

Gesundheitsreport 2012

Sachsen-Anhalt



Alkoholkonsum und
Erwerbstätigkeit



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, Julia Gerr

Redaktion:

Werner Froese
Andrea Jakob-Pannier
Ingrid Reich
Solveig Wessel

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
Einleitung	5

Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeiten	7
Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2011	7
Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	28
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	34
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10	34
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen	62
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen	67

Schwerpunkt Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit	72
Alkoholkonsum in Deutschland	72
Alkoholprobleme als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalten	78
Alkoholprobleme – Betroffene nach Diagnosen aus relevanten Versorgungsbereichen	86
Alkoholprobleme – Risikofaktoren	92
Alkoholprobleme – Krankschreibungen unter anderen Diagnosen	104
Resümee	115

Angebote und Kontakte zum Thema

Serviceangebote der BARMER GEK zum Thema Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit	117
Wichtige Kontaktadressen für Unternehmen und Betroffene	121
Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit	122

Kennzahlen, Datengrundlagen und Methoden

Datengrundlage und Methoden	125
Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	125
Erwerbspersonen in der BARMER GEK	131
Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden	134

Anhang

Anhang	141
Tabellenanhang	141
Verzeichnisse	156
Abkürzungen – Glossar	162

Editorial

Ein fester Bestandteil der BARMER GEK Versorgungsforschung ist die Auswertung unserer Arbeitsunfähigkeitsdaten. Wie im Vorjahr haben wir das Hannoveraner Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) mit einem spezifischen BARMER GEK Gesundheitsreport für die einzelnen Bundesländer betraut. Das Wissenschaftlerteam um Dr. Thomas Grobe hat die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten 2011 noch einmal verfeinert: Sie finden einen reichen Datenfundus, der aufschlussreiche Vergleiche zum Vorjahr sowie auf Länder- und Kreisebene ermöglicht – dies übrigens auch diagnosebezogen. Hinzu kommen in diesem Jahr branchen- und berufsgruppenbezogene Auswertungen. Herrn Dr. Grobe und seinem Team danken wir für die sorgfältige und vielseitige Analyse.

Ein zentrales Ergebnis ist die relativ deutliche Zunahme der Fehlzeiten. Hier spiegelt sich die Arbeitswelt im Umbruch: Offenbar steigen vielerorts die Anforderungen und Belastungen in den Betrieben. Treiber dieser Entwicklung sind vor allem die psychischen Erkrankungen. Sie legen überdurchschnittlich zu. Für Unternehmen bedeutet das: Betriebliches Gesundheitsmanagement gewinnt zunehmend an Bedeutung für nachhaltige Personalpolitik. Neben klassische Angebote der Gesundheitsförderung und Analysen von Arbeitsunfähigkeitsdaten müssen neue Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit treten.

Zur Wahl des diesjährigen Schwerpunktthemas: Wenn heute von Alkoholproblemen die Rede ist, denkt man oft zuerst an das „Komasaufen“. Aber riskanter Alkoholkonsum ist kein exklusives Jugendphänomen. In Unternehmen betreiben etwa 5 Prozent der Mitarbeiter einen riskanten Alkoholkonsum. Mit spürbaren Folgen für Unternehmen und Verwaltungen: Das Betriebsklima leidet, Leistungsfähigkeit und Arbeitsqualität sinken, es kommt zu krankheitsbedingten Fehlzeiten und Arbeitsausfällen. Gerade in turbulenten Zeiten versuchen viele Beschäftigte, Hektik und Stress mit Suchtmitteln zu bewältigen.

Krankenkassendaten liefern kein vollständiges Bild des Alkoholkonsums von Erwerbstätigen. Die umfassenden Analysen zu alkoholbedingten Fehlzeiten sowie Krankenhausaufenthalten machen aber schlagartig die Größenordnung für Unternehmen deutlich. Zwar finden sich „nur“ bei 1,2 Prozent der Erwerbspersonen direkte Hinweise auf Alkoholprobleme. Gleichzeitig zeigen die Auswertungen aber auch, dass Erwerbspersonen mit nachweislichen Alkoholproblemen durchschnittlich etwa vierzig Tage länger krankgeschrieben sind als andere Arbeitnehmer.

Unternehmen können dem gezielt entgegensteuern und betriebliche Suchtpräventionsprogramme auflegen. Unsere Expertinnen und Experten für Betriebliches Gesundheitsmanagement unterstützen Sie dabei gerne.

Weitere Serviceangebote der BARMER GEK, zum Beispiel die gemeinsam mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. entwickelte Internetplattform www.sucht-am-arbeitsplatz.de, finden Sie direkt im Anschluss an das Schwerpunktkapitel.

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

Leipzig, im August 2012

Paul-Friedrich Loose

Landesgeschäftsführer Mitte
(Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

Einleitung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2012 umfasst, wie im vorausgehenden Jahr, einen Routineteil sowie ein Schwerpunktthema. Im Routineteil des Gesundheitsreportes werden vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2011 dargestellt. Basis dieser Auswertungen bilden bundesweit erfasste und pseudonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,5 Millionen Erwerbspersonen. Ergebnisse zum Jahr 2011 werden im Report sowohl regional differenziert als auch mit Vorjahresergebnissen verglichen.

Im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die bei Arbeitgebern abgegeben werden, umfassen Meldungen bei Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die einen wesentlichen Teil des vorliegenden Reportes einnehmen.

Trotz der langen Tradition in Deutschland liefern Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten oftmals keinesfalls einfach interpretierbare Ergebnisse. Vor diesem Hintergrund beinhaltet der Report im Anhang weiterhin relativ umfangreiche Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten von dargestellten Kennzahlen.

Dank der umfangreichen Datenbasis konnten bei Berechnungen zum Report eine Vielzahl von Subgruppenanalysen durchgeführt werden, die in einer papiergebundenen Publikation nur auszugsweise dargestellt werden können. In der vorliegenden Publikation wurde im Vergleich zur Vorjahresausgabe sowohl branchenbezogene Ergebnisse als auch Ergebnisse zu ausbildungs- und berufsabhängigen Arbeitsunfähigkeiten ergänzt.

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

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

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

Wichtige Ergebnisse im Überblick

Gesundheitsreport für Sachsen-Anhalt 2012

- Von den bei Auswertungen zum Gesundheitsreport 2012 insgesamt berücksichtigten 3,513 Millionen Erwerbspersonen wohnten 127 Tausend (3,6%) in Sachsen-Anhalt. Für die Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in Sachsen-Anhalt konnten damit Daten zu etwa 16,2 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten berücksichtigt werden. Bundesweit waren es 11,9 Prozent.
- Der Krankenstand von Erwerbspersonen lag nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Sachsen-Anhalt bei 4,95 Prozent, was – bezogen auf eine einzelne Erwerbsperson – durchschnittlich 18,1 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2011 entspricht (vgl. Seite 7). Bundesweit ermittelten Fehlzeiten wurden in Sachsen-Anhalt 2011 um 17,2 Prozent überschritten.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten in Sachsen-Anhalt um 3,4 Prozent beziehungsweise 0,59 Tage je Person gestiegen, bundesweit war ein Anstieg um 4,2 Prozent beziehungsweise 0,62 Tage je Person zu verzeichnen.
- Für den Anstieg der Fehlzeiten von 2010 auf 2011 in Sachsen-Anhalt maßgeblich verantwortlich waren ansteigende Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen (vgl. Seite 40).
- Auf die vier relevantesten Krankheitsarten entfielen in Sachsen-Anhalt 2011 insgesamt 64,7 Prozent und etwa zwei Drittel der Fehlzeiten, dabei 22,4 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 15,1 Prozent auf Atemwegserkrankungen, 13,8 Prozent auf Verletzungen und 13,5 Prozent auf psychische Störungen. Auf Kreisebene zeigen sich innerhalb von Sachsen-Anhalt hinsichtlich der Fehlzeiten mit den vier Krankheitsarten deutliche Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen in beide Richtungen (vgl. Abbildungen ab Seite 57).
- Als Einzeldiagnosen waren in Sachsen-Anhalt Rückenschmerzen (ICD10 M54), depressive Episoden (F32), akute Infekte der oberen Atemwege (J06), Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) sowie Diagnosen einer akuten Bronchitis (J20) für die meisten Fehltag verantwortlich (vgl. Seite 71).
- Eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse zum diesjährigen Schwerpunktthema „Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit“ findet sich auf Seite 115.

Arbeitsunfähigkeiten

Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2011

Nachfolgend dargestellt werden zunächst grundlegende Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten aus den Jahren 2010 und 2011, 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 2010 und 2011. Angaben zu relativen Veränderungen regionaler und bundesweiter Zahlen von 2010 auf 2011 sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Sachsen-Anhalt Kennzahl	2010			2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	56,8%	64,2%	59,9%	58,2%	64,8%	60,9%
AU-Fälle je 100 VJ	123	152	135	125	151	136
AU-Tage je Fall	13,8	11,9	12,9	14,0	12,5	13,3
AU-Tage je 100 VJ	1.699	1.814	1.747	1.751	1.883	1.806
Krankenstand	4,66%	4,97%	4,79%	4,80%	5,16%	4,95%
Bundesweit	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	51,6%	56,1%	53,5%	52,8%	57,0%	54,6%
AU-Fälle je 100 VJ	109	125	116	111	126	117
AU-Tage je Fall	13,3	12,2	12,8	13,5	12,6	13,1
AU-Tage je 100 VJ	1.444	1.529	1.479	1.500	1.599	1.541
Krankenstand	3,96%	4,19%	4,05%	4,11%	4,38%	4,22%

BARMER GEK 2010 und 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren im Jahr 2011 54,6 Prozent der Erwerbspersonen, also mehr als die Hälfte, mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden bundesweit 117

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.541 Fehltag erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich mehr als ein Arbeitsunfähigkeitsfall sowie insgesamt mehr als zwei Erkrankungswochen gemeldet. Die 1.541 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,22 Prozent. An einem durchschnittlichen Kalendertag des Jahres 2011 waren demnach von 1.000 Beschäftigten etwa 42 Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte im Durchschnitt 13,1 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2011 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen um 4,2 Prozent gestiegen. Der Anstieg resultierte dabei sowohl aus einer leicht gestiegenen Zahl von AU-Fällen (+1,4 Prozent) als auch aus einem Anstieg der fallbezogenen Dauer der einzelnen Krankmeldungen (+2,7 Prozent).

Tabelle 2 Relative Veränderungen von Kennzahlen 2011 im Vergleich zum Vorjahr

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

BARMER GEK 2010 und 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Für Erwerbspersonen in **Sachsen-Anhalt** ergeben die Auswertungen für 2011 deutlich höhere Kennzahlen zur Zahl der AU-Fälle und -Tage als im Bundesdurchschnitt. Mit 136 AU-Fällen und 1.806 AU-Tagen je 100 VJ wurden in Sachsen-Anhalt 15,8 Prozent mehr AU-Fälle und 17,2 Prozent mehr AU-Tage als im Bundesdurchschnitt erfasst.

Im Vergleich zum Vorjahr sind AU-Fallzahlen und Fehlzeiten auch in Sachsen-Anhalt gestiegen, nämlich um 0,4 beziehungsweise um 3,4 Prozent (vgl. Tabelle 2).

Regionale Variationen

AU-Fallzahlen im Bundeslandvergleich

Tabelle 3 und Abbildung 1 auf der folgenden Seite zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu AU-Fallzahlen je 100 Versicherungsjahre. Während die Tabelle Ergebnisse zu 2010 und 2011 beinhaltet, beschränkt sich die Kartendarstellung auf aktuelle Angaben zum Jahr 2011.

Tabelle 3 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010 und 2011

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ 2010			AU-Fälle je 100 VJ 2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	101	110	105	102	109	105
Bayern	102	110	105	104	111	107
Berlin	108	140	121	107	139	121
Brandenburg	122	150	133	123	153	135
Bremen	110	121	115	108	123	114
Hamburg	101	121	109	102	123	111
Hessen	114	128	120	116	128	121
Meckl.-Vorpommern	122	152	135	125	153	137
Niedersachsen	113	126	118	115	127	120
Nordrhein-Westfalen	105	119	111	107	121	113
Rheinland-Pfalz	111	121	115	113	123	117
Saarland	104	117	109	108	119	113
Sachsen	113	143	125	117	143	128
Sachsen-Anhalt	123	152	135	125	151	136
Schleswig-Holstein	111	127	118	114	129	120
Thüringen	125	154	137	128	155	139
Gesamt	109	125	116	111	126	117

BARMER GEK 2010 und 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

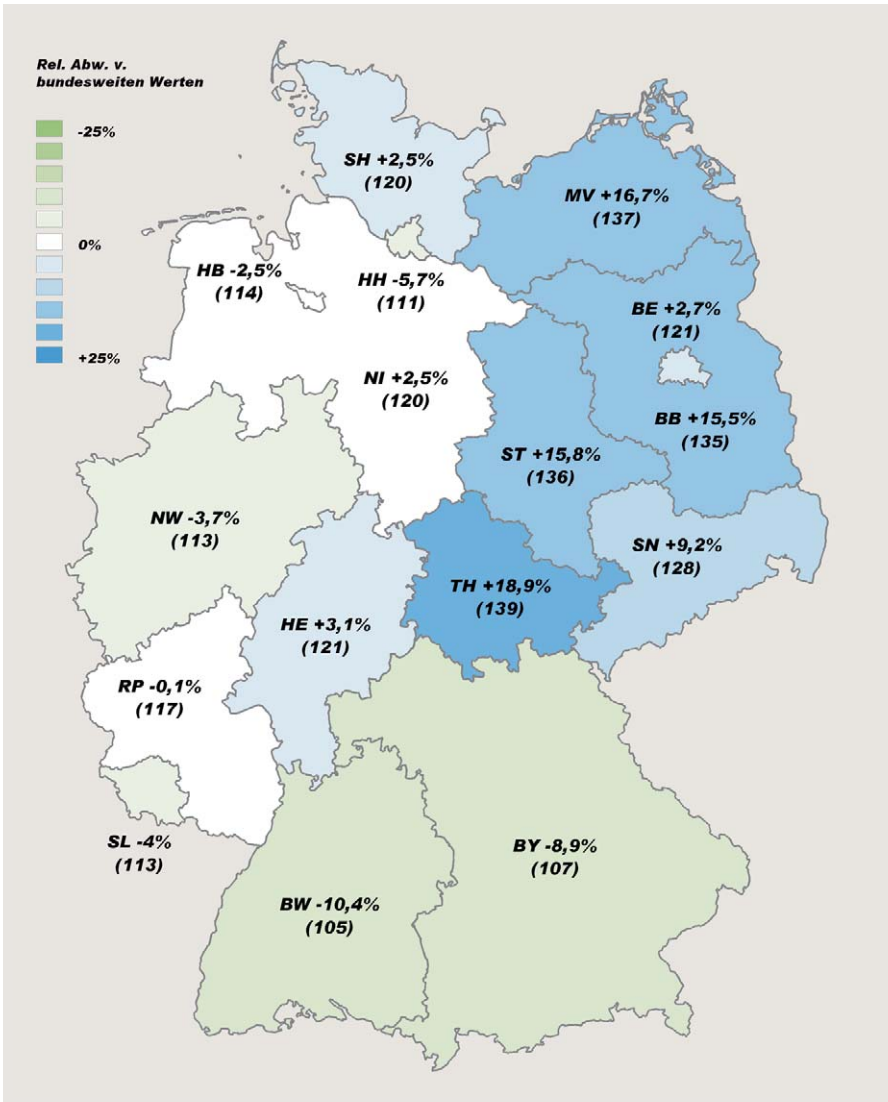


Abbildung 1 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011

Genannt werden in der Abbildung für die einzelnen Bundesländer relative Abweichungen der Ergebnisse von bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie (in Klammern) auch die regionalspezifischen Ergebnisse. Die AU-Fallzahlen variierten 2011

zwischen 105 Fällen in Baden-Württemberg und 139 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit bundesweite Ergebnisse um 10,4 Prozent unterschritten beziehungsweise um 18,9 Prozent überschritten werden.

Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Tabelle 4 und Abbildung 2 zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten gemessen in AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre. Die Fehlzeiten variierten wie im vorausgehenden Jahr auch 2011 noch etwas ausgeprägter als die AU-Fallzahlen, nämlich zwischen 1.296 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-15,9%) und 1.865 AU-Tagen je 100 VJ in Brandenburg (+21,0%). Nach Baden-Württemberg weisen Erwerbspersonen aus Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Tabelle 4 AU-Tag je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010 und 2011

Bundesland	AU-Tag je 100 VJ 2010			AU-Tag je 100 VJ 2011		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1.240	1.260	1.249	1.283	1.315	1.296
Bayern	1.319	1.295	1.309	1.378	1.342	1.363
Berlin	1.563	1.872	1.691	1.575	1.954	1.732
Brandenburg	1.708	1.898	1.787	1.774	1.992	1.865
Bremen	1.389	1.533	1.449	1.371	1.620	1.474
Hamburg	1.394	1.567	1.466	1.418	1.641	1.510
Hessen	1.423	1.474	1.444	1.479	1.547	1.507
Meckl.-Vorpommern	1.697	1.838	1.756	1.790	1.958	1.860
Niedersachsen	1.462	1.511	1.482	1.530	1.582	1.552
Nordrhein-Westfalen	1.408	1.501	1.446	1.466	1.570	1.509
Rheinland-Pfalz	1.454	1.451	1.453	1.533	1.530	1.532
Saarland	1.591	1.624	1.604	1.623	1.702	1.655
Sachsen	1.538	1.695	1.603	1.610	1.772	1.677
Sachsen-Anhalt	1.699	1.814	1.747	1.751	1.883	1.806
Schleswig-Holstein	1.460	1.628	1.530	1.540	1.663	1.591
Thüringen	1.684	1.766	1.718	1.711	1.876	1.780
Gesamt	1.444	1.529	1.479	1.500	1.599	1.541

BARMER GEK 2010 und 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

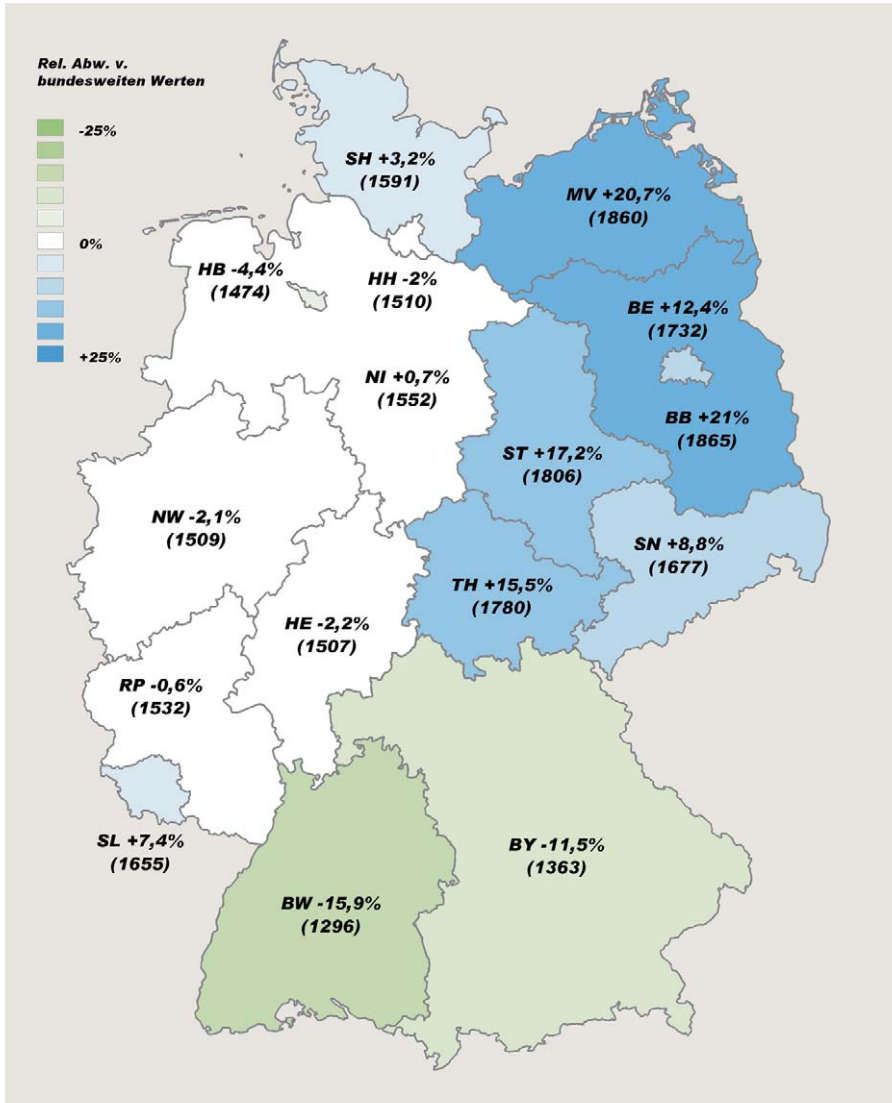


Abbildung 2 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011

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 2010 auf 2011 in allen Bundesländern zugenommen. Unterdurchschnittliche Anstiege lassen sich für die drei Stadtstaaten ermitteln, was jeweils auf nur geringe Anstiege (beziehungsweise in Bremen auf einen Rückgang der Fehlzeiten) bei Männern zurückzuführen ist. Im Vergleich zum Vorjahr überdurchschnittlich stark stiegen die gemeldeten Fehlzeiten 2011 insbesondere in Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern.

Tabelle 5 Relative Veränderungen 2011 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern

Bundesland	Rel. Veränderungen AU-Fälle			Rel. Veränderungen AU-Tage		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1,12%	-0,74%	0,32%	3,43%	4,33%	3,80%
Bayern	1,67%	0,89%	1,33%	4,52%	3,68%	4,17%
Berlin	-0,46%	-0,56%	-0,51%	0,74%	4,39%	2,42%
Brandenburg	1,32%	1,89%	1,59%	3,87%	4,99%	4,36%
Bremen	-2,18%	1,99%	-0,36%	-1,31%	5,68%	1,75%
Hamburg	0,98%	2,22%	1,55%	1,67%	4,73%	3,03%
Hessen	1,30%	0,60%	0,99%	3,95%	4,92%	4,36%
Meckl.-Vorpommern	2,58%	0,73%	1,71%	5,46%	6,54%	5,93%
Niedersachsen	1,91%	1,15%	1,57%	4,70%	4,68%	4,69%
Nordrhein-Westfalen	2,25%	1,68%	1,99%	4,15%	4,65%	4,36%
Rheinland-Pfalz	1,55%	2,01%	1,75%	5,42%	5,43%	5,42%
Saarland	3,78%	1,85%	2,92%	2,01%	4,82%	3,19%
Sachsen	3,49%	0,55%	2,11%	4,68%	4,57%	4,63%
Sachsen-Anhalt	1,30%	-0,64%	0,39%	3,06%	3,82%	3,39%
Schleswig-Holstein	2,68%	1,70%	2,24%	5,53%	2,12%	4,02%
Thüringen	2,68%	0,79%	1,80%	1,62%	6,27%	3,60%
Gesamt	1,80%	0,95%	1,42%	3,93%	4,56%	4,20%

BARMER GEK 2010 und 2011, 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 2011 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, mit identischen Abstufungen wie in den vorausgehenden Abbildungen, 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 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 Kreisen Sachsen-Anhalts

Abbildung 4 auf Seite 16 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 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.

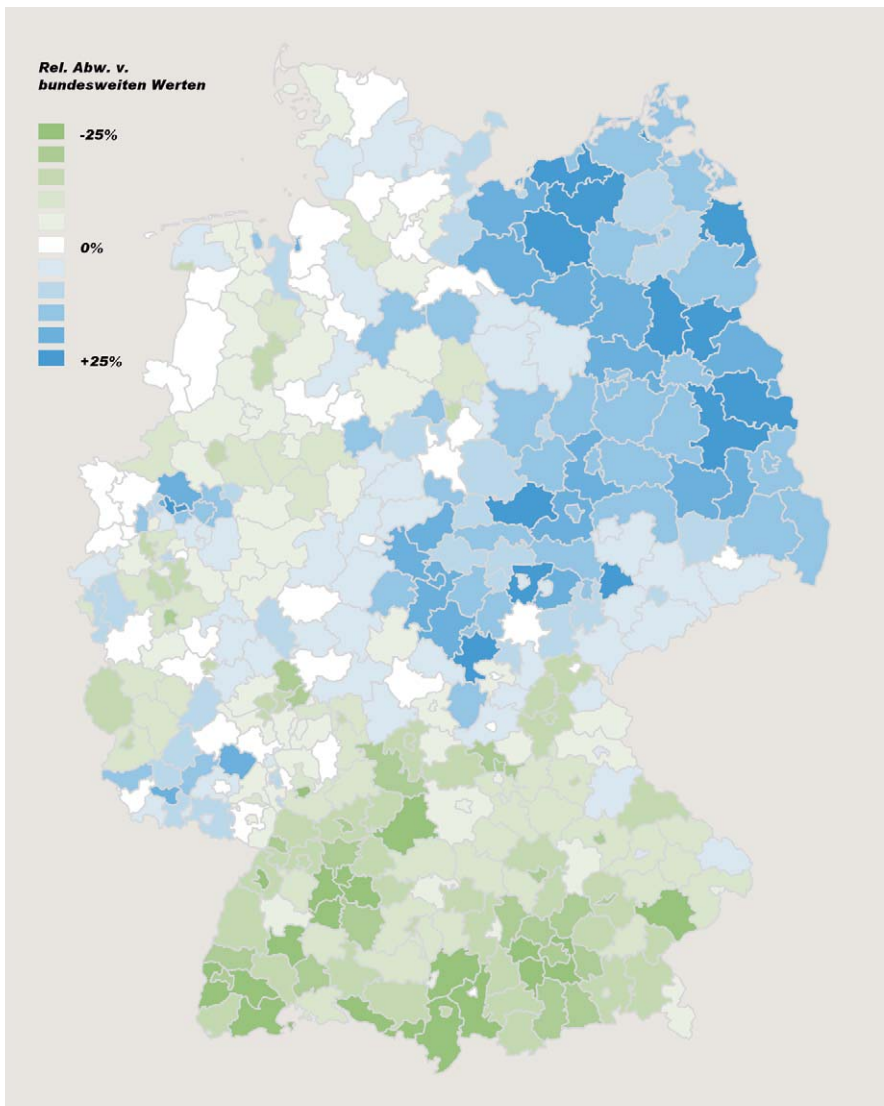


Abbildung 3 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2011 bundesweit

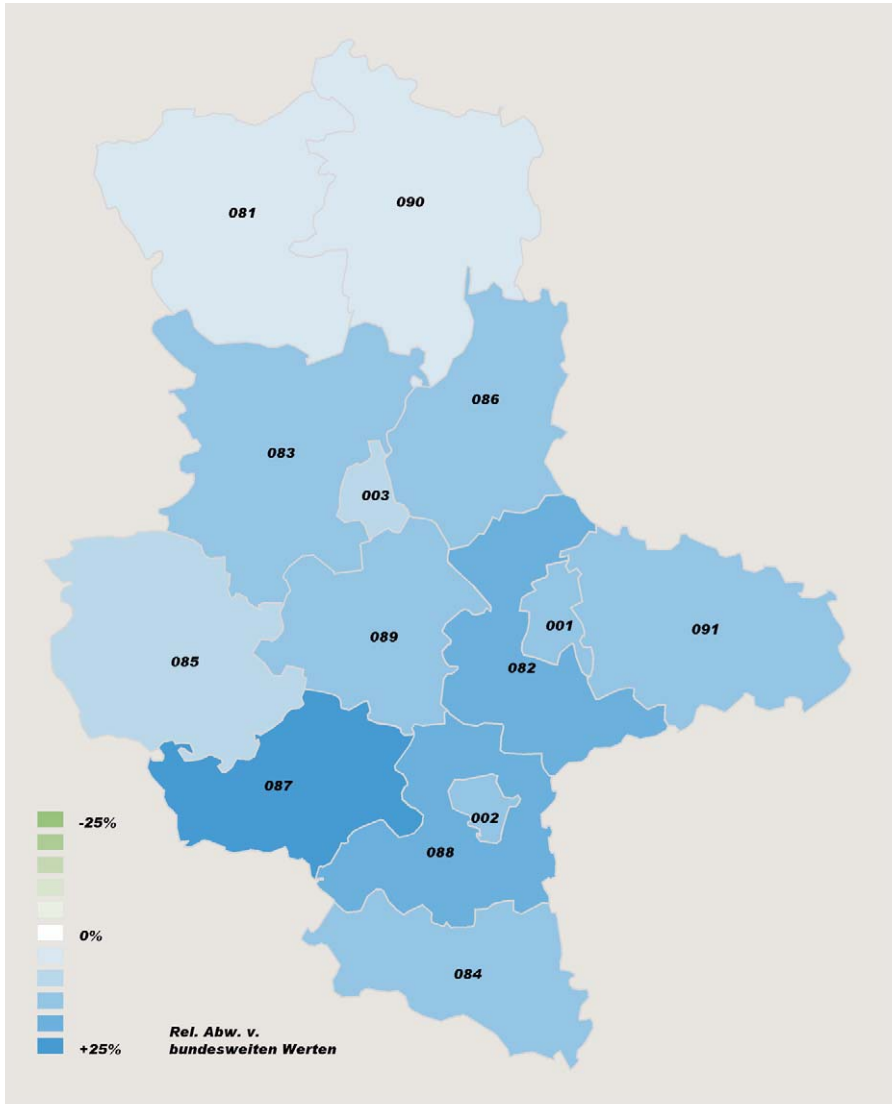


Abbildung 4 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011

Sachsen-Anhalt hat, wie die meisten der östlichen Bundesländer, verhältnismäßig großflächige Kreise und wenige kreisfreie Städte, also eine relativ gering differenzierte regionalen Gliederung auf Kreisebene. Offensichtlich wird mit der Darstellung in Abbildung 4, dass die insgesamt verhältnismäßig hohen Fehlzeiten von Erwerbspersonen insbesondere aus hohen Fehlzeiten von Erwerbspersonen resultieren, die in den eher südlich-zentral gelegenen Kreisen Sachsen-Anhalts wohnen. Die höchsten Überschreitungen bundesweiter Fehlzeiten um 26,0, 21,1 und gleichfalls 21,1 Prozent ließen sich für die Kreise Mansfeld-Südharz (Kreisnummer 15 087), Anhalt-Bitterfeld (Kreisnummer 15 082) und im Saalekreis (Kreisnummer 15 088) ermitteln.

Demgegenüber finden sich in den Kreisen Altmark Salzwedel sowie Stendal (Kreisnummer 15 081, 090) in der nördlichsten Region Sachsen-Anhalts Fehlzeiten, welche nach bundesweiten Ergebnissen ermittelte Erwartungswerte um lediglich 3,9 sowie 4,4 Prozent überschreiten.

Tabelle 6 Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2010, 2011

Kreis 15...	Kreise in Sachsen-Anhalt, Bezeichnung	VJ 2011	2010		2011	
			AU- Fälle	AU- Tage	AU- Fälle	AU- Tage
001	Dessau-Roßlau	5.202	15,3%	14,6%	14,2%	16,2%
002	Halle (Saale)	12.622	26,7%	19,5%	23,0%	14,4%
003	Magdeburg	14.226	18,6%	10,9%	16,4%	7,6%
081	Altmarkkreis Salzwedel	3.611	7,4%	-3,3%	6,0%	3,9%
082	Anhalt-Bitterfeld	9.140	26,2%	20,1%	22,3%	20,1%
083	Börde	12.780	24,6%	18,8%	23,6%	17,2%
084	Burgenlandkreis	8.210	12,7%	11,8%	12,3%	13,4%
085	Harz	13.152	8,9%	10,8%	9,1%	11,6%
086	Jerichower Land	4.930	12,7%	14,4%	13,4%	14,4%
087	Mansfeld-Südharz	4.708	12,7%	22,2%	10,1%	26,0%
088	Saalekreis	13.360	19,3%	17,1%	19,3%	20,1%
089	Salzlandkreis	11.122	15,4%	17,6%	14,7%	14,6%
090	Stendal	6.439	17,0%	8,1%	14,5%	4,4%
091	Wittenberg	7.346	13,4%	19,0%	14,6%	14,4%
AU-Tage und -Fälle je 100 VJ bundesweit			116	1.479	117	1.541

BARMER GEK 2010 und 2011, 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, ausschließlich Angaben zu Kreisen mit zugeordneten Daten zu jahresdurchschnittlich mehr als 300 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.

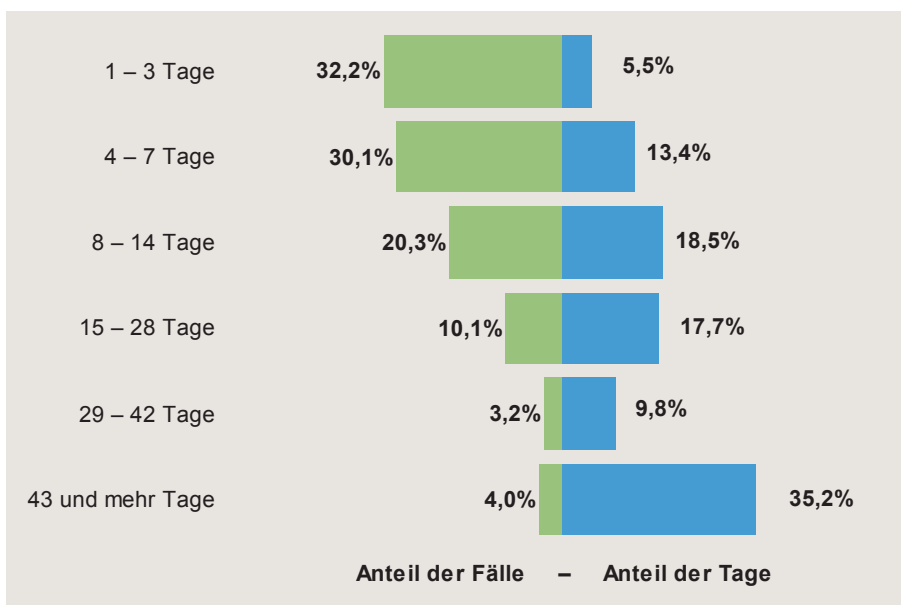


Abbildung 5 AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Sachsen-Anhalt 2011

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 2011 mehr als zwei Drittel der erfass-

ten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 37,8 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 30,1 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 7). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfielen jedoch mit Anteil von 20,8 Prozent lediglich gut ein Fünftel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 7 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit

Fallbezogene Dauer	Sachsen-Anhalt		Bundesweit	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1 – 3 Tage	32,2%	5,5%	37,8%	7,1%
4 – 7 Tage	30,1%	13,4%	30,1%	13,7%
8 – 14 Tage	20,3%	18,5%	16,4%	15,4%
15 – 28 Tage	10,1%	17,7%	8,6%	15,6%
29 – 42 Tage	3,2%	9,8%	3,0%	9,5%
42 und mehr Tage	4,0%	35,2%	4,0%	38,7%

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

Lediglich 4,0 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also etwa jede 25. Krankschreibung, dauerte über mehr als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch mit 38,7 Prozent deutlich mehr als ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse aus **Sachsen-Anhalt** den bundesweiten Resultaten (vgl. auch Abbildung 5). 62,3 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle in Sachsen-Anhalt dauerten 2011 maximal eine Woche, waren mit einem Anteil von 18,8 Prozent jedoch nur für deutlich weniger als ein Viertel aller AU-Tage verantwortlich. Demgegenüber entfielen auf die nur 17,3 Prozent der AU-Fälle mit mehr als zwei Wochen Dauer mit 62,7 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 2011.

Tabelle 8 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit

Wochentag	Sachsen-Anhalt		Bundesweit	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	33,3%	13,8%	33,5%	13,8%
Dienstag	20,9%	15,0%	20,7%	15,0%
Mittwoch	16,7%	15,7%	17,0%	15,8%
Donnerstag	14,9%	15,8%	15,6%	15,8%
Freitag	11,2%	16,3%	10,3%	16,1%
Samstag	1,6%	12,1%	1,5%	12,1%
Sonntag	1,4%	11,4%	1,4%	11,4%

BARMER GEK 2011, 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.

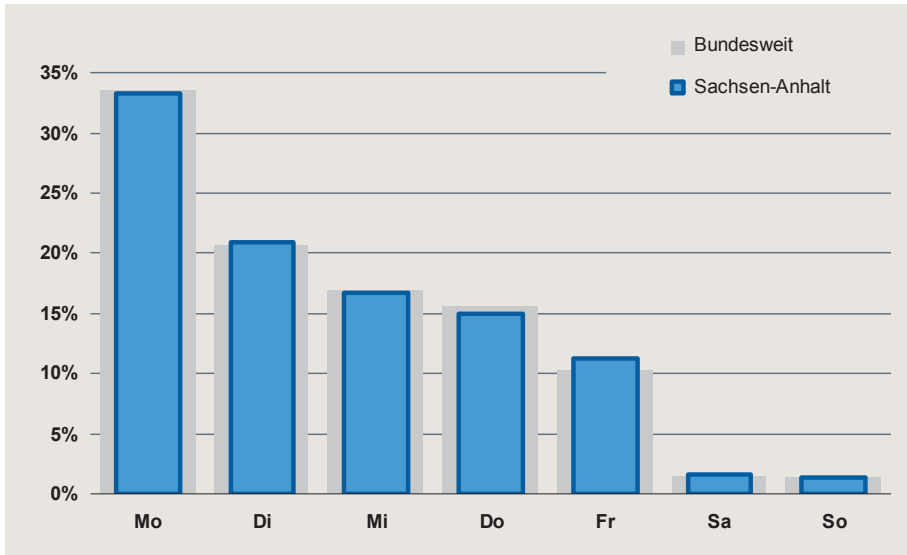


Abbildung 6 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage

Abbildung 6 zeigt die relative Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen in **Sachsen-Anhalt** (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 2011.

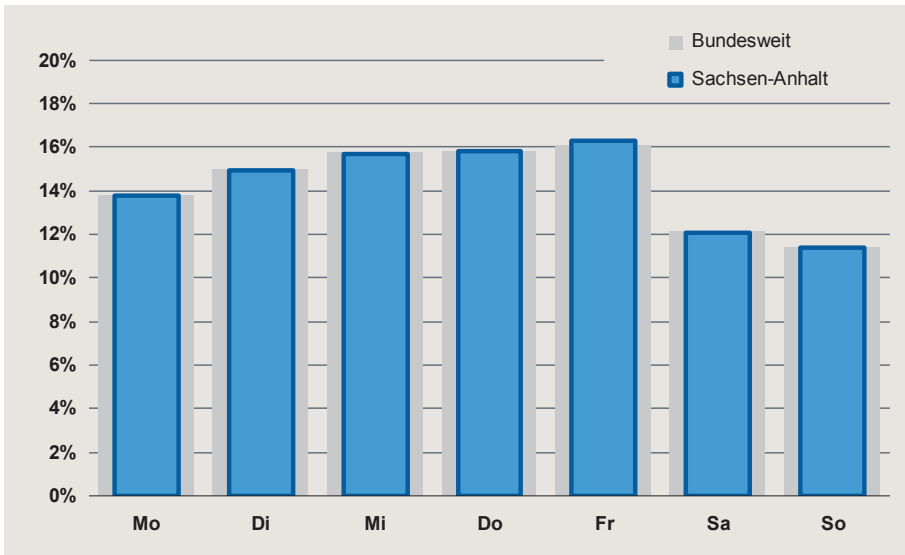


Abbildung 7 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage

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 zwei mal 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 25 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 grauen Säulen auch bundesweit ermittelte Ergebnisse angedeutet. Zahlenwerte sind Tabelle A1 auf Seite 141 im Anhang zu entnehmen.

Grundsätzlich entspricht das Muster der Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Krankenschreibungshäufigkeiten in **Sachsen-Anhalt** den bundesweit ermittelten Ergebnissen. In allen Altersgruppen werden dabei allerdings in Sachsen-Anhalt die bundesweit ermittelten Ergebnisse überschritten. Relativ große Differenzen zwischen regionalen und bundesweiten Fallzahlen zeigen sich insbesondere bei Frauen aller Altersgruppen und bei Männern in jüngerem Alter.

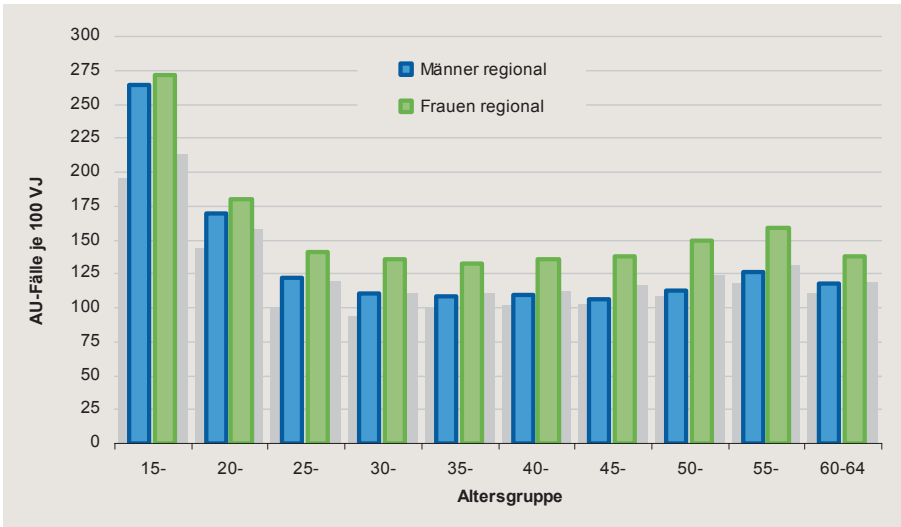


Abbildung 8 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2011

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Abbildung 9 auf Seite 27 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter der Betroffenen. Zahlenangaben sind Tabelle A2 auf Seite 142 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-jährigen Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich mehr als 26 Tage arbeitsunfähig gemeldet.

Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit der fallbezogenen Krankschreibungsdauer in **Sachsen-Anhalt** entspricht weitgehend den bundesweit ermittelten Ergebnissen. Die altersabhängige Zunahme der fallbezogenen Erkrankungsdauer erscheint bei Frauen in Sachsen-Anhalt allerdings nicht so stark ausgeprägt wie nach bundesweiten Ergebnissen.

Fehlzeiten

Abbildung 10 auf Seite 27 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 142 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 2011 nach bundesweiten Ergebnissen durchschnittlich etwa 11 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.100 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 3,01 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.

In Vielem gelten diese Aussagen auch für Erwerbspersonen in **Sachsen-Anhalt**. Wie schon im Hinblick auf die AU-Fallzahlen beschrieben, werden dabei in Sachsen-Anhalt in allen Altersgruppen die bundesweit ermittelten Ergebnisse überschritten, wobei sich relativ große Differenzen zwischen regionalen und bundesweiten Fehlzeiten insbesondere bei Männern und Frauen in der jüngeren Altersgruppe zeigen.

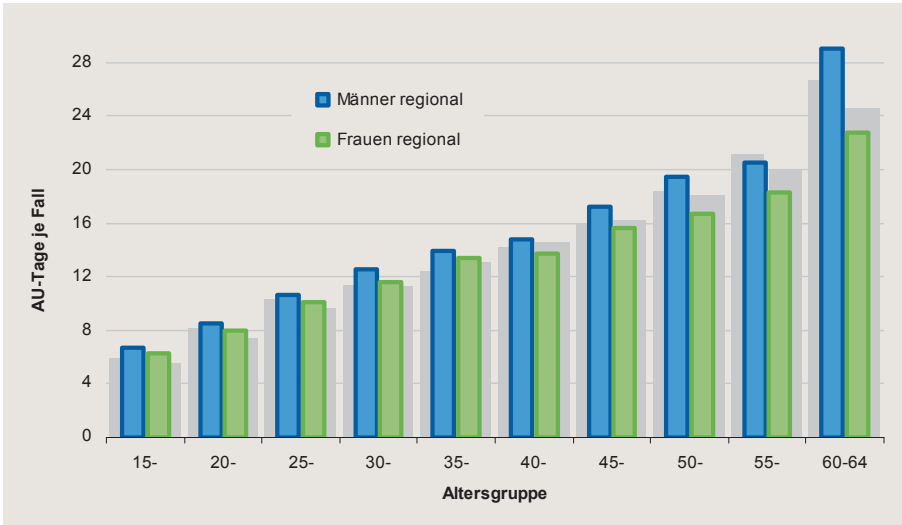


Abbildung 9 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2011

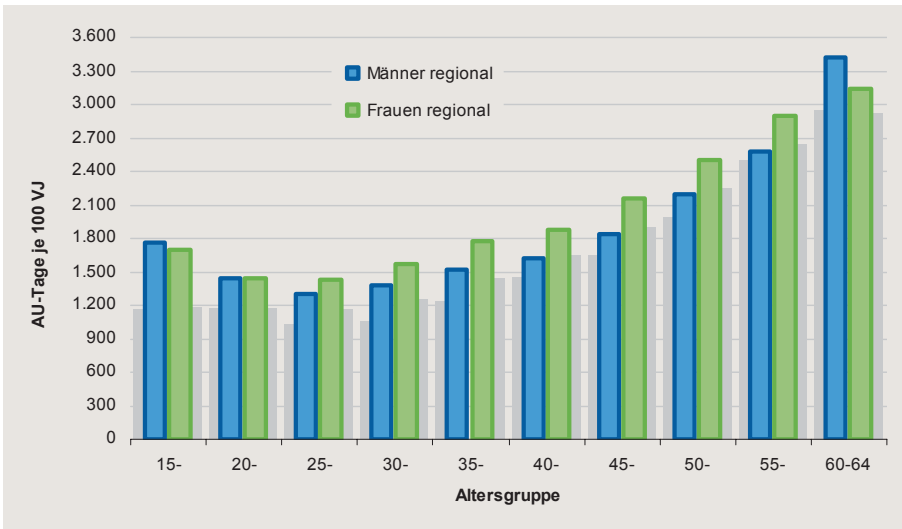


Abbildung 10 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2011

Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2011 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 137).

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. 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 2.763 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.

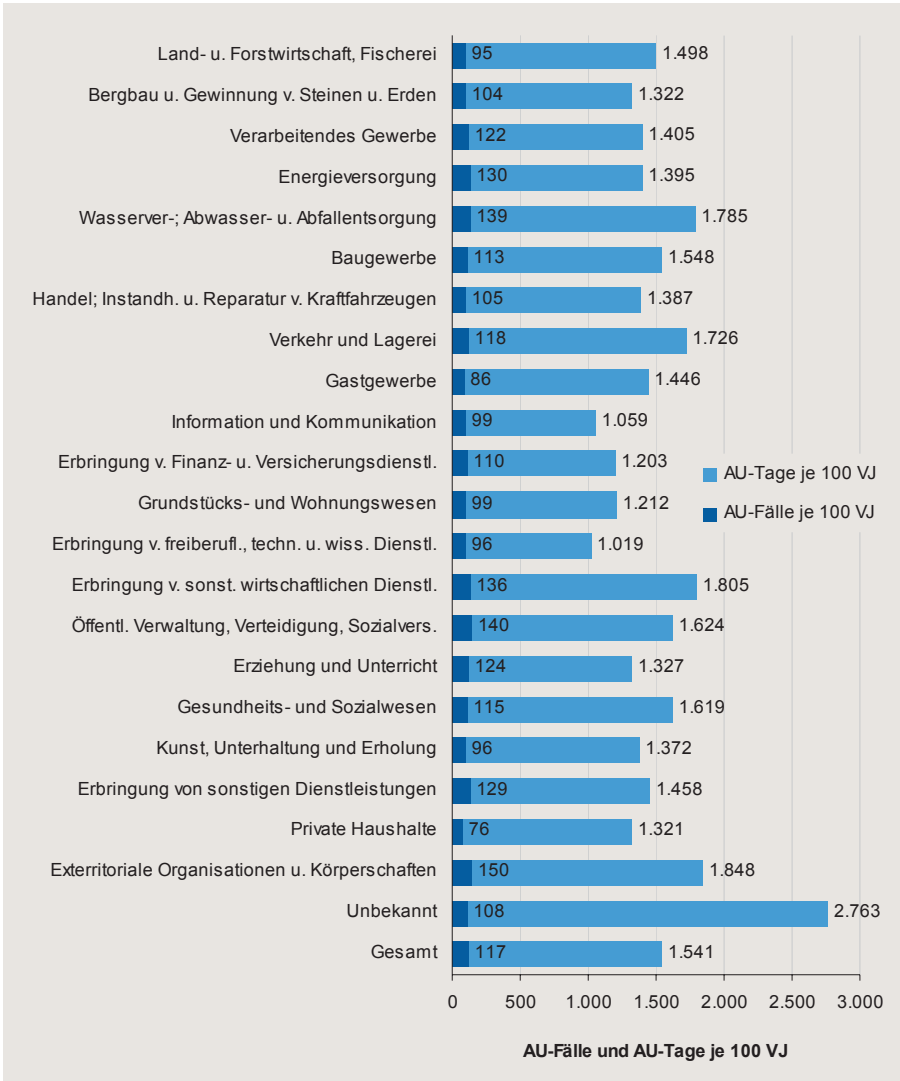


Abbildung 11 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2011

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. 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 2011 durchschnittlich knapp ein Mal krankgeschrieben und fehlten dabei nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres nur gut 10 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 Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen auf der Ebene von 88 „Abteilungen“ der WZ2008 liefert Tabelle A4 auf Seite 143 im Anhang. Ein kleiner Teil der dargestellten branchenbezogenen Ergebnisse in dieser Tabelle, die gleichfalls in geschlechts- und altersstandardisierter Form präsentiert werden, beruht auf Angaben zu verhältnismäßig geringen Versichertenzahlen und sollte daher nur zurückhaltend interpretiert werden. Branchen mit Ergebnissen auf der Basis von jahresdurchschnittlich weniger als 1.000 Beschäftigten werden in der Tabelle durch kursiv gedruckte Bezeichnungen hervorgehoben.

Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Ausbildung und Beruf

Traditionell werden den gesetzlichen Krankenversicherungen auch Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder von den Arbeitgebern übermittelt (vgl. Erläuterungen auf Seite 136).

Ausbildung

Abbildung 12 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in Abhängigkeit von BARMER GEK-seitig verfügbaren Informationen zur Ausbildung der Erwerbspersonen. 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.

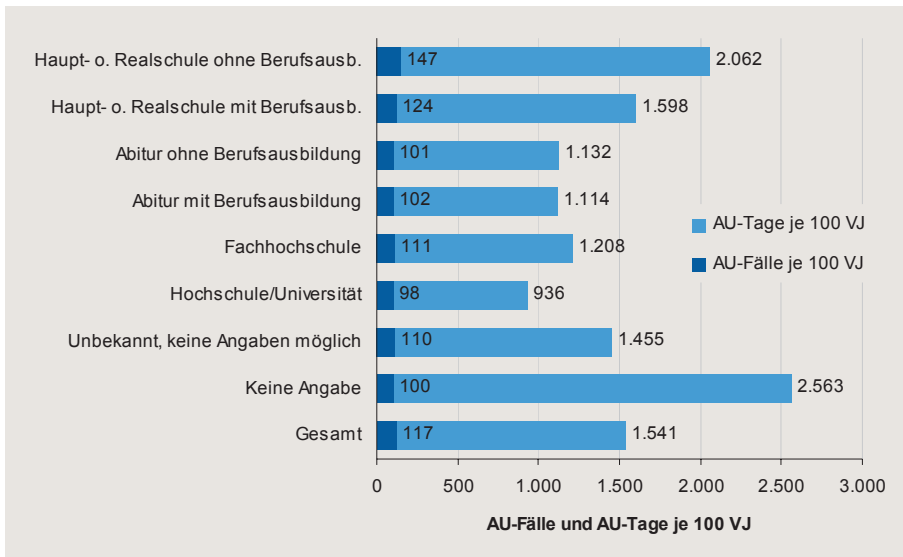


Abbildung 12 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildung bundesweit 2011

Ausbildungsabhängig die höchsten AU-Fallzahlen und Fehlzeiten weisen Personen ohne Berufsausbildung (mit Haupt- oder Realschulabschluss) auf, die niedrigsten Werte finden sich für Berufstätige mit Hochschul- 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 127 erläutert.

Berufsfelder

Abbildung 13 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2011 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in einer Gliederung nach sogenannten Berufsfeldern (vgl. Erläuterungen im Anhang auf Seite 136). 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.

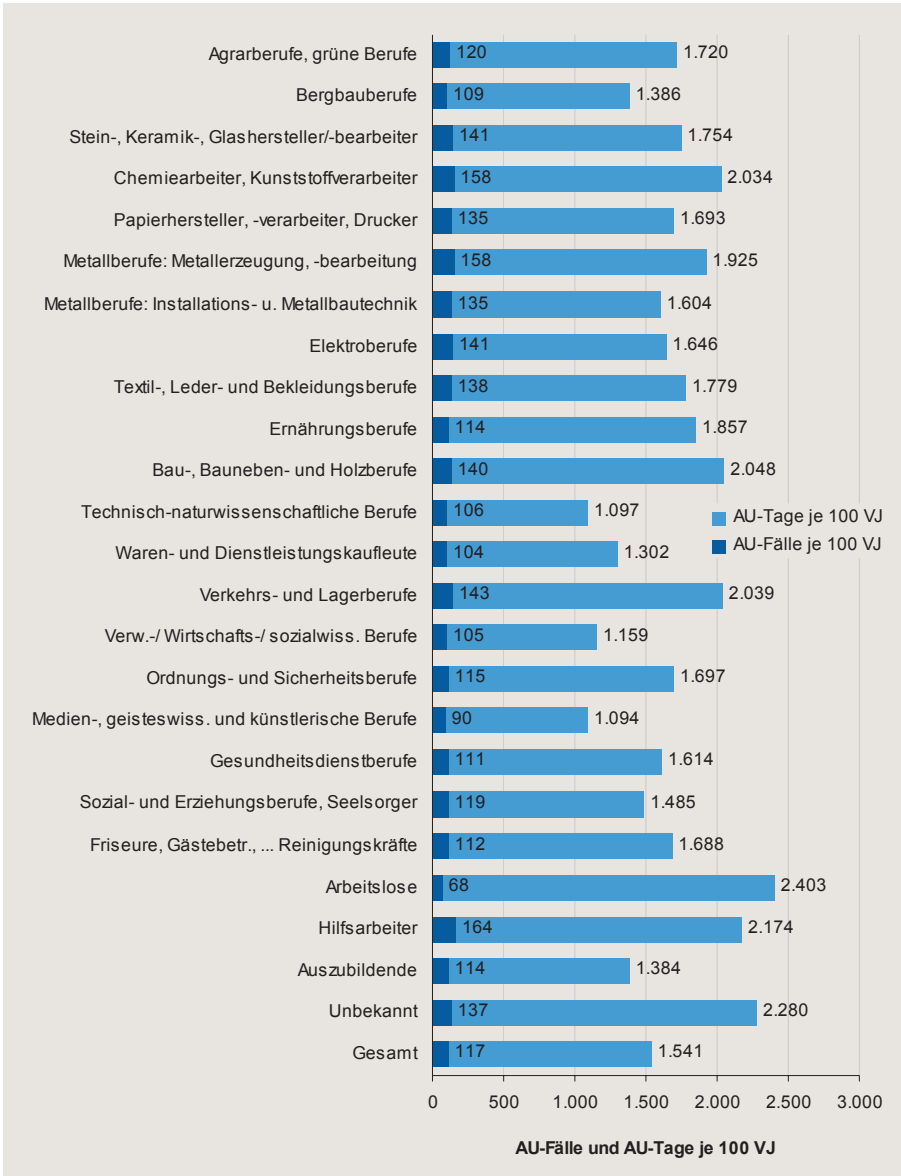


Abbildung 13 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2011

Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten 2011 mit durchschnittlich unter 11 Fehlta-

gen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen sowie mit medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln. Durchschnittlich mehr als 20 Fehltag je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Chemiarbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Beschäftigten mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen, bei Verkehrs- und Lagerberufen sowie bei Hilfsarbeitern 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 127).

Berufsordnungen

Tätigkeiten beziehungsweise Berufe lassen sich auf Basis der verfügbaren Kodierungen in Sozialversicherungsdaten (die für Meldungen im Jahr 2011 in der hier verwendeten Form offiziell letztmalig verwendet werden konnten) noch erheblich differenzierter als in der vorausgehenden Abbildung betrachten. Tabelle A5 auf Seite 146 im Anhang zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach sogenannten Berufsordnungen beziehungsweise nach 3-stelligen Tätigkeitsschlüsseln. Dargestellt sind in der Tabelle Ergebnisse zu den bei Versicherten der BARMER GEK am häufigsten erfassten 100 Berufen (in absteigender Reihenfolge sortiert nach jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen 2011). Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 5.000 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 24 Tage innerhalb des Jahres 2011 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Helfer in der Krankenpflege“ (Tätigkeitsschlüssel 854), „Kassierer“ (773), „Warenaufmacher, Versandfertigmacher“ (522) und „Telefonisten“ (734), wobei die erstgenannte Gruppe mit 2.926 AU-Tagen je 100 VJ unter den 100 Berufen 2011 die höchsten Fehlzeiten aufwies.

Durchschnittlich weniger als 8 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2011 demgegenüber in den Berufsgruppen „Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen, Akademien“ (871), „Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues“ (601), „Rechtsvertreter, -berater“ (813) und in der Gruppe „Naturwissenschaftler, a.n.g.“ (883).

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 134 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.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Abbildung 14 auf Seite 37 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu Krankheitsarten. Ausschließlich in der Tabelle A6 auf Seite 149 im Anhang werden auch weniger bedeutsame Kapitel der ICD10 sowie separate Ergebnisse für Männer und Frauen gelistet. Regionale Ergebnisse (in der Abbildung blau) werden jeweils bundesweit ermittelten Ergebnissen (in der Abbildung grau) gegenübergestellt.

- Mit Abstand die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „**Krankheiten des Atmungssystems**“ erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 2011 34,1 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 **Sachsen-Anhalt** werden insbesondere die bundesweit ermittelten AU-Fallzahlen im Hinblick auf Krankheiten des Verdauungs-, Atmungs- sowie des Muskel-Skelett-Systems überschritten.

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Abbildung 15 auf Seite 38 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnungen zu den einzelnen Krankheitsarten. Zahlenwerte sind Tabelle A7 auf Seite 150 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 40 AU-Tage erfasst. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten häufig eine Depression diagnostiziert wird, werden aus dem Kapitel Neubildungen ggf. häufiger bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.
- Demgegenüber **ausgesprochen kurz**, nämlich durchschnittlich nur etwa fünf bis 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 AU-Tage beziehungsweise Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen insgesamt zugeschrieben werden können. Abbildung 16 auf Seite 39 zeigt entsprechende Ergebnisse. Angegeben werden die AU-Tage je 100 Versicherungsjahre, welche den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnen sind, sinngemäß also, wie viele Fehltage mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2011 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben sind Tabelle A8 auf Seite 151 im Anhang zu entnehmen.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 340 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auf der Ebene von Krankheitsarten die meisten Fehlzeiten zuordnen. Eine einzelne 2011 durchgängig versicherte Erwerbsperson war statistisch gesehen durchschnittlich also allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 3,4 Tage krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen „**Psychische und Verhaltensstörungen**“. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2011 266 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 2,66 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 **Sachsen-Anhalt** beobachten. Die insgesamt verhältnismäßig hohen Krankenstände in Sachsen-Anhalt resultieren dabei aus höheren Fehlzeiten mit Diagnosen aus einer Reihe von Erkrankungsgruppen. Lediglich Fehlzeiten mit „Psychischen Störungen“ werden in Sachsen-Anhalt in merklich geringerem Umfang als nach bundesweiten Auswertungsergebnissen erfasst.

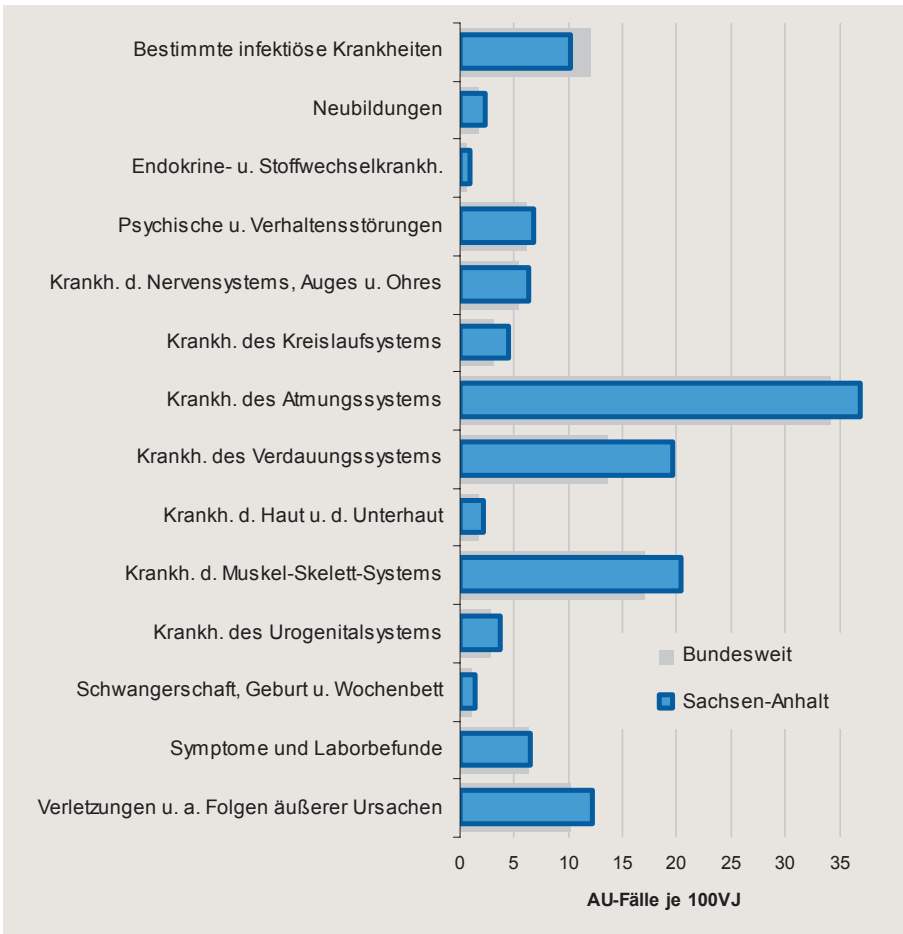


Abbildung 14 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2011

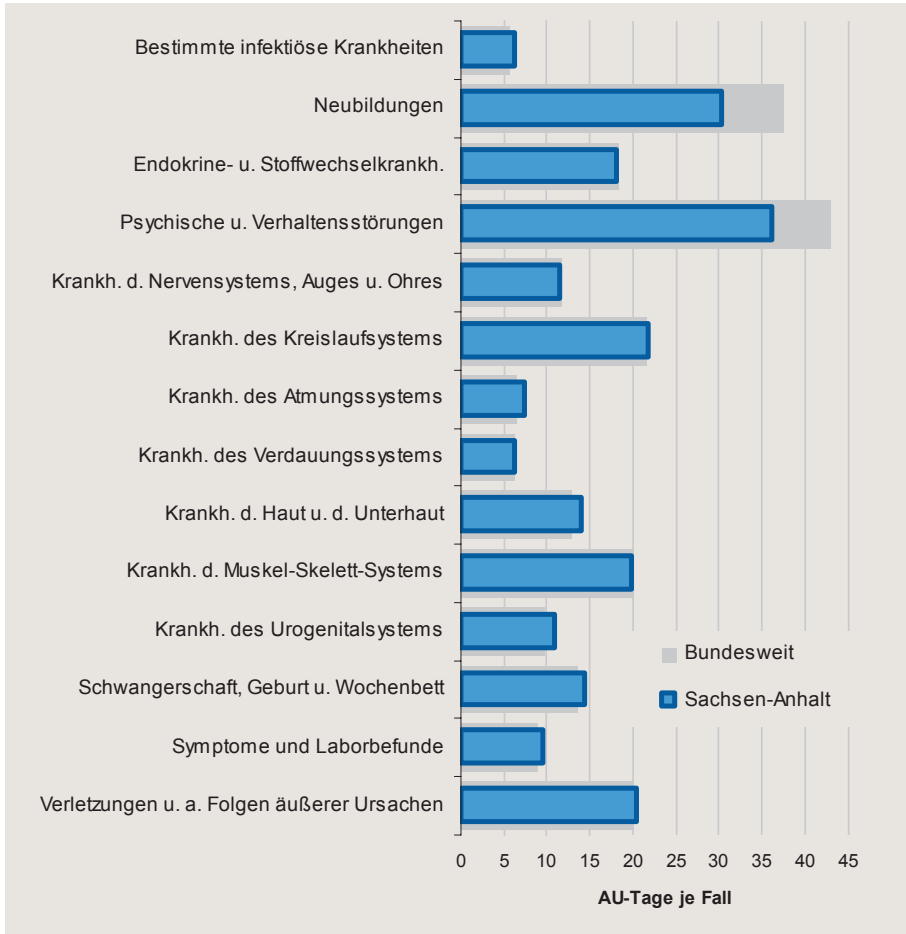


Abbildung 15 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2011

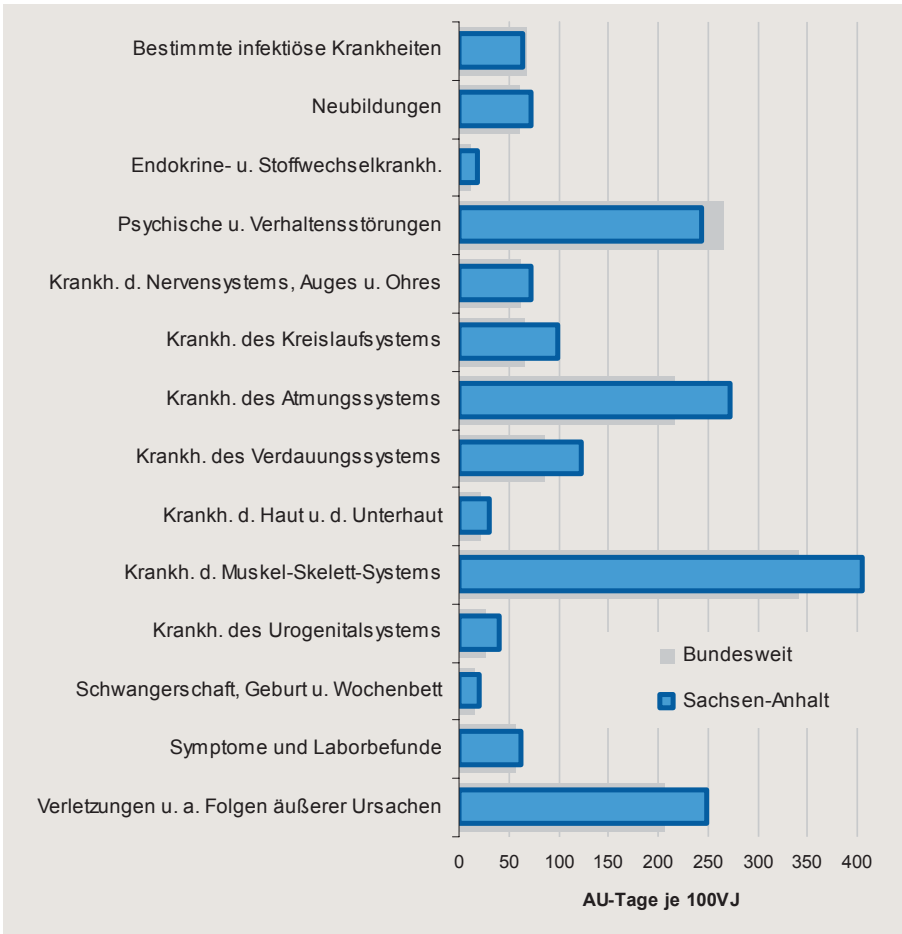


Abbildung 16 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2011

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 17 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2010 auf 2011 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen in der Summe bundesweit ein Anstieg um insgesamt 62 AU-Tage je 100 VJ, also eine Zunahme der Fehlzeiten um durchschnittlich gut einen halben Fehltag je Erwerbsperson, resultierte.

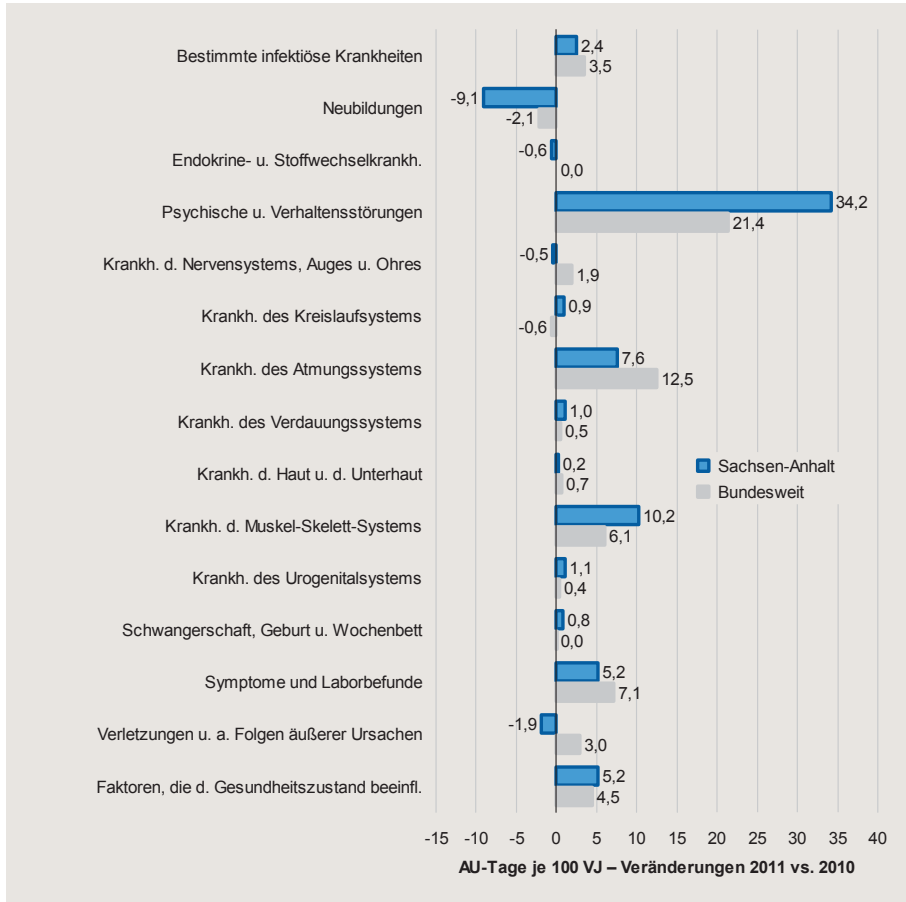


Abbildung 17 AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen 2011 gegenüber 2010

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 sowie mit Krankheiten der Atemwege.

Auch in **Sachsen-Anhalt** sind die Fehlzeiten von 2010 auf 2011 angestiegen. Diagnoseübergreifend ließ sich eine Zunahme um 59 Tage je 100 VJ ermitteln. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2011 also 0,59 Tage länger als im vorausgehenden Jahr. In Sachsen-Anhalt resultiert dieser Anstieg maßgeblich aus höheren Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen, in geringerem Umfang unter anderem auch aus höheren Fehlzeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 18 zeigt die anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten, die sich für das Jahr 2011 aus den Angaben in Tabelle A8 auf Seite 151 errechnen lässt (die Bezeichnungen wurden hier ausschließlich aus Darstellungsgründen verkürzt). Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten, namentlich die Bedeutung von psychischen Störungen, von Krankheiten des Atmungs- sowie des Muskel-Skelett-Systems und von Verletzungen. Die hier, vorrangig ob ihrer Bedeutung in höheren Altersgruppen, separat ausgewiesenen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Erwerbspersonen insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

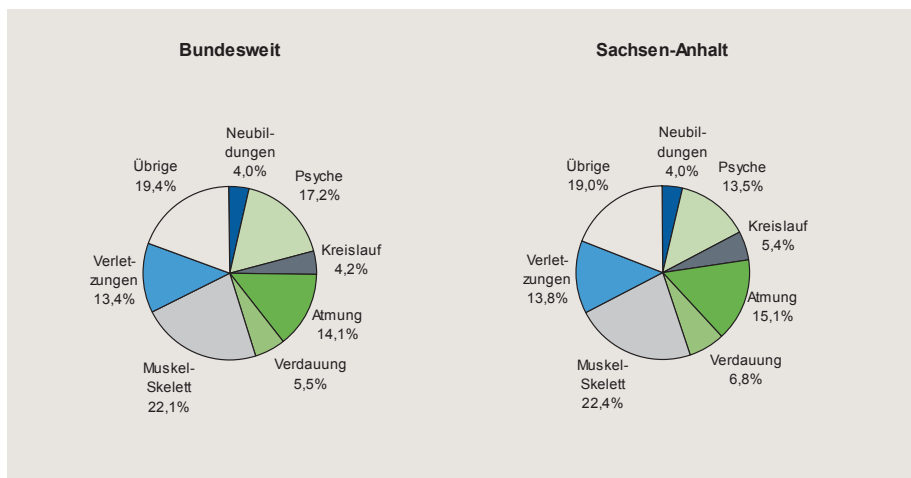


Abbildung 18 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2011

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 A9 sowie Tabelle A10 ab Seite 152 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 2011 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 (vgl. spätere Abschnitte).
- Auch Diagnosen aus dem **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Während bei Männern im Jahr 2011 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 56 auf 383 AU-Tage je 100 VJ stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 119 auf 546 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also mehr als fünf Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Allgemeine Arbeitsausfälle durch psychische Probleme dürften durch gemeldete Krankschreibungstage unter entsprechenden Diagnosen erheblich unterschätzt werden. Nur ein geringer Teil der Erwerbspersonen mit psychischen Problemen wird auch unter einer entsprechenden Diagnose krankgeschrieben.

- **„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 Krankschreibungen 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 sehr 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 – zumindest gemessen am aktuellen Niveau – zu einem merklichen Anstieg der Bedeutung der Erkrankungen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Männern führen dürfte.

Während unter Männern Kreislauferkrankungen zu höheren Fehlzeiten als Neubildungen führen, dominieren bei Frauen Fehlzeiten mit der Diagnose von Neubildungen. Krankheiten des Kreislaufsystems führen bei Frauen altersspezifisch nur zu etwa halb so vielen Fehltagen wie bei Männern, was im Einklang mit epidemiologischen Studienergebnissen steht, die regelmäßig deutlich geringere altersspezifische Erkrankungsraten bei Frauen im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Krankheiten wie der chronisch ischämischen Herzkrankheit und ihren Folgen, z.B. dem Herzinfarkt, nachweisen. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen im Erwerbsalter resultieren maßgeblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

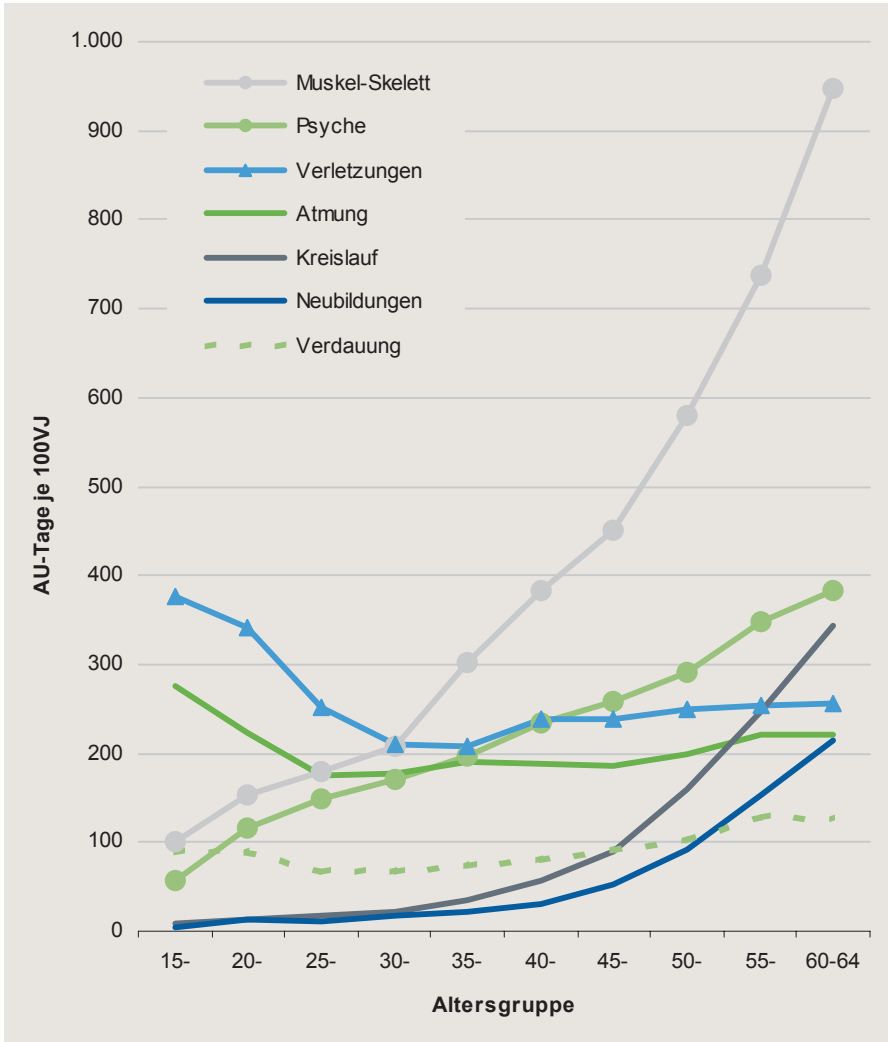


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2011

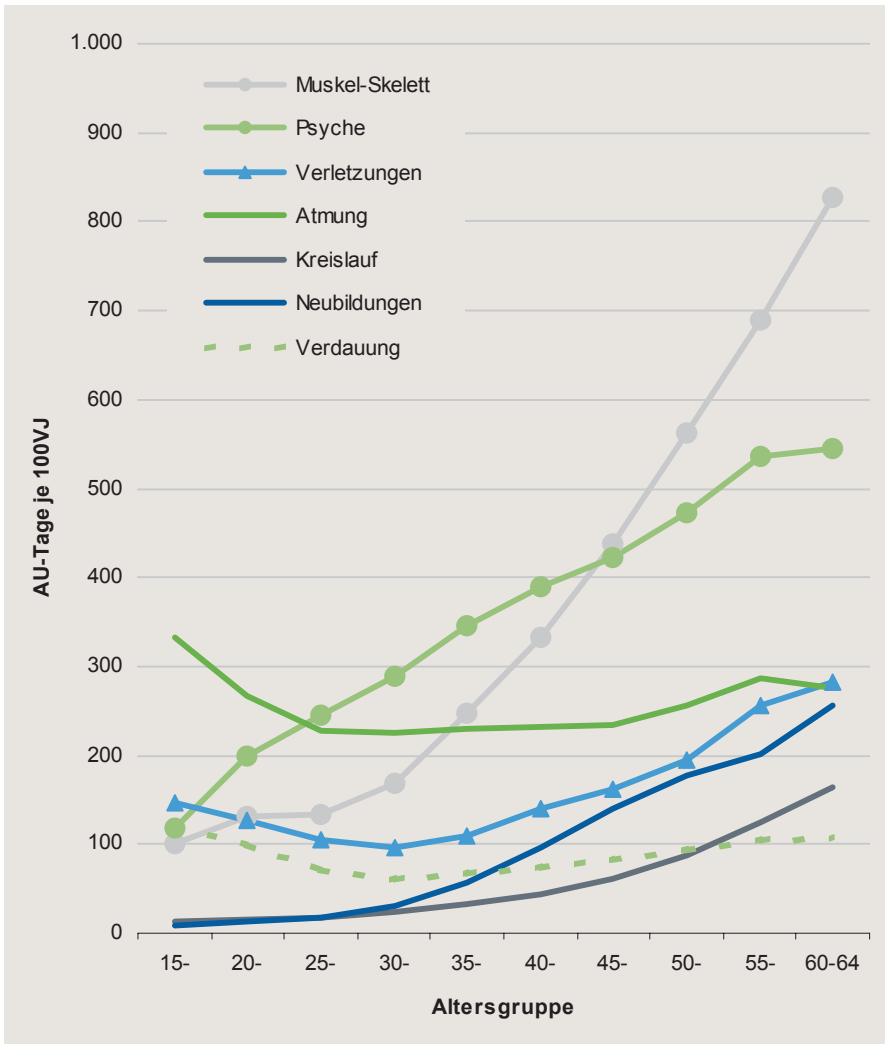


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2011

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Der nachfolgende Abschnitt stellt für die vier relevantesten Krankheitsarten regionale Variationen der Fehlzeiten 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 56 in einer diagnosebezogenen jeweils dritten Kartendarstellung (entsprechend der diagnoseübergreifenden Darstellung in Abbildung 4 auf Seite 16) 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 61 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 2011 für Brandenburg mit 419 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Baden-Württemberg mit 286 AU-Tagen je 100 VJ. Merkliche 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 2011 für die beiden Stadtstaaten Hamburg mit 393 und Berlin mit 319 AU-

Tagen je 100 VJ nachweisbar (vgl. Abbildung 23). Fehlzeiten von nur etwa 220 AU-Tage je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen. 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 2011 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.

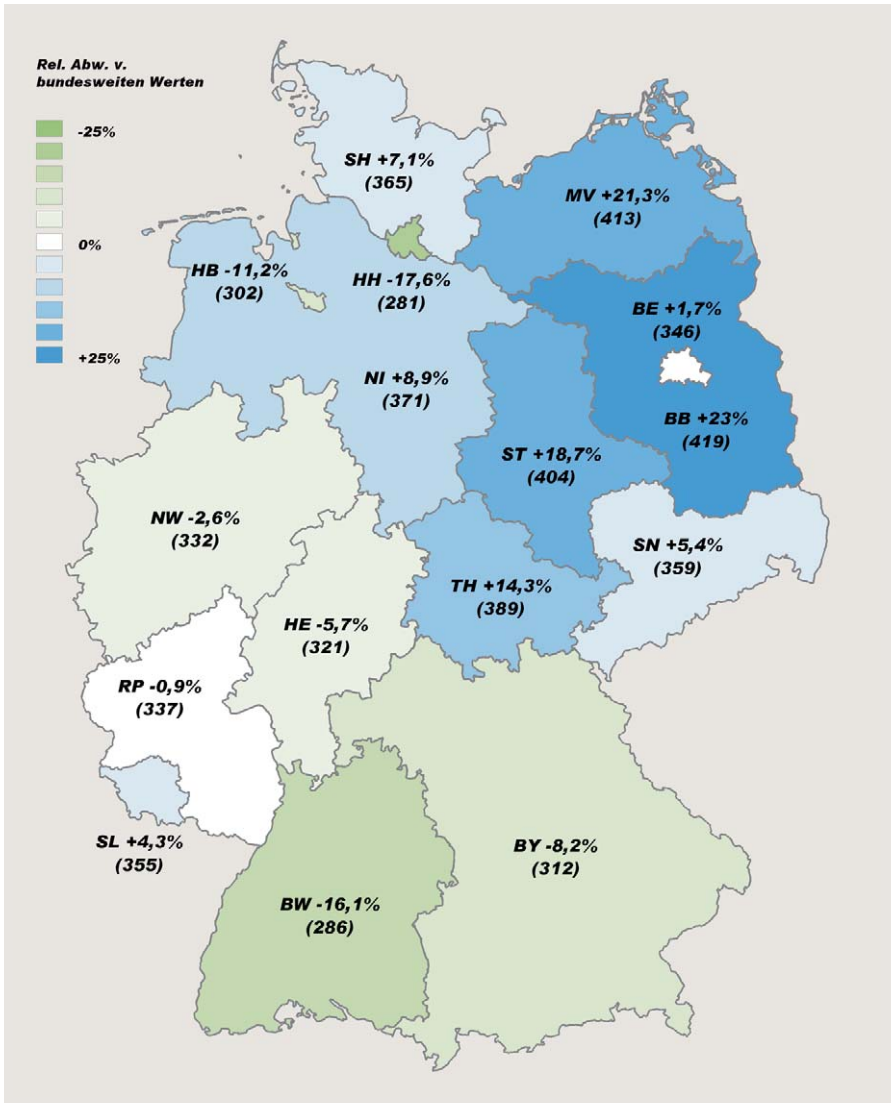


Abbildung 21 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

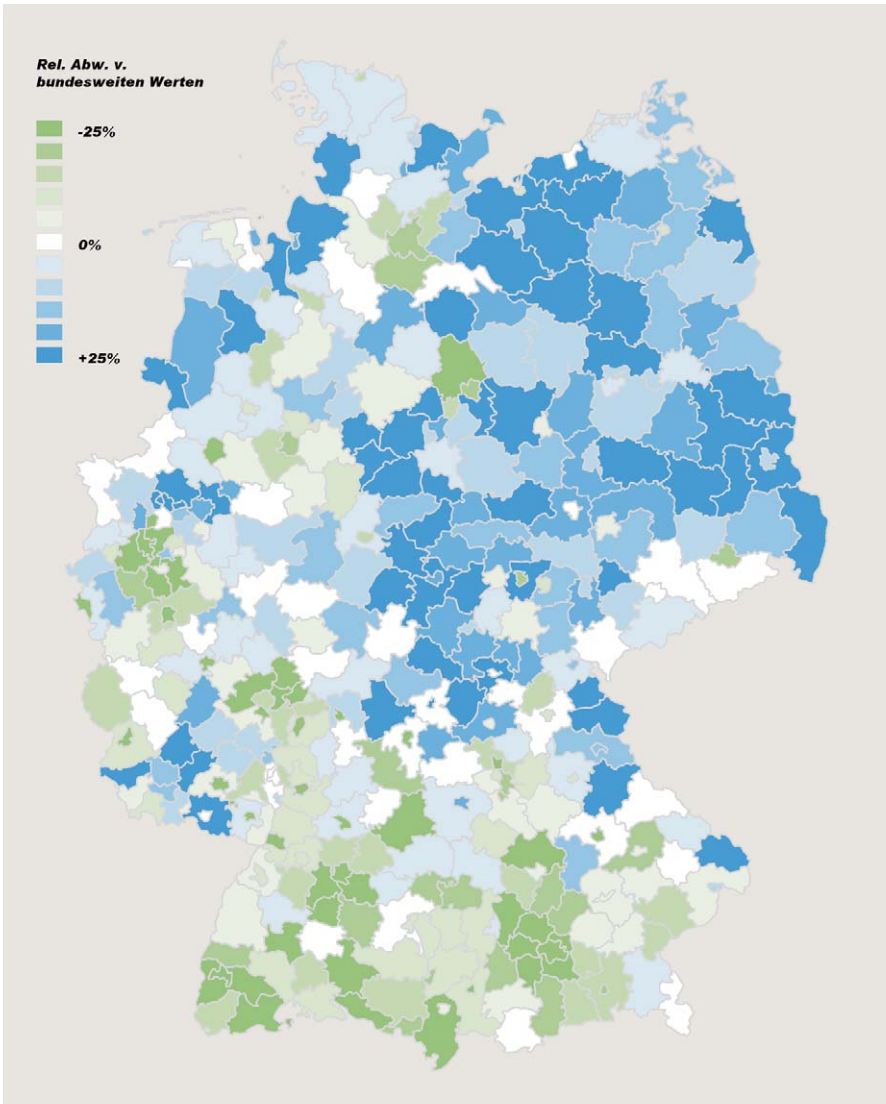


Abbildung 22 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

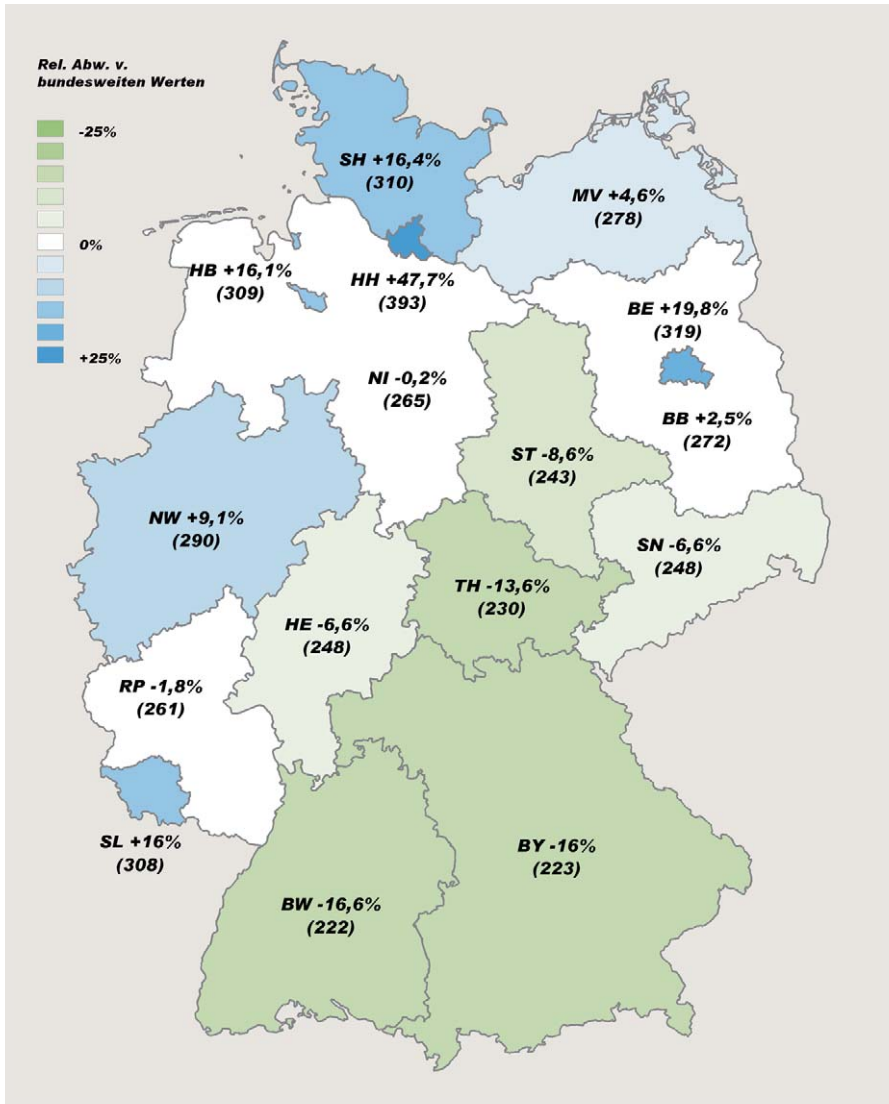


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

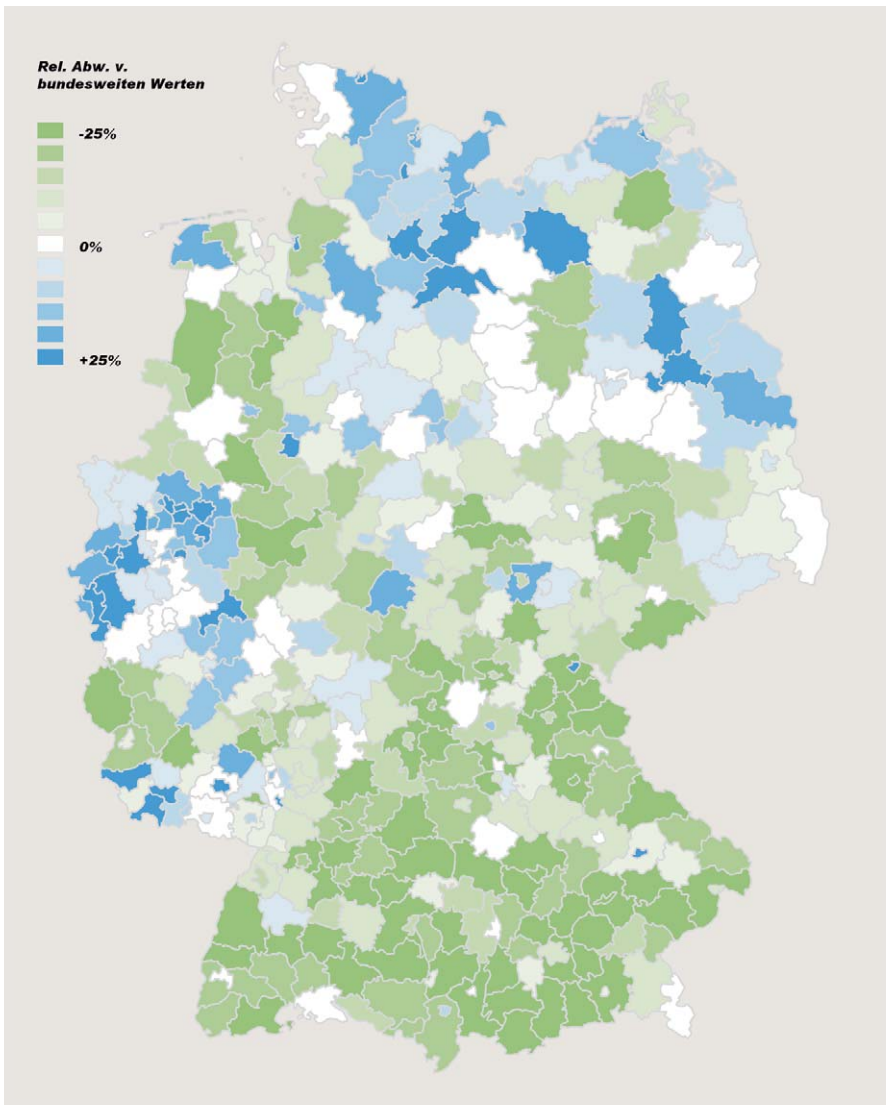


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

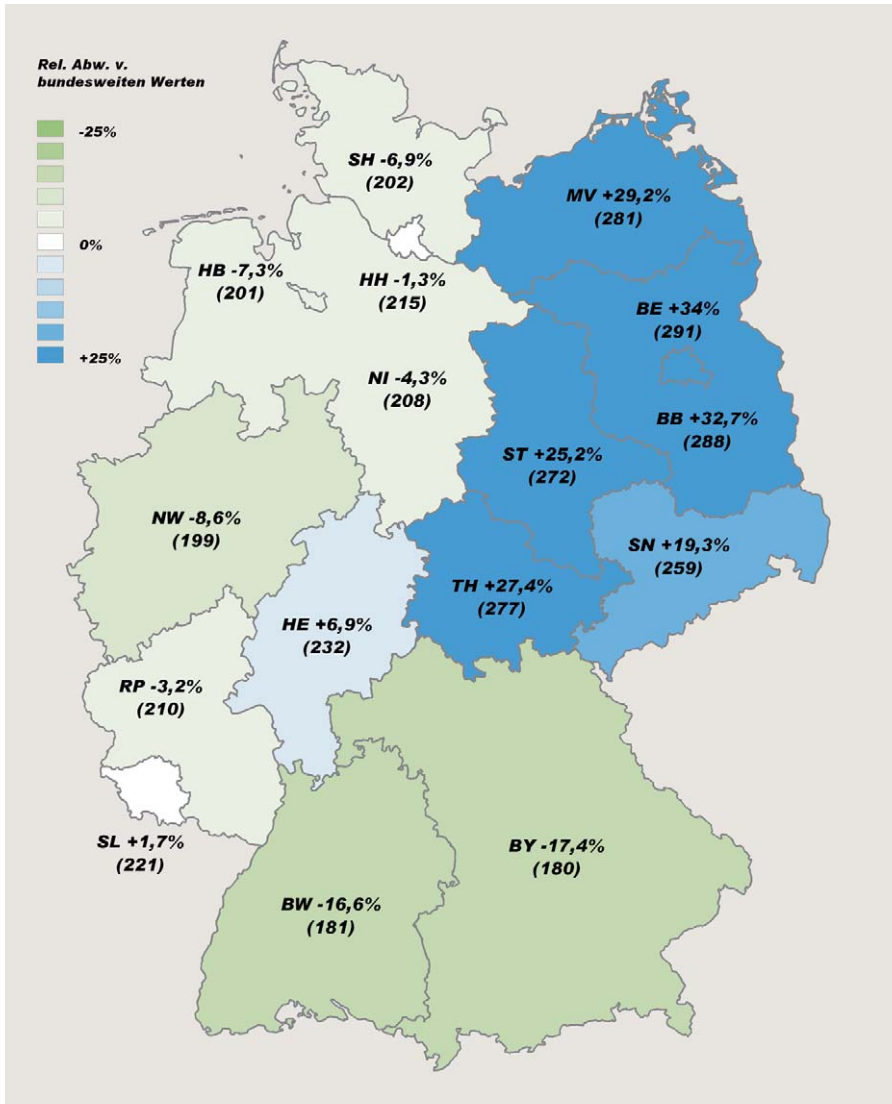


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

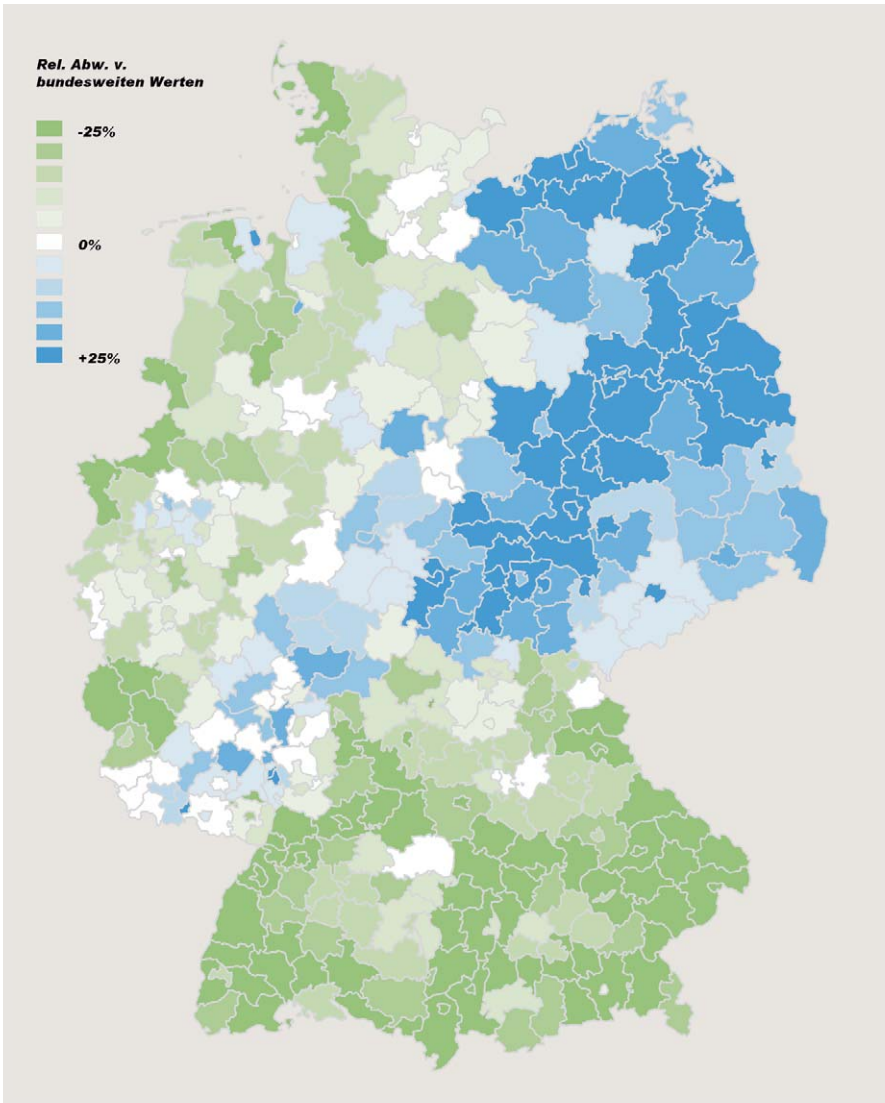


Abbildung 26 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

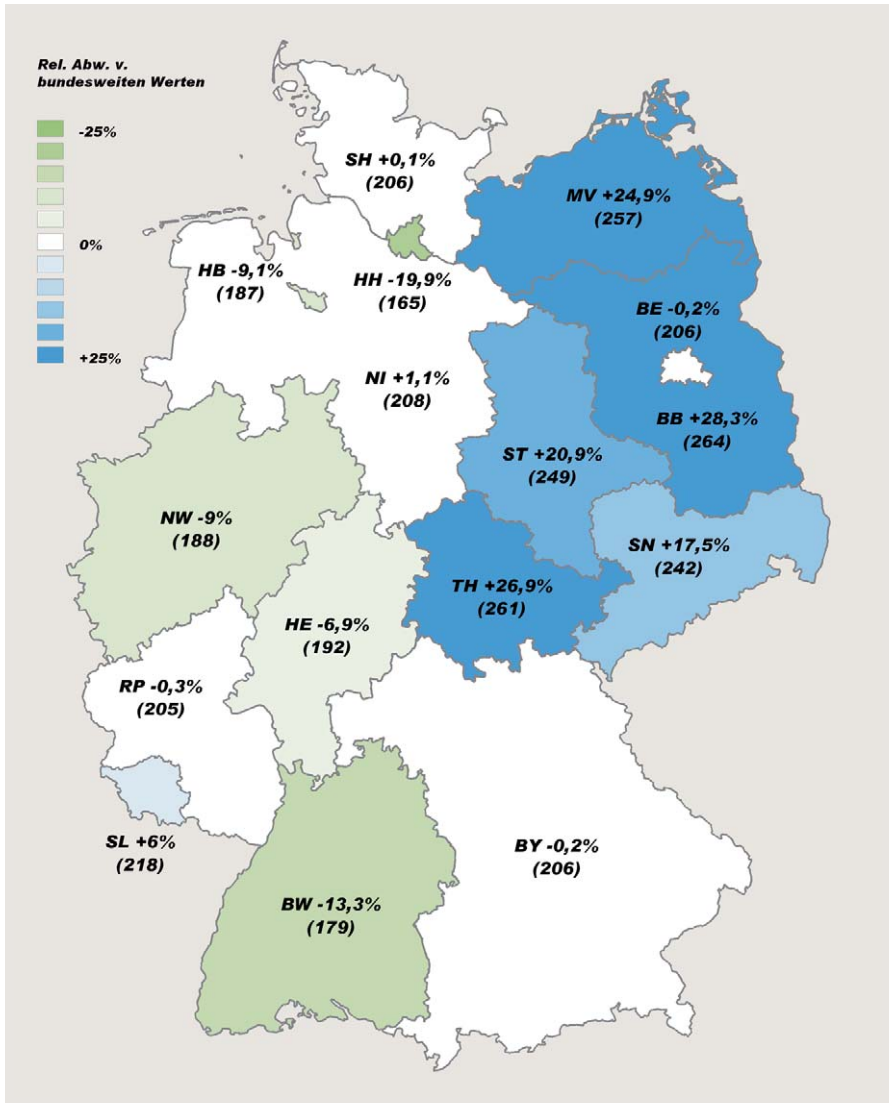


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel XIX – Verletzungen

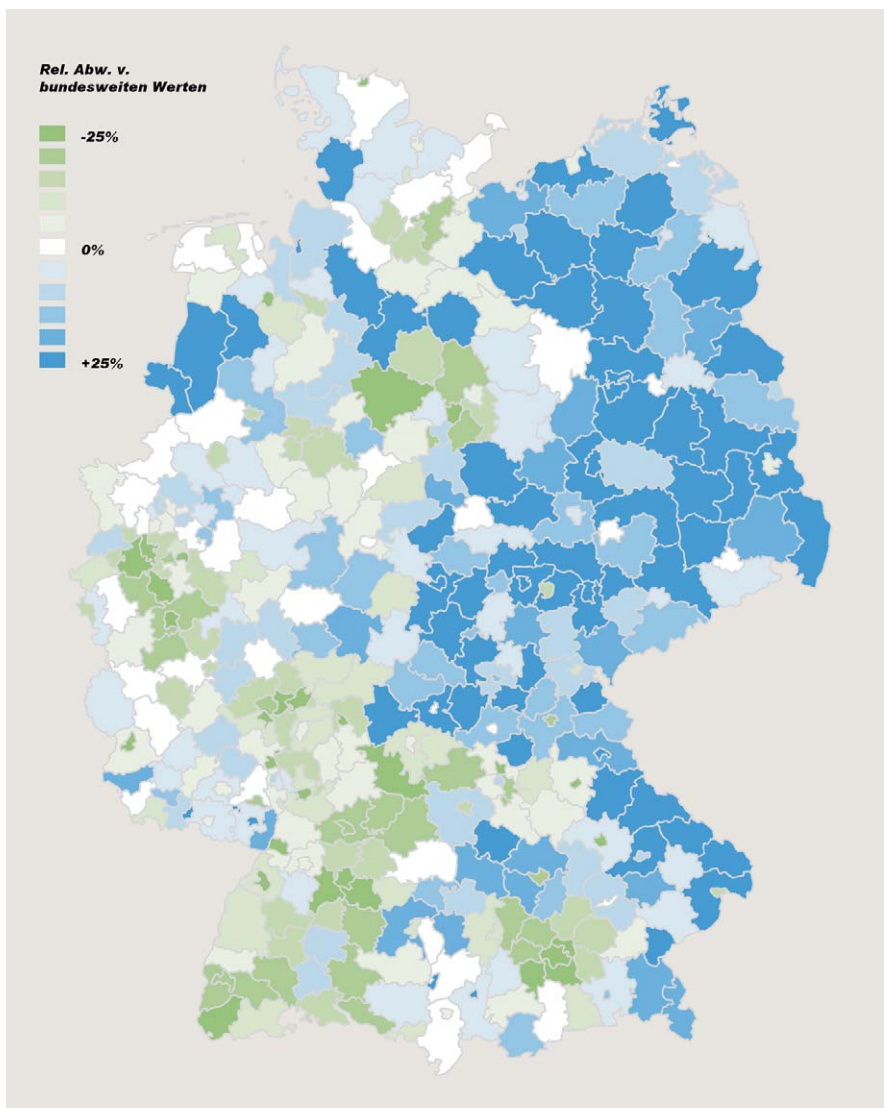


Abbildung 28 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel XIX – Verletzungen

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten innerhalb von Sachsen-Anhalt

Abbildung 29 bis Abbildung 32 auf den Seiten 96 bis 99 zeigen nochmals, und hier in regionalspezifischen Kartenausschnitten, relative Abweichungen der Fehlzeiten nach Krankheitsarten in einzelnen Kreisen im Jahr 2011 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 101 zuordnen. **Sachsen-Anhalt** lässt sich nach dem amtlichen Gemeindeschlüssel, der im Sinne einer Bundeslandkennung immer mit den beiden Ziffern „15“ beginnt, in eine vergleichsweise überschaubare Anzahl von Kreisen gliedern.

Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, erfahrungsgemäß oftmals im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden, führten 2011 insbesondere in zentral gelegenen Regionen Sachsen-Anhalts (unter Ausnahme der städtischen Kreise) zu Fehlzeiten merklich über strukturabhängig erwarteten Werten.

Fehlzeiten mit psychischen Störungen waren in einem weit überwiegenden Teil der Kreise geringer als strukturabhängig erwartet. Fehlzeiten marginal oberhalb von Erwartungswerten waren 2011 lediglich für Halle und das Jerichower Land nachweisbar (Kreisnummern 15 002 und 15 086).

Krankheiten des Atmungssystems, erfahrungsgemäß oftmals Erkältungen, führten in fast allen Kreisen zu vergleichsweise hohen Fehlzeiten. Eine geringe Unterschreitung von Erwartungswerten zeigte sich lediglich im Altmarkkreis Salzwedel (Kreisnummer 15 081).

Im Hinblick auf verletzungsbedingte Fehlzeiten konnten in Sachsen-Anhalt durchgängig und zum Teil deutlich Überschreitungen von Erwartungswerten nachgewiesen werden. Verhältnismäßig geringe Überschreitungen von weniger als 5 Prozent fanden sich hierbei in Halle (Saale; Kreisnummer 15 002) und Stendal (Kreisnummer 15 090).

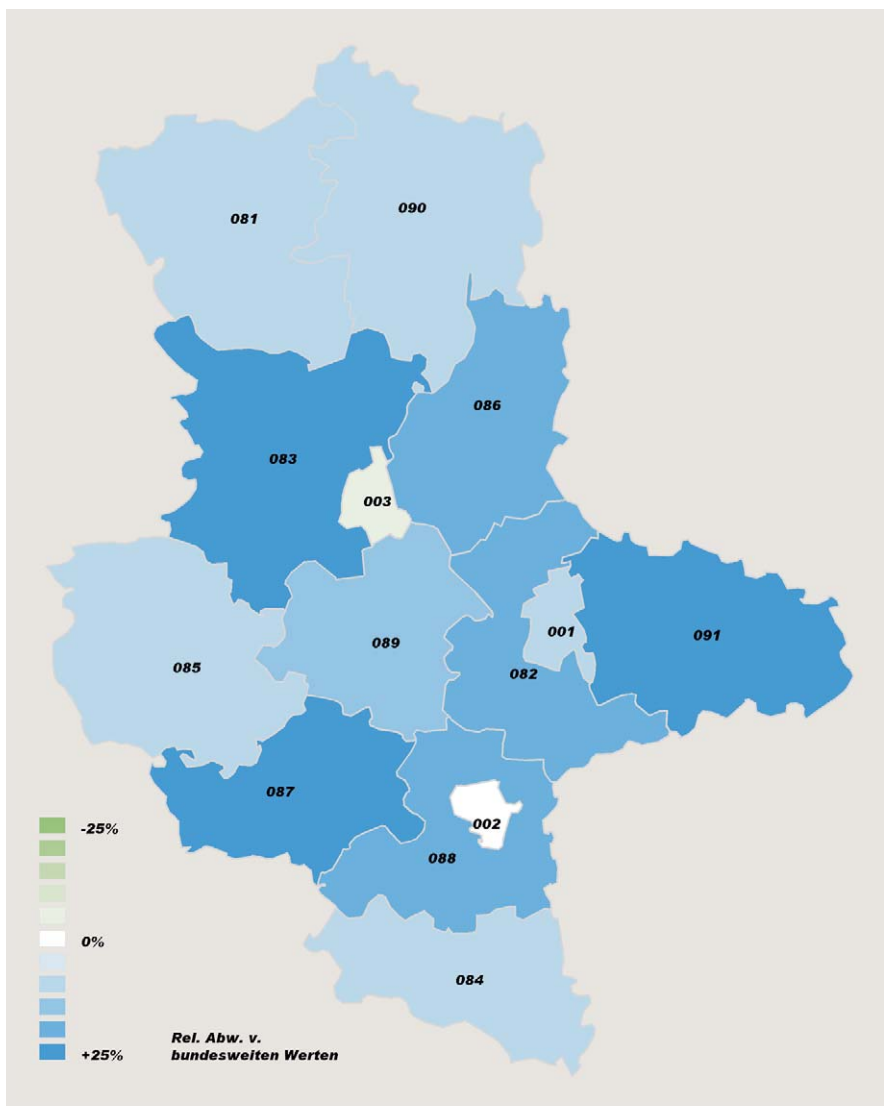


Abbildung 29 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

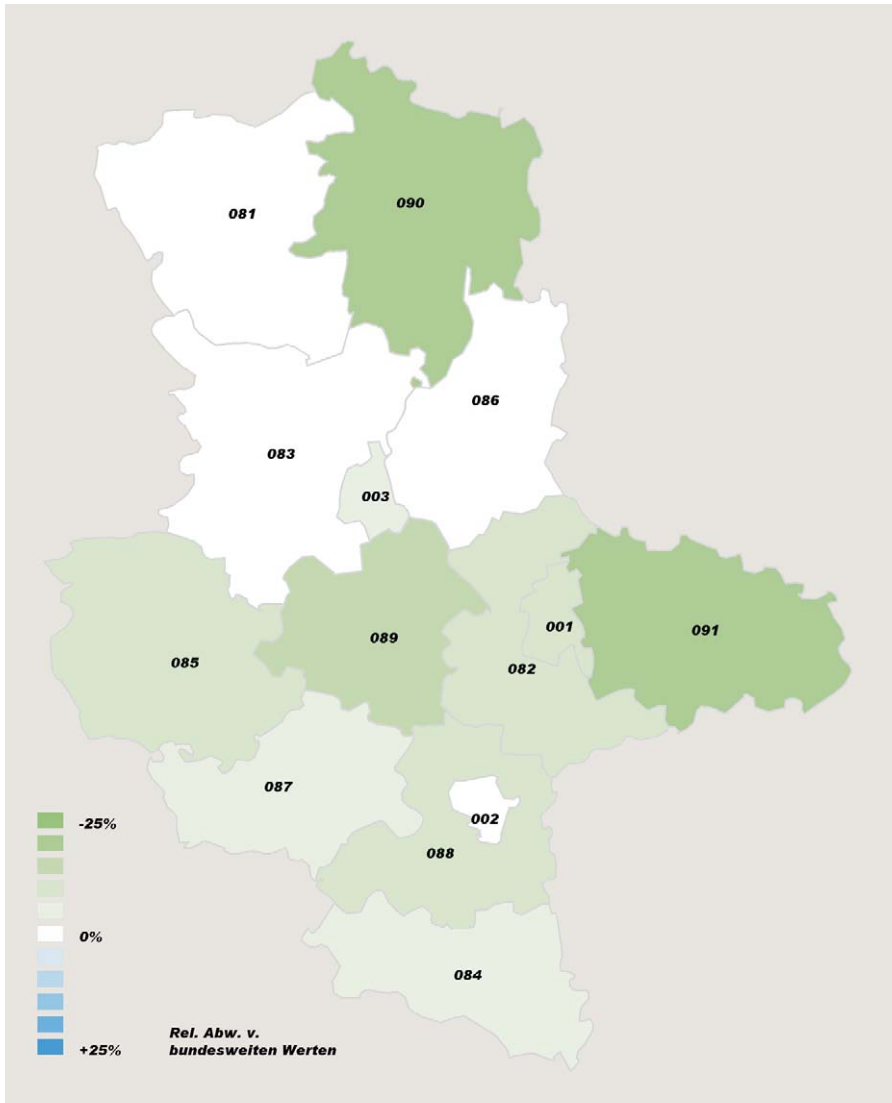


Abbildung 30 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

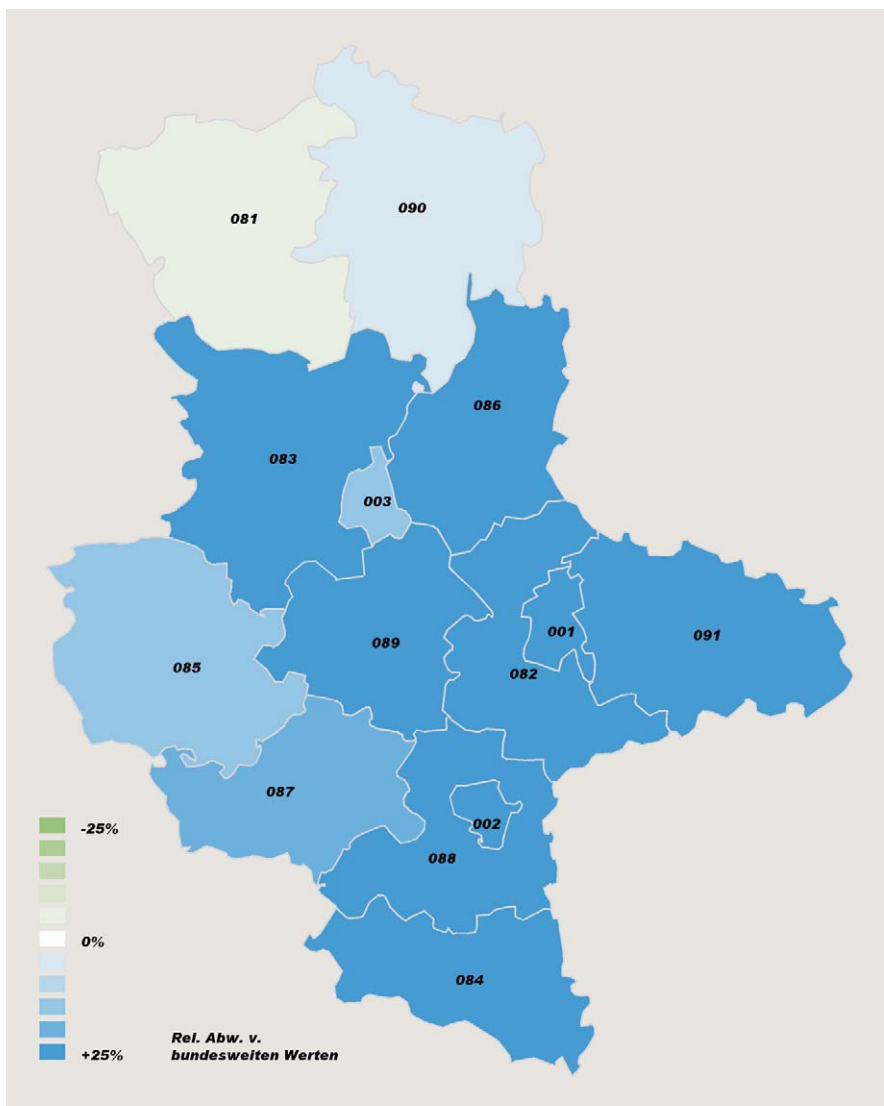


Abbildung 31 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel X – Krankheiten des Atmungsystems

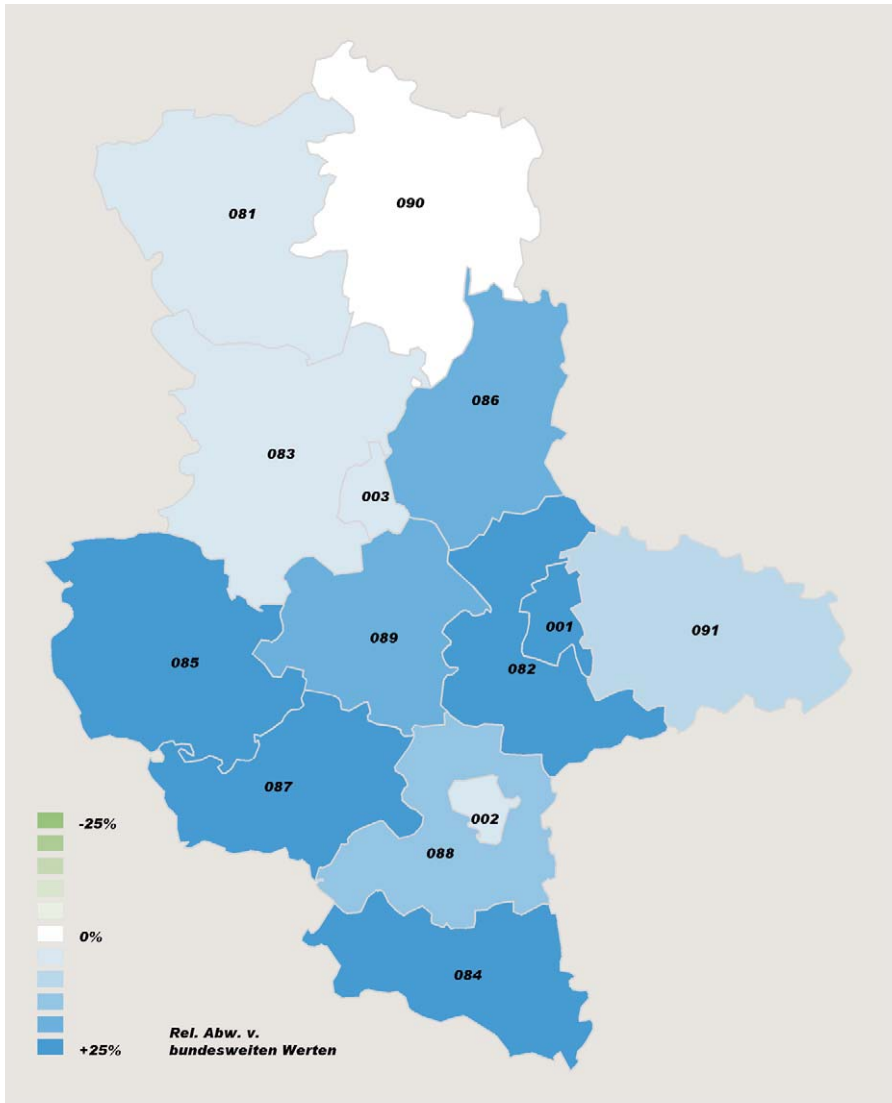


Abbildung 32 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel XIX – Verletzungen

Tabelle 9 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2011

Kreis 15...	Kreise in Sachsen-Anhalt, Bezeichnung	V Psyche	X Atemwege	XIII Mus- kel-Skelett	XIX Ver- letzungen
001	Dessau-Roßlau	-12,3%	41,2%	9,1%	47,3%
002	Halle (Saale)	0,1%	30,9%	0,9%	3,0%
003	Magdeburg	-4,7%	16,7%	-4,3%	6,4%
081	Altmarkkreis Salzwedel	-1,0%	-4,7%	7,5%	7,4%
082	Anhalt-Bitterfeld	-12,1%	33,7%	22,5%	30,6%
083	Börde	-0,3%	25,2%	25,7%	7,0%
084	Burgenlandkreis	-6,2%	26,0%	10,7%	29,1%
085	Harz	-10,3%	15,7%	11,9%	29,2%
086	Jerichower Land	0,1%	27,2%	17,7%	21,3%
087	Mansfeld-Südharz	-5,8%	21,3%	41,5%	50,6%
088	Saalekreis	-10,7%	26,3%	18,7%	16,8%
089	Salzlandkreis	-12,6%	27,8%	13,0%	18,0%
090	Stendal	-19,8%	4,7%	10,4%	2,4%
091	Wittenberg	-20,3%	35,1%	29,9%	7,9%
AU-Tage je 100 VJ bundesweit		266	217	340	206

BARMER GEK 2011, 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. Wohnortbezogen, ausschließlich Angaben zu Kreisen mit Daten zu jahresdurchschnittlich mehr als 100 Erwerbspersonen. 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 2011. 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 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 66. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2011, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten folgte. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 68 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2011 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 10,9 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2011 durchschnittlich 1,67 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.
- „Affektive Störungen“, die im Wesentlichen Depressionsdiagnosen umfassen, lassen sich für 8,0 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 124 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich machen. Bei Frauen sind sie für vergleichbar hohe Fehlzeiten wie Rückenbeschwerden verantwortlich.

Abbildung 33 auf Seite 64 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 **Sachsen-Anhalt** überschreiten in vielen relevanten Diagnosegruppen die bundesweit ermittelten Werte. Ausnahmen bilden insbesondere Fehlzeiten mit „Affektiven Störungen“ (ICD10 F30-F39).

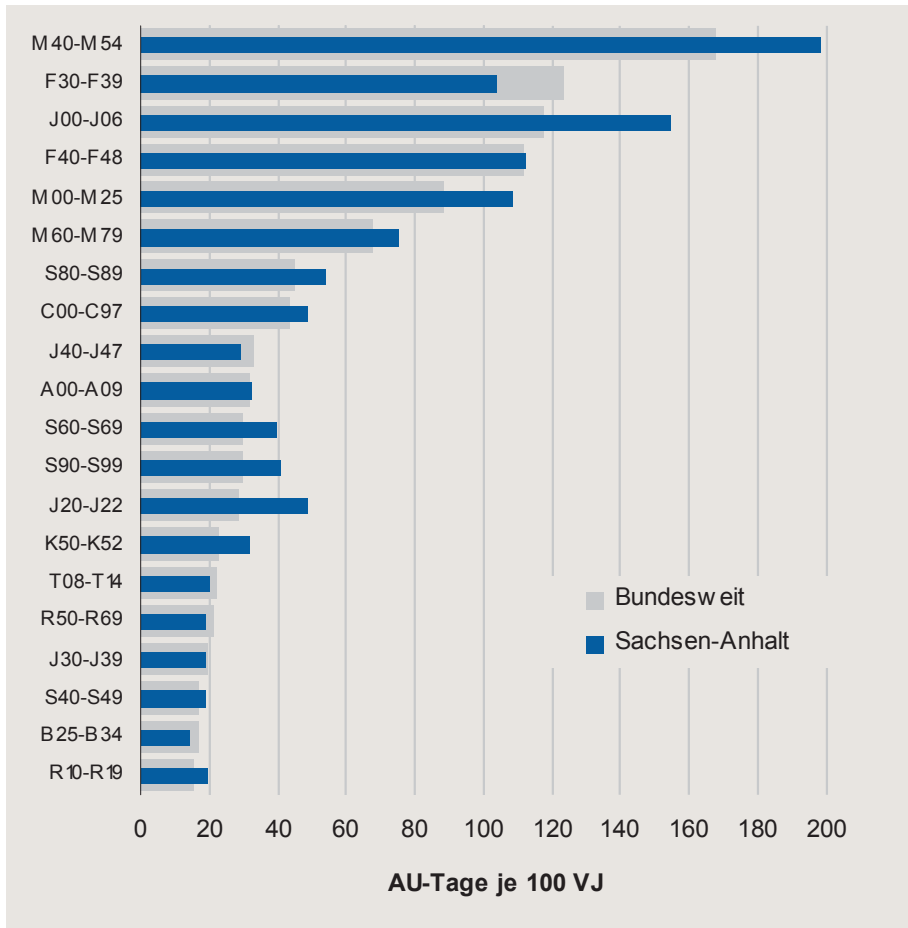


Abbildung 33 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2011

Tabelle 10 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2011

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	20,3	28,0	23,5	18,5	23,9	20,8
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	12,0	10,3	11,3	10,1	8,2	9,3
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	6,3	6,9	6,6	7,0	7,4	7,2
K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, Speicheldrüsen u. d. Kiefer	7,8	9,5	8,5	4,7	5,3	4,9
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	2,9	3,8	3,3	4,1	4,8	4,4
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	5,1	5,7	5,4	4,2	4,4	4,2
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	5,6	6,7	6,1	3,9	4,4	4,1
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somat. Störungen	2,7	6,4	4,2	2,6	5,0	3,6
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	4,1	3,5	3,8	3,7	3,1	3,4
M00-M25 Arthropathien	4,5	3,0	3,9	3,5	2,4	3,0
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	1,9	2,4	2,1	2,7	3,1	2,9
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	1,5	2,3	1,8	2,1	2,9	2,4
R10-R19 Sympt., die Verdauungssys. u. Abdomen betreffen	2,0	3,8	2,7	1,7	3,2	2,3
K20-K31 Krankh. d. Ösophagus, Magens u. d. Duodenum	3,1	4,0	3,5	2,1	2,6	2,3
R50-R69 Allgemeinsymptome	1,5	2,2	1,8	2,0	2,6	2,2
F30-F39 Affektive Störungen	1,1	2,6	1,8	1,5	2,5	1,9
T08-T14 Verletzungen n.n. bez. Teile d. Rumpfes, der Extremitäten	1,9	1,1	1,6	2,2	1,2	1,8
G40-G47 Episod. u. paroxysmale Krankh. D. Nervensys.	1,1	2,9	1,9	1,3	2,4	1,7
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	2,6	1,6	2,2	1,9	1,3	1,7
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	2,5	1,0	1,9	2,0	0,8	1,5
Gesamt	125,0	151,0	135,8	110,8	126,4	117,3

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

Tabelle 11 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2011

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	212	179	198	182	147	167
F30-F39 Affektive Störungen	74	146	104	98	160	124
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	133	185	155	103	138	118
F40-F48 Neurotische, Belast.- u. somatoforme Störungen	72	169	113	83	152	112
M00-M25 Arthropathien	123	88	109	95	78	88
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	80	68	75	71	62	68
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	68	34	54	54	32	45
C00-C97 Bösartige Neubildungen	45	54	48	36	53	43
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	28	31	29	31	35	33
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	33	32	32	31	33	32
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	54	18	39	42	14	30
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	50	29	41	34	23	30
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	44	55	49	26	31	28
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	31	34	32	22	24	23
T08-T14 Verletz.n n.n. bez. T.d. Rumpfes, Extremitäten	26	12	20	28	14	22
R50-R69 Allgemeinsymptome	15	23	19	19	25	21
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	16	23	19	17	22	19
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	26	9	19	22	10	17
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	14	15	14	15	18	17
R10-R19 Sympt., d. d. Verdauungssyst. u. d. Abdomen betr.	13	28	19	11	22	16
Gesamt	1.751	1.883	1.806	1.500	1.599	1.541

BARMER GEK 2011, 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 2011. Den dargestellten 20 häufigsten von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 53,5 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

Inhaltlich relevanter als die Zuordnungen von AU-Fallzahlen erscheinen Zuordnungen von Fehlzeiten, die sich in Tabelle 13 auf Seite 71 finden. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2011, wobei hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 43 Prozent aller 2011 erfassten Fehlzeiten.

- Auf die Diagnose „**Rückenschmerzen**“ (ICD10: **M54**) entfielen nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen bundesweiter Daten der BARMER GEK 6,6 Prozent aller Fehltage. Jede Erwerbsperson war 2011, statistisch betrachtet, im Mittel einen Tag unter dieser Diagnose krankgeschrieben. Männer waren in größerem Umfang als Frauen betroffen.
- „**Depressive Episoden**“ (ICD10: **F32**) belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 6,1 Prozent bei bundesweiten Auswertungen den zweiten Rang. Gemeinsam mit der Diagnose „**Rezidivierende depressive Störungen**“ (ICD10: **F33**), auf die 1,5 Prozent der Fehlzeiten entfielen, erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 7,6 Prozent der Fehlzeiten direkt zugeordnet werden können.

- 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 3,0%), „Andere neurotische Störungen“ (ICD10: F48; Anteil 1,6%), „Somatoforme Störungen“ (ICD10: F45; Anteil 1,3%) sowie „Andere Angststörungen“ (ICD10: F41; Anteil 1,2%).
- Auf die häufigste Diagnose von Krankschreibungen „Akute Infektionen ...“ (ICD10: J06) entfielen, aufgrund ihrer unterdurchschnittlichen Dauer, lediglich 4,9 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]“ 2010 noch zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten. 2011 belegte die Diagnose Rang 23 und ist insofern nicht in der Tabelle enthalten.

Abbildung 34 auf Seite 69 stellt bundesweite und regionale Ergebnisse zu Fehlzeiten für relevante dreistellige Diagnosen grafisch gegenüber – Bezeichnungen der Diagnosen können in diesem Fall Tabelle 13 auf Seite 71 entnommen werden.

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Sachsen-Anhalt** überschreiten auch bei vielen relevanten Diagnosen auf dreistelliger Ebene die bundesweit ermittelten Werte. Die Überschreitungen sind am ausgeprägtesten bei den beiden Diagnosen „Rückenschmerzen“ (ICD10 M54) und „Akute Bronchitis“ (J20). Teilweise deutlich unterhalb von bundesweit ermittelten Ergebnissen liegen in Sachsen-Anhalt Fehlzeiten mit einigen psychischen Störungen und dabei insbesondere mit Depressionen (F32, F33) sowie mit anderen neurotischen Störungen (F48).

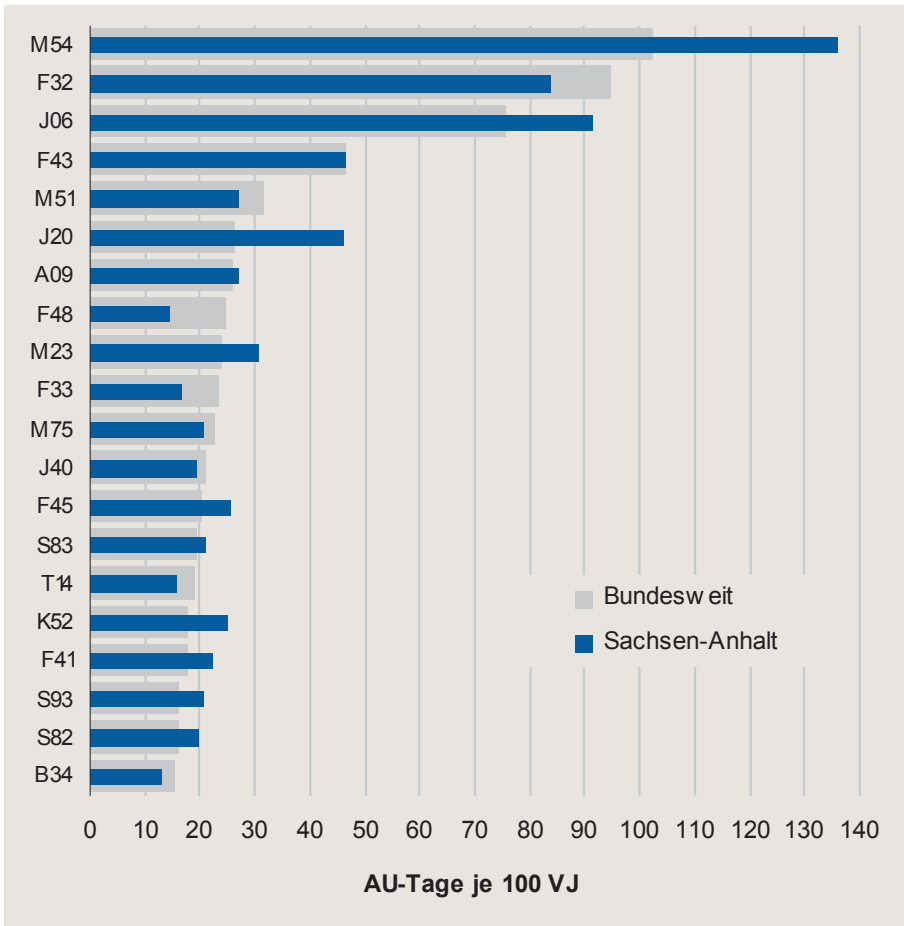


Abbildung 34 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2011

Tabelle 12 Fallzahlrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2011

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnose	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	13,0	16,1	14,2	12,5	14,7	13,4
M54 Rückenschmerzen	9,8	7,9	9,0	7,8	6,0	7,0
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	5,3	5,8	5,5	5,8	6,0	5,9
K08 Sonstige Krankh. d. Zähne u. des Zahnhalteapparates	7,3	8,8	7,9	4,2	4,6	4,4
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,8	5,4	5,1	3,9	4,1	4,0
J20 Akute Bronchitis	5,3	6,3	5,7	3,6	4,1	3,8
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,1	2,8	2,4	3,0	3,5	3,2
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,8	2,3	2,0	2,6	3,0	2,8
J03 Akute Tonsillitis	2,7	3,9	3,2	1,8	2,5	2,1
J01 Akute Sinusitis	1,1	2,2	1,6	1,4	2,3	1,8
K29 Gastritis und Duodenitis	2,4	3,2	2,8	1,5	2,1	1,8
J32 Chronische Sinusitis	0,7	1,4	1,0	1,3	2,1	1,6
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,2	2,7	1,8	1,1	2,4	1,6
J02 Akute Pharyngitis	1,4	2,1	1,7	1,3	1,9	1,6
F43 Reaktionen auf schwere Belast. u. Anpassungsstör.	1,4	3,3	2,2	1,1	2,3	1,6
T14 Verletzung an einer n.n. bezeichneten Körperregion	1,6	0,9	1,3	1,9	1,0	1,5
F32 Depressive Episode	1,0	2,2	1,5	1,2	2,0	1,5
A08 Virusbedingte und sonstige näher bez. Darminfektionen	0,9	1,0	0,9	1,1	1,2	1,1
S93 Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,5	1,0	1,3	1,2	0,9	1,1
G43 Migräne	0,5	2,3	1,2	0,5	1,8	1,0
Gesamt	125,0	151,0	135,8	110,8	126,4	117,3

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

Tabelle 13 Fehlzeitenrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2011

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnose	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M54 Rückenschmerzen	147	121	136	114	86	102
F32 Depressive Episode	62	114	84	76	121	95
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	83	103	92	69	85	75
F43 Reakt. auf schwere Belast. u. Anpassungsstörungen	29	72	46	34	64	46
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	29	24	27	35	27	31
J20 Akute Bronchitis	42	52	46	24	29	26
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	27	27	27	26	27	26
F48 Andere neurotische Störungen	9	22	15	18	34	24
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes	38	20	31	29	17	24
F33 Rezidivierende depressive Störung	10	25	16	18	31	23
M75 Schulterläsionen	23	17	21	26	19	23
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	18	22	20	20	24	21
F45 Somatoforme Störungen	18	36	25	15	27	20
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes	27	12	21	24	13	19
T14 Verletzung an einer n.n. bezeichneten Körperregion	21	9	16	24	12	19
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	24	27	25	17	19	18
F41 Andere Angststörungen	15	33	22	14	24	18
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. des Fußes	24	15	21	18	13	16
S82 Fraktur d. Unterschenkels, einschl. d. o. Sprunggelenkes	23	15	20	18	13	16
B34 Viruskrankheit n.n. bez. Lokalisation	13	14	13	14	17	15
Gesamt	1.751	1.883	1.806	1.500	1.599	1.541

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

Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

Das Schwerpunktkapitel befasst sich mit dem Thema Alkoholkonsum von Erwerbstätigen. Riskanter oder problematischer Alkoholkonsum ist ein Thema, das nach wie vor auch in Unternehmen aktuell ist und in den Folgen zu verminderter Leistungsfähigkeit und Arbeitsqualität, gestörtem Betriebsklima, hoher Unfallgefährdung und nicht zuletzt zu erhöhten Fehlzeiten durch alkoholbedingte Erkrankungen führen kann. Nach einem kurzen, allgemeinen Überblick zum Thema werden Ergebnisse zur Häufigkeit, zu Risikofaktoren sowie zu Folgen von alkoholbezogenen Problemen bei Erwerbspersonen präsentiert.

Alkoholkonsum in Deutschland

Nach Angaben aus Statistiken der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), einer häufig genutzten Quelle für statistische Angaben zu vielen Staaten, lag der Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2009 bei 9,7 Liter reinem Alkohol¹. 2010 waren es 9,6 Liter². Anfang der 90er Jahre hatte dieser Wert in Deutschland noch um etwa zwei Liter höher gelegen, für die 70er und 80er Jahre werden zum Teil Werte oberhalb von 14 Litern berichtet.

Tendenziell ist der Alkoholkonsum in den vergangenen Jahrzehnten nach diesen Angaben, die auf Produktions- und Absatzzahlen basieren, in Deutschland also gesunken. Gemäß einer internationalen Auflistung³ belegte Deutschland 2008 beim Alkoholkonsum (als Summierung aus registriertem und geschätztem Alkoholkonsum) unter 189 Ländern den Rang 28.

Niemand trinkt reinen Alkohol. Für eine Berechnung der Alkoholmenge, die mit dem Konsum bestimmter alkoholischer Getränke verbunden sind, müssen deren Volumen (z.B. in Millilitern [ml bzw. cm³]), deren Alkoholgehalt (typischerweise angegeben in Volumenprozent [Vol.%]), und das spezifische Gewicht des (Trink-)Alkohols (Ethanol: 0,8 g/cm³) bekannt sein. Die Alkoholmenge in Gramm [g] lässt sich dann nach der folgenden Formel berechnen:

¹ Vgl. Internetseiten der OECD: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30126>

² Vgl. Internetseiten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>

³ Zitiert nach Lehner B, Kepp J. Daten, Zahlen und Fakten. Aus: Gaßmann R, Kepp J. Jahrbuch Sucht 2012 (2012). S.11. ISBN-13: 978-3899677683.

$$\text{Alkoholmenge [g]} = \text{Getränkvolumen [ml]} * 0,8 * \frac{\text{Vol.}\%}{100}$$

Eine Flasche Rotwein (0,75 l) mit 12,5 Vol.% Alkoholgehalt beinhaltet demnach 75 g bzw. 93,75 ml reinen Alkohol, eine Dose Bier (0,5 l) mit 5 Vol.% Alkohol enthält 20 g bzw. 25 ml reinen Alkohol. Die zuvor angegebene Konsummenge reinen Alkohols im Jahr 2010 von 9600 ml in Deutschland entspräche demnach einem durchschnittlichen jährlichen pro Kopf Konsum von gut 102 Flaschen Rotwein oder dem Konsum von 384 Dosen Bier, berechnet als Durchschnitt über alle Frauen und Männer, Kinder und Hochbetagte. Trotz eines Rückgangs in den vergangenen Jahrzehnten erscheint diese Menge weiterhin beachtlich.

Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesellschaft

Wie nahezu bei allen Nahrungs- und Genussmitteln oder auch bei chemisch definierten Substanzen und Medikamenten hängen die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von der „Dosierung“, den Zeitpunkten des Konsums sowie von individuell unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen und Umständen ab.

Grenzwerte für Alkoholkonsum

Allgemein formulierte Grenzwerte für einen schädlichen Alkoholkonsum werden kontrovers diskutiert. Weitgehend Konsens besteht darüber, dass Konsummengen von Alkohol im Umfang von

- maximal 12 g Alkohol täglich bei erwachsenen Frauen sowie
- maximal 24 g Alkohol täglich bei erwachsenen Männern

als „risikoarm“ gelten können⁴. Dies würde beispielsweise dem Konsum von etwa 120 ml (weniger als einem kleinen Glas) Rotwein bei Frauen und 240 ml (etwa einem Glas) Rotwein pro Tag bei Männern entsprechen. Von riskantem Konsum kann bei Männern bei Mengen von über 24 g bis 60 g (Frauen: über 12 g bis 40 g), von gefährlichem Konsum bei über 60 g bis 120 g (Frauen: über 40 g bis 80 g) und schließlich von Hochkonsum bei über 120 g bei Männern und über 80 g Alkoholkonsum am Tag bei Frauen gesprochen werden.

⁴ Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz von Alkoholkonsum, episodischem Rauschtrinken und problematischem Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter 1995-2009. Online verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=410>.

Die genannten Kategorien beziehen sich auf erwartbare längerfristige Auswirkungen eines regelmäßigen Alkoholkonsums unter „normalen Umständen“.

Situativ, beispielsweise kurzfristig bei einer Teilnahme am Straßenverkehr oder mittelfristig während einer Schwangerschaft, sind weitere potenzielle Auswirkungen des Alkoholkonsums zu bedenken (z.B. Organschäden oder reduziertes Wachstum des Embryos, auch als „Fetales Alkoholsyndrom“ bekannt).

Zudem würde der Konsum einer aufgesparten „risikoarmen“ Monats-Ration an Alkohol an nur einem Tag rechnerisch zu zweifelsfrei tödlichen Blutalkoholspiegeln führen. Die zeitliche Verteilung des Konsums spielt also auch eine wesentliche Rolle.

Verteilung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung

Die eingangs genannten Zahlen zum durchschnittlichen pro Kopf Konsum von Alkohol in Deutschland lassen kaum Rückschlüsse auf Bevölkerungsanteile mit einem potenziell gesundheitsgefährdenden oder schädlichen Alkoholkonsum zu. Ein Teil der Bevölkerung dürfte kaum oder nie Alkohol konsumieren. Dies sollte durchgängig für Säuglinge und Kinder sowie Schwangere gelten, betrifft aber sicher auch eine Reihe von Erwachsenen.

Umgekehrt muss ein anderer Teil der Bevölkerung auch Alkoholmengen deutlich oberhalb des genannten durchschnittlichen pro Kopf Konsums trinken. Angaben zum individuellen Alkoholkonsum können in der Regel ausschließlich im Rahmen von Befragungen erhoben werden. Der von der WHO entwickelte Selbsttest (AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test) kann beispielsweise einer ersten Einschätzung eigener Trinkgewohnheiten dienen und erlaubt eine Abgrenzung von „problematischem Alkoholkonsum“, der auch episodisch erhöhten Alkoholkonsum berücksichtigt. Um die Aussagen auf Bevölkerungsgruppen zu übertragen, müssen repräsentative Erhebungen in der Bevölkerung durchgeführt werden.

Nach Befragungsergebnissen von mehr als 7.000 18- bis 59-Jährigen in Deutschland konnte 2009 bei 30,6 Prozent der Männer und 8,4 Prozent der Frauen ein problematischer Alkoholkonsum innerhalb der vergangenen 12 Monate festgestellt werden (Epidemiologischer Suchtsurvey; vgl. die bereits zu Grenzwerten zitierte Quelle). Ein mengenmäßig riskanter Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage ließ sich bei 15,3 Prozent der Männer und 12,8 Prozent der Frauen ermitteln. Von gefährlichem Konsum oder Hochkonsum waren nach den Berechnungen zudem 2,8 Prozent der Männer und 1,3 Prozent der Frauen betroffen. Die zuvor zitierten Zahlen beschreiben die bevölkerungsbezogene Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland. Im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS), zu der am

14. Juni 2012 erste vorläufige Ergebnisse vorgestellt werden konnten, wurden in Zusatzmodulen Häufigkeiten psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren im Sinne von Erkrankungen erhoben⁵. Nach vorläufigen Ergebnissen waren 11,2 Prozent der Bevölkerung im genannten Alter innerhalb von 12 Monaten von „Alkoholstörungen“ im Sinne einer psychischen Störung betroffen, dabei nur 3,9 Prozent der Frauen aber 18,4 Prozent der Männer. Differenziertere Auswertungsergebnisse sollten innerhalb der kommenden Monate verfügbar sein.

Auswirkungen auf Unternehmen

Experten schätzen, dass jeder 5. bis 10. Mitarbeiter in einem Unternehmen einen riskanten oder problematischen Alkoholkonsum betreibt⁶. Wie in der Einleitung erwähnt, führt dieser unter anderem zu eingeschränkter Leistungsfähigkeit, die sich z. B. in verminderter Wahrnehmung und längeren Reaktionszeiten ausdrückt. Dies erhöht in der Folge sowohl die betriebswirtschaftlichen Kosten aufgrund von Präsentismus (Mitarbeiter sind „krank“ bei der Arbeit) als auch die Unfallgefahr. Laut World Health Organisation (WHO) spielt Alkohol bei jedem fünften Arbeitsunfall eine Rolle. Riskant Alkohol konsumierende Mitarbeiter sind 3,5 Mal häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt⁷. Hinzu kommen die Fehlzeiten, die im weiteren Verlauf des Schwerpunkt Kapitels noch näher betrachtet werden. Zudem geht es bei jeder sechsten Kündigung um Alkohol.

Die Betriebliche Suchtprävention nimmt daher – nicht nur aufgrund der gesetzlichen Fürsorgepflicht der Arbeitgeber für die Beschäftigten – weiter an Bedeutung zu. Davon ausgehend, dass beispielsweise etwa 5% der Mitarbeiter eines Unternehmens ein Problem mit riskantem Konsum von Alkohol haben (vgl. Livingston), lässt sich der wirtschaftliche Schaden für Unternehmen wie folgt darstellen:

Wirtschaftlicher Schaden =

$$(Anzahl\ der\ Mitarbeiter\ * 5\ %) * (Durchschnittslohn\ des\ Unternehmens\ * 25\ \%)^8$$

Es gibt für Arbeitgeber somit eine ganze Reihe guter Gründe in Betriebliche Suchtprävention zu investieren.

⁵ Vgl. im Internet: <http://www.degs-studie.de/>

⁶ Expertenschätzung des Wissenschaftlichen Kuratorium der DHS.

⁷ Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. DHS/BARMER GEK. Mai 2010.

⁸ Angaben der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme, hier unter Annahme eines Anteils von 5 Prozent der Unternehmensmitarbeiter mit riskantem Alkoholkonsum bei einem erwarteten durchschnittlichen Leistungsausfall einer suchgefährdeten Person von 25 Prozent.

Alkoholkonsum – Hinweise aus Daten von Krankenkassen

Routinemäßig erfasste Daten von Krankenkassen können an unterschiedlichen Stellen Hinweise auf den Alkoholkonsum liefern. Typischerweise erfährt eine Krankenkasse allerdings nur dann vom Alkoholkonsum, wenn es in Folge des Alkoholkonsums zu gesundheitlichen Schäden oder Ausfällen beziehungsweise zu ärztlichen Behandlungen dieser Folgen gekommen ist. Die direkteste Information über einen schädlichen Alkoholkonsum liefert eine entsprechende, ärztlich gestellte Diagnose. In der aktuell gültigen ICD10-Diagnoseklassifikation wird zur Kodierung einer solchen Diagnose der Schlüssel

- F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ verwendet.

Durch die Angabe einer zusätzlichen, angehängten Ziffer können mit dem Diagnoseschlüssel noch unterschiedliche Zustände differenziert werden. So wird z.B. mit

- F10.0 ein akuter Rausch, mit
- F10.1 allgemein ein schädlicher Gebrauch, mit
- F10.2 ein Abhängigkeitssyndrom, mit
- F10.3 ein Entzugssyndrom u. s. w. kodiert.

Entsprechende Diagnosen können sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung vergeben und im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkasse weitergeleitet werden oder direkt auf einer der Krankenkasse zugestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt sein und damit eine Krankschreibung begründen.

Relativ einfach interpretierbar sind die Diagnosen, sofern sie an erster Stelle auf Arbeitsunfähigkeiten oder als Hauptentlassungsdiagnosen von Krankenhausbehandlungen erscheinen. In diesen Fällen liefern sie entweder die hauptsächliche Begründung für eine Arbeitsunfähigkeit oder für eine Behandlung im Krankenhaus. In beiden Fällen dürfte ein Alkoholkonsum oberhalb eines gewissen Schwellenwertes vorliegen.

Schwieriger ist die Interpretation von allgemeinen, d.h. auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten vergebenen Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie von Nebendiagnosen bei Krankenhausaufenthalten. Die Diagnosen in den Abrechnungsdaten der ambulant tätigen Ärzte enthalten keine Kennzeichnungen der vorrangig relevanten Behandlungsdiagnosen. Insofern bleibt bei Behandlungsfällen von ambulant tätigen Ärzten, denen im überwiegenden Teil der Fälle mehrere Diagnosen zugeordnet sind, in der Regel unklar, wel-

cher Anteil der Behandlungsaufwendungen den einzelnen Diagnosen und Erkrankungen zuzuschreiben ist. Vergleichbares gilt, wenn Diagnosen ausschließlich als Nebendiagnosen von Krankenhausaufenthalten erfasst sind. In entsprechenden Fällen dürfte eine Kodierung der Diagnosen häufig im Ermessen der Ärzte liegen.

Hinweise zu den folgenden Auswertungen

Es ist davon auszugehen, dass keinesfalls jedes ärztlich erkannte alkoholbezogene Problem bei Versicherten zwangsläufig auch in den Daten der Krankenkasse erfasst ist. Grundsätzlich nicht erfasst wird in den Kassendaten der Alkoholkonsum an sich.

Auch über einen riskanten oder einen problematischen Alkoholkonsum können die Daten an sich keine Auskunft geben. Daten einer Krankenkasse enthalten insofern vorrangig Hinweise auf **alkoholbezogene Probleme** und deren unterschiedliche Ausprägung zu bestimmten Zeitpunkten, **die sich auf die jeweils aktuelle Versorgung im Gesundheitssystem auswirken und die in einer ärztlichen Diagnose dokumentiert sind**. Zur Vereinfachung der Ausdrucksweise wird im Folgenden von **Alkoholproblem bzw. Alkoholproblemen** gesprochen.

Als Vorteile bei der Auswertungen von Daten einer Krankenkasse sind insbesondere zu nennen, dass Daten zu erheblich größeren Personengruppen als bei Befragungen betrachtet werden können und dass Verzerrungen von Ergebnissen, die bei Befragungen durch eine Nicht-Teilnahme besonders betroffener Gruppen resultieren können, bei Auswertungen von Routinedaten einer Krankenkasse keine Rolle spielen.

Alkoholprobleme als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalten

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich zunächst mit Ergebnissen zu Alkoholproblemen, die sich nach allgemein üblichen Auszählungen von Behandlungsfallzahlen und Erkrankungstagen aus den Routinedaten der BARMER GEK ergeben. Die Ergebnisse zu Alkoholproblemen aus diesem Abschnitt können daher für Vergleiche mit routinemäßig ermittelten Ergebnissen zu anderen Diagnosen beziehungsweise Erkrankungen herangezogen werden.

Im Routineteil des Gesundheitsreportes, wie zum Teil auch in vergleichbaren Publikationen anderer Krankenkassen, werden diagnosebezogene Häufigkeiten von Krankschreibungen und Fehlzeiten jeweils bezogen auf je 100 Versicherungsjahre angegeben (AU-Fälle sowie AU-Tage je 100 VJ). Bezogen auf die Fallhäufigkeit belegte die Diagnose F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ 2011 nach bundesweiten Auswertungen von Daten der BARMER GEK (bei der im Report üblichen Geschlechts- und Altersstandardisierung) unter den mehr als 1.600 unterschiedlichen 3-stelligen ICD10-Diagnosen mit 0,253 Fällen je 100 VJ eher unspektakulär den Rang 75, bezogen auf die Fehlzeiten mit 10,2 AU-Tagen je 100 VJ den Rang 35, weshalb die Diagnose in keiner der beiden Top-20-Tabellen zu relevanten Einzeldiagnosen auftaucht (vgl. Tabelle 12 und Tabelle 13 ab Seite 70).

- Mit etwa 0,25 AU-Fällen und 10 Fehltagen je 100 Erwerbspersonen lässt sich der Diagnose F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ 2011 nur eine verhältnismäßig überschaubare Anzahl von AU-Fällen und Fehltagen direkt zuordnen.

Demgegenüber kommt der Diagnose F10 in Routinestatistiken zu Krankenhausbehandlungen in den vergangenen Jahren regelmäßig eine erheblich prominentere Bedeutung zu.

- Nach Auswertungen zum BARMER GEK Report Krankenhaus 2012 waren „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ als Hauptentlassungsdiagnose im Jahr 2011 für 40 vollstationäre Behandlungsfälle in Krankenhäusern je 10.000 Versicherungsjahre (= 0,40 Fälle je 100 VJ) und damit für 1,85% aller Behand-

lungsfälle in Akutkrankenhäusern verantwortlich. Unter keiner anderen 3-stelligen Diagnose wurden mehr Behandlungsfälle erfasst⁹.

Eine übereinstimmende Bedeutung kam der Diagnose F10 im Jahr 2010 auch nach Vollerhebungsergebnissen zu Krankenhausbehandlungen in Deutschland zu. Die entsprechende Statistik des Statistischen Bundesamtes weist für 2010 insgesamt 333.357 vollstationäre Behandlungsfälle unter der Diagnose F10 aus, was, bezogen auf die jahresdurchschnittlich 81,76 Mio. Bundesbürger, 40,8 Fällen je 10.000 Einwohnern entspricht¹⁰ und noch geringfügig über dem zeitlich vorausgehend publizierten Wert von 37,8 Fällen je 10.000 Einwohnern für 2010 aus dem BARMER GEK Report Krankenhaus 2011 liegt. Tendenziell dürften Ergebnisse auf Basis von Daten der BARMER GEK demnach das Leistungsgeschehen in Krankenhäusern im Zusammenhang mit Alkoholproblemen in Deutschland eher leicht unterschätzen als überschätzen.

Sowohl die Zahlen des Statistischen Bundesamtes als auch die Zahlen aus dem BARMER GEK Report Krankenhaus beziehen sich allerdings auf die Gesamtbevölkerung. Die im Gesundheitsreport fokussierten Erwerbspersonen im Sinne von Berufstätigen und Arbeitslosengeld-I-Empfängern bilden hiervon nur eine Subgruppe.

Krankschreibungen und Krankenhausaufenthalte bei Erwerbspersonen

Abbildung 35 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Krankschreibungen sowie von vollstationären Krankenhausbehandlungen bei Erwerbspersonen 2011 in Geschlechts- und Altersgruppen und dabei jeweils gleichartig bezogen auf je 10.000 Versicherungsjahre¹¹. Zahlen sind Tabelle 14 zu entnehmen.

⁹ Bitzer E M et. al. (2012): BARMER GEK Report Krankenhaus 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 15. Asgard-Verlag, Siegburg.

¹⁰ Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2010. Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011.

¹¹ Arbeitsunfähigkeitsfälle bezogen auf Versicherungszeiten mit regulärer AU-Meldeverpflichtung, Krankenhausaufenthalte bezogen auf Versicherungszeiten mit Leistungsanspruch bei Versicherten, für die zumindest zeitweilig ein Erwerbspersonenstatus 2011 dokumentiert war.

Offensichtlich wird aus der Abbildung, dass die Zahl der Behandlungsfälle in Krankenhäusern (Linien in der Abbildung durch Dreiecke gekennzeichnet) die Zahl der erfassten Arbeitsunfähigkeiten in allen Geschlechts- und Altersgruppen bei Erwerbspersonen übersteigt – gemeldete Arbeitsunfähigkeiten unter der Diagnose F10 sind demnach seltenere Ereignisse als Krankenhausbehandlungen mit entsprechenden Diagnosen¹². Alters- und geschlechtsübergreifend wurden je 10.000 VJ nur 25 Arbeitsunfähigkeitsfälle, jedoch 33 vollstationäre Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern erfasst (vgl. letzte Zeile in Tabelle 14).

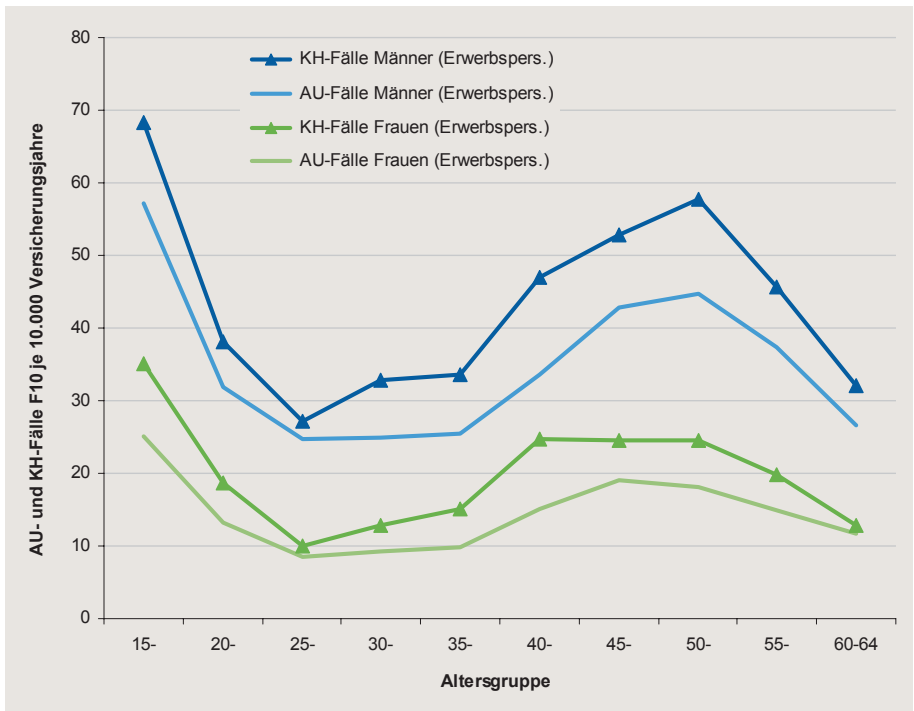


Abbildung 35 AU- sowie Krankenhausfälle mit Diagnose F10 bei Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter 2011

¹² Hierfür können mehrere Ursachen verantwortlich sein, u.A.: Nicht jeder Krankenhausaufenthalt muss zu einer Arbeitsunfähigkeit führen; eine Arbeitsunfähigkeit kann bei Krankenhausaufenthalten mit F10-Diagnose abweichend begründet sein; je Arbeitsunfähigkeit können mehrere Krankenhausbearbeitungen stattgefunden haben; Krankenhausaufenthalte können erst nach Verlust des Erwerbspersonenstatus im Jahr 2011 stattgefunden haben.

Die Fallzahlen bei Männern liegen insgesamt gut doppelt so hoch wie bei Frauen, wobei die Häufigkeiten altersabhängig bei beiden Geschlechtern einen ähnlichen Verlauf zeigen. Sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Erwerbspersonen werden die meisten Fälle in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen Erwerbspersonen erfasst. Ein zweiter Altersgipfel ist im mittleren bis höheren Erwerbsalter feststellbar.

Tabelle 14 AU- sowie Krankenhausfälle mit Diagnose F10 nach Geschlecht und Alter 2011

Fälle je 10.000 VJ Altersgruppe	AU-Fälle F10			KH-Fälle F10 *		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	57	25	43	68	35	54
20 – 24 Jahre	32	13	23	38	19	29
25 – 29 Jahre	25	9	18	27	10	20
30 – 34 Jahre	25	9	18	33	13	25
35 – 39 Jahre	26	10	19	34	15	26
40 – 44 Jahre	34	15	26	47	25	37
45 – 49 Jahre	43	19	33	53	25	41
50 – 54 Jahre	45	18	34	58	25	45
55 – 59 Jahre	37	15	30	46	20	37
60 – 64 Jahre	27	12	23	32	13	27
Gesamt	34	14	25	42	19	33

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

* Vollstationäre Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit der Hauptentlassungsdiagnose F10.

Während die zuvor dargestellten Fallzahlen bei Erwerbspersonen in der jüngsten berücksichtigten Gruppe der 15- bis 19-Jährigen am höchsten liegen, werden die höchsten gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Verweilzeiten in Krankenhäusern unter der Diagnose F10 im Alter zwischen 45 bis 54 Jahre erfasst. Dabei liegen die gemeldeten Fehlzeiten bei den Erwerbspersonen in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen typischerweise erheblich über den Verweilzeiten in Krankenhäusern (vgl. Tabelle 15).

Die noch verhältnismäßig geringen Gesamtverweilzeiten in Krankenhäusern bei sehr jungen Erwerbspersonen trotz hoher Fallzahlen resultieren aus einer ausgesprochen kurzen fallbezogenen Verweildauer von knapp über zwei Tagen (vgl. Tabelle A11 auf Seite 154 im Anhang), die sich ihrerseits daraus begründet, dass jüngere Personen zumeist mit akuten Alkoholproblemen (Alkoholvergiftung) nur kurzzeitig im Kranken-

haus behandelt werden müssen, wohingegen bei älteren Personen Behandlungen chronischer Alkoholprobleme überwiegen¹³. In höheren Altersgruppen dauern Krankenhausaufenthalte durchschnittlich etwa zehn Tage.

Noch ausgeprägter sind die altersabhängigen Unterschiede bei Arbeitsunfähigkeiten. Während eine Krankschreibung unter der Diagnose F10 bei 15- bis 19-Jährigen 2011 durchschnittlich lediglich 3,7 Tage dauerte, lag die fallbezogene Krankschreibungsdauer ab einem Alter von 45 Jahren oberhalb von 50 Tagen.

Tabelle 15 AU- sowie Krankenhaustage mit Diagnose F10 nach Geschlecht und Alter 2011

Tage je 10.000 VJ Altersgruppe	AU-Tage F10			KH-Tage F10 *		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	250	74	172	146	72	113
20 – 24 Jahre	400	70	249	127	42	88
25 – 29 Jahre	677	225	480	180	53	125
30 – 34 Jahre	863	311	637	272	83	195
35 – 39 Jahre	1.220	470	903	318	137	241
40 – 44 Jahre	1.487	773	1.183	416	214	330
45 – 49 Jahre	2.209	1.057	1.727	524	241	406
50 – 54 Jahre	2.455	967	1.873	580	238	446
55 – 59 Jahre	2.203	785	1.708	475	206	381
60 – 64 Jahre	1.677	867	1.467	366	128	305
Gesamt	1.372	532	1.024	350	140	263

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

* Behandlungstage bei vollstationären Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit der Hauptentlassungsdiagnose F10.

¹³ Vgl. auch Bitzer E et.al. (2009). GEK-Report Krankenhaus 2009. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 69. Asgard-Verlag, St. Augustin. S.78-79.

Krankenhausaufenthalte bei Erwerbspersonen sowie Versicherten insgesamt

In Abbildung 36 werden die bereits zuvor dargestellten Ergebnisse zu Krankenhausbehandlungshäufigkeiten von Erwerbspersonen mit der Diagnose F10 den entsprechenden Ergebnissen zum Gesamtversichertenbestand (vgl. dünnere Linien) gegenübergestellt. Ergänzend werden dabei auch Ergebnisse zu Altersgruppen außerhalb des regulären Erwerbsalters dargestellt (blau unterlegt). Zahlenwerte finden sich in Tabelle A12 auf Seite 154 im Anhang.

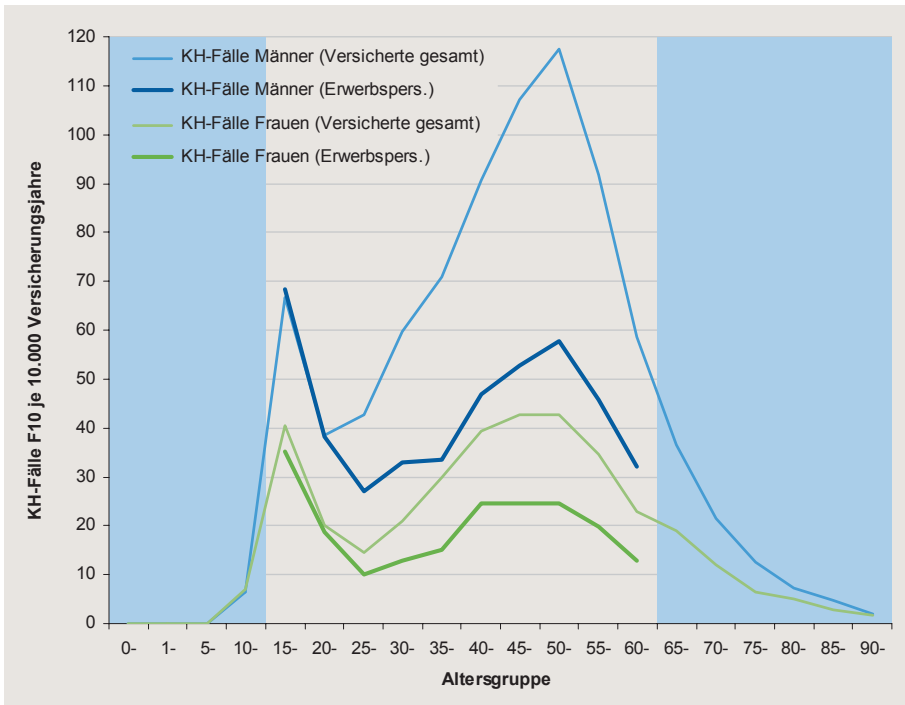


Abbildung 36 Krankenhausfälle mit Diagnose F10 Erwerbspersonen vs. Versicherten insgesamt nach Geschlecht und Alter 2011

Deutlich wird aus der Abbildung unter Einbeziehung aller Altersgruppen zunächst, dass ein weit überwiegender Teil aller vollstationären Krankenhausbehandlungen unter der Diagnose F10 auf Personen im typischen Erwerbsalter entfällt – Behandlungen von Kindern im Alter von unter 15 Jahren sowie von Personen ab 65 Jahre werden unter einer Diagnose F10 nur relativ selten erfasst.

- Der wohl wichtigste Aspekt der Abbildung 36 liegt in der Feststellung, dass Versicherte insgesamt noch erheblich häufiger wegen Alkoholproblemen im Krankenhaus behandelt werden als die Subgruppe der Erwerbspersonen.

Diese Aussage gilt nicht für Personen im Alter von bis zu 24 Jahren, also den vorrangig mit akuten Alkoholproblemen im Krankenhaus behandelten Personenkreis. Junge Erwerbspersonen scheinen demnach ähnlich häufig wie (noch) nicht im Berufsleben stehende junge Versicherte Alkoholexzesse mit nachfolgenden Krankenhausaufenthalten zu erleben.

Sehr ausgeprägt sind die Differenzen demgegenüber in der Altersgruppe 50 bis 54 Jahre. Während unter Erwerbspersonen in diesem Alter 58 Behandlungsfälle bei Männern sowie 25 Behandlungsfälle bei Frauen je 10.000 VJ erfasst wurden, waren es in den entsprechend gleichaltrigen Gesamtgruppen der Versicherten 118 beziehungsweise 43 Fälle je 10.000 VJ. Bezogen auf alle Altersgruppen zwischen 15 bis 64 Jahren wurden 2011 unter Erwerbspersonen geschlechtsübergreifend 33 Fälle je 10.000 VJ erfasst, bei den Versicherten insgesamt waren es bei gleichartig durchgeführter Geschlechts- und Altersstandardisierung, also unter Annahme einer übereinstimmenden Geschlechts- und Altersverteilung, 57 Fälle je 10.000 VJ und damit 75 Prozent mehr (vgl. Tabelle A12 auf Seite 154 im Anhang). Als maßgebliche Ursachen dieser Differenzen lassen sich zwei Wirkmechanismen vermuten.

- Zum einen dürften Personen mit chronischen und stationär behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen häufiger ihren Job verlieren (sowie seltener einen neuen finden) und insofern in der Gruppe der Erwerbspersonen unterrepräsentiert sein.
- Zum anderen dürfte jedoch auch ein umgekehrter Mechanismus wirksam sein, wobei ein Arbeitsplatzverlust ursächlich den maßgeblichen Auslöser für massivere Alkoholprobleme bildet (und im Falle einer kontinuierlichen Beschäftigung keine Probleme aufgetaucht wären).

Ergebnisse in Bundesländern 2010 und 2011

Tabelle 16 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten sowie zur Häufigkeit von vollstationären Behandlungen in Akutkrankenhäusern mit einer Hauptentlassungsdiagnose F10 in den Jahren 2010 sowie 2011 in einzelnen Bundesländern.

Bei bundesweiten Auswertungen ergeben sich für beide Jahre nahezu identische Ergebnisse. Unterschiedliche Ergebnisse in beiden Jahren bei kleineren Bundesländern sollten vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen nur zurückhaltend interpretiert werden, wobei diese Einschränkung insbesondere für das Bundesland Bremen gilt. Überwiegend zeigen sich auch innerhalb der einzelnen Bundesländer verhältnismäßig konstante Ergebnisse.

Tabelle 16 AU-Fälle sowie Krankenhausbehandlungsfälle nach Bundesländern 2010, 2011

Fälle mit Diagnose F10 je 10.000 VJ Bundesland	Arbeitsunfähigkeiten Erwerbspersonen		Krankenhausbehandlungen * Erwerbspersonen		Krankenhausbehandlungen * Versicherte gesamt	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Baden-Württemberg	26	25	33	33	50	50
Bayern	29	27	37	38	58	57
Berlin	26	25	31	29	57	54
Brandenburg	24	24	28	29	55	53
Bremen	36	36	41	60	78	85
Hamburg	31	27	34	31	59	61
Hessen	24	22	30	31	52	51
Meckl.-Vorpommern	39	40	43	42	84	77
Niedersachsen	25	24	31	28	58	52
Nordrhein-Westfalen	24	23	31	31	58	60
Rheinland-Pfalz	26	28	31	31	48	54
Saarland	31	24	31	30	47	49
Sachsen	26	27	35	33	59	51
Sachsen-Anhalt	29	28	35	34	69	66
Schleswig-Holstein	31	27	41	41	75	73
Thüringen	23	24	32	30	67	66
Gesamt	26	25	33	33	57	57

BARMER GEK 2010 und 2011; Erwerbspersonen, Versicherte; Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich stand.. * vollstationäre Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit der Hauptentlassungsdiagnose F10.

Alkoholprobleme – Betroffene nach Diagnosen aus relevanten Versorgungsbereichen

Bei Routinestatistiken werden üblicherweise Ereignisse aus einzelnen Bereichen – wie vorausgehend die zu Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausbehandlungen – separat betrachtet. Wie viele Menschen von (mindestens) einem der Ereignisse oder spezieller von bestimmten Diagnosen insgesamt betroffen sind, bleibt dabei offen¹⁴. Mit dieser Frage befasst sich der hier folgende Abschnitt. Da in Deutschland Diagnosen am häufigsten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert werden, wurden auch Diagnosen aus diesem Versorgungsbereich berücksichtigt.

Methodische Vorbemerkungen

Da ausschließlich für das Jahr 2010 auch Diagnoseangaben aus der allgemeinen ambulanten ärztlichen Versorgung verfügbar waren (unabhängig von den zumeist gleichfalls meist ambulant gestellten AU-Diagnosen), werden nachfolgend Auswertungen zum Jahr 2010 präsentiert¹⁵.

Die Auswertungen beschränken sich dabei vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen auf Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die nachweislich bereits am 1. Januar 2010 bei der BARMER GEK versichert waren (n = 5,46 Mio.), Auswertungen zur Subgruppe der Erwerbspersonen ausschließlich auf diejenigen Personen, die am 1. Januar 2010 mit Erwerbspersonenstatus versichert waren (n = 3,37 Mio.). Angaben zum beruflichen Status in dieser Gruppe beziehen sich auf den dokumentierten Berufsstatus an diesem Stichtag. Zur **Geschlechts- und Altersstandardisierung** der Ergebnisse in diesem Kapitel wurden – abweichend vom Vorgehen bei routinemäßig berichteten Zahlen – Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von **Erwerbstätigen in Deutschland im Jahr 2010** herangezogen¹⁶. Die entsprechenden Ergebnisse werden mit „stand. ET2010“ gekennzeichnet.

¹⁴ Mangels erforderlicher Informationen – wie beispielsweise bei Vollerhebungsdaten zu Entlassungen aus Krankenhäusern in Deutschland des Statistischen Bundesamtes – ist ein anderes Vorgehen häufig nicht möglich. Bei den Ergebnissen können dann identisch hohe Behandlungsfallzahlen sowohl aus vielen Behandlungen bei wenigen Personen als auch aus der einmaligen Behandlung von vielen Personen resultieren. Daten von Krankenkassen mit pseudonymisiertem Versichertenbezug erlauben demgegenüber auch personenbezogene und sektorübergreifende Auswertungen.

¹⁵ Vollständige Daten zum Jahr 2011 wären erwartungsgemäß nicht vor dem dritten Quartal des Jahres 2012 verfügbar gewesen und standen im Rahmen der hier präsentierten Auswertungen noch nicht zur Verfügung.

¹⁶ Vgl. Statistisches Jahrbuch 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011. Seite 91.
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuchKomplett.html>

Berücksichtigte Daten, Abgrenzung von Diagnosen

Um ein möglichst vollständiges Bild zu Alkoholproblemen von Versicherten im Erwerbsalter liefern zu können wurden bei den Auswertungen Diagnoseangaben aus insgesamt drei relevanten Sektoren beziehungsweise Leistungsbereichen der Krankenkasse berücksichtigt:

1. Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten (Leistungsbereich Krankengeld),
2. Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung (sofern als gesicherte Diagnosen gekennzeichnet),
3. Haupt- und Nebendiagnosen zu Behandlungen in Akutkrankenhäusern (hier inklusive Diagnoseangaben auch zu vor- und teilstationären Behandlungen).

Aus den genannten Bereichen wurden jeweils alle Diagnoseangaben F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ einschließlich aller kodierbarer Subdiagnosen als Hinweise auf Alkoholprobleme berücksichtigt.

- Wurde 2010 eine der Diagnosen F10.2 (Abhängigkeitssyndrom), F10.3 (Entzugssyndrom) oder F10.4 (Entzugssyndrom mit Delir) erfasst, wurde dabei eine manifeste **Alkoholabhängigkeit** angenommen.
- Wurde keine der drei genannten Subdiagnosen erfasst, wurden **Alkoholprobleme ohne manifeste Alkoholabhängigkeit** angenommen.

Altersübergreifende Ergebnisse bei 15- bis 64-Jährigen

Tabelle 17 listet Anteile der im Jahr 2010 von Alkoholproblemen nach Diagnoseangaben aus unterschiedlichen Sektoren betroffenen Erwerbspersonen beziehungsweise Versicherten im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

- Arbeitsunfähigkeiten mit der Diagnose von Alkoholproblemen (im Sinne einer Diagnose F10) betrafen innerhalb des Jahres lediglich 0,21 Prozent der Erwerbspersonen. Ein mit 0,20 Prozent vergleichbar großer Anteil der Erwerbspersonen war 2010 mindestens einmal mit einer entsprechenden Hauptentlassungsdiagnose in vollstationärer Behandlung in einem Akutkrankenhaus.
- Berücksichtigt man alle (auch teilstationären) Behandlungen in Akutkrankenhäusern und zugleich ergänzend auch Nebendiagnosen, ergeben sich aus den Angaben zu Krankenhausbehandlungen bei 0,37 Prozent der Erwerbspersonen Hinweise auf Alkoholprobleme. In der Gesamtgruppe der Versicherten gilt dies für 0,63 Prozent.

- Im Rahmen der ambulanten (kassen-) ärztlichen Versorgung wurde 2010 bei 1,00 Prozent der Erwerbspersonen mindestens einmalig eine Diagnose F10 als gesicherte Diagnose dokumentiert.
- Bei einer Kombination von Diagnoseangaben aus dem ambulanten und stationären Sektor ergibt sich schließlich ein Anteil von 1,17 Prozent der Erwerbspersonen, bei denen 2010 Alkoholprobleme im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung dokumentiert wurden. Bei 0,69 Prozent der Erwerbspersonen wurden dabei Subdiagnosen erfasst, die explizit auf eine Alkoholabhängigkeit hindeuten. In der Gesamtgruppe der Versicherten lagen die beiden genannten Anteile mit 1,82 Prozent sowie 1,18 Prozent noch deutlich höher.

Tabelle 17 Anteil Erwerbspersonen sowie Versicherte mit Alkoholproblemen 2010

Anteil Betroffene 2010 mit F10-Diagnose aus genanntem Bereich	Erwerbspersonen Alter 15 – 64 Jahre			Versicherte gesamt Alter 15 – 64 Jahre		
	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt
A) Arbeitsunfähigkeiten	0,13%	0,08%	0,21%	-	-	-
B) Akutkrankenhäuser: Hauptentlassungsdiagnose*	n.e.	n.e.	0,20%	n.e.	n.e.	0,33%
C) Akutkrankenhäuser: alle Diagnosen	0,21%	0,16%	0,37%	0,43%	0,21%	0,63%
D) Ambulante Versorgung: gesicherte Diagnosen	0,62%	0,38%	1,00%	1,03%	0,54%	1,57%
C,D) Akutkrankenhaus o. ambulante Versorgung	0,69%	0,48%	1,17%	1,18%	0,64%	1,82%
A,C,D) Akutkrankenhaus o. ambulante Versorgung o. AU-Diagnose	0,70%	0,48%	1,18%	-	-	-

BARMER GEK 2010; Erwerbspersonen sowie Versicherte gesamt, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich stand. ET2010; * vollstationäre Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit der Hauptentlassungsdiagnose F10; n.e.: Werte nicht ermittelt.

Erwartungsgemäß kaum veränderte Zahlen ergeben sich bei Erwerbspersonen, sofern man bei der Ermittlung der Betroffenenraten ergänzend auch Diagnoseangaben aus Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen berücksichtigt. Grundsätzlich sollten diese Diagnosen weitgehend vollständig bereits in den Daten zu Krankenhausaufenthalten oder zur ambulanten Behandlung enthalten sein. Die dennoch beobachteten gering-

fügigen Abweichungen können aus unterschiedlichen Konstellationen resultieren. Die Zahlen wurden vorrangig zur Überprüfung der dargestellten Ergebnisse ermittelt und werden nachfolgend nicht weiter betrachtet.

Ergebnisse in Bundesländern 2010

Tabelle 18 listet Ergebnisse zu Erwerbspersonen sowie zu allen Versicherten im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in den einzelnen Bundesländern. Angegeben werden die Anteile der Personen mit Diagnosen im Sinne einer Alkoholabhängigkeit, Anteile von Betroffenen ausschließlich mit Diagnosen ohne direkten Abhängigkeitshinweis sowie die insgesamt von einer Diagnose F10 im Jahr 2010 betroffenen Personenanteile. Die letztgenannten Ergebnisse werden, bezogen auf die Gruppe der Erwerbspersonen, in Abbildung 37 auch grafisch dargestellt.

Unter den Erwerbspersonen waren nach den vorliegenden Ergebnissen insbesondere Personen aus nordöstlichen Regionen Deutschlands überdurchschnittlich häufig von Alkoholproblemen betroffen. Der höchste Anteil ergab sich bei bundesweit einheitlich geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen 2010 mit 1,59 Prozent für Mecklenburg-Vorpommern, womit die bundesweit ermittelte Betroffenenrate von 1,17 Prozent in diesem Bundesland um 35,2 Prozent, also um mehr als ein Drittel, überschritten wurde. Die geringste Betroffenenrate ließ sich mit 1,02 Prozent für Erwerbspersonen in Thüringen ermitteln. Der Anteil von Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen lag in Thüringen mit diesem Ergebnis um 13,0 Prozent unter dem bundesweit ermittelten Wert. Geringe Betroffenenraten wurden vorrangig für mittlere und westliche Bundesländer ermittelt.

Tabelle 18 Erwerbspersonen sowie Versicherte mit Alkoholproblemen in Bundesländern 2010

Anteil Betroffene 2010 mit F10-Diagnose Akutkrankenhaus oder ambulante Versorgung	Erwerbspersonen Alter 15 – 64 Jahre			Versicherte gesamt Alter 15 – 64 Jahre		
	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt
Baden-Württemberg	0,64%	0,51%	1,15%	0,95%	0,61%	1,56%
Bayern	0,71%	0,56%	1,27%	1,08%	0,68%	1,77%
Berlin	0,93%	0,53%	1,45%	1,67%	0,76%	2,44%
Brandenburg	0,76%	0,49%	1,25%	1,43%	0,69%	2,11%
Bremen	0,93%	0,57%	1,50%	1,66%	0,82%	2,48%
Hamburg	0,96%	0,62%	1,57%	1,71%	0,82%	2,53%
Hessen	0,66%	0,47%	1,13%	1,05%	0,61%	1,66%
Meckl.-Vorpommern	1,06%	0,53%	1,59%	1,95%	0,80%	2,76%
Niedersachsen	0,67%	0,46%	1,13%	1,14%	0,63%	1,78%
Nordrhein-Westfalen	0,62%	0,45%	1,07%	1,08%	0,60%	1,68%
Rheinland-Pfalz	0,58%	0,45%	1,03%	0,92%	0,56%	1,48%
Saarland	0,63%	0,45%	1,08%	1,06%	0,55%	1,61%
Sachsen	0,72%	0,46%	1,18%	1,37%	0,72%	2,09%
Sachsen-Anhalt	0,75%	0,37%	1,12%	1,46%	0,60%	2,06%
Schleswig-Holstein	0,83%	0,49%	1,32%	1,41%	0,67%	2,09%
Thüringen	0,61%	0,41%	1,02%	1,21%	0,60%	1,80%
Gesamt	0,69%	0,48%	1,17%	1,18%	0,64%	1,82%

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen sowie Versicherte gesamt, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich stand. ET2010.

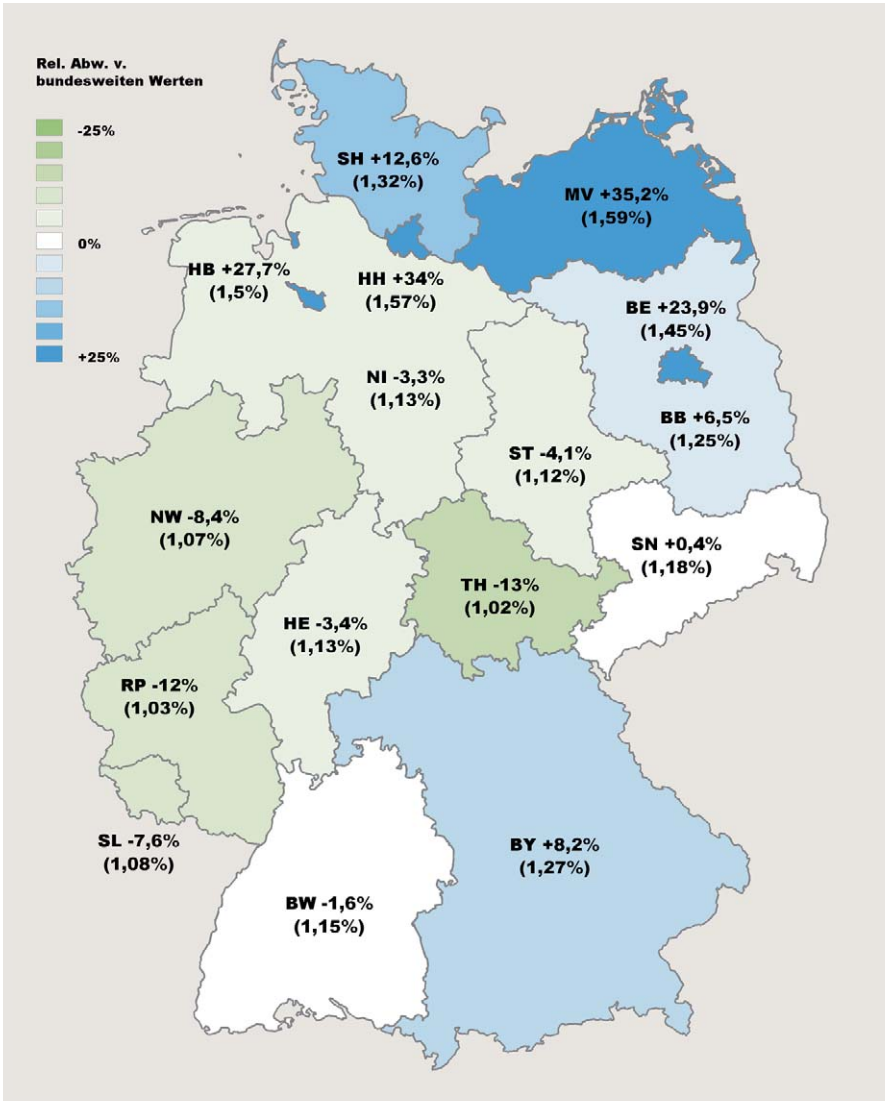


Abbildung 37 Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen in Bundesländern 2010

(Angegeben werden relative prozentuale Abweichungen vom bundesweit ermittelten Anteil der Erwerbspersonen mit einer Diagnose F10 in Höhe von 1,17 Prozent; Betroffenenanteile in einzelnen Bundesländern mit einer Diagnose F10 ambulant und/oder akutstationär werden ergänzend in Klammern genannt)

Alkoholprobleme – Risikofaktoren

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, ob unterschiedlich abgegrenzte Gruppen von Erwerbspersonen in unterschiedlichem Umfang von Alkoholproblemen betroffen sind. Präsentiert werden Ergebnisse zu Risiken für Alkoholprobleme in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Branchenzugehörigkeit, Ausbildung und Beruf der Erwerbspersonen.

Risiken für Alkoholprobleme nach Geschlecht und Alter

Wie sich bereits in der Abbildung 36 auf Seite 83 zu Behandlungsfällen in Krankenhäusern andeutet, ist davon auszugehen, dass Erwerbspersonen geschlechts- und altersabhängig in recht unterschiedlichem Maße von Alkoholproblemen betroffen sind. Abbildung 38 zeigt geschlechts- und altersabhängige Betroffenenraten bei Erwerbspersonen mit einer Unterscheidung von Personen, die 2010 mindestens einmalig im Rahmen der ambulanten oder akutstationären Versorgung explizit eine Diagnose im Sinne einer Alkoholabhängigkeit erhielten und von denjenigen Personen, die 2010 ausschließlich von anderen Subdiagnosen im Sinne des Schlüssels F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ohne expliziten Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit betroffen waren. Zahlenwerte – auch zu den insgesamt von einer Diagnose F10 betroffenen Erwerbspersonen – sind Tabelle 19 auf Seite 94 zu entnehmen. Entsprechende Angaben zur insgesamt noch stärker betroffenen Gesamtgruppe der Versicherten unter Einschluss von Personen ohne Erwerbstätigkeit und ohne Arbeitslosengeld-I-Bezug im Alter zwischen 15 und 64 Jahren finden sich ergänzend in Tabelle A13 auf Seite 155 im Anhang.

Offensichtlich werden in der Abbildung zunächst die durchgängig merklich höheren Betroffenenraten bei Männern (blaue Linien) im Vergleich zu Frauen (grüne Linien) in allen Altersgruppen. Durch die Differenzierung der Diagnosen wird zudem deutlich, dass bei jüngeren Erwerbspersonen spezifische Diagnosen mit einem expliziten Verweis auf eine Alkoholabhängigkeit (Linien mit Punktmarkierungen) erst ausgesprochen selten diagnostiziert werden. Bei sehr jungen Erwerbspersonen zeigen sich demnach also nur sehr selten Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit. Demgegenüber ist in den höheren Altersgruppen ein maßgeblicher Anteil der Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme im Sinne einer F10-Diagnose nach den dokumentierten Diagnoseangaben von einer Alkoholabhängigkeit betroffen.

Am stärksten von einer F10-Diagnose mit explizitem Verweis auf eine Alkoholabhängigkeit betroffen waren unter den Erwerbspersonen mit Raten um 1,8 Prozent Män-

ner im Alter zwischen 50 bis 59 Jahren, bei Frauen lagen die Raten in diesen Altersgruppen bei etwa 0,65 Prozent. Hinweise auf Alkoholprobleme in Form einer beliebigen F10-Diagnose wurden in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen bei 2,77 Prozent der Männer und 0,98 Prozent der Frauen erfasst (vgl. Tabelle 19).

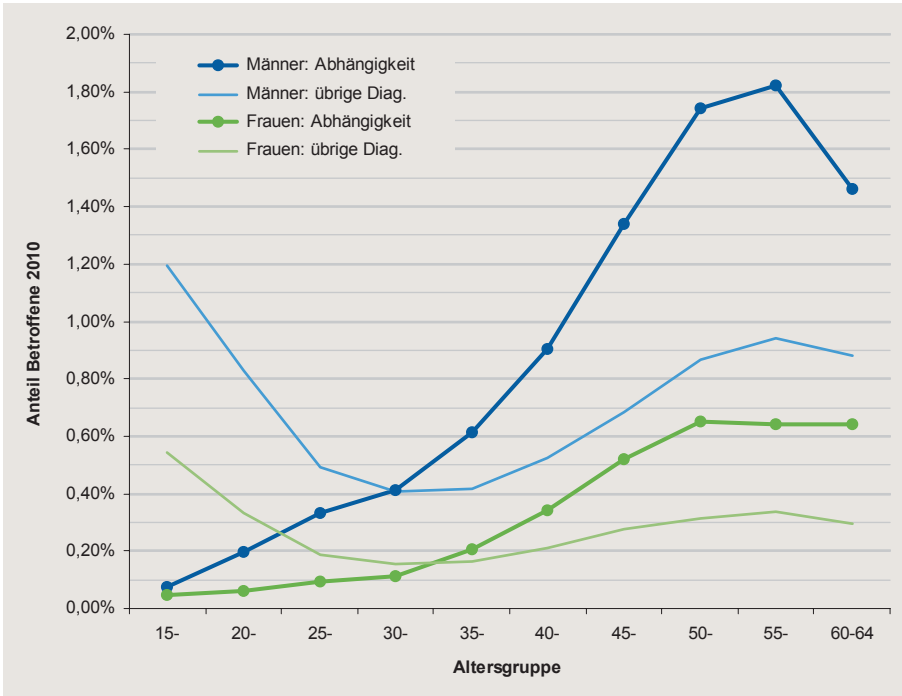


Abbildung 38 Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen nach Geschlecht und Alter 2010

Die geringsten Diagnoseraten mit explizitem Verweis auf eine Alkoholabhängigkeit finden sich mit Betroffenenanteilen von 0,05 und 0,07 Prozent unter weiblichen und männlichen Erwerbspersonen aus der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen. In dieser Altersgruppe ließen sich nahezu alle dokumentierten F10-Diagnosen ausschließlich der Gruppe von Diagnosen ohne einen expliziten Abhängigkeitshinweis zuordnen.

Tabelle 19 Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen nach Geschlecht und Alter 2010

Anteil Betroffene 2010 mit F10-Diagnose Akutkrankenhaus oder ambulante Versorgung	Männer Alter 15 – 64 Jahre			Frauen Alter 15 – 64 Jahre		
	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt
15 – 19 Jahre	0,07%	1,19%	1,27%	0,05%	0,54%	0,59%
20 – 24 Jahre	0,19%	0,83%	1,03%	0,06%	0,33%	0,39%
25 – 29 Jahre	0,33%	0,49%	0,83%	0,09%	0,19%	0,28%
30 – 34 Jahre	0,41%	0,41%	0,82%	0,11%	0,15%	0,27%
35 – 39 Jahre	0,61%	0,42%	1,03%	0,21%	0,16%	0,37%
40 – 44 Jahre	0,90%	0,52%	1,43%	0,34%	0,21%	0,55%
45 – 49 Jahre	1,34%	0,69%	2,02%	0,52%	0,28%	0,80%
50 – 54 Jahre	1,74%	0,87%	2,61%	0,65%	0,31%	0,97%
55 – 59 Jahre	1,82%	0,94%	2,77%	0,64%	0,34%	0,98%
60 – 64 Jahre	1,46%	0,88%	2,34%	0,64%	0,30%	0,94%
Gesamt	0,98%	0,67%	1,65%	0,36%	0,26%	0,62%

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand. ET2010.

Risiken für Alkoholprobleme nach Branchen

Abbildung 39 listet die Anteile der Beschäftigten mit Hinweisen auf Alkoholprobleme nach Branchen im Jahr 2010. Auch in dieser Abbildung wird zwischen Alkoholproblemen mit und ohne Hinweis auf eine Abhängigkeit differenziert. Ergebnisse zu allen Branchen sind einheitlich gemäß Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 geschlechts- und altersstandardisiert, die Zuordnung der Beschäftigten zu den Branchen erfolgte gemäß ihrer Beschäftigung zu Beginn des Jahres 2010.

Relativ hohe Raten und Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit bei mehr als einem Prozent der Beschäftigten finden sich im „Gastgewerbe“, in der Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“ (zu der insbesondere auch Zeitarbeitsunternehmen zählen) sowie bei einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Beschäftigten in „privaten Haushalten“.

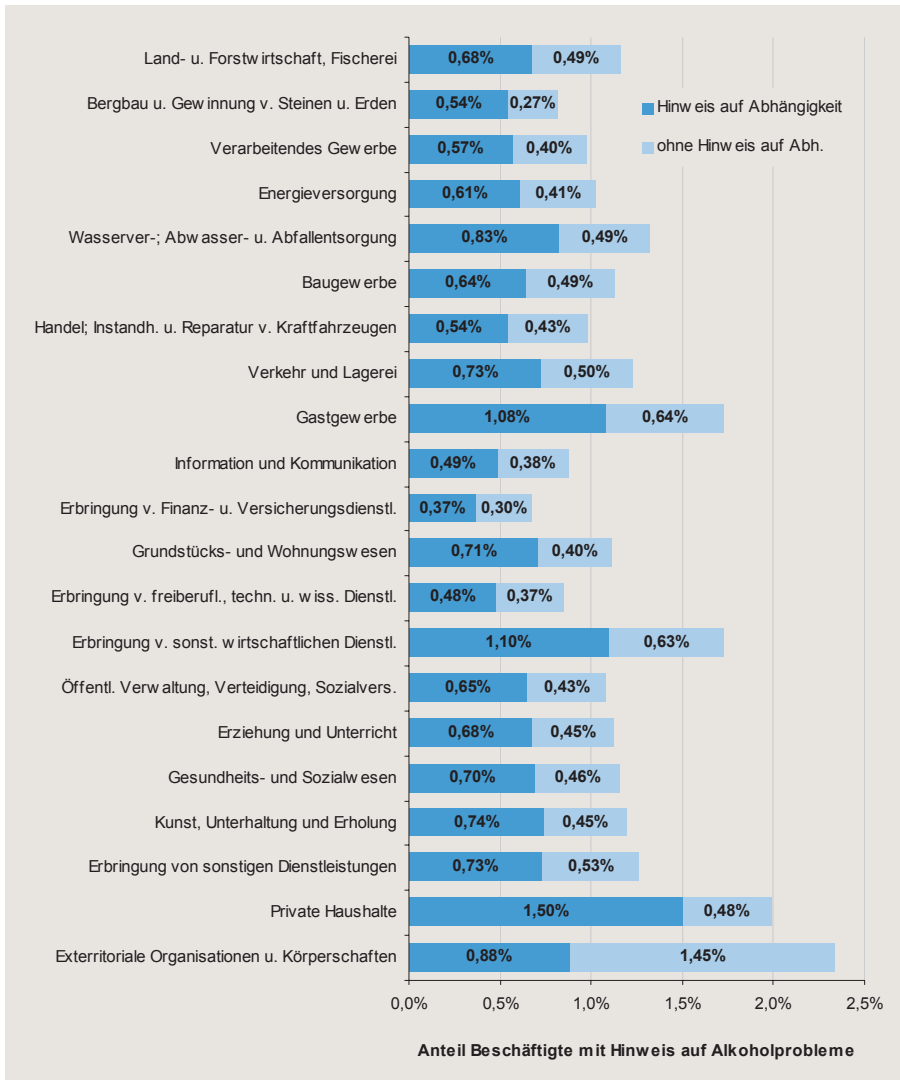


Abbildung 39 Anteil Beschäftigte mit Hinweis auf Alkoholprobleme nach Branchen 2010

Risiken für Alkoholprobleme nach Ausbildung

Abbildung 40 zeigt die (gleichfalls geschlechts- und altersstandardisierten) Anteile der Beschäftigten mit Hinweisen auf Alkoholprobleme 2010 in Abhängigkeit von ihrer Ausbildung¹⁷. Tendenziell zeigen sich in der Darstellung abnehmende Betroffenenraten mit ansteigender Schul- beziehungsweise Hochschulbildung. Hinweise auf Alkoholprobleme fanden sich bei Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss ohne Berufsausbildung mehr als zwei mal so häufig wie bei Personen mit Hochschul- oder Universitätsabschluss.

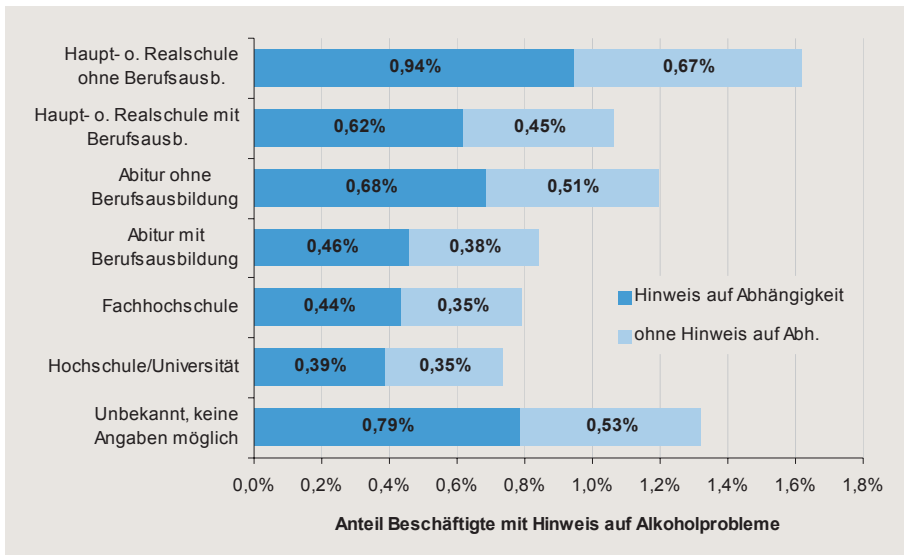


Abbildung 40 Anteil Beschäftigte mit Hinweis auf Alkoholprobleme nach Ausbildung 2010

Risiken für Alkoholprobleme nach Berufen sowie bei Arbeitslosen

Risiken für Hinweise auf Alkoholprobleme in Abhängigkeit von dem zu Beginn des Jahres 2010 ausgeübten Beruf (gruppiert nach Berufsfeldern) sowie Risiken von Personen mit Arbeitslosengeld-I-Bezug zu Beginn des Jahres zeigt Abbildung 41, wobei auch an dieser Stelle einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse dargestellt werden.

¹⁷ Angaben zur Ausbildung entsprechend der Meldungen von Arbeitgebern zur Ausbildung der Beschäftigten an die Krankenkasse.



Abbildung 41 Anteil Erwerbspersonen mit Hinweis auf Alkoholprobleme nach Berufsfeldern 2010

* Angaben zu Bergbauberufen bei geringen Versicherungszahlen nur eingeschränkt interpretierbar.

Berufsabhängig relativ hohe Anteile von Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme finden sich insbesondere in den Gruppen „Agrarberufe“, „Ernährungsberufe“, „Ordnungs- und Sicherheitsberufe“, in der Gruppe „Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte“ sowie bei „Hilfsarbeitern“. In den genannten Gruppen fanden sich bei etwa einem Prozent der Beschäftigten explizite Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit, wobei die zwei zuletzt genannten Gruppen zu mehr als einem Prozent betroffen waren. Noch deutlich häufiger wurden Hinweise auf Alkoholprobleme bei Personen erfasst, die zu Beginn des Jahres Arbeitslosengeld-I bezogen¹⁸. Ausgesprochen geringe Raten finden sich demgegenüber bei Beschäftigten mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen.

Einflüsse bei gleichzeitiger Berücksichtigung unterschiedlicher Risikofaktoren

Typischerweise bestehen vielfältige Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Merkmalen wie Branchen und der Beschäftigtenstruktur nach Berufen und Ausbildung. Die Beschäftigtenstruktur dürfte zudem auch regional variieren. Insofern ist davon auszugehen, dass sich beispielsweise ein Teil der bundesland- oder branchenspezifischen Ergebnisunterschiede zur Häufigkeit von Alkoholproblemen auf Unterschiede hinsichtlich anderer Strukturmerkmale zurückführen lässt. Zur besseren Abschätzung der eigenständigen (statistisch unabhängigen) Bedeutungen einzelner Risikofaktoren für Alkoholprobleme bei Erwerbspersonen wurden daher multivariate logistische Regressionsmodelle unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller bislang dargestellten Risikofaktoren berechnet. Berechnet wurden in separat durchgeführten Auswertungen auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2010 drei gleichartig aufgebaute Modelle

- zum Risiko einer Alkoholabhängigkeit (im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung mindestens einmalige Erfassung der Diagnose F10.2, F10.3 oder F10.4; zu Ergebnissen vgl. Tabelle 20, Spalte „Abhängigkeit“),
- zum Risiko für Alkoholprobleme (ausschließlich) im Sinne einer anderweitigen F10-Diagnose ohne expliziten Abhängigkeitshinweis sowie
- zum Risiko für Alkoholprobleme insgesamt (mindestens einmalig im Jahr 2010 erfasste beliebige Diagnose F10; vgl. letzte Spalte „F10 Gesamt“).

¹⁸ Die Gruppe der Arbeitslosengeld-I-Empfänger wird regulär bei Auswertungen zum Gesundheitsreport berücksichtigt, da von dieser Gruppe (im Gegensatz zu anderen Nichterwerbstätigen) im Krankheitsfall auch Arbeitsunfähigkeiten bei der Krankenkasse gemeldet werden müssen.

Angegeben werden in der Tabelle als inhaltlich relevante Modellangaben jeweils **Odds Ratios** für einzelne Merkmalsausprägungen im Vergleich zu einer ausgewählten Referenzkategorie des jeweiligen Merkmals (OR; auch als Chancenverhältnis zu bezeichnen).

Diese Odds Ratios können bei den vorliegenden Modellergebnissen **wie relative Risiken** interpretiert werden: Eine OR von 2 zeigt beispielsweise eine Verdopplung des Risikos im Vergleich zur festgelegten Referenzgruppe an, eine OR von 0,5 eine Halbierung des Risikos. Eine OR von 1 resultiert, sofern für die betrachtete Merkmalsausprägung ein identisches Risiko wie für die Referenzkategorie ermittelt wurde¹⁹.

Für alle ORs werden in der Ergebnistabelle 95%-Konfidenzintervalle (Vertrauensbereiche) angegeben²⁰. Die zudem ergänzend zu jedem Merkmal dokumentierten Wald-Chi-Quadrat-Werte geben Aufschluss über die statistische Signifikanz der Einflüsse des jeweiligen Merkmals (in der Tabelle mit dem Kürzel $W.Ch^2$ gekennzeichnet)²¹. Alle berücksichtigten Merkmale besitzen in den drei dargestellten Modellen statistisch jeweils einen hochsignifikanten Einfluss²².

Auf Basis der hier berücksichtigten Merkmale von Erwerbspersonen ließ sich – gemessen am allgemeinen Gütekriterium für das Modell (c-Wert: 0,746) – das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit²³ am besten vorhersagen. Da die Frage nach dem Risiko für eine Alkoholabhängigkeit auch inhaltlich am relevantesten erscheint, werden nachfolgend ausschließlich Ergebnisse dieses Modells erläutert. Die beiden anderen Modellvarianten sollten anschließend bei Bedarf analog interpretiert werden können.

¹⁹ Grundsätzlich lassen sich die errechneten Parameter der Modellgleichungen auch zur Vorhersage des Risikos von Alkoholproblemen in definierten Gruppen von Versicherten nutzen, zu denen die bei der Modellrechnung verwendeten Parameter bekannt sind.

²⁰ Ergebnisse aus zahlenmäßig begrenzten Populationen (Stichproben) können rein zufallsbedingt variieren. Die Konfidenzintervalle geben sinngemäß an, in welchem Bereich der eigentlich gesuchte Wert trotz zufallsbedingter Schwankungen mit zumindest 95%iger Wahrscheinlichkeit liegt. Konfidenzintervalle die den Wert 1 umschließen, deuten auf nicht signifikante Unterschiede zur Referenzkategorie hin, zugehörige OR sollten unabhängig von ihrer Höhe inhaltlich nicht im Sinne von Abweichungen von der Referenzgruppe interpretiert werden.

²¹ Hohe Wald-Chi-Quadrat-Werte zeigen eine hohe statistische Signifikanz an, was bedeutet, dass die ermittelten Unterschiede/Abhängigkeiten nicht oder nur höchst unwahrscheinlich rein zufällig beobachtet worden sein könnten.

²² $p < 0,0001$ – die Wahrscheinlichkeit, dass die Unterschiede bei Merkmalsausprägungen rein zufällig beobachtet wurden, liegt unterhalb von 1 zu 10.000.

²³ Exakter ausgedrückt handelt es sich um das „Risiko für den Hinweis auf eine Alkoholabhängigkeit in den hier verfügbaren und berücksichtigten Daten“. Zur sprachlichen Vereinfachung wird vorrangig vom „Risiko einer Alkoholabhängigkeit“ gesprochen.

Hinsichtlich der **Einflüsse der berücksichtigten Merkmale auf das Risiko einer Alkoholabhängigkeit** lassen sich folgende Aussagen machen:

- Frauen zeigten im Vergleich zu Männern ein weniger als halb so hohes (bzw. ein um etwa 60 Prozent erniedrigtes) Risiko für eine Alkoholabhängigkeit.
- Am häufigsten betroffen sind 55- bis 59-Jährige, deren Risiko im Vergleich zur Referenzgruppe der 20- bis 29-Jährigen um mehr als den Faktor 6 erhöht ist.
- Das Risiko von Erwerbspersonen für eine Alkoholabhängigkeit war auf Bundeslandebene insbesondere in den drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin erhöht (im Vergleich zur Referenzregion Nordrhein-Westfalen um ca. 40 bis 50 Prozent).
- In einer Vielzahl von Branchen zeigte sich – unter gleichzeitiger Kontrolle für andere Einflussfaktoren – ein merklich höheres Risiko für eine Alkoholabhängigkeit als in der Referenzbranche „Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen“.
- Mit steigender Ausbildung sinkt das Risiko für eine Alkoholabhängigkeit nach Ergebnissen der multivariaten Modellrechnung stetig.
- Für Angehörige aus nahezu allen Berufsfeldern lassen sich signifikant höhere Risiken für eine Alkoholabhängigkeit nachweisen als für Angehörige aus der Referenzgruppe „Technisch-naturwissenschaftliche Berufe“. Bei „Agrarberufen“, „Ernährungsberufen“, „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ sowie „Ordnungs- und Sicherheitsberufen“ ist das Risiko etwa doppelt so hoch wie in der Referenzgruppe, bei „Hilfsarbeitern“ drei mal so hoch und bei Arbeitslosen schließlich um mehr als 6 mal höher als bei Beschäftigten aus dem Berufsfeld „Technisch-naturwissenschaftliche Berufe“, bei denen nur verhältnismäßig selten Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit identifiziert wurden.

Tabelle 20 Relative Risiken für Alkoholproblemen – logistische Regressionsmodelle

Merkmal, Merkmalsausprägung	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall)		
	Abhängigkeit	übrige F10-Diag.	F10 Gesamt
Geschlecht	<i>W.Ch²</i> :3:359	<i>W.Ch²</i> :1:925	<i>W.Ch²</i> : 5.301
Männer (Referenz)	1	1	1
Frauen	0,38 (0,37-0,40)	0,41 (0,40-0,43)	0,39 (0,38-0,40)
Alter	<i>W.Ch²</i> :6:243	<i>W.Ch²</i> :1:111	<i>W.Ch²</i> :6.612
15-24 Jahre	0,25 (0,18-0,35)	2,04 (1,83-2,28)	1,44 (1,30-1,59)
20-24 Jahre	0,55 (0,48-0,63)	1,55 (1,43-1,68)	1,18 (1,10-1,26)
25-29 Jahre (Referenz)	1	1	1
30-34 Jahre	1,33 (1,20-1,47)	0,87 (0,79-0,95)	1,05 (0,98-1,12)
35-39 Jahre	2,12 (1,93-2,33)	0,90 (0,82-0,99)	1,37 (1,28-1,46)
40-44 Jahre	3,31 (3,04-3,60)	1,15 (1,07-1,25)	1,98 (1,87-2,09)
45-49 Jahre	4,94 (4,55-5,37)	1,52 (1,41-1,63)	2,83 (2,68-2,99)
50-54 Jahre	6,33 (5,84-6,87)	1,85 (1,72-1,99)	3,58 (3,39-3,77)
55-59 Jahre	6,34 (5,84-6,88)	2,00 (1,85-2,15)	3,68 (3,49-3,88)
60-64 Jahre	5,04 (4,62-5,51)	1,75 (1,61-1,90)	3,03 (2,85-3,21)
Wohnort nach Bundesländern	<i>W.Ch²</i> :328	<i>W.Ch²</i> :197	<i>W.Ch²</i> :426
Schleswig-Holstein	1,27 (1,19-1,36)	1,05 (0,97-1,15)	1,18 (1,12-1,25)
Hamburg	1,51 (1,39-1,65)	1,31 (1,18-1,46)	1,43 (1,34-1,53)
Niedersachsen	1,05 (0,99-1,11)	1,00 (0,93-1,07)	1,03 (0,99-1,07)
Bremen	1,47 (1,22-1,76)	1,16 (0,91-1,48)	1,34 (1,16-1,55)
Nordrhein-Westfalen (Referenz)	1	1	1
Hessen	1,06 (1,00-1,12)	1,04 (0,97-1,11)	1,05 (1,01-1,10)
Rheinland-Pfalz	0,90 (0,84-0,96)	0,96 (0,89-1,05)	0,93 (0,88-0,98)
Baden-Württemberg	1,08 (1,02-1,14)	1,14 (1,07-1,21)	1,11 (1,06-1,15)
Bayern	1,15 (1,09-1,20)	1,24 (1,17-1,31)	1,19 (1,15-1,23)
Saarland	1,01 (0,90-1,12)	0,96 (0,84-1,10)	0,99 (0,91-1,08)
Berlin	1,39 (1,30-1,48)	1,12 (1,03-1,22)	1,28 (1,22-1,34)
Brandenburg	1,03 (0,96-1,09)	0,96 (0,89-1,04)	1,00 (0,95-1,05)
Mecklenburg-Vorpommern	1,29 (1,20-1,39)	0,96 (0,87-1,07)	1,16 (1,09-1,23)
Sachsen	1,01 (0,94-1,09)	0,94 (0,86-1,03)	0,98 (0,93-1,04)
Sachsen-Anhalt	1,01 (0,93-1,09)	0,71 (0,64-0,79)	0,89 (0,83-0,94)
Thüringen	0,81 (0,74-0,89)	0,81 (0,73-0,91)	0,81 (0,75-0,87)
Branchen	<i>W.Ch²</i> :419	<i>W.Ch²</i> :100	<i>W.Ch²</i> :458
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	1,18 (0,92-1,51)	1,25 (0,93-1,67)	1,21 (1,00-1,46)
Bergbau u. Gewinnung v. Steinen u. Erden	0,99 (0,57-1,72)	0,98 (0,50-1,91)	0,99 (0,65-1,51)

Merkmal, Merkmalsausprägung	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall)		
	Abhängigkeit	übrige F10-Diag.	F10 Gesamt
Verarbeitendes Gewerbe	1,22 (1,09-1,36)	1,15 (1,01-1,31)	1,19 (1,10-1,30)
Energieversorgung	1,53 (1,20-1,94)	1,38 (1,04-1,83)	1,47 (1,22-1,76)
Wasserversorgung; Abwasser- u. Abfallent- sorg. u. Beseit. v. Umweltverschmutzungen	1,62 (1,33-1,98)	1,40 (1,08-1,82)	1,54 (1,32-1,81)
Baugewerbe	1,25 (1,08-1,44)	1,36 (1,16-1,59)	1,30 (1,17-1,45)
Handel; Instandh. u. Rep. v. Kraftfahrzeugen	1,22 (1,10-1,36)	1,29 (1,14-1,45)	1,26 (1,16-1,36)
Verkehr und Lagerei	1,31 (1,15-1,49)	1,28 (1,10-1,49)	1,30 (1,18-1,44)
Gastgewerbe	1,73 (1,49-2,00)	1,54 (1,29-1,82)	1,64 (1,47-1,83)
Information und Kommunikation	1,19 (1,02-1,38)	1,19 (1,00-1,42)	1,19 (1,06-1,34)
Erbringung v. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (Referenz)	1	1	1
Grundstücks- und Wohnungswesen	1,35 (1,10-1,64)	1,34 (1,05-1,72)	1,35 (1,16-1,57)
Erbringung von freiberuflichen, technischen und wissenschaftlichen Dienstleistungen	1,24 (1,09-1,42)	1,31 (1,13-1,52)	1,28 (1,16-1,41)
Erbringung v. sonst. wirtschaftl. Dienstleistungen	1,86 (1,65-2,10)	1,57 (1,36-1,82)	1,75 (1,60-1,92)
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	1,75 (1,56-1,96)	1,53 (1,34-1,76)	1,67 (1,53-1,82)
Erziehung und Unterricht	1,71 (1,51-1,95)	1,45 (1,25-1,69)	1,60 (1,45-1,77)
Gesundheits- und Sozialwesen	1,74 (1,55-1,96)	1,49 (1,30-1,71)	1,64 (1,50-1,80)
Kunst, Unterhaltung und Erholung	1,56 (1,30-1,87)	1,53 (1,23-1,91)	1,55 (1,35-1,79)
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	1,67 (1,47-1,90)	1,56 (1,34-1,82)	1,63 (1,47-1,80)
Private Haushalte	2,17 (1,58-2,98)	1,51 (0,93-2,45)	1,93 (1,48-2,51)
Exterritoriale Org. und Körperschaften	1,47 (0,97-2,23)	1,01 (0,54-1,91)	1,29 (0,91-1,83)
Unbekannt	1,16 (1,04-1,29)	1,29 (1,14-1,46)	1,22 (1,12-1,32)
Ausbildung	<i>W.Ch²:336</i>	<i>W.Ch²:230</i>	<i>W.Ch²:562</i>
Haupt- o. Realschule ohne Berufsausbildung	2,08 (1,90-2,28)	1,96 (1,77-2,17)	2,06 (1,92-2,21)
Haupt- o. Realschule mit Berufsausbildung	1,62 (1,50-1,74)	1,41 (1,29-1,54)	1,53 (1,45-1,62)
Abitur ohne Berufsausbildung	1,48 (1,25-1,75)	1,49 (1,28-1,74)	1,53 (1,37-1,72)
Abitur mit Berufsausbildung	1,33 (1,20-1,48)	1,32 (1,17-1,49)	1,34 (1,24-1,44)
Fachhochschule	1,26 (1,13-1,40)	1,16 (1,02-1,33)	1,22 (1,12-1,33)
Hochschule/Universität (Referenz)	1	1	1
Unbekannt, keine Angaben möglich	1,83 (1,69-1,99)	1,61 (1,47-1,78)	1,75 (1,64-1,86)
Keine Angabe	1,27 (1,10-1,48)	0,97 (0,81-1,16)	1,14 (1,01-1,28)
Berufsfelder	<i>W.Ch²:1.265</i>	<i>W.Ch²:529</i>	<i>W.Ch²:1.761</i>
Agrarberufe, grüne Berufe	2,16 (1,84-2,53)	1,82 (1,52-2,19)	2,02 (1,79-2,28)
Bergbauberufe	3,76 (2,03-6,96)	1,38 (0,44-4,36)	2,77 (1,61-4,76)

Merkmal, Merkmalsausprägung	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall)		
	Abhängigkeit	übrige F10-Diag.	F10 Gesamt
Stein-, Keramik-, Glashersteller/-bearbeiter	1,67 (1,23-2,26)	1,84 (1,33-2,55)	1,76 (1,40-2,19)
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	1,82 (1,54-2,15)	1,44 (1,17-1,77)	1,66 (1,46-1,89)
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	1,77 (1,45-2,17)	1,72 (1,37-2,16)	1,76 (1,51-2,05)
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	1,84 (1,64-2,07)	1,73 (1,51-1,98)	1,80 (1,64-1,96)
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	1,55 (1,41-1,69)	1,48 (1,34-1,65)	1,53 (1,43-1,64)
Elektroberufe	1,41 (1,25-1,59)	1,33 (1,16-1,52)	1,38 (1,26-1,51)
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	1,58 (1,13-2,21)	0,99 (0,62-1,59)	1,32 (1,01-1,74)
Ernährungsberufe	2,06 (1,81-2,34)	1,77 (1,53-2,06)	1,94 (1,76-2,14)
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	2,08 (1,86-2,32)	1,91 (1,69-2,17)	2,02 (1,86-2,20)
Technisch-naturwissenschaftl. Berufe (Ref.)	1	1	1
Waren- und Dienstleistungskaufleute	1,33 (1,22-1,46)	1,27 (1,14-1,42)	1,32 (1,23-1,41)
Verkehrs- und Lagerberufe	1,80 (1,64-1,98)	1,68 (1,50-1,87)	1,75 (1,63-1,88)
Verw.-/Wirtschafts-/sozialwiss. Berufe	1,23 (1,14-1,34)	1,17 (1,06-1,28)	1,21 (1,13-1,29)
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	1,98 (1,77-2,21)	1,71 (1,48-1,97)	1,89 (1,73-2,06)
Medien-, geisteswiss. u. künstlerische Berufe	1,50 (1,30-1,74)	1,22 (1,01-1,46)	1,39 (1,24-1,56)
Gesundheitsdienstberufe	1,04 (0,94-1,16)	1,04 (0,91-1,18)	1,05 (0,96-1,13)
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	1,27 (1,15-1,39)	1,26 (1,12-1,41)	1,27 (1,18-1,37)
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschafter, Reinigungskräfte	1,93 (1,73-2,15)	1,63 (1,43-1,85)	1,81 (1,66-1,96)
Arbeitslose	6,70 (5,70-7,87)	4,50 (3,70-5,47)	5,87 (5,18-6,65)
Hilfsarbeiter	3,11 (2,76-3,52)	2,26 (1,94-2,63)	2,76 (2,51-3,04)
Auszubildende	1,71 (1,26-2,32)	1,27 (1,05-1,53)	1,41 (1,20-1,65)
Unbekannt	2,94 (2,56-3,37)	2,53 (2,16-2,97)	2,80 (2,52-3,11)
Modellgüte. c-Wert	0,746	0,678	0,709

BARMER GEK 2010, Erwerbsspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2010, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, berücksichtigt wurden n = 3.346.279 Personen mit dokumentiertem Wohnort in einem der 16 Bundesländer; W.Chi²: Wald-Chi-Quadrat-Wert für genanntes Merkmal im Rahmen der jeweiligen Modellrechnung.

Alkoholprobleme – Krankschreibungen unter anderen Diagnosen

Alkoholprobleme werden nur selten direkt als Ursache einer Arbeitsunfähigkeit vermerkt. Entsprechend gering sind die Fehlzeiten, die in üblichen Arbeitsunfähigkeitsstatistiken Alkoholproblemen zugeordnet werden können. Obwohl auch Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung nur ein unvollständiges Bild von Alkoholproblemen bei Erwerbspersonen liefern können, weisen diese Daten auf einen merklich größeren Betroffenenkreis hin. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich daher mit der Frage, in welchem Umfang ambulant oder stationär diagnostizierte Alkoholprobleme mit Fehlzeiten auch unter anderen Erkrankungsdiagnosen verbunden sind.

Der nachfolgende Abschnitt zeigt Gegenüberstellungen von Auswertungsergebnissen zu Arbeitsunfähigkeiten bei **Erwerbspersonen ohne einen Hinweis auf Alkoholprobleme** in den verfügbaren Daten sowie von **Erwerbspersonen mit Hinweisen beziehungsweise Diagnose von Alkoholproblemen** (im Sinne einer ICD10-Diagnose F10) im Rahmen der ambulanten oder stationären Versorgung im Jahr 2010²⁴. Abbildung 42 und Abbildung 43 zeigen zunächst Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten differenziert nach Krankheitsarten beziehungsweise Kapiteln der ICD10. Zahlenwerte zu beiden Abbildungen sowie diagnoseübergreifende Ergebnisse sind der Tabelle 21 auf Seite 108 zu entnehmen.

Abbildung 42 zeigt den **Anteil der Erwerbspersonen, der innerhalb des Jahres 2010 von Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnosen aus den einzelnen ICD10-Kapiteln betroffen war**. Während von den Erwerbspersonen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme innerhalb des Jahres diagnoseübergreifend 53,8 Prozent mindestens einen Tag des Jahres arbeitsunfähig gemeldet waren, lag die Betroffenheitsquote unter Erwerbspersonen mit Hinweis auf Alkoholprobleme bei 77,3 Prozent (vgl. Tabelle 21 auf Seite 108). Mit 32,5 Prozent war etwa ein Drittel der Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme aus ambulanten oder stationären Daten innerhalb des Jahres wenigstens einen Tag unter der Diagnose einer psychischen Störung im Sinne der ICD10 krankgeschrieben. Nur bei 16,6 Prozent (jedem Sechsten) erfolgte eine Krankschreibung auch unter expliziter Nennung von Alkoholproblemen als

²⁴ Um bei der Gegenüberstellung Ergebnisunterschiede durch eine unterschiedliche Geschlechts- und Alterszusammensetzung der beiden Gruppen zu vermeiden, wurden die Ergebnisse der Population ohne Hinweise auf Alkoholprobleme entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur der Gruppe von Personen mit einer F10-Diagnose standardisiert.

Haupterkrankungsursache. Die diagnosespezifischen Betroffenheitsquoten liegen bei Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme im Hinblick auf fast alle Krankheitsarten höher als bei Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme. Bedeutsame Unterschiede zeigen sich insbesondere bei Verletzungen. Während nur 8,7 Prozent der Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme innerhalb des Jahres wegen einer Verletzung krankgeschrieben waren, lag die Betroffenheitsquote bei Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme bei 15,4 Prozent und damit um 78 Prozent höher. Ein gegenteiliges Verhältnis zeigt sich lediglich im Hinblick auf seltene Arbeitsunfähigkeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften. Hierbei lässt sich hoffen und vermuten, dass Frauen mit Alkoholproblemen seltener schwanger sind als Frauen ohne Alkoholprobleme und daher auch seltener mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben werden.

Abbildung 43 zeigt eine **Gegenüberstellung von Fehlzeiten differenziert nach Krankheitsarten** bei Erwerbspersonen ohne sowie mit Hinweisen auf Alkoholprobleme im Jahr 2010. Diagnoseübergreifend lagen die Fehlzeiten bei Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme mit 5.833 AU-Tagen je 100 VJ um den Faktor 3,24 beziehungsweise um 224 Prozent höher als die Fehlzeiten bei Personen ohne Hinweise auf Alkoholprobleme mit 1.802 AU-Tagen je 100 VJ. Eine Person mit Hinweisen auf Alkoholprobleme war demnach innerhalb eines Jahres durchschnittlich etwa 40,3 Tage länger als eine Person ohne Hinweise auf Alkoholprobleme krankgeschrieben. Von diesen rund 40 Tagen entfallen 9,4 Tage (23,4%) auf Fehltage unter der expliziten Nennung einer Diagnose F10 als Hauptgrund der Arbeitsunfähigkeit und 14,2 Tage (35,2%) auf andere Diagnosen psychischer Störungen, die restlichen 41,4 Prozent der Differenzen resultieren aus Unterschieden bei vorrangig als somatisch zu bezeichnenden Erkrankungen.

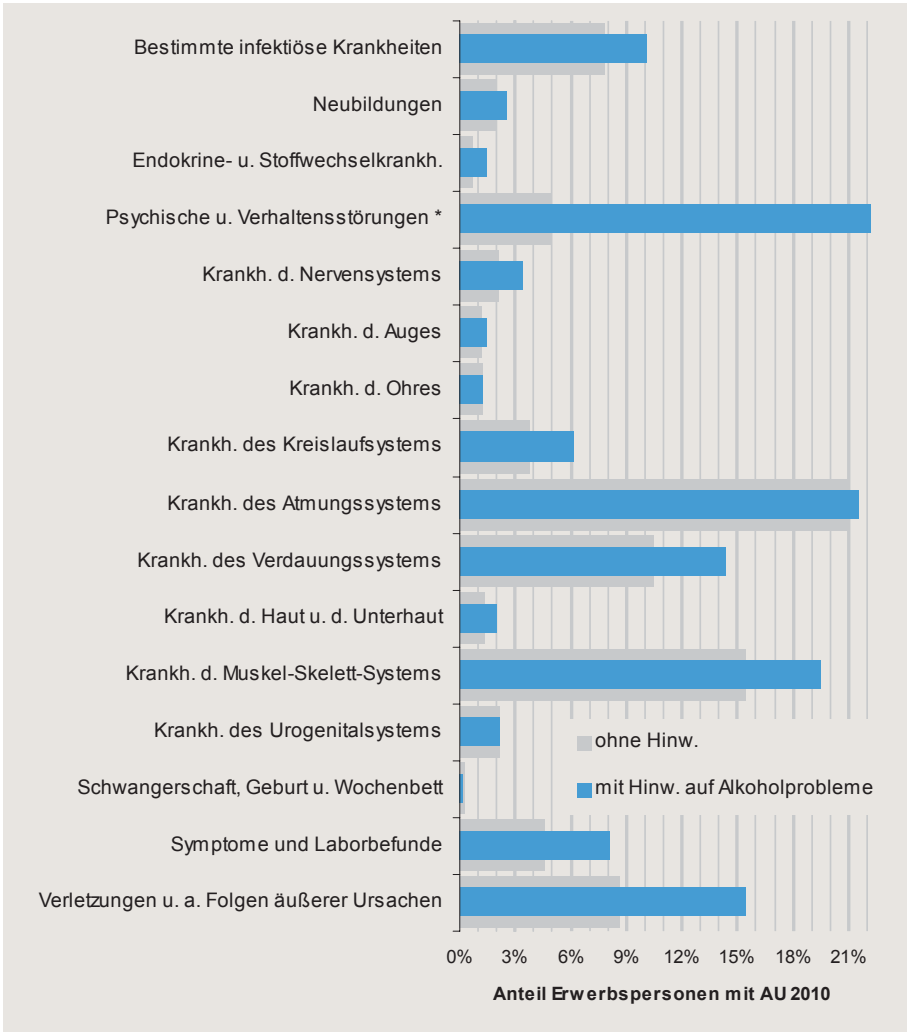


Abbildung 42 Anteil Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten unter bestimmten Diagnosen – Erwerbspersonen ohne sowie mit Hinweis auf Alkoholprobleme 2010

* Hinweis: Balken „Psychische und Verhaltensstörungen“ verkürzt dargestellt.

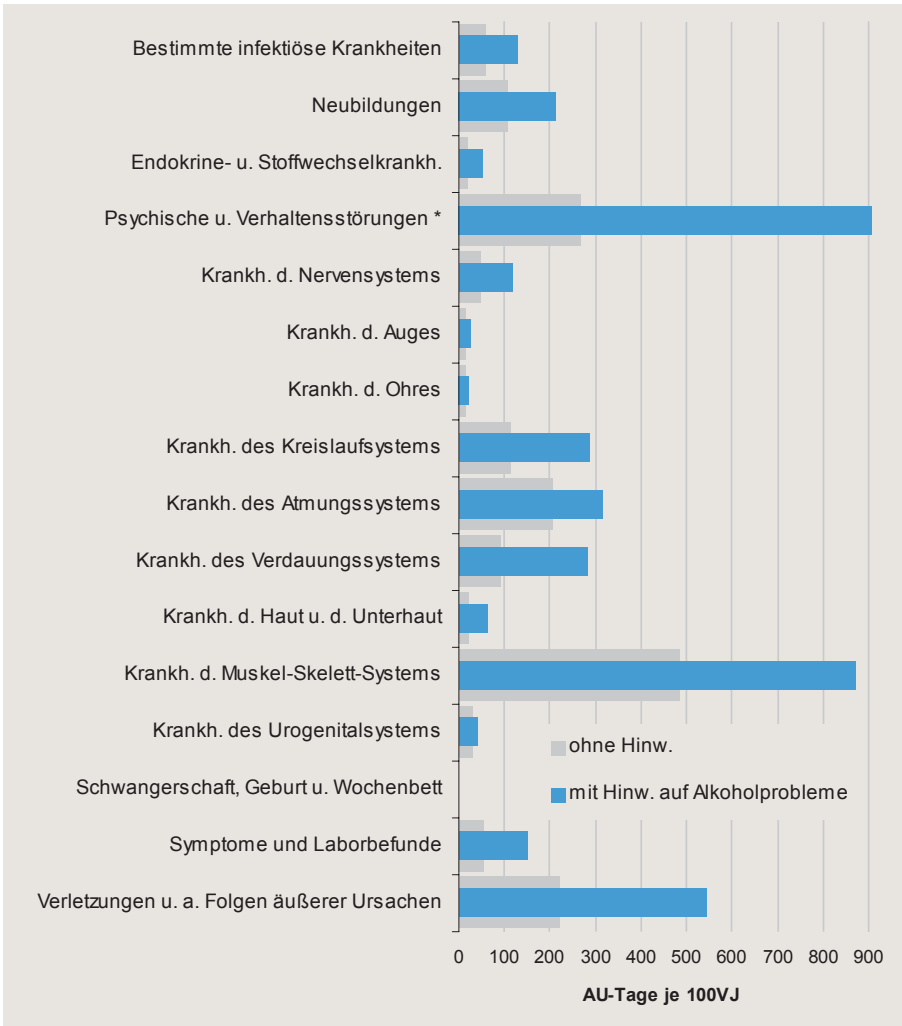


Abbildung 43 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen – Erwerbspersonen ohne sowie mit Hinweis auf Alkoholprobleme 2010

* Hinweis: Balken „Psychische und Verhaltensstörungen“ verkürzt dargestellt.

Tabelle 21 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten bei Personen mit sowie Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme 2010

Krankheitsart bzw. ICD10-Diagnosekapitel	AU-Tage je 100 VJ (%Anteil betroffen in 2010)		Faktor MIT vs. OHNE Diag. F10	
	Erwerbspers. MIT Diag. F10	Erwerbspers. OHNE Diag. F10	AU-Tage	Betref- fene
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	129 (10,1%)	60 (7,9%)	2,16	1,28
Neubildungen	214 (2,5%)	107 (2,0%)	2,00	1,26
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	9 (0,2%)	4 (0,1%)	2,58	1,90
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	52 (1,5%)	17 (0,7%)	3,10	2,10
Psychische u. Verhaltensstörungen	2.632 (32,5%)	270 (5,0%)	9,75	6,56
..... darunter Diagnose F10	941 (16,6%)	-	-	-
Krankheiten des Nervensystems	119 (3,4%)	47 (2,0%)	2,51	1,67
Krankheiten des Auges	24 (1,4%)	15 (1,2%)	1,64	1,17
Krankheiten des Ohres	20 (1,2%)	16 (1,2%)	1,26	0,99
Krankheiten des Kreislaufsystems	286 (6,2%)	116 (3,8%)	2,47	1,63
Krankheiten des Atmungssystems	316 (21,6%)	205 (21,0%)	1,54	1,03
Krankh. des Verdauungssystems	281 (14,3%)	92 (10,5%)	3,05	1,37
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	62 (2,0%)	22 (1,4%)	2,75	1,44
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	872 (19,5%)	486 (15,5%)	1,79	1,26
Krankheiten des Urogenitalsystems	41 (2,2%)	31 (2,2%)	1,33	1,01
Schwangerschaft, Geburt	2 (0,1%)	5 (0,3%)	0,47	0,59
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	4 (0,1%)	3 (0,1%)	1,36	1,15
Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde	151 (8,1%)	56 (4,6%)	2,67	1,77
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	545 (15,4%)	221 (8,7%)	2,47	1,78
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	44 (1,1%)	18 (0,8%)	2,45	1,36
Alle Diagnosen	5.833 (77,3%)	1.802 (53,8%)	3,24	1,44

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2010, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 3.346.279 Personen mit dokumentiertem Wohnort in einem der 16 Bundesländer; durchschnittlich 351,4 Tage berufstätig versichert in 2010, darunter n = 36.221 Personen mit Diagnose F10 innerhalb des Jahres 2010 ambulant oder stationär; geschlechts- und altersstandardisiert gemäß Struktur von Personen mit Diagnose F10.

Häufige Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten bei Erwerbspersonen mit Hinweis auf Alkoholprobleme

Tabelle 22 zeigt Ergebnisse einer differenzierten Auswertung zu Anlässen von Arbeitsunfähigkeiten nach 3-stelligen ICD10-Diagnosen. Gelistet werden Diagnosen sortiert in absteigender Reihenfolge nach Höhe der diagnosespezifischen Betroffenheitsquoten unter Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme. Der Aufbau der Tabelle entspricht ansonsten dem der Tabelle 21. Zu den dreistelligen Diagnoseschlüsseln werden in der Tabelle ergänzend auch die Nummern der übergeordneten Diagnosekapitel der ICD10 beziehungsweise Krankheitsarten genannt (05 kennzeichnet beispielsweise das Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“, zu weiteren Kapiteln vgl. die ICD-Übersicht in Tabelle 25 auf Seite 135).

Die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist unter den Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme die am häufigsten erfasste Diagnose, in der Vergleichsgruppe ist sie selektionsbedingt nicht zu finden.

Ein Teil der Rangplätze von nachfolgend gelisteten Diagnosen resultiert maßgeblich aus ihrer allgemeinen Häufigkeit im Kontext von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen. Dies gilt beispielsweise für „Rückenschmerzen“ (ICD10: M54) sowie „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ (J06). Von der letztgenannten Erkrankung waren beide Gruppen zu annähernd gleichen Anteilen betroffen, Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme allerdings durchschnittlich um 36 Prozent länger unter der Diagnose arbeitsunfähig gemeldet.

Gravierende Unterschiede mit mehr als doppelt so hohen Betroffenheitsquoten und mehr als dreifach längeren Fehlzeiten bei Personen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme zeigen sich bei einer Reihe von Diagnosen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“. Dies gilt beispielsweise für die Diagnosen „Depressive Episode“ (F32), „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33), „Andere Neurotische Störungen“ (F48), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „Andere Angststörungen“ (F41). Allein unter der Diagnose von **Depressionen** im Sinne der Schlüssel F32 und F33 waren Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme durchschnittlich 7,6 Tage länger als Personen ohne Hinweise auf Alkoholprobleme krankgeschrieben.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei Betroffenheitsquoten hinsichtlich einer Reihe von Verletzungen, wobei den **Kopfverletzungen** eine besondere Bedeutung zukommt. So führten „intrakranielle Verletzungen“ (S06), zu denen insbesondere auch die Gehirnerschütterung zählt, innerhalb des Jahres 2010 bei 1,42 Prozent der Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme zu einer Arbeitsunfähigkeit, je-

doch nur bei 0,15 Prozent der Erwerbspersonen ohne einen Hinweis auf Alkoholprobleme. Personen mit Alkoholproblemen waren also mehr als neun mal so häufig betroffen. „Oberflächliche Verletzungen des Kopfes“ (S00) wurden drei mal häufiger, „Offene Wunden des Kopfes“ (S01) knapp vier mal häufiger und insgesamt eher seltene „Frakturen des Schädels und der Gesichtsknochen“ (S02) in der Gruppe mit Hinweisen auf Alkoholprobleme knapp fünf mal häufiger als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten erfasst als bei Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme.

Magen-Darm-Probleme im weiter gefassten Sinne (vgl. z.B. die Diagnosen A09, K52, K29, R10, R11) betreffen Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme als Begründung für Arbeitsunfähigkeiten etwa 50 Prozent häufiger als Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme. Typische Folgen eines langfristig erhöhten Alkoholkonsums wie Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sowie der Leber werden bei Erwerbspersonen als Diagnose einer Arbeitsunfähigkeit insgesamt relativ selten erfasst. Die Betroffenheitsraten waren bei Hinweisen auf Alkoholprobleme gemessen an den allgemeinen Raten erheblich erhöht. So waren innerhalb des Jahres 2010 immerhin 0,47 Prozent der Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme unter der Diagnose einer „akuten Bauchspeicheldrüsenentzündung“ (K85) arbeitsunfähig gemeldet, von den Erwerbspersonen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme waren nur 0,04 Prozent betroffen. Eine „alkoholische Leberkrankheit“ (K70) betraf als Arbeitsunfähigkeitsanlass 0,35 Prozent der Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme, der in der Vergleichsgruppe ermittelte Wert lag bei nur 0,004 Prozent.

Tabelle 22 Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnosen bei Personen mit sowie Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme 2010

ICD10-Diagnose: 3-stelliger Diagnoseschlüssel (Diagnosekapitelzuordnung) Diagnosetext (z.T. leicht verkürzt)	AU-Tage je 100 VJ (%Anteil betroffen in 2010)		Faktor MIT vs. OHNE Diag. F10	
	Erwerbspers. MIT Diag. F10	Erwerbspers. OHNE Diag. F10	AU-Tage	Betroffene
F10 (05) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	941 (16,57%)	-	-	-
M54 (13) Rückenschmerzen	257 (8,90%)	138 (6,89%)	1,87	1,29
J06 (10) Akute Infektionen an mehreren o. n. näher bez. Lokalisat. d. oberen Atemwege	86 (8,53%)	63 (8,44%)	1,36	1,01
F32 (05) Depressive Episode	650 (7,18%)	106 (1,54%)	6,11	4,66
A09 (01) Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis	52 (5,46%)	21 (3,86%)	2,47	1,41
K52 (11) Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	41 (4,57%)	17 (3,01%)	2,50	1,52

ICD10-Diagnose: 3-stelliger Diagnoseschlüssel (Diagnosekapitelzuordnung) Diagnosetext (z.T. leicht verkürzt)	AU-Tage je 100 VJ (%Anteil betroffen in 2010)		Faktor MIT vs. OHNE Diag. F10	
	Erwerbspers. MIT Diag. F10	Erwerbspers. OHNE Diag. F10	AU-Tage	Betrof- fene
F43 (05) Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	214 (3,95%)	46 (1,33%)	4,62	2,96
K08 (11) Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	14 (3,94%)	13 (3,79%)	1,12	1,04
J20 (10) Akute Bronchitis	44 (3,73%)	29 (3,30%)	1,55	1,13
J40 (10) Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	35 (3,19%)	23 (2,79%)	1,50	1,15
F33 (05) Rezidivierende depressive Störung	243 (2,39%)	27 (0,31%)	9,00	7,80
K29 (11) Gastritis und Duodenitis	22 (2,09%)	9 (1,23%)	2,48	1,69
T14 (19) Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	36 (2,02%)	19 (1,37%)	1,85	1,47
B34 (01) Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	17 (1,84%)	13 (1,82%)	1,34	1,01
F48 (05) Andere neurotische Störungen	81 (1,67%)	25 (0,80%)	3,25	2,09
I10 (09) Essentielle (primäre) Hypertonie	38 (1,66%)	17 (0,99%)	2,24	1,69
R10 (18) Bauch- und Beckenschmerzen	21 (1,65%)	10 (1,16%)	2,06	1,42
F45 (05) Somatoforme Störungen	80 (1,48%)	21 (0,66%)	3,75	2,24
S06 (19) Intrakranielle Verletzung	30 (1,42%)	3 (0,15%)	8,50	9,34
F41 (05) Andere Angststörungen	120 (1,40%)	18 (0,29%)	6,75	4,89
M51 (13) Sonstige Bandscheibenschäden	99 (1,26%)	46 (0,91%)	2,17	1,38
J01 (10) Akute Sinusitis	10 (1,21%)	10 (1,42%)	1,01	0,85
J32 (10) Chronische Sinusitis	14 (1,19%)	10 (1,31%)	1,31	0,91
A08 (01) Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	10 (1,17%)	4 (0,80%)	2,31	1,46
M75 (13) Schulterläsionen	57 (1,15%)	38 (0,98%)	1,53	1,18
M25 (13) Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	35 (1,15%)	16 (0,74%)	2,24	1,56
M77 (13) Sonstige Enthesopathien	27 (1,07%)	18 (0,86%)	1,50	1,24
M53 (13) Sonstige Krankheiten d. Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	30 (1,05%)	17 (0,84%)	1,73	1,26
J03 (10) Akute Tonsillitis	8 (0,97%)	9 (1,25%)	0,95	0,77
S93 (19) Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	24 (0,97%)	14 (0,81%)	1,75	1,19
J02 (10) Akute Pharyngitis	8 (0,96%)	7 (1,12%)	1,14	0,86
M99 (13) Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	15 (0,90%)	9 (0,78%)	1,59	1,15
M23 (13) Binnenschädigung des Kniegelenkes	36 (0,89%)	31 (0,87%)	1,17	1,02

ICD10-Diagnose: 3-stelliger Diagnoseschlüssel (Diagnosekapitelzuordnung) Diagnosetext (z.T. leicht verkürzt)	AU-Tage je 100 VJ (%Anteil betroffen in 2010)		Faktor MIT vs. OHNE Diag. F10	
	Erwerbspers. MIT Diag. F10	Erwerbspers. OHNE Diag. F10	AU-Tage	Betrof- fene
[internal derangement]				
R51 (18) Kopfschmerz	7 (0,80%)	3 (0,47%)	2,12	1,70
R53 (18) Unwohlsein und Ermüdung	17 (0,77%)	7 (0,40%)	2,56	1,93
S82 (19) Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	72 (0,76%)	21 (0,30%)	3,43	2,52
J44 (10) Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	27 (0,75%)	7 (0,28%)	3,94	2,66
R42 (18) Schwindel und Taumel	12 (0,74%)	6 (0,47%)	2,06	1,56
J98 (10) Sonstige Krankheiten der Atemwege	6 (0,73%)	5 (0,70%)	1,13	1,04
B99 (01) Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	7 (0,70%)	5 (0,63%)	1,54	1,11
J00 (10) Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	6 (0,70%)	4 (0,65%)	1,51	1,07
R55 (18) Synkope und Kollaps	9 (0,69%)	3 (0,17%)	3,37	4,07
J11 (10) Grippe, Viren nicht nachgewiesen	6 (0,68%)	5 (0,63%)	1,30	1,08
M79 (13) Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	17 (0,68%)	8 (0,45%)	2,16	1,53
S20 (19) Oberflächliche Verletzung d. Thorax	12 (0,68%)	4 (0,32%)	2,65	2,11
G43 (06) Migräne	9 (0,68%)	3 (0,54%)	2,50	1,25
R11 (18) Übelkeit und Erbrechen	4 (0,65%)	2 (0,35%)	2,34	1,89
M10 (13) Gicht	8 (0,65%)	3 (0,27%)	3,13	2,41
M65 (13) Synovitis und Tenosynovitis	18 (0,63%)	11 (0,52%)	1,69	1,22
S00 (19) Oberflächliche Verletzung d. Kopfes	7 (0,63%)	2 (0,21%)	3,33	2,96
J04 (10) Akute Laryngitis und Tracheitis	7 (0,62%)	6 (0,80%)	1,23	0,78
G56 (06) Mononeuropathien d. ob. Extremität	23 (0,58%)	13 (0,36%)	1,78	1,60
M17 (13) Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	37 (0,58%)	29 (0,52%)	1,28	1,11
M47 (13) Spondylose	16 (0,55%)	11 (0,41%)	1,51	1,36
S83 (19) Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Kniegelenkes u. v. Bändern d. Kniegelenkes	22 (0,55%)	17 (0,50%)	1,27	1,12
N39 (14) Sonstige Krankh. des Harnsystems	5 (0,54%)	4 (0,52%)	1,26	1,04
F19 (05) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	38 (0,54%)	1 (0,01%)	73,51	55,42
G40 (06) Epilepsie	19 (0,54%)	3 (0,08%)	7,03	6,82
S61 (19) Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	9 (0,53%)	5 (0,32%)	1,92	1,65
J45 (10) Asthma bronchiale	10 (0,52%)	5 (0,34%)	2,07	1,54

ICD10-Diagnose: 3-stelliger Diagnoseschlüssel (Diagnosekapitelzuordnung) Diagnosetext (z.T. leicht verkürzt)	AU-Tage je 100 VJ (%Anteil betroffen in 2010)		Faktor MIT vs. OHNE Diag. F10	
	Erwerbspers. MIT Diag. F10	Erwerbspers. OHNE Diag. F10	AU-Tage	Betrof- fene
Z73 (21) Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	32 (0,51%)	9 (0,24%)	3,54	2,11
F60 (05) Spezifische Persönlichkeitsstörungen	45 (0,50%)	2 (0,02%)	25,32	22,73
I99 (09) Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	4 (0,49%)	2 (0,24%)	2,17	2,10
S52 (19) Fraktur des Unterarmes	32 (0,49%)	14 (0,28%)	2,21	1,76
G47 (06) Schlafstörungen	9 (0,47%)	3 (0,32%)	2,69	1,47
S80 (19) Oberfl. Verletzung d. Unterschenkels	9 (0,47%)	4 (0,28%)	2,06	1,71
E11 (04) Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	18 (0,47%)	5 (0,17%)	3,56	2,80
K85 (11) Akute Pankreatitis	25 (0,47%)	1 (0,04%)	20,20	12,04
M13 (13) Sonstige Arthritis	13 (0,47%)	6 (0,33%)	2,11	1,42
R07 (18) Hals- und Brustschmerzen	10 (0,47%)	4 (0,30%)	2,73	1,54
S22 (19) Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	18 (0,47%)	6 (0,16%)	3,10	2,90
S01 (19) Offene Wunde des Kopfes	8 (0,46%)	1 (0,12%)	6,55	3,83
I25 (09) Chron. ischämische Herzkrankheit	26 (0,45%)	15 (0,33%)	1,77	1,35
J41 (10) Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	6 (0,45%)	3 (0,37%)	2,10	1,24
S92 (19) Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	24 (0,45%)	10 (0,26%)	2,49	1,73
J18 (10) Pneumonie, Erreger n. näher bez.	15 (0,44%)	5 (0,29%)	2,86	1,54
S60 (19) Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	6 (0,44%)	4 (0,28%)	1,55	1,54
S62 (19) Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	20 (0,43%)	11 (0,27%)	1,89	1,57
S42 (19) Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	36 (0,41%)	9 (0,14%)	4,08	2,96
L02 (12) Hautabszess, Furunkel u. Karbunkel	7 (0,41%)	4 (0,25%)	2,09	1,65
K92 (11) Sonst. Krank. d. Verdauungssystems	10 (0,40%)	2 (0,19%)	5,77	2,09
K21 (11) Gastroösophageale Refluxkrankheit	4 (0,39%)	2 (0,25%)	2,30	1,55
M70 (13) Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	9 (0,38%)	4 (0,26%)	2,03	1,46
M19 (13) Sonstige Arthrose	18 (0,38%)	9 (0,24%)	1,91	1,57
I20 (09) Angina pectoris	9 (0,36%)	7 (0,26%)	1,21	1,38
K40 (11) Hernia inguinalis	14 (0,36%)	10 (0,37%)	1,41	0,96
K70 (11) Alkoholische Leberkrankheit	38 (0,35%)	0 (0,00%)	210,63	87,35

ICD10-Diagnose: 3-stelliger Diagnoseschlüssel (Diagnosekapitelzuordnung) Diagnosetext (z.T. leicht verkürzt)	AU-Tage je 100 VJ (%Anteil betroffen in 2010)		Faktor MIT vs. OHNE Diag. F10	
	Erwerbspers. MIT Diag. F10	Erwerbspers. OHNE Diag. F10	AU-Tage	Betrof- fene
F20 (05) Schizophrenie	34 (0,34%)	4 (0,05%)	8,57	6,84
M16 (13) Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	33 (0,34%)	19 (0,25%)	1,75	1,35
S13 (19) Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	7 (0,34%)	5 (0,31%)	1,57	1,10
S90 (19) Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	5 (0,33%)	2 (0,21%)	2,00	1,56
R50 (18) Fieber sonst. u. unbek. Ursache	3 (0,33%)	2 (0,29%)	1,37	1,12
S63 (19) Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	9 (0,32%)	5 (0,25%)	1,72	1,28
H10 (07) Konjunktivitis	2 (0,32%)	2 (0,34%)	1,07	0,94
H66 (08) Eitrige und n. näher bez. Otitis media	4 (0,31%)	2 (0,27%)	1,75	1,14
S30 (19) Oberflächliche Verletz. d. Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	5 (0,31%)	3 (0,18%)	2,01	1,70
N30 (14) Zystitis	3 (0,31%)	2 (0,29%)	1,42	1,07
F31 (05) Bipolare affektive Störung	31 (0,30%)	3 (0,03%)	11,28	9,35
I84 (09) Hämorrhoiden	5 (0,30%)	3 (0,30%)	1,54	1,02
I95 (09) Hypotonie	3 (0,30%)	1 (0,15%)	2,73	1,95
S02 (19) Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	10 (0,30%)	2 (0,06%)	5,60	4,87
K57 (11) Divertikulose des Darmes	10 (0,30%)	6 (0,30%)	1,73	0,98
S40 (19) Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	7 (0,29%)	4 (0,18%)	1,88	1,61
Aufgeführte Diagnosen zusammen	4.464	1.255	3,56	
Alle Diagnosen	5.833 (77,3%)	1.802 (53,8%)	3,24	1,44

BARMER GEK 2010, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2010, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; n = 3.346.279 Personen mit dokumentiertem Wohnort in einem der 16 Bundesländer; durchschnittlich 351,4 Tage berufstätig versichert in 2010, darunter n = 36.221 Personen mit Diagnose F10 innerhalb des Jahres 2010 ambulant oder stationär; geschlechts- und altersstandardisiert gemäß Struktur von Personen mit Diagnose F10. Sortierung der Diagnosen absteigend nach Häufigkeit bei Personen mit Alkoholproblemen.

Resümee

- Mit schätzungsweise 9,6 Litern reinem Alkohol pro Kopf der Bevölkerung wurde in Deutschland auch 2010 eine erhebliche Menge Alkohol konsumiert.
- Nach Daten aus Befragungen ist die Menge des konsumierten Alkohols bei mehr als 16 Prozent der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 59 Jahren als riskant einzustufen.
- Daten einer Krankenkasse enthalten nur Hinweise auf alkoholbezogene Probleme, die sich auf die Versorgung im Gesundheitssystem auswirken und können damit kein vollständiges Bild zum Alkoholkonsum und den daraus resultierenden Problemen liefern, erlauben im Gegensatz zu Befragungen jedoch Auswertungen von Daten zu sehr großen Populationen.
- Alkoholprobleme als explizit genannte Ursache von Arbeitsunfähigkeiten sind verhältnismäßig selten. Innerhalb des Jahres 2010 waren lediglich 0,2 Prozent der Erwerbspersonen betroffen. Je 100 Erwerbspersonen werden jährlich durchschnittlich gut 10 Fehltage unter der expliziten Diagnose von Alkoholproblemen erfasst.
- Unter Berücksichtigung von Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung ließen sich 2010 bei 1,2 Prozent der Erwerbspersonen Hinweise auf Alkoholprobleme identifizieren, Männer waren dabei mehr als doppelt so häufig wie Frauen betroffen.
- Während unter den relativ häufig betroffenen jungen Erwerbspersonen akute Probleme mit Alkohol überwiegen, werden bei älteren Erwerbspersonen vorrangig Probleme in Sinne einer Abhängigkeit dokumentiert.
- Der Anteil der von Alkoholproblemen betroffenen Erwerbspersonen variiert abhängig von Branche, Ausbildung und ausgeübtem Beruf erheblich. Noch deutlich häufiger als Berufstätige sind Arbeitslose betroffen.
- Erwerbspersonen mit Wohnort in den drei Stadtstaaten sind nach den vorliegenden Ergebnissen überdurchschnittlich häufig von Alkoholproblemen betroffen, wobei diese Aussage auch für Ergebnisse bei gleichzeitiger Kontrolle für Einflüsse anderer Merkmale bzw. Risikofaktoren gilt.
- Nur jede sechste Erwerbsperson mit Hinweisen auf Alkoholprobleme aus Daten zur ambulanten oder stationären Versorgung war 2010 auch unter einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet.

- Innerhalb eines Jahres waren Erwerbspersonen mit Hinweisen auf Alkoholprobleme durchschnittlich etwa 40 Tage länger als Erwerbspersonen ohne entsprechende Hinweise arbeitsunfähig gemeldet. Lediglich 9,4 Tage (knapp ein Viertel der Differenz) entfielen auf Fehlzeiten, die explizit unter einer Diagnose von Alkoholproblemen gemeldet wurden.
- Gut ein Drittel der Differenz von 40 Tagen lässt sich Fehlzeiten unter anderen Diagnosen psychischer Erkrankungen ohne Alkoholbezug zuordnen, darunter allein 7,6 Tage der Diagnose von Depressionen. Auch Verletzungen und die erhöhte Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems tragen maßgeblich zu den beobachteten Unterschieden bei.
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sowie der Leber als typische organische Folgeerkrankungen eines langfristig erhöhten Alkoholkonsums spielen im Hinblick auf die gemeldeten Fehlzeiten von Erwerbspersonen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Magen-Darm-Probleme traten allerdings insgesamt etwa 50 Prozent häufiger auf.
- Alkoholprobleme können zu einem Arbeitsplatzverlust führen und eine erneute Arbeitsaufnahme erschweren – ein Arbeitsplatzverlust kann seinerseits Alkoholprobleme auslösen oder diese verstärken. Die im Rahmen des Gesundheitsreportes betrachteten Erwerbspersonen dürften insofern eine unterdurchschnittlich von Alkoholproblemen betroffene Gruppe darstellen. Hinweise auf entsprechende Zusammenhänge liefern im Report Auswertungen zu Diagnoseraten bei Versicherten ohne Beschränkung auf die Subgruppe der Erwerbspersonen.
- Eine gute Ausbildung und ein Arbeitsplatz reduzieren das Risiko für Alkoholprobleme.

Erwerbspersonen mit Wohnort in **Sachsen-Anhalt** waren 2010 nach Auswertungen zu Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung zu 1,12 Prozent und damit um 4,1 Prozent seltener als im Bundesdurchschnitt von diagnostizierten Alkoholproblemen betroffen (vgl. Tabelle 18 auf Seite 92). Bei Berücksichtigung von Effekten der Branchenzuordnung, der Ausbildung und des Berufsspektrums ließ sich für Erwerbspersonen in Sachsen-Anhalt ein vergleichbares Risiko wie in Nordrhein-Westfalen und damit ein geringeres Risiko für Alkoholprobleme als in den meisten anderen Bundesländern feststellen (vgl. Tabelle 20 auf Seite 101).

Serviceangebote der BARMER GEK zum Thema Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

Egal, welche Ursachen und Auslöser für einen riskanten Alkoholkonsum oder alkoholbedingte Probleme bei Erwerbstätigen vorliegen. Wichtig ist, dass sie möglichst frühzeitig, insbesondere von Führungskräften, erkannt werden. Denn je eher Auffälligkeiten bei Mitarbeitern wahrgenommen werden, desto besser können sowohl Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren getroffen als auch Maßnahmen zur Alkohol-/Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb angeboten werden.

Alkoholkonsum am Arbeitsplatz ist ein Thema, das alle im Unternehmen angeht, ob Führungskraft, Mitarbeiter oder Betriebs- bzw. Personalrat. Dennoch werden Alkoholprobleme von allen Beteiligten oftmals verdrängt oder verschwiegen. Betroffenen hilft das jedoch nicht. Ebenso wenig hilfreich ist eine Tabuisierung des Problems. Wichtig ist es daher, rechtzeitig vorzubeugen und bei Verhaltensänderungen/-auffälligkeiten von Mitarbeitern frühzeitig zu reagieren und sensibel zu intervenieren. Die Führungskraft trägt hierbei die Verantwortung, denn die Haltung und Handlung im Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern sind entscheidend.

Häufig fehlen jedoch konkrete Handlungshilfen, wie dem Thema begegnet werden kann. Die Serviceangebote der BARMER GEK sind auf den unterschiedlichen Informationsbedarf aller Beteiligten ausgerichtet und bieten hilfreiche Unterstützung in der betrieblichen Praxis:

Internetportal zu Sucht am Arbeitsplatz (www.sucht-am-arbeitsplatz.de)

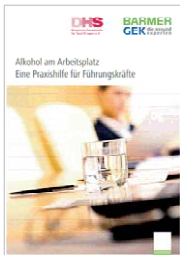
Die BARMER GEK und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) stellen für alle Akteure im Unternehmen mit ihrer neuen, gemeinsamen Internet-Plattform www.sucht-am-arbeitsplatz.de kostenlos und umfassend wissenschaftlich fundiertes Wissen zum Thema Sucht am Arbeitsplatz zur Verfügung und bieten gleichzeitig praktische Orientierungshilfen.

Das Portal will gerade auch kleine und mittelständische Unternehmen dabei unterstützen, Suchtproblemen in der Arbeitswelt vorzubeugen und Lösungsmöglichkeiten für diese anzubieten.



Neben wertvollen Informationen über präventive Maßnahmen bietet die Internetseite konkrete Arbeitshilfen für die Beratung und stellt einzelne Beispiele aus der Praxis betrieblicher Suchtprävention und -hilfe vor. Auch zum Aufbau eines betrieblichen Suchtprogramms gibt es wertvolle Tipps. Gleichzeitig verlinkt die Homepage auf weiterführende Beratungsangebote und fördert die Vernetzung von Organisationen, Institutionen und Einrichtungen, die in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe aktiv sind.

Praxishilfe für Führungskräfte „Alkohol am Arbeitsplatz“



Speziell für Führungskräfte haben die BARMER GEK und die DHS gemeinsam eine Praxishilfe zum Thema entwickelt. Denn: Führungskräften kommt in der betrieblichen Suchtprävention eine wichtige Schlüsselfunktion zu. Viel hängt von ihren Kenntnissen zur konkreten Ansprache und zum Umgang mit einem auffälligen Mitarbeiter ab. Sie verfügen in ihrer Funktion über gute Möglichkeiten, rechtzeitig zu intervenieren, um fehlerhaftes und gesundheitsgefährdendes Arbeiten und/oder Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Durch frühzeitiges Ansprechen erhält der Mitarbeiter zielgerichtete Unterstützung und dem Unternehmen bleiben in der Regel langwierige Ausfälle und somit auch hohe Kosten erspart.



Hauptanliegen der Broschüre ist es, Informationen zum Erkennen riskanten Konsumverhaltens und konkrete Tipps zum Umgang in der betrieblichen Praxis zur Verfügung zu stellen. Sie bietet Checklisten, woran Führungskräfte Mitarbeiter/innen mit riskantem Alkoholkonsum erkennen können, sowie konkrete Tipps zu Interventionsmöglichkeiten und Handlungsoptionen. Rechtliche Hinweise, ein Leitfaden für Interventionsgespräche und Muster einer Dienstvereinbarung runden die Informationen ab. Die Praxishilfe steht interessierten Unternehmen im BARMER GEK Arbeitgeberportal unter folgendem Link zum Download zur Verfügung: www.barmer-gek.de/501121.

Broschüre „Alkohol und Gesundheit – Genuss oder Risiko?“

Alkoholische Getränke sind Teil unserer Kultur. Von früher Kindheit an sehen und erleben wir - im Alltag und bei Feiern - Menschen, die Wein, Bier oder andere alkoholische Getränke trinken. In dieser Broschüre erfahren Sie, was es heißt, verantwortungsvoll mit Alkohol in den verschiedenen Lebensphasen umzugehen.



Sie finden Tipps, wie Sie ein Alkoholproblem erkennen und wie der Alkoholkonsum eingeschränkt werden kann. Ferner enthält die Broschüre wichtige Hinweise, wo Sie Rat und Hilfe finden.

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



Broschüre „Alles o.K. mit Alkohol?“

Die Broschüre „Alles o.K. mit Alkohol?“ in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. regt zur Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol und zur Selbsteinschätzung des individuellen Alkoholkonsums an.

Der Leitfaden richtet sich an alle Menschen, die Alkohol trinken. Sie erfahren, ob sie mit ihrem Alkoholkonsum ein Risiko eingehen und was sie tun können, um das Risiko zu senken.

Neben Informationen und Selbsttests enthält die Broschüre praktische Hilfen, die auf unterschiedliche Motivationsphasen des Trinkverhaltens abgestimmt sind. Sie bietet Rat und Hilfe für diejenigen, deren Alkoholkonsum riskant ist.

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

Aktionswoche (www.aktionswoche-alkohol.de)

In Kooperation mit der DHS, der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit Gesundheitsministerien der Länder, Landesstellen für Suchtfragen, Landeszentralen für Gesundheit und regionalen Netzwerken der Suchthilfe und Suchtprävention veranstaltet die BARMER GEK alle 2 Jahre eine Aktionswoche Alkohol.

Erwachsene und Jugendliche für einen maßvollen Alkoholkonsum zu gewinnen ist das Hauptziel der Aktionswoche Alkohol, die das nächste Mal vom 25.05. – 02.06.2013 unter dem Motto „Alkohol? Weniger ist besser!“ stattfindet.

Alle, die Alkohol trinken – also 90 Prozent der Bevölkerung – sollen angeregt werden, ihr Trinkverhalten einzuschätzen und zu prüfen, ob der eigene Konsum von Bier, Wein und Schnaps noch gesundheitsverträglich ist. Welche Spielregeln sollten im

Umgang mit Alkohol beachtet werden, und wie viel ist eigentlich zu viel? Für die einen bedeutet das vielleicht, mal einen alkoholfreien Tag einzulegen oder nach einem Glas Wein zum Mineralwasser zu greifen. Für andere kann es heißen, sich beraten und helfen zu lassen.

Zahlreiche bundesweite Veranstaltungen finden in der Aktionswoche statt, an der Sie sich gerne beteiligen können. Nähere Informationen erhalten Sie unter www.aktionswoche-alkohol.de



Betriebliche Suchtprävention

Auch bei der praktischen Umsetzung betrieblicher Suchtprävention unterstützt die BARMER GEK Sie gern. Zum Beispiel mit qualitätsgesicherten Angeboten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, mit Fachvorträgen, Seminaren, der Vermittlung von regionalen Hilfsangeboten oder einer breiten Medienpalette.

Betriebliche Suchtprävention bedeutet:

Verantwortliches Handeln durch Information, Aufklärung und Beratung fördern und Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln reduziert gesundheitliche Gefährdungen, beugt Erkrankungen vor und trägt zum Erhalt des Wohlbefindens und der körperlichen und seelischen Gesundheit bei.

Betriebliche Suchtprävention setzt sich damit für gesunde und sichere Arbeitsbedingungen und „**Null Promille**“ am Arbeitsplatz, z.B. „**Punktnüchternheit**“ in bestimmten Arbeitssituationen ein.

Haben Sie Fragen zu den Serviceangeboten oder zur betrieblichen Suchtprävention? 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



Wichtige Kontaktadressen für Unternehmen und Betroffene

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Postfach 13 69
59003 Hamm
Tel. 0 23 81/90 15-0

www.dhs.de

Kontakt zu fachlicher Hilfe finden Sie u. a. auch über:

Bundesweite Sucht- und Drogen Hotline: 0 18 05/31 30 31
Täglich 0 bis 24 Uhr (14 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz,
max. 42 Cent aus dem Mobilfunknetz)

www.sucht-und-drogen-hotline.de

BZgA-Info-Telefon: 02 21/89 20 31

Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr
Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Das Info-Telefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln. (Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)

www.bzga.de

Telefonseelsorge

0 800 111 0 111 oder 0 800 111 0 222

täglich 0 bis 24 Uhr – anonym, vertraulich, gebührenfrei –

Die Telefonseelsorge bietet neben Gesprächen am Telefon auch einen Austausch per E-Mail und Chat an. Erreichbar über:

www.telefonseelsorge.de

Für weitere Materialanfragen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Postfach 91 01 51, 51071 Köln
Internet: www.bzga.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.

Das Besondere am BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit: Die Kombination aus „Firmenfitness“ und Betrieblichem Gesundheitsmanagement.

Firmenfitness - Einfache Mitmachangebote für mehr Gesundheitsbewusstsein

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

Der Klassiker unter den Aktionen ist der BARMER GEK Gesundheitstag. Thematisch individuell auf die Bedürfnisse Ihres Unternehmens abgestimmt, bringt er die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem abwechslungsreichen Angebotsspektrum aktiv und in entspannter Atmosphäre zusammen. Er hilft, Gesundheit positiv erlebbar zu machen, fördert das persönliche Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit und letztlich auch die Loyalität zum Arbeitgeber.

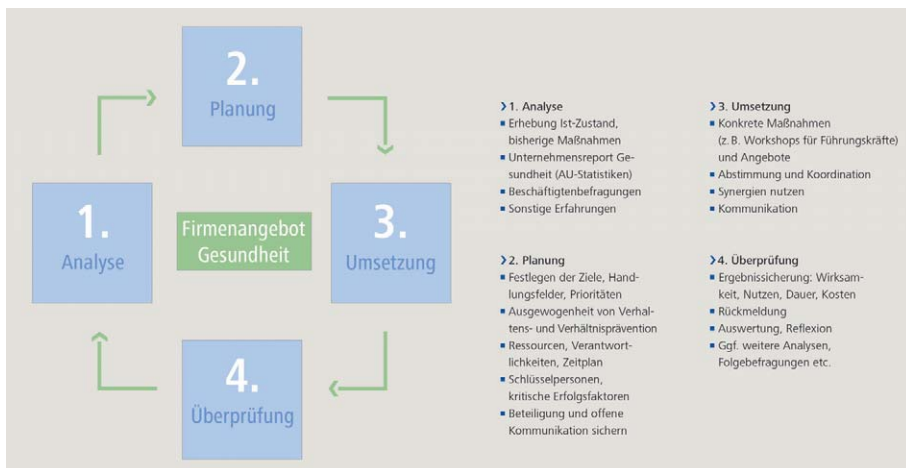
Betriebliches Gesundheitsmanagement – Systematisches Vorgehen für effiziente Lösungen

„Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM) steht für ganzheitliche Maßnahmen, um die Gesundheit nachhaltig zu fördern und zu sichern.

Gemeinsam mit allen Beteiligten im Unternehmen – von der Geschäftsführung über den Betriebsarzt, die Arbeitnehmervertretung bis zur Belegschaft – wird systematisch ein individuelles Konzept erarbeitet.

Dabei orientiert sich das BGM der BARMER GEK an dem Management-Zyklus und umfasst die integrierte Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation von Präventionsbausteinen.

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



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

BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit

Der BARMER GEK Unternehmensreport Gesundheit enthält speziell die Auswertung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der BARMER GEK versicherten Beschäftigten Ihres Betriebes.

Einzige Voraussetzung: Um aussagekräftige Daten zu gewinnen und einen individuellen Datenschutz zu gewährleisten, müssen ausreichend BARMER GEK versicherte Beschäftigte vorhanden sein.

In kurzer Zeit wird der Krankenstand der BARMER GEK versicherten Beschäftigten analysiert. Die Auswertungen münden in einen etwa 20 Seiten umfassenden Report.

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 (siehe auch „Serviceangebote der BARMER GEK zum Thema Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit“)

Sollte es zu längeren gesundheitlichen Ausfällen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommen, unterstützt die BARMER GEK Unternehmen außerdem bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach § 84 SGB IX.

Haben Sie Interesse?

Nähere Auskünfte erhalten Sie in Ihrer BARMER GEK Geschäftsstelle bei den Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten oder 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 Begründung für die Verpflichtung eines Arbeitnehmers zur Meldung einer Arbeitsunfähigkeit nicht nur bei seinem Arbeitgeber, sondern auch bei der 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. Die Bescheinigung ist dann ebenfalls umgehend bei der Krankenkasse einzureichen. Vor diesem Hintergrund sind die Daten der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten nicht unbedingt vollständig. Dennoch enthalten 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)²⁵. 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 durchgängig über 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr,

²⁵ Bei Berechnungen zum Gesundheitsreport wurden dabei ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER GEK versichert waren.

bei Versicherung über 182 Tage lediglich 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 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 und liegt 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 typischerweise durchschnittlich 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 2010 und 2011 – 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. Ein **Versicherungsjahr** entspricht dabei sinngemäß der Versicherung einer Person über 365 Tage.

Daten der BARMER GEK umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2010 und 2011 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu 3,43 und 3,51 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 23).

Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vorläufige Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2011 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis November 2011 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 11,9% aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2011 ermittelte Anteil zwischen 4,6% in Bremen und 23,6% in Brandenburg.

Tabelle 23 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2011

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	152.139	180.401	332.540	8,1%
Bayern	195.028	257.764	452.792	9,4%
Berlin	65.543	91.211	156.754	13,0%
Brandenburg	79.500	107.986	187.486	23,6%
Bremen	6.571	7.282	13.853	4,6%
Hamburg	33.449	38.745	72.193	8,3%
Hessen	127.649	157.547	285.196	12,4%
Meckl.-Vorpommern	40.537	60.736	101.273	18,4%
Niedersachsen	130.839	167.086	297.925	11,3%
Nordrhein-Westfalen	351.587	490.831	842.418	13,6%
Rheinland-Pfalz	76.792	105.068	181.860	14,1%
Saarland	25.126	28.012	53.138	14,3%
Sachsen	56.391	89.410	145.801	9,8%
Sachsen-Anhalt	49.504	77.706	127.209	16,2%
Schleswig-Holstein	65.473	81.158	146.631	16,8%
Thüringen	42.761	60.963	103.723	13,3%
Gesamt	1.504.704	2.007.890	3.512.594	11,9%

BARMER GEK 2011, 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 November 2011 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 24 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2011, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen gut 15 Tsd. Fällen mit gut 230 Tsd. Tagen in Bremen und 950 Tsd. Fällen mit 14,6 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2011 wurden 4,13 Mio. AU-Fälle und 61,01 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 24 AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2011

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2011 absolut	Anzahl AU-Tage 2011 absolut
Baden-Württemberg	347.091	4.736.993
Bayern	484.756	6.657.222
Berlin	191.656	3.110.438
Brandenburg	253.439	3.962.368
Bremen	15.710	230.038
Hamburg	78.975	1.161.991
Hessen	344.066	4.767.207
Meckl.-Vorpommern	141.214	2.126.138
Niedersachsen	356.624	5.155.884
Nordrhein-Westfalen	954.235	14.633.546
Rheinland-Pfalz	213.401	3.142.597
Saarland	59.446	1.011.817
Sachsen	187.238	2.805.074
Sachsen-Anhalt	175.261	2.612.864
Schleswig-Holstein	175.341	2.596.847
Thüringen	144.503	2.120.125
Gesamt	4.134.418	61.014.966

BARMER GEK 2011, 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.

Typischerweise 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 Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (vgl. im Internet <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/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 25). 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 25 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 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 127). Bis Ende November 2011 (und damit maßgeblich auch für Auswertungen zum vorliegenden Gesundheitsreport) wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 verwendeten Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“, seinerzeit herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeit, erfasst²⁶. 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 unter dem folgenden Link heruntergeladen werden:

http://www.arbeitsagentur.de/nn_497208/Navigation/zentral/Unternehmen/Sozialversicherung/Schlüsselverzeichnis/Schlüsselverzeichnis-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>

²⁶ Bundesanstalt für Arbeit, Hg., Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen, Nürnberg 1988.

Veränderungen 2011

Mit Gültigkeit ab 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/> .

Die neuen Meldeangaben dürften, auch im Rahmen des Gesundheitsreportes, in den kommenden Jahren zu veränderten und differenzierteren Auswertungsmöglichkeiten führen. Für den vorliegenden Report mit Auswertungen zu Daten bis 2011 konnten die neuen Angaben, aufgrund der Umstellung erst zum Dezember 2011, noch nicht genutzt werden.

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

Als Standardpopulation wird im Gesundheitsreport auf die Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 zurückgegriffen. Diese Auswahl der Standardpopulation entspricht den „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“.

Tabelle 26 Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992

Altersgruppe	Männer [Tsd.]	Frauen [Tsd.]
15 – 19 Jahre	852	674
20 – 24 Jahre	2.181	1.856
25 – 29 Jahre	2.851	2.216
30 – 34 Jahre	2.883	2.006
35 – 39 Jahre	2.653	1.942
40 – 44 Jahre	2.540	1.880
45 – 49 Jahre	2.230	1.601
50 – 54 Jahre	2.885	1.856
55 – 59 Jahre	1.738	932
60 – 64 Jahre	624	218

Quelle: 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 den bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dies 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 2011

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	264	271	267	196	214	204
20 – 24 Jahre	169	180	174	144	158	150
25 – 29 Jahre	122	141	130	100	120	109
30 – 34 Jahre	110	136	121	93	111	100
35 – 39 Jahre	109	133	119	100	111	104
40 – 44 Jahre	109	136	121	102	113	107
45 – 49 Jahre	107	138	120	103	117	109
50 – 54 Jahre	113	150	127	108	124	114
55 – 59 Jahre	126	159	137	118	132	123
60 – 64 Jahre	117	138	123	110	119	112
Gesamt	125	151	136	111	126	117

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Tabelle A2 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2011

AU-Tage je Fall Altersgruppe	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	6,7	6,3	6,5	5,9	5,5	5,7
20 – 24 Jahre	8,5	8,0	8,3	8,2	7,4	7,8
25 – 29 Jahre	10,7	10,2	10,4	10,3	9,7	10,0
30 – 34 Jahre	12,6	11,5	12,1	11,3	11,3	11,3
35 – 39 Jahre	14,0	13,4	13,7	12,5	13,0	12,7
40 – 44 Jahre	14,8	13,8	14,3	14,2	14,6	14,4
45 – 49 Jahre	17,2	15,6	16,5	15,9	16,2	16,1
50 – 54 Jahre	19,5	16,7	18,2	18,4	18,1	18,3
55 – 59 Jahre	20,5	18,3	19,6	21,2	20,0	20,8
60 – 64 Jahre	29,1	22,8	27,2	26,7	24,6	26,1
Gesamt	14,0	12,5	13,3	13,5	12,6	13,1

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Tabelle A3 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2011

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.765	1.699	1.736	1.158	1.182	1.168
20 – 24 Jahre	1.441	1.438	1.439	1.174	1.170	1.172
25 – 29 Jahre	1.300	1.432	1.358	1.039	1.157	1.091
30 – 34 Jahre	1.382	1.569	1.459	1.060	1.251	1.139
35 – 39 Jahre	1.519	1.776	1.628	1.243	1.447	1.329
40 – 44 Jahre	1.616	1.872	1.725	1.459	1.646	1.539
45 – 49 Jahre	1.841	2.155	1.973	1.642	1.904	1.752
50 – 54 Jahre	2.200	2.502	2.318	1.993	2.249	2.093
55 – 59 Jahre	2.581	2.902	2.693	2.500	2.642	2.549
60 – 64 Jahre	3.415	3.145	3.345	2.946	2.928	2.941
Gesamt	1.751	1.883	1.806	1.500	1.599	1.541

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

Tabelle A4 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2011 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	92	1.482	16,0
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	126	1.571	12,4
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	87	1.227	14,2
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	96	1.772	18,5
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	71	1.114	15,6
07	<i>Erzbergbau*</i>	129	1.128	8,7
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	107	1.416	13,3
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	104	1.068	10,3
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	114	1.684	14,8
11	Getränkeherstellung	116	1.388	12,0
12	Tabakverarbeitung	132	1.740	13,1
13	Herstellung von Textilien	118	1.458	12,4
14	Herstellung von Bekleidung	101	1.177	11,6
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	112	1.289	11,5
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	121	1.524	12,6
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	125	1.458	11,6
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	114	1.356	11,9
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	117	1.310	11,2
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	120	1.367	11,4
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	124	1.379	11,2
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	126	1.482	11,8
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	119	1.425	12,0
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	124	1.457	11,8
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	125	1.433	11,4
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	120	1.234	10,3
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	126	1.354	10,8
28	Maschinenbau	122	1.307	10,7
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	129	1.523	11,8
30	Sonstiger Fahrzeugbau	135	1.432	10,6
31	Herstellung von Möbeln	119	1.468	12,3
32	Herstellung von sonstigen Waren	110	1.135	10,3
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	120	1.389	11,6

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
35	Energieversorgung	130	1.395	10,7
36	Wasserversorgung	140	1.532	11,0
37	Abwasserentsorgung	149	1.774	11,9
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	136	1.863	13,7
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Ent- sorgung*</i>	133	1.762	13,3
41	Hochbau	107	1.546	14,5
42	Tiefbau	112	1.532	13,7
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	115	1.553	13,6
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	109	1.333	12,2
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	108	1.267	11,7
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	100	1.445	14,4
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	113	1.768	15,6
50	Schifffahrt	84	1.171	13,9
51	Luftfahrt	132	1.724	13,1
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	118	1.626	13,7
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	117	1.853	15,9
55	Beherbergung	89	1.410	15,9
56	Gastronomie	84	1.466	17,5
58	Verlagswesen	91	974	10,7
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	73	901	12,4
60	Rundfunkveranstalter	90	951	10,6
61	Telekommunikation	127	1.465	11,5
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	102	1.084	10,6
63	Informationsdienstleistungen	101	1.147	11,3
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	112	1.181	10,6
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensions- kassen (ohne Sozialversicherung)	113	1.370	12,1
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbun- dene Tätigkeiten	100	1.142	11,5
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	99	1.212	12,3
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	90	874	9,7
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrie- ben; Unternehmensberatung	96	1.098	11,4
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikali-	99	1.025	10,3

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	106	1.085	10,2
73	Werbung und Marktforschung	91	1.111	12,2
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	87	1.039	12,0
75	Veterinärwesen	77	1.113	14,5
77	Vermietung von beweglichen Sachen	104	1.377	13,2
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	151	1.919	12,7
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	86	1.011	11,8
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	138	2.077	15,1
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	120	1.767	14,7
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	146	1.875	12,9
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	140	1.624	11,6
85	Erziehung und Unterricht	124	1.327	10,7
86	Gesundheitswesen	109	1.477	13,5
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	125	1.932	15,4
88	Sozialwesen (ohne Heime)	124	1.710	13,8
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	88	1.179	13,5
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	123	1.354	11,0
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	93	1.526	16,4
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	92	1.390	15,2
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	108	1.240	11,5
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	191	1.875	9,8
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	109	1.546	14,2
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	75	1.324	17,7
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	86	1.071	12,4
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	150	1.848	12,3
NN	Unbekannt	108	2.763	25,6
	Gesamt	117	1.541	13,1

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen bundesweit, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A5 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Tätigkeit 2011 – Top 100 Berufe

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
781	Bürofachkräfte	116	1.506	13,0
682	Verkäufer	104	1.784	17,2
853	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	125	2.253	18,1
864	Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	167	2.059	12,3
856	Sprechstundenhelfer	103	1.199	11,7
861	Sozialarbeiter, Sozialpfleger	132	2.307	17,5
691	Bankfachleute	119	1.408	11,8
681	Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	102	1.261	12,4
714	Kraftfahrzeugführer	106	2.327	21,9
862	Heimleiter, Sozialpädagogen	129	2.016	15,7
774	Datenverarbeitungsfachleute	91	947	10,4
751	Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichsleiter	70	1.028	14,7
744	Lager-, Transportarbeiter	148	2.139	14,5
782	Stenographen, Stenotypisten, Maschinenschreiber	133	1.998	15,0
311	Elektroinstallateure, -monteure	133	1.660	12,4
854	Helfer in der Krankenpflege	143	2.926	20,5
411	Köche	112	1.893	16,9
852	Masseure, Krankengymnasten u. verwandte Berufe	130	1.616	12,4
531	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	160	2.188	13,7
933	Raum-, Hausratreiniger	132	2.388	18,1
772	Buchhalter	102	1.292	12,7
628	Techniker, o.n.A	105	1.322	12,6
873	Real-, Volks-, Sonderschullehrer	126	1.664	13,2
784	Bürohilfskräfte	99	1.475	14,9
912	Kellner, Stewards	102	1.576	15,5
753	Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	99	934	9,4
741	Lagerverwalter, Magaziner	133	1.930	14,5
291	Werkzeugmacher	127	1.563	12,3
687	Handelsvertreter, Reisende	98	1.406	14,3
273	Maschinenschlosser	141	1.725	12,2
281	Kraftfahrzeuginstandsetzer	144	1.540	10,7
703	Werbefachleute	124	1.412	11,4
694	Lebens-, Sachversicherungsfachleute	116	1.470	12,7
314	Elektrogerätebauer	133	1.442	10,9
841	Ärzte	70	939	13,5

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
607	Sonstige Ingenieure	80	888	11,1
762	Leitende, administrativ entsch. Verwaltungsfachleute	101	1.375	13,7
981	Auszubildende mit noch nicht feststehendem Ausbildungsberuf	179	1.189	6,6
303	Zahntechniker	92	1.154	12,5
221	Dreher	147	1.937	13,1
793	Pförtner, Hauswarte	108	2.101	19,4
857	Medizinallaboranten	112	1.472	13,1
752	Unternehmensberater, Organisatoren	82	941	11,4
701	Speditionskaufleute	99	1.187	12,0
555	Behinderte in geschützten Einrichtungen	222	1.965	8,9
911	Gastwirte, Hoteliers, Gaststättenkaufleute	103	1.238	12,0
792	Wächter, Aufseher	123	2.184	17,8
773	Kassierer	120	2.476	20,6
323	Metallarbeiter, o.n.A.	154	2.265	14,7
923	Hauswirtschaftliche Betreuer	123	2.260	18,4
881	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, Statistiker	85	916	10,8
285	Sonstige Mechaniker	141	1.626	11,6
522	Warenaufmacher, Versandfertigtmacher	151	2.479	16,4
622	Techniker des Elektrofaches	105	1.250	11,9
501	Tischler	142	1.818	12,8
262	Rohrinstallateure	149	1.930	12,9
871	Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen, Akademien	57	644	11,3
629	Industriemeister, Werkmeister	104	1.509	14,5
051	Gärtner, Gartenarbeiter	154	2.003	13,0
991	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe	89	1.386	15,6
621	Maschinenbautechniker	100	1.081	10,8
284	Feinmechaniker	139	1.497	10,8
635	Technische Zeichner	124	1.277	10,3
702	Fremdenverkehrsfachleute	99	1.183	12,0
821	Publizisten	78	922	11,8
874	Fachschul-, Berufsschul-, Werklehrer	112	1.541	13,8
877	Sonstige Lehrer	104	1.553	15,0
151	Kunststoffverarbeiter	157	2.237	14,2
274	Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	141	1.983	14,1
322	Sonstige Montierer	150	2.089	13,9

Tabelle A6 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011

ICD10-Diagnosekapitel	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	9,7	11,1	10,3	11,6	12,6	12,1
Neubildungen	1,9	3,1	2,4	1,4	2,0	1,6
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,0	1,0	1,0	0,6	0,7	0,6
Psychische u. Verhaltensstörungen	4,7	9,7	6,7	4,8	8,2	6,2
Krankheiten des Nervensystems	2,1	4,2	2,9	2,1	3,5	2,7
Krankheiten des Auges	1,7	1,6	1,7	1,3	1,3	1,3
Krankheiten des Ohres	1,6	1,8	1,7	1,3	1,6	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,5	4,5	4,5	3,1	2,9	3,0
Krankheiten des Atmungssystems	32,6	43,3	37,0	30,9	38,6	34,1
Krankh. des Verdauungssystems	18,4	21,2	19,6	13,2	14,1	13,6
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	2,3	2,0	2,2	1,8	1,5	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21,9	18,4	20,5	18,4	14,9	16,9
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,5	6,9	3,7	1,4	4,8	2,8
Schwangerschaft, Geburt	0,0	3,4	1,4	0,0	2,6	1,1
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	5,2	8,3	6,5	5,3	7,8	6,3
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	14,9	8,4	12,2	12,3	7,4	10,3
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	0,6	1,6	1,0	0,7	1,3	1,0
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	125,0	151,0	135,8	110,8	126,4	117,3

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

Tabelle A7 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011

ICD10-Diagnosekapitel	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	6,6	5,8	6,2	5,6	5,5	5,6
Neubildungen	31,4	29,3	30,3	35,1	40,0	37,6
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	20,0	16,3	17,6	25,5	20,5	22,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	19,0	16,6	18,0	18,8	17,8	18,3
Psychische u. Verhaltensstörungen	38,0	34,8	36,1	44,5	41,5	42,9
Krankheiten des Nervensystems	15,8	11,9	13,5	16,3	12,8	14,4
Krankheiten des Auges	8,4	7,6	8,1	8,6	7,2	8,1
Krankheiten des Ohres	12,6	10,1	11,5	9,7	9,4	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	26,0	15,6	21,8	25,2	15,9	21,5
Krankheiten des Atmungssystems	7,4	7,3	7,4	6,4	6,4	6,4
Krankh. des Verdauungssystems	6,8	5,7	6,3	6,6	5,9	6,3
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	15,4	11,8	14,0	13,8	11,2	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,9	19,5	19,8	19,9	20,5	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	13,3	10,0	10,8	11,6	9,1	9,8
Schwangerschaft, Geburt	-	14,4	14,4	-	13,7	13,7
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	-	-	-	-	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	20,0	20,1	20,0	21,4	25,4	23,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	9,9	9,3	9,6	9,3	8,6	8,9
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	21,0	19,0	20,4	20,5	19,2	20,1
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-	-
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	18,9	20,4	19,9	21,1	18,9	19,9
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	-	-	-	-	-	-
Alle Diagnosen	14,0	12,5	13,3	13,5	12,6	13,1

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

Tabelle A8 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011

ICD10-Diagnosekapitel	Sachsen-Anhalt			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	64	64	64	65	70	67
Neubildungen	60	90	72	48	80	61
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2	4	3	3	3	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	18	17	18	11	13	12
Psychische u. Verhaltensstörungen	177	336	243	214	338	266
Krankheiten des Nervensystems	33	50	40	34	44	38
Krankheiten des Auges	15	12	14	11	9	10
Krankheiten des Ohres	20	18	19	13	15	14
Krankheiten des Kreislaufsystems	118	70	98	79	45	65
Krankheiten des Atmungssystems	241	317	272	197	246	217
Krankh. des Verdauungssystems	124	121	123	87	83	85
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	36	24	31	25	17	22
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	437	358	404	366	304	340
Krankheiten des Urogenitalsystems	20	69	40	16	44	27
Schwangerschaft, Geburt	0	49	21	0	35	15
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	3	3	3	3	4	3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	51	77	62	49	66	56
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	313	159	249	251	142	206
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	12	32	20	16	25	20
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.751	1.883	1.806	1.500	1.599	1.541

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

Tabelle A9 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2011

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	5	56	9	275	90	100	376
20 – 24 Jahre	12	116	14	224	89	152	342
25 – 29 Jahre	12	150	17	175	69	179	251
30 – 34 Jahre	17	170	21	177	67	208	209
35 – 39 Jahre	21	197	36	191	73	302	207
40 – 44 Jahre	31	235	57	189	82	383	237
45 – 49 Jahre	51	259	90	186	92	450	238
50 – 54 Jahre	91	290	160	198	103	579	249
55 – 59 Jahre	154	348	248	221	129	738	254
60 – 64 Jahre	215	383	343	221	126	948	256
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	8	119	12	333	122	100	147
20 – 24 Jahre	13	199	16	268	101	130	127
25 – 29 Jahre	16	244	18	227	72	134	105
30 – 34 Jahre	31	288	24	224	62	168	95
35 – 39 Jahre	57	345	33	230	68	248	109
40 – 44 Jahre	96	389	43	231	75	333	139
45 – 49 Jahre	140	422	62	234	84	438	162
50 – 54 Jahre	178	472	88	256	95	563	196
55 – 59 Jahre	201	536	125	286	106	690	256
60 – 64 Jahre	257	546	165	276	108	827	282

BARMER GEK 2011, 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 A10 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Sachsen-Anhalt 2011

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	30	108	14	485	164	150	436
20 – 24 Jahre	12	125	23	302	120	215	391
25 – 29 Jahre	16	146	23	229	110	234	333
30 – 34 Jahre	18	164	36	226	102	306	283
35 – 39 Jahre	26	150	77	230	101	389	268
40 – 44 Jahre	35	175	81	223	120	457	311
45 – 49 Jahre	53	196	149	197	127	541	297
50 – 54 Jahre	147	261	236	218	131	618	288
55 – 59 Jahre	133	202	324	226	167	804	286
60 – 64 Jahre	331	255	510	231	202	1.032	365
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	8	151	24	454	198	163	169
20 – 24 Jahre	17	186	23	333	150	196	156
25 – 29 Jahre	33	245	23	305	111	157	105
30 – 34 Jahre	66	321	43	309	105	191	112
35 – 39 Jahre	49	382	66	297	102	344	115
40 – 44 Jahre	124	371	66	285	116	400	160
45 – 49 Jahre	139	410	94	284	110	518	194
50 – 54 Jahre	177	426	127	327	125	614	214
55 – 59 Jahre	213	507	196	365	134	689	265
60 – 64 Jahre	188	497	228	328	132	910	343

BARMER GEK 2011, 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 A11 Fallbezogene Dauer von Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausbehandlungen mit Diagnose F10 Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter 2011

Tage je Fall Altersgruppe	AU-Tage je Fall F10			KH-Tage je Fall F10*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	4,4	3,0	3,7	2,1	2,1	2,1
20 – 24 Jahre	12,5	5,3	9,2	3,3	2,3	2,8
25 – 29 Jahre	27,5	26,4	27,0	6,6	5,3	6,1
30 – 34 Jahre	34,6	33,9	34,3	8,3	6,4	7,5
35 – 39 Jahre	47,7	48,1	47,9	9,5	9,0	9,3
40 – 44 Jahre	44,2	51,3	47,3	8,9	8,7	8,8
45 – 49 Jahre	51,7	55,2	53,1	9,9	9,8	9,9
50 – 54 Jahre	55,0	53,6	54,4	10,1	9,7	9,9
55 – 59 Jahre	58,9	52,8	56,8	10,4	10,4	10,4
60 – 64 Jahre	62,9	74,3	65,9	11,4	10,1	11,1
Gesamt	40,9	39,1	40,5	8,3	7,4	8,1

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand..

* Behandlungstage bei vollstationären Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit der Hauptentlassungsdiagnose F10.

Tabelle A12 Krankenhaufälle mit Diagnose F10 Erwerbspersonen vs. Versicherte insgesamt nach Geschlecht und Alter 2011

KH-Fälle je 10.000 VJ Altersgruppe	Erwerbspersonen*			Versicherte insgesamt*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	68	35	54	67	40	55
20 – 24 Jahre	38	19	29	39	20	30
25 – 29 Jahre	27	10	20	43	14	30
30 – 34 Jahre	33	13	25	60	21	44
35 – 39 Jahre	34	15	26	71	30	53
40 – 44 Jahre	47	25	37	91	39	69
45 – 49 Jahre	53	25	41	107	43	80
50 – 54 Jahre	58	25	45	118	43	88
55 – 59 Jahre	46	20	37	92	35	72
60 – 64 Jahre	32	13	27	59	23	49
Gesamt (15-64J)	42	19	33	76	30	57

BARMER GEK 2011, Erwerbspersonen sowie Versicherte, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.. * Behandlungstage bei vollstationären Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit der Hauptentlassungsdiagnose F10.

Tabelle A13 Versicherte gesamt mit Alkoholproblemen nach Geschlecht und Alter 2010

Anteil Betroffene 2010 mit F10-Diagnose Akutkrankenhaus oder ambulante Versorgung	Männer Alter 15 – 64 Jahre			Frauen Alter 15 – 64 Jahre		
	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt	Abhängigkeit	übrige F10	F10 Gesamt
15 – 19 Jahre	0,09%	1,01%	1,09%	0,04%	0,61%	0,65%
20 – 24 Jahre	0,27%	0,81%	1,08%	0,10%	0,38%	0,48%
25 – 29 Jahre	0,55%	0,60%	1,16%	0,16%	0,26%	0,43%
30 – 34 Jahre	0,84%	0,58%	1,42%	0,25%	0,22%	0,47%
35 – 39 Jahre	1,14%	0,61%	1,75%	0,37%	0,22%	0,60%
40 – 44 Jahre	1,65%	0,73%	2,38%	0,56%	0,30%	0,86%
45 – 49 Jahre	2,25%	0,92%	3,17%	0,85%	0,37%	1,22%
50 – 54 Jahre	2,89%	1,18%	4,07%	1,09%	0,45%	1,55%
55 – 59 Jahre	3,00%	1,35%	4,35%	1,08%	0,50%	1,57%
60 – 64 Jahre	2,55%	1,34%	3,88%	1,06%	0,49%	1,55%
Gesamt	1,67%	0,88%	2,65%	0,61%	0,35%	0,96%

BARMER GEK 2010, Versicherte gesamt, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand. ET2010.

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011	10
Abbildung 2	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011	12
Abbildung 3	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2011 bundesweit	15
Abbildung 4	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011	16
Abbildung 5	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Sachsen-Anhalt 2011	19
Abbildung 6	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage	22
Abbildung 7	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage	23
Abbildung 8	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2011	25
Abbildung 9	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2011	27
Abbildung 10	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2011	27
Abbildung 11	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2011	29
Abbildung 12	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildung bundesweit 2011	31
Abbildung 13	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2011	32
Abbildung 14	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2011	37
Abbildung 15	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2011	38
Abbildung 16	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2011	39

Abbildung 17	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen 2011 gegenüber 2010.....	40
Abbildung 18	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2011	41
Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2011	44
Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2011	45
Abbildung 21	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	48
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	49
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	50
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	51
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	52
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	53
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2011, Kapitel XIX – Verletzungen.....	54
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2011, Kapitel XIX – Verletzungen.....	55
Abbildung 29	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	57
Abbildung 30	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	58

Abbildung 31	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	59
Abbildung 32	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen Sachsen-Anhalts 2011, Kapitel XIX – Verletzungen	60
Abbildung 33	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2011	64
Abbildung 34	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2011	69
Abbildung 35	AU- sowie Krankenhausfälle mit Diagnose F10 bei Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter 2011	80
Abbildung 36	Krankenhausfälle mit Diagnose F10 Erwerbspersonen vs. Versicherten insgesamt nach Geschlecht und Alter 2011	83
Abbildung 37	Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen in Bundesländern 2010.....	91
Abbildung 38	Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen nach Geschlecht und Alter 2010.....	93
Abbildung 39	Anteil Beschäftigte mit Hinweis auf Alkoholprobleme nach Branchen 2010.....	95
Abbildung 40	Anteil Beschäftigte mit Hinweis auf Alkoholprobleme nach Ausbildung 2010	96
Abbildung 41	Anteil Erwerbspersonen mit Hinweis auf Alkoholprobleme nach Berufsfeldern 2010.....	97
Abbildung 42	Anteil Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeiten unter bestimmten Diagnosen – Erwerbspersonen ohne sowie mit Hinweis auf Alkoholprobleme 2010	106
Abbildung 43	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen – Erwerbspersonen ohne sowie mit Hinweis auf Alkoholprobleme 2010	107

Tabellen

Tabelle 1	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit.....	7
Tabelle 2	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2011 im Vergleich zum Vorjahr	8
Tabelle 3	AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010 und 2011	9
Tabelle 4	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2010 und 2011	11
Tabelle 5	Relative Veränderungen 2011 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern	13
Tabelle 6	Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2010, 2011	18
Tabelle 7	Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit	20
Tabelle 8	Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit	21
Tabelle 9	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2011	61
Tabelle 10	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2011.....	65
Tabelle 11	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen bundesweit und regional 2011.....	66
Tabelle 12	Fallzahlrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2011.....	70
Tabelle 13	Fehlzeitenrelevante Diagnosen bundesweit und regional 2011	71
Tabelle 14	AU- sowie Krankenhausfälle mit Diagnose F10 nach Geschlecht und Alter 2011	81
Tabelle 15	AU- sowie Krankenhaustage mit Diagnose F10 nach Geschlecht und Alter 2011	82

Tabelle 16	AU-Fälle sowie Krankenhausbehandlungsfälle nach Bundesländern 2010, 2011	85
Tabelle 17	Anteil Erwerbspersonen sowie Versicherte mit Alkoholproblemen 2010	88
Tabelle 18	Erwerbspersonen sowie Versicherte mit Alkoholproblemen in Bundesländern 2010	90
Tabelle 19	Erwerbspersonen mit Alkoholproblemen nach Geschlecht und Alter 2010.....	94
Tabelle 20	Relative Risiken für Alkoholproblemen – logistische Regressionsmodelle.....	101
Tabelle 21	Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten bei Personen mit sowie Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme 2010.....	108
Tabelle 22	Arbeitsunfähigkeiten nach Diagnosen bei Personen mit sowie Personen ohne Hinweis auf Alkoholprobleme 2010.....	110
Tabelle 23	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2011	132
Tabelle 24	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2011	133
Tabelle 25	Diagnosekapitel der ICD10	135
Tabelle 26	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992.....	139

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2011	141
Tabelle A2	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2011	142
Tabelle A3	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2011	142

Tabelle A4	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2011 – Abteilungen der WZ2008	143
Tabelle A5	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Tätigkeit 2011 – Top 100 Berufe	146
Tabelle A6	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011	149
Tabelle A7	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011	150
Tabelle A8	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2011	151
Tabelle A9	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2011	152
Tabelle A10	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Sachsen-Anhalt 2011	153
Tabelle A11	Fallbezogene Dauer von Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausbehandlungen mit Diagnose F10 Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter 2011	154
Tabelle A12	Krankenhausfälle mit Diagnose F10 Erwerbspersonen vs. Versicherte insgesamt nach Geschlecht und Alter 2011	154
Tabelle A13	Versicherte gesamt mit Alkoholproblemen nach Geschlecht und Alter 2010	155

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 135)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 129 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 139)
VJ	Versicherungsjahr – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 129 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



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

www.barmer-gek.de/501306



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...

Die Beschleunigung der Arbeitswelt, die Arbeitsverdichtung und Informationsflut sowie Erwartungen an die Leistungsfähigkeit und Flexibilität des Einzelnen führen vermehrt zu gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten. Leistungseinschränkungen und Fehlzeiten sind die Folge. Kein Wunder, dass das Thema Arbeit und Gesundheit 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 auf. Der Bericht in diesem Jahr beschäftigt sich mit dem Thema Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit. Denn: Stress, Leistungsdruck und psychische Belastungen werden

heute zunehmend über Alkohol kompensiert, alkoholbedingte Probleme können als Folge auftreten. Experten schätzen, dass jeder 5. – 10. Beschäftigte in einem Unternehmen einen riskanten oder gar schädlichen Suchtmittelkonsum betreibt.

Der Gesundheitsreport 2012 wirft einen Blick darauf, wie es um den Alkoholkonsum von Erwerbstätigen bestellt ist. Er untersucht, welche Risikofaktoren Alkoholprobleme und -abhängigkeit begünstigen, welche Branchen zum Beispiel stärker betroffen sind und gibt wertvolle Hinweise auf Praxishilfen für alle Beteiligten in Unternehmen.

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

