
DAK Gesundheitsreport 2010

DAK Forschung

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

W 403 - 2010

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut GmbH

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin,
Tel.: 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911
Email: iges@iges.de

Februar 2010

Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:

Die ausschließlichen Rechte für diese Studie liegen bei der DAK – Unternehmen Leben als Auftraggeberin. Die Nutzung in Print- und Onlinemedien, Radio und TV bedarf keiner vorherigen Genehmigung. Bedingung für die Nutzung ist der thematische Zusammenhang und die Angabe der Quelle (DAK – Unternehmen Leben).

Das Recht zur Nutzung umfasst nicht Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme; diese weitergehende Nutzung ist ohne vorherige Zustimmung der DAK - Unternehmen Leben unzulässig und strafbar.

Inhalt

Vorwort	5
Zusammenfassung der Ergebnisse	7
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2009	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2009 im Überblick	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	26
4 Schwerpunktthema: Schlafstörungen - Ein häufig unterschätztes Problem?	37
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	107
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	111
7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	120
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	123
Anhang II: Tabellen	127
Anhang III: Halbjahre und Quartale der Jahre 2009 und 2008 im Überblick	139
Anhang IV: Expertenfragebogen	152
Anhang V: Befragte Experten	161

Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2010 setzt die DAK ihre jährliche Berichterstattung zum Krankenstand ihrer Versicherten fort. Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind vielfältig. Sie können im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld oder in der Arbeitswelt liegen. Im Gesundheitsreport 2010 wird dargestellt, welche Krankheitsarten die größte Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen spielen. Zugleich wird auf geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten und auf regionale Unterschiede eingegangen.

Schlafstörungen gehören neben Kopfschmerzen zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden. Erholsamer Schlaf prägt nicht nur das subjektive Wohlbefinden und das Lebensgefühl, er ist zugleich auch eine bedeutsame Voraussetzung für die berufliche Leistungsfähigkeit in der modernen Arbeitsgesellschaft. Schlafmedizinische Erkrankungen verursachen über die unmittelbaren Folgen für die Betroffenen hinaus kostenträchtige Schäden für die Betriebe durch Produktivitätsverluste und Arbeitsunfälle. Die DAK hat im vorliegenden Gesundheitsreport 2010 ambulante, stationäre sowie Arzneimitteldaten ausgewertet, namhafte Experten und die Bevölkerung zu Schlafstörungen befragt.

Der Krankenstand ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheit der Beschäftigten. Zusätzlich ist er auch ein Indiz für das Betriebsklima und die Arbeitsmotivation. 2009 war das Jahr der Wirtschafts- und Finanzkrise. Auf den Krankenstand hatte die Krise keine nennenswerten Auswirkungen. Der Wert lag 2009 bei 3,4 Prozent. Damit bewegt er sich seit zehn Jahren auf einem immer noch vergleichsweise geringen Niveau.

Die DAK appelliert an alle betrieblichen Akteure, in ihrem Engagement um die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt nicht nachzulassen. Für diese Aufgabe steht die DAK als bewährter Partner gerne zur Verfügung.

Hamburg, Februar 2010



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Krankenstand lag 2009 bei 3,4 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. Damit ist der Krankenstand das dritte Jahr in Folge gestiegen. Dennoch bleibt der Krankenstand auf einem im 10-Jahres-Vergleich noch relativ niedrigen Niveau.

Gesamtkrankenstand wiederholt etwas gestiegen

Die Betroffenenquote lag 2009 bei 49,0 Prozent. Dies bedeutet, dass für 51,0 Prozent der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Die Betroffenenquote war bis 2006 tendenziell rückläufig. In 2009 ist sie das dritte Jahr in Folge gestiegen.

Betroffenenquote

Auch die Erkrankungshäufigkeit ist mit 114,6 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr gestiegen (2008: 109,6 AU-Fälle). Mit 10,9 Tagen blieb die Falldauer im Vergleich zum Vorjahr unverändert.

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen 2009 mehr als die Hälfte (53,4 %) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten:

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit einem Anteil von rund 21 Prozent am Krankenstand und rd. 259 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rd. 258 Tagen geringfügig weniger Erkrankungstage auf diese Diagnose.
- Erkrankungen des Atmungssystems lagen mit 19 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen deutlichen Anstieg und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 32 auf 37 Fälle pro 100 Versichertenjahre bzw. plus 15,6 %) als auch was die Anzahl der AU-Tage betraf (von 199 auf 236 Tage pro 100 Versichertenjahre) (plus 18,6 %).
- Auf Verletzungen konnten 13,6 Prozent des Krankenstandes zurückgeführt werden. Dies entsprach einem Rückgang von 0,5 Prozentpunkten. Knapp ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen fielen auf Arbeits- und Wegeunfälle.

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Atemwegserkrankungen

Verletzungen

Der Anteil der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen hat 2009 um 0,2 Prozentpunkte zugenommen: Ihr Anteil am Krankenstand betrug im Jahr 2009 10,8 Prozent. Bei Frauen machten sie 13,2 Prozent des AU-Volumens aus, bei Männern 8,8 Prozent. Der Anteil des AU-Volumens hat sich bei Frauen als auch bei Männern im Vergleich zum Vorjahr erhöht.

Psychische Erkrankungen

Gesundheitswesen mit höchstem Krankenstand

2009 waren das „Gesundheitswesen“ und die „Öffentliche Verwaltung“ mit 3,9 Prozent die Branchen mit den höchsten Krankensandswerten. Der Krankenstand ist hier gegenüber 2008 wieder um 0,2 bzw. 0,3 Prozentpunkte gestiegen. Am niedrigsten war der Krankenstand in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Banken, Versicherungen“ mit 2,8 Prozent Krankenstand.

Unterschiede zwischen den Bundesländern

Auch 2009 bestanden Unterschiede zwischen den Bundesländern: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) beträgt der Krankenstand durchschnittlich 3,3 Prozent, in den östlichen Bundesländern 4,2 Prozent. In den westlichen Bundesländern streut der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 2,8 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten in Berlin mit 3,9 Prozent. Brandenburg steht 2009 mit einem Krankenstand von 4,3 Prozent an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

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

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2009 und 2008 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

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

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

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

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports. In den Fokus werden Schlafstörungen, insbesondere insomnische Beschwerden bzw. Schlaflosigkeit, gerückt.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema**

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

Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Im Anhang I finden Sie zudem eine Auswertung nach ausgewählten Berufsgruppen.

**Kapitel 5:
Analyse nach Wirt-
schaftsgruppen**

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

**Kapitel 6:
Regionale
Analysen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2010 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Anhang I: Erläuterungen

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

Anhang II: Tabellen

Detailliertes Zahlenmaterial zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen und weiteren Untergruppen (Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen) finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen finden Sie auf Seite 127.

Anhang III: Arbeitsunfähigkeiten nach Halbjahren und Quartalen

Anhang III beinhaltet einen vollständigen Überblick über die wichtigsten Krankenstandkennziffern für das erste und zweite Halbjahr der Jahre 2009 und 2008. Ebenso werden die vier Quartale der Jahre 2009 und 2008 differenziert dargestellt in Bezug auf die zehn wichtigsten Krankheitsarten.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

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

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen be- ruhen auf gemein- samem Standard

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

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

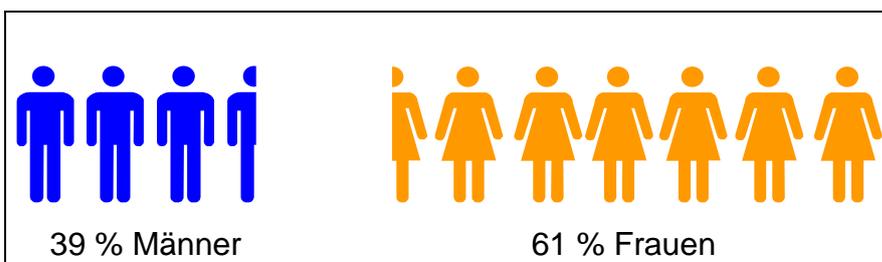
Andere Krankenkassen (z.B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2009

Der DAK-Gesundheitsreport 2010 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2009 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten.

Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2009 umfasst gut 2,5 Mio. DAK-Mitglieder, die sich zu 61 Prozent aus Frauen und zu 39 Prozent aus Männern zusammensetzten. Die Anteile der Frauen und Männer sind im Vergleich zum Vorjahr unverändert.



Quelle: DAK AU-Daten 2009

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

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK versichert waren. Daher werden die gut 2,5 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2009 umfasst die Datenbasis rund 2,2 Mio. Versichertenjahre.

In die nachfolgende Auswertung werden nur die diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK im Jahr 2009 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Datenbasis 2009:
2,5 Mio. DAK-Mitglieder

Abbildung 1:

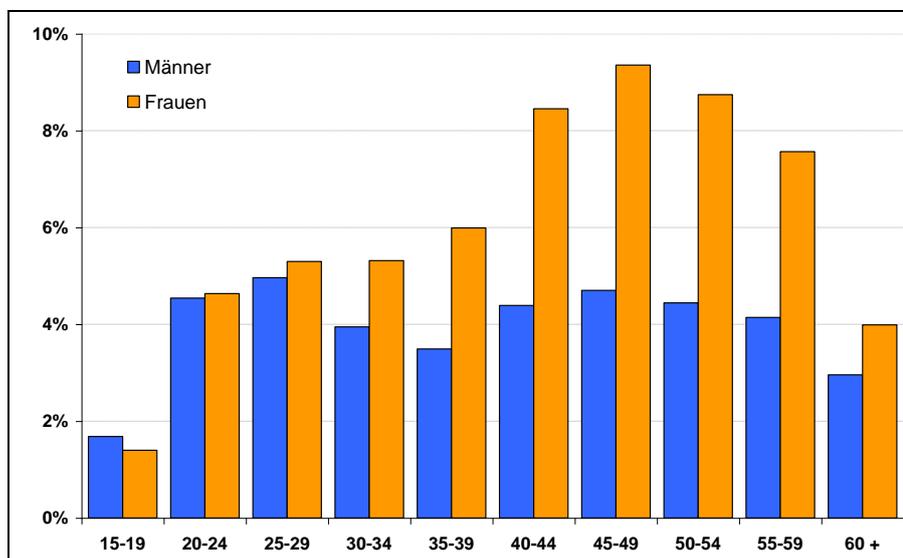
DAK-Mitglieder
im Jahr 2009
nach Geschlecht

2,5 Mio. Mitglieder entsprechen in etwa 2,2 Mio. Versichertenjahren

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

Abbildung 2:

Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2009



Quelle: DAK AU-Daten 2009

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

Wird die Alters- und Geschlechtsstruktur der DAK-Mitglieder verglichen mit der Standardpopulation, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, zeigen sich einige Unterschiede. Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, werden durch die Standardisierung (vgl. Anhang I) aus den beobachteten Zahlen heraus gerechnet.

Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen sowie mit den DAK-Gesundheitsreporten der Vorjahre.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2009 im Überblick

Der Krankenstand

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

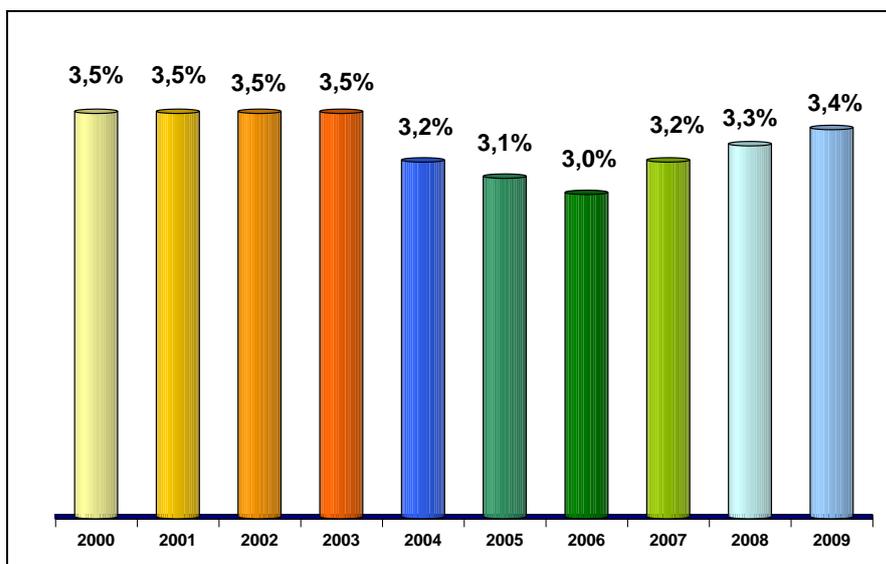


Abbildung 3:

Krankenstand der DAK-Mitglieder 2000 - 2009

Quelle: DAK AU-Daten 2009

2009 betrug der DAK-Krankenstand 3,4 Prozent und ist gegenüber dem Wert des Vorjahres um 0,1 Prozentpunkte leicht gestiegen.¹

Krankenstand 2009 gestiegen

Zwischen 2000 und 2003 verzeichnete die DAK über vier Jahre hinweg einen stabilen Krankenstand auf dem Niveau von 3,5 Prozent. In den Jahren 2004 bis 2006 ist der Krankenstand auf 3,0 % deutlich gesunken. Mit 3,2 Prozent lag der Krankensandswert in 2007 wieder auf dem Niveau von 2004. Mit 3,4 Prozent ist der Krankenstand in 2009 das dritte Jahr in Folge gestiegen.

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

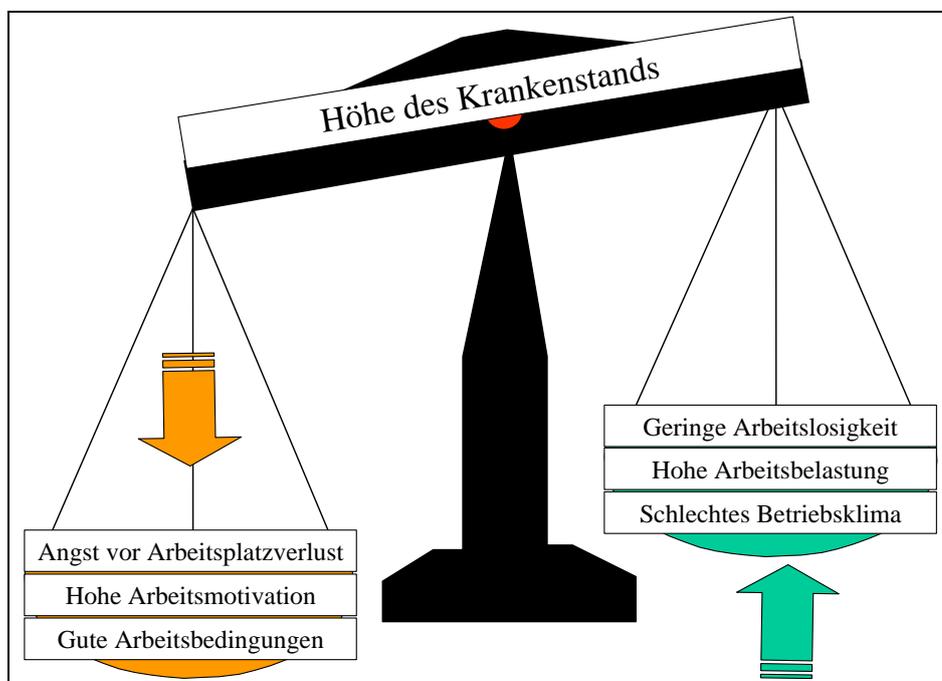
Welche Faktoren verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau? Der Krankenstand wird

¹ Das Ergebnis zu den Arbeitsunfähigkeitstagen beruht auf der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten des gesamten Jahres 2009. Halbjahres- und quartalsbezogene Ergebnisse sind dem Anhang III zu entnehmen. Jeweils im ersten Halbjahr und hier speziell im ersten Quartal des jeweiligen Jahres ist die höchste Zahl an Fehltagen zu beobachten.

von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil auch gegenläufige oder sich aufhebende Wirkungen haben. Es lässt sich also nicht nur ein Mechanismus identifizieren, der z.B. eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte.

Abbildung 4:

Einflussfaktoren auf den Krankenstand



DAK 2009

Wirkmechanismen auf den Krankenstand setzen an unterschiedlichen Stellen an und können auf unterschiedliche Richtungen Einfluss nehmen:

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene wird allgemein der Konjunktur und der damit verbundenen Lage am Arbeitsmarkt Einfluss auf das Krankenstandsniveau zugesprochen:

- Ist die Wirtschaftslage und damit die Beschäftigungslage gut, steigt der Krankenstand tendenziell an. Schwächt sich die Konjunktur ab und steigt die Arbeitslosigkeit, so sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau.²

Diese Wechselwirkung zeigt sich aktuell nicht. Trotz weiterhin angespannter Konjunktur und steigender Arbeitslosenzahlen verbucht auch der Krankenstand - allgemein und in einigen Branchen sogar sogar deutlich - einen Anstieg.

² vgl. Kohler, Hans: Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. In: IAB Werkstattberichte, Nr. 1/2003

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

- In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies eher diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsfähig sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies einen krankenstandssenkenden Effekt.
- Gesamtwirtschaftlich lassen sich weiterhin Verlagerungen von Arbeitsplätzen vom industriellen auf den Dienstleistungssektor beobachten. Das veränderte Arbeitsplatzprofil bringt in der Tendenz auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankheitsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Wandel der Beschäftigtenstruktur

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen auf den Dienstleistungssektor

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

- Viele Dienstleistungsunternehmen einschließlich der öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck bei fortschreitender Verknappung der Ressourcen. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtungen und „Rationalisierungen“ und vielfach auch zu Personalabbau. Daraus können belastende und krank machende Arbeitsbelastungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.
- Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den AU-Analysen nur die „aktiv Erwerbstätigen“ berücksichtigt werden, tritt hierdurch der sogenannte „Healthy-Worker-Effect“ auf. Die Belegschaft erscheint also allein durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ geworden zu sein.
- Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt des Themas „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang von Arbeitsmotivation und Betriebsklima in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, -befragungen, Führungsstilanalysen etc. Rechnung getragen.

Steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung

„Healthy-Worker-Effect“ durch das Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer

Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung

Die systematische Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen trägt damit zu Senkung des Krankenstandes in Unternehmen bei.

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren zeigt, wird der Krankenstand von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Und schließlich verbergen sich hinter den Krankenstandwerten unterschiedliche Krankheiten und Gesundheitsrisiken. Auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhalten können eine Änderung des Krankenstandsniveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine radikale Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es erscheint daher nahezu unmöglich, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Grundsätzlich ist die DAK im Interesse der Unternehmen sowie Beschäftigten um eine positive Entwicklung zu weiterhin niedrigen Krankenständen bemüht und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2008 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

„AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder“

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr. Diese Zahl gibt an, wie viele Kalendertage im jeweiligen Berichtsjahr ein DAK-Mitglied durchschnittlich arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als „AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“ bzw. „AU-Tage pro 100 ganzjährig Versicherter“. Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird nachfolgend im Allgemeinen nur von „100 Versicherten“ bzw. „100 Mitgliedern“ gesprochen.

„Krankenstand in Prozent“

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

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

„Betroffenenquote“

Die Höhe des Krankenstandes wird u. a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit im Bezugsjahr hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.

- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versicherte) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

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

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

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

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

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

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

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

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

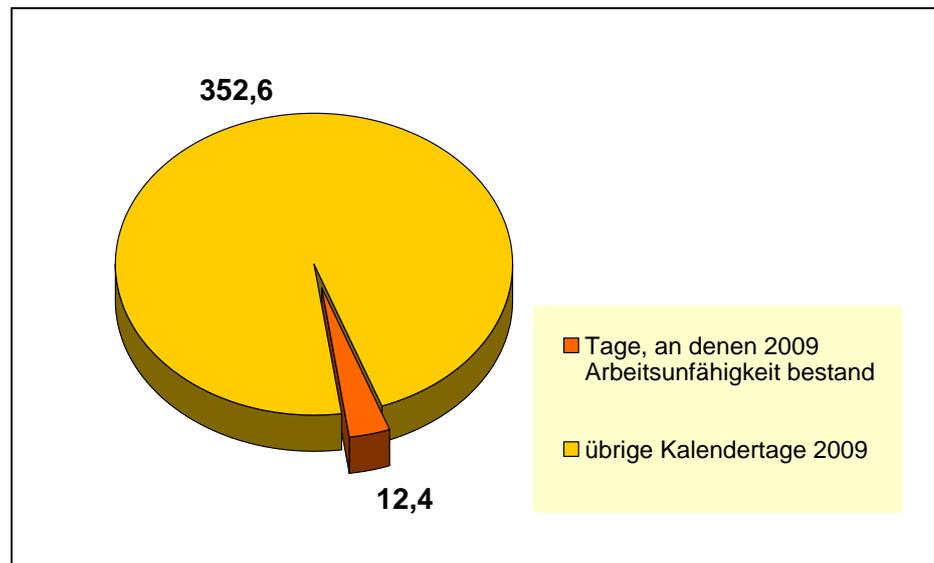
Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden 2009 im Durchschnitt 1.243,7 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 3,4 Prozent in 2009 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2009 je 100 Versicherte angefallenen 1.244 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2009, so waren an jedem Tag 3,4 Prozent³ der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

„AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre“ bzw. ganzjährig Versicherte und „durchschnittliche Falldauer“

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

„... über 6 Wochen Dauer“

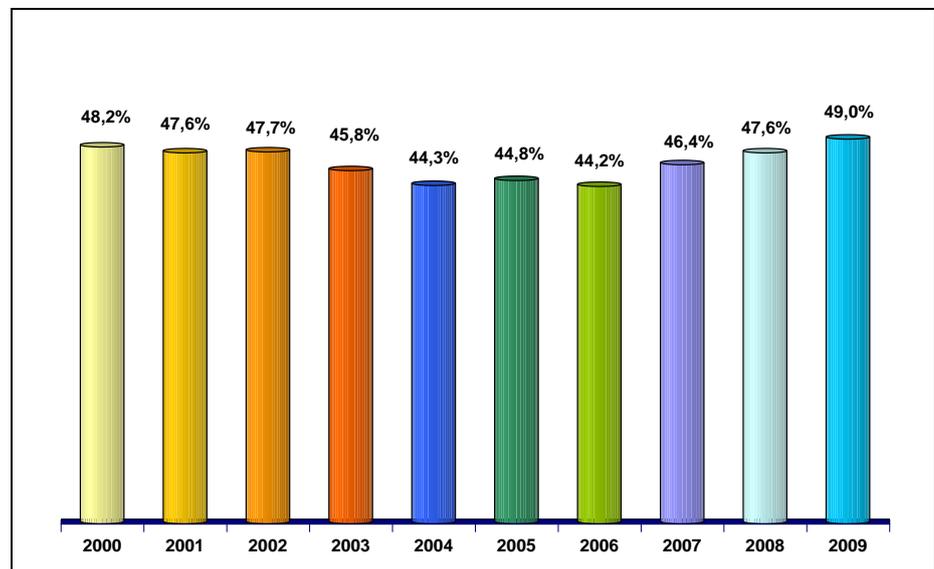
³ Mit zwei Nachkommastellen dargestellt, liegt der Krankenstand 2009 bei 3,41 Prozent.

Abbildung 5:**AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2009***Basis: 365 Kalendertage*

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Betroffenenquote

2009 hatten 49,0 Prozent der DAK-Mitglieder mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Gut die Hälfte (51,0 %) waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig. Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2000 bis 2009.

Abbildung 6:**Betroffenenquote 2009 im Vergleich zu den Vorjahren**

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Zwischen 2000 und 2004 ist die Betroffenenquote nahezu kontinuierlich zurück gegangen. Nach einem Anstieg in 2005 um 0,5 Prozentpunkte ist die Betroffenenquote 2006 wieder um 0,6 Prozentpunkte gesunken. Mit 49,0 Prozent in 2009 ist sie das dritte Jahr

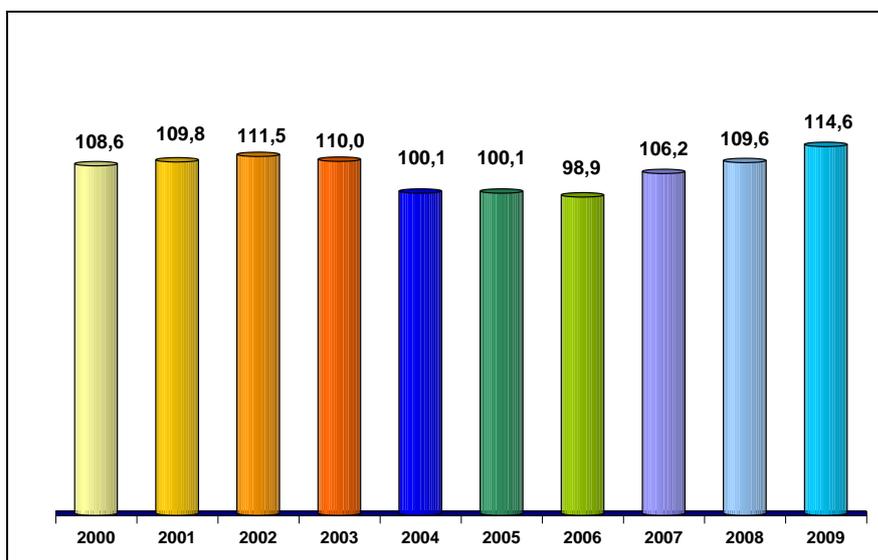
in Folge gestiegen.

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2009 gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen, da auch die oben genannten Kennziffern gestiegen sind:

- Die Erkrankungshäufigkeit lag 2009 mit 114,6 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte höher als im Vorjahr (2008: 109,6 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2009 durchschnittlich mehr als einmal arbeitsunfähig.

Abbildung 7 zeigt die Fallhäufigkeit für die Jahre 2000 bis 2009.



Rund 115 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7:

AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2009 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Im Vergleich der letzten 10 Jahre wird ersichtlich, dass, die Fallhäufigkeit im Jahr 2002 mit 111,5 Fällen auf hohem Niveau lag und in den Folgejahren bis 2006 kontinuierlich gesunken ist. Im Vergleich zu der Entwicklung 2007 vs. 2008 ist die Erkrankungshäufigkeit in 2009 gegenüber dem Vorjahr bedeutsam gestiegen. Die gleichzeitig stark gestiegene Betroffenenquote ist ein Indiz dafür, dass nicht nur mehr Beschäftigte erkrankten, sondern der Einzelne auch wiederholt arbeitsunfähig war.

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

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

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

Einerseits reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber oftmals erst ab dem 4. Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

Untersuchung zur AU-„Dunkelziffer“

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK im Herbst 2007 erneut eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 % höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2009 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 136 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

„wahre“ Fallhäufigkeit um etwa 19 % höher

„wahrer“ Krankenstand um 5 % höher

Auf Grund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2009 von 3,41 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,58 Prozent.

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

Durchschnittliche Falldauer

Zwischen 2000 und 2004 verweilte die durchschnittliche Erkrankungsdauer auf ähnlich hohem Niveau. 2005 bis 2007 ist sie drei Jahre in Folge gesunken.

2009 ist die durchschnittliche Erkrankungsdauer gegenüber dem Vorjahr unverändert. Ein AU-Fall dauerte im Durchschnitt 10,9 Tage. Dies ist wie im Jahr 2008 die zweitniedrigste durchschnittliche Erkrankungsdauer seit 2000.

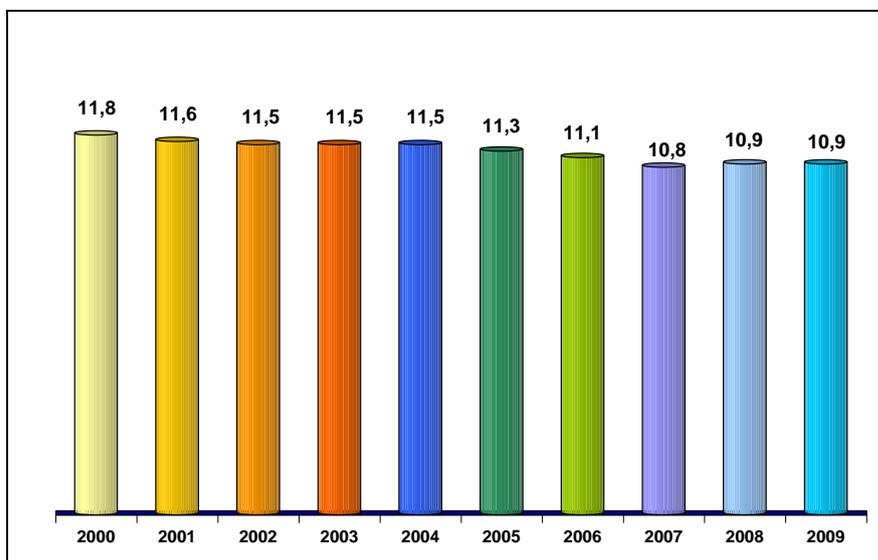


Abbildung 8:

Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2009 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2009:

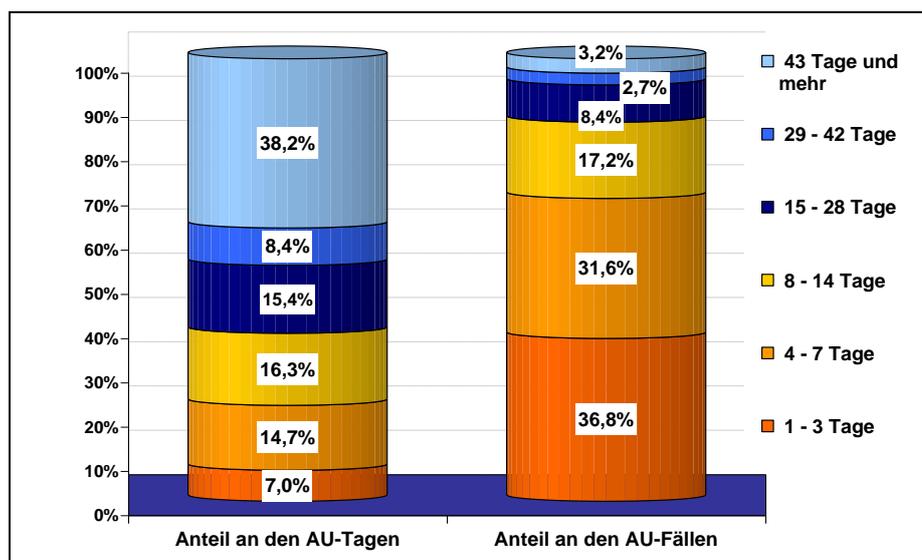
- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 68,4 Prozent aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 36,8 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 31,6 %).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 21,7 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachen nur 7,0 Prozent der Ausfalltage.

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

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

Abbildung 9:

Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2009 insgesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2009

2009 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 38,2 % des Krankenstandes aus

38,2 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 3,2 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Fälle bei den Langzeitarbeitsunfähigkeiten um 0,1 Prozentpunkte gesunken (2008: 3,3 %). Ihr Anteil an den AU-Tagen sank um 0,2 Prozentpunkte (2008: 38,4 %).

Der weiterhin große Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand in Höhe von 38 Prozent unterstreicht neben dem Erfordernis der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Bedarf nach Rehabilitationsmaßnahmen sowie auch nach einem Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM).

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

Das durch das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwer behinderter Menschen“ novellierte neunte Sozialgesetzbuch (SGB XI) fordert in § 84 Abs. 2 SGB XI alle Arbeitgeber auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen.

Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

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

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10 stellt den Altersgang des Krankenstands für das Jahr 2009 getrennt nach Geschlecht dar.

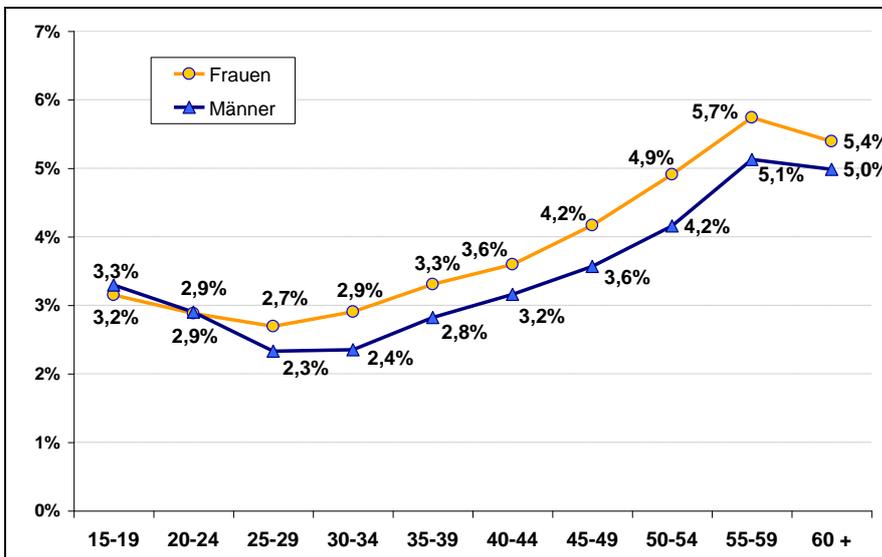


Abbildung 10:

Krankenstand 2009 nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 3,8 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,5 %). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen ab dem 25. Lebensjahr über dem der Männer.

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der höhere Krankenstand von Frauen ist nach einer Sonderanalyse der DAK im Gesundheitsreport 2001 u. a. auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen. Zudem arbeiten Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen. Und warum haben Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer gesünder als Frauen? Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankenstandes gibt es mänderspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt, so ein Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema "Mann und Gesundheit".

Beide Kurven in Abbildung 10 zeigen ab dem 25. Lebensjahr einen tendenziell ansteigenden Verlauf, der sich erst in der Altersgruppe der über 60-Jährigen umkehrt. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheiden über Frühverrentungsangebote oftmals vorzeitig aus der Gruppe der hier betrachteten aktiven Erwerbstätigen aus.

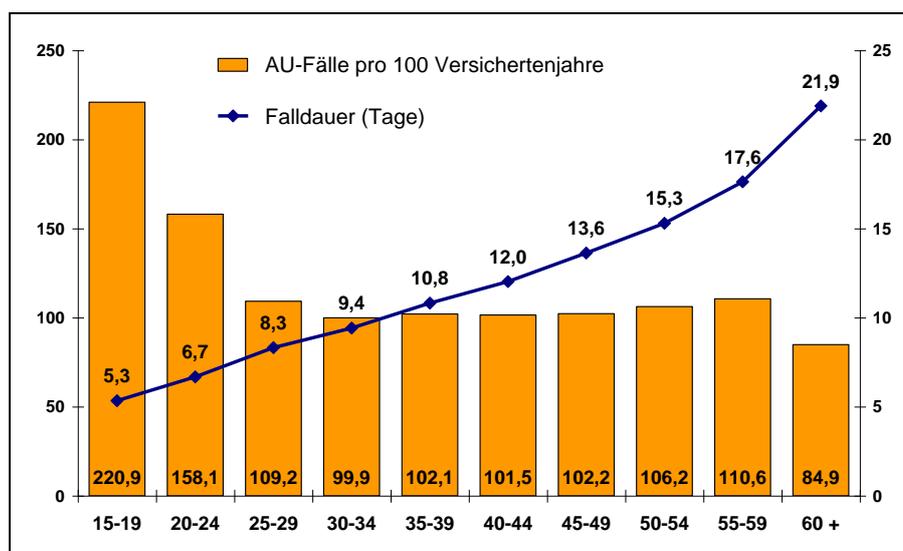
Männerspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt

Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die jüngsten Altersgruppen: Hier liegt der Krankenstandwert der Männer einmal über und einmal gleich auf mit dem der weiblichen DAK-Versicherten. Eine Erklärung für diesen insgesamt typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ und „Erkrankungsdauer“.

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

Abbildung 11:

Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2009



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Der in Abbildung 11: erkennbare Altersgang bei der Falldauer und bei der Fallhäufigkeit zeigt ein typisches Bild:

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren und höheren Altersgruppen die Fallzahl mit 222 Fällen pro 100 Versicherte mehr als doppelt so hoch.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer sind zudem häufiger auf Grund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben. Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an.

Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,3 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 17,6 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 11). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als 6 Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

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

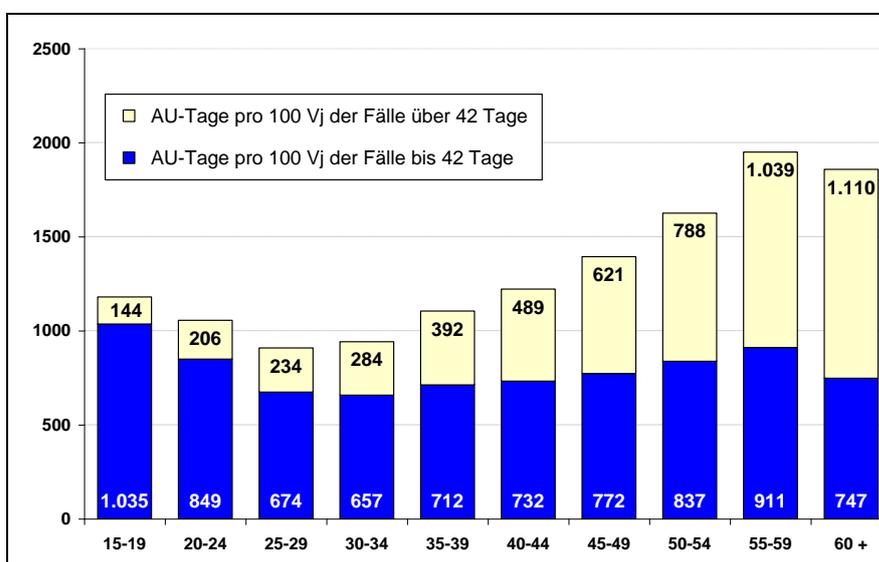


Abbildung 12:

AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitte in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer im Altersverlauf an Bedeutung gewinnen: Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 12,2 Prozent des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 59,8 Prozent. Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden rd. 60 Prozent des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die für die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder ursächlich sind.

Als Krankheitsarten bezeichnet man die Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden.

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁴

Die wichtigsten Krankheitsarten

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

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems sowie Verletzungen entfallen 2009 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (53,4 %):

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2009 an der Spitze ...

- Im Jahr 2009 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 20,8 Prozent am Krankenstand. Mit 258,6 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 15,2 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

... jedoch ist die relative Bedeutung des Krankenstandes rückgängig.

Die AU-Tage wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind 2009 im Vergleich zum Vorjahr (2008: 257,9 AU-Tage pro 100 Versicherte) etwas gestiegen. Im Jahr 2002 wurde mit 300 AU-Tagen pro 100 Versicherte der bisherige Höchststand registriert. Aufgrund des insgesamt höheren Volumens an Fehltagen ist der Anteilswert im Vergleich zu Vorjahr um knapp einen Prozentpunkt (2008: 21,7 %) gesunken.

Gesundheitsreport 2003

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

⁴

Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Nähere Erläuterungen zur Umstellung der ICD-Kodierung sowie eine Übersicht über die Kapitel des ICD 10 GM finden Sie im Anhang auf S. 58/59

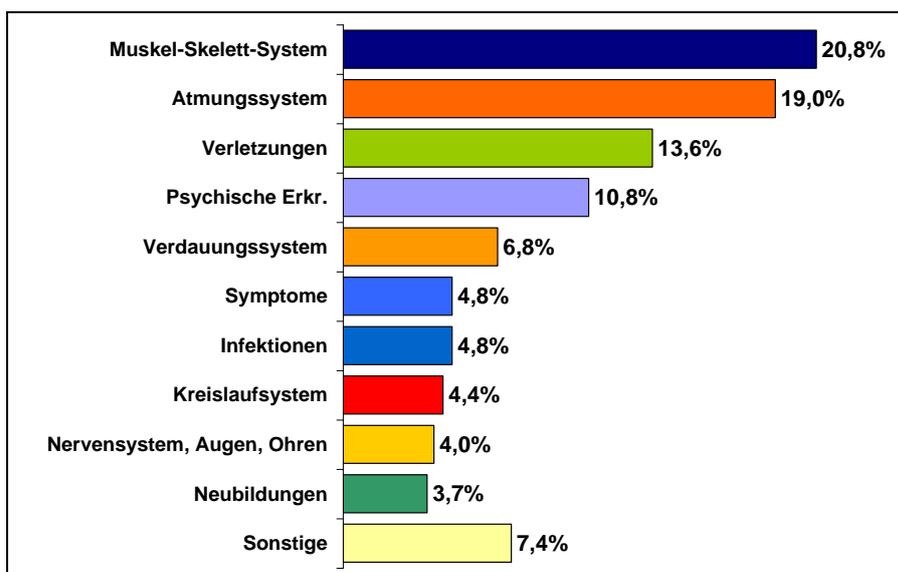


Abbildung 13:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

Quelle: DAK AU-Daten 2009

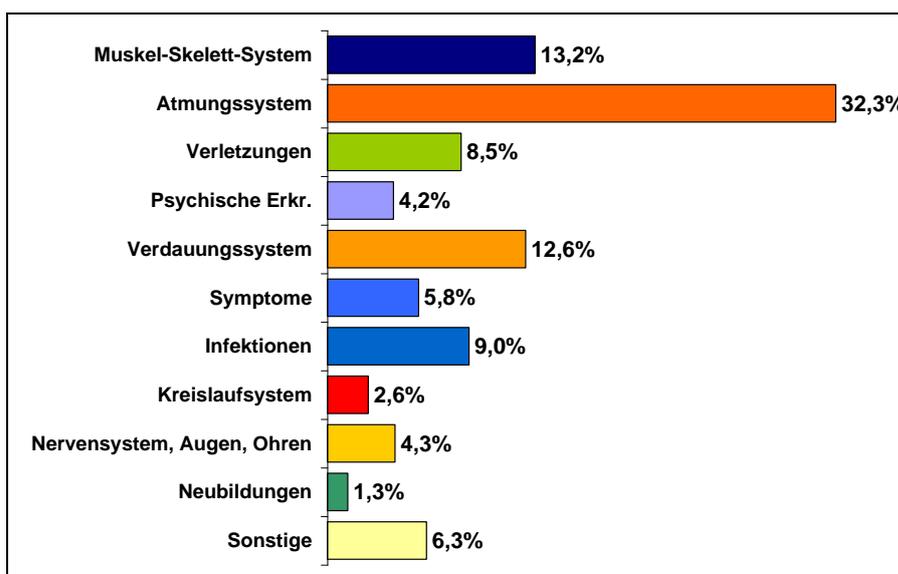


Abbildung 14:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2009 entfielen 32,3 Prozent aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 32 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

Im Vergleich zum Vorjahr sind Erkrankungen des Atmungssystems nennenswert gestiegen. Die Fallhäufigkeit ist von 31,9 auf 37,0 AU-Fälle gestiegen, die Anzahl der AU-Tage von 198,8 auf 236,2 pro 100 Versicherte. Dies entspricht bei den Maßzahlen einem Anstieg von 16 Prozent der AU-Fälle sowie 19 Prozent der AU-Tage.

Beachtlicher Anstieg der AU-Tage bei Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen wie Erkältungen unterliegen saisonalen Schwankungen. Die differenzierte Darstellung der Arbeitsunfähig-

Quartalsbezogene Auswertungen im Anhang II

keiten im Anhang II lässt erkennen, dass die Zahl der Fehltage in den Wintermonaten, d.h. im ersten Quartal des Jahres 2009 deutlich über den Werten für die anderen drei Quartale liegt. Im Vergleich zum ersten Quartal im Vorjahr sind in 2009 die Fehltage um 27 Prozent gestiegen. Gegenüber dem Vorjahr ist der Wert der AU-Tage jedoch gesunken (-9 %).

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,4 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 17,1 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 28,0 Tagen erheblich länger. Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 19,0 Prozent am Krankenstand nur an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

Kaum Veränderung der AU-Tage wegen Verletzungen

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen mit 13,6 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 168,9 AU-Tagen pro 100 Versicherte nur eine leichte Veränderung festzustellen (2008: 168,2 AU-Tage). Zugleich ist die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 9,7 Fällen im Vergleich zu 9,9 Erkrankungsfällen in 2008 nahezu unverändert.

AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen gestiegen

Psychische Erkrankungen machen im Jahr 2009 10,8 Prozent des Gesamt Krankenstands aus und stehen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte höher (2008: 10,6 %). Dahinter steht ein Anstieg der AU-Tage sowie ein Anstieg der AU-Fälle in Höhe von 4,8 die gegenüber 2008 um rund 4 Prozent gestiegen sind (2008: 4,6 Erkrankungsfälle). Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit aktuell 28,0 Tagen hat sich im Vergleich zu 27,6 Tagen im Vorjahr lediglich um gut 2 Prozent erhöht.

„Psychische Erkrankungen“ Schwerpunkt in den Jahren 2002 und 2005

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002 und 2005 berücksichtigt.

Kein Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Verdauungssystems

Erkrankungen des Verdauungssystems weisen mit 84,3 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 6,8 Prozent am Krankenstand auf. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 5,8 Tage und es traten 2009 insgesamt 14,4 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr sank das AU-Volumen (2008: 87,4 AU-Tage pro 100 Versicherte). Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand sank um 0,5 Prozentpunkte (2008: 7,3 %).

Krankheiten des Kreislaufsystems hatten 2009 einen Anteil von 4,4 Prozent am Krankenstand. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise langer Falldauer. 2009 traten lediglich 3,0 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 18,5 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagvolumen von 54,5 Tagen pro 100 Versicherte. Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamtkrankenstand erneut leicht abgenommen (2008: 4,6 %). Dennoch: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten nicht unterschätzt werden.

Der bekannteste und schwerwiegendste Vertreter dieser Erkrankungsgruppe ist der Herzinfarkt, eine, wie Sonderanalysen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema „Mann und Gesundheit“ zeigten, männertypischen AU-Diagnose. Im Vergleich zu den Männern sind Frauen von kardiovaskulären Erkrankungen nicht weniger, sondern erst später betroffen. Dies hat nach Analysen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2006 zum Thema "Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter" zur Folge, dass bei Frauen kardiovaskuläre Erkrankungen für den Krankenstand eine geringere Rolle spielen.

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

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 22,6 Prozent eine größere Bedeutung als bei Frauen (18,5 %). Krankheiten des Atmungssystems haben hingegen für Frauen eine größere Bedeutung als für Männer (20,3 % gegenüber 18,0 %). Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand lagen sie bei den Frauen an erster, bei den Männern an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei beiden Geschlechtern ein beachtlicher Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Atmungssystems um etwa 19 Prozent zu beobachten.

An dritter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 17,0 Prozent. Verletzungen hatten bei den Männern einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand als bei den Frauen (9,2 %), bei denen Verletzungen erst den vierten Rang einnehmen.

Weitere Auswertungen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Gesundheitsberichten 2006 und 2008

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Männer liegen vorn

Atemwegserkrankungen: Nennenswerter Anstieg bei beiden Geschlechtern

Verletzungen: Deutlich mehr AU-Tage bei Männern

Psychische Erkrankungen: mehr AU-Tage bei Frauen

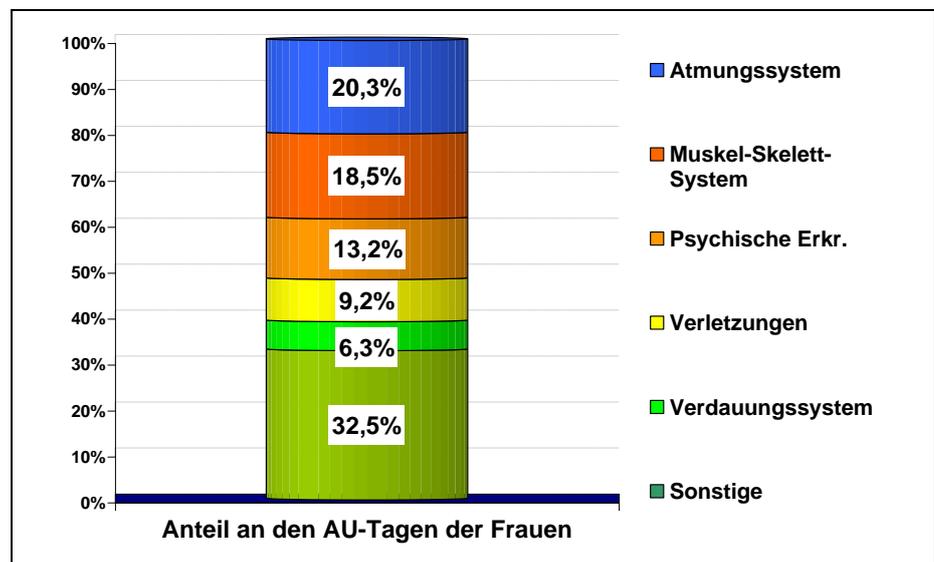
Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems – psychische Erkrankungen an dritter Stelle mit einem Anteil von 13,2 Prozent. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,8 Prozent den vierten Rang ein.

Erkrankungen des Verdauungssystems: Abnahme der AU-Tage

An fünfter Stelle stehen bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 6,3 Prozent (Frauen) und 7,2 Prozent (Männer) am Krankenstand. Im Vergleich zum Vorjahr ist für beide Geschlechter eine Abnahme der AU-Tage pro 100 Versicherte zu beobachten (Frauen: von 84,7 auf 82,3 AU-Tage; Männer: von 89,3 auf 85,8 AU-Tage).

Abbildung 15:

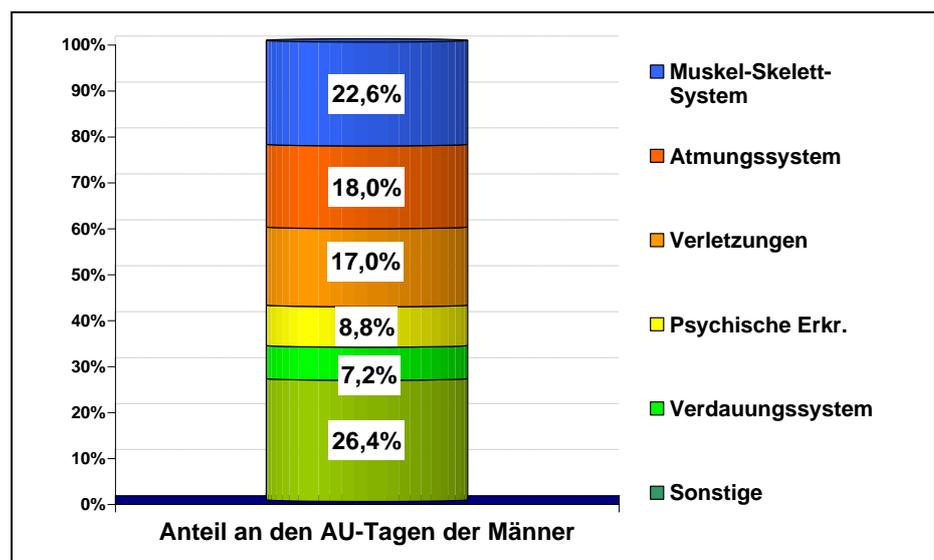
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Abbildung 16:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (32,5 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (26,4 %). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (4,8 % im Vergleich zu 2,8 %) sowie Symptomen (5,5 % im Vergleich zu 4,3 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,1 % im Vergleich zu 1,2 %) zurückzuführen. Auch Erkrankungen des Kreislaufsystems werden in dieser Darstellung den sonstigen Krankheiten zugeordnet (siehe hierzu auch Abschnitt 4.2).

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 17 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 7,7 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 28,1 Prozent bei den über 60-Jährigen an.

Ursächlich für diesen Anstieg sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003: "Rückenerkrankungen").

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 31,9 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 11,1 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose.

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfielen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern gut ein Fünftel (21,8 %) aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe lag ihr Anteilswert nur noch bei 9,7 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 3,9 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 12,8 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 9,7 Prozent. Möglicherweise hängt dieser Verlauf ab von der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der so genannten „Midlife-Crisis“ zusammen). Konflikte um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Karriereplanung

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten

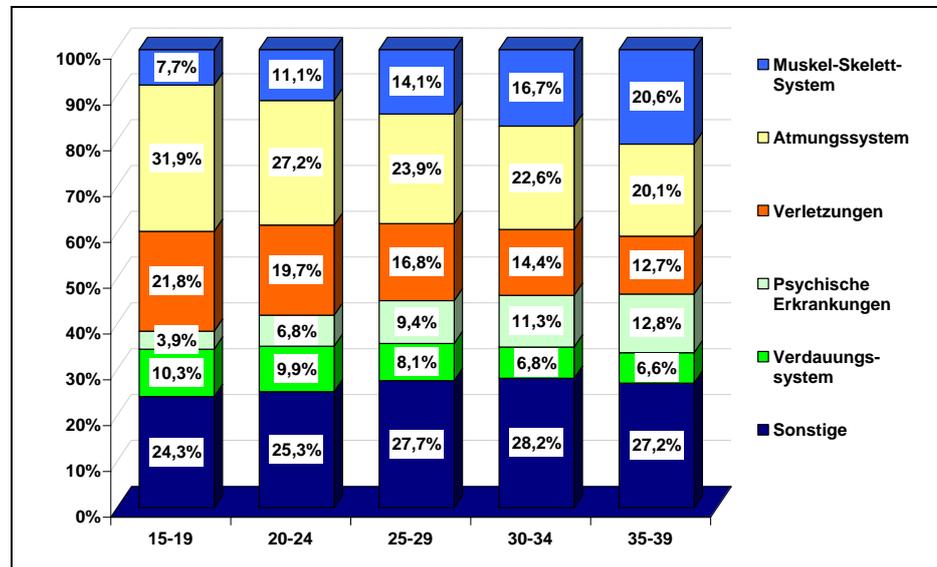
Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmenden Alter rückläufig

Größere Bedeutung psychischer Erkrankungen zur Lebensmitte

und Überlastungssymptome („Burn-out“) können zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.

Abbildung 17:

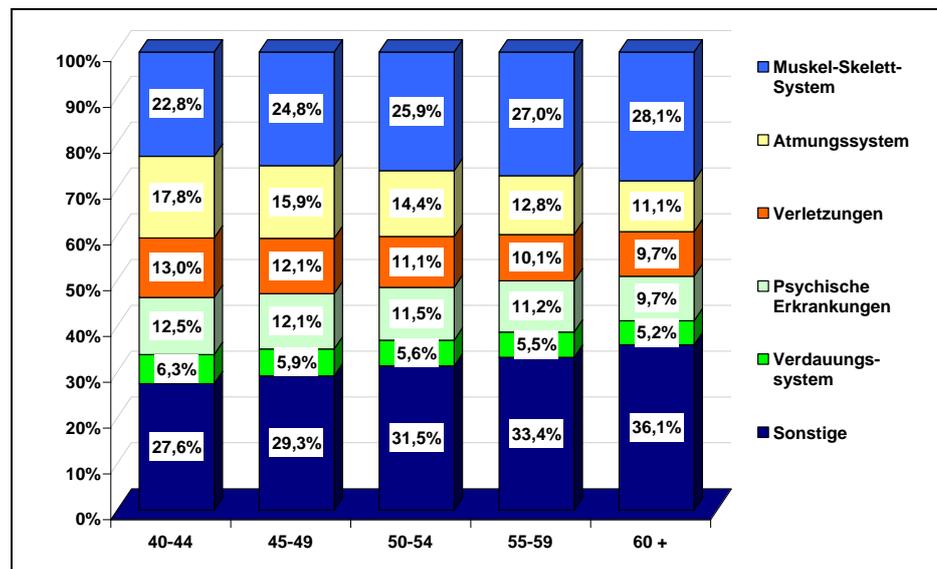
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Abbildung 18:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Erkrankungen des Verdauungssystems

Auch Erkrankungen des Verdauungssystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter abnehmende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 10,3 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 5,2 Prozent nur noch halb so groß.

Wie aus den Abbildungen ersichtlich, hat auch die Kategorie „Sonstige“ einen mit dem Alter deutlich zunehmenden Verlauf. Dies ist vor allem auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückzuführen, die im höheren Lebensalter häufiger auftreten. In der Gruppe der über 60-Jährigen beträgt ihr Anteil am AU-Volumen 11,2 Prozent. Erkrankungen des Kreislaufsystems sind jedoch hier nicht abgebildet, da sie wegen ihrer geringen Bedeutung in den jüngeren Altersgruppen im Durchschnitt aller Altersgruppen nicht unter die fünf wichtigsten Krankheitsarten fallen. Beispielsweise in der Gruppe der 35-39-Jährigen liegt ihr Anteil lediglich bei 2,5 Prozent.

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

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der DAK-Mitglieder betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben.

Die Rangliste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt. Im Anhang zu diesem Report wird diese Rangliste auch differenziert für Männer und Frauen ausgewiesen.

An der Spitze der AU-Tage stehen erwartungsgemäß „Rückenschmerzen“ (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51), „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ (M23) sowie Schulterläsionen (M75).

Sonstige Erkrankungen

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang I

Rang 1: Rückenbeschwerden

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2009

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	6,7%	5,7%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6,7%	12,6%
F32	Depressive Episode	3,4%	1,0%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,5%	1,9%
J20	Akute Bronchitis	2,3%	3,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,1%	4,9%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,0%	1,0%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,9%	3,1%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8%	0,5%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,5%	3,5%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,5%	2,8%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,5%	0,6%
M75	Schulterläsionen	1,2%	0,5%
J03	Akute Tonsillitis	1,1%	1,9%
F48	Andere neurotische Störungen	1,1%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	0,4%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0%	0,8%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,0%	0,2%
J01	Akute Sinusitis	0,9%	1,5%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	0,9%	1,5%
	Summe	42,2%	48,6%

Rang 2:**Akute Atemwegsinfektionen**

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind, wie auch in den Vorjahren, „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „akute Bronchitis“ (J20), „sonstige Bronchitis“ (J40), „akute Tonsillitis“ (J03) (Mandelentzündung), „Akute Sinusitis“ (J01) sowie „Grippe, Viren nicht nachgewiesen“ (J11).

An dritter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen wie im Vorjahr "Depressive Episoden" (F32). Zwei weitere wichtige Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) und „Andere neurotische Störungen“ (F48). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich niedriger ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

An vierter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2009 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83), „Luxationen (Verrenkungen), Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes“ (S93) sowie „Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes“ (S82) wichtige Einzeldiagnosen in 2009.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem als Erkrankung des Verdauungssystems die „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52).

Die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Diarrhoe (Durchfallerkrankungen) und Gastroenteritis mit vermutlich infektiösem Ursprung“ (A09) sowie Sonstige Viruserkrankungen „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34) werden den „Bestimmten infektiösen und parasitären Krankheiten“ zugeordnet.

Die 2009 aufgetretenen Influenza-Fälle durch Infektion mit dem Virus A/H1N1 (Schweinegrippe, Mexiko-Grippe) werden mit dem ICD-Kode „J09“ kodiert und dem Kapitel X Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99) zugeordnet. Für die Klassifikation „ICD-10-GM Version 2010“ wurde die Formulierung für den Klassentitel des Kodes J09 angepasst. 2009 hatte diese Diagnose für das AU-Geschehen kaum Relevanz.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:

Gegenüber dem Vorjahr sind nur wenige signifikante Veränderungen aufgetreten, die mehr als 0,3 Prozentpunkte ausmachen.

Die Einzeldiagnose „Akute Infektionen an mehreren nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege,“ stieg von 5,3 Prozent auf 6,7 Prozent. Der Anteil der "Rückenschmerzen" am AU-Volumen sank hingegen von 7,0 Prozent auf 6,7 Prozent. Ebenfalls um 0,3 Prozentpunkte ist der Anteil der "Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion" gesunken. Viruskrankheiten nicht näher bezeichneter Lokalisation stiegen um 0,3 Prozentpunkte an.

**Rang 3:
Depressive Episoden**

**Rang 4:
Allgemeine
Verletzungen**

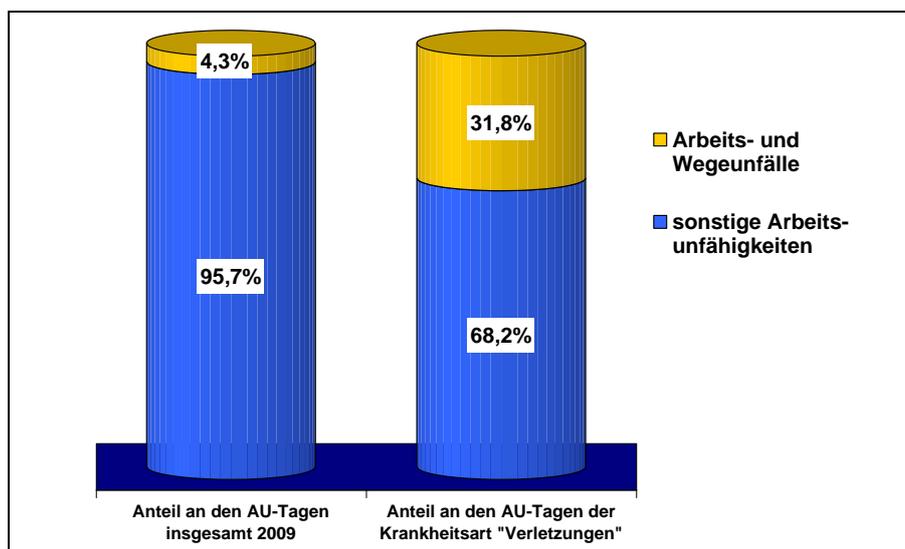
Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

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

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

Abbildung 19:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2009

2009 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 53,7 AU-Tage und 2,9 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamt Krankenstand betrug 4,3 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier knapp ein Drittel (31,8 %). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamt Krankenstand (2008: 4,7 %) und an der AU-Krankheitsart Verletzungen (33,0 % in 2008) gesunken.

4 **Schwerpunktthema: Schlafstörungen - Ein häufig unterschätztes Problem?**

In westlichen Industriestaaten sind etwa 10 Prozent der Bevölkerung von chronischer Insomnie, d.h. von Problemen beim Einschlafen und Durchschlafen betroffen. Eine ausgeprägte Insomnie mit deutlicher Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit wird in der Schlafepidemiologie für etwa 5 Prozent der Bevölkerung angenommen. Bevölkerungsbefragungen ergeben jedoch, dass weit mehr Menschen ein Problem mit Schlaflosigkeit bzw. mit nicht erholsamem Schlaf haben. 28 Prozent der Erwerbstätigen im Alter von 35 bis 65 Jahre berichten, dass bei ihnen in den letzten drei Monaten Schlafprobleme wie Ein- und Durchschlafstörungen mindestens manchmal aufgetreten sind. Bei mehr als jeder/m Vierten traten diese sogar häufiger auf. Werden beide Gruppen zusammengefasst, dann berichtet nahezu jeder Zweite davon, dass er in den letzten drei Monaten zumindest manchmal nicht einschlafen oder durchschlafen konnte. Dies ergab eine aktuell im Auftrag der DAK durchgeführte bundesweite Befragung von rund 3.000 Erwerbstätigen für den Gesundheitsreport 2010.

Bei etwa 5 Prozent der Allgemeinbevölkerung besteht eine Insomnie mit deutlicher Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit.

Diese Zahlen machen deutlich: Schlafstörungen sind eine der häufigsten gesundheitlichen Beschwerden. Schlafstörungen bzw. nicht erholsamer Schlaf sind aber nicht nur weit verbreitet, weitere Faktoren sind für die DAK ausschlaggebend, um das Thema "Schlafstörungen" im Gesundheitsreport 2010 in den Fokus zu rücken.

- Betroffene unterschätzen nicht selten den Krankheitswert von chronisch nicht erholsamem Schlaf und in der ärztlichen Praxis wird die Behandlungsrelevanz von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen häufiger übersehen.

In Zusammenhang damit sind mögliche Versorgungslücken in der Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen bzw. nicht erholsamem Schlaf zu sehen. Dies ergab eine speziell für diesen DAK-Gesundheitsreport durchgeführte Befragung von namhaften Expertinnen und Experten vorrangig aus Forschung und Praxis.

- Der Leidensdruck, die wiederkehrende Qual, abends nicht einschlafen zu können oder nachts stundenlang wach zu liegen, ist bei Betroffenen oft hoch. Darüber hinaus können die Tagesbefindlichkeit und die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz in erheblichem Maße beeinträchtigt sein.

Die für diesen Gesundheitsreport durchgeführte bundesweite Befragung von rund 3.000 Erwerbstätigen im Alter von 35 bis 65 Jahren ergab: Nahezu jede/r Vierte mit Schlafproblemen in den letzten drei Monaten fühlt sich häufig bis ständig "ohne Energie", auch wenn er/sie nicht richtig müde ist.

Als Folge von eingeschränkter Tagesbefindlichkeit und reduzierter Leistungsfähigkeit im Arbeitsalltag verursachen Schlafprobleme indirekte Kosten, z.B. in Form von verminderter Leistung, vermehrten Fehlern bis hin zu Fehltagen am Arbeitsplatz. Aus sozial- und arbeitsmedizinischer Sicht sind Probleme mit dem Schlaf und die damit einhergehende Schläfrigkeit zudem als unfallverursachende Faktoren bekannt.

Alles in allem können die Folgen von nicht erholsamem Schlaf weit über das Niveau subjektiv geäußerter Beschwerden und negativer Befindlichkeiten hinausgehen. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Schlaf in besonderer Weise auf drei Aspekte der Gesundheit wirkt: Dies sind die Affekt- bzw. Emotionsregulation, die Funktion des Immunsystems und der Stoffwechsel.⁵ Gründe genug, Schlafstörungen als Thema von gesundheitspolitischer Relevanz hervorzuheben.

Schlafstörungen sind weit verbreitet, für die Betroffenen beeinträchtigend und haben darüber hinaus auch negative wirtschaftliche Auswirkungen. Diese individuellen und sozioökonomischen Folgen verdeutlichen, dass es bei ausgeprägten Schlafstörungen eines adäquaten Gesundheitsverhaltens der Betroffenen selbst sowie einer sorgfältigen ärztlichen Diagnostik und gezielter Therapie bedarf.

- Wiederholt auftretende Schlafprobleme stehen im Verdacht, zu schnell und zu häufig mit rezeptpflichtigen Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus der Gruppe der Benzodiazepine bzw. Benzodiazepin-Analoga behandelt zu werden - ein Behandlungsansatz, der nicht alternativlos ist. Behandlungsstrategien der ersten Wahl sollten Maßnahmen der Psychoedukation zur Einhaltung von Regeln der Schlafhygiene sowie weitergehend der Verhaltenstherapie sein. Trotz nachgewiesener nachhaltiger Wirkungen im Vergleich zur Pharmakotherapie wird nicht selten die vermeintlich schnelle Hilfe in Form von Tabletten gesucht. Risiken und unerwünschte Nebenwirkungen wie z.B. Toleranzentwicklung, Tagessedierung, Rebound-Effekte und Medikamentenabhängigkeit werden nicht immer hinreichend beachtet.

Insomnien im Fokus

Auch wenn nicht alle Probleme mit dem Schlaf unbedingt behandlungsbedürftig sind, besteht bei der Versorgung von Schlafstörungen bzw. nicht erholsamem Schlaf in Deutschland ein Verbesserungsbedarf. Insbesondere in Bezug auf nicht-medikamentöse sowie medikamentöse therapeutische Ansätze bestehen Fehl-, Über- und Unterversorgungen. Den Schwerpunkt im Rahmen des Schwerpunktthemas "Schlafstörungen" speziell auf Insomnien zu legen, ist aus Sicht der DAK somit ein wichtiger, Beitrag auf diese

⁵ Pollmächer, T. (2009). Konsequenzen chronischer Insomnie und verkürzter Schlafdauer. Vortrag auf der 17. Jahrestagung der DGSM am 13. November in Leipzig.

Situation aufmerksam zu machen und durch Aufklärung Betroffene sowie Ärzte und Therapeuten zu sensibilisieren.

Doch die DAK möchte nicht nur sensibilisieren und aufklären. Das Thema Schlafstörungen wurde vor allem gewählt, um die Vielfältigkeit von Schlafstörungen, deren Ursachen und Verstärker, deren Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen sowie mögliche, gesundheitliche Folgeschäden in den Vordergrund zu rücken. Gestörter, nicht erholsamer Schlaf beeinträchtigt nicht nur allgemeine Befindlichkeiten, sondern auch die psychische und seelische Gesundheit. Im Fall von chronischer Insomnie steigt z.B. das Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken.

Vor diesem Hintergrund ist es ein weiteres Ziel der DAK herauszuarbeiten, was die weit verbreitete Beschwerde "schlecht geschlafen" von krankheitswertigen und damit behandlungsbedürftigen Schlafstörungen, speziell Ein- und Durchschlafstörungen, unterscheidet. Die ursachenbezogene Diagnostik und Therapie dieser Störungsbilder erfordert zumeist die Beteiligung unterschiedlichster Disziplinen wie z.B. Internisten, Neurologen, Psychiater, Hals-Nasen-Ohren- sowie Zahnärzte. Ambulante und stationäre Leistungen sollen sich dabei ergänzen bzw. aufeinander aufbauen. Alles in allem ist Schlafmedizin ein integratives Feld der Medizin. Abgestimmte integrierte Behandlungsverläufe wären u.a. ein Ansatz, um die Versorgungssituation von Patienten mit Schlafstörungen wie Insomnien zu optimieren.

Welche Fragen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Was sind Schlafprobleme? – Ein kurzer Überblick zu Formen, Definitionen und zur subjektiven Verbreitung von Ein- und Durchschlafstörungen etc.

**Kapitel 1:
Seite 42**

Aufbauend auf zuvor vorgestellten Definitionen sowie den Befragungsergebnissen wird eine Kategorisierung der Befragten nach der Ausprägung der Schlafprobleme vorgenommen. Wesentliche Grundlage des Abschnitts bilden die Ergebnisse der bereits angeführten, repräsentativen Befragung von Erwerbstätigen im Alter von 35 bis 65 Jahren.

Welche Rolle spielen Schlafstörungen in der ambulanten medizinischen Versorgung?

Auf Basis der ärztlichen ambulanten Diagnosedaten der erwerbstätigen DAK-Versicherten wird in diesem Abschnitt der Behandlungsprävalenz aufgrund von Schlafstörungen nachgegangen. Neben der Verbreitung von Schlafstörungen allgemein, interessiert, welches die bedeutsamsten Diagnosen sind und welcher Anteil dabei auf Versicherte mit insomnischen Beschwerden fällt.

**Kapitel 2:
Seite 54**

Vor dem Hintergrund der Behandlungsprävalenz wird zudem der Frage nachgegangen inwieweit Schlafstörungen auch zu Arbeitsunfähigkeiten führen bzw. ob Schlafstörungen einen Grund darstellen, am Arbeitsplatz zu fehlen - ein Aspekt, der im Rahmen der Bevölkerungsbefragung untersucht wurde.

**Kapitel 3:
Seite 68**

Zur Arzneimittelversorgung bei Schlafstörungen

Werden Schlafstörungen in der ambulanten ärztlichen Praxis diagnostiziert, ist dies zentraler Ausgangspunkt abgestimmter therapeutischer Maßnahmen, eine Option besteht in der medikamentösen Behandlung. Im Rahmen von Verordnungsanalysen werden diesbezüglich zentrale Aspekte und Problemstellungen angesprochen. In diesem Zusammenhang interessieren auch die Ergebnisse auf Basis der DAK-Bevölkerungsbefragung.

**Kapitel 4:
Seite 82**

Edukation und Verhaltenstherapie bei Schlafproblemen: Eine Frage von Auslösern, Ursachen und Verstärkern

Konkret geht es in diesem Abschnitt um die Risikofaktoren für das Auftreten bzw. die Verselbständigung von Schlafproblemen und um die Möglichkeiten zur Prävention. Neben Aspekten einer umfassenden Schlafhygiene werden zentrale verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze vorgestellt.

**Kapitel 5:
Seite 97**

Patienten mit Schlafstörungen - Ergebnisse, Probleme und Perspektiven im Bereich der medizinischen Versorgung

Die Abklärung von Schlafstörungen, das Zusammenspiel unterschiedlicher Disziplinen in der Diagnostik und Therapie sowie die Folgen einer ggf. nicht adäquat behandelten Schlaflosigkeit erfordern eine adäquate Versorgung von Betroffenen mit Schlafstörungen. In diesem Abschnitt werden zentrale Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreports 2010 im Kontext der Expertenbefragung zur Versorgungssituation in Deutschland abschließend diskutiert.

**Empfehlungen der
DAK: Seite 120**

Eine Kurzzusammenfassung zum Thema Schlafstörungen sowie die Schlussfolgerungen der DAK finden sich im Rahmen des Ausblicks des Gesamtreports (siehe Kapitel 7 des Rahmenteils).

Welche Datenquellen wurden genutzt?

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragenstellungen wurde für den DAK-Gesundheitsreport 2010 ein Methodenmix, bestehend aus folgenden drei Untersuchungsansätzen gewählt.

**Neben AU-Daten
werden u.a. auch
Arzneimitteldaten
ausgewertet.**

1. Neben den Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2009 und der Vorjahre wurden für das diesjährige Schwerpunktthema auch weitere **Leistungsdaten der DAK** herangezogen wie die ambulanten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittel-daten, allerdings des Jahres 2008. Alle Auswertungen werden für die erwerbstätige DAK-Versichertenpopulation

vorgenommen und in der Regel differenziert nach Alter und Geschlecht ausgewiesen.

Bei zusammengefassten Werten auf der Basis der erwerbstätigen DAK-Versichertenpopulation handelt es sich um alters- und/oder geschlechtsstandardisierte Werte. Es wird eine direkte Standardisierung durchgeführt, d.h. den DAK-Versicherten wird der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Jahr 2008 rechnerisch unterlegt.

2. Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative **Bevölkerungsbefragung** durchgeführt. Diese war als Querschnittsbefragung angelegt und wurde über einen Zeitraum von vier Wochen im November und Dezember 2009 telefonisch durchgeführt. Grundgesamtheit waren Erwerbstätige in der Bundesrepublik Deutschland im Alter von 35 bis 65 Jahren, die befragt wurden ob sie unter Schlafproblemen wie z.B. Ein- und Durchschlafstörungen leiden. Der speziell für diese Befragung entwickelte Fragebogen umfasste insbesondere Fragen zur Dauer und Häufigkeit von Schlafstörungen, zur Schlafqualität und Tagesbefindlichkeit. Weitere Fragen erfassten u.a. Verhaltensweisen bei Schlafproblemen, ärztliche Behandlung, diagnostische Schritte sowie therapeutische Maßnahmen. Die Response- bzw. Ausschöpfungsquote lag bei 49,3 Prozent.
3. Außerdem wurden auch für das diesjährige Schwerpunktthema wieder Fachleute vorrangig aus Forschung und Praxis im Rahmen einer **Expertenbefragung** um ihre Einschätzung zur Versorgungssituation von Schlafstörungen in Deutschland gebeten. Gestartet wurde die Befragung im November 2009. In die Auswertung gingen insgesamt 11 Antworten ein. Die Teilnahmequote in Höhe von gut einem Drittel ist für diese Befragungsform sehr zufriedenstellend. Die Befragung beinhaltete insgesamt 19 Fragen, die aufgrund einer weitgehend hypothetischen Formulierung zu- oder ablehnend beantwortet werden konnten. Auch wurde den Experten Raum für eine weitergehende Kommentierung der Fragestellungen eingeräumt. Dies sind die Quellen für die im Bericht eingestreuten Zitate.

Bevölkerungsbefragung bei 35- bis 65-jährigen Erwerbstätigen

Expertenbefragung zu Schlafstörungen, insbesondere Ein- und Durchschlafstörungen

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass es sich bei einer der elf Antworten nicht um eine Einzelmeinung, sondern um eine konsentierete Stellungnahme des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) handelt.

4.1 Schlafprobleme – Ein Überblick zu Formen, Definitionen und zur subjektiven Verbreitung von Ein- und Durchschlafstörungen

Habituelle Schlafdauer versus Schlafbedarf

In Industrieländern beträgt die durchschnittliche Schlafdauer etwa 7,5 bis 8 Stunden.⁶ Tendenziell wird eine Abnahme der durchschnittlichen nächtlichen Schlafdauer beobachtet. Die erste gesamtdeutsche Zeitbudgeterhebung von 1991/1992, die auf der Methode der Zeitprotokollführung fußt, ergab noch eine durchschnittliche Schlafdauer von 8 Stunden und 22 Minuten. Gut 10 Jahre später wurde in einer telefonischen Umfrage eine niedrigere mittlere Schlafdauer von sieben Stunden und 14 Minuten ermittelt.⁷

Hinweise für eine abnehmende habituelle, d.h. gewohnheitsmäßige Schlafdauer in industrialisierten Ländern finden sich in diversen schlafepidemiologischen Studien. Sie werfen die Frage auf, ob Erwachsene nur weniger Schlaf benötigen, als sie allgemein glauben und wünschen, oder ob sich eine "Pandemie der chronischen Schlafverkürzung" (Cajochen, 2005) ausbreitet. Wird gewohnheitsmäßiger weniger geschlafen als man gemeinhin sollte, um funktionell und kognitiv besser leistungsfähig zu sein? Beeinträchtigen ungünstige, unregelmäßige Arbeitszeiten sowie der moderne Lebensstil einer "Rund-um-die-Uhr-Gesellschaft" die habituelle Schlafdauer negativ?

Wie viel Schlaf benötigen wir wirklich?

Schlaf ist eine der wichtigsten Lebensfunktionen, jedoch eine eindeutige Festlegung, einen festen Normwert, was guter Schlaf bzw. was eine adäquate Schlafmenge ist, gibt es - trotz umfangreicher schlafmedizinischer Forschung - nicht. Aufgrund individueller Unterschiede kann die Schlafdauer nicht auf einen einheitlichen Wert festgelegt werden, vielmehr kann stets eine starke Streuung zwischen Personen in einer Population beobachtet werden. Ein so genannter Kurzschläfer mag sich bereits nach fünf Stunden gut erholt fühlen, während Langschläfer durchaus 10 und mehr Stunden Schlaf benötigen mögen, um erholt und tatkräftig in den neuen Tag zu starten. Sogenannte Normalschläfer kennzeichnet eine habituelle Schlafdauer zwischen sieben und acht Stunden.⁸

Neben personenbezogenen Unterschieden unterliegt die Schlafdauer auch auf der individuellen Ebene erheblichen Schwankungen. Genetisch bedingte Einflüsse können neben psychischen und somatischen Erkrankungen oder situativen Einflüssen wie Stress im Beruf die Schlafdauer erheblich beeinflussen. Tabelle 2 gibt einen Überblick gängiger Faustregeln bezüglich der benötigten Schlafdauer in Abhängigkeit vom Alter.⁹

⁶ vgl. Cajochen, C. (2005). Schlafdauer. In: Enzyklopädie der Schlafmedizin. Hrsg. von Helga Peter, Thomas Penzel und Jörg Hermann Peter. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007 Heidelberg, S. 1080 ff.

⁷ vgl. Ohayon & Zulley (2002)

⁸ vgl. Riemann, D. (2005a). Kernschlaf. In: Enzyklopädie der Schlafmedizin. a.a.O., S. 613 ff.

⁹ vgl. <http://www.sleepfoundation.org/article/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need> (Stand: 14.01.2010).

Tabelle 2: Schlafbedarf in Stunden differenziert nach Alter bzw. Lebensphasen

Alter		Schlafbedarf
Neugeborene	(1 - 2 Monate)	10,5 bis 18 Stunden
Säuglinge	(3 - 11 Monate)	9 - 12 Stunden nächtlich und etwa ein bis vier 0,5 - 2-stündige Kurzschlafphasen tagsüber
Kleinkinder	(1 - 3 Jahre)	12 - 14 Stunden
Kindergarten-, Vorschulkin- der	(3 - 5 Jahre)	11 - 13 Stunden
Schulkinder	(5 - 10 Jahre)	10 - 11 Stunden
Teenager	(11 - 17 Jahre)	8,5 - 9,25 Stunden
Erwachsene		7 - 9 Stunden
Ältere		7 - 9 Stunden

Quelle: Sleepfoundation (ohne Jahr)

Entsprechend der obigen Tabelle wird die ideale Schlafdauer Erwachsener mit sieben bis neun Stunden angegeben. Dies entspricht in etwa auch dem Ergebnis einer groß angelegten britischen Studie, in der der dosisabhängige Effekt von chronischem Schlafentzug untersucht wurde: Damit in der Wachphase keine Aufmerksamkeitsdefizite, kognitiven Leistungseinbußen sowie Schläfrigkeit auftreten, sollte der tägliche Nachtschlaf im Durchschnitt 8,16 Stunden betragen.¹⁰ Eine weitere Umfrage ergab zudem, dass Personen mit einer Schlafdauer zwischen acht und neun Stunden sich glücklicher, zufriedener und erfolgreicher fühlen als Personen, die mehr oder weniger schlafen.¹¹

Vor diesem Hintergrund erscheinen frühere Annahmen der Schlaforschung, dass der sogenannte Kernschlaf von etwa fünf bis sechs Stunden pro Nacht biologisch ausreichend sei, wenig haltbar. Nicht zuletzt auch aufgrund der gedächtnisfördernden Funktion des Schlafs müssen sogenannte Normalschläfer bei Verkürzung der Schlafdauer mit deutlichen neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen rechnen. Diverse Studien belegen, dass Schlafen dazu beiträgt, zu lernen und sich Dinge langfristig zu merken. Nicht zuletzt aufgrund dieser gedächtnisfördernden Wirkung kann Schlaf, in Anspielung auf den DAK-Gesundheitsreport 2009 "Doping am Arbeitsplatz" - als gut belegtes und risikoarmes "Neuro-Enhancement" hervorgehoben werden.

¹⁰ van Dongen et al. (2003) referiert nach Cajochen (2005) in Enzyklopädie der Schlafmedizin, a.a.O.

¹¹ Groeger et al. (2004) referiert nach Cajochen (2005) in Enzyklopädie der Schlafmedizin, a.a.O.

Ungeachtet der nicht exakt zu beantwortenden Frage nach der idealen und erforderlichen Schlafdauer, besteht in der Schlafmedizin Konsens dahingehend, dass Schlaf aufgrund seiner Erholungs- und Entmüpfungsfunktion für Gesundheit und Wohlbefinden wesentlich ist. Schlaf beeinflusst die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit eines jeden entscheidend. "Wach ist, wer gut schläft" (Fietze & Herold, 2006) - ein Zusammenhang, der oftmals erst wahrgenommen wird, wenn schlafbezogene Probleme wiederholt auftreten bzw. der Schlaf beständig nicht mehr als erholsam empfunden wird: Beispielsweise mehr als ein Viertel (27,4 %) der Personen mit Schlafproblemen in den letzten drei Monaten, so ein weiterer Befund der DAK-Bevölkerungsbefragung, empfindet ihren Schlaf häufig bis beständig als nicht sehr erholsam.

Ein bekanntes Phänomen, das mit einer mangelnden Erholsamkeit des Schlafs einhergeht, ist das der Schlaflosigkeit resp. Insomnie.

Was kennzeichnet Insomnien und wann sind diese krankheitswertig?

Erscheinungsformen von Insomnien

Es gibt eine Vielzahl an Schlafstörungen (vgl. Abschnitt 4.2), mit dem diesjährigen Gesundheitsreport rückt die DAK jedoch speziell Insomnien in den Fokus. In der medizinischen Diagnostik nach der ICD-10-GM-Klassifikation werden diesbezüglich zwei Varianten unterschieden (vgl. auch Abschnitt 4.2). Zum einen primäre, d.h. ohne erkennbare organische oder psychiatrische Ursachen auftretende Insomnien, sowie organische Insomnien als komorbide Störungen. Unabhängig von dieser Unterscheidung wesentliche Charakteristika von Insomnien sind ein Missverhältnis zwischen Schlafbedürfnis und subjektivem Schlafvermögen. Dies äußert sich beispielsweise in

- Einschlafstörungen,
- Durchschlafstörungen,
- Früherwachen und
- nicht erholsamem Schlaf.

Dauer der Schlafprobleme

Nicht jede Nacht, in der man mal nicht gut schläft, stellt gleich ein folgenreiches gesundheitliches Problem dar, welches behandelt werden muss. Für eine Einschätzung der Schwere von Ein- und Durchschlafstörungen etc. (im Weiteren auch: "insomnische Beschwerden") ist z.B. von Bedeutung, ob die Schlafstörung bereits seit einem Monat auftritt. Kürzer andauernde Phasen von insomnischen Beschwerden werden als sogenannte vorübergehende oder kurzfristige Insomnien bezeichnet. Sie sind in der Regel bereits nach wenigen Tagen oder nach einem Zeitraum von zwei bis drei Wochen abgeklungen.¹²

¹² vgl. Penzel, T. (2000/2008). Insomnie. Unter: <http://www.charite.de/dgsm/rat/insomnie.html> (Stand: 14.01.2010).

Die Krankheitswertigkeit an der Mindestdauer von einem Monat fest zu machen, wird in der Schlafepidemiologie durchaus hinterfragt. So werden Insomnien u.a. je nach zeitlichem Verlauf bzw. Dauer wie folgt klassifiziert:¹³

- akute Insomnie bei einer Dauer von bis zu vier Wochen,
- subakute Insomnie bei einer Dauer von bis zu sechs Monaten und
- chronische Insomnie bei einer Dauer von mehr als sechs Monaten.

Weitgehend Konsens besteht jedoch dahingehend, dass die Dauer der Insomnie neben der Ursache und dem Schweregrad zentral für die Art der Behandlung und deren Erfolg ist.

Ein weiteres wichtiges Merkmal zur Abschätzung der Krankheitswertigkeit und damit der Behandlungsrelevanz von insomnischen Beschwerden ist, wie häufig diese pro Woche über einen Zeitraum von einem Monat aufgetreten sind. Speziell nach der ICD-10-GM-Klassifikation besteht ein wesentliches Einteilungsmerkmal darin, wenn mindestens drei Störungsereignisse pro Woche gezählt werden.

Ein wesentliches Merkmal der "modernen" Schlafmedizin ist es, dass der Schweregrad von insomnischen Beschwerden heutzutage nicht allein anhand der Anzahl nächtlicher Störungsereignisse beurteilt wird. Viel mehr wird gefragt, ob im Zuge des nicht erholsamen Schlafs die Tagesbefindlichkeit beeinträchtigt ist. Dies kann sich beispielsweise darin äußern, dass die unbefriedigende Schlafdauer, -menge und/oder Schlafqualität einen deutlichen Leidensdruck verursachen oder sich störend auf Alltagsaktivitäten auswirken.

Die ICD-10-Klassifikation verlangt zudem, dass neben den beeinträchtigenden Auswirkungen auf das Befinden am Tag, die Betroffenen vor allem nachts viel an ihre Schlafstörung denken und sich während des Tages übertriebene Sorgen über deren negative Konsequenzen machen.¹⁴

Alles in allem bleibt festzuhalten, dass Insomnien in ihren Erscheinungsformen vielfältig sind, jedoch die Festlegung wesentlicher Charakteristika im Rahmen von diagnostischen Klassifikationssystemen wie der ICD-10-GM ermöglicht, Insomnien von der weit verbreiteten Beschwerde "schlecht geschlafen" zu unterscheiden.

Häufigkeit der Schlafprobleme

Besteht eine Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit durch Schlafprobleme?

¹³ vgl. u.a. Penzel et al. (2005). Schlafstörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 27. Berlin: Robert-Koch-Institut (RKI).

¹⁴ Riemann, D, Hajak G. Insomnie. In: Berger H.-F. et al. (2009). S3-Leitlinie - Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. In: Somnologie 13:4-160 (2009). Unter: http://www.charite.de/dgsm/dgsm/downloads/akkreditierung_ergebnisqualitaet/S3-Leitlinie_Nicht_erholsamer_Schlaf-Schlafstoerungen.pdf

Epidemiologische Studien zugrundeliegend, sind etwa 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung in westlichen Industrieländern betroffen.¹⁵ Untersuchungen in der Bevölkerung lassen jedoch häufig den Eindruck entstehen, dass weit mehr Menschen ein Problem mit Schlaflosigkeit bzw. nicht erholsamem Schlaf haben.

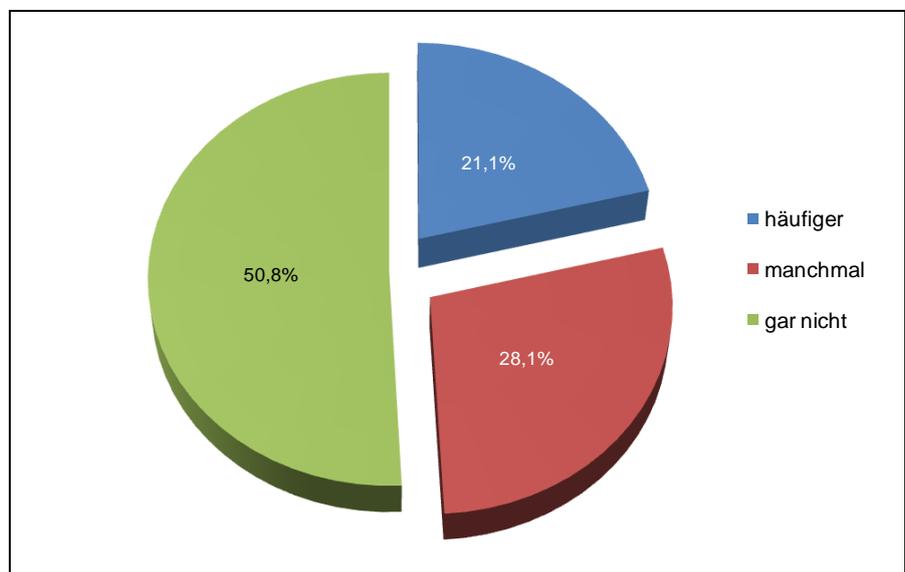
Verbreitung subjektiv erlebter Schlafprobleme – Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung

Die Verbreitung von insomnischen Beschwerden und die damit einhergehenden Konsequenzen waren auch zentraler Gegenstand der speziell für den DAK-Gesundheitsreport 2010 durchgeführten telefonischen Umfrage unter der berufstätigen Bevölkerung zwischen 35 und 65 Jahren. Die repräsentative Stichprobe umfasst 3.000 Befragte. Der eigens für diese Umfrage entwickelte Fragebogen beinhaltet Fragen zu Art, Dauer und Häufigkeit von Schlafstörungen, zur Schlafqualität und zur Tagesbefindlichkeit.

Als erstes wurde nach dem Auftreten bzw. der Häufigkeit von Schlafproblemen in den letzten drei Monaten gefragt – explizit genannt wurden Einschlafschwierigkeiten bzw. Nicht-Durchschlafen-Können. Etwa die Hälfte der Befragten (Abbildung 20) verneinte solche Probleme, ein gutes Fünftel gab dagegen häufigere Ein- oder Durchschlafprobleme an.

Abbildung 20:

Häufigkeit des Auftretens von Schlafproblemen (Einschlaf-, Durchschlafprobleme) in den vorangehenden drei Monaten (N = 3.000)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

¹⁵ vgl. Mayer, G. (2008). Leitlinie Insomnie. In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage 2008, S. 654 ff, ISBN 978-3-13-132414-6; Georg Thieme Verlag Stuttgart. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-045.htm>

Frauen berichten häufiger als Männer von Schlafproblemen, insbesondere in den Altersgruppen über 45 Jahre liegt der Anteil mit der Angabe häufiger Schlafprobleme bei den Frauen um etwa ein Drittel über dem der Männer (Abbildung 21).

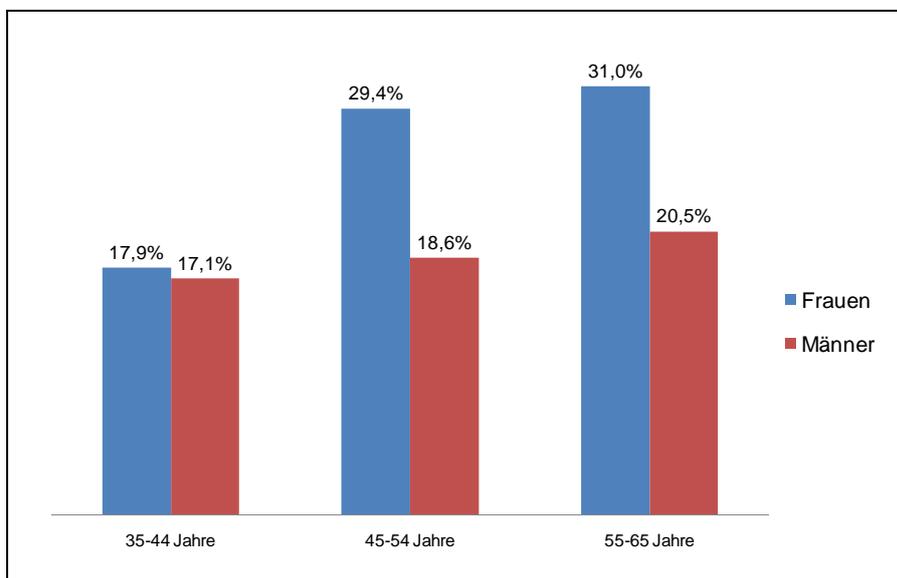


Abbildung 21:

Anteil Befragte mit häufigen Schlafproblemen (Einschlaf-, Durchschlafprobleme) nach Geschlecht und drei Altersgruppen (N = 3.000)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Vergleicht man die Gruppen mit und ohne Schlafprobleme, so sind die Befragten mit Schlafproblemen im Durchschnitt etwas älter (48 gegenüber 47 Jahren) und der Frauenanteil ist geringfügig überproportional.

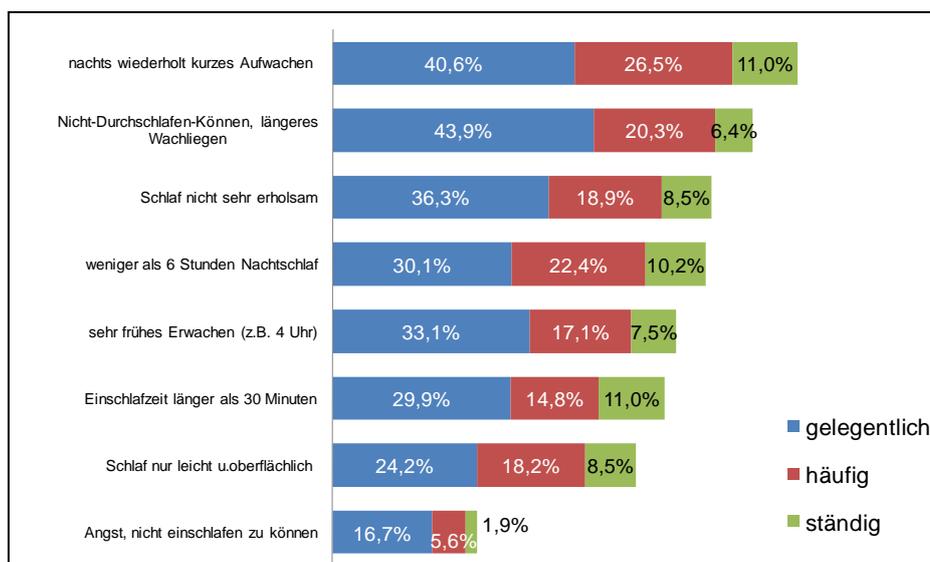
Im weiteren Verlauf des Interviews wurden vertiefende Fragen zu den Schlafstörungen, der Behandlung, den Hintergründen usw. gestellt. Diese Fragen richteten sich nur an die 1.476 Befragten, die in der Eingangsfrage angegeben hatten, dass sie in den zurückliegenden drei Monaten "manchmal" oder "häufig" Schlafprobleme hatten (vgl. Abbildung 20).

Befragt nach der Art der Schlafstörungen werden am häufigsten Durchschlafprobleme genannt: Wiederholtes kurzes Aufwachen in der Nacht tritt bei 11 Prozent der 1.476 Personen mit Schlafproblemen "ständig" und bei 26,5 Prozent "häufig" auf (Abbildung 22).

Nachts wiederholt kurzes Aufwachen ist häufigste Störung

Abbildung 22:

Welche schlafbezogenen Problemstellungen treffen auf Sie wie häufig zu? (n = 1.476)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Hervorzuheben ist, dass mehr als jede/r Vierte (27,4 %) mindestens häufig seinen Schlaf als nicht sehr erholsam einschätzt. Auf 36,3 Prozent trifft dies gelegentlich zu. Zu dieser Einschätzung einer beeinträchtigten Schlafqualität passt auch das Ergebnis, dass insgesamt 26,7 Prozent ihren Schlaf nur als leicht und oberflächlich empfinden. Auf etwa ein Viertel trifft dies gelegentlich zu.

Schlafprobleme - Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Hinsichtlich der hier betrachteten Schlafprobleme gibt es folgende nennenswerte Unterschiede zwischen Männern und Frauen: 30,3 Prozent der Frauen können im Vergleich zu 23,6 Prozent der Männer ständig bis häufig nachts nicht durchschlafen und liegen, wenn sie nachts erwachen, länger wach. Deutlich weniger Frauen als Männer geben hingegen an, dass sie häufig bis ständig weniger als sechs Stunden schlafen (28,8 % vs. 35,9 %).

Dauer und Frequenz der Schlafprobleme

Schlafprobleme sind in der berufstätigen Bevölkerung offenbar sehr verbreitet, wie die DAK-Umfrage zeigt. Nicht alle Schlafprobleme, die von den Betroffenen als störend oder belastend empfunden werden, stellen jedoch auch aus medizinischer Sicht eine relevante und möglicherweise behandlungsbedürftige Störung dar. Erst wenn die Symptome gestörten bzw. nicht erholsamen Schlafs eine bestimmte Häufigkeit erreichen, wenn sie zu Beeinträchtigungen der Befindlichkeit am Tage oder gar der sozialen und beruflichen Funktionen führen, ist von einer Störung mit Krankheitswert auszugehen.

Inwiefern eine Schlafstörung mit Krankheitswert vorliegt, muss im Einzelfall durch den Arzt diagnostisch abgeklärt werden.

Um für den DAK-Gesundheitsreport zu einer Abschätzung der Verbreitung von gravierenderen Schlafproblemen zu gelangen, wurden mehrere einschlägige Kriterien vertiefend erfragt: Zum einen wurde erhoben, wie häufig die Störungssymptome in den der Befragung vorangehenden vier Wochen waren und wie lange die Person insgesamt schon unter den Schlafproblemen leidet. Zum anderen wurden Fragen zu den Auswirkungen auf die Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit am Tage gestellt. Abbildung 23 zeigt, wie lange die Befragten bereits unter Schlafproblemen leiden.

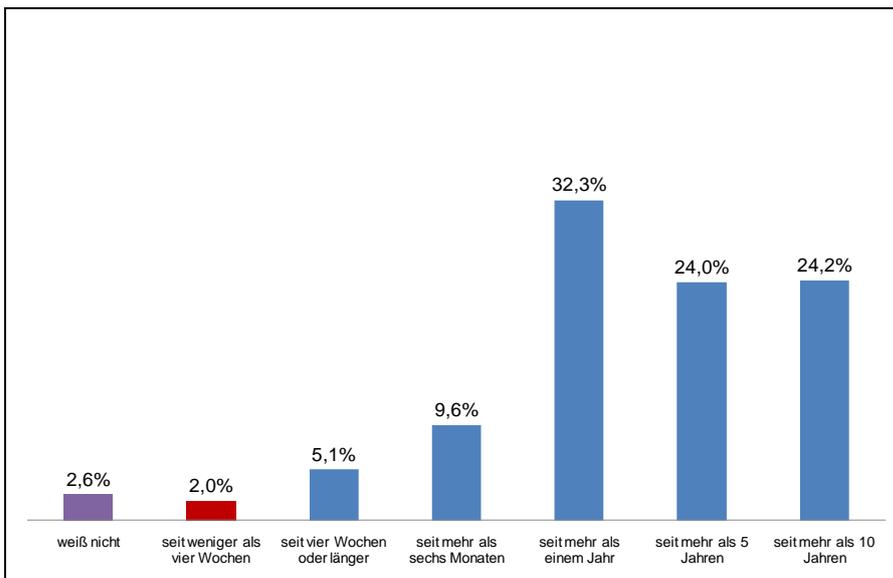


Abbildung 23:

Seit wann treten bei Ihnen solche Schlafprobleme auf?
(n = 1.476)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Bei einer Beschwerdedauer von weniger als vier Wochen spricht man von akuten Schlafstörungen. Dies trifft nur auf 2 Prozent der Befragten zu. Bei 5,1 Prozent sind die Beschwerden subakut, d.h. sie dauern bereits vier bis sechs Monate. Mit einer Dauer von mehr als sechs Monaten sind die Beschwerden für 90 Prozent chronisch.

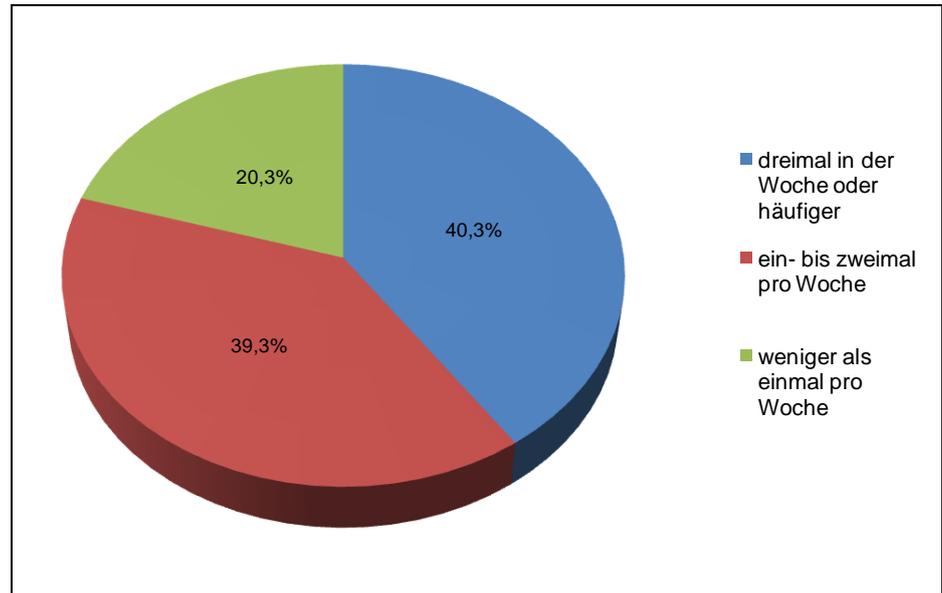
Mit einer Dauer von mehr als sechs Monaten sind die Beschwerden für über 90 Prozent chronisch.

Die Befragten mit akuten – und möglicherweise vorübergehenden – Störungen (n=29) sowie ohne gültige Angabe zur Dauer ihrer Beschwerden (n=40) werden von den folgenden Auswertungen ausgeschlossen. Die Stichprobe reduziert sich damit auf 1.407 Personen mit Schlafproblemen, die seit mindestens vier Wochen andauern.

Ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Relevanz von Schlafstörungen ist die Häufigkeit des Auftretens. Im Rahmen der DAK-Befragung wurde erhoben, wie oft die berichteten Schlafprobleme in den vier Wochen vor der Befragung aufgetreten sind. Die Antwortoptionen waren "gar nicht", "weniger als einmal pro Woche", "ein- bis zweimal pro Woche" und "dreimal in der Woche oder häufiger". Abbildung 24 zeigt das Ergebnis.

Abbildung 24:

Bezogen auf die letzten vier Wochen, wie häufig in der Woche hatten Sie Schlafprobleme? (n = 1.407)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Fast ein Fünftel zwischen 35 und 65 haben jede Woche in mindestens 3 Nächten Schlafprobleme

Gut 40 Prozent der Befragten haben in mindestens drei Nächten pro Woche unter Schlafstörungen zu leiden (Frauen 43,2%; Männer 37,9 %). Bezogen auf die Gesamtgruppe aller 3.000 Befragten errechnet sich damit ein Anteil von knapp 18,9 Prozent der Erwerbstätigen zwischen 35 und 65, die sehr oft unter Schlafproblemen leiden.

Wie stark ist die Tagesbefindlichkeit beeinträchtigt?

Die Frage, ob bestehende Schlafprobleme aus medizinischer Sicht ein relevantes Gesundheitsproblem darstellen wird nicht allein aufgrund der Art und Anzahl nächtlicher Störungsereignisse bzw. der Schlafmenge und -qualität beurteilt. Eine wichtige Rolle spielt ferner, inwieweit der gestörte Schlaf negative Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit und damit verbunden auch auf die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag hat.

Zu möglichen Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit und Leistungsfähigkeit wurden sechs Fragen gestellt. Abbildung 25 zeigt die Ergebnisse für die Antwortkategorien "gelegentlich", "häufig" und "ständig".

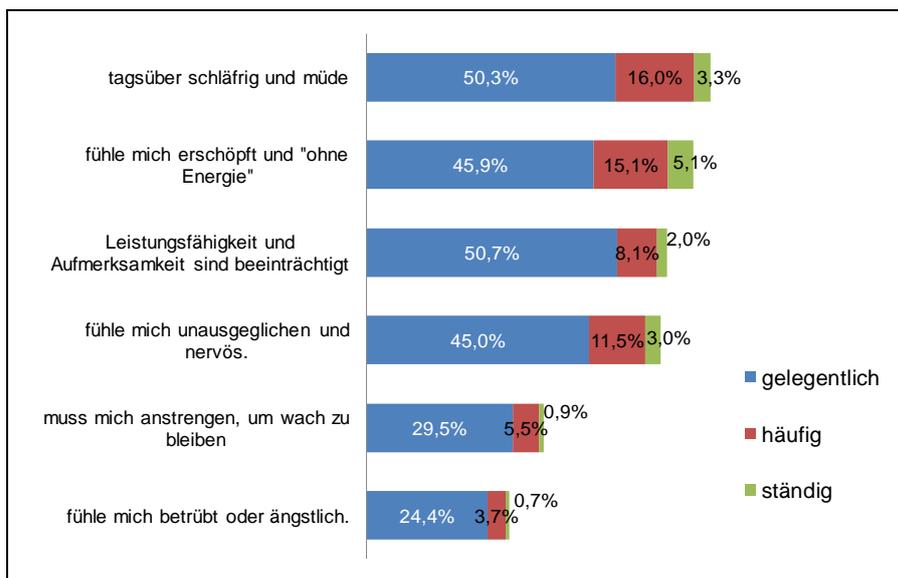


Abbildung 25:

Wie fühlen Sie sich am Tage? (n = 1.407)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Schläfrigkeit am Tage, Erschöpfung und Energielosigkeit, Einschränkungen der Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit sowie Unausgeglichenheit und Nervosität werden etwa gleich häufig als Folgen des gestörten Schlafs genannt. Die Anteile der Betroffenen, die „ständig“ oder „häufig“ unter den genannten Beeinträchtigungen leiden, liegen deutlich über den in Abbildung 20 dargestellten Durchschnittswerten aller 1.407 Befragten mit Schlafproblemen, wenn man nur die Personen betrachtet, die jede Woche dreimal oder öfter unter den Beschwerden leiden: Erschöpft und „ohne Energie“ fühlen sich beispielsweise in dieser Gruppe mit der höchsten wöchentlichen Beschwerdefrequenz 9,5 Prozent „ständig“ und 20,6 Prozent „häufig“.

Kategorisierung der Befragten nach der Ausprägung der Schlafprobleme

Auf Basis der Angaben zur Häufigkeit der Schlafprobleme sowie des Grades der Beeinträchtigung von Tagesbefindlichkeit und Leistungsfähigkeit wurde eine Einteilung der Befragten in drei Kategorien von unterschiedlich starker Ausprägung der Schlafstörungen vorgenommen:

1. Geringe Schlafprobleme: Die Befragten haben in der Eingangsfrage Beschwerden angegeben, die Häufigkeit in den letzten vier Wochen lag jedoch unter einem Mal pro Woche und bei keiner der Fragen zu Einschränkungen der Tagesbefindlichkeit wurde die Ausprägung „ständig“ oder „häufig“ gewählt.
2. Mittelgradige Schlafprobleme: Die Beschwerden sind in den vergangenen vier Wochen ein bis zweimal pro Woche aufgetreten und es werden häufige oder sogar ständige Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Tagesbefindlichkeit angegeben oder die Beschwerden treten dreimal pro Woche und öfter auf, aber es werden nur gelegentliche Tagesbeeinträchtigungen berichtet.
3. Hochgradige Schlafprobleme: Die Beschwerden sind dreimal pro Woche oder häufiger aufgetreten und gehen mit häufigen bzw. ständigen Beeinträchtigungen am Tage einher.

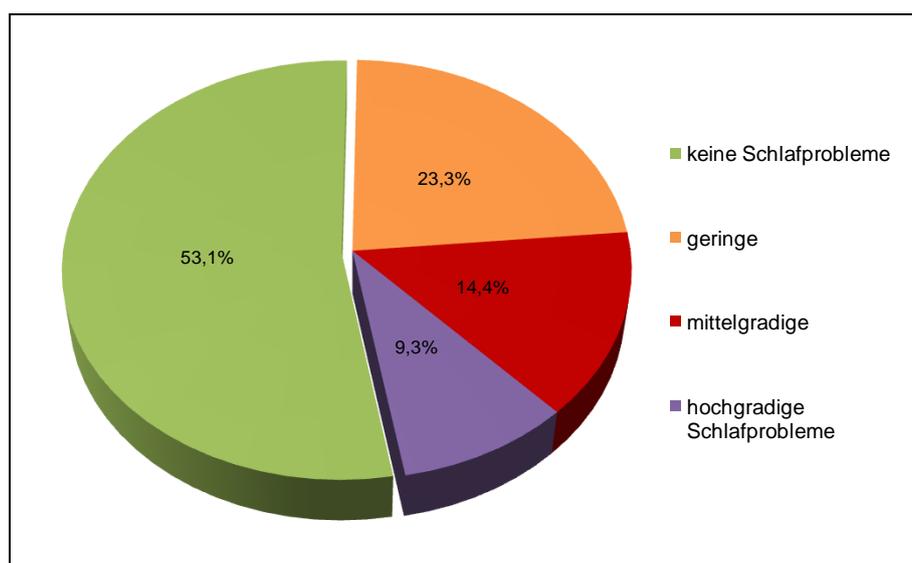
Nimmt man als vierte Kategorie noch die Befragten ohne Angabe von Schlafproblemen hinzu, so resultiert die in Abbildung 26 dargestellte Verteilung der Gesamtstichprobe der 3.000 Erwerbstätigen im Alter von 35 bis 65 Jahren.

Abbildung 26:

Kategorisierung der Befragten nach dem Vorliegen bzw. der Ausprägung von Schlafproblemen

Legende:

Fast 10 Prozent haben hochgradige Schlafprobleme, die mindestens dreimal pro Woche auftreten und zu häufigen oder ständigen Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit und Leistungsfähigkeit führen.



Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Die Schlafforschung geht davon aus, dass in den westlichen Industrienationen etwa 10 Prozent der Bevölkerung von chronischer Insomnie betroffen sind. Eine ausgeprägte Insomnie mit deutlicher Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit wird für etwa 5 Prozent der Bevölkerung in Deutschland angenommen.

Die aufgrund der Befragungsdaten identifizierte Gruppe mit „hochgradigen Schlafproblemen“ liegt in einer vergleichbaren Größenordnung. Bei den Befragten mit mittelgradigen Schlafproblemen ist zumindest die Frage aufzuwerfen, ob bei diesen Personen nicht das Risiko einer Verschlechterung besteht und somit entsprechende Präventionsmaßnahmen angezeigt wären.

Die drei Kategorien der Befragten mit Schlafproblemen unterscheiden sich in der Alters- und Geschlechtsverteilung nicht signifikant voneinander. Auch im Hinblick auf die Dauer des Bestehens von Schlafproblemen ähneln sich die drei Gruppen stark.

Betrachtet man die soziodemographische Zusammensetzung sowie die Merkmale der Berufstätigkeit so besteht der deutlichste Unterschied zwischen den drei Gruppen beim Anteil der Schichtarbeiter, der von 17,5 Prozent in der Gruppe mit geringen bis auf 34,1 Prozent bei den Befragten mit hochgradigen Schlafproblemen ansteigt (Abbildung 27).

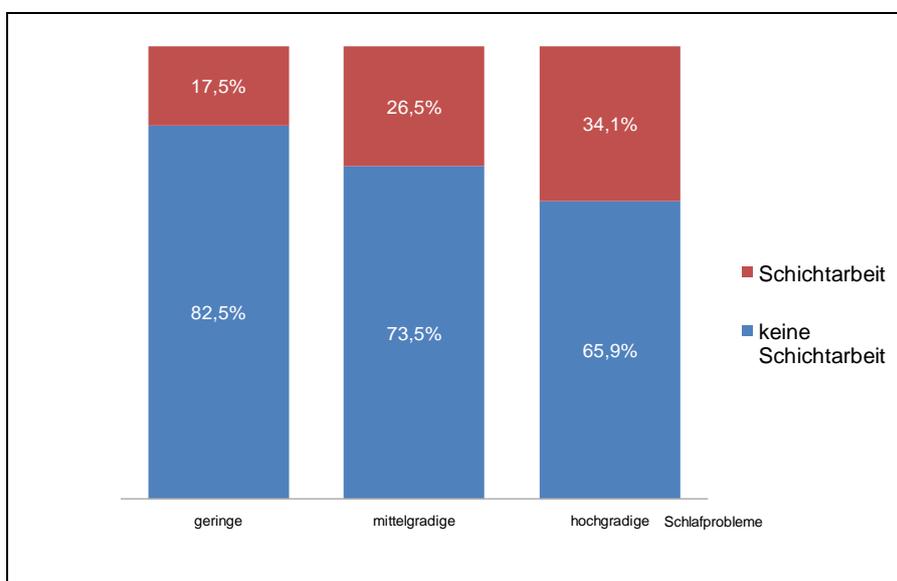


Abbildung 27:

Anteil Befragte, die Schichtarbeit leisten, nach Ausprägung der Schlafprobleme

Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Bei den übrigen abgefragten Merkmalen der Arbeitszeit - z.B. ob Sonn- oder Feiertagsarbeit, Bereitschaftsdienste oder Abrufarbeit zu leisten sind - bestehen bis auf eine Ausnahme keine nennenswerten Unterschiede. Die Ausnahme ist der Anteil, der Gleitzeit arbeitet. Dieser Anteil liegt in der Gruppe mit geringen Schlafproblemen bei 38 Prozent und sinkt bei den hochgradig

Betroffenen auf etwa 24 Prozent. Dieser Befund dürfte im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Zusammensetzung nach beruflichen Hintergründen stehen, der auch im Anteil der Schichtarbeiter zum Ausdruck kommt: Bei den hochgradig von Schlafproblemen Betroffenen ist der Anteil von Akademikern und Personen mit höheren Schulabschlüssen niedriger und der Anteil der Arbeiter höher als in den beiden anderen Gruppen. Gleitzeitregelungen sind jedoch eher in den Angestelltenberufen bzw. im öffentlichen Dienst verbreitet, weniger in den gewerblichen Berufen, in denen auch die Schichtarbeit häufiger vorkommt.

Weitere Unterschiede zwischen den drei Ausprägungsgruppen bestehen hinsichtlich der Auslöser, Ursachen (z.B. körperliche und psychische Erkrankungen) und Verstärker der Schlafprobleme. Die Ergebnisse zu diesem Themenkomplex werden weiter unten im Abschnitt 4.4 berichtet. Zunächst jedoch zu der Frage, welche Rolle Schlafstörungen in der ambulanten medizinischen Versorgung spielen.

4.2 Welche Rolle spielen Schlafstörungen in der ambulanten medizinischen Versorgung?

In der Schlafmedizin werden an die 100 Schlafstörungen unterschieden. Im Rahmen der Diagnostik sind Ärzte in Deutschland angewiesen, diese nach dem ICD-10-GM zu verschlüsseln. Die ICD-10 ist weltweit anerkannt und das verbreitetste Klassifikationssystem. In Bezug auf Schlafstörungen differenziert die ICD-10 prinzipiell zwischen nichtorganischen Schlafstörungen (F51) und organischen Schlafstörungen (G47). Erstere zählen zu den Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99). Auf der Ebene der ICD-4-Steller werden insgesamt acht Einzeldiagnosen geführt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3:

Nicht-organische Schlafstörungen nach der aktuellen ICD-10-GM-Version

ICD-10-Code	Bezeichnung
F51.0	Nichtorganische Insomnie
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
F51.3	Schlafwandel
F51.4	Pavor nocturnus
F51.5	Alpträume
F51.8	Andere nichtorganische Schlafstörungen
F51.9	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörungen

Organische Schlafstörungen nach ICD-10-GM

Die organischen Schlafstörungen werden unter die Krankheiten des Nervensystems subsummiert (G00-G99). Bei den organischen Schlafstörungen werden insgesamt sieben Einzeldiagnosen auf der Ebene der ICD-4-Steller unterschieden (vgl. Tabelle 4).

ICD-10-Code	Bezeichnung	
G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen (Hyposomnie, Insomnie)	Tabelle 4: Organische Schlafstörungen nach der aktuellen ICD-10-GM-Version
G47.1	Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis	
G47.2	Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus	
G47.3	Schlafapnoe	
G47.4	Narkolepsie und Kataplexie	
G47.8	Sonstige Schlafstörungen wie z.B. Kleine-Levin-Syndrom	
G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	

Auffällig für die nicht-organischen und organischen Schlafstörungen ist, dass auf der Ebene der ICD-4-Steller Formen von Schlafstörungen verschlüsselt sind, die sich im Symptombild deutlich voneinander unterscheiden und daher nur bedingt eine zusammenfassende Betrachtung sinnvoll erscheinen lassen.

Nach der ICD-10-GM können Schlafstörungen nur diesen zwei Hauptkategorien zugeordnet werden, d.h. in Bezug auf das Thema Insomnien ist zu differenzieren, ob es sich mit F51.0 um eine nicht-organische oder um eine organische Variante (G47.0) handelt. Diese Einstufung, ob es sich um eine primäre bzw. nicht-organische oder um eine organische Schlafstörung handelt – Insomnien können beispielsweise als eigenständige Erkrankung (F51.0) auftreten, häufig treten sie jedoch als komorbide Störung auf (G47.0) – erfolgt mit der ICD-10 in der Regel über eine weitere Codierung. Das heißt die sogenannte sekundäre Schlafstörung wird dann zusätzlich zum ICD-10-Code der Grunderkrankung kodiert werden.¹⁶

Insomnien nach ICD-10-GM

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass in der Schlafmedizin die alleinige Erfassung von Insomnien sowie anderer Schlafstörungen nach der ICD-10-Klassifikation kritisch eingeschätzt wird. Eine deutlich ausdifferenziertere Klassifikation von Insomnien beinhaltet die zweite International Classification of Sleep Disorders (kurz: ICSD-2).¹⁷

Insomnien nach ICSD-2

Im deutlichen Gegensatz zur ICD-10-GM werden in der Hautkategorie "Insomnien" insgesamt elf Subtypen, insbesondere in Bezug auf deren Ursachen unterschieden. Im weiteren Vergleich zeigt sich, dass die Erkrankungsgruppe "Insomnie" nach der ICSD-2 über insgesamt vier Diagnosen der ICD-10-GM gebildet werden kann: Dies sind neben den bereits eingeführten Diagnosen F51.0 (= nichtorganische Insomnie) und G47.0 (= organischen Insomnie) die Diagnosen:

¹⁶ Mayer et al. (2009). In: Berger H.-F. et al. (2009). S3-Leitlinie - Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. In: Somnologie (2009), a.a.O.

¹⁷ American Academy of Sleep Medicine (2005). Westchester, Illinois.

- F51.8 (= andere nichtorganische Schlafstörungen) und
- F51.9 (= nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörungen).

In der Tabelle 5 sind die Diagnosebezeichnungen nach ICSD-2-Klassifikation den Bezeichnungen nach der ICD-10-GM sowie den entsprechenden ICD-Schlüsseln gegenübergestellt.

Tabelle 5: Insomnien: Diagnosen nach ICSD-2-Systematik und ihre Kodierung nach der aktuellen ICD-10-GM-Version

ICSD-2 Bezeichnung	ICD-Bezeichnung	ICD-10-Code
Anpassungsbedingte Insomnie (Akute Insomnie)	Nichtorganische Insomnie	F51.0
Psychophysiologische Insomnie	Nichtorganische Insomnie	F51.0
Paradoxe Insomnie (Schlafwahrnehmungsstörung)	Nichtorganische Insomnie	F51.0
Idiopathische Insomnie	Ein- und Durchschlafstörungen, inkl. Hyposomnie (= mangelhafter bzw. ungenügend erholsamer Schlaf), Insomnie	G47.0
Inadäquate Schlafhygiene	Nichtorganische Insomnie	F51.0
Verhaltensabhängige Insomnie im Kindesalter	Nichtorganische Insomnie	F51.0
Insomnie durch Medikamente, Drogen oder Substanzen	Ein- und Durchschlafstörungen	G47.0 + Grunderkrankung
Insomnie durch körperliche Erkrankung	Ein- und Durchschlafstörungen	G47.0 + Grunderkrankung
Insomnie durch psychische Erkrankung	Nichtorganische Insomnie / sonstige nichtorganische Schlafstörungen	F51.0/ F51.8 + Grunderkrankung
Nicht näher bezeichnete (unspezifische) nichtorganische Insomnie	Nichtorganische Insomnie / sonstige nichtorganische Schlafstörungen	F51.0 / F51.9
Nicht näher bezeichnete (unspezifische) organische Insomnie	Ein- und Durchschlafstörungen	G47.0

Quelle: S3-Leitlinie - Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen (2009)

Der anpassungsbedingten bzw. akuten Insomnie geht eine eindeutige Ursache bzw. ein Stressor voraus. Nach den diagnostischen Kriterien der ICSD-2 dauert sie weniger als drei Monate, d.h. sie verschwindet in der Regel, wenn der Stressor nicht vorhanden ist. Besteht die Insomnie weiterhin fort, obwohl der Stressor bereits nicht mehr vorhanden ist, kann es sich um eine psychophysiologische bzw. primäre Insomnie handeln. Gebräuchlich sind auch Begrifflichkeiten wie erlernte, konditionierte oder chronische Insomnie. Die Schlafforschung geht davon aus, dass etwa ein bis zwei Prozent der Allgemeinbevölkerung diese Diagnose gestellt werden kann. Eine höhere Krankheitshäufigkeit zeigt sich, zumindest in klinischen Stichproben, bei der paradoxen Insomnie. Hierbei handelt es sich um eine Fehlwahrnehmung des Schlafzustandes, d.h. die Schlafzeit wird unter- und die Einschlafzeit

wird überschätzt.¹⁸ Nachzutragen ist, dass die beiden Gruppen der nichtorganischen sowie organischen Schlafstörungen nicht alle bekannten Schlafstörungen berücksichtigen. Zu nennen sind hier insbesondere schlafbezogene Bewegungsstörungen wie Restless-Legs-Syndrom und Periodic-Limb-Movement-Disorder (kurz: PLMD), die unter G25.8 kodiert werden. Diese Schlafstörung kann u.a. mit kurzzeitigen Weckreaktionen bis hin zu kompletten Aufwachvorgängen in der Schlafphase verbunden sein. Betroffene nehmen in der Regel wegen Ein- und Durchschlafstörungen Hilfe in Anspruch.¹⁹

Schlafbezogene Bewegungsstörungen wie Restless-Legs-Syndrom

Analyse der ambulanten ärztlichen Diagnosen aus 2008

Stand in Abschnitt 4.1 die Frage im Vordergrund, wie viele der befragten 35- bis 65-jährigen Erwerbstätigen nach subjektiver Einschätzung von Schlafstörungen betroffen sind und bereits schon einmal in ärztlicher Behandlung waren, interessiert ergänzend auf der Basis objektiver Daten, welches Ausmaß Schlafstörungen in der ambulanten medizinischen Versorgung haben:

Fragestellungen

1. Auf der Basis der ambulanten ärztlichen Diagnose-Daten geht es um die Frage, wie hoch unter den erwerbstätigen DAK-Versicherten der Anteil an Personen ist, die in einem Jahr aufgrund von Schlafstörungen behandelt wurden.
2. In diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund der angeführten Vielfalt an Diagnosen interessiert zudem, welche Diagnosen hier quantitativ am bedeutsamsten sind und
3. wie groß der Anteil der Versicherten ist, die nur an Insomnie erkrankt sind, d.h. ausschließlich eine der vier insomnischen Diagnosen nach der ICSD-2-Klassifikation aufweisen, im Verhältnis zu allen an Versicherten mit mindestens einer schlafmedizinischen Erkrankung.

Bei der Analyse der ambulanten ärztlichen Diagnosen werden - entsprechend der AU-Analysen - alle Personen berücksichtigt, die im Jahr 2008 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren und im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Aus diesem Personenkreis wurden die Versicherten gefiltert, die mindestens eine Diagnose aus dem - oben eingeführten Spektrum Schlafstörungen - aufwiesen.

¹⁸ Die insomnische Störungsbilder nach ICSD-2 werden ausführlich im Abschnitt 5.7.3 der neuen S3-Leitlinie "Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen" (Becker, H.F. et al. 2009) beschrieben.

¹⁹ Nicht berücksichtigt wird in dieser Auflistung die Afrikanische Schlafkrankheit (B56), die dem Bereich der infektiösen und parasitären Erkrankungen zugeordnet wird.

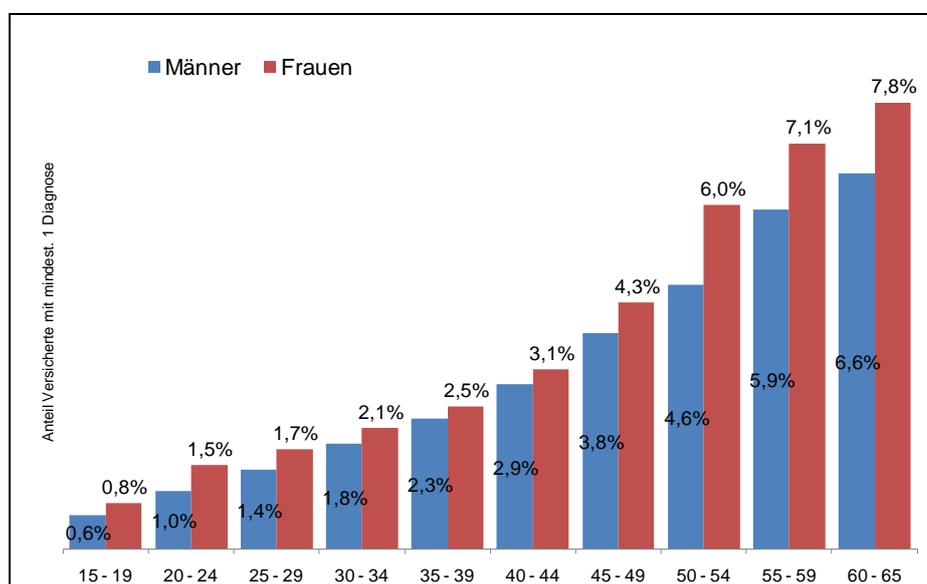
3,4 % der erwerbstätigen Versicherten sind von schlafmedizinischen Erkrankungen betroffen

Zunächst zu der Verbreitung von schlafmedizinischen Erkrankungen unter allen erwerbstätigen DAK-Versicherten im Alter von 15 bis 65 Jahren: Dies betrifft insgesamt 3,4 Prozent aller erwerbstätigen DAK-Versicherten. Mit 3,7 Prozent sind Frauen häufiger betroffen als Männer (3,2 %). Bezogen auf 100 ganzjährig Versicherte, der Standardreferenz, entspricht dies insgesamt 3,8 Versicherten. In der Gruppe der Frauen zählt die DAK vier an Schlafstörungen Erkrankte, in der Gruppe der Männer sind es mit 3,5 etwas weniger Versicherte.

Abbildung 28 weist für die Summe aller Diagnosen nach ICD-10-GM die Betroffenenquote in Bezug auf Schlafstörungen differenziert nach Alter und Geschlecht aus.

Abbildung 28:

Versicherte mit mindestens einer Diagnose Schlafstörung (F51*, G47*, G25.8) an allen erwerbstätigen DAK-Versicherten in 2008



Quelle: Ambulante ärztliche Diagnosen 2008

Die Betroffenenquote, d.h. der Anteil der Versicherten, bei denen in 2008 mindestens eine Diagnose in Bezug auf Schlafstörungen gestellt wurde, steigt tendenziell im Alter an. Liegt die Betroffenenquote in der Gruppe der Jüngsten deutlich unter einem Prozent, so beträgt sie in der Gruppe der 60-65-jährigen Männer 6,6 Prozent und in der der Frauen 7,8 Prozent. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen vergrößert sich ab dem mittleren Lebensalter zunehmend.

Tabelle 6 gibt einen Überblick zu den versichertenbezogenen Diagnosehäufigkeiten bezogen auf 100 Versichertenjahre sowie der entsprechenden Anteilswerte in Relation zum Gesamtwert.

Tabelle 6: Erwerbstätige DAK-Versicherte im Jahr 2008 mit Schlafstörungen nach ICD-10-GM pro 100 Versichertenjahre²⁰ (beobachtete, gerundete Werte)

ICD-10-Code	Bezeichnung	Versicherte	in Prozent
F51.0	Nichtorganische Insomnie	0,145	3,5%
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie	0,003	0,1%
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	0,014	0,3%
F51.3	Schlafwandel	0,004	0,1%
F51.4	Pavor nocturnus	0,004	0,1%
F51.5	Alpträume	0,011	0,3%
F51.8	Andere nichtorganische Schlafstörungen	0,044	1,1%
F51.9	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörungen	0,298	7,3%
G47.1	Ein- und Durchschlafstörungen (u.a. Insomnie)	0,720	17,6%
G47.1	Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis	0,016	0,4%
G47.2	Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus	0,028	0,7%
G47.3	Schlafapnoe ²¹	0,888	21,7%
G47.4	Narkolepsie und Kataplexie	0,013	0,3%
G47.8	Sonstige Schlafstörungen wie z.B. Kleine-Levin-Syndrom	0,104	2,5%
G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	1,512	36,9%
G25.8	Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nnb (inkl. Restless-Legs)	0,264	6,4%
Insgesamt über alle ICD-Codes		4,1	100,0%
Alle nichtorganischen Schlafstörungen		0,524	13%
Alle organischen Schlafstörungen (inkl. G25.8)		3,564	87%
Alle insomnischen Diagnosen (F51.0, F51.8, F51.9 & G47.0)²²		1,116	27%

Quelle: DAK Ambulante ärztliche Diagnosen 2008

Die Auszählung der versichertenbezogenen Diagnosehäufigkeiten ergab, dass die quantitativ bedeutendste Diagnose unter den erwerbstätigen DAK-Versicherten die nicht näher bezeichneten organischen Schlafstörungen (G47.9) sind. Ihr Anteil an allen Versicherten, denen 2008 mindestens eine schlafmedizinische Diagnose gestellt wurde, beträgt 37 Prozent.

²⁰ Im Fall mehrerer Diagnosen bei einem Versicherten wurde die Diagnose aus dem letzten Quartal gezählt.

²¹ Unter dem 4-Steller G47.3 werden insgesamt fünf 5-stellige Codes subsummiert: Zentrales Schlafapnoe-Syndrom (G47.30), Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31), Schlafbezogenes Hyperventilations-Syndrom (G47.32), sonstige Schlafapnoe (G47.38) und Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet (G47.39). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird an dieser Stelle auf eine detailliertere Darstellung verzichtet.

²² Aus der Population "Versicherte mit mindestens einer Diagnose" in 2008 wurden die Versicherten gefiltert, die ausschließlich mindestens eine der vier insomnischen Diagnosen aufwiesen. Bei der Beziehung zwischen den vier Diagnosen handelte es sich um eine "und / oder"-Bedingung.

Mehr als jede/r fünfte, schlafmedizinisch erkrankte Versicherte ist von Schlafapnoe betroffen (22 %). Gut 18 Prozent leiden an organischen Ein- und Durchschlafstörungen bzw. organischer Insomnie (G47.0). Die primäre, nicht-organische Insomnie kommt hingegen nur auf einen Anteil von weniger als 4 Prozent.

Versicherte mit nicht-organischen Schlafstörungen machen einen Anteil an allen Schlafgestörten von insgesamt rund 13 Prozent aus. Innerhalb dieser Gruppe sind nicht näher bezeichnete (n.n.b) Störungen (F51.9) am bedeutungsvollsten. Bezogen auf alle schlafmedizinisch Erkrankten (zusammen mit G47 und G25.8) kommen sie auf einen Anteil von gut 7 Prozent.

Auffällig ist, dass ein beachtlicher Anteil der Versicherten, sowohl im Bereich der organischen als auch nicht-organischen Diagnosen, auf der vierten Stelle des ICD-Codes mit der "9" den Zusatz "nicht näher bezeichnet" führt. Unklar bleibt auf der Basis der aggregierten Auswertung der ambulanten ärztlichen Diagnosen,

- ob dies nur ein technisches Artefakt ist, da in Praxisprogrammen der Zusatz "nicht näher bezeichnet" durch sogenannte Voreinstellungen vergeben wird, wenn seitens der Vertragsärzte nur 3-stellige Diagnosen eingegeben werden, oder
- ob dies ein klares Indiz für eine unzureichende Diagnostik und damit unzureichende, ursachenbezogenen Diagnosestellung in der ärztlichen Praxis ist.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Gruppe der "Insomniker" an allen Versicherten mit mindestens einer Diagnose Schlafstörung mehr als ein Viertel ausmachen (beobachteter Wert: 27 %; standardisierter Wert: 26 %). Die altersstandardisierten Anteilswerte für die Gruppe der männlichen und weiblichen Insomniker können mit 21 bzw. 33 Prozent angegeben werden. Mit anderen Worten: Leidet jede dritte, an einer Schlafstörung erkrankte Frau an Insomnie, trifft dies nur gut auf jeden fünften Mann zu.

Etwa 1 Prozent der erwerbstätigen Versicherten sind ausschließlich von Insomnie betroffen.

Bezogen auf alle Versicherten entspricht dies einem Anteil von rund einem Prozent. Dabei sind Frauen mit einer Betroffenenquote in Höhe von 1,2 Prozent doppelt so häufig betroffen wie Männer (0,6 %). Umgerechnet auf 100 Versichertenjahre entspricht dies etwa einem Versicherten (Männer 0,6 und Frauen 1,3 Versicherte pro 100 ganzjährig Versicherte).

Weitergehende Analysen zeigen, dass bei Betrachtung der bedeutendsten Einzeldiagnosen die versichertenbezogenen Häufigkeiten je 100 ganzjährig Versicherte deutlich variieren. Auch zeigt sich hier wieder eine ausgeprägte Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. In diese nachfolgenden Analysen werden neben der Gruppe der "Insomniker" nur die Diagnosen der nicht näher bezeichneten organischen Schlafstörungen (G47.9) sowie der Schlafapnoe (G47.3) einbezogen, da sie sich in Bezug auf die Häufigkeiten neben

Insomnie als die bedeutsamsten Gruppen herausgestellt haben. Abbildung 29 betrachtet zunächst nur die Frauen.

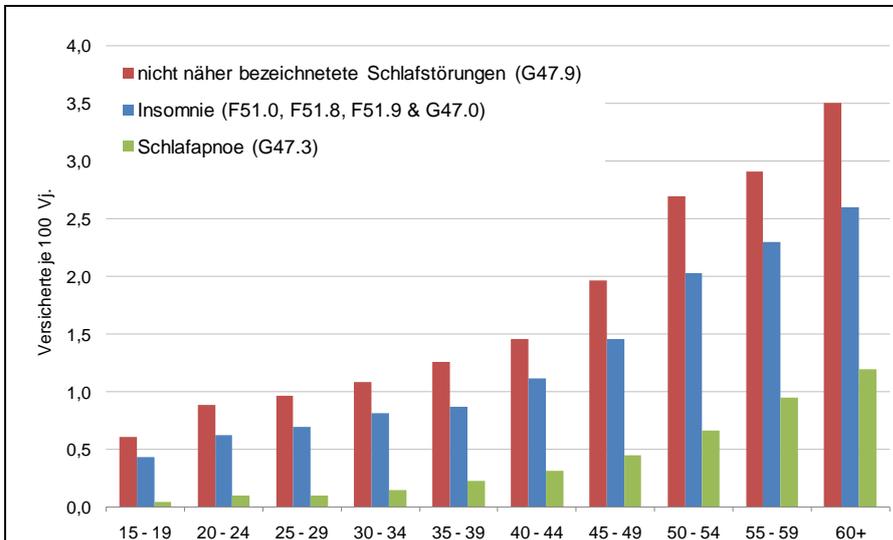


Abbildung 29:

Anzahl Versicherte mit Insomnie (F51.0, F51.8, F51.9 & G47.0), mit nicht näher bezeichneten organischen Schlafstörungen (G47.9) und Schlafapnoe (G47.3) bei Frauen differenziert nach Alter (Angaben pro 100 Vj.)

Quelle: Ambulante ärztliche Diagnosen 2008

Bei den Frauen ist die Einzeldiagnose G47.9 "Organische Schlafstörungen, nicht näher bezeichnet (n.n.b.)" die in allen Altersgruppen am häufigsten gestellte Diagnose. Im Altersverlauf nimmt die Zahl von 0,6 Versicherten in der Gruppe der 15-19-Jährigen bis auf 3,5 Versicherte je 100 ganzjährig Versicherte in der obersten Altersgruppe deutlich zu. Mit gewissem Abstand folgt die Gruppe der insomnischen Diagnosen, die ebenfalls ihren Gipfel mit 2,6 Frauen je 100 ganzjährig Versicherte in der obersten Altersgruppe aufweisen.

Nicht näher bezeichnete Schlafstörungen sind bedeutendste Einzeldiagnose bei Frauen

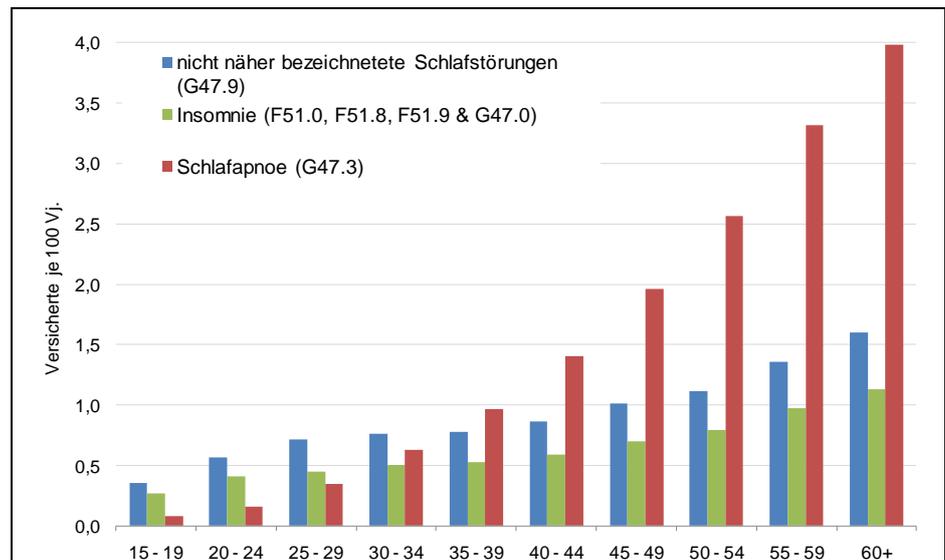
Von deutlich geringer Bedeutung ist bei den Frauen die Einzeldiagnose G47.3 "Schlafapnoe", dennoch ist auch bei dieser Diagnose eine sehr deutliche Zunahme im Altersverlauf zu erkennen.²³ 1,2 Frauen je 100 ganzjährig Versicherte weisen die Diagnose Schlafapnoe in der Gruppe der 60-Jährigen und älteren Frauen auf.

Was die versichertenbezogene Bedeutung dieser drei Diagnose (-gruppen) anbelangt, zeigt sich bei Männern im Vergleich zu den Frauen ab dem mittleren Lebensalter ein gänzlich anderes Bild (vgl. Abbildung 30).

²³ Unter dem 4-Steller G47.3 werden insgesamt fünf 5-stellige Codes subsummiert: Zentrales Schlafapnoe-Syndrom (G47.30), Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31), schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom (G47.32), sonstige Schlafapnoe (G47.38) und Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet (G47.39). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird an dieser Stelle auf eine ausdifferenzierte Darstellung verzichtet.

Abbildung 30:

Anzahl Versicherten mit ausgewählten organischen Schlafstörungen bei Männern (Angaben pro 100 Vj.)



Quelle: Ambulante ärztliche Diagnosen 2008

Bei den Männern wird im Altersverlauf die Schlafapnoe zur bedeutsamsten häufigsten Diagnose.

Bei den Männern wird die Einzeldiagnose G47.9 "Organische Schlafstörungen (n.n.b.) von der Diagnose G47.3 "Schlafapnoe" als häufigste Diagnose in der Gruppe der 35-39-jährigen Männer abgelöst. Auch zeigt sich hier eine ausgeprägte Altersabhängigkeit: Zählt die DAK nur rund 0,1 männliche Versicherte mit Schlafapnoe-Syndrom in der Gruppe der 15-19-Jährigen, vervielfacht sich dieser Wert auf rund 4 Versicherte je 100 gangjährig Versicherte in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren. Im Vergleich zu den Frauen sind dies mehr als dreimal so viele Versicherte. Die Gruppe der Versicherten mit Insomnie nimmt im Altersverlauf weniger stark zu. Auch liegt sie deutlich zurück gegenüber den beiden anderen Diagnosen.

Inwieweit begründen Schlafstörungen krankheitsbedingte Fehltage?

Ähnlich wie bei den psychischen Störungen wird bei den Schlafstörungen eine ansteigende Entwicklung erwartet.

3,4 Prozent aller erwerbstätigen Versicherten, die in 2008 mindestens einen Tag bei der DAK Mitglied waren und dabei Anspruch auf Krankengeld hatten bzw. rund vier von 100 ganzjährigen Versicherten, waren 2008 von schlafmedizinischen Erkrankungen betroffen. Nach der Einschätzung der von der DAK befragten Experten haben Ein- und Durchschlafstörungen in den letzten Jahren zugenommen; eine Entwicklung, die nicht losgelöst von arbeitsbedingten Faktoren wie z.B. Leistungsdruck, Konkurrenz, Mobbing etc. gesehen wird. Ähnlich wie bei psychischen Erkrankungen wird daher eine ansteigende Entwicklung erwartet.

Inwieweit diese Annahme sich bestätigt, soll nachfolgend anstelle der ambulanten Diagnosedaten mit den AU-Daten der DAK ermittelt werden. Sofern im Jahr 2008 Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen aufgrund von Schlafstörungen aufgetreten sind, so sind diese AU-Personen eine Teilgruppe der Versicherten mit einer mindestens einer ambulanten

Diagnose aus dem Spektrum der Schlafstörungen.

Es werden im Folgenden die Entwicklungen der AU-Fälle sowie der AU-Tage, jeweils pro 100 Versichertenjahre, aller Schlafstörungen in Form einer Sammelkategorie seit 2005 betrachtet. Ebenfalls mit einbezogen werden in die Analysen wieder die drei zuvor herausgestellten Diagnose(-gruppen) der Insomnie, der Schlafapnoe sowie der nicht näher bezeichneten organischen Schlafstörungen (vgl. Abbildung 31 und Abbildung 32).

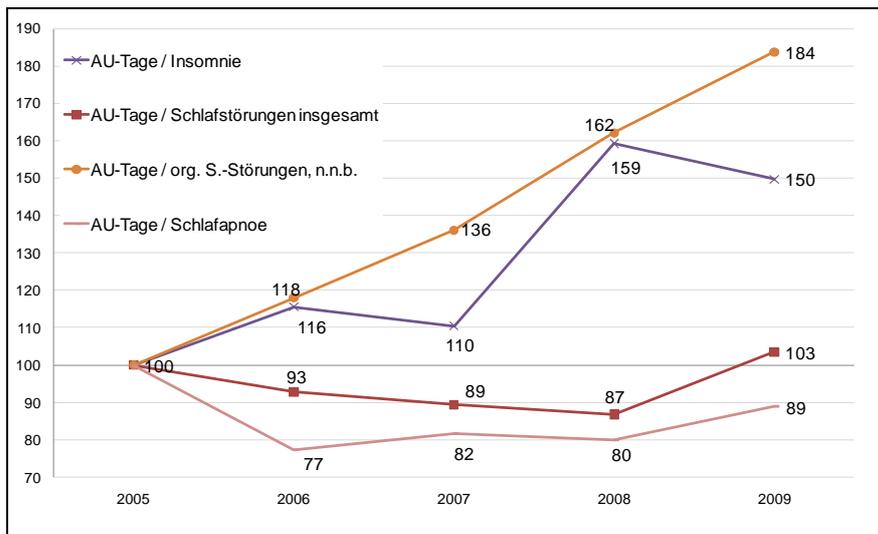


Abbildung 31:

Entwicklung der AU-Fälle aufgrund von Schlafstörungen (Indexdarstellung 2005 = 100)

Quelle: DAK-AU-Daten 2005 - 2009

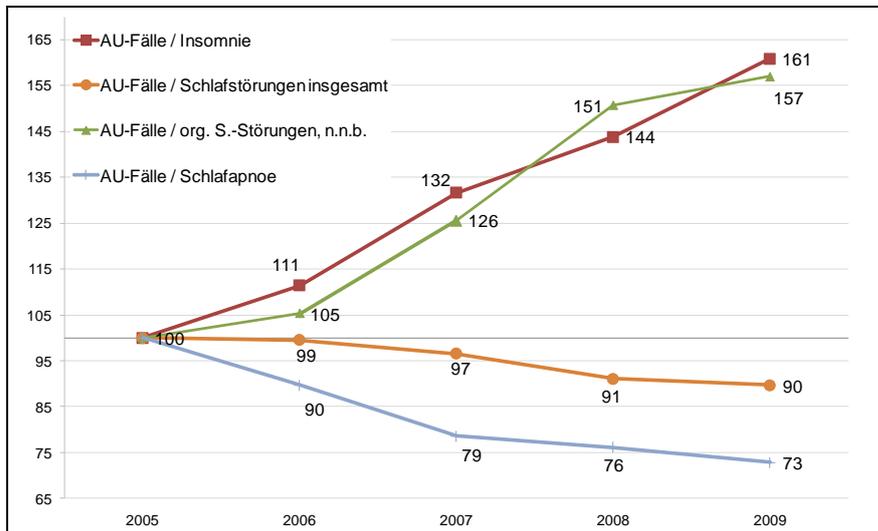


Abbildung 32:

Entwicklung der AU-Tage aufgrund von Schlafstörungen (Indexdarstellung 2005 = 100)

Quelle: DAK-AU-Daten 2005 - 2009

Wie die aktuellen Analysen zeigen, ist die Erkrankungshäufigkeit aufgrund von Insomnien im Zeitraum 2005 bis 2009 um 61 Prozent gestiegen. Die Zahl der Fehltage aufgrund von Insomnien entwickelten sich im gleichen Zeitraum – trotz eines Rückgangs in 2007 sowie auch in 2009 – um 50 Prozent ansteigend.

Noch deutlicher sind im gleichen Zeitraum Erkrankungsfälle und Fehltage aufgrund von G47.9, den organischen Schlafstörungen (n.n.b.) gestiegen (61 % und 84 %). Dem steht gegenüber, dass die AU-Fälle der Kategorie "Schlafstörungen insgesamt" sich in diesem Zeitraum rückläufig entwickelt haben (minus 10 %). Noch ausgeprägter verlief die Entwicklung in Bezug auf die Einzeldiagnose "Schlafapnoe". Die Zahl der AU-Fälle ging in diesem Zeitraum um 27 Prozent zurück.

Der sehr ausgeprägte Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Insomnien sowie speziell bei den nicht näher bezeichneten Schlafstörungen ist umso bemerkenswerter, wenn berücksichtigt wird, dass der Krankenstand über alle Diagnosen des ICD-10-GM im gleichen Zeitraum lediglich um 10 Prozent gestiegen ist. Ein Befund, der die Bedeutung des diesjährigen Schwerpunktthemas und der Diskussion des Themas im Kontext von Arbeitsbedingungen, Arbeitszeitlagen und -dauern unterstreicht.

Vor dem Hintergrund des Anstiegs der krankheitsbedingten AU-Tage und -Fälle aufgrund von Schlafstörungen wie Insomnien seit 2005 interessiert, in welchem Ausmaß bzw. Umfang diese Schlafstörungen zu Arbeitsunfähigkeiten führen. Die Tabelle 7 weist neben den AU-Tagen die Zahl der AU-Fälle sowie die durchschnittliche Falldauer in Tagen aus.

Tabelle 7: AU-Kennziffern einzelner Schlafstörungen sowie Schlafstörungen insgesamt differenziert nach Geschlecht für das Jahr 2009 (standardisierte Werte)

ICD 10		G47.0+F51.0+ F51.8 + F51.9	G47.3	G47.9	F51*+G47* +G25.8
Bezeichnung		Insomnien	Schlafapnoe- Syndrom	Schlafstörun- gen, n.n.b.	Schlafstörungen insgesamt
AU-Tage je 100 VJ	gesamt	0,635	0,831	0,753	2,4
	Frauen	0,253	0,082	0,310	0,7
	Männer	0,382	0,749	0,443	1,7
AU-Fälle je 100 VJ	gesamt	0,048	0,144	0,057	0,3
	Frauen	0,021	0,016	0,023	0,1
	Männer	0,028	0,128	0,033	0,2
Falldauer in Tagen	gesamt	13,168	5,780	13,281	9,1
	Frauen	12,284	5,127	13,326	10,9
	Männer	13,825	5,861	13,250	8,5

Quelle: IGES; eigene Zusammenstellung nach DAK-AU-Daten 2009

Die Übersicht kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Schlafstörungen sind bei vergleichsweise geringer Fallhäufigkeit sehr selten, jedoch
- in Bezug auf die durchschnittliche Falldauer teils von erheblicher Dauer und
- unter Berücksichtigung aller Diagnosen erkranken Männer mit 0,2 Fällen je 100 ganzjährig Versicherter doppelt so häufig wie Frauen, bei einer jedoch deutlich kürzeren Erkrankungsdauer (8,5 vs. 10,9 Tage je AU-Fall).

Nur wenige sind aufgrund von Schlafstörungen arbeitsunfähig erkrankt

Im Einzelnen zeigt sich, dass Männer bei der Einzeldiagnose „Schlafapnoe (G47.3)“ eine vielfach höhere Fallhäufigkeit aufweisen als Frauen. Bereits im Zuge der AU-Analysen für den Gesundheitsreport 2008 zum Thema Männergesundheit wurde das Schlafapnoe-Syndrom als männertypische Diagnose thematisiert.

Gesundheitsreport 2008 zum Thema Männergesundheit

Auch in der Gruppe der "Insomniker" sowie bei der Einzeldiagnose "Organische Schlafstörungen, nicht näher bezeichnet" weisen Männer im Vergleich zu Frauen eine etwas höhere Fallhäufigkeit auf.

Auffällig ist die mit rund sechs Tagen vergleichsweise kurze Falldauer bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Schlafapnoe-Syndrom. Trotz dieser im Vergleich zu den anderen schlafmedizinischen Erkrankungen geringeren durchschnittlichen Falldauer ist auf

den Befund einer norwegischen Studie zu verweisen, demnach Personen mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) im Vergleich zu Personen ohne derartige Symptome ein doppelt so hohes Risiko für Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mindestens acht Wochen haben. Zudem bestand ein doppelt so hohes Risiko, dauerhaft erwerbsunfähig zu werden.²⁴

In Bezug auf die im Vergleich recht langen Falldauern bei den "Schlafstörungen, n.n.b." (G47.9) sowie auch bei der Diagnosegruppe "Insomnie" ist nicht auszuschließen, dass diese Diagnosen nur bei sehr schweren und chronifizierten Fällen als Begründung für eine Arbeitsunfähigkeit angegeben werden.

Zusammenfassend bleibt jedoch festzuhalten, dass speziell Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Insomnien sowie nicht näher bezeichneten organischen Schlafstörungen sich in den letzten fünf Jahren deutlich ansteigend entwickelt haben. Trotz dieses Anstieges sind Schlafstörungen für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen mit insgesamt 2,4 AU-Tagen pro 100 ganzjährig Versicherte, was einem Anteil am Gesamtkrankenstand in Höhe von 0,2 Prozent entspricht, kaum von Relevanz.

Auswirkungen von Schlafproblemen auf das Arbeitsleben

Die Auswirkungen von Schlafproblemen auf Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz wurden auch in der DAK-Bevölkerungsbefragung thematisiert. Zum einen wurde erhoben, wie oft es vorgekommen ist, dass die Befragten wegen Schlafproblemen bzw. nicht erholsamen Schlafs nicht zur Arbeit gehen konnten, zum anderen, wie oft es vorgekommen ist, dass der Drang empfunden wurde, am Arbeitsplatz einzuschlafen.

Nur sehr wenige Befragte geben an, dass sie überhaupt einmal aus diesem Grund bei der Arbeit gefehlt haben: 8,5 %.

Im Hinblick auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz als Folge von Schlafstörungen bestätigen die Befragungsdaten den Befund der AU-Analyse: Nur sehr wenige Befragte geben an, dass sie überhaupt einmal aus diesem Grund bei der Arbeit gefehlt haben: 91,5 Prozent haben noch nie wegen Schlafproblemen gefehlt, ein Anteilswert, der auch in der Untergruppe mit hochgradigen Schlafproblemen auf etwa gleicher Höhe liegt. "Sehr oft" oder "öfter" fehlen 1 Prozent und "manchmal" oder "selten" fehlen zusammengenommen 7,5 Prozent der Befragten mit Schlafproblemen.

²⁴ vgl. Sivertsen et al. (2008). The effect of OSAS on sick leave and work disability. Unter: <http://erj.ersjournals.com/cgi/content/abstract/32/6/1497> (Stand: 04.12.2009).

Bedeutsamer sind Einschränkungen der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die sich beispielsweise in starker Müdigkeit bzw. dem Drang einzuschlafen äußern können. Insgesamt 8,8 Prozent aller Befragten mit Schlafproblemen geben an, dass sie "sehr oft" oder "oft" darunter leiden. Abbildung 33 zeigt die Häufigkeiten differenziert nach den drei Ausprägungsgraden von Schlafproblemen.

8,8 % aller Befragten mit Schlafproblemen geben an, dass sie "oft /sehr oft" , am Arbeitsplatz den Drang verspüren, einzuschlafen.

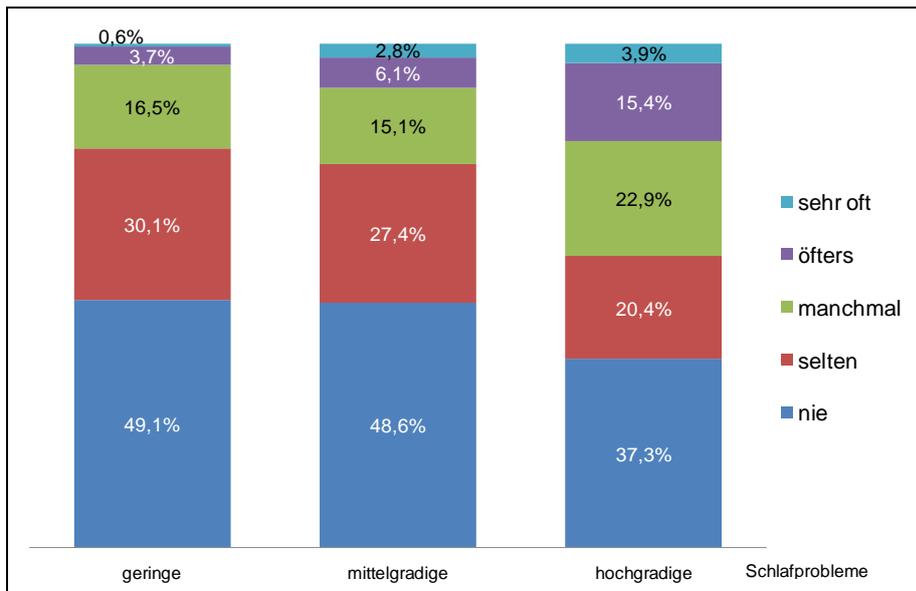


Abbildung 33:

Häufigkeit, mit der am Arbeitsplatz der Drang einzuschlafen verspürt wird, nach Ausprägung der Schlafprobleme (n=1.407)

Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Betrachtet man nur die Befragten, die in Schichtarbeit tätig sind, so erhöhen sich die Anteile mit "Einschlafdrang am Arbeitsplatz" deutlich: In der Gruppe der Schichtarbeiter insgesamt haben knapp 16 Prozent "sehr oft" oder "oft" den Drang, am Arbeitsplatz einzuschlafen. Leiden die Schichtarbeiter unter hochgradigen Schlafproblemen, steigt der Anteil auf gut 31 Prozent. Auch hier stellt sich wieder die Frage nach geeigneten Präventionsmaßnahmen.

„Insomnien im Rahmen von Schichttätigkeit sind häufig. Statistisch gesehen leiden fast 4 von 5 Schichtarbeitern nach 7-jähriger 3-Schicht-Tätigkeit an Schlafstörungen. Darüberhinaus ist das Risiko für anderweitige Erkrankungen, beispielsweise im Magen-Darm Bereich, in dieser Gruppe deutlich erhöht.“

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

4.3 Pharmakologische Interventionen bei Schlafstörungen

Zur medikamentösen Therapie von Schlafstörungen stehen sowohl apothekenpflichtige als auch verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Verfügung.

Im Bereich der Selbstmedikation sind sowohl pflanzliche Präparate (Baldrian, Hopfen, Melisse, Passionsblume) als auch chemisch definierte Substanzen (sedierende Antihistaminika) üblich. Als verschreibungspflichtige Schlafmittel werden insbesondere Arzneimittel aus der Gruppe der Benzodiazepine und der Benzodiazepin-Analoga verwendet. An älteren Hypnotika spielt lediglich das Chloralhydrat noch eine gewisse Rolle, die früher gebräuchlichen Barbiturate dürfen aufgrund der möglichen Einnahme in suizidaler Absicht nicht mehr als Schlafmittel verwendet werden.

Neu zur Behandlung von Schlafstörungen zugelassen sind sogenannte Chronobiotika wie Melatonin und Melatonin-Agonisten, die aber im Beobachtungszeitraum noch nicht auf dem Markt waren. Im Weiteren werden Arzneimittel aus den Gruppen der Antidepressiva und der niedrigpotenten Antipsychotika verwendet, die zusätzlich zur antidepressiven bzw. antipsychotischen Wirkung sedierende Eigenschaften haben. Diese werden bei psychisch bedingten Schlafstörungen, aber auch - teilweise Off-Label - bei anderen Formen von Insomnie verwendet.

In den aktuellen S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM) werden empfohlen:

- Benzodiazepine und -Analoga für eine Kurzzeittherapie von bis zu 4 Wochen
- sedierende Antidepressiva in der Kurzzeitbehandlung

Der Einsatz von sedierenden Antipsychotika wird nicht empfohlen.

Der Beschränkung der medikamentösen Therapie auf einen kurzen Zeitraum kommt aus unterschiedlichen Gründen eine besondere Bedeutung zu:

- Zu einem wird der Einsatz von Hypnotika durch etliche Nebenwirkungen limitiert, wie z.B. Rebound-Phänomene, nächtlicher Sturzgefahr sowie Risiken z.B. im Straßenverkehr aufgrund von Hang-Over-Effekten.
- Zum anderen bergen diese Arzneimittel ein erhebliches Gewöhnungs- und Abhängigkeitspotential, das bei den neueren Wirkstoffen als geringer diskutiert wird.

Dementsprechend ist auch die Zulassung - und somit die Produkthaftung des Herstellers - vieler (auch der neueren) Präparate auf die Kurzzeitanwendung begrenzt. Letztlich beschränken auch die Arzneimittel-Richtlinien die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für Hypnotika/Sedativa grundsätzlich auf einen Zeitraum von bis zu vier Wochen.

Hieraus resultiert aber auch, dass ein erheblicher Teil der verschreibungspflichtigen Schlafmittel auf einem Privatrezept verordnet wird und sich der Analyse der Verordnungsdaten entzieht.

Vor diesem Hintergrund sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- Welcher Anteil der aktiv erwerbstätigen DAK-Versicherten erhielt in 2008 ärztlich verordnete Schlafmittel und in welchem Zusammenhang stehen die Verordnungen zu den diagnostizierten Schlafstörungen?
- Wird die leitlinien- und zulassungsgerechte zeitliche Beschränkung der medikamentösen Therapie beachtet?
- Wie weit ist die Einnahme von Schlafmitteln verbreitet und werden diese Mittel ärztlich verordnet oder sind sie der Selbstmedikation zuzurechnen?

Zur Beantwortung der aufgezeigten Fragestellungen wird neben den Ergebnissen der DAK-Bevölkerungsbefragung auf die Arzneimittelverordnungsdaten aus dem Jahr 2008 zurückgegriffen.

Untersuchte Wirkstoffe

Die am häufigsten zur Behandlung von Insomnien verwendeten Benzodiazepine haben neben der hypnotisch/sedativen Wirkung zusätzlich anxiolytische und zentral muskelrelaxierende, teils auch antikonvulsive Effekte. Sie unterscheiden sich untereinander vor allem in der Dominanz dieser verschiedenen Wirkaspekte und in der Dauer der Wirkung. So werden kurz wirksame Substanzen vorrangig bei Einschlafstörungen verwendet, während die länger wirksamen Mittel bei Durchschlafstörungen zum Einsatz gelangen.

Der Einsatz von Benzodiazepinen ist aufgrund des Wirkprofiles nicht auf die Behandlung von Schlafstörungen begrenzt. Da aber sämtliche Benzodiazepine auch eine hypnotische Wirkkomponente haben, werden in der folgenden Analyse sämtliche Wirkstoffe gemeinsam betrachtet, die auch zur Behandlung von Schlafstörungen zugelassen sind. Benzodiazepine, die ausschließlich für andere Indikationen zugelassen sind, werden in der Analyse nicht betrachtet. Auf Ebene der Pharmazentralnummern blieben darüber hinaus diejenigen Darreichungsformen unbeachtet, die für ein anderes Indikationsgebiet vorgesehen sind, wie z.B. Diazepam-Rectiolen beim

Wirkmechanismen und -dauern von Schlafmitteln

status epilepticus.

Die Gruppe der Hypnotika

Die neueren Benzodiazepin-Analoga greifen bei ansonsten gleichem Wirkmechanismus selektiver am "Benzodiazepin-Rezeptor" an, wodurch sich ein etwas günstigeres Nebenwirkungsprofil ergeben soll. Zusätzlich geht noch der Wirkstoff Chloralhydrat in die Analyse ein. Benzodiazepine, -Analoga und Chloralhydrat werden im Folgenden als Hypnotika zusammengefasst.

Sedierende Antidepressiva

Bei den Antidepressiva handelt es sich um Medikamente, die in unterschiedlichem Ausmaß stimmungsaufhellend, angstlösend, antriebssteigernd oder dämpfend wirken. Die dämpfende Komponente kann in der antidepressiven Behandlung gezielt genutzt werden, etliche Präparate haben aber auch eine separate Zulassung zur Behandlung von Schlafstörungen und werden sowohl bei psychophysiologischer als auch bei primärer Insomnie verwendet.

In den aktuellen S3-Leitlinien werden neben den Benzodiazepinen und -Analoga sedierende Antidepressiva zur Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen empfohlen. Der Gebrauch von sedierenden Antipsychotika wird aufgrund der "umfangreichen substanzspezifischen Risiken" nicht empfohlen. Sie werden zudem (neben den antipsychotischen Indikationen) insbesondere zur Sedierung bei Agitiertheit von Demenzkranken eingesetzt und gehen daher nicht in die Analyse ein.

Einen Überblick über die in die Analyse eingehenden Wirkstoffe gibt Tabelle 8.

Tabelle 8:

Berücksichtigte Wirkstoffe im Rahmen der Verordnungsanalyse

Substanz- bzw. Indikationsgruppe	Wirkstoff
Alkoholderivate	Chloralhydrat
Benzodiazepine	Bromazepam, Brotizolam, Chlordiazepoxid, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Lormetazepam, Midazolam, Nitrazepam, Oxazepam, Temazepam, Triazolam
Benzodiazepin-Agonisten	Zaleplon, Zolpidem, Zopiclon
sedierende Antidepressiva	Amitriptylin, Doxepin, Mianserin, Mirtazapin, Trazodon, Trimipramin

Ergebnisse der Verordnungsanalyse

2008 erhielten rund 104.500 DAK-Versicherte - zu Lasten der GKV - mindestens eine Verordnung aus dem untersuchten Arzneimittelspektrum, was einem Anteil von rund 4,0 Prozent entspricht (Frauen: 4,8%; Männer: 2,7%). Bezogen auf 100 ganzjährig Versicherte ergibt dies 4,0 Versicherte. Mit 5,2 Frauen je 100 ganzjährig Versicherte haben insgesamt deutlich mehr Frauen als Männer (3,0) eine derartige Verordnung erhalten.

Tabelle 9 weist die Verordnungsquoten und die Verordnungshäufigkeiten je 100 ganzjährig Versicherte für die jeweiligen Substanzgruppen aus.

	Hypnotika / Schlafmittel	sedierende Antidepressiva
Verordnungsquote	2,0%	2,1%
Gesamt pro 100 VJ	2,1	2,3
Männer	2,8	1,7
Frauen	1,6	3,0

Tabelle 9:

Verordnungsquote und -häufigkeiten pro 100 ganzjährig Versicherte insgesamt und aufgeschlüsselt nach Geschlecht (standardisierte Werte)

Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Verordnungsdaten 2008

Bei der nach Wirkstoffgruppen getrennten Betrachtung ergibt sich ein differenzierteres Bild: Während bei den Männern die Zahl der Versicherten mit mindestens einer Hypnotika-Verordnung größer ist, liegt die Zahl pro 100 Versichertenjahre bei den Frauen in Bezug auf verordnete sedierende Antidepressiva höher.

Der Unterschied für sedierende Antidepressiva gegenüber den Hypnotika ist teilweise in dem weiteren Einsatzspektrum dieser Arzneimittel begründet.

Die Untersuchung der Zusatzdiagnosen bei dokumentierten Schlafstörungen ergab, dass etwa 61 Prozent der Versicherten mit Verordnung eines sedierenden Antidepressivums eine weitere Diagnose aus dem Spektrum der affektiven Störungen (F33-F39) im Verordnungsquartal aufweisen. Für gut 53 Prozent dieser Versicherten fand sich eine Diagnose aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48).

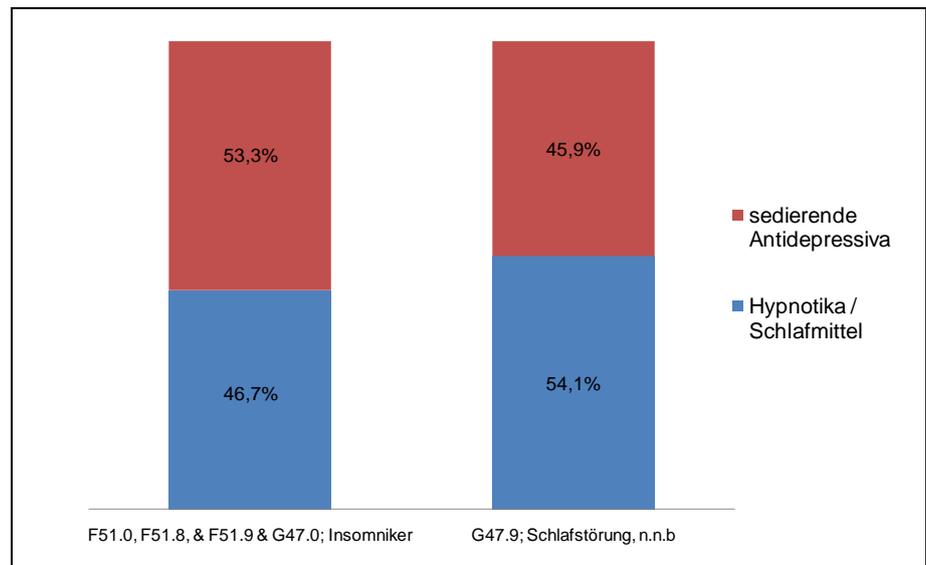
Die Versorgung mit Schlafmitteln im Vergleich

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

Um zu untersuchen, ob die pharmakologischen Interventionen zwischen der Gruppe mit dokumentierter Insomnie (bundesweit rd. 25.200 Versicherte) und der Gruppe mit nicht näher bezeichneten Schlafstörungen (bundesweit rd. 30.000 Versicherte) sich unterscheiden, wird zunächst für beide Versichertengruppen die mengenmäßige Arzneimittelversorgung mit Hypnotika bzw. sedierenden Antidepressiva analysiert (Abbildung 34).

Abbildung 34:

Verordnungsvolumen in DDD differenziert nach Substanzgruppen und Schlafstörungen (Angaben in Prozent)



Quelle: DAK-Arzneimitteldaten 2008

In der Gruppe mit nicht näher bezeichneten Schlafstörungen fällt der größere Anteil (54,1 %) verordneter Tageseinheiten auf die Hypnotika. Bei den Insomnikern ist hingegen ein höherer Anteil (53,3 %) sedierender Antidepressiva zu verzeichnen. Letzteres lässt sich wahrscheinlich ursächlich darauf zurückführen, dass Insomnie als Begleitsymptom der depressiven Erkrankung über zugleich schlaffördernd wirkende Antidepressiva mit behandelt wird.

Im Folgenden werden die Verordnungsquoten für beide Diagnosegruppen insgesamt untersucht. Hierzu wird alters- und geschlechtsspezifisch dargestellt, welchem Anteil der Versicherten mit dokumentierten Schlafstörungen zu Lasten der GKV mindestens einmal in 2008 ein Schlafmittel (Hypnotikum oder sedierendes Antidepressivum) verordnet wurde (Abbildung 53).

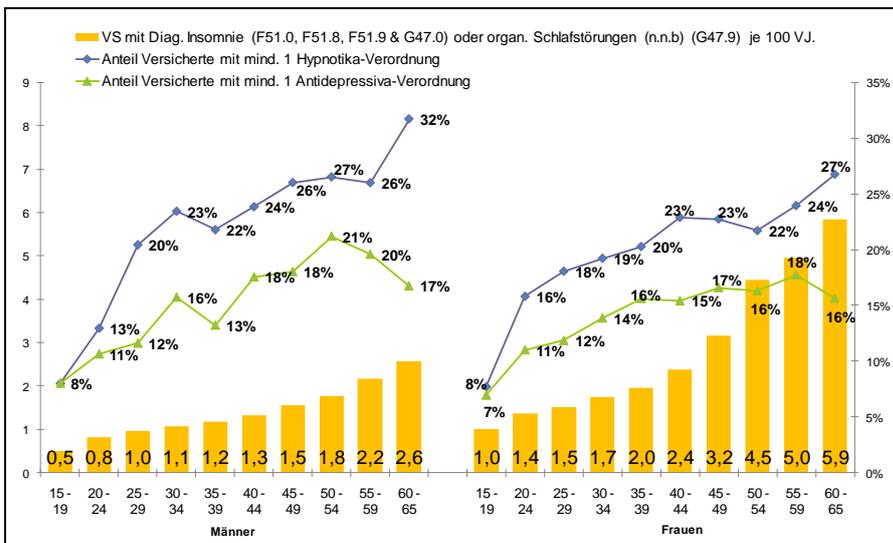


Abbildung 35:
Dokumentierte Schlafstörungen pro 100 ganzjährig Versicherte und Anteil Versicherte mit mind. 1 Verordnung Hypnotika bzw. sedierende Antidepressiva aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht

Quelle: DAK-ambulante ärztliche Diagnosen & Arzneimitteldaten 2008

Insgesamt zeigt sich für beide Geschlechter und in allen Altersgruppen eine deutlich höhere Verordnungsquote bei den Hypnotika. Die zuvor aufgezeigte in etwa vergleichbare Mengenverteilung beider Arzneimittelgruppen lässt demnach auf eine durchgängigere Therapie bei den Antidepressiva schließen. Vor dem Hintergrund, dass die sedierenden Antidepressiva nicht ausschließlich bei primären Schlafstörungen, sondern auch im Rahmen einer Depressionsbehandlung mit gewünschter Schlafinduzierung eingesetzt werden, ist diese Beobachtung auch plausibel.

Für beide Geschlechter wird deutlich, dass bei Hypnotika in Abhängigkeit von zunehmendem Alter die Bereitschaft (der Ärzte und/oder der Versicherten) zur medikamentösen Therapie zunimmt. Insbesondere in der Gruppe, die auch Minderjährige beinhaltet, ist die Zurückhaltung am größten, während bei den Versicherten über 60 Jahren nahezu 32 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen mit Schlafstörungen eine Arzneimitteltherapie mit Hypnotika erhält.

Die Verordnungsquoten für sedierende Antidepressiva erreichen bei den Männern im Alter von 50-55 Jahren und bei Frauen im Alter von 55-59 Jahren ihren Höhepunkt, um im höheren Alter wieder abzunehmen.

Frauen sind im Vergleich zu Männern doppelt so häufig von Schlafstörungen betroffen. Zugleich liegt der Anteil der medikamentös behandelten Männer - insbesondere bei den Hypnotika - in den meisten Altersgruppen höher als bei den Frauen. Dieser aufgezeigte geschlechtsspezifische Unterschied in der Behandlung von Schlafstörungen kann auf verschiedene denkbare Ursachen zurückgeführt werden:

geschlechtsspezifische Unterschied bei der Behandlung von Insomnien

- unterschiedliche Behandlungspräferenzen der Versicherten
- unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung zum Zeitpunkt des Arztkontaktes aufgrund differierenden Gesundheitsverhaltens²⁵
- unterschiedliche ärztliche Reaktion auf die Beschwerden von Patientinnen und Patienten

„Betrachtet man nur die Schlafmittel, so dürften etwa 400 Tsd. Menschen von solchen Mitteln abhängig sein, betrachtet man die gesamte Gruppe der Benzodiazepine und Z-Drugs (auch die Tranquilizer wie z.B. Adumbran® (Oxazepam), Tavor® (Lorazepam) oder Valium® (Diazepam) werden als „Schlafmittel“ verordnet), dürften etwa 1,1 bis 1,2 Millionen Menschen von solchen Mitteln abhängig sein, manche schätzen sogar 1,4 bis 1,5 Millionen. Darunter sind es vor allem die älteren Menschen und da vor allem ältere Frauen, die unter einer solcher Schlaf- und Beruhigungsmittelabhängigkeit leiden.“

*Prof. Dr. G. Glaeske,
Bremen*

Die Leitlinien sowie andere Empfehlungen zur pharmakologischen Behandlung von Schlafstörungen, sprechen sich für eine möglichst kurzfristige, nicht länger als zwei bis vier Wochen dauernde tägliche Einnahme aus.²⁶ Einwand ist vor allem das Gewöhnungs- und Abhängigkeitspotenzial von Schlafmitteln, das durch einen circulus vitiosus aus relativ schnell eintretendem Wirkungsverlust mit daraus resultierender Dosiserhöhung noch verstärkt wird. Die in Expertengruppen geführte Diskussion über das Abhängigkeitspotenzial von Schlaf- und Beruhigungsmitteln mündet oft in der Annahme, dass die hier betrachteten Schlafmittel nicht nur zu häufig, sondern auch zu lange und damit ggf. unsachgemäß verordnet werden.

Um die Einhaltung der zeitlichen Begrenzung der pharmakologischen Intervention darzustellen, werden die versichertenbezogenen Verordnungsmengen (DDD) betrachtet, die in einem Quartal (IV/08) bzw. über das gesamte Jahr 2008 hinweg verordnet wurden. Um die Betrachtung nicht durch Fälle von durchgehender Behandlung mit Antidepressiva aufgrund einer depressiven Grunderkrankung zu verzerren, wurde in der Mengenanalyse ausschließlich auf die Gruppe der Hypnotika abgestellt.

Die Betrachtung der über den Zeitraum von einem Quartal erfolgten Verordnungen ermöglicht eine Aussage zur Durchgängigkeit der Therapie (Abbildung 36).

²⁵ Wie im DAK-Gesundheitsreport 2008 zum Thema Männergesundheit ausgeführt, bemerken Männer Krankheitszeichen im Vergleich zu Frauen später oder negieren diese sogar über längere Zeiträume, so dass sie professionelle Hilfe erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen.

²⁶ vgl. Mayer, G. et al, 2009, S3-Leitlinien, a.a.O.

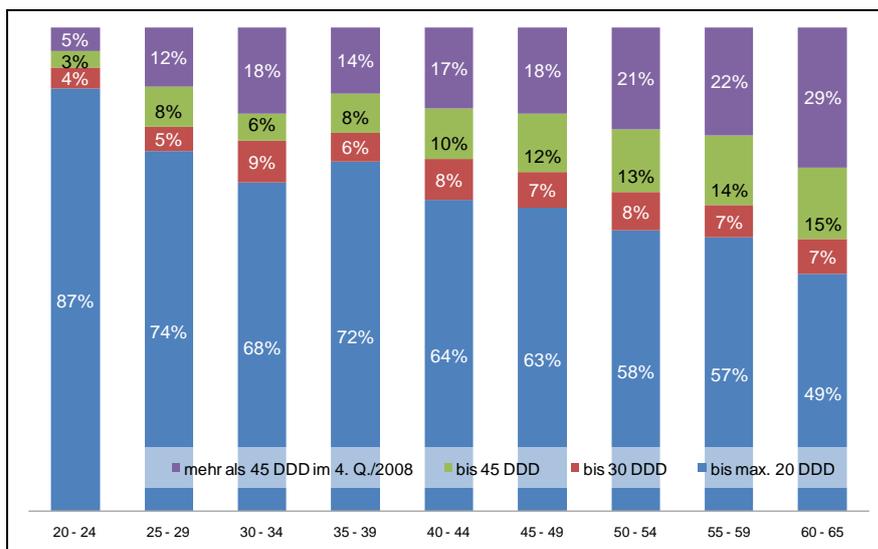


Abbildung 36:

Versicherte mit Verordnung eines Hypnotikums im IV. Quartal 2008 differenziert nach DDD-Gruppen

Quelle: DAK-ambulante ärztliche Diagnosen & Arzneimitteldaten 2008

In den Kategorien unter 30 DDD kann von einer Kurzzeittherapie oder einem bedarfsmäßigen Einsatz im Sinne der alternativ zur kontinuierlichen Therapie empfohlenen Intervalltherapie ausgegangen werden. Da bei Erstverordnung i.d.R. Packungsgrößen von 10 oder 20 Stück verordnet werden, ist bei einer Menge über 20 DDD bereits eine Folgeverordnung anzunehmen.

Die Kurzzeittherapie stellt bei den Versicherten von 20-24 Jahren noch die Regel dar, obwohl auch in dieser Altersgruppe bereits 8 Prozent der Versicherten mehr als 45 DDD erhalten, also in mehr als der Hälfte des Beobachtungszeitraumes mit Hypnotika behandelt werden. Der Anteil der Versicherten, bei denen eine leitlinienkonforme Kurzzeittherapie (bis 30 DDD) zu beobachten ist, sinkt von 91 Prozent bei den 20-24-Jährigen auf nur noch 56 Prozent der Versicherten im Alter von 60-65 Jahren. Der Anteil von Therapien mit mehr als 45 DDD erreicht in der Altersgruppe der 55-59-Jährigen mit 28 Prozent ihren Höhepunkt.

Die Betrachtung der Verordnungsmengen von Hypnotika über ein gesamtes Jahr (Abbildung 37) zeigt, in welchem Umfang sich Verordnungen über einen längeren Zeitraum erstrecken, so dass Versicherte einem deutlich erhöhten Risiko von Abhängigkeitsentwicklung und anderen Arzneimittelrisiken ausgesetzt sind.

Kurzzeittherapie stellt bei Jüngeren die Regel dar

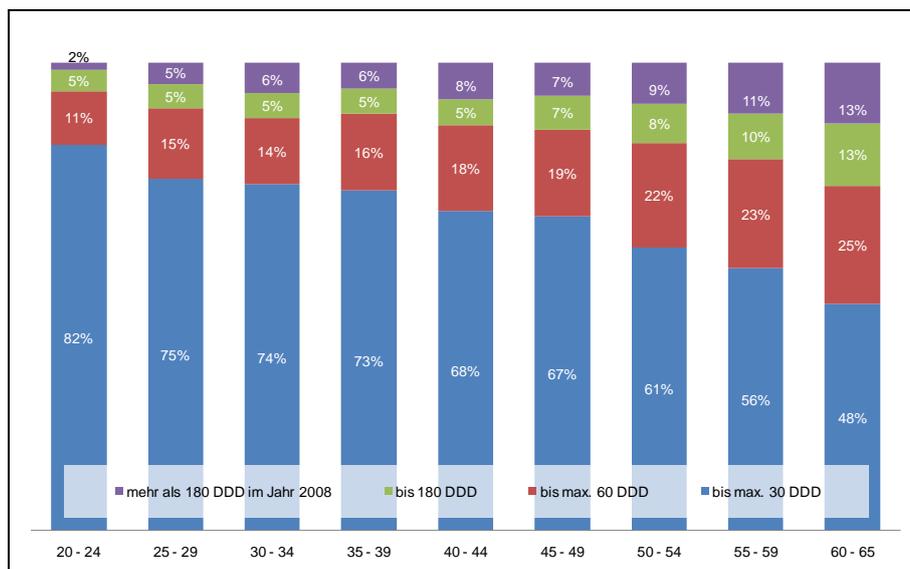
Aber: Anwendung leitlinienkonformer Kurzzeittherapie nimmt im Altersverlauf ab

Abbildung 37:

Versicherte mit Verordnung eines Hypnotikums im Jahr 2008 differenziert nach DDD-Gruppen

"Es hilft daher nur die konsequente Information: Es müssen die Namen der Arzneimittel mit Abhängigkeitsproblemen immer wieder öffentlich genannt werden, damit Patientinnen und Patienten bei der Verordnung nachfragen und den Arzt auf die Abhängigkeitsproblematik ansprechen können. Es muss aber weiterhin auch von Seiten der Kassen auf die Verordnungsgewohnheiten der Ärzte geachtet werden. Es müssen solche Ärzte, die besonders häufig und über lange Zeit einzelnen Menschen solche Mittel verordnen, mit diesem Problem konfrontiert werden. Wegen der steigenden Anzahl von Privatrezepten wird es aber immer schwieriger, eine realistische Größenordnung des Problems abzubilden."

Prof. Dr. G. Glaeske, Bremen

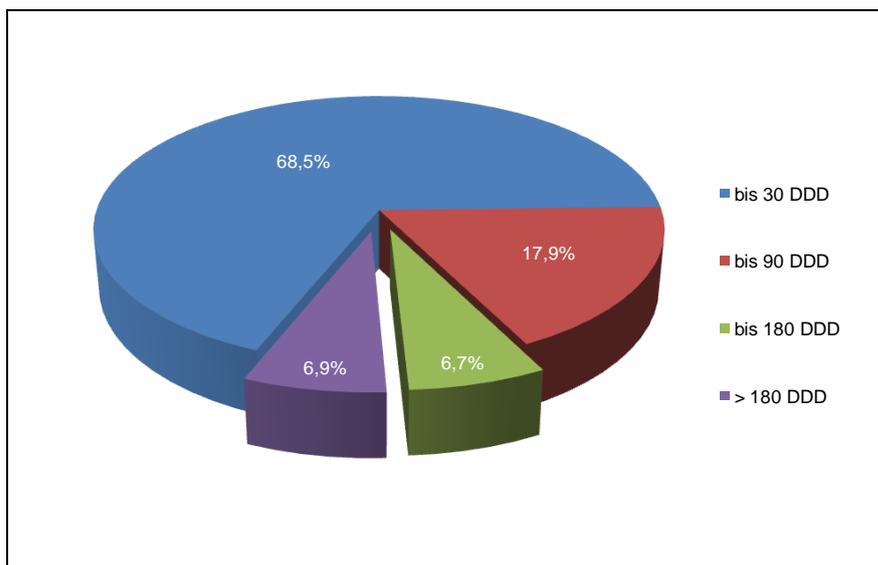


Quelle: DAK-ambulante ärztliche Diagnosen & Arzneimitteldaten 2008

Es ist zu beobachten, dass auch über ein ganzes Jahr betrachtet im Altersverlauf der Anteil derjenigen abnimmt, bei denen das Verordnungsvolumen auf eine leitliniengerechte Verordnungspraxis hinweist. Im Gegenzug nimmt der Anteil der Versicherten, die mehr als 180 Tageseinheiten im Jahr 2008 verordnet bekamen, kontinuierlich zu und beträgt bei den 60-65-Jährigen 13 Prozent.

Dem Altersverlauf kommt eine besondere Bedeutung zu, da insbesondere die länger wirksamen Hypnotika noch am Morgen nach der Einnahme wirken (Hang-Over) und die Gefahr der Kumulation bergen. Hieraus resultiert eine erhöhte Sturz- und Knochenbruchgefahr, die mit zunehmendem Alter zusätzlich durch Einschränkungen in der Mobilität und osteoporotische Erkrankungen verstärkt werden kann.

Über alle Altersgruppen zeigt sich, dass 13,6 Prozent der Versicherten ein Viel- bzw. Langzeitgebrauch zugeschrieben werden kann (Abbildung 38).



Quelle: DAK-ambulante ärztliche Diagnosen & Arzneimitteldaten 2008

Den beschriebenen Risiken der längerfristigen medikamentösen Therapie steht die Problematik gegenüber, dass eine Behandlung mit Schlafmitteln in der Regel nicht kurativ ist, sondern die Beschwerden auch unabhängig von etwaigen Rebound-Effekten häufig persistieren.

Wird eine Therapie von maximal vierwöchiger Dauer durchgeführt und bestehen die Beschwerden nach einem im Idealfall ausschleichendem Absetzen der Schlafmittel fort, sollte in der Regel die Behandlungsstrategie überdacht werden und intensiv über nicht-medikamentöse Maßnahmen nachgedacht werden.

Für den Fall, dass der Langzeitgebrauch von Hypnotika indiziert ist, ist die medikamentöse Behandlung eine große Herausforderung für den behandelnden Arzt, auch weil die Evidenzlage bezüglich längerer Therapien recht dürrig ist. So vermerken auch die aktuellen S3-Leitlinien, dass die "häufig geübte klinische Praxis, Insomnien über Monate bzw. Jahre mit Hypnotika zu behandeln" nicht auf Studien beruht, die belegen, dass für Patienten eine positive Nutzen-Risiko-Bilanz besteht.²⁷

Abbildung 38:

Versicherte gesamt mit Verordnung eines Hypnotikums im Jahr 2008 differenziert nach DDD-Gruppen

„Die Diskussion zu Toleranz, Rebound-Phänomenen und Abhängigkeit wird in der Tat kontrovers geführt. Für eine sachliche Debatte fehlen in weiten Bereichen die notwendigen Untersuchungen. In vielen Fällen wird ein längerfristiger Konsum von Hypnotika unkritisch mit einer Abhängigkeit gleichgesetzt, obwohl die klar definierten Kriterien einer Abhängigkeit in keiner Weise erfüllt sind. Das Wiederauftreten von insomnischen Beschwerden nach dem Absetzen von Hypnotika ist sehr häufig und kann der Auslöser für einen Langzeitkonsum sein. In den meisten dieser Fälle ist aber eine genaue diagnostische Abklärung der Insomnie und eine ausreichende begleitende nichtmedikamentöse Therapie während der Phase der Medikamentengabe unterblieben. Eine vergleichende Untersuchung über das Abhängigkeitspotential verschiedener Medikamente und Drogen liegt bisher nicht vor.“

Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa

²⁷ vgl. Mayer, G. et al, 2009, S3-Leitlinien, a.a.O.

**Diverse Therapie-
konzepte für die
Langzeit-Hypnotika-
einnahme**

Konzepte für eine längerfristige medikamentöse Therapie haben daher noch keinen Einzug in die Leitlinien erhalten. Dennoch finden sich in der Literatur Vorschläge wie:

- Standardintervalltherapie (= Wechsel zwischen 2-4-wöchiger Einnahme mit anschließender Karenz von zwei bis vier Wochen mit intensiver nicht-medikamentöser Therapie),
- bedarfsregulierte Intervalltherapie (= Tabletteneinnahme wird zu Wochenbeginn für maximal drei Tage geplant; nur in diesen Nächten darf, muss jedoch nicht, das Schlafmittel eingenommen werden), und
- niedrigdosierte Kombinationstherapie (= Hypnotika werden kombiniert mit sedierenden Antidepressiva oder niedripotenten Neuroleptika eingenommen).²⁸

Jedoch auch vor dem Hintergrund dieser Therapiekonzepte bleibt die Eignung der pharmakologischen Intervention in der Dauertherapie von chronischen Schlafstörungen fraglich. Zwar existieren weder in den Leitlinien noch aus leistungs- oder zulassungsrechtlicher Perspektive Vorgaben über die Länge von Medikationspausen, eine engmaschige Wiederholung von "Zyklen der Kurzzeittherapien" lässt die Beachtung des Regelungszweckes der zeitlichen Begrenzung jedoch fraglich erscheinen. Aufgrund der bekannten Risiken und des fehlenden Nachweises für einen Nutzen sind die beobachteten Verordnungsmengen von mehr als 180 DDD p.a. weiterhin kritisch zu betrachten.

Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung

Die Verbreitung und Häufigkeit der Einnahme von Schlafmitteln war auch Gegenstand der DAK-Bevölkerungsbefragung, nach welcher mehr als jede/r Siebte bzw. 13,4 Prozent aller 3.000 Befragten bereits schon einmal ein Schlafmittel eingenommen hat.

Die Abbildung 39 zeigt das Ergebnis für alle Befragten mit Schlafstörungen differenziert nach Schweregrad. In der Gruppe der mittelgradigen Schlafstörungen hat bereits ein Viertel, bei hochgradigen Schlafstörungen ein Drittel der Befragten Schlafmittel eingenommen. Selbst als gering eingeschätzte Schlafstörungen werden zu 18,5 Prozent medikamentös behandelt.

²⁸

vgl. Entenmann, W., Stub, M., Schwander, J. (2003). Chronische Insomnie: Symptom oder Diagnose? (Teil 1). In: Schweiz Med Forum, Nr. 42, 100-1007; Hatzinger, M. & Hättenschwiler, J. (2001). Therapie von Schlafstörungen. In: Schweiz Med. Forum, Nr. 11, 271-276. Riemann, D. Hajak, G. (2009b). Insomnien. II. Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. In: Der Nervenarzt (2009); 1-13.

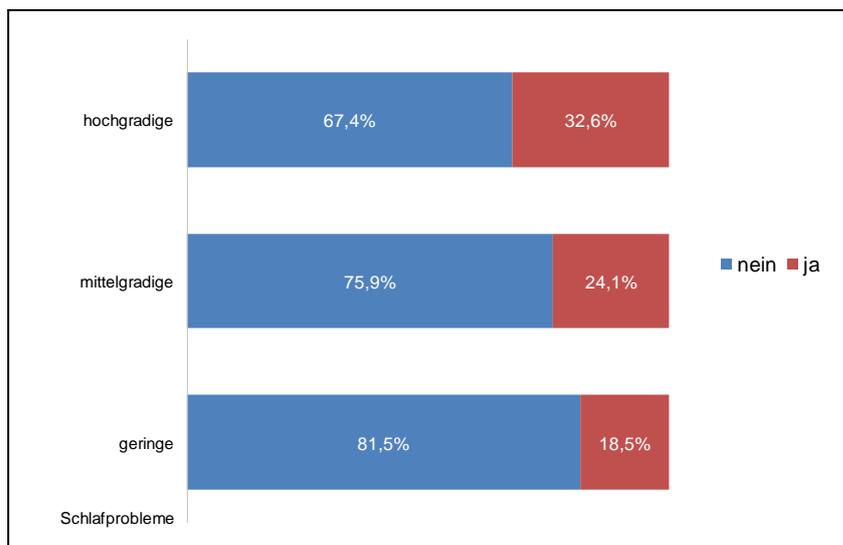


Abbildung 39:

Einnahme von Schlafmitteln differenziert nach Schweregrad (n=1.407)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Insgesamt 324 Befragte (23 % der Personen mit Schlafproblemen) haben irgendwann bereits einmal Medikamente gegen Schlafstörungen genommen. Die folgende Abbildung zeigt, welcher Anteil dieser Befragten in den der Befragung vorangehenden drei Monaten Schlafmittel genommen hat, differenziert nach der Ausprägung der Schlafprobleme.

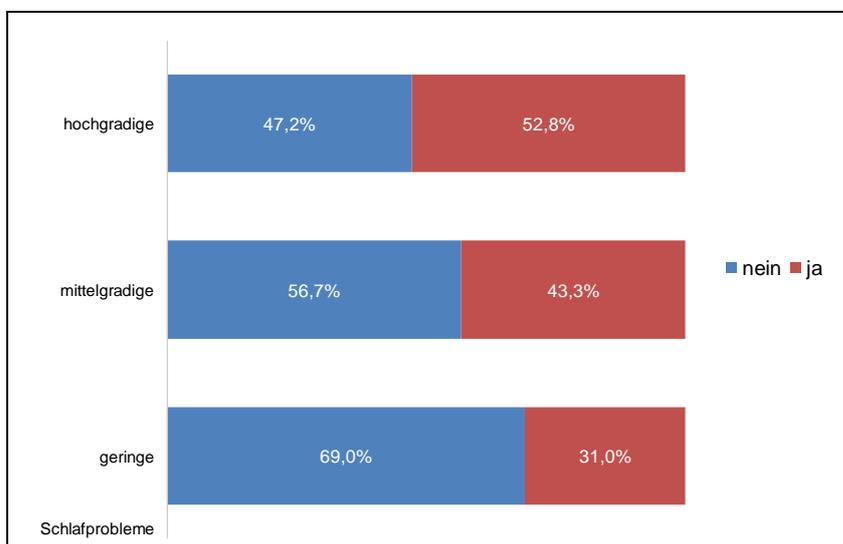


Abbildung 40:

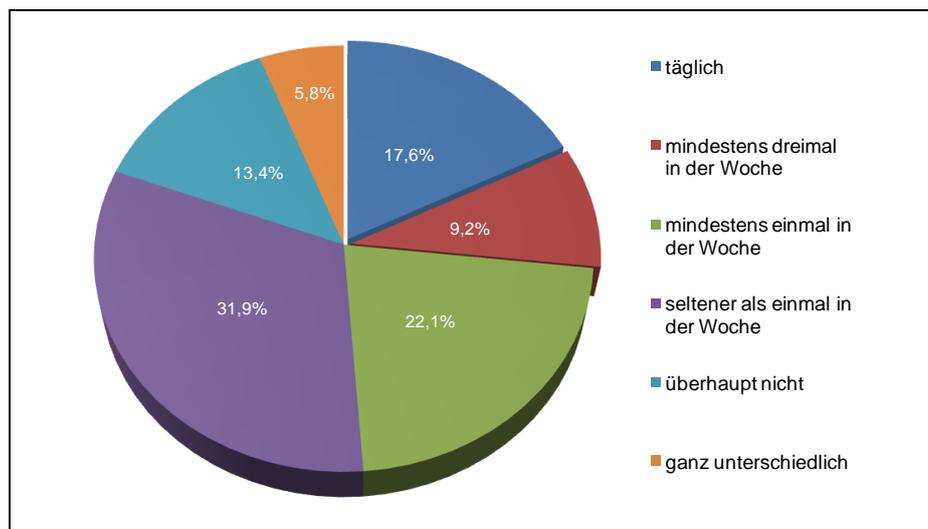
Einnahme von Schlafmitteln in den letzten drei Monaten differenziert nach Schweregrad (n=324 Befragte, die schon einmal Schlafmittel genommen haben)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Insgesamt 133 Befragte (rd. 10% der Personen mit Schlafproblemen) gaben an, dass sie in den drei Monaten vor der Befragung Arzneimittel zum Schlafen eingenommen haben. Die beiden folgenden Abbildungen zeigen für diese Gruppe die Häufigkeit der Einnahme bezogen auf den letzten Monat.

Abbildung 41:

Häufigkeit der Einnahme von Schlafmitteln bezogen auf den letzten Monat (n=133 Befragte, die in den drei Monaten vor der Befragung Schlafmittel genommen haben)

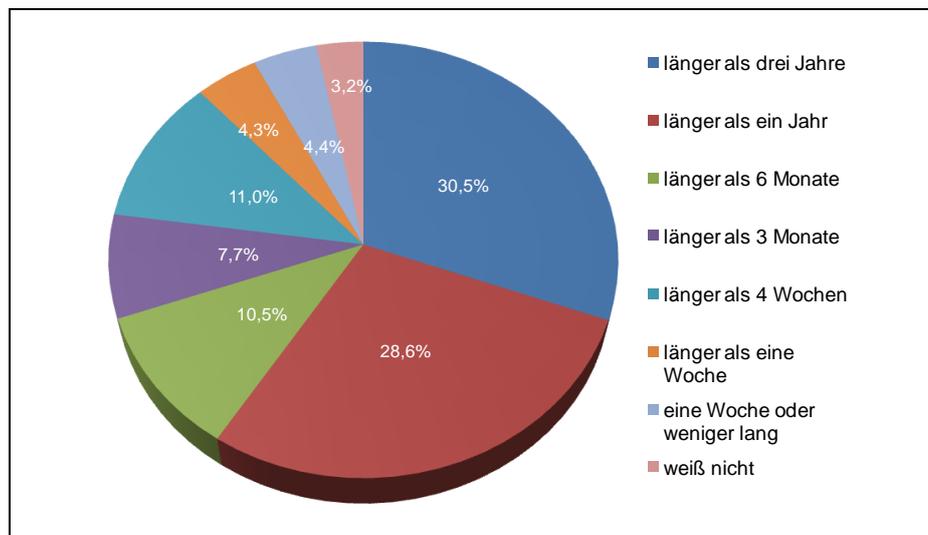


Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Über ein Viertel derjenigen, die im vergangenen Quartal Schlafmittel eingenommen haben, verwenden diese im zurückliegenden Monat mindestens dreimal wöchentlich bis täglich. Neben der Frequenz soll im Folgenden auch die Dauer der Anwendung dargestellt werden.

Abbildung 42:

Dauer der Einnahme von Schlafmitteln (n=133 Befragte, die in den drei Monaten vor der Befragung Schlafmittel genommen haben)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Auch für gebräuchliche und freiverkäufliche sedierende Antihistaminika ist die Zulassung auf die Kurzzeitbehandlung beschränkt.

Bei nahezu 90 Prozent derjenigen, die im Quartal der Befragung Schlafmittel einnahmen, dauert die Einnahme länger als vier Wochen an, die als zeitliche Begrenzung der medikamentösen Therapie von Schlafstörungen empfohlen werden. Zwar beinhaltet dieses Segment auch die Schlafmittel in der Eigenmedikation, aber auch für die gebräuchlichen und freiverkäuflichen sedierenden Antihistaminika ist die Zulassung auf die Kurzzeitbehandlung beschränkt, lediglich bei den meisten pflanzlichen Präparaten fehlt ein derartiger Hinweis in der Packungsbeilage.

Die Beratung in der Apotheke, die bei Abgabe von Schlafmitteln in der Eigenmedikation auf jeden Fall erfolgen sollte, verhindert den langfristigen Schlafmittelkonsum nicht. Ungeachtet dessen handelt es sich um einen ausgesprochen hohen Anteil der Schlafmittelkonsumenten, der auch längerfristig außerstande ist, ohne medikamentöse Intervention zu einem normalen Schlaf zurückzufinden. Für nahezu 60 Prozent trifft dies über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr zu, knapp ein Drittel gibt an, bereits seit mehr als 3 Jahren regelmäßig Schlafmittel zu konsumieren.

Befragt man diese Patienten, woher sie die Schlafmittel beziehen, (Abbildung 43) zeigt sich, dass ca. 43 Prozent diese aktuell auf Verordnung des Arztes nehmen. 13 Prozent bedienen sich früher einmal verschriebener Schlafmittel aus dem häuslichen Vorrat, während sich gut 41 Prozent auf die Eigenmedikation verlassen, ohne ärztlichen Rat einzuholen.

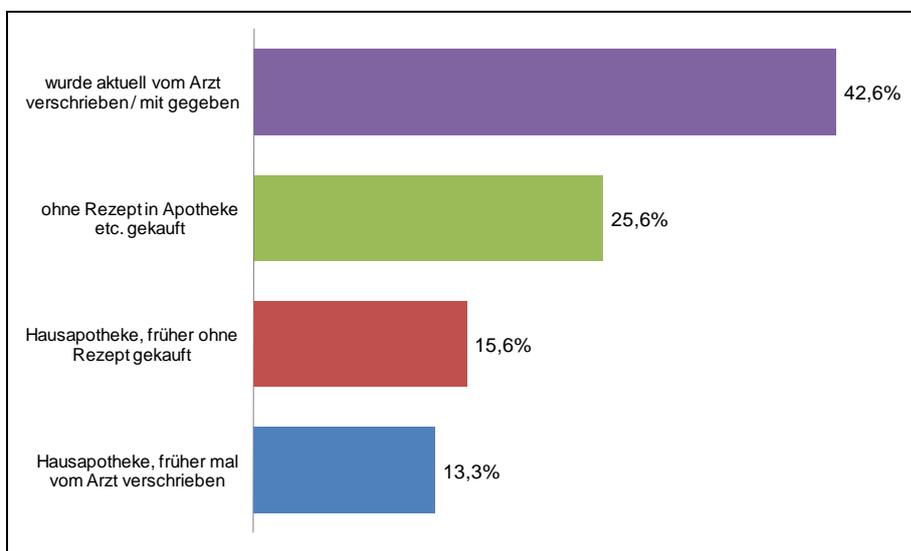


Abbildung 43:

Bezugsquelle für Schlafmittel, die in den letzten drei Monaten eingenommen wurden (n=133 Befragte, die in den drei Monaten vor der Befragung Schlafmittel genommen haben)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Der hohe Anteil sich selbst behandelnder Patienten kann als Indiz dafür gewertet werden, dass Schlafprobleme in Bezug auf den Krankheitswert unterschätzt werden und professionelle Versorgungs- und Behandlungsangebote nicht (rechtzeitig) genutzt werden. Wer nur gelegentlich schlecht schläft, braucht keinen ärztlichen Rat und in der Regel auch keine Schlafmittel. Treten Schlafprobleme jedoch wiederholt auf oder bestehen sie über vier Wochen lang, besteht die Notwendigkeit einer ärztlichen Abklärung.

4.4 Edukation und Verhaltenstherapie bei Schlafproblemen: Ein Frage von Auslösern, Ursachen und Verstärkern

Ein- und Durchschlafstörungen - als Symptom oder eigenständige Erkrankung - können mit vielen Auslösern und Ursachen sowie Faktoren, die diese zusätzlich noch verstärken, in Verbindung gebracht werden. In der Schlafmedizin wird - wie bereits eingeführt - in Bezug auf Ursachen zwischen primären, d.h. ohne erkennbare körperliche bzw. psychische Ursachen, und sekundären Schlafstörungen unterschieden. Im Fall von chronischen Schlafstörungen sind in der Regel mehrere Faktoren als Auslöser und Verstärker auszumachen. Mögliche Auslöser und Ursachen werden in der Schlafmedizin wie folgt kategorisiert:²⁹

Auslöser und Ursachen von Schlafproblemen

- Körperliche Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf-Störungen, Atemwegserkrankungen, Rheuma, Schmerzen etc. sowie eigenständige organische Erkrankungen wie z.B. Schlafapnoe etc.
- Psychische/psychiatrische Erkrankungen wie z.B. Depressionen, Schizophrenien, Angst-, Essstörungen etc.
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Umweltfeinflüsse wie z.B. Lärm, Licht
- Medikamente, Drogen und Alkohol
- psychische Belastungen wie z.B. Dauerstress, Probleme, belastende Lebensereignisse wie Berufswechsel, Todesfall, finanzielle Probleme etc.
- Verhaltensgewohnheiten wie Einnicken vor dem Fernseher, Sport am Abend, Mittagsschlaf etc.
- Vererbung, Genetik, d.h. es kann eine Disposition für eine Anfälligkeit für Schlafstörungen bestehen

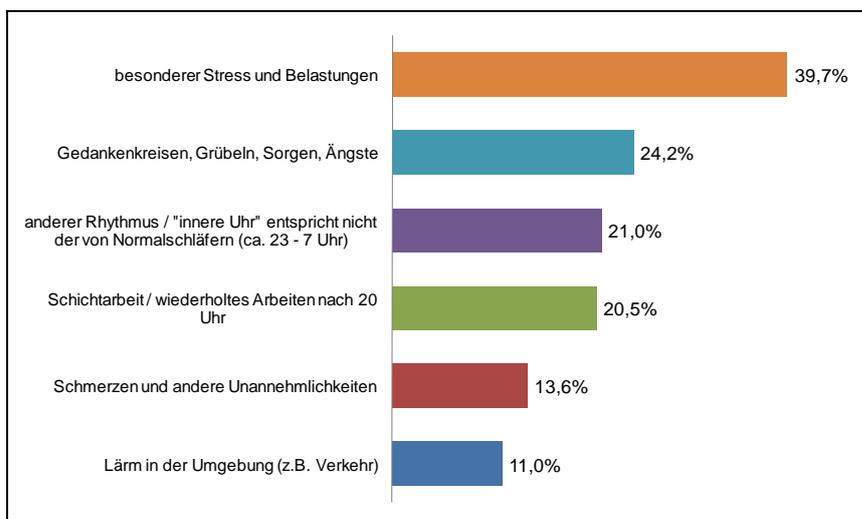
Sind Auslöser, Ursachen und Verstärker von Schlafproblemen bekannt, so besteht darin ein zentraler Ansatz für die Prävention, Therapie und Rehabilitation von Schlafstörungen und schlafmedizinischen Erkrankungen.

Auch im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde die subjektive Einschätzung hinsichtlich möglicher Ursachen abgefragt. Konkret wurde die Frage gestellt, durch welche Faktoren das Einschlafen oder der Nachtschlaf sehr stark, stark, mäßig bis auch gar nicht beeinträchtigt wird. Insgesamt 15 Faktoren aus den Bereichen

²⁹ vgl. "Ein- und Durchschlafstörungen. Formen und Ursachen von Ein- und Durchschlafstörungen (sog. Insomnien)". Unter: <http://www.schlafgestoert.de/site-13.html> (Stand: 05.01.2010).

Lebensstil, Umgebung oder Belastungssituationen etc. wurden als mögliche Ursachen und Verstärker abgefragt. Für die Darstellung werden die Antwortkategorien "sehr stark" und "stark" zusammengefasst. Abbildung 44 zeigt das Ergebnis für die sechs stärksten Störfaktoren. Einbezogen werden alle Befragten, bei denen die Schlafprobleme seit mindestens vier Wochen bestehen.

Abbildung 44: Die sechs stärksten schlafbezogenen Störfaktoren (Antwortkategorien stark, sehr stark zusammengefasst, Angaben in Prozent) (n = 1.407)



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Am häufigsten als „sehr stark“ oder „stark“ beeinträchtigend wurde mit rund 40 Prozent der Faktor „besonderer Stress und Belastungen“ genannt. Dieser empirische Befund geht einher mit dem Kenntnisstand, dass besondere Belastungen wie z.B. Verluste wie Todesfall, Krankheit etc. Schlafstörungen verursachen können. Weitere Stressoren können sein die Anforderungen in einer Rund-um-die-Uhr-Gesellschaft, psychische Belastungen am Arbeitsplatz in Form von z.B. Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen oder Mobbing sowie auch Anforderungen aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Mit einem gewissen Abstand folgten die Faktoren „Gedankenkreisen, Grübeln, Sorgen, Ängste“ (24,2 %), ein „anderer Rhythmus, d.h. die übliche Schlafenszeit (23-7 Uhr) stimmt nicht mit meiner inneren Uhr überein“ (21,0 %) und „Arbeitszeiten, wie Schichtarbeit oder wiederholtes Arbeiten am Abend nach 20 Uhr“ (20,5 %) genannt. Das heißt die wichtigsten Störfaktoren zählen zu den Bereichen Lebensstil, Arbeit und Umgebung sowie Belastungssituationen.

„In einer deutschlandweiten Studie wurde kürzlich gezeigt, dass insbesondere existenzielle Sorgen am Arbeitsplatz die Häufigkeit von Insomnien erhöht. So leiden vermehrt Selbstständige unter Insomnien, aber auch drohender Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit stellen einen hohen Risikofaktor dar. Berufliche Konfliktsituationen mit Vorgesetzten und Kollegen (Mobbing) sind vor allem in wirtschaftlich schwachen Zeiten vermehrt zu beobachten. Psychischer Stress am Arbeitsplatz ist ein wichtiger Faktor bei der Genese von Insomnien, der den Einfluss von physischem Stress bei weitem überwiegt.“

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

Insbesondere Stress und Belastungen stören den Schlaf

Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen:

Viele Prozesse im Körper wie Hormonfreisetzung, Regulation des Blutdrucks, der Körpertemperatur, der Verdauung sowie aber auch die Leistungsfähigkeit unterliegen wie der Schlaf einem zirkadianen Rhythmus. Ist die innere Uhr bzw. das Zusammenspiel von Schlafen und Wachen gestört, kann dies bei einer unzureichenden Anpassungsfähigkeit des Organismus u.a. zu Schlafstörungen führen. Eine Störung der Schlaf-Wach-Rhythmik kann bestimmt sein durch exogene Faktoren wie z.B. zu viel oder zu wenig Licht zur falschen Zeit. Ferner können Verhaltensweisen und Arbeitszeiten den chronobiologischen Erfordernissen der Tag-Nacht-Rhythmik entgegenlaufen. Unabhängig davon, ob es sich um zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen intrinsischer oder exogener Natur handelt, besteht das gemeinsame Merkmal in einer Abweichung zwischen der "inneren Uhr" und dem äußeren Hell-Dunkel-Wechsel. In der medizinischen Praxis treten insbesondere Störungen vom Typ Jetlag und Schichtarbeiter-Syndrom häufig.

Schlafprobleme im Zusammenhang mit Grunderkrankungen

...

Zwischen den Faktoren "anderer Rhythmus" und "Schichtarbeit, Abendarbeit" besteht ein hoher statistischer Zusammenhang, demzufolge Arbeitszeiten als Auslöser und Verstärker von Schlafproblemen eine entsprechende Bedeutung zuzuschreiben ist. Die Frage nach Ausmaß und Auswirkungen von Schlafstörungen im Zusammenhang mit Arbeitszeiten ist u.a. Ausdruck "chronobiologischen Denkens", das seit geraumer Zeit mehr Beachtung findet.

Inwieweit können jedoch Arbeitszeiten den Schlaf beeinflussen? Diesbezüglich ist zunächst zu erwähnen, dass in den letzten Jahren starre Grenzen konventioneller Arbeitszeitgestaltung in Bewegung geraten sind: Private und berufliche Zeiten vermischen sich, Kernarbeitszeiten und die klassische 5-Tage-Woche weichen flexibilisierten Arbeitszeiten in Bezug auf Dauer und Lage sowie spezifischen Konten- und Jahresarbeitszeitmodellen. Indikatoren dieser Entwicklung sind u.a. Anstiege bei Samstags-, Sonn- und Feiertagsarbeit. Zwischen 1991 und 2006 haben beispielsweise die Anteile der Beschäftigten mit Sonntagsarbeit von 17 Prozent auf 25 Prozent sowie der mit Samstagsarbeit von 33 Prozent auf 45 Prozent zugelegt.³⁰

Im Zuge der Ausweitung von flexibilisierten Arbeitsformen vollziehen sich Veränderungen auf allen Grunddimensionen der Arbeitszeitgestaltung. Eine der Grundannahmen "chronobiologischen Denkens" ist es, dass eine Veränderung, Verlagerung und Ausdehnung von Arbeitszeiten sich nicht nur auf andere Zeitverwendungen auswirkt, sondern auch die zentrale Rhythmik von Schlafen und Wachen - wie es beispielsweise bei Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen der Fall ist - negativ beeinflusst. Beispielsweise bewirkt Abendarbeit, dass der Zeitpunkt des Zubettgehens teils deutlich nach hinten verschoben wird. Dies wiederum beeinflusst die Phasenlage der Hauptschlafepisode, die zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf die Schlafdauer zählt.³¹ Aufgrund einer negativen Beziehung zwischen diesen beiden Episoden wirkt sich eine längere vorangehende Wachepisode verkürzend auf die nachfolgende Schlafdauer aus.

Der Störfaktor "Arbeitszeit" zeigt sich besonders eindrücklich in der Untergruppe der Schichtarbeiter, die – wie oben bereits berichtet – insbesondere in der Gruppe mit hochgradigen Schlafproblemen über ein Drittel der betroffenen ausmachen. Die Schichtarbeiter nennen ihre Arbeitszeiten als weitaus wichtigsten Einflussfaktor (55,6 % „sehr stark/stark“), an zweiter Stelle folgen „besonderer Stress und Belastungen“ (43 %).

Die Bedeutung der verschiedenen Faktoren variiert nicht nur mit dem Ausprägungsgrad der Schlafprobleme, sie weist auch naheliegende Zusammenhänge mit bestehenden Grunderkrankungen auf. Dass insomnische Beschwerden neben den bisher genannten Faktoren wie Sorgen, besondere Belastungen, Stress und Arbeitszeiten auch

³⁰ vgl. "Trend zu ungesunden Arbeitszeiten" In: Böcklerimpuls 12/2008. Unter: http://www.boeckler.de/32014_91489.html.

³¹ Cachojoen (2005) in Enzyklopädie der Schlafmedizin. a.a.O.

durch körperliche Erkrankungen und Missempfindungen ausgelöst werden können, spiegelt sich im Befragungsergebnis ebenfalls wider. Insgesamt 14 Prozent geben an, dass speziell Schmerzen und andere Unannehmlichkeiten wie z.B. Schwitzen die Schlafmenge und Schlafqualität beeinträchtigen.

Speziell Schmerzen können die Schlafbilanz bzw. -effizienz beeinträchtigen, da vermehrt Ein- und Durchschlafstörungen auftreten. Als Konsequenz kann der nicht erholsame Schlaf den empfundenen Schmerz am Tage erhöhen. Die Entwicklung der Schlafstörung aufgrund von Schmerzen ist besonders vom Verlauf und der Therapie der Grunderkrankung abhängig. Aus der Perspektive der Schlafmedizin wird empfohlen, dass Ärzte Schmerzpatienten standardmäßig auf Schlafstörungen untersuchen. Besteht bei chronischen Schmerzpatienten zudem eine ausgeprägte Schlafstörung ist zu beachten, dass opiodhaltige Schmerzmittel die Schlafqualität beeinträchtigen. Insbesondere die Tiefschlafphasen sind gestört bzw. reduziert, wodurch Patienten verstärkt anfällig für schmerzbedingte Weckreize werden.

**wie z.B. Schmerz-
erkrankungen**

Ursächlich für die den Schlaf störende Schmerzen können Krebserkrankungen, neurologische und internistische Erkrankungen wie z.B. Rheuma sein. Das Vorliegen von Krankheiten wurde bei der Gesamtstichprobe aller 3.000 Befragten erhoben, so dass die Häufigkeitsangaben der Personen mit Schlafproblemen unterschiedlicher Ausprägung mit der Gruppe ohne jegliche Schlafprobleme verglichen werden können. Bei der Erhebung wurden zehn Krankheitsbilder genannt und gefragt, ob ein Arzt die betreffende Krankheit festgestellt hat: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck), Diabetes, Adipositas, Krebs, Allergien, psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung), neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Migräne), Sucht-/Abhängigkeitserkrankungen, chronische Schmerzen und Lungenerkrankungen.

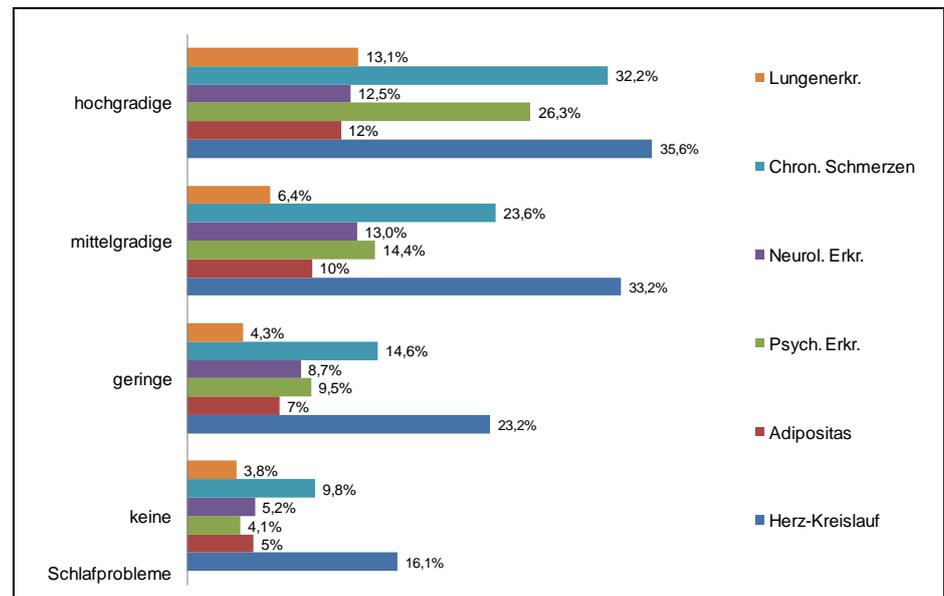
**Häufigkeit von Grund-
erkrankungen**

60,5 Prozent aller Befragten gaben mindestens eine der zehn abgefragten Krankheiten an, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen: Die Befragten ohne Schlafprobleme nennen zu 52 Prozent wenigstens eine der zehn Krankheiten, bei den Befragten mit hochgradigen Schlafproblemen steigt der Anteil auf 81 Prozent.

Die Unterschiede zwischen den Schlafstörungs-Kategorien betreffen jedoch nicht alle der abgefragten Krankheitsbilder. Deutliche Zusammenhänge – im Sinne eines mit dem Vorhandensein und dem Ausprägungsgrad von Schlafproblemen wachsenden Anteils von Personen mit dem betreffenden Krankheitsbild – ergaben sich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas (Fettsucht), psychische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, chronische Schmerzen und Lungenerkrankungen (Abbildung 45).

Abbildung 45:

Häufigkeit von sechs Grunderkrankungen, bei denen signifikante Unterschiede zwischen den Ausprägungsgraden von Schlafstörungen bestehen (n=3.000)



Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Die in Abbildung 45 dargestellten Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch signifikant und bleiben bestehen, wenn man die Faktoren Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert. Sie zeigen, dass Schlafstörungen besonders häufig vor dem Hintergrund anderer Gesundheitsstörungen auftreten.

Vertiefende Analysen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes zeigen zudem, dass eine hohe kognitive und emotionale Aktivität in Form von Grübeln, Ängste etc. deutlich häufiger stark bis sehr stark als den Schlaf beeinträchtigend eingestuft werden, wenn die Befragten – etwa 9 Prozent aller 3.000 Befragten – angeben, dass sie unter einer psychischen Erkrankungen wie Depression oder Angststörung leiden.

Abbildung 46 zeigt die unterschiedliche Bedeutung von vier häufig genannten Einflussfaktoren bei Befragten mit hochgradigen Schlafproblemen (n=279), differenziert nach dem gleichzeitigen Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Dargestellt ist jeweils der Anteil Befragte, der den Faktor als „sehr stark“ oder „stark“ beeinträchtigend erlebt.

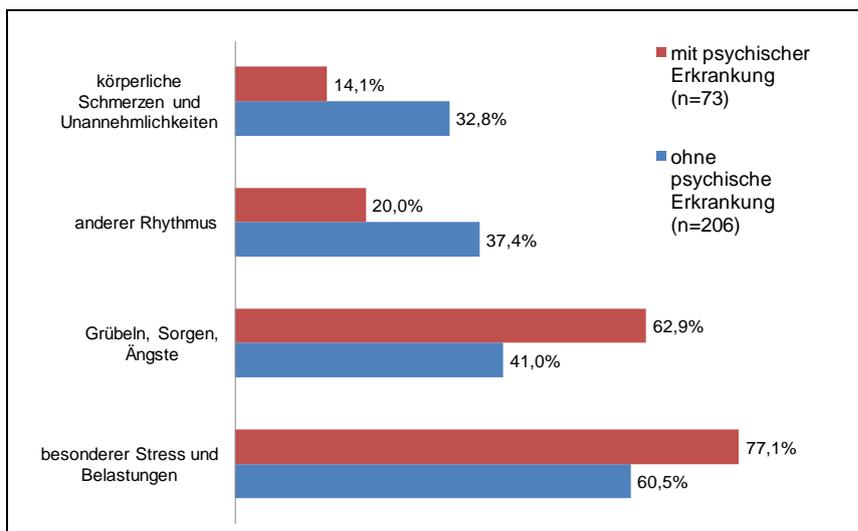


Abbildung 46:

Bedeutung von vier Einflussfaktoren (Anteil „sehr stark/stark“) bei Befragten mit hochgradigen Schlafproblemen (n=279), differenziert nach dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung

Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Es zeigt sich eindrücklich, wie „besonderer Stress und Belastungen“ sowie „Grübeln, Sorgen, Ängste“ bei den Befragten mit einer psychischen Erkrankung eine größere Rolle spielen. Sie sind jedoch auch für die Personen ohne psychische Erkrankungen mit hochgradigen Schlafproblemen sehr wichtige Einflussfaktoren. Letztere messen dagegen einem anderen Rhythmus sowie Schmerzen und anderen körperlichen Unannehmlichkeiten (z.B. Schwitzen) eine deutlich größere Bedeutung bei.

Nicht erholsamer Schlaf ist eines der häufigsten Begleitsymptome von Depressionen und Angststörungen. Nicht beantwortet werden kann anhand der Befragungsdaten, ob es sich bei den Schlafstörungen um ein Symptom dieser psychischen Erkrankungen handelt oder ob die psychische Erkrankung ggf. als Folge der Schlafstörung aufgetreten ist. Studien belegen zunehmend, dass chronische Insomnien ein deutlich höheres Risiko tragen, in eine Depression überzugehen.³²

Alles in allem spielen verhaltensbezogene Faktoren in der DAK-Bevölkerungsstichprobe als den Schlaf störende Ursachen eine geringere Rolle im Vergleich zu psycho-emotionalen/ psycho-physiologischen Faktoren wie z.B. Stress. Trotz dieser deutlichen Hervorhebung des den Schlaf behindernden Potentials von z.B. beruflichen Konfliktsituation, kritischen Lebensereignissen etc. bleibt zu resümieren, dass Auslöser, Ursachen sowie Verstärker von Schlafstörungen und nicht erholsamem Schlaf, speziell von insomnischen Beschwerden, vielfältig sind. Dass sie dabei auch – wie gezeigt – in einem deutlichen Zusammenhang mit körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen stehen, sollte jedoch nicht bedeuten, dass sie zwangsläufig eine

Schlafstörungen erhöhen das Risiko an Depressionen zu erkranken

Zwischenfazit

³² vgl. Riemann, D. & Voderholzer (2003). Primary Insomnia: a risk faktor to develop depression? In: Journal of Affective Disorder 76 (2003) 255-259.

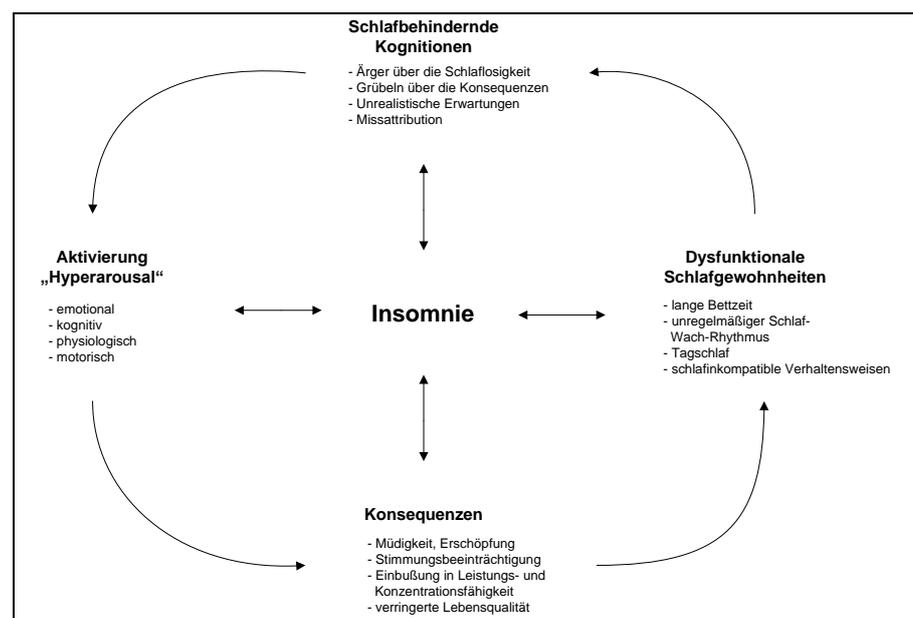
hinzunehmende Begleiterscheinung der jeweiligen Grunderkrankung sind. Gravierende Schlafstörungen sollten auch bei Vorliegen von anderen ernsten Erkrankungen ärztlich abgeklärt und gegebenenfalls zielgerichtet behandelt werden.

Das Zusammenspiel von Auslösern, Ursachen und Verstärkern - Teufelskreis Schlafstörung

Das Wissen über die Vielzahl von Faktoren, die das Einschlafen und/oder den Schlaf stören können, erklärt jedoch noch nicht, wie z.B. zunächst temporär akut auftretende Schlafprobleme, ggf. aufgrund von besonderem Stress, fortschreitend verlaufen können. Vornehmlich das Konzept der primären Insomnie, d.h. der Schlaflosigkeit ohne erkennbare körperliche und/oder psychische Ursache, veranschaulicht, wie die verschiedenen, teils bislang diskutierten Faktoren zueinander stehen und sich ggf. verstärken. Der in Abbildung 47 aufgezeigte psychophysiologische Teufelskreis zur Erläuterung primärer, chronischer Insomnien eignet sich auch zur Darstellung der Genese komorbider bzw. sekundärer Insomnien.

Abbildung 47:

Psychophysischer Teufelskreis der primären Insomnie



Quelle: Riemann, D. & Hajak, G. (2009a)

Die Wechselwirkung zwischen diesen Modellkomponenten wie

- Aktivierung / Hyperarousal,
- schlafbehindernde Kognitionen und
- ungünstige Schlafgewohnheiten

kann zu den bereits in Abschnitt 4.1 ausgebreiteten Konsequenzen wie Müdigkeit und Erschöpfung, Stimmungsbeeinträchtigungen,

Einbußen in Leistung- und Konzentrationsfähigkeit sowie auch zu einer Verringerung der Lebensqualität führen.

Für die Genese primärer Insomnien ist diesem Modell nach die Annahme der Hyperarousal zentral. Hiermit wird ein erhöhter Erregungszustand bezeichnet, der sich emotional, kognitiv, motorisch oder physiologisch äußern kann.³³ Arouls, d.h. abrupte zentralnervöse Aktivierungen während des Schlafs, können einerseits auftreten als spontane zentralnervöse Aktivierungen, ohne dass sich daraus störende Folgen für den Schlaf ergeben. Etwas 15-20 Aktivierungsvorgänge pro Stunde Schlaf gelten als physiologisch und sind Bestandteil des normalen Schlafs. Andererseits können Arouls auch durch äußerer physikalische Reize wie Lärm, Licht, Vibration etc. oder durch intrinsische oder organbezogenen Reize wie z.B. Aufstoßen, Husten, Atemnot etc. ausgelöst werden.³⁴

**Aktivierung
"Hyperarousal"**

Ursächlich für einen Hyperarousal kann aber auch eine nächtliche, erhöhte kognitive Aktivität sein, die sich entweder auf belastende und/oder nur unzureichend verarbeitete Tagesereignisse oder direkt auf den Schlaf bezieht. Dies können sein: Die Angst vor Schlaflosigkeit, vor stundenlangem Wachliegen und die damit verbundene Erwartung negativer Konsequenzen wie z.B. eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit am nächsten Tage. Extreme Selbstbeobachtungen und selbst auferlegter Druck, einschlafen zu müssen, verstärken das Hyperarousal. Häufiger beobachtbar ist bei Betroffenen zudem, dass sie die Länge der nächtlichen Wachzeiten über- und die Qualität des eigenen Schlafs unterschätzen.³⁵

**Schlafbehindernde
Kognitionen**

Im Zuge eines hohen Leidensdrucks bemühen sich Betroffene nicht selten zunächst einmal selbst um eine Behebung des Schlafmangels. Die Verbesserung der Erholbarkeit des Schlafs wird zum fokussierten Ziel unterschiedlichster Handlungen wie z.B. Verlängerung der Bettzeit, ausgedehnter Mittagsschlaf etc. Hierbei besteht jedoch das Problem, dass nicht alle Maßnahmen, die Betroffene als schlafförderlich halten, dies auch sind.

**Dysfunktionale Schlaf-
gewohnheiten**

Es kommt zu dysfunktionalen Schlafgewohnheiten, die eher zur Verschlechterung als zur Lösung der Schlafprobleme beitragen können.

Mit den Anstrengungen, den Schlaf zu verbessern, das Einzuschlafen zu beschleunigen etc. wird die Wachheit und die Sorge, nicht schlafen zu können, gesteigert. Als Konsequenz wird

**Verselbständigung von
Schlafstörungen**

³³ vgl. Riemann, D. & Hajak (2009a) a.a.O.; Riemann et al (2007): Primäre Insomnie: Neue Aspekte der Diagnostik und Differentialdiagnostik, Ätiologie und Pathophysiologie sowie Psychotherapie. In: Somnologie (2007) 11:57-71

³⁴ vgl. Penzel, J. H. & Penzel, H. (2005). Arousal. In: Enzyklopädie der Schlafmedizin, a.a.O., S. 67-70

³⁵ vgl. Riemann, D. & Hajak (2009a). a.a.O.; Riemann et al (2007), Riemann, D. et al (2009). The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. In: Sleep Medicine Reviews (2009), doi:10.1016/j.smrv.2009.04.002.

in Expertenkreisen von einer erlernten Schlaflosigkeit gesprochen, ein Phänomen, bei dem selbst alltägliche, schlafbezogene Handlungen wie z.B. Bettaufschlagen, Lichtausschalten als die Wachheit steigernde Impulse wirken können.³⁶ Die Weichen für einen chronisch fortschreitenden Verlauf wären damit gestellt. Die Schlafprobleme verschlechtern sich bis ggf. hin zur Verselbständigung dieser. Letzteres bedeutet, dass obwohl der akute den Schlaf beeinträchtigende Stressfaktor, die Erkrankung etc. bereits länger zurückliegen, die Schlafprobleme weiterhin bestehen. Das Risiko einer Verselbständigung von Schlafproblemen kann bereits innerhalb der ersten Wochen auftreten und über Jahre anhalten³⁷, was den Bedarf an einer frühzeitigen Intervention unterstreicht.

Wie reagieren Betroffene auf wiederholt auftretende Schlafprobleme?

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Teufelskreises war auch für die DAK die Frage von Interesse, wie Betroffene auf wiederholt auftretende Schlafprobleme reagieren. Es wurden sowohl positive, d.h. für den Schlaf förderliche, als auch negative, d.h. verhindernde Verhaltensweisen abgefragt. Wie hoch der Leidensdruck ist, spiegelt folgendes Ergebnis wider:

- Rund 86 Prozent der Befragten, die von Schlafproblemen berichten, geben an, dass sie bereits besondere Maßnahmen wegen der eigenen Schlafprobleme ergriffen haben. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass lediglich 14 Prozent noch keine besonderen Maßnahmen in Reaktion ihre Schlafprobleme unternommen haben.

Hierbei zeigt sich ein nennenswerter Geschlechterunterschied. Mit rund 17 Prozent bestätigen mehr Männer im Vergleich zu Frauen (11%), dass sie noch nicht versucht haben, ihre Schlafprobleme zu lösen. Bei Berücksichtigung der Schwere der Schlafprobleme zeigen sich ausgeprägte Unterschiede. In den Gruppen mit geringen Schlafproblemen geben rund 17 Prozent an, dass sie noch keine besonderen Maßnahmen ergriffen haben. In den Gruppen mit mittel- oder hochgradigen Schlafproblemen trifft dies auf 7 Prozent bzw. 8 Prozent zu.

Für die vertiefende Betrachtung der individuellen Reaktionen auf wiederholt auftretende Schlafprobleme werden im Weiteren nur die Befragten einbezogen, bei denen die Schlafprobleme seit mindestens vier Wochen bestehen und die bereits Maßnahmen ergriffen haben

³⁶ vgl. <http://www.charite.de/dgsm/rat/insomnie.html> (Stand: 06.01.2010).

³⁷ vgl. "Teufelskreis Schlafstörung 'Warum hören wir nicht von alleine auf?'. Unter: <http://www.schlafgestoert.de/site-25.html> (Stand: 07.10.2010).

(n = 1.207). Abbildung 48 zeigt das Ergebnis im Überblick. Nennenswerte Unterschiede zwischen Subgruppen werden teils eingestreut teils abschließend hervorgehoben.

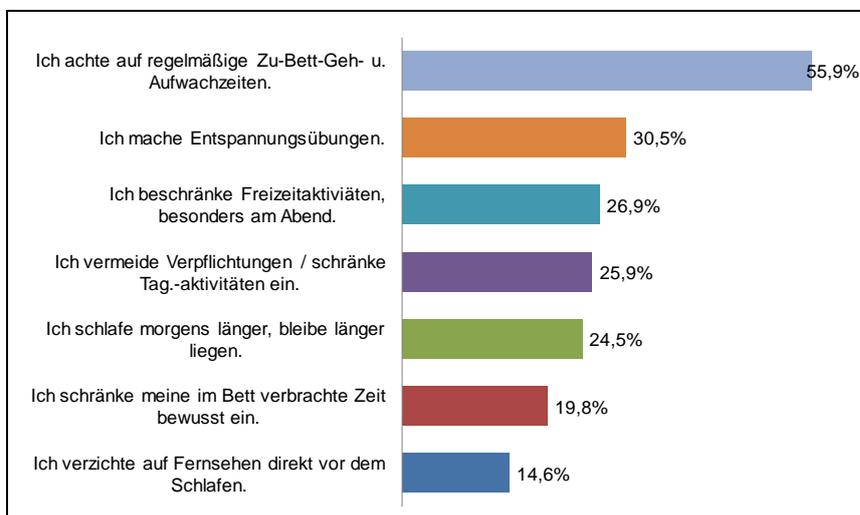


Abbildung 48:

Wie reagieren Sie bzw. was machen Sie bei wiederholt auftretenden Schlafproblemen? (Angaben in Prozent, n = 1.207)

Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Als Reaktion auf wiederholt auftretende Schlafstörungen dominiert mit deutlichem Abstand vor Entspannungsübungen die Beachtung regelmäßiger Zu-Bett-Geh- und Aufwachzeiten:

- Mit rund 56 Prozent trifft dies auf deutlich mehr als die Hälfte zu. Im Vergleich dazu praktizieren lediglich 31 Prozent Entspannungsübungen, was jedoch mit den hervorgehobenen, besonderen Belastungen und Stress als Störfaktoren korrespondiert.
- Auffällig ist zum einen der Unterschied zwischen Frauen und Männern. Die Beachtung eines regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus liegt Frauen (64 %) näher als Männern (41 %) sowie auch Entspannungsübungen (42 % vs. 21 %).

Sofern mit der Beachtung des Schlaf-Wach-Rhythmus die Zu-Bett-Geh-Zeit nicht vor- und die Aufwachzeit zugleich nicht nach hinten verlegt, d.h. die Bettzeit nicht ausgedehnt wird - häufig sind mit einer Ausdehnung der Bettzeit auch vermehrt schlafbehindernde Aktivitäten wie Fernsehen, Lesen und Arbeiten im Bett verknüpft - handelt es sich bei der Beachtung eines regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus um eine adäquate Reaktion auf wiederholt auftretende Schlafprobleme: Nahezu jede/r Fünfte (19,8 %) gibt an, dass die im Bett verbrachte Zeit bewusst eingeschränkt wird. Jedoch auch in der Gruppe der Personen, die auf regelmäßige Zu-Bett-Geh- und Aufwachzeiten achten, schränken lediglich etwa 21 Prozent die im Bett verbrachte Zeit ein. Bezogen auf alle Befragten, die nach eigener Auskunft be-

Beachtung eines regelmäßigen Rhythmus und Entspannungsübungen stehen an der Spitze

Ausdehnung oder Einschränkung der im Bett verbrachten Zeit?

reits ihre Schlafprobleme zu lösen versuchen, bedeutet dies, dass lediglich 12 Prozent auf einen regelmäßigen Rhythmus bei gleichzeitiger bewusster Einschränkung der Bettzeit achten.

Im Vergleich zur bewussten Einschränkung der im Bett verbrachten Zeit gibt gut ein Viertel an, dass sie morgens länger schlafen oder auch länger im Bett liegen bleiben.

Vermeidung von Stress und Belastungen

Neben der Verkürzung oder Ausdehnung von Bettzeiten, zeigen Betroffene zudem teils bereits deutliche Einschränkungen in ihrer Lebensqualität, und zwar dahingehend, dass sie Verpflichtungen meiden oder Tagesaktivitäten einschränken. Um allgemein Stress und Anstrengungen zu vermeiden, sind 26 Prozent tagsüber nur eingeschränkt aktiv. Rund 27 Prozent der Personen, die auf ihre Schlafprobleme reagieren, geben an, dass sie persönliche Freizeitaktivitäten, besonders am Abend einschränken.

Einschränkungen von Aktivitäten können im Sinne einer Reduktion abendlichen "Freizeitstress" durchaus adäquate Strategien im Umgang mit Schlafproblemen darstellen. Kritischer einzuschätzen sind derlei Reaktionen allerdings dann, wenn dies mit einer Reduktion von Initiative, Partizipation und Motivation allgemein einhergeht. Zum Beispiel weisen die beiden Reaktionen – Einschränkung von Tagesaktivitäten und Freizeitaktivitäten am Abend – einen starken Zusammenhang auf. So erhöht sich der Anteil derjenigen, die Tagesaktivitäten bewusst meiden von 26 Prozent auf 44 Prozent, wenn zugleich auch Freizeitaktivitäten am Abend eingeschränkt werden. Diese eingeschränkte Aktivität in der Wachphase kann sich wiederum negativ auf den Schlaf auswirken, da ggf. ein geringer Erholungsbedarf bzw. Schlafdruck am Abend sich über den Tag aufgebaut hat.

Einschränkung von Fernsehkonsum

Abschließend noch das Ergebnis, dass rund 15 Prozent der Befragten ihre Schlafprobleme dadurch angehen, dass sie direkt vor dem Schlafen auf Fernsehen verzichten. Fernsehen kann aufgrund der aufzunehmenden Inhalte mit einer erhöhten kognitiven und emotionalen Aktivität einhergehen. Zudem kann es als den Schlaf beeinträchtigende Lichtquelle wirken. Der Blaulicht-Anteil von Fernsehern - LCD-Bildschirmen, PC- und Laptop-Monitore sowie auch Energiesparlampen - vermag zu einer hormonellen Stressreaktion im Zuge einer Stimulation der Hypophyse führen. Gleichzeitig kann es auch zu einer Einschränkung der Melatonin-Produktion kommen.³⁸

Zwischenfazit

In der Gesamtschau der Maßnahmen, die Schlafgestörte zur Behebung dieser bereits ergriffen haben, sticht zunächst das Ergebnis heraus, dass weit über die Hälfte auf einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus achten. Damit sind der Theorie nach relativ feste Zubettgeh- und Aufwachzeiten verbunden.

³⁸ vgl. Wurm, V. (2008). Licht und Gesundheit. Können Energiesparlampen krank machen? In: Die Presse, Print-Ausgabe 03.03.2008.

Angesichts der weiteren Ergebnisse kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass dieser Befund nicht auch für eine übertriebene Fokussierung auf den "Schlaf" allgemein steht. Beispielsweise zeigt sich vor dem Hintergrund der Schweregrade, dass bei geringen Schlafproblemen häufiger auf eine derartige Regelmäßigkeit geachtet werden als die Probleme von mittlerer oder hochgradiger Schwere sind. Bezogen auf Entspannungsübungen zeigen sich derlei Unterschiede nicht. Auch schränken bewusst nur 21 Prozent derjenigen, die auf einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus achten, gleichzeitig die Bettzeit ein.

Diese besonders zielgerichtete Maßnahme zur Vermeidung eines Selbstläufers bei Schlafproblemen, die bei hochgradigen Schlafproblemen von gut jedem Vierten angewendet wird - rangiert von allen abgefragten Maßnahmen auf einem unteren Rang. Dies trifft auch auf den Verzicht von Fernsehen direkt vor dem Schlafengehen zu. Gemeinsam mit den Reaktionen "Verzicht von Tages- und/oder Freizeitaktivitäten" zeigen sich unter Betroffenen durchaus Verhaltensweisen, die eher in Richtung Verselbständigung der Schlafprobleme wirken können.

Allgemein positiv herauszustellen ist hingegen, dass nahezu ein Drittel mit Entspannungsübungen reagiert, um den Schlaf zu verbessern. Da sich hier jedoch kein nennenswerter Unterschied in Abhängigkeit vom Schweregrad der Schlafprobleme zeigt, kann dieser Befund auch nur Ausdruck dessen sein, dass die Menschen heutzutage zunehmend gesundheitsbewusster leben.

Operation erholsamer Schlaf – Was können Betroffene selbst tun?

Mit Blick auf die Reaktionen und Maßnahmen, die von Schlafproblemen Betroffene anwenden, zeigt sich, dass durchaus Informations- und Aufklärungsbedarf besteht. Unter Schlafmedizinern ist es unbestritten, dass der Hygiene des Schlafs eine hohe Bedeutung zukommt. Kenntnisse über die Natur des Schlafes und seine biorhythmischen und psychophysiologischen Prozesse sind in der Bevölkerung nicht hinreichend bekannt, woraus gewisse Fehlverhaltensweisen resultieren können.³⁹

Ansätze zur Prävention von Schlafstörungen, sogenannte Regeln der Schlafhygiene, konzentrieren sich einerseits auf Hinweise für die Gestaltung einer adäquaten Schlafumgebung. Diese beinhalten auch Möglichkeiten im Umgang mit schlaf-

Verselbständige Verhaltensmaßnahmen versus präventive Ansätze

„Fehlendes Gesundheitsverhalten im Allgemeinen kann nicht unwesentlich auf mangelnde Kenntnisse zurückgeführt werden. Bei Schlafstörungen kommt der Aufklärung, Beratung und Schulung sowohl in präventiver Hinsicht aber auch zur Beseitigung von Schlafstörungen eine bedeutende Rolle zu. Insbesondere der schlafstörende und schlafstörungsverursachende Einfluss von Alkohol und Drogen ist nicht ausreichend bekannt, insbesondere bei Jugendlichen.“

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

Im Umgang mit Schlafproblemen besteht Aufklärungsbedarf

³⁹ Vgl. Schubert, F.-C. (2006). Den Schlaf verstehen. Bausteine für eine Hygiene des Schlafes. In: Zeitschrift für Prävention. 01/2006 21-25.

störenden, weniger beeinflussbaren Umwelteinflüssen. Einen zweiten Schwerpunkt bilden Regeln zur Anpassung des Lebensstils an eine schlaffördernde Lebensweise:⁴⁰

- Gestaltung eines adäquaten und angenehmen Schlafraums, ohne Dinge des alltäglichen Lebens, die vom Schlaf ablenken können (z.B. Fernseher, Arbeitsmaterialien etc.), und einem bequemen, ausreichend großen Bett
- Trennung der Schlaf- und Wach-Sein-Bereiche, d.h. das Bett sollte nur mit Schlafen und sexueller Aktivität in Verbindung gebracht werden
- Analyse des eigenen Schlafbedarfs durch experimentelle Verschiebungen von Einschlaf- und Aufwachzeiten sowie Ausrichtung fester, regelmäßiger Schlafzeiten am individuellen Schlaf- und Ermüdungsrhythmus (Chronobiologie)
- Morgens nicht länger als erforderlich im Bett liegen bleiben, längeren Tagschlaf meiden; Tagsüber, regelmäßige körperliche/sportliche Aktivität, jedoch nicht in den letzten drei Stunden vor dem Zu-Bett-Gehen.
- Anpassung der Essgewohnheiten an den eigenen Schlaf-Wach-Rhythmus, letzte Mahlzeiten etwa vier Stunden vor dem Zu-Bett-Gehen
- Vermeidung von ständigem übermäßigem Konsum von Koffein, Teein, Nikotin oder frei erhältlichen Medikamenten mit Wachsamkeit stimulierendem Effekt und schlafstörender Wirkung, Vermeidung von Stimulanzien am Abend
- Für Entspannung direkt vor dem Zu-Bett-Gehen sorgen, ggf. durch Rituale wie Abendspaziergang oder Entspannungstechniken, die auch tagsüber angewendet, positive Wirkungen auf den Schlaf entfalten können
- Bei nächtlichem Aufwachen, nicht länger als etwa 15-20 Minuten im Bett liegen bleiben, sondern das Bett verlassen, bis die Schläfrigkeit sich wieder einstellt
- Auseinandersetzung mit unangenehmen Themen und komplexen Gedanken etc. nach dem Lichtausschalten vermeiden, ggf. wiederkehrende Gedanken, Lösungen aufschreiben und bereits in der Wachphase darauf achten, dass z.B. Arbeiten für den Tag eindeutig beendet werden.

⁴⁰ Eine Ausführliche Darstellung von insgesamt 22 Regeln findet sich bei Pfetzing, A. (2005). Schlafhygiene. In: Enzyklopädie der Schlafmedizin. a.a.O., S. 1090-1093.

Die Regeln der Schlafhygiene gelten für jedermann und zielen ab auf die Prävention von Schlafstörungen und einen adäquaten Umgang mit dem Thema Schlaf. Beispielsweise Personen, die aufgrund von akuten psychischen Belastungen nicht ein- oder durchschlafen können, können durch die Beachtung der Regeln einer Verschlechterung ihrer Schlafstörung entgegen wirken. Schlafhygienische Regeln können bei verstärkt habituellen Problemstellungen Orientierung dahingehend bieten, die störenden Verhaltensweisen zu überwinden. Bei Patienten mit Insomnie, bei gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus aufgrund von Nacht- und Schichtarbeit, oder bei schlafmedizinischen Erkrankungen sind, je nach Problemlage und Lebensumständen individuellen Belastungen und anderen Krankheiten, Modifikationen einzuplanen.⁴¹

Regeln der Schlafhygiene gelten für jedermann

Verhaltenstherapeutische Interventionen für Insomnien

Die aufklärende und beratende Funktion der Regeln der Schlafhygiene sind Grundlage weitergehender verhaltenstherapeutischer Interventionen. Die Einhaltung schlafhygienischer Regeln wie die Vermeidung von den Schlaf störenden Verhaltensweisen im Bett basiert z.B. auf dem Konzept der Stimuluskontrolle. Verhaltenstherapeutische Ansätze sind speziell bei Insomnien die Methode der ersten Wahl⁴², nicht zuletzt auch deshalb, weil insomnische Beschwerden — wie dargestellt — sich im Zuge einer vielschichtigen Wechselbeziehung von verhaltensbezogenen, kognitiven und psychosozialen Aspekten verselbständigen können. Ausgewählte spezifische Ansätze der verhaltenstherapeutischen Behandlung sind:⁴³

Information und verhaltenstherapeutische sind Methoden der ersten Wahl

- Kognitive Interventionen wie "Paradoxe Intention", Problemlösungsstrategien und Umstrukturierung des dysfunktionalen Schlafdialoges
- Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion.

Die Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion zielen darauf ab, dass die Betroffenen einen adäquaten Schlaf-Wach-Rhythmus entwickeln. Dabei empfiehlt die Stimuluskontrolle den Betroffenen z.B., jeden Morgen zur gleichen Zeit aufzustehen und tagsüber nicht schlafen. Die Schlafrestriktion setzt auf eine deutliche Verkürzung der im Bett verbrachten Zeit, z.B. entsprechend der subjektiv erlebten Schlafzeit von z.B. fünf Stunden.

Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion

⁴¹ vgl. Pfetzinger, A. (2005). a.a.O.

⁴² vgl. Mayer, G. et al. Leitlinie Insomnie, a.a.O.

⁴³ vgl. Mayer et al. (2009). a.a.O.; Pretzinger, A. (2005). Verhaltenstherapie. In: Enzyklopädie der Schlafmedizin. a.a.O., S. 1280 ff.

Beide Ansätze gehen davon aus, dass hierdurch eine große Müdigkeit und Schläfrigkeit einhergeht, wodurch Ein- und Durchschlafprobleme abnehmen und die Schlaffeffizienz steigt.

Paradoxe Intervention

Durch die Methode der Paradoxen Intervention, die nicht allein nur bei insomnischen Phänomenen Anwendung findet, wird im Zuge einer gewissen Selbstmanipulation anvisiert, dass problematische Gedanken und Verhaltensweisen – beispielsweise dass man sowieso nicht einschlafen kann und daher übertrieben einzuschlafen versucht – aufzulösen. Betroffene werden angeleitet, ihr symptomatisches Verhalten des z.B. Nicht-Einschlafen-Könnens bewusst herbei zu führen. So werden sie z.B. aufgefordert, im Bett bewusst wach zu bleiben.

Problemlösungsstrategien

Problemlösungsstrategien zielen darauf ab, dass Betroffene an Ressourcen zur Stressbewältigung arbeiten und z.B. für die Auseinandersetzung mit realen Problemen ein gewisses Zeitfenster in der Wachphase einrichten. Hierdurch soll bei Betroffenen in der Einschlafphase der kognitive/emotionale Erregungszustand gemindert werden bzw. der Betroffene in die Lage versetzt werden, entspannen zu können. Mentale Ruhebilder, Phantasiereisen etc. sind weitere Ansätze zur Entspannung.

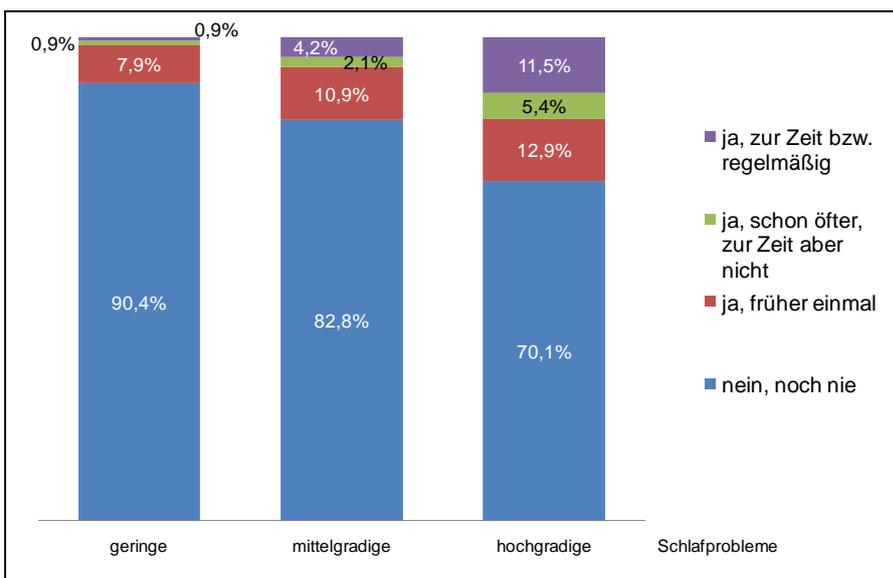
Die vorgestellten, kognitiven verhaltenstherapeutischen Techniken können ergänzt werden durch Entspannungsverfahren oder bei Bedarf auch durch Psychotherapie im engeren Sinne. Vor allem autogenes Training und die progressive Muskelentspannung zeigten in vielen Studien eine gute Wirksamkeit, da sie erhöhtes physiologisches, kognitives und emotionales Arousal reduzieren. Nach der bisherigen Studienlage, übertreffen in ihrer Langzeitwirkung die kognitiven Strategien die medikamentöse Behandlung von insomnischen Beschwerden eindeutig.⁴⁴

⁴⁴ vgl. Riemann, D. & Hajak, G. (2009b). Insomnien. Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. In: Der Nervenarzt 2009. DOI 10.1007/s00115-009-2746-9. 1-13.

4.5 Patienten mit Schlafstörungen - Probleme und Perspektiven der medizinischen Versorgung

Die Auswertung der ambulanten Behandlungsdaten hat eine niedrige Prävalenz der schlafbezogenen Diagnosen gezeigt. Die bisherige Auswertung der DAK-Befragung hat dagegen Hinweise auf eine große Verbreitung von Schlafproblemen in der erwerbstätigen Bevölkerung ergeben. Zumindest bei den Personen mit gravierenderen Schlafproblemen – gemäß der vorgenommenen Kategorisierung gut 9 Prozent der Befragten – wäre es plausibel zu erwarten, dass sich ein nennenswerter Anteil wegen der Beschwerden in ärztlicher Behandlung befindet.

Wie Abbildung 49 zu entnehmen ist, waren die weitaus meisten Befragten noch nie wegen ihrer Schlafprobleme in ärztlicher Behandlung. Dies gilt auch für die Gruppe, die der Kategorie mit „hochgradigen Schlafproblemen“ zugeordnet wurde. Zwar befinden sich hier 11,5 Prozent in aktueller Behandlung, aber 70 Prozent geben an, diesbezüglich noch nie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben.



Behandlungsrelevanz versus Behandlungsprävalenz

Abbildung 49:

Ärztliche Behandlungen wegen Schlafproblemen nach Ausprägung der Schlafprobleme (n=1.407)

Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Über alle drei Kategorien der Ausprägung der Schlafprobleme hinweg haben 4 Prozent angegeben, dass sie aktuell bzw. regelmäßig in ärztlicher Behandlung sind. Rechnet man diesen Wert auf die Gesamtstichprobe aller 3.000 Befragten um, so resultiert eine „Behandlungsprävalenz“ von knapp 2,0 Prozent. Dieser Befund liegt unter dem Wert der Auswertungen der ambulanten Diagnose- daten der DAK-Versicherten in Höhe von 3,4 Prozent.

„Nicht selten habe ich auch schon von Patienten gehört, dass sie ihrem Arzt nichts von den Schlafstörungen erzählen, weil sie Angst davor haben, ein Schlafmittel verschrieben zu bekommen. Oder auch aus Angst vor Stigmatisierungen haben, etwa in die „Psycho-ecke“ gestellt zu werden. Ebenso ist die Frage nach Insomnien noch nicht in das Standardrepertoire von Ärzten aufgenommen worden. Insofern besteht eine Versorgungslücke, derartige Beschwerden nicht frühzeitig erkannt und somit auch nicht früh behandelt werden. Daraus resultieren chronifizierte Insomnien, die weitaus schwieriger zu behandeln sind und die auch mit mehr zusätzlichen Problemen einhergehen.“

*Prof. Dr. D. Riemann,
Freiburg*

„Die Versorgungslücke besteht vor allem darin, dass die Patienten häufig keine geeignete Anlaufstelle für ihre Probleme finden. Insomnien sind vor dem Hintergrund fehlender Behandlungsangebote, fehlender Behandlungskompetenzen und einem Mangel an spezialisierten Behandlungszentren eindeutig unterversorgt. In der Folge können auf Seiten der Betroffenen Resignation, „Ärztelisting“, insuffiziente Kur- und Rehamassnahmen und das Ausweichen auf paramedizinische Angebote festgestellt werden.“

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

Berücksichtigt man zudem auch die 2,1 Prozent, die angeben, schon öfter, aber aktuell nicht in ärztlicher Behandlung zu sein, ergibt sich für diese Gruppe eine "Behandlungsprävalenz" von 1,0 Prozent, was in der Summe einem Wert in Höhe von gut 3,0 Prozent entspricht. Diese subjektiv ermittelte "Behandlungsprävalenz" zum Befragungszeitpunkt stimmt zufriedenstellend gut überein mit der Betroffenenquote – auf Basis der ambulanten Diagnosedaten der DAK-Versicherten und bezogen auf 12 Monate – in Höhe von 3,4 Prozent.

Dennoch wirft – speziell der in der Gruppe mit hochgradigen Schlafproblemen – hohe Teil an Befragten, die bislang noch nicht in Behandlung war, Fragen auf. Dies scheint für einen eher geringen Leidensdruck zu sprechen. Die von der DAK befragten Experten widersprechen diesem Eindruck. Die Aussagen der Experten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Schlafstörungen werden von Betroffenen durchaus als belastend bis krankheitswertig eingeschätzt, jedoch fehlt es in der Allgemeinbevölkerung an Bewusstsein dafür, dass chronisch schlechter Schlaf eine ernstzunehmende Gesundheitsbeeinträchtigung darstellen kann. Kenntnisse über mögliche Folgeerkrankungen, speziell von schlafbezogenen Atmungsstörungen, anderen organisch bedingten Schlafstörungen sowie von Schlafstörungen durch Schichtarbeit sind vielfach unzureichend.
- Des Weiteren ist die Tendenz zu beobachten, dass Betroffene, bevor sie einen Arzt aufsuchen, sich zunächst selbst helfen und zu sogenannten Hausmitteln greifen. Neben der längerfristigen Einnahme von freiverkäuflichen Schlafmitteln wird hier der Konsum von Alkohol als Schlafförderer kritisch hervorgehoben.
- Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass Betroffene den Arzt über ihre Schlafstörungen bewusst nicht unterrichten, um mögliche Konsequenzen im Zuge einer unliebsamen Diagnosestellung zu meiden.

Darüber hinaus wird mehrfach betont, dass die Betroffenen häufig nicht wissen, an welche Ärzte sie sich mit ihrem Problem wenden können. Das heißt, ausgehend von der Perspektive des Betroffenen konstatieren die Experten, dass die Behandlungsrelevanz von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen in der ambulanten Versorgung vielfach übersehen werden kann.

Im Zusammenhang damit stehen die Fragen nach der Diagnostik von Schlafstörungen bzw. nicht erholsamem Schlaf und dem Arzt-Patienten-Kontakt.

Diagnostik von Schlafstörungen mit besonderem Blick auf den Arzt-Patienten-Kontakt

Von den 1.407 Befragten mit Schlafstörungen waren 225 (16 %) zumindest früher einmal wegen dieser Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Die von den Ärzten durchgeführten Maßnahmen zur Abklärung der Schlafprobleme sind geordnet nach der Häufigkeit ihrer Nennung durch die 225 Befragten in Abbildung 50 dargestellt.

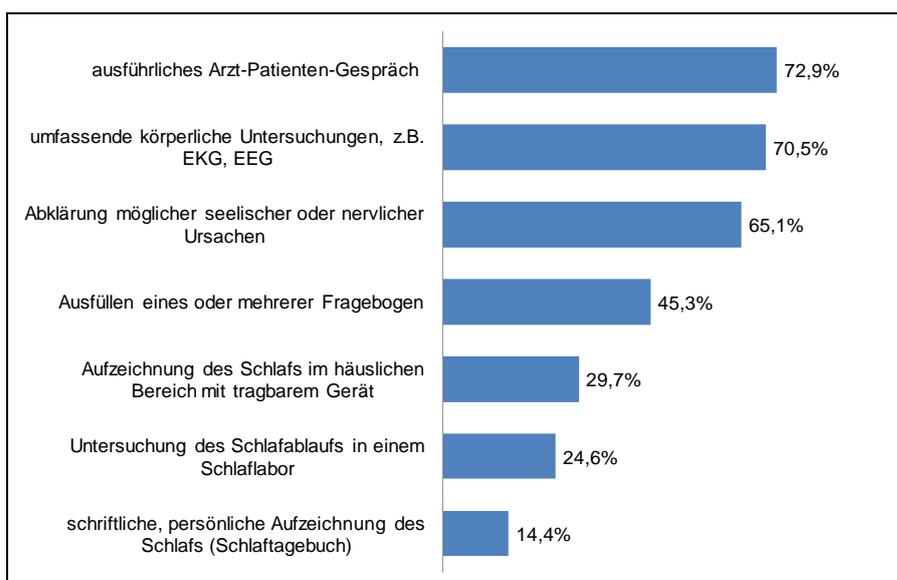


Abbildung 50:

Durchgeführte diagnostische Maßnahmen zur Abklärung der Schlafprobleme (n= 225 Befragte, die wegen der Schlafprobleme bereits in ärztlicher Behandlung waren)

Quelle: IGES; eigene Berechnung nach DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Wie auch in den Leitlinien empfohlen, werden Schlafprobleme zunächst vor allem durch eine ausführliche Anamneseerhebung einschließlich körperlicher Untersuchung und Abklärung möglicher psychischer Ursachen untersucht. Apparative Untersuchungen werden nur bei einem kleineren Teil durchgeführt.

Nach Angaben der Betroffenen hat sich die Abklärung von Schlafproblemen bei den wenigsten auf den Einsatz von Schlafstagebüchern bzw. -protokollen gestützt, die seitens der Experten zwar als zeitaufwendig, aber dafür auch als ein sehr gutes diagnostisches Instrument eingeschätzt werden. Schlafstagebücher erfüllen den Zweck, subjektive schlafbezogene Daten sowie Angaben zur Tagesbefindlichkeit über einen längeren Zeitraum zu erfassen. Ärzte erhalten auf diesem Wege einen guten, realistischen Überblick über die Symptomatik der Schlafstörung und wie diese sich im Zuge der Behandlung verändert.

"Der Einsatz von Schlafstagebüchern und ähnlichen Methoden stellt eine Ergänzung dar, vermindert den Zeitaufwand aber nicht, sondern erfordert vielmehr für die Auswertung zusätzliche Zeit. Eine angemessene Vergütung dafür ist nicht vorgesehen."

Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa

"Methoden wie Schlafstagebücher, die außerordentlich hilfreich sind, werden leider nicht eingesetzt, obwohl sie eigentlich extrem kostengünstig sind."

Prof. Dr. D. Riemann, Freiburg

"Im Vergleich zu älteren Menschen besteht bei jüngeren Menschen mit schweren Schlafstörungen am ehesten die Neigung, eine adäquate Diagnostik anzusetzen. Immer dann, wenn Störungen aufgrund des Lebensstils oder bezüglich der Wohnbedingungen erklärbar zu sein scheinen, wird den Klagen der Menschen oftmals keine ausreichende Bedeutung zugemessen."

Prof. Dr. G. Glaeske, Bremen

"Das Problem lässt sich plakativ so zusammenfassen: „Der Hausarzt fragt nicht und der Betroffene erwähnt es nicht.“ Bei beiden besteht ein Wissensdefizit. Der Hausarzt hat im Studium nichts über Schlafstörungen gelernt und sich bisher nicht gezielt weitergebildet, der Betroffene hat bisher nicht wahrgenommen, dass Schlafstörungen eine Erkrankung sind, für die es erfolgversprechende Behandlungen gibt"

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

" Möglicherweise besteht auch bei Ärzten eine hohe Ignoranz gegenüber dem Thema Insomnie und vielleicht eine generelle Einstellung, dass es sich hierbei doch eher um Bagatellen und nicht um ernstzunehmende Gesundheitsbeeinträchtigungen handelt. Die kritische Diskussion um Schlafmittel mag auch dazu beigetragen haben, dass Ärzte dieses Thema lieber ausklammern, um sich nicht die „Finger“ zu verbrennen."

Prof. Dr. D. Riemann, Freiburg

In Bezug auf die diagnostische Abklärung von Schlafproblemen verfügt die Schlafmedizin über eine Vielzahl an aussagekräftigen und validen Methoden, an deren Verbreitung dringlich zu arbeiten ist. Nach Einschätzung der Experten wird im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes die Behandlungsrelevanz von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen auch deshalb übersehen, weil einerseits Ärzte in Gesprächsführung und gezielter Fragetechnik nicht genügend ausgebildet sind und weil andererseits der nicht mehr erholsam schlafende Patient gegenüber dem Arzt diese Beschwerde nicht äußert. Mit anderen Worten: Der Impuls für die diagnostische Abklärung von nicht erholsamem Schlaf und Schlafstörungen geht in der Regel vom Patienten aus, es ist nicht die Regel, dass der Arzt nach Schlafstörungen fragt.

Sofern Betroffene für sich den Krankheitswert ihrer Symptome erkennen und diese gegenüber einem Arzt auch äußern, kann eine weitere Hürde für eine zielgerichtete Diagnostik dahingehend bestehen, dass der Arzt, ähnlich wie auf Seiten von Betroffenen, gewisse Vorbehalte hegt. Weitere von den Experten vorgebrachte Problemstellungen bezüglich der Diagnostik bei Schlafstörungen und des Arzt-Patienten-Kontaktes lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die ursachenorientierte Abklärung von Schlafstörungen ist ein zeitaufwendiger Prozess. Zeitmangel in der ärztlichen Praxis führt dazu, dass die Behandlungsrelevanz von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen in der (haus-) ärztlichen Praxis häufiger übersehen wird.
- Neben einer unzureichenden Anwendung leitliniengerechter Diagnoseverfahren wird auf Seiten der Ärzte zudem Hilflosigkeit und Scheu gegenüber dem Symptom Insomnie ausgemacht.
- Bemerkt werden aber auch mögliche Vermeidungsreaktionen gegenüber der Diagnose Insomnie, ggf. als Reflex auf die kritische Diskussion um den Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

In Bezug auf die Überweisungspraxis machen die Experten Barrieren zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung aus, die teils mit einer unzureichenden Akzeptanz seitens der Patienten in Bezug auf die Diagnose und die damit ggf. einhergehende Überweisung zu einem Psychiater/Psychotherapeuten oder mit der bereits angeführten mangelnden Aufmerksamkeit gegenüber der Beschwerde "Nicht erholsamer Schlaf" in Verbindung gebracht werden. Zudem bestehen auf Seiten von Fachärzten für Psychiatrie oder Neurologie nicht notwendigerweise spezifische, schlafmedizinische Kenntnisse. In vielen Regionen gibt es auch lange Wartezeiten, die einer Chronifizierung Vorschub leisten. Bislang gibt es nur wenige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Schlafmedizin bzw. mit dem Qualitätsnachweis der DGSM "Somnologie".

Alles in allem bleibt festzuhalten, dass mit der ursachenbezogenen Diagnostik von Schlafstörungen "das Ziel einer adäquaten, effizienten, bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und nebenwirkungsarmen Therapie" verbunden ist. Zwei Ansätze, die medikamentöse und die nicht-medikamentöse Therapie waren Gegenstand des DAK-Gesundheitsreports. Breiten Raum nahm die Analyse der Arzneiverordnungen zu Lasten der GKV ein. Wiederholt auftretende Schlafprobleme stehen im Verdacht, zu schnell und zu häufig verordnet zu werden.

Einsatz verordneter Schlafmittel

Nach Ergebnissen der Verordnungsanalysen kann bei rund 14 Prozent der Versicherten ein Viel- bzw. Langzeitgebrauch – zu Lasten der GKV – ausgemacht werden. Mit der Kritik, dass in Deutschland Schlafmittel zur Behandlung von insomnischen Beschwerden nicht durchweg sachgemäß verordnet werden, wurden auch die Experten im Rahmen der schriftlichen Befragung konfrontiert. Diesbezüglich zeichnet sich unter den Experten ein teils sehr konträres, aber differenziertes Stimmungsbild ab:

- Ein größerer Teil der Experten tendiert zu der Auffassung, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel zu häufig und/oder zu lange sowie oft auch ohne genaue Diagnosestellung verordnet werden. Auch würden mögliche Risiken wie z.B. die Niedrigdosisabhängigkeit bei der Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln nicht hinreichend beachtet.
- Ein anderer Teil der Experten ist der Meinung, dass zur Behandlung von insomnischen Beschwerden Schlaf- und Beruhigungsmittel sachgemäß verordnet werden. Dennoch wird betont, dass
- die Beachtung sinnvoller therapeutischer Alternativen vielfach unterbleibt und die schlafmedizinische Qualifikation auf Seiten der Ärzte Grundvoraussetzung für eine Prävention von Schlafmittelabhängigkeiten ist.

Speziell aus der Perspektive der Schlafmedizin und -Forschung wird die Auffassung vertreten, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel als unverzichtbarer Baustein in der Behandlung von Insomnien eher zu selten, zu spät sowie auch falsch verordnet werden, so dass eine Beendigung der Schlafmitteltherapie dann innerhalb der angemessenen Frist nicht mehr möglich ist. Ausdrücklich mit Blick auf Verordnungsdauern und Langzeitgebrauch zeigen die Experten auf, dass

"Für Hausärzte ist es häufig nicht klar, wohin Patienten mit Schlafstörungen (außer Schlafapnoe) überwiesen werden können. Ärzte, welche die Schlafapnoe-Stufendiagnostik durchführen, sind häufig Pneumologen und verfügen nicht notwendigerweise über die Kompetenz zur Beurteilung von anderen Formen von Schlafstörungen. Bei Fachärzten für Psychiatrie oder Neurologie bestehen ebenfalls nicht notwendigerweise spezifische schlafmedizinische Kenntnisse. In vielen Regionen gibt es auch lange Wartezeiten, die einer Chronifizierung Vorschub leisten."

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

"Aus meiner Sicht werden Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht sachgerecht verordnet. Wir müssen leider davon ausgehen, dass mindestens 40-50% der verordneten typischen und auch wirksamen Mittel aus der Gruppe der Benzodiazepine (z.B. Remestan®, Noctamid®, Dalmadorm®, Radedorm®, wirkstoffgleich Generika u.a.), aber auch der sog. Z-Drugs (z.B. Bikalm®, Ximovan® oder die entsprechenden Generika mit den Wirkstoffen Zolpidem oder Zopiclon) nur noch deshalb verordnet werden, weil die Menschen in der Zwischenzeit abhängig geworden sind. Sie können die Einnahme nicht mehr ohne fremde Hilfe beenden. Die Verordnungsdauer beträgt nämlich in vielen Fällen nicht, wie dies „bestimmungsgemäß“ wäre, 8 – 14 Tage, sondern Monate und Jahre."

Prof. Dr. G. Glaeske, Bremen

"Bis auf wenige Ausnahmen glaube ich schon, dass Hypnotika lege artis von den meisten Ärzten eingesetzt werden. Das Problem besteht ja darin, dass eine chronische Störung mit Medikamenten behandelt werden muss, die nur für den Kurzzeitgebrauch zugelassen sind. Eine 3-wöchige Hypnotikabehandlung eines Patienten mit chronischer Insomnie hat eben keinen heilenden Effekt. Nach Absetzen der Medikamente steht der Patient wieder da, wo er vorher war. Insofern ist sowohl für die gängigen als auch für neue Hypnotika zu fordern, dass Langzeitstudien durchgeführt werden müssen über Zeiträume von 3-6-12 Monaten und nicht von 2-4 Wochen."

Prof. Dr. D. Riemann, Freiburg

„Dringend erforderlich wäre eine intensive, flächendeckende Schulung von Therapeuten (z. B. ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten) zur nicht-medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen. Die Durchführung dieser Therapien muss ausreichend finanziert werden. Die Förderung der schlafmedizinischen Kompetenz der Behandler, insbesondere für nicht-pharmakologische Behandlungsansätze und den Einsatz sekundärer Schlafmittel (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika), kann Schlafmittelabhängigkeiten in der Bevölkerung wirksam reduzieren.“

*Vorstand der
DGSM, Schwalmstadt-Treysa*

- Unerfahrenheit dahingehend besteht, welche Pharmaka sich zur Behandlung von Insomnien eignen. In Folge dessen wird oftmals auch auf für die Therapie von Schlafstörungen ungeeignete Mittel zurückgegriffen.
- potentiell sucht- und abhängigkeitsinduzierende Schlaf- und Beruhigungsmittel zunehmend auch für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung auf Privatrezept verordnet werden. Nach Angaben von Experten wird etwa die Hälfte aller Mittel auf Privatrezept verordnet.
- Langzeitverordnungen nur in Ausnahmefällen indiziert sind, diesbezüglich jedoch ein noch erheblicher Weiterbildungsbedarf auf Seiten der Ärzte besteht. Notwendig sei eine verbesserte Kenntnis über eine erfolgreiche und zugleich risikominimierende Versorgung im Rahmen von Therapiekonzepten wie z.B. bedarfskontrollierte Intervalltherapie oder niedrigpotente Kombinationstherapie.

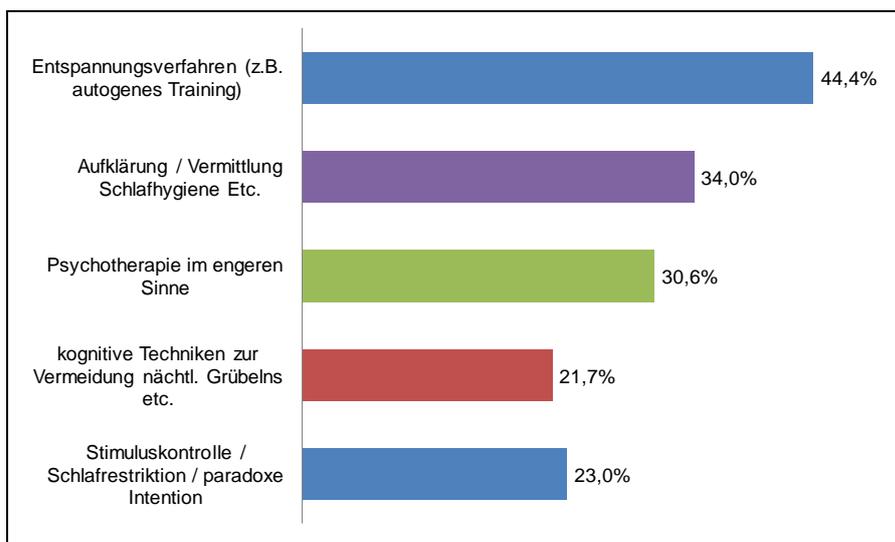
Im Zusammenhang mit der kritischen Auseinandersetzung mit Verordnungsdauern und Langzeitgebrauch wird aus Expertensicht explizit auf die Unmöglichkeit hingewiesen, eine chronische Störung mit Medikamenten zu behandeln, die eigentlich nur für eine kürzest mögliche Behandlungszeit zugelassen sind. Auch wird konstatiert, dass ein längerfristiger Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in vielen Fällen pauschal und unkritisch mit einer Abhängigkeit gleichgesetzt wird. Nichtsdestotrotz halten alle Experten fest, dass der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in jedem Falle eine sorgfältige Diagnostik vorauszu-gehen hat.

Einhellig wurde darauf hingewiesen, dass eine temporäre Hypnotika-Behandlung bei speziell chronischer Insomnie keinen heilenden Effekt hat. Während der Einnahme werden nur die insomnischen Symptome unterdrückt. Bei indizierten Folgeverordnungen, z.B. wenn alternative Therapien wirkungslos geblieben sind, muss die Problematik in Bezug auf eine Toleranzentwicklung, Rebound-Phänomene, Missbrauch und Abhängigkeit genau beobachtet werden.

Übereinstimmend appellierten die Experten, dass die Einnahme von Schlafmitteln - speziell bei chronischer Insomnie - begleitenden Maßnahmen wie der Vermittlung von Regeln der Schlafhygiene bis hin zu weiterreichenden verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, d.h. ohne sogenannte nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien in der Langzeitwirkung unterlegen ist. Dessen ungeachtet verweisen die Experten auch auf die Notwendigkeit, über den Nutzen kurzfristiger Therapien mit Hypnotika stärker aufzuklären und nicht nur die potentiellen Risiken hervorzuheben.

Anwendung nicht-medikamentöser Behandlungsstrategien

Nach den subjektiven Angaben der Befragten, die wegen Schlafproblemen bereits in ärztliche Behandlung waren, nennt knapp ein Viertel, dass Ansätze wie Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion und Paradoxe Intention bei ihnen angewendet wurden. Abbildung 51 zeigt das Ergebnis im Überblick. Anzumerken ist, dass die Maßnahmen im Rahmen der Befragung entsprechend umschrieben wurden.



Quelle: DAK-Bevölkerungsbefragung 2009

Im Sinne der Leitlinie "Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen" ist es positiv hervorzuheben, dass nahezu jede/r Zweite, der bereits wegen Schlafproblemen ärztliche Hilfe aufgesucht hat, angibt, dass zur Behandlung Entspannungsverfahren wie z.B. Autogenes Training, Biofeedback, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen sowie Yoga und Meditation angewandt wurden.

Differenzierter zu betrachten ist hingegen, dass gut ein Drittel angibt, dass bei ihnen persönlich Basisverfahren wie Aufklärung und Beratung sowie die Vermittlung von Regeln der Schlafhygiene angewandt wurden. So zeigen vertiefende Auswertungen, dass in der Gruppe derjenigen, bei denen Aufklärung und Sensibilisierung hinsichtlich schlafrelevanter Fragestellungen (z.B. Funktion des Schlafs, Schlafdauer, Schlafregulation etc.) durch den Arzt praktiziert wurden, die Zahl der Personen, die schon einmal Schlafmittel eingenommen hat, mit 47,4 Prozent kleiner ausfällt, als wenn keine Aufklärung und Psychoedukation stattgefunden haben (59,7 %).

Abbildung 51:

Welche der folgenden nicht-medikamentösen Strategien wurde bei Ihnen bereits angewendet? (n=225 Befragte, die wegen der Schlafprobleme bereits in ärztlicher Behandlung waren)

Schlafaufklärung in Kombination mit Einnahme von Schlafmitteln?

"Schlafmedizinische Zentren, insbesondere mit interdisziplinärer Ausrichtung verfügen häufig über die notwendige Kompetenz. Für die meisten Schlaflabore ist es aber nicht möglich, ambulante Versorgungskapazitäten im notwendigen Umfang anzubieten. Für Schlaflabore an Kliniken gibt es, abgesehen von universitären Einrichtungen, entweder keine Möglichkeit einer ambulanten Versorgung, oder nur auf der Basis einer eingeschränkten und unsicheren Rechtsgrundlage (Ermächtigungsambulanz). Diese reicht als Grundlage für Investitionen in Sach- und Personalausstattung nicht aus."

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

"Die Kenntnisse über Psychoedukation und Verhaltenstherapie sind sowohl bei Betroffenen als auch Behandlern nur rudimentär vorhanden. Complianceprobleme bei Patienten begründen sich bei der nicht medikamentösen Therapie in dem höheren Zeitaufwand und der nicht raschen, sondern eher langfristigen Wirksamkeit nicht-medikamentöser Verfahren. Weiterhin sind sie darin begründet, dass die Patienten die Behandlung oft in nicht unwesentlichem Umfang selbst bezahlen müssen und dafür lange Wartezeiten von bis zu mehreren Monaten vorliegen."

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

Von der Anwendung bzw. Vermittlung kognitiver Techniken, z.B. zur Verminderung von Schlafängsten, negativer Gedanken etc. berichtet gut jede/r Fünfte, der bereits schon mal aufgrund von Schlafproblemen in ärztlicher Behandlung war. Dies kann – gemeinsam mit dem Ergebnis zur Stimuluskontrolle etc. – ggf. für einen geringen Bedarf derartiger nicht-medikamentöser Behandlungsansätze sprechen. Diesem Eindruck widersprechen die von der DAK befragten Experten. Die Experten reklamieren mehrheitlich, dass

- bei der Behandlung insomnischer Symptomatiken nicht-medikamentöse Interventionen trotz nachgewiesener nachhaltiger Wirksamkeit nur unzureichend beachtet werden, da auf Seiten der Behandelnden (Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten) ein mangelnder Kenntnisstand aufgrund fehlender Ausbildung und Kapazität besteht;
- das diesbezügliche Behandlungsangebot in Deutschland als sehr gering eingeschätzt wird. Schlafmedizinische Zentren mit interdisziplinärer Ausrichtung verfügen häufig über die erforderlichen Kompetenzen, jedoch besitzen sie in der Regel nicht die Zulassung zur ambulanten, nicht medikamentösen Behandlung der Insomnien.

Auch steht nach Meinung der Experten einer bedarfsgerechten Verwirklichung von nicht-medikamentösen Therapieverfahren entgegen, dass es in Deutschland an Institutionen und entsprechender Einflussnahme mangelt, die sich dem Ziel der Verbreitung kognitiver und verhaltensmedizinischer Therapien angenommen haben. In diesem Zusammenhang wird auch die Honorierung derartiger Therapien kritisch angesprochen.

Nach dem aktuellen Erkenntnisstand sollten nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien bei einer insomnischen Symptomatik sowohl seitens der Behandelnden als auch seitens der Patienten eine höhere Akzeptanz erfahren. Anders als bei der vermeintlich schnell wirksamen medikamentösen Therapie erfordern nicht-medikamentöse Verfahren von Betroffenen viel Zeit und Anstrengung, speziell hinsichtlich der Veränderung von Verhaltensgewohnheiten und Lebensstilen. Eine Voraussetzung hierfür wird unter anderem in einer verständlichen und zielgruppenspezifischen Ansprache gesehen.

Welche Maßnahmen können zu einer Verbesserung der Versorgung von Patienten mit speziell Ein- und Durchschlafstörungen in Deutschland beitragen?

Mit Blick auf die bisherigen Ausführungen zur Versorgungssituation sprechen sich die Experten mehrheitlich für eine Intensivierung der zielgruppenspezifischen Aufklärung und Beratung über Schlaf und Schlafstörungen aus, nicht zuletzt auch dahingehend, dass Betroffene sich eine gute Selbsteinschätzung aneignen können. Hier ist von Bedeutung, dass Betroffene den Krankheitswert von Schlafstörungen nicht unter- und auch akute, temporäre Symptome nicht gleich überschätzen. Nicht jede Beschwerde "schlecht geschlafen" ist mit Schlafstörungen gleich zu setzen.

Darüber hinaus wird überwiegend ein Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen gesehen. Hierzu zählt neben der Umsetzung leitliniengerechter Diagnostik und Therapie auch die Anwendung des in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft von der Bundesärztekammer herausgegebenen Leitfadens zum Umgang mit problematischen Medikamenten. Zudem wird seitens der Experten vorgeschlagen, zur Verbesserung der Behandlung von Patienten mit chronischen Schlafstörungen strukturierte Behandlungsprogramme einzuführen. Dies wäre auch eine Voraussetzung für eine Verbesserung der Überweisungspraxis zum Facharzt.

Die seitens der Experten hervorgebrachten Notwendigkeiten und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit schlafmedizinischen Erkrankungen können wie folgt zusammen gefasst werden:

- Aufklärung der Bevölkerung allgemein in Bezug auf Aspekte der Schlafregulation, verhaltensbezogene Ursachen von Schlafstörungen sowie aber auch über die mögliche Krankheitswertigkeit von Schlafstörungen.
- Ausweitung der patientenbezogenen Aufklärung in Bezug auf Existenz und Wirksamkeit nicht-medikamentöser Therapien sowie präventive Maßnahmen und Angebote.
- Intensivierung der patientenbezogenen Aufklärung über Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie unter Beteiligung von Ärzten, Apothekern und sonstigen Beratungsinstitutionen (z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] sowie auch Verbraucherschutzorganisationen z.B. Stiftung Warentest).
- Erweiterung des Kenntnisstandes, u.a. auf Seiten der Ärzte im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung bezüglich Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen, was auch die Qualifizierung für eine engagierte Implementierung von Therapieempfehlungen und Leitlinien umfasst.

"Wir brauchen zunächst ein „breites“ Bild von der derzeitigen Patientenversorgung, um daraus Defizite und Lösungen ableiten zu können. Pilotversuche mit einem Disease-Management-Programm (DMP) wären aus meiner Sicht sehr zielführend. Da diese Störungen häufig sind, sind Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermuten. Die Kassen sollten daher ein Interesse daran haben, die Versorgung zu optimieren und vor allem Abhängigkeit und UAWs bei den Patienten zu vermeiden."

Prof. Dr. G. Glaeske, Bremen

- Verstärkung qualitätssteigernder Aktivitäten in der Schlafmedizin, speziell im Bereich der Diagnostik und Therapie der Insomnien und im Zuge der Schaffung finanzieller Anreize für den Einsatz dieser Verfahren.
- Ausbau von Zentren mit interdisziplinären Ansätzen (u.a. Neurologen, Internisten, Psychiatern, Psychologen, HNO-, Zahnärzte etc.) zur Diagnostik und Therapie vielschichtiger schlafmedizinischer Problemstellungen, sowohl ambulant als auch stationär in der Versorgung.
- Stärkung und Ausbau der schlafmedizinischen Forschung in Deutschland - zum einen in Bezug auf Grundlagenforschung, ggf. im Rahmen der Etablierung von Kompetenzzentren, zum anderen auch im Hinblick auf eine Ausweitung der Versorgungsforschung. Darauf aufbauend wird die Konzeption und Evaluation geeigneter Maßnahmen und Präventionsangeboten in den Fokus gerückt.

"Ein flächendeckendes Netz an Präventionsangeboten, gefördert durch die Kassen, sollte dringend aufgebaut werden. Angebote für Betriebe, Schulen und Gesundheitsinstitutionen sind unabdingbar."

*Vorstand der DGSM,
Schwalmstadt-Treysa*

Als abschließendes Argument der Experten ist anzuführen, dass es durchaus plausible, nachvollziehbare und erfolgversprechende Verhaltensweisen gibt, die den Schlaf fördern bzw. die Erholbarkeit des Schlafs verbessern. Gerade in Bezug auf die verhaltensbezogenen Ursachen von Schlafstörungen wird an die Eigenverantwortung eines jeden appelliert, letztendlich unterstützt - wie oben ausgeführt - durch Sensibilisierung und Aufklärung. In diesem Sinne sprechen die Experten sich auch für den Ausbau eines flächendeckenden Netzes an Präventionsangeboten aus, das speziell auch Angebote für Schulen und Betriebe vorhält.

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

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

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 52). Abbildung 53 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

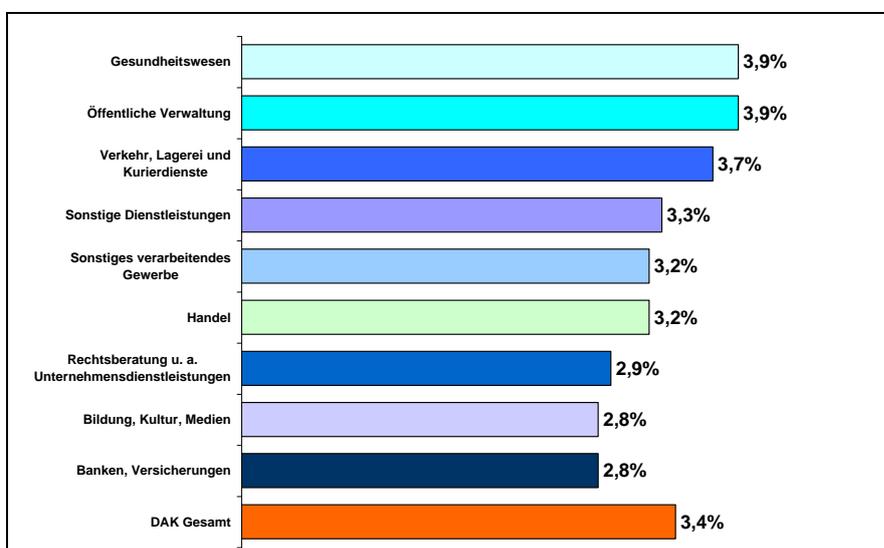


Abbildung 52:

Krankenstandswerte 2009 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl

Quelle: DAK AU-Daten 2009

Die Branchen „Gesundheitswesen“ und „Öffentliche Verwaltung“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 3,9 Prozent an der Spitze. Ebenfalls über dem Durchschnitt aller Branchen liegt die Wirtschaftsgruppe „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ und „Banken, Versicherungen“ mit unterdurchschnittlichen Krankenständen in Höhe von jeweils 2,8 Prozent.

„Gesundheitswesen“ an der Spitze gefolgt von öffentlicher Verwaltung

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

- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherte konnten 2009 121 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 11,8 Tage dauerten.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006

Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege umfassend analysiert.

Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegende noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 135,8 Erkrankungsfälle. Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 10,4 Tagen unter dem Durchschnitt aller Branchen (10,9 Tage je AU-Fall).

Gründe für hohen Krankenstand in der Öffentlichen Verwaltung

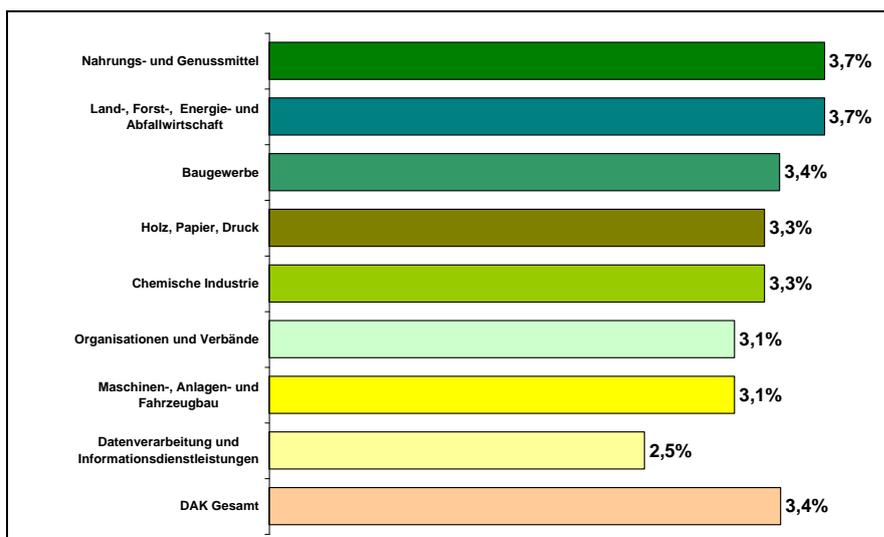
Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien teils mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.⁴⁵ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ sowie „Banken und Versicherungen“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie auch Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Banken, Versicherung“ waren 2009 nur 107,6 mal arbeitsunfähig erkrankt. Im Wirtschaftszweig „Bildung, Kultur, Medien“ liegt dieser Wert bei 108,5. Eine Erkrankung dauerte dabei in beiden Bereichen nur 9,4 Tage im Durchschnitt.

⁴⁵

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



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Abbildung 53:

**Krankenstandswerte
2009 in den acht übrigen
Wirtschafts-
gruppen**

Abbildung 53 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem produzierenden und verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind wie z.B. "Chemische Industrie" und "Holz, Papier und Druck", unter dem DAK-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

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

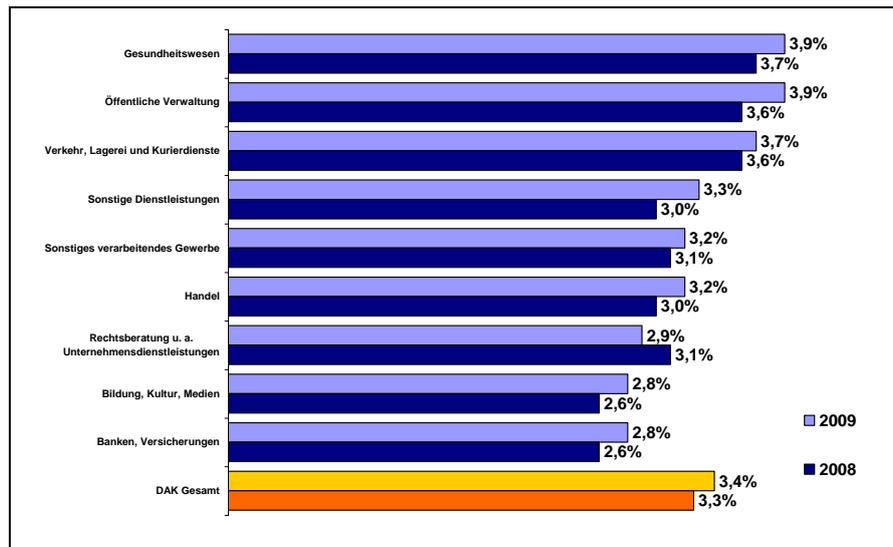
In Abbildung 54 und Abbildung 55 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2008 und 2009 vergleichend gegenüber gestellt.⁴⁶

Es zeigt sich, dass der Trend steigender Krankenstände sich in fast allen Wirtschaftsgruppen fortsetzt. Der Krankenstand ist beim Großteil der Branchen um 0,1 bzw. 0,2 Prozentpunkten angewachsen. Im Bereich "Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft" ist der Krankenstand mit 0,5 Prozentpunkten am stärksten gestiegen. Dahinter steht ein Anstieg der Erkrankungshäufigkeit bei gleichzeitig gestiegener Erkrankungsdauer je Fall. In der Wirtschaftsgruppe „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistung“ ist der Krankenstand im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte gesunken.

⁴⁶ Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sowie auch Berufsgruppen sind den Tabellen A9 bis A12 im Anhang II zu entnehmen.

Abbildung 54:

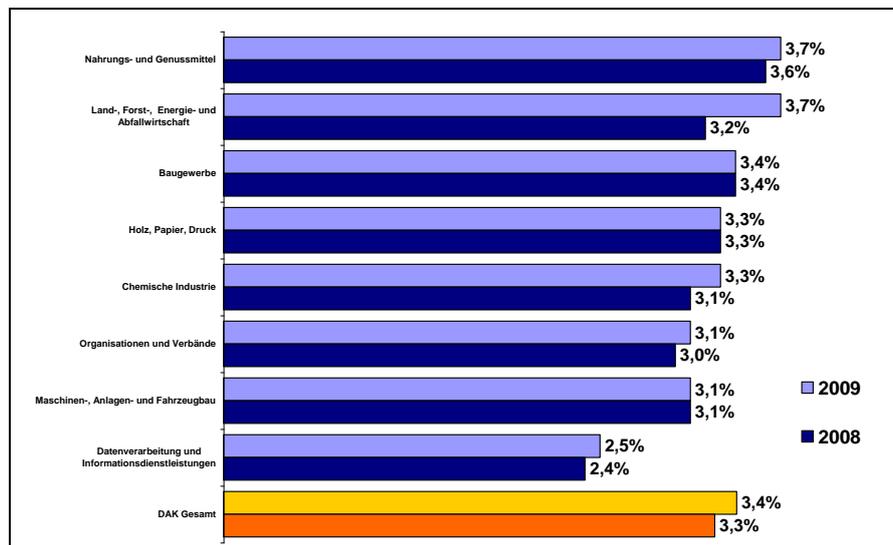
**Krankenstandswerte
2008 - 2009 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit beson-
ders hoher Mitglie-
derzahl**



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Abbildung 55:

**Krankenstandswerte
2008 - 2009 in den
acht übrigen Wirt-
schaftsgruppen**



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Unverändert blieb der Krankenstand lediglich in den Branchen "Baugewerbe", "Holz, Papier, Druck" sowie "Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau".

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

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

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 10 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2009.

Tabelle 10: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2009

Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,8%	1.031,4	101,8	10,1
Bayern	3,0%	1.099,5	104,2	10,5
Berlin*	3,9%	1.418,5	117,9	12,0
Bremen	3,5%	1.270,8	115,7	11,0
Hamburg	3,2%	1.168,9	106,0	11,0
Hessen	3,5%	1.275,3	119,2	10,7
Niedersachsen	3,4%	1.230,8	116,3	10,6
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.188,4	108,3	11,0
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.331,5	118,0	11,3
Saarland	3,8%	1.388,7	109,7	12,7
Schleswig-Holstein	3,3%	1.213,0	113,2	10,7
Westliche Bundesländer	3,3%	1.190,1	110,3	10,8
Brandenburg	4,3%	1.576,9	138,3	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,2%	1.533,0	139,8	11,0
Sachsen	3,9%	1.409,0	130,2	10,8
Sachsen-Anhalt	4,2%	1.536,3	137,0	11,2
Thüringen	4,2%	1.529,7	138,0	11,1
Östliche Bundesländer	4,2%	1.526,8	137,0	11,1
DAK Gesamt	3,4%	1.243,7	114,6	10,9

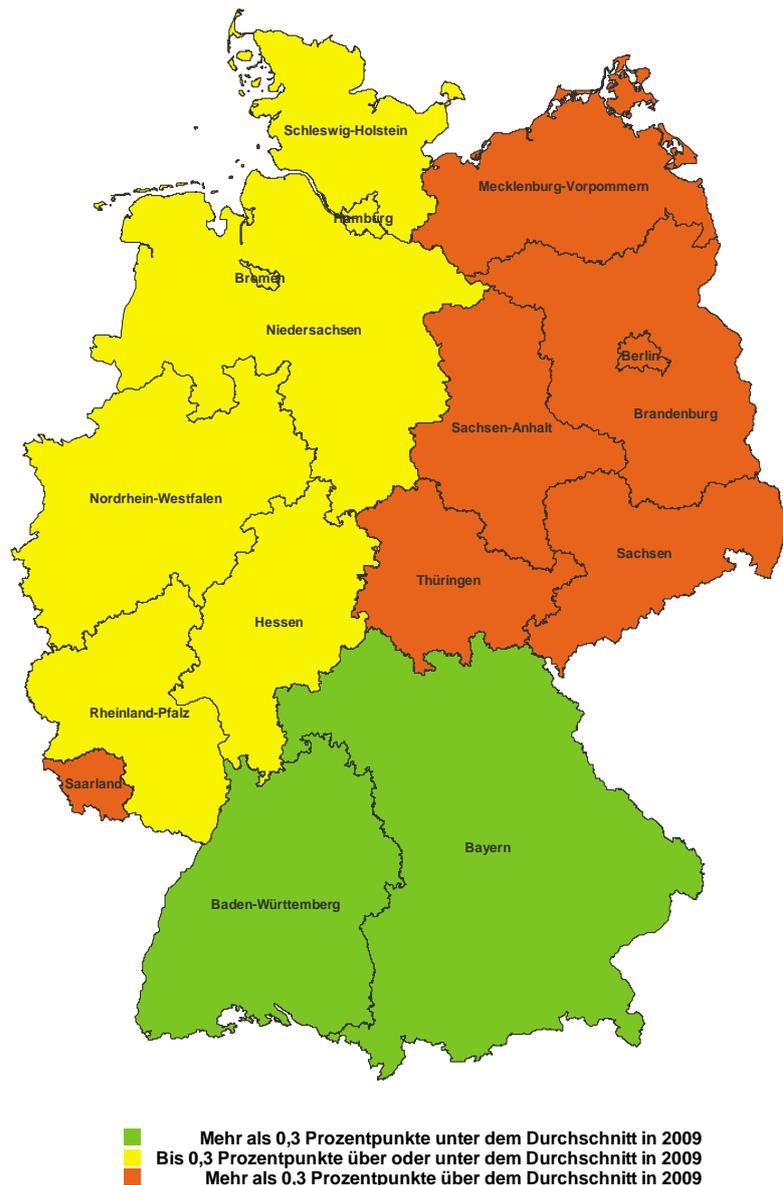
* Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Regionale Unterschiede bestehen auch in 2009 fort

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 3,4 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2009 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 56). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich - d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Abbildung 56:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2009

Günstigste Krankens-tandswerte auch in Bayern

Wie schon in den Vorjahren weisen Baden-Württemberg und Bayern mit einem Krankenstand in Höhe von 2,8 Prozent und 3,0 Prozent die niedrigsten Werte auf.

Mit Ausnahme Berlins und des Saarlandes weichen die übrigen westlichen Bundesländer nicht mehr als 0,3 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt ab. Knapp unter dem Durchschnitt liegen die Länder Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Niedersachsen liegt mit dem DAK-Bundesdurchschnitt gleich auf.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Hervorzuheben ist, dass der Krankenstand im Saarland nach Annäherung an den Durchschnitt im Vorjahr 2009 wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag. Verantwortlich für die nun wieder ungünstige Situation im Saarland ist ein Anstieg der durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 12,1 Tagen im Vorjahr auf 12,7 Tagen in 2009 bei einem gleichzeitigen Anstieg der Fälle.

Saarland über dem Durchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 3,9 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,5 Prozentpunkte über dem DAK-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt: Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen lagen mit einem Krankenstand von jeweils 4,2 Prozent und Brandenburg mit 4,3 Prozent an der Spitze.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit in Verbindung mit einer teils überdurchschnittlichen Falldauer:

Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern, Berlin ausgenommen, zwischen 101,8 (Baden-Württemberg) und 119,2 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 130,2 (Sachsen) und 139,8 (Mecklenburg-Vorpommern) auf. Die Falldauer in Sachsen ist mit 10,8 Tagen unterdurchschnittlich. In Brandenburg dauerte ein Fall hingegen 11,4 und in Sachsen-Anhalt 11,2 Tage.

Berlin steht 2009 nicht an der Spitze des Krankenstandes der Bundesländer. Der dennoch vergleichsweise hohe Krankenstand von 3,9 Prozent ist vor allem auf die Erkrankungsdauer von durchschnittlich 12,0 Tagen pro Fall zurückzuführen. Aber auch die Fallhäufigkeit (117,9 Fälle pro 100 Versicherte) liegt über dem DAK-Durchschnitt (114,6 AU-Fälle).

Berlin zwar deutlich über dem Bundesdurchschnitt, aber nicht mit an der Spitze

Entwicklung des Krankenstandes 2008 – 2009

Abbildung 57 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2009 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Anstieg der Krankenstandswerte ist in fast allen Bundesländern, ausgenommen Bremen, zu beobachten.

Westliche Bundesländer

In den westlichen Bundesländern - mit Ausnahme von Bremen - ist der Krankenstand im Vergleich zu 2008 um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Eine Ausnahme bildet das Saarland. Hier ist der Krankenstandswert um 0,3 Prozentpunkte auf 3,8 Prozent gestiegen.

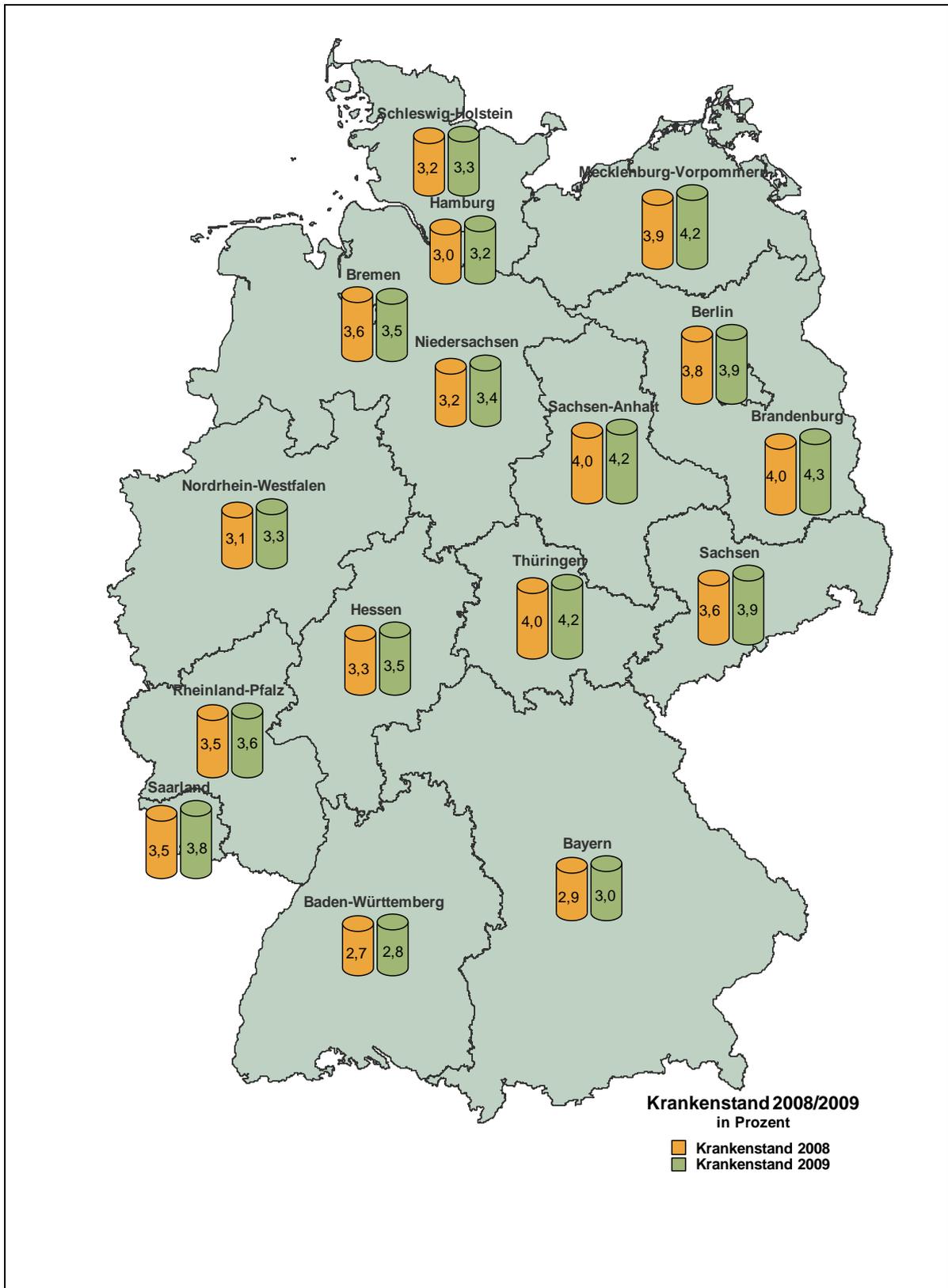
Östliche Bundesländer

Auch in allen östlichen Bundesländern ist ein Anstieg des Krankenstands zu beobachten. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen stieg der Krankenstand mit 0,3 Prozentpunkten besonders deutlich an.

Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2008 und 2009 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 57: Krankenstandswerte der Jahre 2008 und 2009 nach Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2009 / 2008

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit mehr als 10 Jahren berichtet die DAK über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem im Westen liegt.

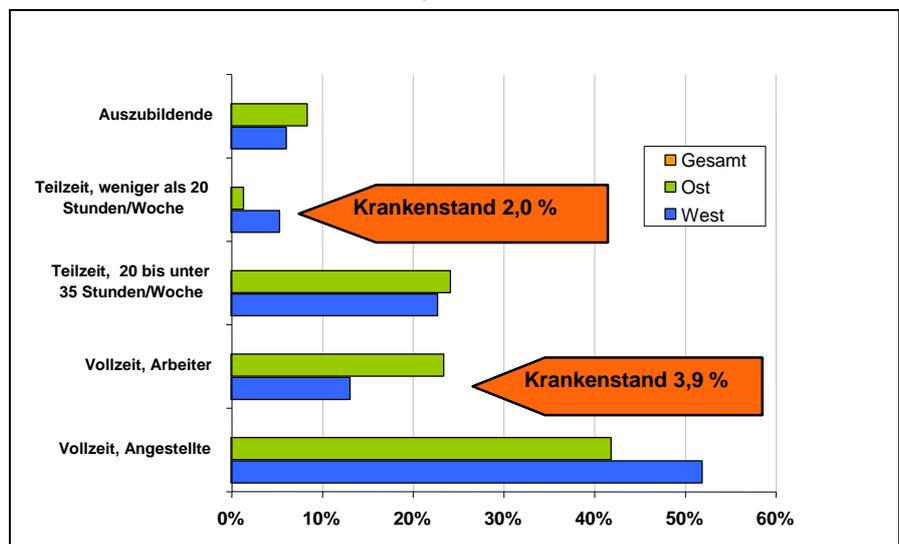
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

- Der Krankenstand im Osten wird durch eine ungünstigere und im Westen durch ein günstigeres Versicherten- sowie Wirtschaftsstruktur beeinflusst.
- Das Meldeverhalten der DAK-Versicherten im Osten führt im Vergleich zum Meldeverhalten der DAK-Versicherten im Westen zu einer exakteren Erfassung des Krankenstandes.

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 58 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 58:

Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 3,9 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den DAK-Versicherten in Ostdeutschland steigernd auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen werden. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitgliedern in Branchen, die allgemein ein höher Krankenstand kennzeichnet.

Die folgende Abbildung 59 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf zwischen Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

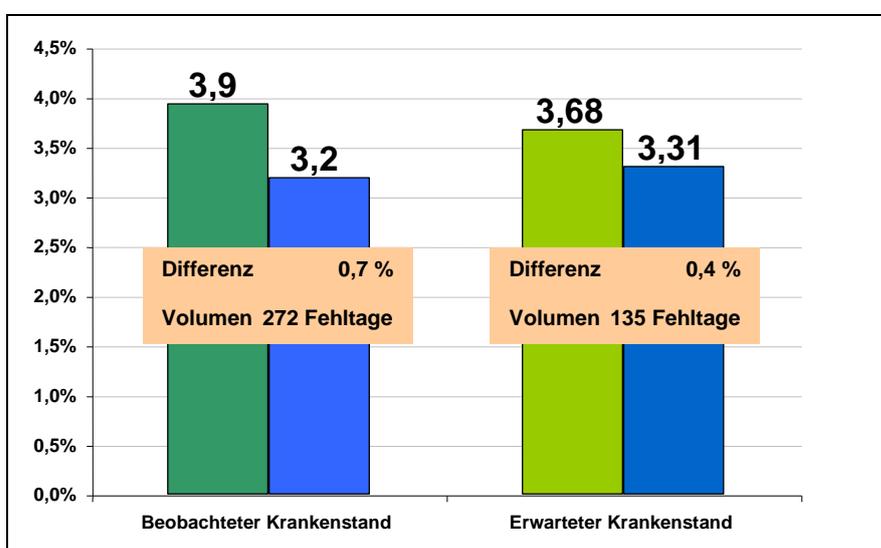


Abbildung 59:

Vergleich beobachtete und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) **in 2007**

Ost grün, West blau

Quelle: DAK-AU-Daten 2006

Beobachtet wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankheitsdifferenz zwischen den Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 Prozent (135 AU-Tage) zurückzuführen auf diese Strukturmerkmale. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage der DAK im Herbst 2007 zeigt zudem, dass ein weiterer Teil der beobachteten Krankheitsdifferenz zurückzuführen ist auf eine stärkere Untererfassung von AU-Fällen im Westen im Vergleich zum Osten.

Die Fallhäufigkeiten werden im Westen um insgesamt 27 Prozent und im Osten lediglich um 10 Prozent unterschätzt. Dies begünstigt den Krankenstandswert im Westen stärker als im Osten.

Als Hauptursache für diese Untererfassung ist das Nichteinreichen des gelben Scheins zu nennen. Wie die Auswertung der Umfrage zeigt, sind beinahe 50 Prozent aller untererfassten Fälle darauf zurückzuführen.

Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagevolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen) oder 0,6 Prozentpunkten.

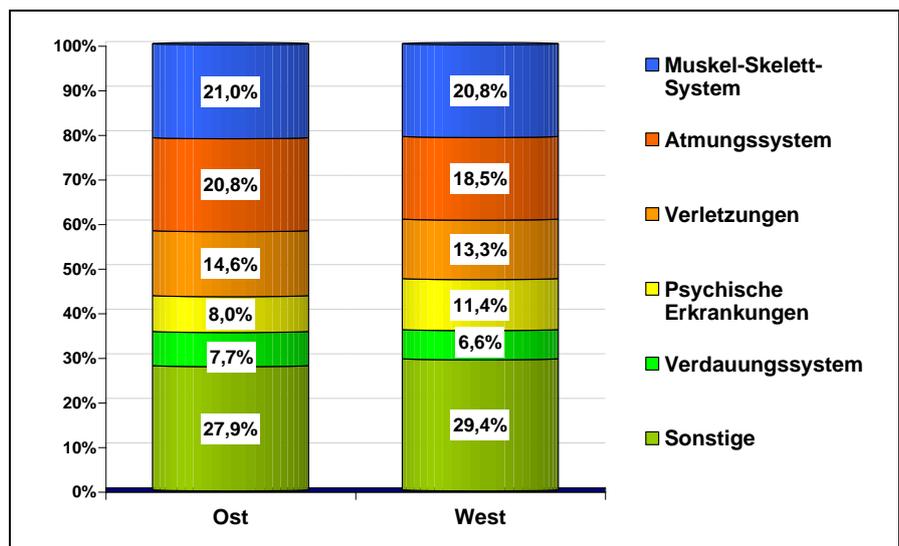
Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehende Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 60 zeigt die Anteile am Krankenstand 2009 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 60:

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



Quelle: DAK AU-Daten 2009

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems anders wie in den Vorjahren eine geringfügig kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern.

In Ostdeutschland haben Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems einen höheren Anteil am Krankenstand als in Westdeutschland.

Der deutlichste Unterschied zeigt sich, wie auch in den Vorjahren, bei den psychischen Erkrankungen:

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (11,4 % gegenüber 8,0 %).

Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand im Rechtskreis West von 11,2 Prozent auf 11,4 Prozent zugenommen. Im Rechtskreis Ost sank der Anteil psychischer Erkrankungen von 8,2 Prozent des Vorjahres auf 8,0 Prozent.

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Krankenstand ist das dritte Jahr in Folge gestiegen

Mit dem Gesundheitsreport 2010 setzt die DAK ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen DAK-Mitglieder fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der DAK-Versicherten von bereits mehr als 10 Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2009 wird folgende Bilanz gezogen:

- Der Krankenstand lag bei 3,4 Prozent. Der in den Vorjahren beobachtete Trend steigender Krankenstände hat sich auch in 2009 fortgesetzt. 2009 ist der Krankenstand das dritte Jahr in Folge gestiegen.

Eine monokausale Erklärung für den gestiegenen Krankenstand der DAK-Mitgliedern kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren, insbesondere auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene, in Betracht gezogen werden.

Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich, dass Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems stärker gestiegen sind als andere Erkrankungen.

- Entfielen 2008 auf jene Erkrankungen noch 198,8 AU-Tage je 100 Versichertenjahre, stieg der Wert 2009 auf 236,2. Der Anteil am Krankenstand für diese Diagnosegruppe stieg damit um 2,3 Prozentpunkte an.
- Unter Betrachtung der einzelnen Diagnosen ist ein starker Zuwachs bei akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (ICD J06) festzustellen (63,2 AU-Tage 2008 gegenüber 83,6 AU-Tagen 2009). Die Anzahl der Fälle stieg jedoch nicht im gleichen Maße, sodass die Arbeitsunfähigkeit pro AU-Fall länger war. Grippeinfektionen aufgrund nicht nachgewiesener Viren (ICD J11) verursachten 2009 ebenfalls mehr AU-Tage als 2008 (2008: 6,4 Tage; 2009: 11,3 Tage).

Auch Erkrankungen des Atmungssystems können durch bestimmte Arbeitsbedingungen begünstigt oder verschlechtert werden. Begünstigende Faktoren sind z. B. ein schlechtes Raumklima durch unzureichende Belüftung oder Luftverunreinigungen. Weitere Aspekte sind Zugluft, starke Hitze oder Kälte bzw. der Wechsel zwischen Temperaturzonen. Neben diesen räumlichen und klimatischen Faktoren spielt auch die persönliche Konstitution eine wichtige Rolle: Ist das Immunsystem z. B. durch Bewegungsmangel, vitaminarme Ernährung oder hohe Stressbelastung geschwächt, kommt es leichter zu Atemwegsinfekten und „Grippeerkrankungen“.

Der Anstieg der Atemwegserkrankungen zeigt, dass auch in diesem Bereich die systematische Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Unternehmen einem deutlicheren Anstieg des Krankenstandes entgegen wirken kann.

Ungeachtet des anhand von AU-Daten objektivierbaren Morbiditätsgeschehens sind Beschwerden wie "Schlecht geschlafen", "kann nicht einschlafen" bei Berufstätigen weit verbreitet. Nach der DAK-Bevölkerungsbefragung ist nahezu jeder Zweite betroffen. Das heißt aber nicht, dass sich alle Betroffenen deshalb ärztlich behandeln lassen müssen. Einer medizinischen Abklärung bedürfen Schlafprobleme hingegen, wenn sie länger als einen Monat dauern, in diesem Zeitraum dreimal oder häufiger die Woche auftreten und sich zudem störend auf Tagesaktivitäten wie z.B. den Beruf auswirken.

Schlussfolgerungen der DAK zum Thema Schlafstörungen

Demnach haben fast 10 Prozent hochgradige Schlafprobleme. Für diese Gruppe wäre es plausibel zu erwarten, dass sich ein nennenswerter Anteil wegen der Beschwerden in ärztlicher Behandlung befindet, dieser Annahme widersprechen jedoch die Ergebnisse der Auswertung der ambulanten Behandlungsdaten sowie die Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung. Insgesamt zeigt sich bei wiederholt auftretenden Schlafproblemen eine niedrige Behandlungsprävalenz, was den Ergebnissen nach u.a. durch die Betroffenen selbst begründet sein kann.

Es fehlt in der Allgemeinbevölkerung an Bewusstsein dafür, dass chronisch schlechter Schlaf eine ernstzunehmende Gesundheitsbeeinträchtigung darstellen kann. Des Weiteren ist die Tendenz zu beobachten, dass Betroffene, bevor sie einen Arzt aufsuchen, u.a. längerfristig freiverkäufliche Schlafmittel einnehmen.

In der ärztlichen Praxis selbst ist es nicht auszuschließen, dass Betroffene den Arzt über ihre Schlafstörungen absichtlich nicht unterrichten. Andererseits ist es nicht die Regel, dass Ärzte nach Schlafstörungen fragen. Als Konsequenz dessen wird vielfach die Behandlungsrelevanz von Schlafstörungen in der Praxis übersehen. Dies hat den weiteren Effekt, dass die Chance, effektive Behandlungsmaßnahmen einzuleiten, versäumt wird, was einer Chronifizierung der Schlafstörungen Vorschub leistet. Eine Situation, die aus Sicht der DAK Verbesserung bedarf. Die DAK setzt sich ein für:

- Mehr Informationskampagnen für die Bevölkerung über die gesundheitlichen Folgen chronischer Schlafstörungen sowie für eine bessere Aufklärung der Patienten über Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie.
- Mehr spezifische Fortbildung für Ärzte und Förderung der schlafmedizinischen Ausbildung, damit eine flächendeckende Versorgung sicher gestellt werden kann. Insbesondere die Hausärzte als erste Anlaufstelle für Patienten mit Schlafstörungen müssen entsprechende Kenntnisse haben.
- Verbesserung des Angebotes ambulanter Diagnoseverfahren und ambulanter Schlaflabore.
- Ambulanzzulassung für schlafmedizinische Zentren an Kliniken, soweit Regionen unterversorgt sind.

- Mehr innovative Verträge mit spezialisierten Ärzten und Krankenhäusern und leitliniengerechte Behandlung.
- Mehr Prävention auf der Grundlage von evaluierten Konzepten für einen gesunden Schlaf; die DAK fördert Entspannungstraining sowie bestimmte Schlafschulen.
- Mehr Versorgungsforschung zur Frage von Alternativen zu den üblichen Schlafmitteln (z.B. sedierende Antidepressiva).

Die DAK stellt fest: Dauerhafte Schlafstörungen wirken sich nachhaltig auf Lebensqualität und Leistungsfähigkeit aus.

Dauerhafte Schlafstörungen wirken sich nachhaltig auf Lebensqualität und Leistungsfähigkeit aus.

Die Folgen von chronischen Schlafstörungen sind vielen Berufstätigen gar nicht klar. Chronische Schlafstörungen erhöhen das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen und Depressionen betroffen zu sein. Im Alltag und Beruf können sie die Tagesbefindlichkeit beeinträchtigen. Die damit einhergehende Schläfrigkeit gilt in der Sozial- und Arbeitsmedizin zudem als Fehlerquelle und Unfallursache. Abhilfe in Form einer längerfristigen Schlafmitteleinnahme sieht die DAK, angesichts unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen wie Gewöhnungs- und Abhängigkeitspotentiale, und ohne gleichzeitige Berücksichtigung vielversprechender und nachhaltig wirkender, verhaltensmedizinischer Verfahren kritisch.

Das Thema Schlafstörungen ist insofern dauerhaft auf der Tagesordnung der DAK.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2009 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.

... pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder

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

Betroffenenquote

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

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

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

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

Krankenstand

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

AU-Tage pro 100 Versicherte

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

Durchschnittliche Falldauer

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

AU-Diagnosen

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen	Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.
Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!	Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.
Eine Lösung: altersgruppenweise Vergleiche	Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.
Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen	Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.
Standardisierung nach Geschlecht und Alter	Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird gemäß der "Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V" der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.
Was die standardisierten Kennzahlen zeigen	An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

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

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

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

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Der ICD 10 GM verfügt über eine feinere Gliederung der Einzeldiagnosen, welche aber für die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Krankheitsarten mit den Jahren 2000 bis 2003 weitestgehend irrelevant ist. Für die Gesundheitsreports werden die Einzeldiagnosen zu Gruppen zusammengefasst, welche bis auf Einzelfälle im ICD 10 und im ICD 10 GM identisch sind. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten sind somit trotz Änderung des ICD-Schlüssels mit den Vorjahren vergleichbar.

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10

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

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

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

Kapitel des ICD 10

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

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2009 und 2008 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2009	128
Tabelle A2	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2008	129
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009.....	130
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2008.....	131
Tabelle A5	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009.....	132
Tabelle A6	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009	133
Tabelle A9	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2009	136
Tabelle A10	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2008	137

Tabelle A1 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2009

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,8%	1.031,4	101,8	10,1
Bayern	3,0%	1.099,5	104,2	10,5
Berlin*	3,9%	1.418,5	117,9	12,0
Bremen	3,5%	1.270,8	115,7	11,0
Hamburg	3,2%	1.168,9	106,0	11,0
Hessen	3,5%	1.275,3	119,2	10,7
Niedersachsen	3,4%	1.230,8	116,3	10,6
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.188,4	108,3	11,0
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.331,5	118,0	11,3
Saarland	3,8%	1.388,7	109,7	12,7
Schleswig-Holstein	3,3%	1.213,0	113,2	10,7
Westliche Bundesländer	3,3%	1.190,1	110,3	10,8
Brandenburg	4,3%	1.576,9	138,3	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,2%	1.533,0	139,8	11,0
Sachsen	3,9%	1.409,0	130,2	10,8
Sachsen-Anhalt	4,2%	1.536,3	137,0	11,2
Thüringen	4,2%	1.529,7	138,0	11,1
Östliche Bundesländer	4,2%	1.526,8	137,0	11,1
DAK Gesamt	3,4%	1.243,7	114,6	10,9

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2008

Bundesland	Krankenstand	Pro 100Versicherte		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,7%	998,3	97,9	10,2
Bayern	2,9%	1.074,4	100,7	10,7
Berlin*	3,8%	1.375,5	113,7	12,1
Bremen	3,6%	1.300,4	112,2	11,6
Hamburg	3,0%	1.091,3	97,8	11,2
Hessen	3,3%	1.214,2	114,7	10,6
Niedersachsen	3,2%	1.166,2	110,2	10,6
Nordrhein-Westfalen	3,1%	1.145,5	104,5	11,0
Rheinland-Pfalz	3,5%	1.274,9	113,8	11,2
Saarland	3,5%	1.285,6	106,1	12,1
Schleswig-Holstein	3,2%	1.162,4	107,3	10,8
Westliche Bundesländer	3,1%	1.144,5	105,8	10,8
Brandenburg	4,0%	1.452,5	125,7	11,6
Mecklenburg-Vorpommern	3,9%	1.423,7	132,6	10,7
Sachsen	3,6%	1.307,0	121,3	10,8
Sachsen-Anhalt	4,0%	1.476,0	129,1	11,4
Thüringen	4,0%	1.444,7	132,1	10,9
Östliche Bundesländer	3,9%	1.425,3	128,0	11,1
DAK Gesamt	3,3%	1.190,6	109,6	10,9

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	59,1	10,3	5,7	4,8%
		Männer	56,2	9,9	5,7	4,7%
		Frauen	63,2	11,0	5,7	4,8%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	45,7	1,4	31,7	3,7%
		Männer	33,0	1,2	27,5	2,8%
		Frauen	63,7	1,8	35,6	4,8%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	133,8	4,8	28,0	10,8%
		Männer	105,3	3,6	28,9	8,8%
		Frauen	174,1	6,4	27,4	13,2%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	50,1	4,9	10,2	4,0%
		Männer	45,9	4,3	10,8	3,9%
		Frauen	55,9	5,8	9,7	4,2%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,5	3,0	18,5	4,4%
		Männer	64,4	3,0	21,3	5,4%
		Frauen	40,7	2,9	14,3	3,1%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	236,2	37,0	6,4	19,0%
		Männer	214,1	33,5	6,4	18,0%
		Frauen	267,3	41,9	6,4	20,3%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	84,3	14,4	5,8	6,8%
		Männer	85,8	14,0	6,1	7,2%
		Frauen	82,3	15,1	5,4	6,3%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	258,6	15,2	17,1	20,8%
		Männer	268,9	16,2	16,6	22,6%
		Frauen	244,0	13,6	17,9	18,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	60,2	6,7	9,0	4,8%
		Männer	51,6	5,7	9,1	4,3%
		Frauen	72,5	8,1	8,9	5,5%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	168,9	9,7	17,4	13,6%
		Männer	202,9	11,5	17,7	17,0%
		Frauen	120,9	7,2	16,9	9,2%
Gesamt⁴⁷		Gesamt	1.243,7	114,6	10,9	100,0%
		Männer	1.192,3	107,4	11,1	100,0%
		Frauen	1.316,4	124,9	10,5	100,0%

47

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2008

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	55,0	9,8	5,6	4,6%
		Männer	53,1	9,4	5,7	4,6%
		Frauen	57,6	10,3	5,6	4,6%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	46,3	1,4	33,3	3,9%
		Männer	35,3	1,2	30,2	3,1%
		Frauen	61,8	1,7	36,3	5,0%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	126,3	4,6	27,6	10,6%
		Männer	99,9	3,5	28,2	8,7%
		Frauen	163,6	6,0	27,2	13,1%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	50,0	4,9	10,2	4,2%
		Männer	45,6	4,3	10,5	4,0%
		Frauen	56,3	5,7	9,9	4,5%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,5	3,0	17,9	4,6%
		Männer	64,7	3,1	20,6	5,6%
		Frauen	40,0	2,9	13,7	3,2%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	198,8	31,9	6,2	16,7%
		Männer	181,2	29,0	6,2	15,7%
		Frauen	223,6	36,0	6,2	18,0%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	87,4	14,9	5,9	7,3%
		Männer	89,3	14,5	6,2	7,8%
		Frauen	84,7	15,4	5,5	6,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	257,9	15,7	16,5	21,7%
		Männer	268,2	17,0	15,8	23,3%
		Frauen	243,3	13,8	17,7	19,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	56,6	6,4	8,8	4,8%
		Männer	48,9	5,5	8,9	4,2%
		Frauen	67,4	7,7	8,8	5,4%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	168,2	9,9	17,0	14,1%
		Männer	204,6	12,0	17,1	17,8%
		Frauen	116,7	7,0	16,6	9,4%
Gesamt ⁴⁸		Gesamt	1.190,6	109,6	10,9	100,0%
		Männer	1.152,0	104,0	11,1	100,0%
		Frauen	1.245,1	117,4	10,6	100,0%

⁴⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A5 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	57,4	10,3	5,6	4,8%
		Männer	54,7	9,9	5,5	4,8%
		Frauen	61,2	10,9	5,6	4,9%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	44,9	1,3	33,6	3,8%
		Männer	32,6	1,1	29,1	2,9%
		Frauen	62,2	1,6	37,9	5,0%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	136,0	4,7	29,2	11,4%
		Männer	110,3	3,6	30,3	9,6%
		Frauen	172,2	6,1	28,3	13,7%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	49,3	4,7	10,5	4,1%
		Männer	45,7	4,1	11,1	4,0%
		Frauen	54,4	5,5	9,9	4,3%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	51,1	2,7	18,8	4,3%
		Männer	61,2	2,8	21,7	5,4%
		Frauen	36,8	2,6	14,3	2,9%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	220,5	35,9	6,1	18,5%
		Männer	201,0	32,6	6,2	17,6%
		Frauen	248,0	40,4	6,1	19,8%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	78,0	13,4	5,8	6,6%
		Männer	79,5	13,0	6,1	6,9%
		Frauen	76,0	14,1	5,4	6,1%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	247,1	14,4	17,1	20,8%
		Männer	256,9	15,5	16,6	22,4%
		Frauen	233,2	13,0	18,0	18,6%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	59,7	6,7	8,9	5,0%
		Männer	51,7	5,7	9,0	4,5%
		Frauen	71,1	8,1	8,8	5,7%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	158,8	9,2	17,3	13,3%
		Männer	188,7	10,8	17,5	16,5%
		Frauen	116,5	6,9	16,8	9,3%
Gesamt ⁴⁹		Gesamt	1.190,1	110,3	10,8	100,0%
		Männer	1.144,7	103,6	11,0	100,0%
		Frauen	1.254,3	119,7	10,5	100,0%

49

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A6 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	68,1	10,4	6,6	4,5%
		Männer	63,7	9,7	6,6	4,4%
		Frauen	74,2	11,3	6,6	4,5%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	50,2	2,0	25,0	3,3%
		Männer	34,5	1,6	21,5	2,4%
		Frauen	72,3	2,6	28,1	4,4%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	122,6	5,4	22,9	8,0%
		Männer	77,7	3,6	21,7	5,4%
		Frauen	185,9	7,9	23,7	11,3%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	54,3	6,0	9,1	3,6%
		Männer	47,3	5,0	9,4	3,3%
		Frauen	64,2	7,3	8,8	3,9%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	73,4	4,2	17,6	4,8%
		Männer	81,9	4,0	20,3	5,7%
		Frauen	61,5	4,4	14,0	3,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	318,2	42,6	7,5	20,8%
		Männer	280,4	37,6	7,5	19,5%
		Frauen	371,5	49,7	7,5	22,5%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	117,0	19,6	6,0	7,7%
		Männer	118,0	18,7	6,3	8,2%
		Frauen	115,7	20,9	5,5	7,0%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	321,1	18,9	17,0	21,0%
		Männer	334,2	20,1	16,7	23,2%
		Frauen	302,6	17,2	17,6	18,3%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	61,8	6,6	9,4	4,0%
		Männer	49,1	5,2	9,4	3,4%
		Frauen	79,7	8,5	9,4	4,8%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	222,5	12,2	18,2	14,6%
		Männer	277,7	15,0	18,5	19,3%
		Frauen	144,5	8,3	17,4	8,8%
Gesamt⁵⁰		Gesamt	1.526,8	137,0	11,1	100,0%
		Männer	1.438,6	125,7	11,4	100,0%
		Frauen	1.651,3	153,0	10,8	100,0%

⁵⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil am Krankenstand insgesamt) (Teil 1)

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	82,99	6,48	12,80	6,70%
		Frauen	73,28	5,56	13,17	5,60%
		Männer	89,87	7,13	12,60	7,50%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	83,63	14,44	5,79	6,70%
		Frauen	93,60	15,98	5,86	7,10%
		Männer	76,57	13,35	5,74	6,40%
F32	Depressive Episode	Gesamt	41,85	1,11	37,56	3,40%
		Frauen	56,30	1,56	36,22	4,30%
		Männer	31,62	0,80	39,40	2,70%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	30,97	2,12	14,59	2,50%
		Frauen	19,82	1,44	13,74	1,50%
		Männer	38,87	2,61	14,92	3,30%
J20	Akute Bronchitis	Gesamt	29,00	4,17	6,95	2,30%
		Frauen	31,29	4,45	7,03	2,40%
		Männer	27,38	3,97	6,89	2,30%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	Gesamt	26,13	5,66	4,61	2,10%
		Frauen	27,01	5,86	4,61	2,10%
		Männer	25,50	5,53	4,61	2,10%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	24,45	1,15	21,20	2,00%
		Frauen	34,99	1,71	20,48	2,70%
		Männer	16,99	0,76	22,35	1,40%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	23,85	3,51	6,79	1,90%
		Frauen	26,27	3,86	6,80	2,00%
		Männer	22,14	3,27	6,78	1,90%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	22,82	0,61	37,72	1,80%
		Frauen	20,84	0,53	39,55	1,60%
		Männer	24,22	0,66	36,69	2,00%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	Gesamt	18,46	4,03	4,59	1,50%
		Frauen	18,67	4,14	4,51	1,40%
		Männer	18,32	3,95	4,64	1,50%
	Summe	Gesamt	384,15	43,29	15,26	100,00
Frauen		402,06	45,08	15,20	100,00	
Männer		371,48	42,02	15,46	100,00	

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil am Krankenstand insgesamt) (Teil 2)

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	18,49	3,23	5,73	1,50%
		Frauen	20,66	3,54	5,83	1,60%
		Männer	16,95	3,00	5,65	1,40%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	18,37	0,65	28,09	1,50%
		Frauen	13,92	0,46	30,36	1,10%
		Männer	21,52	0,79	27,16	1,80%
M75	Schulterläsionen	Gesamt	14,72	0,59	24,84	1,20%
		Frauen	13,49	0,55	24,58	1,00%
		Männer	15,60	0,62	25,00	1,30%
J03	Akute Tonsillitis	Gesamt	13,31	2,23	5,97	1,10%
		Frauen	15,86	2,65	5,98	1,20%
		Männer	11,50	1,93	5,95	1,00%
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	14,00	0,68	20,72	1,10%
		Frauen	19,89	0,98	20,33	1,50%
		Männer	9,83	0,46	21,30	0,80%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	13,96	0,47	29,87	1,10%
		Frauen	9,56	0,31	31,30	0,70%
		Männer	17,08	0,58	29,35	1,40%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	12,54	0,93	13,42	1,00%
		Frauen	10,23	0,75	13,69	0,80%
		Männer	14,17	1,07	13,29	1,20%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	Gesamt	11,96	0,20	60,57	1,00%
		Frauen	10,13	0,16	62,88	0,80%
		Männer	13,26	0,22	59,39	1,10%
J01	Akute Sinusitis	Gesamt	10,59	1,77	5,97	0,90%
		Frauen	14,04	2,32	6,04	1,10%
		Frauen	12,18	1,81	6,75	0,90%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	Gesamt	11,31	1,71	6,60	0,90%
		Männer	10,69	1,65	6,48	0,90%
		Männer	8,14	1,38	5,88	0,70%
	Summe	Gesamt	384,15	12,47	20,18	100,00
		Frauen	161,46	17,23	20,75	100,00
		Männer	140,23	11,87	19,97	100,00

Tabelle A9 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2009

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	2,8%	1.015,0	107,6	9,4
Baugewerbe	3,4%	1.257,7	109,8	11,5
Bildung, Kultur, Medien	2,8%	1.024,6	108,5	9,4
Chemische Industrie	3,3%	1.188,1	117,5	10,1
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,5%	908,4	100,0	9,1
Gesundheitswesen	3,9%	1.425,0	120,7	11,8
Handel	3,2%	1.154,4	102,6	11,3
Holz, Papier, Druck	3,3%	1.203,3	116,1	10,4
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	3,7%	1.340,9	118,2	11,3
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,1%	1.115,6	112,8	9,9
Nahrungs- und Genussmittel	3,7%	1.367,1	109,9	12,4
Öffentliche Verwaltung	3,9%	1.411,9	135,8	10,4
Organisationen und Verbände	3,1%	1.119,9	114,9	9,7
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	2,9%	1.071,9	111,0	9,7
Sonstige Dienstleistungen	3,3%	1.220,8	102,8	11,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,2%	1.162,8	114,2	10,2
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	3,7%	1.357,2	114,0	11,9
DAK Gesamt	3,4%	1.243,7	114,6	10,9

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A10 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2008

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	2,6%	966,1	100,3	9,6
Baugewerbe	3,4%	1.241,7	106,0	11,7
Bildung, Kultur, Medien	2,6%	952,0	105,0	9,1
Chemische Industrie	3,1%	1.149,1	115,1	10,0
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,4%	863,0	94,5	9,1
Gesundheitswesen	3,7%	1.349,9	112,8	12,0
Handel	3,0%	1.102,4	97,6	11,3
Holz, Papier, Druck	3,3%	1.201,9	112,4	10,7
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	3,2%	1.169,9	105,5	11,1
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,1%	1.126,4	114,1	9,9
Nahrungs- und Genussmittel	3,6%	1.311,4	105,1	12,5
Öffentliche Verwaltung	3,6%	1.308,1	117,9	11,1
Organisationen und Verbände	3,0%	1.095,4	108,6	10,1
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,1%	1.142,0	116,1	9,8
Sonstige Dienstleistungen	3,0%	1.077,8	89,7	12,0
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,1%	1.131,2	113,4	10,0
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	3,6%	1.299,6	108,1	12,0
DAK Gesamt	3,3%	1.190,6	109,6	10,9

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Halbjahre und Quartale der Jahre 2009 und 2008 im Überblick

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die wichtigsten Krankenstandsziffern für das erste und zweite Halbjahr der Jahre 2009 und 2008 sowie auch für die jeweiligen Quartale der Jahre 2009 und 2008.

Verzeichnis der Tabellen:

Tabelle B1:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 1. Halbjahr 2009.....	140
Tabelle B2:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 1. Halbjahr 2008.....	141
Tabelle B3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 2. Halbjahr 2009.....	142
Tabelle B4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 2. Halbjahr 2008.....	143
Tabelle B5:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2009.....	144
Tabelle B6:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2008.....	145
Tabelle B7	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2009.....	146
Tabelle B8	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2008.....	147
Tabelle B9:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2009.....	148
Tabelle B10:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2008.....	149
Tabelle B11	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2009.....	150
Tabelle B12:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2008.....	151

Tabelle B1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 1. Halbjahr 2009

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	31,8	5,6	5,7	4,9%
		Männer	30,1	5,3	5,6	4,9%
		Frauen	34,3	6,0	5,7	5,0%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	23,1	0,7	31,7	3,6%
		Männer	16,0	0,6	26,3	2,6%
		Frauen	33,0	0,9	36,9	4,8%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	66,7	2,3	29,0	10,3%
		Männer	52,7	1,8	30,1	8,5%
		Frauen	86,4	3,1	28,1	12,5%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	26,3	2,6	10,2	4,0%
		Männer	23,9	2,2	10,8	3,9%
		Frauen	29,6	3,1	9,7	4,3%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	27,5	1,5	18,7	4,2%
		Männer	32,9	1,5	21,6	5,3%
		Frauen	19,9	1,4	14,2	2,9%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	134,7	20,9	6,5	20,8%
		Männer	121,7	19,0	6,4	19,7%
		Frauen	153,1	23,6	6,5	22,2%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	44,7	7,7	5,8	6,9%
		Männer	45,5	7,5	6,1	7,4%
		Frauen	43,5	8,1	5,4	6,3%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	130,0	7,4	17,5	20,0%
		Männer	133,9	7,9	16,9	21,6%
		Frauen	124,3	6,8	18,3	18,0%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	30,3	3,4	8,8	4,7%
		Männer	26,0	2,9	8,9	4,2%
		Frauen	36,4	4,2	8,7	5,3%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	87,2	4,8	18,0	13,4%
		Männer	104,3	5,7	18,3	16,9%
		Frauen	63,0	3,6	17,5	9,1%
Gesamt ⁵¹		Gesamt	648,8	60,6	10,7	100,0%
		Männer	619,1	56,6	10,9	100,0%
		Frauen	690,7	66,3	10,4	100,0%

⁵¹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle B2: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 1. Halbjahr 2008

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	30,9	5,5	5,6	4,9%
		Männer	29,9	5,3	5,7	4,9%
		Frauen	32,4	5,8	5,5	4,9%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	24,1	0,7	33,6	3,8%
		Männer	18,2	0,6	30,6	3,0%
		Frauen	32,3	0,9	36,5	4,9%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	64,0	2,3	28,1	10,1%
		Männer	50,8	1,8	28,6	8,3%
		Frauen	82,8	3,0	27,7	12,5%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	26,0	2,6	10,1	4,1%
		Männer	23,6	2,3	10,3	3,9%
		Frauen	29,4	3,0	9,8	4,4%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	28,5	1,6	18,2	4,5%
		Männer	33,7	1,6	21,2	5,5%
		Frauen	21,2	1,5	13,8	3,2%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	116,6	18,5	6,3	18,4%
		Männer	106,4	16,9	6,3	17,4%
		Frauen	130,9	20,7	6,3	19,8%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	47,0	8,1	5,8	7,4%
		Männer	47,9	7,9	6,1	7,9%
		Frauen	45,7	8,5	5,4	6,9%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	132,7	7,9	16,9	21,0%
		Männer	137,8	8,5	16,2	22,6%
		Frauen	125,6	7,0	18,0	19,0%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	29,0	3,4	8,5	4,6%
		Männer	25,1	2,9	8,5	4,1%
		Frauen	34,4	4,1	8,4	5,2%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	86,9	5,1	17,1	13,8%
		Männer	105,4	6,1	17,3	17,3%
		Frauen	60,9	3,6	16,8	9,2%
Gesamt ⁵²		Gesamt	632,0	59,2	10,7	100,0%
		Männer	610,4	56,1	10,9	100,0%
		Frauen	662,6	63,7	10,4	100,0%

52

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 2. Halbjahr 2009

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	27,4	4,8	5,8	4,6%
	Männer	26,2	4,5	5,8	4,6%
	Frauen	29,0	5,0	5,8	4,6%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	22,7	0,7	31,7	3,8%
	Männer	17,0	0,6	28,8	3,0%
	Frauen	30,7	0,9	34,4	4,9%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	67,1	2,5	27,2	11,3%
	Männer	52,5	1,9	27,8	9,2%
	Frauen	87,8	3,3	26,7	14,0%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	23,8	2,3	10,2	4,0%
	Männer	22,1	2,1	10,7	3,8%
	Frauen	26,3	2,7	9,6	4,2%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	27,0	1,5	18,3	4,5%
	Männer	31,4	1,5	21,0	5,5%
	Frauen	20,8	1,4	14,3	3,3%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	101,8	16,2	6,3	17,1%
	Männer	92,8	14,6	6,3	16,2%
	Frauen	114,6	18,3	6,2	18,3%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	39,8	6,7	5,9	6,7%
	Männer	40,4	6,5	6,2	7,0%
	Frauen	38,9	7,1	5,5	6,2%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	128,6	7,7	16,7	21,6%
	Männer	135,0	8,3	16,2	23,5%
	Frauen	119,7	6,9	17,5	19,1%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	30,0	3,3	9,2	5,0%
	Männer	25,6	2,8	9,3	4,5%
	Frauen	36,1	4,0	9,1	5,8%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	81,8	4,9	16,8	13,7%
	Männer	98,7	5,8	17,1	17,2%
	Frauen	58,0	3,6	16,3	9,3%
Gesamt ⁵³	Gesamt	595,6	54,1	11,0	100,0%
	Männer	573,8	50,9	11,3	100,0%
	Frauen	626,4	58,8	10,7	100,0%

53

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle B4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – 2. Halbjahr 2008

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	24,3	4,3	5,7	4,3%
		Männer	23,4	4,1	5,6	4,3%
		Frauen	25,5	4,5	5,7	4,3%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	22,3	0,7	32,9	4,0%
		Männer	17,2	0,6	29,8	3,1%
		Frauen	29,7	0,8	36,1	5,1%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	62,6	2,3	27,1	11,1%
		Männer	49,4	1,8	27,7	9,1%
		Frauen	81,3	3,0	26,7	13,9%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	24,2	2,3	10,4	4,3%
		Männer	22,1	2,1	10,8	4,1%
		Frauen	27,0	2,7	9,9	4,6%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	26,1	1,5	17,5	4,6%
		Männer	31,2	1,6	20,1	5,7%
		Frauen	18,9	1,4	13,5	3,2%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	83,0	13,6	6,1	14,8%
		Männer	75,6	12,3	6,2	13,9%
		Frauen	93,5	15,4	6,1	15,9%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	40,7	6,8	6,0	7,2%
		Männer	41,7	6,7	6,3	7,6%
		Frauen	39,4	7,1	5,6	6,7%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	125,9	7,9	16,0	22,4%
		Männer	131,1	8,6	15,3	24,0%
		Frauen	118,4	6,9	17,2	20,2%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	27,8	3,0	9,2	4,9%
		Männer	23,9	2,6	9,3	4,4%
		Frauen	33,3	3,7	9,1	5,7%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	81,9	4,9	16,7	14,6%
		Männer	100,0	5,9	16,9	18,3%
		Frauen	56,3	3,4	16,3	9,6%
Gesamt ⁵⁴		Gesamt	562,6	50,8	11,1	100,0%
		Männer	545,6	48,4	11,3	100,0%
		Frauen	586,7	54,3	10,8	100,0%

54

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B5: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2009

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	21,8	3,8	5,7	5,9%
		Männer	20,4	3,6	5,7	5,8%
		Frauen	23,6	4,1	5,7	6,0%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,5	0,4	31,3	3,1%
		Männer	7,8	0,3	25,1	2,2%
		Frauen	16,7	0,4	37,6	4,2%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	32,5	1,1	28,8	8,8%
		Männer	25,4	0,9	29,5	7,2%
		Frauen	42,4	1,5	28,2	10,7%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	14,1	1,3	10,5	3,8%
		Männer	12,9	1,1	11,3	3,7%
		Frauen	15,7	1,6	9,7	4,0%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	14,4	0,8	19,0	3,9%
		Männer	17,1	0,8	21,8	4,9%
		Frauen	10,6	0,7	14,8	2,7%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	101,2	15,5	6,5	27,3%
		Männer	92,1	14,2	6,5	26,2%
		Frauen	114,1	17,4	6,6	28,7%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	24,9	4,4	5,7	6,7%
		Männer	25,1	4,2	5,9	7,2%
		Frauen	24,6	4,6	5,3	6,2%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	66,7	3,7	17,9	18,0%
		Männer	69,0	3,9	17,6	19,6%
		Frauen	63,4	3,5	18,4	16,0%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	16,4	1,9	8,6	4,4%
		Männer	13,9	1,6	8,5	4,0%
		Frauen	20,0	2,3	8,7	5,0%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	43,5	2,4	18,5	11,8%
		Männer	51,8	2,7	19,0	14,7%
		Frauen	31,8	1,8	17,4	8,0%
Gesamt ⁵⁵		Gesamt	370,4	37,2	10,0	100,0%
		Männer	351,6	34,6	10,2	100,0%
		Frauen	396,9	40,9	9,7	100,0%

55

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle B6: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal I 2008

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	19,5	3,5	5,5	5,7%
	Männer	18,7	3,4	5,5	5,7%
	Frauen	20,7	3,7	5,5	5,8%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	12,0	0,3	34,6	3,5%
	Männer	9,1	0,3	31,3	2,8%
	Frauen	16,1	0,4	37,8	4,5%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	31,3	1,1	28,3	9,2%
	Männer	25,1	0,9	28,9	7,6%
	Frauen	40,1	1,4	27,9	11,2%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	13,4	1,3	10,4	3,9%
	Männer	12,3	1,1	10,8	3,8%
	Frauen	14,9	1,5	9,9	4,1%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	14,5	0,8	19,1	4,2%
	Männer	16,9	0,8	21,8	5,1%
	Frauen	11,0	0,7	15,0	3,1%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	79,4	12,7	6,2	23,2%
	Männer	72,8	11,7	6,2	22,1%
	Frauen	88,9	14,2	6,3	24,7%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	25,5	4,5	5,7	7,5%
	Männer	25,9	4,3	6,0	7,9%
	Frauen	25,0	4,7	5,4	6,9%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	65,1	3,8	17,2	19,1%
	Männer	67,2	4,1	16,5	20,4%
	Frauen	62,2	3,4	18,3	17,3%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	15,2	1,8	8,4	4,5%
	Männer	13,3	1,6	8,5	4,1%
	Frauen	17,9	2,1	8,3	5,0%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	42,9	2,3	18,5	12,6%
	Männer	52,3	2,8	18,8	15,9%
	Frauen	29,8	1,7	17,8	8,3%
Gesamt ⁵⁶	Gesamt	341,9	33,9	10,1	100,0%
	Männer	329,0	31,9	10,3	100,0%
	Frauen	360,0	36,7	9,8	100,0%

⁵⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B7 Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2009

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	10,1	1,8	5,6	3,6%
		Männer	9,7	1,7	5,6	3,6%
		Frauen	10,7	1,9	5,7	3,6%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,6	0,4	32,0	4,1%
		Männer	8,2	0,3	27,5	3,1%
		Frauen	16,3	0,5	36,2	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	34,2	1,2	29,2	12,3%
		Männer	27,2	0,9	30,7	10,2%
		Frauen	43,9	1,6	28,0	14,9%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	12,2	1,2	10,0	4,4%
		Männer	11,0	1,1	10,3	4,1%
		Frauen	13,9	1,4	9,7	4,7%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,1	0,7	18,3	4,7%
		Männer	15,8	0,7	21,5	5,9%
		Frauen	9,3	0,7	13,5	3,2%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	33,8	5,4	6,2	12,1%
		Männer	30,0	4,8	6,2	11,2%
		Frauen	39,2	6,3	6,3	13,3%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	19,8	3,3	5,9	7,1%
		Männer	20,4	3,2	6,3	7,6%
		Frauen	18,9	3,5	5,4	6,4%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	63,3	3,7	17,1	22,7%
		Männer	64,9	4,0	16,4	24,2%
		Frauen	60,9	3,3	18,3	20,7%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	13,9	1,5	9,1	5,0%
		Männer	12,1	1,3	9,4	4,5%
		Frauen	16,4	1,9	8,8	5,6%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	43,7	2,5	17,6	15,7%
		Männer	52,5	3,0	17,6	19,6%
		Frauen	31,2	1,8	17,6	10,6%
Gesamt⁵⁷		Gesamt	278,8	23,5	11,9	100,0%
		Männer	268,0	22,1	12,1	100,0%
		Frauen	294,1	25,4	11,6	100,0%

57

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle B8 Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal II 2008

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	11,5	2,0	5,7	3,9%
		Männer	11,3	1,9	5,8	4,0%
		Frauen	11,7	2,1	5,5	3,9%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	12,1	0,4	32,7	4,2%
		Männer	9,2	0,3	30,1	3,2%
		Frauen	16,3	0,5	35,2	5,4%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	32,7	1,2	27,9	11,3%
		Männer	25,7	0,9	28,4	9,1%
		Frauen	42,6	1,5	27,5	14,1%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	12,6	1,3	9,8	4,4%
		Männer	11,3	1,1	9,8	4,0%
		Frauen	14,6	1,5	9,7	4,8%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	14,1	0,8	17,4	4,8%
		Männer	16,8	0,8	20,5	6,0%
		Frauen	10,2	0,8	12,8	3,4%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	37,2	5,8	6,5	12,8%
		Männer	33,8	5,2	6,5	12,0%
		Frauen	42,0	6,5	6,5	13,9%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	21,5	3,7	5,9	7,4%
		Männer	22,0	3,6	6,1	7,8%
		Frauen	20,8	3,8	5,5	6,9%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	67,6	4,1	16,6	23,3%
		Männer	70,6	4,4	16,0	25,1%
		Frauen	63,4	3,6	17,8	20,9%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	13,7	1,6	8,5	4,7%
		Männer	11,8	1,4	8,5	4,2%
		Frauen	16,5	1,9	8,5	5,5%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	44,0	2,8	16,0	15,2%
		Männer	53,1	3,3	16,0	18,9%
		Frauen	31,1	1,9	16,0	10,3%
Gesamt ⁵⁸		Gesamt	290,4	25,4	11,4	100,0%
		Männer	281,7	24,2	11,6	100,0%
		Frauen	302,6	27,0	11,2	100,0%

⁵⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B9: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2009

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	10,6	1,8	5,8	3,8%
		Männer	10,2	1,8	5,8	3,8%
		Frauen	11,0	1,9	5,8	3,8%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	11,7	0,4	33,4	4,2%
		Männer	8,9	0,3	30,1	3,3%
		Frauen	15,7	0,4	36,6	5,4%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	35,7	1,2	28,9	12,8%
		Männer	27,9	1,0	29,4	10,3%
		Frauen	46,5	1,6	28,6	16,0%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	11,7	1,2	10,2	4,2%
		Männer	10,7	1,0	10,5	4,0%
		Frauen	13,1	1,3	9,8	4,5%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,6	0,7	18,3	4,9%
		Männer	15,7	0,7	21,0	5,8%
		Frauen	10,5	0,7	14,5	3,6%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	29,0	4,6	6,4	10,4%
		Männer	26,6	4,1	6,5	9,8%
		Frauen	32,5	5,2	6,2	11,1%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	18,9	3,2	6,0	6,8%
		Männer	19,1	3,1	6,2	7,1%
		Frauen	18,7	3,3	5,7	6,4%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	65,3	3,8	17,2	23,4%
		Männer	67,9	4,1	16,5	25,1%
		Frauen	61,7	3,4	18,3	21,2%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	14,7	1,5	9,6	5,3%
		Männer	12,6	1,3	9,7	4,7%
		Frauen	17,7	1,9	9,5	6,1%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	44,9	2,7	16,5	16,1%
		Männer	54,2	3,2	16,8	20,0%
		Frauen	31,7	2,0	15,8	10,9%
Gesamt ⁵⁹		Gesamt	279,2	22,9	12,2	100,0%
		Männer	270,4	21,7	12,4	100,0%
		Frauen	291,6	24,5	11,9	100,0%

59

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle B10: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal III 2008

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	10,6	1,8	5,9	3,8%
		Männer	10,3	1,8	5,8	3,8%
		Frauen	11,1	1,9	6,0	3,9%
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	11,7	0,3	35,0	4,2%
		Männer	8,8	0,3	31,4	3,3%
		Frauen	15,7	0,4	38,5	5,5%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	33,8	1,2	28,7	12,2%
		Männer	26,7	0,9	29,1	9,8%
		Frauen	43,9	1,5	28,3	15,3%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	12,4	1,2	10,7	4,5%
		Männer	11,4	1,0	11,1	4,2%
		Frauen	13,8	1,3	10,3	4,8%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,5	0,8	17,8	4,9%
		Männer	16,5	0,8	20,6	6,1%
		Frauen	9,2	0,7	13,3	3,2%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	28,5	4,6	6,2	10,3%
		Männer	25,9	4,2	6,2	9,5%
		Frauen	32,1	5,3	6,1	11,2%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	Gesamt	20,2	3,2	6,3	7,3%
		Männer	21,1	3,2	6,7	7,8%
		Frauen	18,9	3,3	5,8	6,6%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	64,7	4,0	16,3	23,3%
		Männer	67,0	4,3	15,4	24,7%
		Frauen	61,5	3,4	17,9	21,5%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	14,0	1,5	9,4	5,0%
		Männer	12,2	1,3	9,5	4,5%
		Frauen	16,6	1,8	9,3	5,8%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	45,3	2,8	16,4	16,3%
		Männer	55,6	3,3	16,6	20,5%
		Frauen	30,8	1,9	16,0	10,8%
Gesamt ⁶⁰		Gesamt	277,7	23,1	12,0	100,0%
		Männer	271,5	22,3	12,2	100,0%
		Frauen	286,5	24,2	11,8	100,0%

⁶⁰ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Tabelle B11 Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2009

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	16,7	2,9	5,7	5,3%
		Männer	15,9	2,8	5,7	5,2%
		Frauen	17,9	3,1	5,7	5,4%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	11,0	0,4	30,0	3,5%
		Männer	8,1	0,3	27,5	2,7%
		Frauen	15,0	0,5	32,3	4,5%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	31,5	1,2	25,5	10,0%
		Männer	24,6	0,9	26,2	8,1%
		Frauen	41,3	1,7	24,9	12,4%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	12,1	1,2	10,2	3,8%
		Männer	11,4	1,0	10,9	3,7%
		Frauen	13,2	1,4	9,4	4,0%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	13,4	0,7	18,2	4,3%
		Männer	15,7	0,7	21,0	5,2%
		Frauen	10,2	0,7	14,2	3,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	72,4	11,5	6,3	22,9%
		Männer	65,8	10,5	6,3	21,7%
		Frauen	81,6	13,1	6,3	24,4%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	20,8	3,6	5,8	6,6%
		Männer	21,2	3,4	6,2	7,0%
		Frauen	20,2	3,8	5,4	6,0%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	63,3	3,9	16,2	20,0%
		Männer	67,1	4,2	15,9	22,1%
		Frauen	58,0	3,5	16,6	17,3%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	15,3	1,7	8,8	4,8%
		Männer	13,0	1,5	8,9	4,3%
		Frauen	18,4	2,1	8,7	5,5%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	37,0	2,2	17,2	11,7%
		Männer	44,6	2,6	17,4	14,7%
		Frauen	26,3	1,6	16,8	7,9%
Gesamt ⁶¹		Gesamt	316,1	31,2	10,1	100,0%
		Männer	303,2	29,1	10,4	100,0%
		Frauen	334,3	34,2	9,8	100,0%

⁶¹ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle B12: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten – Quartal IV 2008

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versicherte		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	13,6	2,5	5,5	4,8%
		Männer	13,1	2,4	5,5	4,8%
		Frauen	14,4	2,6	5,5	4,8%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	10,7	0,3	31,0	3,7%
		Männer	8,4	0,3	28,3	3,0%
		Frauen	13,9	0,4	33,7	4,6%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	28,8	1,1	25,5	10,1%
		Männer	22,7	0,9	26,1	8,3%
		Frauen	37,5	1,5	25,0	12,5%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	11,8	1,2	10,0	4,1%
		Männer	10,8	1,0	10,5	3,9%
		Frauen	13,2	1,4	9,5	4,4%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	12,6	0,7	17,2	4,4%
		Männer	14,6	0,8	19,5	5,3%
		Frauen	9,7	0,7	13,7	3,2%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	54,4	8,9	6,1	19,1%
		Männer	49,6	8,1	6,1	18,1%
		Frauen	61,2	10,1	6,1	20,4%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	20,5	3,6	5,7	7,2%
		Männer	20,6	3,5	5,9	7,5%
		Frauen	20,4	3,8	5,4	6,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	61,1	3,9	15,7	21,5%
		Männer	64,2	4,2	15,2	23,4%
		Frauen	56,9	3,4	16,6	19,0%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	13,8	1,5	9,0	4,9%
		Männer	11,8	1,3	9,1	4,3%
		Frauen	16,7	1,9	8,9	5,6%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	36,6	2,1	17,1	12,9%
		Männer	44,5	2,6	17,2	16,2%
		Frauen	25,5	1,5	16,8	8,5%
Gesamt ⁶²		Gesamt	284,8	27,7	10,3	100,0%
		Männer	274,0	26,1	10,5	100,0%
		Frauen	300,1	30,0	10,0	100,0%

62

Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126) sowie Erkrankungsfälle mit unbekanntem Diagnosen

Anhang IV: Expertenfragebogen**Expertenbefragung: Schlafstörungen**

- A** *In westlichen Industrienationen sind etwa 10 Prozent der Bevölkerung von chronischer Insomnie betroffen. Eine ausgeprägte Insomnie mit deutlicher Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit wird in der Schlafepidemiologie für etwa 5 Prozent der Bevölkerung in Deutschland angenommen. Untersuchungen in der Bevölkerung ergeben jedoch, dass weit mehr Menschen ein Problem mit Schlaflosigkeit bzw. mit nicht erholsamen Schlaf haben. Etwa jeder vierte Erwachsene berichtet von Ein- und Durchschlafstörungen.*
- *Bitte geben Sie vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen mit dem Thema Schlafstörungen Ihre Einschätzungen zur epidemiologischen Situation und Versorgung von Insomnien in Deutschland ab und kommentieren Sie mögliche Entwicklungen.*

- A1** **Besteht Ihrer Meinung nach eine "Versorgungslücke" dahingehend, dass Betroffene den Krankheitswert von chronisch nicht erholsamem Schlaf oft unterschätzen und nicht (rechtzeitig) professionelle Hilfe aufsuchen?**

- A2** **Sind Sie der Meinung, dass die Behandlungsrelevanz von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen in der (haus-) ärztlichen Praxis häufiger übersehen und in der Folge eine exakte Diagnosestellung und gezielte Therapie versäumt wird? Wenn ja, was sind Ihres Erachtens nach die Ursachen dafür?**

A3 Rechnen Sie in Zukunft damit, dass chronische Beeinträchtigungen des Schlafs im Sinne einer Insomnie eher zunehmen werden? Wenn ja, welche Impulse werden Ihrer Meinung nach von den nachfolgend genannten Faktoren ausgehen?

Aufklärung der Betroffenen

Fortsetzung A3:

Höhere Entdeckungsrate durch verbesserte diagnostische Kompetenzen

Umwelteinflüsse

Konsum- und Verhaltensgewohnheiten

Demographischer Wandel:

A4 Welchen Einfluss haben aus Ihrer Sicht speziell arbeitsbedingte Faktoren auf wiederholt auftretenden, nicht erholsamen Schlaf und damit auf die Genese von Schlafstörungen? Welche Faktoren spielen nach Ihrer Erfahrung die größte Rolle und gibt es Berufsgruppen (neben Schichtarbeitern), die besonders stark betroffen sind?

B *Guter Schlaf ist für Gesundheit und Wohlbefinden wesentlich. Von Schlaflosigkeit Betroffene fühlen häufig einen großen Leidensdruck und suchen nicht selten schnelle Hilfe in Form von Tabletten. Im Fokus stehen nachfolgend verschreibungspflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel zur symptomatischen Kurzzeitbehandlung von Insomnien bei gleichzeitiger Abklärung und Behebung der Ursachen der Schlafstörung.*

B1 Sind Sie der Meinung, dass in Deutschland Schlaf- und Beruhigungsmitteln zur Behandlung von Insomnien sachgemäß verordnet werden oder diese allgemein zu häufig/zu lange sowie oft auch ohne genaue Diagnosestellung und/oder ohne Betrachtung von therapeutischen Alternativen erfolgt?

B2	<p>Die Behandlung mit Hypnotika ist in der Regel nur für wenige Wochen gedacht. Praktisch gibt es aber auch Verordnungsdauern im Bereich von Monaten/Jahren. Dieser Langzeitgebrauch wird aufgrund unzureichender Evidenz und insbesondere unerwünschter Effekte wie z.B. Toleranzentwicklung, Rebound-Phänomene und Abhängigkeit in Expertenkreisen kontrovers diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sind Sie der Meinung, dass bei der Verordnung von Hypnotika die möglichen Risiken hinreichend beachtet werden? Falls nein, was sind Ihres Erachtens nach die Ursachen dafür bzw. was müsste getan werden, um diese Situation zu ändern?
B3	<p>Für den Fall, dass der Langzeitgebrauch von Hypnotika indiziert ist, ist die Pharmakotherapie eine große Herausforderung für den behandelnden Arzt. Hierfür wurden entsprechende Therapiekonzepte entwickelt (u.a. bedarfskontrollierte Intervalltherapie, niedrigdosierte Kombinationstherapie).</p> <ul style="list-style-type: none">• Sind Sie der Meinung, dass ein angemessener Kenntnisstand auf Seiten der Ärzte besteht für eine erfolgreiche und zugleich risikominimierende Versorgung im Fall von Langzeitverordnungen?
B4	<p>Die Verordnungszahlen von Hypnotika zu Lasten der GKV zeigten sich in den letzten Jahren relativ stabil und ohne deutliche Zuwächse. Diese Entwicklung wird zurückgeführt auf den Trend, dass Schlaf- und Beruhigungsmittel zunehmend auf Privatrezept verordnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sind Sie der Meinung, dass dieses Phänomen weit verbreitet ist? Wenn ja, was sind Ihres Erachtens nach die Ursachen dafür?

C2 Schnittstelle Hausarzt – Facharzt in Hinsicht auf:

- Überweisungspraxis
- Untersuchung im Schlaflabor

Probleme/ Defizite/ Hindernisse:

Handlungsbedarf:

C3 Einsatz medikamentöser Therapien in punkto:

- speziell sedierende Antidepressiva, niederpotente Neuroleptika
- Anwendung von Leitlinien bzw. Empfehlungen

Probleme/ Defizite/ Hindernisse:

Handlungsbedarf:

C4	Einsatz nicht-medikamentöser Therapien unter folgenden Gesichtspunkten: <ul style="list-style-type: none">• Beginn und Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren• Kombination mit medikamentösen Therapien
	<u>Probleme/ Defizite/ Hindernisse:</u>
	<u>Handlungsbedarf:</u>
C5	Prävention von Schlafstörungen: <ul style="list-style-type: none">• Primärprävention• evidenzbasierte Präventionsstrategien
	<u>Probleme/Defizite/ Hindernisse:</u>
	<u>Handlungsbedarf:</u>

C6	Compliance der Patienten hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none">• pharmakologische Behandlungen• Psychoedukation und Verhaltenstherapie
	<u>Probleme/Defizite/ Hindernisse:</u>
	<u>Handlungsbedarf:</u>
D	<i>Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit bzw. Eignung folgender Maßnahmen, um eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit schlafmedizinischen Erkrankungen zu erreichen?</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Bitte kommentieren Sie die folgenden Ansätze im Hinblick auf ihre Notwendigkeit und schätzen Sie ggf. ein, durch wen die Maßnahmen erfolgen sollten?</i>• <i>Sollten ggf. <u>Schwerpunkte</u> gesetzt werden bzw. <u>einzelne Schlafstörungsformen</u> verstärkt berücksichtigt werden?</i>
D1	Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der Existenz wirksamer nicht-medikamentöser Therapieformen unter ärztlicher Begleitung
D2	Erweiterung des Kenntnisstandes auf Seiten der Ärzte bezüglich Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen

D3	Ausbau von Zentren mit interdisziplinären Ansätzen (u.a. Neurologen, Internisten, Psychiatern, Psychologen, HNO-, Zahnärzte etc.) zur Diagnostik und Therapie vielschichtiger schlafmedizinischer Problemstellungen
D4	Stärkung / Ausbau der schlafmedizinischen Forschung in Deutschland (ggf. unter Berücksichtigung von speziellen Schlafstörungsformen, Studienkonzeptionen, Finanzierung)
D5	Verstärkung qualitätssteigernder Aktivitäten in der Schlafmedizin
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!	

Anhang V: Befragte Experten

PD Dr. med. Ingo Fietze
Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum - Charité-Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Arbeitsbereich 4, Zentrum für Sozialpolitik - Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen

Siegward H. Grahner
Bundesverband Schlafapnoe Deutschland BSD e.V.
Ketteler Straße 54
58099 Hagen

Lilo Habersack
RLS e.V. Deutsche Restless Legs Vereinigung
Schäufeleinstraße 35
80867 München

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
Schimmelpfengstraße 2
34613 Schwalmstadt

Prof. Dr. Thomas Penzel
Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum - Charité-Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin

PD Dr. Friedhart Raschke
Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Norderney
Kaiserstraße 26
26548 Norderney

Prof. Dr. Dieter Riemann
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik - Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Dr. med. Christoph Schenk
Ambulantes Schlafzentrum Osnabrück
Lotter Straße 5
49078 Osnabrück

Prof. Dr. med. Claudia Trenkwalder
Paracelsus-Elena-Kliniken Kassel
Klinikstraße 16
34128 Kassel

Prof. Dr. med. Magdolna Hornyak
Interdisziplinäres Schmerzzentrum des Universitätsklinikums Freiburg
Breisacher Straße 64
79104 Freiburg