.2011

sich insgesamt die Versorgungssituation der Patienten auch außerhalb der DMP durch andere Einflüsse verändert hat. Da man den ärztlichen Leistungserbringern unterstellen darf, dass sie alle Patienten nach bestem Wissen und Können behandeln, wird die Frage der Wirksamkeit der DMP möglicherweise nie für alle befriedigend beantwortet werden.

Fazit und Ausblick

Durch die Einführung der DMP wurden Prozesse in Gang gesetzt, die sowohl das ärztliche Handeln als auch das Verständnis von Versorgungsmanagement und Versichertenbetreuung bei Krankenkassen nachhaltig beeinflusst haben. So ist die Etablierung und „Entmystifizierung“ der Evidenzbasierten Medizin einer der größten Erfolge der DMP. Hiervon partizipieren alle mit der Versorgung Kranker befassten Stellen, einschließlich der Kranken selbst. Wurde doch im Gefolge der DMP auch das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) etabliert. Dass der hausarztzentrierte Ansatz das Versorgungskonzept der Zukunft ist, zeigt auch das Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Die Strukturen und Inhalte der DMP dienen heute als Blaupause für viele Versorgungskonzepte. Ärzte wurden an das Erfordernis einer Dokumentation herangeführt und auch die Qualitätssicherung verlor ihren Schrecken. Nicht zuletzt deshalb, weil die in den DMP verwendeten Arzt-Feedbackberichte nicht mit Begriffen wie „schlechte Ärzte“ oder „gute Ärzte“ arbeiten, sondern den Beteiligten die Behandlungsrealität bewertungsfrei widerspiegeln.

Die Krankenkassen haben gelernt, dass Versorgungsmanagement nicht nur Geld kostet, sondern auch ein nützliches In-

strument zur Kundenbindung und verbesserten Außendarstellung sein kann. So finden sich in BKK MedPlus Anfang 2010 noch rund 38 % der Ursprungsteilnehmer des Jahres 2004 mit einer seit damals ununterbrochenen Teilnahme wieder.

Der teilnehmende Versicherte wurde stärker in seine Behandlung eingebunden. Außerdem erhielt er einen Rechtsanspruch auf Patientenschulungen und regelmäßige Information über den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Allein diese positiven Nebenwirkungen zeigen die erheblichen Einflüsse der DMP auf die Versorgungslandschaft.

Die Effekte der DMP können durch eine Verknüpfung mit weiteren Versorgungsmanagementkonzepten noch gesteigert werden. So kann die Gruppe der Versicherten, deren Dokumentation Hinweise auf mangelnde Unterstützung geben, durch ein Case-Management oder Patienten-Coaching gezielter gesteuert werden. Auch ist eine stärkere Berücksichtigung der zunehmenden Multimorbidität notwendig. Erste Schritte hierzu sind die Einführung des Moduls „Herzinsuffizienz“ bei KHK in das entsprechende DMP und der Baustein „Besondere Maßnahmen bei Multimedikation“ für alle DMPs. Dies zeigt, dass sich auch die DMP nicht auf dem bisher Erreichten ausruhen, vielmehr ein lernendes Modell sind. Der Modulansatz wird im G-BA weiter verfolgt. Durch das Versorgungsstruktur-Gesetz hat der G-BA zum 01.01.2012 eine größere direkte Einflussnahme auf die Ausgestaltung der Anforderungen der DMP und insbesondere der Evaluation erhalten. Zukünftig werden die Anforderungen vom G-BA über rechtsverbindliche Richtlinien formuliert. Die Evaluation soll zukünftig dazu dienen, „insbesondere die erforderlichen Erkenntnisse für die Überprüfung und Weiterentwicklung

der Vorgaben [...] an die Behandlung in den Programmen“ (vgl. Begründungstext zum Kabinettsentwurf zum GKV Versorgungsstruktur Gesetz) zu liefern. Dabei kann das Evaluationskonzept auch einen Vergleich der DMP zur Versorgung außerhalb dieser Programme vorsehen. Krankenkassen und Leistungserbringer tun gut daran, den Weg der strukturierten Behandlungsprogramme gemeinsam weiter zu beschreiten. Die Politik sollte diese Bestrebungen unterstützen und die Krankenkassen durch Beibehaltung der finanziellen Förderung auch künftig in die Lage versetzen, DMP in hoher Qualität anzubieten.

Literatur

BUNDESVERSICHERUNGSAMT (BVA) (2012): Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA).

http://www.bundesversicherungsamt.de/clin_108/nn_1046154/DE/DMP/dmp_inhalt.html#doc1046158bodyText10 [Internet; Stand: März 2012]

DRABIK, A. ET AL. (2011): Life prolonging of disease management programs in patients with type 2 diabetes is cost-effective. *Diab Res Clin Pract.* DOI: 10.1016/j.diabres.2011.09.015

GLAESKE, G. (2011): DMP: Nutzen und Effizienz bleiben fraglich: *MVF* 4 (5), 10.10.2011, S. 28-31

LAUTERBACH, K./WILLE, E. (2001): Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V., des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V., des AOK-Bundesverbandes und des IKK-Bundesverbandes. Köln

LINDER, R. ET AL. (2011): The benefit and efficiency of the disease management program for type 2 diabetes. *Deutsches Ärzteblatt Int* 108 (10), pp. 155-162. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0155

Zusammenarbeit Spezialistennetzwerk / Krankenkassen / Hausärzte am Beispiel der Netzwerke Diabetischer Fuß Nordrhein

Dirk Hochlenert und Gerald Engels – Centrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung, Köln (D. Hochlenert)/
Chirurgische Gemeinschaftspraxis am Bayenthalgürtel, Köln (G. Engels)

Zusammenfassung

Ein „Netzwerk Diabetischer Fuß“ strukturiert die verteilte Arbeit von Spezialisten in der Betreuung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS). Dadurch gelingt eine flächendeckende Versorgung in einer Qualität, wie sie sonst nur in Zentren erreicht wird, die alle notwendigen Partner in einer Einrichtung vorhalten. Ausbildung und Transparenz sind dabei die wesentlichen Werkzeuge, verbunden mit einer wertschätzenden Zusammenarbeit mit Hausärzten und Krankenkassen. Damit gelingt ein Change Management in der Versorgung von Menschen mit DFS hin

zu einer hochwertigen, flächendeckenden und wirtschaftlichen Versorgung.

Das Diabetische Fußsyndrom

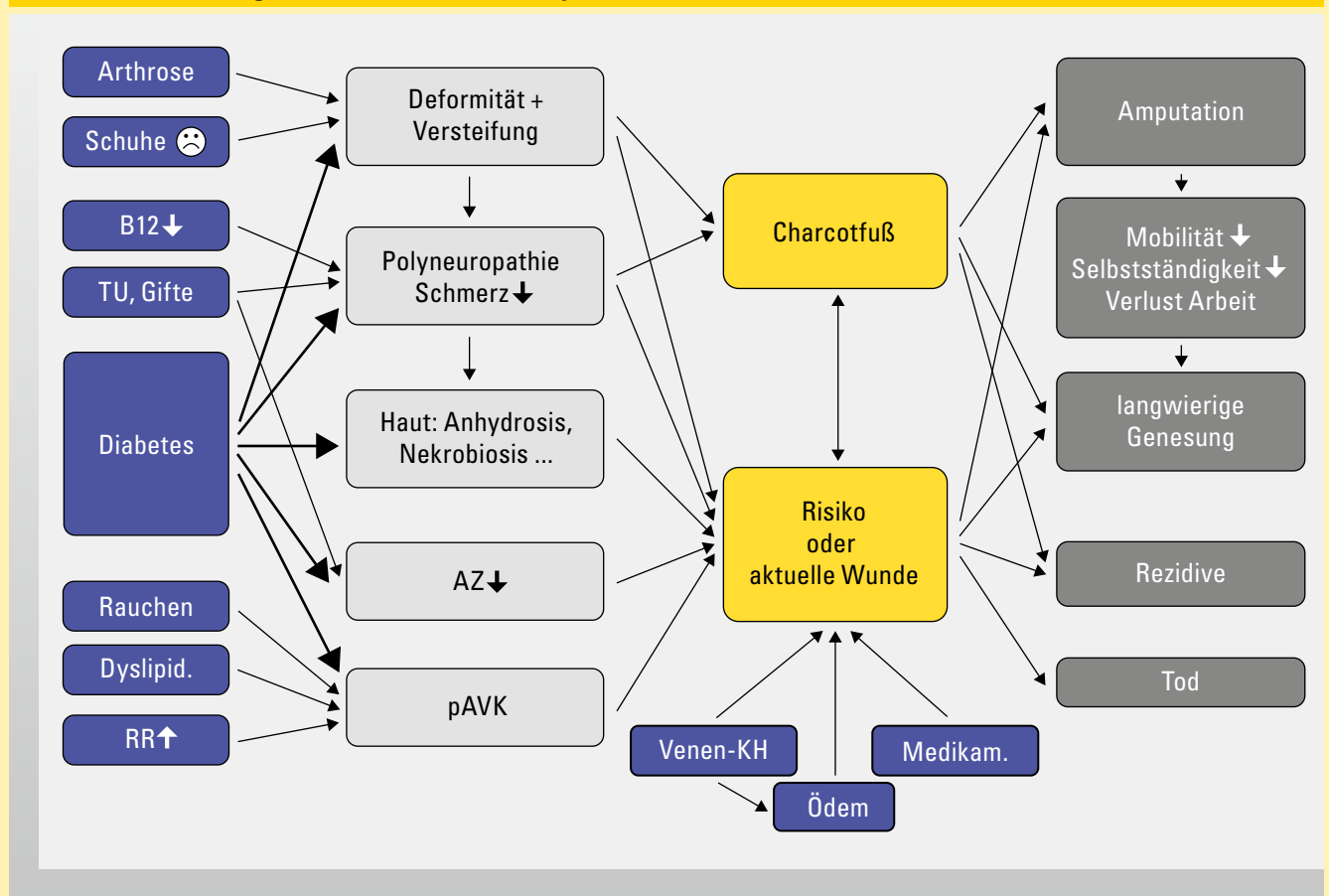
Das Diabetische Fußsyndrom ist eine lebenslange Komplikation des Diabetes, die zu Amputationen, Beeinträchtigung der Mobilität, langen Krankheitsverläufen, Verlust der Arbeit und der Selbstständigkeit sowie zu Todesfällen führt (Abbildung 1). An Diabetes leidet ein stark zunehmender Teil der deutschen Bevölkerung, derzeit über 7 Mio. Menschen. Weltweit hat sich die Zahl der Menschen mit Diabetes in den letzten zwei Jahrzehnten verachtfacht, sodass

vielfach von einer „Diabetesepidemie“ gesprochen wird. Somit kann mit einer starken Zunahme der Fälle mit DFS gerechnet werden.

Betroffene entwickeln zunächst eine Risikokonstellation durch eingeschränkte Wahrnehmung von Schmerzen, die sich in einem zweiten Schritt durch schmerzarme Hautveränderungen bemerkbar macht. Dies können zum Beispiel Hühneraugen sein, die weniger Schmerzen verursachen als dies üblicherweise der Fall ist. Nun besteht ein so hohes Risiko, dass man von einem Diabetischen Fußsyndrom im Stadium „Wagner 0“ spricht. Erst in einem wei-

Abbildung 1

Kausalzusammenhänge beim Diabetischen Fußsyndrom



teren Schritt kommt es zu Wunden oder einem Charcotfuß. Letzterer ist ein durch Knochenbrüche und Gelenkveränderungen zum Teil schwerst zerstörter Fuß. 15 % der Menschen mit Diabetes entwickeln im Laufe ihres Lebens ein DFS (Reiber 1989), ca. 4 % der Menschen mit Diabetes pro Jahr eine schlecht heilende Wunde und 0,1 % pro Jahr Knochenbrüche. Nun wird das Problem offensichtlich und Maßnahmen werden eingeleitet. Dies geschieht zuvor oft sehr verzögert, da die geringen oder völlig ausbleibenden Schmerzen Patienten und unerfahrenen Behandlern Harmlosigkeit signalisieren. Die Abheilung der Wunde oder des akuten Charcotfußes bedeutet aber kein Ende der Erkrankung, da ohne weitere Maßnahmen fast 100 % der Betroffenen innerhalb eines Jahres eine erneute akute Wunde oder Fraktur entwickeln. Weitere wundheilungsbehindernde Faktoren wie Durchblutungsstörungen beeinflussen die Prognose und das Auftreten weiterer

Komplikationen, die im schlimmsten Fall mit dem Tod des Patienten enden. Ca. 6,5 % der Betroffenen sterben vor dem Abheilen der Läsion, ein Viertel davon in ursächlichem Zusammenhang mit dem Diabetischen Fuß.

Die Kosten sind hoch, rund 2,5 Mrd. Euro/Jahr in Deutschland (Hauner 2006).

Das Netzwerk

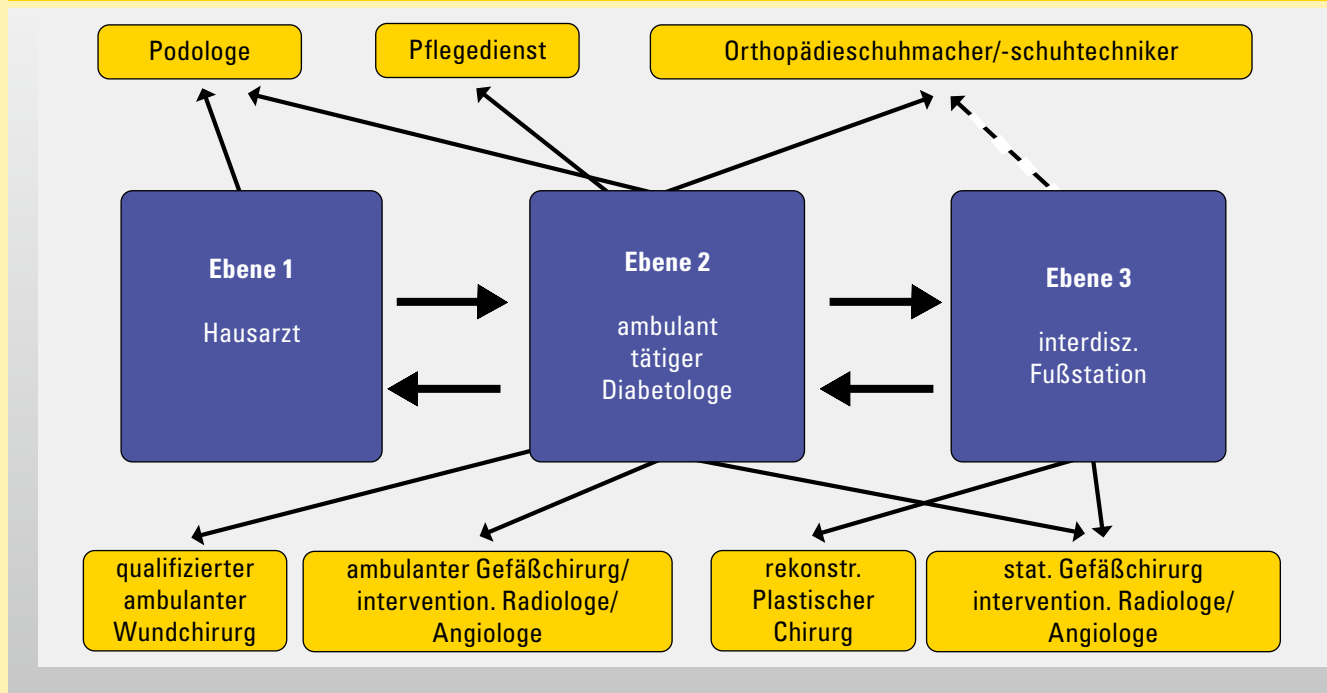
Die Betreuung dieses Krankheitsbildes ist notwendigerweise ebenenübergreifend (ambulant und stationär), interdisziplinär (Chirurgen, Internisten, Angiologen etc.) und interprofessionell (Ärzte, Pflegende, Podologen, Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhtechniker). (Abbildung 2) In der Regelversorgung arbeiten diese nicht koordiniert, sodass die ambulante Versorgung früher an ihre Grenzen stößt als bei einer koordinierten Zusammenarbeit. Das macht die Bildung

regionaler Netzwerke, die die Behandlung möglichst aller Betroffenen übernehmen sollen, so sinnvoll. Diese Netzwerke entwickeln Behandlungstechniken weiter, organisieren Ausbildung, kommunizieren mit Hausärzten und Krankenkassen und machen mit diesen zusammen Öffentlichkeitsarbeit. Das Herzstück ist eine Qualitätssicherung mit einem offenen Benchmarking in Qualitätszirkeln. Diese Qualitätszirkel stellen auch die Kommunikationsplattform des jeweiligen Netzes dar und besprechen alle gemeinsamen Maßnahmen. Hier tauschen die Mitglieder die Ergebnisse ihrer Arbeit offen anhand der erhobenen Daten aus, d. h. jeder kennt die Zahlen aller Mitglieder. Die Richtigkeit der Daten wird durch jährliche Kontrollen einer Stichprobe im Ringverfahren sichergestellt.

In Nordrhein wurden fünf regionale Netzwerke aufgebaut, die inzwischen flächendeckend arbeiten. Jedes Netzwerk

Abbildung 2

Vernetzte Betreuung des Diabetischen Fußsyndroms



verfügt über mehrere Fußambulanzen an Schwerpunktpraxen, mindestens eine stationäre Schwerpunkteinrichtung und mindestens eine ambulant chirurgisch tätige Einrichtung. Für diese Einrichtungen werden Strukturqualitätsindikatoren definiert, die es erlauben, das Leistungsversprechen auch zu erfüllen. Diese Kriterien schreiben die räumliche und personelle Ausstattung der Einrichtungen einschließlich eines Mindeststandards der Ausbildung vor. Die Zentren müssen zudem alle Qualifizierungsmaßnahmen der Fachgesellschaften durchführen. Organisatorische Unterstützung, Ausbildung, Datenmanagement und Controlling übernimmt die CID GmbH, eine Gründung von Ärzten aus den Netzen, in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen. Weitere Partner bei Aufmerksamkeitskampagnen sind der Diabetikerbund, DiabetesDE, Apothekerverband und öffentliche Einrichtungen wie das Gesundheitsamt der Stadt Köln und die Volkshochschule.

Organisationsentwicklung und Netzwerkbildung erfolgen skaliert, d.h. die Bestandteile eines funktionierenden Netzes werden in einer Region erprobt und dann ausgeweitet. In den Regionen schließen sich zunächst die Ärzte zusammen, dann werden weitere Dienstleister eingebunden. Krankenkassen werden angesprochen, wenn das Netzwerk darstellen kann, was es ist und was es leisten kann.

Die Zusammenarbeit mit Krankenkassen ist wesentlich für die Verbindlichkeit unter den Leistungserbringern, zur Steuerung der Patientenflüsse sowie zum Erhalt von Daten, mit denen das Erreichen der Ziele gemessen werden kann und weitere Schritte geplant werden können. Sonderverträge ermöglichen, eine ausreichende Vergütung an Qualität zu knüpfen. So bestehen in Nordrhein Verträge mit zwei Betriebskrankenkassen (Prnova BKK, MH plus Krankenkasse) sowie zahlreichen anderen Krankenkassen.

Wirkung außerhalb des Netzwerks

Zweitmeinung

Seit 2010 wird in Köln und Umgebung ein Verfahren erprobt, den Krankenhäusern, die nicht zum Netzwerk gehören, das Einholen einer externen Zweitmeinung vor Amputationen zu ermöglichen. Die meisten dieser Krankenhäuser sind Kooperationen mit dem Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. eingegangen und haben sich verpflichtet, vor einer „hohen Amputation“ eine externe Zweitmeinung einzuholen. Um sicherzustellen, dass ein Arzt jederzeit für eine zweite Meinung angefordert werden kann, wurde eine zuverlässig erreichbare „Zweitmeinungsstelle“ eingerichtet. Rechtsanwältlich geprüfte Verträge schaffen eine Verbindlichkeit für das Krankenhaus, das jeden Patienten vorstellen soll, und für das Netzwerk, das innerhalb von fünf Stunden reagieren muss. Für diese Krankenhäuser ist die Absicherung der Indikation eine zusätzliche qualitätssteigernde Maßnahme, die nach außen kommuniziert werden kann und ggf. vor späteren Zweifeln an der Indikation schützt. Der zusätzliche Aufwand der Krankenhäuser sollte durch den eigenen Nutzen aufgewogen werden. Der Aufwand für die begutachtenden Ärzte wird aus Mitteln des Vereins finanziert. Das Verfahren wird weiter in persönlichen Gesprächen sowie in Fachmedien beworben. Das Bestreben ist, alle Krankenhäuser zu erreichen, die Entwicklung über drei Jahre zu dokumentieren und die Ergebnisse zu veröffentlichen.

Veranstaltungen für Fachpublikum

Es wurden zahlreiche Veranstaltungen zur Information und Weiterbildung von Fachpublikum durchgeführt, die Themen rund um das Diabetische Fußsyndrom aufgreifen.

Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte, zuletzt 2010 als große Vortragsveranstaltung: Daneben fanden zahlreiche

Interventionen bei hausärztlichen Qualitätszirkeln statt. Ärzte aus den Netzen haben auch bei regionalen DMP-Pflichtfortbildungen in allen Netzen über die Fußnetze berichtet.

Fortbildungsveranstaltungen für Apotheker sowie deren Teams in Köln und Umgebung: Dazu wurden 2 Workshops für jeweils 20 Apothekenmitarbeiter organisiert, die hinterher auch Aktionen zur Fußgesundheit in ihren Apotheken durchgeführt haben. Auf einer großen und regelmäßigen Fortbildung für Apotheker haben Ärzte aus dem Netzwerk bei drei Anlässen Themen um das Diabetische Fußsyndrom angesprochen.

Ein Aktionstag Wunde für Pflegende fand inzwischen zweimal, jeweils an einem Samstag im November 2010 und 2011, in Köln statt. Zum ersten kamen 150, zum zweiten 170 Teilnehmer. Ein weiterer Aktionstag ist 2012 geplant.

Es wurden zwei **Workshops für Podologinnen und Podologen** sowie für Orthopädieschuhmacher in der Anatomie der Uni Köln durchgeführt, bei denen die Funktion anatomischer Strukturen des Fußes beim Gehen und deren krankhafte Veränderungen vertieft wurden.

Erleichterung des Zugangs für Betroffene

Hier werden in Köln seit 2010 mehrere Verfahren erprobt:

Notfalltelefon: 2010 wurde ein Notfalltelefon eingerichtet. Anrufer erhalten Informationen sowie Adressen von spezialisierten Einrichtungen. Bei einem Telefonat, bei dem eine Amputation tatsächlich gerade im Raum steht, wird dies sofort an zwei Ärzte des Netzwerks per E-Mail und SMS kommuniziert, die innerhalb von 60 Minuten zurückrufen und Patient, Angehörige und derzeit behandelnde Ärzte beraten. Die Finanzierung erfolgt über Vereinsgelder des Netzwerks Diabetischer Fuß Köln und Umgebung.

Auf der **Internetseite** www.Amputation-verhindern.de werden alle Themen über das Diabetische Fußsyndrom zentral kommuniziert. Hinweise für Betroffene wie Pfllegetipps bei Fußproblemen stellen einen großen Teil des Informationsangebots dar. Weiter werden hier alle Veranstaltungen veröffentlicht und Anmeldungen zu den Veranstaltungen verwaltet.

Das Instrument der **Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagne**, die 2010 erstmalig und derzeit 2012 zum zweiten Mal durchgeführt wird, hat das Ziel, dem Diabetischen Fußsyndrom zu mehr öffentlicher Wahrnehmung zu verhelfen und die Notfalltelefonnummer zu verbreiten. Sie spricht über die Gesundheitsdienstleister hinaus die Öffentlichkeit, Patienten sowie insbesondere deren Angehörige an. Die Kampagne ist zunächst auf die Region Köln-Bonn-Leverkusen-Bergisch Gladbach begrenzt, um damit Erfahrung zu sammeln. Hierzu wurde eine Presseagentur eingebunden. Bereits 2010 wurde eine Pressekampagne durchgeführt mit dem Ziel, dem Diabetischen Fußsyndrom zu mehr öffentlicher Wahrnehmung zu verhelfen und die Notfalltelefonnummer zu verbreiten. Mit Unterstützung der Agentur wurden 2010 zwölf Pressemitteilungen erstellt, die von Zeitungen (u. a. Kölner Stadtanzeiger und Wochenspiegel) aufgegriffen wurden. Informationsmaterial über gesunde Füße allgemein und das Diabetische Fußsyndrom wurden erstellt und bei den Aktionen verteilt. Zusammen mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln, der Volkshochschule Köln und dem Apothekerverband Köln wurde eine Woche der Fußgesundheit gestartet, bei der es um Verbreitung von Wissen über gesunde Füße ging. Eine große Startveranstaltung sowie Aktionen in Apotheken mit Fußuntersuchungen und Infoabenden wurden durchgeführt.

Selbsthilfegruppen Diabetes: Ärzte des Netzwerkes hielten und halten auf



Wunsch Vorträge zum Diabetischen Fußsyndrom oder dem Thema Zweitmeinung bei Selbsthilfegruppen und überall dort, wo es gewünscht wird.

Plakate und Poster mit einprägsamen Botschaften werden als Großflächenplakate an Ausfallstraßen sowie als Poster in Arztpraxen, Apotheken, Podologischen Praxen, bei Orthopädienschuhmachern und als Aufkleber aufgehängt.

Verkehrsmittelwerbung: 2010 wurden Seitenscheibenplakate in 266 Bussen und Bahnen platziert.

Hörfunk und Fernsehen berichten sowohl regional als auch überregional über das diabetische Fußsyndrom, so auch der WDR.

Der **Diabetikertag 2010 und 2012** thematisierte das Diabetische Fußsyndrom und gesundes Schuhwerk und wurde von Ärzten aus dem Netzwerk organisiert und veranstaltet.

Gelingt es, die entsprechenden Netzwerke mit der festgelegten Strukturqualität aufzubauen?

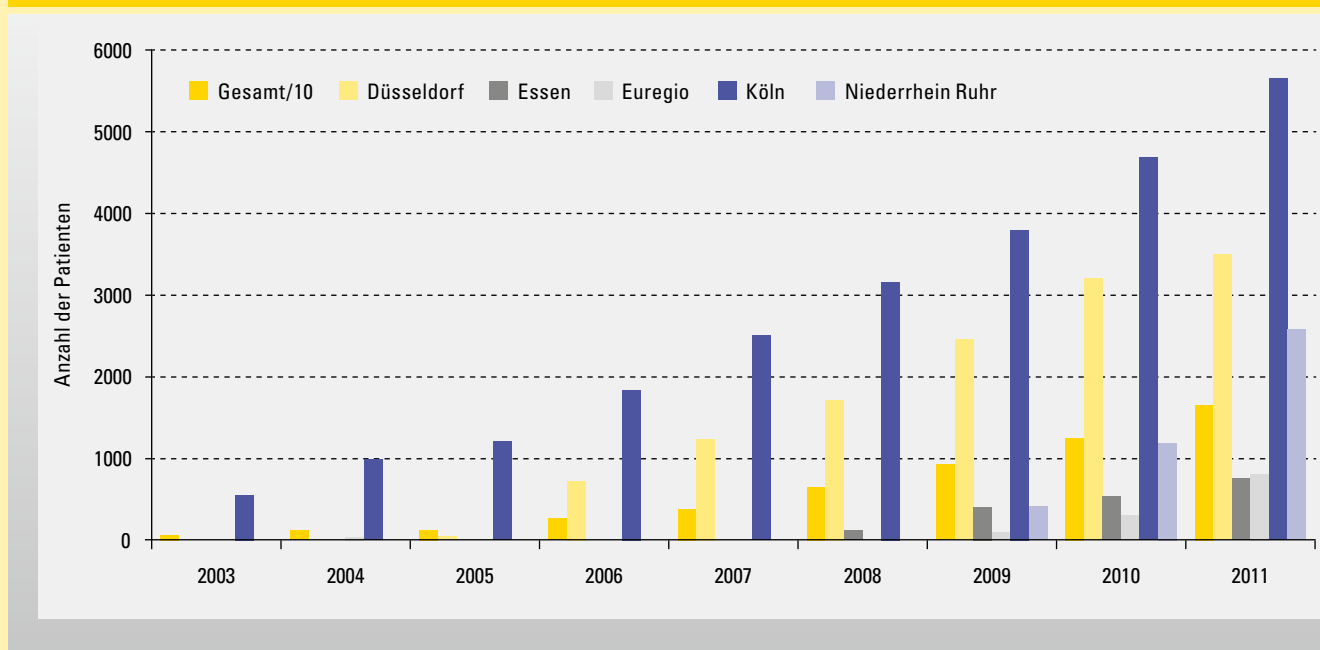
Die fünf Netzwerke in Nordrhein sind seit 2003 aufgebaut worden und funktionieren. In manchen Regionen ist aber der Anteil der Versicherten in einer Einrichtung, die im Rahmen von Sonderverträgen versorgt werden können, so niedrig, dass ambulante Behandler von dieser Arbeit nicht leben können und der Netzaufbau verläuft entsprechend schleppend.

Gelingt es, Patienten in erheblichem Umfang in diesen Strukturen zu behandeln?

Es werden zunehmend mehr Patienten in den Netzen behandelt. Hier die Zahlen aus 2010: Im Netzwerk Köln und Umgebung wurden ca. 40 % aller zu erwartenden Patienten der Region erreicht, im Netzwerk Düsseldorf ca. 25 %, im Netzwerk Essen CA: 15 %, im Netzwerk

Abbildung 3

Anzahl aller betreuten Patienten im Jahr



Niederrhein/Ruhr ca. 10 % und im Netzwerk Euregio ca. 8 %. Hier besteht eine klare Korrelation zwischen der Dauer des Bestehens der Netzwerke und dem Prozentsatz der im Rahmen von Verträgen behandelten Patienten.

Gelingt es, die gewünschte Ergebnisqualität zu erreichen?

Zur Ermittlung der Ergebnisqualität wurden verschiedene Anstrengungen unternommen. Die Skalierung von Entwicklung und Ausbreitung führt dazu, dass manche Erhebungen nur für eine oder wenige Regionen vorliegen. Die Auswertungen lassen sich in drei Gruppen einteilen:

Erhebungen im Rahmen der LARS-Studie

In Leverkusen wird die Zahl der Amputationen seit 1990 bevölkerungsbezogen erhoben. Die Erhebung wird von dem Epidemiologen Prof. Trautner durchgeführt und wurde bis 2000 durch die

Universität Düsseldorf koordiniert. In einer ersten Veröffentlichung der Jahre bis 1998 konnte keine Reduktion der Amputationshäufigkeit ermittelt werden (Trautner 2001). Bei Weiterführung bis 2005 ergab sich deutschlandweit erstmalig der Nachweis einer Reduktion um 35 %. Die Erhebung wurde als „Leverkusen Amputation Reduktion Study“ (LARS) hochrangig international publiziert (Trautner 2007). Die Autoren führen diesen Rückgang auf die Netzwerkentwicklung zurück. Somit existiert eine Erhebung, völlig unabhängig von den Strukturen des Netzwerks, die auf Bevölkerungsebene eine Verbesserung der Versorgungsqualität in der Zeit der Etablierung des Netzwerks nachweisen konnte.

Erhebungen aus Abrechnungsdaten im Auftrag der Kostenträger, insbesondere betreffend die Region Köln

Majoramputationen sind Amputationen oberhalb des Knöchels. Danach ist eine

Prothesenversorgung notwendig und viele Patienten verlieren ihre Mobilität oder versterben anschließend. Das Risiko, im Rahmen des DFS eine **Majoramputation** zu erleiden, lag im Netz bei 1,96 %, außerhalb bei 7,78 %. Das entspricht einer relativen Risikoreduktion von 74,7 %. Bei sämtlichen Majoramputationen, die Patienten im Netz betrafen, wurden zuvor Untersuchungen zur Abklärung durchblutungsverbessernder Möglichkeiten kodiert, wie dies in den Leitlinien gefordert wird. Außerhalb der Netzwerkversorgung wurde dies nur bei 55 % der Fälle geprüft. Diesen Gefäßdarstellungen folgten auch häufiger Maßnahmen: Vor Majoramputationen erfolgte in 80 % eine Revaskularisation, in der Regelversorgung in 35 %. Vor Minoramputationen erfolgte in der Regelversorgung nur in 23 % eine Ballondilatation, in der Netzversorgung in 50 % der Fälle.

Es kommt es zu einem Rückgang der Inzidenz **vollstationärer Pflege**. Nach stationärem Aufenthalt mit DFS-affinen

Diagnosen sinkt die Zahl alters- und geschlechtsstandardisiert von 18,2 % in der Regelversorgung auf 9,91 % in der Netzwerkversorgung (-46 %).

Die Zahl der Menschen, die länger als 6 Wochen **arbeitsunfähig** waren, ließ sich von 3,4 % in der Regelversorgung auf 2,1 % in der Netzwerkversorgung senken (-38 %), die mittleren Krankengeldtage sanken dabei von 165 auf 80 Tage (-52 %).

In allen Analysen kommt es in der Netzwerkversorgung zu weniger **Todesfällen**, so nach stationären Aufenthalten mit DFS-affinen Diagnosen 20,33 % statt 24,46 % (-17 %), signifikant mit einem p von 0,14 und einer NNT von 16,3.

Auswertungen der Dokumentation im Rahmen von Verträgen mit Krankenkassen

Diese Auswertung wurde zuletzt 2008 für das Netzwerk in Köln vorgenommen. Hier kam es zu folgenden Ergebnissen:

Vermeidung von Majoramputationen

In der integrierten Versorgung im Netzwerk wurden bei 2,5 % der Behandlungsfälle eine Amputation oberhalb des Knöchels durchgeführt. In 72 % der erwarteten Majoramputationen konnten diese vermieden werden.

Vermeidung schwerer Stadien

Bei den Patienten im Netz, die im Kölner Stadtgebiet ihren Wohnort haben, ging der Anteil der Behandlungen mit Knochenbeteiligung beim Erstkontakt von 23 % im Jahr 2004 auf 16 % im Jahr 2008 zurück. Das werten wir als Zeichen dafür, dass die Netzwerkstruktur gut angenommen wurde und Patienten früher in spezialisierte Behandlung kommen.

Früherer Behandlungsbeginn bei Rezidiven

Als erstdokumentierte Fälle wurden alle Wundbehandlungen gewertet, die zwischen dem 15.4.2005 und dem

31.12.2009 den ersten Kontakt mit dem Netz hatten. Fälle mit Knochen- oder Gelenkbeteiligung sind unter den Rezidiven deutlich seltener (24 % unter den Erstdokumentierten, 9,5 % unter den Rezidiven).

Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Tiefe Wunden mit Infektion gelten als Einweisungsindikation, besonders wenn eine Knochenbeteiligung vorliegt. 50,5 % dieser Patienten benötigten in der Netzwerkversorgung keine stationären Aufenthalte. Stationäre Aufenthalte gehören zu dem, was sich diese oft multimorbiden Patienten am wenigsten wünschen.

Wenige Rezidive

Ein Jahr nach Abheilung sind 63 % läsionsfrei. Erneute Läsionen treten bei 33 % auf. 3 % sind verstorben, 1 % nicht mehr aufzuspüren.

Nutzen außerhalb der nordrheinischen Netzwerke

Netzwerke zur Betreuung von Menschen mit Diabetischem Fuß haben sich auch in Hamburg, Berlin, Leipzig, München und anderen Regionen gebildet.

Im Rahmen des Projekts wurden Informationsmaterialien erstellt, so eine Broschüre zu prophylaktischen Maßnahmen. Sie enthält zahlreiche Hinweise, auch zu gesunden Schuhen, die über das Projekt hinaus weiter Verwendung finden.

Einrophylaxeschulungsprogramm für Betroffene und Angehörige mit Curriculum wurde entwickelt und steht zum weiteren Gebrauch zur Verfügung.

Poster, Plakate und Aufkleber wurden für die Aufmerksamkeitskampagne erstellt und stehen ebenfalls weiter zur Verfügung.

Die Notfalltelefonnummer kann von Anrufern aus der gesamten Bundesrepublik genutzt werden.

Die Programme, die im Rahmen des Projekts entstanden sind, werden auch außerhalb verwendet.

Im Rahmen des Projekts und in der Zusammenarbeit mit den anderen Netzen entstand eine Datenbank zu über 30.000 Fällen, die einem Register entspricht. Zur Weiterentwicklung wurde 2010 eine Arbeitsgruppe gegründet, die unter Mitarbeit von Fachleuten weiterer Disziplinen die Parameter auf der Basis dieses Projekts weiter entwickelt.

Sämtliche Kurse stehen auch Interessierten außerhalb der Netzwerke zur Verfügung.

Gelingt es, eine kontinuierliche Entwicklung von Qualität und Wirtschaftlichkeit aufzubauen?

Es ist gelungen, ein lernendes System aufzubauen, in dem Daten aus verschiedenen Quellen in einem geschützten Rahmen kollegial diskutiert werden. Das ist die Basis für Zielvereinbarungen, Simulationsmodelle und die Entwicklung neuer Initiativen wie einer Aufmerksamkeitskampagne. In der Netzwerkversorgung hat sich eine neue Qualität der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aufgebaut, die es ermöglicht, gemeinsam Ziele abzustecken und gemeinsam für ihre Umsetzung zu sorgen.

Literatur

TRAUTNER, C., ET AL.:
Unchanged incidence of lower-limb amputations in a German City, 1990–1998. *Diabetes Care*, 2001

TRAUTNER, C., ET AL.:
Reduced Incidence of Lower-Limb Amputations in the Diabetic Population of a German City, 1990–2005. *Diabetes Care*, 2007

Return to Work – mit Betrieblichem Eingliederungsmanagement wieder gesund zurück an den Arbeitsplatz

Karsten Knoche und Reinhold Sochert

Team Gesundheit GmbH, Essen (K. Knoche) / BKK Bundesverband, Essen (R. Sochert)

Wo liegen die Herausforderungen?

Die wirtschaftsstrukturellen und technisch-arbeitsorganisatorischen Entwicklungen und Veränderungen der letzten Jahrzehnte sind für die Arbeitswelt verbunden mit weitreichenden Konsequenzen und Herausforderungen. Die in unserem Zusammenhang zentralen Momente dieses Wandels lauten Globalisierung und demografischer Wandel.

Unsere Volkswirtschaften sind zunehmend miteinander verzahnt. Zur Globalisierung der Märkte tragen wesentlich die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien bei. Deutschland und Europa werden weiterhin davon profitieren, dass es zu den weltweit offensten Wirtschaftssystemen gehört, doch entsteht durch die Internationalisierung der Produkt-, Dienstleistungs-, Kapital- und Arbeitsmärkte eine verschärfte Konkurrenz zwischen den Unternehmen – u. a. auch bei der Nachfrage nach Fachkräften.

Die demographische Alterung beschleunigt sich. Die Zahl der über 60-Jährigen nimmt heute doppelt so schnell zu wie vor 2007. Während die Gruppe der älteren Beschäftigten zwischen 45 und 65 Jahren bis 2025 um 1,4 Mio. zunimmt, geht die Zahl der jüngeren Erwerbstätigen bis 44 Jahre um 3,7 Mio. zurück (Bertelsmann Stiftung 2010). Trotz positiver Entwicklungen liegen die Beschäftigungsquoten in Deutschland und Europa mit durchschnittlich 76 % bzw. 69 % bei den 20- bis 64-Jährigen z. T. deutlich unter denen in anderen Teilen der Welt. Nur 59 % bzw. 47 % der älteren Arbeitnehmer zwischen 55 und 64 Jahren sind erwerbstätig (Vereinigte Staaten und Japan: 66 %). Neben den daraus resultierenden Finanzierungsproblemen für die Sozialkassen verbindet sich hier-

mit insbesondere eine Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen.

Die Entwicklungen in der Arbeitswelt haben langfristig nicht zu einem generellen Abbau von Arbeitsbelastungen geführt. Repräsentative Erwerbstätigenbefragungen der Europäischen Stiftung für Arbeits- und Lebensbedingungen aus den Jahren 1990 bis 2010 verdeutlichen sowohl eine langfristige Zunahme bestimmter psychosozialer wie auch körperlicher und Umgebungseinflüsse.

Bei den bedeutendsten Krankheiten in der Erwerbsbevölkerung – gemessen an den Indikatoren „Sterblichkeit“, „Verlorene Arbeitsjahre“, „Arbeitsunfähigkeit“, „Frühverrentung“ und „Behandlungskosten“ – handelt es sich um chronische Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, des Kreislaufsystems und in zunehmendem Maße um psychische Krankheiten. Ab einem Alter von 45 Jahren nimmt das Risiko signifikant zu, an chronischen Beschwerden zu leiden und nur noch eingeschränkt arbeitsfähig zu sein. Die Arbeitsmarktbeteiligung älterer Arbeitnehmer wird nachhaltig durch gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden beeinflusst. So registriert die Bundesagentur für Arbeit seit einigen Jahren eine steigende Tendenz von erwerbslosen, chronisch kranken und älteren Menschen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren, bei denen sich der Wiedereinstieg in die Berufswelt meist als sehr schwierig erweist (BA 2012a/b).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich für die Arbeitswelt die Notwendigkeit eines pro-aktiven Gesundheitsmanagements, die Förderung der Arbeitsfähigkeit und die Anpassung der Arbeitsabläufe und Unternehmenskultur an eine älter werdende Belegschaft. Um die Herausfor-

derungen des gegenwärtigen Wandels in Gesellschaft und Unternehmen zu bewältigen, sind Ideen und Maßnahmen gefragt, wie man Beschäftigte gesund erhält, um sie länger im Arbeitsprozess halten und ihre Erfahrung, Kenntnisse und Kompetenzen besser als bisher nutzen zu können. In diesem Zusammenhang spielen Strategien und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle.

Was ist Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Der Gesetzgeber hat auf die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und für die Betroffenen persönlich schwierigen Herausforderungen u. a. mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) reagiert. Als Teil eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements ergänzt das BEM die Primärpräventionsstrategie des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung um den Ansatz der Sekundär- und Tertiärprävention (Giesert/Wendt-Danigel 2010). Im Mai 2004 wurde es durch den Gesetzgeber im § 84 Abs. 2 SGB IX verabschiedet. Die Bestimmungen schreiben im Einzelnen vor:

- Der Arbeitgeber ist für die Durchführung des BEM verantwortlich.
- Es gilt für alle Beschäftigten, unabhängig davon, ob sie schwerbehindert sind oder nicht.
- Das BEM soll bei lang- und kurzfristigen Erkrankungen angeboten werden, sobald die Summe der Krankheitstage/AU-Tage einen Zeitraum von 6 Wochen innerhalb eines Jahres überschreitet.
- Die betriebliche Interessenvertretung ist einzubeziehen.
- Bei schwerbehinderten Menschen ist die Schwerbehindertenvertretung hinzuzuziehen.

- Die betroffene Person ist über die Ziele sowie über Art und Umfang der für das BEM erhobenen Daten vorab zu informieren.
- Das BEM ist freiwillig, es kann nur mit Zustimmung der betroffenen Person erfolgen.
- Werks- oder Betriebsärzte sind im Bedarfsfall hinzuzuziehen.
- Je nach Bedarfsfall sind die gemeinsamen Servicestellen und die Integrationsämter hinzuzuziehen.

Somit gibt der Gesetzgeber keine konkreten Maßnahmen, sondern ausschließlich die Zielsetzung vor. Die alleinige Verfahrenshoheit und die Ausgestaltung liegen beim Arbeitgeber. Er muss die verfahrenstechnischen, betriebsspezifischen Voraussetzungen für ein erfolgreiches BEM schaffen. Aufgrund der Zusammenarbeit von unterschiedlichen betriebsinternen und -externen Akteuren im betriebsspezifischen Handlungsrahmen ist das BEM ein innovatives Versorgungskonzept auf betrieblicher Ebene. Hier erfolgt eine Vernetzung verschiedener Akteure, die allgemein in Deutschland im Rahmen der integrierten medizinischen Versorgung nur eingeschränkt gelungen ist. Die Art der Zusammenarbeit sowie die Ausgestaltung des betriebsspezifischen Handlungsrahmens sind sehr stark abhängig von der Betriebsgröße. Je größer eine Unternehmung ist, desto professioneller ist auch die interne Verfahrensausgestaltung und desto vielfältiger sind die am BEM-Prozess beteiligten Akteure.

Wie funktioniert Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich?

In der Literatur und in der betrieblichen Praxis werden verschiedene Modelle und Verfahren diskutiert, die sich im Kern

in sieben Schritten zusammenfassen und abbilden lassen:

1. Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers mit mehr als sechs Wochen
2. Erstkontakt zum betroffenen Arbeitnehmer
3. Führen des Erstgesprächs
4. Fallbesprechung
5. Spezifikation der Maßnahmen des BEMs
6. Durchführung der festgelegten konkreten Maßnahmen
7. Wirksamkeitsprüfung, Evaluation und Dokumentation

Als wichtige Eckpunkte für die erfolgreiche Implementierung von BEM werden Freiwilligkeit, Mitwirkung der Beschäftigten, keine Benachteiligung bei Nicht-Teilnahme, die Pflicht des Arbeitgebers, sich für Gesundheit im Betrieb einzusetzen, ein auf allen Ebenen ernsthaftes Einsetzen für BEM, Schulung und Sensibilisierung von Führungskräften genannt. Wie in verschiedenen Studien deutlich wurde (vgl. Niehaus et al. 2008), wird als weitere, besonders wichtige und grundlegende Voraussetzung für ein erfolgreiches BEM ein vertrauensvolles Verhältnis von Mitarbeitern und Arbeitgebern genannt. Den meisten Erfolg verspricht für dessen Umsetzung eine vertrauensvolle Unternehmenskultur. So sollte Gesundheit ein fester Bestandteil der Unternehmenskultur sein und als Führungsaufgabe verstanden werden. Führungskräfte und Personalverantwortliche haben Schlüsselfunktionen bei der Ein- und Durchführung des BEM (Kaiser et al. 2009; Freigang-Bauer et al. 2011). Dabei sollte von den Verantwortlichen ein kooperativer Führungsstil gepflegt werden, denn so steigt laut Welti et al. (2010) der Grad des Vertrauens zwischen Vorgesetzten und ihren Mitarbeitern. Niehaus et al. (2008) sehen sogar einen

signifikanten Zusammenhang zwischen der Art des Führungsstils und der erfolgreichen Ein- und Durchführung des BEM. Weitere Erfolgsfaktoren sind neben dem vertrauensvollen Betriebsklima Transparenz im Prozess und vor allem sorgfältige Einhaltung des Datenschutzes (Kaiser et al. 2009; Welti et al. 2010). Im gleichen Zusammenhang werden ebenfalls eine gute Informationspolitik und Kommunikation im Unternehmen genannt. Mit anderen Worten: Das Betriebliche Eingliederungsmanagement muss im Unternehmen gelebt werden. Eine bloße (gesetzliche) Verpflichtung dazu reicht nicht aus. Als fördernd hat sich erwiesen, dass das BEM nicht als isoliertes Maßnahmenpaket durchgeführt, sondern in ein ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement integriert wird. In diesem Sinne stellt es eine einzelfallbezogene Ergänzung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Während das Gesundheitsmanagement systemisch mit allgemeinen, auf die gesamte Belegschaft gerichteten Aktivitäten arbeitet, sind im BEM konkrete individuelle Fälle gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu lösen.

Aber nicht nur innerbetriebliche Faktoren können entscheidend zur erfolgreichen Durchführung beitragen, auch außerbetriebliche Kooperationen sind wichtige Parameter – und das gerade für KMUs, da anzunehmen ist, dass bei diesen kein hoher Verfahrensaufwand vorherrscht, sondern eher Arbeitgeber und Betroffener intuitive, schnelle und unkomplizierte Lösungen suchen (Freigang-Bauer et al. 2011). Wenn es, unabhängig von der Unternehmensgröße, zu einer Zusammenarbeit kommt, dann sind die Kooperationspartner zum überwiegenden Teil Krankenkassen, Rentenversicherungen und Integrationsämter (Freigang-Bauer



et al. 2011; Kaiser et al. 2009). Dies gilt es in den nächsten Jahren zu verbessern, denn eine zunehmende Zusammenarbeit mit den Unternehmen und der somit forcierte Informationsaustausch sind wichtig, um neue Impulse auf beiden Seiten zu generieren. Entsprechend müssen betriebsinterne Akteure dazu bewegt werden, das BEM verstärkt in ihre Managementprozesse, aber vor allem in ihre Unternehmung zu integrieren. Somit kann das BEM auch acht Jahre nach Einführung der gesetzlichen Verpflichtung für viele Unternehmen ein innovativer innerbetrieblicher Versorgungsansatz sein, um Ursachen von Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden oder wenigstens zu mindern. Dabei schafft das aktive, ernsthafte Bemühen des Arbeitgebers internes und externes Vertrauen, mit dessen Hilfe unter Bereitstellung der nötigen personellen wie finanziellen Ressourcen im Idealfall krankmachende Arbeitsumstände beseitigt und zukünftige Wettbewerbsvorteile generiert werden können. Dies nutzt sowohl Arbeitnehmern und Arbeitgebern, aber auch dem Sozialversicherungssystem.

Welche Wirkung hat Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Maßnahmen des BEM sollen präventive Wirkungen haben. Das BEM setzt zunächst bei einzelnen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an. Die Maßnahmen sollen sich positiv auf deren Erwerbsbeteiligung auswirken und einer weiteren Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sowie dem krankheitsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes vorbeugen. Als Erfolgskriterien für das BEM können demnach krankheitsbedingte Fehlzeiten, Leistungsfähigkeit und Erwerbsbeteiligung der Betroffenen angenommen werden.

Die Studienergebnisse der Universität zu Köln weisen auf das Potenzial des Betrieblichen Eingliederungsmanagements hin (Niehaus et al. 2008): Demnach konnte in der Hälfte der BEM Fälle eine erfolgreiche Wiedereingliederung mit leistungsgerechtem Einsatz erreicht werden. Dabei wird deutlich, je größer der Betrieb ist, desto höher fällt auch die Wiedereingliederungsquote aus. Außerdem berichten die Teilnehmer von einer Reduzierung des Krankenstandes (36 %), von einem besseren Arbeitsklima (32 %), von einem höheren Engagement der Mitarbeiter (30 %) sowie von einer Reduzierung krankheitsbedingter Kündigungen (18 %). Hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses schätzen 88 Prozent der Unternehmen, die eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt haben, den Nutzen für das Unternehmen höher als die Kosten ein. Für den Erfolg der Wiedereingliederung zeichnet sich ein vergleichbares Bild ab. Im Rahmen verschiedener Untersuchungen und Initiativen konnten zwischen 50 und bis zu 90 % der BEM-Fälle, die abgeschlossen wurden, erfolgreich eingegliedert werden. Darüber hinaus ist es in dem Projekt „Gute Arbeit für alle“ Betrieben gelungen, mithilfe des Integrationsamtes und der Agentur für Arbeit gefährdete Arbeitsverhältnisse zu erhalten (Köpke 2009). Im Jahr 2010 kam in 64 % der BEM-Fälle ein erfolgreicher Abschluss zustande und mündete daher nicht in eine Zustimmung zur Kündigung (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsäm-

ter 2012). Demnach darf angenommen werden, dass, wenn das BEM in der betrieblichen Praxis umgesetzt wird, auch in zahlreichen Fällen zum Erfolg führt.

Wie verbreitet ist Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Doch leider ist dies in Deutschland viel zu wenig der Fall. Studien wie Hesse et al. (2007), Niehaus et al. (2008) und Köpke (2009) kommen unabhängig voneinander zu dem Ergebnis, dass in vielen Unternehmen zwar das BEM bekannt ist, allerdings die Umsetzung hinter dem Bekanntheitsgrad zurückbleibt. So stellen Niehaus et al. (2008) dar, dass während des Befragungszeitraums von 2006 bis 2007 87 % der großen, 68 % der mittelständischen und 30 % der kleinen Unternehmen das BEM thematisierten, im Gegenzug aber nur 68 % der Großunternehmen, 38 % der mittleren und 28 % der kleinen Unternehmen auch handelten und das BEM entsprechend umsetzten. Die Situation sieht bei Zelfel et al. (2011) und Gebauer et al. (2007) gerade im Bereich der klein- und mittelständischen Unternehmen (KMU) und ihres Umsetzungsstandes noch ungünstiger aus.

Seit 2007 bemüht sich der BKK Bundesverband im Rahmen der europäischen Kampagne „Move Europe“, die Bedeutung und Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung europaweit zu stärken. Nach den großen Erfol-

gen der beiden letzten Move-Europe-Kampagnen widmet sich die 9. Initiative des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (www.enwhp.org) der betrieblichen Wiedereingliederung. Im Rahmen des Deutschen Unternehmenspreises Gesundheit, der sich als nationale Umsetzung der Kampagne versteht, wird in 2012 ein neuer Sonderpreis „Return to Work – Wieder gesund zurück an den Arbeitsplatz“ ausgelobt. Alle Betriebe und Organisationen, öffentliche Verwaltungen, Schulen, Krankenhäuser, kleine und große Betriebe, Anfänger und „Fortgeschrittene“ können sich an der Kampagne beteiligen und sich ihr als Move-Europe-Partner anschließen (www.move-europe.de).

Fazit

Der gegenwärtige Kenntnisstand zur Durchführung und Umsetzung des BEM in Deutschland ergibt ein heterogenes Bild. Auch acht Jahre nach der Einführung des BEM durch den Gesetzgeber ist es nicht allen Betrieben bekannt. Insbesondere große Unternehmen haben das BEM als Verfahren etabliert. Dagegen besteht vor allem in KMUs bezüglich des Themas noch hoher Informations- und Umsetzungsbedarf. Es gelingt besser, die Chancen des BEM zu vermitteln, wenn dieses nicht isoliert betrieben, sondern in ein betriebliches Gesamtkonzept von Gesundheit eingebunden und Gesundheit als Führungsaufgabe gelebt wird. Demnach gilt es, BEM eher im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsmanagement im Be-

Literatur

- BERTELSMANN STIFTUNG (2010): Demographischer Wandel verändert Arbeitsmarkt tiefgreifend. Pressemitteilung Gütersloh. http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_101319.htm [Internet]
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) (2012A): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Der Arbeitsmarkt schwerbehinderter Menschen. Veröffentlichungen der Arbeitsmarktberichterstattung. Nürnberg, März
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) (2012B): Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland: Ältere am Arbeitsmarkt. Nürnberg
- FREIGANG-BAUER, I./GRÖBEN, F./BARTHEN, L. (2011): Betriebliches Eingliederungsmanagements von Mitarbeitern mit psychischen Störungen: Analyse des Handlungsbedarfs aus Sicht betrieblicher Akteure. Prävention und Gesundheitsförderung 4, S. 229–236.
- FREIGANG-BAUER, I./GRÖBEN, F./BARTHEN, L. (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen: Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure. Arbeitspapier 224. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. http://boeckler.de/pdf/p_arbp_224.pdf [Internet]
- GEBAUER, E./HESSE, B./HEUER, J. (2007): KoRB – Kooperation Rehabilitation und Betrieb: Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Unternehmen. Abschlussbericht. Münster: IfR
- GIESERT, M./WENDT-DANIGEL, C. (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. Arbeitspapier 199. 2. Auflage. Düsseldorf: Hans Böckler-Stiftung http://boeckler.de/pdf/p_arbp_199.pdf [Internet]

HESSE, B./HEUER, J./GEBAUER, E. (2008): Rehabilitation aus Sicht kleinerer und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten – Ergebnisse des KoRB-Projektes. Rehabilitation 47 (6), S. 324–333

KAISER, H. ET AL. (2009): EIBE 2 – Entwicklung und Integration eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Abschlussbericht. Forschungsreihe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales; Bericht 372

KÖPKE, K. (2009): Gesunde Arbeit für alle: Von der Gesundheitsförderung zum Eingliederungsmanagement im Betrieb. Deutsche Rentenversicherung Nord. Hamburg: DVR

NIEHAUS, M. ET AL. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

WELTI, F. ET AL. (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelbetrieben: Rechtliche Anforderungen und Voraussetzungen ihrer erfolgreichen Umsetzung. Brandenburg

ZELFEL, R. C./ALLES, T./WEBER, A. (2011): Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen: Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung. Gesundheitswesen (73), S. 515–519.

wusstsein aller Beteiligten zu verankern und weniger den Gesetzescharakter zu betonen und auf die Pflicht des Arbeitgebers zu verweisen. Kampagnen wie

„Move Europe“ sind daher geeignet, BEM bekannter zu machen und einen Beitrag zur besseren Verbreitung und Umsetzung zu leisten.

Innovative Behandlung chronischer Rückenschmerzen – ein Versorgungsangebot der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft in NRW

Katrin Schuldt und Anette Würfel
BKK Landesverband NORDWEST, Essen

Rückenschmerzen verursachen neben individuellem Leiden hohe Kosten im deutschen Gesundheitswesen. Um die Versorgung von Patienten mit häufigen oder lang andauernden Rückenschmerzen zu verbessern, hat die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW ein umfassendes Behandlungsangebot entwickelt. Mit spezialisierten Behandlungsteams wird eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sichergestellt.

Entstehungsgeschichte

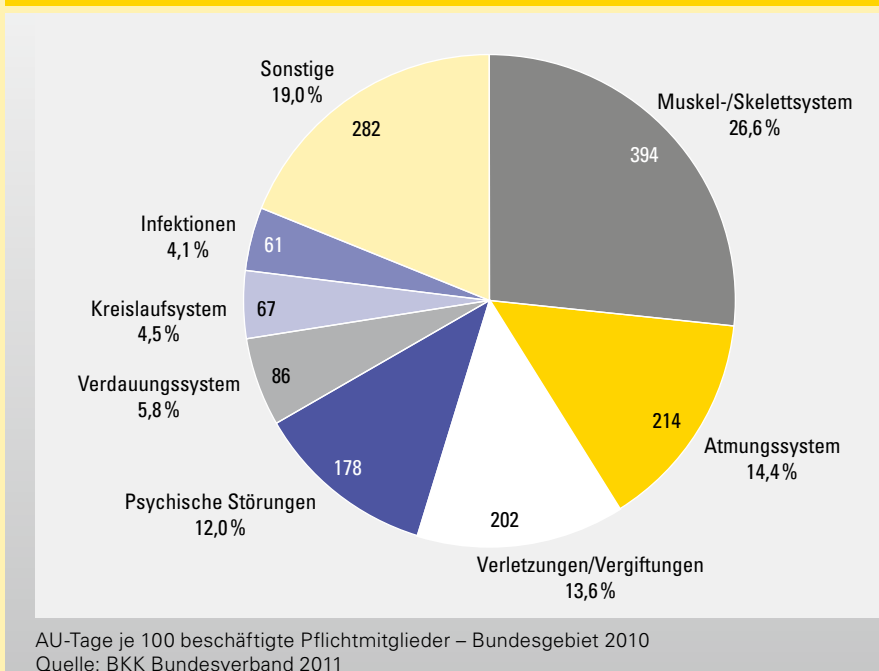
Im Frühjahr 2007 beschlossen Betriebskrankenkassen über ihre regionalen BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften ein bundesweites Versorgungskonzept zum Indikationsbereich Rückenschmerz zu entwickeln. Die Federführung für das Rückenschmerz-Projekt übernahm die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen. Fast zur gleichen Zeit, im Juni 2007, gab das Experten-Panel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann Stiftung den „Gesundheitspfad Rücken – Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen“ als Leitfaden für Entscheider und Gestalter heraus (Bertelsmann Stiftung 2007). Dieser Leitfaden diente der Arbeitsgruppe der Betriebskrankenkassen als Grundlage zur Entwicklung eines Versorgungskonzeptes.

Analyse von Versorgungsdaten

Die hohe volkswirtschaftliche Bedeutung von Rückenschmerzen zeigt sich auch in den nachfolgend dargestellten Daten aus dem BKK Gesundheitsreport 2011 „Zukunft der Arbeit“ (BKK Bundesverband 2011). Im Jahr 2010 wurden 26,6 % der Arbeitsunfähigkeitstage durch Muskel- und Skeletterkrankungen, die auch die

Abbildung 1

Die häufigsten Krankheitsarten



Diagnose Rückenschmerz umfasst, verursacht (Abbildung 1).

Im Jahr 2010 traten bei Frauen 350 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Pflichtmitglieder und bei Männern 463 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je 100 Pflichtmitglieder durch Muskel- und Skeletterkrankungen auf.

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Muskel- und Skeletterkrankungen sind auch altersspezifische Unterschiede zu finden. Bei den über 60-Jährigen sind die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten AU-Tage ca. achtmal so hoch wie bei jungen Versicherten unter 25 Jahren. Einen deutlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage wegen Muskel- und Skeletter-

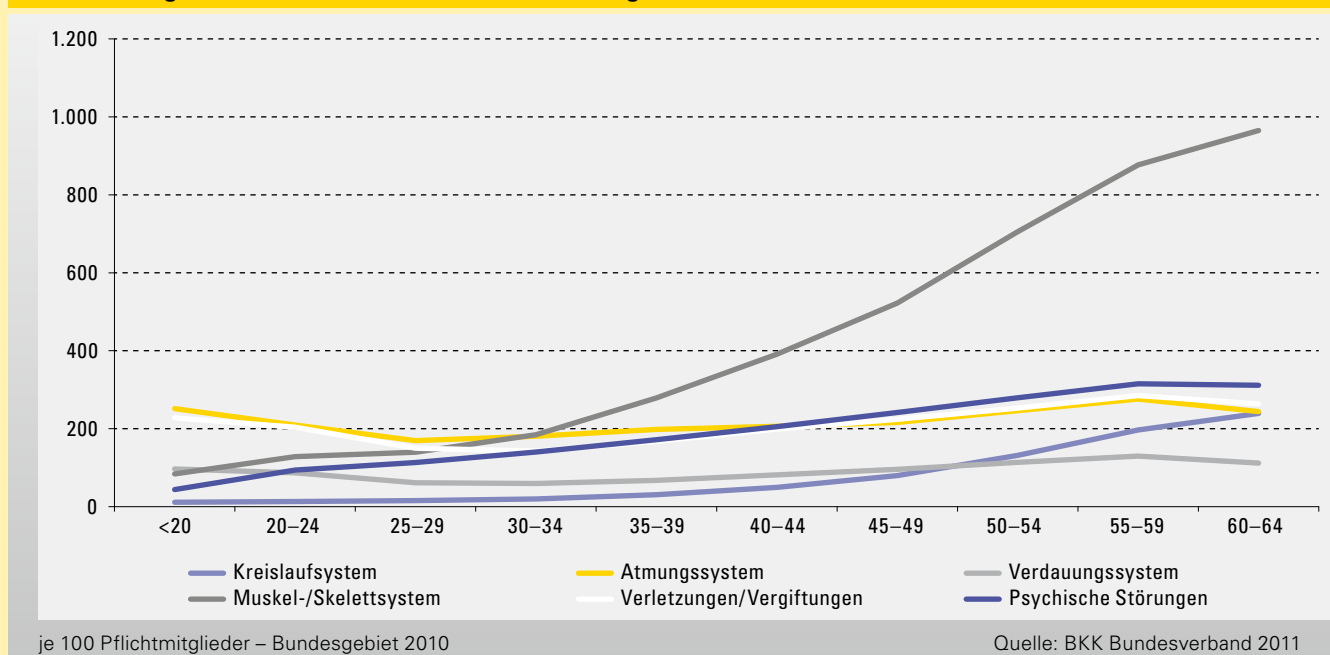
krankungen ist ab dem 35. Lebensjahr zu verzeichnen (Abbildung 2).

Hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit bei Muskel- und Skeletterkrankungen nach Versichertenstatus – pflichtversicherte Beschäftigte/freiwillig versicherte Beschäftigte/Arbeitslose (ALG-I-Empfänger) – ergeben sich ebenfalls Unterschiede. Arbeitslose liegen im Vergleich mit 861 Arbeitsunfähigkeitstagen je 100 Mitglieder an erster Stelle, gefolgt von pflichtversicherten Beschäftigten mit 394 AU-Tagen je 100 Mitglieder und den freiwillig versicherten Beschäftigten mit 123 AU-Tagen je 100 Mitglieder (BKK Bundesverband 2011).

In einer Studie wurden die mittleren jährlichen Kosten pro Person mit Kreuz-

Abbildung 2

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



schmerz auf 1.322 Euro geschätzt (Wenig et al. 2009). In der multivariaten Analyse zeigte sich, dass männliches Geschlecht, zunehmendes Alter, lediger Familienstand, geringer Ausbildungsstand, Arbeitslosigkeit und zunehmende Schwere des Kreuzschmerzes einen signifikanten Einfluss auf die Höhe der Kosten hatte. Eigene Daten belegen, dass insbesondere der chronische Rückenschmerz zu hohen direkten und indirekten Kosten führt.

Versorgungskonzept

Das Versorgungskonzept kennzeichnet sich durch eine gleichzeitige Einbeziehung von funktionellen, psychologischen und sozialen Faktoren in der Therapie des chronischen Rückenschmerzes aus.

Nach einer interdisziplinären Diagnostik und Risikoklassifikation werden die Patienten einer individuellen Behandlung zugeführt.

Spezialisierte Behandlungsteams übernehmen eine fachübergreifende und abgestimmte Diagnostik und Behandlung. Orthopäden/Schmerztherapeuten sowie Physio- und Verhaltenstherapeuten arbeiten Hand in Hand, um die Rückenbeschwerden der betroffenen Patienten nachhaltig zu verringern. Das Behandlungsteam führt u. a. eine ambulante multimodale Schmerztherapie durch, wenn diese medizinisch angezeigt ist und der Patient in diese Behandlungsform einwilligt. Die Schmerzbehandlung im Rahmen einer ambulanten multimodalen Therapie ist dabei besonders auf die Beseitigung

von Fähigkeitsstörungen und auf die Verbesserung der beeinträchtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gerichtet. „Multimodal“ bedeutet, dass verschiedene Therapieverfahren gleichzeitig kombiniert werden. Die Therapie beinhaltet ein ärztlich geleitetes, strukturiertes Behandlungsprogramm mit aktivierenden Maßnahmen und verhaltenstherapeutischen Behandlungselementen. Auch arbeitsplatzbezogene Besonderheiten werden entsprechend berücksichtigt.

Unterschieden wird hierbei zwischen dem kleinen und großen Behandlungsprogramm. Orientierend am „Gesundheitspfad Rücken“ (Bertelsmann Stiftung 2007) umfasst das kleine Behandlungsprogramm 16 Behandlungstage mit je drei bis vier Stunden täglich und das

Abbildung 3:

Bewertung des Versorgungsvertrages chronische Rückenschmerzen mittels BMC-Raster

a) Beurteilung aus Sicht des Gesundheitssystem

	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Gesundheitsökonomisches Potenzial	x	x	x	x	
Innovationsgrad	x	x	x	x	
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung	x	x	x	x	x
Transparenz	x	x	x		
Übertragbarkeit auf andere Regionen	x	x	x	x	

b) Beurteilung aus Sicht der medizinischen Versorgung

	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
strukturelle Verbesserungen	x	x	x		
Verbesserung der Behandlungsprozesse	x	x	x	x	
Komplexität der Versorgung	x	x	x	x	
Transparenz	x	x	x		

c) Beurteilung aus Sicht des Patienten

	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Verbesserung der medizinischen Versorgung	x	x	x	x	
Verstehbarkeit und Transparenz	x	x	x	x	
Einbindung in die Entscheidungen	x	x	x		
Wahlmöglichkeiten und Zugang	Steuerung über Fallmanagement der BKK				
finanzielle Anreize	Ggf. Wahltarif				

d) Beurteilung aus Sicht der Leistungserbringer

	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Wertschöpfungspotenzial	x	x	x	x	
Organisationsgrad	x	x	x	x	x
Komplexität	x	x	x	x	
Nachhaltigkeit	x	x	x	x	
Risiko/Vulnerabilität	x	x			
finanzielle Anreize für Leistungserbringer	x	x	x	x	
nicht-monetäre Anreize	x	x	x	x	
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe	x	x	x		

große Behandlungsprogramm 20 Behandlungstage mit je fünf bis sechs Stunden täglich. Das große Programm ist dann angezeigt, wenn neben lang dauernden funktionellen, körperlichen Störungen die psychosoziale Relevanz der Erkrankung als mittelgradig und hoch eingestuft werden muss.

Die Patienten lernen Wissenswertes rund um den Rückenschmerz und was sie selbst tun können, um ihre Lebensqualität erheblich zu verbessern. Angesprochen sind insbesondere BKK Versicherte, die eine Rückenerkrankung mit einem unspezifischen Rückenschmerz aufweisen und deshalb seit mindestens fünf Wochen bzw. im Laufe eines Jahres immer wiederkehrend mehr als acht Wochen arbeitsunfähig sind.

Versorgungsziele

Ziele des Versorgungsvertrages sind insbesondere:

- die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Langzeitbehandlung von Rückenschmerzen zu verbessern,
- die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen und wiederkehrende Arbeitsunfähigkeit zu verhindern,
- eine Chronifizierung der Krankheit abzuwenden,
- eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden und die stationären Behandlungskosten zu senken und
- die beeinträchtigte Teilhabe in sozialen und beruflichen Zusammenhängen wieder herzustellen.

Vertragspartner in NRW

Das Versorgungskonzept zu chronischen Rückenschmerzen wird derzeit an mehreren Standorten in Nordrhein-Westfalen umgesetzt, u. a. in Dortmund, Düren,

Düsseldorf, Gelsenkirchen, Köln, Leverkusen und Velbert.

Erste Ergebnisse

Erste Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit von behandelten BKK Versicherten mit chronischen Rückenschmerzen liegen aus den Regionen Dortmund, Gelsenkirchen und Köln vor. Am kleinen Behandlungsprogramm nahmen bisher 91 Patienten teil und am großen Behandlungsprogramm 50. Von 124 berufstätigen Patienten konnten nach der Teilnahme am Behandlungsprogramm 74 ihre Arbeit wieder aufnehmen. 25 Patienten nahmen an einer Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung teil. Weiterhin arbeitsunfähig waren 25 Patienten.

Damit die Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes zum chronischen Rückenschmerz umfassend beurteilt werden kann, strebt die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW eine Evaluation aller behandelten Versicherten in den einzelnen Regionen an.

Bewertung des Versorgungskonzeptes nach Kriterien des BMC-Rasters

2007 wurde in der Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care (BMC) ein Bewertungsraster zur Beurteilung von integrierten Versorgungssystemen und -verträgen nach §§ 140a ff. SGB V veröffentlicht. Dabei werden die Versorgungssysteme aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet (Gesundheitssystem, medizinische Versorgung, Patienten, Vertragspartner) (Weatherly et al. 2007).

Eine Bewertung für den Versorgungsvertrag zu chronischen Rückenschmerzen

aus Sicht der Autoren ist in *Abbildung 3* dargestellt.

Fazit und Ausblick

Eine frühzeitige, umfassende Untersuchung und patientenindividuelle Therapie durch spezialisierte Behandlungsteams kann bei chronischen Rückenschmerzen zu guten Behandlungserfolgen führen und stationäre Aufenthalte vermeiden. Die Vernetzung von Leistungserbringern und die interdisziplinäre, fachübergreifende Zusammenarbeit sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung von chronischen Erkrankungen. Durch integrierte Versorgungsverträge nach §§ 140a ff. SGB V können Patienten mit komplexen Krankheitsbildern ergänzend zur Regelversorgung behandelt werden.

Um den patientenindividuellen, den qualitativen und auch den wirtschaftlichen Nutzen von flächendeckenden integrierten Versorgungsverträgen nachweisen zu können, ist aus Sicht der Autoren eine Evaluation erforderlich. Nur so kann die Versorgung weiterentwickelt werden.

Literatur

- BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.) (2007): Gesundheitspfad Rücken – Leitfaden für Entscheider und Gestalter 2007. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_21536_2.pdf [Internet; Abruf: 02.07.2012]
- BKK BUNDESVERBAND (HRSG.) (2011): BKK Gesundheitsreport 2011 – Zukunft der Arbeit. http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2011.pdf [Internet; Abruf: 02.07.2012]
- WENIG, C. M. ET AL. (2009): Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 13 (3), pp. 280–286
- WEATHERLY, J. N., ET AL. (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. In: Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Berlin, S. 3–26

Kooperation, die Wirkung zeigt – das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG

Bernhard Koch, Christoph Kröger, Birgit Leineweber und Bernd Marquardt
Salzgitter AG, Salzgitter (B. Koch und B. Marquardt)/Technische Universität Braunschweig, Braunschweig (C. Kröger) /
BKK Salzgitter, Salzgitter (B. Leineweber)

Das betriebliche Rehabilitationskonzept (BeReKo) der Salzgitter AG zeigt beispielhaft, wie Unternehmen mit Unterstützung eines Netzwerks kompetenter Partner den Problemen des demographischen Wandels begegnen können. Umgesetzt werden bislang Angebote für psychisch erkrankte Versicherte, für Versicherte mit skelett-muskulären Erkrankungen und – neuerdings – für Schmerzpatienten. Beim Themenfeld „psychische Erkrankungen“ kooperieren der betriebsärztliche Dienst der Salzgitter AG, die BKK Salzgitter, die Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig sowie die Medizinische Hochschule Hannover; im Bereich skelett-muskulärer Erkrankungen arbeiten die Arbeitsmedizin der Salzgitter AG und die BKK Salzgitter mit einem interdisziplinären und institutionsübergreifenden Netzwerk zusammen, zu dem das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Paracelsus-Klinik an der Gande, die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Braunschweig-Hannover und das Ambulante Reha Centrum Braunschweig gehören. Gesteuert werden die Projekte von der Salzgitter AG und der BKK Salzgitter.

Die Ausgangssituation

Der demographische Wandel wirkt sich schon jetzt auf die Arbeitswelt aus. Der Altersdurchschnitt der Belegschaften wächst und Unternehmen werden in absehbarer Zukunft Schwierigkeiten haben, freie Stellen zu besetzen.

Die Salzgitter AG hat deshalb bereits im Jahr 2005 das Projekt „GO – Die Generationen-Offensive 2025 der Salzgitter AG“ ins Leben gerufen, um die Folgen des demographischen Wandels abzufedern.

Folgende Handlungsfelder wurden dabei definiert:

- Unternehmenskultur und Führung
- Personalmarketing und -recruiting
- Personalentwicklung und -qualifizierung

- Arbeitsorganisation, -zeit und -entgelt
- Gesundheit, Fitness und Ergonomie
- Integrationsmanagement

Ein zentrales Element des Handlungsfeldes „Gesundheit, Fitness und Ergonomie“ wird im Folgenden näher beschrieben.

Bereits sind heute 60 % aller Lohnempfänger der Salzgitter AG älter als 40 Jahre. Damit steigen altersentsprechend die Inzidenzen für Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Herz- und Kreislauferkrankungen steil an. Einen vergleichbaren Verlauf erzielt die Entwicklung psychischer Erkrankungen unter den Angestellten.

Zu den Folgen gehören erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten und gesundheitliche Einschränkungen von Mitarbeitern, die immer häufiger schichtuntauglich werden oder spezielle Tätigkeiten (Arbeiten unter Atemschutz, kanzelgesteuertes Kranfahren etc.) nicht mehr ausführen können. Der flexible Einsatz auf Mehrbereichsarbeitsplätze ist somit immer weniger möglich, die Mitarbeiter unterliegen in der Folge vermehrt einseitigen körperlichen und psychischen Belastungen. Vorgesetzte haben ihrerseits zunehmende Schwierigkeiten, mit dem vorhandenen Personal die Produktionsprozesse aufrecht zu erhalten.

Der methodische Ansatz

- Wir fokussieren auf die mittel- und langfristig drei bedeutendsten Krankheitsgruppen: Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie psychische Erkrankungen.
- Neben den hier nicht betrachteten primärpräventiven Ansätzen, verfolgen wir sekundär- und tertiärpräventive und rehabilitative Ansätze. Unser Motiv ist, krankheitswertige Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu therapieren, um ein Fortschreiten der Erkrankungen zu verhindern.

■ Unsere Schnittstellendefinition bezieht sich auf die Frage der Kostenübernahme wie auf die Aspekte Informationsfluss und Einbindung der Kooperationspartner in die gesamte Versorgungskette von der Früherkennung über die Therapie und Rehabilitation bis zur Wiedereingliederung: Bei allen Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit konzernexternen Leistungserbringern übernimmt die BKK Salzgitter die Fallführung. Konzerninterne Maßnahmen (Sozialberatung, Sucht- und Schuldnerberatung, berufliche Wiedereingliederung) obliegen dem konzerninternen Integrationsmanager, angesiedelt in der Arbeitsmedizin und eng vernetzt mit betriebsärztlichem Dienst, Personalabteilung und BKK.

- Die Maßnahmen werden individuell auf die Betroffenen zugeschnitten. Die Leistungsangebote sind immer auf Arbeitsplatz und Krankheitsdiagnose fokussiert, denn: Ziel ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz!
- Durch eine enge Vernetzung der Leistungsanbieter können Maßnahmen zeitnah und straff organisiert angeboten werden. Die Strukturen stellen sicher, dass für diagnostische Abläufe und Therapiemaßnahmen maximal 15 Tage Wartezeit einzuplanen sind – in akuten Fällen auch weniger.
- Einbindung der Mitarbeiter: Alle Maßnahmen sind freiwillig, die Nichtteilnahme bleibt sanktionsfrei. Die Mitarbeiter erhalten nach erfolgter Diagnostik die Untersuchungs- oder Testergebnisse, die weiteren Termine werden nach Rücksprache für sie organisiert. Für viele Teilnehmer des Projekts ist gerade dieser Aspekt des „Kümmerns“ ganz wesentlich.

Das modulare Angebot bei Muskel- und Skeletterkrankungen

Das Projekt ist in drei Module für verschiedene Schweregrade der Erkrankungen aufgeteilt (*Abbildung 1*). Die Auswahl

der Versicherten für die einzelnen Module erfolgt nach weiter unten erläuterten Kriterien. Bei Maßnahmen mit externen Anbietern übernimmt die BKK Salzgitter die Terminkoordination sowie die Befundanforderung bei behandelnden Ärzten, und sie unterstützt die Betriebsärzte bei den Antragsformalitäten.

Modul A

Im Modul A werden Mitarbeiter versorgt, die unter Beschwerden leiden und schon pathologische Veränderungen im muskuloskelettalen Bereich aufweisen, die aber noch nicht durch Fehlzeiten oder aufwändigere medizinische Maßnahmen aufgefallen sind. Diese Patientengruppe wird in einem frühen Stadium der Erkrankung angesprochen, um Maßnahmen gegen das Fortschreiten der Erkrankung anzubieten. Die Identifikation der Patienten erfolgt durch

- die Betriebskrankenkasse mittels eines EDV-gestützten Filters,
- die Betriebsärzte, auf Basis arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen,
- die Nachfrage der Versicherten selbst – ein stark zunehmendes Phänomen, das für die Akzeptanz des Projektes steht.

Im ersten Schritt wird mit dem Versicherten – gegebenenfalls gemeinsam mit den Betriebsärzten – eine Arbeitsplatzbeschreibung erstellt. Zusätzlich erfolgt eine Auflistung der pathologischen Veränderungen der Betroffenen. Diese Daten werden an das Ambulante Reha Centrum Braunschweig geleitet, wo die

individuelle Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) - vorbereitet wird. Für diese Testung erhält der Patient innerhalb von sieben Werktagen einen Termin. Sinn der Testung ist es, die individuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten unter Berücksichtigung seiner Erkrankung mit dem beruflichen Anforderungsprofil abzugleichen und Defizite zu erkennen, die dann in den folgenden drei Monaten durch ein zielgerichtetes Training vermindert werden sollen.

Zusätzlich zur EFL-Testung¹ werden ein PACT-Test² und ein David-Test³ durchgeführt, um eine objektivierbare Datengrundlage zu erhalten. Anschließend erhält der Versicherte einen individuellen Trainingsplan mit Vorgaben für das Gerätetraining, zusätzlich werden Dehn- und Ausdauerübungen vorgegeben. Trainiert wird im konzerneigenen Fitnesscenter oder im Ambulanten Reha Centrum Braunschweig, mindestens zweimal in der Woche bei einer Trainingsdauer von jeweils 90 Minuten und über einen Zeitraum von drei Monaten. Regelmäßige Kontrollen und Korrekturen durch das Trainerteam stellen sicher, dass Steigerungen der Leistungsfähigkeit berücksichtigt und mögliche Fehlhaltungen korrigiert werden. Eine Anwesenheitskontrolle – nach vorheriger Absprache mit den Trainierenden unterstützt die Compliance der Mitarbeiter.

Nach drei Monaten Training erfolgt erneut eine EFL-Testung. Die Leistungsentwicklung wird vermerkt, der Trai-

ningsplan aktualisiert. Das Training soll eigeninitiativ fortgeführt werden. Nachfragen und bedarfsgerechte Unterstützungsmaßnahmen sichern die Nachhaltigkeit des Projekts.

Das Projekt stößt bei den Mitarbeitern auf starke Resonanz, die Trainingsakzeptanz ist außerordentlich hoch, und die Rückmeldungen über eine verbesserte Leistungsfähigkeit sind klar positiv.

Modul B

Das Modul B richtet sich an Mitarbeiter mit deutlichem Leidensdruck, bei denen erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten drohen oder bereits eingetreten sind. Sie werden von den Betriebsärzten oder der konzerninternen Integrationsmanagerin identifiziert und nach ausführlicher ärztlicher und physiotherapeutischer Untersuchung der betrieblichen arbeitsplatzbezogenen medizinischen Trainingstherapie durch konzerneigene Physiotherapeuten (aMTT) unterzogen. Diese verfügen über eine gute Arbeitsplatzkenntnis und sind speziell ausgebildet für multimodale Therapieformen (u. a. manuelle und cranosakrale Therapie, Osteopathie, Kinesiotaping, Feldenkrais, Yoga).

Die aMTT wird schichtbegleitend außerhalb der Arbeitszeit angeboten. Es wird zweimal pro Woche über vier Monate trainiert. Der Trainingserfolg wird über einen selbst entwickelten physiotherapeutischen Score mit den Messpunkten „vor Trainingsbeginn“, „Halbzeit“, Trainingsende“ sowie sechs und zwölf Monate

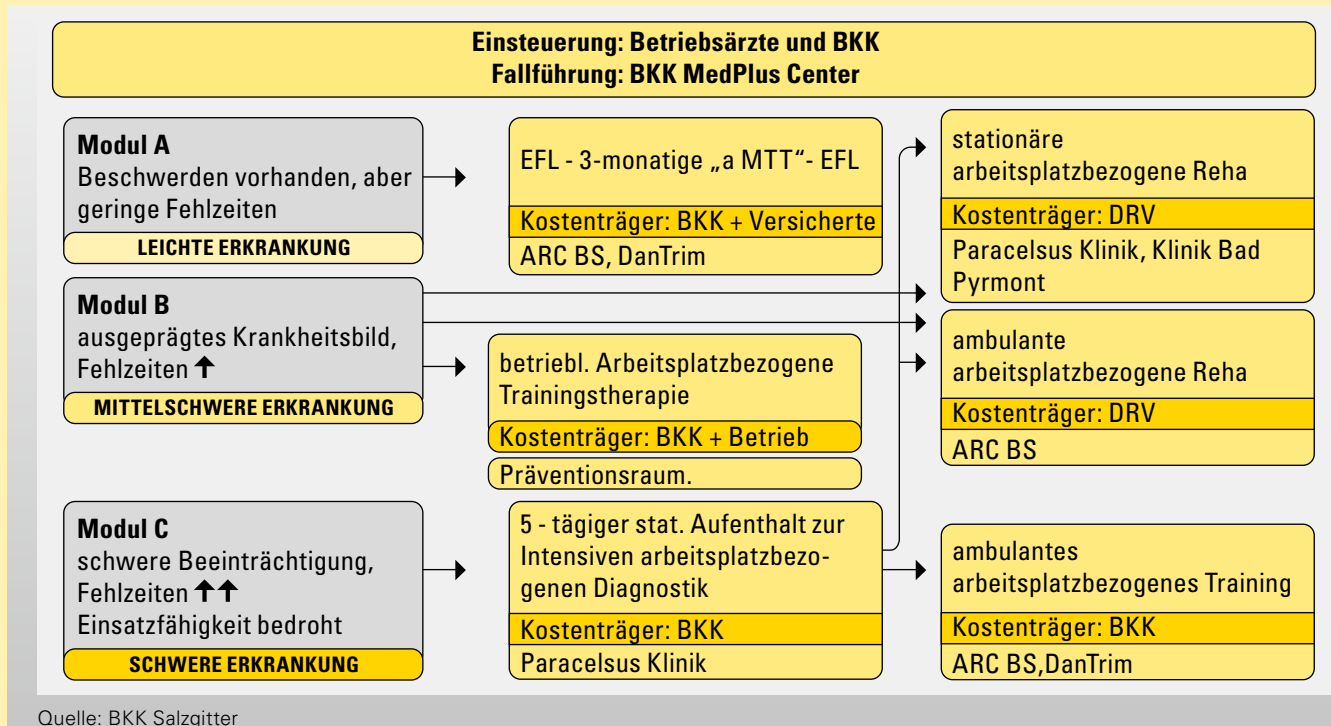
¹ Der Test zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wurde in den USA von Susan Isernhagen entwickelt und findet inzwischen international breite Anwendung. Mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests (Heben, Tragen, Überkopf-Arbeit, Leiter steigen, Handkoordination u. a.) wird die Belastbarkeit für häufige Tätigkeiten untersucht. Mit den Ergebnissen der EFL-Testung gelangt man zu einer objektiven, validen und realitätsnahen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und kann so sehr zielgenau den Einsatz des Mitarbeiters im Betrieb planen oder ggf. weitere Therapiemaßnahmen einleiten.

² Beim PACT-Test handelt es sich um einen Funktionsfragebogen. Er beschreibt 50 alltagsbezogene Funktionen, welche von der Testperson mittels Selbsteinschätzung von 1 = problemlos bis 5 = nicht möglich eingestuft werden. Der PACT weist in Studien eine sehr hohe Reliabilität auf und unterliegt – wie auch der EFL-Test – einer Lizenzgebühr.

³ Als klassische biologisch-anatomische Komponente des Rückenschmerzes kommt der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur eine zentrale Bedeutung zu. Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen weisen in den Hauptfunktionsmuskeln von Rumpf und Halswirbelsäule deutliche Kraft- und Leistungsdefizite auf. Mit dem David-Test ist eine quantitative, biomechanische Funktionsanalyse der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur möglich. Muskuläre Schwächen bzw. Dysbalancen können so objektiviert und mit gezieltem Training beseitigt werden. Sportwissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass ein entsprechendes Rückentraining die Verbesserung der Mobilität, der Kraft- und der Schmerzparameter von Rücken-Rehabilitanden bewirkt.

Abbildung 1

Angebote bei Muskel-Skelett-Erkrankungen



danach erfasst. Bei Einverständnis der Betroffenen werden die Fehlzeiten über einen Zwölf-Monatszeitraum vor und nach der aMTT verglichen.

Kommt die aMTT aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht infrage, werden Rehabilitationsmaßnahmen – ambulant oder stationär – angestrebt. Betriebsärzte oder BKK schlagen dem Mitarbeiter eine Rehabilitationsmaßnahme über den Rentenversicherungsträger vor; bei Zustimmung erstellt der Betriebsarzt den Befundbericht und eine standardisierte Arbeitsplatzbeschreibung mit Fotos und Videosequenzen der konkreten Arbeitssituation. Die BKK füllt mit dem Versicherten den Rehabilitationsantrag aus und sendet diesen an die zuständige Job-Reha-Beraterin der DRV Braunschweig-Hannover, was eine schnelle und direkte Kommunika-

tion gewährleistet. Durch die sorgsame Auswahl der Patienten und die professionelle Erstellung des Antrages liegt die Anerkennungsquote bei über 90 %. Der Antritt zur Rehabilitationsmaßnahme erfolgt aufgrund der schnellen Bearbeitung bei der DRV innerhalb von zwei Monaten.

Modul C

Dieses Modul gilt den „Sorgenkindern“ – Versicherten mit langen AU-Zeiten, schweren Beeinträchtigungen mit Komorbiditäten und einer fraglichen weiteren Einsatzfähigkeit im Betrieb, die auch durch aufwändige betriebsärztliche Diagnostik nicht definitiv geklärt werden kann. Dieser Zielgruppe bieten wir einen fünftägigen Aufenthalt in der Paracelsus-Klinik an der Gande an. Die Klinik erhält vor Aufnahme des Patienten vom betriebsärztlichen Dienst eine

individuelle Arbeitsplatzbeschreibung inklusive Foto- und Videodokumentation.

Im Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin werden die Betroffenen einer Reihe von diagnostischen Maßnahmen und Belastungstests unterzogen, u. a. EFL, PACT und AVEM, um ein umfassendes Bild vom Ausmaß der Erkrankung sowie von der Restbelastbarkeit zu erhalten. Grundlage sind Informationen zum Arbeitsplatz und Vorbefunde aus dem ambulanten oder stationären Bereich, die die BKK Salzgitter liefert.

Der Versicherte wird am Montagmorgen aufgenommen und am Freitagnachmittag entlassen. Betriebsarzt und BKK erhalten noch am selben Tag einen Bericht mit Handlungsempfehlungen, wobei die Krankenkasse nur die Handlungsempfehlungen, nicht aber das ausführliche

Testergebnis erhält. Am Montag hat der Patient einen Termin beim Betriebsarzt, am Dienstag bei der BKK, um die empfohlenen Maßnahmen mit dem Versicherten zu besprechen. Aufgrund des exakten Belastungsprofils des Arbeitnehmers kann der Betriebsarzt die Einsatzmodalitäten am Arbeitsplatz definieren und Maßnahmen wie ambulantes Training, Betriebliche Wiedereingliederung (BWEM) oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) veranlassen. Wird während des stationären Aufenthaltes die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme über den Rentenversicherungsträger erkennbar, wird noch in der Paracelsus-Klinik ein Antrag gestellt und an die zuständige Mitarbeiterin der DRV Braunschweig-Hannover geschickt.

Das modulare Angebot bei psychischen Erkrankungen

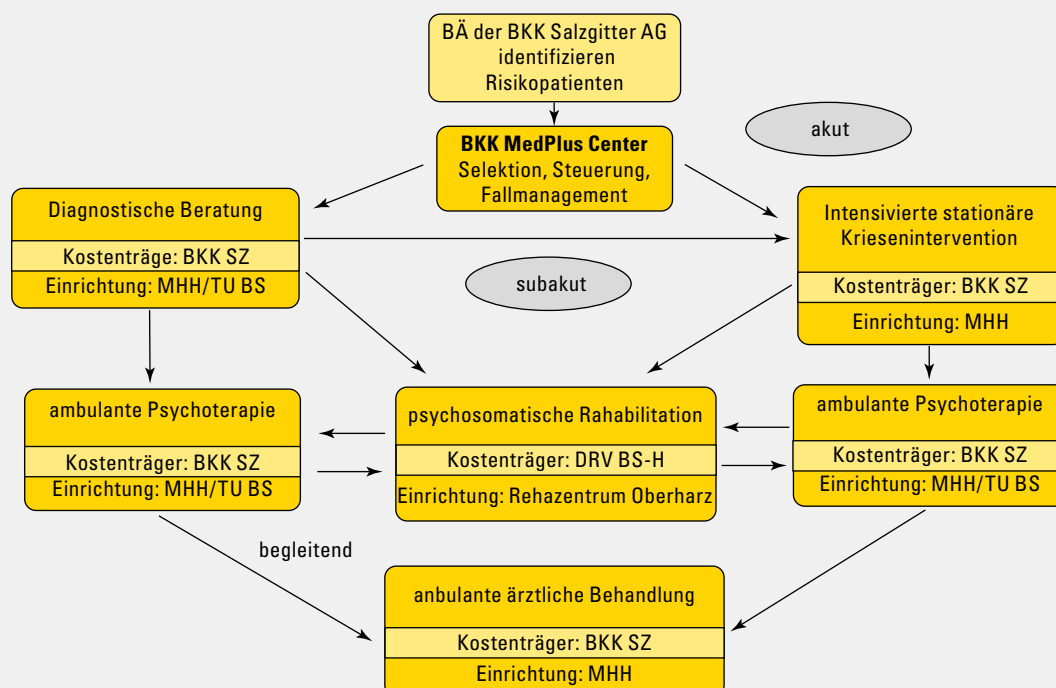
Psychische Erkrankungen rücken seit Jahren zunehmend in den Fokus der Betriebe: Fallzahlen sowie die AU-Zeiten steigen, Erfolg versprechende Lösungsansätze sind selten. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung wird im Allgemeinen spät gestellt. Oftmals hat sich bereits eine ausgeprägte Angststörung, Somatisierungsstörung oder eine Depression manifestiert. Das Ziel muss hier also die Früherkennung in Kombination mit einer zeitnahen Therapie sein. In Zusammenarbeit mit der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig wurde ein Konzept entwickelt, das beide Anforderungen erfüllt. (Abbildung 2)

Die Identifikation der Mitarbeiter erfolgt wiederum über den Betriebsarzt, die konzerninterne Integrationsmanagerin oder EDV-gestützt über die BKK. Für die EDV gestützte Recherche sind die Indikatoren wiederholte, kurzzeitige AU-Zeiten kombiniert mit bestimmten AU-Diagnosen.

Der Betroffene wird von einem Fallmanager der BKK angesprochen oder vom Betriebsarzt nach Einwilligung an die BKK verwiesen. Die Fallmanager sind für die Gespräche mit den Versicherten besonders geschult. Sie bieten dem Mitarbeiter eine „Diagnostische Beratung“ in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig an, die aus ca. zwei dreistündigen Terminen innerhalb

Abbildung 2

Kooperationsprojekt zur Betreuung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen



von 14 Tagen besteht. Mit Einverständnis des Mitarbeiters wird der TU vom Betriebsarzt vorab eine Situationsbeschreibung zur Verfügung gestellt. Außerdem werden fremdanamnestic Angaben erhoben. Die Fallmanager der BKK steuern alle medizinischen Befunde bei.

So können die Betroffenen gemeinsam mit dem Therapeuten auf der Basis der Vorbefunde, standardisierter psychologischer Testverfahren sowie eines strukturierten Interviews herausarbeiten, ob und welche psychische Erkrankung vorliegt und unter welchen Bedingungen die Arbeitsfähigkeit erhalten werden kann. In einem gesonderten ausführlichen Beratungsgespräch werden die Ergeb-

nisse und empfohlene Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Zielgespräch mit dem Vorgesetzten, Schuldnerberatung) erläutert. Abschließend werden erste Schritte eingeleitet (z. B. Informationsvermittlung über Regeln zur Schlafhygiene, Aufbau angenehmer Aktivitäten, Entspannungsverfahren). Mit dem Einverständnis des Mitarbeiters gehen die schriftlichen Empfehlungen an die Fallmanager; einen ausführlichen Bericht erhalten die Betriebsärzte oder Personen, deren Information der Mitarbeiter zugestimmt hat.

In ca. 40 % der Fälle wurde diese Beratung als ausreichend empfunden und keine weiteren Maßnahmen empfohlen, allerdings das Angebot gemacht, bei stärkeren Beschwerden Kontakt zur

Psychotherapieambulanz aufzunehmen. Etwa 60 % der Betroffenen wird eine Psychotherapie empfohlen. In diesen Fällen gilt die gutachterliche Stellungnahme des Therapeuten für die BKK als bindende Therapieempfehlung. Damit kann die Psychotherapie (Verhaltenstherapie) umgehend genehmigt werden und der Versicherte erhält innerhalb von 15 Tagen einen Therapieplatz.

Ist die ambulante Therapie nicht ausreichend, erfolgt kurzfristig eine intensivierte Kurzzeitintervention in der Medizinischen Hochschule Hannover oder über die DRV Braunschweig-Hannover wird ein Rehabilitationsverfahren eingeleitet. Auch hier findet der schnelle Austausch zwischen Betriebsarzt,

Abbildung 3

Ambulante Schmerzgruppe

12:30 - 14:00 h	<p align="center">psychoedukatives Modul</p> <p align="center">Kostenträger: BKK SZ Einrichtung: TU BS</p>	<p align="center">Modul Yoga</p> <p align="center">Bewegungswahrnehmung Koordination Beweglichkeit/Dehnfähigkeit</p> <p align="center">Kostenträger: BKK SZ Einrichtung: DanTrim</p>	<p>Dauer: 10 Wochen Zeitraumen: 2 x pro Woche à 3 Std., montags und mittwochs Teilnehmer: max. 10 Personen in geschlossener Gruppe Ort: DanTrim, BKK MedPlus Center, Schulungszentrum Psychoedukation: 8 Gruppensitzungen, 2-4 Einzeltherapien</p>
14:30 - 15:30 h	<p align="center">Sportmodul 1</p> <p align="center">Koordination Sportspiele kräftigende gym. Übungen</p> <p align="center">Kostenträger: BKK SZ Einrichtung: DanTrim</p>	<p align="center">Sportmodul 2</p> <p align="center">Ausdauer</p> <p align="center">Kostenträger: BKK SZ Einrichtung: DanTrim</p>	
Ergänzendes Angebot nach 10 Wochen Schmerzgruppe	<p align="center">Modul A des betrieblichen Rehakonzepts</p> <p align="center">Kostenträger: BKK SZ, Versicherter Einrichtungen: ARC BS, DanTrim</p>		

Quelle: BKK Salzgitter



Therapeuten, Krankenkasse und Rentenversicherungsträger statt. Ist nach der Reha eine Psychotherapie indiziert, kann diese in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig durchgeführt werden.

Die Schmerzgruppe

Die Schmerzgruppe ist das jüngste Kind in unserem Versorgungsprojekt. Anlass war die fehlende suffiziente ambulante und arbeitsplatzbegleitende Therapiemöglichkeit für Mitarbeiter mit einer chronischen Schmerzstörung. Wir haben daher, angelehnt an das Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP), eine Schmerzgruppe ins Leben gerufen, die sich aus den folgenden Bausteinen zusammensetzt: Kernstück ist das psychoedukative Modul mit acht Gruppentherapiesitzungen und zwei bis vier Einzeltherapiesitzungen, das von einer Schmerztherapeutin der TU Braunschweig geleitet wird. (Abbildung 3)

Zusätzlich werden in zwei Sportmodulen und einem Yogamodul Ausdauer, Konzentration und Beweglichkeit vermittelt, die durch die Schmerzstörung zum großen Teil beeinträchtigt worden sind.

Die Therapie findet in Gruppen von maximal zehn Teilnehmern arbeitsplatzbeglei-

tend auf dem Werksgelände statt. Für die Teilnahme während der Arbeitszeit erfolgt eine Freistellung durch den Betrieb.

Fazit

Alle Maßnahmen werden umgesetzt und sind zum Teil seit Jahren fester Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements der Salzgitter AG. Weitere Projektbausteine befinden sich in Planung.

Insgesamt haben wir bis heute ca. 350 Konzernmitarbeiter versorgt, wobei die Projekte auf zunehmendes Interesse stoßen. Besonders erfreulich ist die hohe Akzeptanz für das Angebot für psychische Erkrankungen, die Betroffenen sind angesichts der konkreten Unterstützung anscheinend regelrecht erleichtert.

Die Evaluation erfolgt durch die TU Braunschweig, die Arbeitsmedizin der

Salzgitter AG und die BKK Salzgitter. Deren Ergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

Was läuft gut? – Erfolgsfaktoren

- Entscheidend sind Integrität und das Commitment der handelnden Personen. Trotz individueller Perspektiven und berechtigter Interessen behalten die Kooperationspartner das gemeinsame Ziel – Genesung und ggf. Wiedereingliederung des Mitarbeiters – im Auge und verzichten auf persönliche Eitelkeiten.
- Die regionale Vernetzung ermöglicht Angebote in unmittelbarer Nähe des Patienten, was die Compliance erheblich erhöht. Die bedarfsgerechte Einbindung weiterer regionaler Leistungserbringer erhöht die Flexibilität des Gesamtkonzeptes.
- Die „mehrgleisige“ Identifikation der Mitarbeiter hat sich bewährt. Der Betriebsarzt erhält im persönlichen Gespräch ggf. sehr frühzeitig wert-

volle Hinweise, die EDV-gestützten Verfahren der BKK erlauben die Identifikation von Mitarbeitern, die sich keinen (oder seltenen) Vorsorgeuntersuchungen beim Betriebsarzt unterziehen. Die konzerninterne Integrationsmanagerin bietet qualifizierte Sozial-, Sucht- und Schuldnerberatungen an, was für die Verzahnung von psychischen, physischen und sozialen Problemen steht. Erst die Betrachtung aller psychosozialen und somatischen Probleme erlaubt eine sinn- und effektvolle Maßnahmenplanung. Angesichts der Sensibilität der aggregierten Informationen kann eine Integrationsmanagerin aus unserer Sicht nicht in der Personalabteilung angesiedelt sein.

- Mit Arbeitgeber, BKK, betriebsärztlichem Dienst, DRV und weiteren Leistungsanbietern sind alle relevanten „Player“ am Start. Irritationen oder Hindernisse können sehr schnell ausgeräumt, neue Ideen rasch umgesetzt werden. Das Programm wird permanent kritisch geprüft und weiterentwickelt.
- Die Vertretung der BKK durch eine in der Sozialmedizin erfahrene, regional verankerte Ärztin hat das Programm entscheidend vorangebracht, da sie über hervorragende persönliche Kontakte verfügt und die betriebsärztliche

Perspektive kennt. Die Stabsstelle ermöglicht über einen direkten Kontakt zur Geschäftsführung der BKK schnelle Entscheidungen.

- Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die enge, persönliche Fallführung durch die Fallmanager der BKK Salzgitter.
- Die BKK Salzgitter engagiert sich als geschlossene und damit dem Salzgitter-Konzern auf engste verbundene Krankenkasse sowohl als Kostenträger als auch als Organisationspartner.
- Der enge Bezug zum Arbeitsplatz überzeugt Arbeitgeber wie Arbeitnehmer vom Sinn der einzelnen Maßnahmen.
- Erfolge wie die 65%ige Reduktion der Fehlzeiten durch die aMTT erzeugen die notwendige Akzeptanz bei den Entscheidern der Salzgitter AG sowie der BKK.
- Die Existenz zweier arbeitsplatznaher, konzern-eigener Fitnesscenter erhöht die Compliance beim eigeninitiativen Training.
- Die wissenschaftliche Begleitung liefert wertvolle Hinweise zur Evaluation der Maßnahmen und für die weitere Projektsteuerung.
- Nicht zuletzt sorgt die Mitgliedschaft der Salzgitter AG im deutschen Netzwerk „Unternehmen für Gesundheit“ durch den regen Informationsaustausch für zusätzliche Impulse und das Vermeiden von Irrwegen.

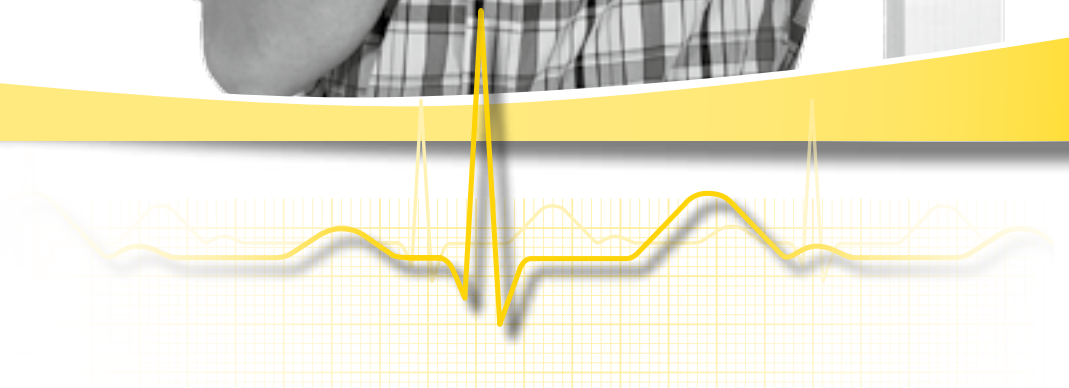
Verbesserungspotenziale

- Für die Zukunft wünschen sich die Autoren eine noch engere Verzahnung mit den Betrieben. Relevante Impulse kommen nur selten aus den betrieblichen Arbeitskreisen für Gesundheit.
- Die Gliederung des Konzerns in 29 Gesellschaften und die heterogene Infrastruktur macht die Übertragung von Best-practice-Lösungen zu einer ständigen Herausforderung.
- Die Mehrfachbelastung der Kooperationspartner, die neben ihrer „Passion“ BGM auch zahlreiche Alltagsaufgaben zu bewältigen haben, führt zuweilen zu Verzögerungen, die wir als schmerzlich erleben.
- Eine Optimierung der Evaluation der BGM-Maßnahmen bleibt unser Anliegen. Hier hoffen wir auf die Unterstützung von Experten in allen relevanten Gremien (DGAUM, VdBW, BKK Bundesverband, BDA ...)



4

Fehlzeiten und Arbeitswelt



4 Fehlzeiten und Arbeitswelt

Die Arbeitswelt stellt einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Erwerbsbevölkerung dar. Daher wird in diesem Kapitel der Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und dem Gesundheitszustand betrachtet. Dabei werden hier berufs- und branchenspezifische Aspekte beleuchtet; die Einflüsse von Alter, Geschlecht und sozialer Lage sind bereits in Kapitel 3 näher betrachtet worden.

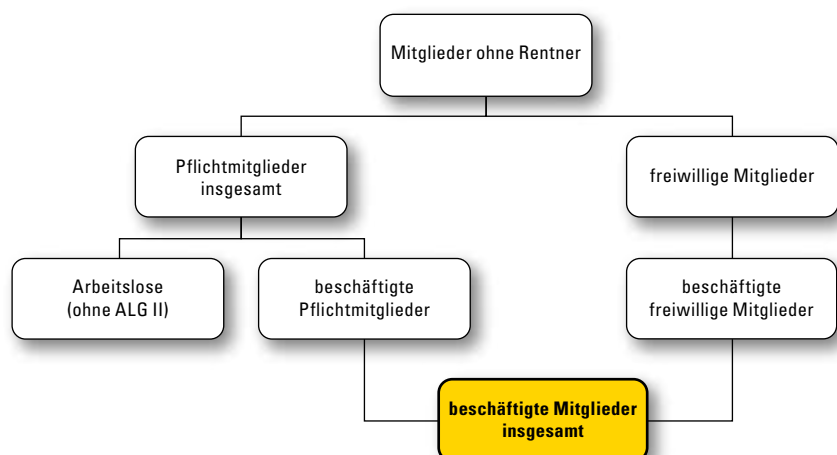
Weitere wichtige Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit, wie beispielsweise Lebenslage, Umwelt und das individuelle Gesundheitsverhalten, können in diesem Bericht nicht dargestellt werden, da entsprechende Daten nicht vorliegen. Auf verschiedene Ansätze, wie sowohl der Einzelne, aber auch der Arbeitgeber, die Krankenkassen und die Politik Einfluss auf die Gesundheit nehmen können, wird in den Themenblöcken des diesjährigen Schwerpunktthemas „Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben“ eingegangen.

Im ersten Themenblock werden besonders Möglichkeiten der Prävention – auch am Arbeitsplatz – behandelt. So beschäftigt sich beispielsweise der Beitrag von *Oberlinner und Lang* mit dem „Ganzheitlichen Gesundheitsmanagement in einem Großunternehmen“ (S. 76 ff.). Im Themenblock „Innovative Versorgungskonzepte“ werden dann Möglichkeiten der Versorgung von Betroffenen beschrieben. Hier wird der Aspekt der Arbeitswelt besonders mit dem Beitrag „Return to Work - mit Betrieblichem Eingliederungsmanagement wieder gesund zurück an den Arbeitsplatz“ von *Knoche und Sochert* (S. 127 ff.) angesprochen. Im dritten Themenblock „Leben mit Krankheit“ wird auf das Thema Arbeiten mit Erkrankungen im Beitrag von *Doka, Eggers und Eis* (S. 183ff.) eingegangen.

Die folgenden Darstellungen des Krankheitsgeschehens von BKK Mitgliedern im Kontext ihrer Tätigkeit und des beruflichen Umfelds basieren auf den Arbeitsunfähigkeitsdaten von 5,5 Mio.

beschäftigten BKK Mitgliedern – davon 3,1 Mio. Männer (entspricht 56,1 %) und 2,4 Mio. Frauen (43,9 %). Wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, bestehen die beschäftigten BKK Mitglieder aus den 4,8 Mio. beschäftigten Pflichtmitgliedern und den 0,7 Mio. beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Damit repräsentiert die BKK Statistik 2011 rund 19,5 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (vgl. *Tabelle 4a im Tabellenanhang*).

Die in diesem Kapitel dargestellten Tabellen und Diagramme haben zur Vereinheitlichung die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (s. *Übersicht*) als Grundgesamtheit. Bei einzelnen Darstellungen kann dadurch die Grundgesamtheit von der des Vorjahresreports abweichen.



4.1 Arbeitsunfähigkeit nach Branchen und Berufen

4.1.1 Versichertenstruktur

Die Beschreibung der Versichertenstruktur bezieht sich insbesondere auf die *Tabelle 4a im Tabellenanhang*. Branchenergebnisse werden auch hier in der *Tabelle 4.1* dargestellt. Eine detaillierte Fassung der *Tabelle 4.1*, in der auch zwischen beschäftigten Mitgliedern und Pflichtmitgliedern differenziert wird sowie die „Unterbranchen“ dargestellt werden, findet sich in *Tabelle 4b im Tabellenanhang*.

Struktur nach Branchen

2011 waren von den 5,5 Mio. beschäftigten BKK Mitgliedern knapp unter zwei Millionen Mitglieder (36,1 %) in den Dienstleistungsbranchen Handel, Post, Gastgewerbe, Verlage und Medien, Telekommunikation, Informationsdienstleistungen, Banken und Dienstleistungen beschäftigt (vgl. *Tabelle 4a im Tabellenanhang*). Damit ist der Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder im Dienstleistungsbereich weiter leicht angestiegen (2010: 36,0 %; 2009: 35,3 %).

Der Anteil von Beschäftigten im produzierenden Gewerbe ist mit 29,0 % der Mitglieder (1,6 Mio.) gleichbleibend zum Vorjahr. Damit ist der Trend der stetig steigenden Beschäftigtenzahlen in diesem Bereich 2011 gebremst. In den Bereichen öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung, Bildung sowie Gesundheits- und Sozialwesen waren 2011 knapp unter einer Mio. BKK Mitglieder beschäftigt. Dies entspricht einem Anteil von 17,1 %. Damit ist, wie auch im Vorjahr, ein leichter Rückgang in diesem Bereich zu verzeichnen: -0,3 Prozentpunkte (PP) im Vergleich zu 2010.

- Anteil der beschäftigten Mitglieder in Dienstleistungsbranchen steigt weiterhin.
- Höchster Frauenanteil ist im Gesundheits- und Sozialwesen zu verzeichnen.
- Durchschnittsalter der Beschäftigten ist mit einem Plus von 0,4 Jahren leicht gegenüber dem Vorjahr gestiegen.

Die übrigen Mitglieder verteilen sich auf andere Bereiche wie beispielsweise Land- und Forstwirtschaft, Verkehr, Energie- und Wasserwirtschaft, Baugewerbe, und Kultur, Sport und Unterhaltung.

Die zahlenmäßig größten Branchen sind die Metallverarbeitung (15,7 % der beschäftigten BKK Mitglieder; +0,1 PP im Vergleich zu 2010), der Handel (13,2 %; +0,1 PP), Dienstleistungen (12,1 %; +0,2 PP) und das Gesundheits- und Sozialwesen (10,0 %; unverändert gegenüber 2010).

Die höchsten Anteile an BKK Versicherten im Vergleich zu den gesamt beschäftigten Versicherten in Deutschland finden sich in den Bereichen Telekommunikation (42,1 %) und Postdienste

(38,0 %). Ebenfalls ein hoher Anteil an BKK Versicherten findet sich bei der Metallverarbeitung (32,8 %).

Verteilung nach Geschlecht

Der Frauenanteil an den insgesamt beschäftigten BKK Mitgliedern betrug 2011 43,9 % und ist damit gegenüber 2010 leicht um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. Während in einigen Branchen das Geschlechterverhältnis relativ ausgeglichen ist, gibt es in anderen Bereichen auch große Abweichungen. So reicht die Spannweite von einem Frauenanteil von 15,0 % im Baugewerbe bis hin zu 82,3 % im Gesundheits- und Sozialwesen. Die geschlechterspezifischen Besonderheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sind in der *Tabelle 4.1* aufgezeigt.

Insgesamt betrug 2011 die Arbeitsunfähigkeitszeit je beschäftigtem BKK Mitglied 14,7 Tage. Frauen hatten mit 15,0 AU-Tagen längere Fehlzeiten als Männer mit 14,5 AU-Tagen je Mitglied. Der Anstieg zum Vorjahr war jedoch bei beiden Gruppen fast gleich (Männer: +0,8 Tage; Frauen: +0,9 Tage).

Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich in den Postdiensten, bei denen Frauen mit durchschnittlich 25,5 AU-Tagen 7,1 Tage über dem Durchschnitt der Männer liegen (18,4 AU-Tagen). Auch im Gastgewerbe haben Frauen mit 14,9 AU-Tagen 4,4 Tage mehr als die Männer mit 10,5 AU-Tagen. Umgekehrt liegen im Baugewerbe Männer (16,9 AU-Tagen) um 6,8 Tage über den Frauen (10,1 AU-Tagen). Im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling liegen die Frauen 6,5 Tage unter den AU-Tagen der Männer (Frauen: 15,7 AU-Tagen; Männer:

22,2 AU-Tagen). Unterschiede können hier u. a. aufgrund von geschlechtsspezifischen Tätigkeitsprofilen entstehen. Sehr ausgeglichen ist dagegen das Verhältnis im Bereich öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung: Hier weisen Männer mit 18,1 und Frauen mit 18,2 AU-Tagen fast die gleichen Fehlzeiten auf.

Altersentwicklung

Das Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder lag 2011 bei 41,3 Jahren und damit um 0,4 Jahre über dem Durchschnittsalter des Vorjahres. Frauen waren mit 40,6 Jahren im Schnitt um 1,2 Jahre jünger als Männer mit 41,8 Jahren. Das Durchschnittsalter in den Branchen ist der *Tabelle 4.1* zu entnehmen.

Die Entwicklung der Altersstruktur verlief 2011 in allen Branchen relativ gleich: Alle verzeichneten einen geringen Anstieg im

Vergleich zu 2010. Mit 36,6 Jahren war das Gastgewerbe die Branche mit dem geringsten Durchschnittsalter. Die Branche mit dem höchsten Durchschnittsalter waren die Postdienste mit 44,7 Jahren (2010: 44,1 Jahre). Knapp dahinter folgte die öffentliche Verwaltung mit 44,1 Jahren. Während bei den Postdiensten die Frauen etwas älter als die Männer waren, war das Verhältnis in der öffentlichen Verwaltung umgekehrt.

Das Durchschnittsalter entwickelte sich über alle Branchen hinweg sehr homogen. Die Abweichungen zum Vorjahr entsprachen mit +0,2 bis +0,6 Jahre fast alle knapp dem Gesamtanstieg.

Die Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeiten nach Branchen und Berufen werden im Folgenden detailliert beschrieben.

Tabelle 4.1

	je insg. versicherten Beschäftigten			Frauenanteil BKK Mitgl.	Durchschnittsalter der Beschäftigten BKK-Mitgl.		
	Männer	Frauen	Gesamt	% Frauen	Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	12,2	11,9	12,6	37,5%	39,1	38,8	39,7
Nahrung, Genuss	16,2	15,9	16,6	47,3%	40,7	40,9	40,4
Textil, Bekleidung, Leder	13,8	14,6	13,1	52,7%	42,9	43,3	42,5
Holz, Papier, Druck	15,5	16,0	14,2	25,1%	42,4	42,6	41,7
Chemie	14,2	14,4	13,6	26,7%	43,0	43,5	41,6
Glas, Keramik, Steine/Erden	16,3	17,1	13,2	21,3%	43,6	43,8	42,8
Metallerzeugung	16,2	16,6	14,1	15,9%	42,4	42,5	42,2
Metallverarbeitung	13,9	13,7	15,0	18,9%	42,4	42,7	41,2
Möbel und sonstige Erzeugnisse	13,0	12,7	13,4	40,5%	40,6	40,7	40,6
Energie- und Wasserwirtschaft	12,9	12,9	12,8	25,0%	43,1	43,9	40,9
Abfallbeseitigung und Recycling	21,0	22,2	15,7	18,3%	43,6	44,0	41,6
Baugewerbe	15,9	16,9	10,1	15,0%	39,2	38,9	41,1
Handel	13,2	12,4	14,0	52,5%	39,6	39,3	40,0
Verkehr	19,3	19,7	18,1	23,5%	43,1	43,8	41,0
Postdienste	22,4	18,4	25,5	56,6%	44,7	42,2	46,6
Gastgewerbe	13,2	10,5	14,9	60,0%	36,6	35,5	37,3
Verlage und Medien	8,7	8,0	9,3	56,4%	40,8	41,2	40,4
Telekommunikation	14,5	13,8	17,3	21,1%	43,8	44,7	40,4
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	8,2	7,0	10,6	33,4%	39,4	39,5	39,3
Kredit- und Versicherungsgewerbe	10,4	8,4	11,7	60,7%	40,5	41,3	40,0
Dienstleistungen	12,7	12,6	12,9	49,6%	39,9	40,1	39,7
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	18,1	18,1	18,2	62,3%	44,1	45,1	43,5
Erziehung und Unterricht	12,9	10,3	13,9	71,3%	39,9	37,8	40,8
Gesundheits- und Sozialwesen	15,5	14,0	15,9	82,3%	40,0	41,1	39,7
Kultur, Sport und Unterhaltung	14,5	13,5	15,3	54,5%	40,4	40,4	40,4
Gesamt	14,7	14,5	15,0	43,9%	41,3	41,8	40,6

4.1.2 Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick

Auch 2011 waren, wie auch schon in den vorangegangenen Jahren, steigende AU-Zeiten zu beobachten. Waren noch 2010 durchschnittlich 13,9 Arbeitsunfähigkeitstage je beschäftigtes BKK Mitglied zu verzeichnen, so betragen diese 2011 mit 14,7 Tagen bereits 0,8 Tage mehr. (vgl. *Diagramm 4.1*). Auch der Krankenstand ist seit 2010 von 3,8 % um 0,2 Prozentpunkte auf 4,0 % im Jahr 2011 angestiegen. Beschäftigte Männer verzeichneten mit 14,5 AU-Tagen einen geringeren Schnitt als Frauen mit durchschnittlich 15,0 Tagen. Bei der Betrachtung der Untergruppe der pflichtversicherten Beschäftigten ist dieses Verhältnis jedoch umgekehrt: Hier hatten Frauen durchschnittlich 0,8 AU-Tage weniger als Männer (vgl. *Tabelle 4b im Tabellenanhang*).

Der Trend der ansteigenden Krankenstände findet sich auch in den einzelnen Wirtschaftsgruppen wieder, jedoch sind Unterschiede zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zu erkennen (*Diagramm 4.1*). Während der durchschnittliche Anstieg von 2010 auf 2011 0,8 Tage betrug, so verzeichneten die Postdienste einen überdurchschnittlichen Anstieg um 1,1 Arbeitsunfähigkeitstage von 21,3 auf 22,4 AU-Tage. Damit liegen die Postdienste, wie auch 2010, an der Spitze der AU-Tage nach Wirtschaftsgruppen. Den höchsten Anstieg verzeichnete das Gesundheits- und Sozialwesen mit einem Plus von 1,5 Tagen auf 15,5 Tage (2010: 14,0 AU-Tage). Weitere Wirtschaftsgruppen, bei denen der Anstieg 2011 stärker als beim Gesamtdurchschnitt ausfiel,

waren Nahrung und Genuss und Gastgewerbe (jeweils +1,3 AU-Tage), sowie öffentliche Verwaltung, Baugewerbe sowie Erziehung und Unterricht mit jeweils einem Anstieg von 1,1 Tagen. Auch der Handel lag mit einem Plus von 0,9 Tagen knapp über dem Durchschnitt. Dagegen verzeichneten Chemie (+0,5 AU-Tage), Metallherzeugung, Energie- und Wasserwirtschaft sowie Verlage und Medien mit einem Plus von 0,4 Tagen einen Anstieg, der wesentlich unter dem Durchschnitt lag. Textil, Bekleidung und Leder hat als einzige Wirtschaftsgruppe – entgegen dem Trend – einen Rückgang der AU-Zeiten von 0,3 Tagen.

Neben den Postdiensten fielen die meisten AU-Tage, wie auch im Vorjahr, in der

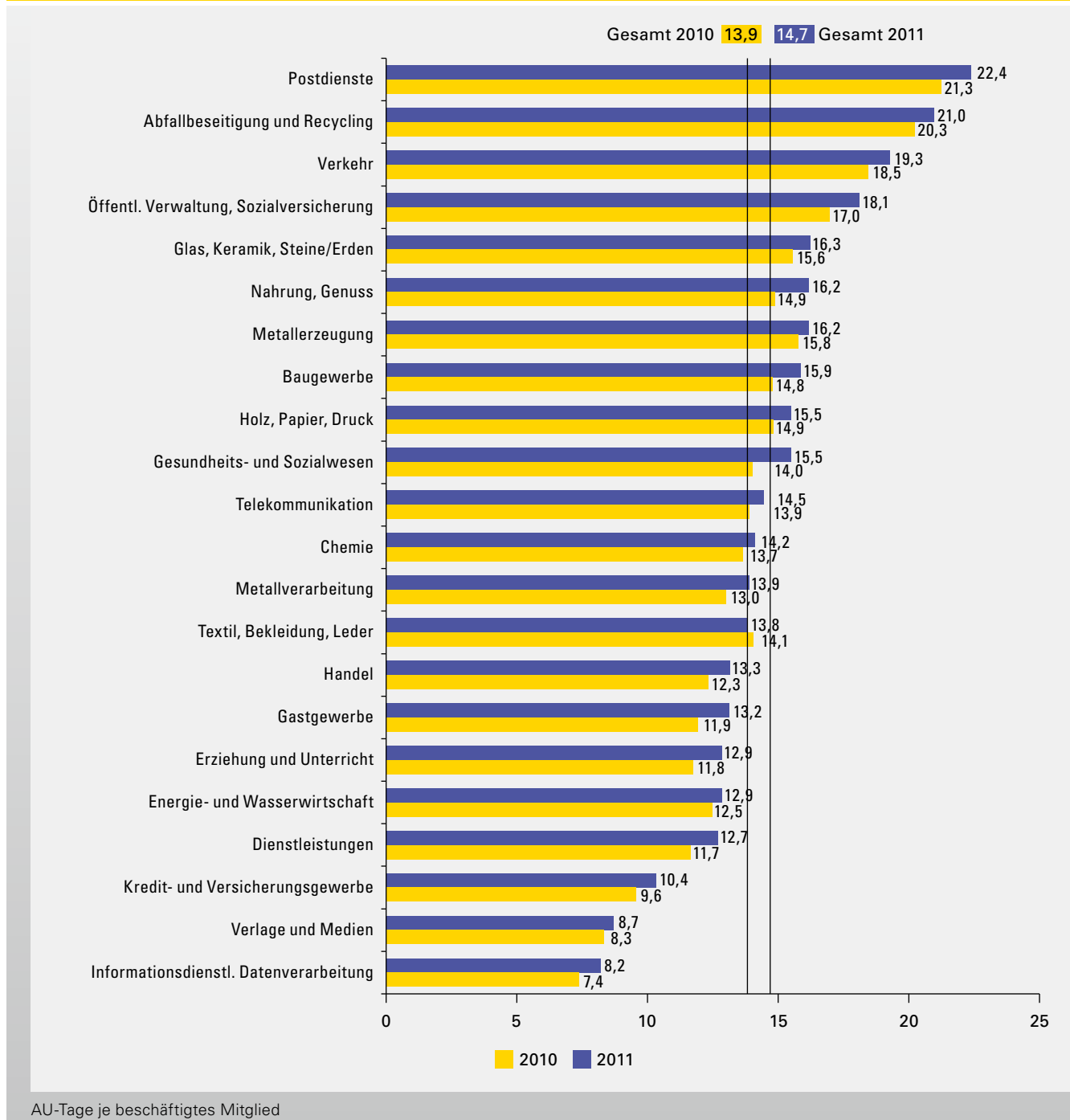
Wirtschaftsgruppe der Abfallbeseitigung und Recycling (21,0 Tage) an, auch wenn die Beschäftigten in diesem Bereich 2011 mit einem Anstieg von 0,7 Tagen gegenüber dem Vorjahr knapp unter dem Durchschnittsanstieg der Branchen lagen. Auch der Bereich Verkehr lag 2011 mit 19,3 Tagen weiterhin weit oben auf der Skala.

Wie in den vorangegangenen zwei Jahren fielen auch 2011 die niedrigsten Fehlzeiten auf den Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung. Hier wurden im Schnitt 8,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied gemeldet. Der Anstieg entsprach mit 0,8 Tagen genau dem Durchschnittsanstieg.

- Postdienste liegen weiter mit leicht überdurchschnittlichem Anstieg der AU-Tage an der Spitze der Wirtschaftsgruppen.
- Gesundheits- und Sozialberufe weisen insgesamt den höchsten Anstieg an AU-Tagen im Wirtschaftsgruppenvergleich auf.
- Datenverarbeitung hat weiter den niedrigsten Stand der AU-Tage.
- Textil, Bekleidung und Leder weist als einzige Gruppe einen Rückgang der AU-Tage auf.

Diagramm 4.1

Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen



4.1.3 Arbeitsunfähigkeit nach beruflicher Tätigkeit

Branchenspezifische Arbeitsunfähigkeitszeiten können auf Belastungen durch die berufliche Tätigkeit zurückzuführen sein. Daher werden in dem folgenden Abschnitt die AU-Zeiten nach Beruf betrachtet. Dargestellt sind jeweils ausgewählte Berufe mit hohen und geringen Fehlzeiten. Die erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen lassen sich z. T. durch unterschiedliche Belastungsprofile erklären. Es spielen aber auch weitere Faktoren eine Rolle. Auf die Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und sozialer Lage auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde bereits in *Kapitel 3* näher eingegangen. Auch an der berufsspezifischen Auswertung in diesem Kapitel lässt sich jedoch erkennen, dass Berufe, die ein höheres Qualifikationsprofil haben, tendenziell geringere Fehlzeiten aufweisen. Die nachfolgenden Angaben bezeichnen die AU-Tage pro Mitglied, auch wenn wegen der besseren Lesbarkeit nur von AU-Tagen die Rede ist.

Unter den ausgewählten Berufen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen standen 2011 die Gleisbauer mit 28,9 AU-Tagen an erster Stelle (vgl. *Tabelle 4.2*). Damit stiegen die Arbeitsunfähigkeitszeiten in dieser Gruppe um 2,5 Tage gegenüber 2010 und haben damit die Straßenreiniger und Abfallbeseitiger (2011: 27,8 AU-Tage pro Mitglied) überholt, die in den Vorjahren die Liste anführten.

Einen großen Anstieg verzeichneten Glasbearbeiter und Glasveredler mit einem Plus von 3,6 Tagen gegenüber 2010 (2011: 22,5 AU-Tage pro Mitglied). Auch die Gruppe der Helfer in der Krankenpflege verzeichnete mit 23,6 AU-Tagen einen Zuwachs der Fehlzeiten um 1,9 AU-Tage gegenüber dem Vorjahr. Damit fiel der Anstieg in dieser Gruppe höher aus als im Branchenschnitt des Gesundheits- und Sozialwesens. Dagegen verzeichneten die Gummihersteller und -verarbeiter einen deutlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten um 2,5 Tage auf 22,4 Tage im Jahr 2011.

Tabelle 4.2

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesamt

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Gleisbauer	463	3.510	1,5	28,9
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	9.302	1,7	27,8
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	35.301	1,4	25,4
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	5.089	1,7	25,3
Kultur-, Wasserbauwerker	465	3.019	1,9	25,1
Straßenwarte	716	5.305	2,0	24,5
Druckerhelfer	177	4.352	1,5	24,3
Wäscher, Plätter	931	4.819	1,4	23,7
Sonstige Metallverformer (spanlose Verformung)	213	3.574	1,5	23,7
Helfer in der Krankenpflege	854	40.925	1,3	23,6
Metallvergüter	233	3.300	1,5	23,5
Kranführer	544	3.579	1,3	23,3
Postverteiler	732	45.405	1,2	23,3
Glasbearbeiter, Glasveredler	135	5.772	1,5	22,5
Gummihersteller, -verarbeiter	143	11.144	1,4	22,4
Transportgeräteführer	742	14.552	1,4	22,3
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	41.066	1,5	22,2
Schweißer, Brennschneider	241	16.896	1,5	22,1
Raum-, Hausratreiniger	933	67.821	1,2	21,9
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	321	20.561	1,6	21,8
Kraftfahrzeugführer	714	126.358	1,0	21,0
Wächter, Aufseher	792	20.689	1,1	20,3
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Naturwissenschaftler, a. n. g.	883	6.672	0,4	4,0
Rechtsvertreter, -berater	813	6.182	0,5	4,8
Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen und Akademien	871	8.395	0,4	4,9
Apotheker	844	5.110	0,5	5,9
Praktikanten, Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf	982	10.466	0,9	6,0
Geisteswissenschaftler, a. n. g.	882	3.806	0,6	6,7
Ärzte	841	11.805	0,5	6,7
Publizisten	821	7.985	0,7	6,8
Chemiker, Chemieingenieure	611	4.708	0,7	6,9
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, a. n. g., Statistiker	881	14.556	0,7	7,4
Architekten, Bauingenieure	603	12.260	0,7	7,3
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	36.508	0,9	7,5
Unternehmensberater, Organisatoren	752	27.633	0,8	7,7
Bildende Künstler, Graphiker	833	7.351	0,8	7,8
Sonstige Ingenieure	607	33.016	0,8	7,9
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	20.352	0,9	7,9
Diätassistentinnen, pharmazeutisch-technische Assistenten	855	11.166	0,9	8,1
Augenoptiker	304	6.519	1,0	8,6
Gymnasiallehrer	872	4.804	0,7	8,7
Zahntechniker	303	7.120	0,9	8,8
Datenverarbeitungsfachleute	774	91.330	0,9	9,2
Med. Fachangestellte	856	112.651	1,0	9,5

Sehr niedrige Arbeitsunfähigkeitszeiten wiesen Naturwissenschaftler mit 4,0 AU-Tagen sowie Rechtsvertreter und -berater und Hochschullehrer mit 4,8 bzw. 4,9 AU-Tagen auf. Auch Apotheker und Ärzte verzeichneten mit 5,9 und 6,7 Tagen, wie auch in den Vorjahren, geringe Fehlzeiten.

Betrachtet man Frauen und Männer getrennt voneinander, so zeigten bei den Frauen die Eisenbahnbetriebsreglerinnen mit 27,8 AU-Tagen die längsten Fehlzeiten. Auch Helferinnen in der Krankenpflege, Montiererinnen und Postverteilerinnen befanden sich mit jeweils über 26 AU-Tagen an der Spitze der Fehlzeitenskala (vgl. *Tabelle 4.3*). Postverteilerinnen lagen mit 26,3 AU-Tagen um 7,5 Tage über ihren männlichen Kollegen mit 18,8 AU-Tagen. Die niedrigsten Fehlzeiten verzeichneten Naturwissenschaftlerinnen mit 4,8 AU-Tagen. Auch Apothekerinnen, Ärztinnen und Publizistinnen lagen mit 6,1, 7,3 und 7,4 AU-Tagen weit unter dem Durchschnitt.

Tabelle 4.3

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Frauen

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	10.161	1,7	27,8
Sonstige Montiererinnen	322	11.198	1,8	26,8
Helferinnen in der Krankenpflege	854	28.718	1,4	26,3
Postverteilerinnen	732	27.150	1,3	26,3
Elektrogeräte-, Elektroteilemontiererinnen	321	11.823	1,8	25,5
Kunststoffverarbeiterinnen	151	5.981	1,7	25,0
Kraftfahrzeugführerinnen	714	7.052	1,2	24,8
Elektroinstallateurinnen, -monteurinnen	311	4.531	1,8	24,7
Warenaufmacherinnen, Versandfertigmacherinnen	522	15.878	1,6	24,6
Metallarbeiterinnen, o. n. A.	323	7.965	1,7	24,4
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a. n. g.	521	8.789	1,6	23,3
Chemiebetriebswerkerinnen	141	7.496	1,8	23,0
Lager-, Transportarbeiterinnen	744	19.377	1,5	22,7
Raum-, Hausratreinigerinnen	933	59.701	1,2	22,5
Telefonistinnen	734	10.680	1,6	22,1
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	7.236	1,2	21,4
Hilfsarbeiterinnen ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	28.347	1,6	21,4
Köchinnen	411	31.713	1,2	21,0
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	64.591	1,3	20,8
Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	923	17.809	1,2	20,6
Lagerverwalterinnen, Magazinerinnen	741	9.017	1,5	18,8
Kassiererinnen	773	20.702	1,1	18,6
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Naturwissenschaftlerinnen, a. n. g.	883	3.125	0,5	4,8
Apothekerinnen	844	4.565	0,5	6,1
Ärztinnen	841	8.230	0,6	7,3
Publizistinnen	821	4.307	0,7	7,4
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen, a. n. g., Statistikerinnen	881	8.722	0,8	7,5
Unternehmensberaterinnen, Organisatorinnen	752	10.946	0,8	7,6
Wirtschaftsprüferinnen, Steuerberaterinnen	753	27.775	0,9	7,7
Diätassistentinnen, pharmazeutisch-technische Assistentinnen	855	10.891	0,9	8,1
Med. Fachangestellte	856	111.923	1,0	9,5
Fremdenverkehrsfachfrauen	702	9.722	1,0	9,5
Apothekenhelferinnen	685	6.622	0,9	9,6
Verkehrsfachfrauen (Güterverkehr)	701	9.024	1,1	10,3
Unternehmerinnen, Geschäftsführerinnen, Geschäftsbereichleiterinnen	751	13.033	0,8	10,3
Leitende und administrativ entscheidende Verwaltungsfachfrauen	762	8.245	0,9	10,6
Technische Zeichnerinnen	635	12.191	1,2	10,8
Buchhalterinnen	772	28.727	1,0	10,8
Friseurinnen	901	20.861	1,1	11,4
Bankfachfrauen	691	82.377	1,2	11,5
Hoteliers, Gastwirtinnen, Hotel-, Gaststättengeschäftsführerinnen	911	11.501	1,1	11,5
Groß- und Einzelhandelskauffrauen, Einkäuferinnen	681	51.097	1,1	11,7
Masseurinnen, Krankengymnastinnen und verwandte Berufe	852	23.783	1,1	11,7
Facharbeiterinnen o. n. T.	991	8.463	1,0	12,9

Bei den Männern verzeichneten, wie auch im Gesamt, die Gleisbauer und die Straßenreiniger die höchsten Arbeitsunfähigkeitszeiten mit 28,9 und 28,0 AU-Tagen (vgl. *Tabelle 4.4*). Da in beiden Berufen zum größten Teil Männer beschäftigt sind, wundert es nicht, dass die Ergebnisse im Gesamt und bei den Männern fast dieselben sind. Einen starken Rückgang verzeichneten 2011 die Gummiersteller und -verarbeiter mit 21,5 AU-Tagen. Im Vorjahr betrug die AU-Zeiten noch durchschnittlich 24,6 Tage und damit 3,1 Tage mehr. Unter den Berufen mit den niedrigsten Fehlzeiten standen die Naturwissenschaftler mit 3,4 AU-Tagen an vorderster Stelle. Auch Hochschullehrer hatten mit nur 3,6 AU-Tagen sehr geringe Fehlzeiten. In der großen Gruppe der Datenverarbeitungsfachleute wiesen Männer mit 7,8 AU-Tagen eine um 5,5 Tage kürzere AU-Zeit als ihre weiblichen Kolleginnen (13,3 AU-Tag) auf.

Tabelle 4.4**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Männer**

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Gleisbauer	463	3.492	1,5	28,9
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	8.931	1,7	28,0
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	4.894	1,7	25,5
Maschinen-, Behälterreiniger und verwandte Berufe				
Straßenwarte	937	4.086	1,3	24,7
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	716	5.216	2,0	24,5
Druckerhelfer	712	25.140	1,3	24,5
Metallvergüter	177	3.348	1,5	24,2
Sonstige Metallverformer (spanlose Verformung)	233	3.248	1,4	23,6
Transportgeräteführer	213	3.231	1,5	23,4
Schweißer, Brennschneider	742	13.501	1,4	22,6
Eisen-, Metallherzeuger, Schmelzer	241	16.582	1,5	22,0
Gummiersteller, -verarbeiter	191	7.218	1,4	22,0
Warenaufmacher, Versandfertigtmacher	143	9.832	1,4	21,5
Kraftfahrzeugführer	522	25.188	1,4	20,8
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	714	119.306	1,0	20,7
Straßenbauer	275	13.793	1,5	20,7
Wächter, Aufseher	462	5.262	1,4	20,1
Maurer	792	13.453	1,0	19,7
Dachdecker	441	17.421	1,2	19,6
Lager-, Transportarbeiter	452	6.917	1,3	19,2
Postverteiler	744	77.346	1,4	19,1
	732	18.255	1,1	18,8
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Naturwissenschaftler, a. n. g.	883	3.547	0,4	3,4
Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen und Akademien	871	4.256	0,3	3,6
Praktikanten, Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf	982	5.180	0,7	5,0
Ärzte	841	3.575	0,4	5,4
Publizisten	821	3.678	0,6	6,0
Chemiker, Chemieingenieure	611	3.032	0,7	6,6
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	8.734	0,8	6,8
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, a. n. g., Statistiker	881	5.834	0,7	7,2
Sonstige Ingenieure	607	27.674	0,8	7,6
Unternehmensberater, Organisatoren	752	16.688	0,7	7,7
Datenverarbeitungsfachleute	774	68.855	0,9	7,8
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	18.297	0,9	8,0
Leitende und administrativ entscheidende Verwaltungsfachleute				
Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichleiter	762	7.709	0,7	8,3
Buchhalter	751	30.324	0,7	9,1
Technische Zeichner	772	8.027	0,8	9,3
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	635	9.995	1,0	9,4
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	681	48.062	0,9	9,5
Werbefachleute	701	14.049	0,9	9,6
Bankfachleute	703	9.304	0,9	10,1
Bürofachkräfte	691	40.346	1,1	10,6
Facharbeiter o. n. T.	781	211.605	1,0	10,8
	991	15.085	0,8	11,7

4.1.4 Arbeitsunfähigkeit wichtiger Berufsgruppen innerhalb ausgewählter Wirtschaftszweige

Nachdem in den beiden vorhergehenden Abschnitten die Arbeitsunfähigkeit der Branchen und nach Berufen gesamt dargestellt wurde, werden im folgenden Abschnitt die Arbeitsunfähigkeitszeiten nach Berufen innerhalb einzelner aus-

gewählter Branchen dargestellt. Dabei werden die Wirtschaftszweige mit den meisten beschäftigten BKK Mitgliedern und dem größten Anteil von beschäftigten BKK Mitgliedern an den Gesamtbeschäftigten der Branche gewählt. Darge-

stellt werden jeweils sowohl Berufe mit den höchsten AU-Zeiten innerhalb der Branche als auch weitere ausgewählte Berufsgruppen.

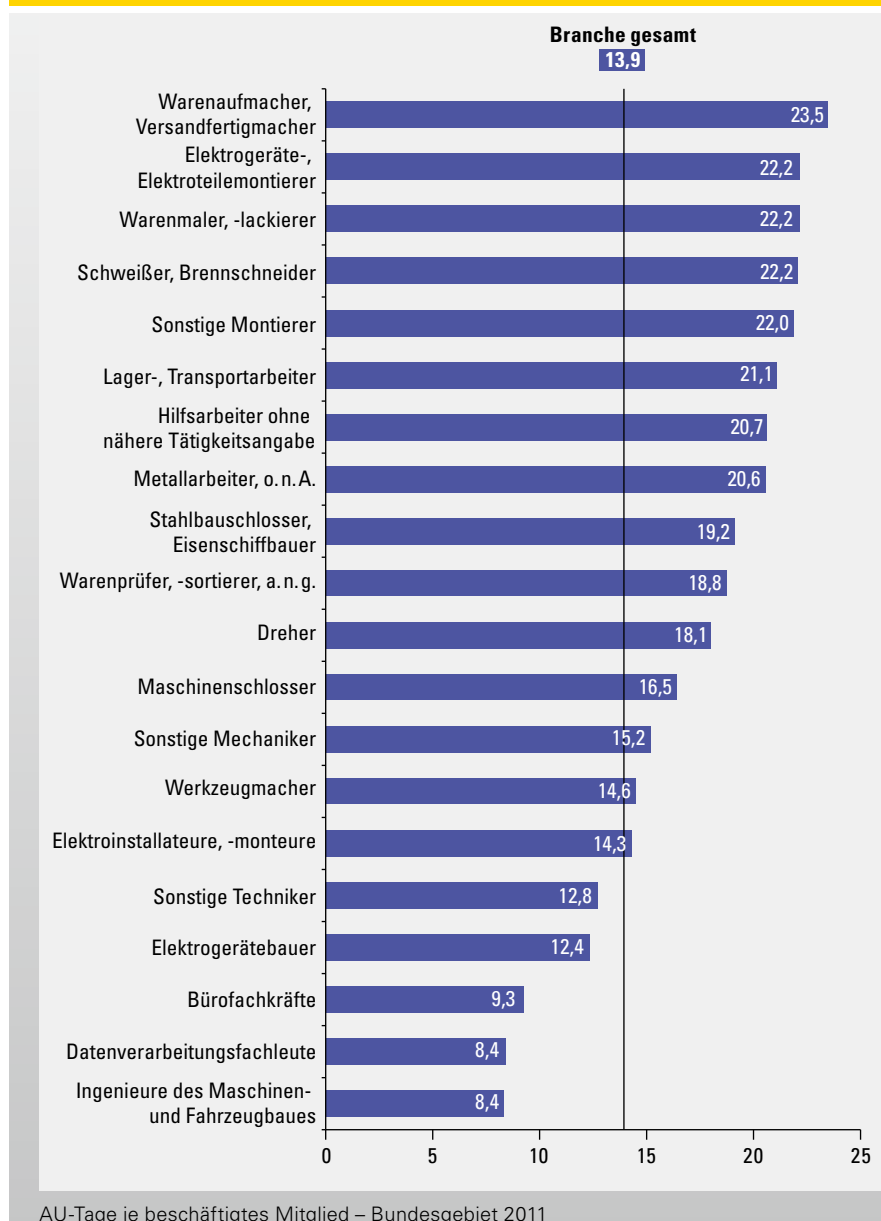
Metallverarbeitung

Mit knapp 868 Tsd. beschäftigten Mitgliedern bildete die Branche der *Metallverarbeitung* 2011 (wie auch in den Vorjahren) die größte Mitgliedsgruppe innerhalb der beschäftigten BKK Versicherten. Dies entspricht einem Anteil von 15,7 %. Davon waren 703 Tsd. Männer und 164 Tsd. Frauen. Mit 32,8 % ist fast jedes dritte beschäftigte Mitglied dieser Branche bei einer Betriebskrankenkasse versichert.

Durchschnittlich verzeichnete ein beschäftigtes BKK Mitglied in dieser Branche im Jahr 2011 13,9 Arbeitsunfähigkeitstage (2010: 13,0 AU-Tage). Frauen hatten mit 15,0 Tagen um 1,3 Tage längere Fehlzeiten als Männer. Ein durchschnittlicher Krankheitsfall dauerte 12,0 Tage. Warenaufmacher und Versandfertigmacher hatten mit 23,5 AU-Tagen die längsten Fehlzeiten der Branche (vgl. *Diagramm 4.2*). Sie lagen damit um 1,3 Tage über den Elektrogeräte- und Elektroteilemontierern, Warenmalern- und Lackierern und den Schweißern, die mit jeweils 22,2 Tagen auf Platz zwei der Liste standen. Wesentlich niedrigere Krankenstände verzeichneten dagegen Ingenieure und Datenverarbeitungsfachleute mit jeweils 8,4 AU-Tagen sowie die Gruppe der Bürofachkräfte mit 9,3 AU-Tagen.

Diagramm 4.2

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallverarbeitung



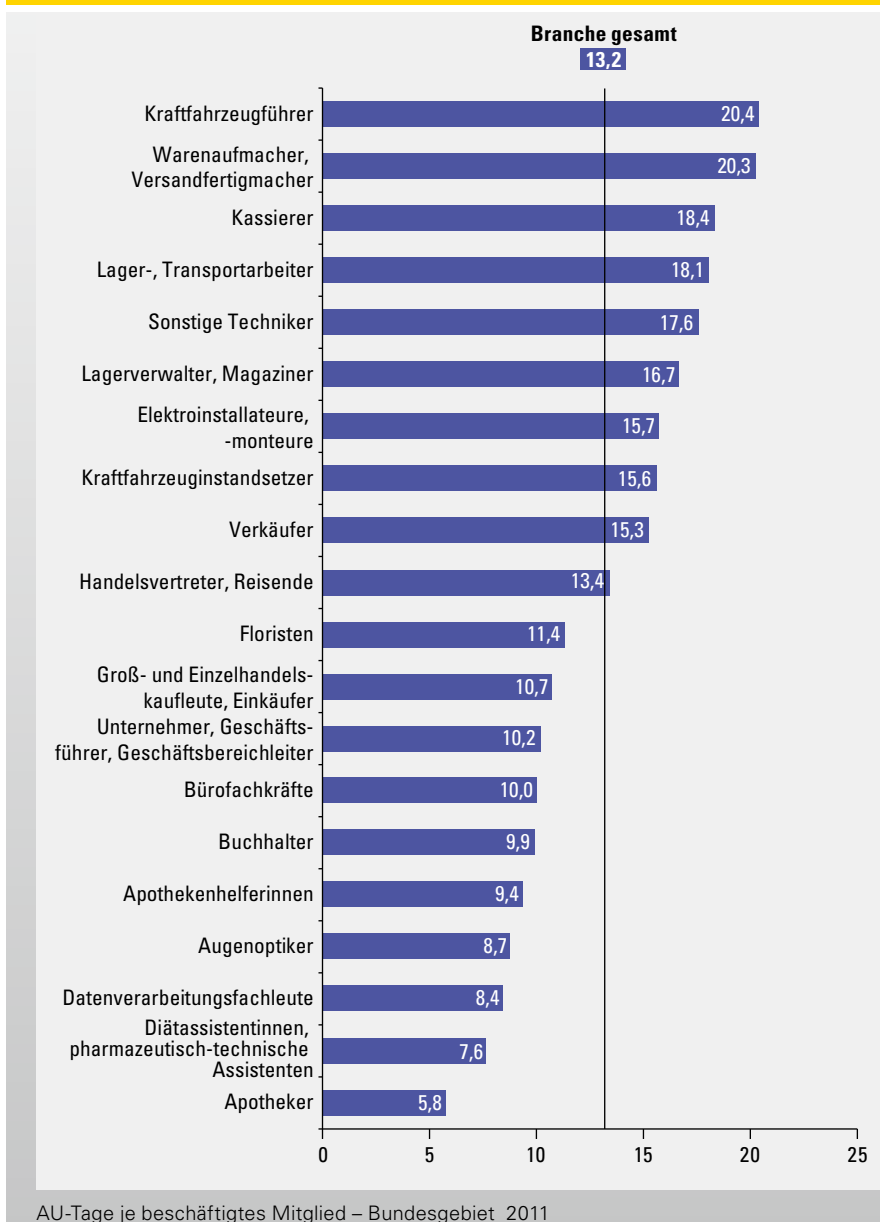
Handel

Gemessen an beschäftigten BKK Mitgliedern bildete der Handel 2011 die zweitgrößte Branche. Knapp 730 Tsd. BKK Mitglieder waren dort beschäftigt – gut eintausend weniger als 2010. Mit einem Frauenanteil von 52,5 % ist das Geschlechterverhältnis in dieser Branche relativ ausgeglichen. Die durchschnittlichen AU-Tage je Mitglied lagen 2011 bei 13,2 Tagen. Das bedeutet einen Anstieg von 0,9 Tagen gegenüber dem Vorjahr. Damit fiel der Anstieg leicht stärker aus als im Gesamtschnitt (+0,8 AU-Tage). Frauen lagen mit 14,0 AU-Tagen um 1,6 Tage über den Männern mit 12,4 Tagen. Im Schnitt dauerte ein Krankheitsfall 13,0 Tage (vgl. *Diagramm 4.3*).

Mit 20,4 Tagen verzeichneten Kraftfahrzeugführer die höchste AU-Zeit in der Branche, knapp vor den Warenaufmachern und Versandfertigmachern mit 20,3 AU-Tagen. Kassierer und Lager- und Transportarbeiter folgen mit einigem Abstand mit 18,4 und 18,1 Tagen und lagen damit ca. zwei Tage darunter. Apotheker wiesen, wie bereits im Vorjahr, die geringsten Arbeitsunfähigkeitszeiten auf: Mit 5,8 AU-Tagen haben aber auch sie im Vergleich zu 2010 um 0,3 Tage zugelegt (2010: 5,5 AU-Tage). Mit jeweils unter neun AU-Tagen wiesen auch Augenoptiker (8,7), Datenverarbeitungsfachleute (8,4) und Diätassistenten und pharmazeutisch-technische Assistenten (7,6) Fehlzeiten deutlich unter dem Branchenschnitt auf.

Diagramm 4.3

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Handel



Dienstleistungen

Die drittgrößte Gruppe gemessen an BKK Mitgliedern ist der Bereich Dienstleistungen. 668 Tsd. BKK Mitglieder waren 2011 in diesem Bereich beschäftigt, davon 337 Tsd. Männer und 331 Tsd. Frauen. Damit ist das Geschlechterverhältnis in dieser Branche sehr ausgeglichen (50,4 % Männer zu 49,6 % Frauen). Die durchschnittliche Fehlzeit in dieser Branche betrug 12,7 AU-Tage je Mitglied (2010: 11,7 AU-Tage). Frauen lagen mit 12,9 AU-Tagen über den Männern mit 12,6 AU-Tagen. Die durchschnittliche Falldauer betrug 12,4 Tage (vgl. *Diagramm 4.4*).

Wie auch im Vorjahr verzeichneten Telefonisten 2011 mit 23,2 Tagen die meisten AU-Tage. Mit einem Anstieg um 1,9 Tage (2010: 21,3 AU-Tage) verlief die Entwicklung in dieser Berufsgruppe aber deutlich stärker als im Branchenschnitt. Auch die große Gruppe der Raum- und Hausratreiniger verzeichnete einen Anstieg von 1,9 AU-Tagen gegenüber dem Vorjahr und landete mit 20,8 AU-Tagen auf Rang zwei.

Bei der zahlenmäßig größten Gruppe der Bürofachkräfte fiel der Anstieg etwas geringer aus als im Branchenschnitt: Beschäftigte in diesem Beruf verzeichneten mit 10,7 AU-Tagen 2011 einen Anstieg von nur 0,7 Tagen gegenüber 2010 (10,0 AU-Tage). Männer lagen dabei mit 9,5 AU-Tagen niedriger als Frauen mit 11,1 AU-Tagen.

Auch Architekten, die 2011 erneut mit 5,6 Tagen wieder ganz am Ende der Fehlzeitenskala standen, weisen einen Anstieg gegenüber 2010 auf, der mit einem Plus von 0,8 Tagen knapp unter dem Branchenschnitt liegt. 2010 betrug die durchschnittliche AU-Zeit nur 4,8 Tage. Weitere Berufe mit geringen Fehlzeiten waren Wirtschaftsprüfer und Steuerberater mit 7,4 Tagen und Datenverarbeitungsfachleute mit 8,0 Tagen.

Diagramm 4.4



Gesundheits- und Sozialwesen

Gemessen an beschäftigten BKK Mitgliedern stellte 2011, wie auch in den vergangenen Jahren, das *Gesundheits- und Sozialwesen* die viertgrößte Gruppe. Hier waren gut 553 Tsd. BKK Mitglieder beschäftigt. Frauen waren dabei mit knapp 456 Tsd. Mitgliedern gegenüber Männern (knapp 98 Tsd.) deutlich in der Überzahl (82,3 % Frauen gegenüber 17,7 % Männer). Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeit betrug 15,5 Tage (vgl. *Diagramm 4.5*). Mit einem Plus von 1,5 Tagen gegenüber 2010 verzeichnete dieser Bereich den stärksten Anstieg im Wirtschaftsgruppenvergleich. Frauen wiesen dabei mit einem Anstieg um 1,6 Tage auf 15,9 Tage 2011 ein stärkeres Plus auf als Männer mit einem Anstieg von 1,1 Tagen (2011: 14,0 AU-Tage).

Raum- und Hausratreiniger verzeichneten 2011, wie auch schon in den Vorjahren, den höchsten Krankenstand in der Branche. Mit 25,6 AU-Tagen gab es in dieser Berufsgruppe zudem gegenüber 2010 mit 1,8 Tagen einen Anstieg (2010: 23,8 AU-Tage), der über dem Branchenniveau lag. Einen noch stärkeren Anstieg wiesen die Pflegeberufe auf: Helfer in der Krankenpflege lagen mit 24,1 AU-Tagen 2011 um 2,1 Tage über dem Wert von 2010 mit 22,0 Tagen. Auch die Gruppe der Krankenschwestern und -pfleger und Hebammen, insgesamt mit 116 Tsd. BKK Mitgliedern die größte Gruppe der Branche, wies mit 17,7 AU-Tagen 2011 ein Plus von 1,9 Tagen gegenüber 2010 auf.

Ärzte lagen 2011 mit 6,5 Tagen wieder ganz unten auf der Fehlzeitenskala. Aber auch sie verzeichneten ein Plus gegenüber 2010. Allerdings fiel der Anstieg mit nur 0,7 Tagen wesentlich geringer als der Anstieg im Branchenschnitt aus.

Entgegen dem Branchentrend wiesen Bürohilfskräfte mit einem Minus von 1,1 Tagen geringere Fehlzeiten als im Vorjahr (2011: 11,0; 2010: 12,1) auf.

Diagramm 4.5

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesundheits- und Sozialwesen



Verkehr

Im Bereich *Verkehr* waren 2011 274 Tsd. BKK Mitglieder beschäftigt. Mit 210 Tsd. betrug der Männeranteil 76,5 %. Frauen stellten mit 23,5 % (64 Tsd.) entsprechend den kleineren Anteil an Beschäftigten der Branche. Mit 19,3 AU-Tagen (2010: 18,5 Tage) verzeichnete der Bereich Verkehr weiter hohe Fehlzeiten (vgl. *Diagramm 4.6*). Dabei hatten hier Männer mit 19,7 AU-Tagen höhere Fehlzeiten als Frauen mit 18,1 Tagen.

Die Maschinenschlosser hatten mit 29,9 AU-Tagen die höchsten Fehlzeiten in diesem Bereich. Damit lagen sie zudem um 1,5 Tage über dem Wert von 2010 und verzeichneten damit einen höheren Anstieg als im Branchenschnitt. Auch bei Gleisbauern und den Betriebs- und Reparaturschlossern waren hohe AU-Zeiten sowie ein Anstieg (+1,2 bzw. +0,2 AU-Tage) gegenüber dem Vorjahr zu beobachten.

Fehlzeiten weit unter Branchenschnitt verzeichneten Bürokräfte mit 13,0 AU-Tagen (2010: 12,4) und Fremdenverkehrsfachleute mit 11,9 AU-Tagen (2010: 13,6). Letztere wiesen sogar – entgegen dem Branchentrend – ein Minus von 1,7 Tagen gegenüber dem Vorjahr auf. Verkehrsfachleute für den Güterverkehr hatten mit 9,0 AU-Tagen (2010: 9,0) weiter die niedrigsten Fehlzeiten.

Diagramm 4.6

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Verkehr



Öffentliche Verwaltung

In der *öffentlichen Verwaltung* waren 2011 245 Tsd. beschäftigte BKK Mitglieder tätig, davon 62,3 % (153 Tsd.) Frauen. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeit betrug 18,1 Tage (vgl. *Diagramm 4.7*), wobei es in dieser Branche kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern gab: Frauen fehlten mit 18,2 AU-Tagen nur geringfügig länger als Männer mit 18,1 Tagen. Ein Trend, der auch bereits im Vorjahr 2010 zu beobachten war. 2010 betrug die Fehlzeit bei Männern und Frauen in der öffentlichen Verwaltung jedoch noch jeweils 17,0 Tage: Damit sind die Fehlzeiten in diesem Bereich mit 1,1 Tagen im Vergleich zu den anderen Wirtschaftsgruppen überdurchschnittlich angestiegen.

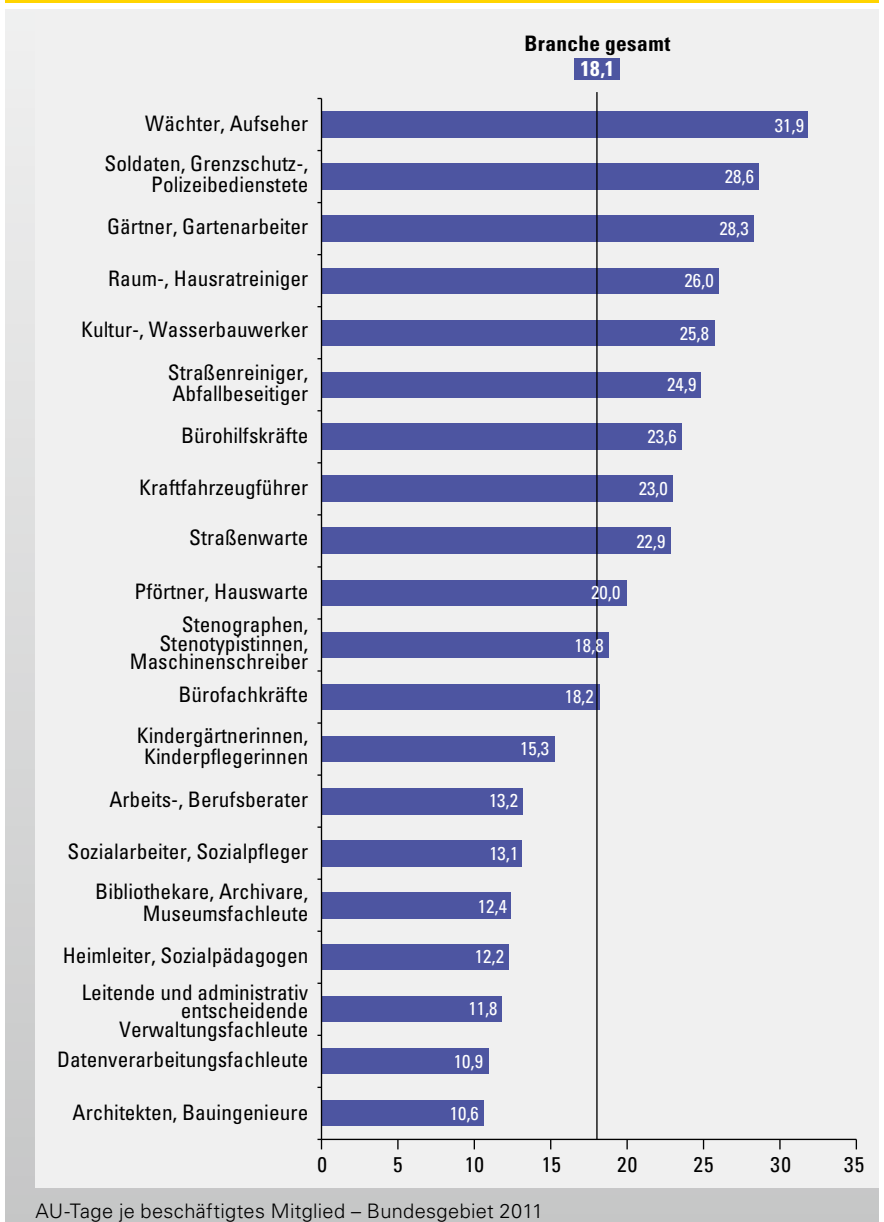
Auch wenn die AU-Tage bei Männern und Frauen fast identisch sind, so gibt es bei der genaueren Betrachtung doch einen Unterschied: Während Frauen mit 1,5 AU-Fällen je Mitglied häufiger fehlten als Männer mit 1,3 Fällen, so verzeichneten Frauen mit durchschnittlich 12,1 Tagen je Fall kürzere Falldauern: Diese lag 1,4 Tage unter denen der männlichen Kollegen (13,5 Tage je Fall).

Wächter und Aufseher verzeichneten 2011, wie auch schon in den Vorjahren, die höchsten Fehlzeiten. 2011 betrug diese durchschnittlich 31,9 AU-Tage. Im Vergleich zum Vorjahr wiesen sie aber einen Rückgang um 0,5 Tage auf. Dagegen verzeichneten Soldaten, Grenzschutz- und Polizeibedienstete mit 28,6 AU-Tagen ein Plus, dass mit 1,2 Tagen leicht über dem Branchenschnitt lag. Gärtner und Gartenarbeiter wiesen mit 28,3 Tagen einen leichten Rückgang gegenüber 2010 auf.

Architekten und Bauingenieure erzielten weiterhin die niedrigsten AU-Zeiten. Mit nur 10,6 Tagen lagen sie weit unter dem Branchenschnitt. Auch Datenverarbeitungsfachleute mit 10,9 Tagen und leitende Verwaltungsfachleute positionierten sich mit 11,8 Tagen weit unter dem Schnitt.

Diagramm 4.7

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Öffentliche Verwaltung



Im Mittelfeld der Fehlzeiten lag die mit Abstand größte Gruppe in diesem Bereich: die Bürofachkräfte. Mit 102 Tsd. BKK Mitgliedern machen sie knapp ein Drittel der Gesamtbeschäftigten aus. Der Frauenanteil dieser Berufsgruppe liegt bei fast 75,5%. Insgesamt entsprach die Fehlzeit mit 18,2 AU-Tagen

fast genau dem Branchenschnitt. Mit einer durchschnittlichen AU-Zeit von 18,8 Tagen waren weibliche Bürofachkräfte 2,5 Tage länger krankgeschrieben als ihre männlichen Kollegen mit 16,3 Tagen.

Post und Telekommunikation

Gemessen am Anteil der Gesamtbeschäftigten einer Branche, die bei einer Betriebskrankenkasse versichert sind, bilden die Bereiche Telekommunikation mit einem Anteil von 42,1 % und Postdienste mit einem Anteil von 38,0 % die größten Gruppen.

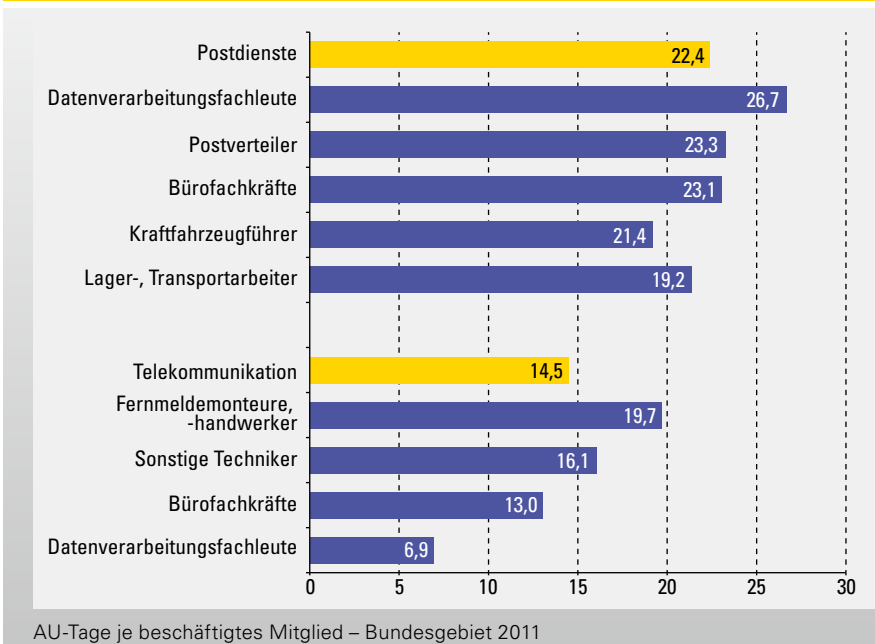
Im Bereich der Postdienste waren 2011 80 Tsd. BKK Mitglieder tätig. Mit 45 Tsd. Frauen waren mehr Frauen als Männer (35 Tsd.) in diesem Bereich beschäftigt. Durchschnittlich verzeichnete jedes Mitglied 22,4 AU-Tage (vgl. Diagramm 4.8). Damit landeten die Postdienste im Branchenvergleich wieder an der Spitze der Fehlzeitskala (2010: 21,3 Tage). Frauen hatten dabei mit 25,5 AU-Tagen wesentlich längere Fehlzeiten als Männer mit 18,4 Tagen. Die durchschnittliche Falldauer betrug 18,7 Tage.

Die längsten AU-Zeiten hatten Datenverarbeitungsfachleute mit 26,7 Tagen. Gegenüber dem Vorjahr war ein Anstieg von 2,7 Tagen zu beobachten. Darauf folgten die Postverteiler mit 23,3 Tagen (2010: 22,3 AU-Tage). Postverteiler bildeten im Bereich der Postdienste mit Abstand die größte Berufsgruppe: mit knapp 43 Tsd. Beschäftigten machen sie über die Hälfte der BKK Mitglieder dieser Branche aus.

31 Tsd. BKK Mitglieder waren 2011 im Bereich Telekommunikation beschäftigt,

Diagramm 4.8

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Postdienste und Telekommunikation



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied – Bundesgebiet 2011

davon 78,9 % Männer. Die durchschnittliche Fehlzeit lag 2011 mit 14,5 AU-Tagen (2010: 13,9 AU-Tage) deutlich unter den Fehlzeiten der Postdienste (vgl. Diagramm 4.8), sowie auch unter dem Gesamtschnitt. Frauen hatten mit 17,3 AU-Tagen je Mitglied höhere Fehlzeiten als Männer mit 13,8 Tagen.

Fernmeldemonteur und -handwerker wiesen mit 19,7 AU-Tagen die längsten

Fehlzeiten auf. Die mit fast 11 Tsd. Mitgliedern stärkste Gruppe in diesem Bereich verzeichnete damit einen Anstieg um 1,3 Tage gegenüber dem Vorjahr. Dagegen war bei Datenverarbeitungsfachleuten die geringste Fehlzeit mit nur 6,9 AU-Tagen zu beobachten. Damit lag diese Berufsgruppe im Bereich der Telekommunikation weit unter den Fehlzeiten in den Postdiensten.

Chemie

Knapp 234 Tsd. BKK Mitglieder waren 2011 im Bereich der *Chemie* beschäftigt. Der Anteil von BKK Mitgliedern an allen Mitgliedern der Branche lag bei 28,4 %. Mit gut 171 Tsd. lag die Anzahl der Männer deutlich über der der Frauen (62 Tsd.). Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeit betrug 14,2 Tage (vgl. *Diagramm 4.9*), und war damit um 0,5 Tage höher als noch 2010. Insgesamt lag der Anstieg damit jedoch unter dem Durchschnitt. Frauen wiesen hier mit 13,6 AU-Tagen weniger Fehlzeiten auf als die Männer mit 14,4 AU-Tagen.

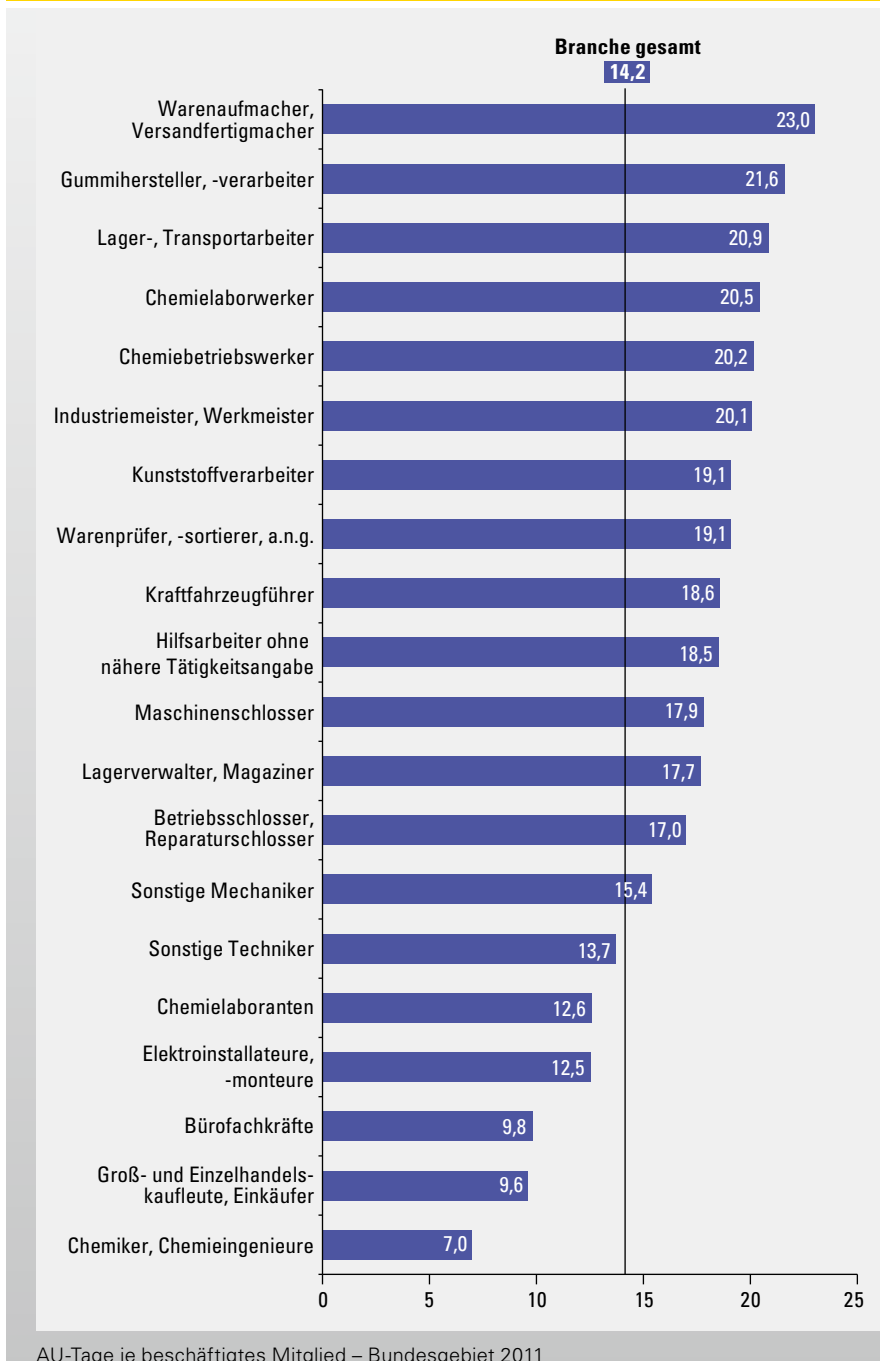
Warenaufmacher und Versandfertigmacher verzeichneten 2011 mit 23,0 AU-Tagen die höchsten Fehlzeiten. Mit einem Plus von 1,6 Tagen lag der Anstieg bei dieser Berufsgruppe deutlich über dem der Branche. Auf Rang zwei landeten die Gummihersteller und -verarbeiter mit 21,6 AU-Tagen. Sie hatten jedoch im Vergleich zu 2010 einen deutlichen Rückgang der AU-Zeit um 3,5 Tage (2010: 25,1 Tage).

Die größte Berufsgruppe in der Chemie sind die Chemiebetriebswerker. 2011 waren 45 Tsd. beschäftigt. Mit 20,2 AU-Tagen lagen auch sie über dem Durchschnitt. Sie verzeichneten mit einem Plus von 1,1 Tagen gegenüber 2010 einen deutlichen Anstieg. Die zweitgrößte Gruppe bilden die Bürofachkräfte. Diese verzeichneten mit 9,8 AU-Tagen unterdurchschnittliche Fehlzeiten, wobei auch sie einen Anstieg von 0,5 Tagen gegenüber 2010 aufwiesen.

Die niedrigsten Fehlzeiten waren, wie auch in den Vorjahren, bei den Chemikern und Chemieingenieuren zu beobachten: Mit nur 7,0 AU-Tagen lagen sie deutlich unter dem Branchenschnitt. Gegenüber 2010 verzeichneten aber auch sie – entsprechend dem Branchenschnitt – ein Plus um 0,5 Tage.

Diagramm 4.9

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Chemie



4.2 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert

Die im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Unterschiede der Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen entstehen nicht ausschließlich aufgrund von branchenspezifischen Belastungen. Auch eine unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur in den einzelnen Wirtschaftszweigen kann die Ergebnisse verzerren. Zudem ist das hier dargestellte Ergebnis der beschäftigten BKK Mitglieder nicht ohne Weiteres auf die gesamte Erwerbsbevölkerung zu übertragen, auch

wenn die versicherten BKK Beschäftigten 19,5% aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland repräsentieren.

Aus diesem Grund wird im folgenden Abschnitt die nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen dargestellt, um zeigen zu können, wie die Lage unabhängig von Alters- und Geschlechtseffekten aussieht. Hierfür wird nach der Methode

der direkten Standardisierung die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Versicherten der Verteilung in der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten angepasst. Die Ergebnisse zeigen also, wie das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der BKK Versicherten wäre, wenn sie nach Alter und Geschlecht der Erwerbsbevölkerung exakt vergleichbar wären.¹ Die Ergebnisse beziehen sich, wie auch im restlichen Kapitel, auf die beschäftigten Versicherten.

Ergebnisse nach Branchen

Das *Diagramm 4.10* zeigt, dass die standardisierten Arbeitsunfähigkeitstage für beschäftigte Mitglieder über alle Wirtschaftsgruppen mit 14,9 AU-Tagen leicht über den nicht-standardisierten BKK Ergebnissen mit 14,7 AU-Tagen liegen. Beschäftigte BKK Mitglieder insgesamt werden demnach um 0,2 Tage weniger arbeitsunfähig gemeldet, als dies zu erwarten wäre, wenn ihre Alters- und Geschlechtsverteilung die der Gesamtheit aller Versicherten entspräche. Jedoch zeigen sich naturgemäß Unterschiede zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage nach Standardisierung hatten 2011 die beschäftigten Mitglieder im Landverkehr mit 20,4 Tagen. Dabei lagen die

standardisierten AU-Tage mit einer Differenz von 1,5 Tagen deutlich unter den „Rohwerten“ der Branche. Auf dem zweiten Rang folgten die Postdienste mit 19,6 standardisierten AU-Tagen. Die Postdienste hatten mit 2,8 Tagen die höchste Abweichung zwischen dem standardisierten und dem gemessenen Ergebnis. Ähnlich hohe Unterschiede waren im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling zu beobachten: Hier lagen die standardisierten AU-Tage um 2,7 Tage unter dem gemessenen Ergebnis.

Weiterhin waren hohe Unterschiede zwischen den standardisierten und nicht-standardisierten Ergebnissen im Bereich Metallherzeugung und -bearbeitung (standardisierter Wert 2,5 Tage unter dem gemessenen), Glas, Keramik, Steine/Erden (standardisierter Wert 1,8 Tage unter dem gemessenen) und Ar-

beitsvermittlung und Zeitarbeit (standardisierter Wert 1,9 Tage über dem gemessenen) zu beobachten.

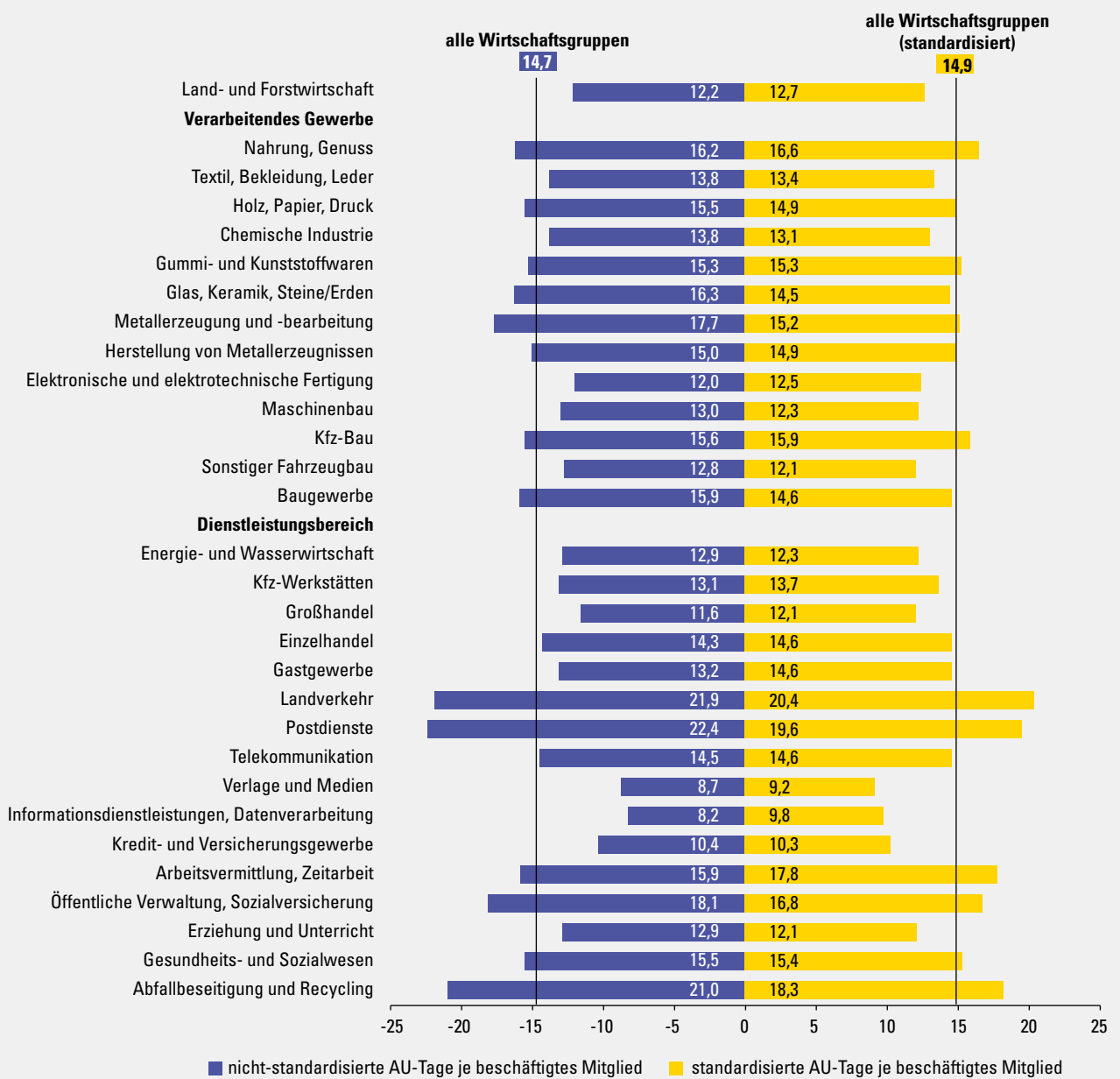
Dagegen zeigte sich in einigen Wirtschaftsgruppen gar kein bzw. nur ein geringer Unterschied zwischen den standardisierten und nicht-standardisierten AU-Zeiten: So lagen im Bereich Gummi- und Kunststoffwaren sowohl die standardisierte als auch die nicht-standardisierte AU-Zeit bei 15,3 Tagen je beschäftigtes Mitglied. In den Bereichen Herstellung von Metallernzeugnissen, Telekommunikation, Kredit- und Versicherungsgewerbe sowie Gesundheits- und Sozialwesen wichen die standardisierten und die nicht-standardisierten Werte jeweils nur um 0,1 AU-Tage ab.

Die geringsten Fehlzeiten nach Standardisierung fielen in den Gruppen

¹ Vgl. zur Beschreibung des Verfahrens: Zoike, Erika/Bödeker, Wolfgang (2008): Berufliche Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Repräsentative arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit Daten der Betriebskrankenkassen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 10, S. 1155–1163.

Diagramm 4.10

Standardisierte Arbeitsunfähigkeitstage für die beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen



Verlage und Medien (9,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (9,8 AU-Tage) und im Kredit- und Versicherungsgewerbe (10,3 AU-Tage) an. Bei den Verlagen und Medien lag der standardisierte Wert um 0,5 Tage über dem nicht-standardisierten Wert. Bei den Informationsdienstleistungen lag der Unterschied sogar bei 1,6 Tagen. Dagegen lag das Kredit- und Versicherungsgewerbe lediglich um 0,1 Tage unter dem nicht-standardisierten Wert.

Beim Vergleich der standardisierten Arbeitsunfähigkeitszeiten von beschäftigten Männern und Frauen zeigt sich, dass 2011, wie auch in den Vorjahren, bei Frauen die standardisierten AU-Zeiten höher lagen als die nicht-standardisierten (vgl. *Tabelle 4.5*). So betrug der standardisierte Wert mit 15,5 AU-Tagen je beschäftigtem weiblichen Mitglied einen halben Tag mehr als der nicht-standardisierte Wert (15,0 AU-Tage). Bei Männern lagen 2011 der standardisierte und der nicht-standardisierte Wert mit jeweils

14,5 Tagen auf gleichem Niveau. Bei Betrachtung der einzelnen Branchen zeigten sich jedoch große Unterschiede.

Im Bereich Gastgewerbe und im Bereich Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften wiesen Männer 2011 bei den standardisierten AU-Zeiten wesentlich höhere Werte auf als bei den nicht-standardisierten AU-Zeiten: Im Gastgewerbe lag der Wert um 2,4 AU-Tage darüber; im Bereich Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften um 1,9 Tage. Auch bei den Frauen waren mit einer Differenz von jeweils 1,8 Tagen in diesen beiden Bereichen die standardisierten Werte deutlich höher als die nicht-standardisierten Werte.

Erheblich niedrigere Werte bei der Standardisierung wiesen Männer im Bereich des Landverkehrs (2,5 AU-Tage gegenüber dem nicht-standardisierten Wert), der Telekommunikation (2,1 AU-Tage) und im Bereich öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (1,7 AU-Tage) auf. Bei Frauen gab es eine so deutliche

Abweichung nach unten lediglich bei den Postdiensten: Diese fiel mit einem Minus von 3,9 Tagen jedoch besonders deutlich aus. Bei Männern war hier nur eine Abweichung von 0,5 AU-Tagen zu beobachten.

Einen deutlichen Unterschied gab es im Bereich der Telekommunikation: Während Männer in dieser Branche durch die Standardisierung einen um 2,1 Tage niedrigeren Wert gegenüber dem nicht-standardisierten Wert aufwiesen, lag dieser bei den Frauen um 0,6 Tage höher.

Dadurch, dass die standardisierten Werte vor allem die Wirkung der Demografie ausdrücken, sollte der Bedarf für die Gesundheitsförderung eher an den nicht-standardisierten Kenngrößen festgemacht werden. Informationen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sind in diesem Gesundheitsreport unter anderem in den Sonderbeiträgen des Themenblocks „Gesundheitsförderung und Prävention“ dargestellt.

Tabelle 4.5

Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen

	AU-Fälle je Beschäftigten			AU-Tage je Beschäftigten			Anzahl der sozialvers.pflichtig Beschäftigten*		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	0,9	0,8	0,9	12,7	12,5	13,1	225.673	153.071	72.602
Nahrung, Genuss	1,1	1,1	1,1	16,6	16,3	16,9	656.512	337.806	318.706
Textil, Bekleidung, Leder	1,1	1,1	1,1	13,4	13,9	12,8	128.873	58.183	70.690
Holz, Papier, Druck	1,2	1,2	1,2	14,9	15,6	14,2	394.744	293.401	101.343
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,1	1,2	1,0	14,8	16,4	12,9	110.929	92.439	18.490
Papiergewerbe	1,2	1,2	1,2	14,4	15,6	13,0	126.642	97.307	29.335
Druck	1,2	1,2	1,2	15,2	15,2	15,1	157.173	103.655	53.518
Chemie	1,2	1,2	1,2	13,6	13,6	13,7	822.545	587.312	235.233
Kokerei, Mineralölverarbeitung	1,0	1,0	1,0	11,4	11,3	11,6	27.774	22.900	4.874
Chemische Industrie	1,2	1,2	1,2	13,1	13,2	13,0	443.106	302.001	141.105
Gummi- und Kunststoffwaren	1,2	1,2	1,3	15,3	15,0	15,6	351.665	262.411	89.254
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,2	1,2	1,2	14,5	16,0	12,7	201.749	162.226	39.523
Metallerzeugung	1,2	1,2	1,2	15,1	16,1	13,9	1.069.447	889.319	180.128
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,2	1,2	1,1	15,2	16,9	13,2	312.437	274.649	37.788
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,2	1,2	1,2	14,9	15,5	14,2	757.010	614.670	142.340
Metallverarbeitung	1,2	1,1	1,3	14,1	13,2	15,0	2.647.446	2.130.104	517.342
Elektronische und elektrotechn. Fertigung	1,2	1,0	1,3	12,5	10,3	15,0	756.850	536.800	220.050
Maschinenbau	1,2	1,2	1,1	12,3	13,2	11,3	963.502	811.007	152.495
Kfz-Bau	1,3	1,2	1,4	15,9	14,4	17,7	792.266	666.973	125.293
Sonstiger Fahrzeugbau	1,2	1,2	1,2	12,1	12,9	11,1	134.828	115.324	19.504
Möbel und sonstige Erzeugnisse	1,2	1,1	1,2	13,5	13,1	13,9	333.737	203.369	130.368
Energie- und Wasserwirtschaft	1,2	1,1	1,3	12,3	11,9	12,8	300.303	225.488	74.815
Abfallbeseitigung und Recycling	1,3	1,4	1,3	18,3	20,6	15,6	158.787	133.070	25.717
Baugewerbe	1,0	1,1	0,9	14,6	18,2	10,4	1.637.091	1.426.718	210.373
Handel	1,0	1,0	1,1	13,9	13,2	14,6	4.089.601	1.966.465	2.123.136
Kfz-Werkstätten	1,2	1,2	1,1	13,7	14,8	12,5	597.897	480.760	117.137
Großhandel	1,0	1,0	1,1	12,1	12,1	12,1	1.332.216	855.362	476.854
Einzelhandel	1,0	0,9	1,0	14,6	13,8	15,7	2.159.488	630.343	1.529.145
Verkehr	1,2	1,2	1,3	18,3	18,2	18,4	1.243.440	983.427	260.013
Landverkehr	1,3	1,2	1,4	20,4	19,3	21,8	510.911	434.270	76.641
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	1,2	1,1	1,3	16,9	17,2	16,7	732.529	549.157	183.372
Postdienste	1,2	1,1	1,3	19,6	17,9	21,6	210.765	109.978	100.787
Gastgewerbe	0,8	0,7	1,0	14,6	12,9	16,7	868.218	370.913	497.305
Verlage und Medien	0,8	0,7	1,0	9,2	8,5	10,0	238.275	117.248	121.027
Telekommunikation	1,2	1,1	1,4	14,6	11,7	17,9	73.840	55.242	18.598
Informationsdienstl., Datenverarbeitung	0,9	0,7	1,1	9,8	7,9	12,1	536.784	377.612	159.172
Kredit- und Versicherungsgewerbe	1,0	0,8	1,2	10,3	8,6	12,3	1.000.595	439.106	561.489
Dienstleistungen	1,1	1,0	1,1	13,5	13,3	13,9	3.853.968	2.058.084	1.795.884
Grundstücke und Vermietungen	0,9	0,9	1,0	11,6	11,3	11,9	212.060	102.706	109.354
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl.	0,9	0,8	1,0	9,6	8,7	10,6	1.646.294	780.616	865.678
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	1,3	1,2	1,4	17,8	17,4	18,4	855.401	608.284	247.117
sonstige wirtschaftl. Dienstleistungen	1,2	1,1	1,3	17,7	17,3	18,1	1.140.213	566.478	573.735
Öffentl. Verwaltung, Sozialversicherung	1,4	1,4	1,5	16,8	16,4	17,3	1.673.013	629.672	1.043.341
Erziehung und Unterricht	1,1	0,9	1,3	12,1	10,4	14,1	1.091.215	347.612	743.603
Gesundheits- und Sozialwesen	1,1	1,0	1,1	15,4	14,2	16,7	3.586.588	708.114	2.878.474
Gesundheitswesen	1,0	0,9	1,1	14,3	14,0	14,6	2.104.001	395.155	1.708.846
Sozialwesen	1,1	1,0	1,3	17,0	14,6	19,9	1.482.587	312.959	1.169.628
Kultur, Sport und Unterhaltung	0,9	0,9	1,0	14,8	13,9	15,8	237.824	113.585	124.239
Gesamt	1,2	1,1	1,2	14,9	14,5	15,5	28.381.343	15.355.644	13.025.699

* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008); Stichtag: 30. Juni 2011

4.3 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten

Während in den vorhergehenden Abschnitten die Dauer der Arbeitsunfähigkeit insgesamt im Hinblick auf die verschiedenen Branchen und Berufsgruppen betrachtet wurde, erfolgt in diesem Abschnitt eine Differenzierung nach Krankheitsarten. Die Verteilung der Einzeldiagnosen ohne Bezug zur

Arbeitswelt wurde bereits in *Kapitel 2* detailliert dargestellt. Für beschäftigte BKK Mitglieder wird die Verteilung der Krankheitsarten nach den wichtigsten Hauptgruppen je Branche und für ausgewählte Berufsgruppen abgebildet.

4.3.1 Branchenspezifische Morbiditätsprofile

In *Diagramm 4.11* ist die Verteilung der wichtigsten Krankheitsarten nach Wirtschaftsgruppen dargestellt. Die Branchen sind dabei nach den Kategorien Land- und Forstwirtschaft, verarbeitendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich sortiert. Die Darstellung bezieht sich auf die Arbeitsunfähigkeitstage je 100 beschäftigter BKK Mitglieder. Eine detaillierte Darstellung aller Krankheitsarten nach Wirtschaftsgruppen findet sich in *Tabelle 4 im Tabellenanhang*.

Muskel- und Skeletterkrankungen

Muskel- und Skeletterkrankungen waren 2011 mit 26,0 % für über ein Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich. Damit entfielen auf diese Erkrankungsgruppe weiterhin die meisten Fehltage. Allerdings ist im Vergleich zum Vorjahr 2010 ein leichter Rückgang um 0,3 Prozentpunkte zu beobachten.

Der höchste Anteil an Muskel- und Skeletterkrankungen entfiel auf die Postdienste: Diese Erkrankungsart zeigte sich im Jahr 2011 für ca. ein Drittel (33,4 %) aller AU-Tage in der Branche verantwortlich. Mit 750 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder (2010: 707; +43 Tage) verzeichnete sie auch bei der Anzahl der AU-Tage den höchsten Stand. Auch in den Branchen Baugewerbe (32,3 %), Metallherzeugung und -bearbeitung (32,1 %), Papiergewerbe (31,8 %) und Abfallbeseitigung und Recycling (31,6 %) fielen hohe prozentuale Anteile auf diese Erkrankungsart.

Dagegen verzeichneten die Branchen Verlage und Medien mit 16,7 %, Infor-

mationsdienstleistungen und Datenverarbeitung mit 16,8 % und das Kredit- und Versicherungsgewerbe mit 17,1 % nur einen geringen prozentualen Anteil an Muskel- und Skeletterkrankungen an den gesamten AU-Tagen. Mit 146, 138 und 177 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder waren auch die absoluten Fehlzeiten in diesen Branchen sehr gering.

Atemwegserkrankungen

2011 fielen bundesweit 214 AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder aufgrund von *Atemwegserkrankungen* an. Mit 14,6 % war diese Krankheitsart, wie auch in den vergangenen Jahren, die zweithäufigste Ursache für Fehltage. Im Gegensatz zu 2010 war nur ein sehr geringfügiger Anstieg um 0,1 Prozentpunkte zu verzeichnen (2010: 14,5 % der AU-Tage).

In den Branchen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung sowie Kredit- und Versicherungsgewerbe fielen – gemessen an den AU-Tagen insgesamt – mit 19,5 % und 19,1 % die höchsten Anteile auf die Atemwegserkrankungen. Bezogen auf die AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder verzeichnete die öffentliche Verwaltung mit 300 Tagen die längsten Fehlzeiten für diese Diagnosegruppe.

Geringe Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen verzeichneten dagegen das Baugewerbe mit einem Anteil von 10,6 % der AU-Tage. Das entsprach 169 AU-Tagen je 100 Mitglieder. Gemessen an den Tagen je 100 Mitglieder hatten die beschäftigten BKK Mitglieder

im Bereich Verlage und Medien mit 156 Tagen die geringsten Fehlzeiten in dieser Erkrankungsgruppe. Auch der Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung, der anteilig gemessen an der Spitze dieser Diagnosegruppe stand, hat mit 160 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder mit die niedrigsten Fehltage. Das erklärt sich durch die insgesamt nur geringen Fehlzeiten in dieser Branche.

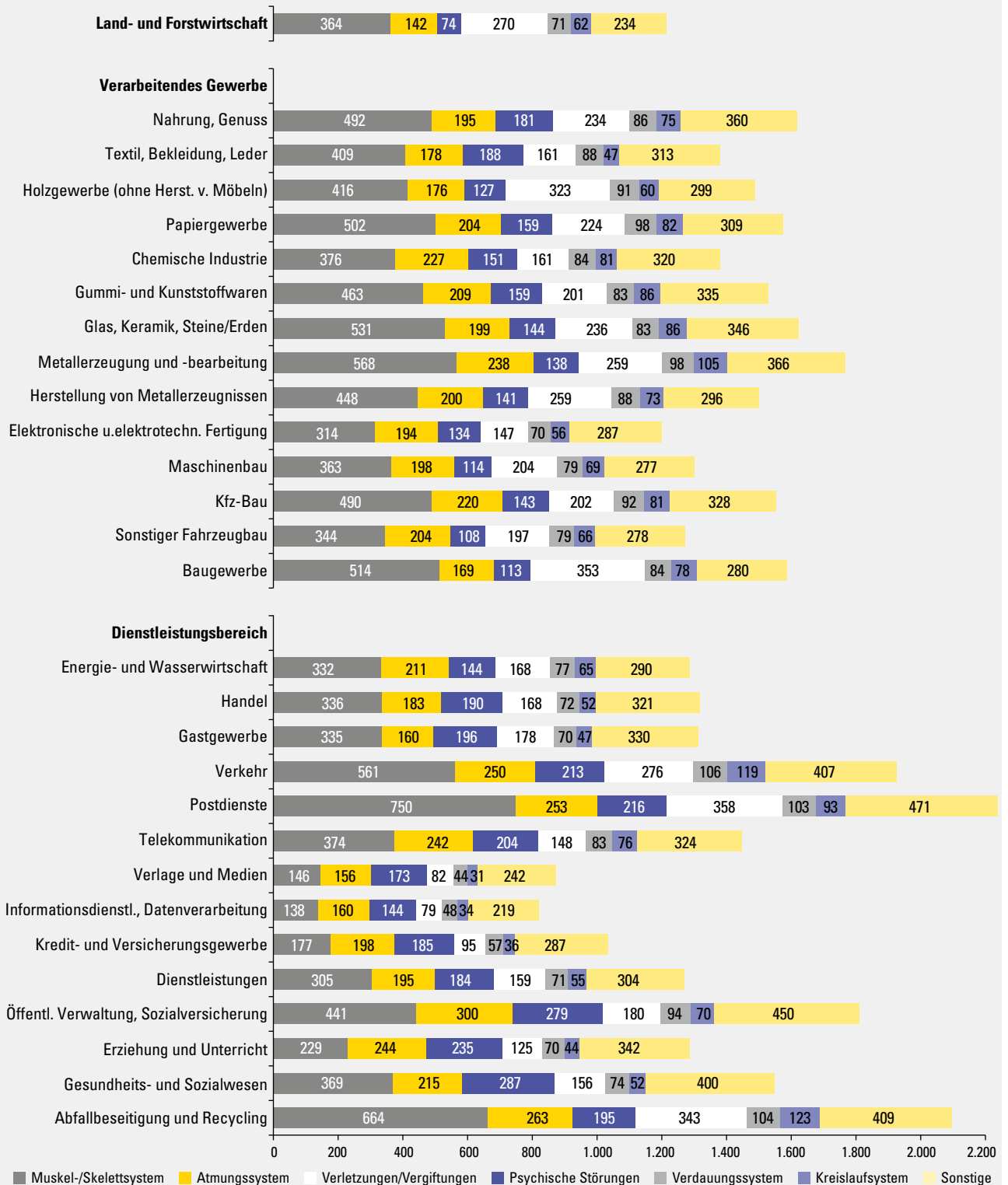
Psychische Erkrankungen

Wie bereits in den Vorjahren ist die Bedeutung der *psychischen Erkrankungen* wie auch 2011 gestiegen. Erstmals haben die psychischen Störungen dabei die Verletzungen und Vergiftungen überholt und lagen mit einem Anteil von 13,2 % an den AU-Tagen um 1,2 Prozentpunkte über dem Vorjahr und 2,6 Prozentpunkte über dem Anteil von 2009 (2010: 12,0 %; 2009: 10,6 %). Damit nehmen die psychischen Störungen einen immer größeren Stellenwert im Erkrankungsgeschehen ein. Insgesamt fielen 2011 je 100 beschäftigter Mitglieder 195 AU-Tage an.

Im Gesundheits- und Sozialwesen fielen mit 287 Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder im Vergleich zu den anderen Branchen die meisten AU-Tage für diese Erkrankungsart an. Das entsprach 18,5 % der AU-Tage der Branche. Auch in der öffentlichen Verwaltung (279 AU-Tage je 100 Mitglieder) und dem Bereich Erziehung und Unterricht (235 AU-Tage) waren sehr hohe Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zu beobachten. Der größte Anteil von AU-Tagen dieser Erkrankungsgruppe entfiel auf die

Diagramm 4.11

Krankheitsarten nach Wirtschaftsgruppen



Branche Verlage und Medien: Mit 19,8 % bildeten psychische Erkrankungen fast ein Fünftel der Fehltage.

Der geringste Anteil war dagegen im Bereich Land- und Forstwirtschaft mit nur 6,1 % zu beobachten. Mit 74,4 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder entspricht das weniger als einem Tag je Mitglied. Auch geringe Anteile verzeichneten das Baugewerbe mit 7,1 % sowie das Holzgewerbe und der sonstige Fahrzeugbau mit jeweils 8,5 % der Fehltage.

Insgesamt kann gesagt werden, dass im Dienstleistungsbereich mehr Fehltage aufgrund dieser Erkrankungsgruppe anfallen als im Bereich des verarbeitenden Gewerbes.

Verletzungen und Vergiftungen

Verletzungen und Vergiftungen lagen 2011 gemessen an den AU-Tagen an vierter Stelle der Krankheitsursachen; der Anteil betrug 13,0 %. Je 100 beschäf-

tigter Mitglieder fielen 191 AU-Tage aufgrund dieser Diagnosegruppe an.

Nach Branchen zeigten sich jedoch große Unterschiede, was zum Teil auch mit den berufsspezifischen Verletzungsrisiken zusammenhängen kann.

Die meisten Fehltage je 100 beschäftigter Mitglieder fielen 2011 mit 358 Tagen im Bereich der Postdienste an. Das entsprach einem Anteil von 15,9 % der gesamt AU-Tage dieser Branche. Mit 353 Tagen je 100 Mitglieder lag das Baugewerbe nur knapp dahinter. Hier hatten die Verletzungen jedoch mit einem Anteil von 22,2 % eine wesentliche höhere Bedeutung an den gesamt AU-Tagen. Auch in der Land- und Forstwirtschaft und im Holzgewerbe waren die Verletzungen mit einem Anteil von 22,2 % bzw. 21,7 % von hoher Bedeutung.

Der geringste Anteil an Verletzungen am gesamt AU-Geschehen war in den Bereichen Kredit- und Versicherungsgewerbe

(9,2 %), Verlage und Medien (9,4 %) und Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (9,6 %) zu beobachten.

Herz- und Kreislauferkrankungen

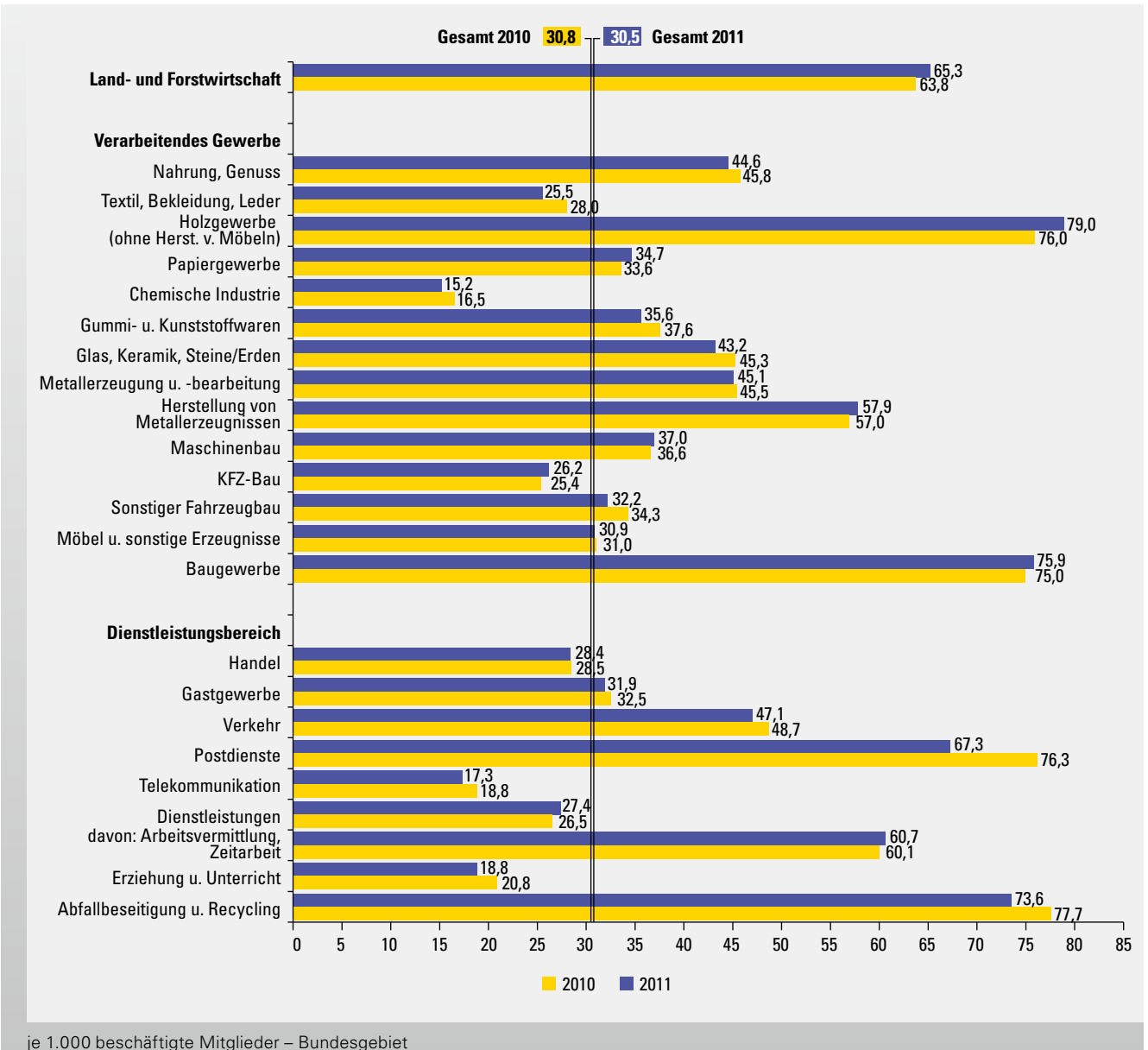
Mit einem Anteil von nur 4,4 % der AU-Tage nahmen *Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems 2011* eine geringere Bedeutung im AU-Geschehen als die anderen hier erwähnten Erkrankungen ein. Insgesamt fielen 2011 65,3 AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder an.

Der höchste Anteil dieser Erkrankungsart war in den Bereichen Metallherstellung und -bearbeitung (105 AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder) sowie Abfallbeseitigung und Recycling (123 AU-Tage je 100 Mitglieder) mit jeweils 5,9 % zu beobachten.

Die geringsten Anteile verzeichneten dagegen mit jeweils 3,4 % die Bereiche Textil, Bekleidung, Leder (47,0 AU-Tage je 100 beschäftigter Mitglieder), Erzie-

Diagramm 4.12

Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen



hung und Unterricht (44,4 AU-Tage je 100 Mitglieder) sowie Gesundheits- und Sozialwesen (52,1 AU-Tage je 100 Mitglieder).

Arbeitsunfälle

Diagramm 4.12 zeigt, dass es im Hinblick auf die Arbeitsunfälle erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Branchen gibt. Insgesamt ist 2011 die Anzahl der Arbeitsunfälle im Vergleich zu 2010 leicht rückläufig: Während 2010 noch 30,8 Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigter BKK Mitglieder auftraten, waren es 2011 mit 30,5 Arbeitsunfällen 0,3 Fälle je 1.000 Mitglieder weniger.

Die meisten Arbeitsunfälle ereigneten sich 2011 im Holzgewerbe mit 79 Unfällen je 1.000 beschäftigter Mitglieder. Mit einem Plus von drei Fällen ist ein Anstieg im Vergleich zu 2010 zu beobachten. Auch das Baugewerbe mit 75,9 und der Bereich Abfallbeseitigung und Recycling mit 73,6 Unfällen je 1.000 beschäftigter

Mitglieder gehörten zu den Branchen mit den größten Verletzungsrisiken. Einen deutlichen Rückgang verzeichneten die Postdienste: Im Gegensatz zum Vorjahr 2010 sank 2011 die Zahl der Arbeitsunfälle von 76,3 auf 67,3 Unfälle je 1.000 beschäftigter Mitglieder.

Erheblich weniger Arbeitsunfälle waren dagegen in den Bereichen Chemische Industrie, Telekommunikation und Erziehung und Unterricht zu beobachten: Hier geschahen 2011 nur 15,2 bzw. 17,3 und 18,8 Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigter Mitglieder.

Die häufigste Verletzungsart bei Arbeitsunfällen waren 2011 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (vgl. Tabelle 4.6). Sie waren 2011 für 20,7 % der Arbeitsunfälle verantwortlich. Gemessen an allen Fehltagen durch Arbeitsunfälle machten Verletzungen der Hand einen Anteil von 18,4 % aus. Männer erlitten diese Verletzungen dabei wesentlich häufiger als Frauen: Von 1.000 beschäf-

tigten männlichen Mitgliedern erlitten 8,1 im Jahr 2011 eine Verletzung der Hand oder des Handgelenks. Bei Frauen waren es dagegen nur 2,9 (gesamt: 5,8).

An zweiter Stelle standen die Verletzungen von nicht näher bezeichneten Verletzungen des Rumpfes, der Extremitäten oder anderen Körperregionen. 2011 gab es 4,8 Fälle je 1.000 beschäftigter BKK Mitglieder. Dies entsprach einem Anteil von 16,9 % der Arbeitsunfälle.

Insgesamt machten die hier dargestellten fünf häufigsten Verletzungen mit 69,5 % über zwei Drittel aller Arbeitsunfälle aus. 67,0 % der Fehltag durch Arbeitsunfälle wurden durch diese Verletzungsarten verursacht. Die branchenspezifischen Verteilungen der Verletzungsarten bei Arbeitsunfällen sind in der Tabelle 5 im Tabellenanhang dargestellt.

Tabelle 4.6

Die häufigsten Verletzungen

Verletzungsarten	Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder			Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	8,1	2,9	5,8	157,0	48,8	109,6
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	6,5	2,5	4,8	108,1	39,4	78,0
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	4,8	2,9	4,0	109,1	54,6	85,2
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	3,7	2,2	3,0	126,7	65,3	99,7
Verletzungen des Kopfes	2,5	1,4	2,0	33,2	17,5	26,3
Gesamt	25,6	11,9	19,6	534,2	225,6	398,8

Verletzungsarten	Anteile an allen Arbeitsunfällen in %			Anteile an allen Fehltagen durch Arbeitsunfälle in %		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	22,3	16,5	20,7	20,2	13,6	18,4
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	18,0	14,0	16,9	13,9	11,0	13,1
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	13,1	16,3	14,0	14,0	15,2	14,3
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	10,1	12,3	10,7	16,3	18,2	16,8
Verletzungen des Kopfes	6,9	7,8	7,2	4,3	4,9	4,4
Gesamt	70,5	66,9	69,5	68,6	62,8	67,0

4.3.2 Berufsspezifische Morbiditätsprofile

Auch bei der Betrachtung von ausgewählten Berufsgruppen mit hohen AU-Zeiten bildeten 2011 die Muskel- und Skeletterkrankungen die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (vgl. *Diagramm 4.13*). Bei den Gleisbauern betrug der Anteil an den AU-Tagen durch Muskel- und Skeletterkrankungen 37,9%. Damit entfielen 1094 Tage je 100 beschäftigter Mitglieder auf diese Erkrankungsgruppe. Bei den Kultur- und Wasserbauwerkern betrug der Anteil an Muskel- und Skeletterkrankungen 2011 sogar 39,1%. Bei den meisten hier dargestellten Berufsgruppen mit hohen Fehlzeiten entfiel ca. ein Drittel der AU-Tage auf muskuloskeletale Erkrankungen. Ausnahme sind die Wächter und Aufseher, bei denen mit

25,8% nur rund ein Viertel der AU-Tage auf diese Erkrankungsgruppe fiel.

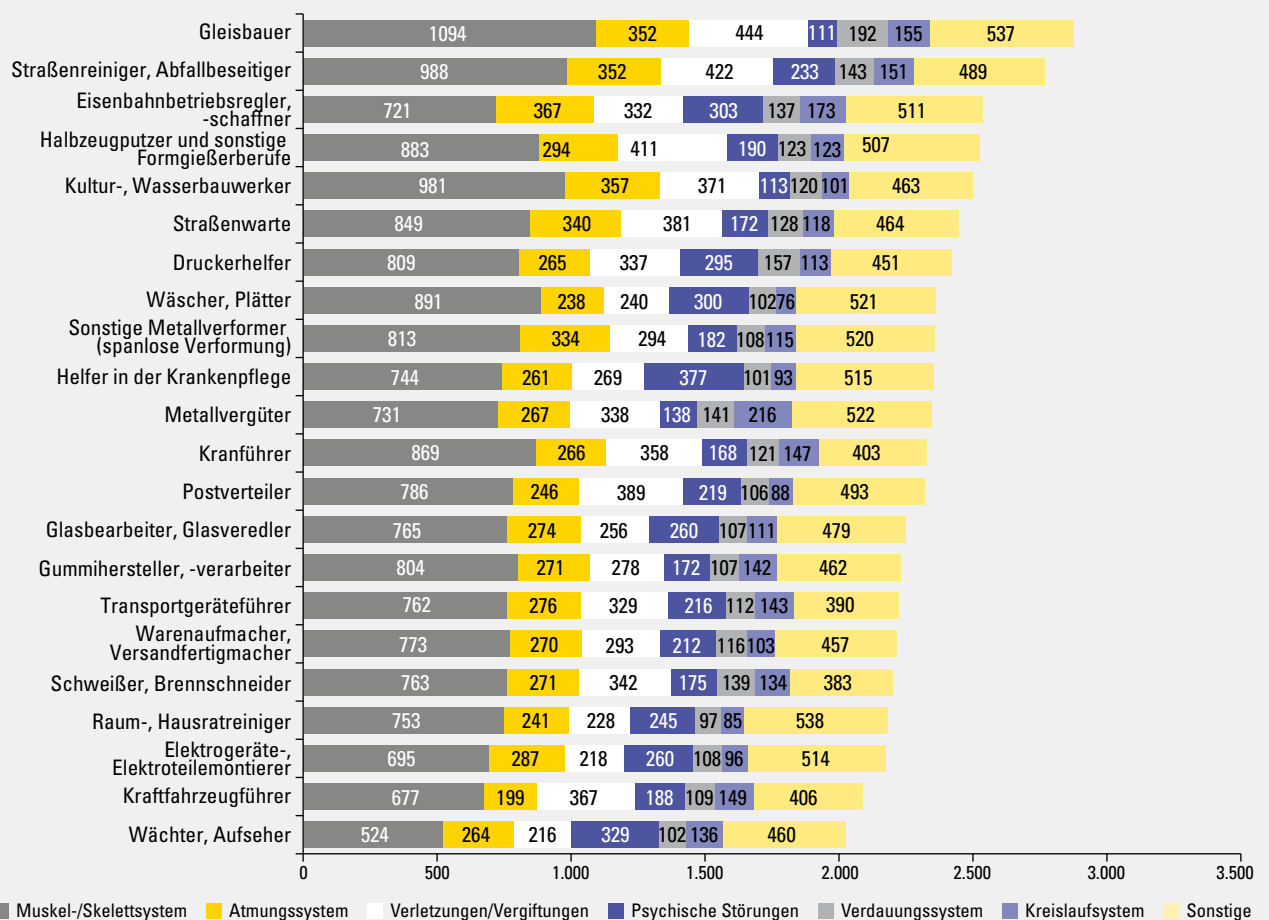
Neben den muskuloskeletalen Erkrankungen bildeten bei den Berufsgruppen mit hohen AU-Zeiten auch meist die Verletzungen und Vergiftungen eine wichtige Ursache für Fehlzeiten. Oft lagen sie bei diesen Berufsgruppen noch vor den Atemwegserkrankungen, die im Gesamt die zweitgrößte Erkrankungsgruppe darstellten. Besonders bei den Kraftfahrzeugführern mit 17,5% und den Postverteilern mit 16,7% fiel der Anteil entsprechend hoch aus.

Bei den ausgewählten Berufen mit niedrigen AU-Zeiten spielen die beiden oben

erwähnten Krankheitsarten im Vergleich zu den Berufen mit hoher AU eine eher untergeordnete Rolle (vgl. *Diagramm 4.14*). Bei fast allen Berufen fielen deutlich weniger als 20% (10,5 bis 18,8%) der AU-Tage auf Muskel- und Skeletterkrankungen. Ausnahme bildeten nur die Apotheker mit 22,0%. Bei den Rechtsvertretern und -beratern lag der Anteil sogar nur bei 8,1%. Dagegen stehen diesen Berufen die Atemwegserkrankungen und z. T. auch psychische Störungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund. Bei den Praktikanten und Volontären waren Erkrankungen des Atmungssystems für 26,3% der AU-Tage verantwortlich. Bei den Ingenieuren des Maschinen- und Fahrzeugbaus betrug

Diagramm 4.13

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten – Berufe mit den meisten AU-Tagen



AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2011

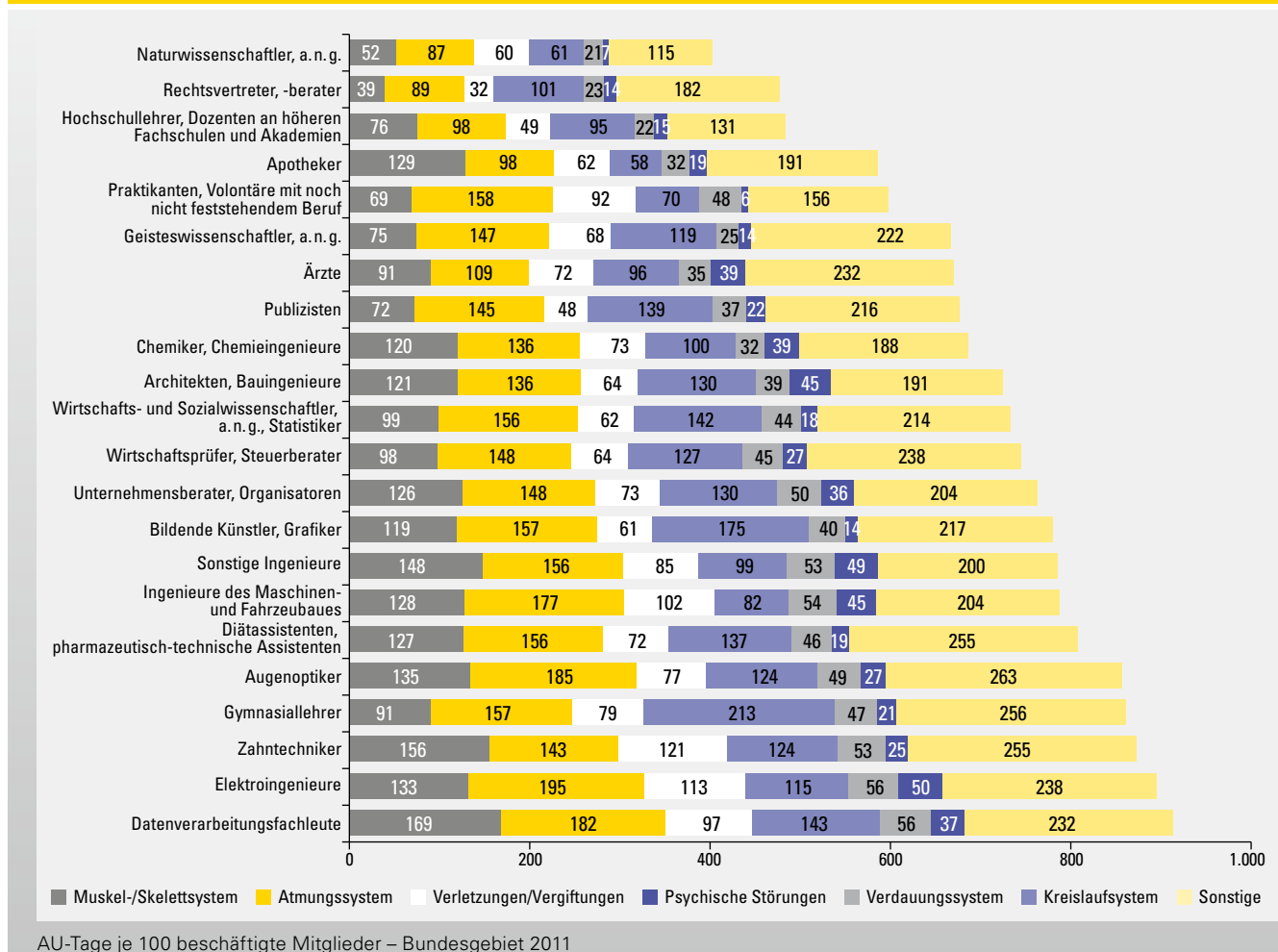
der Anteil 22,4 % und bei Zahntechnikern immerhin noch 16,3 %.

Wie bereits bei der Betrachtung der Branchen schon erwähnt, gewinnen die psychischen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung und liegen in der Gesamtschau auf Platz drei. Auch bei den einzelnen Berufen sind Erkrankungen der Psyche von zunehmender Bedeutung. Dies betrifft insbesondere die Berufe mit hohem Krankenstand. So machten 2011 bei den Gymnasiallehrern psychische Erkrankungen 24,7 % der AU-Ta-

ge aus. Bei den bildenden Künstlern und Grafikern lag der Anteil bei 22,4 %, bei Rechtsvertretern und -beratern bei 21,0 %, während Apotheker mit nur 57,6 AU-Tagen je 100 beschäftigter Mitglieder auf einen Anteil von 9,8 % kamen. Bei den Berufen mit hohen AU-Zeiten betrug der Anteil bei Wächtern und Aufsehern 16,2 %, bei Helfern in der Krankenpflege 16,0 %. Kaum AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen fielen dagegen bei Gleisbauern und Kultur- und Wasserbauwerkern an: Hier betrug der Anteil 2011 nur 3,8 bzw. 4,5 % der AU-Tage.

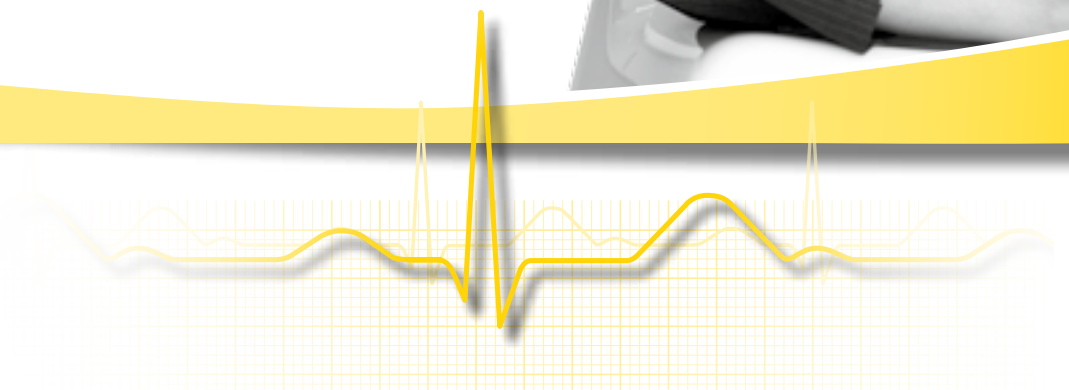
Diagramm 4.14

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten – Berufe mit den *niedrigsten* AU-Tagen



Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben

Leben mit Krankheit



Leben mit Krankheit: doch kein Abschied von Aktivität und Selbstständigkeit?

Alf Trojan

Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Hamburg

Chronische Krankheiten erleben die meisten von uns

Krankheiten gehören zum Leben. Insofern muss jeder immer mal wieder damit leben. Besondere Anforderungen stellt aber das andauernde Leben mit Krankheit. Das heutige Spektrum der Erkrankungen ist dominiert von chronischen Krankheiten:

„Nicht allein Krebserkrankungen, sondern auch Leiden wie Diabetes, Osteoporose, Schlaganfall und Demenz nehmen mit steigendem Lebensalter zu. Durch den demografischen Wandel relativieren sich daher auch die insgesamt positiven Gesundheitstrends der letzten Jahre. So können die Deutschen zwar mit einem langen – und über lange Zeit in Gesundheit verbrachten – Leben rechnen. Gleichzeitig aber werden zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen.“
(RKI 2006a, S. 6)

Für viele Menschen ist also das Leben durch permanente Krankheit, Behinderung, das Damokles-Schwert eines neuen Schubs oder Rückfalls und die unausweichlichen psychosozialen Begleitprobleme mehr oder minder beeinträchtigt.

Aber auch das Gesundheitssystem „leidet“ unter der starken Verbreitung chronischer Erkrankungen. Im Jahr 2008 wurden in Deutschland für den Erhalt der Gesundheit und die Linderung von Krankheitsfolgen durchschnittlich 3.100 Euro für jeden Einwohner ausgegeben (www.gbe-bund.de) – zusammen entsprach das einer Summe von 236 Milliarden Euro. Zusätzlich ist der Verlust am

Arbeitsmarkt infolge von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität mit rund 4 Millionen Erwerbstätigkeitsjahren zu berücksichtigen.

Die höchsten Kosten entstanden durch Krankheiten des Kreislaufsystems mit insgesamt 35,2 Mrd. Euro. An zweiter Stelle mit 32,7 Mrd. Euro stehen die Kosten für Krankheiten des Verdauungssystems einschließlich Zahnkaries. Den dritten Rang bei den Kosten für Krankheitsklassen nehmen psychische und Verhaltensstörungen mit 26,7 Mrd. Euro ein. Fast gleichhoch waren die Ausgaben für Krankheiten des Muskel-Skelettsystems.

Angesichts dieser Entwicklungen (alle entnommen aus der Gesundheitsberichterstattung: Nöthen u. a. 2009) stößt eine Versorgung, die jedem Kranken alle angebotenen Gesundheitsleistungen verfügbar machen will, an ihre Grenzen. Dies gilt in stärkstem Maße für die psychosozialen Bedürfnisse, die in aller Regel mit dem Leiden unter chronischen Krankheiten einhergehen. So ist es nicht verwunderlich, dass bei den Maßnahmen am Ende des Gesundheitsberichts für Deutschland u. a. formuliert wird:

„Die aktive Teilhabe von Patientinnen und Patienten gewinnt zunehmend an Bedeutung. Wichtige Akteure sind Patientenorganisationen und unabhängige Beratungseinrichtungen. Zudem gibt es Ansätze, die Mitarbeit der Betroffenen gesetzlich zu verankern. Ziel dieser Bemühungen ist, die Belange von Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen und gleichzeitig Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen.“
(RKI 2006a, S. 14)

Mit dieser Maßnahmenmaxime ist eine grundsätzliche Abkehr von dem verbunden, was häufig als „paternale Versorgung“ bezeichnet wird. Diese Abkehr bedingt ein anderes – zeitgemäßeres – Verständnis von Patientenorientierung.

Patientenorientierung neu akzentuiert

Das Konzept „Patientenorientierung“ inhaltlich eindeutig zu definieren und systematisch zu bearbeiten, ist mit einigen Schwierigkeiten behaftet.¹ Sicher ist jedoch, dass es dabei heute nicht mehr nur darum geht, den Patienten als Leidenden angemessen menschlich zu behandeln, sondern auch seine neuen Rollen als „Selbstmanager“, Bewerter, Kontrolleur, Kritiker und Mitgestalter im Gesundheitswesen anzuerkennen.

Damit heißt es, sich von einem vereinfachten traditionellen Verständnis von Patientenorientierung zu verabschieden. Dieses traditionelle Verständnis liegt z. B. dem Definitionsversuch der Bundesärztekammer (2001) zugrunde. Sie hat einen Leitfaden zum Qualitätsmanagement in Krankenhäusern herausgegeben, in dem der Begriff der Patientenorientierung durch verschiedene Merkmale näher definiert wird. Dieser Kriterienkatalog umfasst folgende Punkte:

- „Wartezeiten bei der Aufnahme ins Krankenhaus,
- Aufklärung der Patienten bei der Arztvisite,
- Ausmaß der Zuwendung der Krankenpflegekräfte,
- Wartezeiten vor dem Röntgen, der Endoskopie, dem Labor etc.,
- Umgang mit der Intimsphäre,
- die Weck- und Essenszeiten,
- Kontakt durch Sozialhelfer,

¹ Wir verwenden hier den in Praxis und Politik gängigen Begriff der Patientenorientierung. Sinnvoll ist natürlich auch der weitere Begriff der Nutzerorientierung: Sowohl Patienten, Kunden als auch Klienten, aber auch ganz allgemein Versicherte, Bürger oder Verbraucher können Nutzer von Leistungen und Angeboten sein (Schaeffer 2004; Gerlinger 2009; Mozygemba et al. 2009). Ebenso sinnvoll sind daher weitere Begriffe wie Bürgerorientierung und Kundenorientierung (Badura/Hart 1999; Badura 2002). Eine differenzierte Diskussion der Überlappungen und Unterschiede dieser Konzepte kann und soll in diesem Beitrag nicht geleistet werden.

- Anzahl/Art der Freizeitangebote,
- Hygienemaßnahmen,
- Orientierungshilfen im Haus, an Parkplätzen und andere Vorkehrungen zur Erleichterung der Zugänge zur Klinik“ (Bundesärztekammer 2001; S. 45).

Zweifellos sind dies alles relevante Aspekte von Patientenorientierung. Aber insgesamt erweckt der Leitfaden doch den Eindruck, die Manager von Gesundheitseinrichtungen wüssten bereits, wie Organisationen und Angebote im Sinne der Patientenorientierung zu strukturieren wären, und dass die Patienten dabei überflüssig seien. Oder, wie es in einer Dissertation zugespitzt formuliert ist: „Ein Patient löst den Bedarf an Orientierung aus, der Mitarbeiter handelt“ (Bleses 2005, S. 15).

Auch in anderen, neueren und differenzierteren Abhandlungen zur Patientenorientierung bleibt eine entschiedene Betonung einer aktiven Rolle des Patienten im Konzept der Patientenorientierung ausgesprochen blass oder fehlt gänzlich (so z. B. bei Hoefert/Härter 2010; Weis et al. 2011).

Ein modernes Verständnis von Patientenorientierung entsprechend der formulierten strategischen Maßnahme im Gesundheitsbericht, erfordert jedoch gerade solche Aspekte. Dabei zielt Patientenorientierung auf einen Ausgleich der Informationsasymmetrie und auf Demokratisierung des Interaktionsverhältnisses zwischen Professionellen und Patienten. Es soll ein Aushandlungsprozess an die Stelle treten, an der früher allein das Diktum des (paternalistischen) Arztes galt. Dies erfordert allerdings Patientensouveränität und Patientemündigkeit (Bauer et al. 2005). Hiermit

wird, nicht nur auf der Mikroebene der Gesundheitsversorgung, ein Wechsel angesprochen, weg vom Bild des paternalistisch umsorgten Patienten hin zum „active participant“ (Sixma 2006), also einem aktiven Mitgestalter der Behandlung.

In einem unveröffentlichten Referat zum Thema „Patientenzentrierte Versorgung – ein Blick ins Ausland“ zitiert Blum (2011, Folie 2 und 3) die von 1994 stammende Definition von Patientenorientierung der National Library of Medicine: „Design of patient care wherein institutional resources and personnel are organised around patients rather than around specialised departments“. Das Institute of Medicine hingegen definierte 2001 „patient centredness“ als „health care that establishes a partnership among practitioners, patients, and their families (...) to ensure that decisions respect patients’ needs and preferences, and that patients have the education and support they need to make decisions and participate in their own care.“

Aus diesem Partnerschaftsmodell von Patientenorientierung (vgl. auch Taylor 2009) sollen einige Facetten hervorgehoben werden, die im folgenden Themenabschnitt eine besonders große Rolle spielen, weil sie Kernideen für eine bessere Krankheitsbewältigung und damit für ein besseres Leben mit Krankheit enthalten:

- *Patientenedukation, -information und Empowerment* spielen eine herausragende Rolle, weil sie die Gesundheitskompetenz („health literacy“) des Patienten stärken und ihn damit zu einem kompetenten Partner bei der Bewältigung seiner Krankheit machen (Beiträge 3 und 4).

- Es geht bei chronischen Erkrankungen in aller Regel um Patienten *und ihre Familien*: die Familie ist mitbetroffen und manchmal selbst hilfebedürftig; aber noch viel wichtiger ist sie, weil sie einen Teil der Versorgung übernehmen kann (Beiträge 5 und 6).

- Nicht nur die Patienten und ihre Familien gehören zu der Partnerschaft, sondern auch die Zusammenschlüsse von Betroffenen, d. h. die im Maßnahmenvorschlag des Gesundheitsberichts als „wichtige Akteure“ bezeichneten *Patientenorganisationen*. Sie sind zentraler Partner, wenn es um die gemeinsame Qualitätsentwicklung von Versorgungseinrichtungen geht im Sinne einer stärkeren Berücksichtigung von Patienteninteressen und -bedürfnissen (Beitrag 1).

Die Idee, dass eine stärkere Partizipation von Patienten deren Interessen und Bedürfnisse besser zur Geltung bringt und damit zu einer besseren Versorgung führt, ist in den letzten Jahren in Forschung und Praxis vor allem mit dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“) befördert worden (<http://www.patient-als-partner.de>). Ein Forschungsschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung, der dieses Thema deutlich verbreitert hat, trägt den Titel „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ (<http://www.forschung-patientenorientierung.de>). Drei Themenfelder der Patientenorientierung stehen im Mittelpunkt: Gezielte Patienteninformationen, effiziente Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen sowie die partizipative Gestaltung der Versorgung. Während sich, wie auch bei der partizipativen Entscheidungsfindung, die meisten Projekte und Ansätze auf die Mikroebene der Ver-

sorgung, d. h. die Patientenorientierung in der Arzt-Patient-Interaktion richten, betrifft das letztgenannte Themenfeld die höheren Ebenen, also die strukturelle Ebene einzelner Gesundheitseinrichtungen und des gesamten Systems. In diesem Forschungskontext einerseits und mehreren Modellprojekten und Expertisen mit Förderung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK BV) andererseits sind auch die Konzepte der Selbsthilfefreundlichkeit und „selbsthilfebezogenen Patientenorientierung“ entstanden. Hierauf wird im Folgenden intensiver eingegangen, weil diese Ansätze geeignet sind, die Berücksichtigung kollektiver Patientenbedürfnisse systematisch und nachhaltig als Teil des Qualitätsmanagement zu verankern.

Selbsthilfefreundlichkeit und Selbsthilfebezogene Patientenorientierung als Leitkonzepte für Patientenaktivierung

Zunächst entstand „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Schlagwort für die Kooperation von Selbsthilfegruppen und -organisationen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens.² Um dieses Schlagwort besser fassbar und umsetzbar zu machen, wurden 2004 in einem Modellprojekt in Hamburg zuerst Qualitätskriterien für Krankenhäuser definiert. Dies geschah in gemeinsamer Arbeit von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe, Selbsthilfeunterstützerinnen aus Kontaktstellen und Experten für Qualitätsmanagement aus Krankenhäusern. In den folgenden Jahren wurde der Weg zur Selbsthilfefreundlichkeit durch zahlreiche Expertisen, Studien und Modellprojekte des BKK Bundesverbandes sowie ein größeres Forschungsprojekt

des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vorbereitet und zur Anwendungsreife für die Versorgungsbereiche Krankenhaus, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitation und Öffentlichen Gesundheitsdienst gebracht.

Das erwähnte Forschungsprojekt wurde von 2008 bis 2011 mit dem Titel „Qualitätskonzept ‚Selbsthilfefreundliches Krankenhaus‘ als Ansatz patientenorientierter, partizipativer Versorgungsgestaltung“ durchgeführt. Für Selbsthilfefreundlichkeit wird in diesem wissenschaftlichen Kontext die Konzeptbezeichnung „selbsthilfebezogene Patientenorientierung“ verwendet.

Für den Fragebogen, der „selbsthilfebezogene Patientenorientierung“ misst, musste das Konzept präzisiert und operationalisiert werden. Es umfasst zwei Komponenten: a) die Stärkung der *individuellen* Selbsthilfekompetenzen (Wie stark fördert das Krankenhaus durch *Informieren, Befähigen und Beteiligen* den einzelnen Patienten?) und b) die Stärkung der *kollektiven* Selbsthilfe (Wie stark kooperiert das Krankenhaus mit Selbsthilfegruppen entsprechend den Qualitätskriterien?)

Dieser Entwicklung vorangegangen sind wichtige strategische Programmpapiere und internationale Entwicklungen. Partizipation und Patientenorientierung sind inzwischen Elemente der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung geworden. Ein erstes Kern-Dokument für die Verankerung war der Antrag Bremens auf der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) am 9.10.1996 in Trier (GMK 1999; gleichsinnig wenig später der Sachverständigenrat: SVR 2000/2001; s. a. Hart 2001, Badura

2002 und Kranich 2009 zu noch früheren politisch-programmatischen Forderungen). Auf der GMK wurden „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ verabschiedet und das erste Ziel mit der Überschrift „Konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ versehen. Darin wird sowohl bessere Information von Patienten als auch ihre systematische Partizipation in Gremien des Gesundheitswesens festgeschrieben.

International existieren verschiedene Ansätze, Methoden und regulatorische Instrumente zur Integration der Patientenbeteiligung in Gesundheitssysteme (Bitton et al. 2010; Box 2009; Bovenkamp et al. 2010; Canadian Health Services Research Foundation 2011; Charmel und Frampton 2008; Conklin et al. 2010; Luxford et al. 2011; Shaller 2007).

In Deutschland ist die Entwicklung und Umsetzung dieser Konzepte besonders eng mit den Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen (RKI 2004) verknüpft und läuft seit einigen Jahren unter dem Schlagwort „Selbsthilfefreundlichkeit“. Allenfalls für Österreich lässt sich eine annähernd wichtige Rolle der Selbsthilfe im System konstatieren (Forster et al. 2011; Forster/Rojatz 2011). Vor allem drei Faktoren erklären die spezifisch deutsche Entwicklung. Erstens gibt es eine quantitativ und qualitativ gut etablierte Selbsthilfelandschaft mit ca. 70.000–100.000 Selbsthilfegruppen. Zweitens wird diese Selbsthilfelandschaft seit einigen Jahrzehnten systematisch gefördert (Geene et al. 2009), insbesondere durch den § 20c des SGB V, der den Krankenkassen pro Versichertem 0,59 Euro für die Selbsthilfeförderung abverlangt. Drittens verfolgt die Bundesregierung spätestens

² In diesem Abschnitt stütze ich mich auf ein im Druck befindliches Buch, das den im Folgenden sehr verkürzt dargestellten Ansatz ausführlich beschreibt (Trojan u. a. 2012). Ermöglicht wurde der intensive Entwicklungsprozess durch die finanzielle Förderung mit Mitteln nach § 20c des SGB V aus dem BKK System, dem BKK Bundesverband, den BKK Landesverbänden NORDWEST, Mitte und Baden-Württemberg, einigen Betriebskrankenkassen sowie einem Forschungsprojekt des Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01GX0748). Die Arbeit an der Verbreitung und Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen wird getragen von dem Netzwerk www.selbsthilfefreundlichkeit.de.

seit 2004 eine Politik, die die Patienten und diese meist in Form von Vertretern der Selbsthilfeverbände zunehmend in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbindet.

Auf Basis der Konzepte „Selbsthilfefreundlichkeit“ bzw. „selbsthilfebezogene Patientenorientierung“ wurde ein Praxisansatz entwickelt, der verschiedene Vorzüge hat und deshalb einen festen Platz in dem modernen Verständnis von Patientenorientierung bekommen sollte:

■ In einer überschaubaren Zahl von sieben allgemeinen Qualitätskriterien (s. Kasten) wurden die Kernelemente der Kooperation mit der organisierten

Selbsthilfe systematisch zusammengefasst.

■ Die Qualitätskriterien enthalten im Wesentlichen drei Dimensionen: die bekannten Wünsche nach organisierter Zusammenarbeit durch Information und Unterstützung der Selbsthilfe, die (neuere) Dimension Beteiligung/Partizipation (durch Informationsaustausch, Beteiligung an der Fortbildung der Mitarbeiter sowie Mitwirkung in Gremien wie Qualitätszirkel oder Ethikkommissionen) und als drittes die dauerhafte Sicherung von Kommunikation und Kooperation zwischen den Partnern (Nachhaltigkeit). Die Vollständigkeit und Machbarkeit dieser Kriterien wur-

de mehrfach in Befragungen und verschiedenen Zusammensetzungen der Beteiligten geprüft (Trojan u. a. 2012).

■ Für die einzelnen Bereiche der Versorgung (stationär, ambulant, öffentlicher Gesundheitsdienst, Rehabilitation) gibt es spezifische, an den jeweiligen Bereich angepasste Kriterien.

■ In allen Bereichen wurden die Kriterien von Professionellen (meist Verantwortlichen für Qualitätsmanagement), Vertretern von Selbsthilfeorganisationen und den hauptamtlichen Selbsthilfeunterstützern der Selbsthilfekontaktstellen gemeinschaftlich formuliert. Sie repräsentieren also die Interessen und Bedürfnisse der kollektiven Patientenschaft bzw. Selbsthilfe wie auch

Allgemeine Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundlichkeit“

(Primär zur Verwendung in Netzen und Verbänden unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen und Kooperationspartner)

1. Über Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe informieren

Die Gesundheitseinrichtung informiert Patienten und Patientinnen bzw. Angehörige an zentralen Stellen in ihren Räumen und in ihren Medien über den Stellenwert der Selbsthilfe und über ihre Zusammenarbeit mit der „Selbsthilfe“, d. h. mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfeunterstützungsstellen.

2. Selbstdarstellung ermöglichen

Bei Bedarf unterstützt die Gesundheitseinrichtung die Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe und stellt z. B. Präsentationsmöglichkeiten oder Räume zur Nutzung durch die Selbsthilfe bereit.

3. Auf Teilnahmemöglichkeit hinweisen

Der Patient/die Patientin bzw. Angehörige werden während des Aufenthalts in der Gesundheitseinrichtung regelhaft und persönlich auf die Möglichkeit zur Teilnahme an für sie geeigneten Selbsthilfegruppen hingewiesen.

4. Ansprechpartner/in benennen

Die Gesundheitseinrichtung benennt für die Selbsthilfe eine/n Ansprechpartner/in und macht diese Person bei Patient/inn/en und Mitarbeiter/inne/n bekannt.

5. Mitarbeiter/inne/n qualifizieren

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung sind zum Thema Selbsthilfe allgemein und hinsichtlich der häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen qualifiziert.

6. Kooperation regeln

Gesundheitseinrichtung und Selbsthilfe treffen konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zum regelmäßigen Austausch.

7. Partizipation der Selbsthilfe ermöglichen

Die Einrichtung ermöglicht Vertretern bzw. Vertreterinnen der Selbsthilfe die Mitarbeit in geeigneten Gremien der Gesundheitseinrichtung.

Für das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (Alf Trojan, Monika Bobzien, Christa Steinhoff-Kemper)

der professionellen Versorgungsverantwortlichen.

- Die Umsetzbarkeit wurde in allen Bereichen erprobt; systematische Vorgehensweisen wurden entwickelt, und die Konzepte und Erfahrungen stehen allen Einrichtungen zur Verfügung (Trojan u. a. 2012 und www.selbsthilfefreundlichkeit.de).
- Die konsequente Umsetzung der Kriterien führt zu einer systematischen Beteiligung von organisierter Selbsthilfe auf der Mesoebene, d. h. in den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Partizipation von Patienten auf dieser Ebene ist eine zwar allgemein akzeptierte, bisher aber kaum umgesetzte Forderung bei der Neugestaltung des Gesundheitswesens.
- Der Ansatz insgesamt rückt einen bisher unterbelichteten Aspekt von Patientenorientierung, die Zusammenarbeit mit Patientenzusammenschlüssen, ins Licht und zeigt Wege auf, wie dieser Aspekt sowohl auf der Ebene einzelner Einrichtungen als auch auf der Systemebene für die bessere Bewältigung von Krankheiten auf individueller wie auch organisationaler Ebene genutzt werden kann.

Handlungsträger für ein besseres Leben mit Krankheit

Akzeptieren wir die Ausgangsprämisse des Gesundheitsberichts, dass wir „aktive Teilhabe von Patientinnen und Patienten“ und als „wichtige Akteure“ Patientenorganisationen benötigen, um auf individueller und gesellschaftlicher Ebene für das Leben mit chronischen Krankheiten besser gerüstet zu sein, muss Patientenorientierung heute verstanden werden als Partizipation von Patienten in einem Partnerschaftsmodell.

Wer sind die Akteure, um so ein Modell zu verwirklichen? – In erster Linie ist es der *Gesetzgeber*, der tatsächlich auch schon einiges in diese Richtung getan hat. Dabei ist vor allem zu denken an die Beteiligungsmöglichkeiten im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses (gemäß §§ 91 und 92 des SGB V) und in den Bundesgremien, die mit Qualitätsentwicklung befasst sind (vgl. RKI 2006b). Weiterhin ist es die Sozialversicherung insgesamt, die inzwischen eine Reihe gesetzlicher Vorgaben hat, in deren Rahmen sie Selbsthilfe und Patientenaktivierung einschließlich der Unterstützung von Angehörigen fördern kann (vgl. NAKOS 2008 und 2009).

Die *Krankenversicherung* bzw. die Krankenkassen haben neben anderen Einflussmöglichkeiten den § 20c, der die Förderung der organisierten Selbsthilfe in ihrer ganzen Vielfalt (einschließlich ihrer Unterstützungsstrukturen) erlaubt. Aus dieser Förderung ist auch die Entwicklung des Konzepts „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ und das Netzwerk gleichen Namens hervorgegangen.

Selbsthilfefreundlichkeit (bzw. selbsthilfebezogene Patientenorientierung) in den *Einrichtungen des Gesundheitswesens* erfordert einen starken Beitrag der *Leistungserbringer*: Sie müssen die aktive Beteiligung der Patienten und ihre Aktivierung auf individueller und kollektiver Ebene zum Handlungsprinzip machen. Für alle Bereiche des Gesundheitswesens liegen inzwischen im Konsens zwischen Selbsthilfe und professionellen Vertretern abgestimmte und erprobte Kriterien guter Zusammenarbeit vor. Die Kriterien sind in die wichtigsten bundesweiten Qualitätsmanagementsysteme

(KTQ und QEP) aufgenommen worden (vgl. Trojan u. a. 2012). Die Einrichtungen der Leistungserbringer müssen diese Kriterien in das interne Qualitätsmanagement integrieren und für die Umsetzung der vier Kerndimensionen sorgen: Patienten informieren, Patienten beteiligen, Patienten befähigen, Selbsthilfegruppen einbeziehen. Diese Kriterien können gleichzeitig als Programm gelesen werden, Patienten ein besseres Leben mit ihren chronischen Krankheiten zu ermöglichen.

Natürlich ist der *Patient mit seinen Angehörigen* letztendlich derjenige, dem am meisten abverlangt wird. Ihm wird mit der Rolle des mündigen und aktiven Patienten viel zugemutet. Sicher ist es im wohlverstandenen Interesse des Patienten, wenn er aus seiner unverschuldeten Unmündigkeit befreit wird, aber Partizipation, Selbsthilfe, Selbstmanagement enthalten Aufgabenzuweisungen, die leicht zur Überforderung werden können. Darüber hinaus sind alle diese neuen Aufgaben nicht voraussetzungslos: Meist verlangen sie Kompetenzen, die am ehesten in der Mittelschicht (im Gegensatz zu den sog. bildungsfernen Gruppen) zu finden sind. Das Ideal des informierten, sich aktiv beteiligenden Patienten kann nicht undifferenziert verwirklicht oder gar verordnet werden. Braun (2009) hat systematisch empirisch begründete Hinweise auf Risiken eines idealisierten Nutzers der Gesundheitsdienste zusammengetragen. Unter anderem schreibt er: „Kranksein ist einer der wenigen gesellschaftlich legitimierten Zustände, die ‚Schwachsein‘ und Einschränkungen der Handlungsfähigkeit und -bereitschaft bis hin zum ‚Recht auf Regression‘ legitimieren: ‚Kranke dürfen und müssen einen spezifisch verengten

Horizont haben.“ (Braun 2009, S. 33). An einer anderen Stelle charakterisiert er die emotionale Situation des Patienten: „Schmerzen, Risiko dauerhafter Behinderungen oder Chronizität und Tod, Angst, alarmierende Symptome, Selbstbeobachtung, Bedrohung des Selbstwertgefühls, Einschränkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Erlebnis der Stigmatisierung und sozialen Ausgrenzung, tatsächlicher oder drohender sozialer Abstieg oder Marginalisierung, Sorge um berufliche oder familiäre Entwicklungen [...] sowie Notwendigkeit der Selbstregulierung von Gefühlen und Erhalt der Handlungsfähigkeit trotz lähmender Bedingungen“ (Braun 2009, S. 37–38).

Die lähmenden Bedingungen sind auch heute noch zu einem nicht unerheblichen Teil in den Strukturen und eben nicht selbsthilfe- und selbstmanagement-orientierten Handlungsmaximen der Gesundheitseinrichtungen zu finden. Insofern sind von den Strukturen des Gesundheitssystems Vorleistungen zu fordern, die einen unterstützenden Rahmen für den aktiven Patienten bieten.

Für den Fall, dass aus dem Blick gerät, in wie widriger Situation Kranke sich oft befinden, sind kollektive Interessenvertretungen der Patienten eher als der Einzelne dazu in der Lage, sich gegen überfordernde Zumutungen des Systems zu wehren. Auf der Ebene einzel-

ner Gesundheitseinrichtungen können Ombudsleute oder die kontinuierliche Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen dazu dienen, dass sich die Stimme des Patienten Gehör verschaffen kann.

Ein besseres Leben mit Krankheit durch eigene Aktivitäten, Selbsthilfe, Beteiligung und Selbstständigkeit ist weder für den Einzelnen noch für die Gesellschaft ein Patentrezept. Es ist vielmehr ein Balanceakt, der nur durch kontinuierliche sensible Kommunikation und Interaktion zwischen den Partnern im Gleichgewicht gehalten und weiterentwickelt werden kann.



Literatur

BADURA, B. (2002): Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45, S. 21–25

BADURA, B./HART, D./SCHELLSCHMIDT, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden

BAUER, U./ROSENBRÖCK R./SCHAEFFER, D. (2005): Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In: Iseringhausen, O./Badura, B. (Hrs.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern, S. 187–201

BITTON, A-/MARTIN, C./LONDON, B. E. (2010): A nationwide survey of patient-centered medical home demonstration projects. Journal of General Internal Medicine 25 (6), pp. 584–592

BLESSES, H. (2005): Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Diss. Humboldt-Universität - Berlin. <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/HTML/index.html> [Internet]

BLUM, K. (2011): Patientenzentrierte Versorgung – ein Blick ins Ausland. Folienreferat. Berlin, 7.4.2011

BOVENKAMP, H. M. VAN DE/TRAPPENBURG, M. J./GRIT, K. J. (2010): Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. Health Expectations 13 (1), pp. 73–85

BOX, G. (2009): Patient participation groups: the national picture. Quality in Primary Care 17 (4), pp. 291–297

BRAUN, B. (2009): Gesundheitswissenschaftliche Hinweise auf Grenzen des Nutzens der NutzerInnenorientierung in Behandlungsprozessen. In: Mozygamba, K. et al. (Hrsg.) (2009) : Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern, S. 31–40

BUNDESÄRZTEKAMMER (2001): Leitfaden: Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. 3. Aufl. München

CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION (CHSRF) (2011): CHSRF Patient Engagement Project – PEP. <http://cahspr.ca/en/funding-opportunity/chsrf-patient-engagement-project-%E2%80%93-93-pep> [Internet; Access: 5th March 2011]

CHARMEL, P. A./FRAMPTON, S. B. (2008): Building the Business Case for Patient-Centered Care. Healthcare Financial Management, March, pp. 80–85

CONKLIN, A./MORRIS, Z. S. NOLTE, E. (2010): Involving the public in healthcare policy: an update of the research evidence and proposed evaluation framework. Santa Monica: RAND Corporation

FORSTER, R./BRAUNEGGER-KALLINGER, G./KRAJIC, K. (2011): Selbsthilfeorganisationen als „Stimme der Patienten“: Erfahrungen und Herausforderungen von Interessenvertretung und Beteiligung. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Frankfurt am Main

FORSTER, R./ROJATZ, D. (2011): Selbsthilfegruppen als Partner der Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Eine Analyse am Beispiel krankenhausbbezogener Kooperationsprojekte. Forschungsbericht. Institut für Soziologie, Universität Wien

GEENE, R. ET AL. (2009): Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52, S. 11–20

GERLINGER, T. (2009): Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven. In: Mozygamba, K. et al. (Hg.): Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern, S. 17–29

GESUNDHEITSMINISTER-KONFERENZ (GMK): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen. Beschluss der 72. GMK am 9./10.06.1999 in Trier

HART, D. (2001): BÜRGERBETEILIGUNG: Zum Konzept und seinen rechtlichen Rahmenbedingungen. In: Badura, B./Schnellschmidt, H. (Hrsg.): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung: Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 10. 2. Aufl. Köln, S. 73–80

HOEFERT, H. W./HÄRTER, M. (2010): Einleitung: Patientenorientierung. In: Hoefert, H. W./Härter, M. (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen, S. 9-32

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) (2001): Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century. Washington DC

KRANICH, C. (2009): Das Spannungsfeld zwischen Versorgungsstrukturen und Akteuren – Optionen für Verbraucherpartizipation. In: Mozygamba, K. et al. (Hrsg.): Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern, S. 109–112

LUXFORD, K./SAFRAN, D. G./DELBANCO, T. (2011): Promoting patient-centred care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. International Journal for Quality in Health Care 23 (5), pp 510–515

MOZYGEMBA, K. ET AL. (HRSG.) (2009): Nutzerorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung? Bern

NAKOS (HRSG.) (2008): Selbsthilfe im Überblick 1: Zahlen und Fakten 2007. NAKOS Studien. Berlin: Eigenverlag

NAKOS (2009): NAKOS Studien – Selbsthilfe im Überblick 2. Zahlen und Fakten 2008. Berlin: Eigenverlag

NÖTHEN, M./BÖHM, K./STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 48. Robert Koch-Institut. Berlin: RKI

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (HRSG.) (2004): Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 23. Berlin: RKI

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (HRSG.) (2006A): Gesundheit in Deutschland. Zusammenfassung. Berlin: RKI

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (HRSG.) (2006B): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 32. Berlin: RKI

SCHAEFFER, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern

SHALLER, D. (2007): Patient-centered care: what does it take? New York: The Commonwealth Fund

SIXMA, H. (2006): Quality of (Home) Care Services in The Netherlands. Past, Present, Future. (Vortrag)

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVR) (HRSG.) (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden (Bundestagsdrucksache 14/5660, -5661, -6871)

TAYLOR, K. (2009): Paternalism, participation and partnership – the evolution of patient-centeredness in the consultation. Patient Education and Counseling 74 (2), S. 150–155

TROJAN, A. ET AL. (HRSG.) (2012): Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen: Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven

WEIS, J. ET AL. (2011): Patientenorientierung in der Onkologie: Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan. Onkologie 17, S. 1115–1126

Aktuelles aus der Selbsthilfeförderung

Lena Böhnke und Michael Bellwinkel

Team Gesundheit GmbH, Essen (L. Böhnke)/BKK Bundesverband, Essen (M. Bellwinkel)

Viel mehr als „Hallo, ich bin der Peter und ich habe ein Problem“ – Selbsthilfestrukturen in Deutschland

„Selbsthilfe“ – was ist das eigentlich? Einem Großteil der Bevölkerung kommen sicher vor allem durch die Medien geprägte Bilder in den Sinn: ein Stuhlkreis, mehrere kränklich aussehende Personen. Einer spricht mit leiser Stimme: „Hallo, ich bin der Peter und ich habe ein Problem.“ – „Hallo Peter“, antworten die Anderen. Wer sich jedoch etwas mit der Selbsthilfe befasst, sieht, dass sie nicht annähernd so verstaubt und gebrechlich ist, wie vielfach angenommen. Ganz im Gegenteil, die Selbsthilfe ist sehr vielfältig und lebendig.

Die Grundlage für die Selbsthilfe ist immer die spezifische Kompetenz, die Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung durch ihre Erfahrungen mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgebaut haben. Diese Betroffenenkompetenz beinhaltet sowohl den emotionalen Umgang mit der Erkrankung als auch das Wissen und Können, das zu Therapien und Fachleuten, aber auch bezüglich des Alltagslebens mit der Behinderung oder Krankheit gesammelt wurde. In der Selbsthilfe finden Betroffene die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Allein das Gefühl, nicht alleine zu sein und von anderen verstanden zu werden, führt häufig zu einer großen Entlastung. Denn wer Ähnliches erlebt hat, kann ganz anders nachvollziehen und mitfühlen, wenn ein Betroffener von seiner Situation berichtet. Darüber hinaus profitieren die Mitglieder der Gruppe auch vom Austausch der Erfahrungen und nutzen so die Gruppe als Informationsquelle.

Während für die einzelnen Selbsthilfe-Aktiven der Austausch und das Miteinander in der Selbsthilfegruppe vor Ort im Vordergrund stehen, decken die Selbsthilfeverbände, zu denen sich Selbsthilfegruppen zusammenschließen können, weitere Funktionen ab. Sie betätigen sich als Interessensvertretung, vermitteln Kontakte, bieten teilweise E-Mail- oder Telefonberatung und versorgen ihre Mitglieder mit den neuesten Informationen rund um die Erkrankung oder Behinderung.

Die Strukturen in der Selbsthilfe sind meistens aus dem persönlichen Engagement Einzelner heraus gewachsen und weisen daher eine große Bandbreite auf. Diese reicht von nicht verbandlich organisierten Selbsthilfegruppen bis hin zu bundesweit agierenden Organisationen wie der Rheumaliga oder der AIDS-Hilfe mit mehreren tausend Mitgliedern, die ein Geschäftsstellennetz mit großem Mitarbeiterstamm unterhalten. Dazwischen findet man verbandlich organisierte Gruppen auf regionaler Ebene und Verbände auf Landesebene, Unterstützungsstellen für die Selbsthilfe vor Ort („Kontaktstellen“) und große und kleine Organisationen zu häufigen oder sehr seltenen Erkrankungen.

Und wer geht da hin? – Das Klientel der Gesundheitsselfhilfe

Die Anzahl der Selbsthilfegruppen in Deutschland wird auf 70.000–100.000 geschätzt (Geene et al. 2009). Etwa 50.000 davon beschäftigen sich mit Gesundheitsthemen. Für sehr viele chronische Krankheiten oder Behinderung gibt es außerdem Selbsthilfeverbände – rund 300 auf Bundesebene sowie rund 800 auf Landesebene und vor Ort. Hinzu kommen etwa 230 Selbsthilfekontakt-

stellen, die als Anlaufstelle und Lotsen für alle Selbsthilfeinteressenten dienen und die Gruppen vor Ort unterstützen.

Zur Zielgruppe für die Gesundheitsselfhilfe gehören alle chronisch kranken oder behinderten Menschen in Deutschland. Hinzu kommen ihre Angehörigen, die zwar selbst nicht erkrankt, aber dennoch mitbetroffen und häufig stark belastet sind. Nur ein Bruchteil dieser Personengruppen findet sich jedoch (bisher) in der Selbsthilfe wieder: Nur etwa sechs bis neun Prozent aller Betroffenen sind Mitglieder einer Selbsthilfegruppe (Borgetto/Klein 2007). In Abhängigkeit von der jeweiligen Erkrankung divergiert die Beteiligungsquote jedoch stark. Während bei weit verbreiteten Erkrankungen wie Diabetes oder nur ein Bruchteil der Betroffenen in der Selbsthilfe organisiert sind, erreicht die Selbsthilfe zu sehr seltenen Erkrankungen durchaus einen Organisationsgrad von 80 % der Betroffenen oder mehr.

Die Gründe hierfür liegen auf der Hand: Wer an einer häufig auftretenden Erkrankung leidet, begegnet in seinem Umfeld leichter anderen Betroffenen, mit denen er sich austauschen kann. Auch der behandelnde Arzt ist meist mit der Erkrankung vertraut und die bzw. der Betroffene hat viele Möglichkeiten, zusätzliche Informationen zur Erkrankung zu recherchieren. Insbesondere bei sehr seltenen Erkrankungen stellt die Selbsthilfe jedoch häufig eine der wenigen Möglichkeiten dar, mit anderen Betroffenen in Kontakt zu treten und Informationen zu erhalten. So berichtete eine Mutter auf dem BKK Selbsthilfe-Tag 2011 von der großen Erleichterung, die die Eltern in ihrer Selbsthilfeorganisation häufig erleben, wenn sie nach einer langen Arztodyssee die Diagnose einer seltenen angeborenen

genetischen Störung ihres Kindes erhalten und sich an die Selbsthilfeorganisation wenden: Denn „wir sind mit allem da, was 400 Familien deutschlandweit an Erfahrungen mit dieser Erkrankung gesammelt haben“ – während der Arzt manchmal zum ersten Mal diese Diagnose stellt und sich selbst zunächst einmal mit dem Krankheitsbild vertraut machen muss.

Doch nicht nur die Häufigkeit der Betroffenheit beeinflusst, ob jemand an einer Selbsthilfegruppe teilnimmt oder nicht. So berichten Selbsthilfekontaktstellen, die Selbsthilfegruppen vermitteln und unterstützen, dass eine große Nachfrage nach Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige oder psychisch erkrankte Menschen besteht, die jedoch nicht immer in der Teilnahme an einer Gruppe endet. Mögliche Gründe: Wenn es keine Gruppe gibt, in die aktuell neue Mitglieder aufgenommen werden, findet sich nur selten ein Gruppengründer, der eine Gruppe ins Leben ruft und die ersten Treffen organisiert. Psychisch Kranke trauen sich häufig nicht zu, eine Gruppe zu gründen. Pflegende Angehörige hingegen finden häufig einfach nicht die Kraft dazu – wer rund um die Uhr einen Angehörigen zu Hause pflegt, der sucht in der Selbsthilfe keine weiteren Aufgaben, für die er Verantwortung tragen muss.

Mit der „In-Gang-Setzung“ wurde in einem Projekt eine neue Methodik entwickelt, wie auch solche Gruppen zur Gründung kommen können. Ehrenamtliche Selbsthilfeerfahrene aus anderen Gruppen oder auch Selbsthilfeunerfahrene werden hier darin ausgebildet, als Gruppengründer zu fungieren. Hat die Gruppe dann einen stabilen Zusammenhalt gefunden, so verlassen sie diese

wieder und ein Mitglied übernimmt die Leitung.

Eine neue Selbsthilfe-Generation

Meist in den 1980er Jahren gegründet, ist die Selbsthilfe in Deutschland inzwischen erwachsen geworden. Dies geht damit einher, dass so mancher, der die Selbsthilfe von Anfang an begleitet hat, abtritt und einem Nachfolger Platz macht: In der Selbsthilfe vollzieht sich in den letzten Jahren ein regelrechter Generationenwechsel in den Gruppenleitungen und Vorständen.

Doch nicht immer verläuft dieser Prozess völlig reibungslos. In vielen Organisationen ist schon die Nachfolgersuche die erste Hürde. Die erste Generation der Selbsthilfeaktiven hat die Messlatte sehr hoch gelegt und sich häufig ausgesprochen umfangreich engagiert – manchmal bis hin zu einem Vollzeit-Ehrenamt. Nur wenige neue Ehrenamtliche wollen und können dieses Maß an ehrenamtlichem Einsatz leisten. Daher ist es kaum möglich, die Ämter wie bisher weiterzuführen, was als Konsequenz nach sich zieht, dass die Nachfolger häufig erst einmal ein neues Profil für ihr Engagement entwickeln müssen. „Wie kann die Arbeit auf mehrere Schultern verteilt werden? Für welche Aufgaben lassen sich weitere Ehrenamtliche begeistern? Wie kann der Vorstand entlastet werden?“ – solche und ähnliche Fragen stehen in vielen Organisationen auf der Agenda.

Doch nicht nur die Neuen müssen ihren Platz finden, auch für ihre Vorgänger verändert sich einiges. Sie müssen lernen loszulassen – auch das ist nicht immer einfach, war die Selbsthilfe doch über viele Jahre hinweg ihr Kind, das sie von klein auf begleitet haben. Insbesondere

wenn „die Neuen“ dann alles ganz anders machen, als es jahrelang eigene Routine war, ist Loslassen nicht immer leicht. Einige Organisationen haben aus diesem Grund mittlerweile eine Altersgrenze für ihre Ämter verabredet. So wurde etwa bei der Frauenselbsthilfe nach Krebs das Höchstalter für einige Ämter auf 69 Jahren festgesetzt. Für die Amtsinhaberin ist damit lange voraussehbar, wann sie ihr Amt spätestens abgeben wird, und sie kann den Übergang in den „Ruhestand“ entsprechend vorbereiten. Auch die anderen Mitglieder können langfristig absehen, wann ein Posten übernommen werden muss, und können sich rechtzeitig in ihren Reihen auf die Suche nach einer bzw. einem neuen Verantwortlichen begeben.

Dieser Vorlauf ist wichtig, denn auch wenn der Generationenwechsel in der Selbsthilfe häufig damit einhergeht, dass ordentlich Staub aufgewirbelt wird und neue Sitten eingeführt werden: Eine gewisse Übergangszeit ist sinnvoll, damit das notwendige Ämterwissen an die Nachfolger weitergegeben werden kann und nicht verloren geht. Bei jahre- oder sogar jahrzehntelang gesammelten Erfahrungen ist dies häufig gar nicht so einfach. Inzwischen wurden in einem Projekt erste Checklisten entwickelt, die bei der Übergabe eine Hilfe sein können.

Veränderte Anforderungen an die Selbsthilfe

Zum Beginn der Selbsthilfebewegung stand im Mittelpunkt anzuerkennen, dass erkrankte und behinderte Menschen ganz eigene Kompetenzen entwickeln, um einander beizustehen, und der Austausch von Erfahrungen auch ohne Expertenbeteiligung zu einer großen Entlastung führen kann. Mit vereinten Kräften

wollten sich Betroffene außerdem dafür stark machen, im Gesundheitssystem gehört und als mündige Patienten anerkannt zu werden. Denn viele Selbsthilfeeaktive verstanden sich als lautstarke Kritiker des Gesundheitssystems, das ihnen teilweise ebenso kritisch gegenübertrat.

Heute steht weiterhin der Austausch von Erfahrungen im Mittelpunkt der Selbsthilfe. Die Selbsthilfe ist im Gesundheitssystem etabliert und wird dort zunehmend als Partner statt als Gegner verstanden. So wird die Selbsthilfe z. B. zunehmend bei der Entwicklung von S3-Leitlinien für die medizinische Versorgung einbezogen und ist ein wichtiger Akteur in den neuen Krebszentren. Zunehmend werden Netzwerke gebildet und aktiv Gestaltungsmöglichkeiten von der Selbsthilfe gesucht. Diese im Grundsatz positiv zu bewertende Etablierung hat zwei Seiten: Einerseits ist es für die Selbsthilfe ein großer Erfolg, dass ihre Stimme gehört und sie in die Arbeit des professionellen Gesundheitswesens einbezogen wird. Andererseits stellt es sie vor neue Herausforderung, denn die professionellen Partner erwarten auch eine professionelle Selbsthilfe. Die Selbsthilfe ist daher gezwungen, sich weiterzuentwickeln. Dabei darf jedoch nicht aus den Augen verloren werden, dass es sich um eine ehrenamtliche Laienbewegung handelt. Die Selbsthilfe stellt eine sinnvolle und auch notwendige Ergänzung des Gesundheitswesens dar, muss sich aber davor hüten, professionelle Strukturen zu ersetzen. Sie bewegt sich hier auf einem schmalen Grat und muss sich vor Fehlritten hüten.

Viele Organisationen bieten Seminare an, in denen sich ihre engagierten Mitglieder fortbilden können, um ihren Aufgaben

gewachsen zu sein und zunehmend professionellen Ansprüchen gerecht zu werden. Das Repertoire der Personalentwicklung reicht von Gruppenleiterseminaren zur Gesprächsführung und zum Umgang mit schwierigen Situationen bis hin zu Seminaren zur Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen zum Betroffenenberater. Auch die Organisationen passen sich an, daher ist auch die Organisationsentwicklung ein wichtiges Thema bei der Weiterentwicklung der Selbsthilfe. „Wo wollen wir hin? Was will und kann die Selbsthilfe? Welche Aufgaben sollen die hauptamtlichen und welche die ehrenamtlichen Mitarbeiter leisten? Wie greift Haupt- und Ehrenamt ineinander?“ – diese und andere Fragen bringen die Anforderungen durch das Gesundheitssystem mit sich. Über Jahre gewachsene Strukturen und Angewohnheiten werden so auf die Probe gestellt und an die neuen Gegebenheiten angepasst.

Doch nicht immer kann die Selbsthilfe alle Anforderungen erfüllen, die ihre Partner an sie stellen. Denn die Zeit und auch die Kraft der ehrenamtlich Mitarbeitenden sind begrenzt. In den Fortbildungsangeboten für die Ehrenamtlichen wird daher zunehmend auch der Schutz vor Überlastung thematisiert. Denn besonders in der Gesundheitsselbsthilfe engagieren sich vor allem Menschen, die eine anfällige Gesundheit haben, da sie chronisch erkrankt oder behindert sind. Kommen Überforderung und Stress hinzu, so kann die Selbsthilfe den Gesundheitszustand schnell verschlechtern, anstatt zu einer Verbesserung beizutragen – dies gilt es zu verhindern.

Auch auf Organisationsebene können nicht alle Belange, die an die Selbsthilfe herangetragen werden, erfüllt werden. Daher thematisiert die Organisationsent-

wicklung nicht nur die Ausrichtung der Selbsthilfe auf ihre Ziele, sondern auch auf ihre Grenzen. Die Frage „Was wollen und können wir nicht leisten?“ und „Wo sind wir bereit zu verzichten, wenn wir keine Kapazitäten mehr haben?“ spielen daher im Prozess der Weiterentwicklung ebenfalls eine wichtige Rolle.

Immer wieder ein Thema: Mitglieder gewinnen

Auch wenn die Selbsthilfe inzwischen im Gesundheitssystem anerkannt ist, so erreicht sie dennoch nur einen Bruchteil der Betroffenen. Mehr chronisch erkrankte oder behinderte Menschen auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen, ist daher ebenfalls ein Anliegen, das viele Selbsthilfeszusammenschlüsse beschäftigt. Aktuell konzentrieren sich die Bemühungen vor allem auf zwei Anknüpfungspunkte: Der erste Ansatz ist die Ansprache besonderer Zielgruppen. So sind zum Beispiel Migranten deutlich seltener in der Selbsthilfe anzutreffen als deutsche Betroffene. Mit speziellen Gruppen, zum Beispiel in türkischer Sprache, wird versucht, auch diesen Betroffenen das Selbsthilfeprinzip näher zu bringen. Dies ist häufig eine große Herausforderung und kostet viele Aktive sehr viel Kraft. Denn nicht in allen Ländern ist das Prinzip der Selbsthilfe – Betroffene, die sich durch den Austausch gegenseitig unterstützen, ohne dass ein Experte sie dazu anleitet oder Input gibt – noch relativ unbekannt und wenig verbreitet.

Der zweite Ansatzpunkt zur Gewinnung neuer Mitglieder für die Selbsthilfe ist ein Teilbereich des Prinzips der „Selbsthilfefreundlichkeit“: Selbsthilfegruppen und -organisationen kooperieren mit Krankenhäusern, Arztpraxen oder Rehakliniken.

„Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtungen“ benennen einen Ansprechpartner für die Selbsthilfe, richten die Möglichkeit ein, Infolyer auszulegen und weisen Patienten auf die Möglichkeit des Besuchs einer Selbsthilfegruppe hin. Während diese Zusammenarbeit in der Vergangenheit häufig auf dem persönlichen Kontakt einzelner Mitarbeiter und Selbsthilfeaktiver basierte, so wird nun versucht, Kooperationen systematischer zu gestalten.

Die Betriebskrankenkassen sind ein aktiver Partner der Selbsthilfe

Die Selbsthilfe hat viele Baustellen. Damit sie erfolgreich auf diesen arbeiten kann, braucht sie Unterstützung. 59 Cent pro Versichertem und Jahr stellen die gesetzlichen Krankenkassen dafür bereit. Rund 7,76 Mio. Euro werden so im Jahr 2012 von den Betriebskrankenkassen zur Verfügung gestellt und können von der Selbsthilfe genutzt werden. Die Hälfte der Mittel, wird gemeinsam mit den Geldern anderer Krankenkassen als Pauschalen an die Selbsthilfe ausbezahlt. Hiermit werden die Selbsthilfezusammenschlüsse bei ihrer alltäglichen Arbeit und den dafür entstehenden Kosten unterstützt – so können zum Beispiel mit diesem Geld Raummieten, Beratungsangebote oder Druckkosten für eine Mitgliederzeitschrift finanziert werden. Mit den verbleibenden 3,8 Mio. Euro unterstützen die Betriebskrankenkassen Projekte von Selbsthilfegruppen vor Ort und Selbsthilfeorganisationen auf Landes- und Bundesebene. Die Betriebskrankenkassen fördern sowohl inhaltliche Projekte als auch Projekte zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe.

Literatur

BKK BUNDESVERBAND (2010):
Lernort Selbsthilfe: Qualifizierung in Selbsthilfeorganisationen: Ein Programm für Selbsthilfeorganisationen zur Entwicklung maßgeschneiderter Qualifizierungskonzepte für ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter und Vorstände. Praxishilfe. Essen

BORGETTO, B./KLEIN, M. (2007):
Rehabilitation und Selbsthilfe. Bundesministerium für Gesundheit http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Kooperation_Rehabilitationskliniken-Selbsthilfeorganisationen.pdf [Internet]

DEUTSCHER PARITÄTISCHER WOHLFAHRTSVERBAND, LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN E. V. (2011):

In-Gang-Setzer – Selbsthilfe auf den Weg bringen. Handbuch. Wuppertal

GEENE, R. ET AL. (2009):
Entwicklung, Situation und Perspektiven der Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52, S. 11–20

TROJAN, A. ET AL. (HRSG.) (2012):
Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen: Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven

Leben und Arbeiten mit chronischer Erkrankung

Siiri Doka, Silke Eggers und Sabine Eis

BAG SELBSTHILFE e. V. (S. Doka)/Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (S. Eggers)/Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V. (S. Eis)

Arbeit ist für die meisten Menschen ein wichtiger Bestandteil ihres Lebens. Die finanzielle Unabhängigkeit ist dabei oft nicht das allein Entscheidende: Arbeit stärkt auch das Selbstbewusstsein und gibt das Gefühl, gebraucht zu werden und sich den Herausforderungen des täglichen Lebens zu stellen.

Die meisten Menschen erleben ihre Beschäftigung als sinnvoll, als notwendigen Beitrag zum Gelingen von Wirtschaft und Gesellschaft. Arbeit kann „inklusive“ wirken und damit Vereinsamung und Isolation vorbeugen. Sie strukturiert außerdem den Alltag; viele Arbeitslose, die mangels regelmäßiger Tätigkeit ihre zeitliche Struktur verlieren, erleben in der Folge oft depressive Verstimmungen. Eine erfüllende Arbeit zu haben, wird damit von fast allen Menschen als wichtig angesehen. Dies gilt auch und gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Chronisch krank ist nicht gleich chronisch krank

„Chronische Krankheit“ ist ein Sammelbegriff, hinter dem sich vielfältige Krankheitsbilder mit sehr unterschiedlichen Auswirkungen verbergen. Nicht jede chronische Erkrankung führt gleich zu einer Schwerbehinderung, nicht jede hat Folgen für den Beruf, und ein jedes Krankheitsbild beeinflusst den Alltag der Betroffenen auf jeweils eigene Weise.

Entgegen der landläufigen Meinung kann eine chronische Erkrankung Menschen in jedem Lebensalter treffen. Dies gilt beispielsweise für entzündlich-rheumatische Erkrankungen, die bereits im Kindesalter auftreten. Jugendliche mit einer solchen oder einer anderen chronischen Erkrankung müssen sich oftmals schon bei der Berufswahl mit der Vereinbarkeit von Krankheit und Arbeit auseinandersetzen.

Menschen mit chronischer Erkrankung sind oft besonders motiviert

Wie ihre gesunden Altersgenossen haben auch chronisch kranke Jugendliche oft genaue Vorstellungen von ihrem Traumberuf. Manche werden ihn ohne Probleme ergreifen können, andere werden dabei krankheitsbedingt Unterstützung brauchen. Sowohl für diese Jugendlichen als auch für die Arbeitgeber gibt es viele Hilfen¹ – besonders dann, wenn jemand einen Schwerbehindertenausweis hat. So kann beispielsweise die Bundesagentur für Arbeit die Ausbildungsvergütung teilweise oder ganz übernehmen und für eine behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes sorgen. Für die Auszubildenden gibt es Beratung und Unterstützung bei der Berufswahl und Stellensuche, Berufsförderungsmaßnahmen (hier können drei gewählte Berufe getestet werden), Ausbildung in einem Berufsbildungswerk, Förderlehrgänge und berufsvorbereitende Lehrgänge, außerdem Zuschüsse zum Führerschein, zum behindertengerechten Umbau des Fahrzeugs oder der Wohnung.

Für chronisch kranke Jugendliche ist es wichtig, zu lernen, diese Hilfen anzunehmen, weil sie damit viele Nachteile und Belastungen ausgleichen können. Trotzdem müssen sie sich oft stärker engagieren, um Fehlzeiten aufzuholen, die etwa durch stationäre Aufenthalte entstehen. Durch diese Schwierigkeiten lernen sie aber auch, sich Herausforderungen zu stellen und sie zu bewältigen. Vorhersagen wie „Diese Ausbildung ist aufgrund der Krankheit nicht zu schaffen“ haben schon viele Jugendliche durch erfolgreiche Abschlüsse widerlegt. Gerade das „Sich-durchbeißen-Müssen“ ist eine Qualität, die chronisch kranke Menschen in der späteren Berufsausübung

auszeichnet und sie zu wertvollen Mitarbeitern macht.

Chronisch kranke Menschen sind daher oft – auch und gerade wegen ihrer Erkrankung – besonders motiviert. Auch sie wollen ihre Chancen nutzen und ihre Träume verwirklichen. Sie investieren viel Kraft in ihre Ausbildung, ihr Studium und in den Erhalt ihres Arbeitsplatzes, um sich gegen die gesunde Konkurrenz durchsetzen zu können.

Leider wird die Krankheit oft auch verheimlicht, um überhaupt eine Beschäftigung zu finden und dann auch zu behalten.

Einen offenen Umgang mit der Erkrankung ermöglichen!

Nicht immer ist die Erkrankung offensichtlich, nicht immer wissen Kollegen und Vorgesetzte davon. Die Entscheidung, ob und wann offen damit umgegangen wird, muss jeder selbst treffen. Es kann befreiend sein, die Krankheit mitzuteilen. Man kann dann beispielsweise Hilfen im Arbeitsalltag einfordern und annehmen und über persönliche Gespräche mit den Kollegen und Vorgesetzten mehr Verständnis für die eigene Situation herstellen. Ein offener Umgang setzt auch mehr Arbeitsenergie frei: Sie muss ja nicht mehr dafür verwendet werden, sich zu verstecken und nicht aufzufallen. In vielen Fällen wirkt sich dies auch positiv auf den Gesundheitszustand aus.

Häufigere Arztbesuche können erklärt, Medikamente offen genommen und präventive Maßnahmen ergriffen werden. So müssen etwa Menschen mit Mukoviszidose regelmäßig Inhalationen vornehmen, um eine Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern. Auch bei Erkrankungen der Wirbelsäule kann der

¹ Siehe <http://www.integrationsaemter.de/PUBLIKATIONEN/65c/index.html>.

Arbeitsplatz so gestaltet werden, dass er vorbeugende Wirkung hat. Ein offener Umgang kann somit helfen, das Fortschreiten der Erkrankung und damit eine Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.

Diskriminierung am Arbeitsplatz

Aber nicht immer ist es möglich, offen mit der Erkrankung umzugehen. Häufig nämlich werden chronisch Kranke im Arbeitsleben diskriminiert. Die Spanne reicht von Disharmonie im kollegialen Miteinander über Mobbing bis hin zur Kündigung. Die Gründe dafür können vielfältig sein: Bei manchen Erkrankungen, etwa bei einer HIV-Infektion oder Hepatitis, reagieren manche mit unbegründeten Infektionsängsten. Arbeitgeber und Kollegen befürchten oft auch ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit oder zeitweise Arbeitsausfälle. Hier wäre es für chronisch kranke Menschen wichtig, dass eine diskriminierungsfreie Umgebung geschaffen wird. Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen sind als ein erster Schritt in die richtige Richtung anzusehen.

Informieren, um Irrtümer zu beseitigen

Hinzu kommt, dass einige chronische Krankheiten mit Tabus belegt sind und viele Menschen zu wenig oder auch falsch informiert sind. So haben HIV-Positive dank der heutigen Therapien eine fast normale Lebenserwartung; und weil HIV durch Sozialkontakte und am Arbeitsplatz nicht übertragen werden kann, können sie auch in jedem Beruf tätig sein. Irrationale Ansteckungsängste und veraltete Bilder von der HIV-Infektion sind häufige Ursachen für Diskriminierung im Arbeitsleben. Für HIV-Positive führt dann nicht die Infektion selbst zu Problemen, sondern die Art, wie die Umwelt damit umgeht.

Gebraucht wird eine zugewandte und offene Unternehmenskultur, in der die Geschäftsleitung Kollegen und Vorgesetzte über chronische Erkrankungen informiert und klarstellt, dass diskriminierende Verhaltensweisen unter keinen Umständen geduldet werden. Unter solchen Voraussetzungen können Arbeitsmediziner gemeinsam mit dem Management und den Betroffenen Lösungen erarbeiten, die z.B. die Umgestaltung des Arbeitsplatzes, eine Anpassung der Arbeitszeit oder andere Maßnahmen umfassen können.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen sind zahlreiche Hilfsangebote verfügbar, die einen Verbleib am Arbeitsplatz ermöglichen. Viele Arbeitgeber sind aber nicht ausreichend darüber informiert, oder die Hilfen werden nicht in Anspruch genommen, weil der Arbeitnehmer seine Erkrankung nicht publik machen möchte. Neben den Leistungen der beruflichen Rehabilitation gibt es Entsprechendes auch von den Integrationsämtern²: Sie unterstützen die Eingliederung Schwerbehinderter am Arbeitsplatz, wobei Beratungen und finanzielle Leistungen von den Beschäftigten wie auch den Arbeitgebern in Anspruch genommen werden können.

Die Integrationsfachdienste bieten psychosoziale Betreuung an, die bei der Lösung schwerwiegender Konflikte mit Kollegen, Vorgesetzten oder dem Arbeitgeber helfen kann. Beschäftigte erhalten hier außerdem finanzielle Leistungen für technische Hilfsmittel oder eine Arbeitsassistenz. Auch der Arbeitgeber kann dort Unterstützung bekommen, z.B. Zuschüsse für die Einrichtung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes und für das Gehalt des Beschäftigten.

Ein offener, diskriminierungsfreier Umgang ist somit eine wichtige Stellschrau-

be für die echte Teilhabe chronisch kranker Menschen im Arbeitsleben.

Hilfen für chronisch kranke Beschäftigte lohnen sich auch für den Arbeitgeber

Chronisch kranke Beschäftigte müssen meist stärker auf ihre Gesundheit achten als gesunde. Daher sind sie manchmal auf die Unterstützung von Kollegen, Vorgesetzten und Sozialversicherungsträgern angewiesen.

Viele körperliche Einschränkungen lassen sich auffangen, z.B. durch einen ergonomisch gestalteten Arbeitsplatz mit verstellbaren Stühlen und Tischen, ergonomischer PC-Tastatur und Maus; hier stehen dem Arbeitgeber Zuschüsse zu. Bei begrenzter Belastbarkeit bieten sich flexible Arbeitszeitmodelle wie Gleitzeit oder Teilzeitarbeit an.

Diese Hilfen lohnen sich auch für Arbeitgeber. Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung³ könnte die Volkswirtschaft Deutschlands im Jahr 2012 bis zu 20 Milliarden Euro zusätzlich erwirtschaften, wenn chronisch kranke Arbeitnehmer bei der Bewältigung und Behandlung ihrer Krankheit besser unterstützt würden. Wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Therapietreue und des Behandlungserfolgs müssten laut dieser Studie an den Lebensumständen wie auch am Verhalten der Betroffenen ansetzen; sie betreffen die Medikamenteneinnahme, Diäten, aber auch Arbeitsabläufe oder die Pausengestaltung. Ohne solche strukturellen Hilfen verursachten weit verbreitete chronische Krankheiten dagegen erhebliche Produktivitätsausfälle. Das zeige sich besonders bei Volkskrankheiten wie Depression und Rückenschmerzen: Hier lägen die Produktivitätseinbußen durch wiederholte Fehlzeiten und Arbeitsun-

² Siehe <http://www.integrationsaemter.de/PUBLIKATIONEN/65c/index.html>.

³ Siehe http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_112914.html.

fähigkeit bei bis zu 21 bzw. 26 Mrd. Euro jährlich. Ein wesentliches Hemmnis sei, dass es bisher kaum ausgereifte Ansätze für eine individualisierte und settingbezogene Therapiebegleitung gebe. Das Kernproblem sei jedoch, dass die Berufswelt und der therapeutische Kontext in keinerlei Zusammenhang stünden.

Durch die Beschäftigung von Menschen mit chronischen Erkrankungen können Arbeitgeber letzten Endes auch nach außen signalisieren, dass sie soziale Verantwortung übernehmen. Zugleich können in diesem Feld Strategien des Gesundheitsmanagements entwickelt werden, die in einer älter werdenden Gesellschaft ohnehin dringend gebraucht werden.

Sensibilisierung der (Betriebs-) Ärzte

Nicht alle Ärzte wissen, welche Hilfen verfügbar sind, um die Arbeitsfähigkeit chronisch kranker Mitarbeiter zu erhalten. Und oft wird ihnen – auch aus falsch verstandener Fürsorge – dazu geraten, einen Rentenantrag zu stellen, obwohl sie weiterhin arbeiten möchten. Hier gilt es, die Ärzte besser über die Hilfsmöglichkeiten für diese Beschäftigten zu informieren und sie vor allem auch für deren Bedürfnisse zu sensibilisieren. Einstellungsuntersuchungen und weitere betriebsärztliche Untersuchungen machen Menschen mit chronischen Erkrankungen oftmals Angst. Hier ist es wichtig, zu wissen, dass der Betriebsarzt wie jeder andere Arzt der Schweigepflicht unterliegt und Diagnosebefunde nicht weitergeben darf. Bei der Einstellungsuntersuchung hat er herauszufinden, ob jemand *aktuell* für die angestrebte Tätigkeit geeignet ist, aber nicht, wie sich der Gesundheitszustand in Zukunft entwickeln wird. Daher darf er nur Fragen stel-

len und Untersuchungen durchführen, die sich auf die aktuelle gesundheitliche Situation beziehen.

Einstellungs- und weitere betriebsärztliche Untersuchungen sind nur bei wenigen Berufen Pflicht und in der Regel freiwillig. Allerdings ist fraglich, ob man einen Job bekommt, wenn man sie ablehnt. Auf für einen HIV-Test gibt es außer in sehr wenigen Ausnahmefällen – keine rechtliche Grundlage. Trotzdem wird er immer wieder verlangt. Lehnt man ihn ab, kann das ebenfalls dazu führen, dass man nicht eingestellt wird.

Angebote der Selbsthilfe

In Selbsthilfeorganisationen können sich Menschen mit chronischer Erkrankung über ihre Erfahrungen, ihre Probleme und Lösungsstrategien am Arbeitsplatz und im sonstigen Lebensalltag austauschen. Das entlastet und gibt neue Kraft. Viele Selbsthilfeorganisationen bieten außerdem Beratung und Unterstützung bei rechtlichen Problemen an.

Bei den Landes- und Mitgliedsverbänden der Deutschen Rheuma-Liga – siehe www.rheuma-liga.de – bekommt man Beratung, aber auch Informationsmaterialien für Betroffene wie für Arbeitgeber. Sie sollen dazu beitragen, Vorurteile und Barrieren abzubauen, die einer Beschäftigung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen entgegenstehen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe und ihre rund 120 Mitgliedsorganisationen beraten und unterstützen Beschäftigte mit HIV. Zugleich bieten sie sich Arbeitgebern als Ansprechpartner an und sind bei der Organisation von Veranstaltungen im Unternehmen behilflich. Vielfältige Informationen und die Adressen der regionalen Aidshilfen finden sich auf der Internetseite www.aidshilfe.de. Unter

www.aidshilfe-beratung.de kann man sich auch online und unter der bundesweiten Telefonnummer 0180 3319411 telefonisch beraten lassen. Auf der Internetseite www.positivarbeiten.de kann man Kontakte zu anderen erwerbstätigen HIV-Positiven knüpfen.

Gemeinsam für Menschen mit chronischen Erkrankungen!

Viele Interessenverbände und Selbsthilfegruppen informieren und unterstützen auch Arbeitgeber. Aus gutem Grund, denn nur wer Krankheitsbilder realistisch einschätzen kann, kann auch dazu beitragen, dass die Arbeitskraft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst lange erhalten bleibt.

Setzen wir uns gemeinsam dafür ein, dass Kollege X nicht bloß als „der Rollstuhlfahrer mit MS“ gesehen wird, sondern vor allem als ein erfahrener Buchhalter, der jungen Kollegen gute Tipps geben kann. Oder dass Kollegin Y, die Rheuma hat und daher manchmal ausfällt, auch als kreative Ideengeberin geschätzt wird. Oder dass man den angeblich schwulen und vielleicht auch HIV-infizierten Sachbearbeiter Z nicht länger schneidet, sondern im Kollegenkreis willkommen heißt. Eine utopische Vorstellung? Wir finden nicht!

Menschen mit chronischen Erkrankungen brauchen Sie als ihre Vorgesetzten, als ihre Kolleginnen und Kollegen. Und sie wünschen sich, dass man ganz selbstverständlich mit ihnen und ihrer Erkrankung umgeht.

My-Air.TV – die internetbasierte Nachschulung bei Asthma bronchiale

Gerd Schauerte,
CJD Berchtesgaden – Asthmazentrum

Einführung

Eine strukturierte und evaluierte Asthmaschulung nach dem Qualitätsmanagementvorgaben der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AG Asthmaschulung) ((Lob-Corzilius 2007)) ist entscheidender Bestandteil der Behandlung von asthmakranken Kindern und Jugendlichen. Viele nationale und internationale Studien ((Boyd 2009; Coffman 2008; Guevara 2003)) konnten die Wirksamkeit einer Asthmaschulung eindrucksvoll bestätigen. Diese werden deshalb in der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma ausdrücklich empfohlen (Nationale Versorgungsleitlinie Asthma 2009) und sind Bestandteil aller Verträge zum

Disease-Management-Programm Asthma (DMP Asthma). Aus lerntheoretischer Sicht ist eine Wiederholung der Inhalte sechs bis zwölf Monate nach der Basis-schulung sinnvoll und notwendig. Dies konnte bereits in der ersten deutschen Studie zur strukturierten Asthmaschulung gezeigt werden (Nationale Versorgungsleitlinie Asthma 2009). Hier erzielte die Gruppe mit Asthmanachsulung deutlich bessere Ergebnisse als die Gruppe ohne Nachschulung, u.a. weniger Notfallvorstellungen beim Arzt, weniger Asthmasymptome, weniger Schulfehl-tage. Auch bei einer Nachschulung nach Basisschulung im Rahmen einer Rehabilitation konnte ein positiver Affekt dieser Nachschulung nachgewiesen werden (Kiosz 2001). Somit stellt die Asthma-

nachschulung einen wichtigen Baustein dar, die in der Basisschulung vermittelten Wissensinhalte, Verhaltensfertigkeiten und sozialen Fertigkeiten zu verstärken und zu stabilisieren.

Deshalb ist die Nachschulung Bestandteil der Qualitätsvorgaben der AG Asthmaschulung und wird in allen DMP-Verträgen extra vergütet. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland knapp 20.000 Basisasthmaschulungen durchgeführt (Szczepanski 2012). Gesicherte Daten zur Häufigkeit von Nachschulungen gibt es leider nicht. Beim Erfahrungsaustausch mit Asthmaschulungsteams werden meist Häufigkeiten von 20 % bis 50 % angegeben. Diese niedrige Quote und die Unterschiede ergeben sich u. a.

Abbildung 1

Internetnutzung in Deutschland 2001 bis 2011

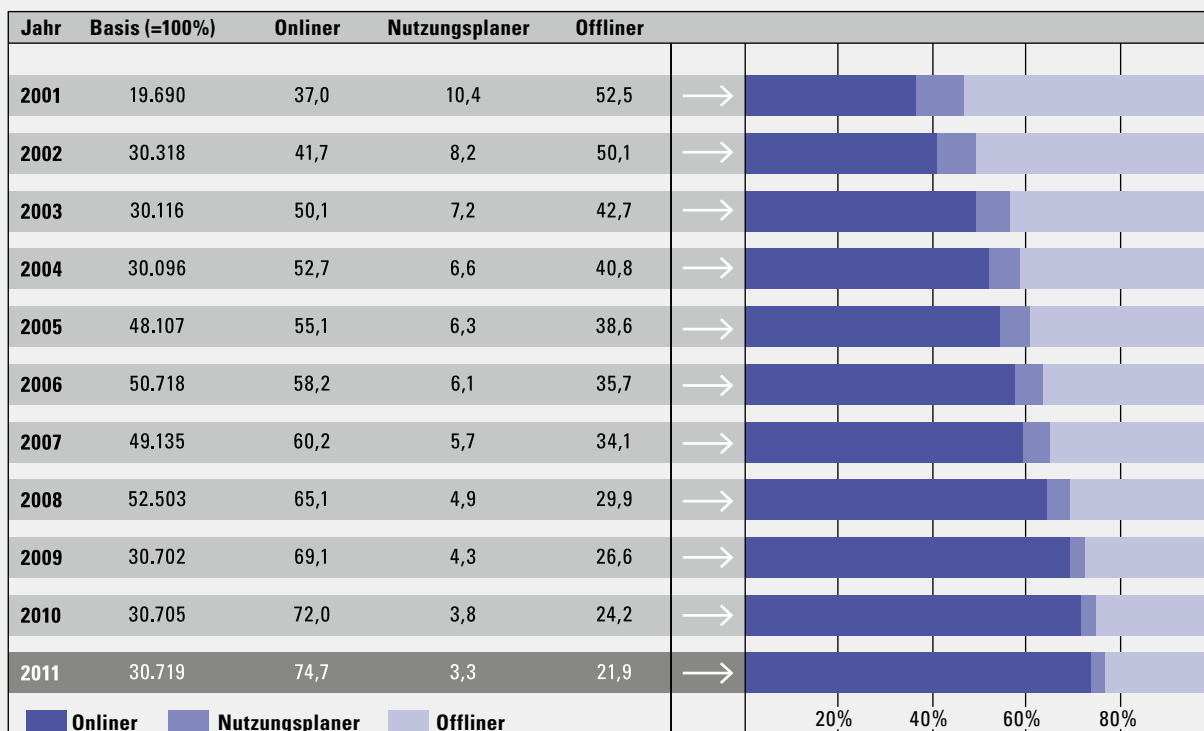
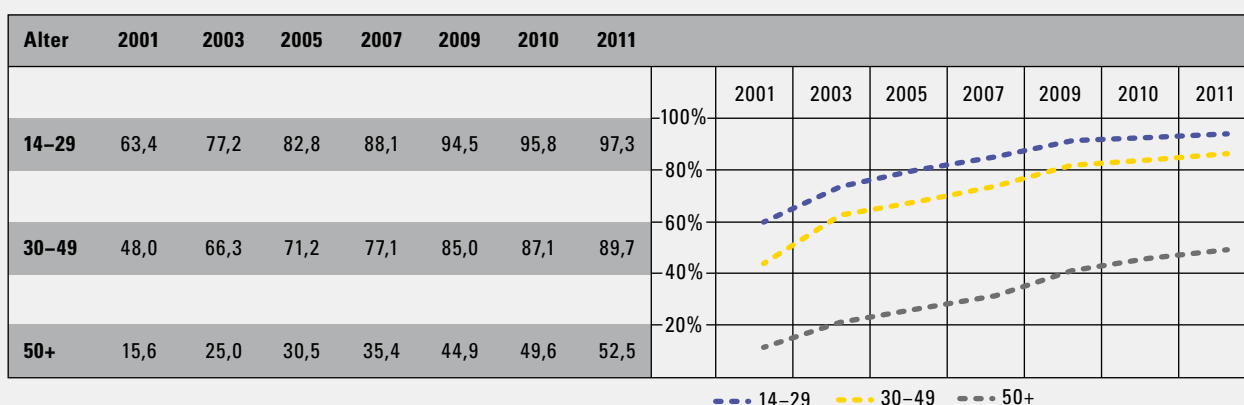


Abbildung 2

Internetnutzung in Deutschland nach Alter 2001–2011



aus Initiative D21: (N)ONLINER Atlas 2011. (S. 14)

durch die unterschiedliche Vergütung der Asthmanachsung in Deutschland. Während die Basisschulungen im Rahmen der Disease-Management-Programme bundesweit relativ einheitlich vergütet werden, gibt es im Bereich der Nachschulung deutliche Differenzen bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen 200 Euro in Bayern und 38 Euro in Westfalen-Lippe. Auch bei den Kindern, bei denen die Basisschulung nicht im Rahmen einer ambulanten Asthmaschulung, sondern im Rahmen der Rehabilitation durchgeführt wurde, scheint eine Nachschulung weniger häufig zu erfolgen. Auch das Alter spielt eine Rolle. Während die Asthmaschulung von Jugendlichen häufiger in der Rehabilitation erfolgt, erfolgt die Schulung von Kindern vom achten bis zum zwölften Lebensjahr eher im ambulanten Setting. Gerade Jugendliche mit ihren oft hohen Belastungen durch Schule und Freizeitaktivitäten können sich schlecht die Zeit für eine Asthmaschulung „freischaufeln“. Noch schlechter sieht es dann mit der

Teilnahme an einer Asthmanachsung aus.

Um hier ein zusätzliches Angebot zu schaffen, ist die internetbasierte Asthmanachsung entwickelt und evaluiert worden. Dabei haben sich die Voraussetzungen für eine Internetnutzung in Deutschland im Lauf der letzten Jahre deutlich verbessert; aktuell nutzen 96 % der 14–29-Jährigen und 87 % der 30–49-Jährigen das Internet (Initiative D21 2012). Auch in der Altersgruppe darüber zeigt sich ein deutlicher Zuwachs der Internetnutzer. Somit besteht zumindest über den Zugang der Eltern für nahezu alle Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, das Internet zu nutzen.

Pilotprojekt zur internetbasierten Asthmanachsung

Die o.g. Überlegungen waren auch bereits zum Jahrtausendwechsel aktuell und so wurde in einem Pilotprojektes 2000 und 2001 eine internetbasierte

Asthmanachsung entwickelt und wissenschaftlich evaluiert. In dieser Studie (Runge 2006) zeigte sich durch den Einsatz der internetbasierten Asthmanachsungen eine Verbesserung der Lebensqualität sowie des asthmabezogenen Wissens. Eine Notfallvorstellung beim Arzt war seltener notwendig; die Bedarfsmedikation wurde seltener eingesetzt. Trotz dieser guten Evaluationsergebnisse konnte sich das Programm nicht am Markt etablieren. Einerseits fehlte eine flächendeckende Finanzierung, andererseits war die Anmeldung durch den Arzt relativ kompliziert. Es gab teilweise technische Probleme und – sicher der wichtigste Aspekt – im Jahr 2001 hatten nur 37 % der Haushalte die Möglichkeit zur Internetnutzung (s. *Abbildung 1*).

Entwicklung von my-Air.TV

Aufgrund der Evaluationsergebnisse und der dann zunehmend steigenden Anzahl von Internetnutzern insbesondere

re bei jüngeren Menschen (s. *Abbildung 2*), reifte die Idee, in einem neuen Projekt die internetbasierte Asthmanachschulung zu verbessern. Insbesondere die geänderten Voraussetzungen im Bereich der Internetnutzung, die populationsbezogen von 37 % im Jahr 2001 auf 55,1 % (s. *Abbildung 1*) im Jahr 2005 angestiegen war, sowie dem parallelen Anstieg der 14–29-jährigen Internetnutzer von 63,4 % auf 82,8 % (s. *Abbildung 2*) ließ hier eine verbesserte Akzeptanz am Markt vermuten.

Die Entwicklung wurde in enger Absprache mit der AG Asthmaschulung umgesetzt. Durch das Facilitating einer forschenden Arzneimittelfirma (GSK) war es möglich, eine professionelle Agentur mit der Programmierung und grafischen Gestaltung zu beauftragen. So konnten technische Probleme vermieden werden. Um die Anmeldung von Patienten durch den Arzt zu vereinfachen, ist dies per Fax durch einen Überweisungsvordruck möglich, da auf diesem alle wichtigen Kontaktdaten vorhanden sind. Schon früh wurden Kontakte zu Krankenkassen geknüpft. Die eigentliche inhaltliche Entwicklung erfolgte dann im Dezember 2005 bis August 2006 in Absprache und unter Mitarbeit der AG Asthmaschulung.

Inhalte von my-Air.TV

Der Internetauftritt gliedert sich im Wesentlichen in drei Bereiche (s. *Abbildung 3*):

- Im Bereich „Wissen“ werden alle schulungsrelevanten Inhalte gemäß den Vorgaben der AG Asthmaschulung dargestellt. Dieser Bereich ist für alle Internetnutzer frei zugänglich.
- Im Bereich „Quiz“ (s. *Abbildung 4*) erfolgt die Wiederholung von asthmarelevanten Verhaltensfertigkeiten und Wissensinhalten in Form eines

Abbildung 3

Startseite my-Air.TV (www.my-air.tv)



Abbildung 4

Quiz Level my-Air.TV (www.my-air.tv)



interaktiven Quizes. Dieser Bereich ist für registrierte Nutzer nach Passwort-geschütztem Zugang reserviert. Das Quiz umfasst vier Levels. In diesen vier Levels geht es auf Level 1 um Anatomie und Pathophysiologie des Asthma bronchiale, auf Level 2 um medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie, auf Level 3 um das Management von Atemnot-situationen und auf Level 4 werden die Themen Asthma, Familie und Freunde behandelt. Dabei ist das Quiz personalisiert, d.h. die Inhalte werden den Umständen des einzelnen Nutzers angepasst. Im Bereich „Medikamente“ bedeutet dies, dass die vom Patienten selbst benutzten Medikamente in die Wissensfragen eingebaut sind, und im Bereich „Auslöser“, dass die für den Patienten spezifischen Allergene besonders beachtet werden. Ist ein einzelner Level erfolgreich absolviert worden, wird ein Onlinespiel freigeschaltet. Bei den Quizsequenzen gibt es traditionelle Multiple-choice-Fragen, aber auch Lückentexte, Fangrunden, bei denen Begriffe bestimmten Themen zugeordnet werden müssen usw. Dabei werden die Kinder und Jugendlichen von Charakteren im Quiz begleitet, die sie sich zuvor aussuchen können. Für jeden Level hat der Nutzer drei Versuche. Die Reihenfolge der Fragen und der Antworten werden bei jedem Versuch anders angeordnet.

- Im Bereich „Game“ (s. *Abbildung 5*) wird nach erfolgreichem Abschluss eines Quizlevels jeweils ein Spiel freigeschaltet. Deshalb ist auch hier nur ein Login-geschützter Zugang möglich. Die Spiele haben jeweils einen gewissen Bezug zum Thema Asthma bronchiale, Auslöser, Auslöservermeidung, Medikamente.

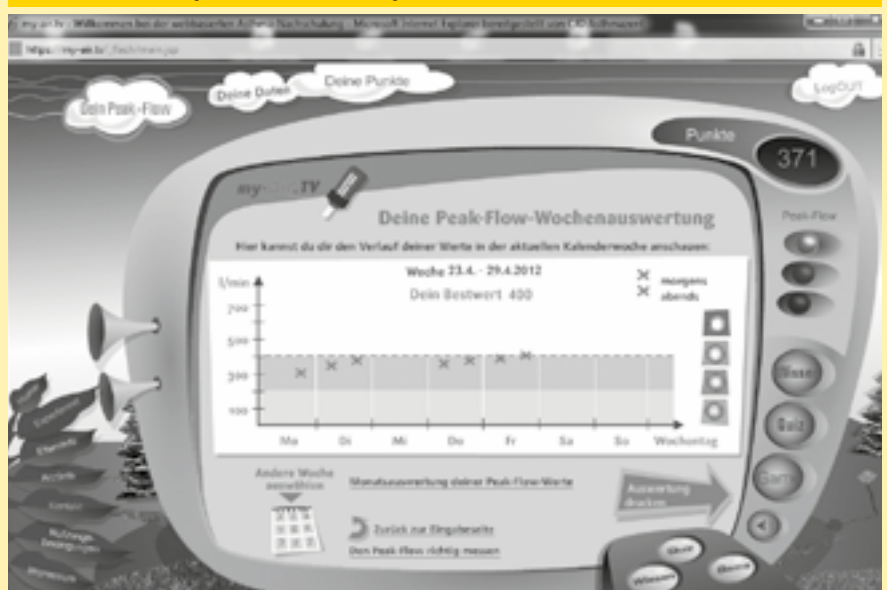
Abbildung 5

Game-Bereich my-Air.TV (www.my-air.tv)



Abbildung 6

PEF-Protokol my-Air.TV (www.my-air.tv)



Neben diesen drei Bereichen wird bei jedem Login eine Peak-Flow-(PEF)-Messung mit vorheriger Selbsteinschätzung vom Benutzer angefordert. Vom Programm wird dann eine Rückmeldung über die Qualität der Selbstwahrnehmung und ggf. notwendiger Maßnahmen gegeben. Hierzu wird der Peak-Flow-Bestwert – wie in der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma gefordert – als Bezugswert verwendet. Dieser Bestwert wird vom User selbst eingegeben. Über die PEF-Funktion ist das Führen eines Online-PEF-Tagebuchs einfach möglich (s. *Abbildung 6*). Alle vier Wochen wird die Teilnahme an einem Asthmakontrolltest (ACT) (Thomas 2009) angeboten. Das Ergebnis des Asthmakontrolltests kann ebenso wie das PEF-Protokoll ausgedruckt und bei der nächsten Arztkonsultation mitgenommen werden.

Nutzung von my-Air.TV

In den Bereichen Peak-Flow-Messung, Spiel und Quiz können Punkte gesammelt werden. Bei Erreichen einer Gesamtpunktzahl von über 1.000 Punkten erhält der Nutzer ein Zertifikat über den erfolgreichen Abschluss der Nachschulung. Für die Asthmanachschulung selbst hat er insgesamt drei Monate Zeit; die Nutzung ist auf einen Quiz-Level pro Tag begrenzt, damit eine vernünftige Stoffmenge pro Tag gewährleistet ist. Nach Abschluss der Schulung erhält der Arzt eine entsprechende Information, und dem Kind bzw. Jugendlichen wird ein Zertifikat zugeschickt. Eine weitere Nutzung ist zeitlich unbegrenzt möglich.

Zielgruppe von my-Air.TV

Zielgruppe dieser Onlinenachschulung sind Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 11 bis 16 Jahren. Aber natürlich können auch jüngere Kinder – zumindest mit

Hilfe der Eltern – bzw. ältere Jugendliche diese nutzen. Voraussetzung zur Teilnahme an my-Air.TV ist eine absolvierte Basisasthmaschulung.

My-Air.TV wendet sich insbesondere an die Kinder und Jugendliche, bei denen eine Livenachschulung nicht möglich (strukturschwache Gebiete) bzw. nicht gewünscht ist. Dabei ist es besonders vorteilhaft, dass die Nutzer zeitlich (und theoretisch auch örtlich) völlig unabhängig sind. Im Gegensatz hierzu kann eine Live-Nachschulung nur zu bestimmten Terminen an einem festen Ort stattfinden. Außerdem eignet sich my-Air.TV auch zur Nachschulung für Patienten, bei denen bereits eine Livenachschulung erfolgt und ein Auffrischen der Inhalte der Asthmaschulung notwendig ist.

Anmeldung und Vergütung

Zur Anmeldung benötigt my-Air.TV folgende Daten des Patienten: Name, Vorname, Adresse, Versicherungsdaten; bei Anmeldung durch den Arzt: dessen Name und Anschrift. Eine Anmeldung zur Schulung ist nicht nur durch den Arzt, sondern auch durch das Schulungsteam direkt oder das Team einer Rehaklinik möglich. In einigen Verträgen mit den Krankenkassen erfolgt die Anmeldung durch die Krankenkasse nach einer Basis-schulung. Nachdem die o. g. Daten erfasst worden sind, wird ein Login an den Patienten weitergegeben, der dann die Schulung personalisiert beginnen kann. My-Air.TV ist vom gemeinsamen Bundesausschuss akkreditiert worden und somit auch bei Patienten einsetzbar, die ins Disease-Management-Programm Asthma bronchiale eingeschrieben worden sind. Mit den gesetzlichen Krankenkassen wurden verschiedene Verträge geschlossen; zurzeit übernehmen die DAK, die Barmer GEK, die SBK und die

Novitas BKK die Kosten von my-Air.TV. Mit dem AOK-Bundesverband gibt es einen Rahmenvertrag, der bislang von den Landes-AOKen Bayern, Niedersachsen, Berlin, Nordrhein/Hamburg und Baden-Württemberg übernommen wurde. Die Kosten für die Teilnahme an my-Air.TV orientieren sich an den Nachschulungskosten, die im DMP vergütet werden und liegen unter 100 Euro.

Dabei gibt es Verträge, bei denen eine Einzelfallabrechnung mit den Krankenkassen erfolgt. Bei anderen Verträgen wurde eine gewisse Anzahl Logins von den Krankenkassen erworben. Diese werden dann an die Versicherten weitergegeben. Die Übermittlung der persönlichen Daten übernimmt dann der Versicherte beim ersten Login.

Bisherige Erfahrungen

Als erster Vertragspartner aufseiten der GKV wurde die DAK gewonnen, die bis Januar 2007 ein Vorzugsnutzungsrecht innehatte; ab Februar 2007 war my-Air.TV dann den Versicherten aller Krankenkassen zugänglich. Die Anmeldung durch die niedergelassenen Ärzte war und ist nach wie vor sehr schleppend, sodass in weiteren Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen Verträge so abgeschlossen wurden, dass die Anmeldung der Patienten durch die Krankenkassen direkt erfolgen kann und diese direkt auf ihre Versicherten zugehen können. Eine solche Vertragsgestaltung wurde mit dem AOK-Bundesverband sowie der Siemens-Betriebskrankenkasse geschlossen. Seit dieser Zeit ist die Anmeldung insgesamt zügiger; insbesondere die AOKen Bayern/Niedersachsen und die SBK schreiben regelmäßig Patienten in my-Air.TV ein. Einmal eingeschriebene Patienten werden dann durch das my-Air.TV-Team regelmäßig betreut. Dabei ist

bei einigen Nutzern die Motivation zur regelmäßigen Teilnahme an my-Air.TV notwendig. Außerdem besteht ein nicht unerheblicher administrativer Aufwand je nach Vertragsgestaltung. Trotz der Motivationsarbeit gibt es immer wieder einzelne Nutzer, die nach einem ersten Login my-Air.TV nicht mehr benutzen. Eine erfolgreiche Nutzung wird von ca. 60 bis 70 % der Nutzer erreicht. Bislang haben ca. 500 Kinder und Jugendliche my-Air.TV benutzt.

Rehabilitation

Ein besonderes Problem stellen nach wie vor die Jugendlichen dar, bei denen im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes eine Asthmaschulung erfolgte. Der Großteil der Jugendlichen ab dem zwölften Lebensjahr wird im Rahmen der Rehabilitation geschult und die notwendige Nachschulung ist im häuslichen Umfeld häufig nicht integriert. Eine Finanzierung der my-Air.TV-Nachschulung durch die Rehabilitationsträger wäre sicher sinnvoll und notwendig, sodass eine direkte Anmeldung zu my-Air.TV durch das Rehabilitationsteam erfolgen könnte. Leider ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften dies bislang nicht möglich.

Literatur

- BOYD, M. ET AL. (2009): Interventions for educating children who are at risk of asthma-related emergency department attendance. *Cochrane Database Syst Rev*, CD001290
- COFFMAN, J. M. ET AL. (2008): Effects of asthma education on children's use of acute care services: a meta-analysis. *Pediatrics* 121 (3), pp. 575–586
- GUEVARA, J. P. (2003): Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 326 (7402), pp. 1308–1309
- INITIATIVE D21 (2011): (N)ONLINER Atlas 2011. <http://www.nonliner-atlas.de> [Internet; Zugriff: 20.4.2012]
- KIOSZ, D. ET AL. (2001): Ambulante Nachschulung verbessert den Effekt stationärer Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. *Präv-Rehab* 13, pp. 93–104
- LOB-CORZILIUS, TH. (2007): Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl., New York
- NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE ASTHMA. Langfassung. Version 1.0. 2. Aufl., Dez. 2009., <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma/index.html> [Internet; Zugriff: 18.12.2009]
- RUNGE, C. ET AL. (2006): Outcomes of a web-based patient education program for asthmatic children and adolescents. *Chest*. 129 (3), pp. 581–593
- SZCZEPANSKI, R. ET AL. (1996): Ergebnis einer strukturierten Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter. *Pneumologie* 50 (8), pp. 544–548
- SZCZEPANSKI, R. (2012): Vorstellung der Schulungshäufigkeit in Deutschland. Im Rahmen der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. Dresden 16.3. und 17.3.2012
- THOMAS, M. ET AL. (2009): The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline-defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Prim Care Respir J*. 18 (1), pp. 41–49



Empowerment – Der kompetente Patient ist besser versorgt: LINDA, das Selbstmanagement-Programm für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes

Gerlinde Feulner-Krakow
Diabeteszentrum Forchheim

Einführung

1986 hat die WHO in der Ottawa-Charta als Ziel formuliert, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Damit Patienten derartige Kompetenzen entwickeln, brauchen sie Information und Schulung.

Seit die ersten Diabetes-Patienten im Jahr 1923 mit Insulin behandelt wurden, ist Schulung ein essentieller Bestandteil der Diabetestherapie. Viele Jahrzehnte beschränkte sich Schulung auf Informationen und Handlungsanweisungen zu Injektionstechnik, Diabetesdiät und einer vom Arzt verordneten Therapie. Dies erwies sich jedoch als wenig effektiv. Nur ein kleiner Teil der Patienten konnte die Therapievorgaben im Lebensalltag umsetzen!

Die Amerikanische Diabetes-Gesellschaft (ADA) forderte deshalb 1995 statt einer Schulung durch Wissensvermittlung ein weitergehendes, den Patienten in den Schulungsprozess einbeziehendes Vorgehen, ein „Diabetes Self-management Education Program“. Ergänzend wurde Empowerment Voraussetzung für Schulung in den National Standards der ADA 2002. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft übernahm diese Forderungen.

Der Begriff „Empowerment“ kommt aus dem Englischen und heißt wörtlich übersetzt „Ermächtigung“ oder „Bevollmächtigung“.

In der Medizin bedeutet Empowerment die professionelle Unterstützung des

Patienten zum Erreichen von Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit. Von der Seite des Patienten ist die Fähigkeit gemeint, eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu handeln; d. h., das Leben mit Diabetes auf der Basis informierter Entscheidung selbst zu managen.

Das LINDA-Selbstmanagement-Programm

Das LINDA-Programm (Lebensnah – Interaktiv – Neu – Differenziert – Aktivierend) ist eine modular aufgebaute Selbstmanagementschulung für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Es wurde von der Autorin – Gerlinde Feulner-Krakow (Pädagogin, Diabetesberaterin DDG) – und Dr. Dietmar Krakow (Diabetologe DDG) im Diabeteszentrum Forchheim aus dem Schulungsalltag in der täglichen Arbeit mit den Patienten entwickelt und seitdem kontinuierlich verbessert und aktualisiert.

Es ist das einzige Schulungsprogramm, das ohne externe Finanzierung aus eigenen Mitteln der Autoren erstellt und evaluiert wurde. Auch die Produktion erfolgte ohne Sponsoring. Mittlerweile liegt das Programm in der 6. Auflage vor. Es wird in zahlreichen ambulanten und stationären Schuleinrichtungen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz eingesetzt.

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse

Allgemein unterscheidet man zwei Diabetesformen: Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Die Zuordnung erscheint einfach. Von schlanken Menschen wird ange-

nommen, sie hätten Typ-1-Diabetes mit geringer oder fehlender Insulinausschüttung der Bauchspeicheldrüse. Übergewichtige hätten dagegen Typ-2-Diabetes mit einer Störung der Insulinwirkung, auch Insulinresistenz genannt, bedingt durch Übergewicht und falsche Lebensweise. Das mag häufig zutreffen. Wir wissen aber mittlerweile, dass es auch übergewichtige Patienten mit Typ-1-Diabetes und Schlanke mit Typ-2-Diabetes gibt. Wir kennen Typ-1-Diabetiker mit ungesunder Lebensweise und Typ-2-Diabetiker, die sich gesund ernähren und sportlich aktiv sind. Die Insulinbildung der Bauchspeicheldrüse kann bei Menschen mit Typ-1-Diabetes über wenige Monate abnehmen und eine sofortige Insulintherapie nötig machen. Das Nachlassen der Insulinausschüttung kann aber auch über viele Jahre hinweg erfolgen und eine lebenslange Tablettentherapie mit oralen Antidiabetika oder eine ergänzende Insulintherapie erfordern.

Es gibt Patienten, die Typ-1- und Typ-2-Diabetes haben. Menschen mit Typ-1-Diabetes können neben einem Mangel an körpereigenem Insulin zusätzlich eine Insulinresistenz und damit Typ-2-Diabetes in sich tragen. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes dagegen kann das Immunsystem zusätzlich Antikörper gegen die eigene Bauchspeicheldrüse bilden, was schließlich zu einer verminderten Insulinausschüttung, also zum Typ-1-Diabetes führt. In beiden Fällen spricht man vom 1,5-Diabetes. Die Störung beim Typ-2-Diabetes kann an der Zellwand liegen, im Zellinneren, im Darm durch zu geringe Produktion oder Fehlen eines Hormons (z.B. GLP-1) oder durch

verschiedene weitere Faktoren bedingt sein.

Bis heute können Wissenschaftler ca. 200 Diabetesarten unterscheiden. Die Einteilung in zwei Diabetestypen wurde aus der Historie übernommen. Auch wenn mit der Entdeckung des pankreo-priven Diabetes, der durch bakterielle Bauchspeicheldrüsenentzündungen oder Alkoholabusus etc. hervorgerufen werden kann, die Bezeichnung „Typ-3-Diabetes“ dazugekommen ist, handelt es sich um eine deutliche Vereinfachung.

Je mehr wissenschaftliche Erkenntnisse in Ursachen und Verlauf des Diabetes gewonnen werden, desto komplexer und komplizierter wird das Krankheitsbild und umso differenzierter müssen Schulung und Therapie sein, um auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können.

Multimodales Schulungsprogramm

Das LINDA-Programm ist für alle Diabetesarten und für nahezu alle Diabetestherapien einsetzbar. Dazu zählen Ernährung und Bewegung, verschiedene orale Antidiabetika (OADs), Injektionen mit sog. Inkretinmimetika sowie verschiedene Arten der Insulintherapie. Das LINDA-Programm hat einen modularen Aufbau mit Grund- und Zusatzmodulen. Alle Patienten mit Typ-2-Diabetes können unabhängig von der Diabetes-Therapie in einer Gruppe beginnen und gemeinsam von Modul 1 bis 4 an der Schulung teilnehmen. Patienten mit Insulin besuchen je nach Art der Insulintherapie eine, zwei oder bis zu acht weitere Schulungsein-

heiten. Für Patienten mit Typ-1-Diabetes beläuft sich die Schulungsdauer auf insgesamt zwölf Schulungseinheiten.

Anschauliche Schulungsmedien

Die 80 LINDA-Modellteile helfen, den Diabetes besser zu verstehen. Es handelt sich um einzelne Darstellungen der Organe, Blutgefäße etc. Sie werden an der Magnettafel oder als Tischbild von den Patienten zusammengesetzt. Mithilfe der Modellteile ist es möglich, komplexe Vorgänge im Körper auf einfache Weise darzustellen und als Prozess verständlich zu machen, z. B. die Entstehung von Typ-1- und Typ-2-Diabetes, den Einfluss von Bewegung, Ernährung, Körpergewicht und Alkohol auf Insulinresistenz und Blutzucker oder Folgekrankheiten bei langfristig hohen Blutzuckerwerten. Auch die Wirkung verschiedener Diabetesmedikamente wird verstehbar.

Mit dem LINDA-Modell können verschiedenste Diabetesvarianten erklärt werden. Auch schlanke Patienten mit Typ-2-Diabetes oder Patienten mit Antikörpern (Typ 1) und zusätzlicher Insulinresistenz (Typ 2), dem Typ-1,5-Diabetes, erhalten eine Erklärung. Durch schrittweisen und wiederholten Aufbau der Bilder werden die Patienten mit den Vorgängen und Zusammenhängen in ihrem Körper vertraut. Sie verstehen, wann und warum bestimmte Maßnahmen und Therapien sinnvoll sind und finden Hilfen für Ihre Entscheidung.

Ursache des Typ-2-Diabetes

Nahezu täglich werden Menschen mit Typ-2-Diabetes von Medien, Familienan-

gehörigen, Nachbarn und medizinischen Fachleuten mit Vorwürfen konfrontiert, dass ungesunde Lebensweise, ungesteuertes Essverhalten und Übergewicht Ursachen für ihre Krankheit seien. Wie schaffen es andere Menschen mit ähnlichen Voraussetzungen, vom Diabetes verschont zu bleiben? Leben alle Schlanke gesund und diszipliniert?

Bereits Ende der 1990er Jahre brachte eine kleine Gruppe von Diabetologen auch genetische Ursachen mit der Entstehung des Typ-2-Diabetes in Zusammenhang. Zwischenzeitlich konnten bei Menschen europäischer Abstammung 40 beteiligte Gene identifiziert werden. In diesem Jahr wurde die bisher größte weltweite Metaanalyse zur Genetik des Typ-2-Diabetes veröffentlicht. In 39 Studien fanden sich sechs weitere Gene. Zusätzlich wurden bei sechs bekannten Genen nochmals sechs weitere Genvariationen gefunden. (Saxena et al. 2012)

Eine epidemiologische Studie zur Prävalenz der Insulinresistenz führten L. Moltz vom Institut für präventive Medizin in Berlin und R. W. Holl von der Universität Ulm durch. Eingeschlossen wurden Frauen, die normgewichtig und anscheinend gesund waren, keinerlei Medikamente einnahmen und keinen Diabetes, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen in der Familie hatten. Die Probandinnen nahmen an einem standardisierten Glukosetoleranztest (OGTT) zur Bestimmung von Glukose und Insulin teil. Es zeigte sich, dass 22,5 % der Probandinnen eine Insulinresistenz mit eingeschränkter Glukosetoleranz und Insulinsensitivität und damit einen Prädiabetes hatten. Das Ergebnis ist besorg-

niserregend, weil man weiß, dass eine Insulinresistenz auch Auswirkungen auf den Kohlenhydrat-, Lipid-, Gerinnungs- und Proteinstoffwechsel haben kann. (Moltz/Holl, 2010).

Genetische Veränderungen werden von Generation zu Generation weiter gegeben. Allerdings kann der genetische Code durch Lebensstilveränderung umgeschrieben werden.

Ein weiterer Risikofaktor später Typ-2-Diabetes zu entwickeln ist Gestationsdiabetes der Mutter. Deshalb ist es wichtig, dass Schwangere auf optimale Blutzuckerwerte und gesunde Ernährung achten.

Auch Stillen senkt das Diabetesrisiko.

LINDA-Erklärungsmodell des Typ-2-Diabetes

Nach wie vor gilt Diabetes als Lifestyle-Krankheit. Viele Betroffene glauben, sie seien selbst schuld an ihrem Diabetes. Schuldgefühle blockieren jedoch die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln.

Bei LINDA steht der kausale Zusammenhang von Genetik und Insulinresistenz im Vordergrund. Das fördert die Krankheitsakzeptanz der Betroffenen. Typ-2-Diabetes ist angeboren. Übergewicht ist nicht die Ursache, sondern Folge! Mithilfe der LINDA-Modellteile begreifen die Patienten die Zusammenhänge. Sie erfahren, dass sie nicht schuld sind an ihrer Krankheit, aber auch, dass sie keinem unabänderlichen Schicksal ausgesetzt sind. Sie erkennen selbst, wie sie gegen ihre

Veranlagung aktiv werden können. In der Schulung werden verschiedene Möglichkeiten und Hilfestellung angeboten.

■ Umgang mit dem Übergewicht im LINDA-Programm

Nach einer Erhebung im Diabeteszentrum Forchheim haben übergewichtige Patienten mit Diabetes (Typ 2 und Typ 1) in 61 % der Fälle bereits 2,8 Diätversuche hinter sich. Häufig liegt ein vermindertes Selbstwertgefühl, Versagensangst und Problemverleugnung vor. Viele reagieren auf eine direkte Empfehlung zur Gewichtsreduktion gereizt oder nur scheinbar kooperativ.

Um die Betroffenen dennoch zu einer Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten zu motivieren, werden sie bei LINDA bewusst nicht persönlich auf ihr Gewicht angesprochen und müssen sich auch nicht dazu äußern. Anhand der Modellteile begreifen sie den wechselseitigen Einfluss von Körpergewicht, Diabetes, Ernährung und Bewegung. Die Patienten lernen verschiedene Möglichkeiten der Gewichtsreduktion kennen und entscheiden selbst, ob und wie sie abnehmen möchten. Dazu bekommen sie unsere Hilfe und Unterstützung.

■ Pädagogisches Konzept

Erwachsenen fällt das Lernen neuer Inhalte schwerer als Kindern. Sie brauchen mehr Möglichkeiten, an bekanntes Wissen anzuknüpfen und häufigere Wiederholungen. Das LINDA-Programm baut elementares Wissen nach Erkenntnissen der Hirnforschung auf. Je mehr Sinnesorgane beim Lernen beteiligt sind

umso besser bleiben Informationen im Langzeitgedächtnis haften. Am besten werden Inhalte gespeichert, die zusätzlich durch eigenes Handeln erfahren wurden. Bei LINDA dominiert interaktives, patientenzentriertes Lernen mit verschiedenen Medien und zahlreichen spielerischen Aktivitäten. Sie lassen den Schulungsablauf abwechslungsreich und kurzweilig werden.

Zu den Bestandteilen des LINDA-Programms gehören Kärtchen mit Fragen und Impulsen. Sie geben den Schulungsteilnehmern Anregung, sich über Probleme und Ängste im Leben mit Diabetes auszutauschen und erfolgreiche Bewältigungsstrategien sowie bewährtes Know-how weiterzugeben. Richtiges Verhalten in Problemsituationen wird trainiert. Hemmende Krankheitsüberzeugungen und negatives Krankheitserleben von Patienten und Angehörigen können sich positiv verändern und zu mehr Empowerment und besserem Selbstmanagement motivieren.

Evaluation des LINDA-Programms

Die Evaluationsdaten wurden 2004 in Diabetes und Stoffwechsel publiziert (Krakow et al., 2010). Es wurden 1.109 Patienten in die Studie aufgenommen, davon in die Pilotstudie 805. 500 Patienten wurden mit LINDA, 305 mit den Schulungsprogrammen (Typ 2 ohne Insulin, Typ 2 mit Insulin, Typ 1) der Universität Düsseldorf geschult. Ausgeschlossen von der Studie waren u. a. Neumanifestierte. Die Diabetesdauer betrug bei Patienten mit Typ 1 15 Jahre, Typ 2 mit Insulin 13 Jahre und Typ 2 mit oralen Antidiabetika (OAD) 8 Jahre. In allen

drei Gruppen besserte sich der HbA1c deutlich (Typ 1: 8,3 auf 6,6 / Typ 2-Ins: 8,5 auf 6,5 / Typ 2-OAD: 7,7 auf 6,0). Der Blutdruck sank auf 133/79 mmHg mit Reduktion der Mikroalbuminurie. Für die Gewichtsanalyse wurde der BMI errechnet, da er ein objektiveres Kriterium darstellt als das reine Körpergewicht. In den Insulingruppen stieg der BMI erwartungsgemäß, aber nur um 0,4. Bei Typ 2-OAD sank er um 0,6.

Derzeit analysieren wir die Langzeitdaten nach Schulung mit dem LINDA-Programm, aus denen nur ein kurzer Auszug vorweg dargestellt werden kann, da die Auswertung gerade erst begonnen hat. Die Diabetesdauer und das Durchschnittsalter betragen jetzt bei Patienten mit Typ 1 26 bzw. 63 Jahre, bei Typ 2 mit Insulin 24 bzw. 74 Jahre und Typ 2 mit OAD 19 bzw. 71 Jahre.

Nach elf Jahren liegt der HbA1c in Typ 1 bei 7,20, in Typ 2-Ins bei 7,34 und Typ 2-OAD bei 6,79! Der Blutdruck liegt bei 140/76 und die Mikroalbuminurie in Typ 1 bei 26,41, Typ 2-Ins bei 27,99 und Typ 2-OAD bei 23,38. Das Gewicht ist bei Typ 1 angestiegen von 26,5 auf 29,01, bei Typ 2-Ins von 32,24 auf 33,80 und bei Typ 2-OAD von 31,02 über 30,34 nach fünf Jahren wieder auf 31,17.

Im Wilcoxon Test wurden alle Patienten der Jahre 2000 bis 2007 ausgewertet. Es werden jeweils die Abweichungen vom SDS (Standard-Deviation-Score) angegeben: Bei 832 Typ-1-Patienten nahm der HbA1c um 0,63 ab, der BMI um 0,1 zu und der RR um 0,18 ab. Die Hypoglykämierate sank um 3,22. Bei 1525 Typ 2-Insulin-Patienten nahm der HbA1c um

0,88 ab, der BMI um 0,1 zu und der RR um 0,18 ab. Die Hypoglykämierate sank um 0,125. Bei 1298 Typ 2-OAD-Patienten nahm der HbA1c um 0,57 ab, der BMI sank um 0,55, der RR nahm um 0,27 ab. Die Hypoglykämierate nahm um 0,11 zu.

Zusammenfassend bestätigen die Langzeitdaten nachdrücklich den guten Effekt des LINDA-Programms, der bereits in der Evaluationsstudie gezeigt werden konnte.

Zusammenfassung und Vergleich mit anderen Schulungsprogrammen

In Deutschland entwickelte die Gruppe um Prof. M. Berger an der Universität Düsseldorf in den 1980er Jahren ein strukturiertes Schulungsprogramm für Typ-1-Diabetiker und zu Beginn der 1990er-Jahre ein weiteres für Typ-2-Diabetiker ohne Insulin. Es folgten Schulungsprogramme für Patienten mit Mischinsulin (CT), Insulin zum Essen, mit intensiver konventioneller Therapie (ICT), verhaltenspsychologische Programme für Patienten mit Typ-2-Diabetes in mittleren Lebensjahren etc.

Auch diese Diabetes-Schulungsprogramme basieren größtenteils auf den Ideen von Empowerment und Selbstmanagement, haben aber weniger gute Ergebnisse.

Ein wesentlicher Grund für den Erfolg des LINDA-Programms ist sicherlich, dass es nicht in einem wissenschaftlichen Forschungsinstitut, sondern aus der Praxis für die Praxis entstanden ist.

Weiterhin müssen im LINDA-Programm andere Strukturen vorhanden sein, die zu deutlich besseren Resultaten führen.

Multimodales Schulungsprogramm

Traditionelle Diabeteskonzepte bestehen aus zielgruppenspezifischen Schulungsprogrammen, getrennt nach Diabetestyp, Therapie und Alter. Die strikte Trennung entstammt einer Zeit, in der die Diabetologie noch in den Kinderschuhen steckte. Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen und Typ-1 bei Älteren sind heute keine Seltenheit. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Labormethoden haben zahlreiche Diabetesvarianten aufgedeckt und gezeigt, wie fließend die Übergänge zwischen verschiedenen Diabetestypen sind.

LINDA ist das einzige modulare Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes und nahezu allen Diabetestherapien. Möglich wird das durch den modularen Aufbau.

Modellteile

Fast alle Schulungsprogramme enthalten ein Diabetes-Erklärungsmodell für die jeweilige Zielgruppe und beziehen sich auf eine Therapie. Das Angebot an Diabetesmedikamenten und Insulinen steigt jedoch stetig und damit die Zahl an Therapiemöglichkeiten. Mit den LINDA-Modellteilen können zahlreiche Diabetesvarianten und Therapien anschaulich vermittelt werden. Therapien werden heute nicht mehr allein vom

Arzt vorgegeben. Mithilfe der Modellteile können sich Patienten aktiv für eine Therapie entscheiden, angepasst an ihre persönlichen Lebensumstände.

■ Erklärungsmodell Typ-2-Diabetes

In allen anderen Schulungsprogrammen wird die Ursache des Typ-2-Diabetes primär mit Übergewicht und ungesunder Lebensweise angegeben. Typ-2-Diabetes auf eine Lifestyle-Krankheit zu reduzieren, simplifiziert ihn jedoch und tut vielen Betroffenen Unrecht! In Studien konnten mehr als 46 verschiedene Gene identifiziert werden, die am Krankheitsgeschehen beteiligt sind. 22,5 % Prozent scheinbar gesunder, normgewichtiger Frauen hatten eine Insulinresistenz.

LINDA stellt die genetische Ursache des Diabetes in den Vordergrund. Die Patienten erfahren, wie sie ihre Veranlagung beeinflussen können. Informierte Patienten sind viel eher bereit, Verantwortung im Umgang mit dem Diabetes zu übernehmen.

■ Umgang mit Übergewicht

Üblicherweise ist Gewichtsreduktion zentrales Thema in Typ 2-Programmen. Bei LINDA werden die Betroffenen nicht im Rahmen der Schulung gewogen und werden bewusst nicht persönlich auf ihr Gewicht angesprochen. Die Patienten können sich dazu äußern, müssen aber nicht. Sie lernen die Bedeutung gesunder Ernährung, Bewegung und Gewichtsreduktion kennen und entscheiden individuell über die Art der Lebensstilveränderung.

■ Pädagogisches Konzept

Das LINDA-Programm enthält gegenüber anderen Schulungen einen deutlich höheren Anteil an Patientenaktivitäten. Das heißt, es werden alle Sinneskanäle angesprochen, um nicht nur visuellen oder auditiven, sondern auch kinästhetische Lerntypen gerecht zu werden.

Assoziationen mit unliebsamen schulischen Erfahrungen und Leistungsdruck stehen dem Empowerment-Gedanken entgegen. Deshalb werden bei LINDA keine Hausaufgaben gestellt.

Wesentliches Anliegen des LINDA-Programms ist es, Patienten positive Verstärkung und Rückhalt zu geben, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen zu vermitteln und die Handlungskompetenz, Eigeninitiative sowie ein positives Umgehen mit der Krankheit zu fördern.

■ Ziel der Schulung

Der mündige und informierte Patient, der sein Leben mit Diabetes nach seinen individuellen Bedürfnissen und Vorstellungen gestalten kann, verantwortlich gegenüber sich sowie den Menschen in seinem Umfeld.

Für mehr Lebensqualität und Behandlungsqualität von Menschen mit Diabetes sind Eigenverantwortung und Selbstmanagement notwendig. Das LINDA-Programm trägt nachweislich zu mehr Kompetenz und damit zur besseren Versorgung der Patienten bei.

Literatur

- MOLTZ, L./HOLL, R. W. (2010): Primäre und sekundäre Insulinresistenz: Konzentrationen von Glukose und Insulin bei normgewichtigen, anscheinend gesunden Probandinnen. In: Diabetologie und Stoffwechsel 5, S. 372–378
- KRAKOW, D./KRAKOW, G./GIESE, M./OSTERBRINK, B. (2003): Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung. In: Diabetes und Stoffwechsel 13, S. 77–89
- SAXENA, R./ELBERS, C. C./GUO, Y./KEATING B. J. (2012): Large-Scale Gene-Centric Meta-Analysis across 39 Studies Identifies Type 2 Diabetes Loci. In: Am J Hum Genet. 2012 March 9; 90 (3), pp. 410–425

Angehörige: nicht erkrankt und doch betroffen

Christopher Kofahl und Daniel Lüdecke
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Schon Aristoteles beschrieb den Menschen als „zoon politikon“, als ein soziales Wesen, das ohne die Zuwendung und Sorge anderer Menschen nicht Mensch werden und ohne die Hinwendung zu und die Kommunikation mit anderen Menschen nicht Mensch sein kann. In unseren sozialen Rollen sind Verantwortung und Verpflichtungen gegenüber unseren Mitmenschen soziokulturell tief verankert und somit in Geist und Seele verinnerlicht. In diesem Sinne können auch Krankheit und Gesundheit nicht nicht-sozial sein: Erkältung, Fieber, Migräne, Diabetes, Körperlähmung, Demenz – nie ist nur der oder die Einzelne betroffen, sondern stets auch sein oder ihr soziales Umfeld. Je größer die soziale Nähe, desto größer die Mitbetroffenheit, Mitverantwortung und Mitverpflichtung. Somit leisten in erster Linie die Angehörigen von erkrankten Familienmitgliedern umfassende Hilfe und Unterstützung – in den meisten Fällen selbstverständlich und unbeschränkt, aber selten ohne Bürde und Last.

„Nicht erkrankt und doch betroffen – Angehörige in der Selbsthilfe“, so lautete der BKK Selbsthilfetag 2011. Wir haben diesen aus unserer Sicht sehr passenden Titel für das Thema aufgegriffen und versuchen im Folgenden, die Dimensionen der Mitbetroffenheit der Angehörigen kranker Menschen über den Bereich der Selbsthilfe hinaus zu umreißen.

Familie und Gesundheit

Familie hat in der Gesellschaft einen außerordentlich hohen und in den letzten Jahren sogar weiter wachsenden Stellenwert. Über 90 % aller Bürgerinnen und Bürger sehen in der Familie den wichtigsten Bereich in ihrem Leben (BMFSFJ 2006, S. XXIV). Auch wenn wir nicht ignorieren dürfen, dass manche Familiensysteme durchaus Krankheit und

Leid fördern können, wird der Institution Familie mehrheitlich und insgesamt eine potenziell wert- und gesundheitsschöpfende (salutogenetische) Wirkung unterstellt. Dieses sogenannte Sozial- und Humankapital (Sass/von Tschilschke 1999) ist die vermutlich wertvollste Ressource, die einer Gesellschaft für ihre Entwicklung und Nachhaltigkeit zur Verfügung steht. Die präventiven Wirkungen der Familien auf Krankheitsentstehung und -verlauf sind durch zahlreiche gesundheitswissenschaftliche und medizin-soziologische Untersuchungen belegt (Cohen 2004; Kawachi/Berkman 2001).

Schon in den 1980er Jahren zeigten repräsentative Studien, dass 60 bis 85 % der Befindlichkeitsstörungen ohne professionelle Hilfe bereits innerhalb der primärsozialen Netzwerke bewältigt werden (Grunow et al. 1983). Besonders eindrücklich ist die Bereitschaft, hilfs- und pflegebedürftige Angehörige zu versorgen. Derzeit werden in Deutschland 69 % aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (DESTATIS 2011); in diesen häuslichen Pflegearrangements werden in über 90 % aller Fälle betreuende und pflegerische Hilfen für die Pflegebedürftigen durch Familienmitglieder erbracht. 71 % der Unterstützungsarrangements sind sogar ausschließlich privat, also ohne Beteiligung professioneller Pflegedienste (ebd., S. 23). Besonders beeindruckend an diesen familialen Hilfeleistungen sind der Grad der Selbstverpflichtung – trotz hoher psychischer und körperlicher Belastungen bis hin zu beruflichen Nachteilen oder Einschränkungen der pflegenden Angehörigen (Lamura et al. 2008; Kofahl et al. 2007; 2009). Somit war und ist die Familie der „größte Pflegedienst der Nation“ (Damkowski et al. 1997) und wird dies auch zukünftig bleiben, zumal ein weitreichender Ersatz des innerfamiliären Betreuungs- und Pflegepotenzials

durch professionelle Dienste als völlig unrealistisch betrachtet werden muss.

Nach wie vor sind die sich kümmernden Angehörigen vorwiegend Frauen – insbesondere Töchter und Schwiegertöchter. Zwar ist im Bereich der Pflegepersonen der Männeranteil von 17 % im Jahr 1991 auf 27 % im Jahr 2002 gestiegen (Schneekloth/Wahl 2005), und den Daten des Sozioökonomischen Panels zufolge liegt die Männerquote inzwischen sogar bei 35 % (Rothgang et al. 2008), in der Regel sind die Männer jedoch nicht die Hauptpflegepersonen; d. h., auch in Zukunft wird die familiäre Pflege trotz aller Gleichstellungsbemühungen hauptsächlich von Frauen erbracht werden.

Neben der Differenzierung betreuender Angehöriger nach Geschlecht gilt es auch nach Generationenverhältnis und Verwandtschaftsgrad zu unterscheiden: Wer kümmert sich um wen? Die Familienbezüge sind vielfältig – je nach Perspektive und mittelbarer wie unmittelbarer Betroffenheit in Bezug auf andere Familienmitglieder:

- Eltern von betroffenen Kindern/Jugendlichen
- Geschwister von betroffenen Kindern/Jugendlichen
- Kinder/Jugendliche von betroffenen Eltern
- Erwachsene Kinder von betroffenen Eltern
- Partner von Betroffenen
- Familien insgesamt

In der europäischen wie deutschen Sozialpolitik zählt seit mehreren Jahrzehnten die längstmögliche Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit zu den höchsten Zielen (Dooghe 1992; Walker et al. 1993; OECD 1996; Pacolet et al. 1998). Dies betrifft alle Altersgruppen vom Kinde bis zum Greis stets auf Basis der

beiden sozialpolitischen Grundsätze *ambulant vor stationär* und *Reha vor Pflege*. Neben der *Pflegeversicherung* (SGB XI) ist vor allem das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) ein wertvolles Instrument für die Betroffenen, insbesondere für die Eltern von behinderten und pflegebedürftigen Kindern. Doch auch drei Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX war nur knapp einem Drittel der betroffenen Eltern dieses Gesetz überhaupt bekannt (Kindernetzwerk 2007, S. 128) und dementsprechend gering auch die Kenntnis der mit SGB IX und XI verbundenen Unterstützungs- und Leistungsansprüche – vom Pflegegeld einmal abgesehen.

Belastungen und Einbußen der Lebensqualität von betroffenen Angehörigen

Der weitaus größte Teil aller Familien in Europa wird vom häufigeren und längeren Pflegebedarf betroffen sein, den der Zuwachs der Hochaltrigen mit sich bringt. Rein statistisch betrachtet wird unter gleichbleibenden Bedingungen die Last der Betreuung und Pflege für immer längere Zeit auf immer weniger Schultern getragen werden. In Zukunft werden zunehmend mehr ältere Menschen zunehmend länger noch ältere Menschen betreuen und pflegen. Bereits jetzt haben wir das Phänomen, dass die dritte Generation die selbe und höhere Generation pflegt (infratest 2003). Zwar ist die Betreuung hilfebedürftiger Familienmitglieder durchaus mit positiven Aspekten verbunden (Jani-le Bris 1993), eindeutig belegt sind aber auch die mit der Betreuung und Pflege verbundenen negativen Einflüsse auf die Gesundheit, insbesondere wenn – meist aufgrund fehlender Zeit – gesundheitsfördernde, präventive und entlastende Maßnahmen für das eigene Wohlbefinden nicht

genutzt werden. So haben pflegende Angehörige erhöhte Risiken für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, reduziertem Immunstatus mit der Folge häufiger Infektionen – bis hin zu einer deutlich erhöhten Mortalität (Shaw et al. 1999; Schulz/Beach 1999; von Kanel et al. 2003, von Kanel et al. 2005) sowie einer erheblichen Reduktion der Lebensqualität (Pearlin et al. 1990; Schacke/Zank 1998; Schulz/Beach 1999; Kofahl et al. 2009).

Die Angehörigen demenziell Erkrankter sind hier in besonderem Maße betroffen (Jerrom et al. 1993; Grafstrom et al. 1994; Gräßel 1998; Bertrand et al. 2006; Kofahl et al. 2009). Das Risiko negativer Folgen aus Betreuung und Pflege steigt zudem wegen der Tendenz vieler Angehöriger, sich selbst zu überfordern (Decker et al. 1999). Somit tragen die pflegenden Angehörigen von heute ein erhöhtes Risiko, selbst frühzeitig zu erkranken und von Betreuung und/oder Pflege abhängig zu werden (Kofahl et al. 2007), insbesondere die älteren unter ihnen (Sewitch et al. 2006).

Aber auch die jüngeren, noch berufstätigen pflegenden Angehörigen sind häufig mehrfach belastet, wenn es gilt, Beruf, Pflege und Familie miteinander zu vereinbaren. Bereits im letztjährigen BKK Gesundheitsreport 2011 wurde dargestellt, dass pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter deutlich kränker sind als der Durchschnitt der Bevölkerung (Billinger 2011; Siemens-Betriebskrankenkasse 2011). So liegen die Zahl der entsprechenden Diagnosen für pflegende Angehörige bis zu 51 % und die gesamten Leistungsausgaben um 18 % höher als bei vergleichbaren Versicherten, die keine Angehörigen pflegen. Die gravierendsten negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz sind Leistungseinbußen und das Versäumen

von Arbeitszeit (Franke/Reichert 2010). Besonders schwierig wird die Situation, wenn unvorhergesehene Krisen in der Pflegesituation auftauchen, die eine sofortige Lösung erfordern (Schneider et al. 2006).

Ob die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gelingt, hängt auch von den Angeboten der Unternehmen und deren Personalpolitik ab (Böhme 2011). Flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit zur Telearbeit und zu spontanen Auszeiten im Notfall sowie zu vorübergehender Arbeitszeitreduktion sind zentrale Voraussetzungen für gelingende Vereinbarkeit. Eine Unternehmenskultur, die das Thema offen kommuniziert, informelle Regelungen ermöglicht und Rücksicht nimmt auf Urlaubsplanung, Geschäftsreisen und Überstunden, wird darüber hinaus von Angehörigen als sehr förderlich erlebt (Franke/Reichert 2010).

Zwar sind Angehörige trotz der genannten Einschränkungen meist in der Lage, die beruflichen und pflegerischen Anforderungen zu erfüllen, für eigene Interessen und Erholungsphasen bleibt aber oft zu wenig oder gar keine Zeit mehr (Schneider et al. 2006; Franke/Reichert 2010, S. 50; Keck/Saraceno 2010).

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen für die „sorgende“ Familie

Die Bereitschaft zur Betreuung und Pflege ist hoch (Döhner et al. 2007), die Belastung – wie soeben dargestellt – aber auch. Letztere steigt mit den wachsenden Anforderungen an Bürgerinnen und Bürger im erwerbsfähigen Alter besonders dynamisch, denn demografischer und sozialer Wandel transformieren nicht nur Familienstrukturen, sondern auch Familienfunktionen und -modelle (Kofahl 2012). Diese Dynamik kumuliert

mit weiteren Herausforderungen für Familien im gesellschaftlichen Wandel:

Familienstrukturentwicklung

Familien werden als generationenübergreifendes System in ihrer Gesamtheit nicht nur kleiner, sondern nehmen quantitativ auch ab. Seit 1975 liegt die Reproduktionsrate in Deutschland zwischen 1,3 und 1,5 Kindern pro Frau (Statistisches Bundesamt 2007, S. 17). Einen wesentlichen Anteil hieran hat die Zunahme der kinderlos gebliebenen Frauen. 2008 hatten 21 % der 40- bis 44-jährigen Frauen keine Kinder zur Welt gebracht (Destatis 2009). Weitere Faktoren, die auch die Menschen mit Kindern betreffen, sind die Wohnortferne der Familienmitglieder, häufig bedingt durch berufliche Mobilität (s. u.), sowie eine – zumindest postulierte – abnehmende Bereitschaft der jüngeren Generationen, die eigenen Eltern zu pflegen (Blinkert/Klie 2005).

(Un-)Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Etwa zwei Drittel aller Pflegenden sind im erwerbsfähigen Alter, wovon jedoch nur 37 % einer beruflichen Tätigkeit nachgehen (Böhne 2011, S. 154). Die erwerbsfähigen pflegenden Angehörigen sind vorwiegend beruflich höher qualifizierte Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren (vgl. Franke/Reichert 2010, S. 42). Laut Mikrozensus 2009 sind 83 % der Väter (von Kindern bis 15 Jahren) erwerbstätig, jedoch nur 56 % der Frauen (DESTATIS/WZB/SOEP 2011, S. 36). Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ergeben sich vor allem in Abhängigkeit des Hilfe- und Pflegebedarfs bei den Pflegebedürftigen sowie dem Alter der Pflegenden.

Sarkisian und Gerstel (2004) konstatierten, dass die Stellung im Erwerbsleben

und die Berufsmerkmale, vor allem Gehalt und Selbstständigkeit, zentrale Erklärungsmuster für die Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Pflege von Familienmitgliedern sind. Schwierigkeiten entstehen dann, wenn zusätzlich professionelle Unterstützungsleistungen finanziert werden müssen. Gerade bei niedrigem Einkommen ist dann die Bereitschaft zur Berufsaufgabe höher, wenn die Pflege in Eigenleistung finanziell besser zu bewerkstelligen ist (Masuy 2009).

Steigende Anforderungen an Flexibilität und Mobilität

1992 haben sich 4,8 Mio. Erwerbstätige beruflich verändert, 10 Jahre später waren es 6,3 Mio., die im Jahre 2002 ihren Job wechselten (76 %ige Steigerung). Viele Arbeitsplätze befinden sich fern vom Wohnort, demzufolge ist derzeit jeder fünfte Bundesbürger beruflich mobil (Ruppenthal/Lück 2009). Die EU-Studie „Job Mobilities and Family Lives“ zeigte deutliche Zusammenhänge zwischen beruflicher Mobilität und schlechter Gesundheit, Familienkonflikten und Depressivität (Rüger 2010). Möglichkeiten der flexibleren Arbeitsgestaltung stellen hier sinnvolle Maßnahmen dar, um erwerbstätige Pflegenden zu entlasten. Dies umfasst auch die Möglichkeit, Teile der zu erledigenden Arbeit in Form von Heimarbeitsplätzen umzusetzen (Böhne 2011, 155).

Krankheit und Armut

Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Armut und Krankheit sollen hier nicht ausgeführt werden, wir wollen aber zumindest darauf hinweisen, dass Angehörige von Erkrankten auch wirtschaftlich mitbetroffen sind. Neben krankheitsbedingten, nicht kassendeckten zusätzlichen Kosten, schlägt ins-

besondere der Erwerbsausfall zu Buche (s. o.). Lange Pflegekarrieren können sich in der Altersversorgung spürbar bemerkbar machen. „Armut durch Pflege“ lautet die Formel der Selbsthilfeorganisation wir pflegen e. V., die damit auf dieses Risiko aufmerksam machen will. In der Tat ist das Risiko bei den einkommensschwachen Gruppen deutlich erhöht. Während die einkommensstarken Gruppen stetige Zuwächse in ihren Nettoäquivalenzeinkommen (bedarfsgewichtetes Haushalts-Nettoeinkommen) verbuchen können, nimmt das reale Nettoeinkommen der unteren Einkommensgruppen ab (DIW 2010b). Dadurch ist die relative Einkommensarmut von 10,3 % im Jahr 1999 auf 14,5 % im Jahr 2006 kontinuierlich gestiegen (DIW 2010a).

Das stärkste Armutsrisiko tragen derzeit vor allem die alleinlebenden jungen Erwachsenen, Haushalte mit drei oder mehr Kindern und insbesondere die Alleinerziehenden, deren Armutsrisiko bei über 40 % liegt, bei denjenigen mit Kleinkindern bis drei Jahre sogar bei 55 %. Davon sind vor allem alleinerziehende Elternteile pflegebedürftiger Kinder betroffen und hier wiederum vor allem Mütter. Mehr als jede zweite alleinerziehende Mutter, aber „nur“ jeder vierte alleinerziehende Vater hat ein Einkommen unter 1.300 Euro pro Monat (DESTATIS/WZB/SOEP 2011, S. 34).

Chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit

Etwa 39 % der Bevölkerung haben mindestens eine chronische Erkrankung (Robert Koch-Institut 2010), jeder zweite über 65 bereits mindestens drei (Kohler/Ziese 2004). Inzwischen leidet aber auch etwa jedes achte Kind in Deutschland an einer chronischen Krankheit (Schlack et al. 2008), davon jedes siebte mit einem speziellen Versorgungsbedarf

(Scheidt-Nave et al. 2007). Die Zahl der derzeit 2,4 Mio. Pflegebedürftigen wird in den nächsten 20 Jahren auf 3,4 Mio. ansteigen (DESTATIS 2010, S. 28); die Zahl der Demenzkranken wird sich 2050 von heute 1,2 Mio. auf 2,6 Mio. verdoppelt haben (Deutsche Alzheimergesellschaft 2010).

Psychosozialer Stress und psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen nehmen objektiv nicht zu (Jacobi 2009). Die 12-Monatsprävalenz irgendeiner psychischen Störung nach ICD-10 oder DSM-IV liegt über die Jahre stabil bei etwa 27 % (Wittchen/Jacobi 2005). Steigend ist aber deren Wahrnehmung, was zu einer deutlichen Steigerung der Krankschreibungen wegen einer psychischen Erkrankung und somit zu einem signifikanten Anstieg der AU-Tage führt, aber auch zu Frühberentungen: Insgesamt geht jeder Fünfte gesundheitsbedingt in den vorzeitigen Ruhestand – jeder vierte Mann und jede dritte Frau aufgrund einer psychischer Erkrankung (Robert Koch-Institut 2010; Höhne/Schubert 2008). Die Angehörigen psychisch Kranker werden das Heraus-treten der seelischen Erkrankungen aus den gesellschaftlichen Tabuzonen sicherlich begrüßen, da ihre Mit-Betroffenheit in diesen Krankheitsgebieten besonders hoch ist. Die Abnahme von Stigma und Vorurteilen sowie mehr Verständnis und gesellschaftliche Anerkennung der Situation von Familien mit psychischen Erkrankungen kann insbesondere deren seelische Belastung reduzieren.

Fazit

Angehörige von pflegebedürftigen Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen sind zwar von den Erkrankungen ihrer Familienmitglieder „nur“ *mittelbar*, von der Gesamt(versorgungs)situation aber *unmittelbar* betroffen. Eine große gesell-

schaftliche Herausforderung stellen daher die Erhaltung, Förderung und Unterstützung informeller Ressourcen sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Entlastungs- und Hilfsangeboten für pflegende Angehörige dar. Somit sind die Förderung der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements z. B. im Rahmen der Nationalen Engagementstrategie (BBE 2010) sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in der aktuellen Reform der Pflegeversicherung in Deutschland zentrale sozialpolitische Ziele (Kofahl et al. 2011). Die Gründe dafür sind offensichtlich: Pflegenden Personen, die sich weniger belastet fühlen und geringere Einbußen in ihrem Einkommen und ihrer Alterssicherung haben, pflegen länger zu Hause. Das verkürzt oder verhindert unter Umständen sogar einen Heimaufenthalt bei weniger belasteten Pflegepersonen (Gräßel 2000), denn nach wie vor sind Überforderung der Hauptpflegeperson und/oder eine eigene gesundheitliche Beeinträchtigung die wesentlichen Gründe für eine Heimeinweisung (älterer Pflegebedürftiger).

Dies gilt insbesondere für die Angehörigen von Demenzkranken. In diesem Bereich konnten verschiedene Studien sehr positive Effekte von Beratungs- und Schulungsprogrammen für Angehörige nachweisen, u. a. eine deutlich verzögerte Heimunterbringung (Mittelman et al. 1996; Brodaty et al. 1997). Die Verweildauer in der Häuslichkeit ist im Vergleich mit den jeweiligen Kontrollgruppen bis zu doppelt so hoch. Weitere Effekte sind geringerer psychischer Stress und bessere Gesundheitskompetenz bei den betreuenden Angehörigen sowie Verbesserungen in der Stimmung der betroffenen Demenzkranken – jedoch keine Abnahme der Pflegebelastung als solcher (Brodaty et al. 2003).

In Deutschland haben Pflegepersonen Anspruch auf Beratung und Pflegekurse.

Da die Pflegesituationen sehr vielfältig und unterschiedlich sind, haben die BKK Pflegekassen inzwischen das Projekt „ISA – Individuelle Schulung Angehöriger“ ins Leben gerufen. Zielgruppe sind nicht nur Angehörige von Menschen mit Demenz, sondern alle zu Hause Pflegenden. Bei diesem Angebot eruiert examinierte Kranken- oder Altenpfleger gemeinsam mit Angehörigen die aktuelle Pflegesituation in der häuslichen Umgebung. Durch *individuell* angepasste Beratungs- und Schulungsmaßnahmen wird die häusliche Pflege optimal vorbereitet (Salus BKK 2012; Novitas BKK 2012).

Angesichts der demografischen Entwicklung bleibt weiterhin die zentrale Frage, wie Bürgerinnen und Bürger den Bedarfen der Zukunft begegnen können. Betreuung durch Angehörige wird angesichts des sich jetzt schon abzeichnenden Fachkräftemangels in Kinderbetreuung und Pflege in Zukunft noch bedeutsamer und notwendiger werden als schon heute. Prognostisch ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahrzehnten ein Fünftel bis ein Viertel der (dann) älteren Bevölkerung über keine familialen Unterstützungspotenziale aus der nachkommenden Generation oder andere belastbare Familienstrukturen verfügt. Dieser erhebliche Teil der Bevölkerung wäre gut beraten, sich Gedanken um Wahlverwandtschaften (Gerzer-Sass 2006, Thiel 2010) und soziale sorgende Netze zu machen (Kofahl 2012) wie es z. B. viele Eltern-Initiativen und Angehörigen-Selbsthilfegruppen tun. Tragfähige soziale Netze aufzubauen und zu entwickeln ist jedoch weder einfach noch kurzfristig zu realisieren. Deshalb wäre es hilfreich, wenn soziale, gesundheitliche und Bildungsinstitutionen frühzeitig über die möglichen zukünftigen Szenarien aufklären und Bund und Länder sozialstaatlich in die Aktivierung und Förderung der bestehenden Selbsthilfepotenziale investieren.

Literatur

- BERTRAND, R. M. / FREDMAN, L. / SACZYNSKI, J. (2006): Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *J Aging Health* 18 (4), pp. 534–551
- BILLINGER, F. (2011): Stress und Mehrfachbelastung – Pflegenden Angehörige werden besonders häufig krank. In: BKK Bundesverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit. Essen: BKK Bundesverband, S. 112–114
- BLINKERT, B. / KLIE, T. (2005): Solidarität in Gefahr? – Veränderungen der Pflegeberufeigenschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Klie, T. et al. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt/Main, S. 293–315
- BÖHNE, A. (2011): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Fokus betrieblicher Personalpolitik. In: BKK-Bundesverband (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit. Essen: BKK Bundesverband, S. 154–156
- BRODATY, H. / GREEN, A. / KOSCHERA, A. (2003): Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *J Am Geriatr Soc* 51 (5), pp. 657–664
- BRODATY, H. / GRESHAM, M. / LUSCOMBE, G. (1997): The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12 (2), S. 183–192
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (HRSG.) (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit: Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Berlin: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/1360
- BUNDESNETZWERK BÜRGERSCHAFTLICHES ENGAGEMENT (BBE) (HRSG.) (2010): Engagementpolitik im Dialog. Kommentare und Stellungnahmen zur Engagementstrategie der Bundesregierung. Nationales Forum für Engagement und Partizipation, Bd. 4. Berlin: BBE
- COHEN, S. (2004): Social relationships and health. *American Psychologist* 59, pp. 676–684
- DAMKOWSKI, W. ET AL. (1997): Ambulante Pflegedienste. Hannover
- DECKER, L. ET AL. (1999): Die Verantwortung für die Anleitung der Angehörigen liegt bei den Pflegenden. *Pflegezeitschrift* 52 (7), S. 474–477
- DESTATIS (2009): Pressemitteilung Nr. 283 vom 29.07.2009
- DESTATIS (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- DESTATIS/WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN FÜR SOZIALFORSCHUNG (WZB)/DAS SOZIO-ÖKONOMISCHE PANEL (SOEP) AM DEUTSCHEN INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (DIW) (HRSG.) (2001): Datenreport 2011: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bd. I. Bonn: Bundeszent. f. pol. Bildung
- DEUTSCHE ALZHEIMERGESELLSCHAFT (2010): Die Epidemiologie der Demenz: „Das Wichtigste“. Infoblatt 1. Aug. 2010. Autor: Horst Bickel. http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf [Internet; Zugriff: 14.1.2012]
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (DIW) (2010A): Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 7
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (DIW) (2010B): Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 24
- DÖHNER, H. ET AL. (2007): Pflegeberufe in Familien – Entwicklungen in Europa. In: Igl, G. / Naegele, G. / Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg, S. 166–179
- DOOGHE, G. (1992): Informal caregiving of older people: a European review. *Ageing and Society* 12, pp. 369–380
- FRANKE, A. / REICHERT, M. (2010): Carers@Work. Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance? Internationaler Literatur Review. <http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/Literature%20review.pdf> [Internet; Zugriff: 8.11.2010]
- GERZER-SASS, A. (2006): Verwandtschaften und Wahlverwandtschaften: Familie und Selbsthilfe. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006. Gießen, S. 97–115
- GRAFSTORM, M. / FRATIGLIONI, L. / WINBLAD, B. (1994): Caring for an elderly person: predictors of burden in dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, pp. 373–379
- GRÄSSEL E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Z Gerontol Geriatr* 31, S. 57–62
- GRÄSSEL, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 13 (2), S. 85–94
- Grunow, D. et al. (1983): Gesundheitsselfhilfe im Alltag. Stuttgart
- HÖHNE, A. / SCHUBERT, M. (2008): Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung: Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Etablierung und Weiterentwicklung. Bericht vom vierten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 28. bis 29. Juni in Berlin. Bd. 55/2007. Bad Homburg, S. 103–125
- INFRATEST SOZIALFORSCHUNG. (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3> [Internet; Abruf: 26.01.2005]
- JACOBI, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? *reportpsychologie* 34 (1), S. 16–28
- JANI-LE BRIS, H. (1993): Family Care of dependent older people in the European Community. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- JERROM, B. ET AL. (1993): Stress on relatives of caregivers of dementia sufferers and predictors of breakdown of community care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, pp. 331–337
- KAWACHI, I. / BERKMAN, L. F. (2001): Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 78, pp. 458–467
- KECK, W. / SARACENO, C. (2010): Caring for a Parent while Working for Pay in the German Welfare Regime. *International Journal of Ageing and Later Life* 5 (1), pp. 107–138
- KINDERNETZWERK E. V. (HRSG.) (2007): Familien mit chronisch kranken und pflegebedürftigen Kindern: Bundesweite Kindernetzwerk-Umfrage. Aschaffenburg: Kindernetzwerk
- KOFAHL, C. (2007): Wie beeinflussen verschiedene Unterstützungsbedarfe älterer Menschen das Wohlbefinden der betreuenden Angehörigen? Ergebnisse des EU-Projekts EUROFAMCARE. In: Alzheimer's Disease International (Hrsg.): Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert: 100 Jahre Alzheimer-Krankheit. Berlin: CTW, S. 259–265
- KOFAHL, C. (2012): Familienorientierte Selbsthilfe sichtbar machen, unterstützen und fördern. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2012. Gießen, pp. 126–139
- KOFAHL, C. ET AL. (2005): Welche Unterstützung erfahren betreuende Angehörige älterer Menschen in Europa? In: Klie, T. et al. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt/Main: Mabuse, S. 241–258
- KOFAHL, C. / ARLT, S. / MNICH, E. (2007): „In guten wie in schlechten Zeiten.“ – Zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von pflegenden Ehepartnern und anderen pflegenden Angehörigen in der deutschen Teilstudie des Projektes EUROFAMCARE. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 20 (4), S. 211–225
- KOFAHL, C. / LÜDECKE, D. / DÖHNER, H. (2009): Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialen Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projektes EUROFAMCARE. In: Pflege und Gesellschaft: Zeitschrift für Pflegewissenschaft. 14 (3), S. 236–253
- KOFAHL, C. / NICKEL, S. / TROJAN, A. (2011): Gesellschaftliche Trends und gesundheitspolitische Herausforderungen für die Selbsthilfe in Deutschland. In: Meggeneder, O. (Hrsg.): Selbsthilfe im Wandel der Zeit. Frankfurt am Main, S. 67–105
- KOHLER, M. / ZIESE, T. (2004): Telefonischer Gesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen: Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: RKI
- LAMURA, G. / DÖHNER, H. / KOFAHL, C. (HRSG.) (2008): Family Carers of Older People in Europe: A Six-Country

COMPARATIVE STUDY. SUPPORTING FAMILY CARERS OF OLDER PEOPLE IN EUROPE: Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives; Vol. 9

MASUY J. (2009): Effect of caring for an older person on women's lifetime participation in work. *Ageing and Society* 29, pp. 745–763

MITTELMAN, M. S. ET AL. (1996): A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA* 276 (21), S. 1725–1731

NOVITAS BKK (2012): ISA – Pflegekurse für Angehörige. <http://www.novitas-bkk.de/novitas/index.php?menuid=190> [Internet; Zugriff: 23.08.2012]

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (1996): Caring for frail older people: Policies in evolution. Series OECD Social Policy Studies; 19. Paris: OECD

PACOLET, J. ET AL.: Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven

PEARLIN, L. I. ET AL. (1990): Caregiving and the stress process – An overview of concepts and their measures. *J Gerontol* 30, pp. 583–593

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (2010): Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: RKI

ROTHGANG, H. ET AL. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; Bd. 66. St. Augustin

RÜGER, H. (2010): Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland und die Folgen für Familie und Gesundheit. Bevölkerungsforschung: Mitteilungen aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 31 (2), S. 8–12

RUPPENTHAL, S./LÜCK, D. (2009): Jeder fünfte Erwerbstätige ist aus beruflichen Gründen mobil: Berufsbedingte räumliche Mobilität im Vergleich. Informationssystem Soziale Indikatoren (ISI) 42, S. 1–5

SALUS BKK (2012): Individuelle Schulungen Angehöriger (ISA). http://www.salus-bkk.de/salus_bkk/leistungen/pflegekasse/isa.php (23.08.2012)

SARKISIAN, N./GERSTEL, N. (2004): Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment. *Journal of Marriage and Family* 66, 2 (May), pp. 431–451

SASS, J./VON TSCHILSCHKE, B. (1999): Soziales Kapital und Humankapital: Die gesellschaftlichen Wertschöpfungspotentiale von Familienselbsthilfeinitiativen. In: Gerzer-Sass, A./Erler, W. (Hrsg.): Familienselbsthilfe und ihr Potential für eine Reformpolitik von „unten“. München: Dt. Jugendinstitut., S. 93–121

SCHACKE, C./ZANK, S. (1998): Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. *Z Gerontol Geriat* 31, S. 355–361

SCHIEDT-NAVE, C. ET AL. (2007): Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kindes- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 750–756

SCHLACK, R./KURTH, B.-M./HÖLLING, H. (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Umweltmedizin i. Forsch. und Praxis* 13 (4), S. 245–260

SCHNEEKLOTH, U./WAHL, H. W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) – Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Eigenverlag

SCHNEIDER, N. ET AL. (2006): Familienpflege und Erwerbstätigkeit: Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Angehörigen. Mainz. www.familienfreundlichkeit-rlp.sozioogie.uni-mainz.de/dokumente/abschlussbericht_familienpflege.pdf [Internet; Zugriff: 18.1.2011]

SCHULZ, R./BEACH, S. R. (1999): Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama* 282 (23), pp. 2215–2219

SEWITCH, M. J. ET AL. (2006): Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative: results of a longitudinal study. *BMC Fam Pract* 7, p. 46

SHAW, W. S. ET AL. (1999): Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res* 46 (3), pp. 215–227

SIEMENS-BETRIEBSKRANKENKASSE (SBK) (2011): Website. www.sbk.org/presse/presseinformationen/themenspecials/themenspecial-pflege/pflegende-angehoerige.html [Internet]

STATISTISCHES BUNDESAMT (2007): Geburten in Deutschland. Wiesbaden: DESTATIS

THIEL, W. (2010): Die soziale Selbsthilfe und das Soziale der Selbsthilfe. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2010. Gießen, S. 123–126

VON KANEL, R. ET AL. (2003): Association of negative life event stress with coagulation activity in elderly Alzheimer caregivers. *Psychosom Med* 65 (1), S. 145–150

VON KANEL, R. ET AL. (2005): Exaggerated plasma fibrin formation (D-dimer) in elderly Alzheimer caregivers as compared to noncaregiving controls. *Gerontology* 51 (1), pp. 7–13

WALKER, A./ALBER, J./GUILLEMARD, A. M. (1993): Older people in Europe: social and economic policies: the 1993 report of the European Observatory. Brussels: Commission of the European Communities

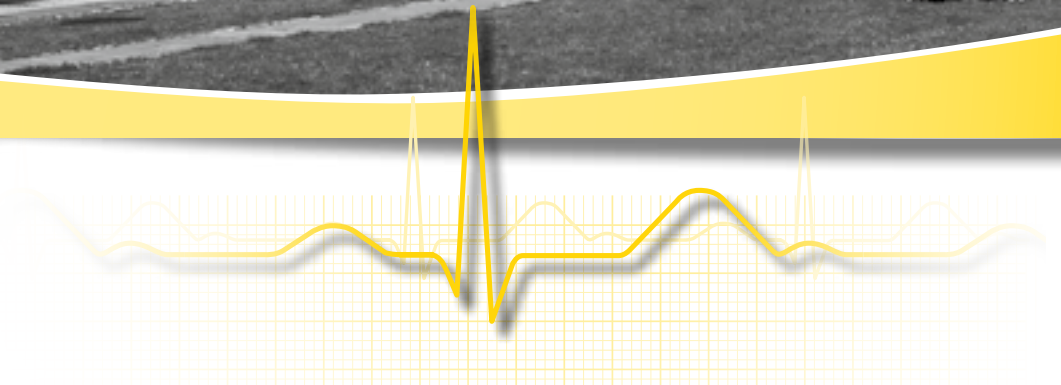
WIR PFLEGEN – INTERESSENVERTRETUNG BEGLEITENDER ANGEHÖRIGER UND FREUNDE IN DEUTSCHLAND E. V. (2012): Website. www.wir-pflegen.net/themenschwerpunkte/armut-durch-pflege [Internet; Zugriff: 22.07.2012]

WITTCHEN, H.-U./JACOBI, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15 (4), pp. 357–376

YANG, Z./NORTON, E. C./STEARNS, S. C. (2003): Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 58, pp. 2–10

5

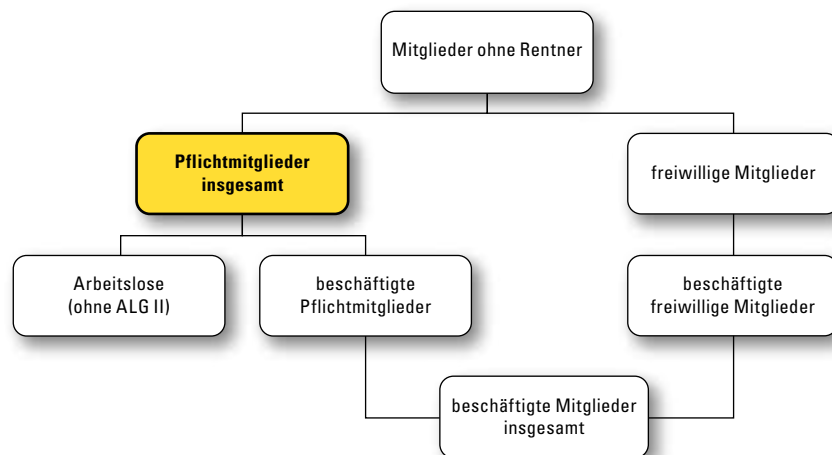
Fehlzeiten nach Regionen



5 Fehlzeiten nach Regionen

Um regionale Unterschiede zu verdeutlichen, werden die arbeitsunfähigkeitsbedingten Fehlzeiten der Bewohner in den einzelnen Bundesländern und – wo sinnvoll – in einem Ost-West-Vergleich dargestellt. Die Analyse beruht in den folgenden Abschnitten auf den Wohnorten der BKK Versicherten. *Tabelle 5.1* gibt einen Überblick über die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern. Im Jahr 2011 lagen die höchsten Anteile der BKK Versicherten in Bayern

(18,9 % der Wohnbevölkerung), Hessen (18,1 %) und Niedersachsen (16,8 %). Die geringsten Anteile weisen das Saarland mit 6,8 % und Sachsen mit 6,2 % auf. Die meisten BKK Versicherten – nämlich 2,54 Mio. – gehören zum Bundesland Nordrhein-Westfalen, dagegen die wenigsten zum Saarland, nur knapp 69.000 BKK Versicherte. In den weiteren Auswertungen des Kapitels 5 wird nur auf die Pflichtmitglieder der BKK Bezug genommen.



5.1 Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern

Die nachfolgenden Auswertungen der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern beruhen auf der Analyse von Daten der BKK Pflichtmitglieder (s. *Übersicht*). Die Arbeitsunfähigkeitstage 2011 sind im Vergleich zum Vorjahr angestiegen und liegen im Bundesdurchschnitt bei 16,3 AU-Tagen je Pflichtmitglied. Der Anstieg, der nun seit 2006 kontinuierlich zu verzeichnen ist, fällt mit einer Zunahme von 1,1 Tagen in diesem Jahr deutlicher aus

(s. *Tabelle 5.2*). In einzelnen Bundesländern ist der Anstieg gegenüber dem Vorjahr als eher moderat zu bezeichnen. Dazu gehören Bremen und Schleswig-Holstein mit 0,5 Tagen Zuwachs, Berlin und Sachsen-Anhalt mit 0,6 Tagen und Niedersachsen mit 0,7 Tagen. Hohe Zunahmen an AU-Tagen weisen Rheinland-Pfalz und Sachsen (jeweils 1,3 Tage) und Bayern und Nordrhein-Westfalen (jeweils 1,4 AU-Tage) auf. Das Saarland

hat die höchste Zunahme an AU-Tagen bei seinen BKK Pflichtversicherten, mit einem Plus von 2,2 AU-Tagen.

Wie im Vorjahr dauerten die AU-bedingten Ausfallzeiten je AU-Fall in Berlin, Saarland und Brandenburg besonders lang (15,9, 15,8 und 15,7 AU-Tage). Der Bundesdurchschnitt liegt mit 13,6 AU-Tagen je Fall erheblich darunter. Den deutlichsten Anstieg hat hier

Tabelle 5.1

BKK Versicherte nach Bundesländern*

Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.**		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Schleswig-Holstein	420.381	202.610	217.770	14,8	14,6	15,1
Hamburg	277.379	135.079	142.300	15,5	15,5	15,6
Niedersachsen	1.326.594	662.699	663.895	16,8	17,0	16,5
Bremen	93.582	48.002	45.580	14,2	14,9	13,5
Nordrhein-Westfalen	2.535.350	1.250.034	1.285.315	14,2	14,3	14,1
Hessen	1.100.824	535.688	565.136	18,1	18,0	18,3
Rheinland-Pfalz	606.971	301.177	305.794	15,2	15,3	15,0
Baden-Württemberg	1.531.243	758.870	772.372	14,2	14,3	14,2
Bayern	2.372.621	1.175.732	1.196.889	18,9	19,1	18,8
Saarland	68.886	35.312	33.574	6,8	7,1	6,4
Berlin	363.445	173.422	190.023	10,5	10,2	10,8
Brandenburg	273.527	139.884	133.643	10,9	11,3	10,6
Mecklenburg-Vorpommern	235.329	118.414	116.915	14,3	14,6	14,1
Sachsen	255.861	129.122	126.738	6,2	6,4	6,0
Sachsen-Anhalt	220.507	111.780	108.727	9,4	9,8	9,1
Thüringen	219.075	112.009	107.066	9,8	10,1	9,5
Bund gesamt	11.951.823	5.915.961	6.035.862	14,6	14,7	14,5

* nach Wohnort

** Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: „Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht“; Stand: 31.12.2010

Nordrhein-Westfalen: Nun waren hier die BKK Pflichtmitglieder im Durchschnitt 14,7 Tage je Fall krank, was einer Verlängerung um 0,8 Tage gegenüber dem Vorjahr entspricht. Im Saarland waren sie im Jahr 2010 noch 15,4 Tage je Fall krank; in diesem Berichtsjahr waren es 15,8 Tage. Alle anderen Bundesländer haben deutlich geringere Anstiege zu verzeichnen, zumeist nur um 0,1 bis 0,2 Tage.

Das *Diagramm 5.1* zeigt die Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern; die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt sind farblich markiert. Dabei wurden die Abweichungen in vier Klassen eingeteilt. Orientiert am Bundesdurchschnitt wurden die Abweichungen darüber bzw. darunter von mehr oder weniger als zwei AU-Tagen gewählt. In der Grafik sind drei „Fehlzeitenregionen“ erkennbar. Eine blaue Karteneinfärbung erhielten dabei die Bundesländer mit einer Unterschreitung, eine hell- und dunkelgelbe Einfärbung die Bundesländer mit einer Überschreitung des Bundesdurchschnitts. Grau ist für den Bundesdurchschnitt gewählt. Die größten Abweichungen im Sinne einer Überschreitung wiesen Brandenburg (19,5 AU-Tage, Abweichung: +3,2 Tage), Saarland (19,2 AU-Tage, Abweichung: +2,9 Tage) und Berlin (19,1 AU-Tage, Abweichung: +2,8 Tage) auf (alle dunkelgelb). Dagegen wiesen Bayern mit 14,7 AU-Tagen (Abweichung: -1,6 Tage) und Baden-Württemberg mit 14,8 AU-Tagen (Abweichung: -1,5 Tagen) die größten Unterschreitungen vom Bundesdurchschnitt auf und sind im Diagramm 5.1 blau eingefärbt. Niedersachsen, hier grau dargestellt, liegt mit 16,3 AU-Tagen genau auf dem Bundesdurchschnitt.

- Ein erneuter Anstieg der AU-Tage in jedem Bundesland ist zu verzeichnen.
- In Berlin, Brandenburg und im Saarland haben die BKK Pflichtmitglieder die meisten Fehltage im Vergleich zu den übrigen Bundesländern. Auch sind die Mitglieder dort besonders lange krank.
- In Bayern und Baden-Württemberg haben die BKK Pflichtmitglieder die wenigsten Krankheitstage und passend dazu kurze Falldauern.

Tabelle 5.2

Veränderungen der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern gegenüber dem Vorjahr

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

Diagramm 5.1

Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern

AU-Tage
je Pflichtversichertes BKK-Mitglied
Abweichungen vom Bundesdurchschnitt
in Tagen

- mehr als zwei Tage unter dem Bundesdurchschnitt
- bis zwei Tage unter dem Bundesdurchschnitt
- Bundesdurchschnitt
- bis zwei Tage über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als zwei Tage über dem Bundesdurchschnitt

5.2 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht standardisiert

Wesentliche Einflussfaktoren auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (AU-Fälle und AU-Tage) sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Um sich ein Bild von den Verhältnissen in den unterschiedlichen Bundesländern machen zu können, das unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen in den Ländern ist, wurde eine Standardisierung der BKK Daten durchgeführt. Hierbei wurden das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Alters- und Geschlechtsverteilung aller gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) als Standardpopulation genutzt. Bei dem Verfahren werden die AU-Kenngrößen jedes Bundeslandes so neu berechnet, als wäre die Alters- und Geschlechtsverteilung aller Bundesländer identisch mit der Verteilung bei den GKV-Versicherten insgesamt. Damit wird der Einfluss eines ungleichen Bevölkerungsaufbaus rechnerisch korrigiert und somit lassen sich die Daten unterschiedlicher Regionen miteinander vergleichen, weil verzerrende Alters- und Geschlechtseinflüsse beseitigt werden. Die Standardisierung bewirkt die Vergleichbarkeit der BKK Daten mit den Angaben anderer Kran-

kenkassen, sofern diese entsprechend behandelt wurden.

Diagramm 5.2 zeigt die Abweichungen der standardisierten und nicht-standardisierten AU-Tage pro Mitglied der Bundesländer vom Bundesdurchschnitt der gesetzlich Krankenversicherten in Prozent an. Wie in den Jahren zuvor verringern sich in den meisten Ländern durch die Bereinigung der Alters- und Geschlechtsstruktur die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt und nähern sich ihm an. Wie im Vorjahr bilden Hamburg und Berlin hier eine deutliche Ausnahme. In diesen beiden Bundesländern überschreiten die standardisierten AU-Tage die nicht-standardisierten Ergebnisse erheblich. In *Hamburg* würden sie von 4,7 % (nicht standardisiert) auf 10,1 % (standardisiert) und in *Berlin* von 16,9 % (nicht standardisiert) auf 19,6 % (standardisiert) ansteigen. Bei einer Durchschnittsverteilung von Alter und Geschlecht wären also in diesen beiden Ländern mehr Arbeitsunfähigkeitstage je Pflichtmitglied zu erwarten. Die bereinigten Werte sprechen auch dafür, dass die Bewohner Hamburgs und Berlins zum einen eher jünger als

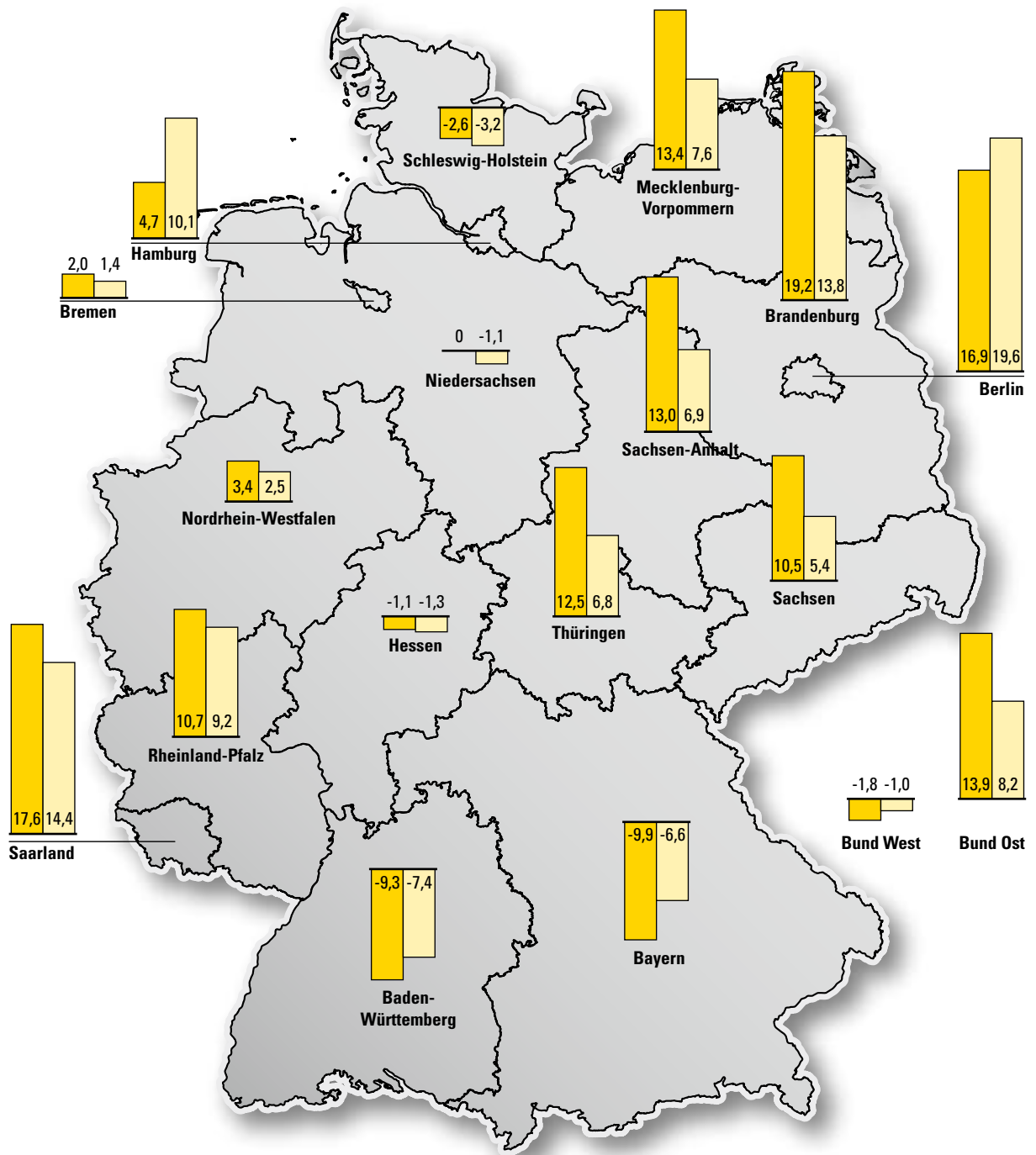
der GKV-Durchschnitt und zusätzlich vermehrt von Arbeitsunfähigkeit betroffen sind.

In *Bayern* und *Baden-Württemberg* zeigen sich in den nicht-standardisierten Ergebnissen niedrige AU-Tage, während sich die bereinigten AU-Tage an den Durchschnitt annähern. In Bayern fällt die Annäherung an den Bundesdurchschnitt etwas deutlicher aus als in Baden-Württemberg, in Bayern von -9,9 % (nicht standardisiert) auf -6,6 % (standardisiert) und in Baden-Württemberg von -9,3 % (nicht standardisiert) auf -7,4 % (standardisiert). Wie im Vorjahr „profitieren“ beide Länder von ihrer jungen Altersstruktur.

Schleswig-Holstein, *Niedersachsen* und *Hessen* gehören zu den Ländern, deren AU-Tage unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen. In diesen drei Ländern weichen die AU-Tage nach der Standardisierung weiter vom Durchschnitt ab, sie haben also nach der Anpassung der Alters- und Geschlechtsstruktur noch etwas geringere Fehltag aufzuweisen. Diese sind beispielsweise in *Niedersachsen* von 0,0 % auf -1,1 % abgefallen.

Diagramm 5.2

Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



Pflichtmitglieder (nach Wohnort) – 2011

- Tage nicht standardisiert
- Tage standardisiert

5.3 Arbeitsunfähigkeit nach ausgewählten Landkreisen

Die Darstellung der AU-Tage nach Regionen wird in diesem Jahr anhand aller Kreise und Regionen vorgenommen und mit Hilfe der farblichen Markierungen in *Diagramm 5.3* verdeutlicht. Die farbliche Darstellung basiert auf der Berechnung der Abweichung vom Bundesdurchschnitt in Tagen pro Mitglied. Abweichungen, die bis zwei

Tage oder mehr als zwei Tage über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt lagen, werden in vier Klassen dargestellt. Eine dunkelblaue Einfärbung erhalten die Kreise und Regionen, deren AU-Tage den Bundesdurchschnitt mit mehr als zwei Tagen unterschreiten. Das ist überwiegend in Bayern und Baden-Württemberg der Fall. Hellblau wurden

die Regionen eingefärbt, die bis zwei Tage den Bundesdurchschnitt unterschritten. Diese Einfärbung verteilt sich von Nord nach Süd über das gesamte westliche Bundesgebiet, hauptsächlich in Schleswig-Holstein, in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Bayern und Baden-Württemberg. Die Überschreitungen des Bundesdurch-

Tabelle 5.3

Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen

	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand		BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Nordrhein-Westfalen				Baden-Württemberg			
Gelsenkirchen, Stadt	10.853	20,8	5,7	Konstanz	15.617	19,7	5,4
Recklinghausen	28.159	20,0	5,5	Ortenaukreis	17.083	18,1	5,0
Ennepe-Ruhr-Kreis	18.331	20,0	5,5	Neckar-Odenwald-Kreis	8.923	17,8	4,9
Dortmund, Stadt	28.910	19,9	5,5	Bodenseekreis	17.911	16,7	4,6
Bochum, Stadt	23.538	19,8	5,4	Calw	6.788	16,5	4,5
Oberhausen, Stadt	12.427	19,8	5,4	Mannheim	18.159	16,3	4,5
Mönchengladbach, Stadt	12.845	19,7	5,4	Rastatt	18.378	16,3	4,5
Unna	19.633	19,3	5,3	Heidenheim	13.847	15,8	4,3
Duisburg, Stadt	37.593	19,3	5,3	Ulm	8.462	15,6	4,3
Hagen, Stadt	11.424	19,3	5,3	Rhein-Neckar-Kreis	29.039	15,6	4,3
Märkischer Kreis	19.788	19,0	5,2	Karlsruhe	28.902	15,5	4,2
Düren	13.312	18,9	5,2	Ostalbkreis	18.256	15,5	4,2
Essen, Stadt	26.814	18,3	5,0	Rottweil	9.594	15,4	4,2
Wuppertal, Stadt	15.235	18,2	5,0	Karlsruhe	17.166	15,4	4,2
Viersen	14.777	17,9	4,9	Schwarzwald-Baar-Kreis	17.335	15,0	4,1
Wesel	23.313	17,6	4,8	Reutlingen	14.691	14,9	4,1
Städteregion Aachen	22.239	17,5	4,8	Baden-Württemberg	632.817	14,8	4,1
Leverkusen, Stadt	19.081	17,3	4,7	Alb-Donau-Kreis	13.597	14,8	4,0
Nordrhein-Westfalen	942.003	16,9	4,6	Ludwigsburg	38.577	14,4	4,0
Mülheim an der Ruhr, Stadt	9.972	16,6	4,5	Göppingen	15.525	14,3	3,9
Rhein-Erft-Kreis	28.308	16,2	4,5	Tuttlingen	11.847	14,3	3,9
Steinfurt	21.280	16,2	4,4	Stuttgart	30.484	14,1	3,9
Rhein-Kreis Neuss	25.947	16,2	4,4	Heilbronn	27.877	14,1	3,9
Köln, Stadt	69.404	16,1	4,4	Schwäbisch Hall	8.099	14,0	3,8
Mettmann	24.444	15,8	4,3	Zollernalbkreis	14.734	14,0	3,8
Siegen-Wittgenstein	16.776	15,5	4,2	Lörrach	13.264	13,9	3,8
Rhein-Sieg-Kreis	31.883	15,5	4,2	Tübingen	9.803	13,8	3,8
Bielefeld, Stadt	26.511	15,2	4,2	Breisgau-Hochschwarzwald	10.717	13,7	3,7
Rheinisch-Bergischer Kreis	19.602	15,0	4,1	Böblingen	21.403	13,6	3,7
Düsseldorf, Stadt	31.726	14,8	4,0	Ravensburg	20.318	13,5	3,7
Borken	22.749	14,4	3,9	Rems-Murr-Kreis	19.724	13,4	3,7
Bonn, Stadt	11.445	14,2	3,9	Biberach	15.405	13,3	3,7
Gütersloh	27.859	13,6	3,7	Waldshut	7.248	13,0	3,6
Lippe	16.292	13,3	3,7	Esslingen	30.239	12,9	3,5
Münster, Stadt	11.413	13,0	3,6	Freiburg im Breisgau	7.726	12,3	3,4

BKK Pflichtmitglieder insgesamt

schnitts wurden in hell- bzw. dunkelgelb vorgenommen. Die hellgelbe Einfärbung bezieht sich auf Regionen, die den Bundesdurchschnitt mit bis zu zwei Tagen überschreiten. Hellgelbe Regionen verteilen sich vereinzelt auf Ostdeutschland (insbesondere Thüringen) und sind häufiger in Niedersachsen, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz zu finden.

Regionen, die mit mehr als zwei Tagen den Bundesdurchschnitt überschreiten, sind dunkelgelb eingefärbt. Die größten Werte sind in ostdeutschen Bundesländern sowie Rheinland-Pfalz und dem Saarland zu finden.

In der *Tabelle 5.3* werden ausgewählte Regionen von vier Bundesländern diffe-

renzierter dargestellt. Im Anschluss an die Vorjahre sind es Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Hessen und Brandenburg.

In *Nordrhein-Westfalen* sind es das Ruhrgebiet, dessen Einzugsgebiete und die niederländisch-belgische Grenzregion, welche die höchsten Krankenstände auf-

	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand		BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Brandenburg				Hessen			
Märkisch-Oderland	8.704	21,8	6,0	Hersfeld-Rotenburg	8.116	19,8	5,4
Barnim	8.645	21,6	5,9	Gießen	15.588	19,0	5,2
Prignitz	4.512	20,7	5,7	Limburg-Weilburg	11.679	18,0	4,9
Havelland	9.822	20,4	5,6	Wetteraukreis	17.133	17,9	4,9
Dahme-Spreewald	7.533	20,0	5,5	Lahn-Dill-Kreis	17.048	17,9	4,9
Frankfurt (Oder), Stadt	1.882	19,8	5,4	Schwalm-Eder-Kreis	18.603	17,6	4,8
Oberhavel	10.187	19,7	5,4	Marburg-Biedenkopf	14.119	17,3	4,8
Ostprignitz-Ruppin	4.005	19,5	5,3	Main-Kinzig-Kreis	33.209	17,1	4,7
Cottbus, Stadt	4.569	19,5	5,3	Vogelsbergkreis	5.421	17,0	4,7
Brandenburg	129.812	19,5	5,3	Offenbach am Main, Stadt	7.312	16,9	4,6
Uckermark	5.931	19,5	5,3	Darmstadt-Dieburg	23.153	16,5	4,5
Potsdam-Mittelmark	12.043	19,5	5,3	Waldeck-Frankenberg	11.858	16,2	4,4
Teltow-Fläming	9.842	19,1	5,2	Hessen	445.438	16,2	4,4
Oberspreewald-Lausitz	7.353	18,7	5,1	Bergstraße	19.235	16,0	4,4
Brandenburg an der Havel, Stadt	4.238	18,7	5,1	Kassel, documenta-Stadt	18.209	15,7	4,3
Spree-Neiße	5.866	18,6	5,1	Groß-Gerau	29.464	15,7	4,3
Elbe-Elster	4.994	18,3	5,0	Kassel	25.907	15,6	4,3
Oder-Spree	10.867	18,0	4,9	Rheingau-Taunus-Kreis	13.551	15,6	4,3
Potsdam, Stadt	8.819	17,4	4,8	Offenbach	24.162	15,6	4,3
				Odenwaldkreis	4.284	15,6	4,3
				Darmstadt, Wissenschaftsstadt	10.129	15,5	4,2
				Fulda	14.931	15,2	4,2
				Wiesbaden, Landeshauptstadt	18.415	15,0	4,1
				Main-Taunus-Kreis	19.488	14,8	4,1
				Frankfurt am Main, Stadt	39.323	14,6	4,0
				Werra-Meißner-Kreis	13.242	14,6	4,0
				Hochtaunuskreis	11.859	13,7	3,7

weisen. An der Spitze mit 20 und mehr AU-Tagen stehen die Städte Gelsenkirchen, Recklinghausen und der Ennepe-Ruhr-Kreis. Die Städte mit den geringsten Fehltagen sind Münster, Lippe und Gütersloh und liegen mit 13,0 bis 13,6 AU-Tagen weit unterhalb des Landesdurchschnitts. Gegenüber dem Vorjahr zeigt sich die Tendenz der Landesverteilung kaum verändert: Zwischen den Kreisen und Städten mit den höchsten und niedrigsten AU-Tagen liegen wieder fast 8 Tage.

Die Landkreise *Baden-Württembergs*, die hohe AU-Tage je BKK Pflichtmitglied aufweisen, streuen über das gesamte Land und sind nicht eindeutig einer bestimmten Region zuzuordnen. Insgesamt gibt es nur fünf Landkreise, die über dem

Bundesdurchschnitt von 16,3 AU-Tagen liegen, der mit 16,3 AU-Tagen angegeben ist. Wie im Jahr zuvor hat Konstanz mit 19,7 die meisten AU-Tagen Arbeitsunfähigkeitstage je Mitglied, Freiburg hat die niedrigsten mit 12,3 Tagen. Die Schwankungsbreite beträgt 7,3 AU-Tage.

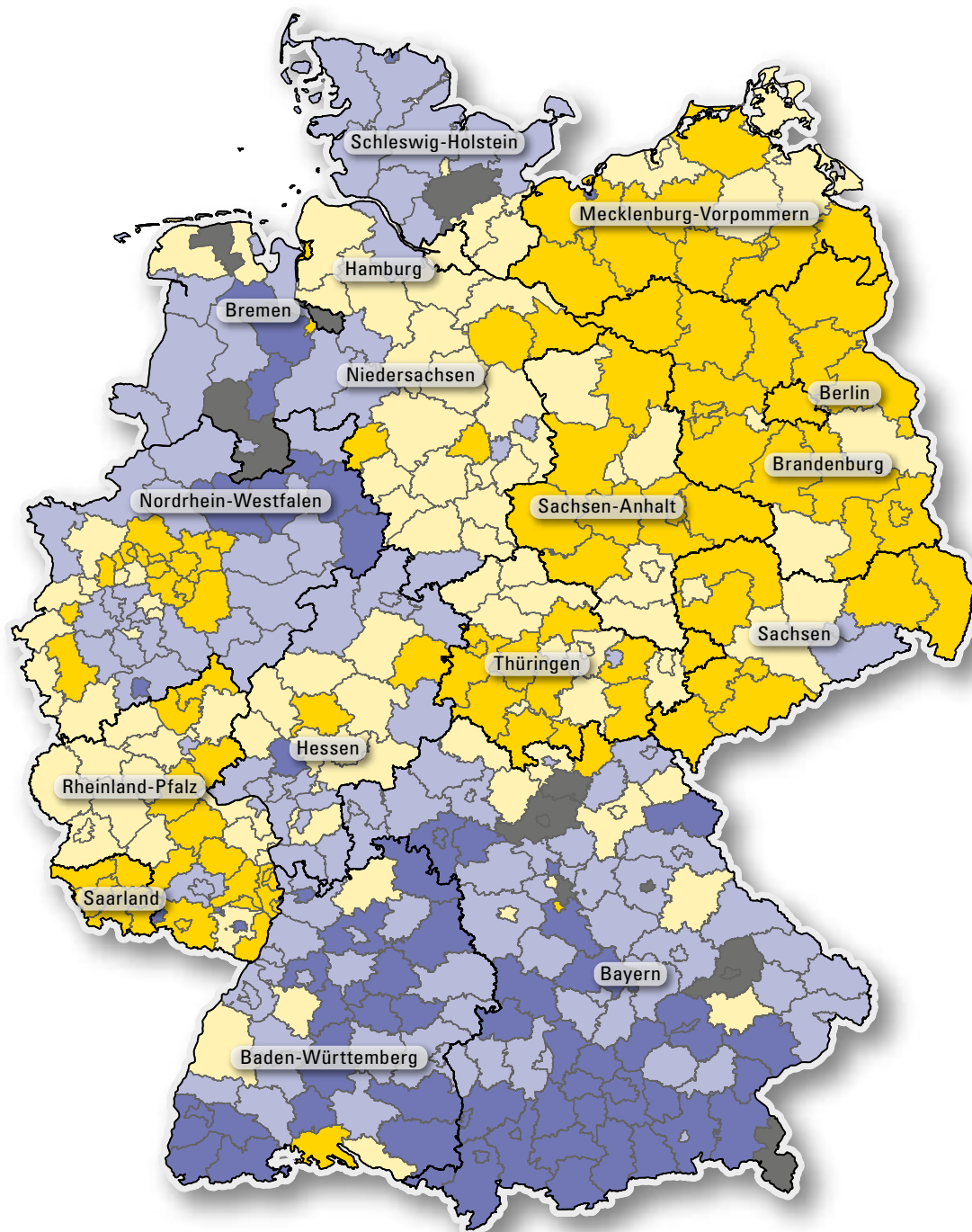
Wie im Jahr zuvor zeigt sich die Verteilung der AU-Tage der gesamten BKK Pflichtmitglieder aus *Hessen* nahezu unverändert. Die meisten Fehltageweisen die Landkreise Hersfeld-Rothenburg mit 19,8 und Gießen mit 19,0 AU-Tagen auf. Auch andere mittelhessische Kreise, wie z. B. Limburg-Weilburg, der Wetterau-, Lahn-Dill- und Schwalm-Eder-Kreis liegen über dem Landes- und dem Bundesdurchschnitt. Die südhessischen Regionen um die Landeshauptstadt

Wiesbaden, Frankfurt, der Main-Taunus- und der Hochtaunuskreis weisen wieder die geringsten Fehltageweisen auf.

Die Differenz zwischen dem Kreis mit der höchsten und der niedrigsten Anzahl an Fehltagen im Bundesland *Brandenburg* liegt bei 4,4 AU-Tagen. An der Spitze liegt Märkisch-Oderland und hat mit 21,8 eine hohe Anzahl an Fehltagen je BKK Pflichtmitglied aufzuweisen. Dagegen liegt die Stadt Potsdam mit 17,4 Tagen an unterster Stelle der Tabelle und weiterhin unter dem Landesdurchschnitt. Die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt sind in Brandenburg besonders hoch. Alle Regionen überschreiten den Bundesdurchschnitt von 16,3 AU-Tagen deutlich.

Diagramm 5.3

Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen



AU-Tage
je pflichtversichertes BKK Mitglied
Abweichung vom Bundesdurchschnitt
in Tagen

- mehr als zwei Tage unter dem Bundesdurchschnitt
- bis zwei Tage unter dem Bundesdurchschnitt
- Bundesdurchschnitt
- bis zwei Tage über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als zwei Tage über dem Bundesdurchschnitt

5.4 Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern und ausgewählten Krankheitsarten

Die Verteilung von Krankheitsarten bzw. -gruppen nach Bundesländern wird in diesem Abschnitt betrachtet. In *Diagramm 5.4* werden die häufigsten Krankheitsarten dargestellt, nämlich Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems, Verletzungen und Vergiftungen, psychische Störungen, Krankheiten des Verdauungssystems und des Herz-Kreislauf-Systems. *Diagramm 5.5* zeigt den Anteil der AU-Tage je Krankheitsart an allen Krankheiten. Die Angaben werden nach Ost, West und Gesamt differenziert dargestellt und im Folgenden, sofern es sinnvoll erscheint, näher betrachtet.

Am Gesamtkrankheitsgeschehen der BKK Pflichtmitglieder nehmen die *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems* (ICD M00–M99) den größten Anteil ein und

liegen bei 26,5 %. Dieser Wert hat sich gegenüber dem Vorjahr nur leicht verändert (2010: 26,9 %).

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachten im Saarland mit 5,2 AU-Tagen je Pflichtmitglied sowie in Brandenburg (5,0 AU-Tage) und in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen (jeweils 4,9 AU-Tage) die meisten Fehlzeiten. In vielen Bundesländern sind die Fehlzeiten gegenüber dem Vorjahr in dieser Krankheitsgruppe angestiegen. Im Saarland nahmen die AU-Tage nahezu um einen halben Tag zu und stiegen von 4,8 Tagen auf 5,2 Tage je Pflichtmitglied. Eine Ausnahme bilden Bremen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Berlin: Hier konnte das Vorjahresniveau gehalten werden.

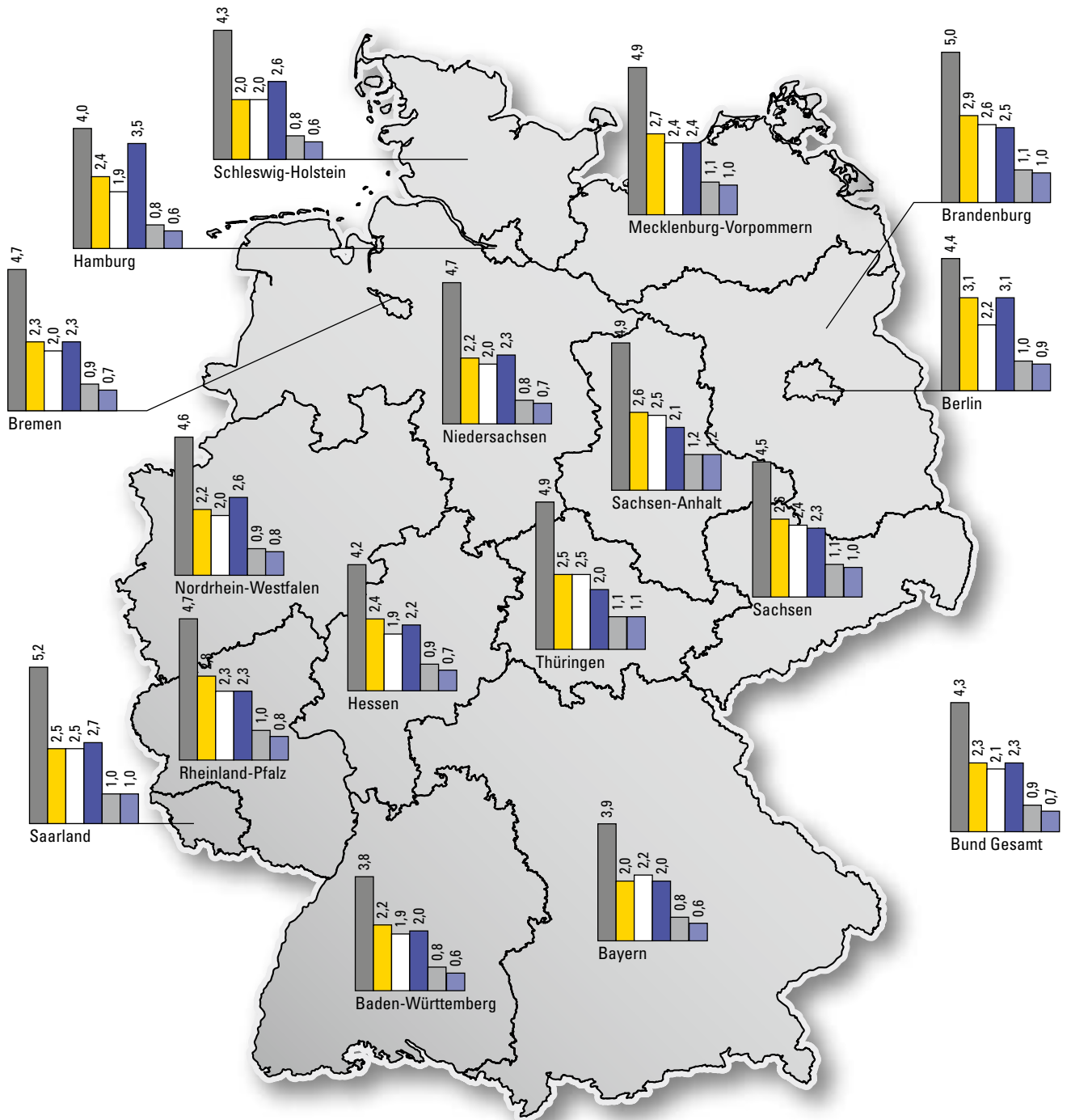
Die *Krankheiten des Atmungssystems* (ICD J00–J99) haben sich im Bundesdurchschnitt gegenüber dem Vorjahr nicht verändert und machen einen Anteil von 13,9 % aus. Berlin nimmt einen Anteil von 16,2 % ein (Maximum), während Schleswig-Holstein nur bei 12,7 % liegt (Minimum). Die AU-Tage verteilen sich bei den Pflichtmitgliedern in Berlin und Brandenburg auf 3,1 bzw. 2,9 AU-Tage, während Bayern und Schleswig-Holstein bei 2,0 AU-Tagen liegen.

Einen deutlichen Anstieg haben erneut die durch *psychische Störungen* (ICD F00–F99) ausgelösten Krankheitstage zu verzeichnen. Im Bundesdurchschnitt kommen auf jedes BKK Pflichtmitglied 2,3 AU-Tage, 2010 waren es noch 2,0 Tage. Die auffälligste Veränderung im

- Die AU-Tage wegen Muskel-Skeletterkrankungen sind im Saarland und in Brandenburg besonders hoch.
- Die meisten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen haben Hamburg und Berlin, die wenigsten weisen Bayern, Baden-Württemberg und Thüringen auf.

Diagramm 5.4

Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)



je Pflichtmitglieder – 2011

- Muskel-/Skelettsystem
- Atmungssystem
- Verletzungen
- Psychische Störungen
- Verdauungssystem
- Kreislaufsystem

Vergleich der Bundesländer ist die Zunahme in Hamburg, von 2,9 im Jahr 2010 auf 3,5 AU-Tage im Jahr 2011, und im Saarland, von 2,2 auf 2,7 AU-Tagen. Den höchsten Anteil am AU-Geschehen eines Bundeslandes nehmen die psychischen Störungen in Hamburg (mit 20,4 %), Schleswig-Holstein (mit 16,5 %) und Berlin (16,1 %) ein. Betrachtet man den Ost-West-Vergleich, so wird deutlich, dass die West-Länder in ihren Anteilen

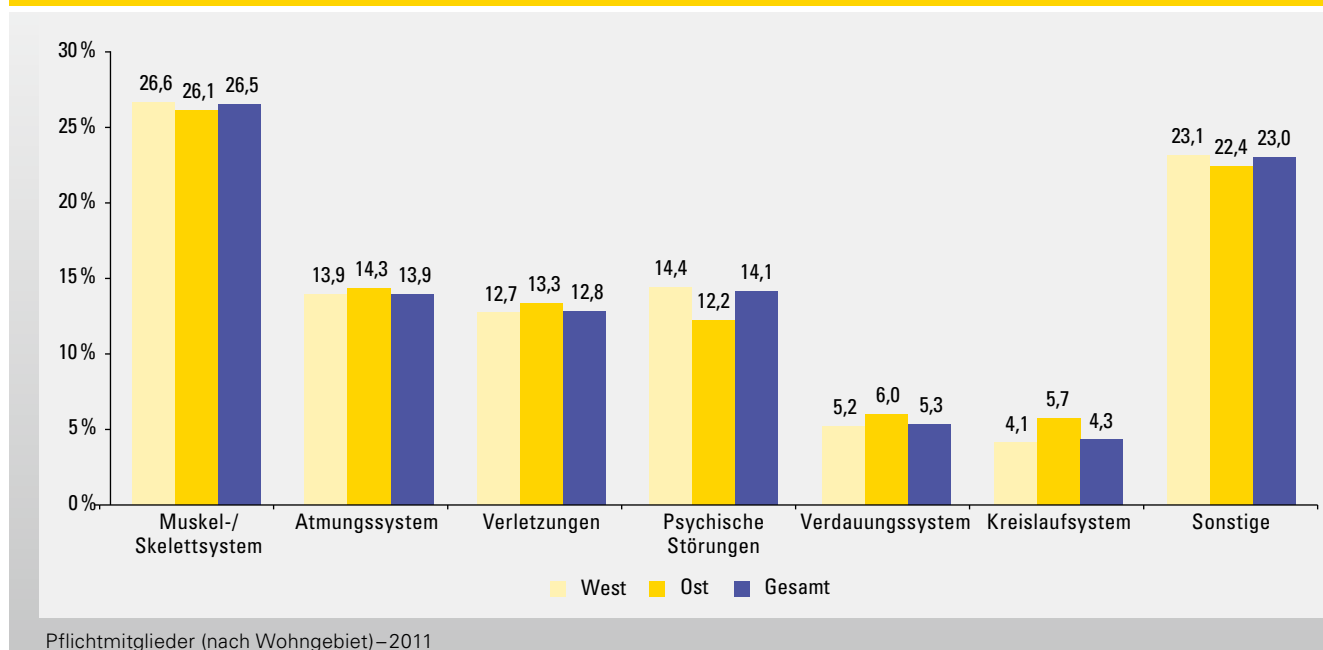
weit auseinanderliegen (zwischen 12,9 und 20,4 %), während die östlichen Bundesländer lediglich zwischen 11,1 und 12,9 % variieren.

Im Vergleich zu den Vorjahren haben die Anteile am Gesamtkrankheitsgeschehen bei den *Krankheiten des Verdauungssystems* (ICD K00–K93) und des *Herz-Kreislauf-Systems* (ICD I00–I99) leicht abgenommen. Die Unterschiede zwischen

östlichen und westlichen Bundesländern sind bei Herz- und Kreislauferkrankungen gegenüber den Vorjahren noch immer vorhanden: Liegen im Westen die Anteile zwischen 3,4 (Hamburg) und 5,0 % (Saarland), weisen die Bundesländer im Osten Anteile von 5,3 (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) und 6,6 % (Sachsen-Anhalt) auf.

Diagramm 5.5

Anteil der AU-Tage je Krankheitsart – Bund West / Ost / Gesamt



	Seite
A	
Methodische Hinweise	A 2
B	
Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 5
C	
Verzeichnis der Tabellen	A 10
D	
Tabellenteil	A 11
E	
Autorenverzeichnis	A 110

A Methodische Hinweise

A.1 Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (s. A.2.2 *Qualitätssicherung*) die Leistungs- und zugehörigen Versichertendaten von 92,4 % der BKK Versicherten und damit 17,1 % aller GKV-Versicherten einbezogen werden.

A.1.1 Versichertendaten

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

A.1.2 Arbeitsunfähigkeitsdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der quartalsweisen Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8). Im Report werden zusätzlich zu den Ergebnissen 2011 auch die Krankenstand-Entwicklungen der Monate Januar bis September 2012 dargestellt. Diese Daten basieren auf einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Für diese Erhebung melden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen für ca. vier Mio. BKK Mitglieder jeweils die im Vormonat angefallenen Arbeitsunfähigkeitszeiten für ihre erwerbstätigen BKK Mitglieder. Diese Daten werden dann zeitnah nach verschiedenen Merkmalen wie Branchen, Berufen, Regionen sowie Alter und Geschlecht ausgewertet und liefern damit sehr aktuelle monatsdurchschnitt-

liche Krankenstände, die schon frühzeitig Trends erkennen lassen.

A.1.3 Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung

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

A.1.4 Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

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

A.2 Methodik

A.2.1 Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den Gesundheitsreport 2012 werden alle im Jahr 2011 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2011 ermittelten Versichertenzeiten verbunden.

- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2011, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) im Untersuchungszeitraum. Die Falldauer wird über den im Leistungsfall angegebenen Zeitraum zwischen AU-Beginn und AU-Ende ermittelt. Dabei wird die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt, d. h., die Meldedefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Kranken-

geldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist einschränkend zu erwähnen, dass Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen nur teilweise enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit in den Leistungsdaten dokumentiert werden.

- Bei den Arzneimitteldaten werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln (keine Hilfsmittel) berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2011 gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen und Arzneimittel, die aufgrund von Arbeitsunfällen verordnet worden sind (Kostenübernahme durch die Unfallversicherung).
- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2011 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein.

A.2.2 Qualitätssicherung/ Datenbereinigung und Datengewichtung

Bevor die Daten für die Auswertungen und damit zur Erstellung der Tabellen, Diagramme und Zahlen im Gesundheitsreport 2012 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls Daten-nacherhebung und Datenbereinigung.

- Für alle teilnehmenden Kassen wird geprüft, ob die Leistungs- und die Versichertendaten im erwarteten Umfang (Vergleich zum Vorjahr und Relation der Leistungsfälle zu den entsprechenden Versichertenzahlen) vorliegen. Im Falle unvollständiger oder unplausibler Daten werden Nachlieferungen veranlasst. Sind auch die Nachlieferungen unvollständig oder unplausibel, so werden diese Kassendaten aus allen

Datenbeständen komplett oder gegebenenfalls für die entsprechenden Zeiträume ausgeschlossen.

- Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und bereinigt (Fusionsbedingte Doppellieferungen werden ausgeschlossen).
- In den Arbeitsunfähigkeitsdaten werden nur Sätze berücksichtigt, deren Diagnosen laut dem systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM (DIMDI) zur Verschlüsselung zugelassen sind.
- Langzeitfälle mit einer AU-Dauer von mehr als 600 Kalendertagen werden ausgeschlossen. Hierunter fallen seltene AU-Fälle, die über den grundsätzlich maximalen Anspruch auf Krankengeld für 78 Wochen hinausgehen.
- Die Versichertenzeiten werden nach Versichertengruppen an der amtlichen Statistik gewichtet, um eventuell unvollständig erfasste Zeiträume auszugleichen. Hierfür werden die

Versichertenzahlen kassen- und versichertengruppen-spezifisch mit denen der amtlichen Statistik ins Verhältnis gesetzt. Der daraus resultierende Faktor dient als Gewichtungsfaktor zur Ermittlung der gewichteten Versichertenzeit.

A.2.3 Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Für den Gesundheitsreport werden die vorliegenden Leistungs- und Versichertendaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z. B. Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Bundesland, Beruf, aber auch nach arbeitgeberbezogenen Merkmalen wie Branche oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Die Diagnosen liegen nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10

(s. aktuelles Klassifikationsverzeichnis des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI) verschlüsselt vor. Die Zusammenfassung der Diagnosen erfolgt entsprechend der ICD-10 nach Kapitel und Gruppen, gelegentlich werden auch Einzeldiagnosen dargestellt.

- Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet worden sind, ist in den entsprechenden Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. Die *Tabelle 1* zeigt die betrachteten Versichertengruppen und deren Zuordnungsmerkmale.
- Für die regionale Gliederung der Daten wurde – wie im letzten Jahr eingeführt – der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel und nicht mehr wie in der Vergangenheit ein 2004 aktualisiertes PLZ-Schlüsselverzeichnis der Deutschen Post genutzt. Im Vergleich

Tabelle 1

Versichertengruppen	Besonderheiten
Teilzeitbeschäftigte	Zuordnung über die vierte Stelle im Tätigkeitsschlüssel (Werte = 8, 9)
Pflichtversicherte Arbeiter	Zuordnung über die vierte Stelle im Tätigkeitsschlüssel (Werte = 1, 2)
Pflichtversicherte Angestellte	Zuordnung über die vierte Stelle im Tätigkeitsschlüssel (Werte = 4)
Arbeitslose	Für AU-Auswertungen werden nur die ALG-I-Empfänger berücksichtigt, da die ALG-II-Empfänger keinen Krankengeldanspruch besitzen und somit für sie bei den Krankenkassen i. d. R. auch keine AU-Fälle geführt werden.
Pflichtmitglieder (nur Beschäftigte)	
Pflichtmitglieder insgesamt	
freiwillige Mitglieder (nur Beschäftigte)	
Freiwillige Mitglieder insgesamt	
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	
Mitglieder (ohne Rentner)	Für AU-Auswertungen bleiben neben den ALG-II-Empfängern die Wehr- und Zivildienstleistenden, Studenten und sonstige Gruppen unberücksichtigt.
Versicherte insgesamt	Die Versicherten insgesamt umfassen die Mitglieder, Rentner und Angehörige.

mit den regionalen Ergebnissen der weiter zurückliegenden Jahre kann es etwa durch jüngere Kreisgemeinde-reformen zu Abweichungen für einzelne Bundesländer oder Landkreise kommen.

- In diesem Bericht werden die berufsbezogenen Informationen verwendet, die im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel wird im Gesundheitsreport für drei unterschiedliche Darstellungsmerkmale verwendet. Zunächst ermöglicht er die Ergebniszusammenfassung nach Berufsgruppen und -ordnungen (zwei- bzw. dreistellige Kodierung nach der Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit, KldB 1988). Die vierte Stelle des Schlüssels (Stellung im Beruf) wird zudem für die Identifikation von Teilzeitbeschäftigten sowie von pflichtversicherten Arbeitern und Angestellten verwendet. Durch die fünfte Stelle des Meldeschlüssels (Angaben zur Ausbildung) wird schließlich eine Darstellung der Ergebnisse nach dem Bildungsstatus möglich. 2010 ist von der Bundesagentur für Arbeit eine neue, differenziertere Klassifikation der Berufe eingeführt worden (KldB 2010), die in den Tätigkeitsschlüssel des DEÜV-Meldeverfahrens seit Dezember 2011 übernommen wurde.

Der neue Schlüssel ist in den in diesem Bericht einbezogenen Leistungs- und Versichertendaten 2011 bereits zu einem sehr geringen Anteil verwendet worden. Aufgrund der unterschiedlichen Stelligkeit wurden die Schlüsselinformationen in diesem Bericht nicht zusammengeführt, sondern auf eine Zuordnung der Meldungen nach KldB 2010 verzichtet. Hierdurch kann es zu geringfügigen Verschiebungen bei den betroffenen Auswertungen im Vergleich zum Vorjahr gekommen sein.

- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Branche und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten der Bundesagentur für Arbeit zurückgegriffen. Der Einteilung der Branchen/Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zugrunde. Die Klassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ 2003 systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreporten vergleichbar sind.

Bei den ermittelten Kenngrößen ist Folgendes anzumerken:

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen han-

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

- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert: $\times 100$). Die monatlichen Krankenstände werden analog ermittelt.
- Die Kenngrößen AU-Fälle oder AU-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-Häufigkeit und die AU-Dauer pro Versichertenjahr.
- In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Hierfür wurde die Methode der direkten Standardisierung angewendet. Als Standardpopulation dienten die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2011 in Deutschland.

I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	II. Neubildungen (C00-D48)	III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	C00-C75 Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	D50-D53 Alimentäre Anämien
A15-A19 Tuberkulose	C00-C14 Lippe, Mundhöhle und Pharynx	D55-D59 Hämolytische Anämien
A20-A28 Bestimmte bakterielle Zoonosen	C15-C26 Verdauungsorgane	D60-D64 Aplastische und sonstige Anämien
A30-A49 Sonstige bakterielle Krankheiten	C30-C39 Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe	D65-D69 Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
A50-A64 Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden	C40-C41 Knochen und Gelenkknorpel	D70-D77 Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
A65-A69 Sonstige Spirochätenkrankheiten	C43-C44 Haut	D80-D90 Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
A70-A74 Sonstige Krankheiten durch Chlamydien	C45-C49 Mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe	
A75-A79 Rickettsiosen	C50 Brustdrüse (Mamma)	
A80-A89 Virusinfektionen des Zentralnervensystems	C51-C58 Weibliche Genitalorgane	
A90-A99 Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber	C60-C63 Männliche Genitalorgane	
B00-B09 Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	C64-C68 Harnorgane	IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)
B15-B19 Virushepatitis	C69-C72 Augen, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems	E00-E07 Krankheiten der Schilddrüse
B20-B24 HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)	C73-C75 Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen	E10-E14 Diabetes mellitus
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisation	E15-E16 Sonstige Störungen der Blutzucker-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
B35-B49 Mykosen	C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet	E20-E35 Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
B50-B64 Protozoenkrankheiten	C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	E40-E46 Mangelernährung
B65-B83 Helminthosen	D00-D09 In-situ-Neubildungen	E50-E64 Sonstige alimentäre Mangelzustände
B85-B89 Pedikulose (Läusebefall), Akarbose (Milbenbefall) und sonstiger Parasitenbefall der Haut	D10-D36 Gutartige Neubildungen	E65-E68 Adipositas und sonstige Überernährung
B90-B94 Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten	D37-D48 Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens (siehe Hinweis am Anfang der Krankheitsgruppe D37-D48)	E70-E90 Stoffwechselstörungen
B95-B98 Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind		
B99 Sonstige Infektionskrankheiten		

V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

VI. Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)

- G00-G09 Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
- G10-G14 Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- G20-G26 Extrapiramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
- G30-G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
- G35-G37 Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
- G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
- G50-G59 Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
- G60-G64 Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
- G70-G73 Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- G80-G83 Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
- G90-G99 Sonstige Krankheiten des Nervensystems

VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)

- H00-H06 Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
- H10-H13 Affektionen der Konjunktiva
- H15-H22 Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
- H25-H28 Affektionen der Linse
- H30-H36 Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
- H40-H42 Glaukom
- H43-H45 Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
- H46-H48 Affektionen des N. opticus und der Sehbahn
- H49-H52 Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
- H53-H54 Sehstörungen und Blindheit
- H55-H59 Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde

VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)

- H60-H62 Krankheiten des äußeren Ohres
- H65-H75 Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
- H80-H83 Krankheiten des Innenohres
- H90-H95 Sonstige Krankheiten des Ohres

IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)

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

X. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)

- J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege
- J09-J18 Grippe und Pneumonie
- J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
- J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
- J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
- J60-J70 Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
- J80-J84 Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
- J85-J86 Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
- J90-J94 Sonstige Krankheiten der Pleura
- J95-J99 Sonstige Krankheiten des Atmungssystems

XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)

- K00-K14 Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
- K20-K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
- K35-K38 Krankheiten der Appendix
- K40-K46 Hernien
- K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
- K55-K63 Sonstige Krankheiten des Darmes
- K65-K67 Krankheiten des Peritoneums
- K70-K77 Krankheiten der Leber
- K80-K87 Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
- K90-K93 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)

- L00-L08 Infektionen der Haut und der Unterhaut
- L10-L14 Bullöse Dermatosen
- L20-L30 Dermatitis und Ekzem
- L40-L45 Paposquamöse Hautkrankheiten
- L50-L54 Urtikaria und Erythem
- L55-L59 Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
- L60-L75 Krankheiten der Hautanhangsgebilde
- L80-L99 Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut

XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)

- M00-M25 Arthropathien
- M00-M03 Infektiöse Arthropathien
- M05-M14 Entzündliche Polyarthropathien
- M15-M19 Arthrose
- M20-M25 Sonstige Gelenkrankheiten
- M30-M36 Systemkrankheiten des Bindegewebes
- M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- M40-M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- M45-M49 Spondylopathien
- M50-M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe
- M60-M63 Krankheiten der Muskeln
- M65-M68 Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- M70-M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
- M80-M94 Osteopathien und Chondropathien
- M80-M85 Veränderungen der Knochendichte und -struktur
- M86-M90 Sonstige Osteopathien
- M91-M94 Chondropathien
- M95-M99 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)

- N00-N08 Glomeruläre Krankheiten
- N10-N16 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
- N17-N19 Niereninsuffizienz
- N20-N23 Urolithiasis
- N25-N29 Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
- N30-N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems
- N40-N51 Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- N60-N64 Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
- N70-N77 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- N80-N98 Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- N99 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)

- O00-O08 Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
- O09 Schwangerschaftsdauer
- O10-O16 Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- O20-O29 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
- O30-O48 Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
- O60-O75 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
- O80-O82 Entbindung
- O85-O92 Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
- O95-O99 Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind

XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)

- P00-P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
- P05-P08 Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
- P10-P15 Geburtstrauma
- P20-P29 Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
- P35-P39 Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
- P50-P61 Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
- P70-P74 Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
- P75-P78 Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
- P80-P83 Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen
- P90-P96 Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)

- Q00-Q07 Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
- Q10-Q18 Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
- Q20-Q28 Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
- Q30-Q34 Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
- Q35-Q37 Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
- Q38-Q45 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
- Q50-Q56 Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
- Q60-Q64 Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
- Q65-Q79 Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
- Q80-Q89 Sonstige angeborene Fehlbildungen
- Q90-Q99 Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert

XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

- R00-R09 Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
- R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
- R20-R23 Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
- R25-R29 Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
- R30-R39 Symptome, die das Harnsystem betreffen
- R40-R46 Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
- R47-R49 Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
- R50-R69 Allgemeinsymptome
- R70-R79 Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
- R80-R82 Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
- R83-R89 Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
- R90-R94 Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
- R95-R99 Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen

XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	T33-T35	Erfrierungen	XX1. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)
S00-S09	T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	Z00-Z13
S10-S19	T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
S20-S29	T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	Z20-Z29
S30-S39	T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
S40-S49	T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	Z30-Z39
S50-S59	T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
S60-S69	T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen	Z40-Z54
S70-S79			Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
S80-S89	XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)		Z55-Z65
S90-S99	V01-X59	Unfälle	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
T00-T07	X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung	Z70-Z76
T08-T14	X85-Y09	Tätlicher Angriff	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
T15-T19	Y10-Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind	Z80-Z99
T20-T32	Y35-Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen
T20-T25	Y40-Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung	
T26-T28			
T29-T32			

	Seite
Tabelle 1: Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder im Bundesgebiet (West, Ost, Gesamt)	A 11
Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeit nach Versichertengruppen	A 15
Tabelle 3: Krankengeldleistungen der beschäftigten Pflichtmitglieder	A 27
Tabelle 4: Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen	A 29
Tabelle 4a: Beschäftigte BKK-Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen im Bundesgebiet	A 57
Tabelle 4b: Arbeitsunfähigkeit, Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen	A 59
Tabelle 5: Arbeitsunfälle der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen	A 61
Tabelle 6: Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach Bundesländern (Wohnort)	A 73
Tabelle 7: Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach dem Alter	A 91
Tabelle 7a: Arbeitsunfähigkeit älterer Arbeitnehmer/-innen in ausgewählten Berufen	A 97
Tabelle 8: Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach der Dauer	A 101
Tabelle 9: Die häufigsten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (Mitglieder ohne Rentner)	A 103

Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder im Bundesgebiet

1

	Seite
West	A 12
Ost	A 13
Gesamt	A 14

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	270.734	1.541.694	12,17	69,3	5,7
	Frauen	235.576	1.307.028	11,61	64,4	5,6
	insgesamt	506.310	2.848.722	11,91	67,0	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	31.890	981.337	1,43	44,1	30,8
	Frauen	35.350	1.482.814	1,74	73,1	42,0
	insgesamt	67.240	2.464.151	1,58	57,9	36,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	12.200	233.240	0,55	10,5	19,1
	Frauen	11.345	198.956	0,56	9,8	17,5
	insgesamt	23.545	432.196	0,55	10,2	18,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	99.510	3.758.569	4,47	169,0	37,8
	Frauen	143.073	5.279.130	7,05	260,3	36,9
	insgesamt	242.583	9.037.699	5,70	212,5	37,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	46.401	834.573	2,09	37,5	18,0
	Frauen	65.670	904.667	3,24	44,6	13,8
	insgesamt	112.071	1.739.240	2,64	40,9	15,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	30.186	244.204	1,36	11,0	8,1
	Frauen	23.624	176.358	1,16	8,7	7,5
	insgesamt	53.810	420.562	1,27	9,9	7,8
Krankheiten des Ohres) (H60–H95)	Männer	32.472	316.785	1,46	14,2	9,8
	Frauen	31.091	289.982	1,53	14,3	9,3
	insgesamt	63.563	606.767	1,49	14,3	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	76.488	1.881.876	3,44	84,6	24,6
	Frauen	56.195	899.026	2,77	44,3	16,0
	insgesamt	132.683	2.780.902	3,12	65,4	21,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	741.905	4.922.597	33,35	221,3	6,6
	Frauen	741.393	4.678.324	36,55	230,7	6,3
	insgesamt	1.483.298	9.600.921	34,88	225,8	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	309.974	2.078.951	13,94	93,5	6,7
	Frauen	257.184	1.491.715	12,68	73,5	5,8
	insgesamt	567.158	3.570.666	13,34	84,0	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	43.172	591.120	1,94	26,6	13,7
	Frauen	26.948	301.501	1,33	14,9	11,2
	insgesamt	70.120	892.621	1,65	21,0	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	557.815	10.618.927	25,08	477,4	19,0
	Frauen	339.846	7.059.032	16,75	348,0	20,8
	insgesamt	897.661	17.677.959	21,11	415,7	19,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.822	371.599	1,34	16,7	12,5
	Frauen	83.527	771.508	4,12	38,0	9,2
	insgesamt	113.349	1.143.107	2,67	26,9	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	40.608	513.596	2,00	25,3	12,7
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	130.245	1.341.576	5,86	60,3	10,3
	Frauen	149.184	1.412.608	7,36	69,6	9,5
	insgesamt	279.429	2.754.184	6,57	64,8	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	292.622	5.810.537	13,16	261,2	19,9
	Frauen	147.065	2.880.209	7,25	142,0	19,6
	insgesamt	439.687	8.690.746	10,34	204,4	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	28.805	625.713	1,29	28,1	21,7
	Frauen	45.133	917.357	2,23	45,2	20,3
	insgesamt	73.938	1.543.070	1,74	36,3	20,9
Zusammen	Männer	2.739.315	36.270.009	123,15	1630,6	13,2
	Frauen	2.439.183	30.710.923	120,26	1514,1	12,6
	insgesamt	5.178.498	66.980.932	121,77	1575,0	12,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	101.505	2.166.830	4,56	97,4	21,4
	Frauen	38.497	762.116	1,90	37,6	19,8
	insgesamt	140.002	2.928.946	3,29	68,9	20,9

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	26.310	171.512	9,00	58,7	6,5
	Frauen	26.876	183.618	10,50	71,7	6,8
	insgesamt	53.186	355.130	9,70	64,8	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5.520	177.968	1,89	60,9	32,2
	Frauen	7.149	258.076	2,79	100,8	36,1
	insgesamt	12.669	436.044	2,31	79,5	34,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.194	43.313	0,75	14,8	19,7
	Frauen	2.126	40.797	0,83	15,9	19,2
	insgesamt	4.320	84.110	0,79	15,3	19,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.918	407.173	4,08	139,3	34,2
	Frauen	22.130	762.937	8,64	298,0	34,5
	insgesamt	34.048	1.170.110	6,21	213,4	34,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.212	102.429	1,78	35,1	19,7
	Frauen	9.206	131.258	3,60	51,3	14,3
	insgesamt	14.418	233.687	2,63	42,6	16,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.772	39.426	1,63	13,5	8,3
	Frauen	4.191	32.134	1,64	12,6	7,7
	insgesamt	8.963	71.560	1,63	13,1	8,0
Krankheiten des Ohres	Männer	4.192	46.263	1,43	15,8	11,0
	Frauen	4.618	53.377	1,80	20,9	11,6
	insgesamt	8.810	99.640	1,61	18,2	11,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	13.394	357.028	4,58	122,2	26,7
	Frauen	11.370	205.245	4,44	80,2	18,1
	insgesamt	24.764	562.273	4,52	102,6	22,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	84.063	693.615	28,76	237,3	8,3
	Frauen	96.848	797.637	37,82	311,5	8,2
	insgesamt	180.911	1.491.252	32,99	272,0	8,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	47.738	343.564	16,33	117,6	7,2
	Frauen	45.851	270.364	17,91	105,6	5,9
	insgesamt	93.589	613.928	17,07	112,0	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.854	83.264	2,00	28,5	14,2
	Frauen	4.729	53.588	1,85	20,9	11,3
	insgesamt	10.583	136.852	1,93	25,0	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	69.141	1.455.005	23,66	497,9	21,0
	Frauen	52.419	1.143.659	20,47	446,6	21,8
	insgesamt	121.560	2.598.664	22,17	473,9	21,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.236	59.745	1,45	20,4	14,1
	Frauen	14.447	169.171	5,64	66,1	11,7
	insgesamt	18.683	228.916	3,41	41,8	12,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.296	75.340	2,07	29,4	14,2
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.157	136.936	4,16	46,9	11,3
	Frauen	16.635	179.804	6,50	70,2	10,8
	insgesamt	28.792	316.740	5,25	57,8	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	39.185	889.518	13,41	304,4	22,7
	Frauen	21.241	470.581	8,30	183,8	22,2
	insgesamt	60.426	1.360.099	11,02	248,1	22,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.598	76.520	1,23	26,2	21,3
	Frauen	5.968	122.060	2,33	47,7	20,5
	insgesamt	9.566	198.580	1,74	36,2	20,8
Zusammen	Männer	340.195	5.096.781	116,41	1.744,0	15,0
	Frauen	352.064	4.968.847	137,49	1.940,5	14,1
	insgesamt	692.259	10.065.628	126,25	1.835,7	14,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	16.368	385.763	5,60	132,0	23,6
	Frauen	7.522	169.846	2,94	66,3	22,6
	insgesamt	23.890	555.609	4,36	101,3	23,3

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	297.044	1.713.206	11,80	68,1	5,8
	Frauen	262.452	1.490.646	11,49	65,3	5,7
	insgesamt	559.496	3.203.852	11,65	66,7	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	37.410	1.159.305	1,49	46,1	31,0
	Frauen	42.499	1.740.890	1,86	76,2	41,0
	insgesamt	79.909	2.900.195	1,66	60,4	36,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.394	276.553	0,57	11,0	19,2
	Frauen	13.471	239.753	0,59	10,5	17,8
	insgesamt	27.865	516.306	0,58	10,8	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	111.428	4.165.742	4,43	165,5	37,4
	Frauen	165.203	6.042.067	7,23	264,5	36,6
	insgesamt	276.631	10.207.809	5,76	212,6	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	51.613	937.002	2,05	37,2	18,2
	Frauen	74.876	1.035.925	3,28	45,4	13,8
	insgesamt	126.489	1.972.927	2,63	41,1	15,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	34.958	283.630	1,39	11,3	8,1
	Frauen	27.815	208.492	1,22	9,1	7,5
	insgesamt	62.773	492.122	1,31	10,3	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	36.664	363.048	1,46	14,4	9,9
	Frauen	35.709	343.359	1,56	15,0	9,6
	insgesamt	72.373	706.407	1,51	14,7	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	89.882	2.238.904	3,57	89,0	24,9
	Frauen	67.565	1.104.271	2,96	48,3	16,3
	insgesamt	157.447	3.343.175	3,28	69,6	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	825.968	5.616.212	32,82	223,2	6,8
	Frauen	838.241	5.475.961	36,69	239,7	6,5
	insgesamt	1.664.209	11.092.173	34,66	231,0	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	357.712	2.422.515	14,21	96,3	6,8
	Frauen	303.035	1.762.079	13,27	77,1	5,8
	insgesamt	660.747	4.184.594	13,76	87,2	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	49.026	674.384	1,95	26,8	13,8
	Frauen	31.677	355.089	1,39	15,5	11,2
	insgesamt	80.703	1.029.473	1,68	21,4	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	626.956	12.073.932	24,91	479,8	19,3
	Frauen	392.265	8.202.691	17,17	359,1	20,9
	insgesamt	1.019.221	20.276.623	21,23	422,3	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	34.058	431.344	1,35	17,1	12,7
	Frauen	97.974	940.679	4,29	41,2	9,6
	insgesamt	132.032	1.372.023	2,75	28,6	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	45.904	588.936	2,01	25,8	12,8
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	142.402	1.478.512	5,66	58,8	10,4
	Frauen	165.819	1.592.412	7,26	69,7	9,6
	insgesamt	308.221	3.070.924	6,42	64,0	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	331.807	6.700.055	13,18	266,2	20,2
	Frauen	168.306	3.350.790	7,37	146,7	19,9
	insgesamt	500.113	10.050.845	10,42	209,4	20,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.403	702.233	1,29	27,9	21,7
	Frauen	51.101	1.039.417	2,24	45,5	20,3
	insgesamt	83.504	1.741.650	1,74	36,3	20,9
Zusammen	Männer	3.079.510	41.366.790	122,37	1.643,8	13,4
	Frauen	2.791.247	35.679.770	122,19	1.561,9	12,8
	insgesamt	5.870.757	77.046.560	122,28	1.604,8	13,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	117.873	2.552.593	4,68	101,4	21,7
	Frauen	46.019	931.962	2,01	40,8	20,3
	insgesamt	163.892	3.484.555	3,41	72,6	21,3

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertengruppen

2

	Seite
Pflichtmitglieder insgesamt	A 16
Beschäftigte Pflichtmitglieder	A 17
Pflichtversicherte Arbeiter	A 18
Pflichtversicherte Angestellte	A 19
Teilzeitbeschäftigte	A 20
Arbeitslose	A 21
Freiwillige Mitglieder insgesamt	A 22
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	A 23
Mitglieder ohne Rentner	A 24
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	A 25

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	300.835	1.746.045	11,55	67,1	5,8
	Frauen	266.266	1.522.687	11,26	64,4	5,7
	insgesamt	567.101	3.268.732	11,41	65,8	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	38.303	1.235.305	1,47	47,4	32,3
	Frauen	43.472	1.821.982	1,84	77,1	41,9
	insgesamt	81.775	3.057.287	1,65	61,5	37,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.798	297.656	0,57	11,4	20,1
	Frauen	13.839	254.421	0,59	10,8	18,4
	insgesamt	28.637	552.077	0,58	11,1	19,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	117.904	4.760.084	4,53	182,8	40,4
	Frauen	173.366	6.732.038	7,33	284,7	38,8
	insgesamt	291.270	11.492.122	5,86	231,3	39,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	53.148	1.009.785	2,04	38,8	19,0
	Frauen	76.819	1.090.873	3,25	46,1	14,2
	insgesamt	129.967	2.100.658	2,62	42,3	16,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	35.392	296.353	1,36	11,4	8,4
	Frauen	28.205	217.432	1,19	9,2	7,7
	insgesamt	63.597	513.785	1,28	10,3	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	37.169	376.762	1,43	14,5	10,1
	Frauen	36.281	357.379	1,53	15,1	9,9
	insgesamt	73.450	734.141	1,48	14,8	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	92.269	2.375.419	3,54	91,2	25,7
	Frauen	69.140	1.154.395	2,92	48,8	16,7
	insgesamt	161.409	3.529.814	3,25	71,0	21,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	835.600	5.727.681	32,09	220,0	6,9
	Frauen	848.991	5.582.150	35,90	236,1	6,6
	insgesamt	1.684.591	11.309.831	33,91	227,6	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	362.516	2.508.972	13,92	96,4	6,9
	Frauen	307.479	1.824.011	13,00	77,1	5,9
	insgesamt	669.995	4.332.983	13,48	87,2	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	49.850	698.142	1,91	26,8	14,0
	Frauen	32.258	369.993	1,36	15,7	11,5
	insgesamt	82.108	1.068.135	1,65	21,5	13,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	641.352	12.795.508	24,63	491,4	20,0
	Frauen	403.712	8.732.404	17,07	369,3	21,6
	insgesamt	1.045.064	21.527.912	21,03	433,3	20,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	34.677	450.617	1,33	17,3	13,0
	Frauen	99.600	971.671	4,21	41,1	9,8
	insgesamt	134.277	1.422.288	2,70	28,6	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	46.686	606.219	1,97	25,6	13,0
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	145.119	1.544.410	5,57	59,3	10,6
	Frauen	168.953	1.659.349	7,15	70,2	9,8
	insgesamt	314.072	3.203.759	6,32	64,5	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	336.309	6.899.911	12,92	265,0	20,5
	Frauen	171.466	3.473.963	7,25	146,9	20,3
	insgesamt	507.775	10.373.874	10,22	208,8	20,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	33.010	734.040	1,27	28,2	22,2
	Frauen	52.211	1.085.803	2,21	45,9	20,8
	insgesamt	85.221	1.819.843	1,72	36,6	21,4
Zusammen	Männer	3.134.183	43.598.352	120,36	1.674,3	13,9
	Frauen	2.846.287	37.634.035	120,37	1.591,6	13,2
	insgesamt	5.980.470	81.232.387	120,37	1.634,9	13,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	118.607	2.584.474	4,55	99,3	21,8
	Frauen	46.407	942.887	1,96	39,9	20,3
	insgesamt	165.014	3.527.361	3,32	71,0	21,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	297.044	1.713.206	11,80	68,1	5,8
	Frauen	262.452	1.490.646	11,49	65,3	5,7
	insgesamt	559.496	3.203.852	11,65	66,7	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	37.410	1.159.305	1,49	46,1	31,0
	Frauen	42.499	1.740.890	1,86	76,2	41,0
	insgesamt	79.909	2.900.195	1,66	60,4	36,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.394	276.553	0,57	11,0	19,2
	Frauen	13.471	239.753	0,59	10,5	17,8
	insgesamt	27.865	516.306	0,58	10,8	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	111.428	4.165.742	4,43	165,5	37,4
	Frauen	165.203	6.042.067	7,23	264,5	36,6
	insgesamt	276.631	10.207.809	5,76	212,6	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	51.613	937.002	2,05	37,2	18,2
	Frauen	74.876	1.035.925	3,28	45,4	13,8
	insgesamt	126.489	1.972.927	2,63	41,1	15,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	34.958	283.630	1,39	11,3	8,1
	Frauen	27.815	208.492	1,22	9,1	7,5
	insgesamt	62.773	492.122	1,31	10,3	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	36.664	363.048	1,46	14,4	9,9
	Frauen	35.709	343.359	1,56	15,0	9,6
	insgesamt	72.373	706.407	1,51	14,7	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	89.882	2.238.904	3,57	89,0	24,9
	Frauen	67.565	1.104.271	2,96	48,3	16,3
	insgesamt	157.447	3.343.175	3,28	69,6	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	825.968	5.616.212	32,82	223,2	6,8
	Frauen	838.241	5.475.961	36,69	239,7	6,5
	insgesamt	1.664.209	11.092.173	34,66	231,0	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	357.712	2.422.515	14,21	96,3	6,8
	Frauen	303.035	1.762.079	13,27	77,1	5,8
	insgesamt	660.747	4.184.594	13,76	87,2	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	49.026	674.384	1,95	26,8	13,8
	Frauen	31.677	355.089	1,39	15,5	11,2
	insgesamt	80.703	1.029.473	1,68	21,4	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	626.956	12.073.932	24,91	479,8	19,3
	Frauen	392.265	8.202.691	17,17	359,1	20,9
	insgesamt	1.019.221	20.276.623	21,23	422,3	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	34.058	431.344	1,35	17,1	12,7
	Frauen	97.974	940.679	4,29	41,2	9,6
	insgesamt	132.032	1.372.023	2,75	28,6	10,4
Schwangerschaft , Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	45.904	588.936	2,01	25,8	12,8
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	142.402	1.478.512	5,66	58,8	10,4
	Frauen	165.819	1.592.412	7,26	69,7	9,6
	insgesamt	308.221	3.070.924	6,42	64,0	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	331.807	6.700.055	13,18	266,2	20,2
	Frauen	168.306	3.350.790	7,37	146,7	19,9
	insgesamt	500.113	10.050.845	10,42	209,4	20,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.403	702.233	1,29	27,9	21,7
	Frauen	51.101	1.039.417	2,24	45,5	20,3
	insgesamt	83.504	1.741.650	1,74	36,3	20,9
Zusammen	Männer	3.079.510	41.366.790	122,37	1.643,8	13,4
	Frauen	2.791.247	35.679.770	122,19	1.561,9	12,8
	insgesamt	5.870.757	77.046.560	122,28	1.604,8	13,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	117.873	2.552.593	4,68	101,4	21,7
	Frauen	46.019	931.962	2,01	40,8	20,3
	insgesamt	163.892	3.484.555	3,41	72,6	21,3

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	160.712	1.003.053	11,03	68,9	6,2
	Frauen	33.571	213.681	11,47	73,0	6,4
	insgesamt	194.283	1.216.734	11,11	69,6	6,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	23.086	731.110	1,58	50,2	31,7
	Frauen	5.883	261.258	2,01	89,3	44,4
	insgesamt	28.969	992.368	1,66	56,7	34,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	9.238	180.378	0,63	12,4	19,5
	Frauen	2.111	44.163	0,72	15,1	20,9
	insgesamt	11.349	224.541	0,65	12,8	19,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	61.535	2.221.477	4,22	152,5	36,1
	Frauen	23.782	854.313	8,13	292,0	35,9
	insgesamt	85.317	3.075.790	4,88	175,8	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	31.146	643.049	2,14	44,1	20,7
	Frauen	11.506	208.960	3,93	71,4	18,2
	insgesamt	42.652	852.009	2,44	48,7	20,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	21.702	178.928	1,49	12,3	8,2
	Frauen	3.659	29.648	1,25	10,1	8,1
	insgesamt	25.361	208.576	1,45	11,9	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	20.693	219.011	1,42	15,0	10,6
	Frauen	4.556	49.646	1,56	17,0	10,9
	insgesamt	25.249	268.657	1,44	15,4	10,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	58.072	1.509.417	3,99	103,6	26,0
	Frauen	11.712	216.814	4,00	74,1	18,5
	insgesamt	69.784	1.726.231	3,99	98,7	24,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	450.311	3.374.275	30,91	231,6	7,5
	Frauen	100.412	785.030	34,32	268,3	7,8
	insgesamt	550.723	4.159.305	31,48	237,8	7,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	211.772	1.546.917	14,54	106,2	7,3
	Frauen	44.485	287.529	15,20	98,3	6,5
	insgesamt	256.257	1.834.446	14,65	104,9	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	31.102	454.088	2,13	31,2	14,6
	Frauen	5.601	71.870	1,91	24,6	12,8
	insgesamt	36.703	525.958	2,10	30,1	14,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	448.657	9.085.279	30,80	623,7	20,3
	Frauen	81.322	1.923.020	27,79	657,2	23,7
	insgesamt	529.979	11.008.299	30,30	629,3	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	20.912	285.635	1,44	19,6	13,7
	Frauen	13.307	157.849	4,55	54,0	11,9
	insgesamt	34.219	443.484	1,96	25,4	13,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.147	70.266	1,76	24,0	13,7
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	81.340	941.753	5,58	64,7	11,6
	Frauen	24.519	279.774	8,38	95,6	11,4
	insgesamt	105.859	1.221.527	6,05	69,8	11,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	216.541	4.680.425	14,86	321,3	21,6
	Frauen	29.280	643.643	10,01	220,0	22,0
	insgesamt	245.821	5.324.068	14,05	304,3	21,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	18.592	394.550	1,28	27,1	21,2
	Frauen	6.682	147.972	2,28	50,6	22,1
	insgesamt	25.274	542.522	1,44	31,0	21,5
Zusammen	Männer	1.868.996	27.534.800	128,29	1.890,1	14,7
	Frauen	408.687	6.272.767	139,68	2.143,9	15,4
	insgesamt	2.277.683	33.807.567	130,20	1.932,5	14,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	86.340	1.953.649	5,93	134,1	22,6
	Frauen	10.635	236.789	3,63	80,9	22,3
	insgesamt	96.975	2.190.438	5,54	125,2	22,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	63.169	364.212	9,12	52,6	5,8
	Frauen	110.309	612.949	10,50	58,4	5,6
	insgesamt	173.478	977.161	9,96	56,1	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	8.249	245.763	1,19	35,5	29,8
	Frauen	18.219	685.732	1,74	65,3	37,6
	insgesamt	26.468	931.495	1,52	53,5	35,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.895	53.863	0,42	7,8	18,6
	Frauen	5.761	93.515	0,55	8,9	16,2
	insgesamt	8.656	147.378	0,50	8,5	17,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	28.765	1.235.575	4,15	178,4	43,0
	Frauen	70.189	2.657.350	6,68	253,1	37,9
	insgesamt	98.954	3.892.925	5,68	223,4	39,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.093	166.244	1,46	24,0	16,5
	Frauen	31.115	366.069	2,96	34,9	11,8
	insgesamt	41.208	532.313	2,36	30,6	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.092	57.246	1,02	8,3	8,1
	Frauen	12.151	82.955	1,16	7,9	6,8
	insgesamt	19.243	140.201	1,10	8,1	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8.655	85.078	1,25	12,3	9,8
	Frauen	15.356	144.794	1,46	13,8	9,4
	insgesamt	24.011	229.872	1,38	13,2	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.604	423.388	2,54	61,2	24,1
	Frauen	26.023	392.805	2,48	37,4	15,1
	insgesamt	43.627	816.193	2,50	46,8	18,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	187.914	1.194.003	27,14	172,4	6,4
	Frauen	368.867	2.316.175	35,13	220,6	6,3
	insgesamt	556.781	3.510.178	31,95	201,5	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	71.822	461.156	10,37	66,6	6,4
	Frauen	126.875	694.332	12,08	66,1	5,5
	insgesamt	198.697	1.155.488	11,40	66,3	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.491	103.422	1,23	14,9	12,2
	Frauen	12.399	127.739	1,18	12,2	10,3
	insgesamt	20.890	231.161	1,20	13,3	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	92.708	1.614.538	13,39	233,2	17,4
	Frauen	137.400	2.520.893	13,08	240,1	18,4
	insgesamt	230.108	4.135.431	13,21	237,3	18,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.324	80.205	1,06	11,6	11,0
	Frauen	41.550	374.544	3,96	35,7	9,0
	insgesamt	48.874	454.749	2,80	26,1	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	26.059	322.652	2,48	30,7	12,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	27.281	289.721	3,94	41,8	10,6
	Frauen	67.860	625.457	6,46	59,6	9,2
	insgesamt	95.141	915.178	5,46	52,5	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	48.060	933.447	6,94	134,8	19,4
	Frauen	61.551	1.173.254	5,86	111,7	19,1
	insgesamt	109.611	2.106.701	6,29	120,9	19,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.974	191.959	1,15	27,7	24,1
	Frauen	23.878	465.248	2,27	44,3	19,5
	insgesamt	31.852	657.207	1,83	37,7	20,6
Zusammen	Männer	599.203	7.524.299	86,54	1.086,7	12,6
	Frauen	1.158.571	13.723.397	110,33	1.306,9	11,9
	insgesamt	1.757.774	21.247.696	100,88	1.219,4	12,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.424	267.623	1,79	38,7	21,5
	Frauen	14.897	287.785	1,42	27,4	19,3
	insgesamt	27.321	555.408	1,57	31,9	20,3

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	11.895	81.868	7,09	48,8	6,9
	Frauen	74.797	468.315	9,31	58,3	6,3
	insgesamt	86.692	550.183	8,93	56,7	6,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.213	77.083	1,32	45,9	34,8
	Frauen	15.094	687.839	1,88	85,7	45,6
	insgesamt	17.307	764.922	1,78	78,8	44,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	869	18.448	0,52	11,0	21,2
	Frauen	4.360	87.692	0,54	10,9	20,1
	insgesamt	5.229	106.140	0,54	10,9	20,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.657	234.600	3,97	139,8	35,2
	Frauen	53.670	1.970.479	6,68	245,4	36,7
	insgesamt	60.327	2.205.079	6,21	227,1	36,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.435	50.283	1,45	30,0	20,7
	Frauen	22.136	380.790	2,76	47,4	17,2
	insgesamt	24.571	431.073	2,53	44,4	17,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.573	17.943	0,94	10,7	11,4
	Frauen	8.966	78.851	1,12	9,8	8,8
	insgesamt	10.539	96.794	1,09	10,0	9,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.683	20.051	1,00	12,0	11,9
	Frauen	11.379	119.426	1,42	14,9	10,5
	insgesamt	13.062	139.477	1,35	14,4	10,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.313	137.451	3,17	81,9	25,9
	Frauen	23.381	424.512	2,91	52,9	18,2
	insgesamt	28.694	561.963	2,96	57,9	19,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	35.331	277.896	21,05	165,6	7,9
	Frauen	248.449	1.755.961	30,94	218,6	7,1
	insgesamt	283.780	2.033.857	29,23	209,5	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	15.392	123.599	9,17	73,7	8,0
	Frauen	88.490	576.437	11,02	71,8	6,5
	insgesamt	103.882	700.036	10,70	72,1	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.107	35.472	1,26	21,1	16,8
	Frauen	9.743	119.993	1,21	14,9	12,3
	insgesamt	11.850	155.465	1,22	16,0	13,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	31.902	631.616	19,01	376,4	19,8
	Frauen	143.109	3.310.426	17,82	412,2	23,1
	insgesamt	175.011	3.942.042	18,02	406,0	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.765	25.577	1,05	15,2	14,5
	Frauen	28.708	323.522	3,57	40,3	11,3
	insgesamt	30.473	349.099	3,14	36,0	11,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	9.854	137.136	1,23	17,1	13,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6.719	85.505	4,00	51,0	12,7
	Frauen	47.202	524.432	5,88	65,3	11,1
	insgesamt	53.921	609.937	5,55	62,8	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.449	283.398	7,42	168,9	22,8
	Frauen	55.589	1.225.782	6,92	152,6	22,1
	insgesamt	68.038	1.509.180	7,01	155,4	22,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.773	43.121	1,06	25,7	24,3
	Frauen	15.548	344.675	1,94	42,9	22,2
	insgesamt	17.321	387.796	1,78	39,9	22,4
Zusammen	Männer	140.339	2.151.507	83,62	1.282,0	15,3
	Frauen	862.786	12.595.328	107,43	1.568,3	14,6
	insgesamt	1.003.125	14.746.835	103,31	1.518,8	14,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.920	93.421	2,34	55,7	23,8
	Frauen	14.719	316.561	1,83	39,4	21,5
	insgesamt	18.639	409.982	1,92	42,2	22,0

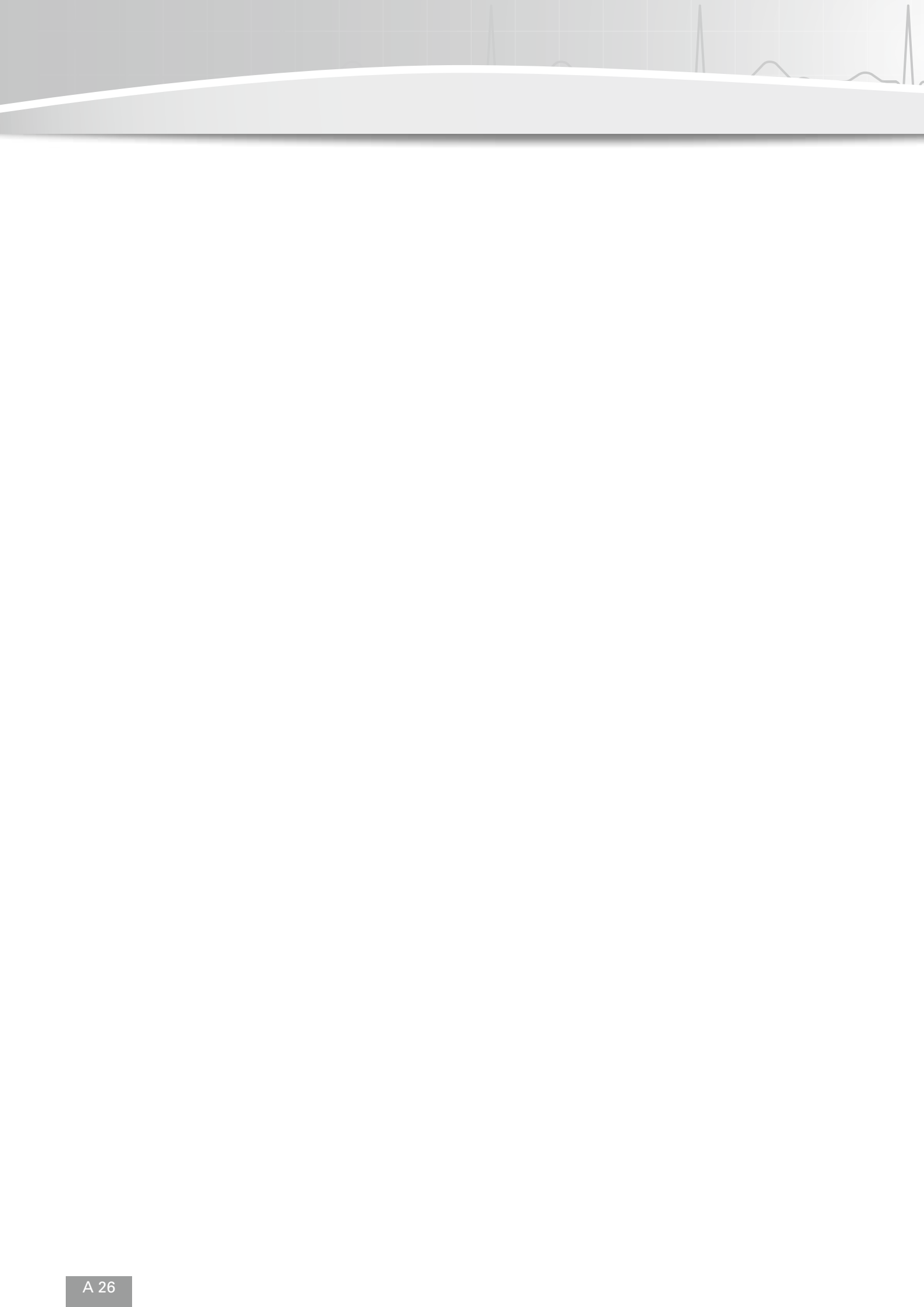
Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.978	28.301	3,92	37,3	9,5
	Frauen	3.236	28.714	4,62	41,0	8,9
	insgesamt	6.214	57.015	4,26	39,1	9,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	837	74.058	1,10	97,6	88,5
	Frauen	927	79.516	1,32	113,5	85,8
	insgesamt	1.764	153.574	1,21	105,2	87,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	362	19.937	0,48	26,3	55,1
	Frauen	327	14.265	0,47	20,4	43,6
	insgesamt	689	34.202	0,47	23,4	49,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.586	559.544	7,36	737,2	100,2
	Frauen	7.201	655.567	10,27	935,4	91,0
	insgesamt	12.787	1.215.111	8,76	832,4	95,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.227	66.019	1,62	87,0	53,8
	Frauen	1.592	51.475	2,27	73,5	32,3
	insgesamt	2.819	117.494	1,93	80,5	41,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	372	12.069	0,49	15,9	32,4
	Frauen	348	8.721	0,50	12,4	25,1
	insgesamt	720	20.790	0,49	14,2	28,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	412	13.027	0,54	17,2	31,6
	Frauen	500	13.174	0,71	18,8	26,4
	insgesamt	912	26.201	0,62	18,0	28,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.180	131.592	2,87	173,4	60,4
	Frauen	1.413	47.793	2,02	68,2	33,8
	insgesamt	3.593	179.385	2,46	122,9	49,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.740	96.780	10,20	127,5	12,5
	Frauen	9.216	94.377	13,15	134,7	10,2
	insgesamt	16.956	191.157	11,61	130,9	11,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.948	80.604	5,20	106,2	20,4
	Frauen	3.791	56.554	5,41	80,7	14,9
	insgesamt	7.739	137.158	5,30	94,0	17,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	701	22.326	0,92	29,4	31,9
	Frauen	506	13.785	0,72	19,7	27,2
	insgesamt	1.207	36.111	0,83	24,7	29,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.624	682.564	16,63	899,3	54,1
	Frauen	10.291	506.280	14,68	722,4	49,2
	insgesamt	22.915	1.188.844	15,70	814,4	51,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	556	18.568	0,73	24,5	33,4
	Frauen	1.404	29.466	2,00	42,0	21,0
	insgesamt	1.960	48.034	1,34	32,9	24,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	736	16.449	1,05	23,5	22,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.207	61.385	2,91	80,9	27,8
	Frauen	2.699	62.613	3,85	89,3	23,2
	insgesamt	4.906	123.998	3,36	84,9	25,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.049	190.179	5,33	250,6	47,0
	Frauen	2.860	116.265	4,08	165,9	40,7
	insgesamt	6.909	306.444	4,73	209,9	44,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	523	29.376	0,69	38,7	56,2
	Frauen	1.035	44.532	1,48	63,5	43,0
	insgesamt	1.558	73.908	1,07	50,6	47,4
Zusammen	Männer	46.436	2.096.850	61,18	2.762,5	45,2
	Frauen	48.262	1.849.907	68,86	2.639,6	38,3
	insgesamt	94.698	3.946.757	64,87	2.703,5	41,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	606	26.921	0,80	35,5	44,4
	Frauen	313	8.914	0,45	12,7	28,5
	insgesamt	919	35.835	0,63	24,6	39,0

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	30.413	164.631	4,16	22,5	5,4
	Frauen	5.763	32.450	2,24	12,6	5,6
	insgesamt	36.176	197.081	3,66	19,9	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	7.099	184.203	0,97	25,2	26,0
	Frauen	1.578	50.080	0,61	19,5	31,7
	insgesamt	8.677	234.283	0,88	23,7	27,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.683	23.618	0,23	3,2	14,0
	Frauen	380	5.748	0,15	2,2	15,1
	insgesamt	2.063	29.366	0,21	3,0	14,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.178	432.225	1,66	59,1	35,5
	Frauen	4.266	132.245	1,66	51,4	31,0
	insgesamt	16.444	564.470	1,66	57,1	34,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.377	78.408	0,73	10,7	14,6
	Frauen	1.848	18.616	0,72	7,2	10,1
	insgesamt	7.225	97.024	0,73	9,8	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.608	35.591	0,63	4,9	7,7
	Frauen	891	4.704	0,35	1,8	5,3
	insgesamt	5.499	40.295	0,56	4,1	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.530	49.423	0,76	6,8	8,9
	Frauen	1.003	8.846	0,39	3,4	8,8
	insgesamt	6.533	58.269	0,66	5,9	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	12.236	242.503	1,67	33,1	19,8
	Frauen	1.704	24.336	0,66	9,5	14,3
	insgesamt	13.940	266.839	1,41	27,0	19,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	104.286	618.828	14,25	84,6	5,9
	Frauen	22.597	139.954	8,78	54,4	6,2
	insgesamt	126.883	758.782	12,83	76,7	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	40.930	236.933	5,59	32,4	5,8
	Frauen	7.817	40.071	3,04	15,6	5,1
	insgesamt	48.747	277.004	4,93	28,0	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.198	41.796	0,57	5,7	10,0
	Frauen	636	4.912	0,25	1,9	7,7
	insgesamt	4.834	46.708	0,49	4,7	9,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	53.283	790.495	7,28	108,0	14,8
	Frauen	8.041	130.117	3,12	50,6	16,2
	insgesamt	61.324	920.612	6,20	93,1	15,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5.339	51.453	0,73	7,0	9,6
	Frauen	2.544	21.930	0,99	8,5	8,6
	insgesamt	7.883	73.383	0,80	7,4	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.553	16.107	0,60	6,3	10,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15.539	140.837	2,12	19,2	9,1
	Frauen	4.038	36.623	1,57	14,2	9,1
	insgesamt	19.577	177.460	1,98	17,9	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	23.235	434.953	3,17	59,4	18,7
	Frauen	3.786	72.715	1,47	28,3	19,2
	insgesamt	27.021	507.668	2,73	51,3	18,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	4.832	88.483	0,66	12,1	18,3
	Frauen	1.665	28.698	0,65	11,2	17,2
	insgesamt	6.497	117.181	0,66	11,9	18,0
Zusammen	Männer	331.393	3.627.628	45,28	495,7	11,0
	Frauen	70.320	771.740	27,33	299,9	11,0
	insgesamt	401.713	4.399.368	40,61	444,7	11,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.892	84.052	0,53	11,5	21,6
	Frauen	761	15.388	0,30	6,0	20,2
	insgesamt	4.653	99.440	0,47	10,1	21,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	30.215	163.686	5,17	28,0	5,4
	Frauen	5.518	31.144	3,99	22,5	5,6
	insgesamt	35.733	194.830	4,94	26,9	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	7.052	180.956	1,21	30,9	25,7
	Frauen	1.530	48.530	1,11	35,1	31,7
	insgesamt	8.582	229.486	1,19	31,7	26,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.674	23.290	0,29	4,0	13,9
	Frauen	365	5.530	0,26	4,0	15,2
	insgesamt	2.039	28.820	0,28	4,0	14,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.021	427.254	2,06	73,0	35,5
	Frauen	4.041	125.282	2,92	90,6	31,0
	insgesamt	16.062	552.536	2,22	76,4	34,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.326	77.531	0,91	13,3	14,6
	Frauen	1.761	17.394	1,27	12,6	9,9
	insgesamt	7.087	94.925	0,98	13,1	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.585	35.376	0,78	6,1	7,7
	Frauen	870	4.576	0,63	3,3	5,3
	insgesamt	5.455	39.952	0,75	5,5	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.506	49.283	0,94	8,4	9,0
	Frauen	960	8.252	0,69	6,0	8,6
	insgesamt	6.466	57.535	0,89	8,0	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	12.130	238.454	2,07	40,8	19,7
	Frauen	1.634	23.532	1,18	17,0	14,4
	insgesamt	13.764	261.986	1,90	36,2	19,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	103.721	615.426	17,73	105,2	5,9
	Frauen	21.767	134.318	15,74	97,1	6,2
	insgesamt	125.488	749.744	17,35	103,7	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	40.674	234.540	6,95	40,1	5,8
	Frauen	7.561	38.267	5,47	27,7	5,1
	insgesamt	48.235	272.807	6,67	37,7	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.161	41.419	0,71	7,1	10,0
	Frauen	603	4.500	0,44	3,3	7,5
	insgesamt	4.764	45.919	0,66	6,4	9,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	52.880	781.583	9,04	133,6	14,8
	Frauen	7.620	122.843	5,51	88,8	16,1
	insgesamt	60.500	904.426	8,37	125,1	15,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5.305	51.132	0,91	8,7	9,6
	Frauen	2.470	21.239	1,79	15,4	8,6
	insgesamt	7.775	72.371	1,08	10,0	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.515	15.678	1,10	11,3	10,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15.411	139.431	2,63	23,8	9,1
	Frauen	3.875	34.621	2,80	25,0	8,9
	insgesamt	19.286	174.052	2,67	24,1	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	22.861	424.460	3,91	72,6	18,6
	Frauen	3.537	67.162	2,56	48,6	19,0
	insgesamt	26.398	491.622	3,65	68,0	18,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	4.802	87.516	0,82	15,0	18,2
	Frauen	1.628	28.315	1,18	20,5	17,4
	insgesamt	6.430	115.831	0,89	16,0	18,0
Zusammen	Männer	328.944	3.584.504	56,23	612,8	10,9
	Frauen	67.457	734.691	48,78	531,3	10,9
	insgesamt	396.401	4.319.195	54,81	597,2	10,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.730	77.602	0,64	13,3	20,8
	Frauen	671	12.220	0,49	8,8	18,2
	insgesamt	4.401	89.822	0,61	12,4	20,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	331.248	1.910.676	9,93	57,3	5,8
	Frauen	272.029	1.555.137	10,38	59,3	5,7
	insgesamt	603.277	3.465.813	10,13	58,2	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	45.402	1.419.508	1,36	42,6	31,3
	Frauen	45.050	1.872.062	1,72	71,4	41,6
	insgesamt	90.452	3.291.570	1,52	55,3	36,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16.481	321.274	0,49	9,6	19,5
	Frauen	14.219	260.169	0,54	9,9	18,3
	insgesamt	30.700	581.443	0,52	9,8	18,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	130.082	5.192.309	3,90	155,7	39,9
	Frauen	177.632	6.864.283	6,77	261,8	38,6
	insgesamt	307.714	12.056.592	5,16	202,4	39,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	58.525	1.088.193	1,75	32,6	18,6
	Frauen	78.667	1.109.489	3,00	42,3	14,1
	insgesamt	137.192	2.197.682	2,30	36,9	16,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	40.000	331.944	1,20	10,0	8,3
	Frauen	29.096	222.136	1,11	8,5	7,6
	insgesamt	69.096	554.080	1,16	9,3	8,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	42.699	426.185	1,28	12,8	10,0
	Frauen	37.284	366.225	1,42	14,0	9,8
	insgesamt	79.983	792.410	1,34	13,3	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	104.505	2.617.922	3,13	78,5	25,1
	Frauen	70.844	1.178.731	2,70	45,0	16,6
	insgesamt	175.349	3.796.653	2,94	63,7	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	939.886	6.346.509	28,18	190,3	6,8
	Frauen	871.588	5.722.104	33,24	218,2	6,6
	insgesamt	1.811.474	12.068.613	30,41	202,6	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	403.446	2.745.905	12,09	82,3	6,8
	Frauen	315.296	1.864.082	12,03	71,1	5,9
	insgesamt	718.742	4.609.987	12,06	77,4	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	54.048	739.938	1,62	22,2	13,7
	Frauen	32.894	374.905	1,25	14,3	11,4
	insgesamt	86.942	1.114.843	1,46	18,7	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	694.635	13.586.003	20,82	407,3	19,6
	Frauen	411.753	8.862.521	15,70	338,0	21,5
	insgesamt	1.106.388	22.448.524	18,57	376,8	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	40.016	502.070	1,20	15,1	12,6
	Frauen	102.144	993.601	3,90	37,9	9,7
	insgesamt	142.160	1.495.671	2,39	25,1	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	48.239	622.326	1,84	23,7	12,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	160.658	1.685.247	4,82	50,5	10,5
	Frauen	172.991	1.695.972	6,60	64,7	9,8
	insgesamt	333.649	3.381.219	5,60	56,8	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	359.544	7.334.864	10,78	219,9	20,4
	Frauen	175.252	3.546.678	6,68	135,3	20,2
	insgesamt	534.796	10.881.542	8,98	182,7	20,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	37.842	822.523	1,13	24,7	21,7
	Frauen	53.876	1.114.501	2,05	42,5	20,7
	insgesamt	91.718	1.937.024	1,54	32,5	21,1
Zusammen	Männer	3.465.576	47.225.980	103,89	1.415,7	13,6
	Frauen	2.916.607	38.405.775	111,24	1.464,8	13,2
	insgesamt	6.382.183	85.631.755	107,12	1.437,3	13,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	122.499	2.668.526	3,67	80,0	21,8
	Frauen	47.168	958.275	1,80	36,6	20,3
	insgesamt	169.667	3.626.801	2,85	60,9	21,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	327.259	1.876.892	10,55	60,5	5,7
	Frauen	267.970	1.521.790	11,06	62,8	5,7
	insgesamt	595.229	3.398.682	10,77	61,5	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	44.462	1.340.261	1,43	43,2	30,1
	Frauen	44.029	1.789.420	1,82	73,9	40,6
	insgesamt	88.491	3.129.681	1,60	56,7	35,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16.068	299.843	0,52	9,7	18,7
	Frauen	13.836	245.283	0,57	10,1	17,7
	insgesamt	29.904	545.126	0,54	9,9	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	123.449	4.592.996	3,98	148,1	37,2
	Frauen	169.244	6.167.349	6,99	254,6	36,4
	insgesamt	292.693	10.760.345	5,30	194,8	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	56.939	1.014.533	1,84	32,7	17,8
	Frauen	76.637	1.053.319	3,16	43,5	13,7
	insgesamt	133.576	2.067.852	2,42	37,4	15,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	39.543	319.006	1,27	10,3	8,1
	Frauen	28.685	213.068	1,18	8,8	7,4
	insgesamt	68.228	532.074	1,24	9,6	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	42.170	412.331	1,36	13,3	9,8
	Frauen	36.669	351.611	1,51	14,5	9,6
	insgesamt	78.839	763.942	1,43	13,8	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	102.012	2.477.358	3,29	79,9	24,3
	Frauen	69.199	1.127.803	2,86	46,6	16,3
	insgesamt	171.211	3.605.161	3,10	65,3	21,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	929.689	6.231.638	29,98	200,9	6,7
	Frauen	860.008	5.610.279	35,50	231,6	6,5
	insgesamt	1.789.697	11.841.917	32,40	214,4	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	398.386	2.657.055	12,84	85,7	6,7
	Frauen	310.596	1.800.346	12,82	74,3	5,8
	insgesamt	708.982	4.457.401	12,83	80,7	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	53.187	715.803	1,71	23,1	13,5
	Frauen	32.280	359.589	1,33	14,8	11,1
	insgesamt	85.467	1.075.392	1,55	19,5	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	679.836	12.855.515	21,92	414,5	18,9
	Frauen	399.885	8.325.534	16,51	343,7	20,8
	insgesamt	1.079.721	21.181.049	19,55	383,4	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	39.363	482.476	1,27	15,6	12,3
	Frauen	100.444	961.918	4,15	39,7	9,6
	insgesamt	139.807	1.444.394	2,53	26,2	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	47.419	604.614	1,96	25,0	12,8
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	157.813	1.617.943	5,09	52,2	10,3
	Frauen	169.694	1.627.033	7,00	67,2	9,6
	insgesamt	327.507	3.244.976	5,93	58,7	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	354.668	7.124.515	11,44	229,7	20,1
	Frauen	171.843	3.417.952	7,09	141,1	19,9
	insgesamt	526.511	10.542.467	9,53	190,8	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	37.205	789.749	1,20	25,5	21,2
	Frauen	52.729	1.067.732	2,18	44,1	20,3
	insgesamt	89.934	1.857.481	1,63	33,6	20,7
Zusammen	Männer	3.408.454	44.951.294	109,90	1.449,3	13,2
	Frauen	2.858.704	36.414.461	118,00	1.503,1	12,7
	insgesamt	6.267.158	81.365.755	113,45	1.472,9	13,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	121.603	2.630.195	3,92	84,8	21,6
	Frauen	46.690	944.182	1,93	39,0	20,2
	insgesamt	168.293	3.574.377	3,05	64,7	21,2



Krankengeldleistungen der beschäftigten Pflichtmitglieder

3

Beschäftigte Pflichtmitglieder

Seite

A 28

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.775	160.323	0,11	6,4	57,8
	Frauen	2.353	127.196	0,10	5,6	54,1
	insgesamt	5.128	287.519	0,11	6,0	56,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.940	692.325	0,20	27,5	140,2
	Frauen	7.575	1.041.165	0,33	45,6	137,5
	insgesamt	12.515	1.733.490	0,26	36,1	138,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.150	104.606	0,05	4,2	91,0
	Frauen	919	67.402	0,04	3,0	73,3
	insgesamt	2.069	172.008	0,04	3,6	83,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	18.620	2.092.914	0,74	83,2	112,4
	Frauen	25.559	3.103.846	1,12	135,9	121,4
	insgesamt	44.179	5.196.760	0,92	108,2	117,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.009	358.351	0,16	14,2	89,4
	Frauen	4.299	348.104	0,19	15,2	81,0
	insgesamt	8.308	706.455	0,17	14,7	85,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	956	71.909	0,04	2,9	75,2
	Frauen	634	46.137	0,03	2,0	72,8
	insgesamt	1.590	118.046	0,03	2,5	74,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	894	69.822	0,04	2,8	78,1
	Frauen	798	64.308	0,03	2,8	80,6
	insgesamt	1.692	134.130	0,04	2,8	79,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9.629	994.977	0,38	39,5	103,3
	Frauen	3.576	372.692	0,16	16,3	104,2
	insgesamt	13.205	1.367.669	0,28	28,5	103,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.425	389.245	0,26	15,5	60,6
	Frauen	5.856	318.946	0,26	14,0	54,5
	insgesamt	12.281	708.191	0,26	14,8	57,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.841	427.040	0,31	17,0	54,5
	Frauen	4.406	282.676	0,19	12,4	64,2
	insgesamt	12.247	709.716	0,26	14,8	58,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.805	156.335	0,11	6,2	55,7
	Frauen	1.186	80.679	0,05	3,5	68,0
	insgesamt	3.991	237.014	0,08	4,9	59,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	53.216	4.127.802	2,11	164,0	77,6
	Frauen	36.677	3.104.691	1,61	135,9	84,7
	insgesamt	89.893	7.232.493	1,87	150,7	80,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.562	102.835	0,06	4,1	65,8
	Frauen	3.615	184.880	0,16	8,1	51,1
	insgesamt	5.177	287.715	0,11	6,0	55,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.973	57.769	0,09	2,5	29,3
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.470	422.603	0,18	16,8	94,5
	Frauen	4.579	397.026	0,20	17,4	86,7
	insgesamt	9.049	819.629	0,19	17,1	90,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	35.228	2.118.681	1,40	84,2	60,1
	Frauen	17.975	1.067.071	0,79	46,7	59,4
	insgesamt	53.203	3.185.752	1,11	66,4	59,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.289	266.610	0,13	10,6	81,1
	Frauen	5.008	340.332	0,22	14,9	68,0
	insgesamt	8.297	606.942	0,17	12,6	73,2
Zusammen	Männer	158.421	12.612.705	6,30	501,2	79,6
	Frauen	127.754	11.074.716	5,59	484,8	86,7
	insgesamt	286.175	23.687.421	5,96	493,4	82,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.867	1.364.502	0,51	54,2	106,1
	Frauen	4.941	467.430	0,22	20,5	94,6
	insgesamt	17.808	1.831.932	0,37	38,2	102,9

Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen

4

	Seite
<u>Verarbeitendes Gewerbe</u>	
Nahrung, Genuss	A 30
Textil, Bekleidung, Leder	A 31
Holz, Papier, Druck	A 32
Chemie	A 33
Glas, Keramik, Steine/Erden	A 34
Metallerzeugung	A 35
Metallverarbeitung	A 36
Möbel und sonstige Erzeugnisse	A 37
<u>Energie- und Wasserversorgung</u>	A 38
<u>Baugewerbe</u>	A 39

	Seite
<u>Dienstleistungsbereich</u>	
Handel	A 40
Großhandel	A 41
Einzelhandel	A 42
Gastgewerbe	A 43
Verkehr	A 44
Landverkehr	A 45
Postdienste	A 46
Telekommunikation	A 47
Kredit und Versicherungsgewerbe	A 48
Verlage und Medien	A 49
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	A 50
Dienstleistungen	A 51
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	A 52
Erziehung und Unterricht	A 53
Gesundheits und Sozialwesen	A 54
Abfallbeseitigung und Recycling	A 55
Kultur, Sport und Unterhaltung	A 56

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.114	29.887	10,90	63,7	5,8
	Frauen	4.692	27.617	10,30	60,6	5,9
	insgesamt	9.806	57.504	10,60	62,2	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	612	21.156	1,30	45,1	34,6
	Frauen	770	38.520	1,69	84,5	50,0
	insgesamt	1.382	59.676	1,49	64,5	43,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	181	3.832	0,39	8,2	21,2
	Frauen	271	6.533	0,59	14,3	24,1
	insgesamt	452	10.365	0,49	11,2	22,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.688	66.013	3,60	140,7	39,1
	Frauen	2.661	107.084	5,84	235,0	40,2
	insgesamt	4.349	173.097	4,70	187,1	39,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	851	20.687	1,81	44,1	24,3
	Frauen	1.325	24.828	2,91	54,5	18,7
	insgesamt	2.176	45.515	2,35	49,2	20,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	539	3.687	1,15	7,9	6,8
	Frauen	455	3.528	1,00	7,7	7,8
	insgesamt	994	7.215	1,07	7,8	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	513	6.396	1,09	13,6	12,5
	Frauen	547	6.206	1,20	13,6	11,4
	insgesamt	1.060	12.602	1,15	13,6	11,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.526	42.379	3,25	90,3	27,8
	Frauen	1.413	27.274	3,10	59,9	19,3
	insgesamt	2.939	69.653	3,18	75,3	23,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.596	93.084	26,84	198,4	7,4
	Frauen	12.512	92.063	27,45	202,0	7,4
	insgesamt	25.108	185.147	27,14	200,2	7,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.129	46.266	13,06	98,6	7,6
	Frauen	5.969	36.215	13,10	79,5	6,1
	insgesamt	12.098	82.481	13,08	89,2	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	905	14.144	1,93	30,1	15,6
	Frauen	701	7.985	1,54	17,5	11,4
	insgesamt	1.606	22.129	1,74	23,9	13,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.537	257.594	24,59	548,9	22,3
	Frauen	8.583	218.085	18,83	478,5	25,4
	insgesamt	20.120	475.679	21,75	514,3	23,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	556	8.232	1,18	17,5	14,8
	Frauen	1.750	20.552	3,84	45,1	11,7
	insgesamt	2.306	28.784	2,49	31,1	12,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	795	10.918	1,74	24,0	13,7
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.265	23.726	4,83	50,6	10,5
	Frauen	2.907	28.179	6,38	61,8	9,7
	insgesamt	5.172	51.905	5,59	56,1	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.714	137.114	14,31	292,2	20,4
	Frauen	4.134	89.153	9,07	195,6	21,6
	insgesamt	10.848	226.267	11,73	244,6	20,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	461	11.487	0,98	24,5	24,9
	Frauen	918	19.583	2,01	43,0	21,3
	insgesamt	1.379	31.070	1,49	33,6	22,5
Zusammen	Männer	52.297	789.616	111,45	1.682,7	15,1
	Frauen	50.570	767.964	110,96	1.685,1	15,2
	insgesamt	102.867	1.557.580	111,21	1.683,9	15,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.779	61.395	5,92	130,8	22,1
	Frauen	1.552	31.111	3,41	68,3	20,1
	insgesamt	4.331	92.506	4,68	100,0	21,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	939	5.208	10,54	58,5	5,6
	Frauen	1.094	5.829	9,89	52,7	5,3
	insgesamt	2.033	11.037	10,18	55,3	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	161	2.969	1,81	33,3	18,4
	Frauen	248	9.052	2,24	81,9	36,5
	insgesamt	409	12.021	2,05	60,2	29,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	47	1.225	0,53	13,8	26,1
	Frauen	70	742	0,63	6,7	10,6
	insgesamt	117	1.967	0,59	9,9	16,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	320	16.637	3,59	186,8	52,0
	Frauen	633	22.617	5,72	204,5	35,7
	insgesamt	953	39.254	4,77	196,6	41,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	139	4.040	1,56	45,4	29,1
	Frauen	340	5.216	3,07	47,2	15,3
	insgesamt	479	9.256	2,40	46,4	19,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	108	550	1,21	6,2	5,1
	Frauen	127	806	1,15	7,3	6,4
	insgesamt	235	1.356	1,18	6,8	5,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	105	980	1,18	11,0	9,3
	Frauen	159	1.053	1,44	9,5	6,6
	insgesamt	264	2.033	1,32	10,2	7,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	291	6.778	3,27	76,1	23,3
	Frauen	302	3.097	2,73	28,0	10,3
	insgesamt	593	9.875	2,97	49,5	16,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	2.521	16.799	28,31	188,6	6,7
	Frauen	3.451	20.633	31,20	186,6	6,0
	insgesamt	5.972	37.432	29,91	187,5	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.271	10.552	14,27	118,5	8,3
	Frauen	1.461	7.649	13,21	69,2	5,2
	insgesamt	2.732	18.201	13,68	91,2	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	156	2.044	1,75	23,0	13,1
	Frauen	152	1.415	1,37	12,8	9,3
	insgesamt	308	3.459	1,54	17,3	11,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.298	44.698	25,80	501,9	19,5
	Frauen	2.060	42.511	18,63	384,4	20,6
	insgesamt	4.358	87.209	21,83	436,8	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	135	1.660	1,52	18,6	12,3
	Frauen	436	3.455	3,94	31,2	7,9
	insgesamt	571	5.115	2,86	25,6	9,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	141	2.064	1,27	18,7	14,6
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	526	4.882	5,91	54,8	9,3
	Frauen	709	5.766	6,41	52,1	8,1
	insgesamt	1.235	10.648	6,19	53,3	8,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.117	20.840	12,54	234,0	18,7
	Frauen	731	13.480	6,61	121,9	18,4
	insgesamt	1.848	34.320	9,26	171,9	18,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	137	1.728	1,54	19,4	12,6
	Frauen	219	3.306	1,98	29,9	15,1
	insgesamt	356	5.034	1,78	25,2	14,1
Zusammen	Männer	10.293	142.409	115,58	1.599,2	13,8
	Frauen	12.360	149.026	111,76	1.347,5	12,1
	insgesamt	22.653	291.435	113,47	1.459,8	12,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	376	8.100	4,22	91,0	21,5
	Frauen	176	2.662	1,59	24,1	15,1
	insgesamt	552	10.762	2,76	53,9	19,5

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.682	30.408	11,37	60,8	5,4
	Frauen	1.852	8.788	10,32	49,0	4,8
	insgesamt	7.534	39.196	11,09	57,7	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	787	24.266	1,57	48,6	30,8
	Frauen	382	14.300	2,13	79,7	37,4
	insgesamt	1.169	38.566	1,72	56,8	33,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	315	5.682	0,63	11,4	18,0
	Frauen	107	1.470	0,60	8,2	13,7
	insgesamt	422	7.152	0,62	10,5	17,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.028	79.600	4,06	159,2	39,3
	Frauen	1.147	38.959	6,39	217,1	34,0
	insgesamt	3.175	118.559	4,67	174,5	37,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.025	17.111	2,05	34,2	16,7
	Frauen	618	10.777	3,44	60,1	17,4
	insgesamt	1.643	27.888	2,42	41,1	17,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	632	4.896	1,26	9,8	7,8
	Frauen	232	1.197	1,29	6,7	5,2
	insgesamt	864	6.093	1,27	9,0	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	631	5.531	1,26	11,1	8,8
	Frauen	287	2.176	1,60	12,1	7,6
	insgesamt	918	7.707	1,35	11,4	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.861	42.712	3,72	85,5	23,0
	Frauen	530	10.194	2,95	56,8	19,2
	insgesamt	2.391	52.906	3,52	77,9	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.449	101.735	30,91	203,5	6,6
	Frauen	5.958	38.126	33,20	212,5	6,4
	insgesamt	21.407	139.861	31,51	205,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.030	51.985	14,06	104,0	7,4
	Frauen	2.464	14.140	13,73	78,8	5,7
	insgesamt	9.494	66.125	13,98	97,3	7,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	971	12.612	1,94	25,2	13,0
	Frauen	250	2.480	1,39	13,8	9,9
	insgesamt	1.221	15.092	1,80	22,2	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.280	270.104	28,57	540,4	18,9
	Frauen	3.357	65.783	18,71	366,6	19,6
	insgesamt	17.637	335.887	25,96	494,5	19,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	667	9.345	1,33	18,7	14,0
	Frauen	709	6.754	3,95	37,6	9,5
	insgesamt	1.376	16.099	2,03	23,7	11,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	257	3.348	1,43	18,7	13,0
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.799	30.083	5,60	60,2	10,8
	Frauen	1.264	11.646	7,04	64,9	9,2
	insgesamt	4.063	41.729	5,98	61,4	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.999	142.372	14,00	284,8	20,3
	Frauen	1.299	25.782	7,24	143,7	19,9
	insgesamt	8.298	168.154	12,22	247,5	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	638	12.784	1,28	25,6	20,0
	Frauen	346	5.773	1,93	32,2	16,7
	insgesamt	984	18.557	1,45	27,3	18,9
Zusammen	Männer	61.910	844.122	123,85	1.688,7	13,6
	Frauen	21.124	262.623	117,71	1.463,5	12,4
	insgesamt	83.034	1.106.745	122,23	1.629,2	13,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.665	55.700	5,33	111,4	20,9
	Frauen	361	6.591	2,01	36,7	18,3
	insgesamt	3.026	62.291	4,45	91,7	20,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	15.317	87.312	12,37	70,5	5,7
	Frauen	6.138	35.722	11,84	68,9	5,8
	insgesamt	21.455	123.034	12,21	70,0	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.137	61.823	1,73	49,9	28,9
	Frauen	1.106	41.217	2,13	79,5	37,3
	insgesamt	3.243	103.040	1,85	58,7	31,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	743	12.139	0,60	9,8	16,3
	Frauen	335	5.085	0,65	9,8	15,2
	insgesamt	1.078	17.224	0,61	9,8	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.421	188.153	4,38	151,9	34,7
	Frauen	3.528	120.934	6,81	233,3	34,3
	insgesamt	8.949	309.087	5,09	175,9	34,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.839	49.517	2,29	40,0	17,4
	Frauen	2.092	26.228	4,04	50,6	12,5
	insgesamt	4.931	75.745	2,81	43,1	15,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.769	14.062	1,43	11,4	8,0
	Frauen	709	5.455	1,37	10,5	7,7
	insgesamt	2.478	19.517	1,41	11,1	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.932	17.178	1,56	13,9	8,9
	Frauen	813	8.365	1,57	16,1	10,3
	insgesamt	2.745	25.543	1,56	14,5	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.912	112.265	3,97	90,6	22,9
	Frauen	1.715	25.482	3,31	49,2	14,9
	insgesamt	6.627	137.747	3,77	78,4	20,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	43.731	313.115	35,31	252,8	7,2
	Frauen	19.710	125.809	38,03	242,8	6,4
	insgesamt	63.441	438.924	36,11	249,8	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18.587	128.225	15,01	103,5	6,9
	Frauen	7.528	38.924	14,53	75,1	5,2
	insgesamt	26.115	167.149	14,86	95,1	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.798	36.857	2,26	29,8	13,2
	Frauen	745	7.563	1,44	14,6	10,2
	insgesamt	3.543	44.420	2,02	25,3	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	36.008	640.579	29,07	517,2	17,8
	Frauen	10.457	186.198	20,18	359,3	17,8
	insgesamt	46.465	826.777	26,45	470,6	17,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.806	23.489	1,46	19,0	13,0
	Frauen	2.342	19.718	4,52	38,1	8,4
	insgesamt	4.148	43.207	2,36	24,6	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	976	11.307	1,88	21,8	11,6
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	7.651	82.573	6,18	66,7	10,8
	Frauen	4.106	37.716	7,92	72,8	9,2
	insgesamt	11.757	120.289	6,69	68,5	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	14.831	282.612	11,97	228,2	19,1
	Frauen	3.776	70.963	7,29	136,9	18,8
	insgesamt	18.607	353.575	10,59	201,3	19,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.464	31.444	1,18	25,4	21,5
	Frauen	1.060	20.085	2,05	38,8	19,0
	insgesamt	2.524	51.529	1,44	29,3	20,4
Zusammen	Männer	162.236	2.088.664	130,99	1.686,4	12,9
	Frauen	67.297	789.996	129,85	1.524,3	11,7
	insgesamt	229.533	2.878.660	130,65	1.638,6	12,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.668	78.780	2,96	63,6	21,5
	Frauen	808	14.129	1,56	27,3	17,5
	insgesamt	4.476	92.909	2,55	52,9	20,8

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.705	16.665	9,89	60,9	6,2
	Frauen	824	4.845	10,49	61,7	5,9
	insgesamt	3.529	21.510	10,02	61,1	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	499	17.906	1,82	65,5	35,9
	Frauen	164	5.617	2,09	71,5	34,3
	insgesamt	663	23.523	1,88	66,8	35,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	157	3.085	0,57	11,3	19,7
	Frauen	50	592	0,64	7,5	11,8
	insgesamt	207	3.677	0,59	10,4	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	893	39.586	3,27	144,7	44,3
	Frauen	428	13.866	5,45	176,6	32,4
	insgesamt	1.321	53.452	3,75	151,8	40,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	518	13.336	1,89	48,8	25,8
	Frauen	306	4.433	3,90	56,5	14,5
	insgesamt	824	17.769	2,34	50,5	21,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	392	2.798	1,43	10,2	7,1
	Frauen	112	832	1,43	10,6	7,4
	insgesamt	504	3.630	1,43	10,3	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	414	3.320	1,51	12,1	8,0
	Frauen	113	954	1,44	12,2	8,4
	insgesamt	527	4.274	1,50	12,1	8,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.100	27.685	4,02	101,2	25,2
	Frauen	270	3.842	3,44	48,9	14,2
	insgesamt	1.370	31.527	3,89	89,6	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.902	58.440	28,89	213,7	7,4
	Frauen	2.569	15.522	32,71	197,6	6,0
	insgesamt	10.471	73.962	29,74	210,1	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.830	25.297	14,00	92,5	6,6
	Frauen	1.072	5.393	13,65	68,7	5,0
	insgesamt	4.902	30.690	13,92	87,2	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	530	8.343	1,94	30,5	15,7
	Frauen	116	2.232	1,48	28,4	19,2
	insgesamt	646	10.575	1,84	30,0	16,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.023	173.510	29,33	634,4	21,6
	Frauen	1.361	27.437	17,33	349,4	20,2
	insgesamt	9.384	200.947	26,66	570,8	21,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	413	6.072	1,51	22,2	14,7
	Frauen	305	3.003	3,88	38,2	9,9
	insgesamt	718	9.075	2,04	25,8	12,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	96	918	1,22	11,7	9,6
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.389	18.327	5,08	67,0	13,2
	Frauen	586	4.835	7,46	61,6	8,3
	insgesamt	1.975	23.162	5,61	65,8	11,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.806	78.451	13,92	286,8	20,6
	Frauen	539	9.318	6,86	118,7	17,3
	insgesamt	4.345	87.769	12,34	249,3	20,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	273	6.168	1,00	22,6	22,6
	Frauen	143	3.486	1,82	44,4	24,4
	insgesamt	416	9.654	1,18	27,4	23,2
Zusammen	Männer	32.918	500.303	120,36	1.829,3	15,2
	Frauen	9.076	107.293	115,56	1.366,2	11,8
	insgesamt	41.994	607.596	119,29	1.725,9	14,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.501	34.625	5,49	126,6	23,1
	Frauen	133	2.637	1,69	33,6	19,8
	insgesamt	1.634	37.262	4,64	105,9	22,8

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	18.034	103.989	11,42	65,8	5,8
	Frauen	3.160	17.869	10,14	57,3	5,7
	insgesamt	21.194	121.858	11,21	64,4	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.385	74.460	1,51	47,1	31,2
	Frauen	583	26.922	1,87	86,4	46,2
	insgesamt	2.968	101.382	1,57	53,6	34,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	929	16.836	0,59	10,7	18,1
	Frauen	183	3.175	0,59	10,2	17,4
	insgesamt	1.112	20.011	0,59	10,6	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.789	208.623	3,67	132,1	36,0
	Frauen	1.860	71.550	5,97	229,5	38,5
	insgesamt	7.649	280.173	4,04	148,1	36,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.300	62.104	2,09	39,3	18,8
	Frauen	1.051	13.675	3,37	43,9	13,0
	insgesamt	4.351	75.779	2,30	40,1	17,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.737	20.260	1,73	12,8	7,4
	Frauen	392	2.431	1,26	7,8	6,2
	insgesamt	3.129	22.691	1,65	12,0	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.246	21.289	1,42	13,5	9,5
	Frauen	409	3.074	1,31	9,9	7,5
	insgesamt	2.655	24.363	1,40	12,9	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.442	157.541	4,08	99,7	24,5
	Frauen	1.008	15.684	3,23	50,3	15,6
	insgesamt	7.450	173.225	3,94	91,6	23,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	51.365	370.118	32,52	234,3	7,2
	Frauen	10.203	63.128	32,73	202,5	6,2
	insgesamt	61.568	433.246	32,55	229,1	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	22.917	163.469	14,51	103,5	7,1
	Frauen	4.336	21.775	13,91	69,9	5,0
	insgesamt	27.253	185.244	14,41	98,0	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.416	48.922	2,16	31,0	14,3
	Frauen	473	5.485	1,52	17,6	11,6
	insgesamt	3.889	54.407	2,06	28,8	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	46.221	899.044	29,26	569,2	19,5
	Frauen	5.996	121.091	19,24	388,5	20,2
	insgesamt	52.217	1.020.135	27,61	539,4	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.177	30.210	1,38	19,1	13,9
	Frauen	1.238	11.896	3,97	38,2	9,6
	insgesamt	3.415	42.106	1,81	22,3	12,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	393	4.906	1,26	15,7	12,5
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.190	93.331	5,82	59,1	10,2
	Frauen	2.321	21.365	7,45	68,5	9,2
	insgesamt	11.511	114.696	6,09	60,7	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	24.861	488.930	15,74	309,6	19,7
	Frauen	2.212	41.438	7,10	132,9	18,7
	insgesamt	27.073	530.368	14,32	280,4	19,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.982	42.186	1,25	26,7	21,3
	Frauen	732	14.709	2,35	47,2	20,1
	insgesamt	2.714	56.895	1,44	30,1	21,0
Zusammen	Männer	204.357	2.811.815	129,38	1.780,2	13,8
	Frauen	36.646	462.651	117,56	1.484,2	12,6
	insgesamt	241.003	3.274.466	127,43	1.731,4	13,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.283	210.784	6,51	133,5	20,5
	Frauen	580	10.707	1,86	34,4	18,5
	insgesamt	10.863	221.491	5,74	117,1	20,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	61.921	353.096	11,95	68,2	5,7
	Frauen	17.356	91.828	12,27	64,9	5,3
	insgesamt	79.277	444.924	12,02	67,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	8.769	249.331	1,69	48,1	28,4
	Frauen	2.968	116.872	2,10	82,6	39,4
	insgesamt	11.737	366.203	1,78	55,5	31,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten Frauen (E00–E90)	Männer	3.115	54.956	0,60	10,6	17,6
	926 Frauen	17.319	0,65	12,2	18,7	
	insgesamt		4.041	72.275	0,61	11,0 17,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.580	699.763	4,17	135,1	32,4
	Frauen	10.344	313.692	7,31	221,7	30,3
	insgesamt	31.924	1.013.455	4,84	153,7	31,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	11.492	191.860	2,22	37,0	16,7
	Frauen	5.777	78.545	4,08	55,5	13,6
	insgesamt	17.269	270.405	2,62	41,0	15,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.834	58.922	1,51	11,4	7,5
	Frauen	2.083	13.280	1,47	9,4	6,4
	insgesamt	9.917	72.202	1,50	11,0	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.974	78.455	1,54	15,1	9,8
	Frauen	2.483	22.073	1,75	15,6	8,9
	insgesamt	10.457	100.528	1,59	15,2	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	20.826	456.708	4,02	88,2	21,9
	Frauen	5.266	80.915	3,72	57,2	15,4
	insgesamt	26.092	537.623	3,96	81,5	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	179.488	1.195.733	34,64	230,8	6,7
	Frauen	56.019	359.693	39,59	254,2	6,4
	insgesamt	235.507	1.555.426	35,71	235,8	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	78.912	510.874	15,23	98,6	6,5
	Frauen	22.098	118.474	15,62	83,7	5,4
	insgesamt	101.010	629.348	15,31	95,4	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	11.244	146.690	2,17	28,3	13,1
	Frauen	2.393	25.945	1,69	18,3	10,8
	insgesamt	13.637	172.635	2,07	26,2	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	146.178	2.625.522	28,22	506,8	18,0
	Frauen	32.671	626.689	23,09	442,9	19,2
	insgesamt	178.849	3.252.211	27,12	493,1	18,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.600	88.299	1,47	17,0	11,6
	Frauen	6.726	63.191	4,75	44,7	9,4
	insgesamt	14.326	151.490	2,17	23,0	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.623	31.283	1,85	22,1	11,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	32.115	308.875	6,20	59,6	9,6
	Frauen	12.308	103.881	8,70	73,4	8,4
	insgesamt	44.423	412.756	6,74	62,6	9,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	68.572	1.269.072	13,24	245,0	18,5
	Frauen	11.171	204.312	7,90	144,4	18,3
	insgesamt	79.743	1.473.384	12,09	223,4	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	6.449	114.749	1,24	22,2	17,8
	Frauen	3.330	56.533	2,35	40,0	17,0
	insgesamt	9.779	171.282	1,48	26,0	17,5
Zusammen	Männer	675.370	8.430.786	130,36	1.627,3	12,5
	Frauen	197.111	2.339.187	139,31	1.653,2	11,9
	insgesamt	872.481	10.769.973	132,28	1.632,9	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	18.962	334.572	3,66	64,6	17,6
	Frauen	2.350	39.224	1,66	27,7	16,7
	insgesamt	21.312	373.796	3,23	56,7	17,5

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.736	19.650	12,35	65,0	5,3
	Frauen	2.688	14.426	11,62	62,4	5,4
	insgesamt	6.424	34.076	12,03	63,8	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	456	11.824	1,51	39,1	25,9
	Frauen	470	15.818	2,03	68,4	33,7
	insgesamt	926	27.642	1,73	51,8	29,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	147	2.802	0,49	9,3	19,1
	Frauen	107	2.866	0,46	12,4	26,8
	insgesamt	254	5.668	0,48	10,6	22,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.127	37.054	3,73	122,5	32,9
	Frauen	1.511	43.075	6,53	186,2	28,5
	insgesamt	2.638	80.129	4,94	150,1	30,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	621	10.375	2,05	34,3	16,7
	Frauen	867	11.508	3,75	49,8	13,3
	insgesamt	1.488	21.883	2,79	41,0	14,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	431	3.209	1,42	10,6	7,5
	Frauen	304	1.638	1,31	7,1	5,4
	insgesamt	735	4.847	1,38	9,1	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	408	3.370	1,35	11,1	8,3
	Frauen	359	2.732	1,55	11,8	7,6
	insgesamt	767	6.102	1,44	11,4	8,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	910	16.095	3,01	53,2	17,7
	Frauen	719	10.217	3,11	44,2	14,2
	insgesamt	1.629	26.312	3,05	49,3	16,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	10.088	58.759	33,35	194,3	5,8
	Frauen	8.283	48.690	35,81	210,5	5,9
	insgesamt	18.371	107.449	34,42	201,3	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.354	26.206	14,39	86,6	6,0
	Frauen	3.351	19.328	14,49	83,6	5,8
	insgesamt	7.705	45.534	14,43	85,3	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	545	6.158	1,80	20,4	11,3
	Frauen	348	3.405	1,50	14,7	9,8
	insgesamt	893	9.563	1,67	17,9	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.196	126.149	23,79	417,0	17,5
	Frauen	4.150	77.114	17,94	333,4	18,6
	insgesamt	11.346	203.263	21,26	380,8	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	414	4.195	1,37	13,9	10,1
	Frauen	1.001	8.619	4,33	37,3	8,6
	insgesamt	1.415	12.814	2,65	24,0	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	413	5.207	1,79	22,5	12,6
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.625	13.930	5,37	46,1	8,6
	Frauen	1.754	13.922	7,58	60,2	7,9
	insgesamt	3.379	27.852	6,33	52,2	8,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.085	73.858	13,50	244,2	18,1
	Frauen	1.666	30.689	7,20	132,7	18,4
	insgesamt	5.751	104.547	10,77	195,9	18,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	349	6.130	1,15	20,3	17,6
	Frauen	490	7.184	2,12	31,1	14,7
	insgesamt	839	13.314	1,57	24,9	15,9
Zusammen	Männer	36.561	420.455	120,86	1.390,0	11,5
	Frauen	28.545	317.324	123,41	1.371,9	11,1
	insgesamt	65.106	737.779	121,97	1.382,1	11,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.382	27.148	4,57	89,8	19,6
	Frauen	404	6.937	1,75	30,0	17,2
	insgesamt	1.786	34.085	3,35	63,9	19,1

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.616	24.653	12,02	64,2	5,3
	Frauen	2.181	11.414	12,12	63,5	5,2
	insgesamt	6.797	36.067	12,05	64,0	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	744	20.760	1,94	54,1	27,9
	Frauen	409	14.081	2,27	78,3	34,4
	insgesamt	1.153	34.841	2,04	61,8	30,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	269	4.184	0,70	10,9	15,6
	Frauen	110	1.446	0,61	8,0	13,2
	insgesamt	379	5.630	0,67	10,0	14,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.599	58.073	4,16	151,2	36,3
	Frauen	1.311	41.286	7,29	229,5	31,5
	insgesamt	2.910	99.359	5,16	176,2	34,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	807	13.806	2,10	36,0	17,1
	Frauen	726	6.890	4,04	38,3	9,5
	insgesamt	1.533	20.696	2,72	36,7	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	562	3.997	1,46	10,4	7,1
	Frauen	273	1.613	1,52	9,0	5,9
	insgesamt	835	5.610	1,48	10,0	6,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	635	6.232	1,65	16,2	9,8
	Frauen	318	2.241	1,77	12,5	7,1
	insgesamt	953	8.473	1,69	15,0	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.448	34.797	3,77	90,6	24,0
	Frauen	605	6.759	3,36	37,6	11,2
	insgesamt	2.053	41.556	3,64	73,7	20,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	13.391	89.972	34,87	234,3	6,7
	Frauen	7.823	48.989	43,49	272,3	6,3
	insgesamt	21.214	138.961	37,61	246,4	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.924	36.774	15,42	95,8	6,2
	Frauen	2.859	13.739	15,89	76,4	4,8
	insgesamt	8.783	50.513	15,57	89,6	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	826	10.914	2,15	28,4	13,2
	Frauen	305	2.269	1,70	12,6	7,4
	insgesamt	1.131	13.183	2,01	23,4	11,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.573	178.409	24,92	464,5	18,6
	Frauen	2.907	45.648	16,16	253,7	15,7
	insgesamt	12.480	224.057	22,13	397,3	18,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	560	8.254	1,46	21,5	14,7
	Frauen	982	9.102	5,46	50,6	9,3
	insgesamt	1.542	17.356	2,73	30,8	11,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	383	4.688	2,13	26,1	12,2
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.137	20.923	5,56	54,5	9,8
	Frauen	1.449	10.691	8,05	59,4	7,4
	insgesamt	3.586	31.614	6,36	56,1	8,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.771	92.621	12,42	241,2	19,4
	Frauen	1.176	23.232	6,54	129,1	19,8
	insgesamt	5.947	115.853	10,54	205,4	19,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	450	10.764	1,17	28,0	23,9
	Frauen	364	6.725	2,02	37,4	18,5
	insgesamt	814	17.489	1,44	31,0	21,5
Zusammen	Männer	48.421	616.759	126,07	1.605,8	12,7
	Frauen	24.229	251.470	134,68	1.397,9	10,4
	insgesamt	72.650	868.229	128,82	1.539,5	12,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.423	31.055	3,70	80,9	21,8
	Frauen	231	4.119	1,28	22,9	17,8
	insgesamt	1.654	35.174	2,93	62,4	21,3

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	18.923	99.518	11,15	58,6	5,3
	Frauen	2.537	12.933	8,27	42,2	5,1
	insgesamt	21.460	112.451	10,71	56,1	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.069	70.687	1,22	41,7	34,2
	Frauen	517	17.224	1,68	56,1	33,3
	insgesamt	2.586	87.911	1,29	43,9	34,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	783	12.698	0,46	7,5	16,2
	Frauen	135	1.896	0,44	6,2	14,0
	insgesamt	918	14.594	0,46	7,3	15,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.551	172.079	2,68	101,4	37,8
	Frauen	1.469	56.151	4,79	183,0	38,2
	insgesamt	6.020	228.230	3,00	113,9	37,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.966	58.243	1,75	34,3	19,6
	Frauen	712	6.706	2,32	21,9	9,4
	insgesamt	3.678	64.949	1,84	32,4	17,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.172	16.407	1,28	9,7	7,6
	Frauen	279	1.242	0,91	4,1	4,5
	insgesamt	2.451	17.649	1,22	8,8	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.164	20.484	1,27	12,1	9,5
	Frauen	336	2.554	1,09	8,3	7,6
	insgesamt	2.500	23.038	1,25	11,5	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.874	147.002	2,87	86,6	30,2
	Frauen	660	9.983	2,15	32,5	15,1
	insgesamt	5.534	156.985	2,76	78,3	28,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	46.178	296.257	27,21	174,6	6,4
	Frauen	8.337	48.826	27,17	159,1	5,9
	insgesamt	54.515	345.083	27,20	172,2	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	22.710	152.999	13,38	90,1	6,7
	Frauen	3.426	18.857	11,17	61,5	5,5
	insgesamt	26.136	171.856	13,04	85,8	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.066	42.263	1,81	24,9	13,8
	Frauen	287	3.858	0,94	12,6	13,4
	insgesamt	3.353	46.121	1,67	23,0	13,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	44.117	995.081	25,99	586,3	22,6
	Frauen	3.550	62.615	11,57	204,1	17,6
	insgesamt	47.667	1.057.696	23,78	527,8	22,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.885	27.418	1,11	16,2	14,6
	Frauen	1.038	8.020	3,38	26,1	7,7
	insgesamt	2.923	35.438	1,46	17,7	12,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	476	6.153	1,55	20,1	12,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	8.463	91.258	4,99	53,8	10,8
	Frauen	1.671	13.354	5,45	43,5	8,0
	insgesamt	10.134	104.612	5,06	52,2	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.885	698.791	18,79	411,7	21,9
	Frauen	1.752	30.597	5,71	99,7	17,5
	insgesamt	33.637	729.388	16,78	363,9	21,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.800	36.762	1,06	21,7	20,4
	Frauen	584	10.363	1,90	33,8	17,7
	insgesamt	2.384	47.125	1,19	23,5	19,8
Zusammen	Männer	198.996	2.945.985	117,24	1.735,7	14,8
	Frauen	27.839	312.642	90,72	1.018,9	11,2
	insgesamt	226.835	3.258.627	113,18	1.625,9	14,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	15.305	357.666	9,02	210,7	23,4
	Frauen	398	6.642	1,30	21,7	16,7
	insgesamt	15.703	364.308	7,84	181,8	23,2

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	33.922	177.885	11,15	58,5	5,2
	Frauen	37.106	206.912	9,94	55,4	5,6
	insgesamt	71.028	384.797	10,48	56,8	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.423	112.922	1,12	37,1	33,0
	Frauen	5.890	256.401	1,58	68,7	43,5
	insgesamt	9.313	369.323	1,37	54,5	39,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.213	23.132	0,40	7,6	19,1
	Frauen	1.818	33.368	0,49	8,9	18,4
	insgesamt	3.031	56.500	0,45	8,3	18,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.961	452.135	3,60	148,6	41,3
	Frauen	22.793	880.469	6,10	235,8	38,6
	insgesamt	33.754	1.332.604	4,98	196,6	39,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.202	93.773	1,71	30,8	18,0
	Frauen	10.418	153.244	2,79	41,0	14,7
	insgesamt	15.620	247.017	2,30	36,5	15,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.465	26.698	1,14	8,8	7,7
	Frauen	3.496	32.116	0,94	8,6	9,2
	insgesamt	6.961	58.814	1,03	8,7	8,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.776	33.635	1,24	11,1	8,9
	Frauen	4.828	47.780	1,29	12,8	9,9
	insgesamt	8.604	81.415	1,27	12,0	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.917	196.389	2,60	64,5	24,8
	Frauen	9.844	163.241	2,64	43,7	16,6
	insgesamt	17.761	359.630	2,62	53,1	20,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	88.766	546.466	29,17	179,6	6,2
	Frauen	112.380	739.933	30,09	198,1	6,6
	insgesamt	201.146	1.286.399	29,68	189,8	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	38.335	242.529	12,60	79,7	6,3
	Frauen	43.646	262.684	11,69	70,3	6,0
	insgesamt	81.981	505.213	12,10	74,5	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.851	64.541	1,59	21,2	13,3
	Frauen	4.535	51.832	1,21	13,9	11,4
	insgesamt	9.386	116.373	1,38	17,2	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	58.728	1.096.824	19,30	360,4	18,7
	Frauen	56.759	1.293.985	15,20	346,5	22,8
	insgesamt	115.487	2.390.809	17,04	352,8	20,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.436	38.875	1,13	12,8	11,3
	Frauen	14.456	145.259	3,87	38,9	10,1
	insgesamt	17.892	184.134	2,64	27,2	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	7.250	98.436	1,94	26,4	13,6
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	14.787	140.754	4,86	46,3	9,5
	Frauen	23.360	239.080	6,26	64,0	10,2
	insgesamt	38.147	379.834	5,63	56,0	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	36.345	693.525	11,94	227,9	19,1
	Frauen	25.431	497.394	6,81	133,2	19,6
	insgesamt	61.776	1.190.919	9,11	175,7	19,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.184	75.845	1,05	24,9	23,8
	Frauen	7.521	165.305	2,01	44,3	22,0
	insgesamt	10.705	241.150	1,58	35,6	22,5
Zusammen	Männer	318.878	4.032.014	104,78	1.324,9	12,6
	Frauen	392.531	5.292.987	105,11	1.417,4	13,5
	insgesamt	711.409	9.325.001	104,97	1.375,9	13,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	13.048	249.724	4,29	82,1	19,1
	Frauen	7.334	137.847	1,96	36,9	18,8
	insgesamt	20.382	387.571	3,01	57,2	19,0

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	12.518	65.058	10,21	53,1	5,2
	Frauen	9.165	46.896	10,19	52,1	5,1
	insgesamt	21.683	111.954	10,20	52,7	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.543	51.636	1,26	42,1	33,5
	Frauen	1.571	55.453	1,75	61,6	35,3
	insgesamt	3.114	107.089	1,46	50,4	34,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	469	10.349	0,38	8,4	22,1
	Frauen	463	7.001	0,51	7,8	15,1
	insgesamt	932	17.350	0,44	8,2	18,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.206	168.566	3,43	137,5	40,1
	Frauen	5.366	196.008	5,96	217,9	36,5
	insgesamt	9.572	364.574	4,50	171,5	38,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.030	39.108	1,66	31,9	19,3
	Frauen	2.598	29.892	2,89	33,2	11,5
	insgesamt	4.628	69.000	2,18	32,5	14,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.281	10.677	1,04	8,7	8,3
	Frauen	954	7.443	1,06	8,3	7,8
	insgesamt	2.235	18.120	1,05	8,5	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.509	13.467	1,23	11,0	8,9
	Frauen	1.289	10.956	1,43	12,2	8,5
	insgesamt	2.798	24.423	1,32	11,5	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.406	86.209	2,78	70,3	25,3
	Frauen	2.242	27.342	2,49	30,4	12,2
	insgesamt	5.648	113.551	2,66	53,4	20,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	33.921	211.011	27,66	172,1	6,2
	Frauen	29.595	174.452	32,89	193,9	5,9
	insgesamt	63.516	385.463	29,88	181,3	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	14.881	95.195	12,14	77,6	6,4
	Frauen	11.079	55.049	12,31	61,2	5,0
	insgesamt	25.960	150.244	12,21	70,7	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.814	22.408	1,48	18,3	12,4
	Frauen	1.045	10.370	1,16	11,5	9,9
	insgesamt	2.859	32.778	1,34	15,4	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	23.716	443.602	19,34	361,8	18,7
	Frauen	12.499	221.888	13,89	246,6	17,8
	insgesamt	36.215	665.490	17,04	313,1	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.408	17.442	1,15	14,2	12,4
	Frauen	3.576	32.436	3,97	36,1	9,1
	insgesamt	4.984	49.878	2,34	23,5	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.634	19.485	1,82	21,7	11,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.604	59.917	4,57	48,9	10,7
	Frauen	5.754	47.260	6,40	52,5	8,2
	insgesamt	11.358	107.177	5,34	50,4	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	13.075	267.575	10,66	218,2	20,5
	Frauen	5.203	95.055	5,78	105,7	18,3
	insgesamt	18.278	362.630	8,60	170,6	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.317	32.094	1,07	26,2	24,4
	Frauen	1.779	32.632	1,98	36,3	18,3
	insgesamt	3.096	64.726	1,46	30,5	20,9
Zusammen	Männer	122.906	1.599.106	100,24	1.304,2	13,0
	Frauen	96.019	1.074.253	106,72	1.194,0	11,2
	insgesamt	218.925	2.673.359	102,98	1.257,5	12,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.786	112.193	3,90	91,5	23,4
	Frauen	1.224	22.618	1,36	25,1	18,5
	insgesamt	6.010	134.811	2,83	63,4	22,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.946	56.406	10,23	58,0	5,7
	Frauen	25.039	144.660	9,66	55,8	5,8
	insgesamt	34.985	201.066	9,82	56,4	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	869	30.303	0,89	31,2	34,9
	Frauen	3.909	187.859	1,51	72,5	48,1
	insgesamt	4.778	218.162	1,34	61,2	45,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	400	8.637	0,41	8,9	21,6
	Frauen	1.235	24.211	0,48	9,3	19,6
	insgesamt	1.635	32.848	0,46	9,2	20,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.903	174.194	4,01	179,2	44,6
	Frauen	16.046	635.119	6,19	245,0	39,6
	insgesamt	19.949	809.313	5,60	227,1	40,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.512	29.507	1,56	30,4	19,5
	Frauen	7.007	113.215	2,70	43,7	16,2
	insgesamt	8.519	142.722	2,39	40,0	16,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	924	8.323	0,95	8,6	9,0
	Frauen	2.257	23.299	0,87	9,0	10,3
	insgesamt	3.181	31.622	0,89	8,9	9,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.014	10.190	1,04	10,5	10,1
	Frauen	3.160	33.029	1,22	12,7	10,5
	insgesamt	4.174	43.219	1,17	12,1	10,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.269	60.061	2,33	61,8	26,5
	Frauen	7.010	129.538	2,70	50,0	18,5
	insgesamt	9.279	189.599	2,60	53,2	20,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.297	162.791	26,02	167,4	6,4
	Frauen	73.736	515.423	28,45	198,8	7,0
	insgesamt	99.033	678.214	27,78	190,3	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.018	77.452	11,33	79,7	7,0
	Frauen	29.199	193.117	11,26	74,5	6,6
	insgesamt	40.217	270.569	11,28	75,9	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.372	22.247	1,41	22,9	16,2
	Frauen	3.186	39.127	1,23	15,1	12,3
	insgesamt	4.558	61.374	1,28	17,2	13,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	15.805	319.209	16,26	328,3	20,2
	Frauen	41.135	1.020.706	15,87	393,8	24,8
	insgesamt	56.940	1.339.915	15,97	375,9	23,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	980	9.678	1,01	10,0	9,9
	Frauen	9.771	104.454	3,77	40,3	10,7
	insgesamt	10.751	114.132	3,02	32,0	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.109	73.391	1,97	28,3	14,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.460	44.854	4,59	46,1	10,1
	Frauen	15.853	178.624	6,12	68,9	11,3
	insgesamt	20.313	223.478	5,70	62,7	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.707	197.832	9,98	203,5	20,4
	Frauen	18.596	377.909	7,17	145,8	20,3
	insgesamt	28.303	575.741	7,94	161,5	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	972	25.397	1,00	26,1	26,1
	Frauen	5.236	123.227	2,02	47,5	23,5
	insgesamt	6.208	148.624	1,74	41,7	23,9
Zusammen	Männer	90.637	1.242.971	93,22	1.278,4	13,7
	Frauen	268.208	3.936.389	103,47	1.518,6	14,7
	insgesamt	358.845	5.179.360	100,68	1.453,1	14,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.245	63.192	3,34	65,0	19,5
	Frauen	5.769	110.860	2,23	42,8	19,2
	insgesamt	9.014	174.052	2,53	48,8	19,3

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.428	22.455	8,36	54,7	6,6
	Frauen	5.887	37.947	9,44	60,8	6,5
	insgesamt	9.315	60.402	9,01	58,4	6,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	250	11.448	0,61	27,9	45,8
	Frauen	768	36.460	1,23	58,4	47,5
	insgesamt	1.018	47.908	0,98	46,3	47,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	104	2.323	0,25	5,7	22,3
	Frauen	261	4.796	0,42	7,7	18,4
	insgesamt	365	7.119	0,35	6,9	19,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.365	60.889	3,33	148,4	44,6
	Frauen	3.577	143.237	5,73	229,6	40,0
	insgesamt	4.942	204.126	4,78	197,4	41,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	411	8.994	1,00	21,9	21,9
	Frauen	1.536	28.634	2,46	45,9	18,6
	insgesamt	1.947	37.628	1,88	36,4	19,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	243	2.494	0,59	6,1	10,3
	Frauen	447	4.538	0,72	7,3	10,2
	insgesamt	690	7.032	0,67	6,8	10,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	277	3.081	0,68	7,5	11,1
	Frauen	582	6.458	0,93	10,4	11,1
	insgesamt	859	9.539	0,83	9,2	11,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	720	18.585	1,76	45,3	25,8
	Frauen	1.539	30.038	2,47	48,2	19,5
	insgesamt	2.259	48.623	2,18	47,0	21,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.070	48.984	17,23	119,4	6,9
	Frauen	15.575	117.788	24,96	188,8	7,6
	insgesamt	22.645	166.772	21,90	161,3	7,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.530	28.103	8,61	68,5	8,0
	Frauen	6.707	45.116	10,75	72,3	6,7
	insgesamt	10.237	73.219	9,90	70,8	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	623	9.787	1,52	23,9	15,7
	Frauen	919	12.274	1,47	19,7	13,4
	insgesamt	1.542	22.061	1,49	21,3	14,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.773	107.718	11,64	262,6	22,6
	Frauen	9.502	240.627	15,23	385,7	25,3
	insgesamt	14.275	348.345	13,80	336,9	24,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	302	5.586	0,74	13,6	18,5
	Frauen	2.147	24.602	3,44	39,4	11,5
	insgesamt	2.449	30.188	2,37	29,2	12,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.210	18.760	1,94	30,1	15,5
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.424	15.852	3,47	38,6	11,1
	Frauen	3.750	42.204	6,01	67,7	11,3
	insgesamt	5.174	58.056	5,00	56,1	11,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.799	77.988	9,26	190,1	20,5
	Frauen	5.158	106.490	8,27	170,7	20,7
	insgesamt	8.957	184.478	8,66	178,4	20,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	370	10.587	0,90	25,8	28,6
	Frauen	1.226	27.894	1,97	44,7	22,8
	insgesamt	1.596	38.481	1,54	37,2	24,1
Zusammen	Männer	28.740	436.288	70,06	1.063,6	15,2
	Frauen	60.951	932.438	97,70	1.494,6	15,3
	insgesamt	89.691	1.368.726	86,73	1.323,6	15,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.438	25.396	3,51	61,9	17,7
	Frauen	1.882	37.108	3,02	59,5	19,7
	insgesamt	3.320	62.504	3,21	60,4	18,8

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	19.356	138.472	9,69	69,3	7,2
	Frauen	6.798	42.912	10,91	68,8	6,3
	insgesamt	26.154	181.384	9,98	69,2	6,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.218	103.360	1,61	51,7	32,1
	Frauen	1.191	47.906	1,91	76,9	40,2
	insgesamt	4.409	151.266	1,68	57,7	34,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.652	40.750	0,83	20,4	24,7
	Frauen	458	7.905	0,73	12,7	17,3
	insgesamt	2.110	48.655	0,81	18,6	23,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.815	385.661	5,41	193,1	35,7
	Frauen	5.237	186.462	8,40	299,1	35,6
	insgesamt	16.052	572.123	6,12	218,3	35,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.244	99.328	2,12	49,7	23,4
	Frauen	2.066	27.026	3,31	43,4	13,1
	insgesamt	6.310	126.354	2,41	48,2	20,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.803	31.498	1,40	15,8	11,2
	Frauen	850	7.923	1,36	12,7	9,3
	insgesamt	3.653	39.421	1,39	15,0	10,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.837	39.361	1,42	19,7	13,9
	Frauen	1.277	14.443	2,05	23,2	11,3
	insgesamt	4.114	53.804	1,57	20,5	13,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.615	277.856	4,31	139,1	32,3
	Frauen	2.140	42.108	3,43	67,6	19,7
	insgesamt	10.755	319.964	4,10	122,1	29,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	55.536	486.747	27,80	243,7	8,8
	Frauen	23.850	186.240	38,26	298,8	7,8
	insgesamt	79.386	672.987	30,29	256,8	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	27.002	226.152	13,52	113,2	8,4
	Frauen	8.837	58.160	14,18	93,3	6,6
	insgesamt	35.839	284.312	13,67	108,5	7,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.677	60.189	1,84	30,1	16,4
	Frauen	932	12.931	1,50	20,7	13,9
	insgesamt	4.609	73.120	1,76	27,9	15,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	54.116	1.240.908	27,09	621,2	22,9
	Frauen	12.473	277.936	20,01	445,9	22,3
	insgesamt	66.589	1.518.844	25,41	579,5	22,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.933	46.767	1,47	23,4	16,0
	Frauen	2.744	29.452	4,40	47,3	10,7
	insgesamt	5.677	76.219	2,17	29,1	13,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.027	13.512	1,65	21,7	13,2
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	10.287	151.092	5,15	75,6	14,7
	Frauen	4.555	48.152	7,31	77,3	10,6
	insgesamt	14.842	199.244	5,66	76,0	13,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	24.942	632.318	12,49	316,5	25,4
	Frauen	5.292	113.884	8,49	182,7	21,5
	insgesamt	30.234	746.202	11,54	284,7	24,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.556	83.733	1,78	41,9	23,6
	Frauen	1.571	30.006	2,52	48,1	19,1
	insgesamt	5.127	113.739	1,96	43,4	22,2
Zusammen	Männer	235.986	4.054.814	118,13	2.029,7	17,2
	Frauen	81.508	1.152.413	130,76	1.848,8	14,1
	insgesamt	317.494	5.207.227	121,13	1.986,7	16,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.054	316.529	5,53	158,5	28,6
	Frauen	1.771	43.743	2,84	70,2	24,7
	insgesamt	12.825	360.272	4,89	137,5	28,1

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.364	72.648	9,47	73,5	7,8
	Frauen	2.195	16.384	10,79	80,5	7,5
	insgesamt	11.559	89.032	9,70	74,7	7,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.707	49.971	1,73	50,5	29,3
	Frauen	382	16.811	1,88	82,6	44,0
	insgesamt	2.089	66.782	1,75	56,0	32,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	881	23.899	0,89	24,2	27,1
	Frauen	179	3.006	0,88	14,8	16,8
	insgesamt	1.060	26.905	0,89	22,6	25,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.286	216.117	6,36	218,6	34,4
	Frauen	2.019	72.489	9,92	356,3	35,9
	insgesamt	8.305	288.606	6,97	242,1	34,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.255	53.946	2,28	54,6	23,9
	Frauen	698	11.005	3,43	54,1	15,8
	insgesamt	2.953	64.951	2,48	54,5	22,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.516	19.236	1,53	19,5	12,7
	Frauen	314	3.060	1,54	15,0	9,8
	insgesamt	1.830	22.296	1,54	18,7	12,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.503	22.727	1,52	23,0	15,1
	Frauen	367	5.179	1,80	25,5	14,1
	insgesamt	1.870	27.906	1,57	23,4	14,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.700	157.273	4,75	159,1	33,5
	Frauen	865	17.551	4,25	86,3	20,3
	insgesamt	5.565	174.824	4,67	146,7	31,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	27.471	264.059	27,79	267,1	9,6
	Frauen	7.784	72.773	38,26	357,7	9,4
	insgesamt	35.255	336.832	29,57	282,5	9,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	13.616	122.666	13,77	124,1	9,0
	Frauen	3.169	24.795	15,57	121,9	7,8
	insgesamt	16.785	147.461	14,08	123,7	8,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.839	29.047	1,86	29,4	15,8
	Frauen	364	5.731	1,79	28,2	15,7
	insgesamt	2.203	34.778	1,85	29,2	15,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	27.565	661.799	27,88	669,4	24,0
	Frauen	4.835	114.111	23,76	560,8	23,6
	insgesamt	32.400	775.910	27,18	650,9	24,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.590	27.086	1,61	27,4	17,0
	Frauen	985	11.712	4,84	57,6	11,9
	insgesamt	2.575	38.798	2,16	32,5	15,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	301	3.989	1,48	19,6	13,3
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.117	79.875	5,18	80,8	15,6
	Frauen	1.504	20.969	7,39	103,1	13,9
	insgesamt	6.621	100.844	5,55	84,6	15,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.232	322.696	12,37	326,4	26,4
	Frauen	2.200	48.179	10,81	236,8	21,9
	insgesamt	14.432	370.875	12,11	311,1	25,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.037	48.364	2,06	48,9	23,7
	Frauen	632	14.916	3,11	73,3	23,6
	insgesamt	2.669	63.280	2,24	53,1	23,7
Zusammen	Männer	119.864	2.176.510	121,24	2.201,5	18,2
	Frauen	28.867	464.513	141,87	2.283,0	16,1
	insgesamt	148.731	2.641.023	124,76	2.215,4	17,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.718	169.273	5,78	171,2	29,6
	Frauen	878	22.872	4,32	112,4	26,1
	insgesamt	6.596	192.145	5,53	161,2	29,1

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.020	21.765	8,88	64,0	7,2
	Frauen	3.771	28.404	8,43	63,5	7,5
	insgesamt	6.791	50.169	8,63	63,7	7,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	403	14.896	1,18	43,8	37,0
	Frauen	1.002	59.178	2,24	132,3	59,1
	insgesamt	1.405	74.074	1,78	94,1	52,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	166	3.407	0,49	10,0	20,5
	Frauen	331	9.423	0,74	21,1	28,5
	insgesamt	497	12.830	0,63	16,3	25,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.494	58.669	4,39	172,5	39,3
	Frauen	3.219	113.114	7,20	252,9	35,1
	insgesamt	4.713	171.783	5,99	218,2	36,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	574	14.475	1,69	42,6	25,2
	Frauen	1.328	36.722	2,97	82,1	27,7
	insgesamt	1.902	51.197	2,42	65,0	26,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	319	3.835	0,94	11,3	12,0
	Frauen	552	6.972	1,23	15,6	12,6
	insgesamt	871	10.807	1,11	13,7	12,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	368	4.087	1,08	12,0	11,1
	Frauen	608	7.787	1,36	17,4	12,8
	insgesamt	976	11.874	1,24	15,1	12,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.105	33.160	3,25	97,5	30,0
	Frauen	1.775	40.797	3,97	91,2	23,0
	insgesamt	2.880	73.957	3,66	93,9	25,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	8.587	73.627	25,25	216,5	8,6
	Frauen	13.294	127.547	29,72	285,2	9,6
	insgesamt	21.881	201.174	27,79	255,5	9,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.744	35.299	11,01	103,8	9,4
	Frauen	5.677	46.898	12,69	104,9	8,3
	insgesamt	9.421	82.197	11,97	104,4	8,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	527	8.810	1,55	25,9	16,7
	Frauen	738	9.461	1,65	21,2	12,8
	insgesamt	1.265	18.271	1,61	23,2	14,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.319	208.289	27,40	612,5	22,4
	Frauen	13.883	389.697	31,04	871,3	28,1
	insgesamt	23.202	597.986	29,47	759,5	25,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	399	6.288	1,17	18,5	15,8
	Frauen	1.844	28.708	4,12	64,2	15,6
	insgesamt	2.243	34.996	2,85	44,5	15,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	326	5.420	0,73	12,1	16,6
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.592	19.918	4,68	58,6	12,5
	Frauen	2.894	43.358	6,47	96,9	15,0
	insgesamt	4.486	63.276	5,70	80,4	14,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.777	116.379	14,05	342,2	24,4
	Frauen	6.302	168.975	14,09	377,8	26,8
	insgesamt	11.079	285.354	14,07	362,4	25,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	324	10.055	0,95	29,6	31,0
	Frauen	844	24.080	1,89	53,8	28,5
	insgesamt	1.168	34.135	1,48	43,4	29,2
Zusammen	Männer	36.795	633.946	108,19	1.864,1	17,2
	Frauen	58.555	1.152.724	130,92	2.577,3	19,7
	insgesamt	95.350	1.786.670	121,10	2.269,2	18,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.122	55.146	6,24	162,2	26,0
	Frauen	3.261	91.398	7,29	204,4	28,0
	insgesamt	5.383	146.544	6,84	186,1	27,2

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.996	13.147	10,32	68,0	6,6
	Frauen	686	4.538	11,96	79,1	6,6
	insgesamt	2.682	17.685	10,69	70,5	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	370	12.436	1,91	64,3	33,6
	Frauen	120	3.457	2,09	60,3	28,8
	insgesamt	490	15.893	1,95	63,4	32,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	124	1.758	0,64	9,1	14,2
	Frauen	53	1.272	0,92	22,2	24,0
	insgesamt	177	3.030	0,71	12,1	17,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.023	36.878	5,29	190,6	36,1
	Frauen	641	23.186	11,18	404,3	36,2
	insgesamt	1.664	60.064	6,63	239,5	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	371	6.346	1,92	32,8	17,1
	Frauen	277	3.347	4,83	58,4	12,1
	insgesamt	648	9.693	2,58	38,6	15,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	298	3.254	1,54	16,8	10,9
	Frauen	95	456	1,66	8,0	4,8
	insgesamt	393	3.710	1,57	14,8	9,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	328	2.829	1,70	14,6	8,6
	Frauen	127	1.090	2,21	19,0	8,6
	insgesamt	455	3.919	1,81	15,6	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	726	16.743	3,75	86,5	23,1
	Frauen	194	3.242	3,38	56,5	16,7
	insgesamt	920	19.985	3,67	79,7	21,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.981	49.366	36,08	255,2	7,1
	Frauen	2.699	18.972	47,06	330,8	7,0
	insgesamt	9.680	68.338	38,59	272,5	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.691	18.113	13,91	93,6	6,7
	Frauen	954	5.280	16,63	92,1	5,5
	insgesamt	3.645	23.393	14,53	93,3	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	376	4.129	1,94	21,3	11,0
	Frauen	82	602	1,43	10,5	7,3
	insgesamt	458	4.731	1,83	18,9	10,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.947	88.532	25,57	457,6	17,9
	Frauen	1.165	21.846	20,31	380,9	18,8
	insgesamt	6.112	110.378	24,37	440,1	18,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	274	2.834	1,42	14,7	10,3
	Frauen	290	2.950	5,06	51,4	10,2
	insgesamt	564	5.784	2,25	23,1	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	121	1.395	2,11	24,3	11,5
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.062	11.626	5,49	60,1	11,0
	Frauen	568	5.680	9,90	99,0	10,0
	insgesamt	1.630	17.306	6,50	69,0	10,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.759	35.193	9,09	181,9	20,0
	Frauen	382	7.062	6,66	123,1	18,5
	insgesamt	2.141	42.255	8,54	168,5	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	273	4.715	1,41	24,4	17,3
	Frauen	143	2.836	2,49	49,5	19,8
	insgesamt	416	7.551	1,66	30,1	18,2
Zusammen	Männer	23.650	308.670	122,24	1.595,4	13,1
	Frauen	8.618	107.573	150,27	1.875,7	12,5
	insgesamt	32.268	416.243	128,65	1.659,5	12,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	424	8.988	2,19	46,5	21,2
	Frauen	84	883	1,46	15,4	10,5
	insgesamt	508	9.871	2,03	39,4	19,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.587	28.417	10,82	55,0	5,1
	Frauen	14.231	78.453	10,96	60,4	5,5
	insgesamt	19.818	106.870	10,92	58,9	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	611	13.761	1,18	26,7	22,5
	Frauen	2.543	87.628	1,96	67,5	34,5
	insgesamt	3.154	101.389	1,74	55,9	32,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	160	3.633	0,31	7,0	22,7
	Frauen	779	11.359	0,60	8,7	14,6
	insgesamt	939	14.992	0,52	8,3	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.150	106.065	4,16	205,5	49,3
	Frauen	8.122	275.983	6,25	212,5	34,0
	insgesamt	10.272	382.048	5,66	210,5	37,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	816	10.099	1,58	19,6	12,4
	Frauen	3.948	38.920	3,04	30,0	9,9
	insgesamt	4.764	49.019	2,62	27,0	10,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	543	3.043	1,05	5,9	5,6
	Frauen	1.782	13.325	1,37	10,3	7,5
	insgesamt	2.325	16.368	1,28	9,0	7,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	743	6.061	1,44	11,7	8,2
	Frauen	2.193	20.603	1,69	15,9	9,4
	insgesamt	2.936	26.664	1,62	14,7	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.213	25.461	2,35	49,3	21,0
	Frauen	3.313	42.963	2,55	33,1	13,0
	insgesamt	4.526	68.424	2,49	37,7	15,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	17.012	96.225	32,95	186,4	5,7
	Frauen	51.572	307.599	39,70	236,8	6,0
	insgesamt	68.584	403.824	37,78	222,5	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.858	32.454	11,35	62,9	5,5
	Frauen	16.180	83.087	12,46	64,0	5,1
	insgesamt	22.038	115.541	12,14	63,7	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	675	7.217	1,31	14,0	10,7
	Frauen	1.514	14.149	1,17	10,9	9,4
	insgesamt	2.189	21.366	1,21	11,8	9,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.832	93.392	11,30	180,9	16,0
	Frauen	16.719	271.603	12,87	209,1	16,3
	insgesamt	22.551	364.995	12,42	201,1	16,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	490	5.323	0,95	10,3	10,9
	Frauen	5.282	40.757	4,07	31,4	7,7
	insgesamt	5.772	46.080	3,18	25,4	8,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.981	35.354	2,29	27,2	11,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.299	19.304	4,45	37,4	8,4
	Frauen	9.067	76.602	6,98	59,0	8,5
	insgesamt	11.366	95.906	6,26	52,8	8,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.620	56.834	7,01	110,1	15,7
	Frauen	7.610	135.657	5,86	104,4	17,8
	insgesamt	11.230	192.491	6,19	106,0	17,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	621	13.998	1,20	27,1	22,5
	Frauen	2.970	52.355	2,29	40,3	17,6
	insgesamt	3.591	66.353	1,98	36,6	18,5
Zusammen	Männer	48.294	522.241	93,54	1.011,6	10,8
	Frauen	151.152	1.593.921	116,36	1.227,0	10,6
	insgesamt	199.446	2.116.162	109,87	1.165,7	10,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	522	8.903	1,01	17,2	17,1
	Frauen	1.401	23.784	1,08	18,3	17,0
	insgesamt	1.923	32.687	1,06	18,0	17,0

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.023	6.240	8,71	53,1	6,1
	Frauen	1.731	8.368	8,88	42,9	4,8
	insgesamt	2.754	14.608	8,82	46,8	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	109	4.586	0,93	39,0	42,1
	Frauen	303	12.070	1,55	61,9	39,8
	insgesamt	412	16.656	1,32	53,3	40,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	46	497	0,39	4,2	10,8
	Frauen	77	1.001	0,40	5,1	13,0
	insgesamt	123	1.498	0,39	4,8	12,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	475	22.284	4,04	189,6	46,9
	Frauen	1.124	36.540	5,77	187,5	32,5
	insgesamt	1.599	58.824	5,12	188,3	36,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	148	3.576	1,26	30,4	24,2
	Frauen	530	5.162	2,72	26,5	9,7
	insgesamt	678	8.738	2,17	28,0	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	92	1.277	0,78	10,9	13,9
	Frauen	200	1.270	1,03	6,5	6,4
	insgesamt	292	2.547	0,93	8,2	8,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	107	742	0,91	6,3	6,9
	Frauen	215	1.613	1,10	8,3	7,5
	insgesamt	322	2.355	1,03	7,5	7,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	244	5.208	2,08	44,3	21,3
	Frauen	413	4.674	2,12	24,0	11,3
	insgesamt	657	9.882	2,10	31,6	15,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.016	17.780	25,67	151,3	5,9
	Frauen	6.177	35.740	31,69	183,4	5,8
	insgesamt	9.193	53.520	29,43	171,3	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.024	5.825	8,71	49,6	5,7
	Frauen	1.911	9.073	9,80	46,6	4,8
	insgesamt	2.935	14.898	9,39	47,7	5,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	136	2.047	1,16	17,4	15,1
	Frauen	164	1.105	0,84	5,7	6,7
	insgesamt	300	3.152	0,96	10,1	10,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	1.327	19.778	11,29	168,3	14,9
	Frauen	1.986	30.470	10,19	156,3	15,3
	insgesamt	3.313	50.248	10,60	160,8	15,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	118	911	1,00	7,8	7,7
	Frauen	660	4.830	3,39	24,8	7,3
	insgesamt	778	5.741	2,49	18,4	7,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	368	3.971	1,89	20,4	10,8
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	447	4.308	3,80	36,7	9,6
	Frauen	1.075	9.625	5,52	49,4	9,0
	insgesamt	1.522	13.933	4,87	44,6	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	669	11.039	5,69	94,0	16,5
	Frauen	917	16.519	4,70	84,8	18,0
	insgesamt	1.586	27.558	5,08	88,2	17,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	93	1.909	0,79	16,3	20,5
	Frauen	347	6.021	1,78	30,9	17,4
	insgesamt	440	7.930	1,41	25,4	18,0
Zusammen	Männer	9.097	108.222	77,42	921,0	11,9
	Frauen	18.248	188.448	93,62	966,9	10,3
	insgesamt	27.345	296.670	87,53	949,6	10,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	143	2.840	1,22	24,2	19,9
	Frauen	188	3.498	0,96	18,0	18,6
	insgesamt	331	6.338	1,06	20,3	19,2

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.133	20.782	9,78	49,2	5,0
	Frauen	3.048	16.317	10,14	54,3	5,4
	insgesamt	7.181	37.099	9,93	51,3	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	353	11.490	0,84	27,2	32,6
	Frauen	469	19.000	1,56	63,2	40,5
	insgesamt	822	30.490	1,14	42,2	37,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	108	1.195	0,26	2,8	11,1
	Frauen	153	3.052	0,51	10,2	20,0
	insgesamt	261	4.247	0,36	5,9	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.436	58.646	3,40	138,8	40,8
	Frauen	1.895	69.295	6,31	230,6	36,6
	insgesamt	3.331	127.941	4,61	177,0	38,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	629	10.556	1,49	25,0	16,8
	Frauen	932	9.488	3,10	31,6	10,2
	insgesamt	1.561	20.044	2,16	27,7	12,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	393	2.726	0,93	6,5	6,9
	Frauen	339	2.276	1,13	7,6	6,7
	insgesamt	732	5.002	1,01	6,9	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	498	3.751	1,18	8,9	7,5
	Frauen	403	3.144	1,34	10,5	7,8
	insgesamt	901	6.895	1,25	9,5	7,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	787	17.691	1,86	41,9	22,5
	Frauen	649	8.585	2,16	28,6	13,2
	insgesamt	1.436	26.276	1,99	36,4	18,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.589	70.432	29,80	166,7	5,6
	Frauen	10.955	65.584	36,46	218,3	6,0
	insgesamt	23.544	136.016	32,57	188,2	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.949	22.588	9,35	53,5	5,7
	Frauen	3.254	17.992	10,83	59,9	5,5
	insgesamt	7.203	40.580	9,96	56,1	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	499	7.130	1,18	16,9	14,3
	Frauen	293	2.649	0,98	8,8	9,0
	insgesamt	792	9.779	1,10	13,5	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.220	61.640	9,99	145,9	14,6
	Frauen	3.579	56.411	11,91	187,7	15,8
	insgesamt	7.799	118.051	10,79	163,3	15,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	377	3.538	0,89	8,4	9,4
	Frauen	1.142	8.655	3,80	28,8	7,6
	insgesamt	1.519	12.193	2,10	16,9	8,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	650	7.904	2,16	26,3	12,2
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.657	12.537	3,92	29,7	7,6
	Frauen	1.899	16.952	6,32	56,4	8,9
	insgesamt	3.556	29.489	4,92	40,8	8,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.370	40.605	5,61	96,1	17,1
	Frauen	1.518	28.283	5,05	94,1	18,6
	insgesamt	3.888	68.888	5,38	95,3	17,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	362	8.142	0,86	19,3	22,5
	Frauen	636	13.255	2,12	44,1	20,8
	insgesamt	998	21.397	1,38	29,6	21,4
Zusammen	Männer	34.433	355.289	81,52	841,1	10,3
	Frauen	31.877	349.477	106,09	1.163,1	11,0
	insgesamt	66.310	704.766	91,73	974,9	10,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	434	8.179	1,03	19,4	18,9
	Frauen	287	5.977	0,96	19,9	20,8
	insgesamt	721	14.156	1,00	19,6	19,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	30.718	178.245	11,00	63,8	5,8
	Frauen	33.184	185.726	10,61	59,4	5,6
	insgesamt	63.902	363.971	10,79	61,5	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.876	96.400	1,03	34,5	33,5
	Frauen	5.108	194.111	1,63	62,1	38,0
	insgesamt	7.984	290.511	1,35	49,1	36,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.383	28.013	0,50	10,0	20,3
	Frauen	1.705	28.256	0,55	9,0	16,6
	insgesamt	3.088	56.269	0,52	9,5	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.649	440.103	4,17	157,6	37,8
	Frauen	20.268	724.112	6,48	231,5	35,7
	insgesamt	31.917	1.164.215	5,39	196,6	36,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.952	82.922	1,77	29,7	16,8
	Frauen	9.802	121.504	3,13	38,8	12,4
	insgesamt	14.754	204.426	2,49	34,5	13,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.215	25.293	1,15	9,1	7,9
	Frauen	3.500	22.445	1,12	7,2	6,4
	insgesamt	6.715	47.738	1,13	8,1	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.372	34.400	1,21	12,3	10,2
	Frauen	4.492	41.601	1,44	13,3	9,3
	insgesamt	7.864	76.001	1,33	12,8	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.032	209.121	2,88	74,9	26,0
	Frauen	8.534	137.724	2,73	44,0	16,1
	insgesamt	16.566	346.845	2,80	58,6	20,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	78.955	543.795	28,27	194,7	6,9
	Frauen	106.430	678.897	34,02	217,0	6,4
	insgesamt	185.385	1.222.692	31,31	206,5	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	34.836	229.491	12,47	82,2	6,6
	Frauen	39.089	214.968	12,50	68,7	5,5
	insgesamt	73.925	444.459	12,48	75,1	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.705	69.627	1,68	24,9	14,8
	Frauen	3.828	39.279	1,22	12,6	10,3
	insgesamt	8.533	108.906	1,44	18,4	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	56.556	1.084.781	20,25	388,4	19,2
	Frauen	46.654	881.471	14,91	281,8	18,9
	insgesamt	103.210	1.966.252	17,43	332,1	19,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.052	39.405	1,09	14,1	12,9
	Frauen	12.475	107.904	3,99	34,5	8,7
	insgesamt	15.527	147.309	2,62	24,9	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.995	74.603	1,92	23,9	12,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	14.351	143.200	5,14	51,3	10,0
	Frauen	21.880	197.494	6,99	63,1	9,0
	insgesamt	36.231	340.694	6,12	57,5	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.904	651.156	11,42	233,1	20,4
	Frauen	19.634	368.400	6,28	117,8	18,8
	insgesamt	51.538	1.019.556	8,70	172,2	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.979	66.259	1,07	23,7	22,2
	Frauen	6.312	119.584	2,02	38,2	19,0
	insgesamt	9.291	185.843	1,57	31,4	20,0
Zusammen	Männer	294.039	3.933.026	105,27	1.408,1	13,4
	Frauen	349.808	4.157.321	111,82	1.328,9	11,9
	insgesamt	643.847	8.090.347	108,73	1.366,3	12,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.525	275.214	4,48	98,5	22,0
	Frauen	5.379	103.685	1,72	33,1	19,3
	insgesamt	17.904	378.899	3,02	64,0	21,2

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.445	66.239	12,28	77,9	6,3
	Frauen	19.924	122.758	13,33	82,1	6,2
	insgesamt	30.369	188.997	12,95	80,6	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.625	44.585	1,91	52,4	27,4
	Frauen	3.758	140.896	2,51	94,2	37,5
	insgesamt	5.383	185.481	2,29	79,1	34,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	694	12.068	0,82	14,2	17,4
	Frauen	1.192	18.333	0,80	12,3	15,4
	insgesamt	1.886	30.401	0,80	13,0	16,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.947	186.498	5,82	219,3	37,7
	Frauen	14.346	478.225	9,59	319,8	33,3
	insgesamt	19.293	664.723	8,23	283,4	34,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.129	34.138	2,50	40,1	16,0
	Frauen	6.401	79.117	4,28	52,9	12,4
	insgesamt	8.530	113.255	3,64	48,3	13,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.443	11.702	1,70	13,8	8,1
	Frauen	2.764	19.419	1,85	13,0	7,0
	insgesamt	4.207	31.121	1,79	13,3	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.592	15.531	1,87	18,3	9,8
	Frauen	3.116	29.460	2,08	19,7	9,5
	insgesamt	4.708	44.991	2,01	19,2	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.618	86.773	4,25	102,0	24,0
	Frauen	5.604	78.882	3,75	52,8	14,1
	insgesamt	9.222	165.655	3,93	70,6	18,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	31.684	234.309	37,26	275,5	7,4
	Frauen	70.706	478.414	47,29	320,0	6,8
	insgesamt	102.390	712.723	43,65	303,9	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.592	88.998	14,81	104,7	7,1
	Frauen	24.512	135.960	16,39	90,9	5,6
	insgesamt	37.104	224.958	15,82	95,9	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.807	23.047	2,12	27,1	12,8
	Frauen	2.561	24.743	1,71	16,6	9,7
	insgesamt	4.368	47.790	1,86	20,4	10,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	25.829	475.365	30,37	559,0	18,4
	Frauen	31.687	581.648	21,19	389,0	18,4
	insgesamt	57.516	1.057.013	24,52	450,6	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.409	16.744	1,66	19,7	11,9
	Frauen	7.764	72.508	5,19	48,5	9,3
	insgesamt	9.173	89.252	3,91	38,1	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.689	34.445	1,80	23,0	12,8
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.049	54.575	5,94	64,2	10,8
	Frauen	12.932	128.889	8,65	86,2	10,0
	insgesamt	17.981	183.464	7,67	78,2	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10.479	209.472	12,32	246,3	20,0
	Frauen	11.691	219.448	7,82	146,8	18,8
	insgesamt	22.170	428.920	9,45	182,9	19,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.338	29.919	1,57	35,2	22,4
	Frauen	3.757	72.480	2,51	48,5	19,3
	insgesamt	5.095	102.399	2,17	43,7	20,1
Zusammen	Männer	116.932	1.595.886	137,50	1.876,6	13,7
	Frauen	225.956	2.728.686	151,12	1.825,0	12,1
	insgesamt	342.888	4.324.572	146,18	1.843,7	12,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.561	77.766	4,19	91,4	21,8
	Frauen	2.627	51.506	1,76	34,5	19,6
	insgesamt	6.188	129.272	2,64	55,1	20,9

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.864	23.149	12,54	59,7	4,8
	Frauen	14.456	73.709	14,08	71,8	5,1
	insgesamt	19.320	96.858	13,66	68,5	5,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	315	13.475	0,81	34,8	42,8
	Frauen	1.818	70.296	1,77	68,5	38,7
	insgesamt	2.133	83.771	1,51	59,2	39,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	147	2.792	0,38	7,2	19,0
	Frauen	576	10.338	0,56	10,1	18,0
	insgesamt	723	13.130	0,51	9,3	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.722	63.498	4,44	163,8	36,9
	Frauen	7.824	279.475	7,62	272,2	35,7
	insgesamt	9.546	342.973	6,75	242,5	35,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	858	11.537	2,21	29,8	13,5
	Frauen	3.180	33.967	3,10	33,1	10,7
	insgesamt	4.038	45.504	2,85	32,2	11,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	353	2.990	0,91	7,7	8,5
	Frauen	1.594	8.839	1,55	8,6	5,6
	insgesamt	1.947	11.829	1,38	8,4	6,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	527	3.880	1,36	10,0	7,4
	Frauen	2.003	15.647	1,95	15,2	7,8
	insgesamt	2.530	19.527	1,79	13,8	7,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	933	20.549	2,41	53,0	22,0
	Frauen	2.772	42.423	2,70	41,3	15,3
	insgesamt	3.705	62.972	2,62	44,5	17,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	13.014	74.490	33,56	192,1	5,7
	Frauen	45.849	279.023	44,66	271,8	6,1
	insgesamt	58.863	353.513	41,61	249,9	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.901	27.374	12,64	70,6	5,6
	Frauen	14.192	73.648	13,82	71,7	5,2
	insgesamt	19.093	101.022	13,50	71,4	5,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	628	7.916	1,62	20,4	12,6
	Frauen	1.247	12.458	1,21	12,1	10,0
	insgesamt	1.875	20.374	1,33	14,4	10,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.009	75.943	12,92	195,8	15,2
	Frauen	14.733	257.077	14,35	250,4	17,5
	insgesamt	19.742	333.020	13,96	235,4	16,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	383	3.632	0,99	9,4	9,5
	Frauen	4.429	38.879	4,31	37,9	8,8
	insgesamt	4.812	42.511	3,40	30,1	8,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.683	20.478	1,64	19,9	12,2
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.513	17.696	6,48	45,6	7,0
	Frauen	7.991	60.519	7,78	58,9	7,6
	insgesamt	10.504	78.215	7,43	55,3	7,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.557	58.251	9,17	150,2	16,4
	Frauen	6.732	122.877	6,56	119,7	18,3
	insgesamt	10.289	181.128	7,27	128,1	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	391	9.005	1,01	23,2	23,0
	Frauen	2.246	44.986	2,19	43,8	20,0
	insgesamt	2.637	53.991	1,86	38,2	20,5
Zusammen	Männer	40.187	417.213	103,63	1.075,9	10,4
	Frauen	133.641	1.450.780	130,16	1.413,0	10,9
	insgesamt	173.828	1.867.993	122,89	1.320,6	10,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	919	14.843	2,37	38,3	16,2
	Frauen	1.814	30.480	1,77	29,7	16,8
	insgesamt	2.733	45.323	1,93	32,0	16,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.679	60.533	10,71	67,0	6,3
	Frauen	50.384	291.000	11,18	64,6	5,8
	insgesamt	60.063	351.533	11,10	65,0	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.039	36.947	1,15	40,9	35,6
	Frauen	7.155	329.200	1,59	73,1	46,0
	insgesamt	8.194	366.147	1,51	67,7	44,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	389	8.463	0,43	9,4	21,8
	Frauen	2.335	46.773	0,52	10,4	20,0
	insgesamt	2.724	55.236	0,50	10,2	20,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.275	247.935	5,83	274,2	47,0
	Frauen	32.814	1.327.649	7,28	294,6	40,5
	insgesamt	38.089	1.575.584	7,04	291,2	41,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.540	29.757	1,70	32,9	19,3
	Frauen	12.874	205.410	2,86	45,6	16,0
	insgesamt	14.414	235.167	2,66	43,5	16,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	909	8.189	1,01	9,1	9,0
	Frauen	4.303	35.070	0,95	7,8	8,2
	insgesamt	5.212	43.259	0,96	8,0	8,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.128	14.006	1,25	15,5	12,4
	Frauen	6.223	65.152	1,38	14,5	10,5
	insgesamt	7.351	79.158	1,36	14,6	10,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.427	68.982	2,68	76,3	28,4
	Frauen	11.697	215.503	2,60	47,8	18,4
	insgesamt	14.124	284.485	2,61	52,6	20,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	26.767	180.492	29,61	199,6	6,7
	Frauen	150.659	998.485	33,44	221,6	6,6
	insgesamt	177.426	1.178.977	32,80	217,9	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.868	73.479	10,91	81,3	7,5
	Frauen	51.681	332.046	11,47	73,7	6,4
	insgesamt	61.549	405.525	11,38	75,0	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.255	19.720	1,39	21,8	15,7
	Frauen	5.792	74.261	1,29	16,5	12,8
	insgesamt	7.047	93.981	1,30	17,4	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	15.099	308.339	16,70	341,1	20,4
	Frauen	71.429	1.720.940	15,85	381,9	24,1
	insgesamt	86.528	2.029.279	15,99	375,1	23,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	946	11.104	1,05	12,3	11,7
	Frauen	17.615	188.180	3,91	41,8	10,7
	insgesamt	18.561	199.284	3,43	36,8	10,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	9.354	121.914	2,08	27,1	13,0
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.902	47.702	4,32	52,8	12,2
	Frauen	28.867	306.115	6,41	67,9	10,6
	insgesamt	32.769	353.817	6,06	65,4	10,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.019	174.627	8,87	193,2	21,8
	Frauen	31.607	679.288	7,01	150,8	21,5
	insgesamt	39.626	853.915	7,32	157,8	21,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.173	35.538	1,30	39,3	30,3
	Frauen	9.693	219.962	2,15	48,8	22,7
	insgesamt	10.866	255.500	2,01	47,2	23,5
Zusammen	Männer	89.575	1.329.228	99,08	1.470,2	14,8
	Frauen	505.923	7.190.565	112,28	1.595,8	14,2
	insgesamt	595.498	8.519.793	110,07	1.574,8	14,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.254	49.381	2,49	54,6	21,9
	Frauen	8.480	174.239	1,88	38,7	20,6
	insgesamt	10.734	223.620	1,98	41,3	20,8

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.251	15.656	11,65	81,0	7,0
	Frauen	457	2.851	10,34	64,5	6,2
	insgesamt	2.708	18.507	11,41	78,0	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	328	11.950	1,70	61,9	36,4
	Frauen	105	3.249	2,37	73,5	30,9
	insgesamt	433	15.199	1,82	64,0	35,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	171	4.072	0,89	21,1	23,8
	Frauen	39	467	0,88	10,6	12,0
	insgesamt	210	4.539	0,88	19,1	21,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	912	32.413	4,72	167,8	35,5
	Frauen	352	15.023	7,96	339,8	42,7
	insgesamt	1.264	47.436	5,32	199,8	37,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	447	10.672	2,31	55,2	23,9
	Frauen	175	1.434	3,96	32,4	8,2
	insgesamt	622	12.106	2,62	51,0	19,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	287	3.226	1,49	16,7	11,2
	Frauen	56	300	1,27	6,8	5,4
	insgesamt	343	3.526	1,44	14,9	10,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	336	4.349	1,74	22,5	12,9
	Frauen	60	500	1,36	11,3	8,3
	insgesamt	396	4.849	1,67	20,4	12,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	907	28.419	4,70	147,1	31,3
	Frauen	130	1.645	2,94	37,2	12,7
	insgesamt	1.037	30.064	4,37	126,6	29,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.168	53.578	31,93	277,4	8,7
	Frauen	1.632	10.797	36,91	244,2	6,6
	insgesamt	7.800	64.375	32,86	271,2	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.064	21.139	15,86	109,4	6,9
	Frauen	702	4.413	15,88	99,8	6,3
	insgesamt	3.766	25.552	15,86	107,6	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	409	6.410	2,12	33,2	15,7
	Frauen	65	620	1,47	14,0	9,5
	insgesamt	474	7.030	2,00	29,6	14,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.743	149.401	34,91	773,4	22,2
	Frauen	737	14.183	16,67	320,8	19,2
	insgesamt	7.480	163.584	31,51	689,1	21,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	332	4.843	1,72	25,1	14,6
	Frauen	189	1.771	4,27	40,1	9,4
	insgesamt	521	6.614	2,19	27,9	12,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	73	686	1,65	15,5	9,4
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.223	15.360	6,33	79,5	12,6
	Frauen	294	2.850	6,65	64,5	9,7
	insgesamt	1.517	18.210	6,39	76,7	12,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.333	78.103	17,25	404,3	23,4
	Frauen	311	6.897	7,03	156,0	22,2
	insgesamt	3.644	85.000	15,35	358,1	23,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	250	4.793	1,29	24,8	19,2
	Frauen	111	2.597	2,51	58,7	23,4
	insgesamt	361	7.390	1,52	31,1	20,5
Zusammen	Männer	27.208	445.284	140,84	2.305,0	16,4
	Frauen	5.505	70.695	124,51	1.599,0	12,8
	insgesamt	32.713	515.979	137,80	2.173,5	15,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.743	45.582	9,02	236,0	26,2
	Frauen	84	2.621	1,90	59,3	31,2
	insgesamt	1.827	48.203	7,70	203,1	26,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.061	8.106	7,49	57,2	7,6
	Frauen	1.504	11.705	8,45	65,8	7,8
	insgesamt	2.565	19.811	8,02	62,0	7,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	151	5.912	1,07	41,7	39,2
	Frauen	259	15.364	1,46	86,4	59,3
	insgesamt	410	21.276	1,28	66,6	51,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	47	1.220	0,33	8,6	26,0
	Frauen	81	1.735	0,46	9,8	21,4
	insgesamt	128	2.955	0,40	9,2	23,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	562	22.572	3,97	159,3	40,2
	Frauen	1.229	49.327	6,91	277,3	40,1
	insgesamt	1.791	71.899	5,60	224,9	40,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	194	3.088	1,37	21,8	15,9
	Frauen	450	7.003	2,53	39,4	15,6
	insgesamt	644	10.091	2,01	31,6	15,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	108	1.537	0,76	10,8	14,2
	Frauen	121	1.390	0,68	7,8	11,5
	insgesamt	229	2.927	0,72	9,2	12,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	130	1.244	0,92	8,8	9,6
	Frauen	219	2.831	1,23	15,9	12,9
	insgesamt	349	4.075	1,09	12,8	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	321	8.977	2,26	63,3	28,0
	Frauen	425	8.779	2,39	49,4	20,7
	insgesamt	746	17.756	2,33	55,6	23,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.403	24.805	24,01	175,0	7,3
	Frauen	5.317	40.131	29,89	225,6	7,6
	insgesamt	8.720	64.936	27,28	203,2	7,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.177	9.610	8,30	67,8	8,2
	Frauen	1.835	12.009	10,31	67,5	6,5
	insgesamt	3.012	21.619	9,42	67,6	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	180	2.608	1,27	18,4	14,5
	Frauen	219	3.345	1,23	18,8	15,3
	insgesamt	399	5.953	1,25	18,6	14,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.363	52.724	16,67	372,0	22,3
	Frauen	2.555	60.316	14,36	339,0	23,6
	insgesamt	4.918	113.040	15,39	353,7	23,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	136	1.627	0,96	11,5	12,0
	Frauen	632	6.339	3,55	35,6	10,0
	insgesamt	768	7.966	2,40	24,9	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	263	3.920	1,48	22,0	14,9
	insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	499	6.505	3,52	45,9	13,0
	Frauen	1.026	10.893	5,77	61,2	10,6
	insgesamt	1.525	17.398	4,77	54,4	11,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.642	43.536	11,59	307,2	26,5
	Frauen	1.222	30.111	6,87	169,3	24,6
	insgesamt	2.864	73.647	8,96	230,4	25,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	136	2.716	0,96	19,2	20,0
	Frauen	336	7.889	1,89	44,3	23,5
	insgesamt	472	10.605	1,48	33,2	22,5
Zusammen	Männer	12.145	197.147	85,69	1.391,1	16,2
	Frauen	17.728	274.111	99,65	1.540,7	15,5
	insgesamt	29.873	471.258	93,46	1.474,4	15,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	745	23.549	5,26	166,2	31,6
	Frauen	411	12.359	2,31	69,5	30,1
	insgesamt	1.156	35.908	3,62	112,3	31,1

Beschäftigte BKK Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen

4a

Bundesgebiet

Seite

A 58

Wirtschaftsgruppen	Schlüssel**	BKK Beschäftigte* 2011			Beschäftigte Gesamtdeutschland***			Anteil BKK in %
		Männer	Frauen	insg.	Männer	Frauen	insg.	
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	1–3	11.928	7.162	19.091	153.071	72.602	225.673	8,5
Nahrung, Genuss	10–12	51.833	46.484	98.317	337.806	318.706	656.512	15,0
Textil, Bekleidung, Leder	13–15	10.245	11.435	21.680	58.183	70.690	128.873	16,8
Holz, Papier, Druck	16–18	55.802	18.672	74.475	293.401	101.343	394.744	18,9
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	11.342	2.530	13.872	92.439	18.490	110.929	12,5
Papiergewerbe	17	24.236	5.792	30.028	97.307	29.335	126.642	23,7
Druck	18	20.224	10.350	30.574	103.655	53.518	157.173	19,5
Chemie	19–22	171.424	62.318	233.742	587.312	235.233	822.545	28,4
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	11.007	1.987	12.994	22.900	4.874	27.774	46,8
Chemische Industrie	20–21	111.809	44.148	155.957	302.001	141.105	443.106	35,2
Gummi- und Kunststoffwaren	22	48.607	16.182	64.790	262.411	89.254	351.665	18,4
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	30.371	8.210	38.581	162.226	39.523	201.749	19,1
Metallerzeugung	24–25	176.691	33.435	210.126	889.319	180.128	1.069.447	19,6
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	81.259	9.607	90.867	274.649	37.788	312.437	29,1
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	95.431	23.828	119.259	614.670	142.340	757.010	15,8
Metallverarbeitung	26–30	703.321	164.295	867.615	2.130.104	517.342	2.647.446	32,8
Elektron. und elektrotechn. Fertigung	26–27	147.349	62.642	209.991	536.800	220.050	756.850	27,7
Maschinenbau	28	195.290	38.004	233.294	811.007	152.495	963.502	24,2
Kfz-Bau	29	337.214	59.713	396.926	666.973	125.293	792.266	50,1
Sonstiger Fahrzeugbau	30	23.467	3.937	27.404	115.324	19.504	134.828	20,3
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	31–32	35.367	24.090	59.457	203.369	130.368	333.737	17,8
Energie- und Wasserversorgung	35–37	67.772	22.634	90.406	225.488	74.815	300.303	30,1
Abfallbeseitigung und Recycling	38–39	20.350	4.558	24.909	133.070	25.717	158.787	15,7
Baugewerbe	41–43	176.749	31.278	208.027	1.426.718	210.373	1.637.091	12,7
Handel	45–47	346.649	382.925	729.574	1.966.465	2.123.136	4.089.601	17,8
Kfz-Werkstätten	45	92.804	25.221	118.025	480.760	117.137	597.897	19,7
Großhandel	46	150.107	96.349	246.456	855.362	476.854	1.332.216	18,5
Einzelhandel	47	103.738	261.355	365.093	630.343	1.529.145	2.159.488	16,9
Verkehr	49–52	209.717	64.251	273.968	983.427	260.013	1.243.440	22,0
Landverkehr	49	100.763	20.748	121.511	434.270	76.641	510.911	23,8
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	50–52	108.954	43.503	152.457	549.157	183.372	732.529	20,8
Postdienste	53	34.748	45.398	80.147	109.978	100.787	210.765	38,0
Gastgewerbe	55–56	41.690	62.586	104.276	370.913	497.305	868.218	12,0
Verlage und Medien	58–60	16.797	21.733	38.530	117.248	121.027	238.275	16,2
Telekommunikation	61	24.533	6.547	31.080	55.242	18.598	73.840	42,1
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62–63	69.459	34.870	104.329	377.612	159.172	536.784	19,4
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64–66	94.782	146.416	241.198	439.106	561.489	1.000.595	24,1
Dienstleistungen	68–82	336.728	330.910	667.638	2.058.084	1.795.884	3.853.968	17,3
Grundstücke und Vermietungen	68	16.942	19.578	36.520	102.706	109.354	212.060	17,2
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	69–75	143.870	180.593	324.463	780.616	865.678	1.646.294	19,7
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	88.954	41.659	130.613	608.284	247.117	855.401	15,3
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79–82	86.963	89.080	176.043	566.478	573.735	1.140.213	15,4
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	92.172	152.623	244.796	629.672	1.043.341	1.673.013	14,6
Erziehung und Unterricht	85	42.439	105.589	148.028	347.612	743.603	1.091.215	13,6
Gesundheits- und Sozialwesen	86–88	97.716	455.517	553.233	708.114	2.878.474	3.586.588	15,4
Gesundheitswesen	86	52.070	285.411	337.481	395.155	1.708.846	2.104.001	16,0
Sozialwesen	87–88	45.646	170.106	215.751	312.959	1.169.628	1.482.587	14,6
Kultur, Sport und Unterhaltung	90–93	15.152	18.123	33.275	113.585	124.239	237.824	14,0
Gesamt		3.101.547	2.422.674	5.524.221	15.355.644	13.025.699	28.381.343	19,5

* Pflicht- und freiwillige Mitglieder

** Verzeichnis der Wirtschaftszweige, Bundesagentur für Arbeit

*** Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008) am Stichtag 30. Juni 2011

Arbeitsunfähigkeit,
Geschlechtsverteilung
und Durchschnittsalter der
beschäftigten Mitglieder
nach Wirtschaftsgruppen

4b

Bundesgebiet

Seite

A 60

Wirtschaftsgruppen	je pflichtversichert Beschäftigten			je insg. versicherten Beschäftigten			Frauenanteil BKK Mitgl. % Frauen	Durchschnittsalter der Beschäftigten BKK-Mitglieder		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen		Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	12,4	12,2	12,8	12,2	11,9	12,6	37,5 %	39,1	38,8	39,7
Nahrung, Genuss	16,8	16,8	16,9	16,2	15,9	16,6	47,3 %	40,7	40,9	40,4
Textil, Bekleidung, Leder	14,6	16,0	13,5	13,8	14,6	13,1	52,7 %	42,9	43,3	42,5
Holz, Papier, Druck	16,3	16,9	14,6	15,5	16,0	14,2	25,1 %	42,4	42,6	41,7
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	15,4	15,9	12,9	14,9	15,4	12,7	18,2 %	40,3	40,1	41,0
Papiergewerbe	16,8	17,5	13,9	15,8	16,4	13,3	19,3 %	43,1	43,4	42,0
Druck	16,3	16,7	15,5	15,6	15,8	15,1	33,9 %	42,5	42,9	41,8
Chemie	16,4	16,9	15,2	14,2	14,4	13,6	26,7 %	43,0	43,5	41,6
Kokerei, Mineralölverarbeitung	14,5	14,7	13,6	12,3	12,4	11,7	15,3 %	43,0	43,6	40,0
Chemische Industrie	16,4	17,2	14,7	13,8	14,2	12,9	28,3 %	43,4	44,1	41,4
Gummi- und Kunststoffwaren	16,5	16,5	16,6	15,3	15,1	15,9	25,0 %	42,0	41,9	42,2
Glas, Keramik, Steine/Erden	17,3	18,3	13,7	16,3	17,1	13,2	21,3 %	43,6	43,8	42,8
Metallerzeugung	17,3	17,8	14,8	16,2	16,6	14,1	15,9 %	42,4	42,5	42,2
Metallerzeugung und -bearbeitung	19,3	19,8	15,1	17,7	18,2	13,5	10,6 %	44,1	44,3	42,3
Herstellung von Metallerzeugnissen	15,9	16,2	14,8	15,0	15,2	14,4	20,0 %	41,2	40,9	42,2
Metallverarbeitung	16,3	16,3	16,5	13,9	13,7	15,0	18,9 %	42,4	42,7	41,2
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	14,8	13,4	17,3	12,0	10,5	15,7	29,8 %	42,6	42,5	42,8
Maschinenbau	14,8	15,5	11,8	13,0	13,4	11,0	16,3 %	41,8	42,1	40,8
Kfz-Bau	18,0	17,8	19,0	15,6	15,3	17,1	15,0 %	42,6	43,1	39,8
Sonstiger Fahrzeugbau	15,7	16,3	12,2	12,8	13,1	10,6	14,4 %	42,1	42,4	40,1
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	13,8	13,9	13,7	13,0	12,7	13,4	40,5 %	40,6	40,7	40,6
Energie- und Wasserwirtschaft	15,4	16,1	14,0	12,9	12,9	12,8	25,0 %	43,1	43,9	40,9
Abfallbeseitigung und Recycling	21,7	23,1	16,0	21,0	22,2	15,7	18,3 %	43,6	44,0	41,6
Baugewerbe	16,3	17,4	10,2	15,9	16,9	10,1	15,0 %	39,2	38,9	41,1
Handel	13,8	13,3	14,2	13,2	12,4	14,0	52,5 %	39,6	39,3	40,0
Kfz-Werkstätten	13,5	14,1	11,6	13,1	13,6	11,5	21,4 %	37,6	37,5	38,0
Großhandel	12,6	13,0	11,9	11,6	11,7	11,5	39,1 %	41,0	41,4	40,4
Einzelhandel	14,5	12,8	15,2	14,3	12,3	15,1	71,6 %	39,4	37,8	40,0
Verkehr	19,9	20,3	18,5	19,3	19,7	18,1	23,5 %	43,1	43,8	41,0
Landverkehr	22,2	22,0	22,8	21,9	21,8	22,6	17,1 %	44,6	45,0	42,5
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	18,0	18,6	16,4	17,3	17,8	16,0	28,5 %	41,9	42,6	40,2
Postdienste	22,7	18,6	25,8	22,4	18,4	25,5	56,6 %	44,7	42,2	46,6
Gastgewerbe	13,2	10,6	15,0	13,2	10,5	14,9	60,0 %	36,6	35,5	37,3
Verlage und Medien	9,5	9,2	9,7	8,7	8,0	9,3	56,4 %	40,8	41,2	40,4
Telekommunikation	16,6	16,0	18,8	14,5	13,8	17,3	21,1 %	43,8	44,7	40,4
Informationsdienstleistungen Datenverarbeitung	9,8	8,4	11,6	8,2	7,0	10,6	33,4 %	39,4	39,5	39,3
Kredit- und Versicherungsgewerbe	11,7	10,1	12,3	10,4	8,4	11,7	60,7 %	40,5	41,3	40,0
Dienstleistungen	13,7	14,1	13,3	12,7	12,6	12,9	49,6 %	39,9	40,1	39,7
Grundstücks- und Wohnungswesen	12,8	13,6	12,1	12,0	12,2	11,8	53,6 %	43,1	44,6	41,8
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	9,8	9,6	10,0	8,9	8,0	9,6	55,7 %	39,7	40,7	39,0
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	16,0	15,6	16,7	15,9	15,5	16,6	31,9 %	37,1	36,9	37,3
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	18,0	17,7	18,2	17,6	17,1	18,0	50,6 %	41,5	41,4	41,7
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	18,4	18,8	18,3	18,1	18,1	18,2	62,3 %	44,1	45,1	43,5
Erziehung und Unterricht	13,2	10,8	14,1	12,9	10,3	13,9	71,3 %	39,9	37,8	40,8
Gesundheits- und Sozialwesen	15,8	14,7	16,0	15,5	14,0	15,9	82,3 %	40,0	41,1	39,7
Gesundheitswesen	13,6	14,5	13,5	13,4	13,6	13,4	84,6 %	39,0	41,1	38,6
Sozialwesen	19,1	14,9	20,1	18,9	14,5	20,0	78,8 %	41,5	41,0	41,7
Kultur, Sport und Unterhaltung	14,7	13,9	15,4	14,5	13,5	15,3	54,5 %	40,4	40,4	40,4
Gesamt	16,1	16,4	15,6	14,7	14,5	15,0	43,9 %	41,3	41,8	40,6

Arbeitsunfälle der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen

5

Fälle je 1.000

Seite

A 62

Schädigungsart	Geschlecht	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	Nahrung, Genuss	Textil, Bekleidung, Leder	Holz, Papier, Druck	Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	Papiergewerbe	Druck	Chemie	Kokerei, Mineralölverarbeitung	Chemische Industrie	Gummi- und Kunststoffwaren
Verletzungen des Kopfes	Männer	7,0	3,6	2,9	3,2	6,8	2,4	2,2	1,8	1,1	1,5	2,6
	Frauen	4,4	2,1	1,0	1,3	1,6	1,1	1,4	1,2	1,6	1,3	1,1
	insgesamt	6,0	2,8	1,9	2,7	5,8	2,1	1,9	1,7	1,2	1,4	2,2
Verletzungen des Halses	Männer	2,0	1,7	0,7	1,1	1,1	1,0	1,2	1,1	0,5	1,0	1,3
	Frauen	1,7	1,6	1,7	1,9	1,2	1,7	2,2	1,7	3,9	1,5	1,8
	insgesamt	1,9	1,6	1,3	1,3	1,1	1,1	1,6	1,3	1,2	1,2	1,5
Verletzungen des Thorax	Männer	4,3	2,2	1,4	1,6	3,3	1,2	1,0	0,9	0,7	0,7	1,3
	Frauen	2,1	1,1	0,4	0,2	0,4	0,4	0,1	0,4	0,0	0,3	0,7
	insgesamt	3,5	1,7	0,8	1,2	2,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,6	1,1
Verletz. d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	1,7	1,2	0,8	1,1	1,8	0,9	0,9	0,6	0,2	0,5	0,8
	Frauen	1,3	1,3	0,7	0,4	0,0	0,9	0,2	0,3	0,0	0,3	0,3
	insgesamt	1,5	1,2	0,8	0,9	1,4	0,9	0,6	0,5	0,2	0,4	0,7
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	2,9	1,9	1,4	1,4	2,4	1,0	1,3	1,1	0,5	1,1	1,2
	Frauen	1,3	1,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,6	0,5	0,8	0,5	0,5
	insgesamt	2,3	1,6	0,7	1,2	2,0	0,8	1,1	0,9	0,6	0,9	1,0
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	4,7	2,4	1,2	2,2	3,6	1,9	1,8	1,2	0,5	0,9	2,0
	Frauen	2,4	1,4	0,9	1,3	0,8	2,0	1,0	0,7	1,6	0,6	1,0
	insgesamt	3,8	1,9	1,1	2,0	3,1	1,9	1,5	1,1	0,7	0,8	1,7
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	14,0	13,5	11,1	13,9	27,1	9,8	10,9	6,8	2,0	3,7	12,9
	Frauen	8,8	8,2	2,7	4,8	7,7	4,6	4,2	2,9	0,8	2,1	4,8
	insgesamt	12,0	10,9	6,5	11,5	23,5	8,8	8,5	5,7	1,8	3,2	10,8
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	1,7	1,0	1,2	0,5	0,8	0,6	0,2	0,5	0,4	0,4	0,7
	Frauen	1,1	0,4	0,5	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,3
	insgesamt	1,5	0,7	0,8	0,4	0,8	0,5	0,2	0,4	0,3	0,3	0,6
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	8,9	5,3	3,7	3,7	5,8	3,0	3,2	2,5	1,6	2,4	2,9
	Frauen	3,7	2,9	1,3	1,5	0,8	1,3	1,7	1,6	0,8	1,5	2,0
	insgesamt	7,0	4,1	2,4	3,1	4,9	2,7	2,7	2,3	1,5	2,1	2,7
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	8,6	6,9	4,4	6,7	11,4	6,2	4,4	3,2	2,5	2,4	4,6
	Frauen	5,3	3,8	1,1	2,2	4,0	0,9	2,5	2,0	0,8	1,7	2,7
	insgesamt	7,3	5,4	2,6	5,5	10,0	5,1	3,7	2,8	2,2	2,2	4,1
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	1,5	0,9	1,0	0,8	0,6	1,0	0,7	0,4	0,0	0,3	0,7
	Frauen	0,9	0,7	0,7	0,6	0,8	0,4	0,6	0,1	0,0	0,1	0,2
	insgesamt	1,2	0,8	0,9	0,7	0,6	0,9	0,6	0,3	0,0	0,2	0,6
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	13,5	10,8	7,2	10,4	19,6	7,8	8,1	5,0	2,0	3,1	8,7
	Frauen	6,4	5,8	2,8	3,2	4,8	2,2	3,3	2,0	0,0	1,4	3,4
	insgesamt	10,8	8,4	4,8	8,5	16,8	6,6	6,4	4,1	1,6	2,5	7,3
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	3,4	0,5	1,2	1,2	3,9	0,6	0,2	0,6	0,7	0,2	1,2
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insgesamt	2,1	0,3	0,6	0,9	3,2	0,5	0,1	0,4	0,6	0,1	0,9

Schädigungsart	Geschlecht	Glas, Keramik, Steine/Erden	Metallerzeugung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Herstellung von Metallerzeugnissen	Metallverarbeitung	Elektronische und elektrotechnische Fertigung	Maschinenbau	Kfz-Bau	Sonstiger Fahrzeugbau	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	Energie- und Wasserwirtschaft
Verletzungen des Kopfes	Männer	3,4	3,5	2,6	4,2	2,3	1,2	3,0	2,3	3,5	2,8	2,8
	Frauen	1,0	1,5	0,7	1,8	1,2	0,8	1,0	1,9	0,7	1,3	0,7
	insgesamt	2,9	3,2	2,4	3,7	2,1	1,0	2,6	2,2	3,1	2,1	2,2
Verletzungen des Halses	Männer	1,5	1,3	1,1	1,3	1,3	1,0	1,1	1,4	1,6	1,5	1,5
	Frauen	1,2	1,5	1,8	1,4	1,8	1,1	1,7	2,5	2,7	1,9	1,7
	insgesamt	1,4	1,3	1,2	1,4	1,4	1,1	1,2	1,6	1,8	1,7	1,6
Verletzungen des Thorax	Männer	1,8	1,8	1,8	1,7	1,1	0,6	1,4	1,1	1,9	1,2	1,5
	Frauen	0,5	0,6	0,6	0,7	0,5	0,3	0,4	0,9	1,0	0,3	0,2
	insgesamt	1,5	1,6	1,7	1,5	1,0	0,5	1,2	1,0	1,7	0,8	1,1
Verletz. d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	1,1	1,0	0,8	1,1	0,6	0,4	0,8	0,7	1,0	0,5	1,0
	Frauen	0,0	0,3	0,1	0,4	0,5	0,2	0,4	0,9	0,0	0,4	0,3
	insgesamt	0,9	0,8	0,7	0,9	0,6	0,3	0,7	0,7	0,8	0,4	0,8
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	1,8	1,6	1,4	1,8	1,1	0,7	1,5	1,0	1,2	1,4	1,6
	Frauen	0,3	0,6	0,2	0,7	0,6	0,4	0,5	0,9	0,7	0,3	0,5
	insgesamt	1,5	1,5	1,3	1,6	1,0	0,6	1,3	1,0	1,2	0,9	1,2
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	2,2	2,1	1,7	2,4	1,3	0,8	1,7	1,3	1,5	0,9	1,5
	Frauen	0,8	1,0	0,6	1,1	0,6	0,4	0,3	1,0	0,7	0,7	0,9
	insgesamt	1,9	1,9	1,6	2,1	1,2	0,6	1,5	1,2	1,4	0,8	1,3
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	13,2	15,8	12,3	18,8	8,7	5,4	13,2	7,2	9,7	12,6	6,7
	Frauen	4,0	4,4	3,1	4,9	3,0	2,1	2,5	4,4	2,0	3,9	1,7
	insgesamt	11,1	14,0	11,3	15,9	7,4	4,2	11,2	6,7	8,5	8,8	5,1
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	0,8	0,7	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8	0,4	0,5
	Frauen	0,4	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,7	0,3	0,3
	insgesamt	0,7	0,6	0,7	0,6	0,4	0,3	0,4	0,5	0,8	0,3	0,4
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	4,8	4,7	4,8	4,7	3,0	1,6	3,5	3,1	4,1	3,5	3,6
	Frauen	1,8	1,7	1,1	1,9	1,6	1,1	1,1	2,5	1,7	1,0	1,8
	insgesamt	4,1	4,2	4,4	4,1	2,7	1,4	3,1	3,0	3,7	2,5	3,0
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	6,1	6,5	6,5	6,4	3,8	2,0	4,5	4,0	5,0	4,1	5,2
	Frauen	2,3	1,3	1,4	1,3	2,3	1,2	2,2	3,6	2,0	2,0	1,9
	insgesamt	5,2	5,6	6,0	5,4	3,5	1,7	4,1	3,9	4,6	3,2	4,1
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	0,9	0,9	0,6	1,2	0,4	0,3	0,6	0,4	0,6	0,8	0,6
	Frauen	0,3	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3
	insgesamt	0,7	0,8	0,5	1,0	0,4	0,2	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	9,7	11,7	8,9	14,0	7,0	3,7	10,6	6,2	5,6	10,4	5,0
	Frauen	2,3	3,0	1,9	3,4	2,2	1,4	1,8	3,2	3,3	3,2	1,2
	insgesamt	8,1	10,3	8,2	11,8	5,9	2,8	9,0	5,7	5,3	7,3	3,8
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	2,2	6,2	4,4	7,7	2,1	0,5	4,2	1,3	4,4	1,1	1,0
	Frauen	0,3	0,4	0,5	0,3	0,2	0,0	0,3	0,1	0,3	0,3	0,0
	insgesamt	1,7	5,2	4,0	6,1	1,7	0,3	3,5	1,1	3,8	0,7	0,7

Schädigungsart	Geschlecht	Abfallbeseitigung und Recycling	Baugewerbe	Handel	Kfz-Werkstätten	Großhandel	Einzelhandel	Verkehr	Landverkehr	Schiff- und Luftfahrt, sonstige	Postdienste	Gastgewerbe
Verletzungen des Kopfes	Männer	6,2	6,2	3,1	4,9	2,7	2,1	3,5	3,5	3,4	3,7	1,3
	Frauen	1,1	0,9	1,4	1,4	1,0	1,6	1,8	2,3	1,5	4,6	1,8
	insgesamt	5,3	5,4	2,2	4,1	2,0	1,7	3,1	3,3	2,9	4,2	1,6
Verletzungen des Halses	Männer	3,0	1,9	1,7	2,0	1,7	1,5	2,2	2,4	2,1	2,7	0,8
	Frauen	2,5	1,6	1,7	2,3	1,9	1,6	2,7	3,1	2,6	3,1	1,6
	insgesamt	2,9	1,9	1,7	2,1	1,8	1,6	2,3	2,5	2,2	2,9	1,3
Verletzungen des Thorax	Männer	4,4	3,4	1,5	1,7	1,7	1,2	2,2	2,2	2,2	3,3	0,9
	Frauen	0,9	0,2	0,5	0,4	0,4	0,6	0,9	1,1	0,8	3,3	0,7
	insgesamt	3,8	2,9	1,0	1,4	1,1	0,8	1,9	2,0	1,8	3,3	0,8
Verletz. d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	3,3	1,9	0,9	1,0	1,0	0,7	1,5	1,6	1,5	2,2	0,7
	Frauen	0,7	0,4	0,6	0,4	0,6	0,7	0,6	0,4	0,7	2,8	1,2
	insgesamt	2,8	1,7	0,8	0,9	0,8	0,7	1,3	1,4	1,3	2,6	1,0
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	4,4	3,1	1,4	1,2	1,6	1,2	2,5	2,4	2,6	3,7	0,9
	Frauen	0,5	0,3	0,7	0,5	0,5	0,8	1,0	1,8	0,6	3,1	0,7
	insgesamt	3,6	2,7	1,0	1,1	1,1	0,9	2,2	2,3	2,0	3,3	0,8
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	5,0	3,2	1,7	1,7	1,8	1,5	2,1	2,1	2,1	2,9	1,3
	Frauen	1,1	0,5	0,9	0,7	0,5	1,0	1,2	1,1	1,2	4,3	1,8
	insgesamt	4,3	2,8	1,2	1,5	1,3	1,1	1,9	1,9	1,8	3,7	1,6
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	15,0	19,8	9,3	14,5	7,5	7,2	8,3	8,1	8,5	7,6	10,3
	Frauen	2,9	1,9	3,6	2,3	1,5	4,5	3,6	4,9	3,0	9,1	6,1
	insgesamt	12,7	17,0	6,2	11,8	4,9	5,3	7,2	7,5	6,9	8,5	7,8
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	1,9	1,3	0,5	0,6	0,5	0,5	0,8	0,8	0,8	1,8	0,3
	Frauen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,7	0,3	1,6	0,2
	insgesamt	1,6	1,1	0,4	0,5	0,4	0,3	0,7	0,8	0,7	1,7	0,3
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	9,7	7,9	3,7	3,9	3,9	3,1	6,5	6,3	6,8	9,8	1,9
	Frauen	1,8	1,1	1,9	1,4	1,5	2,2	3,6	6,1	2,4	12,8	2,6
	insgesamt	8,2	6,8	2,7	3,4	2,9	2,4	5,8	6,2	5,5	11,5	2,3
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	11,8	10,6	5,2	5,1	5,5	4,8	8,7	8,4	9,1	14,4	3,3
	Frauen	2,9	2,0	2,9	1,9	2,3	3,2	4,7	7,9	3,2	15,9	4,0
	insgesamt	10,2	9,3	3,9	4,4	4,1	3,7	7,8	8,3	7,4	15,3	3,7
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	1,6	1,5	0,6	0,7	0,6	0,5	4,0	5,7	2,2	0,4	0,5
	Frauen	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	2,4	5,4	1,0	0,9	0,7
	insgesamt	1,3	1,3	0,4	0,6	0,4	0,4	3,6	5,7	1,9	0,7	0,6
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	12,3	16,5	7,9	12,8	6,3	5,7	6,2	6,0	6,4	7,6	7,2
	Frauen	2,3	2,0	3,0	1,7	1,7	3,6	2,4	3,2	2,1	9,1	5,2
	insgesamt	10,4	14,3	5,2	10,3	4,4	4,1	5,3	5,5	5,2	8,4	6,0
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	2,1	4,4	1,6	3,9	0,9	0,5	0,7	0,7	0,7	0,1	0,1
	Frauen	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	insgesamt	1,7	3,8	0,7	3,0	0,5	0,2	0,6	0,6	0,5	0,1	0,1

Schädigungsart	Geschlecht	Verlage und Medien	Telekommunikation	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	Kredit- und Versicherungsgewerbe	Dienstleistungen	Grundstücks- und Wohnungswesen	Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	Erziehung und Unterricht
Verletzungen des Kopfes	Männer	0,8	1,3	0,5	0,7	2,9	2,4	1,1	4,6	3,3	2,9	1,4
	Frauen	0,6	1,4	0,7	0,6	1,2	1,0	0,7	2,3	1,9	1,2	1,5
	insgesamt	0,7	1,4	0,6	0,6	2,0	1,6	0,8	3,9	2,6	1,8	1,5
Verletzungen des Halses	Männer	0,8	1,9	1,2	1,2	1,8	1,2	1,4	2,1	1,9	1,6	1,6
	Frauen	1,1	2,8	1,6	2,0	1,8	1,9	1,7	2,6	1,8	2,1	1,8
	insgesamt	1,0	2,1	1,3	1,8	1,8	1,6	1,6	2,3	1,8	1,9	1,8
Verletzungen des Thorax	Männer	0,3	1,2	0,2	0,5	1,5	0,8	0,6	2,3	1,9	1,8	0,7
	Frauen	0,3	0,7	0,3	0,3	0,5	0,3	0,2	1,2	0,7	0,6	0,6
	insgesamt	0,3	1,1	0,3	0,3	1,0	0,5	0,3	1,9	1,3	1,0	0,7
Verletz. d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	0,6	0,7	0,2	0,2	1,1	0,9	0,4	1,5	1,3	1,2	0,5
	Frauen	0,7	0,4	0,2	0,4	0,6	0,4	0,4	1,1	0,8	0,5	0,6
	insgesamt	0,6	0,6	0,2	0,3	0,8	0,6	0,4	1,4	1,0	0,8	0,6
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	0,4	0,7	0,4	0,5	1,6	1,5	0,7	2,5	1,8	2,0	0,9
	Frauen	0,2	0,4	0,2	0,5	0,6	0,5	0,3	1,0	0,8	0,7	0,7
	insgesamt	0,3	0,6	0,4	0,5	1,1	1,0	0,5	2,0	1,3	1,2	0,7
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	0,6	1,0	0,6	0,3	1,7	1,2	0,6	2,8	1,8	1,5	0,6
	Frauen	0,4	0,4	0,3	0,6	0,8	0,5	0,5	1,5	1,3	1,0	0,8
	insgesamt	0,5	0,9	0,5	0,5	1,2	0,8	0,5	2,4	1,5	1,2	0,7
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	1,4	3,1	1,5	0,9	9,3	6,1	3,0	17,8	8,1	6,4	4,7
	Frauen	0,9	1,1	0,9	1,0	2,6	1,1	1,2	7,0	3,6	1,7	2,0
	insgesamt	1,1	2,6	1,3	1,0	5,8	3,2	1,9	14,3	5,8	3,4	2,7
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	0,3	0,5	0,1	0,2	0,7	0,5	0,3	1,2	0,8	0,9	0,3
	Frauen	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	0,3	0,4
	insgesamt	0,2	0,4	0,1	0,1	0,5	0,3	0,2	0,9	0,6	0,5	0,3
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	2,4	3,4	1,0	1,2	4,4	4,6	1,9	6,0	5,5	5,0	2,7
	Frauen	0,9	1,7	1,8	1,2	2,0	1,5	1,1	3,2	3,0	2,4	2,3
	insgesamt	1,5	3,0	1,3	1,2	3,1	2,8	1,4	5,1	4,2	3,3	2,4
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	2,0	2,4	1,5	1,6	6,0	3,7	2,3	9,9	6,5	5,3	3,1
	Frauen	1,3	1,9	1,5	1,7	2,5	2,5	1,3	4,5	3,9	3,1	2,8
	insgesamt	1,6	2,3	1,5	1,7	4,2	3,1	1,6	8,2	5,2	3,9	2,9
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	0,3	0,5	0,2	0,1	1,0	0,5	0,4	1,3	1,5	0,5	0,3
	Frauen	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,8	0,5	0,2	0,3
	insgesamt	0,3	0,4	0,2	0,2	0,7	0,3	0,2	1,1	1,0	0,3	0,3
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	1,5	2,8	1,6	1,1	6,8	4,5	2,5	12,1	6,6	6,6	4,0
	Frauen	1,1	1,2	0,7	0,9	2,3	1,2	1,4	4,4	3,2	1,8	2,0
	insgesamt	1,3	2,5	1,2	0,9	4,4	2,6	1,8	9,6	4,8	3,6	2,6
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	0,0	0,1	0,1	0,1	1,8	0,9	0,4	4,4	0,9	1,0	0,4
	Frauen	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,1	0,0	0,0	0,9	0,4	0,2	3,1	0,4	0,4	0,1

Schädigungsart	Geschlecht	Gesundheits- und Sozialwesen	Gesundheitswesen	Sozialwesen	Kultur, Sport und Unterhaltung	Übrige	Gesamt
Verletzungen des Kopfes	Männer	1,4	1,3	1,5	3,8	6,2	3,0
	Frauen	1,4	1,2	1,8	2,1	4,0	1,4
	insgesamt	1,4	1,2	1,7	2,9	5,3	2,3
Verletzungen des Halses	Männer	1,5	1,5	1,6	1,7	4,6	1,7
	Frauen	2,1	1,9	2,4	1,5	5,9	2,0
	insgesamt	2,0	1,8	2,3	1,6	5,1	1,8
Verletzungen des Thorax	Männer	1,1	1,0	1,1	1,6	3,6	1,6
	Frauen	0,7	0,5	0,9	1,2	1,5	0,6
	insgesamt	0,7	0,6	0,9	1,4	2,7	1,2
Verletz. d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	0,6	0,7	0,6	1,3	2,3	1,0
	Frauen	0,7	0,6	1,0	0,6	1,4	0,7
	insgesamt	0,7	0,6	0,9	0,9	1,9	0,9
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	1,3	1,2	1,3	2,8	3,4	1,7
	Frauen	0,7	0,6	0,9	0,5	1,7	0,7
	insgesamt	0,8	0,7	1,0	1,5	2,7	1,2
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	1,1	1,2	1,1	1,1	4,1	1,8
	Frauen	0,8	0,5	1,1	1,0	2,5	0,9
	insgesamt	0,8	0,6	1,1	1,0	3,4	1,4
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	4,8	4,4	5,3	6,3	18,2	9,8
	Frauen	2,6	1,9	3,7	2,9	6,4	3,1
	insgesamt	3,0	2,3	4,1	4,4	13,4	6,6
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	0,4	0,3	0,4	2,5	1,6	0,7
	Frauen	0,3	0,2	0,5	0,4	0,8	0,3
	insgesamt	0,3	0,2	0,5	1,4	1,2	0,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	2,9	3,1	2,6	8,5	9,4	4,4
	Frauen	2,2	1,7	3,0	3,0	6,0	2,3
	insgesamt	2,3	1,9	2,9	5,4	8,0	3,4
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	3,0	2,6	3,5	9,7	11,3	5,7
	Frauen	2,6	2,1	3,5	4,8	7,2	3,0
	insgesamt	2,7	2,1	3,5	7,0	9,6	4,4
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	0,4	0,3	0,4	0,8	2,4	1,0
	Frauen	0,4	0,3	0,5	0,4	1,0	0,4
	insgesamt	0,4	0,3	0,5	0,6	1,8	0,7
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	3,5	2,8	4,3	7,3	14,8	7,8
	Frauen	2,1	1,7	2,8	3,2	6,3	2,6
	insgesamt	2,4	1,9	3,1	5,0	11,4	5,4
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	0,3	0,2	0,4	0,4	4,2	1,9
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
	insgesamt	0,1	0,1	0,1	0,2	2,5	1,0

Schädigungsart	Geschlecht	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	Nahrung, Genuss	Textil, Bekleidung, Leder	Holz, Papier, Druck	Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	Papiergewerbe	Druck	Chemie	Kokerei, Mineralölverarbeitung	Chemische Industrie	Gummi- und Kunststoffwaren
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	1,7	3,0	0,9	1,0	1,1	1,3	0,7	1,1	1,3	0,9	1,5
	Frauen	0,7	1,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,8	0,4	0,2
	insgesamt	1,3	2,1	0,5	0,8	1,0	1,1	0,5	0,9	1,2	0,8	1,1
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,3	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	insgesamt	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,0	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2
	Frauen	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,1	0,8	0,0	0,1
	insgesamt	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1
	Frauen	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insgesamt	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
	Frauen	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	Frauen	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insgesamt	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Zusammen	Männer	76,4	55,7	39,5	49,5	89,7	39,2	37,5	27,2	14,0	19,3	42,9
	Frauen	40,6	32,2	14,3	18,3	23,0	16,6	18,1	14,1	11,8	11,9	19,2
	insgesamt	62,8	44,2	25,6	41,3	77,2	34,6	30,6	23,3	13,6	17,0	36,6

Schädigungsart	Geschlecht	Glas, Keramik, Steine/Erden	Metallerzeugung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Herstellung von Metallerzeugnissen	Metallverarbeitung	Elektronische und elektrotechnische Fertigung	Maschinenbau	Kfz-Bau	Sonstiger Fahrzeugaufbau	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	Energie- und Wasserwirtschaft
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	1,4	2,0	2,2	1,9	0,7	0,5	1,0	0,5	1,4	0,9	1,0
	Frauen	0,6	0,2	0,0	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,6	0,1
	insgesamt	1,3	1,7	2,0	1,5	0,6	0,4	0,8	0,4	1,2	0,8	0,7
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
	insgesamt	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
	Frauen	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
	insgesamt	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insgesamt	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0
Zusammen	Männer	51,5	60,3	50,4	68,6	34,2	19,4	48,0	31,1	43,0	42,8	34,1
	Frauen	15,7	17,2	12,7	18,8	15,3	9,8	12,8	22,9	16,0	16,3	11,7
	insgesamt	43,5	53,2	46,5	58,2	30,2	15,9	41,6	29,8	38,8	31,3	27,0

Schädigungsart	Geschlecht	Abfallbeseitigung und Recycling	Baugewerbe	Handel	Kfz-Werkstätten	Großhandel	Einzelhandel	Verkehr	Landverkehr	Schiff- und Luftfahrt, sonstige	Postdienste	Gastgewerbe
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	1,5	1,5	0,6	1,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,2	3,1
	Frauen	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	2,0
	insgesamt	1,2	1,3	0,4	1,0	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2	2,4
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. aktive Substanzen	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0
	insgesamt	0,5	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Sonstige u. n. n. b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,0	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
	insgesamt	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	insgesamt	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
	insgesamt	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	insgesamt	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Zusammen	Männer	83,4	84,1	40,1	55,8	36,5	31,1	50,2	51,2	49,3	60,6	33,1
	Frauen	17,9	11,4	18,3	13,5	12,4	20,7	25,8	38,4	19,7	71,4	28,8
	insgesamt	71,2	73,0	28,1	46,3	26,3	23,6	44,4	49,0	40,6	66,7	30,5

Schädigungsart	Geschlecht	Verlage und Medien	Telekommunikation	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	Kredit- und Versicherungsgewerbe	Dienstleistungen	Grundstücks- und Wohnungswesen	Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	Erziehung und Unterricht
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	0,1	0,3	0,1	0,1	0,8	0,4	0,3	1,6	0,6	0,3	0,3
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,6	0,3	0,2	0,2
	insgesamt	0,0	0,2	0,0	0,1	0,5	0,3	0,2	1,3	0,4	0,2	0,3
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0
	Frauen	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
	insgesamt	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Zusammen	Männer	11,6	20,5	9,3	8,5	41,9	29,9	16,0	70,5	43,2	37,7	21,7
	Frauen	8,1	12,7	8,7	9,4	15,9	11,4	9,3	31,2	22,2	16,0	16,1
	insgesamt	9,4	18,7	9,0	9,2	28,2	19,3	11,7	58,0	32,4	23,9	17,7

Schädigungsart	Geschlecht	Gesundheits- und Sozialwesen	Gesundheitswesen	Sozialwesen	Kultur, Sport und Unterhaltung	Übrige	Gesamt
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	0,4	0,4	0,4	0,4	1,9	0,9
	Frauen	0,4	0,3	0,6	0,5	0,7	0,3
	insgesamt	0,4	0,3	0,5	0,4	1,4	0,6
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,2
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u. s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insgesamt	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Zusammen	Männer	22,8	21,1	24,7	48,6	89,1	43,5
	Frauen	17,1	13,6	22,9	22,0	45,8	18,6
	insgesamt	18,0	14,6	23,3	33,8	71,5	31,6



Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach Bundesländern (Wohnort)

6

	Seite
Baden-Württemberg	A 74
Bayern	A 75
Berlin	A 76
Bremen	A 77
Hamburg	A 78
Hessen	A 79
Niedersachsen	A 80
Nordrhein-Westfalen	A 81
Rheinland-Pfalz	A 82
Saarland	A 83
Schleswig-Holstein	A 84
Brandenburg	A 85
Mecklenburg-Vorpommern	A 86
Sachsen	A 87
Sachsen-Anhalt	A 88
Thüringen	A 89

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	41.146	222.812	13,02	70,5	5,4
	Frauen	36.801	199.197	11,62	62,9	5,4
	Insgesamt	77.947	422.009	12,32	66,7	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.707	147.012	1,49	46,5	31,2
	Frauen	5.630	243.380	1,78	76,9	43,2
	Insgesamt	10.337	390.392	1,63	61,7	37,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.609	31.635	0,51	10,0	19,7
	Frauen	1.587	26.560	0,50	8,4	16,7
	Insgesamt	3.196	58.195	0,51	9,2	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.882	529.108	4,39	167,4	38,1
	Frauen	20.575	754.865	6,50	238,4	36,7
	Insgesamt	34.457	1.283.973	5,45	202,9	37,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.581	113.302	2,08	35,8	17,2
	Frauen	10.072	129.032	3,18	40,7	12,8
	Insgesamt	16.653	242.334	2,63	38,3	14,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.148	31.121	1,31	9,8	7,5
	Frauen	3.500	25.354	1,11	8,0	7,2
	Insgesamt	7.648	56.475	1,21	8,9	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.587	44.124	1,45	14,0	9,6
	Frauen	4.674	39.659	1,48	12,5	8,5
	Insgesamt	9.261	83.783	1,46	13,2	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	10.306	239.196	3,26	75,7	23,2
	Frauen	8.752	131.649	2,76	41,6	15,0
	Insgesamt	19.058	370.845	3,01	58,6	19,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	111.313	694.920	35,21	219,8	6,2
	Frauen	113.809	681.264	35,94	215,1	6,0
	Insgesamt	225.122	1.376.184	35,57	217,5	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	45.064	291.654	14,25	92,3	6,5
	Frauen	38.761	214.589	12,24	67,8	5,5
	Insgesamt	83.825	506.243	13,25	80,0	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.366	81.783	2,01	25,9	12,9
	Frauen	4.119	42.405	1,30	13,4	10,3
	Insgesamt	10.485	124.188	1,66	19,6	11,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	77.241	1.383.510	24,43	437,6	17,9
	Frauen	50.768	1.029.960	16,03	325,2	20,3
	Insgesamt	128.009	2.413.470	20,23	381,4	18,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.273	49.565	1,35	15,7	11,6
	Frauen	12.841	114.395	4,05	36,1	8,9
	Insgesamt	17.114	163.960	2,70	25,9	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	6.546	82.655	2,07	26,1	12,6
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	18.244	165.985	5,77	52,5	9,1
	Frauen	22.141	196.559	6,99	62,1	8,9
	Insgesamt	40.385	362.544	6,38	57,3	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	43.395	805.745	13,73	254,9	18,6
	Frauen	21.897	405.688	6,91	128,1	18,5
	Insgesamt	65.292	1.211.433	10,32	191,4	18,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.969	74.979	1,26	23,7	18,9
	Frauen	7.209	116.174	2,28	36,7	16,1
	Insgesamt	11.178	191.153	1,77	30,2	17,1
Zusammen	Männer	397.548	4.921.260	125,75	1.556,7	12,4
	Frauen	370.727	4.458.427	117,07	1.407,9	12,0
	Insgesamt	768.275	9.379.687	121,41	1.482,2	12,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.026	264.573	4,44	83,7	18,9
	Frauen	5.279	95.161	1,67	30,1	18,0
	Insgesamt	19.305	359.734	3,05	56,9	18,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	63.366	333.146	11,66	61,3	5,3
	Frauen	56.709	295.134	11,10	57,8	5,2
	Insgesamt	120.075	628.280	11,39	59,6	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	7.550	225.101	1,39	41,4	29,8
	Frauen	8.456	342.306	1,65	67,0	40,5
	Insgesamt	16.006	567.407	1,52	53,8	35,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.503	51.665	0,46	9,5	20,6
	Frauen	2.622	47.543	0,51	9,3	18,1
	Insgesamt	5.125	99.208	0,49	9,4	19,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	22.511	882.818	4,14	162,5	39,2
	Frauen	32.716	1.204.952	6,40	235,8	36,8
	Insgesamt	55.227	2.087.770	5,24	198,0	37,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	11.154	197.091	2,05	36,3	17,7
	Frauen	15.969	219.498	3,13	43,0	13,8
	Insgesamt	27.123	416.589	2,57	39,5	15,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.696	54.423	1,23	10,0	8,1
	Frauen	5.216	37.983	1,02	7,4	7,3
	Insgesamt	11.912	92.406	1,13	8,8	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.975	75.823	1,47	14,0	9,5
	Frauen	7.483	62.379	1,46	12,2	8,3
	Insgesamt	15.458	138.202	1,47	13,1	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	16.734	396.873	3,08	73,0	23,7
	Frauen	13.096	198.654	2,56	38,9	15,2
	Insgesamt	29.830	595.527	2,83	56,5	20,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	172.164	1.060.573	31,68	195,2	6,2
	Frauen	174.897	1.032.577	34,23	202,1	5,9
	Insgesamt	347.061	2.093.150	32,92	198,5	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	70.772	470.596	13,02	86,6	6,7
	Frauen	59.081	337.676	11,56	66,1	5,7
	Insgesamt	129.853	808.272	12,32	76,7	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	9.959	129.976	1,83	23,9	13,1
	Frauen	6.070	68.415	1,19	13,4	11,3
	Insgesamt	16.029	198.391	1,52	18,8	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	131.061	2.500.264	24,12	460,1	19,1
	Frauen	79.046	1.631.891	15,47	319,4	20,6
	Insgesamt	210.107	4.132.155	19,93	391,9	19,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.855	80.199	1,26	14,8	11,7
	Frauen	20.247	182.679	3,96	35,8	9,0
	Insgesamt	27.102	262.878	2,57	24,9	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	10.488	127.303	2,05	24,9	12,1
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	32.152	299.318	5,92	55,1	9,3
	Frauen	37.018	330.552	7,24	64,7	8,9
	Insgesamt	69.170	629.870	6,56	59,7	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	76.403	1.550.021	14,06	285,2	20,3
	Frauen	37.122	722.224	7,27	141,4	19,5
	Insgesamt	113.525	2.272.245	10,77	215,5	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	6.238	132.061	1,15	24,3	21,2
	Frauen	10.456	190.544	2,05	37,3	18,2
	Insgesamt	16.694	322.605	1,58	30,6	19,3
Zusammen	Männer	645.298	8.467.548	118,75	1.558,3	13,1
	Frauen	578.232	7.073.487	113,17	1.384,4	12,2
	Insgesamt	1.223.530	15.541.035	116,05	1.474,0	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	24.216	525.721	4,46	96,8	21,7
	Frauen	8.519	157.537	1,67	30,8	18,5
	Insgesamt	32.735	683.258	3,10	64,8	20,9

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	7.618	56.647	11,18	83,2	7,4
	Frauen	8.390	63.540	11,94	90,4	7,6
	Insgesamt	16.008	120.187	11,57	86,8	7,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	774	28.835	1,14	42,3	37,3
	Frauen	1.198	54.864	1,70	78,1	45,8
	Insgesamt	1.972	83.699	1,42	60,5	42,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	383	10.812	0,56	15,9	28,2
	Frauen	446	9.289	0,63	13,2	20,8
	Insgesamt	829	20.101	0,60	14,5	24,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.876	146.002	5,69	214,3	37,7
	Frauen	6.831	280.037	9,72	398,5	41,0
	Insgesamt	10.707	426.039	7,74	307,8	39,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.147	23.806	1,68	35,0	20,8
	Frauen	2.256	35.757	3,21	50,9	15,9
	Insgesamt	3.403	59.563	2,46	43,0	17,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	948	9.726	1,39	14,3	10,3
	Frauen	1.063	8.864	1,51	12,6	8,3
	Insgesamt	2.011	18.590	1,45	13,4	9,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	821	9.755	1,21	14,3	11,9
	Frauen	1.216	14.400	1,73	20,5	11,8
	Insgesamt	2.037	24.155	1,47	17,5	11,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.465	75.856	3,62	111,4	30,8
	Frauen	2.457	49.024	3,50	69,8	20,0
	Insgesamt	4.922	124.880	3,56	90,2	25,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	21.212	183.207	31,14	268,9	8,6
	Frauen	28.707	244.318	40,85	347,7	8,5
	Insgesamt	49.919	427.525	36,07	308,9	8,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	8.528	69.997	12,52	102,8	8,2
	Frauen	9.470	66.596	13,48	94,8	7,0
	Insgesamt	17.998	136.593	13,00	98,7	7,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.176	21.011	1,73	30,8	17,9
	Frauen	938	11.807	1,33	16,8	12,6
	Insgesamt	2.114	32.818	1,53	23,7	15,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.672	295.522	18,60	433,8	23,3
	Frauen	12.526	317.149	17,82	451,3	25,3
	Insgesamt	25.198	612.671	18,21	442,7	24,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	874	16.580	1,28	24,3	19,0
	Frauen	3.144	32.477	4,47	46,2	10,3
	Insgesamt	4.018	49.057	2,90	35,5	12,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.429	17.797	2,03	25,3	12,5
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.458	41.650	5,08	61,1	12,0
	Frauen	5.267	63.960	7,50	91,0	12,1
	Insgesamt	8.725	105.610	6,30	76,3	12,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.892	173.294	10,12	254,4	25,1
	Frauen	5.165	137.756	7,35	196,0	26,7
	Insgesamt	12.057	311.050	8,71	224,8	25,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	788	20.973	1,16	30,8	26,6
	Frauen	1.477	41.189	2,10	58,6	27,9
	Insgesamt	2.265	62.162	1,64	44,9	27,4
Zusammen	Männer	73.781	1.189.977	108,31	1.746,8	16,1
	Frauen	92.199	1.455.415	131,20	2.071,1	15,8
	Insgesamt	165.980	2.645.392	119,93	1.911,5	15,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.388	65.765	3,51	96,5	27,5
	Frauen	1.638	46.344	2,33	66,0	28,3
	Insgesamt	4.026	112.109	2,91	81,0	27,9

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.701	16.777	12,97	80,6	6,2
	Frauen	1.969	11.739	12,49	74,5	6,0
	Insgesamt	4.670	28.516	12,76	77,9	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	261	7.346	1,25	35,3	28,2
	Frauen	237	11.607	1,50	73,7	49,0
	Insgesamt	498	18.953	1,36	51,8	38,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	111	2.287	0,53	11,0	20,6
	Frauen	92	1.263	0,58	8,0	13,7
	Insgesamt	203	3.550	0,55	9,7	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.009	38.247	4,84	183,6	37,9
	Frauen	1.218	46.312	7,73	293,9	38,0
	Insgesamt	2.227	84.559	6,09	231,1	38,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	398	8.621	1,91	41,4	21,7
	Frauen	446	9.651	2,83	61,2	21,6
	Insgesamt	844	18.272	2,31	49,9	21,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	288	2.754	1,38	13,2	9,6
	Frauen	197	1.472	1,25	9,3	7,5
	Insgesamt	485	4.226	1,33	11,6	8,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	266	2.791	1,28	13,4	10,5
	Frauen	214	2.184	1,36	13,9	10,2
	Insgesamt	480	4.975	1,31	13,6	10,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	760	18.394	3,65	88,3	24,2
	Frauen	410	6.551	2,60	41,6	16,0
	Insgesamt	1.170	24.945	3,20	68,2	21,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.499	44.579	31,20	214,0	6,9
	Frauen	5.515	38.379	35,00	243,5	7,0
	Insgesamt	12.014	82.958	32,84	226,7	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.005	21.065	14,43	101,1	7,0
	Frauen	2.177	10.909	13,81	69,2	5,0
	Insgesamt	5.182	31.974	14,16	87,4	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	404	4.971	1,94	23,9	12,3
	Frauen	211	1.989	1,34	12,6	9,4
	Insgesamt	615	6.960	1,68	19,0	11,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.603	108.527	26,90	521,1	19,4
	Frauen	2.874	64.216	18,24	407,5	22,3
	Insgesamt	8.477	172.743	23,17	472,1	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	291	3.418	1,40	16,4	11,8
	Frauen	651	6.096	4,13	38,7	9,4
	Insgesamt	942	9.514	2,57	26,0	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	239	2.699	1,52	17,1	11,3
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.306	13.181	6,27	63,3	10,1
	Frauen	1.363	11.817	8,65	75,0	8,7
	Insgesamt	2.669	24.998	7,29	68,3	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.544	54.825	12,21	263,2	21,6
	Frauen	1.195	18.732	7,58	118,9	15,7
	Insgesamt	3.739	73.557	10,22	201,1	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	306	6.471	1,47	31,1	21,2
	Frauen	378	8.386	2,40	53,2	22,2
	Insgesamt	684	14.857	1,87	40,6	21,7
Zusammen	Männer	25.801	354.855	123,87	1.703,7	13,8
	Frauen	19.455	255.285	123,46	1.620,0	13,1
	Insgesamt	45.256	610.140	123,69	1.667,7	13,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	976	22.785	4,69	109,4	23,4
	Frauen	379	6.055	2,41	38,4	16,0
	Insgesamt	1.355	28.840	3,70	78,8	21,3

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.624	43.150	10,96	71,4	6,5
	Frauen	7.217	44.417	12,01	73,9	6,2
	Insgesamt	13.841	87.567	11,48	72,6	6,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	641	21.050	1,06	34,8	32,8
	Frauen	938	44.070	1,56	73,3	47,0
	Insgesamt	1.579	65.120	1,31	54,0	41,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	349	6.253	0,58	10,4	17,9
	Frauen	319	7.962	0,53	13,3	25,0
	Insgesamt	668	14.215	0,55	11,8	21,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.282	155.514	5,43	257,3	47,4
	Frauen	5.282	264.954	8,79	440,9	50,2
	Insgesamt	8.564	420.468	7,10	348,8	49,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.105	19.558	1,83	32,4	17,7
	Frauen	1.821	27.753	3,03	46,2	15,2
	Insgesamt	2.926	47.311	2,43	39,3	16,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	684	6.292	1,13	10,4	9,2
	Frauen	653	5.915	1,09	9,8	9,1
	Insgesamt	1.337	12.207	1,11	10,1	9,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	729	7.709	1,21	12,8	10,6
	Frauen	859	8.094	1,43	13,5	9,4
	Insgesamt	1.588	15.803	1,32	13,1	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.843	45.020	3,05	74,5	24,4
	Frauen	1.481	24.658	2,46	41,0	16,7
	Insgesamt	3.324	69.678	2,76	57,8	21,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	18.921	138.807	31,30	229,7	7,3
	Frauen	23.258	156.137	38,70	259,8	6,7
	Insgesamt	42.179	294.944	34,99	244,7	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.174	52.633	11,87	87,1	7,3
	Frauen	7.151	44.139	11,90	73,4	6,2
	Insgesamt	14.325	96.772	11,88	80,3	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	948	15.301	1,57	25,3	16,1
	Frauen	736	9.382	1,22	15,6	12,8
	Insgesamt	1.684	24.683	1,40	20,5	14,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.755	268.739	21,10	444,6	21,1
	Frauen	9.792	215.466	16,29	358,5	22,0
	Insgesamt	22.547	484.205	18,70	401,7	21,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	740	9.773	1,22	16,2	13,2
	Frauen	2.284	22.006	3,80	36,6	9,6
	Insgesamt	3.024	31.779	2,51	26,4	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.179	14.454	1,96	24,1	12,3
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.341	39.688	5,53	65,7	11,9
	Frauen	4.472	52.854	7,44	87,9	11,8
	Insgesamt	7.813	92.542	6,48	76,8	11,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.285	144.090	10,40	238,4	22,9
	Frauen	3.998	87.160	6,65	145,0	21,8
	Insgesamt	10.283	231.250	8,53	191,8	22,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	784	19.863	1,30	32,9	25,3
	Frauen	1.314	32.138	2,19	53,5	24,5
	Insgesamt	2.098	52.001	1,74	43,1	24,8
Zusammen	Männer	66.323	996.568	109,73	1.648,8	15,0
	Frauen	72.910	1.065.887	121,31	1.773,5	14,6
	Insgesamt	139.233	2.062.455	115,50	1.711,0	14,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.511	64.077	4,15	106,0	25,5
	Frauen	1.201	27.716	2,00	46,1	23,1
	Insgesamt	3.712	91.793	3,08	76,2	24,7

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	26.021	154.143	11,44	67,8	5,9
	Frauen	23.935	141.065	10,98	64,7	5,9
	Insgesamt	49.956	295.208	11,22	66,3	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.292	100.737	1,45	44,3	30,6
	Frauen	3.785	152.687	1,74	70,1	40,3
	Insgesamt	7.077	253.424	1,59	56,9	35,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.526	29.746	0,67	13,1	19,5
	Frauen	1.345	26.083	0,62	12,0	19,4
	Insgesamt	2.871	55.829	0,64	12,5	19,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.447	416.668	4,59	183,2	39,9
	Frauen	15.548	575.426	7,13	264,0	37,0
	Insgesamt	25.995	992.094	5,84	222,7	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.276	90.038	2,32	39,6	17,1
	Frauen	7.667	101.943	3,52	46,8	13,3
	Insgesamt	12.943	191.981	2,91	43,1	14,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.212	26.756	1,41	11,8	8,3
	Frauen	2.575	19.929	1,18	9,1	7,7
	Insgesamt	5.787	46.685	1,30	10,5	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.487	34.943	1,53	15,4	10,0
	Frauen	3.641	37.133	1,67	17,0	10,2
	Insgesamt	7.128	72.076	1,60	16,2	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.087	208.812	3,56	91,8	25,8
	Frauen	6.329	101.058	2,90	46,4	16,0
	Insgesamt	14.416	309.870	3,24	69,6	21,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	77.481	531.378	34,06	233,6	6,9
	Frauen	82.421	554.979	37,81	254,6	6,7
	Insgesamt	159.902	1.086.357	35,90	243,9	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	30.800	223.143	13,54	98,1	7,2
	Frauen	27.202	169.745	12,48	77,9	6,2
	Insgesamt	58.002	392.888	13,02	88,2	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.409	62.913	1,94	27,7	14,3
	Frauen	2.976	32.609	1,37	15,0	11,0
	Insgesamt	7.385	95.522	1,66	21,4	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	55.843	1.100.214	24,55	483,7	19,7
	Frauen	36.959	779.777	16,96	357,7	21,1
	Insgesamt	92.802	1.879.991	20,83	422,1	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.924	37.401	1,29	16,4	12,8
	Frauen	8.944	90.218	4,10	41,4	10,1
	Insgesamt	11.868	127.619	2,66	28,7	10,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	4.370	56.138	2,00	25,8	12,9
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	13.285	135.592	5,84	59,6	10,2
	Frauen	16.535	152.358	7,59	69,9	9,2
	Insgesamt	29.820	287.950	6,69	64,6	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	27.633	548.877	12,15	241,3	19,9
	Frauen	15.290	307.254	7,01	141,0	20,1
	Insgesamt	42.923	856.131	9,64	192,2	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.048	69.734	1,34	30,7	22,9
	Frauen	4.888	106.809	2,24	49,0	21,9
	Insgesamt	7.936	176.543	1,78	39,6	22,3
Zusammen	Männer	277.264	3.785.747	121,90	1.664,4	13,7
	Frauen	265.107	3.418.271	121,62	1.568,2	12,9
	Insgesamt	542.371	7.204.018	121,76	1.617,3	13,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	9.870	199.965	4,34	87,9	20,3
	Frauen	4.288	79.353	1,97	36,4	18,5
	Insgesamt	14.158	279.318	3,18	62,7	19,7

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	36.401	203.152	12,20	68,1	5,6
	Frauen	30.381	162.255	12,01	64,1	5,3
	Insgesamt	66.782	365.407	12,11	66,3	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.487	146.411	1,50	49,1	32,6
	Frauen	4.658	190.496	1,84	75,3	40,9
	Insgesamt	9.145	336.907	1,66	61,1	36,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.438	29.363	0,48	9,8	20,4
	Frauen	1.355	23.474	0,54	9,3	17,3
	Insgesamt	2.793	52.837	0,51	9,6	18,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.816	530.284	4,63	177,7	38,4
	Frauen	19.127	713.831	7,56	282,1	37,3
	Insgesamt	32.943	1.244.115	5,97	225,6	37,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.966	112.407	2,00	37,7	18,8
	Frauen	8.403	116.664	3,32	46,1	13,9
	Insgesamt	14.369	229.071	2,61	41,5	15,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.868	33.531	1,30	11,2	8,7
	Frauen	2.943	22.294	1,16	8,8	7,6
	Insgesamt	6.811	55.825	1,24	10,1	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.500	45.783	1,51	15,4	10,2
	Frauen	3.989	41.638	1,58	16,5	10,4
	Insgesamt	8.489	87.421	1,54	15,9	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	10.197	254.792	3,42	85,4	25,0
	Frauen	7.002	116.341	2,77	46,0	16,6
	Insgesamt	17.199	371.133	3,12	67,3	21,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	94.281	624.097	31,60	209,2	6,6
	Frauen	90.335	569.565	35,70	225,1	6,3
	Insgesamt	184.616	1.193.662	33,48	216,5	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	43.880	272.734	14,71	91,4	6,2
	Frauen	34.521	193.139	13,64	76,3	5,6
	Insgesamt	78.401	465.873	14,22	84,5	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.934	81.666	1,99	27,4	13,8
	Frauen	3.581	40.215	1,42	15,9	11,2
	Insgesamt	9.515	121.881	1,73	22,1	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	80.024	1.565.332	26,82	524,7	19,6
	Frauen	46.180	1.008.864	18,25	398,7	21,9
	Insgesamt	126.204	2.574.196	22,89	466,9	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.942	51.425	1,32	17,2	13,1
	Frauen	10.546	101.128	4,17	40,0	9,6
	Insgesamt	14.488	152.553	2,63	27,7	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	4.517	55.908	1,79	22,1	12,4
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	16.770	175.995	5,62	59,0	10,5
	Frauen	18.570	184.522	7,34	72,9	9,9
	Insgesamt	35.340	360.517	6,41	65,4	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	37.832	742.142	12,68	248,8	19,6
	Frauen	18.714	360.723	7,40	142,6	19,3
	Insgesamt	56.546	1.102.865	10,26	200,0	19,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.812	83.474	1,28	28,0	21,9
	Frauen	5.553	122.525	2,19	48,4	22,1
	Insgesamt	9.365	205.999	1,70	37,4	22,0
Zusammen	Männer	367.873	4.971.430	123,31	1.666,3	13,5
	Frauen	311.182	4.039.781	122,97	1.596,4	13,0
	Insgesamt	679.055	9.011.211	123,15	1.634,3	13,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.136	300.462	4,74	100,7	21,3
	Frauen	5.283	99.810	2,09	39,4	18,9
	Insgesamt	19.419	400.272	3,52	72,6	20,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	54.446	337.035	10,63	65,8	6,2
	Frauen	43.547	255.313	10,13	59,4	5,9
	Insgesamt	97.993	592.348	10,40	62,9	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	7.205	249.129	1,41	48,6	34,6
	Frauen	7.356	336.419	1,71	78,3	45,7
	Insgesamt	14.561	585.548	1,55	62,2	40,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.971	61.558	0,58	12,0	20,7
	Frauen	2.504	47.363	0,58	11,0	18,9
	Insgesamt	5.475	108.921	0,58	11,6	19,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	23.972	1.101.913	4,68	215,1	46,0
	Frauen	30.959	1.385.044	7,20	322,3	44,7
	Insgesamt	54.931	2.486.957	5,83	264,0	45,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.230	216.737	2,00	42,3	21,2
	Frauen	12.987	207.011	3,02	48,2	15,9
	Insgesamt	23.217	423.748	2,46	45,0	18,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.064	60.895	1,38	11,9	8,6
	Frauen	5.113	39.768	1,19	9,3	7,8
	Insgesamt	12.177	100.663	1,29	10,7	8,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.480	69.150	1,26	13,5	10,7
	Frauen	5.807	61.984	1,35	14,4	10,7
	Insgesamt	12.287	131.134	1,30	13,9	10,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	18.554	516.176	3,62	100,8	27,8
	Frauen	11.312	201.229	2,63	46,8	17,8
	Insgesamt	29.866	717.405	3,17	76,2	24,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	156.480	1.125.659	30,55	219,7	7,2
	Frauen	144.266	941.646	33,57	219,1	6,5
	Insgesamt	300.746	2.067.305	31,93	219,5	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	68.160	492.309	13,31	96,1	7,2
	Frauen	53.032	330.257	12,34	76,9	6,2
	Insgesamt	121.192	822.566	12,87	87,3	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	9.318	139.557	1,82	27,2	15,0
	Frauen	5.564	67.873	1,29	15,8	12,2
	Insgesamt	14.882	207.430	1,58	22,0	13,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	127.905	2.691.680	24,97	525,4	21,0
	Frauen	71.358	1.621.871	16,61	377,4	22,7
	Insgesamt	199.263	4.313.551	21,15	457,9	21,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.896	92.107	1,35	18,0	13,4
	Frauen	16.502	159.484	3,84	37,1	9,7
	Insgesamt	23.398	251.591	2,48	26,7	10,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	8.239	116.986	1,92	27,2	14,2
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	27.825	346.053	5,43	67,6	12,4
	Frauen	28.931	304.599	6,73	70,9	10,5
	Insgesamt	56.756	650.652	6,03	69,1	11,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	60.372	1.275.424	11,78	249,0	21,1
	Frauen	29.097	605.158	6,77	140,8	20,8
	Insgesamt	89.469	1.880.582	9,50	199,6	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.045	172.612	1,38	33,7	24,5
	Frauen	9.881	231.391	2,30	53,9	23,4
	Insgesamt	16.926	404.003	1,80	42,9	23,9
Zusammen	Männer	596.071	8.975.326	116,36	1.752,0	15,1
	Frauen	487.768	6.944.661	113,51	1.616,1	14,2
	Insgesamt	1.083.839	15.919.987	115,06	1.690,0	14,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	21.625	499.043	4,22	97,4	23,1
	Frauen	7.406	160.915	1,72	37,5	21,7
	Insgesamt	29.031	659.958	3,08	70,1	22,7

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	22.121	122.151	16,61	91,7	5,5
	Frauen	17.186	88.737	15,21	78,5	5,2
	Insgesamt	39.307	210.888	15,96	85,7	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.183	63.264	1,64	47,5	29,0
	Frauen	2.149	92.353	1,90	81,7	43,0
	Insgesamt	4.332	155.617	1,76	63,2	35,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	973	15.370	0,73	11,5	15,8
	Frauen	804	12.897	0,71	11,4	16,0
	Insgesamt	1.777	28.267	0,72	11,5	15,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.125	255.151	5,35	191,5	35,8
	Frauen	9.371	317.279	8,29	280,8	33,9
	Insgesamt	16.496	572.430	6,70	232,5	34,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.677	65.164	2,76	48,9	17,7
	Frauen	4.457	54.264	3,94	48,0	12,2
	Insgesamt	8.134	119.428	3,30	48,5	14,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.210	15.977	1,66	12,0	7,2
	Frauen	1.527	12.337	1,35	10,9	8,1
	Insgesamt	3.737	28.314	1,52	11,5	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.503	23.702	1,88	17,8	9,5
	Frauen	2.120	19.913	1,88	17,6	9,4
	Insgesamt	4.623	43.615	1,88	17,7	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.702	132.335	4,28	99,3	23,2
	Frauen	3.912	60.461	3,46	53,5	15,5
	Insgesamt	9.614	192.796	3,90	78,3	20,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	56.752	374.569	42,60	281,2	6,6
	Frauen	49.828	313.366	44,10	277,3	6,3
	Insgesamt	106.580	687.935	43,29	279,4	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	21.134	149.195	15,87	112,0	7,1
	Frauen	15.729	92.301	13,92	81,7	5,9
	Insgesamt	36.863	241.496	14,97	98,1	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.321	44.440	2,49	33,4	13,4
	Frauen	1.902	22.424	1,68	19,8	11,8
	Insgesamt	5.223	66.864	2,12	27,2	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	39.252	728.661	29,47	547,0	18,6
	Frauen	21.759	423.295	19,26	374,6	19,5
	Insgesamt	61.011	1.151.956	24,78	467,9	18,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.065	27.448	1,55	20,6	13,3
	Frauen	5.645	49.461	5,00	43,8	8,8
	Insgesamt	7.710	76.909	3,13	31,2	10,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.351	28.804	2,08	25,5	12,3
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.836	97.430	7,38	73,1	9,9
	Frauen	10.120	90.408	8,96	80,0	8,9
	Insgesamt	19.956	187.838	8,11	76,3	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	20.621	378.513	15,48	284,2	18,4
	Frauen	9.381	176.847	8,30	156,5	18,9
	Insgesamt	30.002	555.360	12,19	225,6	18,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.607	34.573	1,21	26,0	21,5
	Frauen	2.305	52.549	2,04	46,5	22,8
	Insgesamt	3.912	87.122	1,59	35,4	22,3
Zusammen	Männer	201.466	2.536.297	151,24	1.904,0	12,6
	Frauen	160.956	1.918.336	142,44	1.697,6	11,9
	Insgesamt	362.422	4.454.633	147,20	1.809,3	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.856	132.385	5,15	99,4	19,3
	Frauen	2.496	46.807	2,21	41,4	18,8
	Insgesamt	9.352	179.192	3,80	72,8	19,2

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.911	12.665	10,91	72,3	6,6
	Frauen	1.294	8.669	11,92	79,9	6,7
	Insgesamt	3.205	21.334	11,30	75,2	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	288	9.996	1,64	57,1	34,7
	Frauen	198	9.012	1,82	83,0	45,5
	Insgesamt	486	19.008	1,71	67,0	39,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	143	2.708	0,82	15,5	18,9
	Frauen	65	1.172	0,60	10,8	18,0
	Insgesamt	208	3.880	0,73	13,7	18,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	876	38.561	5,00	220,1	44,0
	Frauen	843	37.421	7,76	344,7	44,4
	Insgesamt	1.719	75.982	6,06	267,8	44,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	428	9.800	2,44	55,9	22,9
	Frauen	325	5.556	2,99	51,2	17,1
	Insgesamt	753	15.356	2,65	54,1	20,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	265	2.834	1,51	16,2	10,7
	Frauen	142	1.059	1,31	9,8	7,5
	Insgesamt	407	3.893	1,43	13,7	9,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	229	2.654	1,31	15,2	11,6
	Frauen	157	2.208	1,45	20,3	14,1
	Insgesamt	386	4.862	1,36	17,1	12,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	733	19.965	4,18	114,0	27,2
	Frauen	315	7.463	2,90	68,7	23,7
	Insgesamt	1.048	27.428	3,69	96,7	26,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.593	45.382	31,93	259,1	8,1
	Frauen	3.708	26.279	34,15	242,1	7,1
	Insgesamt	9.301	71.661	32,78	252,6	7,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.272	20.072	12,97	114,6	8,8
	Frauen	1.299	9.239	11,97	85,1	7,1
	Insgesamt	3.571	29.311	12,58	103,3	8,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	351	5.186	2,00	29,6	14,8
	Frauen	160	2.110	1,47	19,4	13,2
	Insgesamt	511	7.296	1,80	25,7	14,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.721	102.903	26,95	587,4	21,8
	Frauen	1.857	45.879	17,10	422,6	24,7
	Insgesamt	6.578	148.782	23,18	524,3	22,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	212	3.089	1,21	17,6	14,6
	Frauen	404	5.376	3,72	49,5	13,3
	Insgesamt	616	8.465	2,17	29,8	13,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	231	4.099	2,13	37,8	17,7
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.065	13.744	6,08	78,5	12,9
	Frauen	750	7.141	6,91	65,8	9,5
	Insgesamt	1.815	20.885	6,40	73,6	11,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.175	49.493	12,42	282,5	22,8
	Frauen	859	22.138	7,91	203,9	25,8
	Insgesamt	3.034	71.631	10,69	252,4	23,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	265	6.145	1,51	35,1	23,2
	Frauen	275	4.125	2,53	38,0	15,0
	Insgesamt	540	10.270	1,90	36,2	19,0
Zusammen	Männer	21.560	346.260	123,07	1.976,5	16,1
	Frauen	12.910	199.285	118,91	1.835,6	15,4
	Insgesamt	34.470	545.545	121,48	1.922,6	15,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	695	17.491	3,97	99,8	25,2
	Frauen	284	8.081	2,62	74,4	28,5
	Insgesamt	979	25.572	3,45	90,1	26,1

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	11.087	64.469	12,11	70,4	5,8
	Frauen	11.037	62.192	11,74	66,2	5,6
	Insgesamt	22.124	126.661	11,93	68,3	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.128	35.339	1,23	38,6	31,3
	Frauen	1.495	67.871	1,59	72,2	45,4
	Insgesamt	2.623	103.210	1,41	55,6	39,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	494	10.009	0,54	10,9	20,3
	Frauen	501	7.196	0,53	7,7	14,4
	Insgesamt	995	17.205	0,54	9,3	17,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.180	184.789	4,57	201,9	44,2
	Frauen	7.486	301.730	7,96	321,0	40,3
	Insgesamt	11.666	486.519	6,29	262,2	41,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.660	36.702	1,81	40,1	22,1
	Frauen	2.824	42.341	3,00	45,1	15,0
	Insgesamt	4.484	79.043	2,42	42,6	17,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.060	8.731	1,16	9,5	8,2
	Frauen	969	7.864	1,03	8,4	8,1
	Insgesamt	2.029	16.595	1,09	8,9	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.234	11.016	1,35	12,0	8,9
	Frauen	1.376	12.348	1,46	13,1	9,0
	Insgesamt	2.610	23.364	1,41	12,6	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.765	68.659	3,02	75,0	24,8
	Frauen	2.311	40.623	2,46	43,2	17,6
	Insgesamt	5.076	109.282	2,74	58,9	21,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	27.312	175.673	29,84	191,9	6,4
	Frauen	32.331	199.255	34,40	212,0	6,2
	Insgesamt	59.643	374.928	32,15	202,1	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.261	78.423	13,40	85,7	6,4
	Frauen	11.942	71.109	12,70	75,7	6,0
	Insgesamt	24.203	149.532	13,05	80,6	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.549	21.435	1,69	23,4	13,8
	Frauen	1.120	13.375	1,19	14,2	11,9
	Insgesamt	2.669	34.810	1,44	18,8	13,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	20.925	429.890	22,86	469,7	20,5
	Frauen	15.823	364.600	16,83	387,9	23,0
	Insgesamt	36.748	794.490	19,81	428,2	21,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.111	13.806	1,21	15,1	12,4
	Frauen	3.500	33.198	3,72	35,3	9,5
	Insgesamt	4.611	47.004	2,49	25,3	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.573	18.992	1,67	20,2	12,1
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.508	51.647	4,93	56,4	11,5
	Frauen	6.343	70.104	6,75	74,6	11,1
	Insgesamt	10.851	121.751	5,85	65,6	11,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	11.272	228.741	12,32	249,9	20,3
	Frauen	6.710	134.713	7,14	143,3	20,1
	Insgesamt	17.982	363.454	9,69	195,9	20,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.242	30.111	1,36	32,9	24,2
	Frauen	2.176	48.214	2,31	51,3	22,2
	Insgesamt	3.418	78.325	1,84	42,2	22,9
Zusammen	Männer	103.948	1.453.215	113,57	1.587,7	14,0
	Frauen	109.768	1.501.897	116,78	1.597,8	13,7
	Insgesamt	213.716	2.955.112	115,20	1.592,9	13,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.522	92.921	4,94	101,5	20,6
	Frauen	1.962	40.426	2,09	43,0	20,6
	Insgesamt	6.484	133.347	3,49	71,9	20,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.275	41.726	9,05	60,2	6,7
	Frauen	6.263	46.538	10,35	76,9	7,4
	Insgesamt	12.538	88.264	9,66	68,0	7,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.160	43.433	1,67	62,7	37,4
	Frauen	1.470	59.538	2,43	98,4	40,5
	Insgesamt	2.630	102.971	2,03	79,3	39,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	457	9.163	0,66	13,2	20,1
	Frauen	464	8.535	0,77	14,1	18,4
	Insgesamt	921	17.698	0,71	13,6	19,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.211	117.666	4,63	169,8	36,6
	Frauen	5.581	207.717	9,22	343,3	37,2
	Insgesamt	8.792	325.383	6,77	250,7	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.179	24.568	1,70	35,4	20,8
	Frauen	2.072	32.138	3,42	53,1	15,5
	Insgesamt	3.251	56.706	2,50	43,7	17,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.073	10.649	1,55	15,4	9,9
	Frauen	1.011	9.550	1,67	15,8	9,5
	Insgesamt	2.084	20.199	1,61	15,6	9,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	964	10.175	1,39	14,7	10,6
	Frauen	1.032	14.494	1,71	24,0	14,0
	Insgesamt	1.996	24.669	1,54	19,0	12,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.147	83.171	4,54	120,0	26,4
	Frauen	2.642	51.168	4,37	84,6	19,4
	Insgesamt	5.789	134.339	4,46	103,5	23,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	20.422	176.142	29,46	254,1	8,6
	Frauen	23.239	206.486	38,41	341,3	8,9
	Insgesamt	43.661	382.628	33,63	294,8	8,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.009	76.191	14,44	109,9	7,6
	Frauen	9.526	60.533	15,75	100,1	6,4
	Insgesamt	19.535	136.724	15,05	105,3	7,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.344	19.010	1,94	27,4	14,1
	Frauen	1.083	12.229	1,79	20,2	11,3
	Insgesamt	2.427	31.239	1,87	24,1	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	16.555	357.799	23,88	516,2	21,6
	Frauen	12.730	294.393	21,04	486,6	23,1
	Insgesamt	29.285	652.192	22,56	502,4	22,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	941	14.249	1,36	20,6	15,1
	Frauen	3.252	41.009	5,38	67,8	12,6
	Insgesamt	4.193	55.258	3,23	42,6	13,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.188	18.179	1,96	30,1	15,3
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.776	36.962	4,00	53,3	13,3
	Frauen	3.730	45.469	6,17	75,2	12,2
	Insgesamt	6.506	82.431	5,01	63,5	12,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.994	218.737	12,98	315,6	24,3
	Frauen	4.839	120.096	8,00	198,5	24,8
	Insgesamt	13.833	338.833	10,66	261,0	24,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	890	19.749	1,28	28,5	22,2
	Frauen	1.431	33.788	2,37	55,9	23,6
	Insgesamt	2.321	53.537	1,79	41,2	23,1
Zusammen	Männer	79.536	1.262.847	114,75	1.821,9	15,9
	Frauen	81.747	1.267.263	135,12	2.094,7	15,5
	Insgesamt	161.283	2.530.110	124,24	1.949,1	15,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.440	86.992	4,96	125,5	25,3
	Frauen	1.659	42.617	2,74	70,4	25,7
	Insgesamt	5.099	129.609	3,93	99,8	25,4

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.852	40.591	9,26	64,2	6,9
	Frauen	6.520	45.460	11,11	77,5	7,0
	Insgesamt	12.372	86.051	10,15	70,6	7,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.221	37.887	1,93	59,9	31,0
	Frauen	1.578	49.073	2,69	83,6	31,1
	Insgesamt	2.799	86.960	2,30	71,3	31,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	435	7.408	0,69	11,7	17,0
	Frauen	407	7.734	0,69	13,2	19,0
	Insgesamt	842	15.142	0,69	12,4	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.599	101.109	4,11	159,9	38,9
	Frauen	5.259	189.666	8,96	323,3	36,1
	Insgesamt	7.858	290.775	6,45	238,5	37,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.083	23.177	1,71	36,7	21,4
	Frauen	1.986	27.902	3,38	47,6	14,1
	Insgesamt	3.069	51.079	2,52	41,9	16,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.115	7.637	1,76	12,1	6,9
	Frauen	889	6.529	1,52	11,1	7,3
	Insgesamt	2.004	14.166	1,64	11,6	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	990	10.818	1,57	17,1	10,9
	Frauen	1.155	12.922	1,97	22,0	11,2
	Insgesamt	2.145	23.740	1,76	19,5	11,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.773	77.159	4,39	122,0	27,8
	Frauen	2.336	42.804	3,98	73,0	18,3
	Insgesamt	5.109	119.963	4,19	98,4	23,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	17.367	143.462	27,47	226,9	8,3
	Frauen	22.096	180.062	37,66	306,9	8,2
	Insgesamt	39.463	323.524	32,37	265,4	8,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.210	71.949	16,15	113,8	7,1
	Frauen	10.676	63.300	18,20	107,9	5,9
	Insgesamt	20.886	135.249	17,13	111,0	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.237	18.288	1,96	28,9	14,8
	Frauen	1.048	12.131	1,79	20,7	11,6
	Insgesamt	2.285	30.419	1,87	25,0	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.889	343.312	23,55	543,0	23,1
	Frauen	11.669	258.343	19,89	440,3	22,1
	Insgesamt	26.558	601.655	21,79	493,6	22,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	793	14.081	1,25	22,3	17,8
	Frauen	2.996	33.267	5,11	56,7	11,1
	Insgesamt	3.789	47.348	3,11	38,8	12,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	989	13.599	1,69	23,2	13,8
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.631	32.337	4,16	51,2	12,3
	Frauen	3.942	44.437	6,72	75,7	11,3
	Insgesamt	6.573	76.774	5,39	63,0	11,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.367	192.648	13,23	304,7	23,0
	Frauen	4.556	98.989	7,76	168,7	21,7
	Insgesamt	12.923	291.637	10,60	239,2	22,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	684	17.424	1,08	27,6	25,5
	Frauen	1.332	29.355	2,27	50,0	22,0
	Insgesamt	2.016	46.779	1,65	38,4	23,2
Zusammen	Männer	72.394	1.141.945	114,50	1.806,2	15,8
	Frauen	79.651	1.119.587	135,75	1.908,1	14,1
	Insgesamt	152.045	2.261.532	124,73	1.855,3	14,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.795	89.970	6,00	142,3	23,7
	Frauen	1.625	37.207	2,77	63,4	22,9
	Insgesamt	5.420	127.177	4,45	104,3	23,5

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.270	32.776	9,10	56,6	6,2
	Frauen	5.168	32.091	10,41	64,6	6,2
	Insgesamt	10.438	64.867	9,70	60,3	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.088	34.141	1,88	59,0	31,4
	Frauen	1.364	54.757	2,75	110,3	40,1
	Insgesamt	2.452	88.898	2,28	82,6	36,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	489	9.787	0,84	16,9	20,0
	Frauen	423	7.466	0,85	15,0	17,7
	Insgesamt	912	17.253	0,85	16,0	18,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.518	90.000	4,35	155,4	35,7
	Frauen	4.058	158.695	8,17	319,6	39,1
	Insgesamt	6.576	248.695	6,11	231,2	37,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.001	21.736	1,73	37,5	21,7
	Frauen	1.750	26.992	3,52	54,4	15,4
	Insgesamt	2.751	48.728	2,56	45,3	17,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	989	9.110	1,71	15,7	9,2
	Frauen	845	5.898	1,70	11,9	7,0
	Insgesamt	1.834	15.008	1,70	14,0	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	749	7.789	1,29	13,5	10,4
	Frauen	799	7.823	1,61	15,8	9,8
	Insgesamt	1.548	15.612	1,44	14,5	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.601	73.802	4,49	127,4	28,4
	Frauen	1.988	34.675	4,00	69,8	17,4
	Insgesamt	4.589	108.477	4,27	100,8	23,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	17.002	138.784	29,36	239,6	8,2
	Frauen	18.478	143.749	37,21	289,5	7,8
	Insgesamt	35.480	282.533	32,98	262,6	8,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.750	71.680	16,83	123,8	7,4
	Frauen	8.530	51.234	17,18	103,2	6,0
	Insgesamt	18.280	122.914	16,99	114,3	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.169	16.635	2,02	28,7	14,2
	Frauen	922	10.030	1,86	20,2	10,9
	Insgesamt	2.091	26.665	1,94	24,8	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.472	276.820	21,53	478,0	22,2
	Frauen	9.263	212.462	18,66	427,9	22,9
	Insgesamt	21.735	489.282	20,21	454,8	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	809	10.307	1,40	17,8	12,7
	Frauen	2.839	31.300	5,72	63,0	11,0
	Insgesamt	3.648	41.607	3,39	38,7	11,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.189	17.022	2,39	34,3	14,3
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.397	25.398	4,14	43,9	10,6
	Frauen	3.036	31.963	6,11	64,4	10,5
	Insgesamt	5.433	57.361	5,05	53,3	10,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.301	162.345	12,61	280,3	22,2
	Frauen	4.231	93.662	8,52	188,6	22,1
	Insgesamt	11.532	256.007	10,72	238,0	22,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	783	15.391	1,35	26,6	19,7
	Frauen	1.110	20.823	2,24	41,9	18,8
	Insgesamt	1.893	36.214	1,76	33,7	19,1
Zusammen	Männer	66.545	999.554	114,89	1.725,8	15,0
	Frauen	66.195	944.300	133,31	1.901,8	14,3
	Insgesamt	132.740	1.943.854	123,40	1.807,0	14,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.801	67.014	4,84	115,7	23,9
	Frauen	1.464	33.751	2,95	68,0	23,1
	Insgesamt	4.265	100.765	3,96	93,7	23,6

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.312	27.348	7,68	48,7	6,3
	Frauen	4.115	27.923	8,78	59,6	6,8
	Insgesamt	8.427	55.271	8,18	53,7	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.096	40.833	1,95	72,8	37,3
	Frauen	1.335	50.658	2,85	108,1	38,0
	Insgesamt	2.431	91.491	2,36	88,9	37,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	443	8.372	0,79	14,9	18,9
	Frauen	471	10.446	1,01	22,3	22,2
	Insgesamt	914	18.818	0,89	18,3	20,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.163	79.428	3,85	141,5	36,7
	Frauen	3.958	132.818	8,45	283,5	33,6
	Insgesamt	6.121	212.246	5,94	206,1	34,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.006	18.374	1,79	32,7	18,3
	Frauen	1.574	23.197	3,36	49,5	14,7
	Insgesamt	2.580	41.571	2,51	40,4	16,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	834	6.431	1,49	11,5	7,7
	Frauen	712	6.294	1,52	13,4	8,8
	Insgesamt	1.546	12.725	1,50	12,4	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	802	8.909	1,43	15,9	11,1
	Frauen	859	11.636	1,83	24,8	13,6
	Insgesamt	1.661	20.545	1,61	20,0	12,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.753	80.295	4,91	143,1	29,2
	Frauen	2.382	44.474	5,08	94,9	18,7
	Insgesamt	5.135	124.769	4,99	121,2	24,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	14.765	123.230	26,31	219,6	8,4
	Frauen	16.497	140.082	35,21	299,0	8,5
	Insgesamt	31.262	263.312	30,36	255,7	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.264	71.622	16,51	127,6	7,7
	Frauen	8.637	49.585	18,44	105,8	5,7
	Insgesamt	17.901	121.207	17,38	117,7	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.090	17.450	1,94	31,1	16,0
	Frauen	864	11.594	1,84	24,8	13,4
	Insgesamt	1.954	29.044	1,90	28,2	14,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.602	293.916	24,24	523,7	21,6
	Frauen	9.495	206.931	20,27	441,7	21,8
	Insgesamt	23.097	500.847	22,43	486,4	21,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	834	12.361	1,49	22,0	14,8
	Frauen	2.696	30.556	5,75	65,2	11,3
	Insgesamt	3.530	42.917	3,43	41,7	12,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	915	13.430	1,95	28,7	14,7
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.235	27.376	3,98	48,8	12,3
	Frauen	2.951	31.335	6,30	66,9	10,6
	Insgesamt	5.186	58.711	5,04	57,0	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.462	170.515	13,30	303,9	22,9
	Frauen	3.881	82.984	8,28	177,1	21,4
	Insgesamt	11.343	253.499	11,02	246,2	22,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	712	13.400	1,27	23,9	18,8
	Frauen	1.132	22.955	2,42	49,0	20,3
	Insgesamt	1.844	36.355	1,79	35,3	19,7
Zusammen	Männer	63.511	1.002.008	113,17	1.785,5	15,8
	Frauen	62.663	900.595	133,75	1.922,3	14,4
	Insgesamt	126.174	1.902.603	122,54	1.847,7	15,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.287	74.979	5,86	133,6	22,8
	Frauen	1.404	28.611	3,00	61,1	20,4
	Insgesamt	4.691	103.590	4,56	100,6	22,1

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.058	33.416	8,53	56,3	6,6
	Frauen	5.287	35.672	10,36	69,9	6,8
	Insgesamt	10.345	69.088	9,37	62,6	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.127	38.970	1,90	65,7	34,6
	Frauen	1.552	56.466	3,04	110,6	36,4
	Insgesamt	2.679	95.436	2,43	86,5	35,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	432	10.553	0,73	17,8	24,4
	Frauen	412	9.041	0,81	17,7	21,9
	Insgesamt	844	19.594	0,76	17,8	23,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.130	77.654	3,59	130,9	36,5
	Frauen	4.208	147.145	8,24	288,3	35,0
	Insgesamt	6.338	224.799	5,74	203,7	35,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.133	25.470	1,91	42,9	22,5
	Frauen	2.068	29.234	4,05	57,3	14,1
	Insgesamt	3.201	54.704	2,90	49,6	17,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	847	8.686	1,43	14,6	10,3
	Frauen	797	5.862	1,56	11,5	7,4
	Insgesamt	1.644	14.548	1,49	13,2	8,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	768	11.055	1,29	18,6	14,4
	Frauen	849	8.196	1,66	16,1	9,7
	Insgesamt	1.617	19.251	1,47	17,4	11,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.584	76.129	4,36	128,3	29,5
	Frauen	2.300	41.201	4,51	80,7	17,9
	Insgesamt	4.884	117.330	4,43	106,3	24,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.955	130.782	26,90	220,5	8,2
	Frauen	18.065	143.373	35,39	280,9	7,9
	Insgesamt	34.020	274.155	30,83	248,4	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.398	68.907	15,84	116,2	7,3
	Frauen	9.215	56.820	18,05	111,3	6,2
	Insgesamt	18.613	125.727	16,87	113,9	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.163	16.703	1,96	28,2	14,4
	Frauen	903	10.100	1,77	19,8	11,2
	Insgesamt	2.066	26.803	1,87	24,3	13,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.821	304.885	23,30	514,0	22,1
	Frauen	10.767	238.897	21,09	468,0	22,2
	Insgesamt	24.588	543.782	22,28	492,7	22,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	970	12.916	1,64	21,8	13,3
	Frauen	2.934	37.116	5,75	72,7	12,7
	Insgesamt	3.904	50.032	3,54	45,3	12,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.146	16.856	2,25	33,0	14,7
	Insgesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.412	25.557	4,07	43,1	10,6
	Frauen	3.289	35.613	6,44	69,8	10,8
	Insgesamt	5.701	61.170	5,17	55,4	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.895	182.246	13,31	307,2	23,1
	Frauen	4.215	91.824	8,26	179,9	21,8
	Insgesamt	12.110	274.070	10,97	248,3	22,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	605	13.729	1,02	23,2	22,7
	Frauen	1.124	21.425	2,20	42,0	19,1
	Insgesamt	1.729	35.154	1,57	31,9	20,3
Zusammen	Männer	66.443	1.041.103	112,01	1.755,2	15,7
	Frauen	69.322	988.963	135,80	1.937,4	14,3
	Insgesamt	135.765	2.030.066	123,02	1.839,4	15,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.186	71.929	5,37	121,3	22,6
	Frauen	1.440	29.599	2,82	58,0	20,6
	Insgesamt	4.626	101.528	4,19	92,0	22,0



Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach Alter

7

Fälle je 100

Tage je 100

Seite

A 92

A 94

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Mitglieder					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	28,7	19,7	13,0	11,9	11,9	10,7
	Frauen	29,9	20,0	13,1	10,8	10,2	9,8
	insgesamt	29,1	19,8	13,1	11,3	11,1	10,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,5	0,6	0,6	0,7	1,0	1,2
	Frauen	0,6	0,7	0,8	1,0	1,4	2,0
	insgesamt	0,6	0,6	0,7	0,9	1,2	1,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,5
	Frauen	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
	insgesamt	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2,7	3,3	3,5	3,9	4,6	4,9
	Frauen	5,5	6,6	6,1	6,1	6,4	7,4
	insgesamt	3,8	4,8	4,8	5,0	5,5	6,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3,0	2,1	1,5	1,5	1,8	2,0
	Frauen	5,3	4,2	2,8	2,6	2,7	3,2
	insgesamt	3,9	3,1	2,2	2,1	2,2	2,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,5	1,2	0,9	1,0	1,2	1,3
	Frauen	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0
	insgesamt	1,5	1,2	0,9	0,9	1,1	1,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,1	1,4	1,2	1,2	1,4	1,5
	Frauen	2,4	1,8	1,4	1,3	1,4	1,5
	insgesamt	2,2	1,6	1,3	1,3	1,4	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,7	1,6	1,4	1,5	2,1	3,0
	Frauen	3,4	2,3	1,8	1,7	2,0	2,6
	insgesamt	2,4	1,9	1,6	1,6	2,0	2,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	62,1	43,8	32,4	32,3	33,5	31,5
	Frauen	70,9	50,8	38,9	35,4	34,6	33,7
	insgesamt	65,6	47,0	35,6	33,9	34,0	32,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	23,3	17,6	12,3	11,4	12,2	13,1
	Frauen	27,8	19,5	12,2	9,9	9,9	11,3
	insgesamt	25,0	18,5	12,2	10,7	11,1	12,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,4	2,5	1,8	1,6	1,7	1,8
	Frauen	2,7	1,9	1,2	1,0	1,0	1,3
	insgesamt	3,1	2,2	1,5	1,3	1,4	1,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13,1	14,5	13,5	16,4	21,2	25,5
	Frauen	12,0	11,5	10,0	10,1	12,3	16,8
	insgesamt	12,7	13,2	11,8	13,2	16,8	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,0	0,9	0,8	0,9	1,1	1,3
	Frauen	9,5	6,2	4,3	3,9	3,8	3,9
	insgesamt	4,3	3,4	2,5	2,4	2,4	2,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	0,6	2,0	4,8	5,6	3,3	0,9
	insgesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12,7	7,8	4,7	4,4	4,7	4,9
	Frauen	17,9	11,3	7,6	6,6	6,2	6,1
	insgesamt	14,7	9,4	6,1	5,5	5,5	5,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	29,1	21,5	13,8	11,2	11,5	12,0
	Frauen	14,8	9,9	6,4	5,1	5,5	6,6
	insgesamt	23,5	16,2	10,2	8,1	8,6	9,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,9	1,0	0,8	0,9	1,1	1,2
	Frauen	1,6	1,9	2,4	2,7	2,3	1,9
	insgesamt	1,2	1,4	1,6	1,8	1,7	1,6
Zusammen	Männer	186,2	140,0	102,6	101,5	111,8	117,0
	Frauen	207,3	152,6	115,3	105,4	104,8	110,8
	insgesamt	194,5	145,7	108,8	103,5	108,4	114,0

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Mitglieder					gesamt
		45–49	50–54	55–59	60–64	≥65	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9,4	8,7	8,3	5,4	2,2	11,6
	Frauen	9,5	9,2	9,3	6,7	3,8	11,3
	insgesamt	9,5	8,9	8,8	5,9	2,7	11,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1,7	2,3	3,4	2,8	2,0	1,5
	Frauen	2,6	2,8	3,3	2,5	1,6	1,8
	insgesamt	2,1	2,5	3,3	2,7	1,9	1,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,7	0,9	1,2	1,0	0,5	0,6
	Frauen	0,7	0,8	0,9	0,8	0,4	0,6
	insgesamt	0,7	0,9	1,1	0,9	0,5	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5,1	5,3	5,8	4,3	1,6	4,5
	Frauen	8,2	8,8	9,6	7,6	3,6	7,3
	insgesamt	6,6	7,0	7,5	5,6	2,3	5,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2,2	2,4	2,5	1,9	0,9	2,0
	Frauen	3,6	3,8	3,4	2,1	1,4	3,2
	insgesamt	2,9	3,0	2,9	2,0	1,1	2,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,4	1,7	2,0	1,8	1,2	1,4
	Frauen	1,2	1,5	1,9	1,9	1,7	1,2
	insgesamt	1,3	1,6	2,0	1,8	1,4	1,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1,5	1,5	1,6	1,1	0,5	1,4
	Frauen	1,5	1,7	1,7	1,3	0,6	1,5
	insgesamt	1,5	1,6	1,6	1,2	0,6	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4,1	5,8	7,9	7,0	3,5	3,5
	Frauen	3,3	4,1	5,3	5,1	3,6	2,9
	insgesamt	3,8	5,0	6,7	6,3	3,5	3,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	29,2	28,5	27,9	19,0	8,0	32,1
	Frauen	32,2	32,5	33,2	24,1	11,6	35,9
	insgesamt	30,6	30,4	30,3	21,0	9,3	33,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	13,9	15,4	16,3	10,8	4,5	13,9
	Frauen	12,9	14,4	15,8	11,3	5,4	13,0
	insgesamt	13,4	14,9	16,1	11,0	4,8	13,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1,8	2,1	2,0	1,4	0,6	1,9
	Frauen	1,4	1,6	1,7	1,2	0,7	1,4
	insgesamt	1,6	1,8	1,9	1,3	0,6	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	29,6	34,7	39,1	31,7	13,4	24,6
	Frauen	21,0	25,4	29,3	23,9	12,1	17,1
	insgesamt	25,5	30,2	34,6	28,6	13,0	21,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,5	1,8	2,1	1,9	1,0	1,3
	Frauen	4,2	4,2	3,7	2,5	1,2	4,2
	insgesamt	2,8	2,9	2,8	2,1	1,1	2,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
	insgesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5,2	5,8	6,6	4,9	2,6	5,6
	Frauen	6,3	6,6	7,2	5,5	3,3	7,1
	insgesamt	5,7	6,2	6,9	5,1	2,9	6,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	11,7	11,7	10,8	7,6	3,9	12,9
	Frauen	7,4	8,3	9,1	7,5	4,8	7,3
	insgesamt	9,7	10,1	10,0	7,6	4,2	10,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1,4	1,5	2,2	1,6	0,9	1,3
	Frauen	2,0	2,1	2,7	2,0	1,5	2,2
	insgesamt	1,7	1,8	2,4	1,8	1,1	1,7
Zusammen	Männer	120,8	130,4	140,1	104,4	47,6	120,4
	Frauen	118,4	128,1	138,5	106,3	57,4	120,4
	insgesamt	119,6	129,3	139,4	105,2	51,0	120,4

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	96,9	81,6	62,2	61,2	65,0	65,5
	Frauen	109,1	85,5	63,0	55,2	55,0	58,2
	insgesamt	101,6	83,4	62,6	58,2	60,1	62,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5,1	9,9	11,3	15,1	23,5	29,7
	Frauen	6,2	9,5	14,3	23,3	40,2	73,9
	insgesamt	5,5	9,7	12,8	19,3	31,7	51,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1,3	1,9	2,5	3,7	6,2	9,3
	Frauen	2,3	3,6	4,8	6,4	7,9	10,6
	insgesamt	1,7	2,7	3,6	5,1	7,0	9,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	34,7	74,1	103,5	127,4	173,5	197,8
	Frauen	75,8	152,3	189,3	216,9	237,8	290,4
	insgesamt	50,8	109,9	145,3	172,8	205,2	242,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10,0	12,4	16,7	21,7	30,2	40,7
	Frauen	19,2	23,9	24,1	28,2	37,2	48,1
	insgesamt	13,6	17,6	20,3	25,0	33,6	44,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4,3	4,7	5,0	6,0	8,0	9,3
	Frauen	5,3	5,2	4,4	4,4	6,5	7,0
	insgesamt	4,7	4,9	4,7	5,2	7,3	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7,5	7,0	7,5	9,1	12,1	14,7
	Frauen	8,8	9,0	9,8	10,2	12,6	14,5
	insgesamt	8,0	7,9	8,6	9,7	12,3	14,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8,9	13,1	15,9	21,5	34,3	58,6
	Frauen	13,7	15,3	18,3	19,9	24,8	40,1
	insgesamt	10,8	14,1	17,0	20,7	29,6	49,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	244,0	210,2	176,0	188,6	210,9	217,2
	Frauen	296,5	249,5	212,9	206,8	214,3	222,7
	insgesamt	264,5	228,2	193,9	197,8	212,5	219,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	85,1	80,0	65,2	65,8	77,3	92,7
	Frauen	110,2	90,2	63,7	55,6	58,1	70,3
	insgesamt	94,9	84,7	64,5	60,7	67,8	81,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	30,3	30,8	23,7	21,0	21,1	23,9
	Frauen	18,3	16,6	12,9	9,9	11,4	15,4
	insgesamt	25,6	24,3	18,4	15,4	16,4	19,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	85,1	145,9	172,8	237,6	342,3	464,7
	Frauen	82,2	123,1	133,6	152,9	215,7	333,5
	insgesamt	83,9	135,5	153,7	194,6	279,9	401,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5,9	7,5	6,6	9,3	11,4	15,5
	Frauen	34,9	32,6	29,9	30,3	34,5	42,7
	insgesamt	17,2	18,9	17,9	20,0	22,7	28,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	6,2	25,4	63,0	72,5	43,0	11,1
	insgesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	39,9	38,3	32,5	36,1	44,1	51,9
	Frauen	67,0	60,5	57,0	57,9	59,9	61,5
	insgesamt	50,5	48,4	44,4	47,2	51,9	56,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	299,6	300,5	234,0	207,2	228,2	260,4
	Frauen	124,7	118,4	93,4	82,8	100,4	132,0
	insgesamt	231,3	217,3	165,6	144,0	165,2	198,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7,5	12,7	12,4	16,9	23,6	28,1
	Frauen	16,2	24,1	33,2	39,6	39,9	45,5
	insgesamt	10,9	17,9	22,5	28,4	31,6	36,5
Zusammen	Männer	968,9	1.034,7	951,3	1.051,4	1.315,8	1.585,3
	Frauen	1.001,3	1.050,9	1.033,0	1.077,7	1.205,2	1.484,3
	insgesamt	981,5	1.042,1	991,1	1.064,8	1.261,3	1.536,6

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder					gesamt
		45–49	50–54	55–59	60–64	≥65	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	65,1	68,1	72,3	54,5	28,8	67,1
	Frauen	61,9	67,1	76,5	62,0	37,9	64,4
	insgesamt	63,6	67,6	74,3	57,4	32,0	65,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	42,8	82,5	134,4	158,7	136,6	47,4
	Frauen	111,8	146,9	170,2	192,3	137,0	77,1
	insgesamt	75,9	113,4	150,8	171,9	136,7	61,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14,0	20,0	28,6	28,8	17,3	11,4
	Frauen	13,4	18,3	19,2	20,0	6,7	10,8
	insgesamt	13,7	19,2	24,3	25,4	13,6	11,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	224,9	246,0	284,2	271,8	115,5	182,8
	Frauen	331,7	380,1	458,0	450,0	216,7	284,7
	insgesamt	276,1	310,4	363,7	341,7	150,7	231,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	46,6	60,3	71,3	66,0	55,4	38,8
	Frauen	58,5	71,6	75,8	58,2	44,7	46,1
	insgesamt	52,3	65,7	73,4	62,9	51,7	42,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	13,4	17,1	23,1	25,3	17,0	11,4
	Frauen	10,7	14,5	20,0	20,5	24,7	9,2
	insgesamt	12,1	15,9	21,7	23,4	19,7	10,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	16,4	20,5	24,4	24,7	16,0	14,5
	Frauen	16,5	22,6	26,5	20,1	5,1	15,1
	insgesamt	16,5	21,5	25,4	22,9	12,2	14,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	102,1	168,1	254,2	296,4	217,0	91,2
	Frauen	57,2	82,1	115,9	152,7	106,9	48,8
	insgesamt	80,6	126,8	190,9	240,1	178,7	71,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	224,9	246,9	286,4	226,2	97,5	220,0
	Frauen	233,7	262,5	300,1	255,4	143,8	236,1
	insgesamt	229,1	254,4	292,6	237,6	113,6	227,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	105,1	131,1	146,3	122,8	77,5	96,4
	Frauen	80,9	94,1	108,9	95,3	68,5	77,1
	insgesamt	93,5	113,3	129,2	112,0	74,3	87,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	26,5	32,4	36,5	29,3	25,0	26,8
	Frauen	15,5	20,8	22,9	23,7	6,6	15,6
	insgesamt	21,2	26,8	30,2	27,1	18,6	21,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	601,0	787,0	997,9	1.037,9	571,0	491,4
	Frauen	465,5	637,3	822,4	883,0	525,7	369,3
	insgesamt	536,0	715,1	917,6	977,1	555,2	433,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	18,6	26,5	36,0	41,1	16,5	17,3
	Frauen	51,6	52,0	52,2	46,9	37,7	41,1
	insgesamt	34,4	38,8	43,4	43,3	23,8	28,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	1,1	0,3	0,3	0,7	0,0	25,6
	insgesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	64,9	83,0	108,8	108,4	81,8	59,3
	Frauen	74,2	85,0	109,3	90,5	65,3	70,2
	insgesamt	69,3	83,9	109,0	101,4	76,1	64,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	278,3	301,9	313,6	269,2	191,9	265,0
	Frauen	160,8	213,5	265,4	274,5	247,0	146,9
	insgesamt	221,9	259,5	291,5	271,3	211,1	208,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32,5	39,8	50,8	54,7	34,4	28,2
	Frauen	54,3	60,8	62,7	70,5	54,8	45,9
	insgesamt	43,0	49,9	56,2	60,9	41,5	36,6
Zusammen	Männer	1.882,8	2.339,1	2.877,8	2.823,9	1.711,7	1.674,3
	Frauen	1.808,3	2.240,1	2.716,8	2.726,4	1.730,3	1.591,6
	insgesamt	1.847,0	2.291,5	2.804,1	2.785,7	1.718,2	1.634,9



Arbeitsunfähigkeit älterer Arbeitnehmer/-innen in ausgewählten Berufen

7 a

Fälle und Tage

je beschäftigtes BKK Mitglied

Seite

A 98

Altersgruppen/ Berufe	Schlüssel	Geschlecht	45 – < 55			55 – < 65			Durchschnitt alle Alter		
			Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer
Gartenbauer	5	Männer	1,4	23,6	16,9	1,5	35,3	24,0	1,3	18,3	13,7
	5	Frauen	1,2	18,6	16,0	-	-	-	1,2	14,3	12,2
	5	Insgesamt	1,3	22,1	16,6	1,4	33,2	23,7	1,3	16,9	13,2
Keramiker	12	Männer	1,3	22,2	16,6	-	-	-	1,4	22,1	16,0
	12	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,6	23,6	14,5
	12	Insgesamt	1,4	22,6	15,7	-	-	-	1,5	22,5	15,5
Glasmacher	13	Männer	1,3	22,2	17,3	1,4	31,2	22,0	1,3	20,7	15,6
	13	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,8	25,2	14,2
	13	Insgesamt	1,4	23,2	16,7	1,6	33,0	21,1	1,4	21,8	15,2
Kunststoffverarbeiter	15	Männer	1,4	21,3	15,1	1,6	33,0	20,5	1,4	18,2	13,0
	15	Frauen	1,7	27,2	15,8	1,8	40,9	23,1	1,7	25,0	15,0
	15	Insgesamt	1,5	22,8	15,3	1,7	35,4	21,4	1,5	19,7	13,5
Papierhersteller	16	Männer	1,4	22,0	16,1	1,5	31,7	21,1	1,4	19,6	14,4
	16	Frauen	1,6	24,1	15,3	-	-	-	1,6	24,0	15,0
	16	Insgesamt	1,4	22,4	15,9	1,5	32,7	21,4	1,4	20,3	14,5
Drucker	17	Männer	1,4	21,5	15,4	1,6	32,2	20,6	1,3	18,3	13,8
	17	Frauen	1,4	21,4	15,2	-	-	-	1,3	15,4	11,6
	17	Insgesamt	1,4	21,5	15,4	1,6	31,8	20,3	1,3	17,5	13,3
Holzaufbereiter	18	Männer	1,3	20,0	15,3	-	-	-	1,3	19,4	14,7
	18	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	18	Insgesamt	1,3	20,2	15,1	-	-	-	1,3	19,6	14,9
Metallerzeuger, Walzer	19	Männer	1,4	23,4	17,2	1,4	30,6	22,3	1,3	21,6	16,2
	19	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	Insgesamt	1,4	23,5	17,2	1,4	30,4	22,2	1,3	21,5	16,1
Former, Formgießer	20	Männer	1,6	24,8	15,3	1,8	40,1	22,8	1,6	23,3	14,6
	20	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	Insgesamt	1,6	24,7	15,1	1,7	40,0	22,9	1,6	23,2	14,6
Metallverformer (spanlos)	21	Männer	1,4	24,3	16,8	1,6	33,1	20,7	1,5	22,0	15,2
	21	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,6	22,8	14,1
	21	Insgesamt	1,5	24,3	16,6	1,6	33,2	20,4	1,5	22,1	15,0
Metallverbinder	24	Männer	1,5	23,0	15,8	1,7	35,7	21,4	1,5	21,9	14,8
	24	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,7	24,4	14,7
	24	Insgesamt	1,5	23,2	15,7	1,7	36,1	21,3	1,5	22,1	14,8
Schmiede	25	Männer	1,3	23,4	17,5	-	-	-	1,4	19,7	14,1
	25	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	Insgesamt	1,3	23,3	17,5	-	-	-	1,4	19,6	14,1

Altersgruppen/ Berufe	Schlüssel	Geschlecht	45 – < 55			55 – < 65			Durchschnitt alle Alter		
			Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer
Elektriker	31	Männer	1,3	18,4	14,3	1,4	25,2	18,2	1,3	14,7	11,6
	31	Frauen	1,8	25,6	14,2	1,9	33,4	18,0	1,7	20,9	12,1
	31	Insgesamt	1,3	19,0	14,3	1,4	25,7	18,2	1,3	15,1	11,7
Montierer und Metallberufe	32	Männer	1,4	22,4	15,6	1,5	30,1	19,7	1,4	19,2	13,7
	32	Frauen	1,8	28,8	16,1	1,9	36,2	19,6	1,8	25,7	14,6
	32	Insgesamt	1,5	24,3	15,8	1,6	32,1	19,6	1,5	20,8	14,0
Back-, Konditorwarenhersteller	39	Männer	0,9	18,4	21,0	-	-	-	1,0	15,3	16,1
	39	Frauen	1,2	25,1	20,3	-	-	-	1,2	18,6	15,0
	39	Insgesamt	1,0	20,7	20,7	1,2	35,1	28,8	1,0	16,4	15,6
Speisenbereiter	41	Männer	0,9	18,8	21,1	1,0	26,1	26,3	0,8	12,7	15,0
	41	Frauen	1,3	24,5	19,0	1,3	31,6	23,6	1,2	21,0	17,1
	41	Insgesamt	1,2	22,7	19,5	1,3	30,2	24,1	1,1	17,2	16,3
Maurer, Betonbauer	44	Männer	1,1	21,9	19,7	1,2	37,0	29,9	1,2	20,0	17,0
	44	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	44	Insgesamt	1,1	21,8	19,7	1,2	36,9	29,8	1,2	20,0	17,0
Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer	45	Männer	1,2	23,3	20,1	-	-	-	1,3	19,1	15,3
	45	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	45	Insgesamt	1,2	23,2	20,0	-	-	-	1,3	19,2	15,3
Straßen-, Tiefbauer	46	Männer	1,4	24,8	18,2	1,6	40,0	25,7	1,4	23,0	16,3
	46	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	46	Insgesamt	1,4	24,8	18,2	1,6	39,9	25,7	1,4	23,0	16,3
Bauhilfsarbeiter	47	Männer	1,1	22,2	20,0	1,2	34,9	29,2	1,1	19,3	17,8
	47	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	47	Insgesamt	1,1	22,1	19,8	1,2	34,5	28,6	1,1	19,3	17,7
Bauausstatter	48	Männer	1,1	24,2	22,1	1,3	39,0	30,7	1,2	19,5	16,5
	48	Frauen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	48	Insgesamt	1,1	24,0	22,0	1,3	38,6	30,4	1,2	19,4	16,3
Raumausstatter, Polsterer	49	Männer	1,4	26,8	19,4	-	-	-	1,3	20,4	15,2
	49	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,4	17,2	12,7
	49	Insgesamt	1,4	25,2	18,6	-	-	-	1,3	19,6	14,6
Tischler, Modellbauer	50	Männer	1,2	18,9	15,9	1,5	32,1	22,1	1,3	16,2	12,8
	50	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,6	16,3	10,2
	50	Insgesamt	1,2	18,8	15,8	1,4	32,1	22,2	1,3	16,2	12,6
Maler, Lackierer	51	Männer	1,4	22,3	16,5	1,5	32,7	22,4	1,4	19,2	14,1
	51	Frauen	-	-	-	-	-	-	1,7	22,7	13,1
	51	Insgesamt	1,4	22,7	16,6	1,5	32,5	22,4	1,4	19,5	14,0

Altersgruppen/ Berufe	Schlüssel	Geschlecht	45 – < 55			55 – < 65			Durchschnitt alle Alter		
			Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer
Warenprüfer	52	Männer	1,4	21,0	15,4	1,4	27,8	19,2	1,3	18,9	14,0
	52	Frauen	1,6	25,6	16,1	1,7	33,5	19,7	1,6	24,1	15,4
	52	Insgesamt	1,4	22,5	15,7	1,5	29,6	19,4	1,4	20,5	14,5
Hilfsarbeiter o. n. Tätigkeitsangabe	53	Männer	1,4	23,2	16,9	1,4	28,9	21,1	1,3	17,9	13,3
	53	Frauen	1,6	25,3	15,9	1,7	33,0	20,0	1,6	21,4	13,4
	53	Insgesamt	1,4	23,8	16,6	1,4	30,0	20,8	1,4	18,7	13,3
Ingenieure	60	Männer	1,3	12,7	10,1	1,2	15,5	12,5	0,9	8,1	9,3
	60	Frauen	1,1	12,8	11,9	-	-	-	0,9	8,0	9,4
	60	Insgesamt	1,2	12,7	10,3	1,3	15,7	12,6	0,9	8,1	9,3
Bank-, Versicherungskaufleute	69	Männer	1,4	18,6	12,9	1,3	21,0	16,0	1,1	11,4	10,6
	69	Frauen	1,3	16,5	12,8	1,4	20,3	14,8	1,2	11,9	10,1
	69	Insgesamt	1,3	17,2	12,9	1,3	20,5	15,2	1,1	11,7	10,3
Berufe des Landverkehrs	71	Männer	1,1	22,6	19,9	1,2	32,8	26,7	1,1	21,6	19,3
	71	Frauen	1,5	32,6	21,2	1,6	35,7	22,4	1,5	26,9	18,1
	71	Insgesamt	1,2	23,5	20,0	1,3	33,0	26,3	1,2	22,1	19,1
Unternehmer	75	Männer	0,8	10,5	13,0	0,9	15,0	17,2	0,7	8,3	12,0
	75	Frauen	0,8	11,1	13,5	0,9	16,3	18,1	0,8	8,3	9,9
	75	Insgesamt	0,8	10,8	13,2	0,9	15,4	17,4	0,8	8,3	10,9
Abgeordnete	76	Männer	1,0	13,4	12,8	0,9	14,9	15,7	0,8	9,3	12,2
	76	Frauen	1,1	14,6	13,0	1,2	18,0	15,2	0,9	10,9	11,6
	76	Insgesamt	1,1	14,0	12,9	1,0	16,1	15,5	0,8	10,1	11,9
Rechnungskaufleute, DV-Fachleute	77	Männer	1,1	12,2	11,2	1,1	16,2	14,9	0,9	8,3	9,7
	77	Frauen	1,1	16,2	14,7	1,2	22,8	19,2	1,0	13,7	13,3
	77	Insgesamt	1,1	14,5	13,3	1,1	20,1	17,5	0,9	10,9	11,6
Ärzte, Apotheker	84	Männer	-	-	-	-	-	-	0,4	5,2	13,2
	84	Frauen	0,6	8,4	14,5	-	-	-	0,6	6,7	12,1
	84	Insgesamt	0,6	8,5	14,6	0,8	13,8	18,4	0,5	6,3	12,3
Geistes- u. naturwiss. Berufe	88	Männer	0,9	9,9	11,2	-	-	-	0,5	5,6	10,5
	88	Frauen	0,9	11,6	13,4	-	-	-	0,7	7,3	10,0
	88	Insgesamt	0,9	10,8	12,4	1,0	14,1	14,0	0,6	6,6	10,2
alle Berufe	999	Männer	1,1	16,9	15,4	1,1	23,0	20,4	1,1	14,5	13,2
	999	Frauen	1,2	18,6	15,6	1,2	24,3	19,8	1,2	15,0	12,7
	999	Insgesamt	1,1	17,6	15,5	1,2	23,5	20,1	1,1	14,7	13,0

Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Dauer



Zahl AU-Fälle
Summe AU-Tage

Seite
A 102
A 102

Bund gesamt		Beschäftigte Pflichtmitglieder: 4.800.992					
Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen		Zahl der AU-Fälle absolut %		Summe der AU-Tage absolut %		AU-Tage je Fall in der Wo. bis zur Wo.	
1. Woche	1	675.343	11,5	675.343	0,9	1,0	1,0
	2	655.578	11,2	1.311.156	1,7	2,0	1,5
	3	747.184	12,7	2.241.552	2,9	3,0	2,0
	4	577.008	9,8	2.308.032	3,0	4,0	2,5
	5	777.089	13,2	3.885.445	5,0	5,0	3,0
	6	239.164	4,1	1.434.984	1,9	6,0	3,2
	7	182.479	3,1	1.277.353	1,7	7,0	3,4
	Summe/Durchschnitt	3.853.845	65,6	13.133.865	17,0	3,4	3,4
2. Woche	8	214.149	3,6	1.713.192	2,2	8,0	3,6
	9	178.114	3,0	1.603.026	2,1	9,0	3,9
	10	169.147	2,9	1.691.470	2,2	10,0	4,1
	11	142.755	2,4	1.570.305	2,0	11,0	4,3
	12	197.308	3,4	2.367.696	3,1	12,0	4,6
	13	70.225	1,2	912.925	1,2	13,0	4,8
	14	60.629	1,0	848.806	1,1	14,0	4,9
	Summe/Durchschnitt	1.032.327	17,6	10.707.420	13,9	10,4	4,9
3. Woche	15	77.296	1,3	1.159.440	1,5	15,0	5,0
	16	61.070	1,0	977.120	1,3	16,0	5,2
	17	57.002	1,0	969.034	1,3	17,0	5,3
	18	51.320	0,9	923.760	1,2	18,0	5,4
	19	67.423	1,1	1.281.037	1,7	19,0	5,6
	20	27.966	0,5	559.320	0,7	20,0	5,7
	21	25.233	0,4	529.893	0,7	21,0	5,8
	Summe/Durchschnitt	367.310	6,3	6.399.604	8,3	17,4	5,8
4. Woche	22	31.531	0,5	693.682	0,9	22,0	5,9
	23	26.538	0,5	610.374	0,8	23,0	5,9
	24	26.497	0,5	635.928	0,8	24,0	6,0
	25	26.040	0,4	651.000	0,8	25,0	6,1
	26	34.979	0,6	909.454	1,2	26,0	6,2
	27	15.724	0,3	424.548	0,6	27,0	6,3
	28	14.900	0,3	417.200	0,5	28,0	6,4
	Summe/Durchschnitt	176.209	3,0	4.342.186	5,6	24,6	6,4
5. Woche	29	18.575	0,3	538.675	0,7	29,0	6,4
	30	16.084	0,3	482.520	0,6	30,0	6,5
	31	16.451	0,3	509.981	0,7	31,0	6,6
	32	16.315	0,3	522.080	0,7	32,0	6,7
	33	20.511	0,3	676.863	0,9	33,0	6,8
	34	10.007	0,2	340.238	0,4	34,0	6,8
	35	9.444	0,2	330.540	0,4	35,0	6,9
	Summe/Durchschnitt	107.387	1,8	3.400.897	4,4	31,7	6,9
6. Woche	36	10.577	0,2	380.772	0,5	36,0	6,9
	37	10.178	0,2	376.586	0,5	37,0	7,0
	38	10.728	0,2	407.664	0,5	38,0	7,0
	39	11.790	0,2	459.810	0,6	39,0	7,1
	40	16.404	0,3	656.160	0,9	40,0	7,2
	41	8.565	0,1	351.165	0,5	41,0	7,2
	42	13.636	0,2	572.712	0,7	42,0	7,3
	Summe/Durchschnitt	81.878	1,4	3.204.869	4,2	39,1	7,3
7. Woche	Summe/Durchschnitt	38.732	0,7	1.765.374	2,3	45,6	7,6
8. Woche	Summe/Durchschnitt	24.290	0,4	1.288.121	1,7	53,0	7,8
9. Woche	Summe/Durchschnitt	19.336	0,3	1.159.780	1,5	60,0	8,0
10. Woche	Summe/Durchschnitt	15.030	0,3	1.008.240	1,3	67,1	8,1
11. Woche	Summe/Durchschnitt	12.787	0,2	946.962	1,2	74,1	8,3
12. Woche	Summe/Durchschnitt	10.874	0,2	882.364	1,1	81,1	8,4
12.–26. Woche	Summe/Durchschnitt	73.135	1,2	8.959.681	11,6	122,5	9,8
26.–52. Woche	Summe/Durchschnitt	34.774	0,6	8.830.175	11,5	253,9	11,3
52.–78. Woche	Summe/Durchschnitt	20.045	0,3	9.481.669	12,3	473,0	12,9
> 78 Wochen	Summe/Durchschnitt	2.798	0,0	1.535.353	2,0	548,7	13,1
Alle	Summe/Durchschnitt	5.870.757	100,0	77.046.560	100,0	13,1	13,1

Die häufigsten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (Mitglieder ohne Rentner)

9

	Seite
Gesamt	
■ nach Fallzahl	A 104
■ nach Tagen	A 105
Frauen	
■ nach Fallzahl	A 106
■ nach Tagen	A 107
Männer	
■ nach Fallzahl	A 108
■ nach Tagen	A 109

ICD	Krankheitsart	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	715.124	4.229.623	120,03	709,94	5,9
M54	Rückenschmerzen	459.168	7.017.574	77,07	1.177,89	15,3
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	290.454	1.339.022	48,75	224,75	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	233.499	615.059	39,19	103,24	2,6
J20	Akute Bronchitis	208.273	1.537.850	34,96	258,13	7,4
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	196.255	950.392	32,94	159,52	4,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	176.787	1.273.587	29,67	213,77	7,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	146.312	870.152	24,56	146,05	5,9
J01	Akute Sinusitis	96.380	582.432	16,18	97,76	6,0
J03	Akute Tonsillitis	93.284	554.020	15,66	92,99	5,9
K29	Gastritis und Duodenitis	90.787	584.271	15,24	98,07	6,4
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	89.778	1.262.221	15,07	211,86	14,1
J32	Chronische Sinusitis	89.500	581.433	15,02	97,59	6,5
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	85.678	662.577	14,38	111,21	7,7
J02	Akute Pharyngitis	82.733	460.279	13,89	77,26	5,6
F32	Depressive Episode	81.860	4.377.064	13,74	734,69	53,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	78.772	2.178.952	13,22	365,73	27,7
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	58.771	271.109	9,86	45,51	4,6
M77	Sonstige Enthesopathien	57.703	1.062.006	9,69	178,26	18,4
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	56.347	375.885	9,46	63,09	6,7

ICD	Krankheitsart	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	459.168	7.017.574	77,07	1.177,89	15,3
F32	Depressive Episode	81.860	4.377.064	13,74	734,69	53,5
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	715.124	4.229.623	120,03	709,94	5,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	78.772	2.178.952	13,22	365,73	27,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	44.027	1.800.536	7,39	302,22	40,9
M75	Schulterläsionen	51.611	1.595.079	8,66	267,73	30,9
J20	Akute Bronchitis	208.273	1.537.850	34,96	258,13	7,4
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	46.782	1.466.052	7,85	246,08	31,3
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	290.454	1.339.022	48,75	224,75	4,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	176.787	1.273.587	29,67	213,77	7,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	89.778	1.262.221	15,07	211,86	14,1
F48	Andere neurotische Störungen	48.800	1.247.439	8,19	209,38	25,6
M77	Sonstige Enthesopathien	57.703	1.062.006	9,69	178,26	18,4
F45	Somatoforme Störungen	38.512	1.024.143	6,46	171,90	26,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	13.743	985.874	2,31	165,48	71,7
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	28.976	961.093	4,86	161,32	33,2
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	196.255	950.392	32,94	159,52	4,8
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	48.469	938.041	8,14	157,45	19,4
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	21.063	920.939	3,54	154,58	43,7
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	146.312	870.152	24,56	146,05	5,9

ICD	Krankheitsart	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	336.782	2.002.440	128,45	763,72	5,9
M54	Rückenschmerzen	164.675	2.554.278	62,81	974,19	15,5
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	128.059	590.360	48,84	225,16	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	102.763	286.782	39,19	109,38	2,8
J20	Akute Bronchitis	94.350	693.384	35,98	264,45	7,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	86.627	417.941	33,04	159,40	4,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	82.309	595.533	31,39	227,13	7,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	67.852	404.487	25,88	154,27	6,0
J01	Akute Sinusitis	53.811	321.683	20,52	122,69	6,0
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	51.304	395.504	19,57	150,84	7,7
J32	Chronische Sinusitis	49.182	305.703	18,76	116,59	6,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	48.341	1.334.242	18,44	508,87	27,6
F32	Depressive Episode	47.414	2.499.644	18,08	953,35	52,7
J03	Akute Tonsillitis	46.335	274.652	17,67	104,75	5,9
K29	Gastritis und Duodenitis	45.215	287.074	17,24	109,49	6,3
J02	Akute Pharyngitis	42.566	236.347	16,23	90,14	5,6
G43	Migräne	39.403	171.472	15,03	65,40	4,4
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	29.872	190.882	11,39	72,80	6,4
F48	Andere neurotische Störungen	29.429	759.143	11,22	289,53	25,8
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	28.844	162.244	11,00	61,88	5,6

ICD	Krankheitsart	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	164.675	2.554.278	62,81	974,19	15,5
F32	Depressive Episode	47.414	2.499.644	18,08	953,35	52,7
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	336.782	2.002.440	128,45	763,72	5,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	48.341	1.334.242	18,44	508,87	27,6
F48	Andere neurotische Störungen	29.429	759.143	11,22	289,53	25,8
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6.606	755.488	2,52	288,14	114,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	15.649	699.162	5,97	266,66	44,7
J20	Akute Bronchitis	94.350	693.384	35,98	264,45	7,3
M75	Schulterläsionen	19.319	616.220	7,37	235,02	31,9
F45	Somatoforme Störungen	22.635	608.509	8,63	232,08	26,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	82.309	595.533	31,39	227,13	7,2
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	128.059	590.360	48,84	225,16	4,6
F33	Rezidivierende depressive Störung	7.981	577.419	3,04	220,23	72,3
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	13.896	475.671	5,30	181,42	34,2
F41	Andere Angststörungen	8.880	445.877	3,39	170,06	50,2
M77	Sonstige Enthesopathien	20.728	427.785	7,91	163,16	20,6
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	86.627	417.941	33,04	159,40	4,8
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	67.852	404.487	25,88	154,27	6,0
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	51.304	395.504	19,57	150,84	7,7
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	23.258	393.439	8,87	150,06	16,9

ICD	Krankheitsart	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	378.342	2.227.183	113,42	667,66	5,9
M54	Rückenschmerzen	294.493	4.463.296	88,28	1.338,00	15,2
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	162.395	748.662	48,68	224,43	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	130.736	328.277	39,19	98,41	2,5
J20	Akute Bronchitis	113.923	844.466	34,15	253,15	7,4
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	109.628	532.451	32,86	159,62	4,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	94.478	678.054	28,32	203,27	7,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	78.460	465.665	23,52	139,60	5,9
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	63.044	907.554	18,90	272,07	14,4
J03	Akute Tonsillitis	46.949	279.368	14,07	83,75	6,0
K29	Gastritis und Duodenitis	45.572	297.197	13,66	89,09	6,5
J01	Akute Sinusitis	42.569	260.749	12,76	78,17	6,1
J32	Chronische Sinusitis	40.318	275.730	12,09	82,66	6,8
J02	Akute Pharyngitis	40.167	223.932	12,04	67,13	5,6
M77	Sonstige Enthesopathien	36.975	634.221	11,08	190,13	17,2
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes	35.509	540.056	10,64	161,90	15,2
F32	Depressive Episode	34.446	1.877.420	10,33	562,81	54,5
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	34.374	267.073	10,30	80,06	7,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	32.886	990.381	9,86	296,90	30,1
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	32.720	610.741	9,81	183,09	18,7

ICD	Krankheitsart	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	294.493	4.463.296	88,28	1.338,00	15,2
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	378.342	2.227.183	113,42	667,66	5,9
F32	Depressive Episode	34.446	1.877.420	10,33	562,81	54,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	28.378	1.101.374	8,51	330,17	38,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	32.886	990.381	9,86	296,90	30,1
M75	Schulterläsionen	32.292	978.859	9,68	293,44	30,3
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	63.044	907.554	18,90	272,07	14,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	30.431	844.710	9,12	253,23	27,8
J20	Akute Bronchitis	113.923	844.466	34,15	253,15	7,4
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	162.395	748.662	48,68	224,43	4,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	94.478	678.054	28,32	203,27	7,2
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	20.359	660.216	6,10	197,92	32,4
M77	Sonstige Enthesopathien	36.975	634.221	11,08	190,13	17,2
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	32.720	610.741	9,81	183,09	18,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	14.216	569.723	4,26	170,79	40,1
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes	35.509	540.056	10,64	161,90	15,2
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	109.628	532.451	32,86	159,62	4,9
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7.486	506.014	2,24	151,69	67,6
F48	Andere neurotische Störungen	19.371	488.296	5,81	146,38	25,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	78.460	465.665	23,52	139,60	5,9

Verena Bauer

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Michael Bellwinkel

Abteilung Gesundheitsförderung
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Lena Böhnke

Team Gesundheit GmbH
Geschäftsbereich Prävention und
Gesundheitsförderung
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Dr. Gregor Breucker

Abteilung Gesundheitsförderung
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Marijke Brouwer

Team Gesundheit GmbH
Geschäftsbereich Prävention und
Gesundheitsförderung
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Dr. Sven Bungard

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Dr. Siiri Doka

Referatsleiterin Gesundheitspolitik und
Selbsthilfeförderung
BAG SELBSTHILFE
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
von Menschen mit Behinderungen
und chronischer Erkrankung und ihren
Angehörigen e. V.
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf

Silke Eggers

Referentin für Soziale Sicherung und
Versorgung
Abteilung Strukturelle Prävention 1
Bereich: Leben mit HIV
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin

Dr. Gerald Engels

Chirurgische Gemeinschaftspraxis am
Bayenthalgürtel
Bayenthalgürtel 45
50968 Köln

Sabine Eis

Gesundheits- und Sozialpolitik
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximiliansstr. 14
53111 Bonn

Dr. Monique Faryn-Wewel

Team Gesundheit GmbH
Geschäftsbereich Prävention und
Gesundheitsförderung
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Gerlinde Feulner-Krakow

Diabeteszentrum Forchheim
Bayreuther Str. 6 (Hornschnuckpark)
91301 Forchheim

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme,
Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Dr. Dagmar Hertle

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Dr. Dirk Hochlenert

Centrum für Diabetologie, Endoskopie und
Wundheilung
Merheimer Str. 217
50733 Köln

Dagmar Johannes

Abteilung Gesundheitsförderung
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Karin Kliner

Projektkoordinatorin
Gesundheitsberichterstattung
BKK Bundesverband
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Karsten Knoche

Team Gesundheit GmbH
Geschäftsbereich Betriebliches
Gesundheitsmanagement
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Dr. med. Bernhard Koch

Leitender Betriebsarzt Salzgitter AG
SZST Arbeitsmedizin
SZST Salzgitter Service und Technik
Eisenhüttenstrasse 99
38239 Salzgitter

Dr. phil. Christopher Kofahl

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie,
Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

PD Dr. phil. Christoph Kröger

Geschäftsführender Leiter der
Psychotherapieambulanz
Institut für Psychologie/Abteilung für
Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Diagnostik
Technische Universität Braunschweig
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig

Dr. med. Stefan Lang

Chief Medical Officer
Occupational Medicine & Health Protection
BASF SE
67056 Ludwigshafen

Dr. med. Birgit Leineweber

Leiterin BKK MedPlus Center
Medizinisches Kompetenzzentrum
BKK Salzgitter
Thiestr. 13
38226 Salzgitter

Daniel Lüdecke

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie,
Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Inka Matschey

START Zeitarbeit NRW
Schiffersr. 166
47059 Duisburg

Bernd Marquardt

Senior Referent Personal- und Sozialpolitik
Betriebliches Gesundheitsmanagement
Salzgitter AG
Eisenhüttenstrasse 99
38239 Salzgitter

PD Dr. med. Christoph Oberlinner

Vice President
Occupational Medicine & Health Protection
BASF SE
67056 Ludwigshafen

Dr. med. Martina Pötschke-Langer

Stabsstelle Krebsprävention und WHO-
Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Leiterin der Arbeitsgruppe
Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft
und des Instituts für Pflegewissenschaft
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Dr. Katrin Schaller

Stabsstelle Krebsprävention und WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Dr. med. Gerd Schauerte

Leiter des Instituts für Verhaltensmedizin bei Neurodermitis und Asthma (INA)
CJD Berchtesgaden - Asthmazentrum
Buchenhöhe 46
D-83471 Berchtesgaden

Anja Schmitz

Bereichsleiterin DMP und Hilfsmittelmanagement
DMP Fachkoordinatorin des BKK Bundesverbandes
spectrumK GmbH
Spittelmarkt 12
10117 Berlin

Dr. Katrin Schuldt

Referatsleiterin Selektivverträge
BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Hans-Georg Schulz

Landessportbund Nordrhein-Westfalen
Gruppe „Sport und Gesundheit“
Friedrich-Alfred-Straße 25
47055 Duisburg

Dr. Reinhold Sochert

Abteilung Gesundheitsförderung
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Christin Tewes

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie
Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Martinistrasse 52
20246 Hamburg

Andrea Trümner

BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Anette Würfel

Referentin im Referat Selektivverträge
BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

