

Gesundheitsreport 2013 Hamburg



Männergesundheit im
Erwerbsleben



Impressum

Herausgeber:

BARMER GEK
Hauptverwaltung Wuppertal
Lichtscheider Str. 89

42285 Wuppertal

Autoren:

ISEG, Institut für Sozialmedizin,
Epidemiologie und
Gesundheitssystemforschung, Hannover
www.iseg.org
Thomas G. Grobe, Anika Baris

Redaktion:

Solveig Wessel
Thomas Konnopka
Andrea Jakob-Pannier

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
Einleitung	5

Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeiten.....	8
Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2012.....	8
Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	29
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	36
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10.....	36
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen.....	64
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen.....	69

Schwerpunkt Männergesundheit im Erwerbsleben

Männergesundheit im Erwerbsleben.....	74
Verletzungen bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen	77
Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsalter.....	90
Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter.....	103
Resümee	119

Angebote und Kontakte zum Thema

Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema	122
Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit.....	127

Kennzahlen, Datengrundlagen und Methoden

Datengrundlage und Methoden	130
Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	130
Erwerbspersonen in der BARMER GEK	136
Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden	139

Anhang

Anhang	146
Tabellenanhang	146
Verzeichnisse.....	166
Abkürzungen – Glossar.....	172

Editorial

Die Gesundheit von Männern ist ein Thema, dem sich die Gesellschaft zunehmend widmet. Dabei beschäftigen sich Wissenschaftler unterschiedlichster Bereiche, Gesundheitspolitiker und Krankenkassenfachleute zunehmend mit der Frage, wie sie die Gesundheitskompetenz des „starken Geschlechts“ fördern können. Das Hannoveraner Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) hat den vorliegenden Gesundheitsreport genutzt, um die verschiedenen Aspekte der Männergesundheit im Erwerbsleben genauer zu betrachten.

Dabei untersuchen die Versorgungsforscher insbesondere, welche Erkrankungen speziell die Gesundheit von Männern maßgeblich beeinflussen. Sie gehen der Frage nach, wo sich Handlungsansätze ergeben, um das Gesundheitsbewusstsein von Männern zu stärken und wie das Betriebliche Gesundheitsmanagement dazu beitragen kann.

Männer zielgerichtet zu erreichen, setzt jedoch voraus, deren gesundheitliche Situation in verschiedenen Lebensphasen genauer zu kennen. Der Gesundheitsreport zeigt auf, dass bei jungen Männern insbesondere ein hohes Verletzungsrisiko besteht, die mittlere Altersgruppe vor allem von Erkrankungen des Bewegungsapparates betroffen ist (und hier hauptsächlich von Rückenschmerzen) und Männer im fortgeschrittenen Erwerbsleben mit zunehmenden Alter in deutlich steigender Zahl von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen sind.

Der vorliegende Gesundheitsreport beinhaltet eine Fülle von Details, die der öffentliche Diskussion wie auch Unternehmen wichtige Anregungen liefern können. Beispielfhaft soll dafür die Gruppe der jungen Männer unter 30 Jahren stehen: Was sagt es über das gesundheitliche Verhalten junger Männer, wenn jährlich 31,5 Prozent von ihnen ärztlich mit Verletzungen behandelt werden, zumeist an Kopf, Händen, Knie oder Knöchel? Warum sind Männer unter 20 Jahren überdurchschnittlich von Verletzungen betroffen?

Neben dem Schwerpunktthema „Männergesundheit im Erwerbsleben“ bietet der Gesundheitsreport wieder einen detaillierten Überblick über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, sowohl bundesweit als auch für Hamburg. Neu im Report ist eine Übersicht der Krankenstände der 100 häufigsten Berufsgruppen, die unter den BARMER GEK Versicherten vertreten sind – differenziert nach Geschlecht.

2012 brachte bundesweit erneut einen leichten Anstieg des Krankenstandes. Das Plus von 1,7 Prozent ist vor allem auf höhere Fallzahlen zurückzuführen. Ansonsten zeigt sich ein durchaus bekanntes Bild. Die psychischen Erkrankungen dauern weiterhin im Durchschnitt je Fall am längsten, nämlich fast 47 Tage. Dominiert werden die Fehlzeiten von den Muskel-Skelett-Erkrankungen (23,1 Prozent), den psychischen und Verhaltensstörungen (18,8 Prozent – im Vorjahr waren es noch 17,7 Prozent), den Atemwegserkrankungen (12,6 Prozent) sowie den Verletzungen, die einen Anteil von 12 Prozent an den Fehlzeiten hatten.

Herrn Dr. Thomas Grobe und seinem Team vom ISEG danken wir für die sorgfältige und vielfältige Analyse.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns auf Ihr Feedback.

Hamburg, im August 2013

Thomas Wortmann

Landesgeschäftsführer

Hamburg

Einleitung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2013 umfasst, wie im vorausgehenden Jahr, einen Routineteil sowie ein Schwerpunktthema. Im Routineteil des Gesundheitsreportes werden vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2012 dargestellt. Basis der aktuellen Auswertungen bilden bundesweit erfasste und pseudonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,59 Millionen Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK 2012. Ergebnisse werden im Report sowohl regional sowie für diverse Subgruppen differenziert als auch mit Vorjahresergebnissen verglichen. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage bei Arbeitgebern umfassen die Meldungen bei Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die einen weiteren wesentlichen Teil des vorliegenden Reportes einnehmen.

Ergebnisse von Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielen Faktoren ab. Vor diesem Hintergrund finden sich im Anhang des Reportes relativ umfangreiche Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten der dargestellten Kennzahlen, die im Report zumeist in geschlechts- und altersstandardisierter Form präsentiert werden, um Ergebnisse in Subgruppen adäquater vergleichen zu können. Für Berechnungen zum Gesundheitsreport 2013 wurde, entsprechend einer Übereinkunft der Ersatzkassen aus dem vergangenen Jahr, eine aktualisierte Standardpopulation verwendet. Dadurch lässt sich das aktuelle Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen realitätsnäher abbilden. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den bis 2012 publizierten Zahlen wird hierdurch allerdings erheblich eingeschränkt, weshalb entsprechende Gegenüberstellungen vermieden werden sollten.

Der diesjährige Schwerpunkt des Reportes befasst sich mit dem Thema „Männergesundheit im Erwerbsleben“. Ein wesentlicher Teil der Ergebnisse beruht auf sektorübergreifenden Auswertungen unter Einbeziehung von Daten zu Krankenhausaufenthalten, zur ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zu Arzneiverordnungen.

Abschließend sei auch zur diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsreportes angemerkt, dass – ausschließlich zur Vereinfachung des sprachlichen Ausdrucks – im Text des Reportes in der Regel nur eine Geschlechtsform einer Bezeichnung verwendet wird, mit der Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern des Gesundheitsreportes eine interessante Lektüre!

Gesundheitsreport für Hamburg 2013

1.) Wichtige bundesweite Ergebnisse im Überblick

- Die bundesweit ermittelten Ergebnisse des Gesundheitsreportes zum Jahr 2012 beruhen auf Daten der BARMER GEK zu insgesamt 3,6 Millionen Erwerbspersonen. Bei den Berechnungen konnten Daten zu etwa 12,0 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2012 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen insgesamt leicht um 1,7 Prozent beziehungsweise 0,28 Tage je Erwerbsperson gestiegen. Der Krankenstand lag damit 2012 bei 4,66 Prozent (Vorjahr: 4,59 Prozent; vgl. Tabelle 1 auf Seite 8).
- Für den Anstieg maßgeblich verantwortlich waren insbesondere ansteigende Fehlzeiten mit Diagnosen aus dem Kapitel psychischer Störungen, die um 8 Prozent beziehungsweise durchschnittlich 0,24 Tage je Erwerbsperson anstiegen (vgl. Seite 43). Auf psychische Störungen entfielen 2012 damit 18,8 Prozent aller gemeldeten Fehlzeiten (320 von insgesamt 1.702 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre).
- Ein noch größerer Anteil der Fehlzeiten entfiel mit 23,1 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Nach psychischen Störungen folgten mit Anteilen von 12,6 beziehungsweise 12,0 Prozent Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen (vgl. Abschnitte ab Seite 39).
- Bei Auswertungen zu Fehlzeiten differenziert nach Einzeldiagnosen belegten depressive Episoden (ICD10 F32) den ersten Rang. Berücksichtigt man zudem die Diagnose rezidivierender depressiver Störungen (F33), ließen sich 2012 Depressionen 8,7 Prozent der gemeldeten Fehlzeiten zuordnen (vgl. Tabelle Seite 73).
- Die Fehlzeiten variieren bei bundesweiten Auswertungen sehr deutlich in Abhängigkeit von der Branche und dem Beruf der Beschäftigten (vgl. Text ab Seite 29).
- Das diesjährige Schwerpunktthema „Männergesundheit im Erwerbsleben“ fokussiert drei gesundheitliche Bereiche, die innerhalb des Erwerbslebens in jeweils unterschiedlichen Lebensphasen eine maßgebliche Rolle für die Gesundheit von Männern spielen. Näher betrachtet werden die Themen Verletzungen bei jüngeren Männern, Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsalter sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter (vgl. Text ab Seite 74).

Gesundheitsreport für Hamburg 2013

2.) Wichtige regionale Ergebnisse im Überblick

- Von den bei bundesweiten Auswertungen 2012 berücksichtigten Erwerbspersonen wohnten 74 Tausend (2,1%) in Hamburg. Für die Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg konnten damit Daten zu etwa 8,3 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus Hamburg berücksichtigt werden.
- Der Krankenstand lag nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Hamburg bei 4,47 Prozent, was – bezogen auf eine einzelne Erwerbsperson – durchschnittlich 16,31 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2012 entspricht (vgl. Seite 8). Bundesweit ermittelte Fehlzeiten wurden in Hamburg 2012 damit um 4,2 Prozent unterschritten. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten in Hamburg leicht, nämlich um 1,4 Prozent beziehungsweise 0,24 Tage je Person, gesunken. Für die insgesamt rückläufigen Fehlzeiten von 2011 auf 2012 war in Hamburg vorrangig ein Rückgang bei Atemwegserkrankungen verantwortlich. Gegenläufig dazu stiegen auch in Hamburg Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen (vgl. Seite 43).
- Auf die vier relevantesten Krankheitsarten entfielen in Hamburg 2012 insgesamt 70,0 Prozent und damit mehr als zwei Drittel der Fehlzeiten, dabei 19,5 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 28,5 Prozent auf psychische Störungen, 10,1 Prozent auf Verletzungen und 12,0 Prozent auf Atemwegserkrankungen. Auf Kreisebene zeigen sich innerhalb von Hamburg und Schleswig-Holstein hinsichtlich der Fehlzeiten mit den vier Krankheitsarten deutliche Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen in beide Richtungen (vgl. Abbildungen ab Seite 59). Als Einzeldiagnosen waren in Hamburg depressive Episoden (F32), Rückenschmerzen (ICD10 M54), akute Infekte der oberen Atemwege (J06) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) für die meisten Fehltage verantwortlich (vgl. Seite 73). Depressionen bilden in Hamburg den Anlass für verhältnismäßig viele Fehltage.
- Eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse zum diesjährigen Schwerpunktthema „Männergesundheit im Erwerbsleben“ findet sich auf Seite 119. Bundeslandspezifische Ergebnisse zu Verletzungen, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens sowie zu Diagnosen und Arzneiverordnungen mit Hinweisen auf kardiovaskuläre Risikofaktoren sind in den Tabellen auf Seite 81, 102 und 118 enthalten.

Arbeitsunfähigkeiten

Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2012

Nachfolgend dargestellt werden zunächst grundlegende Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten aus den Jahren 2011 und 2012, wobei den bundesland-spezifischen Ergebnissen aus beiden Jahren bundesweit ermittelte Ergebnisse gegenübergestellt werden.

Tabelle 1 zeigt Ergebnisse zum regionalen und bundesweiten Arbeitsunfähigkeits-meldegesehen in den Jahren 2011 und 2012. Angaben zu relativen Veränderungen regionaler und bundesweiter Zahlen von 2011 auf 2012 sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl Hamburg	2011			2012		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	47,8%	55,3%	51,3%	46,2%	53,9%	49,8%
AU-Fälle je 100 VJ	102	122	111	100	121	110
AU-Tage je Fall	14,8	14,9	14,8	14,9	14,8	14,9
AU-Tage je 100 VJ	1.520	1.813	1.655	1.489	1.798	1.631
Krankenstand	4,16%	4,97%	4,53%	4,08%	4,93%	4,47%
BUNDESWEIT	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	53,0%	57,1%	54,9%	52,9%	57,4%	55,0%
AU-Fälle je 100 VJ	110	124	117	111	127	118
AU-Tage je Fall	14,5	14,2	14,4	14,6	14,1	14,4
AU-Tage je 100 VJ	1.600	1.760	1.674	1.627	1.791	1.702
Krankenstand	4,38%	4,82%	4,59%	4,46%	4,91%	4,66%

BARMER GEK 2011 und 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren im Jahr 2012 55,0 Prozent der Erwerbspersonen, also mehr als die Hälfte, mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden bundesweit 118

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.702 Fehltag erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich mehr als ein Arbeitsunfähigkeitsfall sowie insgesamt mehr als zwei Erkrankungswochen gemeldet. Die 1.702 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,66 Prozent. An einem durchschnittlichen Kalendertag des Jahres 2012 waren demnach von 1.000 Beschäftigten knapp 47 Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte im Durchschnitt 14,4 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2012 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen um 1,7 Prozent leicht gestiegen. Der Anstieg resultierte dabei vorrangig aus einer leicht gestiegenen Anzahl von AU-Fällen (+1,6 Prozent).

Tabelle 2 Relative Veränderungen von Kennzahlen 2012 im Vergleich zum Vorjahr

Kennzahl	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	-3,3%	-2,6%	-2,9%	-0,1%	0,5%	0,1%
AU-Fälle je 100 VJ	-2,7%	-0,8%	-1,7%	1,2%	2,1%	1,6%
AU-Tage je Fall	0,7%	-0,1%	0,3%	0,4%	-0,3%	0,1%
AU-Tage je 100 VJ	-2,1%	-0,8%	-1,4%	1,7%	1,7%	1,7%
Krankenstand	-2,1%	-0,8%	-1,4%	1,7%	1,7%	1,7%

BARMER GEK 2011 und 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Für Erwerbspersonen in **Hamburg** ergeben die Auswertungen für 2012 niedrigere Kennzahlen zur Zahl der AU-Fälle und -Tage als im Bundesdurchschnitt. Mit 110 AU-Fällen und 1.631 AU-Tagen je 100 VJ wurden in Hamburg 7,5 Prozent weniger AU-Fälle und 4,2 Prozent weniger AU-Tage als im Bundesdurchschnitt erfasst (vgl. Tabelle 1).

Im Vergleich zum Vorjahr sind AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Hamburg gesunken, nämlich um 1,7 beziehungsweise um 1,4 Prozent (vgl. Tabelle 2).

Regionale Variationen

AU-Fallzahlen im Bundeslandvergleich

Tabelle 3 und Abbildung 1 auf der folgenden Seite zeigen Ergebnisse zu AU-Fallzahlen je 100 Versicherungsjahre in den 16 Bundesländern. Während die Tabelle Ergebnisse zu 2011 und 2012 beinhaltet, beschränkt sich die Kartendarstellung auf aktuelle Angaben zum Jahr 2012. Vermerkt werden in den folgenden Abbildungen für Bundesländer primär jeweils relative Abweichungen von bundesweit ermittelten Ergebnissen. In Klammern werden zudem auch bundeslandspezifische Ergebnisse zu AU-Fällen oder AU-Tagen je 100 VJ genannt.

Tabelle 3 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011 und 2012

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ 2011			AU-Fälle je 100 VJ 2012		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	102	106	104	104	112	108
Bayern	103	108	106	105	111	108
Berlin	107	139	122	107	139	122
Brandenburg	120	149	134	121	150	134
Bremen	108	122	115	105	121	113
Hamburg	102	122	111	100	121	110
Hessen	116	126	120	117	129	123
Meckl.-Vorpommern	124	150	136	123	151	136
Niedersachsen	115	124	119	114	125	119
Nordrhein-Westfalen	107	119	113	109	122	115
Rheinland-Pfalz	113	120	116	114	123	118
Saarland	107	117	111	109	118	113
Sachsen	115	140	127	117	143	129
Sachsen-Anhalt	122	148	134	127	152	138
Schleswig-Holstein	113	125	119	113	126	119
Thüringen	126	151	138	129	154	140
BUNDESWEIT	110	124	117	111	127	118

BARMER GEK 2011 und 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

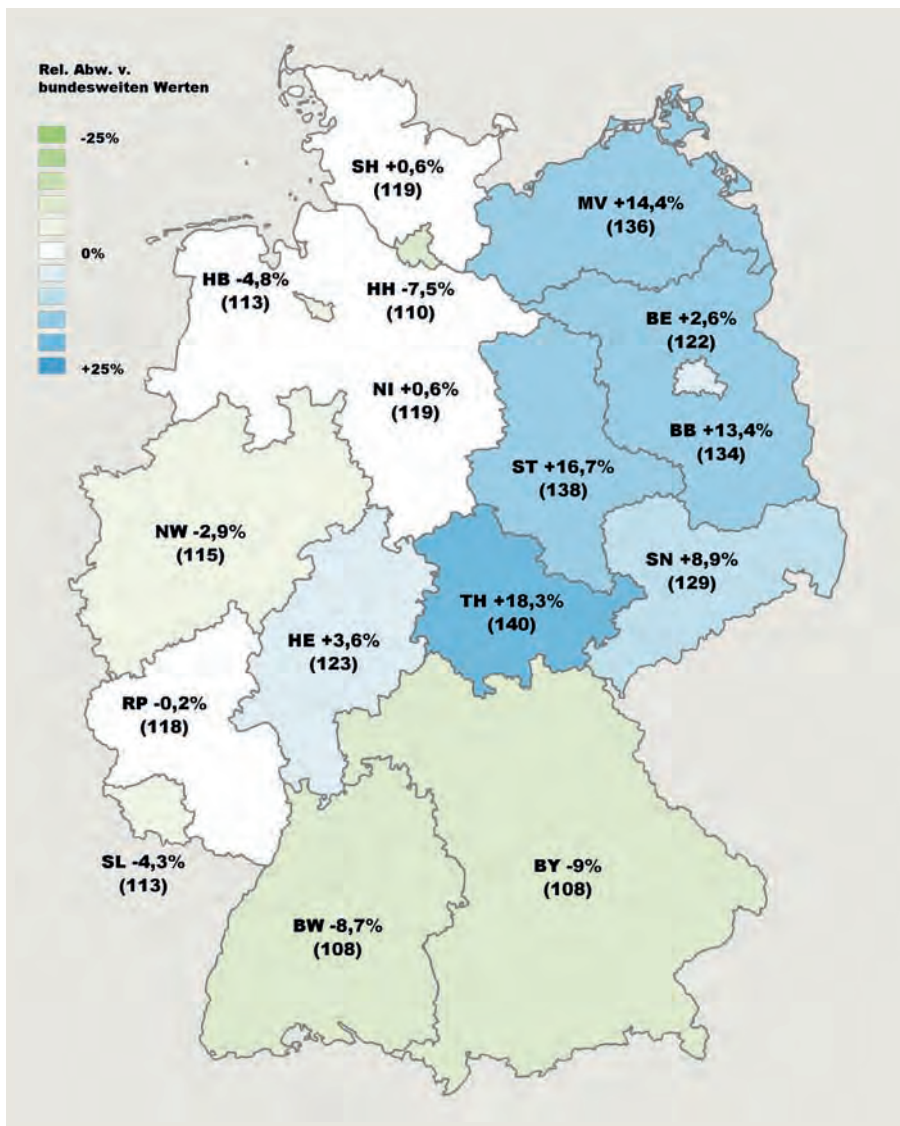


Abbildung 1 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

Die AU-Fallzahlen variierten 2012 zwischen 108 Fällen in Bayern und 140 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit bundesweite Ergebnisse um 9,0 Prozent unterschritten beziehungsweise um 18,3 Prozent überschritten werden.

Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Tabelle 4 und Abbildung 2 zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten, angegeben in AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre. Die Fehlzeiten variierten, wie im vorausgehenden Jahr, auch 2012 noch etwas ausgeprägter als die AU-Fallzahlen, nämlich zwischen 1.456 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-14,5%) und 2.023 AU-Tagen je 100 VJ in Mecklenburg-Vorpommern (+18,9%). Nach Baden-Württemberg weisen Erwerbspersonen aus Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Tabelle 4 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011 und 2012

Bundesland	AU-Tage je 100 VJ 2011			AU-Tage je 100 VJ 2012		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1.367	1.446	1.403	1.406	1.514	1.456
Bayern	1.471	1.482	1.476	1.497	1.504	1.500
Berlin	1.691	2.169	1.911	1.702	2.163	1.915
Brandenburg	1.869	2.168	2.007	1.884	2.179	2.020
Bremen	1.451	1.799	1.611	1.448	1.808	1.614
Hamburg	1.520	1.813	1.655	1.489	1.798	1.631
Hessen	1.575	1.695	1.630	1.608	1.725	1.662
Meckl.-Vorpommern	1.894	2.116	1.996	1.927	2.136	2.023
Niedersachsen	1.637	1.729	1.679	1.623	1.761	1.686
Nordrhein-Westfalen	1.575	1.740	1.651	1.602	1.773	1.681
Rheinland-Pfalz	1.641	1.683	1.660	1.703	1.731	1.716
Saarland	1.735	1.894	1.808	1.757	1.930	1.836
Sachsen	1.695	1.914	1.796	1.725	1.939	1.824
Sachsen-Anhalt	1.842	2.033	1.930	1.896	2.094	1.987
Schleswig-Holstein	1.636	1.807	1.715	1.654	1.831	1.736
Thüringen	1.806	2.046	1.917	1.891	2.060	1.969
BUNDESWEIT	1.600	1.760	1.674	1.627	1.791	1.702

BARMER GEK 2011 und 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

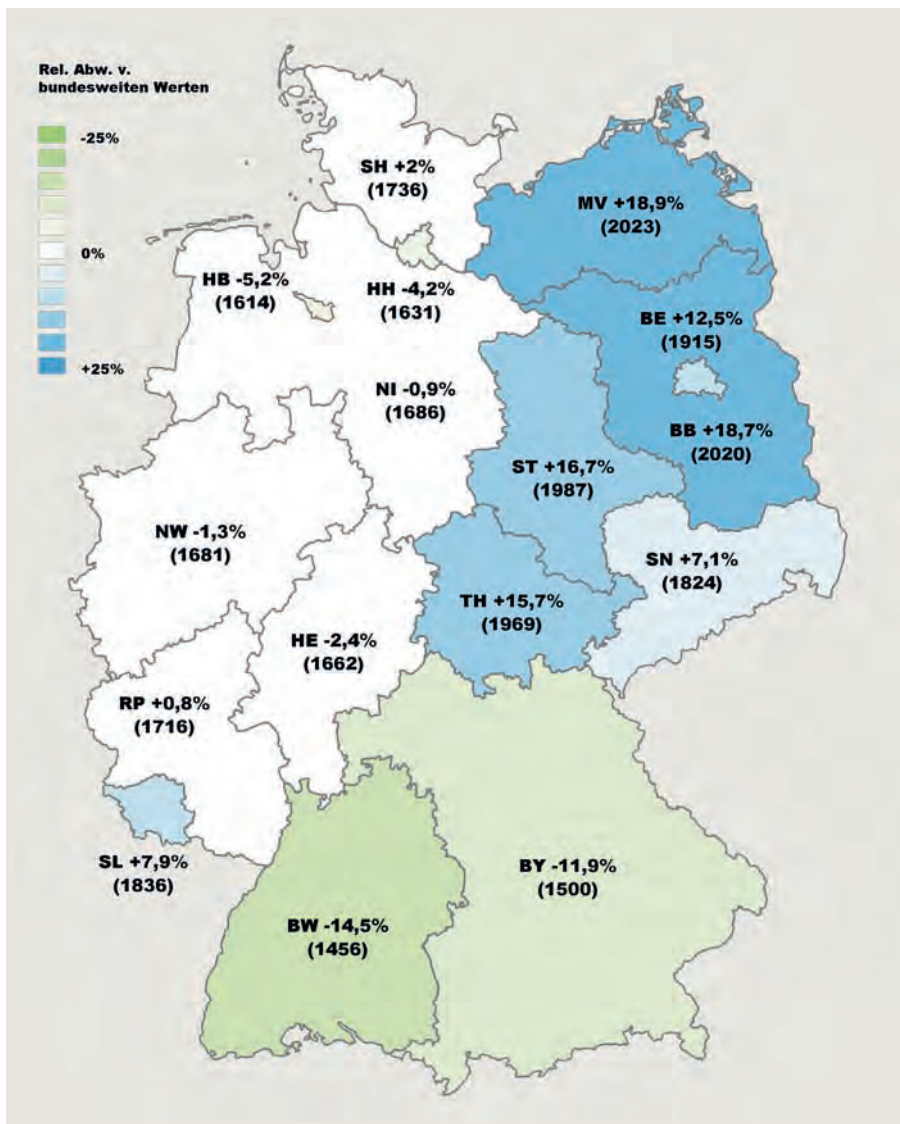


Abbildung 2 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

Entwicklung der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Während sich die Häufigkeiten von Krankschreibungen in einzelnen Bundesländern unterschiedlich entwickelt haben, haben die gemeldeten Fehlzeiten von 2011 auf 2012 in allen Bundesländern unter Ausnahme Hamburgs zumindest geringfügig zugenommen. Unterdurchschnittliche Anstiege lassen sich auch für die beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Bremen ermitteln. Im Vergleich zum Vorjahr prozentual überdurchschnittlich stark stiegen die gemeldeten Fehlzeiten 2012 wie bereits im Vorjahr in Rheinland-Pfalz sowie, ausgehend von einem traditionell niedrigen Niveau, 2012 auch in Baden-Württemberg.

Tabelle 5 Relative Veränderungen 2012 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern

Bundesland	Rel. Veränderungen AU-Fälle			Rel. Veränderungen AU-Tage		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	2,67%	5,78%	4,13%	2,89%	4,71%	3,76%
Bayern	1,62%	2,77%	2,16%	1,78%	1,50%	1,65%
Berlin	-0,24%	0,37%	0,08%	0,66%	-0,26%	0,18%
Brandenburg	0,32%	0,74%	0,54%	0,80%	0,51%	0,66%
Bremen	-2,61%	-0,54%	-1,60%	-0,19%	0,47%	0,15%
Hamburg	-2,73%	-0,75%	-1,73%	-2,07%	-0,82%	-1,44%
Hessen	1,25%	2,62%	1,91%	2,09%	1,80%	1,95%
Meckl.-Vorpommern	-0,76%	0,28%	-0,23%	1,76%	0,93%	1,36%
Niedersachsen	-0,37%	0,39%	0,00%	-0,86%	1,84%	0,42%
Nordrhein-Westfalen	1,85%	2,46%	2,15%	1,71%	1,89%	1,79%
Rheinland-Pfalz	1,35%	2,29%	1,80%	3,80%	2,86%	3,36%
Saarland	2,12%	1,25%	1,70%	1,26%	1,91%	1,57%
Sachsen	1,64%	2,20%	1,93%	1,79%	1,27%	1,53%
Sachsen-Anhalt	3,38%	2,57%	2,97%	2,95%	2,99%	2,97%
Schleswig-Holstein	-0,04%	1,15%	0,54%	1,07%	1,33%	1,19%
Thüringen	2,06%	1,59%	1,82%	4,74%	0,69%	2,75%
BUNDESWEIT	1,20%	2,07%	1,63%	1,66%	1,74%	1,70%

BARMER GEK 2011 und 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Fehlzeiten auf Kreisebene

Abbildung 3 auf der folgenden Seite stellt bundesweite Variationen der Fehlzeiten auf der Ebene von mehr als 400 Kreisen dar. Effektiv werden Ergebnisse zu Flächen von 413 Kreisen in einer Abgrenzung entsprechend dem Stand von Gemeinde- und Kreisreformen Ende 2008 dargestellt, in denen 2012 jahresdurchschnittlich jeweils mehr als 300 Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK wohnten. Durch die Verwendung dieser bereits „historischen“ Kreisaufteilung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit Vorjahresergebnissen zu identischen Regionen vergleichen. Da Kreisreformen oftmals mit der Zusammenfassung von Gebieten einhergehen, würden mit einer Anpassung an aktuelle Abgrenzungen zudem regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

Farblich angedeutet werden in den Abbildungen, mit identischen Abstufungen wie bereits in den vorausgehenden Abbildungen, relative Abweichungen der regional beobachteten Fehlzeiten von Fehlzeiten, die aufgrund der regionalen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können (vgl. Abschnitte zur indirekten Standardisierung auf Seite 145 im Anhang).

Deutlich werden die zum Teil merklichen Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer. Statistiken auf der Ebene von Bundesländern stellen insofern – wie nahezu jede Statistik – erheblich vereinfachte Blicke, hier auf die Realität regionaler Variationen, dar.

Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins

Abbildung 4 auf Seite 17 zeigt schließlich einen bundeslandspezifischen Kartenausschnitt der Abbildung 3, auch hier mit Einfärbungen von Kreisgebieten entsprechend der relativen Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen von bundesweiten Werten. Die 3-stelligen Zahlenangaben in Abbildung 4 entsprechen dabei der 3. bis 5. Stelle der amtlichen Gemeinde- beziehungsweise Kreisschlüssel und ermöglichen das Auffinden von Kreisbezeichnungen und Ergebnissen in der nachfolgenden Tabelle 6. Die Kombination aus der ersten und zweiten Stelle des Gemeindegeschlüssels kennzeichnet ein Bundesland. Sie ist für alle Kreise eines Bundeslandes identisch und ist daher für die Identifikation von Kreisen innerhalb eines Bundeslandes nicht erforderlich.

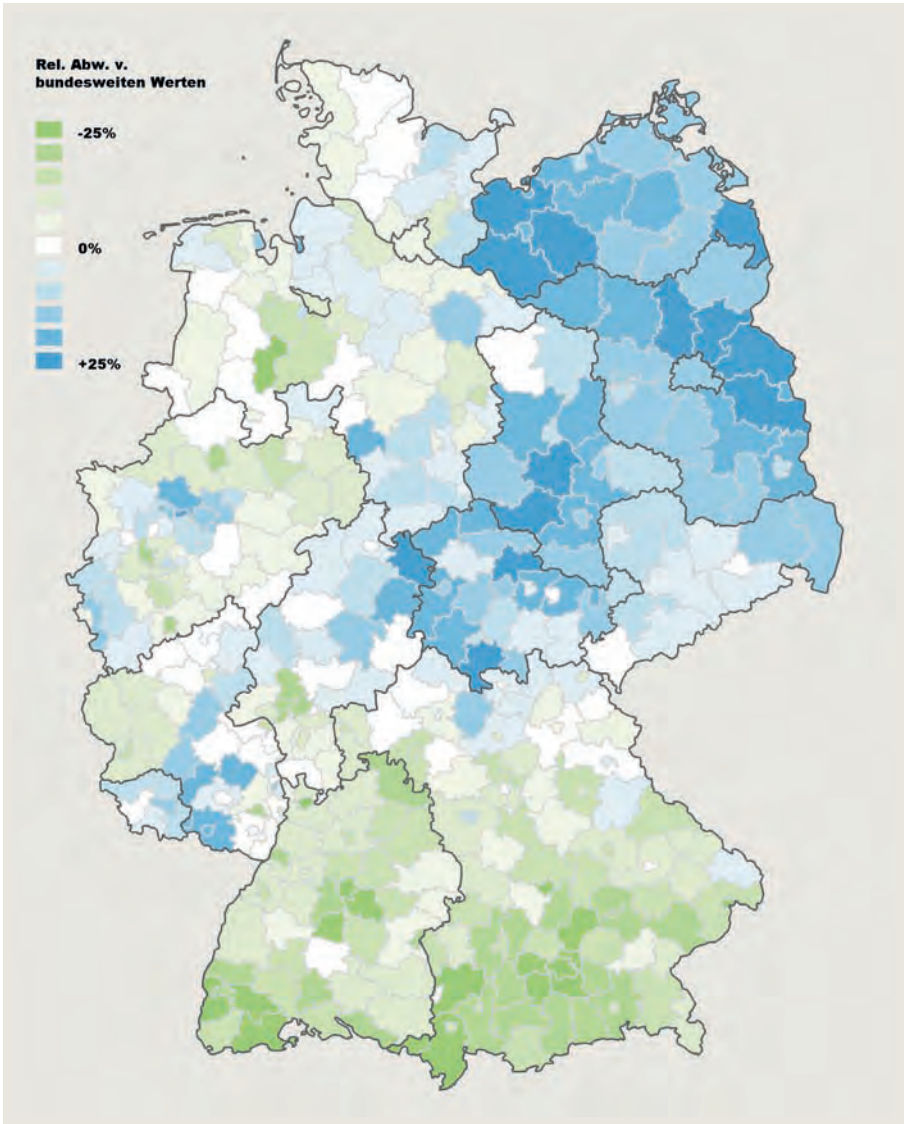


Abbildung 3 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2012 bundesweit

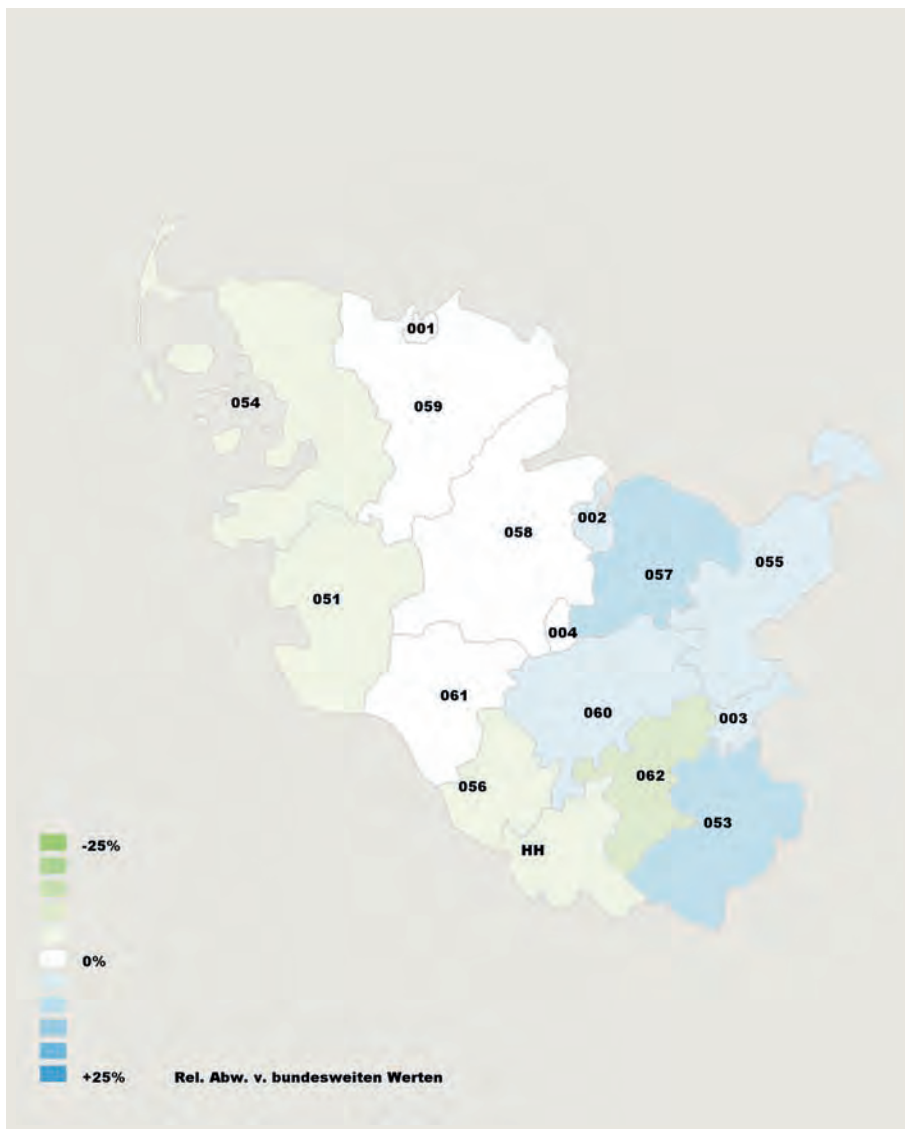


Abbildung 4 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 6 auf Seite 19 mit Kreisergebnissen).

Hamburg bildet auf der für regionale Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreportes verfügbaren Differenzierungsebene von Kreisen des amtlichen Gemeindegliedschlüssels lediglich eine Region ohne weitere Gliederung. Vor diesem Hintergrund werden an dieser Stelle auch Ergebnisse aus Kreisen des Landes Schleswig-Holstein betrachtet. Das Gebiet Hamburgs ist in Abbildung und Tabelle durch das Kürzel HH gekennzeichnet.

Offensichtlich wird mit der Darstellung in Abbildung 4, dass Fehlzeiten in den zwei im Norden beziehungsweise Westen an Hamburg angrenzenden Kreisen Pinneberg und Stormarn mit den Kreisnummern 01 056 und 01 062 noch etwas niedriger als in Hamburg lagen (7,3% bzw. 11,8% unter strukturabhängig erwarteten Werten bei Unterschreitung derselben um nur 4,7% in Hamburg).

Die höchsten Fehlzeiten innerhalb von Schleswig-Holstein ließen sich 2012 mit einer Überschreitung erwarteter Werte um 8,4 und 9,1 Prozent für Plön (Kreisnummer 01 057) und das Herzogtum Lauenburg (Kreisnummer 01 053) nachweisen.

Tabelle 6 Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2011, 2012

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	VJ 2012	2011		2012	
			AU- Fälle	AU- Tage	AU- Fälle	AU- Tage
001	Flensburg	3.353	-3,6%	-1,1%	-6,9%	1,6%
002	Kiel	13.370	9,4%	7,0%	6,8%	7,4%
003	Lübeck	8.169	2,7%	5,7%	1,2%	6,0%
004	Neumünster	3.684	12,2%	9,5%	8,1%	1,7%
051	Dithmarschen	5.774	-9,0%	4,9%	-6,0%	-2,7%
053	Herzogtum Lauenburg	6.920	4,0%	9,7%	1,5%	9,1%
054	Nordfriesland	8.826	-13,2%	-3,4%	-9,2%	-3,4%
055	Ostholstein	10.643	-0,5%	8,0%	-2,2%	6,5%
056	Pinneberg	15.157	-1,1%	-4,6%	-1,6%	-7,3%
057	Plön	10.010	12,7%	5,8%	11,2%	8,4%
058	Rendsburg-Eckernförde	19.102	4,9%	2,7%	3,5%	1,8%
059	Schleswig-Flensburg	12.213	-5,4%	2,0%	-4,6%	0,9%
060	Segeberg	16.393	2,5%	1,1%	1,0%	4,5%
061	Steinburg	5.231	-3,0%	-0,7%	-3,2%	2,0%
062	Stormarn	11.040	-3,1%	-7,2%	-6,0%	-11,8%
HH	Hamburg	75.200	-5,0%	-1,7%	-8,1%	-4,7%
AU-Tage und -Fälle je 100 VJ BUNDESWEIT			117	1.674	118	1.702

BARMER GEK 2011 und 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, indirekt standardisiert, relative Abweichungen regional beobachteter von den nach bundesweiten Ergebnissen strukturabhängig regional erwarteten Werten. Der Wert 0% resultiert bei Übereinstimmung, kleinere Werte bei Unterschreiten und größere Werte bei Überschreiten. Wohnortbezogene Zuordnung von Erwerbspersonen.

Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer

Ein weit überwiegender Anteil der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dauert lediglich wenige Tage, relativ wenige AU-Fälle dauern über viele Wochen. Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Bedeutung der unterschiedlich langen Arbeitsunfähigkeiten für die insgesamt erfassten Fehlzeiten.

Ein weit überwiegender Anteil der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen resultiert aus leichteren Erkrankungen. So sind beispielsweise verhältnismäßig viele Menschen innerhalb eines Jahres von einer Erkältungskrankheit betroffen und mit entsprechenden Diagnosen in der Regel dann nur kurzzeitig krankgeschrieben.

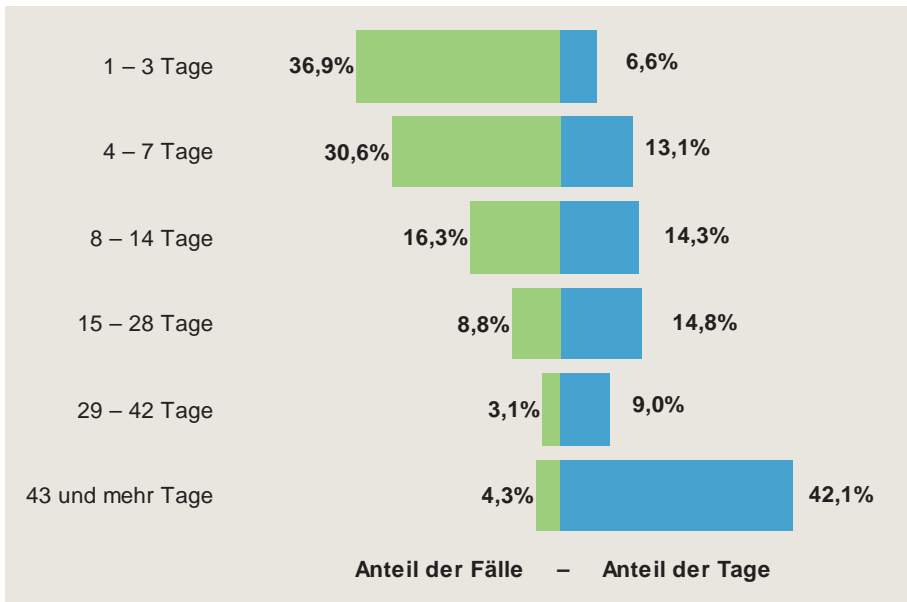


Abbildung 5 AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2012

Relativ wenige AU-Fälle resultieren bei Personen im Erwerbsalter aus schwerwiegenden Erkrankungen. Da entsprechende Arbeitsunfähigkeiten im Einzelfall jedoch extrem lange andauern können, entfällt auf diese eher seltenen Fälle dennoch ein wesentlicher Anteil der insgesamt in Daten von Krankenkassen erfassten Fehlzeiten. Diesen Sachverhalt verdeutlicht Abbildung 5.

Nach den Auswertungen bundesweit erhobener Daten der BARMER GEK dauerten 2012 etwa zwei Drittel der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 37,0 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 29,3 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 7). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfielen jedoch mit einem Anteil von 19,0 Prozent lediglich knapp ein Fünftel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 7 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit

Fallbezogene Dauer	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1 – 3 Tage	36,9%	6,6%	37,0%	6,4%
4 – 7 Tage	30,6%	13,1%	29,3%	12,6%
8 – 14 Tage	16,3%	14,3%	16,7%	14,7%
15 – 28 Tage	8,8%	14,8%	9,3%	15,8%
29 – 42 Tage	3,1%	9,0%	3,3%	9,8%
43 und mehr Tage	4,3%	42,1%	4,4%	40,6%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Lediglich 4,4 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also etwa jede 23. Krankschreibung, dauerte über mehr als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch mit 40,6 Prozent zwei Fünftel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse aus **Hamburg** den bundesweiten Resultaten (vgl. auch Abbildung 5). 67,5 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle in Hamburg dauerten 2012 maximal eine Woche, waren mit einem Anteil von 19,7 Prozent jedoch nur für deutlich weniger als ein Viertel aller AU-Tage verantwortlich. Demgegenüber entfielen auf die nur 16,1 Prozent der AU-Fälle mit mehr als zwei Wochen Dauer mit 66,0 Prozent knapp zwei Drittel der gesamten Fehlzeiten.

Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen

Gemeldete erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeiten verteilen sich recht unterschiedlich auf einzelne Wochentage, wobei entsprechende Ergebnisse inhaltlich in zurückliegenden Jahren gelegentlich fehlinterpretiert wurden.

Tabelle 8 zeigt sowohl regional als auch bundesweit ermittelte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen sowie zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage im Jahr 2012.

Tabelle 8 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit

Wochentag	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	33,6%	14,1%	34,1%	14,0%
Dienstag	19,9%	14,9%	19,9%	14,9%
Mittwoch	16,8%	15,5%	16,6%	15,5%
Donnerstag	16,6%	15,6%	16,1%	15,7%
Freitag	10,4%	15,8%	10,4%	15,9%
Samstag	1,5%	12,2%	1,6%	12,2%
Sonntag	1,1%	11,8%	1,3%	11,7%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Meldung zur Arbeitsunfähigkeit an einzelnen Wochentagen

Auf den ersten Blick auffällig erscheint, dass regelmäßig etwa ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeiten an einem Montag beginnen, was von manchen Betrachtern entsprechender Statistiken als arbeitnehmerseitige Tendenz fehlinterpretiert wurde, sich durch eine Krankschreibung am Montag das Wochenende zu verlängern. Eine zweifellos inhaltlich korrektere Begründung für die ungleiche Verteilung des AU-Beginns auf einzelne Wochentage ergibt sich aus typischen Arbeitszeiten von Arbeitnehmern und niedergelassenen Ärzten.

Bei Erkrankungen an Wochenenden besteht bei üblichen Arbeitsverhältnissen mit zumeist arbeitsfreien Wochenenden zum einen häufig kein Anlass, sich sofort krankzuschreiben zu lassen. Zum anderen stehen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung an Wochenenden nur Notdienste zur Versorgung dringlicher Fälle zur Verfügung. Entsprechend beginnen an Wochenenden lediglich etwa drei Prozent al-

ler Krankschreibungen. Geht man davon aus, dass sich Erkrankungereignisse primär annähernd gleichmäßig auf Wochentage verteilen und bei Beginn am Wochenende ggf. oftmals auch über das Wochenende hinaus andauern, müssen Krankschreibungen bei Erkrankungsbeginn am Wochenende dann typischerweise montags nachgeholt werden, was hohe Fallzahlen an diesem Wochentag zur Folge hat.

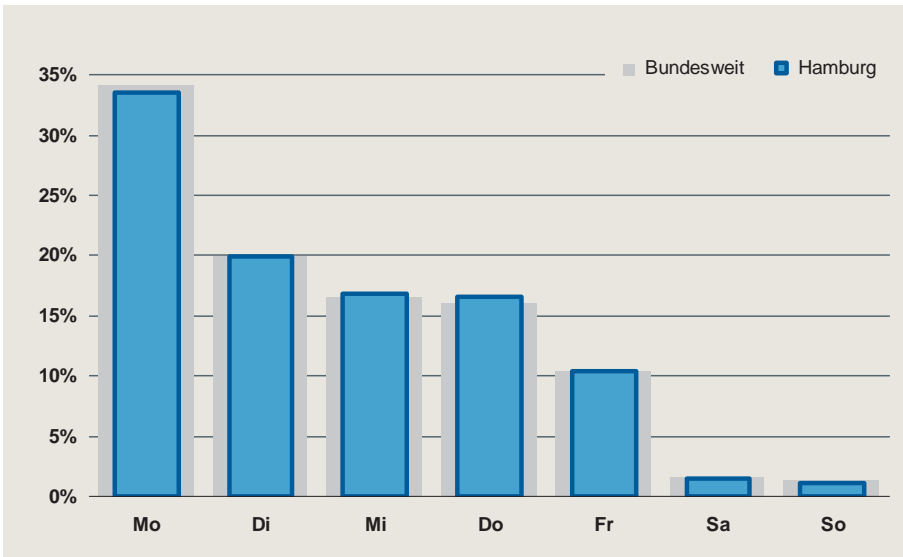


Abbildung 6 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2012

Abbildung 6 zeigt die relative Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen in **Hamburg** (blau) sowie nach bundesweit ermittelten Zahlen (grau). Die regionalen Ergebnisse unterscheiden sich allenfalls graduell von bundesweit ermittelten Zahlen.

Arbeitsunfähigkeitstage

Inhaltlich noch aufschlussreicher als Auswertungen zum Beginn von Arbeitsunfähigkeiten sind Auswertungen zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage. Abbildung 7 zeigt weitgehend übereinstimmende regionale (blau) und überregionale (grau) Ergebnisse zur anteiligen Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf die einzelnen Wochentage innerhalb des Kalenderjahres 2012.

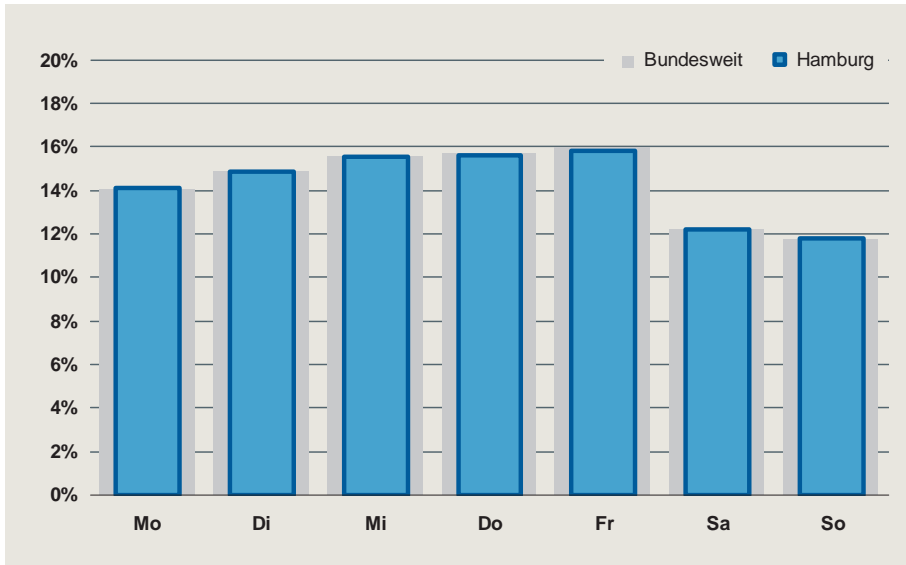


Abbildung 7 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2012

Ganz offensichtlich entfallen, bezogen auf die Wochentage, die typischerweise reguläre Arbeitstage sind, auf Montage mit Abstand die geringsten gemeldeten Fehlzeiten. Die Krankenstände am Arbeitswochenbeginn liegen also regelmäßig niedriger als im weiteren Wochenverlauf, was im Sinne von Erholungseffekten von arbeitsfreien Wochenenden interpretiert werden könnte. Relativ hoch liegen die Krankenstände demgegenüber eher in der zweiten Hälfte der Arbeitswoche. Anteilig die geringsten gemeldeten Fehlzeiten entfallen auf Samstag und insbesondere Sonntag. Dass Arbeitnehmer an Wochenenden „besonders gesund“ sind, kann daraus allerdings nicht direkt abgeleitet werden. Oftmals dürfte, wie bereits zuvor erläutert, bei Erkrankungsbeginn an diesen Tagen schlicht eine zeitnahe AU-Meldung unterblieben sein.

Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter

Geschlecht und Alter haben einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse in nahezu allen gesundheitsbezogenen Statistiken. Bei Gruppenvergleichen im Gesundheitsreport werden grundsätzlich geschlechts- und altersstandardisierte Zahlen gegenübergestellt, womit etwaige Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen hinsichtlich ihrer Geschlechts- und Altersstruktur rechnerisch ausgeglichen werden (vgl. Erläuterungen im Anhang). Der nachfolgende Abschnitt befasst sich demgegenüber explizit mit dem Einfluss von Geschlecht und Alter auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten.

Arbeitsunfähigkeitsfälle

Mit Abstand am häufigsten werden Arbeitsunfähigkeiten erfahrungsgemäß bei Erwerbspersonen aus den jüngsten Altersgruppen erfasst. Während Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren durchschnittlich etwa zweimal pro Jahr krankgeschrieben werden, liegen die Fallhäufigkeiten in mittleren Altersgruppen nur noch etwa halb so hoch. Insbesondere in Betrieben mit vielen Auszubildenden oder auch anderweitig sehr vielen jungen Beschäftigten sind demnach verhältnismäßig viele Krankmeldungen zu erwarten.

Abbildung 8 auf Seite 26 zeigt Angaben zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre in 5-Jahres-Altersgruppen für Männer und Frauen. Neben farblich hervorgehobenen regionalen Ergebnissen (Männer – blau, Frauen – grün) werden in der Abbildung mit den grauen Säulen im Hintergrund auch bundesweit ermittelte Ergebnisse angedeutet. Zahlenwerte sind Tabelle A1 auf Seite 146 im Anhang zu entnehmen.

Grundsätzlich entspricht das Muster der Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Krankenschreibungshäufigkeiten in **Hamburg** den bundesweit ermittelten Ergebnissen. Tendenziell lagen dabei die Fallzahlen insbesondere bei Männern im Alter zwischen 20 und 39 Jahre niedriger als nach bundesweit ermittelten Zahlen.

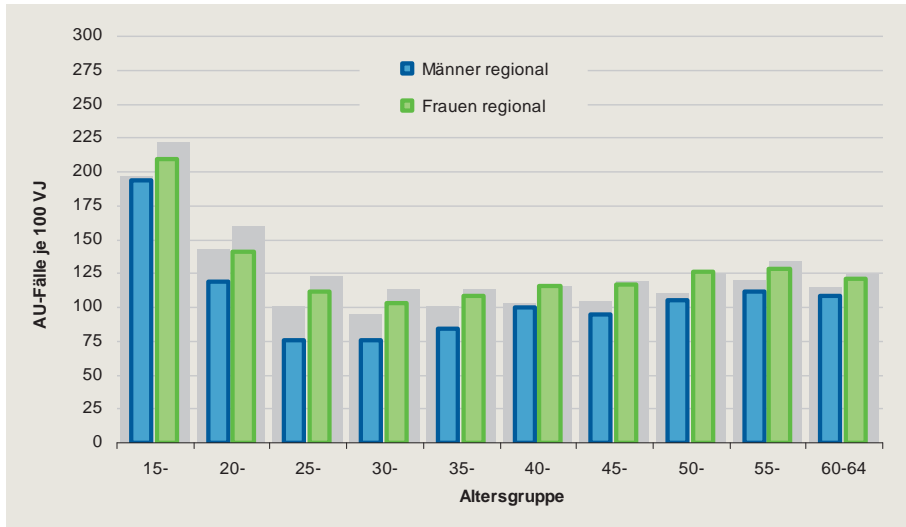


Abbildung 8 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2012

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Abbildung 9 auf Seite 28 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter der Betroffenen. Zahlenangaben sind Tabelle A2 auf Seite 147 im Anhang zu entnehmen. Die Falldauer steigt mit zunehmendem Alter stetig. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich weniger als 6 Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährige Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich mehr als 25 Tage arbeitsunfähig gemeldet.

Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit der fallbezogenen Krankschreibungsdauer in **Hamburg** entspricht weitgehend den bundesweit ermittelten Ergebnissen.

Fehlzeiten

Abbildung 10 auf Seite 28 zeigt schließlich die aus AU-Fallzahlen und -Dauer in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen bezogen auf jeweils 100 Versicherungsjahre resultierenden Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zahlenangaben finden sich in Tabelle A3 auf Seite 147 im Anhang.

Trotz der ausgesprochen hohen Zahl gemeldeter AU-Fälle liegen die Fehlzeiten in den jüngsten Altersgruppen kaum höher als bei Personen im Alter zwischen 25 und 29 Jahren, die 2012 nach bundesweiten Ergebnissen durchschnittlich etwa 11 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.100 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 3 Prozent entspricht). Mit zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 35. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen werden schließlich etwa 2,5-fach höhere Fehlzeiten erfasst. Bei Betrieben ist demnach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten kaum mit einer Veränderung der Krankschreibungshäufigkeit zu rechnen. Da jedoch einzelne Fälle durchschnittlich erheblich länger als bei jüngeren Beschäftigten dauern, ist dennoch ein merklich höherer Krankenstand zu erwarten.

Grundsätzlich gelten diese Aussagen auch für Erwerbspersonen in **Hamburg**. Höher als nach bundesweiten Ergebnissen liegen die Fehlzeiten in Hamburg insbesondere bei Frauen in mittlerem Alter (40 bis 49 Jahre). Vergleichsweise niedrig erscheinen Fehlzeiten bei jüngeren Männern sowie bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter.

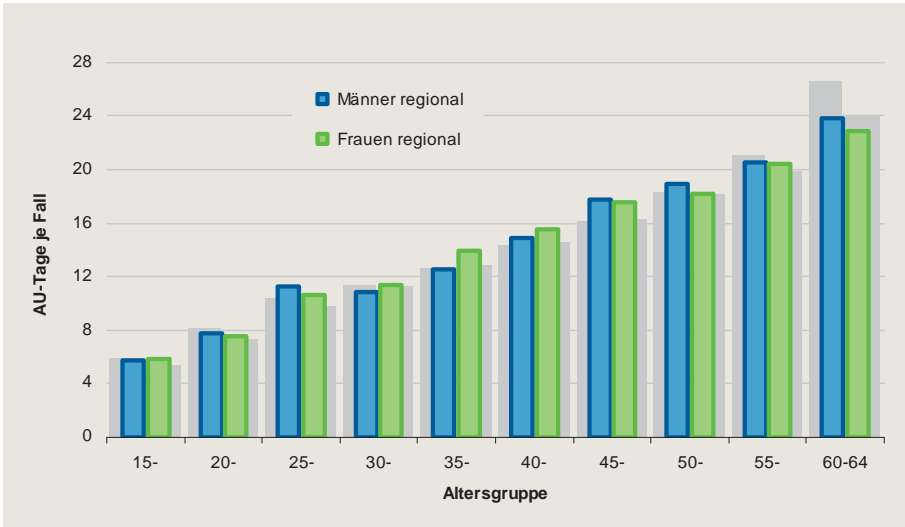


Abbildung 9 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2012

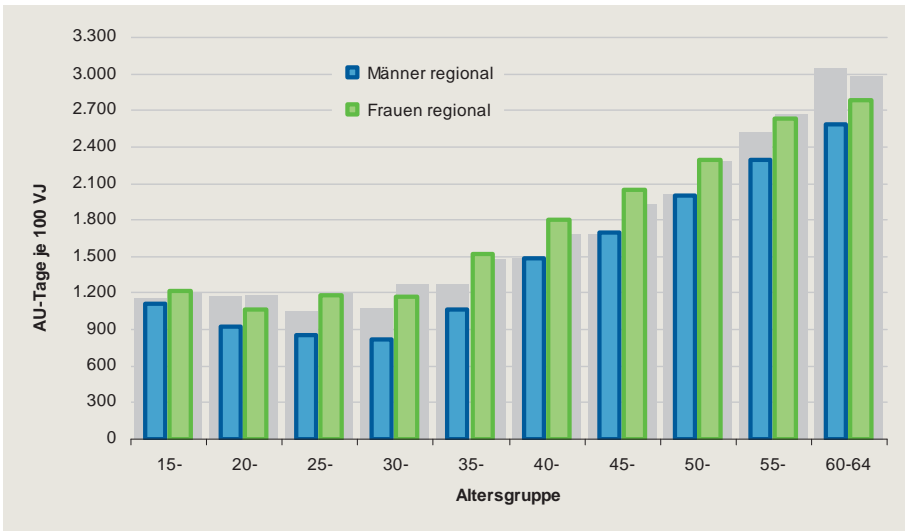


Abbildung 10 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2012

Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2012 in einzelnen Branchen sowie bei Erwerbspersonen in Abhängigkeit von deren Ausbildung und Beruf. Die Ergebnisse des Abschnitts beruhen dabei grundsätzlich auf bundesweit erhobenen Daten.

Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in Branchen

In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit eine Betriebsnummer, bei Betriebsstandorten in unterschiedlichen Gemeinden gegebenenfalls auch mehrere. Damit verbunden werden – unter anderem für eine Verwendung in kommunalen und bundesweiten Wirtschaftsstatistiken – die Niederlassungen eines Unternehmens einem Wirtschaftszweig zugeordnet. Informationen zu Wirtschaftszweigen beziehungsweise zur Branchenzuordnung der Arbeitsstellen ihrer Versicherten werden auch an die Krankenkassen weitergeleitet. Zur Bezeichnung und Differenzierung von Branchen wird dabei aktuell in Deutschland die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ verwendet (WZ2008; vgl. auch Erläuterungen auf Seite 142).

Abbildung 11 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten je 100 VJ nach Branchenzuordnungen der Erwerbspersonen auf der übergeordneten Ebene von insgesamt 21 „Abschnitten“ der WZ2008 im Jahr 2012. Ergänzend finden sich auch Ergebnisse zu Personen ohne Branchenzuordnung sowie für die Gesamtgruppe der im Gesundheitsreport berücksichtigten Erwerbspersonen. Die offiziellen Bezeichnungen der Branchen werden aus Platzgründen in der Abbildung zum Teil nur verkürzt angegeben.

Die mit Abstand höchsten Fehlzeiten von 2.995 AU-Tagen je 100 VJ finden sich in der Gruppe von Erwerbspersonen ohne Branchenzuordnung. Sie resultieren maßgeblich aus der überdurchschnittlichen Anzahl von Fehltagen, die bei arbeitslos gemeldeten Erwerbspersonen erfasst werden, die – mangels Arbeitgeber – keiner Branche zugeordnet werden können.

Ausgesprochen geringe Fehlzeiten und Krankschreibungshäufigkeiten finden sich für einige Branchen, deren Beschäftigte am Arbeitsplatz durch körperliche Tätigkeiten in der Regel nur wenig belastet sein dürften.



Abbildung 11 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2012

Dies gilt insbesondere für die Branche „Information und Kommunikation“ sowie die Branche „Erbringung von freiberuflichen, technischen und wissenschaftlichen Dienstleistungen“. Beschäftigte aus diesen beiden Branchen waren 2012 durchschnittlich etwa ein Mal krankgeschrieben und fehlten dabei nach kassenseitig vorliegenden Ar-

beitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres weniger als 12 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also etwa fünf Tage weniger als eine durchschnittliche Erwerbsperson. Verhältnismäßig hohe Fehlzeiten finden sich unter anderem für die Branchen „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen“ und „Verkehr und Lagerei“, in denen von überdurchschnittlichen körperlichen Belastungen und Anforderungen der Beschäftigten ausgegangen werden kann. Hohe Fehlzeiten in der Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“ lassen sich damit erklären, dass zu dieser Gruppe von Arbeitgebern auch Leiharbeitsfirmen zählen, deren Beschäftigte häufig an überdurchschnittlich belasteten Arbeitsplätzen eingesetzt werden.

Eine **erheblich differenziertere branchenbezogene Übersicht zum Arbeitsunfähigkeiten** auf der Ebene von 88 „Abteilungen“ der WZ2008 liefert Tabelle A4 auf Seite 148 im Anhang. Tabelle A5 auf Seite 151 beinhaltet entsprechende Angaben zu Krankenständen, die ergänzend hier auch separat für Männer und Frauen ausgewiesen werden. Ein kleiner Teil der dargestellten branchenbezogenen Ergebnisse in den Tabellen beruht auf Angaben zu verhältnismäßig geringen Versicherungszahlen und sollte daher nur zurückhaltend interpretiert werden. Ergebnissen auf der Basis von jahresdurchschnittlich weniger als 1.000 Beschäftigten werden in den Tabellen durch kursive Schreibweise hervorgehoben.

Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Ausbildung und Beruf

Den Krankenversicherungen wurden von den Arbeitgebern bis November 2011 Angaben zur Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder in Form eines 5-stelligen Schlüssels übermittelt. Seit Dezember 2011 wird hierfür ein neuer, 9-stelliger Schlüssel verwendet, aus dem mit gewissen Einschränkungen Informationen des alten Schlüssels hergeleitet werden können, welche für die nachfolgenden Darstellungen weiterhin verwendet wurden (vgl. auch Erläuterungen auf Seite 141).

Ausbildung

Abbildung 12 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in Abhängigkeit von BARMER GEK-seitig verfügbaren Informationen zur Ausbildung der Erwerbspersonen im Jahr 2012. Auch bei dieser Auswertung resultieren verhältnismäßig hohe Fehlzeiten bei Personen ohne Angabe

zur Ausbildung vorrangig aus überdurchschnittlichen Fehlzeiten von Arbeitslosen, zu denen primär kein Tätigkeitsschlüssel und kein Ausbildungsstatus gemeldet wird. Ausbildungsabhängig **hohe AU-Fallzahlen und Fehlzeiten** weisen **Personen ohne Berufsausbildung** (mit Haupt- oder Realschulabschluss) auf, **niedrige Werte** finden sich demgegenüber insbesondere für **Berufstätige mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss**, wobei die Fehlzeiten in den beiden Gruppen um etwa den Faktor 2 divergieren. Für entsprechende Unterschiede lassen sich eine Reihe von Gründen verantwortlich machen. Wesentliche Aspekte werden im Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit auf Seite 132 erläutert.

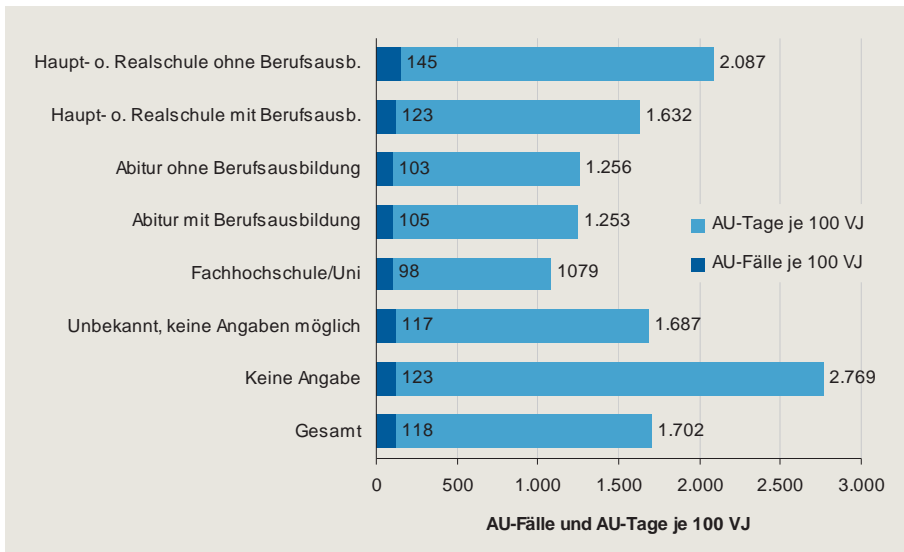


Abbildung 12 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildung bundesweit 2012

Berufsfelder

Abbildung 13 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2012 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in einer Gliederung nach sogenannten Berufsfeldern (vgl. Erläuterungen im Anhang auf Seite 141). Im Gegensatz zur Branchenzuordnung, die in der Regel bei allen Beschäftigten eines Betriebes identisch ist, sollte die Berufszuordnung individuell und in Abhängigkeit von der jeweils aktuell ausgeübten Tätigkeit erfolgen und insofern die berufliche Situation eines einzelnen Beschäftigten trennschärfer beschreiben.

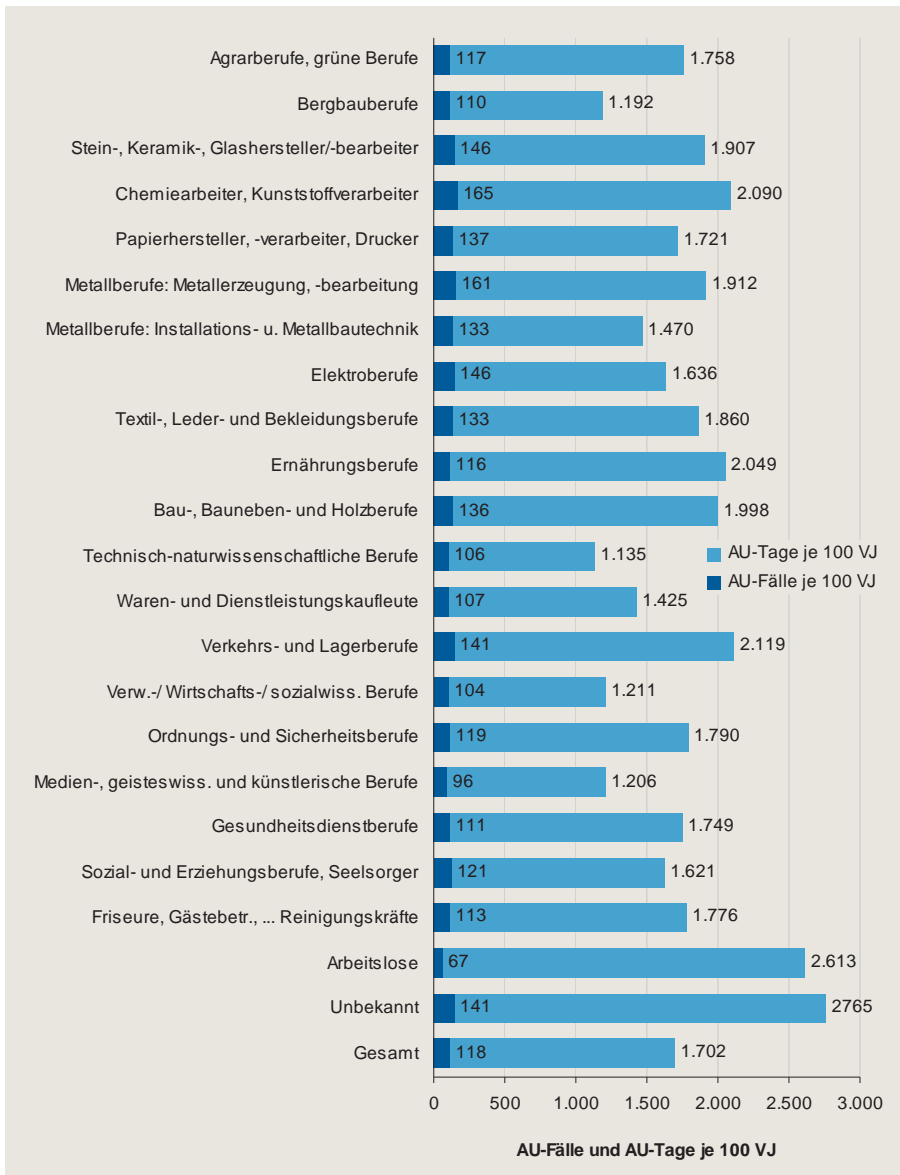


Abbildung 13 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2012

Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten 2012 mit durchschnittlich gut 11 bis 12 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen sowie mit medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln. Durchschnittlich etwa 20 Fehltag je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Chemiearbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Beschäftigten mit Ernährungsberufen, mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen sowie bei Verkehrs- und Lagerberufen erfasst. Auch nach dieser Auswertung zeigt sich, dass insbesondere Beschäftigte mit körperlich belastenden Tätigkeiten beziehungsweise mit Tätigkeiten, die in ihrer Ausübung eine höhere körperliche Belastbarkeit voraussetzen, häufiger von höheren erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten betroffen sind (vgl. auch Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit auf Seite 132).

Berufsordnungen

Tätigkeiten beziehungsweise Berufe lassen sich auf Basis der Kodierungen in Sozialversicherungsdaten noch erheblich differenzierter als in der vorausgehenden Abbildung betrachten. Tabelle A6 auf Seite 154 im Anhang zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeitszeiten mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach sogenannten Berufsordnungen beziehungsweise nach den bisherigen, 3-stelligen Tätigkeitsschlüsseln, die aus dem neuen Tätigkeitsschlüssel hergeleitet wurden (vgl. Erläuterungen im Anhang auf Seite 141).

Dargestellt sind in der **Tabelle A6 auf Seite 154 Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeitszeiten** in den bei Versicherten der BARMER GEK am häufigsten erfassten **100 Berufen sortiert in absteigender Reihenfolge nach jahresdurchschnittlichen Versicherungszahlen 2012**. Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 4.000 Personen. Da die Ausübung einiger Berufe nicht in allen Altersgruppen möglich ist, wurde bei den differenzierten tätigkeitsbezogenen Auswertungen ausnahmsweise auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet.

Durchschnittlich mehr als 23 Tage innerhalb des Jahres 2012 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ (Tätigkeitsschlüssel 861), „Kraftfahrzeugführer“ (714), „Helfer in der Krankenpflege“ (854), „Wächter, Aufseher“ (792) sowie „Mehl-, Nahrungsmittelhersteller“ (432).

Durchschnittlich weniger als 8 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2012 demgegenüber in den Berufsgruppen „Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen, Akademien“ (871), „Zahntechniker“ (303),

„Rechtsvertreter, -berater“ (813), „Apotheker“ (844), „Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues“ (601) und in der Gruppe „Elektroingenieure“ (602).

Tabelle A7 auf Seite 157 im Anhang liefert ergänzend auch **Ergebnisse zum Krankenstand** von Beschäftigten in den 100 bei BARMER GEK-Mitgliedern am häufigsten dokumentierten Berufen im Jahr 2012. Die Reihenfolge der Berufsnennung entspricht der in Tabelle A6. Da sich die in Tabelle A7 genannten geschlechtsübergreifenden Krankenstände einfach und direkt aus den Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr der Tabelle A6 berechnen lassen, führen die Ergebnisse aus beiden Tabellen auch inhaltlich zu übereinstimmenden Aussagen.

Ausschließlich und exklusiv in Tabelle A7 enthalten sind geschlechtsspezifische Ergebnisse zu Krankenständen bei Beschäftigten in einzelnen Berufen. Geschlechtsspezifische Ergebnisse, die auf Auswertungen zu weniger als 1.000 Versicherten beruhen, sind in der Tabelle kursiv dargestellt. Bei geschlechtsspezifisch weniger als 100 Versicherten werden Ergebnisse aus der betroffenen Gruppe nicht berichtet, was trotz der Gesamtzahl von mehr als 4.000 Versicherten in allen betrachteten Berufen vor dem Hintergrund der Dominanz eines Geschlechtes in vier Berufen der Fall ist (in den vier Berufen Rohrinstallateure, Maurer, sonstige Bauhilfsarbeiter sowie Betriebschlosser, in welchen nahezu ausschließlich Männer beschäftigt sind).

Für einen weit überwiegenden Teil der betrachteten Berufe gilt, dass weibliche Beschäftigte auch bei übereinstimmender Berufszuordnung durchschnittlich höhere Krankenstände als ihre männlichen Kollegen aufweisen.

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

Im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, die bei den Arbeitgebern abgegeben werden müssen, umfassen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei den Krankenkassen auch Angaben zu Erkrankungsdiagnosen, die Rückschlüsse auf spezifische gesundheitlichen Belastungen erlauben. Dabei lassen sich Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen betrachten.

Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10

In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln angegeben. Verwendet wird hierbei in Deutschland gemäß gesetzlicher Vorgaben seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz auch als ICD10 bezeichnet (vgl. auch Erläuterungen ab Seite 139 im Anhang). In der ICD10 werden Krankheiten hierarchisch gegliedert. Die übergeordnete, höchste Gliederungsebene der ICD10 bilden insgesamt 22 Kapitel. In Gesundheitsberichten von Krankenkassen und vergleichbaren Publikationen wird bei entsprechend zusammengefassten Erkrankungsgruppen oftmals auch von „Krankheitsarten“ gesprochen. Auswertungen auf der Ebene dieser Krankheitsarten können einen ersten Überblick zu Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten geben.

Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 14 zeigt einleitend zunächst die anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf einzelne Krankheitsarten für das Jahr 2012. Diese lässt sich auch aus den Angaben im Anhang befindlichen Tabelle A10 auf Seite 162 errechnen (die Bezeichnungen wurden hier ausschließlich aus Darstellungsgründen verkürzt).

Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für die Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten, namentlich die Bedeutung von psychischen Störungen, von Krankheiten des Atmungssystems, von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie von Verletzungen. Die hier, vorrangig ob ihrer Bedeutung in höheren Altersgruppen, separat ausgewiesenen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Personen im hier ausschließlich betrachteten typischen Erwerbsalter insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

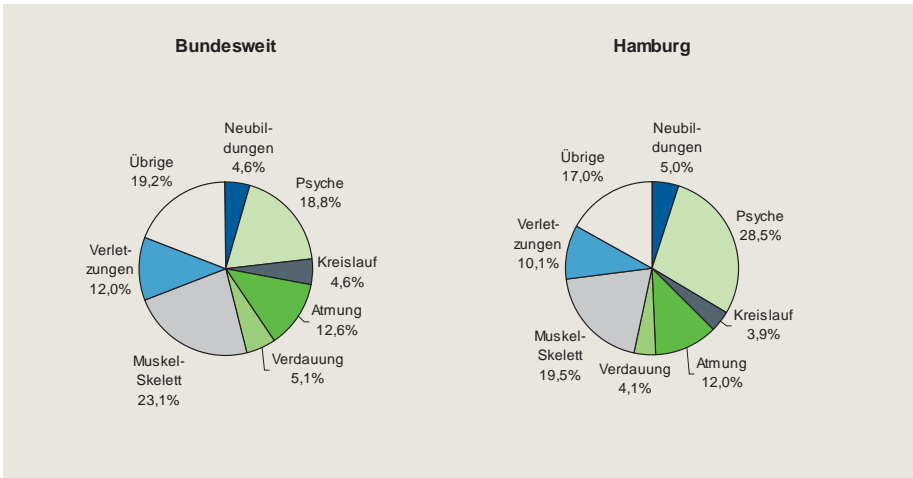


Abbildung 14 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2012

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 15 auf Seite 40 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu einzelnen Krankheitsarten. Regionale Ergebnisse (blau) werden in der Abbildung jeweils den bundesweit ermittelten Ergebnissen (in der Abbildung grau und im Hintergrund) gegenübergestellt. Ausschließlich in **Tabelle A8 auf Seite 160** im Anhang werden auch Ergebnisse zu weniger bedeutsamen Kapiteln der ICD10 sowie **separate Ergebnisse für Männer und Frauen** gelistet.

- Mit Abstand die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „**Krankheiten des Atmungssystems**“ erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 2012 32,6 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre. Zu Krankheiten des Atmungssystems zählen insbesondere auch typische Erkältungskrankheiten (vgl. auch differenziertere Auswertungen in späteren Abschnitten).
- Bezogen auf die Fallhäufigkeiten den zweiten Rang belegen nach bundesweiten Auswertungen „**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems**“, zu denen insbesondere diverse Erkrankungen des Rückens zählen.

- Von verhältnismäßig großer Relevanz im Hinblick auf die AU-Fallzahlen sind des Weiteren „Krankheiten des Verdauungssystems“, „Bestimmte infektiöse Krankheiten“ und „Verletzungen“.

In **Hamburg** werden insbesondere die bundesweit ermittelten AU-Fallzahlen im Hinblick auf Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems und bei Verletzungen unterschritten. Psychische Störungen sind demgegenüber in Hamburg für vergleichsweise viele AU-Fälle verantwortlich.

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten (je Fall)

Abbildung 16 auf Seite 41 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnungen zu den einzelnen Krankheitsarten. Es geht also um die Frage, wie lange einzelne Krankschreibungsfälle durchschnittlich dauern, sofern sie unter Diagnosen aus den unterschiedlichen Diagnosekapiteln erfasst wurden. Zahlenwerte sind Tabelle A9 auf Seite 161 im Anhang zu entnehmen.

- Mit Abstand **am längsten** dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle, die unter einer Diagnose aus dem Kapitel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ oder aus dem Kapitel „**Neubildungen**“ erfasst wurden. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 45 bzw. 40 AU-Tage erfasst. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten häufig eine Depression diagnostiziert wird, werden aus dem Kapitel Neubildungen ggf. häufig bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.
- Demgegenüber **ausgesprochen kurz**, nämlich durchschnittlich nur etwa sechs Tage, dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnosen aus den Kapiteln „**Infektiöse und parasitäre Krankheiten**“, „**Krankheiten des Atmungssystems**“ sowie „**Krankheiten des Verdauungssystems**“. Offensichtlich bilden aus diesen Kapiteln vorrangig leichtere Erkrankungen mit nur kurzzeitigen Erkrankungsintervallen eine Ursache für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle.

Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Aus den Fallhäufigkeiten und der durchschnittlichen fallbezogenen Dauer resultieren die Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen zugeschrieben werden können. Einleitend wurde bereits die anteilige Bedeutung der relevantesten Krankheitsarten für die Fehlzeiten dargestellt (vgl. Abbildung 14 auf Seite 37). In der nachfolgenden Abbildung 17 auf Seite 42 werden die auf einzelne Krankheitsarten entfallenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre 2012 dargestellt, sinngemäß also, wie viele Fehltag mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2012 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben sind Tabelle A10 auf Seite 162 im Anhang zu entnehmen. Vorjahresergebnisse mit aktueller Geschlechts- und Altersstandardisierung sind in Tabelle A9 auf Seite 161 aufgeführt.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 394 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auf der Ebene von Krankheitsarten die meisten Fehlzeiten zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war 2012 statistisch gesehen durchschnittlich also allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 3,9 Tage krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen **Psychische und Verhaltensstörungen**. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2011 320 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 3,2 Tagen je Person entspricht.
- Etwa jeweils 200 Tage je 100 VJ waren nach bundesweiten Auswertungen **Krankheiten des Atmungssystems** sowie **Verletzungen** zuzuordnen.
- Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine vergleichsweise geringe Rolle.

Vergleichbare Relationen lassen sich auch für Erwerbspersonen in **Hamburg** beobachten. Die insgesamt eher unauffälligen Krankenstände in Hamburg resultieren dabei aus geringeren Fehlzeiten insbesondere bei „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Verletzungen“ und zugleich, auch aufgrund einer sehr langen fallbezogenen Dauer, deutlich erhöhten Fehlzeiten unter der Diagnose von „Psychische Störungen“.

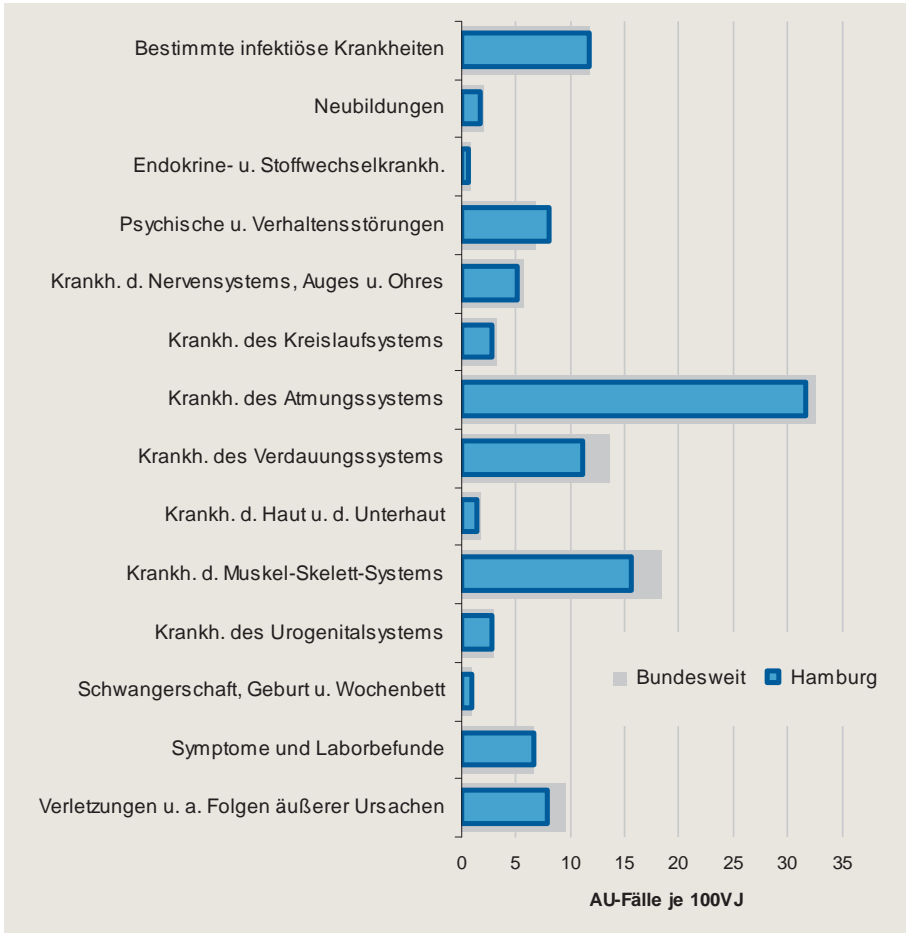


Abbildung 15 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2012

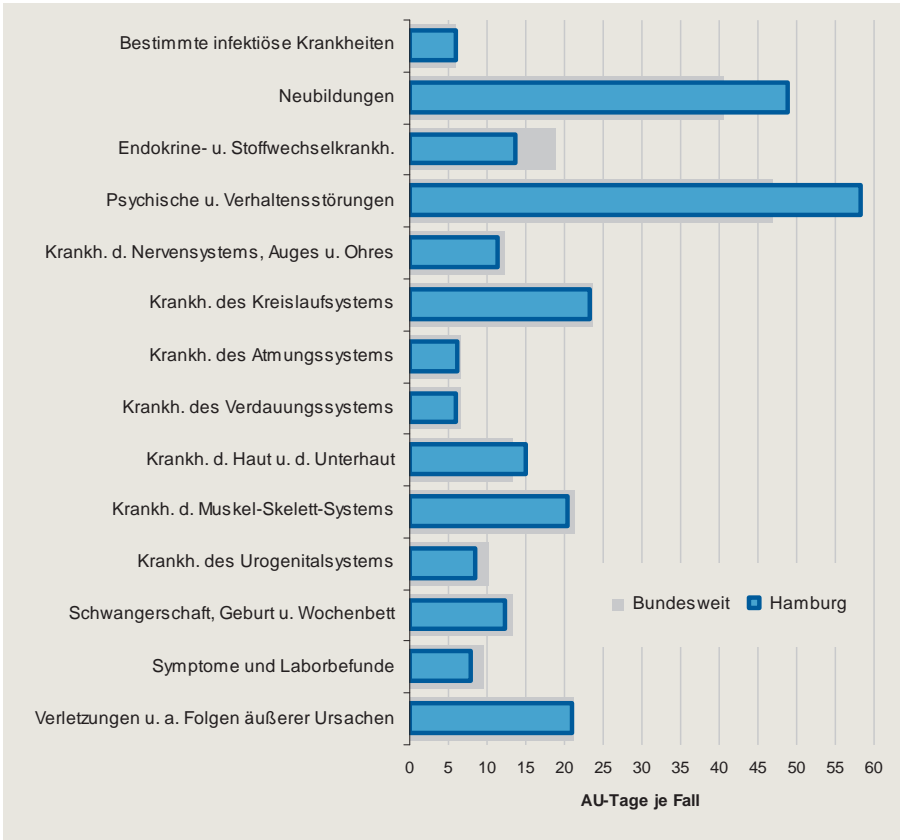


Abbildung 16 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2012

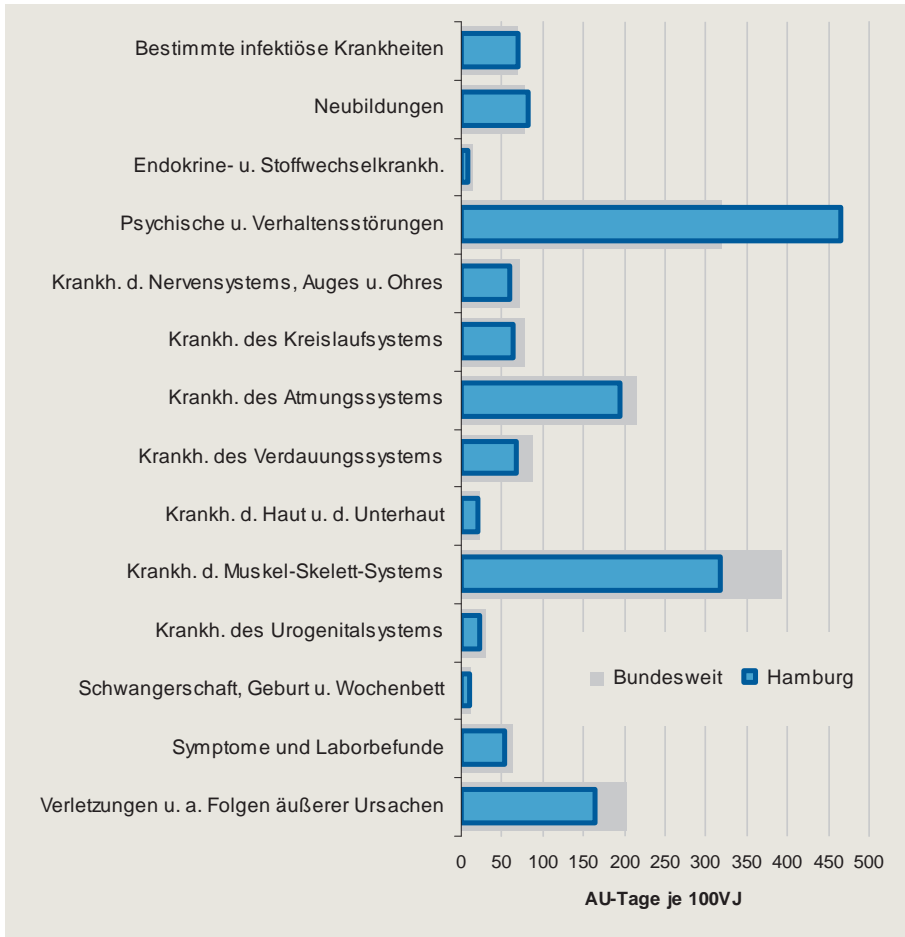


Abbildung 17 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2012

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 18 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2011 auf 2012 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen in der Summe bundesweit ein Anstieg um insgesamt 28 AU-Tage je 100 VJ, also eine Zunahme der Fehlzeiten um durchschnittlich gut einen viertel Fehhtag je Erwerbsperson bzw. 1,7 Prozent, resultierte.

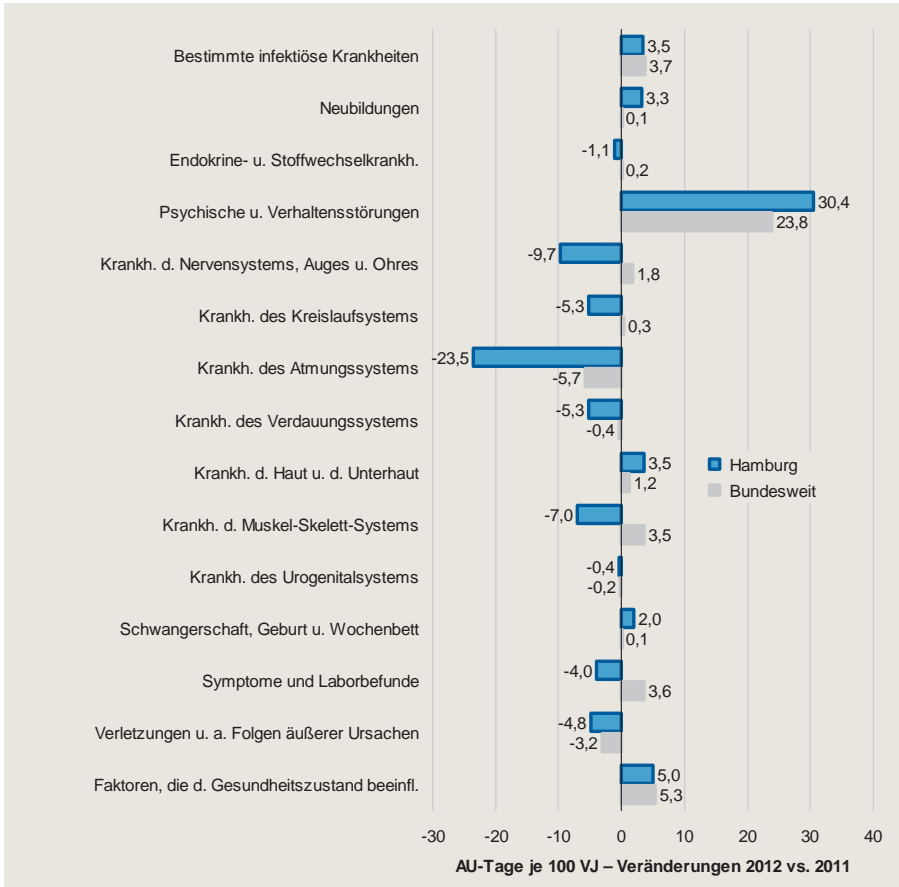


Abbildung 18 AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2012 gegenüber 2011

Den bundesweit ermittelten Veränderungen (graue Balken) werden in der Abbildung regional beobachtete Veränderungen (blaue Balken) gegenübergestellt. Maßgeblich für den bundesweit beobachteten Anstieg waren insbesondere höhere Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen.

In **Hamburg** sind die Fehlzeiten von 2011 auf 2012 leicht gesunken. Diagnoseübergreifend ließ sich eine Abnahme um 24 Tage je 100 VJ ermitteln. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2012 also 0,24 Tage weniger als im vorausgehenden Jahr. In Hamburg resultiert dieser Rückgang maßgeblich aus niedrigeren Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems, zugleich wurde aber eine relativ deutliche Zunahme der Fehlzeiten mit psychischen und Verhaltensstörungen beobachtet.

Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Wie bereits betont und diagnoseübergreifend dargestellt, sind das Geschlecht und insbesondere das Alter der Erwerbspersonen bedeutsame Einflussgrößen im Hinblick auf die erfassten Fehlzeiten. Dass dabei krankheitsartenspezifisch erheblich unterschiedliche Muster zu beobachten sind, belegt der nachfolgende Abschnitt.

Abbildung 19 und Abbildung 20 zeigen altersabhängig ermittelte Fehlzeiten je 100 Versicherungsjahre für jeweils sieben relevante Krankheitsarten (beziehungsweise Diagnosekapitel) getrennt für Männer und Frauen. Dargestellt und diskutiert werden hier eher grundsätzliche Muster auf der Basis bundesweit ermittelter Ergebnisse. Zahlenwerte zu den dargestellten Ergebnissen sowie auch bundeslandspezifische Angaben sind Tabelle A12 sowie Tabelle A13 ab Seite 164 im Anhang zu entnehmen.

- Beide Abbildungen, sowohl zu Männern als auch zu Frauen, werden auf den ersten Blick sehr wesentlich von den altersabhängigen Fehlzeiten unter Diagnosen aus dem **Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“** bestimmt, die mit ansteigendem Alter in zunehmendem Umfang erfasst werden. Während der Anstieg vor Vollendung des 35. Lebensjahres noch eher moderat erscheint, steigen die Fehlzeiten mit zunehmendem Alter ab 35 Jahre steil an. So wurden in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Erwerbspersonen im Jahr 2012 bundesweit sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Durchschnitt mehr als acht Arbeitsunfähigkeitstage allein mit Diagnosen aus diesem Kapitel erfasst. Verantwortlich sind vorrangig degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen.

- Auch Diagnosen aus dem **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Während bei Männern im Jahr 2012 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 64 auf 421 AU-Tage je 100 VJ stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 137 auf 604 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also etwa sechs Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Allgemeine Arbeitsausfälle durch psychische Probleme dürften durch gemeldete Krankenschreibungstage unter entsprechenden Diagnosen erheblich unterschätzt werden.
- **„Krankheiten des Atmungssystems“ (Kapitel X)** führen, im Gegensatz zu den beiden zuvor abgehandelten Krankheitsarten, in der jüngsten Altersgruppe zu den altersabhängig höchsten Fehlzeiten. Frauen waren etwas stärker als Männer betroffen.
- **„Verletzungen“ (Kapitel XIX)** betreffen unter Männern gleichfalls insbesondere die jüngste Altersgruppe, was maßgeblich aus deren Risikoverhalten, vermutlich sowohl in der Freizeit als auch am Arbeitsplatz, resultieren dürfte. Unter Frauen werden demgegenüber die höchsten verletzungsbedingten Fehlzeiten in den oberen Altersgruppen erfasst. Jüngere Frauen sind in deutlich geringerem Umfang als jüngere Männer von Krankenschreibungen mit Verletzungen betroffen.
- **„Krankheiten des Verdauungssystems“ (Kapitel XI)** führen bei beiden Geschlechtern zu annähernd vergleichbaren Fehlzeiten, wobei sich die geringsten Fehlzeiten für mittlere Altersgruppen nachweisen lassen. Höhere Fehlzeiten in den unteren und oberen Altersgruppen könnten dabei auch Folge recht unterschiedlicher Erkrankungen sein.

Sowohl Fehlzeiten mit **„Krankheiten des Kreislaufsystems“ (Kapitel IX)** als auch mit **„Neubildungen“ (Kapitel II)** spielen vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei beiden Geschlechtern eine untergeordnete Rolle. Erst in höheren Altersgruppen zeigen sich zunehmende Bedeutungen, wobei die Anstiege kurz vor Erreichen des regulären bisherigen Renteneintrittsalters von 65 Jahren insbesondere unter Männern recht steil verlaufen. Entsprechend ließe sich vermuten, dass eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu einem merklichen Anstieg der Bedeutung der Erkrankungen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Männern führen dürfte.

Während unter Männern Kreislaufferkrankungen zu höheren Fehlzeiten als Neubildungen führen, dominieren bei Frauen Fehlzeiten mit der Diagnose von Neubildungen. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen resultieren maß-

geblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

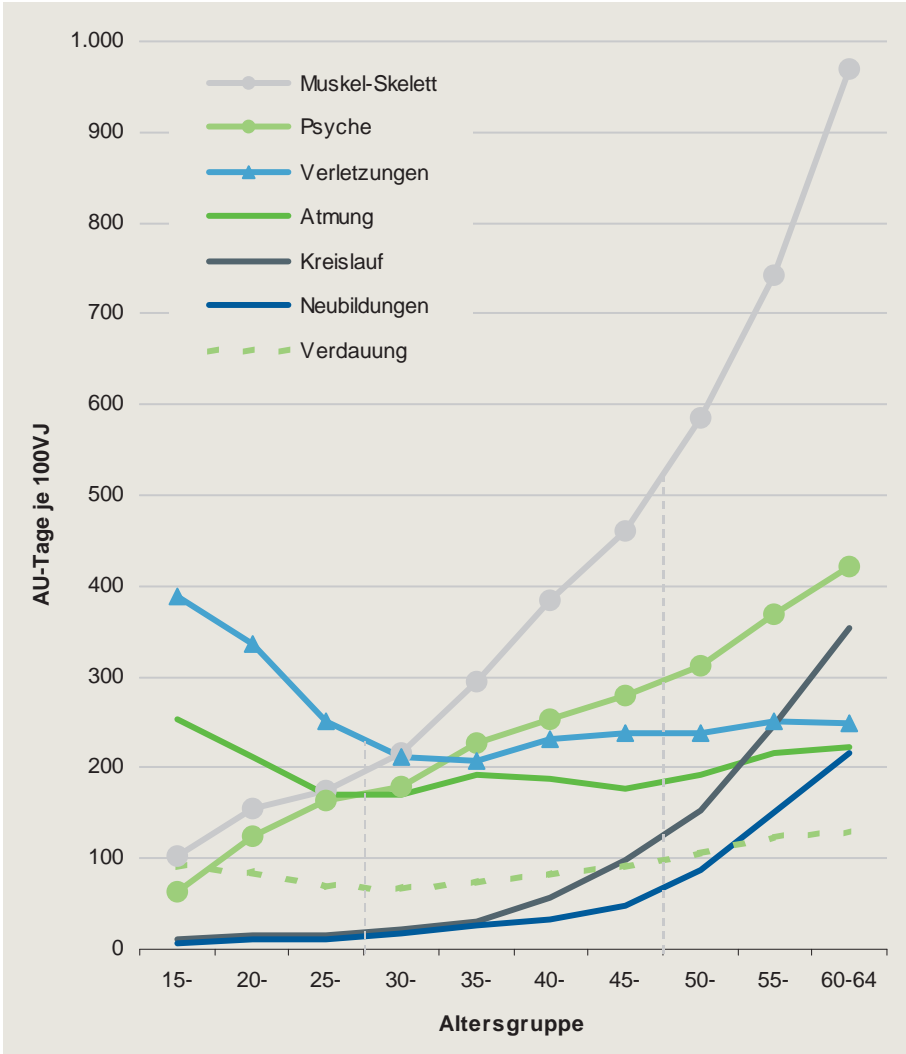


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2012

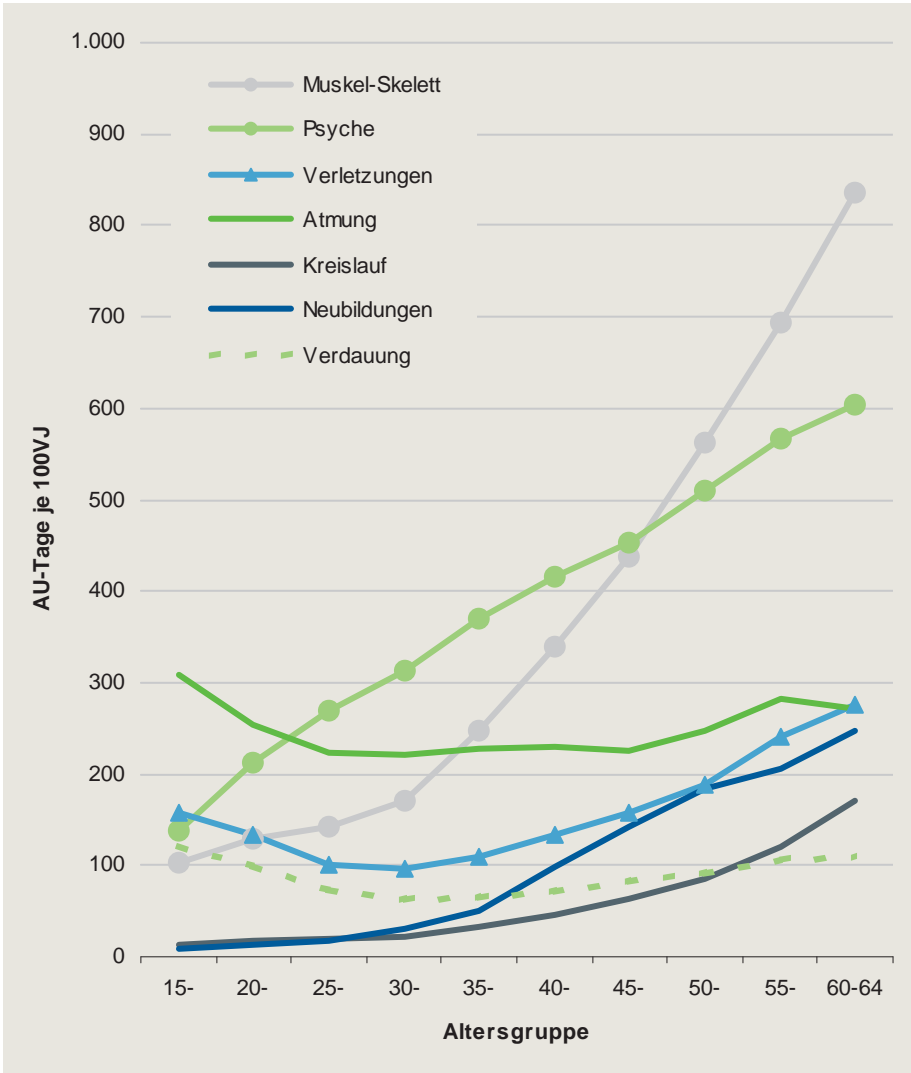


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2012

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Der nachfolgende Abschnitt stellt für die vier relevantesten Krankheitsarten regionale Variationen der Fehlzeiten sowohl auf der Ebene von Bundesländern als auch auf der Ebene von Kreisen in geschlechts- und altersstandardisierter Form dar.

Für jede der vier Krankheitsarten finden sich bundesweite Kartendarstellungen sowohl in einer Gliederung auf Bundesland- als auch auf Kreisebene. Schließlich werden in einem gesonderten Abschnitt ab Seite 58 in einer diagnosebezogenen jeweils dritten Kartendarstellung (entsprechend der diagnoseübergreifenden Darstellung in Abbildung 4 auf Seite 17) Ergebnisse auf Kreisebene ausschließlich zu der im vorliegenden Report näher betrachteten Region mit Kreiskennzeichnungen abgebildet, die eine Zuordnung zu Ergebnissen in Tabelle 9 auf Seite 63 erlauben.

Hingewiesen sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf, dass diagnosebezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten auf Kreisebene immer mit einer gewissen Zurückhaltung interpretiert werden sollten. Dies gilt insbesondere für stark abweichende Werte in einzelnen Kreisen, die keinem erkennbaren regionalen oder inhaltlich begründbarem Muster folgen. Entsprechende Ergebnisse sollten ggf. vorrangig einen Anlass für weitergehende Analysen liefern.

- **Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“** führen, unter Ausnahme der Stadtstaaten, insbesondere in den nördlichen und nordöstlichen Bundesländern sowie dem Saarland zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 21). Die höchsten Werte wurden 2012 für Brandenburg mit 478 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Baden-Württemberg mit 330 AU-Tagen je 100 VJ. Merkbare Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer werden in Abbildung 22 offensichtlich. Neben einigen klaren Mustern, wie beispielsweise den überdurchschnittlichen Fehlzeiten in östlichen Kreisen Bayerns, deuten sich in der Karte tendenziell geringere Fehlzeiten in städtischen Räumen im Vergleich zu umliegenden Bereichen an. So zeigen sich für Regionen kreisfreier Städte (als kleinere Flächen innerhalb von größeren Regionen) oftmals geringere Fehlzeiten als im direkten Umfeld. Ursache könnten körperlich weniger belastende Tätigkeiten von Erwerbspersonen aus Städten im Vergleich zu Personen aus eher ländlichen Gebieten sein.

- **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** betreffen demgegenüber tendenziell eher Menschen in städtischen Regionen als in ländlichen Gebieten. Auf Bundeslandebene die höchsten Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen waren 2012 für die beiden Stadtstaaten Hamburg mit 465 und Berlin mit 388 AU-Tagen je 100 VJ nachweisbar (vgl. Abbildung 23). Fehlzeiten von nur etwa 260 AU-Tagen je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern. Werte unterhalb von 300 AU-Tagen je 100 VJ finden sich ansonsten in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Hessen. Auch kreisfreie Städte scheinen zumindest zum Teil eher stärker als das jeweilige ländliche Umfeld betroffen zu sein (vgl. Abbildung 24). Damit stehen den zuvor vermuteten geringeren körperlichen Belastungen im städtischen Umfeld höhere psychische Belastungen gegenüber. Inwieweit zu den Ergebnissen auch Stadt-Land-Unterschiede bei der Diagnosevergabe von Ärzten aus unterschiedlichen Regionen eine Rolle spielen, lässt sich nur schwer abschätzen.
- **Kapitel X „Krankheiten des Atmungssystems“** führten 2012 insbesondere in den neuen Bundesländern einschließlich Berlins zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 25). Nahezu durchgängig unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich demgegenüber im Nordwesten und Süden Deutschlands (vgl. Abbildung 26).
- **Kapitel XIX „Verletzungen“** betreffen nach Auswertungen auf Bundeslandebene gleichfalls insbesondere Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern in überdurchschnittlichem Umfang (vgl. Abbildung 27). Vergleichbar hohe Fehlzeiten lassen sich nach differenzierteren Auswertungen auf Kreisebene jedoch auch in einer Reihe von Kreisen innerhalb der alten Bundesländer identifizieren (vgl. Abbildung 28). Ländliche Regionen scheinen zum Teil stärker als städtische betroffen. Wie schon im Kontext von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems diskutiert, könnte dabei ein wohnortabhängig unterschiedliches Tätigkeitsspektrum eine Rolle spielen. Bestimmte Tätigkeiten können mit einem erhöhten Verletzungsrisiko verbunden sein. Gleichzeitig sind bestimmte körperlich belastende oder anspruchsvolle Tätigkeiten im Falle von Verletzungen zum Teil erheblich länger nicht ausführbar als diesbezüglich weniger anspruchsvolle Tätigkeiten, was zu unterschiedlichen Fehlzeiten bei identischen Verletzungen führen kann. Ob sich das Verletzungsrisiko zwischen städtischen und ländlichen Regionen möglicherweise auch primär unterscheidet, wäre eher auf Basis von Daten zu beantworten, die unabhängig von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erhoben werden.

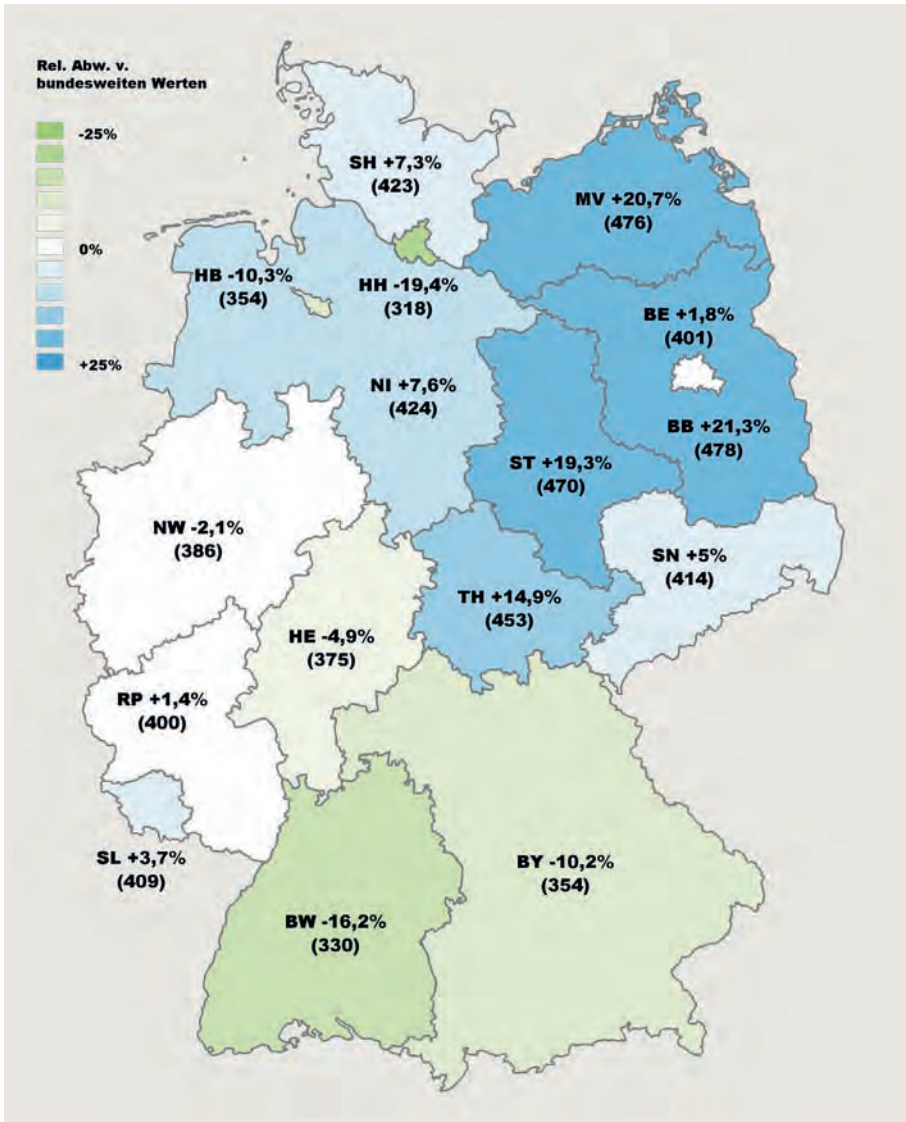


Abbildung 21 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

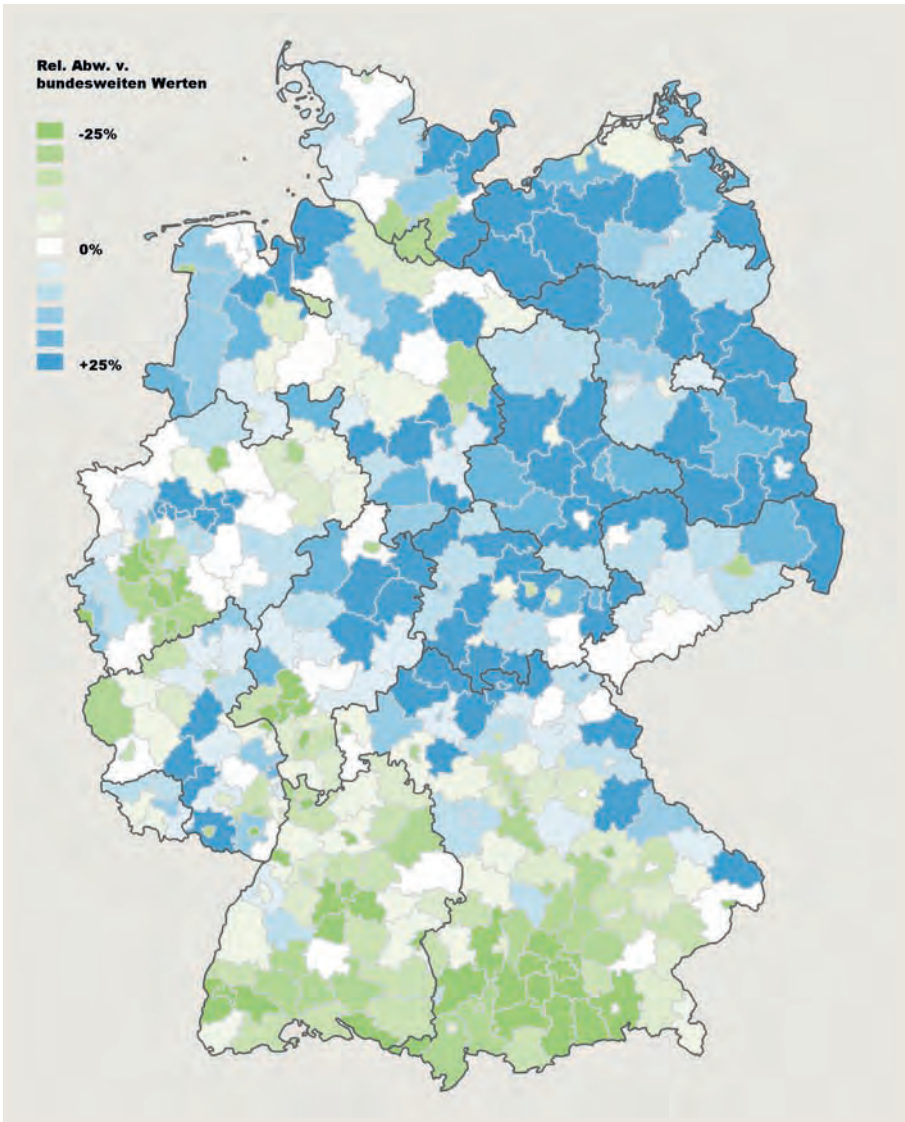


Abbildung 22 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

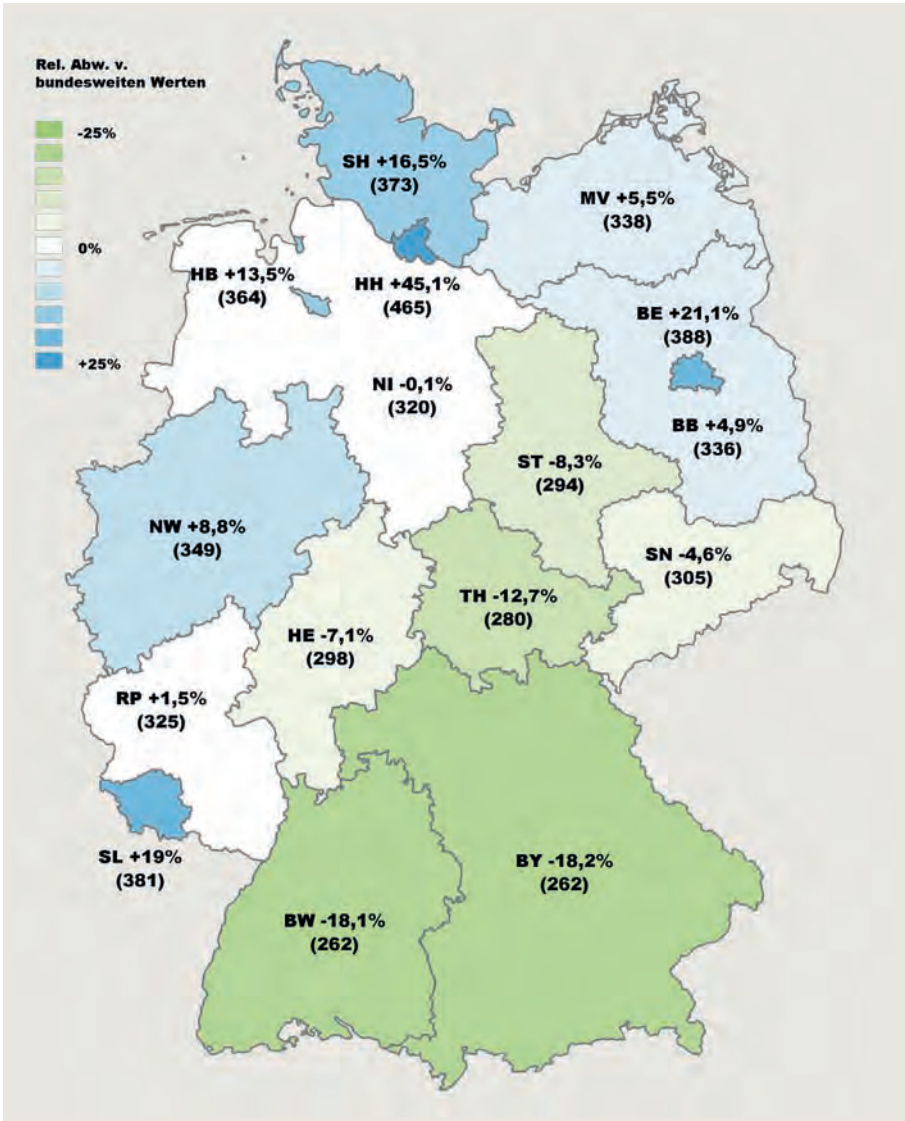


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

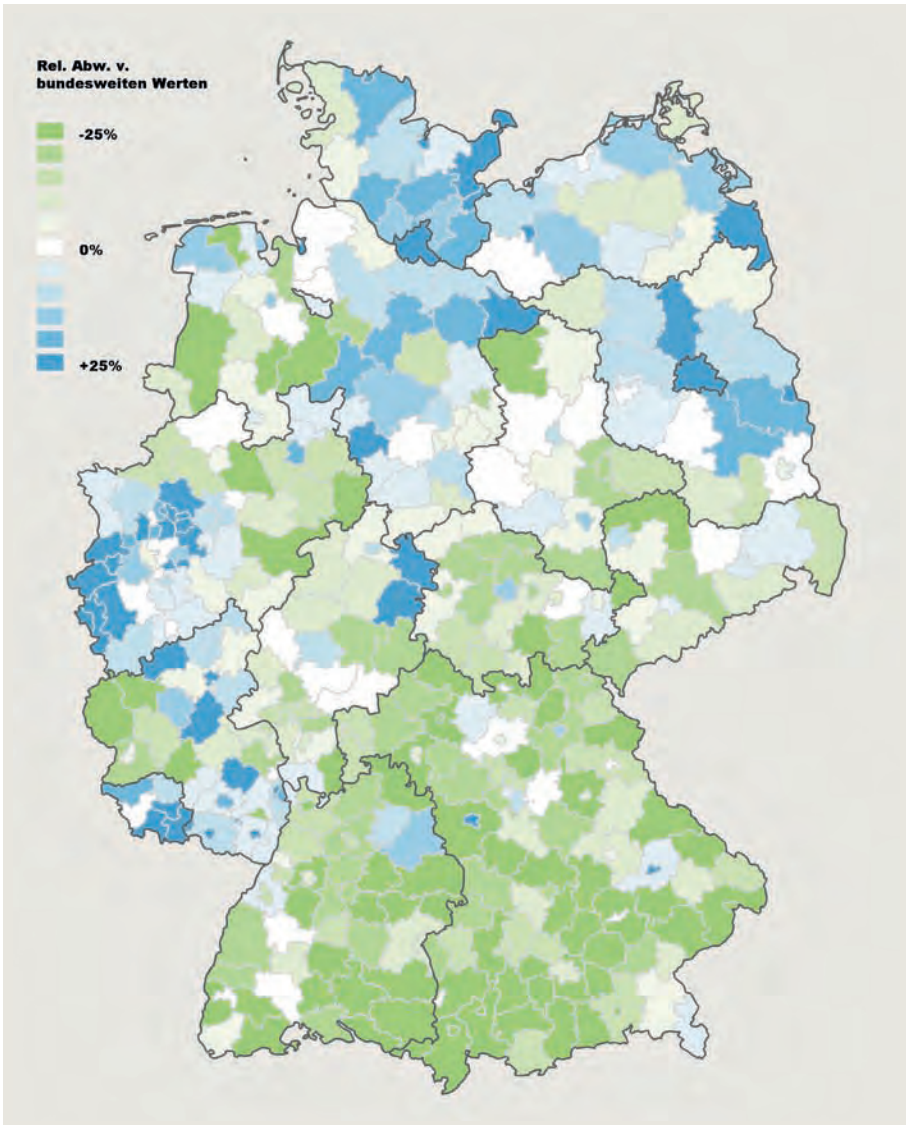


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

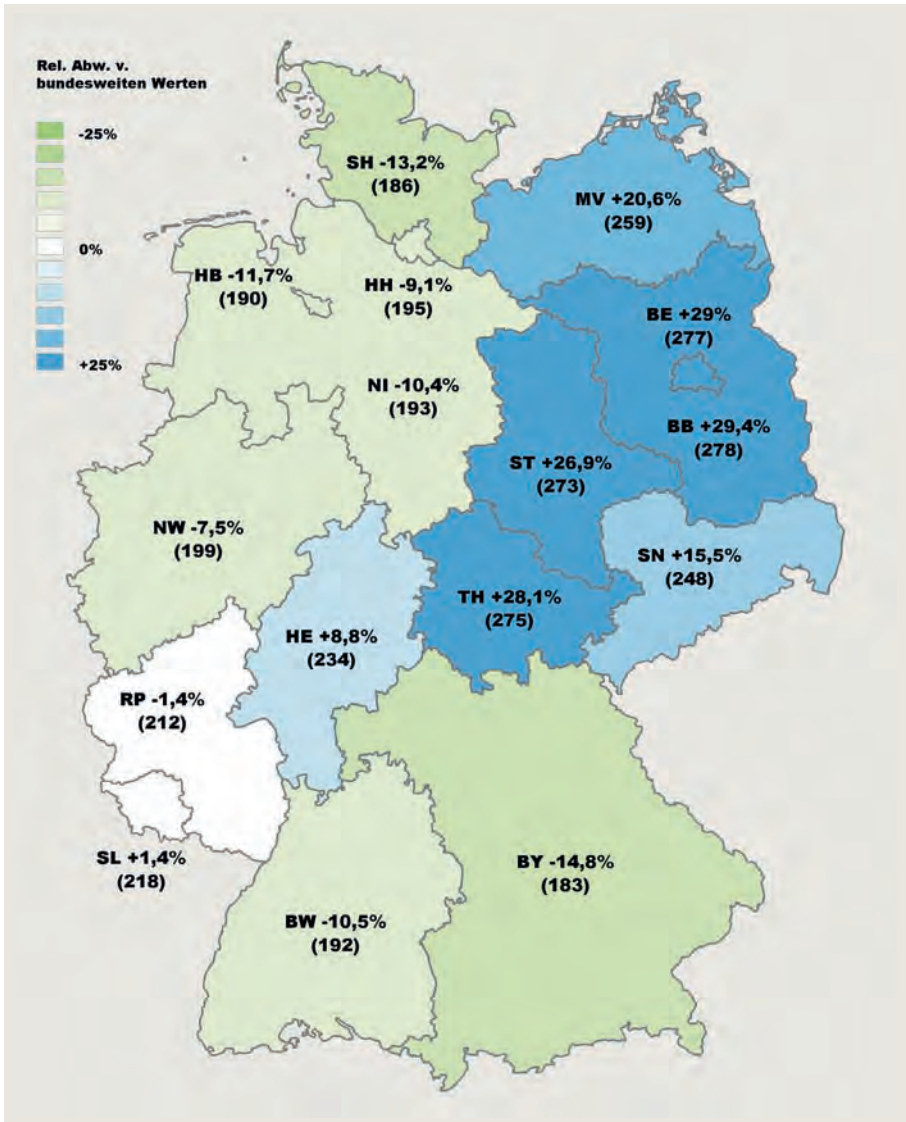


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

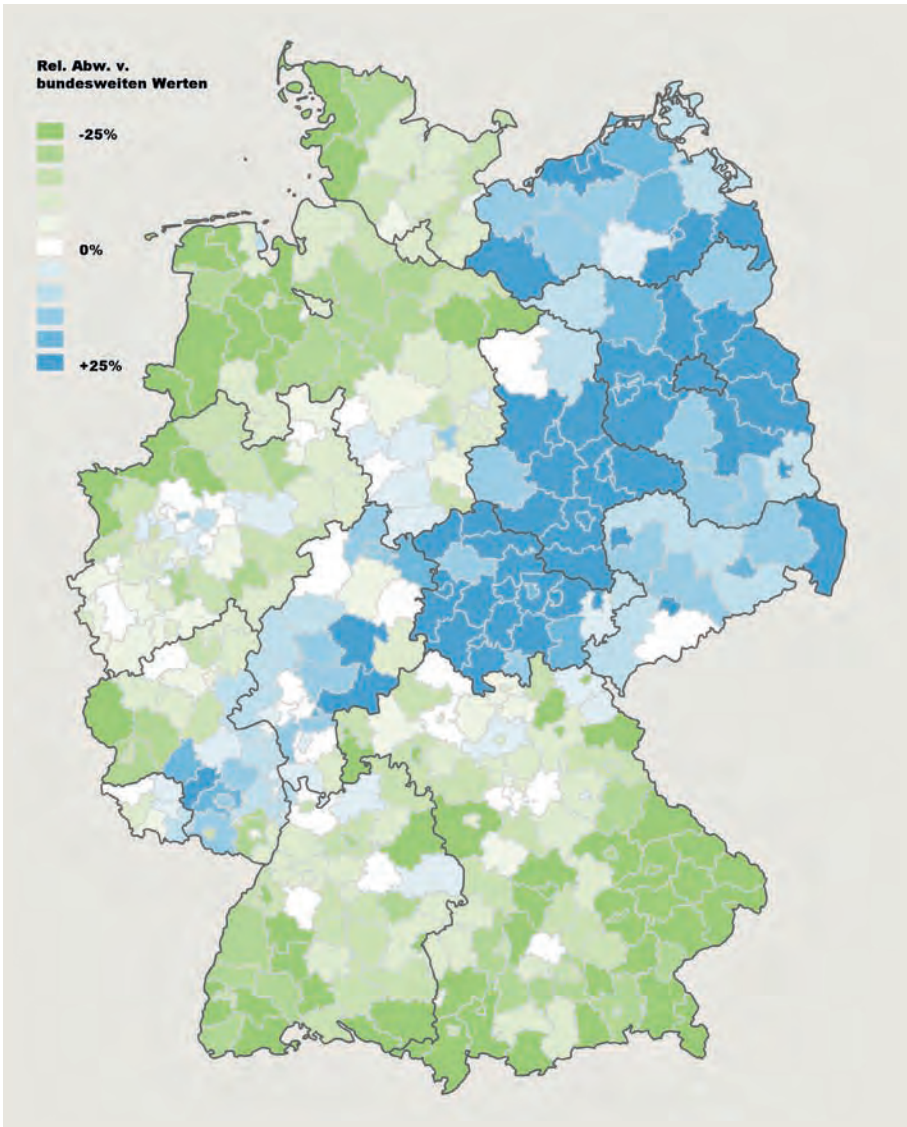


Abbildung 26 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

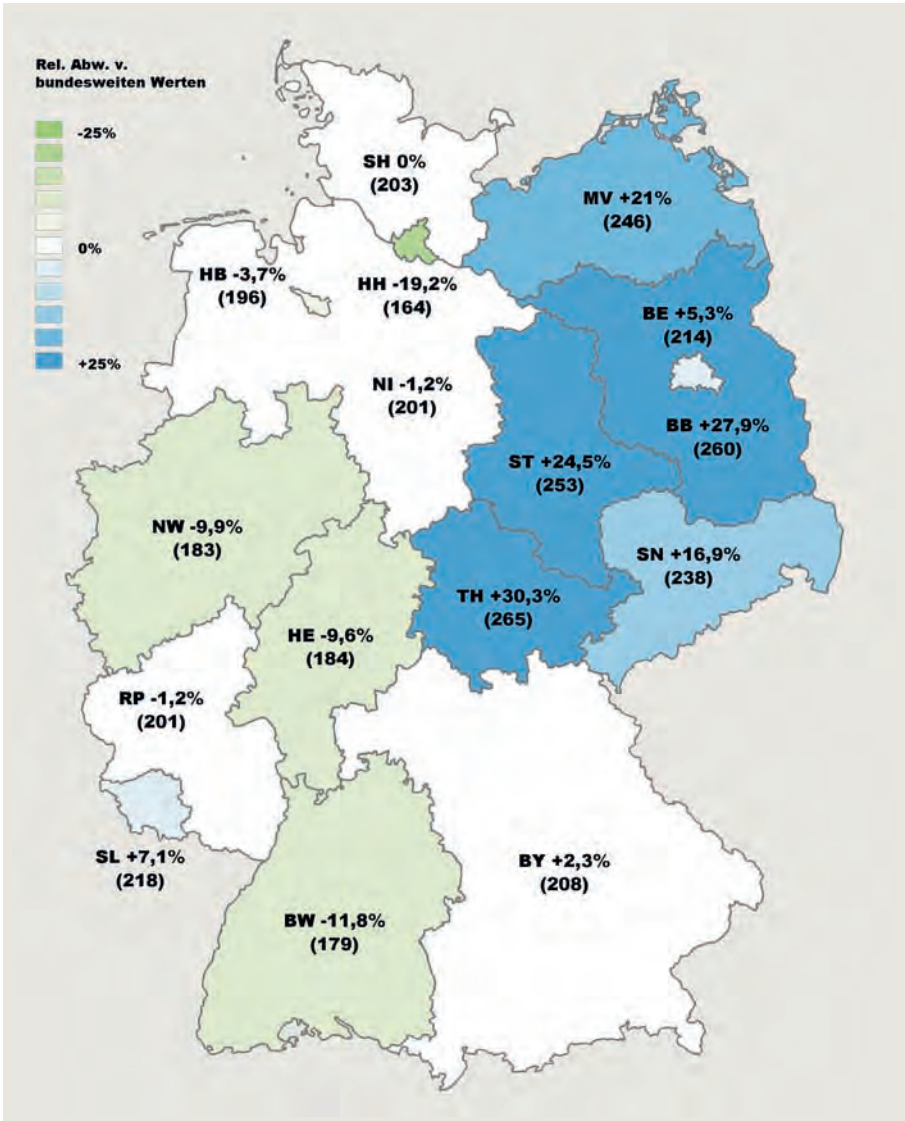


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel XIX – Verletzungen

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

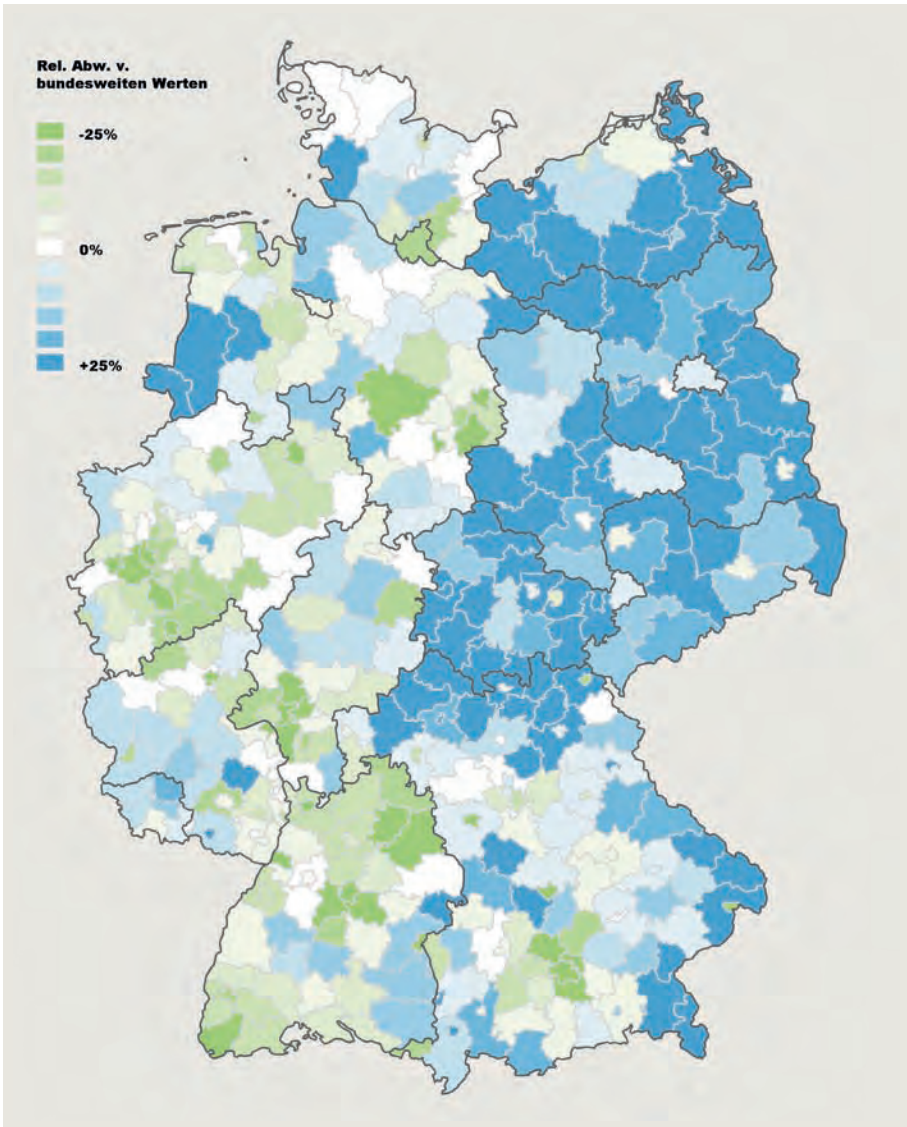


Abbildung 28 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel XIX – Verletzungen

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten innerhalb von Hamburg und Schleswig-Holstein

Abbildung 29 bis Abbildung 32 auf den Seiten 59 bis 62 zeigen nochmals, und hier in regionalspezifischen Kartenausschnitten, relative Abweichungen der Fehlzeiten nach Krankheitsarten in einzelnen Kreisen im Jahr 2012 von Werten, die bei der jeweils kreisspezifischen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können („indirekt standardisierte Ergebnisse“). Über die in den Kartendarstellungen angegebenen Ziffernkennungen lassen sich kreisbezogene Einzelergebnisse aus Tabelle 9 auf Seite 63 zuordnen. **Hamburg** ist in den Darstellungen mit dem Kürzel HH gekennzeichnet. **Schleswig-Holstein** lässt sich nach dem amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel, der im Sinne einer Bundeslandkennung immer mit den beiden Ziffern „01“ beginnt, in eine vergleichsweise geringe Anzahl von Kreisen gliedern.

Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, erfahrungsgemäß oftmals im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden, führten 2012 in Hamburg bei einer Unterschreitung der Erwartungswerte um 20,4 Prozent zu geringeren Fehlzeiten als in allen Kreisen Schleswig-Holsteins.

Bei Fehlzeiten mit psychischen Störungen wurden strukturabhängige Erwartungswerte 2012 in Hamburg demgegenüber um 43,3 Prozent und damit – unter Ausnahme von Flensburg – stärker als in allen anderen Kreisen Schleswig-Holsteins überschritten. Mehr als ein Drittel über den Erwartungswerten lagen die Ergebnisse jedoch auch in Lübeck. Relativ hohe Werte in den genannten Regionen entsprechen dabei überwiegend der allgemeinen Beobachtung tendenziell höherer Fehlzeiten mit psychischen Störungen in großstädtischen Ballungsgebieten.

Krankheiten des Atmungssystems, erfahrungsgemäß oftmals Erkältungen, führten in nahezu allen Kreisen Schleswig-Holsteins und in Hamburg zu vergleichsweise geringen Fehlzeiten.

Im Hinblick auf verletzungsbedingte Fehlzeiten zeigten sich heterogene Werte, wobei Hamburg auch 2012 verhältnismäßig günstige Werte aufwies, die in Schleswig-Holstein nur in Stormarn (Kreisnummer 01 062) unterschritten wurden.

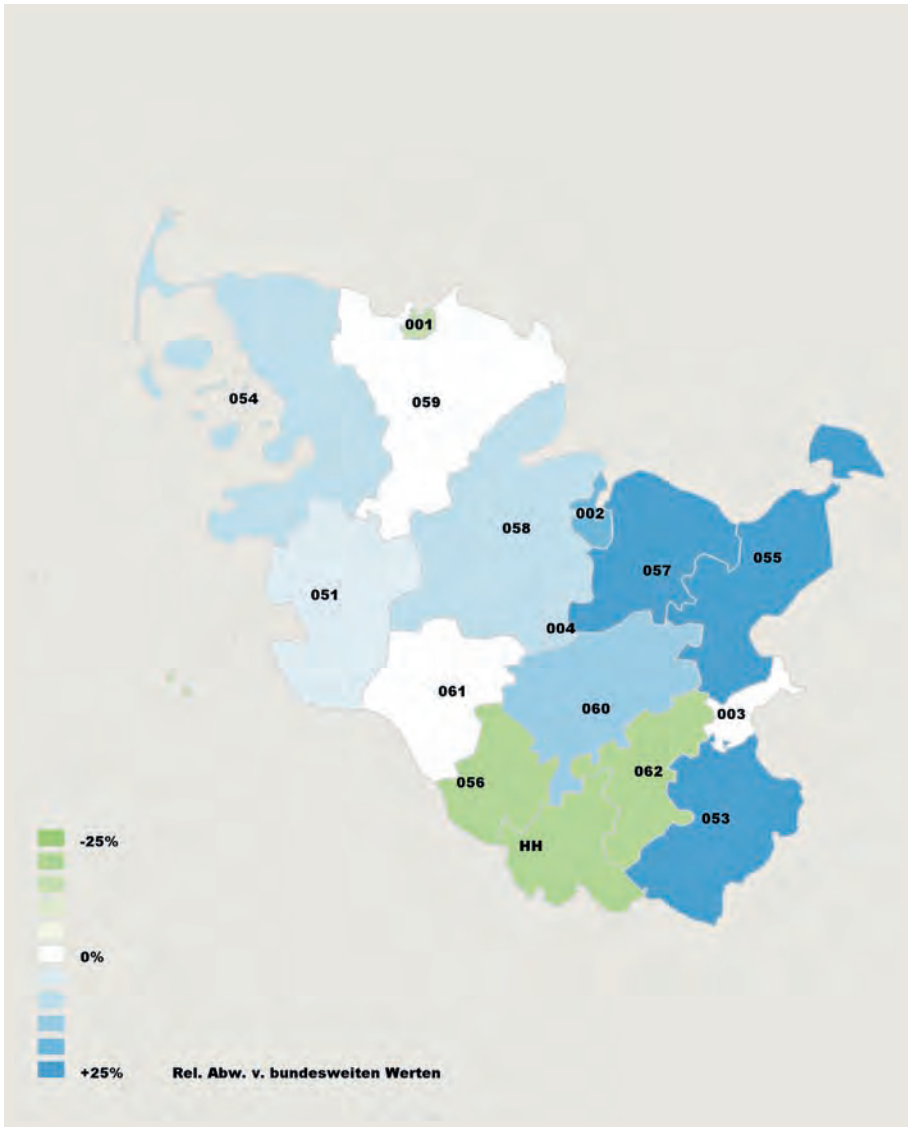


Abbildung 29 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 9 auf Seite 63 mit Kreisergebnissen).

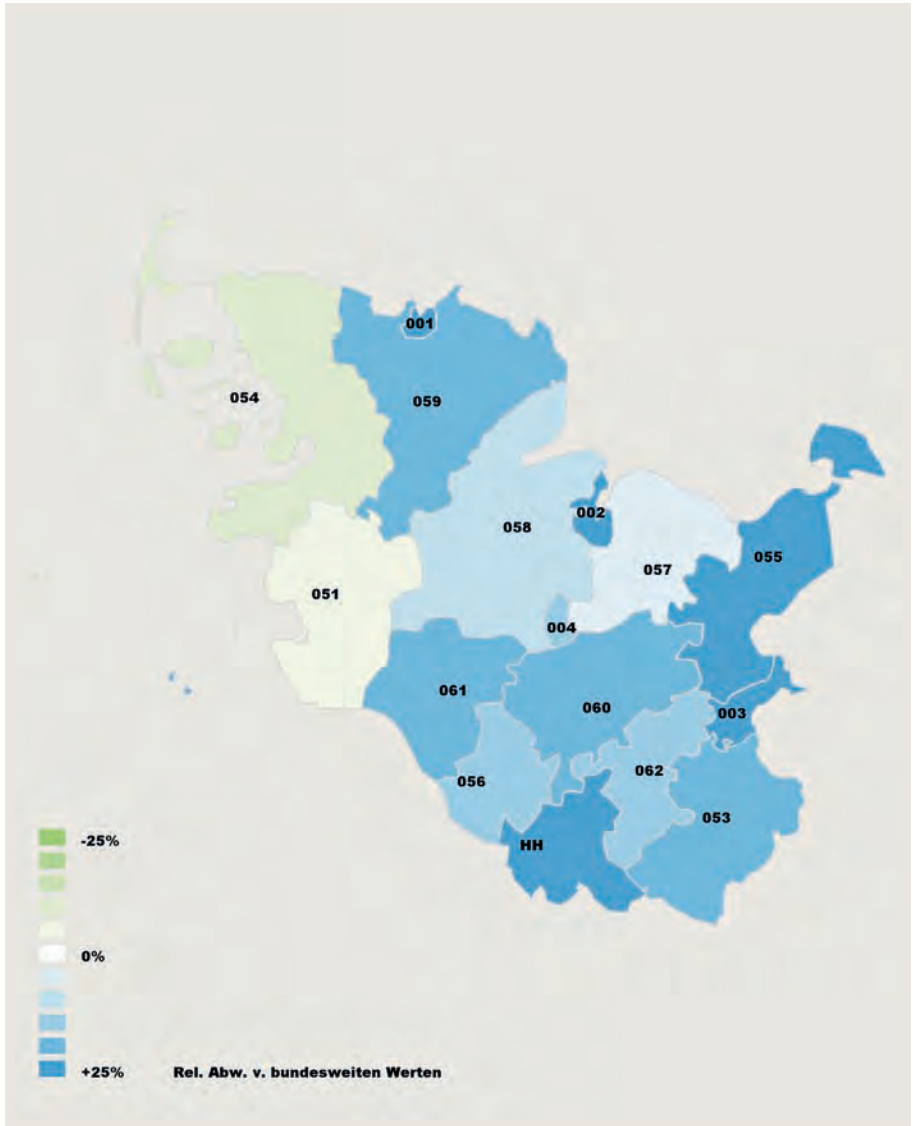


Abbildung 30 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 9 auf Seite 63 mit Kreisergebnissen).

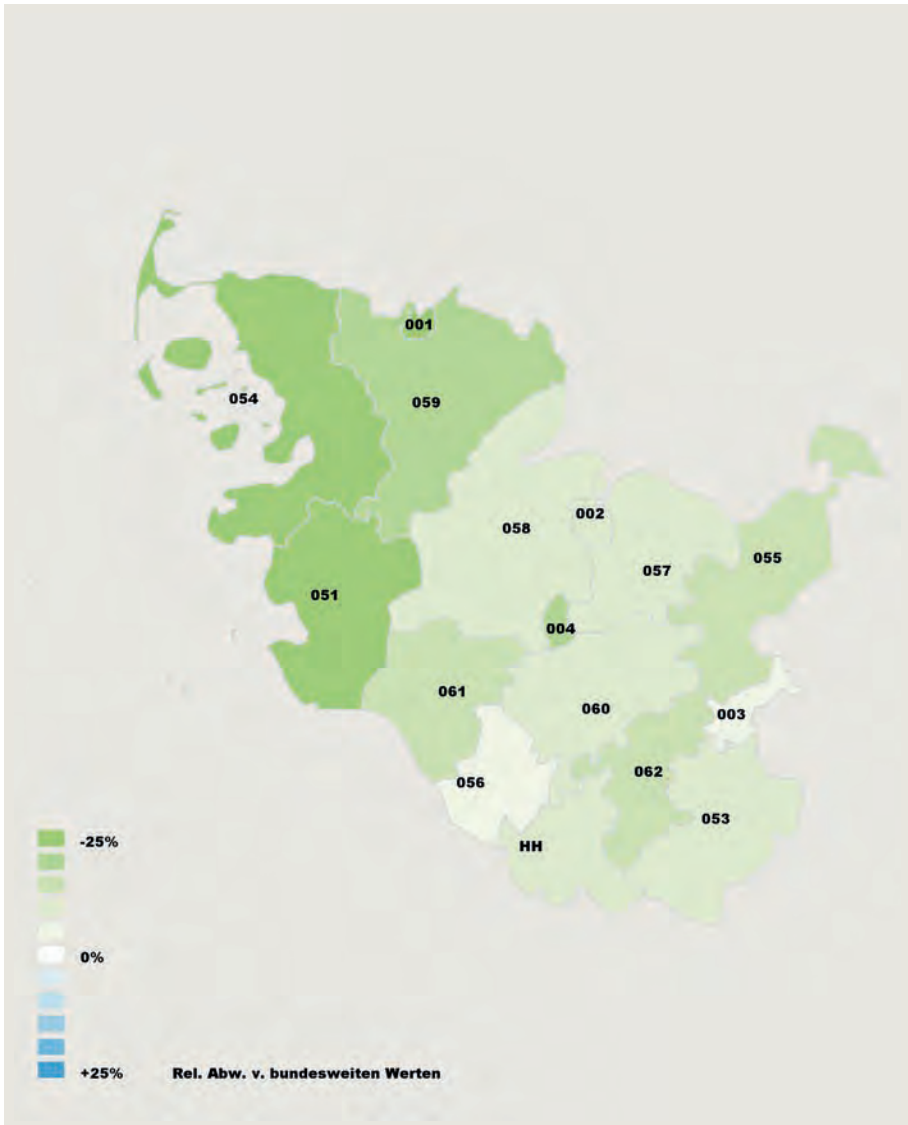


Abbildung 31 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 9 auf Seite 63 mit Kreisergebnissen).

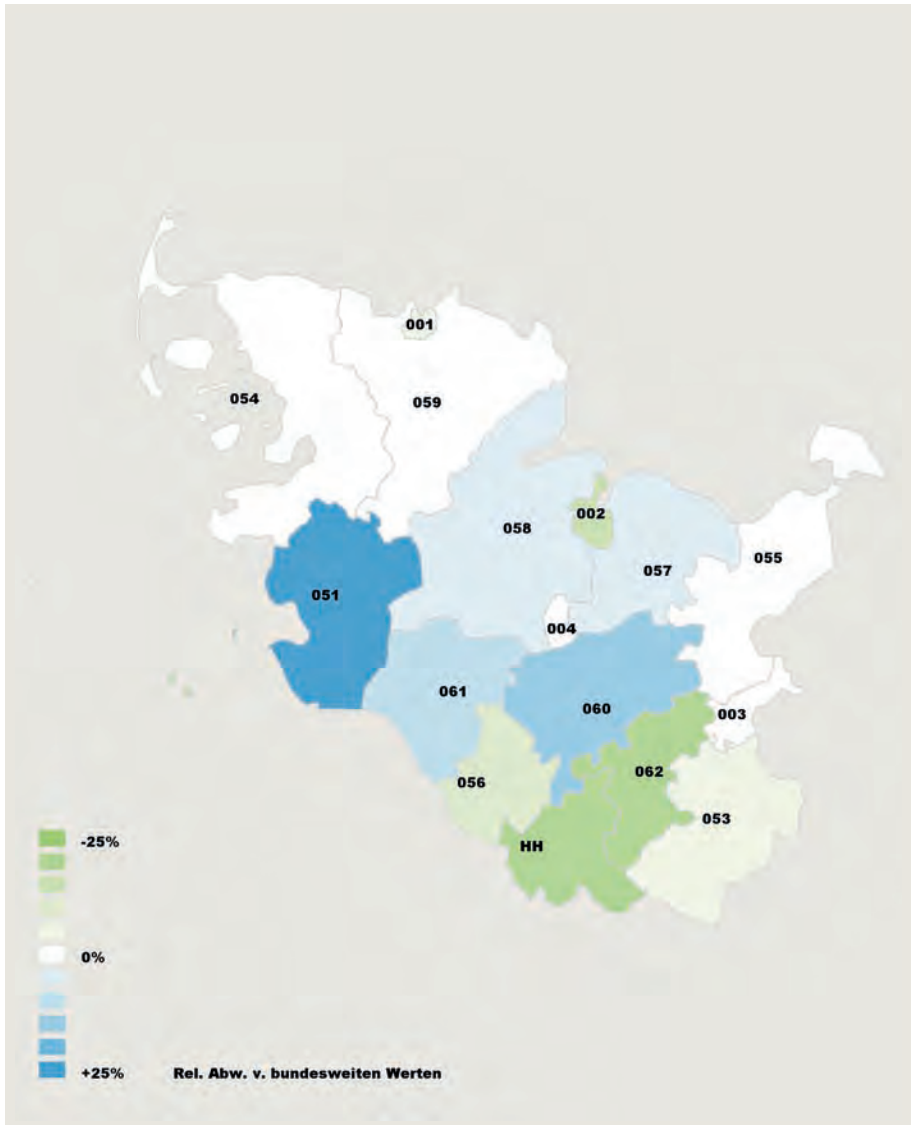


Abbildung 32 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel XIX – Verletzungen

Zifferangaben in der Abbildung: Kreisnummern ohne die führenden beiden Ziffern zur Bundeslandkennung (vgl. auch Tabelle 9 auf Seite 63 mit Kreisergebnissen).

Tabelle 9 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2012

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig- Holstein, Bezeichnung	V Psyche	X Atemwege	XIII Mus- kel-Skelett	XIX Ver- letzungen
001	Flensburg	44,1%	-26,4%	-16,0%	-4,6%
002	Kiel	23,3%	-8,5%	18,2%	-17,2%
003	Lübeck	36,5%	-2,6%	-2,0%	-1,8%
004	Neumünster	15,8%	-18,3%	10,2%	1,5%
051	Dithmarschen	-3,9%	-23,3%	4,8%	22,9%
053	Herzogtum Lauenburg	22,2%	-8,5%	24,6%	-3,5%
054	Nordfriesland	-10,2%	-31,8%	9,4%	0,0%
055	Ostholstein	24,7%	-13,9%	26,5%	-1,4%
056	Pinneberg	14,4%	-7,4%	-18,9%	-12,5%
057	Plön	5,7%	-12,3%	32,2%	2,8%
058	Rendsburg-Eckernförde	9,7%	-9,8%	8,7%	4,9%
059	Schleswig-Flensburg	20,7%	-20,6%	-0,9%	1,1%
060	Segeberg	18,2%	-11,9%	14,2%	14,8%
061	Steinburg	17,8%	-17,0%	-0,5%	12,1%
062	Stormarn	12,7%	-16,8%	-20,0%	-22,1%
HH	Hamburg	43,3%	-9,9%	-20,4%	-18,6%
AU-Tage je 100 VJ BUNDESWEIT		320	215	394	203

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, indirekt standardisiert, relative Abweichungen regional beobachteter von den nach bundesweiten Ergebnissen strukturabhängig regional erwarteten Werten. Der Wert 0% resultiert bei Übereinstimmung, kleinere Werte bei Unterschreiten und größere Werte bei Überschreiten. Auswertungen wohnortbezogen. Aufgeführte Diagnosekapitel der ICD10: **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen

Insgesamt lassen sich Erkrankungen und Gesundheitszustände in der ICD10 mehr als 200 unterschiedlichen Gruppen zuordnen, welche nach den zuvor dargestellten Diagnosekapiteln beziehungsweise Krankheitsarten eine nächste Differenzierungsebene bilden.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosegruppen

Tabelle 10 listet relevante Diagnosegruppen in einer Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2012. Den 20 gelisteten Diagnosegruppen waren bei bundesweiten Auswertungen 73 Prozent und damit ein weit überwiegender Teil aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Offensichtlich wird auch bei einer Betrachtung auf dieser Differenzierungsebene der ICD10 die große Bedeutung von Atemwegserkrankungen für die AU-Fallzahlen (vgl. alle Diagnoseschlüssel mit „J“ als erstem Zeichen). Im Vergleich zu akuten Infekten der Atemwege werden chronische Atemwegserkrankungen verhältnismäßig selten diagnostiziert. Auch Infekte anderer Körperbereiche spielen im Hinblick auf die AU-Fallzahlen eine verhältnismäßig große Rolle.

Fehlzeiten nach Diagnosegruppen

Inhaltlich relevanter als die Zuordnungen von AU-Fallzahlen erscheinen Zuordnungen von Fehlzeiten beziehungsweise von AU-Tagen zu Diagnosegruppen. Entsprechende Ergebnisse finden sich in Tabelle 11 auf Seite 68. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2012, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten folgt. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 69 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2012 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 11,2 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2012 durchschnittlich 1,90 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.
- „Affektive Störungen“, die im Wesentlichen Depressionsdiagnosen umfassen, lassen sich für 9,1 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 154 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich machen. Bei Frauen sind sie für höhere Fehlzeiten als Rückenbeschwerden verantwortlich.

Abbildung 33 auf Seite 66 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu geschlechtsübergreifend ermittelten Fehlzeiten für relevante Diagnosegruppen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Gruppen können Tabelle 11 entnommen werden.

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Hamburg** unterschreiten bei einem überwiegenden Teil der relevanten Diagnosegruppen die bundesweit ermittelten Werte. Ausnahmen bilden insbesondere Fehlzeiten mit bestimmten psychischen Störungen, die in der ICD10-Kodierung allgemein durch ein vorangestelltes Zeichen „F“ gekennzeichnet sind.

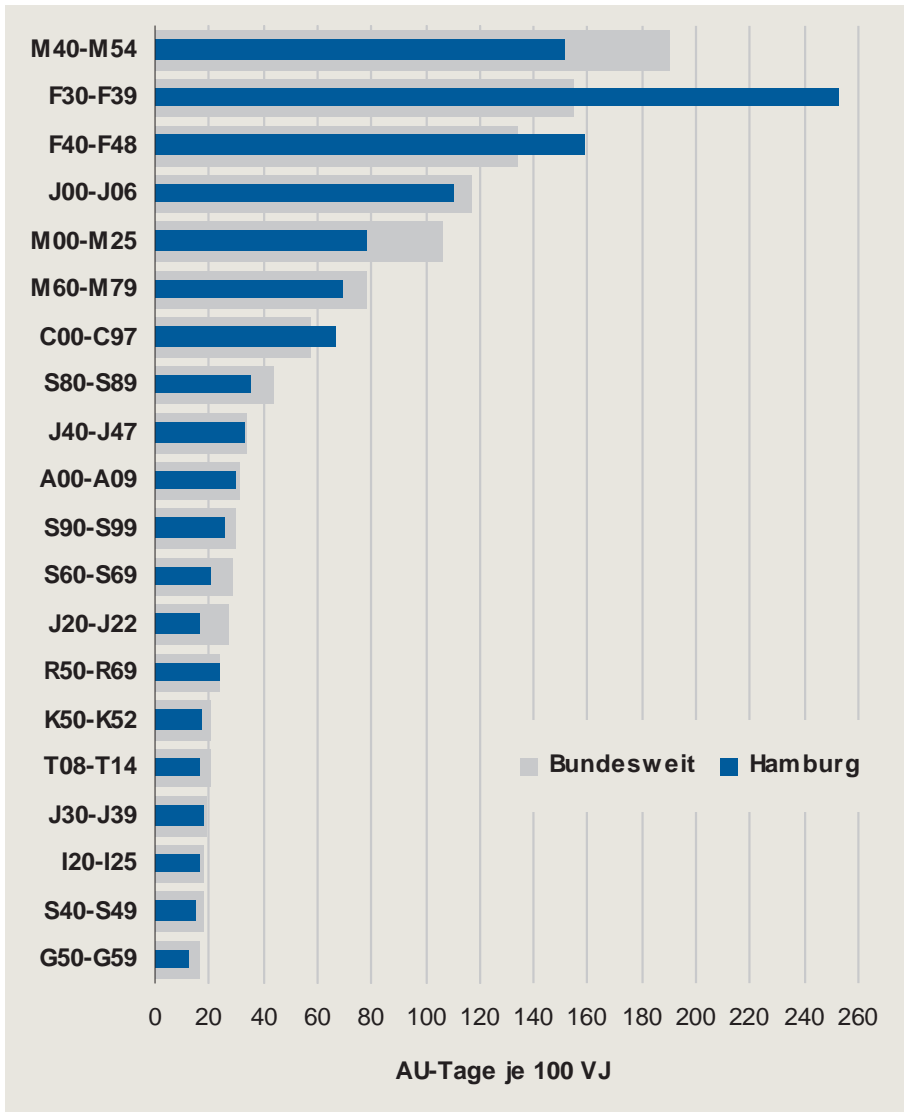


Abbildung 33 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2012

Tabelle 10 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2012

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	17,6	23,8	20,5	17,8	22,8	20,1
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	9,1	7,8	8,5	10,7	9,1	10,0
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	6,3	6,4	6,3	6,9	7,0	6,9
K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, der Speicheldrüsen u. d. Kiefer	3,7	4,5	4,0	5,1	5,6	5,3
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	3,5	4,4	3,9	3,9	4,5	4,2
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somat. Störungen	3,0	6,5	4,6	2,8	5,5	4,0
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	2,1	2,8	2,4	3,6	4,1	3,8
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	3,2	3,4	3,3	3,7	3,8	3,8
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	3,2	3,2	3,2	3,9	3,5	3,7
M00-M25 Arthropathien	2,9	2,6	2,8	3,9	2,9	3,4
B25-B34 Sonst. Viruskrankheiten	3,1	3,8	3,4	2,5	2,9	2,7
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	1,6	3,1	2,3	1,8	3,2	2,4
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	2,1	3,1	2,5	2,0	2,8	2,3
K20-K31 Krankh. d. Ösophagus, d. Magens und d. Duodenums	1,8	2,0	1,9	2,0	2,5	2,2
R50-R69 Allgemeinsymptome	2,2	3,1	2,6	1,9	2,5	2,2
F30-F39 Affektive Störungen	1,7	3,4	2,5	1,6	2,7	2,1
G40-G47 Episodische u. paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	1,5	2,3	1,9	1,3	2,4	1,8
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	1,4	1,0	1,2	2,0	1,1	1,6
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	1,5	1,2	1,4	1,8	1,3	1,6
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	1,3	0,6	1,0	1,8	0,8	1,3
Gesamt	99,6	121,2	109,5	111,4	126,7	118,5

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 11 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2012

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	162	139	151	203	175	190
F30-F39 Affektive Störungen	189	327	252	119	196	154
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	112	215	159	96	179	134
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	93	130	110	102	135	117
M00-M25 Arthropathien	77	78	78	112	100	106
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	68	72	69	80	76	78
C00-C97 Bösartige Neubildungen	57	79	67	44	74	58
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	38	32	35	52	34	44
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	30	36	33	32	37	34
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	28	32	30	31	32	32
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	29	23	26	34	25	29
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	27	12	20	40	15	29
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	14	19	16	25	30	28
R50-R69 Allgemeinsymptome	18	30	24	21	27	24
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	16	18	17	20	22	21
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	21	12	16	27	14	21
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	16	21	18	17	21	19
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	26	6	17	28	7	18
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	17	11	15	23	12	18
G50-G59 Krankh. von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	10	15	12	14	20	17
Gesamt	1.489	1.798	1.631	1.627	1.791	1.702

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

Einzelne Erkrankungen im üblichen Sprachsinne werden typischerweise vorrangig auf der Ebene 3-stelliger ICD10-Schlüssel differenziert. Da auf dieser Differenzierungsebene in der ICD10 jedoch mehr als 1.600 unterschiedliche Schlüssel existieren, müssen Darstellungen in der Regel auf einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt relevanter Diagnosen beschränkt bleiben.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Einzeldiagnosen

Tabelle 12 listet Diagnosen sortiert in der Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2012. Den dargestellten 20 häufigsten von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 52,3 Prozent noch gut die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Bei einem überwiegenden Teil der Diagnosen handelt es sich um akute Erkrankungen und Beschwerden.

Fehlzeiten nach Einzeldiagnosen

Eine Zuordnung von Fehlzeiten zu anteilig relevanten Einzeldiagnosen findet sich in Tabelle 13 auf Seite 73. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2012, wobei auch hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 42,1 Prozent aller 2012 erfassten Fehlzeiten.

- **„Depressive Episoden“ (ICD10: F32)** belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 6,9 Prozent bei bundesweiten Auswertungen den ersten Rang. Gemeinsam mit der Diagnose **„Rezidivierende depressive Störungen“ (ICD10: F33)**, auf die 1,8 Prozent der Fehlzeiten entfielen, erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 8,7 Prozent der gemeldeten Fehlzeiten direkt zugeordnet werden können.
- Auf die Diagnose **„Rückenschmerzen“ (ICD10: M54)** entfielen nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen bundesweiter Daten der BARMER GEK 6,8 Prozent aller Fehlzeiten. Jede Erwerbsperson war 2012, statistisch betrachtet, im Mittel gut einen Tag unter dieser Diagnose krankgeschrieben. Männer waren in größerem Umfang als Frauen betroffen.

- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ ansonsten noch die dreistelligen Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD10: F43; Anteil 4,4%), „Andere neurotische Störungen“ (ICD10: F48; Anteil 1,8%), „Somatoforme Störungen“ (ICD10: F45; Anteil 1,4%) sowie „Andere Angststörungen“ (ICD10: F41; Anteil 1,2%).
- Auf die häufigste Diagnose von Krankschreibungen „Akute Infektionen ...“ (ICD10: J06) entfielen, aufgrund ihrer unterdurchschnittlichen fallbezogenen Erkrankungs-dauer, lediglich 4,4 Prozent der Fehlzeiten.
- Fehlzeitenrelevant waren ansonsten vorrangig eine Reihe weiterer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen.
- Als einzige Neubildungsdiagnose zählte bei einer Differenzierung auf dreistelliger Ebene „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ 2012 noch zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten.

Abbildung 34 auf Seite 71 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu Fehlzeiten für relevante dreistellige Diagnosen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Diagnosen können in diesem Fall Tabelle 13 auf Seite 73 entnommen werden.

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Hamburg** unterschreiten bei einigen der relevanten Diagnosen auf dreistelliger Ebene die bundesweit ermittelten Werte. Sehr auffällig sind allerdings eher die durchgängig höhere Werte bei relevanten Diagnosen aus der Gruppe der psychischen Störungen, also bei den mit „F“ beginnenden Schlüsselnummern. Eine große Bedeutung kommt dabei den Depressionen zu, die als „Depressive Episoden“ (ICD10 F32) oder „Rezidivierende depressive Episoden“ (F33) kodiert werden können.

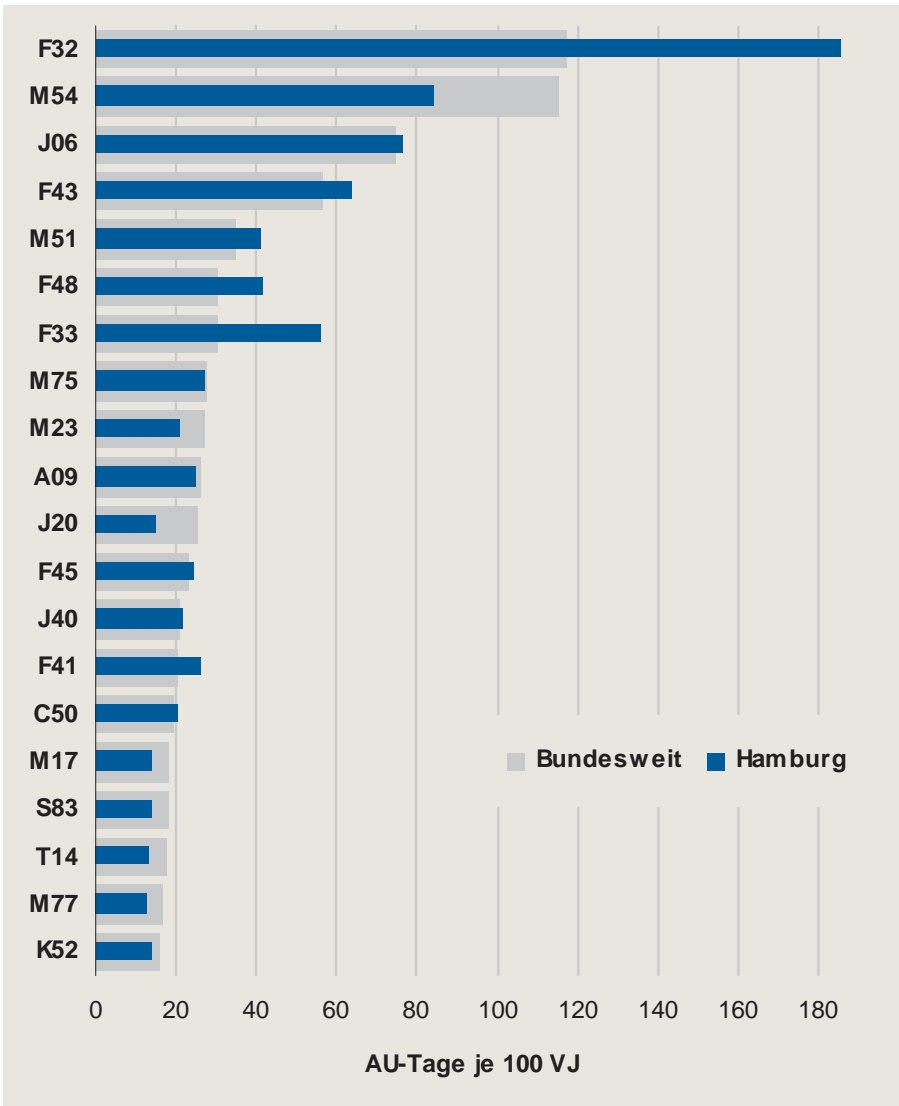


Abbildung 34 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2012

Tabelle 12 Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2012

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	12,9	15,7	14,2	12,0	14,0	13,0
M54 Rückenschmerzen	6,9	5,6	6,3	8,2	6,6	7,5
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	5,3	5,4	5,4	5,7	5,8	5,8
K08 Sonstige Krankheiten d. Zähne u. d. Zahnhalteapparates	3,2	3,9	3,5	4,7	5,1	4,9
J20 Akute Bronchitis	1,9	2,5	2,2	3,3	3,8	3,5
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,0	3,1	3,1	3,5	3,5	3,5
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,6	3,3	2,9	2,8	3,3	3,0
B34 Viruskrankheit nicht näher bezegneter Lokalisation	2,9	3,6	3,2	2,4	2,8	2,6
J03 Akute Tonsillitis	1,2	1,8	1,5	1,6	2,1	1,9
F43 Reaktionen auf schwere Belast. u. Anpassungsstörungen	1,2	2,7	1,9	1,2	2,5	1,8
J01 Akute Sinusitis	1,0	1,9	1,4	1,4	2,3	1,8
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,1	2,4	1,7	1,2	2,3	1,7
F32 Depressive Episode	1,4	2,7	2,0	1,3	2,2	1,7
K29 Gastritis und Duodenitis	1,2	1,5	1,3	1,5	1,9	1,7
J32 Chronische Sinusitis	1,3	2,2	1,8	1,3	2,1	1,7
J02 Akute Pharyngitis	1,0	1,8	1,4	1,3	1,9	1,6
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,2	0,8	1,0	1,8	1,0	1,4
G43 Migräne	0,6	1,6	1,1	0,5	1,8	1,1
A08 Virusbedingte u. sonstige näher bez. Darminfektionen	0,8	0,9	0,8	1,0	1,0	1,0
F48 Andere neurotische Störungen	0,9	2,1	1,4	0,7	1,4	1,0
Gesamt	99,6	121,2	109,5	111,4	126,7	118,5

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 13 Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2012

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
F32 Depressive Episode	137	242	186	91	148	117
M54 Rückenschmerzen	87	81	84	127	101	115
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	69	85	77	69	82	75
F43 Reaktionen auf schwere Belast. und Anpassungsstörungen	49	81	64	40	76	57
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	49	32	41	38	32	35
F48 Andere neurotische Störungen	25	61	41	21	42	31
F33 Rezidivierende depressive Störung	42	73	56	22	40	31
M75 Schulterläsionen	31	23	27	30	26	28
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	23	19	21	32	21	27
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	23	26	25	26	26	26
J20 Akute Bronchitis	13	17	15	24	28	26
F45 Somatoforme Störungen	15	36	24	17	31	23
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	18	25	21	19	23	21
F41 Andere Angststörungen	21	31	26	15	26	20
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1	43	20	0	42	19
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	14	14	14	19	17	18
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	13	15	14	23	13	18
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	17	9	13	23	12	18
M77 Sonstige Enthesopathien	11	14	13	17	16	17
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	14	14	14	16	16	16
Gesamt	1.489	1.798	1.631	1.627	1.791	1.702

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Männergesundheit im Erwerbsleben

Das Schwerpunktkapitel befasst sich in diesem Jahr mit dem Thema Männergesundheit. Dabei werden drei Erkrankungen fokussiert, die innerhalb des Erwerbslebens in jeweils unterschiedlichen Lebensphasen eine maßgebliche Rolle für die Gesundheit von Männern spielen. Näher betrachtet werden Verletzungen bei jüngeren Männern, Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsalter sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter.

Das Thema Männergesundheit wird seit einigen Jahren zunehmend auch in der breiteren Öffentlichkeit diskutiert. Im Rahmen der Diskussion des an sich übergreifenden Themas der genderspezifischen Gesundheit wurden zunächst vorrangig Frauenspezifische Themen aufgegriffen. 2001 wurde im viel beachteten „Madrid-Statement“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹ darauf verwiesen, dass Frauen und Männer auch aufgrund ihrer verschiedenen Geschlechterrollen, also nicht nur aufgrund des biologischen Geschlechtes, unterschiedliche gesundheitliche Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen haben. Männer folgen häufig dem Rollenstereotyp des „starken Geschlechts“. Sie werden auch weiterhin häufiger als Frauen dem Klischee des „Gesundheitsmuffels“ gerecht, der sich nicht um gesunde Ernährung schert, nur zum Arzt geht, wenn es brennt und entsprechend auch Früherkennungsuntersuchungen eher meidet. Dabei existieren zwischenzeitlich durchaus eine Reihe von Informationsmöglichkeiten und positiven Ansätzen, um die Gesundheitskompetenzen von Männern zu stärken und auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe einzugehen², wobei von Männern präventive Maßnahmen im betrieblichen Kontext oftmals häufiger als im privaten Umfeld in Anspruch genommen werden.³

Wenige Arztkontakte von Männern in jüngeren Jahren, sowie auch die im vorliegenden Report aufgezeigten durchschnittlich geringeren Fehlzeiten im Vergleich zu Frauen, könnten ein Indiz für eine vergleichsweise recht gute Gesundheit von Männern sein. Gegen diese – aus männlicher Perspektive optimistische – Annahme sprechen allerdings eine Reihe von Befunden. So zeigen Erhebungen zum Risiko- und Gesundheitsverhalten auch heutzutage bei Männern noch ungünstigere Befunde

¹ <http://whqlibdoc.who.int/euro/2001/a75328.pdf>

² Vgl. z.B.: <http://www.maennerggesundheitsportal.de/aktuelles/>
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Maenner_in_Bewegung__Auswirkungen_von_Bewegung_auf_die_psychische_Gesundheit_von_Maennern.pdf

³ http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp

als bei Frauen. Insbesondere mit zunehmendem Alter sind Männer dann zumeist häufiger beziehungsweise früher von schwerwiegenden Erkrankungen betroffen als Frauen. Dabei weisen Männer im Vergleich zu Frauen eine deutlich kürzere Lebenserwartung beziehungsweise eine deutlich höhere Sterblichkeit auf. Während für Frauen in der aktuellen Sterbetafel 2009/2011 nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von 82,7 Jahren ausgewiesen wird, liegt diese für Männer bei 77,7 Jahren und damit um fünf Jahre niedriger.

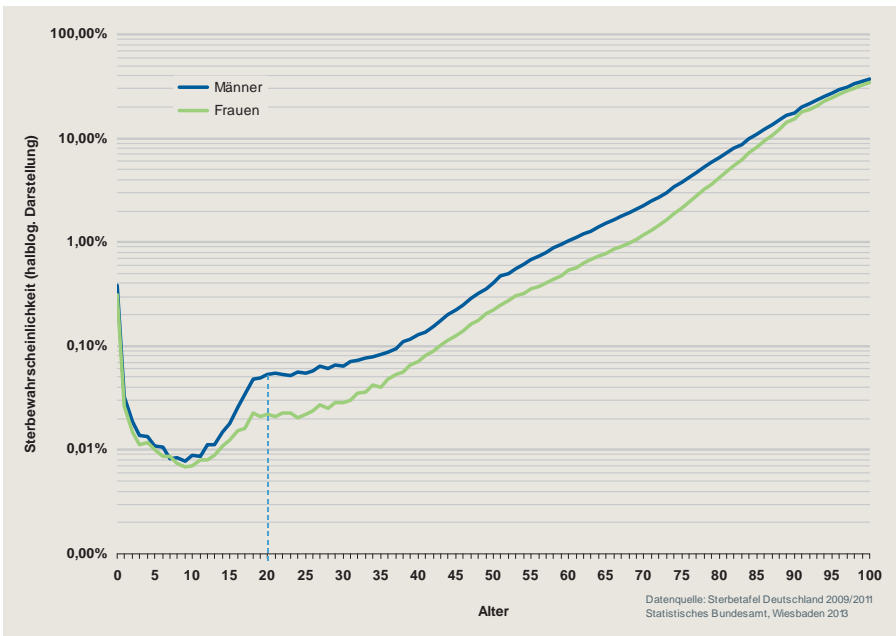


Tabelle 14 Sterbewahrscheinlichkeit nach Geschlecht und Alter Deutschland 2009/2011

Lesebeispiel zu Tabelle 14 (in halblogarithmischer Darstellung): Im Alter von 20 Jahren verstarben in Deutschland innerhalb eines Jahres 0,022 Prozent der Frauen, also etwa 22 von 100.000 Frauen. Von den Männern aus dieser Altersgruppe verstarben 0,054 Prozent entsprechend 54 je 100.000 und damit 2,4-mal so viele. Der Abstand der Linien verdeutlicht den Faktor, um den sich die Sterblichkeit von Männern und Frauen in den einzelnen Altersgruppen unterscheidet.

Das Risiko bereits im Erwerbsalter zu versterben ist, im Vergleich zum Risiko in höheren Altersgruppen, eher gering. Insbesondere im Erwerbsalter zeigen sich jedoch verhältnismäßig große relative geschlechtsabhängige Unterschiede. **Ab dem 18. Lebensjahr liegen die Risiken innerhalb des jeweils angebrochenen Lebensjahres zu versterben bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen.** In noch jüngeren Altersgruppen sind diese relativen Unterschiede nicht so groß, um das 25. Lebensjahr herum unterscheiden sich die Risiken von Männern und Frauen um mehr als den Faktor Zwei. Erst oberhalb des 70. Lebensjahres kommt es zu einer allmählichen Angleichung der Sterberisiken von Männern und Frauen.⁴ Insbesondere im Erwerbsalter ist demnach das Risiko für Erkrankungen, Unfälle und andere Ereignisse bei Männern mit tödlichem Verlauf insgesamt, und gemessen am jeweiligen Risiko bei Frauen, höher (vgl. Tabelle 14).

Im Rahmen des vorliegenden Reportes ließe sich allenfalls sehr oberflächlich ein allgemeiner Überblick zu geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Risiken von Männern geben. Vor diesem Hintergrund konzentrieren sich die Betrachtungen im Schwerpunkt Kapitel auf drei unterschiedliche Altersspannen innerhalb eines typischen Erwerbsalters und dabei auf jeweils ein Erkrankungsbild, dem in der jeweiligen Altersspanne eine besondere Bedeutung zukommt. Die Auswahl der drei Erkrankungsbilder und Altersspannen lässt sich aus Abbildung 19 auf Seite 46 herleiten, in der die Bedeutung einzelner Krankheitsarten für gemeldete Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen in Altersgruppen im Jahr 2012 dargestellt ist.

Welche große Bedeutung Verletzungen für die Fehlzeiten von jüngeren Erwerbspersonen einnehmen, wird aus Abbildung 19 sehr offensichtlich. Für die Gruppe der 15- bis 29-jährigen männlichen Erwerbspersonen wird insofern das Thema Verletzungen fokussiert betrachtet. In einem mittleren Alter zwischen 30 bis unter 50 Jahre kommt es unter männlichen Erwerbspersonen zu stark ansteigenden Fehlzeiten mit der Diagnose von Krankheiten des Bewegungsapparates, die einen zweiten Schwerpunkt bilden. Bei Erwerbspersonen ab einem Alter von 50 Jahren steigen, wiederum bis zum Ende der Erwerbsphase, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems steil an und sind für einen erheblichen Teil der Arzneimittelverordnungen verantwortlich. Diese werden – auch insbesondere unter Berücksichtigung der Ausweitung der Lebensarbeitszeit auf 67 Jahre – eine zunehmende Rolle im Erwerbsleben spielen und werden daher im dritten Kapitel näher untersucht.

⁴ Statistisches Bundesamt (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Natürliche Bevölkerungsbewegung. Fachserie 1 Reihe 1.1. Wiesbaden (erschienen am 9.04.2013; Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html>)

Verletzungen bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen

Jüngere Männer sind von Verletzungen deutlich häufiger als Frauen aus entsprechenden Altersgruppen betroffen. Bei jungen männlichen Erwerbspersonen können Verletzungen für mehr als ein Viertel der gemeldeten Fehlzeiten verantwortlich gemacht werden. Für die Gruppe der 15- bis 29-jährigen männlichen Erwerbspersonen soll nachfolgend insofern das Thema Verletzungen näher betrachtet werden.

Ein überwiegender Teil der alltäglichen Verletzungen bei jüngeren Menschen dürfte so geringfügig sein, dass zur Behandlung kein Arzt erforderlich ist und kontaktiert wird. Entsprechend tauchen diese Verletzungen in keiner Routinestatistik auf. Verletzungen mit Todesfolge bilden im Hinblick auf die Gesamtzahl der Verletzungen demgegenüber nur eine sehr kleine Subgruppe bzw. extreme Ausnahmen. Da sich die Statistiken zu Todesursachen bei jungen Männern und Frauen erheblich unterscheiden und diese Statistiken bei Verletzungen zudem auch Hinweise auf die Ursachen der Verletzungen beinhalten, sollen sie nachfolgend – trotz der relativen Seltenheit entsprechender Ereignisse – kurz in einem einleitenden Abschnitt betrachtet werden.

Exkurs: Schwere Verletzungen und ihre Ursachen

Verletzungen werden in der ICD10-Systematik im Kapitel XIX mit der vollständigen Bezeichnung „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ erfasst. Von Verletzungen sind jüngere Männer allgemein deutlich häufiger als jüngere Frauen betroffen. Dies gilt insbesondere auch für schwere Verletzungen. So verstarben nach Angaben aus der Todesursachenstatistik in Deutschland 2011 insgesamt 2.227 Männer und nur 537 Frauen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren an den Folgen von Verletzungen im Sinne des Kapitels XIX. Somit waren Verletzungen bei Männern in diesem Alter für 62 Prozent der insgesamt 3.575 Todesfälle verantwortlich, bei Frauen für lediglich 38 Prozent der insgesamt 1.415 Todesfälle.⁵

Von den 2.227 Todesfällen durch Verletzungen bei Männern ereigneten sich 998 bei Verkehrsunfällen (ICD10-Codes V01-V99 „Transportmittelunfällen“)⁶, 802 waren auf

⁵ Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4 Wiesbaden (erschienen am 6.12.2012; Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>).

⁶ In der Todesursachenstatistik werden alle Todesfälle mit Verletzungen in Sinne des Kapitels XIX ein zweites Mal mit einer Differenzierung nach „Äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität“ entsprechend dem Kapitel XX der ICD10 aufgeführt. Ursachen von Verletzungen werden in den Daten von Krankenkassen demgegenüber nicht erfasst.

Suizide zurückzuführen (ICD10-Codes X60-X84 „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“). Sowohl Verkehrsunfälle als auch Selbstschädigungen mit Todesfolge wurden bei Frauen mit 226 bzw. 200 Fällen erheblich seltener registriert.⁷ Mit einem Anteil von 44,8 Prozent sehr maßgeblich verantwortlich für verletzungsbedingte Todesfälle bei jüngeren Männern waren 2011 demnach Verkehrsunfälle, wobei die deutlich geringeren Zahlen bei Frauen darauf hindeuten, dass ein wesentlicher Teil dieser Fälle durch ein verändertes Verhalten von Männern vermeidbar sein sollte. Nur gelegentlich ins Bewusstsein rückt die Tatsache, dass auch Suizide (mit einem Anteil von 36,0 Prozent in 2011) für mehr als ein Drittel der verletzungsbedingten Todesfälle bei jüngeren Männern verantwortlich sind. Freizeit- und Sportunfälle oder Gewalttaten mit Todesfolge spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle.

Ambulante ärztliche Versorgung

Sind Verletzungen nicht nur geringfügig, dürfte in vielen Fällen von den Betroffenen vorrangig ein ambulant niedergelassener tätiger Arzt kontaktiert werden. Mindestens einmal innerhalb des Jahres 2011 mit der Diagnose einer Verletzung von einem Arzt ambulant behandelt wurden nach Auswertungen von Daten zum BARMER GEK Arztreport⁸ in Deutschland zirka 2,26 Mio. von den rund 7,18 Mio. Männern im Alter von 15 bis unter 30 Jahren und damit etwa 31,5 Prozent – also knapp ein Drittel aller Männer in diesem Alter (Frauen: 28,4 Prozent).

Auf der Ebene von ICD10-Diagnosegruppen wurden ambulant am häufigsten „Verletzungen des Kopfes“ (ICD10 S00-S09; betroffen 2011: 3,9 Prozent aller jüngeren Männer), „Verletzungen des Handgelenkes und der Hand“ (ICD10 S60-S69; 5,4 Prozent), „Verletzungen des Knies und der des Unterschenkels“ (ICD10 S80-S89; 4,8 Prozent) sowie „Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes“ (ICD10 S90-S99; betroffen 2011: 6,8 Prozent aller jüngeren Männer) als Lokalisationen dokumentiert. Die Zuordnung von allgemeinen ambulanten Diagnosen zu Körperregionen deckt sich dabei relativ gut mit der nachfolgend dargestellten regionalen Zuordnung der Diagnosen von verletzungsbedingten Arbeitsunfähigkeitsfällen.

⁷ Medial im Einzelfall immer wieder auch prominent diskutierte Gewalttaten, im ICD10 als „Tätliche Angriffe“ bezeichnet (ICD10-Codes X85-Y09), spielen bei jungen Männern und Frauen in Deutschland als Todesursache statistisch glücklicherweise eine untergeordnete Rolle. Für 2011 wurden in der Todesursachenstatistik bei Männern und Frauen im Alter von 15 bis 30 Jahren explizit lediglich 30 bzw. 29 entsprechende Todesfälle ausgewiesen. In den USA verursachen tätliche Angriffe in den genannten Altersgruppen demgegenüber etwa vergleichbar viele Todesfälle wie Suizide (vgl. Angaben zu Todesursachen auf den Seiten des Center of Disease Control and Prevention (CDC); Link: <http://www.cdc.gov/nchs/nvss/mortality/lcwk1.htm>).

⁸ BARMER GEK Arztreport 2013. Im Internet verfügbar unter: <https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Reports/Arztreport-2013/Arztreport-2013.htm>

Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen

Auswertungen von Daten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements fokussieren allgemein typischerweise Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei Berufstätigen beziehungsweise Erwerbspersonen. Nicht jeder der rund 7 Mio. Männer im Alter von 15 bis unter 30 Jahren in Deutschland zählt zu den Erwerbspersonen. Nicht jede Verletzung – selbst wenn diese ärztlich behandelt wurde – führt zwangsläufig und unter allen Umständen auch zu einer Arbeitsunfähigkeit. Bei männlichen Erwerbspersonen im Alter von 15 bis unter 30 Jahren wurden 2012 nach altersstandardisierten Auswertungen zum vorliegenden Gesundheitsreport

- insgesamt 132 AU-Fälle je 100 VJ erfasst, darunter **19,4 Fälle je 100 VJ** mit der Diagnose von Verletzungen (**14,7 Prozent aller AU-Fälle**). Dabei wurden
- insgesamt 1.113 AU-Tage je 100 VJ registriert, darunter **304,3 Tage je 100 VJ** mit der Diagnose von Verletzungen (**27,3 Prozent aller AU-Tage**).

Demnach wurde durchschnittlich knapp jeder fünfte jüngere Mann mit Erwerbspersonenstatus 2012 wegen einer Verletzung arbeitsunfähig gemeldet. Ein verletzungsbedingter Arbeitsunfähigkeitsfall dauerte durchschnittlich 15,7 Tage, woraus die bereits genannten 304 Fehltage je 100 VJ beziehungsweise durchschnittlich gut drei Fehltage pro Jahr mit Verletzungen bei jüngeren Männern resultieren, die in dieser Personengruppe mehr als ein Viertel der erfassten Gesamtfehlzeiten ausmachen.

Einen Überblick zur Bedeutung von Verletzungen für das Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen im Vergleich zu anderen Geschlechts- und Altersgruppen liefert Abbildung 35. **Offensichtlich wird, dass insbesondere männliche Erwerbspersonen aus der jüngsten Gruppe im Alter bis unter 20 Jahre überdurchschnittlich stark betroffen sind, die sich in Anbetracht des Alters zu einem großen Teil noch in ihrer Berufsausbildung befinden dürften.**

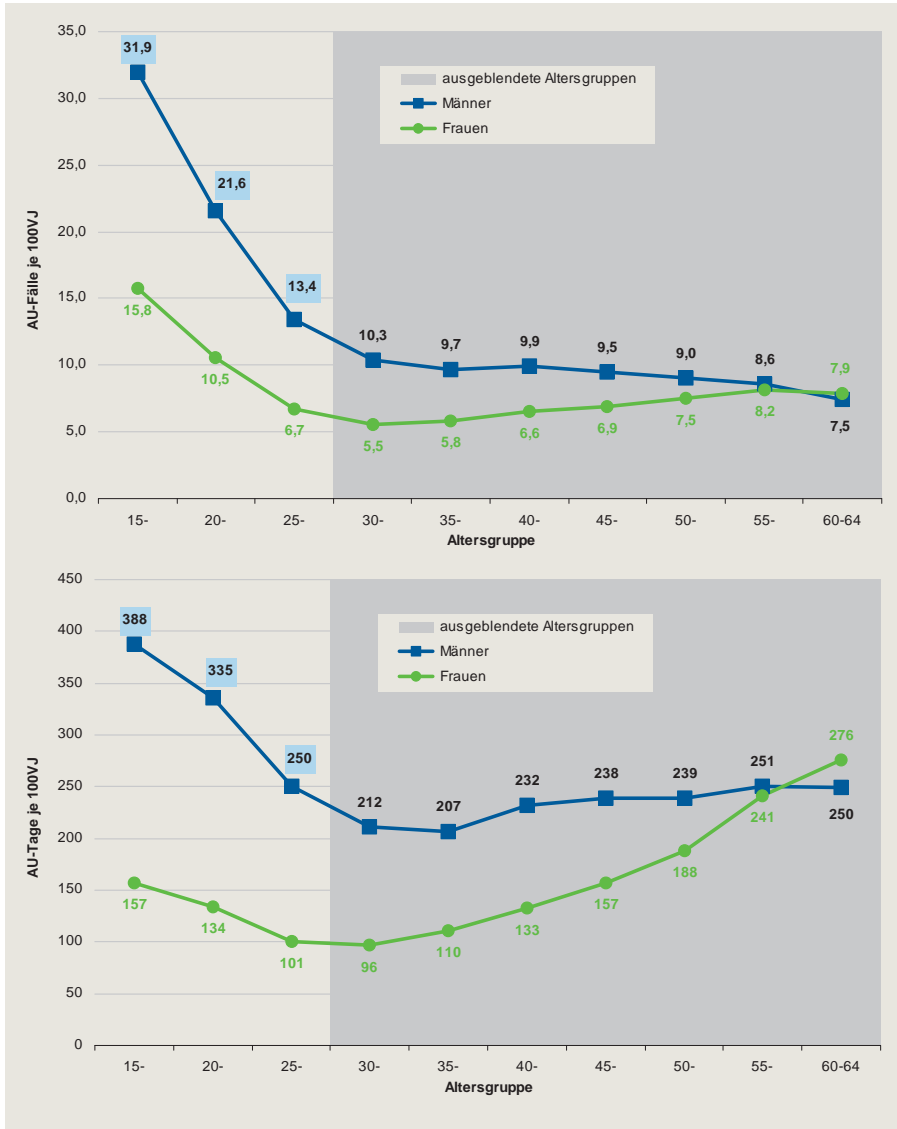


Abbildung 35 Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen bei Erwerbspersonen 2012

Verletzungsbedingte Arbeitsunfähigkeiten – regionale Unterschiede

Tabelle 15 zeigt altersstandardisierte Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen bei jüngeren Erwerbspersonen 2012 in den einzelnen Bundesländern, wobei hier den Ergebnissen bei Männern auch Ergebnisse bei Frauen aus entsprechenden Altersgruppen gegenübergestellt sind. Auffällig sind insbesondere die geringen verletzungsbedingten Fehlzeiten bei jungen Männern in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie überdurchschnittliche Fehlzeiten bei jungen Männern in den neuen Bundesländern, wobei diese Ergebnisse weitgehend im Einklang mit den geschlechts- und altersübergreifend ermittelten Ergebnissen in Abbildung 27 auf Seite 56 stehen und insofern nicht ganz unerwartet sind.

Tabelle 15 Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen bei 15- bis 29-Jährigen in Bundesländern

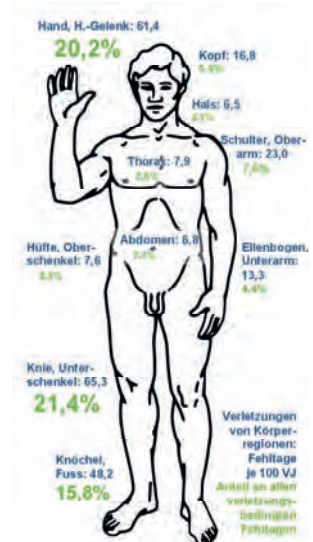
Bundesland	Männer 15-29 Jahre			Frauen 15-29 Jahre		
	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je Fall	AU-Tage je 100 VJ	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je Fall	AU-Tage je 100 VJ
Baden-Württemberg	18,2	14,9	272	9,1	12,0	109
Bayern	20,3	15,5	316	9,6	13,1	127
Berlin	15,6	17,2	267	9,1	14,9	135
Brandenburg	23,4	16,9	397	10,3	14,1	145
Bremen	13,3	16,0	213	9,1	13,2	120
Hamburg	13,1	15,6	204	7,3	11,6	85
Hessen	18,3	15,9	291	8,5	12,1	103
Meckl.-Vorpommern	21,8	16,4	356	9,9	15,5	154
Niedersachsen	19,7	15,5	305	9,7	12,9	125
Nordrhein-Westfalen	18,0	14,2	254	9,0	12,2	109
Rheinland-Pfalz	20,1	16,0	321	9,3	12,8	119
Saarland	20,4	15,0	305	9,8	10,7	104
Sachsen	21,9	17,2	376	11,2	14,7	164
Sachsen-Anhalt	24,5	16,6	406	11,1	12,3	136
Schleswig-Holstein	18,7	17,4	326	10,5	13,0	136
Thüringen	24,3	17,4	423	10,9	13,5	146
BUNDESWEIT	19,4	15,7	304	9,4	12,8	121

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 29 Jahre, einheitlich standardisiert.

Diagnosen verletzungsbedingter Arbeitsunfähigkeiten

Diagnosen von Verletzungen auf der Ebene von Gruppen der ICD10 ordnen die Verletzungen – sofern möglich – einzelnen Körperregionen zu. Tabelle 16 zeigt Ergebnisse zu verletzungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten in einer Differenzierung nach entsprechenden Gruppen der ICD10 bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 bis 29 Jahre. Ergebnisse zu Fehlzeiten werden auszugsweise auch in der nebenstehenden Grafik wiedergegeben.

Mit 3,48 AU-Fällen je 100 VJ relativ häufig und nicht in der Grafik dargestellt sind Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen von nicht näher eingegrenzten Körperteilen (ICD10 T08-T14). Nach verfügbaren Zuordnungen am häufigsten sind Arbeitsunfähigkeiten nach Verletzungen des Kopfes, des Handgelenkes und der Hände, des Knies und Unterschenkels sowie der Knöchelregion und des Fußes.



Bildquelle: Courtesy NASA/JPL-Caltech.

Mitbedingt durch eine überdurchschnittliche Dauer von 28,7 Tagen je Fall lassen sich den **Verletzungen des Knies und Unterschenkels** (ICD10 S80-S89) mit 65,3 AU-Tagen je 100 VJ von allen Diagnosegruppen die meisten Fehltag zuordnen. Auf diese Gruppe allein entfielen 2012 mit 21,4 Prozent mehr als ein Fünftel der verletzungsbedingten Fehlzeiten bei jungen Männern.

Ein weiteres Fünftel der Fehltag lässt sich den Verletzungen der **Handgelenke und der Hand** (ICD10 S60-S69) zuschreiben. Entsprechende Verletzungen führen bei jüngeren Männern zu 54 Prozent mehr Fehlzeiten als nach altersübergreifenden Auswertungen 2012 bei männlichen Erwerbspersonen beobachtet werden konnten (vgl. letzte Spalte der Tabelle 16).

Einen dritten – und gemessen an Fehltagen – relevanten Verletzungsbereich bilden die **Knöchelregion und Füße** (ICD10 S90-S99). Verletzungen dieser anatomischen Regionen waren 2012 für 15,8 Prozent der verletzungsbedingten Fehlzeiten bei jüngeren Männern verantwortlich zu machen.

Tabelle 16 Verletzungsbedingte Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnosegruppen 2012

ICD10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.XIX	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
S00-S09	Verletzungen des Kopfes	1,70	16,8	5,5%	9,9	33%
S10-S19	Verletzungen des Halses	0,64	6,5	2,1%	10,1	12%
S20-S29	Verletzungen des Thorax	0,53	7,9	2,6%	14,9	-31%
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	0,39	6,8	2,2%	17,4	-17%
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	0,95	23,0	7,6%	24,2	-1%
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	0,56	13,3	4,4%	23,9	-4%
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	3,42	61,4	20,2%	17,9	54%
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	0,41	7,6	2,5%	18,7	1%
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	2,27	65,3	21,4%	28,7	26%
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	3,44	48,2	15,8%	14,0	43%
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	0,17	2,7	0,9%	16,5	7%
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten o. a. Körperreg.	3,48	35,8	11,8%	10,3	34%
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung	0,37	0,9	0,3%	2,3	23%
T20-T32	Verbrennungen o. Verätzungen	0,30	2,7	0,9%	9,0	44%
T33-T98	Übrige Verletzungsdiagnosen	0,79	5,66	1,9%	7,2	-22%
XIX	Verletzungen gesamt	19,4	304	100%	15,7	23%

BARMER GEK 2012, Jüngere männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 29 Jahre, standardisiert;
 * Abweichungen der Fehlzeiten bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen von altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen 2012.

Die nachfolgende Tabelle 17 zeigt Ergebnisse zu Diagnosen auf 3-stelliger Ebene der ICD10, die 2012 für jeweils mindestens ein Prozent der verletzungsbedingten Fehlzeiten bei den jüngeren männlichen Erwerbspersonen verantwortlich waren. **Die Diagnosen sind absteigend entsprechend ihrer Bedeutung für die Fehlzeiten sortiert.** Insgesamt umfasst die Tabelle Angaben zu 21 Diagnosen, die für mehr als

drei Viertel der verletzungsbedingten AU-Fälle sowie mehr als vier Fünftel der entsprechenden Fehltagel verantwortlich waren.

Aus der relevanten Diagnosegruppe der Verletzungen des Knies und Unterschenkels spielt im Hinblick auf Fehlzeiten die Einzeldiagnose „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenkes“ (ICD10: **S83**) die maßgeblichste Rolle, zu der auch Verletzungen der Kreuzbänder und Meniskusschädigungen zählen. Es lässt sich vermuten, dass ein in nicht unerheblicher Teil dieser Verletzungen im Rahmen sportlicher Aktivitäten auftritt – **Männer in jüngerem Erwerbsalter weisen um 69 Prozent längere Fehlzeiten mit dieser Diagnose als männliche Erwerbspersonen insgesamt auf, sind also merklich überdurchschnittlich betroffen.** Demgegenüber führen Frakturen des Unterschenkels und oberen Sprunggelenkes (**S82**), bei jüngeren Männern oftmals Knöchelfrakturen, als weitere relevante Diagnose aus der selben Gruppe bei den jüngeren Männern zu vergleichbaren Fehlzeiten wie bei männlichen Erwerbspersonen insgesamt, wobei entsprechende Fälle durch verhältnismäßig lange fallbezogene Fehlzeiten imponieren, die in der Liste nur durch die Falldauer bei Brüchen des Oberschenkelknochens bzw. Femurs (**S72**) übertroffen werden.

Tabelle 17 Relevante Diagnosen verletzungsbedingter Arbeitsunfähigkeiten 2012

ICD 10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.XIX	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,17	38,16	12,5%	32,5	69%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	3,05	31,34	10,3%	10,3	34%
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung der Gelenke u. Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes u. des Fußes	2,32	29,09	9,6%	12,6	63%
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	0,80	27,63	9,1%	34,6	75%
S82	Fraktur d. Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	0,32	16,80	5,5%	53,2	-1%
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	0,41	12,71	4,2%	31,0	15%
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	0,92	11,36	3,7%	12,4	54%
S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	0,36	10,59	3,5%	29,3	47%
S52	Fraktur des Unterarmes	0,25	9,39	3,1%	38,2	-7%

ICD 10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.XIX	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	0,85	8,21	2,7%	9,7	55%
S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	0,58	7,83	2,6%	13,5	36%
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	0,19	7,67	2,5%	39,4	-7%
S06	Intrakranielle Verletzung	0,48	6,21	2,0%	13,0	34%
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	0,58	5,63	1,9%	9,8	26%
S13	Luxation, Verstauchung u. Zerrung von Gelenken u. Bändern in Halshöhe	0,60	5,54	1,8%	9,3	22%
S90	Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	0,60	4,54	1,5%	7,5	42%
S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	0,25	3,59	1,2%	14,3	54%
S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	0,38	3,54	1,2%	9,4	-25%
S72	Fraktur des Femurs	0,04	3,52	1,2%	98,9	2%
S40	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	0,32	3,42	1,1%	10,7	-13%
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	0,48	3,03	1,0%	6,3	35%
	Anteil an Verletzungen gesamt	77,0%	82,1%	82,1%		
XIX	Verletzungen gesamt	19,4	304	100%	15,7	23%

BARMER GEK 2012, Jüngere männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 29 Jahre, standardisiert;
 * Abweichungen der Fehlzeiten bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen von altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen 2012.

In deutlich überdurchschnittlichem Umfang sind jüngere Männer nach den Ergebnissen auch von Zerrungen im Bereich des oberen Sprunggelenkes (**S93**) sowie von unterschiedlichen Handverletzungen inklusive Handfrakturen betroffen (vorrangig Diagnosen **S62**, **S61**, **S60**, **S63**), wobei Handfrakturen nach Ergebnissen zu weiter differenzierteren Diagnoseschlüsseln insbesondere die Mittelhandknochen und Finger betreffen. Mit der Diagnose **S06** „Intrakranielle Verletzung“ werden überwiegend Gehirnerschütterungen erfasst, mit dem Schlüssel **S02** „Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen“ werden nach den Ergebnissen einer genaueren Sichtung von Unterschlüsseln in der Mehrzahl der Fälle Nasenbeinfrakturen kodiert.

Verletzungen bei Arbeits- und Wegeunfällen

Ein Teil der Verletzungen von Erwerbspersonen ereignet sich im Rahmen von Arbeits- und Wegeunfällen.⁹ Unter den männlichen Erwerbspersonen ließen sich 2012 altersübergreifend 37 Prozent der verletzungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten den Arbeits- und Wegeunfällen zuordnen.¹⁰ Unter den jüngeren männlichen Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 bis unter 30 Jahren lag dieser Anteil mit 30 Prozent noch niedriger. **Mehr als zwei Drittel der verletzungsbedingten Fehlzeiten bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen resultieren demnach aus Ereignissen, für die kein direkter Zusammenhang zur regulären Berufsausübung angenommen werden kann.**

Abbildung 36 und Tabelle 18 auf der folgenden Seite zeigen Ergebnisse zu verletzungsbedingten Fehlzeiten insgesamt sowie aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen für jüngere männliche Beschäftigte in einzelnen Berufsfeldern, Tabelle 18 beinhaltet zudem auch altersübergreifend ermittelte Ergebnisse. Die längsten Fehlzeiten mit Arbeits- und Wegeunfällen unter der Diagnose von Verletzungen weisen jüngere männliche Beschäftigte aus dem Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“ auf. Dies zunächst erstaunlich erscheinende und altersübergreifend nicht reproduzierte Ergebnis resultiert daraus, dass dem Berufsfeld insbesondere bei jüngeren Beschäftigten auch Artisten und Berufssportler zugeordnet sind (vgl. Tabelle 19 mit Angaben zu zehn Tätigkeiten mit mindestens 200 versicherten jüngeren männlichen Erwerbspersonen und den längsten bzw. kürzesten durchschnittlichen Fehlzeiten mit verletzungsbedingten Arbeits- und Wegeunfällen 2012). Ansonsten finden sich hohe Fehlzeiten mit verletzungsbedingten Arbeits- und Wegeunfällen typischerweise bei körperlich stark belastenden Berufen, wobei jüngere Beschäftigte in einigen Berufsfeldern auch geringere Fehlzeiten als ältere Beschäftigte aufweisen. **Bemerkenswert erscheint die Beobachtung, dass junge Beschäftigte aus Berufsfeldern mit hohen Fehlzeiten aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen zumindest tendenziell oft auch höhere anderweitige verletzungsbedingte Fehlzeiten aufweisen.**

⁹ Für die Kosten der Versorgung dieser Verletzungen kommen typischerweise die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung auf. Die aus Arbeits- und Wegeunfällen resultierenden Arbeitsunfähigkeiten werden jedoch genauso wie in anderen Fällen bei der Krankenkasse erfasst.

¹⁰ Kennzeichnungen von Arbeits- und Wegeunfällen waren für die Auswertungen ausschließlich bei Mitgliedern mit organisatorischer Zuordnung zur ehemaligen BARMER verfügbar, auf die sich die Darstellungen zu diesem Thema entsprechend beschränken müssen. Die aus der Beschränkung resultierenden Ergebnisunterschiede dürften jedoch nur sehr klein sein. So unterschreiten die bei jüngeren Männern mit Zuordnung zur BARMER ermittelten verletzungsbedingten Fehlzeiten mit insgesamt 298 AU-Tagen je 100 VJ den für jüngere Männer in der BARMER GEK bereits zuvor ausgewiesenen Wert von 304 AU-Tagen je 100 VJ lediglich um 1,9 Prozent.

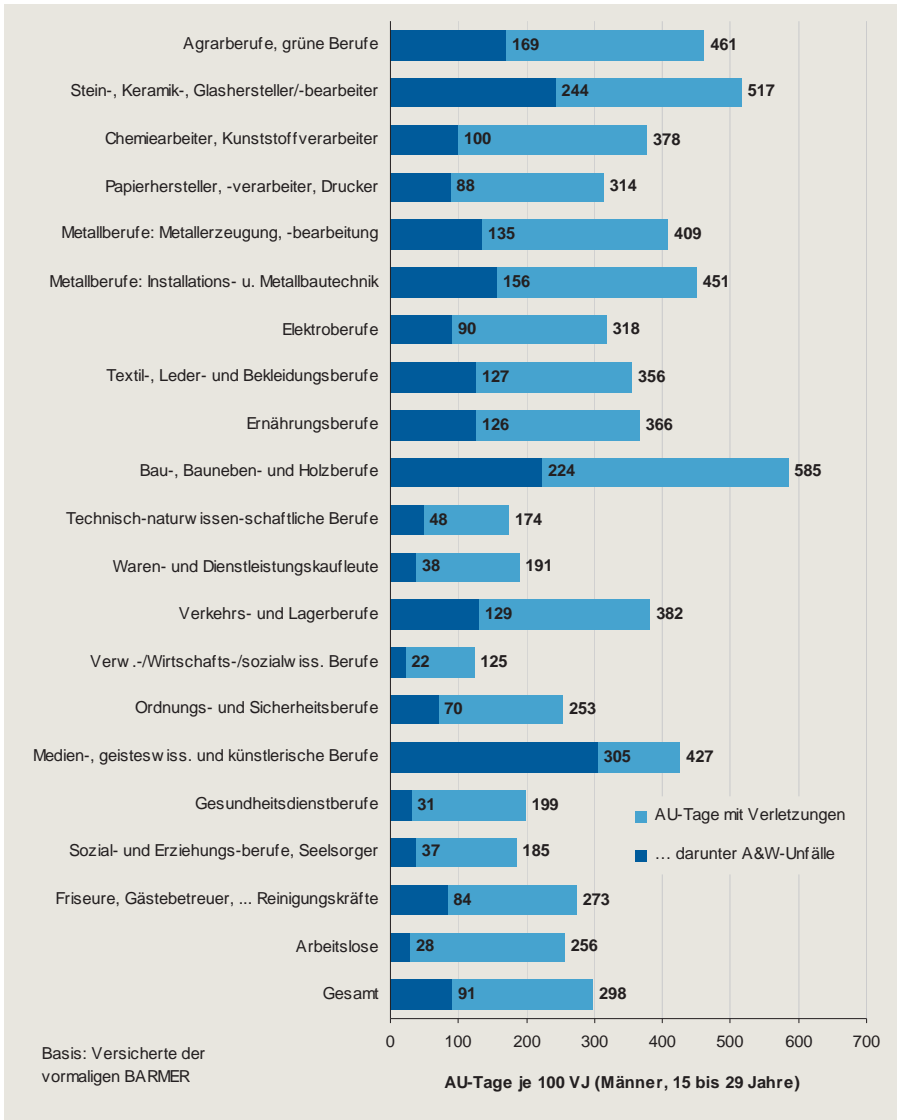


Abbildung 36 AU-Tage je 100 VJ mit Verletzungen bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen nach Berufsfeldern 2012

Tabelle 18 AU-Tage je 100 VJ mit Verletzungen bei Männern nach Berufsfeldern 2012

Berufsfeld	Männer 15-29 Jahre			Männer 15-64 Jahre		
	AU-Tage	darunter wg. A&W-Unfällen	Anteil wg. A&W-Unfällen	AU-Tage	darunter wg. A&W-Unfällen	Anteil wg. A&W-Unfällen
Agrarberufe, grüne Berufe	461	169	37%	408	206	50%
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	517	244	47%	415	197	48%
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	378	100	26%	344	131	38%
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	314	88	28%	265	97	37%
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	409	135	33%	397	169	42%
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	451	156	35%	392	176	45%
Elektroberufe	318	90	28%	297	118	40%
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	356	127	36%	248	72	29%
Ernährungsberufe	366	126	34%	329	137	42%
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	585	224	38%	527	264	50%
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	174	48	27%	147	45	30%
Waren- und Dienstleistungskaufleute	191	38	20%	146	36	25%
Verkehrs- und Lagerberufe	382	129	34%	365	169	46%
Verw.-/Wirtschafts-/sozialwiss. Berufe	125	22	18%	111	23	21%
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	253	70	28%	230	89	39%
Medien-, geisteswiss. und künstlerische Berufe	427	305	72%	189	105	55%
Gesundheitsdienstberufe	199	31	15%	207	49	24%
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	185	37	20%	152	40	26%
Friseure, Gästebetreuer, ... Reinigungskräfte	273	84	31%	266	108	40%
Arbeitslose	256	28	11%	210	21	10%
BARMER insgesamt	298	91	30%	233	86	37%

Versicherte der BARMER 2012, männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 29 Jahre sowie 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle 19 AU- Tage je 100 VJ mit Verletzungen bei Männern nach Tätigkeiten 2012

Tätigkeit	Männer 15-29 Jahre			Männer 15-64 Jahre		
	AU-Tage	darunter wg. A&W-Unfällen	Anteil wg. A&W-Unfällen	AU-Tage	darunter wg. A&W-Unfällen	Anteil wg. A&W-Unfällen
ARTISTEN, BERUFS-SPORTLER, KUNSTLERISCHE HILFSBERUFE	2.080	1.762	85%	926	805	87%
BETONBAUER	754	440	58%	628	399	64%
DACHDECKER	823	368	45%	637	361	57%
WALDARBEITER, WALDNUTZER	707	350	49%	667	477	71%
ZIMMERER	816	338	41%	1031	572	55%
GLASER	791	335	42%	453	213	47%
SONSTIGE TIEFBAUER	625	312	50%	484	247	51%
EISEN-, METALLERZEUGER, SCHMELZER	498	300	60%	378	228	60%
STEINBEARBEITER	530	299	56%	438	243	55%
MAURER	730	296	40%	612	302	49%
AUGENOPTIKER	228	8	3%	118	2	2%
BUEROHILFSKRAEFTE	111	8	7%	151	31	21%
PUBLIZISTEN	50	6	12%	58	17	30%
UNTERNEHMENSBERATER, ORGANISATOREN	48	4	9%	78	16	20%
SCHRIFTSETZER	137	4	3%	105	15	14%
AERZTE	26	3	12%	80	11	14%
SPRECHSTUNDENHelfER	123	2	2%	93	16	18%
BILDENDE KUNSTLER, GRAPHIKER	62	2	3%	83	14	17%
RECHTSVERTRETER, -BERATER	21	1	3%	36	5	14%
FUNK-, TONGERAETEMCHANIKER	75	0	0%	19	0	0%
BARMER insgesamt	298	91	30%	233	86	37%

Versicherte der BARMER 2012, männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 29 Jahre sowie 15 bis 64 Jahre, standardisiert. Top 10 Tätigkeiten (Schlüsselverzeichnis 2003) mit der höchsten Zahl an Fehltagen mit verletzungsbedingten Arbeits- und Wegeunfällen unter jüngeren männlichen Erwerbspersonen und mehr als 200 Versicherten zwischen 15 und 29 Jahre vs. 10 Tätigkeiten mit der geringsten Zahl an AU-Tagen je 100 VJ aufgrund von verletzungsbedingten Arbeits- und Wegeunfällen. Aufgrund der verhältnismäßig kleinen Zahl von jüngeren Beschäftigten in einzelnen Tätigkeitsgruppen sollten die Ergebnisse zurückhaltend interpretiert werden. Sie sollen – als Ergänzung zu Tabelle 18 – in erster Linie einen Eindruck zur Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen in anschaulich bezeichneten Berufen liefern.

Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsalter

Bereits im mittleren Erwerbsalter zwischen 30 bis unter 50 Jahren kommt es zu stark ansteigenden Fehlzeiten unter der Diagnose von Erkrankungen des Bewegungsapparates, die einen zweiten Schwerpunkt des Kapitels Männergesundheit bilden. Um die mit zunehmendem Alter noch weiter ansteigenden Beschwerden und Fehlzeiten zu verhindern, sollten präventive Maßnahmen bereits möglichst frühzeitig einsetzen.

Erkrankungen des Bewegungsapparates, darunter namentlich insbesondere auch Rückenbeschwerden, sind zweifellos ein bei beiden Geschlechtern weit verbreitetes Problem. Während bei Frauen andere Erkrankungen eine noch größere Rolle hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten spielen, bilden Erkrankungen des Bewegungsapparates, im ICD10 offiziell als „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ bezeichnet, bei Männern im mittleren Erwerbsalter das Diagnosekapitel bzw. die Krankheitsart, der die meisten Fehltag zugeordnet werden können.

Arbeitsunfähigkeiten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates

Bei männlichen Erwerbspersonen im Alter von 30 bis unter 50 Jahren wurden 2012 nach altersstandardisierten Auswertungen

- insgesamt 101 AU-Fälle je 100 VJ erfasst, darunter **18,6 Fälle je 100 VJ** mit der Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (**18,4 Prozent aller AU-Fälle**). Dabei wurden
- insgesamt 1.416 AU-Tage je 100 VJ registriert, darunter **353,7 Tage je 100 VJ** mit der Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (**25,0 Prozent aller AU-Tage**).

Demnach entfiel auf jeweils fünf Männern im mittleren Erwerbsalter 2012 durchschnittlich knapp eine Arbeitsunfähigkeit mit Krankheiten des Bewegungsapparates. Ein entsprechender Arbeitsunfähigkeitsfall dauerte durchschnittlich 19,0 Tage, insgesamt wurden 354 Fehltag je 100 VJ beziehungsweise gut dreieinhalb Fehltag pro Kopf und Jahr mit Krankheiten des Bewegungsapparates bei Männern mittleren Alters erfasst, die in dieser Personengruppe ein Viertel der Gesamtfehlzeiten ausmachen.

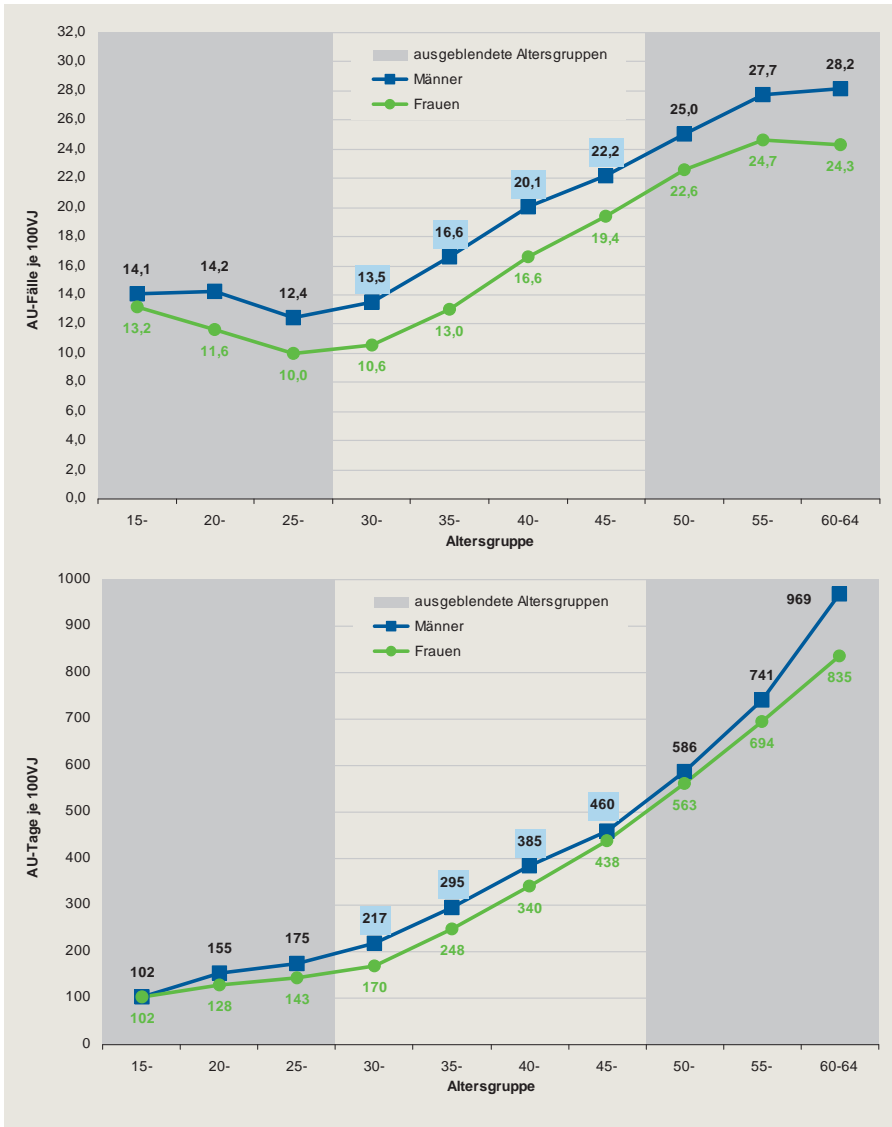


Abbildung 37 Arbeitsunfähigkeiten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates 2012

Abbildung 37 verdeutlicht im unteren Teil die altersabhängig deutliche Zunahme von Fehlzeiten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates auch innerhalb der hier vorrangig betrachteten Altersspanne zwischen 30 bis unter 50 Jahren. Während im Alter zwischen 30 bis 34 Jahren bei einem Mann (mit Erwerbspersonenstatus) durchschnittlich erst 2,17 AU-Tage je Jahr mit Erkrankungen des Bewegungsapparates registriert werden, sind es im Alter zwischen 45 und 49 Jahren mit 4,60 Tagen bereits mehr als doppelt so viele. **Vor Erreichen des regulären Renteneintrittsalters liegen die Fehlzeiten dann nochmals um mehr als den Faktor Zwei höher.**

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeiten

Tabelle 20 liefert eine erste Differenzierung von Maßzahlen zu Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsalter nach Diagnosegruppen der ICD10.

Tabelle 20 Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Diagnosegruppen 2012

ICD10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.XIII	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
M00-M25	Arthropathien	3,21	81,4	23,0%	25,3	-27%
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes	0,03	0,8	0,2%	26,0	-31%
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	10,50	184,4	52,1%	17,6	-9%
M60-M79	Krankheiten d. Weichteilgewebe	3,72	70,2	19,8%	18,9	-13%
M80-M94	Osteopathien und Chondropathien	0,16	7,1	2,0%	45,3	-11%
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1,02	9,8	2,8%	9,5	-3%
XIII	Muskel-Skelett-Syst. ges.	18,6	354	100%	19,0	-15%

BARMER GEK 2012, männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 30 bis 49 Jahre, standardisiert;

* Abweichungen der Fehlzeiten bei Erwerbspersonen mittleren Alters von altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen 2012.

Die Fehlzeiten werden maßgeblich durch drei der sechs aufgeführten Gruppen bestimmt, in aufsteigender Reihenfolge nach ihrer Bedeutung namentlich von „Krankheiten der Weichteilgewebe“, „Arthropathien“ sowie von „**Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens**“, wobei auf die letztgenannte Gruppe etwa die Hälfte der Fehlzeiten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates entfallen.

Während Fehlzeiten mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens sowie der Weichteilgewebe im mittleren Erwerbsalter bereits annähernd den altersübergreifend ermittelten Werten entsprechen, führen Arthropathien im mittleren Erwerbsalter noch zu unterdurchschnittlichen Fehlzeiten.

Unter „**Arthropathien**“ (ICD10 M00-M25) versteht man allgemein infektiöse, entzündliche oder chronisch-degenerative Gelenkerkrankungen. Im mittleren Erwerbsalter bilden aus dieser Gruppe chronische Gelenkerkrankungen ohne Anzeichen für akute Infektionen oder Entzündungen den maßgeblichsten Grund für Arbeitsunfähigkeiten. Die meisten Fehltage aus der Diagnosegruppe entfallen auf die Diagnose „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ (**M23**), die eine chronische Funktionsstörung des Kniegelenkes meint, welche aus mehr oder minder offensichtlichen vorausgehenden Verletzungen der Bänder und Menisken des Knies resultieren kann. An zweiter Stelle stehen „Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert“ (**M25**), womit unterschiedliche Gelenkbeschwerden und Erkrankungssymptome zusammengefasst werden. Es folgen Arthrosen der Knie- und Hüftgelenke „Gonarthrose“ (**M17**) und „Koxarthrose“ (**M16**) sowie „Sonstige Arthrosen“ (**M19**). Arthrosen beginnen zunächst mit Veränderungen des Gelenkknorpels, im weiteren Verlauf zeigen sich Veränderungen der Knochenstruktur. Noch deutlich häufiger als im mittleren Erwerbsalter führen Arthrosen im fortgeschrittenen Erwerbsalter zu Arbeitsunfähigkeiten. Bei gravierenden Funktionseinschränkungen bilden die Gon- und Koxarthrose maßgebliche Indikationen zur Implantation künstlicher Hüft- und Kniegelenke.¹¹

Mit der Diagnosegruppe „**Krankheiten der Weichteilgewebe**“ (ICD10 M60-M79) werden allgemein Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Gelenkschleimhaut und Schleimbeuteln im Bereich der Gelenke ohne eine zeitnah vorausgehende akute Verletzung zusammengefasst. Aus dieser Gruppe spielen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Männern im mittleren Erwerbsalter „Schulterläsionen“ (ICD10 **M75**) und „Sonstige Enthesopathien“ (**M77**) die größte Rolle. Unter Enthesopathien werden dabei schmerzhafte Veränderungen an Ansatzpunkten von Sehnen oder Gelenkkapseln, insbesondere im Bereich des Ellenbogens, Knies und der Ferse zusammengefasst, die unter anderem durch eine chronische Überbeanspruchung hervorgerufen werden können.

Ergebnisse zu den Fehlzeiten mit den bereits erwähnten Diagnosen auf 3-stelliger ICD10-Ebene liefert Tabelle 21. Insgesamt umfasst die Tabelle 18 Diagnosen mit ei-

¹¹ Ausführliche Ergebnisse zur Häufigkeit und den Ergebnissen der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik in Deutschland finden sich im BARMER GEK Report Krankenhaus 2010, der unter dem folgenden Link im Internet als PDF-Datei verfügbar ist: http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Reports/Report_20Krankenhaus_202010,property=Data.pdf

nem Anteil von jeweils mehr als einem Prozent an den Fehltagen des hier betrachteten Diagnosekapitels, denen nahezu 90 Prozent aller AU-Fälle und -Tage des Kapitels zuzuordnen sind.

Tabelle 21 Relevante Diagnosen v. Arbeitsunfähigkeiten mit Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems

ICD 10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.XIII	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
M54	Rückenschmerzen	8,10	116,65	33,0%	14,4	-8%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	0,89	38,20	10,8%	42,7	1%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	0,93	29,94	8,5%	32,1	-7%
M75	Schulterläsionen	0,78	22,82	6,5%	29,1	-24%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,05	18,54	5,2%	17,7	7%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,82	14,57	4,1%	17,7	-15%
M53	Sonst. Krankh. d. Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klass.	0,70	10,06	2,8%	14,4	-15%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	0,24	9,48	2,7%	39,4	-51%
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	1,00	9,11	2,6%	9,1	-2%
M65	Synovitis und Tenosynovitis	0,41	7,34	2,1%	17,8	-9%
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klass.	0,46	5,91	1,7%	12,7	-9%
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	0,12	5,73	1,6%	49,3	2%
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	0,09	5,70	1,6%	60,2	-54%
M47	Spondylose	0,30	5,25	1,5%	17,4	-34%
M19	Sonstige Arthrose	0,16	5,19	1,5%	32,3	-34%
M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	0,30	4,58	1,3%	15,1	-7%
M13	Sonstige Arthritis	0,26	3,90	1,1%	14,8	-22%
	Anteil genannte Diag. an gesamt	89,3%	88,5%	88,5%		
XIII	Muskel-Skelett-Syst. gesamt	18,6	354	100%	19,0	-15%

BARMER GEK 2012, männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 30 bis 49 Jahre, standardisiert;

* Abweichungen der Fehlzeiten bei Erwerbspersonen mittleren Alters von altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen 2012.

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Da mehr als die Hälfte der Fehlzeiten mit Diagnosen des Kapitels XIII auf die Diagnosegruppe „**Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens**“ (ICD10 M40-M54) entfallen, konzentrieren auf die sich die nachfolgenden Abschnitte auf diese Erkrankungen.

Den beiden Diagnosen „Rückenschmerzen“ (M54) und „Sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) kommt innerhalb der Diagnosegruppe die größte Bedeutung. **Die Zuordnung zu „Sonstigen Bandscheibenschäden“ dient dabei in erster Linie der regionalen Abgrenzung und umfasst thorakale, thorakolumbale und lumbosakrale Bandscheibenschäden, also alle tiefergelegenen Regionen der Wirbelsäule**, von denen mit einer gesonderten Diagnose „Zervikale Bandscheibenschäden“ (M50) lediglich Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule abgegrenzt werden. Ein Diagnoseschlüssel M52 ist in der ICD10 nicht vorgesehen, unter dem Schlüssel **M53** werden „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ zusammengefasst.

Die seit vielen Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, wohl prominenteste Arbeitsunfähigkeitsdiagnose „Rückenschmerzen“ (M54) beschreibt primär Beschwerden bzw. Symptome im Bereich der gesamten Wirbelsäule, ohne dabei objektivierbare Befunde vorauszusetzen, was bei einer de facto Einstufung als „Krankheit“ bzw. legitimen Anlass einer Arbeitsunfähigkeit kritisiert werden könnte.

Andererseits korrelieren die im Rahmen einer bildgebenden Diagnostik (z.B. bei Computer- oder Kernspintomographien) häufig identifizierbaren Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule oft nur sehr gering mit funktionellen Einschränkungen und Beschwerden, weshalb therapeutische Entscheidungen maßgeblich von den – zwangsläufig subjektiven – Beschwerden abhängen. Die aktuell gültige Version der „Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“¹² gibt insofern folgende Empfehlung:

„Finden sich durch Anamnese und klinische Untersuchung keine Hinweise für gefährliche Verläufe und andere ernstzunehmende Pathologien, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden. Die Beschwerden sollen zunächst als nichtspezifischer Kreuzschmerz klassifiziert werden.“

¹² Umfassende Informationen zur S3-Leitlinie Kreuzschmerz finden sich im Internet unter <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de/>, eine Kurzfassung der Leitlinie ist auch unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007k_S3_Kreuzschmerz_Kurzfassung_2011-08_01.pdf erhältlich.

Die zuvor erläuterten und anteilig sehr relevanten Diagnosen M50 bis M54, die in erster Linie Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden umfassen, werden in der ICD10 auch in einer Diagnoseuntergruppe „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zusammengefasst. Allein auf diese vier Diagnoseschlüssel entfielen 2012 bei Männern im mittleren Erwerbsalter mit 171 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre 48 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage aus dem Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“.

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens in Berufsgruppen

Abbildung 38 weist auf tätigkeitsabhängige Unterschiede bei Rückenbeschwerden hin. Dargestellt sind die unter Diagnosen von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens erfassten Fehltage je 100 VJ in Berufsgruppen beziehungsweise Berufsfeldern bei Männern im mittleren Erwerbsalter. Ergänzend wird jeweils auch die Zahl der Fehltage angegeben, die dabei 2012 allein unter der Diagnose M54 „Rückenschmerzen“ erfasst wurde. Tabelle 22 auf Seite 98 beinhaltet zudem auch altersübergreifend bei Männern ermittelte Werte.

Fehlzeiten mit Rückenbeschwerden variieren berufsabhängig noch deutlich stärker als Fehlzeiten insgesamt (vgl. auch Abbildung 13 auf Seite 33 im Routineteil des Gesundheitsreports), **wobei Angehörige aus Berufen mit allgemein hohen Fehlzeiten in der Regel auch überdurchschnittlich häufig unter einer Diagnose von Rückenbeschwerden arbeitsunfähig gemeldet sind.** So wurden bei Männern im mittleren Erwerbsalter für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen, mit verwaltungs-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen sowie mit medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen durchschnittlich jeweils weniger als 0,8 Fehltage mit Rückenbeschwerden je Person und Jahr erfasst. Durchschnittlich mehr als 2,8 Fehltage je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter, bei Beschäftigten mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen sowie Verkehrs- und Lagerberufen und bei Arbeitslosen registriert. **Von Rückenbeschwerden betroffen sind demnach insbesondere Beschäftigte mit körperlich anstrengenden Tätigkeiten.**

Zumeist deutlich mehr als die Hälfte der Fehlzeiten mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens wird unter der Symptom-orientierten Diagnose „Rückenschmerzen“ erfasst, berufsübergreifend waren es bei Männern im mittleren Erwerbsalter 63 Prozent.

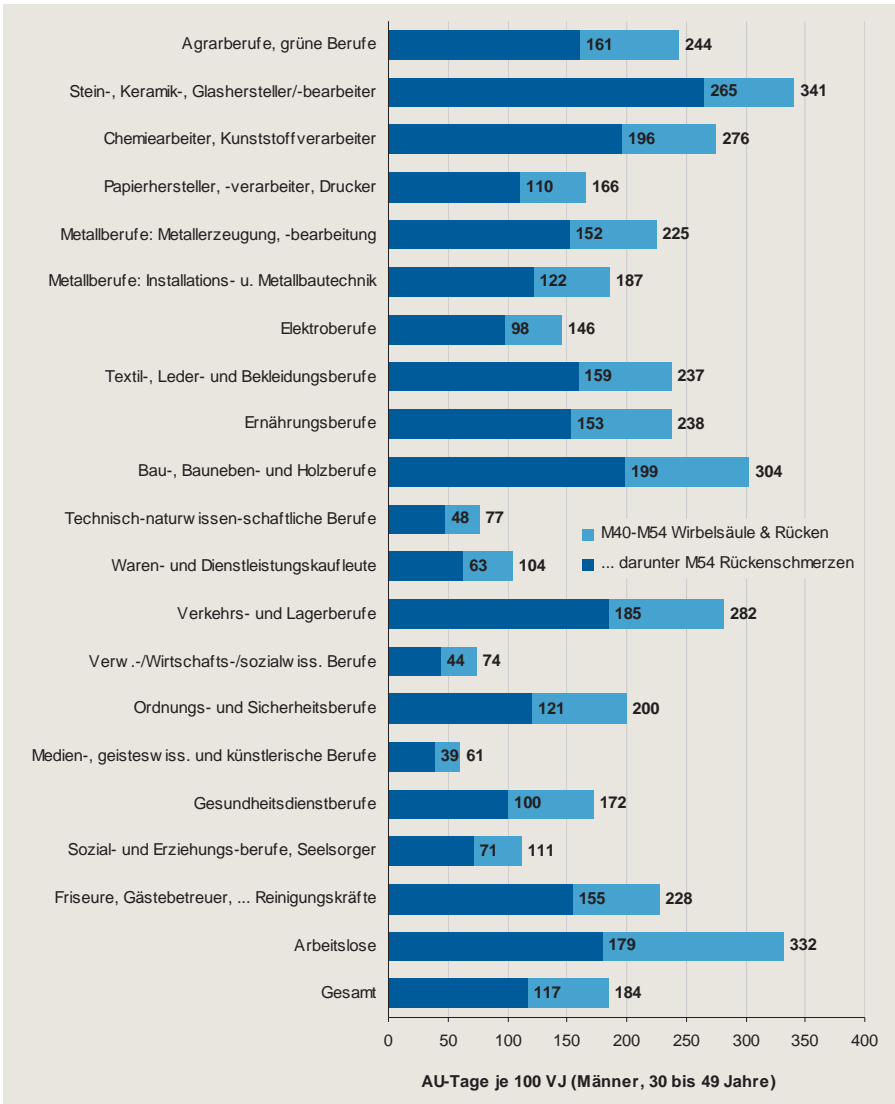


Abbildung 38 AU- Tage je 100 VJ mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bei männlichen Erwerbepersonen mittleren Alters nach Berufsfeldern 2012

Tabelle 22 AU-Tage je 100 VJ mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bei Männern nach Berufsfeldern 2012

AU-Tage je 100 VJ Berufsfeld	Männer 30-49 Jahre		Männer 15-64 Jahre	
	AU-Tage M40-M54	darunter AU- Tage M54	AU-Tage M40-M54	darunter AU- Tage M54
Agrarberufe, grüne Berufe	244	161	263	166
Stein-, Keramik-, Glashersteller/ -bearbeiter	341	265	328	235
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	276	196	300	205
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	166	110	215	140
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	225	152	231	155
Metallberufe: Installations- und Metallbautechnik	187	122	201	131
Elektroberufe	146	98	164	113
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	237	159	216	130
Ernährungsberufe	238	153	265	174
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	304	199	347	225
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	77	48	93	58
Waren- und Dienstleistungskaufleute	104	63	119	70
Verkehrs- und Lagerberufe	282	185	296	193
Verw./Wirtschafts-/sozialwiss. Berufe	74	44	88	52
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	200	121	205	129
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	61	39	76	48
Gesundheitsdienstberufe	172	100	205	118
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	111	71	114	70
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	228	155	242	159
Arbeitslose	332	179	356	194
Gesamt	184	117	203	127

BARMER GEK 2012, männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 30 bis 49 Jahre sowie 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens – Betroffene nach Daten aus relevanten Versorgungsbereichen

In den vorausgehenden Abschnitten wurden ausschließlich Daten zu Arbeitsunfähigkeiten betrachtet. Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, welcher Anteil der Männer – ggf. auch unabhängig von einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit – von Rückenproblemen betroffen ist. Bei den Auswertungen wurden, neben den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen, auch anderweitig im Rahmen der ambulanten Versorgung vergebene Diagnosen sowie Diagnoseangaben zu Krankenhausaufenthalten berücksichtigt. Da die, gemessen an der Häufigkeit, sehr maßgeblichen Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Versorgung erst mit größerer zeitlicher Verzögerung verfügbar sind, basieren die Auswertungen auf Daten des Jahres 2011.¹³

Im Jahr 2011 waren **8,45 Prozent** der Männer im Alter zwischen 30 und 49 Jahren von mindestens einer **Arbeitsunfähigkeit mit Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens** (ICD10 M40-M54) betroffen. **Insgesamt wurde eine entsprechende Diagnose bei 31,15 Prozent der Männer dokumentiert.** So wurden von allen Männern mit dokumentierten Rückenproblemen nur 27 Prozent innerhalb des Jahres unter einer entsprechenden Diagnose krankgeschrieben, **knapp drei Viertel waren nicht aus entsprechenden Gründen arbeitsunfähig gemeldet.** Bereits die ärztlich dokumentierten Rückenprobleme sind demnach bei den betrachteten Männern erheblich häufiger als entsprechende Krankschreibungen. Zusätzlich dürften Männer auch ohne eine entsprechende ärztliche Dokumentation von Diagnosen betroffen sein, deren Zahl auf Basis der vorliegenden Daten jedoch nicht abschätzbar ist.

0,53 Prozent der Männer im Alter zwischen 30 und 49 Jahren wurden 2011 **mit der Hauptdiagnose von Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens vollstationär im Krankenhaus behandelt**, bezogen auf alle Männer mit dokumentierten Rückenproblemen lag der Anteil in den genannten Altersgruppen bei 1,71 Prozent (vgl. auch letzte Zeile in Tabelle 23).

Die einzelnen zu den Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens zählenden Diagnosen wurden sehr unterschiedlich häufig dokumentiert. Entsprechende Ergebnisse sind Tabelle 23 zu entnehmen.¹⁴

¹³ Betrachtet wurden Versicherte mit nachweislichem Erwerbspersonenstatus am 1. Januar des Jahres und dokumentierter Versicherung in allen vier Quartalen des Jahres 2011. Berücksichtigt wurden Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Versorgung (nur bei Kennzeichnung als gesicherte Diagnosen), alle Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen sowie Hauptentlassungsdiagnosen von vollstationären Krankenhausaufenthalten.

¹⁴ Die Betroffenenrate in einzelnen Spalten ergeben in der Summe höhere Werte als die in der letzten Zeile genannten Gesamtraten, da einzelne Versicherte innerhalb eines Jahres auch von mehr als einer der Diagnosen betroffen sein können.

- Mit Abstand am häufigsten, nämlich bei **24,1 Prozent** der Männer im mittleren Erwerbsalter, wurde 2011 die Diagnose „**Rückenschmerzen**“ dokumentiert.
- An zweiter Stelle folgen „**Sonstige Bandscheibenschäden**“, mit der Bandscheibenschäden unterhalb des Bereichs der Halswirbelsäule erfasst werden. Von einer entsprechenden Diagnose waren **6,2 Prozent** der Männer betroffen. Die Diagnose bildet zugleich den wichtigsten Anlass für Krankenhausbehandlungen von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens. Mit einer entsprechenden Diagnose wurden 2011 **0,26 Prozent der Männer im Krankenhaus** behandelt.

Tabelle 23 Männer im mittleren Erwerbsalter mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

ICD 10	Anteil der Männer mit dokumentierter Diagnose aus dem genannten Bereich ... Diagnosebezeichnung	Diagnosen insgesamt	Diag. Arbeitsunfähigkeiten	Diag. Krankenhausbeh.	Diag. u. AU mit M40-M54*	Diag. u. KH-Beh. mit M40-M54*
M40	Kyphose und Lordose	1,04%	0,014%	0,002%	21,4%	1,8%
M41	Skoliose	2,61%	0,037%	0,001%	20,5%	1,4%
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	2,31%	0,076%	0,032%	32,6%	5,2%
M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	1,55%	0,122%	0,009%	29,1%	3,2%
M45	Spondylitis ankylosans	0,39%	0,039%	0,005%	23,8%	2,8%
M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	0,20%	0,020%	0,004%	34,5%	6,6%
M47	Spondylose	4,43%	0,298%	0,023%	32,2%	3,9%
M48	Sonstige Spondylopathien	0,64%	0,051%	0,028%	44,4%	12,9%
M49	Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,01%	0,001%	0,000%	28,5%	4,8%
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	1,12%	0,118%	0,043%	37,2%	7,6%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6,18%	0,848%	0,259%	38,2%	6,9%
M53	Sonst. Krankh. d. Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klass.	6,07%	0,672%	0,017%	27,8%	2,3%
M54	Rückenschmerzen	24,14%	6,738%	0,145%	32,1%	2,0%
	M40-M54 gesamt	31,15%	8,45%	0,53%	27,13%	1,71%

BARMER GEK 2011, männliche Versicherte, Altersgruppen 30 bis 49 Jahre, mit nachweislichem Erwerbspersonenstatus am 1. Januar des Jahres und Versicherung in allen vier Quartalen 2011. Berücksichtigt wurden Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Versorgung (nur Diag. mit Kennzeichnung als gesicherte Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitsdiag. sowie Hauptentlassungsdiagnosen von Krankenhausaufenthalten; standardisiert;

* Anteil der Personen mit der zeilenweise genannten Diagnose, der 2011 unter einer beliebigen Diagnose von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rücken arbeitsunfähig gemeldet war bzw. im Krankenhaus behandelt wurde.

Neben den „Sonstigen Bandscheibenschäden“ (in Abschnitten der Wirbelsäule unterhalb des Halsbereiches) und der Diagnose Rückenschmerzen spielen auch zervikale Bandscheibenschäden als Behandlungsanlässe in Krankenhäusern noch eine verhältnismäßig große Rolle.

Wurden bei Männern bestimmte Diagnosen von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens ambulant oder anderweitig dokumentiert, waren die Männer diagnoseabhängig in mäßig unterschiedlichem Umfang von Arbeitsunfähigkeiten mit Rückenproblemen im Sinne der ICD10-Schlüssel M40-M54 betroffen. Während Männer mit der Diagnose „Skoliose“ (Verkrümmung der Wirbelsäule) nur zu etwa 20 Prozent im selben Jahr auch mit Rückenbeschwerden krankgeschrieben waren, lag die Krankenschreibungsrate bei Männern mit der (eher seltenen) Diagnose „Sonstiger Spondylopathien“ bei 44 Prozent (vgl. vorletzte Spalte der Tabelle 23; „Sonstige Spondylopathien“ umfassen u.a. Spinalkanalverengungen sowie Ermüdungsbrüche und Stauungen von Wirbelkörpern). Noch deutlichere Variationen, allerdings bei insgesamt merklich geringeren Raten, lassen sich hinsichtlich der Krankenhausbehandlungen feststellen. Während Männer mit einer in den Daten dokumentierten „Skoliose“ lediglich zu 1,4 Prozent im selben Jahr auch wegen Rückenproblemen im Krankenhaus behandelt wurden, lag die Krankenhausbehandlungsrate bei Diagnose „Sonstiger Spondylopathien“ bei 12,9 Prozent. **Männer mit dokumentierten Bandscheibenschäden wurden zu etwa 7 Prozent mit Rückenproblemen im Krankenhaus behandelt, in der großen Gruppe der Männer mit diagnostizierten „Rückenschmerzen“ lag die stationäre Behandlungsrate lediglich bei 2,0 Prozent** (vgl. letzte Spalte in Tabelle 23).

Regionale Variationen

Tabelle 24 zeigt Betroffenenraten 2011 bei Männern im mittleren Erwerbsalter in einzelnen Bundesländern. Dargestellt sind die Anteile der Männer mit einer beliebigen Diagnose im Sinne der Diagnosegruppe „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“, die Anteile mit einer entsprechenden Diagnose als Anlass einer Arbeitsunfähigkeit sowie die Anteile mit einer entsprechenden Diagnose als Anlass einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Die letzten drei Spalten der Tabelle zeigen Ergebnisse, die nach einer Beschränkung der Auswertungen auf die Diagnose „Rückenschmerzen“ resultieren.

Leicht unterdurchschnittliche Gesamtdiagnoseraten von Rückenbeschwerden finden sich insbesondere in den Stadtstaaten sowie in Sachsen, anteilig die meisten Männer

sind im Saarland betroffen. Diese Aussage lässt sich weitgehend auch für die auf Rückenschmerzen beschränkten Auswertungsergebnisse übertragen.

Leicht überdurchschnittlich häufig von Arbeitsunfähigkeiten sowie von Krankenhausaufenthalten mit der Diagnose von Rückenbeschwerden sind insbesondere Männer aus den neuen Bundesländern – unter Ausnahme von Sachsen – betroffen, wobei auch das Berufsspektrum der Beschäftigten eine Rolle spielen könnte. **Auffällig gering sind die Krankenhausbehandlungsraten in Berlin. Hierzu könnten auch die relativ guten ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im großstädtischen Umfeld beitragen.**

Tabelle 24 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens in Bundesländern

Anteil betroffener Männer	Diagnosen M40-M54			M54 „Rückenschmerzen“		
	Gesamt	AU	KrHs.	Gesamt	AU	KrHs.
Baden-Württemberg	30,8%	7,7%	0,43%	23,5%	6,1%	0,11%
Bayern	32,4%	7,7%	0,55%	25,1%	6,0%	0,17%
Berlin	27,8%	7,3%	0,29%	22,0%	5,8%	0,06%
Brandenburg	30,0%	10,0%	0,63%	22,8%	8,0%	0,17%
Bremen	29,0%	8,2%	0,42%	23,3%	6,4%	0,06%
Hamburg	27,4%	6,8%	0,34%	21,5%	5,5%	0,07%
Hessen	32,1%	8,5%	0,49%	25,0%	6,8%	0,13%
Meckl.-Vorpommern	30,4%	9,9%	0,63%	24,4%	8,3%	0,14%
Niedersachsen	32,8%	9,0%	0,55%	25,1%	7,2%	0,16%
Nordrhein-Westfalen	31,5%	8,5%	0,59%	24,5%	6,7%	0,16%
Rheinland-Pfalz	33,3%	8,8%	0,59%	25,0%	6,9%	0,18%
Saarland	36,5%	8,3%	0,53%	28,5%	6,5%	0,11%
Sachsen	27,4%	8,3%	0,46%	21,6%	6,8%	0,17%
Sachsen-Anhalt	29,6%	10,2%	0,71%	24,0%	8,4%	0,21%
Schleswig-Holstein	29,8%	8,7%	0,51%	23,2%	6,9%	0,13%
Thüringen	30,7%	9,9%	0,66%	24,0%	8,1%	0,15%
BUNDESWEIT	31,1%	8,45%	0,53%	24,1%	6,7%	0,14%

BARMER GEK 2011, männliche Versicherte, Altersgruppen 30 bis 49 Jahre; standardisiert (vgl. auch Erläuterungen in Fußzeile zu Tabelle 23).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter

Sind die Fehlzeiten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu Beginn des fortgeschrittenen Erwerbsalters ab 50 Jahre noch gering, so steigen sie mit zunehmenden Alter steil an und spielen – nicht zuletzt im Zuge der Verlängerung der Lebensarbeitszeit – eine maßgebliche Rolle. Bereits im Erwerbsalter dominieren Herz-Kreislauf-Medikamente die Arzneiverordnungen bei Männern, was im negativen Sinn als ein Hinweis auf die weite Verbreitung kardiovaskulärer Risikofaktoren interpretiert werden kann und – positiv gesehen – den Anlass zu mehr präventiven Bemühungen liefern sollte.

Exkurs: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als Todesursachen im fortgeschrittenen Erwerbsalter

Geschlechts- und altersübergreifend sind Herz-Kreislaufferkrankungen in Deutschland – und dabei vorrangig in höherem Alter jenseits des Renteneintritts – für rund 40 Prozent der Todesfälle verantwortlich. Bereits im fortgeschrittenen Erwerbsalter verstarben 2011 an den Folgen von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Angaben aus der Todesursachenstatistik¹⁵ jedoch 16.494 von insgesamt 8,268 Mio. Männern im Alter zwischen 50 und 65 Jahren in Deutschland, was etwa 20 Todesfällen je 10.000 entspricht.¹⁶ Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems waren damit für etwa ein Viertel der insgesamt 65.176 Todesfälle bei Männern aus den genannten Altersgruppen verantwortlich. Der überwiegende Teil dieser Todesfälle dürfte als vermeidbar gelten, mehr als die Hälfte wurde unter der Diagnose einer ischämischen Herzerkrankung, also einer Durchblutungsstörung des Herzmuskels erfasst. Diese kann in ihrem Verlauf sowohl medikamentös als auch durch Änderungen des Lebensstiles, z.B. durch eine zielgerichtete Ernährungsumstellung oder die Aufgabe des Rauchens, im positiven Sinn merklich beeinflusst werden.

Von den 8,336 Mio. Frauen aus entsprechenden Altersgruppen verstarben 2011 lediglich 5.797 mit Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (7 je 10.000).

¹⁵ Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Fachserie 12 Reihe 4 Wiesbaden (erschienen am 6.12.2012; Link: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>).

¹⁶ Im Alter von 65 bis 75 Jahren wurden 2011 bei den 4,368 Mio. Männern 29.653 Todesfälle mit Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems registriert, was bereits einer Rate von 68 je 10.000 entspricht.

Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind, wie bereits einleitend angedeutet, auch bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter noch verhältnismäßig selten. Bei männlichen Erwerbspersonen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren wurden 2012 nach altersstandardisierten Auswertungen

- insgesamt 115 AU-Fälle je 100 VJ erfasst, darunter lediglich **6,5 Fälle je 100 VJ** mit der Diagnose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (5,7 Prozent aller AU-Fälle). Dabei wurden
- insgesamt 2.394 AU-Tage je 100 VJ registriert, darunter **225,4 Tage je 100 VJ** mit der Diagnose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (9,4 Prozent aller AU-Tage).

Die relativ hohe Zahl von 225 Fehltagen je 100 VJ beziehungsweise durchschnittlich gut zwei Fehltagen pro Jahr bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter resultiert vorrangig aus einer verhältnismäßig langen fallbezogenen Dauer der AU-Fälle mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen von durchschnittlich 34,7 Tagen, was bereits an dieser Stelle auf seltene, jedoch dann eher schwerwiegende Erkrankungsfälle hindeutet.

Abbildung 39 zeigt Ergebnisse zur geschlechts- und altersabhängigen Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinsichtlich des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens 2012. Sehr offensichtlich sind die geringen Fehlzeiten mit entsprechenden Diagnosen in den jüngeren Altersgruppen. Leicht erhöhte Fallzahlen mit einer kurzen fallbezogenen Dauer bei jungen Frauen resultieren überwiegend aus weniger gravierenden Kreislaufproblemen (als Diagnosen werden vorrangig „Hypotonie“ oder „Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems“ kodiert).

Insbesondere in den höheren Altersgruppen zeigen sich bei Männern steil ansteigende Fehlzeiten. Während unter den 50- bis unter 55-jährigen Männern durchschnittlich erst 1,52 AU-Tage pro Jahr erfasst werden, sind es bei zehn Jahre älteren Männern durchschnittlich bereits 3,55 Tage und damit in dieser Altersgruppe gut doppelt so viele wie bei den Frauen. Dass bei einer Weiterbeschäftigung jenseits des 65. Lebensjahres – unter ansonsten unveränderten Bedingungen – mit noch deutlich höheren Fehlzeiten unter der Diagnose von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu rechnen wäre, erscheint bei einer Betrachtung des Kurvenverlaufs offensichtlich. Obwohl bereits aktuell einige Beschäftigte in diesem Alter in den vorliegenden Daten erfasst sind, erscheinen Auswertungen zu dieser Altersgruppe nicht sinnvoll, da es sich bei den Beschäftigten jenseits des 65. Lebensjahres aktuell noch um eine recht spezifische Gruppe handelt, die nicht als repräsentativ für Arbeitnehmer gelten kann, die zukünftig aufgrund der allgemeinen

Verlängerung der Lebensarbeitszeit über das 65. Lebensjahr hinaus beschäftigt sein werden.

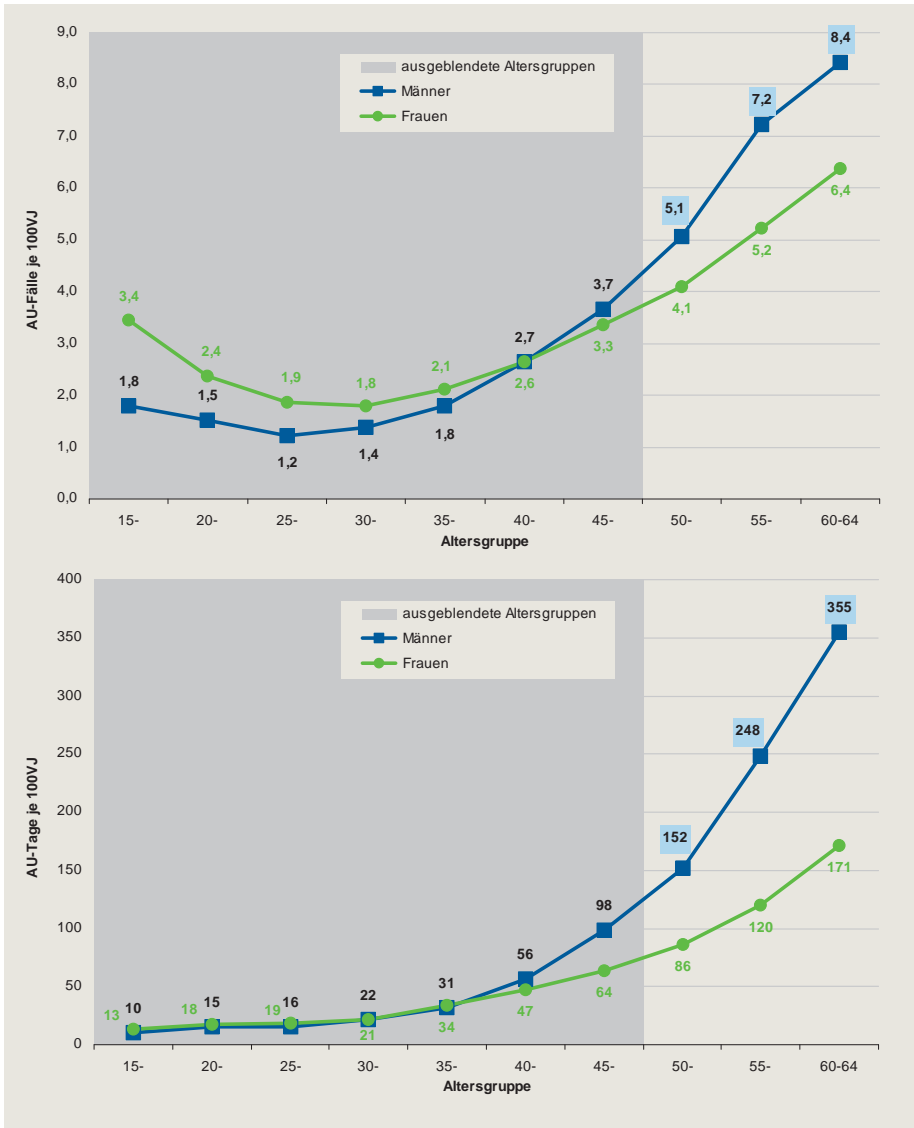


Abbildung 39 Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2012

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeiten

Tabelle 25 liefert eine erste Übersicht zu Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter mit einer Differenzierung nach Diagnosegruppen. Dabei spielen einige der Diagnosegruppen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten nur eine marginale Rolle („Akutes rheumatisches Fieber“, „Chronische rheumatische Herzkrankheiten“, „Pulmonare Herzkrankheiten“ sowie „Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems“, unter die auch die Hypotonie – niedriger Blutdruck – sowie nicht näher bezeichnete Kreislaufkrankheiten fallen).

Nahezu alle Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems führen im fortgeschrittenen Erwerbsalter bei Männern zu mindestens doppelt so hohen Fehlzeiten wie nach altersübergreifenden Auswertungen – die Abweichungen zu den altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten betragen entsprechend mehr als 100 Prozent (vgl. letzte Spalte der Tabelle 25). Nahezu alle Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind demnach vorrangig in höheren Altersgruppen relevant.

Tabelle 25 Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten nach Diagnosegruppen 2012

ICD10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.IX	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
I00-I02	Akutes rheumatisches Fieber	0,00	0,0	0,0%	(9,2)	8%
I05-I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten	0,01	0,5	0,2%	54,3	139%
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	1,84	33,5	14,9%	18,2	124%
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	1,58	74,1	32,9%	46,9	162%
I26-I28	Pulmonale Herzkrankheit u. Krankheiten d. Lungenkreislaufes	0,04	2,4	1,1%	60,2	106%
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	1,07	39,5	17,5%	36,9	132%
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	0,29	35,7	15,8%	122,3	152%
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriole und Kapillaren	0,38	17,9	8,0%	47,4	176%
I80-I89	Krankheiten d. Venen, d. Lymphgefäße und der Lymphknoten	0,94	18,4	8,2%	19,5	80%
I95-I99	Sonstige und nicht näher bez. Krankh. des Kreislaufsystems	0,33	3,2	1,4%	9,7	41%
IX	Herz-Kreislauf gesamt	6,5	225	100%	34,7	138%

BARMER GEK 2012, Ältere männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 50 bis 64 Jahre, standardisiert;

* Abweichungen der Fehlzeiten bei älteren männlichen Erwerbspersonen von altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen 2012.

Tabelle 26 Relevante Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten 2012

ICD 10	Diagnosebezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	Anteil d. AU-Tage Kap.IX	AU-Tage je Fall	Abw. AU-Tage*
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	0,80	30,93	14,8%	38,5	178%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,75	27,82	13,3%	15,9	101%
I21	Akuter Myokardinfarkt	0,24	21,71	10,4%	89,6	116%
I63	Hirnfarkt	0,14	18,47	8,8%	134,5	139%
I20	Angina pectoris	0,50	15,89	7,6%	31,5	143%
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	0,45	10,93	5,2%	24,1	165%
I50	Herzinsuffizienz	0,10	7,12	3,4%	74,2	166%
I70	Atherosklerose	0,18	6,90	3,3%	38,1	212%
I83	Varizen der unteren Extremitäten	0,40	6,46	3,1%	16,3	48%
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	0,05	6,09	2,9%	126,8	175%
I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	0,11	4,95	2,4%	46,6	173%
I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	0,20	4,46	2,1%	22,0	85%
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	0,21	3,83	1,8%	18,6	101%
I42	Kardiomyopathie	0,06	3,79	1,8%	60,0	103%
I61	Intrazerebrale Blutung	0,02	3,14	1,5%	161,0	101%
I71	Aortenaneurysma und -dissektion	0,04	3,11	1,5%	81,4	131%
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,03	2,84	1,4%	88,7	93%
I26	Lungenembolie	0,04	2,23	1,1%	60,1	106%
I11	Hypertensive Herzkrankheit	0,07	2,07	1,0%	28,3	160%
I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	0,02	2,03	1,0%	100,9	149%
I47	Paroxysmale Tachykardie	0,08	1,93	0,9%	25,3	88%
	Anteil genannte Diag. an gesamt	84,5%	82,8%	82,8%		
IX	Herz-Kreislauf gesamt	6,5	225	100%	34,7	138%

BARMER GEK 2012, Ältere männliche Erwerbspersonen, Altersgruppen 50 bis 64 Jahre, standardisiert;

* Abweichungen der Fehlzeiten bei älteren männlichen Erwerbspersonen von altersübergreifend ermittelten Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen 2012.

Ein überwiegender Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems weist eine ausgesprochen lange fallbezogenen Erkrankungsdauer auf, was auch bei einer differenzierteren Betrachtung von relevanten Einzeldiagnosen deutlich wird, die in Tabelle 26 gelistet und für mehr als vier Fünftel der Fehlzeiten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen

Erwerbsalter verantwortlich sind. Maßgebliche und plausible Ausnahmen bilden Arbeitsunfähigkeiten mit der Diagnose von Bluthochdruck oder von Krampfadern („Essentielle **Hypertonie**“, ICD10 **I10** als relevanteste Form des Bluthochdrucks ohne eine bekannte auslösende organische Ursache sowie die Diagnose „Varizen“, **I83**).

Eine extrem lange fallbezogene Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigt sich insbesondere bei Schlaganfällen in weiterem Sinne aus der Diagnosegruppe der **zerebrovaskulären Krankheiten** (**I63** „Hirnfarkt“, **I64** „Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet“ sowie **I61** „Intrazerebrale Blutung“). Schlaganfälle sind nach den Ergebnissen auch im fortgeschrittenen Erwerbsalter eher selten, führen ggf. aber zu sehr langen Arbeitsunfähigkeiten.

Der Diagnosegruppe „**Sonstige Formen der Herzkrankheit**“ lassen sich unter Erwerbspersonen als Anlässe für Arbeitsunfähigkeiten vorrangig verschiedene Herzrhythmusstörungen (**I48, I49, I47**), Herzinsuffizienzen (**I50**), Kardiomyopathien (**I42**) sowie Erkrankungen der Herzklappen (**I35, I34**) zuordnen. Diese Erkrankungen können sehr unterschiedliche Ursachen haben, zum Teil können sie auch Folgen einer ischämischen Herzerkrankung sein (s.u.).

Anteilig eine noch größere Bedeutung für Fehlzeiten im fortgeschrittenen Erwerbsalter besitzen **ischämische Herzkrankheiten**, also Durchblutungsstörungen des Herzmuskels, die zu akuten Symptomen und Ereignissen im Sinne von Vorboten oder eingetretenen Herzinfarkten („Angina pectoris“ **I20**, „Akuter Myokardinfarkt“ **I21**) sowie zu Erkrankungszeichen im Sinne einer „Chronisch ischämischen Herzkrankheit“ (**I25**) ohne akutes Ereignis führen können.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren im Erwerbsalter

Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind, wie mehrfach angedeutet, selbst bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter mit lediglich 6,5 AU-Fällen je 100 VJ noch relativ seltene Ereignisse – gemäß dieser Fallzahlen zum Jahr 2012 dürften weniger als 6,5 Prozent der Männer innerhalb des Jahres betroffen gewesen sein (da einige Betroffene auch mehrfach arbeitsunfähig gemeldet waren). Im Einklang dazu zeigen gesondert durchgeführte Auswertungen zum Vorjahr 2011, dass im fortgeschrittenen Erwerbsalter 5,7 Prozent der Männer (mit Erwerbstätigkeit zu Beginn des Jahres und Versicherung in allen vier Quartalen innerhalb des Jahres) mindestens einmalig wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung arbeitsunfähig waren. Nach altersübergreifenden Auswertungen waren 3,1 Prozent der Männer mit Erwerbspersonenstatus betroffen.

Erheblich häufiger als Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden im Erwerbsalter allerdings bereits Hinweise auf das Vorliegen kardiovaskulärer Risikofaktoren in den Daten einer Krankenkasse dokumentiert, die maßgeblich für ein späteres Auftreten insbesondere von ischämischen Herzerkrankungen sowie von zerebrovaskulären Erkrankungen verantwortlich gemacht werden können. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren lassen sich vorrangig folgende Diagnosen interpretieren, die ggf. überwiegend im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung, und dann typischerweise zumeist ohne eine Krankschreibung, dokumentiert werden:

- Diabetes mellitus (ICD10 Diagnosen E10-E14)
- Fettstoffwechselstörungen (ICD10 Diagnose E78)
- Bluthochdruck (ICD10 Diagnosen I10-I15)

Darüber hinaus existieren in der ICD10 unter anderem auch Diagnoseschlüssel zum Nikotinabusus sowie zur Adipositas, deren Dokumentationsvollständigkeit jedoch sehr fraglich ist. Hinweise auf die drei zuvor angeführten Erkrankungen können sich, unabhängig von einer Diagnosedokumentation, zudem auch aus spezifischen Arzneiverordnungen ergeben, die – vergleichbar dem ICD bei Diagnosen – über einen so genannten ATC-Schlüssel bestimmten Arzneimittelgruppen zuzuordnen sind:

- Antidiabetika (ATC A10)
- Lipid senkende Mittel (ATC C10)
- Blutdruck senkende Mittel (ATC C02, C03, C07, C08, C09)

Für die nachfolgend dargestellten Abschätzungen zur Häufigkeit kardiovaskulärer Risikofaktoren bei männlichen Erwerbspersonen wurden pseudonymisierte Versichertendaten zum Jahr 2011 betrachtet, für welches bereits vollständige Diagnoseangaben aus der ambulanten-ärztlichen Versorgung berücksichtigt werden konnten. Neben den ambulanten Diagnosen (nur Diagnosen mit Kennzeichnung als gesicherte Diagnosen, inklusive aller Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen) wurden Hauptentlassungsdiagnosen von vollstationären Krankenhausaufenthalten sowie Arzneimittelverordnungen im Jahr 2011 berücksichtigt. Betrachtet wurden Versicherte mit nachweislichem Erwerbspersonenstatus am 1. Januar des Jahres und dokumentierter Versicherung in allen vier Quartalen des Jahres 2011. Betroffenenraten wurden sowohl separat für die Diagnosen sowie die genannten spezifischen Arzneiverordnungen berechnet (z.B.: Wer erhielt 2011 mindestens eine Antidiabetika-Verordnung) als auch nach einer Kombination der Informationen (z.B.: Wer erhielt 2011 mindestens eine Antidia-

betika-Verordnung *oder* die Diagnose Diabetes mellitus im Rahmen der ambulanten und/oder stationären Versorgung). Abschließend wurde ermittelt, welche Erwerbspersonen 2011 nach verfügbaren Informationen von keiner, einer, zwei oder drei der betrachteten Erkrankungen beziehungsweise Risikofaktoren betroffen waren.

Diagnosen und Arzneiverordnungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren

Von Diagnosen und Verordnungen im Sinne von Indikatoren für das Vorliegen kardiovaskulärer Risikofaktoren war im fortgeschrittenen Erwerbsalter zwischen 50 und 64 Jahren bereits ein erheblicher Teil der Männer mit Erwerbspersonenstatus betroffen:

- Ein **Diabetes mellitus wurde als Diagnose bei 12,3 Prozent** der Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter innerhalb des Jahres 2011 dokumentiert, altersübergreifend waren 5,1 Prozent betroffen,
- die **Diagnose einer Fettstoffwechselstörungen** wurde bei **30,4 Prozent** erfasst (altersübergreifend 14,8 Prozent),
- die **Diagnose Bluthochdruck** fand sich 2011 bei **42,2 Prozent** der Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter, altersübergreifend waren 20,4 Prozent der Männer betroffen.

Wegen eines Diabetes mellitus krankgeschrieben waren selbst im fortgeschrittenen Erwerbsalter demgegenüber lediglich 0,55 Prozent der Männer, wegen einer Fettstoffwechselstörung oder eines Bluthochdrucks 0,05 bzw. 1,62 Prozent.

In nahezu vergleichbarem Umfang wie von Diagnosen waren Männer von spezifischen Arzneiverordnungen betroffen, wobei sich die Verordnungsraten selbst jedoch auf etwas niedrigerem Niveau bewegen:

- Mindestens ein **Antidiabetikum** erhielten **8,1 Prozent** der Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter (altersübergreifend 3,4 Prozent). Durchschnittlich wurden dabei 2011 – bezogen auf alle Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter – pro Mann 38 Tagesdosen verordnet.
- **Lipid senkende Mittel** erhielten **13,8 Prozent** der Männer mit einem Verordnungsvolumen – bezogen auf alle Männer im fortgeschrittenen Erwerbsalter – von 37 Tagesdosen (altersübergreifend waren 5,3 Prozent betroffen).
- **Blutdruck senkende Mittel** erhielten **39,4 Prozent** der Männer mit einem Verordnungsvolumen von 261 Tagesdosen (altersübergreifend waren 17,9 Prozent betroffen und wurden durchschnittlich 109 Tagesdosen verordnet).

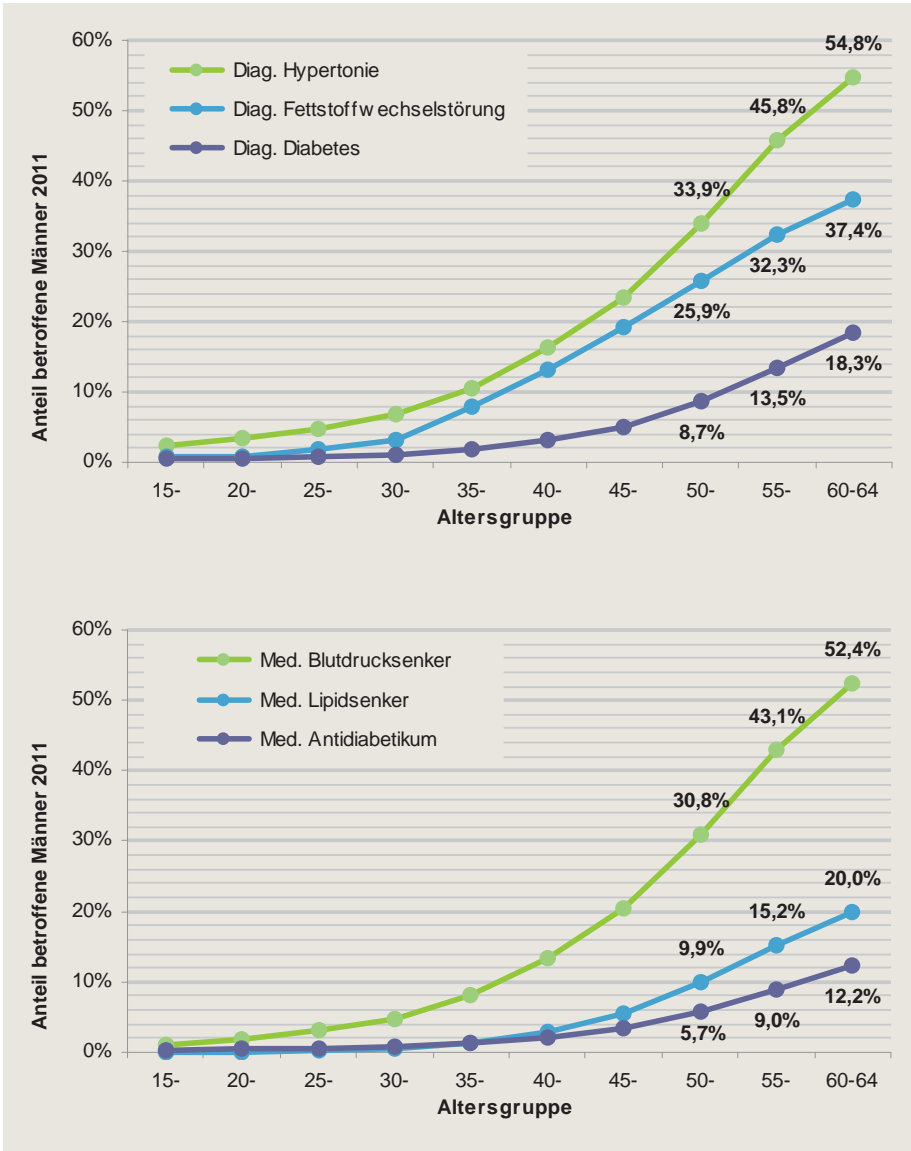


Abbildung 40 Anteil Männer mit Diagnosen und Arzneverordnungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren 2011

Abbildung 40 zeigt die Altersabhängigkeit der beschriebenen Diagnose- und Verordnungsraten bei männlichen Erwerbspersonen. **Im Alter zwischen 60 und 64 Jahren, also noch vor Erreichen des bisherigen regulären Renteneintrittsalters, wurde bei mehr als der Hälfte der männlichen Erwerbspersonen ein Bluthochdruck dokumentiert, mehr als die Hälfte erhielt innerhalb des Jahres mindestens ein Arzneimittel mit blutdrucksenkender Wirkung.** Anderweitig im Report nicht dokumentierte Ergebnisse zeigen, dass durchschnittlich pro Mann in dieser Altersgruppe 371 Tagesdosen an Blutdruck senkenden Arzneimitteln innerhalb des Jahres verordnet wurden. Rechnerisch hätte die Verordnungsmenge also ausgereicht, jeden Mann aus der Altersgruppe ganzjährig mit genau einem Medikament zur Blutdrucksenkung in typischer Dosierung zu behandeln. Zudem erhielten Männer aus der höchsten Altersgruppen durchschnittlich 57 Tagesdosen Antidiabetika sowie 54 Tagesdosen Lipid senkende Medikamente.

Risikofaktoren aus kombinierten Informationen

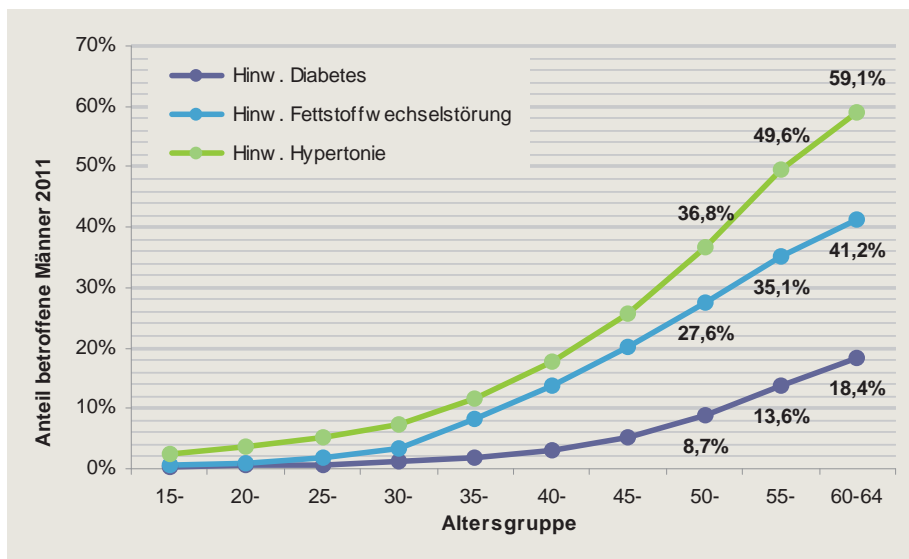


Abbildung 41 Anteil Männer mit Hinweis auf Erkrankungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren 2011

Für die Darstellung in Abbildung 41 wurden alle Informationen zu den dokumentierten Diagnosen sowie zu Arzneiverordnungen, die ggf. auch unabhängig voneinander vorliegen können, als Hinweise auf das Vorliegen einer Erkrankung im Sinne eines kardiovaskulären Risikofaktors interpretiert und zusammengefasst. Hieraus resultie-

ren noch etwas höhere Betroffenenraten als nach alleiniger Auswertung zu dokumentierten Diagnoseangaben. Nach entsprechenden Auswertungen fanden sich 2011 bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter innerhalb des Jahres

- bei **12,3 Prozent Hinweise auf einen Diabetes mellitus**, altersübergreifend waren 5,2 Prozent betroffen,
- bei **32,9 Prozent Hinweise auf eine Fettstoffwechselstörung** (altersübergreifend 15,8 Prozent) und
- bei **45,7 Prozent Hinweise auf einen Bluthochdruck**, altersübergreifend waren davon 22,2 Prozent der Männer betroffen.

Die altersabhängig unterschiedlichen Anteile der Männer, die von keinem, einem, zwei oder drei dieser Erkrankungen im Sinne von Risikofaktoren 2011 betroffen waren, sind in Abbildung 42 dargestellt.

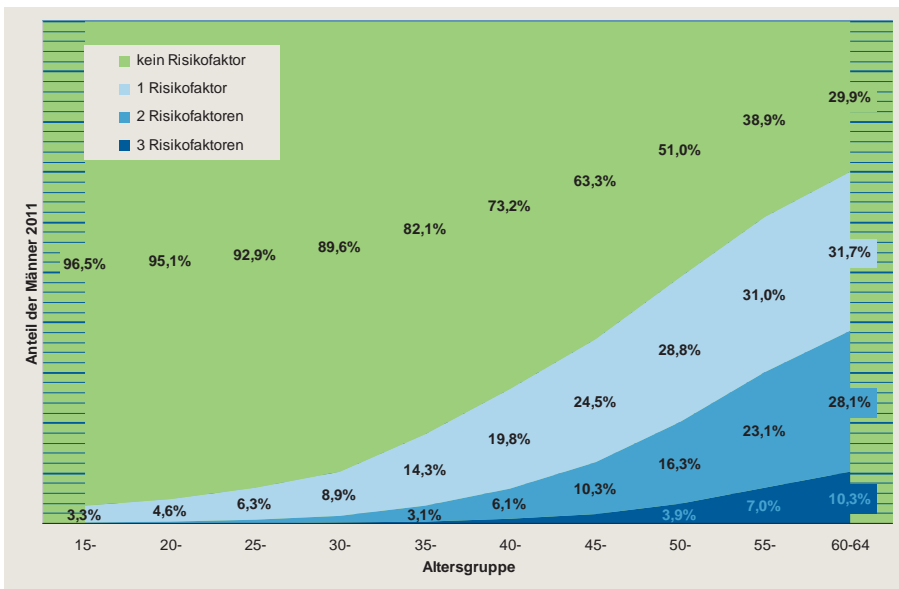


Abbildung 42 Anteil Männer mit Hinweis auf Erkrankungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren nach Anzahl der Risikofaktoren 2011

Innerhalb des fortgeschrittenen Erwerbsalters steigt insbesondere der Anteil der Männer, der von zwei oder drei der betrachteten Erkrankungen beziehungsweise Risikofaktoren betroffen ist. **Im Alter von 60 bis 64 Jahren sind rund 70 Prozent der**

Männer von mindestens einem Risikofaktor betroffen, darunter 38 Prozent von zwei oder drei der berücksichtigten Faktoren.

Prognostische Bedeutung der Risikofaktoren

Während der Diabetes mellitus ab einem bestimmten Erkrankungsgrad regelmäßig zu spürbaren Beeinträchtigungen führt, sind Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck in der Regel primär kaum mit subjektiven Beeinträchtigungen verbunden. Typischerweise werden sie vom Arzt im Rahmen von Routineuntersuchungen lediglich in Form erhöhter Messwerte und oftmals eher zufällig festgestellt. Therapien von Fettstoffwechselstörungen oder Bluthochdruck dienen entsprechend nicht der kurzfristigen Verbesserung der Lebensqualität, sondern sollen primär vor den langfristigen Auswirkungen dieser Erkrankungszustände beziehungsweise Risikofaktoren schützen. Insbesondere medikamentöse Therapien können bei einigen Patienten kurzfristig sogar zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen, beispielsweise bei der Einnahme von Betablockern in Form von Potenzstörungen.

Die bisherigen Textabschnitte zu kardiovaskulären Risikofaktoren sind in erster Linie als eine Bestandsaufnahme der Verbreitung dieser Risikofaktoren bei Männern zu lesen, die im fortgeschrittenen Erwerbsalter ausgesprochen weit und, unter anderem vor dem Hintergrund der umfangreichen Medikation, per se schon kritisch erscheint. Der nachfolgende Abschnitt soll sich demgegenüber – zumindest in knapper Form – noch exemplarisch mit den gesundheitlich negativen Folgen der Verbreitung dieser Risikofaktoren beschäftigen.

Alle vorausgehend dargestellten Informationen zu Risikofaktoren basieren auf Daten, die innerhalb des Jahres 2011 erhoben wurden. Nachfolgend soll dargestellt werden, inwiefern diese Risikofaktoren mit drei unterschiedlich abgegrenzten Ereignissen innerhalb des Folgejahres 2012 assoziiert sind. Betrachtet wurden

- das Risiko von Erwerbspersonen, innerhalb des Folgejahres 2012 mit der Hauptentlassungsdiagnose einer ischämischen Herzerkrankung (ICD10 I20-I25) vollstationär im Krankenhaus behandelt zu werden,
- das Risiko, innerhalb des Jahres 2012 mit der Diagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung (ICD10 I60-I69) vollstationär im Krankenhaus behandelt zu werden sowie
- das Risiko, innerhalb des Jahres 2012 zu versterben.

Berechnet wurden drei logistische Regressionsmodelle, bei denen als unabhängige Variablen beziehungsweise Einflussfaktoren neben der versichertenbezogenen in 2011

ermittelten Anzahl von Risikofaktoren auch das Geschlecht und Alter der Erwerbspersonen 2011 berücksichtigt wurden. Die Berechnungen basieren grundsätzlich auf derselben Population wie diejenigen zur Verbreitung der Risikofaktoren, zusätzlich wurde jedoch vorausgesetzt, dass die berücksichtigten Personen nachweislich zumindest noch am 1. Januar 2012 bei der BARMER GEK versichert waren und diese Versicherung entweder bis zum 31. Dezember 2012 andauerte, oder ein Ende der Versicherung aufgrund eines Todesfalls innerhalb des Jahres 2012 dokumentiert war. Insgesamt konnten bei den Auswertungen 3.293.664 Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden.

Tabelle 27 Risiken für ausgewählte Ereignissen in 2012 – Abhängigkeiten vom Geschlecht, Alter sowie der Anzahl der erfassten kardiovaskulären Risikofaktoren 2011

Ereignis	KH-Behandlung wg. ischämischer Herzerkrankung	KH-Behandlung wg. zerebrovaskulärer Erkrankung	Tod
Untersuchungspopulation	n = 3.293.664	n = 3.293.664	n = 3.293.664
Anzahl Betroffene 2012	n = 9.285	n = 3.708	n = 4.952
Anteil betroffen [%]	0,282%	0,113%	0,150%
Einflussgrößen:			
	OR (95%-KI):	OR (95%-KI):	OR (95%-KI):
Geschlecht männlich	Referenz	Referenz	Referenz
Geschlecht weiblich	0,34 (0,32-0,35)	0,65 (0,61-0,69)	0,56 (0,53-0,59)
Alter [in Jahrzehnten, stetig]	2,12 (2,07-2,18)	1,92 (1,85-2,00)	2,10 (2,03-2,18)
Anzahl der Risikofaktoren:			
kein Risikofaktor	Referenz	Referenz	Referenz
ein Risikofaktor	2,02 (1,90-2,15)	1,68 (1,55-1,82)	1,51 (1,41-1,62)
zwei Risikofaktoren	5,09 (4,80-5,39)	2,23 (2,03-2,45)	1,88 (1,73-2,03)
drei Risikofaktoren	7,21 (6,69-7,76)	3,01 (2,63-3,44)	2,40 (2,13-2,70)
Modellgüte: c-Wert	0,825	0,661	0,708

BARMER GEK, Erwerbspersonen am 1.1.2011, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre mit Versicherung in allen vier Quartalen 2011, am 1.1.2012 sowie bis zum 31.12.2012 oder mit Hinweis auf Todesfall innerhalb von 2012. Als Ereignisse wurden dokumentierte Todesfälle, vollstationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptentlassungsdiagnose einer ischämischen Herzkrankheit (ICD10 I20-I25) sowie mit Diagnosen zerebrovaskulärer Erkrankungen (ICD10 I60-I69) in 2012 berücksichtigt. OR (95%-KI): Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervall als Ergebnisse multivariater logistischer Regressionsmodelle.

Von den betrachteten Personen wurden 2012 insgesamt 9.285 unter der Diagnose einer ischämischen Herzerkrankung und 3.708 unter der Diagnose zerebrovaskulärer Erkrankungen vollstationär im Krankenhaus behandelt, insgesamt 4.952 Personen

verstarben nach vorliegenden Informationen innerhalb des Jahres 2012 (vgl. Tabelle 27).

Auf Basis der berücksichtigten Merkmale (Geschlecht, Alter sowie Anzahl der 2011 erfassten kardiovaskulären Risikofaktoren) ließ sich bei den Berechnungen – gemessen am allgemeinen Gütekriterium für das logistische Regressionsmodell (c-Wert: 0,825) – **das Risiko für die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes wegen einer ischämischen Herzerkrankung im Folgejahr 2012** am besten vorhersagen. Im Vergleich zu Männern weisen Frauen für eine entsprechendes Ereignis ein um etwa zwei Drittel geringeres Risiko auf (OR: 0,34; 95%-KI: 0,32-0,35). Je zehn Jahre Alterszunahme steigt das Risiko um etwa den Faktor Zwei (OR: 2,12; 95%-KI: 2,07-2,18). Unabhängig vom Geschlecht und Alter lässt sich mit einer steigenden Anzahl von Risikofaktoren eine erhebliche Zunahme des Risikos feststellen.

- Im Vergleich zum Risiko von Personen ohne Risikofaktor **verdoppelt sich das Risiko bereits bei Vorliegen nur eines Risikofaktors** (OR: 2,02; 95%-KI: 1,90-2,15),
- bei Vorliegen von **zwei Risikofaktoren ist es fünf mal höher** (OR: 5,09; 95%-KI: 4,80-5,39) und
- bei Vorliegen aller **drei Risikofaktoren schließlich etwa sieben mal höher** als in der Referenzgruppe ohne einen Risikofaktor (OR: 7,21; 95%-KI: 6,69-7,76).

Die hier auf der Basis von Informationen zu Diagnoseangaben und Arzneiverordnungen 2011 hergeleiteten **kardiovaskulären Risikofaktoren zeigen demnach einen sehr deutlichen Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungsereignissen 2012, die an dieser Stelle in Form von Krankenhausaufenthalten mit der Diagnose von ischämischen Herzerkrankungen betrachtet wurden, zu denen sowohl chronische Verlaufsformen als auch akute Herzinfarkte zählen**. Sie werden damit ihrer schon in der Bezeichnung postulierten Rolle als kardiovaskuläre Risikofaktoren voll gerecht und können keinesfalls als „Nebenbefunde“ abgetan werden.

Statistisch unzweifelhafte Einflüsse der hier betrachteten Risikofaktoren bestehen nach den vorliegenden Ergebnissen auch hinsichtlich des Risikos für Krankenhausbehandlungen mit zerebrovaskulären Erkrankungen sowie hinsichtlich der allgemeinen Sterblichkeit. Dass die Einflüsse bezüglich dieser Ereignisse weniger deutlich ausgeprägt sind entspricht den Erwartungen, da bei diesen Ereignissen auch andere Einflussfaktoren eine maßgebliche Rolle spielen können.

Regionale Ergebnisse

Tabelle 28 auf Seite 118 listet abschließend regionale Ergebnisse zur Häufigkeit von Diagnosen und Arzneiverordnungen, die Hinweise auf das Vorliegen von Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren bei den hier schwerpunktmäßig betrachteten Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter liefern.

Als wesentlichstes Ergebnis lässt sich nach Durchsicht der Werte festhalten, dass sowohl im Hinblick auf den Diabetes und seine Medikation als auch im Hinblick auf den Bluthochdruck und die entsprechenden Arzneiverordnungen **in den neuen Bundesländern durchgängig ein größerer Anteil der Männer betroffen ist als in fast allen alten Bundesländern** (die einzige Ausnahme resultiert aus einer relativ hohen Diabetes-Diagnoseraten im Saarland). Für Fettstoffwechselstörungen und die Verordnungen von Lipidsenkern lässt sich demgegenüber kein klares regionales Muster erkennen.

Durchgängig merklich unterdurchschnittliche und damit günstige Werte wurden insbesondere für Männer in Bremen ermittelt, wobei das Ergebnis aufgrund des traditionell geringen Versichertenanteils der BARMER GEK in Bremen zurückhaltend interpretiert werden sollte. Durchgängig merklich überdurchschnittliche und damit ungünstige Werte wurden insbesondere für Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ermittelt.

Tabelle 28 Häufigkeit von Diagnosen und Arzneiverordnungen in Bundesländern

Anteil betroffener Männer	Diagnosen 2011			Arzneiverordnungen 2011		
	Diabetes (ICD10 E10-E14)	Fett- stoffwech- sel (ICD10 E10-E14)	Blut- hoch- druck (ICD10 I10-I15)	Antidia- betika (ATC A10)	Lipid- senker (ATC C10)	Blut- druck- senker (ATC C02...)
Bundesland						
Baden-Württemberg	11,2%	30,3%	37,6%	6,8%	12,6%	34,6%
Bayern	11,5%	33,0%	39,2%	7,4%	13,3%	35,7%
Berlin	13,1%	32,0%	41,4%	9,0%	14,0%	38,0%
Brandenburg	15,1%	32,5%	50,1%	10,1%	15,5%	45,3%
Bremen	10,0%	25,8%	33,2%	6,4%	12,0%	31,5%
Hamburg	11,2%	27,7%	36,7%	7,5%	14,2%	34,3%
Hessen	12,1%	29,7%	41,8%	8,2%	12,8%	39,2%
Meckl.-Vorpommern	14,6%	32,6%	52,7%	10,3%	16,2%	48,7%
Niedersachsen	11,1%	27,7%	40,7%	7,3%	13,1%	38,5%
Nordrhein-Westfalen	11,4%	31,4%	40,7%	7,5%	14,1%	39,2%
Rheinland-Pfalz	12,5%	31,6%	44,0%	8,3%	14,6%	40,7%
Saarland	14,5%	33,5%	42,9%	9,4%	15,5%	40,8%
Sachsen	15,7%	29,2%	48,9%	10,4%	14,4%	44,8%
Sachsen-Anhalt	15,2%	26,9%	51,6%	10,2%	13,7%	46,9%
Schleswig-Holstein	10,7%	24,8%	38,8%	7,4%	12,9%	36,9%
Thüringen	14,4%	28,2%	50,8%	10,2%	13,7%	46,2%
BUNDESWEIT	12,3%	30,4%	42,2%	8,1%	13,8%	39,4%

BARMER GEK 2011, männliche Erwerbspersonen am 1.1.2011, Altersgruppen 50 bis 64 Jahre, mit Versicherung in allen vier Quartalen 2011; standardisiert; Diagnoseraten unter Einbeziehung von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen, gesicherten Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Versorgung sowie von Hauptentlassungsdiagnosen zu Krankenhausbehandlungen 2011.

Resümee

Im Schwerpunktkapitel wurden drei Erkrankungen fokussiert, die innerhalb des Erwerbslebens in jeweils unterschiedlichen Lebensphasen eine maßgebliche Rolle für die Gesundheit von Männern spielen. Männer haben im Vergleich zu Frauen in Deutschland eine um fünf Jahre geringere Lebenserwartung (vgl. Seite 75). Bei Männern ist die Lebenserwartung in den vergangenen Jahren jedoch deutlich gestiegen. Im Vordergrund sollte eine weitere Stärkung der Gesundheitskompetenz von Männern stehen, um frühzeitig die Weichen für ein möglichst langes und insbesondere gesundes Leben mit einer hohen Lebensqualität zu stellen.

Verletzungen bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen

- Jüngere Männer sind von Verletzungen merklich häufiger als jüngere Frauen betroffen, was insbesondere auch für schwere Verletzungen gilt (vgl. Seite 77).
- Jüngere männliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren waren 2012 jahresdurchschnittlich rund drei Tage wegen Verletzungen arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Seite 79). Auf Verletzungen entfielen mehr als ein Viertel der Fehlzeiten.
- Überdurchschnittlich häufig sind Verletzungen dabei insbesondere in der jüngsten Altersgruppe von 15 bis unter 20 Jahre (vgl. Seite 80).
- Überdurchschnittliche verletzungsbedingte Fehlzeiten zeigen sich insbesondere in den neuen Bundesländern (vgl. Seite 81).
- Eine maßgebliche Rolle spielen Verletzungen der Knie und Unterschenkel, der Hände sowie der Knöchel (vgl. Seite 82). Die Diagnose „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenkes“ verursachte bei jüngeren Männern um 69 Prozent längere Fehlzeiten als nach altersgruppenübergreifenden Auswertungen (vgl. Seite 84).
- Weniger als ein Drittel der verletzungsbedingten Fehlzeiten resultiert aus Ereignissen, für die ein direkter Zusammenhang zur regulären Berufsausübung angenommen werden kann (vgl. Seite 86), mehr als zwei Drittel dürften demnach aus Sport- und Freizeitunfällen bzw. Aktivitäten im häuslichen Umfeld resultieren. Dennoch variieren die Fehlzeiten erheblich in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf (vgl. Seite 87).

Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Männern im mittleren Erwerbsalter

- Bereits im mittleren Erwerbsalter von 30 bis 49 Jahren wurden bei Männern 2012 durchschnittlich 3,5 Arbeitsunfähigkeitstage mit Krankheiten des Bewegungsapparates erfasst, die damit für ein Viertel der Fehlzeiten verantwortlich waren, welche im fortgeschrittenen Erwerbsalter noch weiter ansteigen (vgl. Seite 91).
- Die Fehlzeiten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates verdoppeln sich vom Beginn bis zum Ende des mittleren Erwerbsalters (vgl. Seite 91).
- Mehr als die Hälfte dieser Fehlzeiten lässt sich Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens zuschreiben (vgl. Seite 92 sowie ab Seite 95).
- Abhängig vom ausgeübten Beruf zeigen sich erhebliche Unterschiede. Während Beschäftigte in Verwaltungsberufen durchschnittlich weniger als einen Tag pro Jahr mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens arbeitsunfähig gemeldet waren, wurden in einigen körperlich belastenden Berufen durchschnittlich mehr als drei Tage pro Jahr erfasst (vgl. Seite 97).
- Nach sektorübergreifenden Auswertungen zum Jahr 2011 waren 8,45 Prozent der Männer im mittleren Erwerbsalter mindestens einmalig mit Rückenproblemen arbeitsunfähig gemeldet – entsprechende Diagnosen auch ohne Krankschreibung wurden innerhalb des Jahres bei einem erheblich größeren Teil der Männer, nämlich bei 31 Prozent, dokumentiert (vgl. Seite 99). Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgte bei 0,53 Prozent der Männer. Auffällig gering sind die Krankenhausbehandlungsraten in Berlin. Hierzu könnten auch die relativ guten ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im großstädtischen Umfeld beitragen (vgl. Seite 102).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter

- Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind auch bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter von 50 bis unter 65 Jahren noch verhältnismäßig selten (vgl. Seite 104). Sie steigen jedoch mit zunehmendem Alter sehr deutlich an (vgl. Seite 105).
- Knapp ein Drittel der durchschnittlich 2,25 Fehltag pro Jahr und Mann mit Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems entfällt auf ischämische Herzkrankheiten, also Durchblutungsstörungen des Herzens (vgl. Seite 106).

- Nach sektorübergreifenden Auswertungen waren bei Männern im fortgeschrittenen Erwerbsalter Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren 2011 sehr häufig (vgl. Text ab Seite 108). Bei 12,3 Prozent war ein Diabetes mellitus, bei 30,4 Prozent eine Fettstoffwechselstörung und bei 42,2 Prozent ein Bluthochdruck als Diagnose dokumentiert. Von Diabetes mellitus und Bluthochdruck waren Männer in den neuen Bundesländern dabei noch häufiger als Männer in den alten Bundesländern betroffen (vgl. Seite 118).
- Die bei Erwerbspersonen 2011 erfassten Risikofaktoren waren mit deutlich erhöhten Risiken für ausgewählte Ereignisse im Folgejahr assoziiert. Sie können daher keinesfalls als „Nebenbefunde“ abgetan werden. Bei Hinweisen auf das gleichzeitige Vorliegen aller drei zuvor genannten Erkrankungen in 2011 erhöhte sich das Risiko der Betroffenen im Folgejahr wegen einer ischämischen Herzerkrankung im Krankenhaus behandelt zu werden im Vergleich zu Personen ohne entsprechende Risikofaktoren um den Faktor Sieben (vgl. Seite 115). Eine Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils dürfte insofern auch merklich zur Vermeidung entsprechender Ereignisse beitragen können.

Fazit

- Auf den Verlauf bzw. die Entstehung der drei hier betrachteten maßgeblichen Erkrankungen im Erwerbsleben kann jeder Mann positiv Einfluss nehmen.
- Das Thema „Rückengesundheit“ sollte frühzeitig, möglichst vor oder zu Beginn des mittleren Erwerbsalters, aktiv angegangen werden.
- Betriebliche Gesundheitsförderung trägt dazu bei, Maßnahmen zielgruppengerecht und bedarfsorientiert in der Lebenswelt anzubieten, in der berufstätige Männer oftmals den größten Teil ihrer Lebenszeit verbringen.
- Präventive Angebote für Männer aller Altersklassen sollten verstärkt arbeitsplatzbezogen angeboten werden, um nachhaltig die Gesundheitskompetenz zu stärken.
- Angebote, die Sie dabei unterstützen können, finden Sie auf den folgenden Seiten.

Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema

Die geringere Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen oder Anzahl an Arztkontakten sind keine zwingenden Hinweise auf Desinteresse zu Gesundheitsthemen von Männern. Vielmehr sind aktuelle Gesundheitsangebote auf den Prüfstand zu stellen und stärker zielgruppengerecht für Männer in den Punkten Informationsaufbereitung und lebensphasenorientierte Angebote auszurichten.

Häufig fehlen jedoch konkrete Handlungshilfen, wie Unternehmen – vorzugsweise mit einem hohen Anteil männlicher Beschäftigter – diese erreichen und gezielt die Gesundheitskompetenz stärken können. Im Folgenden finden Sie neben den BARMER GEK Serviceangeboten zur privaten Nutzung auch Tipps für eine zielgruppen-gerechte Ansprache in der betrieblichen Praxis:

81,5 Prozent der Männer nutzen inzwischen das Internet; mehr als die Hälfte gehen dabei überwiegend zielgerichtet auf die Suche nach Informationen und ein Drittel tauschen sich in Online-Foren zu Themen aus.¹⁷ Dies und die Erkenntnis, dass präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz bevorzugter von Männern in Anspruch genommen werden, eröffnen Unternehmen weitere Perspektiven zu differenzierten Angeboten, z. B. Erweiterung um Online-Programme.

Ein Angebot aus dem BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit:

OfficePhysio – die Online-Rückenschule

OfficePhysio bietet Ihren Mitarbeitern ein interaktives Lern- und Übungsprogramm mit einfachen, auf einander abgestimmten Rückenübungen für ein gesundes Arbeiten am PC. Zwei Bewegungspausen von je 5 Minuten pro Tag reichen aus, um einen positiven Effekt für die Rückengesundheit zu erzielen.

Einmal pro Woche erfolgt eine kurze Informationseinheit, die das Expertenwissen rund um das Thema „Rückengesundheit“ wiedergibt sowie anschaulich grafisch untermauert.



¹⁷ ARD/ZDF-Onlinestudie 2012

Ebenso ist eine zielgruppengerechte Ansprache mit entscheidend: Männer stellen in ihrer Kommunikation überwiegend den Informationsaspekt in den Mittelpunkt. D.h. sie sind in der Regel interessiert an Daten und Fakten sowie an kurzgefassten und prägnanten Sachverhalten – nicht zuletzt, um ein Ergebnis zu erzielen.

Ein weiterer Ansatzpunkt, der in der Kommunikation gesundheitsförderlich wirken kann, ist die Integration eines sogenannten „persönlichen Gewinns“ in das Projektmarketing von betrieblichen Gesundheitsangeboten. Dies vor dem Hintergrund, dass der männliche Sprachgebrauch vielfach von der Bewertung bzw. Einteilung in Gewinner- und Verliererkategorien geprägt ist.¹⁸ Die Erfahrung zeigt zudem, dass Männer an präventiven Maßnahmen häufiger teilnehmen, wenn sie als Zielgruppe direkt angesprochen werden.

Das BARMER GEK Kooperationsprojekt „1.000 mutige Männer“ zur Darmkrebs-Früherkennung verknüpft dabei beide Aspekte: Zum einen die direkte Ansprache der Zielgruppe und zum anderen das Motto „mutig = Gewinner sein“. Das eigene Handeln kann somit über gezielte Kommunikation in Wort und Bild „mannigfaltig“ unterstützt werden.



Neben dem Zugangsweg und der Kommunikation sollten Angebote dem Bedarf der Zielgruppe entsprechen. Hier liefert die vorangegangene Analyse im Schwerpunktthema vielfältige Ansätze für präventive Maßnahmen, die den Lebensphasen und den überwiegenden Bedarf von Männern im Erwerbsleben entsprechen.

Unabhängig von Maßnahmen des Arbeitgebers bieten Ihnen die BARMER GEK Serviceangebote gezielt Informationen mit Daten und Fakten, die für Sie zu jeder Zeit im Internet verfügbar sind. Im Folgenden finden Sie Angebote speziell zu Männergesundheit, Verletzungen, Rückengesundheit und Herz-Kreislaufkrankungen.

¹⁸ Ergebnisse linguistisch-geschlechtervergleichender Studien (vgl. Duhme 2008)

Online-Lexikon „Sport von A bis Z“ (www.barmer-gek/101804)



Im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Deutschland bewegt sich!“ werden neben regionalen, regelmäßigen Bewegungs- und Mitmachangeboten im Online-Portal unter www.deutschland-bewegt-sich.de Informationen rund um die Themen Bewegung, Ernährung und Gesundheit zur Verfügung gestellt.

So finden Sie neben den Aktionsmonaten, in denen Schnupperangebote zu vielfältigen Sportarten vorgestellt werden, dort auch das Online-Lexikon „Sport von A bis Z“. Dieses bietet Ihnen Informationen zu Sportarten - aber auch Tipps und Hinweise zur Vorbeugung von Sportverletzungen und Maßnahmen zur Erstversorgung im Notfall.



BARMER GEK Forum „Sport und Fitness“ (www.barmer-gek.de/102928)

Im BARMER GEK Forum „Sport und Fitness“ können Sie Fragen an ausgewiesene Experten richten oder untereinander Informationen austauschen. Die Themen drehen sich beispielsweise um die Gestaltung von Lauftrainings, über Maßnahmen nach einer Meniskus-Operation bis hin zu Übungen für ein Zirkeltraining.



Broschüre „Rüchen aktiv – Bewegen statt schonen“



Die Broschüre „Rücken aktiv – Bewegen statt schonen“ hilft Ihnen dabei, Ihre körperliche Belastbarkeit durch eigene Aktivität und Training zu erhöhen. Sie erhalten Antworten auf die wichtigsten Fragen: Wodurch entstehen Rückenschmerzen überhaupt? Wie kann ich fit werden, wenn ich immer wieder Rückenbeschwerden habe? Was kann ich vorbeugend tun? Übungskatalog inklusive.

Die Broschüre finden Sie im BARMER GEK Versichertenportal in der „Infothek“ unter dem Themenbereich „Sport“ als Download unter folgendem Link: www.barmer-gek.de/104266.



BARMER GEK Forum „Rücken“ (www.barmer-gek.de/102920)

Ein weiteres Expertenforum, das die BARMER GEK zum Austausch für Sie bereit hält. Schon kleine Veränderungen im Alltag und gezieltes Rückentraining können wesentlich dazu beitragen, dass Rückenbeschwerden gar nicht erst entstehen oder rasch gelindert werden. Im Forum finden Sie z. B. Rat zu Therapieverfahren oder Erfahrungsberichte von anderen Betroffenen.



Broschüre „Hohen Blutdruck senken“



Die Broschüre informiert über die Ursachen von Bluthochdruck, zeigt Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen auf und gibt Hinweise zu Vorsorgemöglichkeiten, so dass Sie Ihr persönliches Risiko senken können. Mit einfachen Maßnahmen, die Sie ohne weitere Hilfe durchführen können.



Die Broschüre steht Ihnen ebenfalls im BARMER GEK Versichertenportal in der „Infothek“ unter dem Bereich „Herz und Kreislauf“ unter folgendem Link zur Verfügung: www.barmer-gek.de/104266.

BARMER GEK Forum „Männergesundheit“ (www.barmer-gek.de/102925)

Im BARMER GEK Forum „Männergesundheit“ erhalten Sie Rat zu allen Themen, die speziell Männern in Punkto Gesundheit bewegen. Angefangen von Check-ups ab 35 Jahren, über Knie-Operationen, Herzrhythmusstörungen bis hin zu traditioneller chinesischer Therapie.





Broschüre „Leben ist Bewegung – Prävention und Gesundheitsförderung“

Die Broschüre bietet Ihnen einen Überblick zu wesentlichen gesundheitlichen Herausforderungen in unserem Lande und einen Einstieg zu mehr Gesundheitsbewusstsein. Zudem schildert sie medizinisch die gesundheitlichen Chancen, in einem bewegten Leben.



Die Broschüre finden Sie ebenfalls im BARMER GEK Versichertenportal in der Infothek unter dem Themenbereich „Gesundheit und Prävention“ zum Download unter folgendem Link zur Verfügung:
www.barmer-gek.de/104266.

Weitere Informationen zu aktuellen Themen aus dem Bereich Männergesundheit finden Sie außerdem im Internet unter

www.maennergesundheitsportal.de

Analog zu dem bereits etablierten Frauengesundheitsportal hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein Männergesundheitsportal entwickelt. Dieses ist auf die Informationsbedürfnisse und das Mediennutzungsverhalten von Männern zugeschnitten. Die Zielgruppen des Portals sind Männer im mittleren und höheren Erwachsenenalter (ca. 35-60 Jahre) sowie Fachleute aus allen relevanten Bereichen der Männergesundheit und Gesundheitsförderung.

Haben Sie Fragen zu den Serviceangeboten oder zu Gesundheit im Unternehmen? Die BARMER GEK berät Sie gerne.

Weiterführende Informationen erhalten Sie im Arbeitgeberportal unter

www.barmer-gek.de/arbeitgeber



oder im Versichertenportal unter

www.barmer-gek.de



Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit

Als starker Gesundheitspartner für Unternehmen setzt die BARMER GEK wichtige Impulse für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

Wenn Sie auch über das Schwerpunktthema hinaus etwas für die Gesundheit in Ihrem Unternehmen tun wollen, steht Ihnen die BARMER GEK als kompetenter Partner zur Seite. Denn: Die BARMER GEK bietet Unternehmen ein umfangreiches Firmenangebot Gesundheit, das sich aus einer Vielzahl von Modulen zusammensetzt und kontinuierlich weiterentwickelt wird. Die Module des BARMER GEK Firmenangebots Gesundheit lassen sich flexibel in bereits vorhandene Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements integrieren oder zum Aufbau eines firmenspezifischen Gesundheitsmanagements nutzen.

- Wir eröffnen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Unternehmen neue Perspektiven für die Stärkung und Erhaltung der eigenen Gesundheit.
- Wir helfen, Gesundheit, Motivation und Aktivität in den beruflichen Alltag und darüber hinaus effektiver einzubinden.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein wichtiger Beitrag zu erfolgreichem Personalmanagement, zur Attraktivität des Unternehmens und zu seinem wirtschaftlichen Erfolg, weil es strategisch angelegt und konzeptionell hinterlegt – auf mehreren Entwicklungsfeldern positiv wirkt.

Gemeinsam mit Ihnen erarbeitet die BARMER GEK eine maßgeschneiderte Lösung für mehr Gesundheitsbewusstsein in Ihrem Unternehmen. Hierbei können Sie sich verschiedener Bausteine und Instrumente bedienen.

Mitmachangebote und Informationen für mehr Motivation und Gesundheitsbewusstsein: Firmenfitness

„Firmenfitness“ steht für leicht umsetzbare Maßnahmen, die die Belegschaft begeistern und für den Gesundheitsgedanken sensibilisieren. Firmenfitness ermöglicht einen motivierenden Zugang und kann darüber hinaus dauerhaft als praktisches Element des Betrieblichen Gesundheitsmanagements genutzt werden.

Hierzu gehören beispielsweise Aktionen wie der klassische Gesundheitstag, die Aktive Mini-Pause oder verschiedene Check-ups und Screening-Untersuchungen.

Systematisches Vorgehen für effiziente Lösungen – eine Analyse zeigt Stärken und Schwächen im Unternehmen auf

Die Ausgangslage in der Belegschaft mit ihren Belastungen und Potenzialen sollte durch eine Bestandsaufnahme dokumentiert werden, um passende Maßnahmen für die entsprechende Zielgruppen entwickeln zu können. Es gibt verschiedene Analysemöglichkeiten, die für die jeweilige Situation und die Vorgehensweise im Unternehmen geeignet sein können.

Über die individuelle Beratung und Prozessbegleitung unserer Beraterinnen und Berater Firmengesundheit können Sie firmenspezifische Analyseinstrumente, wie z. B. den BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit oder eine Beschäftigtenbefragung, gezielt nutzen und in Ihren Entwicklungsprozess einfließen lassen.

Erst lenken – dann handeln: Betriebliches Gesundheitsmanagement braucht einen ganzheitlichen Blick

„Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) steht für ganzheitliche Maßnahmen, um die Gesundheit nachhaltig zu fördern und zu sichern. Die gezielte Gesundheitsförderung von Beschäftigten erfordert ein bedarfsgerechtes Angebot, kooperatives Führungsverhalten und messbare Erfolge. Ohne einen guten Start ist das Thema jedoch schnell „verbrannt“. Deshalb muss die Implementierung von BGM systematisch erfolgen.

Aufbauend auf die Analysephase bietet die BARMER GEK Vorträge und Workshops zu gesundheitsrelevanten Themenfeldern:

- Führung und Gesundheit
- Psychische Gesundheit
- Ausbildung und Gesundheit
- Work-Life-Balance
- Vereinbarkeit von Pflegesituation und Beruf
- Demografie und Gesundheit

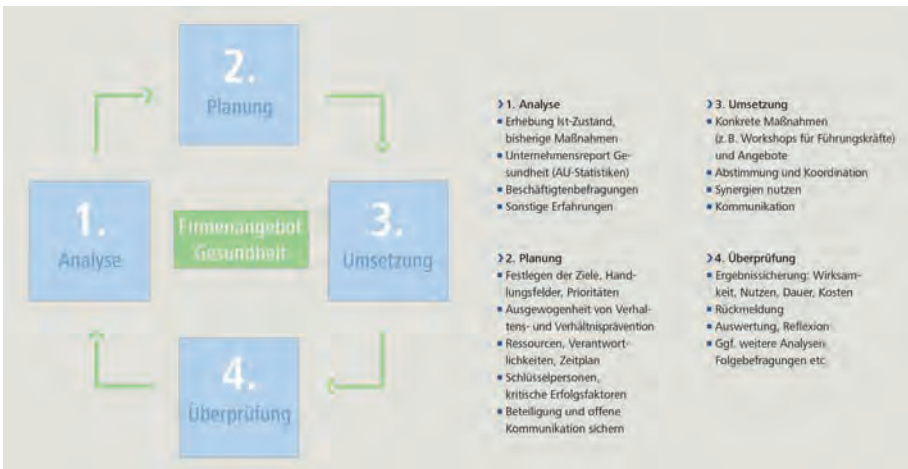
Weitere Angebote zur Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens:

- Reduktion arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz

- Förderung von Kompetenzen zur Stressbewältigung
- Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln

Sollte es zu längeren gesundheitlichen Ausfällen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommen, unterstützt die BARMER GEK Unternehmen außerdem bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

► **Das Betriebliche Gesundheitsmanagement im Überblick. Der Management-Zyklus als Grundlage für das BGM-Konzept der BARMER GEK.**



Haben Sie Interesse?

Nähere Auskünfte erhalten Sie in Ihrer BARMER GEK Geschäftsstelle bei den Beraterinnen und Beratern Firmengesundheit - oder auch im Internet unter:

www.barmer-gek.de/arbeitgeber

Das Portal für Arbeitgeber mit Informationen und Services rund um die Sozialversicherung und zur Gesundheit im Betrieb.



Datengrundlage und Methoden

Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen

Der folgende Abschnitt liefert allgemeine Hintergrundinformationen, die für das Verständnis von Statistiken der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten relevant erscheinen und richtet sich damit vorrangig an diejenigen Leser, die sich noch nicht intensiver mit diesem Thema befasst haben.

Statistiken und Berichte gesetzlicher Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten haben in Deutschland eine lange Tradition. Die Verpflichtung eines Arbeitnehmers zur Meldung einer Arbeitsunfähigkeit nicht nur bei seinem Arbeitgeber, sondern auch bei der für ihn zuständigen Krankenkasse, resultiert aus dem Anspruch der Versicherten auf Krankengeldzahlungen. Während ein Arbeitnehmer typischerweise innerhalb der ersten sechs Wochen einer erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeit Anrecht auf eine Gehaltsfortzahlung seitens des Arbeitgebers hat, ist bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit die Krankenkasse für Entgeltersatzleistungen zur finanziellen Absicherung des Lebensunterhaltes in Form von direkten Krankengeldzahlungen an den Arbeitnehmer sowie für Beitragszahlungen an andere Sozialversicherungsträger zuständig. Um diese Ansprüche eines erkrankten Arbeitnehmers erkennen und überprüfen zu können, benötigen Krankenkassen Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten.

Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung

Entsprechend der zuvor genannten Begründung existieren bei Krankenkassen regelmäßig nur Daten zu Arbeitsunfähigkeiten bei Versicherten, die gegebenenfalls auch einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben. Hierzu zählen neben den meisten versicherungspflichtig beschäftigten Mitgliedern der Kasse auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger, nicht jedoch Arbeitslosengeld-II-Empfänger oder beispielsweise berufstätige Altersrentner. Daten zu Arbeitsunfähigkeiten existieren in Krankenkassen also grundsätzlich nur zu einem umschriebenen Personenkreis, was insbesondere bei der Aufbereitung der Daten für statistische Auswertungen zu beachten ist.

Arbeitslose und Berufstätige bilden nach allgemeiner Sprachregelung gemeinsam die Gruppe der **Erwerbspersonen**, wobei sich Auswertungen im Gesundheitsreport grundsätzlich auf diejenige Gruppe von Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch beschränken.

Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten

Regelmäßig beim Arbeitgeber zu melden sind Arbeitsunfähigkeiten erst, wenn diese länger als drei Tage dauern. Eine Bescheinigung ist dann gleichfalls umgehend bei der Krankenkasse einzureichen. Vor diesem Hintergrund sind die Daten der Krankenkassen zu kurzen Arbeitsunfähigkeiten nicht unbedingt vollständig. Dennoch erhalten die Daten von Krankenkassen regelmäßig auch viele Meldungen zu kurzdauernden Arbeitsunfähigkeiten, die zum Beispiel aus tarifvertraglich festgelegten Verpflichtungen zur frühzeitigeren Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder auch aus persönlicher Überzeugung des Arbeitnehmers, sich Fehlzeiten besser ärztlich bescheinigen zu lassen, resultieren können. Die Aussagekraft der erkrankungsbedingten Gesamtfehlzeiten in Krankenkassendaten, die maßgeblich von längeren Erkrankungsfällen abhängen, dürften durch das Fehlen von Angaben zu einem Teil kurzdauernder Fälle nur in geringem Maße beeinflusst werden.

Methodische Unterschiede zu anderen Statistiken

Zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen erscheinen in Deutschland insbesondere auf Initiative einiger gesetzlicher Krankenkassen regelmäßig eine Reihe von Publikationen. Eine relativ große öffentliche Wahrnehmung erreichen zudem Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum aktuellen Krankenstand, der vom BMG regelmäßig auf der Basis von Angaben gesetzlicher Krankenkassen kassenübergreifend ermittelt wird. Des Weiteren dürften eine Vielzahl unternehmensinterner Statistiken existieren, die in der Regel Außenstehenden allerdings nicht öffentlich zugänglich sind. Obwohl weder alle publizierten Auswertungen von Krankenkassen noch die internen Auswertungen von Arbeitgebern jeweils auf einer festgeschriebenen, einheitlichen Methodik beruhen, weisen die drei genannten Quellen einige grundlegende Unterschiede auf, die bei Gegenüberstellungen, auch ohne Detailkenntnis der Quelle, zu bedenken sind.

- **Krankenkassen** berücksichtigen als Arbeitsunfähigkeitszeiten die ärztlich bescheinigten Tage einer Arbeitsunfähigkeit. Dabei wird, weitgehend zwangsläufig, nicht zwischen den Arbeitstagen einer Woche und Wochenenden oder anderweitig potenziell arbeitsfreien Tagen differenziert, da einer Kasse keine Informationen zu den individuellen regulären Arbeitszeiten vorliegen. Die bescheinigten Erkrankungstage werden entsprechend typischerweise, um Maßzahlen wie beispielsweise den Krankenstand zu berechnen, auf alle Versicherungstage eines Arbeitnehmers bezogen.

- **Arbeitgeber** dürften demgegenüber erkrankungsbedingte Fehlzeiten vorrangig bezogen auf die regulär vereinbarten Arbeitszeiten betrachten. Da Fehlzeiten an regulären Arbeitstagen erfahrungsgemäß höher als an überwiegend arbeitsfreien Tagen liegen, dürften interne Statistiken von Arbeitgebern tendenziell etwas höhere anteilige Fehlzeiten als Statistiken zu einer vergleichbaren Population auf der Basis von Daten einer Krankenkasse ausweisen.
- Die **kassenübergreifenden Statistiken** des Bundesministeriums für Gesundheit zu Krankenständen in Deutschland basieren auf zeitnahen Meldungen entsprechender Daten von allen gesetzlichen Krankenkassen. An das BMG gemeldet werden von den Krankenkassen allerdings innerhalb eines Jahres für die Statistik nur die Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten an zwölf Stichtagen jeweils am Monatsersten. Da Monatserste überdurchschnittlich häufig auf Feiertage fallen, an denen durchschnittlich weniger Krankmeldungen vorliegen, wird der Krankenstand im Jahresmittel durch diese Stichtagsstatistik regelmäßig unterschätzt. Für die Interpretation noch problematischer ist, dass die Zahl der Stichtage an Wochenenden oder gesetzlichen Feiertagen von Jahr zu Jahr zum Teil merklich variieren kann und so Ergebnisse aus einzelnen Jahren nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Während bei Auswertungen einer einzelnen Krankenkasse jeweils die Frage gestellt werden muss, ob ein bestimmtes Ergebnis so auch für Versicherte anderer Kassen und damit weitgehend allgemein für Deutschland gilt, kann nach den vorausgehenden Ausführungen auch die kassenübergreifende Statistik des BMG keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben und unterliegt bei der Interpretation von Trends oftmals eher noch gravierenderen Einschränkungen als Auswertungsergebnisse einzelner Kassen.

Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten

Obwohl Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten bereits seit vielen Jahren von Krankenkassen veröffentlicht werden und dabei oftmals zu den ersten publizierten gesundheitsbezogenen Statistiken der Kassen gehörten, ist die Interpretation der Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten keinesfalls einfach. Dies gilt insbesondere, sofern Arbeitsunfähigkeiten nicht ausschließlich wirtschaftlich bilanziert werden sollen, sondern auch Rückschlüsse auf gesundheitliche Belastungen und Defizite in unterschiedlichen Gruppen oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten thematisiert werden. Bei der Interpretation von Ergebnissen sind viele, zumindest potenziell wirksame, Einflüsse zu bedenken, von denen nachfolgend einige wesentliche genannt und erläutert werden sollen.

- **Arbeitsunfähigkeit als Folge gesundheitlicher Einschränkungen** entspricht der primären und direkten Interpretation einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit als Hinweis auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen. Ob dabei die gesundheitlichen Einschränkungen ihrerseits Folge der Berufstätigkeit sind, oder anderweitige Gründe haben, muss im Einzelfall in der Regel zunächst offen bleiben. Relativ eindeutig sind entsprechende Zusammenhänge lediglich bei Arbeits- und Wegeunfällen, die allerdings nur eine kleinere Teilmenge der erfassten Arbeitsunfähigkeiten bilden. Wichtig erscheint in diesem Kontext zudem der Hinweis, dass gesundheitliche Einschränkungen erst ab einer bestimmten Schwelle zu einer Arbeitsunfähigkeit mit Fernbleiben vom Arbeitsplatz führen. Ein Arbeitnehmer kann beispielsweise durchaus schon lange unter leichteren Kopfschmerzen gelitten haben, ehe er sich wegen zunehmender Beschwerden krankschreiben lässt.

- **Arbeitsunfähigkeiten in Abhängigkeit von tätigkeitspezifischen Anforderungen** Unterschiedliche Tätigkeiten stellen unterschiedliche mentale und körperliche Anforderungen. Während beispielsweise eine leichtere Fußverletzung bei ausschließlicher Bürotätigkeit am Schreibtisch weitgehend ohne Fehlzeiten verheilen kann, kann eine identische Verletzung bei körperlich belastenden Tätigkeiten, beispielsweise bei Briefträgern, zu unzweifelhaft begründeten mehrwöchigen Arbeitsausfällen führen.

- **Gesundheit als Folge von tätigkeitspezifischen Anforderungen** Für sehr belastende oder herausgehobene und verantwortungsvolle Tätigkeiten werden oftmals überdurchschnittlich gesunde Personen ausgewählt, deren vergleichsweise gute Gesundheit und ggf. geringe Arbeitsunfähigkeit dann keinesfalls Rückschlüsse auf besonders günstige Arbeitsplatzbedingungen erlaubt. Entsprechende Selektionseffekte, die zu scheinbar paradoxen Ergebnissen führen können, werden in der Epidemiologie englischsprachig als „Healthy Worker Effekt“ bezeichnet.

- **Weitere primär erkrankungsunabhängige Einflüsse** Auswirkungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten können eine Reihe weiterer Faktoren haben. Nach der Beobachtung von typischerweise gegenläufigen Zyklen der Konjunktur und Krankenständen lassen sich bei negativer konjunktureller Entwicklung mit zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit rückläufige Krankenstände erwarten und umgekehrt.
 Das Klima am Arbeitsplatz dürfte unterschiedliche Auswirkungen haben. Höhere Krankenstände können Folge eines schlechten Betriebsklimas oder allgemein hoher Belastungen am Arbeitsplatz sein. Zählt man Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes als einen Aspekt des Betriebsklimas, kann ein negatives Betriebskli-

ma jedoch auch zur Vermeidung von berechtigten Fehlzeiten führen.

Höhere Eigenverantwortung am Arbeitsplatz ist mit eher geringeren Fehlzeiten assoziiert. Dies kann die positive Folge einer höheren Zufriedenheit sein, negativ jedoch auch auf der individuellen Einschätzung beruhen, dass die Arbeit bei eigener Abwesenheit schlicht liegen bleibt.

Auch gesetzliche Regelungen können Kennzahlen beeinflussen. Einschränkungen von Möglichkeiten zum vorzeitigen Eintritt in die Altersrente dürften in vergangenen Jahren zu eher höheren Fehlzeiten geführt haben.

Durch die Einführung von Arbeitslosengeld II im Jahr 2005 werden Arbeitsunfähigkeiten bei vielen Langzeitarbeitslosen regulär nicht mehr bei Krankenkassen gemeldet, womit diese Personengruppe mit allgemein überdurchschnittlichen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr sinnvoll in Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigt werden kann, was zu eher reduzierten Fehlzeiten in Statistiken führt.

Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens existieren eine Reihe von Kennzahlen, deren allgemeine Bedeutung und Berechnung für den vorliegenden Gesundheitsreport an dieser Stelle erläutert werden soll.

- **Betroffenheitsquoten (AU-Quoten)** geben den prozentualen Anteil derjenigen Personen an, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums – hier innerhalb eines Kalenderjahres – mindestens einen Tag von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Der verbleibende (beziehungsweise komplementäre) Anteil der Personen war innerhalb des Jahres entsprechend von keiner Arbeitsunfähigkeitsmeldung betroffen. Betroffenheitsquoten beziehen sich bei ihrer Berechnung immer auf Personen (und damit ausnahmsweise nicht auf Versicherungsjahre)¹⁹. Üblicherweise ist innerhalb eines Jahres etwa die Hälfte aller Erwerbspersonen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen.
- **Versicherungsjahre (VJ)** werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt. Ist jemand über 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei Versi-

¹⁹ Bei Berechnungen zum Gesundheitsreport wurden dabei ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER GEK versichert waren.

cherung über 182 Tage lediglich etwa 0,5 VJ. Ein Bezug der Arbeitsunfähigkeiten auf Versicherungsjahre berücksichtigt die Tatsache, dass innerhalb kürzerer Versicherungszeiten, z.B. bei Kassenwechsel, regelmäßig auch nur kürzere Arbeitsunfähigkeitsintervalle erfasst werden, was bei Berechnungen "pro Person" zu fälschlich erniedrigten Maßzahlen führen würde.

- **Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 VJ)** gibt die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Personen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 VJ kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je VJ entspricht beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 VJ. Durchschnittlich ist bei Erwerbspersonen etwa mit AU-Fallzahlen in der Größenordnung dieses Zahlenbeispiels zu rechnen, also mit etwa einem Fall pro Jahr pro Person beziehungsweise mit 100 Fällen je 100 Beschäftigte.
- **Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (AU-Tage je Fall)** geben die durchschnittliche Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle an. Die Dauer variiert erheblich in Abhängigkeit von der Erkrankungsdiagnose. Diagnoseübergreifend liegt sie durchschnittlich typischerweise bei mehr als 10 Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 VJ)** ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr werden je Beschäftigtem durchschnittlich typischerweise mehr als 10 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.000 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltag pro Jahr.

Der **Krankenstand** lässt sich auf der Basis von Daten einer Krankenkasse durch Teilen der erfassten AU-Tage durch die Versicherungstage berechnen und gibt dann, zumeist als Prozentwert, den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltag an allen Versicherungstagen innerhalb des Beobachtungszeitraums an. Der Krankenstand beschreibt inhaltlich denselben Sachverhalt wie das zuvor genannte Maß "AU-Tage je 100 VJ". Eine Umrechnung ist jederzeit möglich:

$$\text{Krankenstand [\%]} = (\text{AU-Tage je 100 VJ}) / 365$$

beziehungsweise umgekehrt

$$\text{AU-Tage je 100 VJ} = \text{Krankenstand [\%]} * 365$$

Üblicherweise fehlen an einzelnen Tagen des Jahres jeweils mehr als 3 Prozent der Beschäftigten eines Betriebes.

Erwerbspersonen in der BARMER GEK

In diesem Abschnitt finden sich ergänzende Hinweise zu den Datengrundlagen für Auswertungen zum BARMER GEK Gesundheitsreport und zu spezifischen Aufbereitungsmethoden.

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen im Gesundheitsreport ausschließlich auf Personen, die im Auswertungszeitraum – hier ausschließlich die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2011 und 2012 – als Erwerbspersonen bei der BARMER GEK versichert waren. Mit dem Begriff **Erwerbspersonen** werden dabei in der Arbeitsmarktforschung allgemein sowohl Berufstätige als auch Arbeitslose bezeichnet. Im Gesundheitsreport wird mit dem Begriff diejenige Gruppe von Mitgliedern bezeichnet, denen bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten ggf. typischerweise Krankengeldzahlungen seitens der Krankenkasse zustehen und die vor genau diesem Hintergrund auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei ihrer Krankenkasse verpflichtet sind. Betrachtet werden damit im Gesundheitsreport sowohl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger. Demgegenüber konnten Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht berücksichtigt werden, da sie von der Krankenkasse kein Krankengeld erhalten und insofern auch nicht zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse verpflichtet sind.

Ergebnisse im Gesundheitsreport basieren auf taggenauen Zuordnungen von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsintervallen und Versicherungszeiten, wobei ausschließlich AU-Tage bei Versicherung mit Erwerbspersonenstatus berücksichtigt werden. Insofern werden in der Regel keine AU-Zeiten oder -Fälle in Bezug auf Personen, sondern regelmäßig in Bezug auf Versicherungsjahre berichtet, womit auch Personen mit unvollständigen Versicherungszeiten innerhalb des Jahres adäquat berücksichtigt werden können. Als ein **Versicherungsjahr** wird dabei rechnerisch jeweils die Versicherung einer Person über 365 Tage berücksichtigt. In Schaltjahren können dadurch geringe Diskrepanzen zwischen Angaben zu jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen und den berechneten Versicherungsjahren resultieren.

Daten der BARMER GEK umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2011 und 2012 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu 3,51 und 3,59 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 29). Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vor-

läufige Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2012 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis Dezember 2012 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 12,0% aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2012 ermittelte Anteil zwischen 4,6% in Bremen und 23,9% in Brandenburg.

Tabelle 29 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2012

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	156.865	184.619	341.484	8,2%
Bayern	200.772	262.661	463.433	9,4%
Berlin	68.637	93.605	162.242	13,0%
Brandenburg	82.019	109.786	191.804	23,9%
Bremen	6.720	7.421	14.141	4,6%
Hamburg	34.564	39.765	74.329	8,3%
Hessen	131.364	160.528	291.891	12,4%
Meckl.-Vorpommern	41.907	62.091	103.998	18,8%
Niedersachsen	135.301	170.471	305.772	11,4%
Nordrhein-Westfalen	360.610	494.847	855.457	13,6%
Rheinland-Pfalz	78.928	106.833	185.761	14,2%
Saarland	25.603	28.369	53.972	14,4%
Sachsen	58.488	90.201	148.689	9,9%
Sachsen-Anhalt	50.733	77.611	128.344	16,3%
Schleswig-Holstein	67.601	83.152	150.753	17,0%
Thüringen	43.939	61.404	105.342	13,4%
BUNDESWEIT	1.549.564	2.038.940	3.588.504	12,0%

BARMER GEK 2012, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Anteil der bei Auswertungen berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland an deren Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland in den Monaten Januar bis Dezember 2012 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 30 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2012, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen knapp 16 Tsd. Fällen mit 235 Tsd. AU-Tagen in Bremen und 993 Tsd. Fällen mit 15,2 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2012 wurden 4,31 Mio. AU-Fälle und 63,79 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 30 AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2012

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2012 absolut	Anzahl AU-Tage 2012 absolut
Baden-Württemberg	372.852	5.076.033
Bayern	508.544	6.970.854
Berlin	198.887	3.237.373
Brandenburg	261.041	4.119.380
Bremen	15.833	234.792
Hamburg	80.192	1.184.579
Hessen	360.507	5.006.367
Meckl.-Vorpommern	144.521	2.228.337
Niedersachsen	367.406	5.366.333
Nordrhein-Westfalen	992.940	15.228.452
Rheinland-Pfalz	222.747	3.336.934
Saarland	61.604	1.050.409
Sachsen	195.238	2.913.857
Sachsen-Anhalt	181.218	2.742.492
Schleswig-Holstein	181.954	2.714.422
Thüringen	149.265	2.213.852
BUNDESWEIT	4.305.177	63.787.830

BARMER GEK 2012, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre.

Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden

In diesem Abschnitt werden Hinweise zu Klassifikationssystemen wie Berufs-, Branchen- und Diagnoseschlüsseln und zur Geschlechts- und Altersstandardisierung gegeben.

Üblicherweise werden bestimmte Informationen, wie beispielsweise Erkrankungsdiagnosen, in routinemäßig erfassten Daten nicht als Freitextangaben, sondern unter Rückgriff auf sogenannte Kodierschlüssel oder Klassifikationssysteme, erfasst. Diese Klassifikationssysteme beschränken durch eine Vorgabe zulässiger Einträge die Angabemöglichkeiten, sind in der Praxis jedoch unabdingbare Voraussetzung für vergleichende statistische Auswertungen größerer Datenbestände. Bei der Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten spielen neben Diagnoseschlüsseln auch Schlüssel zur Angabe von Branchen und Berufen eine Rolle (siehe weiter unten).

Diagnoseschlüssel – ICD10

Zur Dokumentation von Erkrankungsdiagnosen für Statistiken wird in Deutschland seit dem Jahr 2000 nahezu ausschließlich die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz die ICD10, verwendet. Grundsätzlich handelt es sich bei der ICD um ein international gebräuchliches Klassifikationssystem. Die Pflege und Weiterentwicklung obliegt der



Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland ist für die Betreuung und Bereitstellung das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI zuständig. Typischerweise werden vom DIMDI jährlich aktualisierte und angepasste Versionen der ICD10 bereitgestellt, deren Verwendung dann in vielen Berei-

chen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (vgl. im Internet <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>).

Gliederung

Die ICD10 ist hierarchisch aufgebaut und umfasst auf der höchsten Gliederungsebene 22 sogenannte Kapitel, wobei das Kapitel 20 regulär ausschließlich in der Todesursachenstatistik verwendet wird (vgl. auch Tabelle 31). Die nachfolgende Ebene sogenannter (Diagnose-)Gruppen umfasst mehr als 200 unterschiedliche Einträge, auf der Ebene 3-stelliger Diagnoseschlüssel, welche immer aus einem Buchstaben und zwei Ziffern bestehen, werden bereits mehr als 1.600 Krankheiten und Zustände differenziert. Nähere Informationen sind auf den Internetseiten des DIMDI verfügbar.

Tabelle 31 Diagnosekapitel der ICD10

Kapitelnummer, Bezeichnung, Schlüssel		Anmerkungen, Beispiele
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Infekte, ohne Atemwegsinfekte, ohne Grippe
II	Neubildungen (C00-D48)	Bösartige u. gutartige Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte (D50-D89)	Bluterkrankungen, auch Blutarmut
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Depressionen, aber auch Alkoholprobleme
VI	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Migräne, Epilepsie
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	Bindehautentzündungen, Glaukom
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	Mittelohrentzündung
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Bluthochdruck, Herzinfarkt
X	Krankheiten d. Atmungssystems (J00-J99)	Erkältung, Grippe, Asthma
XI	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Darmentzündungen, Sodbrennen, Leistenbruch, Gallensteine, auch Zahnerkrankungen
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Akne, Furunkel
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. des Bindegewebes (M00-M99)	Rückenschmerzen, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkserkrankungen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Harnwegsinfekte
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsprobleme
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben (P00-P96)	Als AU-Diagnose selten
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	Fußfehlstellungen, Herzfehler
XVIII	Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde, die anderenorts nicht (R00-R99)	Bauchschmerzen, Fieber, Erbrechen
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	Verstauchungen, Frakturen
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)	Wird bei AU nicht verwendet
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Früherkennungsuntersuchungen
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99)	Selten verwendet, z.T. vorläufige Schlüssel für neue Erkrankungen

Berufe – Stellung im Beruf – Ausbildung

Traditionell werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder erfasst, die zuvor von den Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und Gültigkeit (Validität) entsprechender Angaben gelegentlich in Zweifel gezogen wurde, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. z.B. BARMER GEK Arztreport 2010, Abbildungen Seite 204 und Seite 212). Trotz gelegentlicher Zweifel an der Validität lassen sich demnach für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch deutliche und insgesamt plausibel erscheinende Zusammenhänge mit dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen nachweisen. Die ausgeübte Tätigkeit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. auch Textabschnitte ab Seite 132).

Bis Ende November 2011 wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 verwendeten Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“, seinerzeit herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeit, erfasst²⁰. Ein



entsprechendes Schlüsselverzeichnis mit Hinweisen auch zur Kodierung von Angaben zur Stellung im Beruf sowie zur Ausbildung (in einer Fassung von 2003 mit der Bezeichnung „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung“) kann auf den Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit (BA) unter dem folgenden Link heruntergeladen werden:

http://www.arbeitsagentur.de/nn_497208/Navigation/zentral/Unternehmen/Sozialversicherung/Schluessselverzeichnis/Schluessselverzeichnis-Nav.html



Informationen zu der im Gesundheitsreport verwendeten Aufteilung der Berufe (beziehungsweise der „Berufsordnungen“) in „Berufsfelder“ sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unter dem nachfolgend genannten Link zu finden:

<http://bisds.infosys.iab.de/bisds/faces/Start.jsp>

²⁰ Bundesanstalt für Arbeit, Hg., Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen, Nürnberg 1988.

Veränderungen ab Dezember 2011

Seit dem 1. Dezember 2011 ist für die Meldung von Tätigkeiten an Sozialversicherungsträger das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010“ mit 9-stelligen Schlüsseln maßgeblich, womit dann, neben einer zeitgemäßerer Auswahl von Berufen, auch eine Differenzierung zwischen Teil- und Vollzeittätigkeiten in befristeten oder unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen sowie zwischen Leiharbeit und normalen Beschäftigungsverhältnissen möglich ist. Eine PDF-Version des neuen Schlüsselverzeichnisses ist unter dem bereits zuvor genannten Link erhältlich, eine Online-Version findet sich unter <http://bns-ts.arbeitsagentur.de/> auf den Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit (BA).



Die neuen Meldeangaben dürften in den kommenden Jahren zu differenzierteren Auswertungsmöglichkeiten führen. Da bei einem Teil der verwendeten Daten der BARMER GEK noch keine neuen Tätigkeitsschlüssel verfügbar waren, wurden für den vorliegenden Report alle Angaben nach dem neuen Schlüssel in Kategorien des bisherigen Schlüssels rückkodiert und Ergebnisse entsprechend auch in der bisherigen Form dargestellt. Für die Rückkodierungen wurden Überleitungstabellen genutzt, die auf den Internetseite der BA unter dem folgenden Link verfügbar sind: <http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/bns/infopak2.zip> (Stand April 2013)

Branchen

Für eine Zuordnung und Differenzierung von Unternehmen nach Branchen wird in Deutschland aktuell die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ (WZ2008) verwendet. Sie ist hierarchisch aufgebaut und ist übergeordnet in 21 „Abschnitte“ gegliedert, die insgesamt in einer weiteren Differenzierung 88 „Abteilungen“ mit 272 „Gruppen“, 615 „Klassen“ und 839 „Unterklassen“ beinhalten. Während die übergeordneten 21 „Abschnitte“ mit Buchstaben von A bis R bezeichnet werden, werden die einzelnen Wirtschaftszweige mit effektiv maximal 5-stelligen Ziffernfolgen zwischen 01.11.0 und 99.00.0 (auf der Ebene von „Unterklassen“) gekennzeichnet. Weiterführende Informationen sowie die vollständigen Angaben zur Klassifikation sind auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter dem nachfolgend genannten Link verfügbar:



http://www.statistikportal.de/statistik-portal/de_klassiWZ08.asp

Geschlechts- und Altersstandardisierung

Mit dem Begriff Standardisierung werden in der Epidemiologie vorrangig zwei Verfahren bezeichnet, die einen inhaltlich adäquaten Vergleich von Kennzahlen aus unterschiedlichen Populationen trotz bekannter Strukturunterschiede erlauben. Relativ häufig wird eine Standardisierung für die Merkmale Geschlecht und Alter vorgenommen. Erst nach einer entsprechenden Standardisierung lassen sich beispielsweise Erkrankungsraten oder Sterbeziffern aus Entwicklungsländern im Sinne von Gesundheitsindikatoren mit denen aus Industrienationen vergleichen. Vergleiche unstandardisierter Kennzahlen könnten demgegenüber, trotz einer geringen Lebenserwartung und ausschließlich als Folge einer jungen Bevölkerung, für bestimmte Entwicklungsländer geringere Sterbeziffern und Erkrankungsraten als in Industrienationen mit hoher Lebenserwartung aufzeigen, welche dann jedoch wenig über die gesundheitlichen Lebensbedingungen (sondern mehr über die Altersstruktur) aussagen würden. Vergleichbare Probleme können grundsätzlich auch bei Gegenüberstellungen von unterschiedlichen Versichertengruppen von Krankenkassen eine Rolle spielen.

Direkte Standardisierung

Ein überwiegender Teil der Ergebnisdarstellungen im Gesundheitsreport zeigt direkt alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Bei der direkten Standardisierung muss zunächst, und in gewissen Grenzen immer willkürlich, eine Standardpopulation gewählt werden. Anschließend werden für alle betrachteten Gruppen (z.B. für Versicherte in einzelnen Bundesländern) Ergebnisse ermittelt, die in den betrachteten Gruppen bei der (fiktiven) Annahme der Geschlechts- und Altersstruktur der Standardpopulation zu erwarten gewesen wären. Hierzu müssen die gewünschten Kennzahlen in jeder betrachteten Population zunächst für alle Geschlechts- und Altersgruppen (bei den vorliegenden Auswertungen für 20 Gruppen) jeweils separat berechnet werden. Erst anschließend können die Ergebnisse, unter Annahme bestimmter Bevölkerungsanteile in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen entsprechend den Anteilen in der ausgewählten Standardpopulation, wieder als standardisierte Werte zusammengefasst werden. Bezogen auf die beispielhaft genannten Bundesländer wird damit sinngemäß also so getan, als hätten Versichertengruppen aus allen Bundesländern eine identische (fiktive) Geschlechts- und Altersstruktur, nämlich genau die der anfangs ausgewählten Standardpopulation.

Die im Gesundheitsreport dokumentierten Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich damit nicht mehr (oder, streng genommen, allenfalls in geringem Umfang) mit einer unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstruktur von Versicher-

ten in einzelnen Bundesländern begründen, sondern weisen auf ein unterschiedliches Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen innerhalb von übereinstimmenden Geschlechts- und Altersgruppen hin.

Standardpopulation – Veränderung bei Publikationen ab 2013

Zur Standardisierung wurden bis zum Gesundheitsreport 2012 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet²¹. Die Auswahl der Standardpopulation entsprach den seinerzeit gültigen „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“. Zwischenzeitlich wurden diese Empfehlungen aktualisiert. Zur Standardisierung sollen aktuell Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 verwendet werden (vgl. Tabelle 32). Diese Empfehlungen wurden im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsreportes 2013 vollständig, d.h. sowohl im Hinblick auf die Berechnung der Ergebnisse zum Jahr 2012 als auch im Hinblick auf Vorjahresergebnisse, umgesetzt. Durch die Umstellung der Standardpopulation ergeben sich zwangsläufig auch veränderte Ergebnisse. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den bis 2012 publizierten Zahlen ist hierdurch eingeschränkt, weshalb entsprechende Gegenüberstellungen vermieden werden sollten.

Tabelle 32 Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010

Altersgruppe	Männer [Tsd.]	Frauen [Tsd.]
15 – 19 Jahre	664	499
20 – 24 Jahre	1.643	1.484
25 – 29 Jahre	1.975	1.768
30 – 34 Jahre	2.111	1.730
35 – 39 Jahre	2.286	1.895
40 – 44 Jahre	3.131	2.674
45 – 49 Jahre	3.060	2.686
50 – 54 Jahre	2.568	2.341
55 – 59 Jahre	2.106	1.798
60 – 64 Jahre	1.094	759

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011. Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland 2010 - Fachserie 1 Reihe 4.1.2, Seite 10.

²¹ Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

Indirekte Standardisierung

Eine direkte Standardisierung setzt voraus, dass alle relevanten Subgruppen der Standardpopulation, also typischerweise einzelne Geschlechts- und Altersgruppen, auch in jeder betrachteten (Sub-)Population ausreichend repräsentiert sind. Die Einhaltung dieser Bedingung kann allerdings bei Analysen zu kleineren Subgruppen von Versicherten, beispielsweise bei regionalen Auswertungen auf Kreisebene, nicht immer gewährleistet werden. In entsprechenden Fällen kann auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen werden, welches auch für Vergleiche von Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen.

Die indirekte Standardisierung wird typischerweise bei Vergleichen von Ergebnissen aus Subpopulationen einer größeren Population eingesetzt (hier: Ergebnisse auf Kreisebene bei gleichzeitigem Vorliegen bundesweiter Daten). Vorausgesetzt werden detaillierte und belastbare geschlechts- und altersgruppenspezifische Ergebnisse zur größeren Population (hier: bundesweite Ergebnisse zu Erwerbspersonen in der BARMER GEK) sowie Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der betrachteten Subpopulationen.

Berechnet werden für alle betrachteten Subgruppen zunächst einfache „rohe“ Kennzahlen. Den rohen Kennzahlen werden in einem zweiten Schritt dann Werte gegenübergestellt, die in den Subpopulationen mit ihrer jeweils spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur unter Zugrundelegung von geschlechts- und altersspezifischen Ergebnissen aus der übergeordneten Population zu erwarten gewesen wären.

Als indirekt standardisierte Ergebnisse werden schließlich primär die relativen Abweichungen der (hier regional) beobachteten von den (regional) erwarteten Ergebnissen berichtet. Berichtet werden also lediglich prozentuale Abweichungen. Aus bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den entsprechenden regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dieses Vorgehen setzt bestimmte Annahmen voraus, die im Falle regionaler Auswertungen auf Kreisebene jedoch als methodisch weitgehend unproblematisch gelten können.



Einfache Beispielrechnungen sind dem Eintrag zur Standardisierung in Wikipedia unter dem Link:
[http://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_\(Epidemiologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_(Epidemiologie))
zu entnehmen.

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A1 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2012

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	194	210	201	197	222	208
20 – 24 Jahre	119	141	130	144	160	152
25 – 29 Jahre	76	111	93	101	123	111
30 – 34 Jahre	75	103	88	95	114	103
35 – 39 Jahre	84	108	95	101	114	107
40 – 44 Jahre	100	116	107	103	116	109
45 – 49 Jahre	95	117	105	104	118	111
50 – 54 Jahre	105	126	115	110	125	118
55 – 59 Jahre	112	129	120	120	134	126
60 – 64 Jahre	108	121	114	115	124	119
Gesamt	100	121	110	111	127	118

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Tabelle A2 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2012

AU-Tage je Fall Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	5,8	5,8	5,8	5,9	5,4	5,7
20 – 24 Jahre	7,8	7,5	7,7	8,1	7,4	7,8
25 – 29 Jahre	11,2	10,7	10,9	10,4	9,7	10,1
30 – 34 Jahre	10,9	11,3	11,1	11,4	11,3	11,3
35 – 39 Jahre	12,6	14,0	13,3	12,7	12,9	12,8
40 – 44 Jahre	14,9	15,5	15,2	14,4	14,6	14,5
45 – 49 Jahre	17,8	17,6	17,7	16,2	16,3	16,2
50 – 54 Jahre	19,0	18,2	18,6	18,2	18,2	18,2
55 – 59 Jahre	20,5	20,5	20,5	21,1	19,9	20,5
60 – 64 Jahre	23,8	22,9	23,4	26,6	24,0	25,5
Gesamt	14,9	14,8	14,9	14,6	14,1	14,4

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Tabelle A3 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2012

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.116	1.219	1.160	1.162	1.208	1.182
20 – 24 Jahre	927	1.065	993	1.169	1.183	1.176
25 – 29 Jahre	853	1.186	1.010	1.051	1.197	1.120
30 – 34 Jahre	818	1.167	975	1.079	1.281	1.170
35 – 39 Jahre	1.062	1.515	1.268	1.275	1.469	1.363
40 – 44 Jahre	1.489	1.798	1.631	1.490	1.688	1.581
45 – 49 Jahre	1.692	2.051	1.860	1.679	1.931	1.797
50 – 54 Jahre	1.997	2.291	2.137	2.013	2.278	2.139
55 – 59 Jahre	2.291	2.636	2.450	2.520	2.670	2.589
60 – 64 Jahre	2.582	2.780	2.663	3.047	2.985	3.022
Gesamt	1.489	1.798	1.631	1.627	1.791	1.702

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Tabelle A4 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2012 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung <i>*(Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	92	1.563	16,9
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	126	1.715	13,6
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	71	1.522	21,5
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	118	1.095	9,3
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	82	842	10,3
07	<i>Erzbergbau*</i>	81	1.344	16,5
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	109	1.544	14,2
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	111	1.443	12,9
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	113	1.859	16,5
11	Getränkeherstellung	118	1.593	13,5
12	Tabakverarbeitung	132	1.671	12,6
13	Herstellung von Textilien	122	1.611	13,2
14	Herstellung von Bekleidung	106	1.282	12,0
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	118	1.371	11,6
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	121	1.650	13,7
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	127	1.702	13,4
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	115	1.510	13,1
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	123	1.450	11,8
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	121	1.462	12,1
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	130	1.502	11,5
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	128	1.656	13,0
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	123	1.655	13,4
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	125	1.531	12,2
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	126	1.592	12,6
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	124	1.370	11,0
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	131	1.490	11,4
28	Maschinenbau	125	1.433	11,5
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	131	1.675	12,8
30	Sonstiger Fahrzeugbau	136	1.586	11,7
31	Herstellung von Möbeln	119	1.631	13,7
32	Herstellung von sonstigen Waren	112	1.278	11,4
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	123	1.617	13,1

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
35	Energieversorgung	131	1.574	12,0
36	Wasserversorgung	140	1.676	11,9
37	Abwasserentsorgung	135	1.700	12,6
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	139	1.977	14,2
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Ent- sorgung*</i>	137	1.712	12,5
41	Hochbau	104	1.612	15,5
42	Tiefbau	112	1.597	14,2
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	110	1.626	14,8
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	108	1.442	13,3
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	110	1.383	12,6
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	102	1.627	16,0
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	116	1.999	17,2
50	Schifffahrt	85	1.264	14,8
51	Luftfahrt	136	1.797	13,2
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	121	1.824	15,1
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	123	2.118	17,2
55	Beherbergung	91	1.640	17,9
56	Gastronomie	86	1.662	19,3
58	Verlagswesen	93	1.076	11,6
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	74	1.059	14,4
60	Rundfunkveranstalter	94	1.167	12,4
61	Telekommunikation	127	1.601	12,6
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	103	1.171	11,4
63	Informationsdienstleistungen	104	1.413	13,6
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	115	1.291	11,2
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensions- kassen (ohne Sozialversicherung)	117	1.452	12,4
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbun- dene Tätigkeiten	101	1.338	13,3
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	100	1.292	12,9
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	90	977	10,9
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrie- ben; Unternehmensberatung	99	1.273	12,9
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikali-	100	1.134	11,3

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
	sche und chemische Untersuchung			
72	Forschung und Entwicklung	108	1.222	11,3
73	Werbung und Marktforschung	91	1.261	13,9
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	88	1.130	12,8
75	Veterinärwesen	81	1.051	13,0
77	Vermietung von beweglichen Sachen	105	1.519	14,5
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	151	2.221	14,7
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	85	1.095	12,8
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	136	2.238	16,4
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	121	1.934	16,0
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	146	2.022	13,8
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	145	1.807	12,5
85	Erziehung und Unterricht	125	1.449	11,6
86	Gesundheitswesen	112	1.657	14,9
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	127	2.149	16,9
88	Sozialwesen (ohne Heime)	124	1.888	15,2
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	91	1.332	14,6
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	128	1.533	12,0
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	93	1.657	17,8
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	93	1.485	15,9
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	107	1.341	12,6
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	190	1.951	10,3
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	109	1.632	14,9
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	60	1.147	19,2
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	46	792	17,3
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	152	2.022	13,3
NN	Unbekannt	103	2.995	29,0
Gesamt		118	1.702	14,4

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A5 Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2012 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	4,25%	4,32%	4,28%
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag*	5,28%	4,02%	4,70%
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	4,15%	4,20%	4,17%
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	3,41%	2,51%	3,00%
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	2,63%	1,93%	2,31%
07	<i>Erzbergbau*</i>	4,04%	3,27%	3,68%
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	4,93%	3,41%	4,23%
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	4,00%	3,90%	3,95%
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	5,10%	5,09%	5,09%
11	Getränkeherstellung	4,75%	3,91%	4,36%
12	Tabakverarbeitung*	4,19%	5,03%	4,58%
13	Herstellung von Textilien	4,53%	4,28%	4,42%
14	Herstellung von Bekleidung	3,10%	4,00%	3,51%
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen*	3,48%	4,08%	3,76%
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	5,26%	3,65%	4,52%
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	4,72%	4,60%	4,66%
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	4,00%	4,30%	4,14%
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung*	3,77%	4,21%	3,97%
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	4,07%	3,93%	4,01%
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	3,62%	4,70%	4,11%
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	4,51%	4,57%	4,54%
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	4,89%	4,12%	4,54%
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	4,65%	3,66%	4,19%
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	4,51%	4,19%	4,36%
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	3,18%	4,43%	3,75%
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	3,71%	4,52%	4,08%
28	Maschinenbau	4,03%	3,81%	3,93%
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	4,24%	5,00%	4,59%
30	Sonstiger Fahrzeugbau	4,15%	4,57%	4,34%
31	Herstellung von Möbeln	4,82%	4,05%	4,47%
32	Herstellung von sonstigen Waren	3,31%	3,73%	3,50%
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	4,41%	4,46%	4,43%

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
35	Energieversorgung	3,89%	4,81%	4,31%
36	Wasserversorgung	4,33%	4,89%	4,59%
37	Abwasserentsorgung*	5,07%	4,18%	4,66%
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	6,22%	4,48%	5,42%
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Ent- sorgung*</i>	5,48%	3,77%	4,69%
41	Hochbau	5,66%	2,96%	4,42%
42	Tiefbau	5,43%	3,14%	4,38%
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	5,30%	3,47%	4,46%
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	4,23%	3,63%	3,95%
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	3,72%	3,86%	3,79%
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	4,17%	4,79%	4,46%
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	5,58%	5,36%	5,48%
50	Schifffahrt*	3,40%	3,54%	3,46%
51	Luftfahrt	4,40%	5,54%	4,92%
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	5,22%	4,74%	5,00%
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	5,34%	6,34%	5,80%
55	Beherbergung	4,11%	4,95%	4,49%
56	Gastronomie	4,12%	5,07%	4,55%
58	Verlagswesen	2,64%	3,31%	2,95%
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	2,33%	3,57%	2,90%
60	Rundfunkveranstalter	2,67%	3,81%	3,20%
61	Telekommunikation	3,38%	5,56%	4,39%
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	2,58%	3,94%	3,21%
63	Informationsdienstleistungen	3,18%	4,68%	3,87%
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	2,94%	4,23%	3,54%
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensions- kassen (ohne Sozialversicherung)	3,37%	4,69%	3,98%
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbun- dene Tätigkeiten	3,52%	3,84%	3,67%
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,44%	3,66%	3,54%
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	2,39%	3,01%	2,68%
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrie- ben; Unternehmensberatung	2,95%	4,12%	3,49%
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikali-	2,91%	3,33%	3,11%

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
	sche und chemische Untersuchung			
72	Forschung und Entwicklung	2,94%	3,82%	3,35%
73	Werbung und Marktforschung	3,24%	3,71%	3,45%
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,07%	3,13%	3,10%
75	Veterinärwesen*	2,59%	3,22%	2,88%
77	Vermietung von beweglichen Sachen	4,33%	3,96%	4,16%
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	5,93%	6,27%	6,09%
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	2,74%	3,30%	3,00%
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	5,59%	6,77%	6,13%
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	5,17%	5,45%	5,30%
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	4,94%	6,25%	5,54%
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,56%	5,41%	4,95%
85	Erziehung und Unterricht	3,36%	4,69%	3,97%
86	Gesundheitswesen	4,32%	4,80%	4,54%
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	5,24%	6,65%	5,89%
88	Sozialwesen (ohne Heime)	4,56%	5,89%	5,17%
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	3,44%	3,90%	3,65%
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	3,84%	4,62%	4,20%
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	3,82%	5,38%	4,54%
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,91%	4,25%	4,07%
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	3,20%	4,23%	3,68%
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	4,78%	6,00%	5,35%
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	4,44%	4,51%	4,47%
97	Private Haushalte mit Hauspersonal*	2,93%	3,40%	3,14%
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	1,52%	2,94%	2,17%
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	5,24%	5,89%	5,54%
NN	Unbekannt	8,38%	8,00%	8,20%
	Gesamt	4,46%	4,91%	4,66%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A6 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Tätigkeit 2012 – Top 100 Berufe

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
781	Bürofachkräfte	117	1.488	12,7
682	Verkäufer	106	1.765	16,6
853	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	126	2.276	18,0
864	Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	169	2.107	12,4
861	Sozialarbeiter, Sozialpfleger	131	2.301	17,6
856	Sprechstundenhelfer	105	1.237	11,7
691	Bankfachleute	121	1.374	11,3
681	Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	102	1.264	12,4
751	Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichsleiter	74	1.052	14,1
714	Kraftfahrzeugführer	109	2.313	21,3
774	Datenverarbeitungsfachleute	91	877	9,7
744	Lager-, Transportarbeiter	151	2.156	14,3
772	Buchhalter	105	1.330	12,7
873	Real-, Volks-, Sonderschullehrer	123	1.638	13,3
311	Elektroinstallateure, -monteure	134	1.429	10,7
852	Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	131	1.607	12,2
703	Werbefachleute	144	1.665	11,5
411	Köche	110	1.914	17,4
862	Heimleiter, Sozialpädagogen	133	2.034	15,3
741	Lagerverwalter, Magaziner	140	1.898	13,6
784	Bürohilfskräfte	108	1.606	14,9
933	Raum-, Hausratreiniger	128	2.260	17,7
687	Handelsvertreter, Reisende	101	1.372	13,6
912	Kellner, Stewards	108	1.646	15,3
854	Helfer in der Krankenpflege	140	2.778	19,9
753	Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	102	919	9,0
607	Sonstige Ingenieure	80	885	11,0
314	Elektrogerätebauer	133	1.234	9,3
857	Medizinallaboranten	111	1.470	13,2
273	Maschinenschlosser	145	1.451	10,0
752	Unternehmensberater, Organisatoren	88	993	11,2
628	Techniker, o.n.A	101	1.077	10,6
281	Kraftfahrzeuginstandsetzer	149	1.495	10,1
792	Wächter, Aufseher	134	2.384	17,8
694	Lebens-, Sachversicherungsfachleute	123	1.484	12,0

Tätigk.-Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
701	Speditionskaufleute	101	1.179	11,6
291	Werkzeugmacher	125	1.110	8,9
841	Ärzte	69	927	13,4
871	Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen	52	556	10,6
881	Wirtschafts- u. Sozialwissenschaftler, a.n.g., Statistiker	89	985	11,1
911	Gastwirte, Hoteliers, Gaststättenkaufleute	105	1.315	12,5
782	Stenographen, Stenotypisten, Maschinenschreiber	140	2.248	16,1
762	Leitende, admin. entscheidende Verwaltungsfachleute	122	1.616	13,3
221	Dreher	150	1.481	9,9
621	Maschinenbautechniker	101	1.016	10,0
793	Pförtner, Hauswarte	106	1.825	17,2
555	Behinderte in geschützten Einrichtungen	223	1.960	8,8
923	Hauswirtschaftliche Betreuer	122	2.160	17,7
629	Industriemeister, Werkmeister	100	1.390	13,8
684	Drogisten	108	1.694	15,7
322	Sonstige Montierer	153	2.028	13,3
303	Zahntechniker	87	796	9,1
275	Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	165	2.057	12,5
501	Tischler	142	1.742	12,2
877	Sonstige Lehrer	105	1.558	14,9
821	Publizisten	79	902	11,5
051	Gärtner, Gartenarbeiter	153	1.921	12,5
874	Fachschul-, Berufsschul-, Werklehrer	112	1.616	14,4
732	Postverteiler	124	2.201	17,8
863	Arbeits-, Berufsberater	132	1.691	12,8
706	Geldeinnehmer, -auszahler, Kartenverkäufer, -kontroll.	125	2.125	16,9
262	Rohrinstallateure	148	1.706	11,5
622	Techniker des Elektrofaches	102	1.037	10,2
603	Architekten, Bauingenieure	80	926	11,5
823	Bibliothekare, Archivare, Museumsfachleute	138	1.744	12,6
702	Fremdenverkehrsfachleute	95	1.102	11,5
635	Technische Zeichner	125	1.133	9,1
813	Rechtsvertreter, -berater	63	710	11,4
212	Drahtverformer, -verarbeiter	164	2.121	12,9
683	Verlagskaufleute, Buchhändler	102	1.126	11,0
913	Übrige Gästebetreuer	102	1.713	16,9

Tätigk.-Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
901	Friseure	123	1.272	10,4
284	Feinmechaniker	133	1.119	8,4
549	Maschineneinrichter, o.n.A.	146	1.726	11,8
151	Kunststoffverarbeiter	157	1.927	12,3
521	Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	133	1.644	12,3
141	Chemiebetriebswerker	161	1.875	11,6
441	Maurer	129	2.192	17,0
511	Maler, Lackierer (Ausbau)	147	1.853	12,6
543	Sonstige Maschinisten	159	2.071	13,1
882	Geisteswissenschaftler, a.n.g.	121	1.539	12,7
304	Augenoptiker	103	877	8,5
285	Sonstige Mechaniker	129	1.206	9,4
844	Apotheker	55	768	13,8
601	Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	73	641	8,8
833	Bildende Künstler, Graphiker	88	898	10,2
531	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	124	1.894	15,2
876	Sportlehrer	99	1.262	12,7
633	Chemielaboranten	138	1.384	10,1
323	Metallarbeiter, o.n.A.	141	1.544	10,9
321	Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	167	2.105	12,6
432	Mehl-, Nahrungsmittelhersteller	156	2.358	15,1
602	Elektroingenieure	79	676	8,6
835	Künstl., zugeord. Berufe d. Bühnen-, Bild- u. Tontechn.	85	1.140	13,3
934	Glas-, Gebäudereiniger	131	2.194	16,8
472	Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer, a.n.g.	113	2.036	18,0
391	Backwarenhersteller	108	1.619	15,0
875	Lehrer für musische Fächer, a.n.g.	72	997	13,8
991	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe	46	850	18,6
274	Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	130	1.312	10,1
	Gesamt	120	1.773	14,8

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, absteigende Sortierung der Berufe nach Versichertenzahlen**, je Tätigkeit mehr als 4.000 Versicherte 2012 berücksichtigt.

*Aufteilung nach dem bis 2011 gültigen Schlüsselverzeichnis 2003 auf der Basis von ggf. rückkodierte Angaben gemäß Schlüsselverzeichnis 2010, vgl. Erläuterungen auf Seite 141 und 142.

Tabelle A7 Krankenstand nach Geschlecht und Tätigkeit 2012 – Top 100 Berufe

Tätigk.-Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	Männer	Frauen	Gesamt
781	Bürofachkräfte	3,54%	4,22%	4,08%
682	Verkäufer	3,90%	5,16%	4,83%
853	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	5,36%	6,37%	6,24%
864	Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	4,76%	5,85%	5,77%
861	Sozialarbeiter, Sozialpfleger	4,72%	6,71%	6,31%
856	Sprechstundenhelfer	3,40%	3,39%	3,39%
691	Bankfachleute	2,99%	4,23%	3,76%
681	Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	2,92%	3,96%	3,46%
751	Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichsleiter	2,48%	3,71%	2,88%
714	Kraftfahrzeugführer	6,27%	7,31%	6,34%
774	Datenverarbeitungsfachleute	2,18%	3,50%	2,40%
744	Lager-, Transportarbeiter	5,44%	7,11%	5,91%
772	Buchhalter	3,12%	3,76%	3,64%
873	Real-, Volks-, Sonderschullehrer	3,42%	4,79%	4,49%
311	Elektroinstallateure, -monteure	3,88%	4,86%	3,92%
852	Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	4,36%	4,41%	4,40%
703	Werbefachleute	3,53%	5,17%	4,56%
411	Köche	4,16%	6,35%	5,24%
862	Heimleiter, Sozialpädagogen	4,78%	5,89%	5,57%
741	Lagerverwalter, Magaziner	4,95%	6,11%	5,20%
784	Bürohilfskräfte	4,23%	4,44%	4,40%
933	Raum-, Hausratreiniger	4,86%	6,40%	6,19%
687	Handelsvertreter, Reisende	3,45%	4,62%	3,76%
912	Kellner, Stewards	3,45%	4,89%	4,51%
854	Helfer in der Krankenpflege	5,51%	8,75%	7,61%
753	Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	2,22%	2,61%	2,52%
607	Sonstige Ingenieure	2,34%	2,88%	2,42%
314	Elektrogerätebauer	3,19%	4,97%	3,38%
857	Medizinallaboranten	3,57%	4,06%	4,03%
273	Maschinenschlosser	3,95%	5,31%	3,98%
752	Unternehmensberater, Organisatoren	2,19%	3,40%	2,72%
628	Techniker, o.n.A	2,74%	3,93%	2,95%
281	Kraftfahrzeuginstandsetzer	4,10%	4,05%	4,10%
792	Wächter, Aufseher	6,07%	7,37%	6,53%
694	Lebens-, Sachversicherungsfachleute	3,59%	4,38%	4,06%

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsseler- zeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	Männer	Frauen	Gesamt
701	Speditionskaufleute	3,09%	3,45%	3,23%
291	Werkzeugmacher	3,02%	4,14%	3,04%
841	Ärzte	1,87%	2,94%	2,54%
871	Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen	1,11%	1,99%	1,52%
881	Wirtschafts- u. Sozialwissenschaftler, a.n.g., Statistiker	2,17%	3,06%	2,70%
911	Gastwirte, Hoteliers, Gaststättenkaufleute	3,13%	3,79%	3,60%
782	Stenographen, Stenotypisten, Maschinenschreiber	4,90%	6,20%	6,16%
762	Leitende, admin. entscheidende Verwaltungsfachleute	3,39%	5,06%	4,43%
221	Dreher	4,04%	4,84%	4,06%
621	Maschinenbautechniker	2,69%	3,55%	2,78%
793	Pförtner, Hauswarte	4,99%	5,07%	5,00%
555	Behinderte in geschützten Einrichtungen	4,79%	6,15%	5,37%
923	Hauswirtschaftliche Betreuer	4,98%	5,98%	5,92%
629	Industriemeister, Werkmeister	3,74%	4,84%	3,81%
684	Drogisten	3,66%	4,67%	4,64%
322	Sonstige Montierer	4,97%	7,10%	5,56%
303	Zahntechniker	1,87%	2,42%	2,18%
275	Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	5,61%	8,05%	5,64%
501	Tischler	4,74%	5,33%	4,77%
877	Sonstige Lehrer	3,97%	4,57%	4,27%
821	Publizisten	2,12%	2,79%	2,47%
051	Gärtner, Gartenarbeiter	5,13%	5,71%	5,26%
874	Fachschul-, Berufsschul-, Werklehrer	3,91%	4,65%	4,43%
732	Postverteiler	5,32%	6,72%	6,03%
863	Arbeits-, Berufsberater	3,65%	5,09%	4,63%
706	Geldeinnehmer, -auszahler, Kartenverkäufer, -kontroll.	4,06%	6,05%	5,82%
262	Rohrinstallateure	4,68%	-	4,67%
622	Techniker des Elektrofaches	2,74%	4,10%	2,84%
603	Architekten, Bauingenieure	2,35%	2,92%	2,54%
823	Bibliothekare, Archivare, Museumsfachleute	4,07%	4,97%	4,78%
702	Fremdenverkehrsfachleute	2,43%	3,15%	3,02%
635	Technische Zeichner	2,80%	3,37%	3,10%
813	Rechtsvertreter, -berater	1,30%	2,52%	1,95%
212	Drahtverformer, -verarbeiter	5,38%	7,12%	5,81%
683	Verlagskaufleute, Buchhändler	2,86%	3,20%	3,09%
913	Übrige Gästebetreuer	3,23%	5,30%	4,69%

Tätigk.-Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	Männer	Frauen	Gesamt
901	Friseur	2,92%	3,52%	3,48%
284	Feinmechaniker	2,98%	3,56%	3,07%
549	Maschineneinrichter, o.n.A.	4,58%	6,13%	4,73%
151	Kunststoffverarbeiter	4,95%	6,59%	5,28%
521	Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	3,99%	5,65%	4,50%
141	Chemiebetriebswerker	4,66%	6,41%	5,14%
441	Maurer	6,01%	-	6,01%
511	Maler, Lackierer (Ausbau)	5,01%	6,03%	5,08%
543	Sonstige Maschinisten	5,44%	7,20%	5,67%
882	Geisteswissenschaftler, a.n.g.	3,36%	4,56%	4,22%
304	Augenoptiker	2,26%	2,46%	2,40%
285	Sonstige Mechaniker	3,26%	4,38%	3,30%
844	Apotheker	1,47%	2,20%	2,10%
601	Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	1,69%	2,51%	1,76%
833	Bildende Künstler, Graphiker	1,99%	2,86%	2,46%
531	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	4,91%	5,81%	5,19%
876	Sportlehrer	3,04%	3,82%	3,46%
633	Chemielaboranten	3,06%	4,25%	3,79%
323	Metallarbeiter, o.n.A.	3,98%	5,34%	4,23%
321	Elektrogeräte-, Elektroreparaturmontierer	5,02%	6,56%	5,77%
432	Mehl-, Nahrungsmittelhersteller	5,79%	7,52%	6,46%
602	Elektroingenieure	1,81%	2,43%	1,85%
835	Künstl., zugeord. Berufe d. Bühnen-, Bild- u. Tontechn.	3,12%	3,13%	3,12%
934	Glas-, Gebäudereiniger	5,39%	6,44%	6,01%
472	Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer, a.n.g.	5,58%	-	5,58%
391	Backwarenhersteller	4,41%	4,50%	4,44%
875	Lehrer für musische Fächer, a.n.g.	2,21%	3,12%	2,73%
991	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe	2,26%	2,43%	2,33%
274	Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	3,61%	-	3,59%
Gesamt		4,51%	5,12%	4,86%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, absteigende Sortierung der Berufe nach Versicherungszahlen**, je Tätigkeit mehr als 4.000 Versicherte 2012 berücksichtigt, geschlechtsspezifische Ergebnisse bei weniger als 1.000 Versicherten kursiv, bei weniger als 100 Versicherten nicht dargestellt.

*Aufteilung nach dem bis 2011 gültigen Schlüsselverzeichnis 2003 auf der Basis von ggf. rückkodierte Angaben gemäß Schlüsselverzeichnis 2010, vgl. Erläuterungen auf Seite 141 und 142.

Tabelle A8 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11,2	12,4	11,7	11,4	12,1	11,7
Neubildungen	1,3	2,1	1,7	1,6	2,4	1,9
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,6	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7
Psychische u. Verhaltensstörungen	5,8	10,6	8,0	5,1	8,8	6,8
Krankheiten des Nervensystems	2,2	3,2	2,6	2,2	3,6	2,8
Krankheiten des Auges	1,2	1,3	1,2	1,5	1,5	1,5
Krankheiten des Ohres	1,2	1,4	1,3	1,3	1,6	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,9	2,5	2,7	3,4	3,2	3,3
Krankheiten des Atmungssystems	27,4	36,6	31,6	29,3	36,4	32,6
Krankh. des Verdauungssystems	10,9	11,5	11,2	13,2	13,9	13,5
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	1,5	1,3	1,4	1,9	1,6	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	16,3	14,8	15,6	19,8	16,8	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,5	4,2	2,7	1,5	4,7	3,0
Schwangerschaft, Geburt	0,0	1,9	0,9	0,0	2,1	0,9
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5,4	8,1	6,7	5,6	7,8	6,6
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	8,9	6,7	7,9	11,5	7,4	9,6
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	0,9	1,6	1,2	0,9	1,6	1,2
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	99,6	121,2	109,5	111,4	126,7	118,5

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A9 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	6,1	5,8	6,0	5,9	6,0	5,9
Neubildungen	50,0	48,1	48,9	36,1	43,9	40,5
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	10,3	7,6	8,9	23,5	19,2	21,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12,2	15,1	13,7	19,0	18,7	18,9
Psychische u. Verhaltensstörungen	62,0	55,8	58,2	48,5	45,8	46,9
Krankheiten des Nervensystems	15,0	13,5	14,1	17,8	13,9	15,5
Krankheiten des Auges	9,1	5,9	7,6	9,0	8,0	8,6
Krankheiten des Ohres	10,2	8,1	9,2	10,5	10,0	10,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	27,7	17,4	23,3	28,0	18,2	23,6
Krankheiten des Atmungssystems	6,2	6,2	6,2	6,6	6,6	6,6
Krankh. des Verdauungssystems	6,3	5,6	6,0	6,8	6,0	6,4
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	15,3	14,5	15,0	14,2	12,1	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,9	20,9	20,3	20,9	22,1	21,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	11,6	7,1	8,5	12,2	9,6	10,3
Schwangerschaft, Geburt	7,0	12,3	12,3	4,7	13,3	13,3
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	-	-	-	-	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	8,0	27,4	17,4	21,7	24,6	23,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	7,0	8,6	7,9	10,2	9,3	9,7
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	20,9	20,9	20,9	21,5	20,6	21,2
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-	-
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	22,2	20,2	21,0	23,5	22,2	22,7
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	-	-	-	-	-	-
Alle Diagnosen	14,9	14,8	14,9	14,6	14,1	14,4

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A10 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	69	72	70	68	72	70
Neubildungen	66	99	81	57	104	78
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1	1	1	3	3	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7	10	8	13	15	14
Psychische u. Verhaltensstörungen	357	591	465	250	403	320
Krankheiten des Nervensystems	32	43	37	39	49	44
Krankheiten des Auges	11	7	9	13	12	13
Krankheiten des Ohres	12	12	12	14	16	15
Krankheiten des Kreislaufsystems	81	44	64	95	57	78
Krankheiten des Atmungssystems	170	225	195	193	241	215
Krankh. des Verdauungssystems	69	65	67	90	84	87
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	23	19	21	26	19	23
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	325	309	318	414	371	394
Krankheiten des Urogenitalsystems	17	30	23	18	45	31
Schwangerschaft, Geburt	0	23	11	0	27	13
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	1	3	2	3	4	3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	38	70	53	57	73	64
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	186	140	164	247	153	203
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	20	32	25	21	34	27
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.489	1.798	1.631	1.627	1.791	1.702

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A11 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011 (Vorjahr)

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	62	73	67	64	68	66
Neubildungen	57	102	78	57	103	78
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2	4	3	3	4	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6	13	9	13	15	14
Psychische u. Verhaltensstörungen	349	534	434	231	374	297
Krankheiten des Nervensystems	38	53	45	38	49	43
Krankheiten des Auges	9	9	9	13	11	12
Krankheiten des Ohres	11	17	14	14	16	15
Krankheiten des Kreislaufsystems	86	49	69	95	57	77
Krankheiten des Atmungssystems	197	244	219	198	247	221
Krankh. des Verdauungssystems	75	69	72	90	85	88
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	20	15	18	25	18	22
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	327	322	325	410	368	390
Krankheiten des Urogenitalsystems	15	34	24	18	46	31
Schwangerschaft, Geburt	0	18	9	0	27	12
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	3	4	3	3	4	3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	45	70	57	53	69	60
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	192	142	169	250	156	207
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	15	27	20	17	27	22
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.520	1.813	1.655	1.600	1.760	1.674

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A12 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2012

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	6	64	10	254	91	102	388
20 – 24 Jahre	12	125	15	211	84	155	335
25 – 29 Jahre	12	165	16	170	69	175	250
30 – 34 Jahre	17	179	22	171	67	217	212
35 – 39 Jahre	25	226	31	192	73	295	207
40 – 44 Jahre	33	253	56	188	83	385	232
45 – 49 Jahre	48	279	98	177	91	460	238
50 – 54 Jahre	88	312	152	193	107	586	239
55 – 59 Jahre	150	368	248	216	125	741	251
60 – 64 Jahre	217	421	355	222	129	969	250
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	9	137	13	309	123	102	157
20 – 24 Jahre	13	212	18	254	100	128	134
25 – 29 Jahre	18	270	19	222	73	143	101
30 – 34 Jahre	30	314	21	220	63	170	96
35 – 39 Jahre	50	369	34	228	65	248	110
40 – 44 Jahre	98	417	47	230	73	340	133
45 – 49 Jahre	142	453	64	225	84	438	157
50 – 54 Jahre	184	510	86	247	92	563	188
55 – 59 Jahre	206	567	120	282	107	694	241
60 – 64 Jahre	246	604	171	272	108	835	276

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen. Bezeichnungen der aufgeführten Krankheitsarten beziehungsweise Diagnosekapitel der ICD10: **II** Neubildungen; **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **IX** Krankheiten des Kreislaufsystems; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XI** Krankheiten des Verdauungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Tabelle A13 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2012

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	3	79	20	231	76	175	225
20 – 24 Jahre	14	133	8	165	60	122	235
25 – 29 Jahre	7	254	6	133	45	110	170
30 – 34 Jahre	5	221	13	131	54	143	131
35 – 39 Jahre	13	293	12	155	51	202	150
40 – 44 Jahre	33	383	45	183	61	332	189
45 – 49 Jahre	67	448	93	167	70	386	222
50 – 54 Jahre	116	498	122	193	74	482	201
55 – 59 Jahre	151	506	262	187	117	570	175
60 – 64 Jahre	333	494	258	194	106	691	164
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	10	275	6	315	94	91	81
20 – 24 Jahre	6	259	15	233	87	104	96
25 – 29 Jahre	23	413	19	198	55	113	77
30 – 34 Jahre	28	423	23	193	48	115	74
35 – 39 Jahre	46	613	15	203	43	181	85
40 – 44 Jahre	56	677	21	207	61	311	124
45 – 49 Jahre	138	778	55	226	50	356	160
50 – 54 Jahre	184	697	85	238	71	474	167
55 – 59 Jahre	207	686	88	274	103	622	269
60 – 64 Jahre	308	673	103	246	71	646	288

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen. Bezeichnungen der aufgeführten Krankheitsarten beziehungsweise Diagnosekapitel der ICD10: **II** Neubildungen; **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **IX** Krankheiten des Kreislaufsystems; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XI** Krankheiten des Verdauungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012.....	11
Abbildung 2	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012.....	13
Abbildung 3	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2012 bundesweit.....	16
Abbildung 4	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012.....	17
Abbildung 5	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2012.....	20
Abbildung 6	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2012.....	23
Abbildung 7	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2012.....	24
Abbildung 8	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2012.....	26
Abbildung 9	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2012.....	28
Abbildung 10	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2012.....	28
Abbildung 11	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2012.....	30
Abbildung 12	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildung bundesweit 2012.....	32
Abbildung 13	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2012.....	33
Abbildung 14	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2012.....	37
Abbildung 15	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2012.....	40

Abbildung 16	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2012	41
Abbildung 17	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2012	42
Abbildung 18	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2012 gegenüber 2011	43
Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2012	46
Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2012	47
Abbildung 21	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	50
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	51
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	52
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	53
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	54
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	55
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012, Kapitel XIX – Verletzungen.....	56
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2012, Kapitel XIX – Verletzungen.....	57
Abbildung 29	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	59

Abbildung 30	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	60
Abbildung 31	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	61
Abbildung 32	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2012, Kapitel XIX – Verletzungen ...	62
Abbildung 33	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2012	66
Abbildung 34	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2012	71
Abbildung 35	Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen bei Erwerbspersonen 2012 ..	80
Abbildung 36	AU- Tage je 100 VJ mit Verletzungen bei jüngeren männlichen Erwerbspersonen nach Berufsfeldern 2012	87
Abbildung 37	Arbeitsunfähigkeiten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates 2012	91
Abbildung 38	AU- Tage je 100 VJ mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bei männlichen Erwerbspersonen mittleren Alters nach Berufsfeldern 2012	97
Abbildung 39	Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2012	105
Abbildung 40	Anteil Männer mit Diagnosen und Arzneiverordnungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren 2011	111
Abbildung 41	Anteil Männer mit Hinweis auf Erkrankungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren 2011	112
Abbildung 42	Anteil Männer mit Hinweis auf Erkrankungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren nach Anzahl der Risikofaktoren 2011	113

Tabellen

Tabelle 1	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit.....	8
Tabelle 2	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2012 im Vergleich zum Vorjahr	9
Tabelle 3	AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011 und 2012.....	10
Tabelle 4	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011 und 2012.....	12
Tabelle 5	Relative Veränderungen 2012 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern	14
Tabelle 6	Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2011, 2012	19
Tabelle 7	Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit	21
Tabelle 8	Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit	22
Tabelle 9	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2012	63
Tabelle 10	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2012	67
Tabelle 11	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2012	68
Tabelle 12	Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2012.....	72
Tabelle 13	Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2012.....	73
Tabelle 14	Sterbewahrscheinlichkeit nach Geschlecht und Alter Deutschland 2009/2011.....	75
Tabelle 15	Arbeitsunfähigkeiten mit Verletzungen bei 15- bis 29-Jährigen in Bundesländern	81

Tabelle 16	Verletzungsbedingte Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnosegruppen 2012.....	83
Tabelle 17	Relevante Diagnosen verletzungsbedingter Arbeitsunfähigkeiten 2012.....	84
Tabelle 18	AU- Tage je 100 VJ mit Verletzungen bei Männern nach Berufsfeldern 2012.....	88
Tabelle 19	AU- Tage je 100 VJ mit Verletzungen bei Männern nach Tätigkeiten 2012	89
Tabelle 20	Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Diagnosegruppen 2012	92
Tabelle 21	Relevante Diagnosen v. Arbeitsunfähigkeiten mit Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems.....	94
Tabelle 22	AU- Tage je 100 VJ mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bei Männern nach Berufsfeldern 2012	98
Tabelle 23	Männer im mittleren Erwerbsalter mit Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens.....	100
Tabelle 24	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens in Bundesländern..	102
Tabelle 25	Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten nach Diagnosegruppen 2012.....	106
Tabelle 26	Relevante Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten 2012	107
Tabelle 27	Risiken für ausgewählte Ereignissen in 2012 – Abhängigkeiten vom Geschlecht, Alter sowie der Anzahl der erfassten kardiovaskulären Risikofaktoren 2011	115
Tabelle 28	Häufigkeit von Diagnosen und Arzneiverordnungen in Bundesländern.....	118
Tabelle 29	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2012.....	137

Tabelle 30	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2012.....	138
Tabelle 31	Diagnosekapitel der ICD10.....	140
Tabelle 32	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010.....	144

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2012	146
Tabelle A2	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2012	147
Tabelle A3	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2012	147
Tabelle A4	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2012 – Abteilungen der WZ2008.....	148
Tabelle A5	Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2012 – Abteilungen der WZ2008.....	151
Tabelle A6	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Tätigkeit 2012 – Top 100 Berufe.....	154
Tabelle A7	Krankenstand nach Geschlecht und Tätigkeit 2012 – Top 100 Berufe.....	157
Tabelle A8	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012	160
Tabelle A9	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012	161
Tabelle A10	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012.....	162
Tabelle A11	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011 (Vorjahr).....	163
Tabelle A12	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2012	164
Tabelle A13	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2012.....	165

Abkürzungen – Glossar

Begriff, Abkürzung	Erläuterung
AU	Arbeitsunfähigkeit – hier durchgängig im Sinne einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum von Kalendertagen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Diagnosegruppen	Gliederungsebene der ICD10 mit mehr als 200 Gruppen
Diagnosekapitel	Höchste Gliederungsebene der ICD10 mit 22 Kapiteln, in Gesundheitsreporten oftmals auch als Krankheitsarten bezeichnet
Diagnosen	Hier: Diagnosen in einer Differenzierung nach dreistelligen ICD10-Schlüsseln, von denen insgesamt mehr als 1.600 in der ICD10 existieren
Erwerbspersonen	Hier: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inklusive Beschäftigte über der Beitragsbemessungsgrenze) und Arbeitslosengeld-I-Empfänger
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; international verwendeter Schlüssel zu Diagnosekodierung (vgl. auch Tabelle auf Seite 140)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 134 ff.)
Krankheitsarten	Gebräuchliche Bezeichnung für Diagnosekapitel (s.o.)
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung; umfasst Gesetze zur Krankenversicherung in Deutschland
Standardisierung	Statistisches Verfahren, um sinnvolle Vergleiche strukturell unterschiedlicher Gruppen zu ermöglichen (vgl. auch Erläuterungen Seite 144)
VJ	Versicherungsjahr a 365 Tage – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 134 ff.)

BARMER GEK Gesundheitsreporte sind bisher zu folgenden Themen erschienen:

BARMER Gesundheitsreport 2005

Fehlzeiten, Gender Mainstreaming und betriebliche Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2006

Demografischer Wandel - ältere Beschäftigte im Focus betrieblicher Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2007

Führung und Gesundheit

BARMER Gesundheitsreport 2008

Rückengesundheit - Rückhalt für Arbeit und Alltag

BARMER Gesundheitsreport 2009

Psychische Gesundheit und psychische Belastungen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1

Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 2

Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz

BARMER GEK Gesundheitsreport 2011

Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance, Praxistipps für Unternehmen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2012

Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit



Die Gesundheitsreporte stehen im BARMER GEK Arbeitgeberportal unter folgendem Link zum Download zur Verfügung:

www.barmer-gek.de/501306

Ihre Notizen

Ihre Notizen

Ihre Notizen



Wir halten Ihr Unternehmen, Ihre Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fit.

Schon einmal darüber nachgedacht, was Sie in Ihrem Betrieb zum Thema Gesundheit tun können?

Um Sie hier zu unterstützen, engagieren wir uns mit einem breit angelegten Firmenangebot Gesundheit: von leicht umsetzbaren Maßnahmen zur Firmenfitness, Angeboten zur Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens bis hin zu ganzheitlichen Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Haben Sie Interesse? Sprechen Sie uns an. Unsere Gesundexperten entwickeln für Sie das Angebot, das zu Ihrem Unternehmen passt.

BARMER
GEK die gesund
experten

➤ [www.barmer-gek.de/
arbeitgeber](http://www.barmer-gek.de/arbeitgeber)



Betriebliches Gesundheitsmanagement bewegt was...

Termin- und Leistungsdruck, hohes Arbeits-tempo und die zeitgleiche Bewältigung von verschiedenen Aufgaben führen zu gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten. Leistungseinschränkungen, Fehlzeiten und Demotivation sind vermehrt die Folge. Kein Wunder also, dass das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Analyse von Risikofaktoren nach wie vor stark im Fokus von Politik, Wirtschaft und Akteuren des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist.

Die BARMER GEK liefert mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und greift jeweils ein aktuelles Schwerpunktthema zu Arbeit und Gesundheit auf. Der Bericht in diesem Jahr beschäftigt sich mit dem Thema „Männergesundheit im Erwerbsleben“. Denn: Männer setzen sich mit dem Thema Gesundheit anders - als Frauen - auseinander,

haben eine andere Haltung zum Thema Vorsorgeuntersuchungen und einen anderen Informationsbedarf.

Der Gesundheitsreport 2013 wirft einen Blick auf die unterschiedlichen Phasen im Erwerbsleben und untersucht, welche Erkrankungsart maßgeblich die Gesundheit der männlichen Erwerbstätigen in einer Lebensphase beeinflusst.

Gleichzeitig stellt der Report Informationsangebote vor, die bei der Bewältigung des jeweiligen Gesundheitsproblems von Nutzen sind, und gibt Hinweise zu Handlungsansätzen sowie Unterstützungsmöglichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Der BARMER GEK Gesundheitsreport richtet sich an Gesundheitsexperten, Führungskräfte und Personalverantwortliche in Unternehmen sowie Dienstleistungsorganisationen.

