



GESUNDHEITSREPORT 2014

HAMBURG

PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM ERWERBSLEBEN 30 – 6 – 1



BARMER GEK

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

BARMER GEK
Hauptverwaltung Wuppertal
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

AUTOREN

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Thomas G. Grobe
Julia Gerr
Susanne Steinmann

REDAKTION

Solveig Wessel
Andrea Jakob-Pannier
Ursula Bertels
Jana Gräfe

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
Einleitung	5

Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeiten.....	8
Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2013	8
Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	29
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	36
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10	36
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen.....	64
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen.....	69

Schwerpunkt Psychische Gesundheit im Erwerbsleben

Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1	74
Häufigkeit psychischer Erkrankungen.....	75
Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen.....	90
Psychotherapie bei Erwerbspersonen	103
Psychotherapie und Verordnungen von Psychopharmaka bei unterschiedlichen Diagnosen psychischer Erkrankungen.....	117
Fokus Depressionen.....	123
Resümee	141

Psychische Gesundheit – Sicht der Unternehmen, Ideen, Maßnahmen

Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz:	144
Psychische Gesundheit im Unternehmen stärken: Ideen – Maßnahmen – Erfolge	154
Aus der Praxis	156
Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit	165

Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema	168
Ausgewählte Medienangebote für Arbeitgeber	168
Informationen zu ausgewählten Erkrankungsbildern.....	170
Präventiv für die eigene Gesundheit	171

Kennzahlen, Datengrundlagen und Methoden

Datengrundlage und Methoden	173
Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	173
Erwerbspersonen in der BARMER GEK	179
Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden	182

Anhang

Anhang	189
Tabellenanhang	189
Verzeichnisse.....	215
Abkürzungen – Glossar.....	223

Editorial

38,2 Prozent der Gesamtbevölkerung Europas sind inzwischen psychisch erkrankt. Das ergab eine dreijährigen Studie des Psychologen und Mediziners Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen aus dem Jahr 2011 – im Jahr 2005 lag der Wert in vergleichbaren Studien noch bei 27 Prozent.

In Deutschland wurden nach einer Hochrechnung der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2012 rund 82 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage von gesetzlich Krankenversicherten auf psychische Erkrankungen zurückgeführt. Wesentliche Ergebnisse der BARMER GEK Daten zu psychischen Erkrankungen verrät der Titel des diesjährigen Gesundheitsreports: 30 – 6 – 1.

- 30 Prozent der Erwerbspersonen waren innerhalb eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen.
- 6 Prozent der Erwerbspersonen waren wegen einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet.
- 1 Prozent der Erwerbspersonen wurden wegen einer entsprechenden Erkrankung in einem Akutkrankenhaus behandelt.

Doch was versteht man überhaupt unter Psychischer Gesundheit und was bedeuten psychische Erkrankungen von Mitarbeitern für Unternehmen? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann“. Wesentliche Erfolgsfaktoren für Unternehmen, wie beispielsweise Produktivität, Wettbewerbsfähigkeit, eine leistungsorientierte Unternehmenskultur und zufriedene Mitarbeiter, stehen demnach im engen Zusammenhang mit der Psychischen Gesundheit der Mitarbeiter.

Das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) hat im Schwerpunkt des vorliegenden Gesundheitsreports die verschiedenen Aspekte von Psychischer Gesundheit bzw. psychischen Erkrankungen anhand der BARMER GEK Versorgungsdaten genauer analysiert. Dabei standen u. a. folgende Fragen im Mittelpunkt: Welche psychischen Erkrankungen treten bei Erwerbspersonen besonders häufig auf? Gibt es Berufsgruppen, die besonders gefährdet sind? In welchen Regionen wird eine psychische Erkrankung häufiger diagnostiziert?

Neben der Analyse von Daten werden erstmalig auch die Ergebnisse des BARMER GEK Firmenkundenmonitors im Bezug auf Psychische Gesundheit vorgestellt. Wie Unternehmen mit dem Thema Psychische Gesundheit umgehen, zeigen zudem drei Praxis-Beispiele aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement der BARMER GEK.

Außer dem Schwerpunktthema bietet der Gesundheitsreport wieder einen detaillierten Überblick über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, sowohl bundesweit als auch für Hamburg.

2013 brachte bundesweit erneut einen leichten Anstieg des Krankenstandes. Das Plus von 1,1 Prozent ist vor allem auf höhere Fallzahlen im Bereich der Atemwegserkrankungen zurückzuführen. Demgegenüber ist der Krankenstand in Hamburg um 2,0 Prozent gesunken.

Unser Dank gilt besonders Herrn Dr. Thomas Grobe und seinem Team von AQUA für die sorgfältige und umfassende Analyse.

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

Hamburg, im August 2014

Frank Liedtke

Landesgeschäftsführer
Hamburg

Einleitung

Der BARMER GEK Gesundheitsreport 2014 umfasst, wie im vorausgehenden Jahr, einen Routineteil sowie ein Schwerpunktthema. Im Routineteil des Gesundheitsreportes werden vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2013 dargestellt. Basis der aktuellen Auswertungen bilden bundesweit erfasste und pseudonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,59 Millionen Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK 2013. Ergebnisse werden im Report sowohl regional sowie für Subgruppen differenziert als auch mit Vorjahresergebnissen verglichen. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage bei Arbeitgebern umfassen die Meldungen bei Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die weitere wesentliche Inhalte des vorliegenden Reportes bilden.

Ergebnisse von Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielen Faktoren ab. Vor diesem Hintergrund finden sich im Anhang des Reportes relativ umfangreiche Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten der dargestellten Kennzahlen. Im Report werden Kennzahlen zumeist in geschlechts- und altersstandardisierter Form präsentiert, um Ergebnisse in Subgruppen adäquater vergleichen zu können (vgl. Textabschnitte ab Seite 186).

Der Schwerpunkt des Reportes mit dem Titel „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1“, welcher bereits wesentliche Ergebnisse nachfolgend dargestellter Auswertungen andeutet, befasst sich in diesem Jahr mit psychischen Erkrankungen im Erwerbsalter. Ein wesentlicher Teil der Ergebnisse beruht auf sektorenübergreifenden Auswertungen unter Einbeziehung von Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zu Krankenhausaufenthalten sowie zu Arzneiverordnungen.

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

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

Gesundheitsreport für Hamburg 2014

1.) Wichtige bundesweite Ergebnisse im Überblick

- Die bundesweit ermittelten Ergebnisse des Gesundheitsreportes zum Jahr 2013 beruhen auf Daten der BARMER GEK zu insgesamt 3,6 Millionen Erwerbspersonen. Bei den Berechnungen konnten Daten zu etwa 12,2 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2013 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen nur leicht um 1,1 Prozent beziehungsweise 0,19 Tage je Erwerbsperson gestiegen. Der Krankenstand lag damit 2013 bei 4,72 Prozent (Vorjahr: 4,66 Prozent; vgl. Tabelle 1 auf Seite 8). Dabei wurden 2013 deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle als 2012 registriert, diese dauerten im Mittel jedoch kürzer als im Vorjahr.
- Für den Anstieg verantwortlich waren häufigere Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Atmungssystems (vorrangig Erkältungskrankheiten/Grippe). Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2013 25 Prozent mehr Fehltage als 2012 erfasst. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2013 mit Krankheiten des Atmungssystems 0,5 Tage länger als 2012 (vgl. Seite 43). Psychische Störungen verursachten 2013 erstmals geringere Fehlzeiten als im Vorjahr.
- Der größte Anteil der Fehlzeiten entfiel auch 2013 mit 21,9 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Nach psychischen Störungen mit 17,4 Prozent folgen mit Anteilen von 15,6 beziehungsweise 11,5 Prozent Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen (vgl. Abschnitte ab Seite 39).
- Die Fehlzeiten variieren bei bundesweiten Auswertungen sehr deutlich in Abhängigkeit von der Branche und dem Beruf der Beschäftigten (vgl. Text ab Seite 29).
- Das diesjährige Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1“ befasst sich mit psychischen Erkrankungen bei Erwerbspersonen. Betrachtet werden, neben den Arbeitsunfähigkeiten, auch Hinweise auf entsprechende Erkrankungen aus Daten zur ambulanten und stationären Versorgung sowie Arzneiverordnungen. Neben einer systematischen Übersicht liefert das Kapitel umfangreiche Ergebnisse zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in unterschiedlichen Subgruppen sowie Regionen.

Gesundheitsreport für Hamburg 2014

2.) Wichtige regionale Ergebnisse im Überblick

- Von den bei bundesweiten Auswertungen 2013 berücksichtigten Erwerbspersonen wohnten 74 Tausend (2,1%) in Hamburg. Für die Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg konnten damit Daten zu etwa 8,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus Hamburg berücksichtigt werden.
- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten in Hamburg um 2,0 Prozent beziehungsweise 0,32 Tage je Person gesunken.
- Der Krankenstand lag nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Hamburg bei 4,38 Prozent, was – bezogen auf eine einzelne Erwerbsperson – durchschnittlich 16,0 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2013 entspricht (vgl. Seite 8). Bundesweit ermittelte Fehlzeiten wurden in Hamburg 2013 damit um 7,1 Prozent unterschritten.
- Für die insgesamt rückläufigen Fehlzeiten von 2012 auf 2013 war in Hamburg vorrangig ein Rückgang bei Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen verantwortlich. Gegenläufig dazu stiegen auch in Hamburg Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Seite 43).
- Auf die vier relevantesten Krankheitsarten entfielen in Hamburg 2013 insgesamt 68,3 Prozent und damit mehr als zwei Drittel der Fehlzeiten, dabei 24,9 Prozent auf psychische Störungen, 18,4 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, 14,7 Prozent auf Atemwegserkrankungen und 10,1 Prozent auf Verletzungen.
- Nach Auswertungen im Rahmen des Schwerpunktkapitels waren innerhalb des Jahres 2012 in Hamburg 34,7 Prozent der Erwerbspersonen von der Diagnose einer psychischen Störung im Sinne des ICD10-Kapitels V betroffen, lediglich 7,16 Prozent wurden unter einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet und 1,21 Prozent stationär im Krankenhaus behandelt. Pro Erwerbsperson und Jahr wurden in Hamburg durchschnittlich 18,3 Tagesdosen an Psychopharmaka verordnet, darunter 14,9 Tagesdosen Antidepressiva. Die Zahl der gemeldeten Fehltag je Erwerbsperson mit Diagnosen psychischer Erkrankungen lag bei durchschnittlich 4,59 Tagen. Die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage weisen ganz offensichtlich nur auf einen kleineren Teil der psychischen Erkrankungen und Probleme bei Erwerbspersonen hin.

Arbeitsunfähigkeiten

Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2013

Nachfolgend dargestellt werden zunächst grundlegende Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten aus den Jahren 2012 und 2013, 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 2012 und 2013. Angaben zu relativen Veränderungen regionaler und bundesweiter Zahlen von 2012 auf 2013 sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl Hamburg	2012			2013		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	46,2%	53,9%	49,8%	47,5%	55,4%	51,1%
AU-Fälle je 100 VJ	100	121	110	104	126	114
AU-Tage je Fall	14,9	14,8	14,9	14,2	13,8	14,0
AU-Tage je 100 VJ	1.489	1.798	1.631	1.474	1.746	1.599
Krankenstand	4,08%	4,93%	4,47%	4,04%	4,78%	4,38%
BUNDESWEIT	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	52,9%	57,4%	55,0%	55,3%	59,9%	57,4%
AU-Fälle je 100 VJ	111	127	118	119	135	126
AU-Tage je Fall	14,6	14,1	14,4	13,9	13,4	13,7
AU-Tage je 100 VJ	1.627	1.791	1.702	1.650	1.805	1.721
Krankenstand	4,46%	4,91%	4,66%	4,52%	4,94%	4,72%

BARMER GEK 2012 und 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren im Jahr 2013 57,4 Prozent der Erwerbspersonen, also deutlich mehr als die Hälfte, mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden bundes-

weit 126 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.721 Fehltag erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich 1,26 Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie insgesamt knapp zweieinhalb Erkrankungswochen gemeldet. Die 1.721 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,72 Prozent. An einem durchschnittlichen Kalendertag des Jahres 2013 waren demnach von 1.000 Beschäftigten mehr als 47 Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte im Durchschnitt 13,7 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2013 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen um 1,1 Prozent leicht gestiegen. Der Anstieg resultierte dabei vorrangig aus einer erheblich gestiegenen Anzahl von AU-Fällen (+6,4 Prozent), der jedoch durch eine geringere durchschnittliche Krankschreibungsdauer (-5,0 Prozent) teilweise kompensiert wurde.

Tabelle 2 Relative Veränderungen von Kennzahlen 2013 im Vergleich zum Vorjahr

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

BARMER GEK 2012 und 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Für Erwerbspersonen in **Hamburg** ergeben die Auswertungen auch für 2013 niedrigere Kennzahlen zur Zahl der AU-Fälle und -Tage als im Bundesdurchschnitt. Mit 114 AU-Fällen und 1.599 AU-Tagen je 100 VJ wurden in Hamburg 9,4 Prozent weniger AU-Fälle und 7,1 Prozent weniger AU-Tage als im Bundesdurchschnitt erfasst (vgl. Tabelle 1).

Im Vergleich zum Vorjahr sind in Hamburg die AU-Fallzahlen um 4,2 Prozent gestiegen, demgegenüber sind die Fehlzeiten um 2,0 Prozent gesunken (vgl. Tabelle 2).

Regionale Variationen

AU-Fallzahlen im Bundeslandvergleich

Tabelle 3 und Abbildung 1 auf der folgenden Seite zeigen Ergebnisse zu AU-Fallzahlen je 100 Versicherungsjahre in den 16 Bundesländern. Während die Tabelle Ergebnisse zu 2012 und 2013 beinhaltet, beschränkt sich die Kartendarstellung auf aktuelle Angaben zum Jahr 2013. Vermerkt werden in den folgenden Abbildungen für Bundesländer primär jeweils relative Abweichungen von bundesweit ermittelten Ergebnissen. In Klammern werden zudem auch bundeslandspezifische Ergebnisse zu AU-Fällen beziehungsweise zu AU-Tagen je 100 VJ genannt.

Tabelle 3 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012 und 2013

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ 2012			AU-Fälle je 100 VJ 2013		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	104	112	108	113	121	117
Bayern	105	111	108	111	118	115
Berlin	107	139	122	112	147	128
Brandenburg	121	150	134	128	159	143
Bremen	105	121	113	114	133	122
Hamburg	100	121	110	104	126	114
Hessen	117	129	123	124	137	130
Meckl.-Vorpommern	123	151	136	131	159	144
Niedersachsen	114	125	119	122	134	128
Nordrhein-Westfalen	109	122	115	115	131	122
Rheinland-Pfalz	114	123	118	123	132	127
Saarland	109	118	113	119	128	123
Sachsen	117	143	129	124	153	137
Sachsen-Anhalt	127	152	138	135	160	146
Schleswig-Holstein	113	126	119	120	135	127
Thüringen	129	154	140	136	162	148
BUNDESWEIT	111	127	118	119	135	126

BARMER GEK 2012 und 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

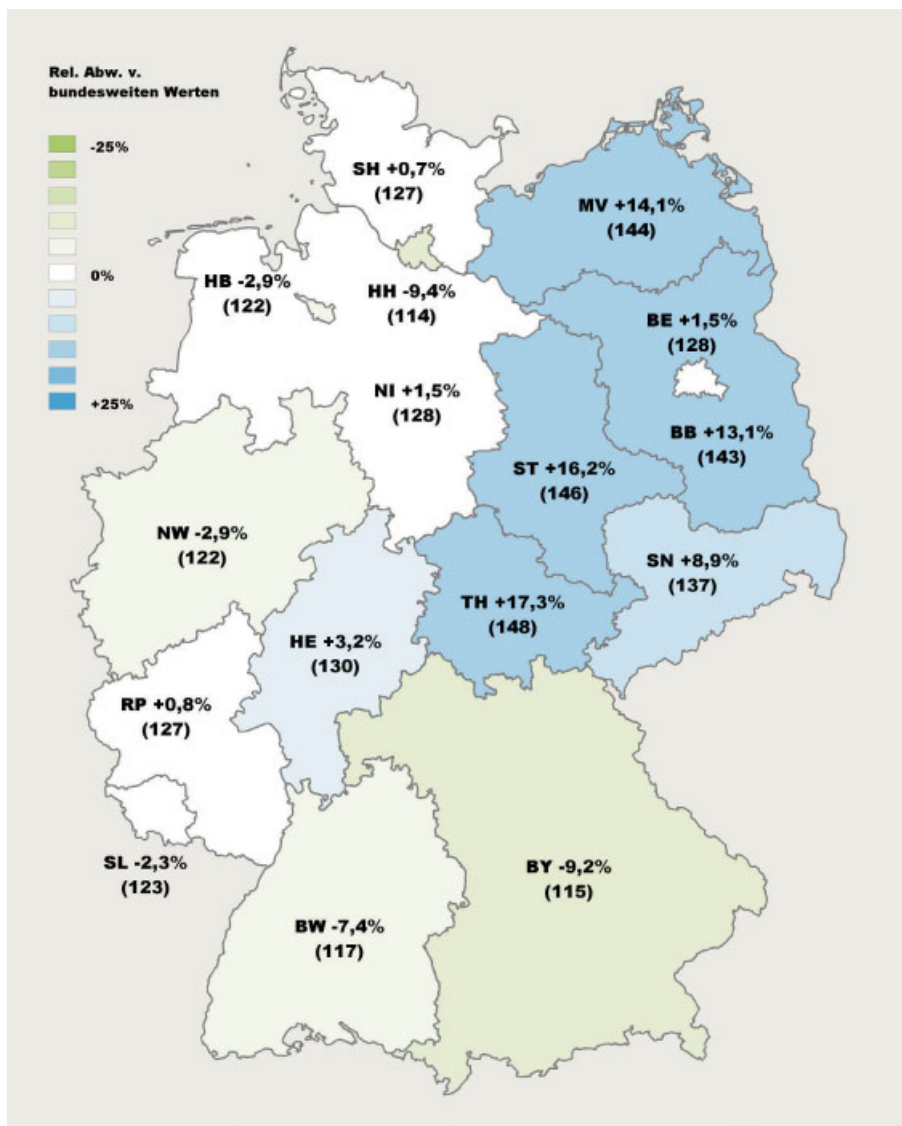


Abbildung 1 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013

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

Die AU-Fallzahlen variierten 2013 zwischen 114 Fällen in Hamburg und 148 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit bundesweite Ergebnisse um 9,4 Prozent unterschritten beziehungsweise um 17,3 Prozent überschritten werden.

Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Tabelle 4 und Abbildung 2 zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten, angegeben in AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre. Die Fehlzeiten variierten, wie im vorausgehenden Jahr, auch 2013 noch etwas ausgeprägter als die AU-Fallzahlen, nämlich zwischen 1.489 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-13,5%) und 2.050 AU-Tagen je 100 VJ in Brandenburg (+19,1%). Nach Baden-Württemberg weisen Erwerbspersonen aus Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Tabelle 4 AU-Tag je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012 und 2013

Bundesland	AU-Tag je 100 VJ 2012			AU-Tag je 100 VJ 2013		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1.406	1.514	1.456	1.449	1.535	1.489
Bayern	1.497	1.504	1.500	1.523	1.518	1.521
Berlin	1.702	2.163	1.915	1.692	2.104	1.882
Brandenburg	1.884	2.179	2.020	1.909	2.214	2.050
Bremen	1.448	1.808	1.614	1.408	1.802	1.589
Hamburg	1.489	1.798	1.631	1.474	1.746	1.599
Hessen	1.608	1.725	1.662	1.624	1.737	1.676
Meckl.-Vorpommern	1.927	2.136	2.023	1.942	2.170	2.047
Niedersachsen	1.623	1.761	1.686	1.657	1.766	1.708
Nordrhein-Westfalen	1.602	1.773	1.681	1.612	1.788	1.694
Rheinland-Pfalz	1.703	1.731	1.716	1.715	1.762	1.736
Saarland	1.757	1.930	1.836	1.844	1.933	1.885
Sachsen	1.725	1.939	1.824	1.755	1.951	1.845
Sachsen-Anhalt	1.896	2.094	1.987	1.939	2.147	2.035
Schleswig-Holstein	1.654	1.831	1.736	1.673	1.865	1.762
Thüringen	1.891	2.060	1.969	1.975	2.133	2.048
BUNDESWEIT	1.627	1.791	1.702	1.650	1.805	1.721

BARMER GEK 2012 und 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

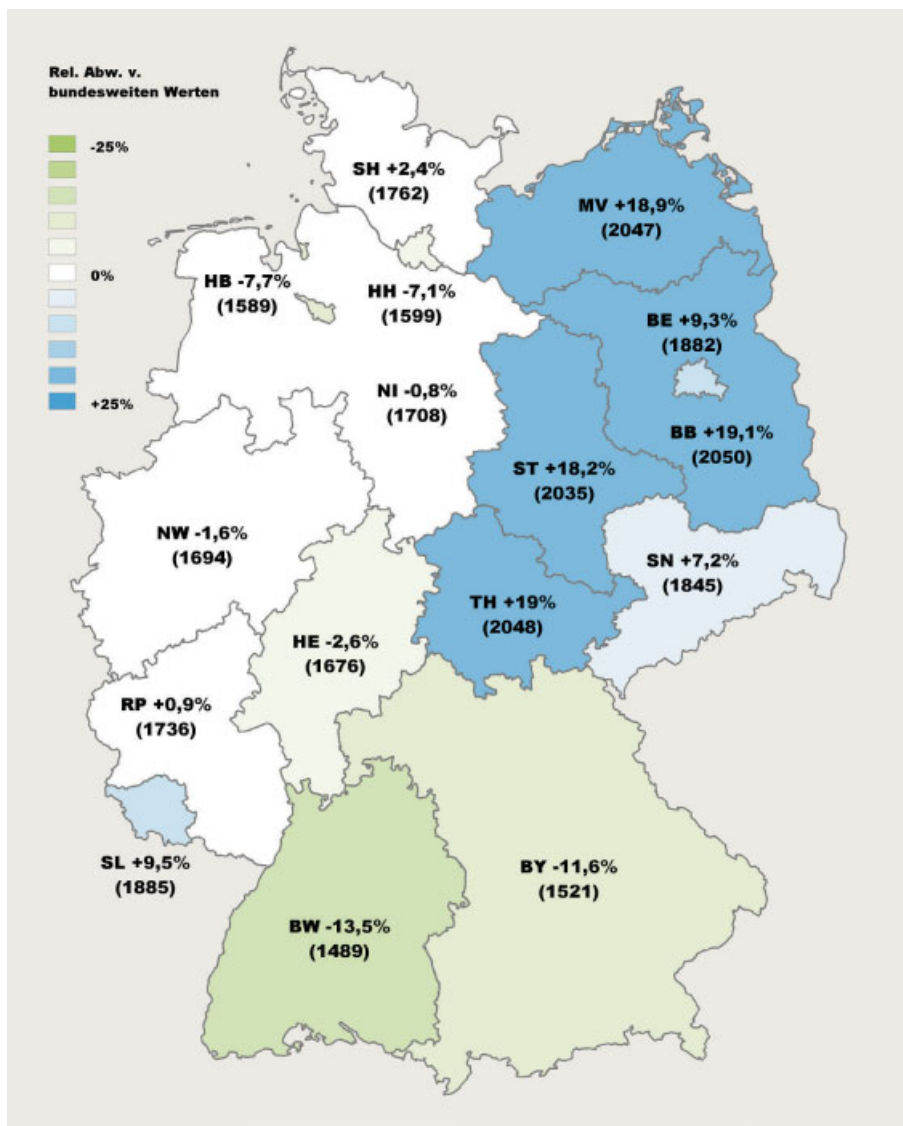


Abbildung 2 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013

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

Entwicklung der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Während die Häufigkeit von Krankschreibungen in allen Bundesländern deutlich zugenommen hat, sind die gemeldeten Fehlzeiten von 2012 auf 2013 in den meisten Bundesländern nur leicht gestiegen und in den drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg gegen den allgemeinen Trend sogar leicht gesunken.

Tabelle 5 Relative Veränderungen 2013 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern

Bundesland	Rel. Veränderungen AU-Fälle			Rel. Veränderungen AU-Tage		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	8,15%	7,64%	7,91%	3,09%	1,37%	2,26%
Bayern	6,16%	6,32%	6,24%	1,77%	0,93%	1,39%
Berlin	4,98%	5,34%	5,17%	-0,61%	-2,76%	-1,73%
Brandenburg	6,03%	6,06%	6,05%	1,34%	1,58%	1,46%
Bremen	7,69%	9,25%	8,46%	-2,79%	-0,30%	-1,50%
Hamburg	4,41%	4,03%	4,22%	-0,97%	-2,91%	-1,96%
Hessen	6,21%	5,73%	5,97%	1,00%	0,65%	0,83%
Meckl.-Vorpommern	6,93%	5,45%	6,17%	0,76%	1,60%	1,17%
Niedersachsen	7,16%	7,56%	7,35%	2,15%	0,31%	1,26%
Nordrhein-Westfalen	6,13%	6,70%	6,41%	0,66%	0,86%	0,76%
Rheinland-Pfalz	7,46%	7,47%	7,47%	0,67%	1,79%	1,19%
Saarland	8,49%	8,77%	8,62%	4,96%	0,16%	2,64%
Sachsen	5,99%	6,64%	6,32%	1,72%	0,65%	1,20%
Sachsen-Anhalt	6,70%	5,14%	5,91%	2,26%	2,52%	2,39%
Schleswig-Holstein	5,95%	7,03%	6,47%	1,18%	1,87%	1,52%
Thüringen	5,67%	5,32%	5,49%	4,44%	3,52%	3,99%
BUNDESWEIT	6,38%	6,43%	6,41%	1,42%	0,78%	1,11%

BARMER GEK 2012 und 2013, 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 2013 jahresdurchschnittlich jeweils mehr als 300 Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK wohnten. Durch die Verwendung dieser bereits „historischen“ Kreisaufteilung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit Vorjahresergebnissen zu identischen Regionen vergleichen. Da Kreisreformen oftmals mit der Zusammenfassung von Gebieten einhergehen, würden mit einer Anpassung an aktuelle Abgrenzungen zudem regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

Farblich angedeutet werden in den Abbildungen, mit identischen Abstufungen wie bereits in den vorausgehenden Abbildungen, relative Abweichungen der regional beobachteten Fehlzeiten von Fehlzeiten, die aufgrund der regionalen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können (vgl. Abschnitte zur indirekten Standardisierung auf Seite 188 im Anhang).

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

Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins

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

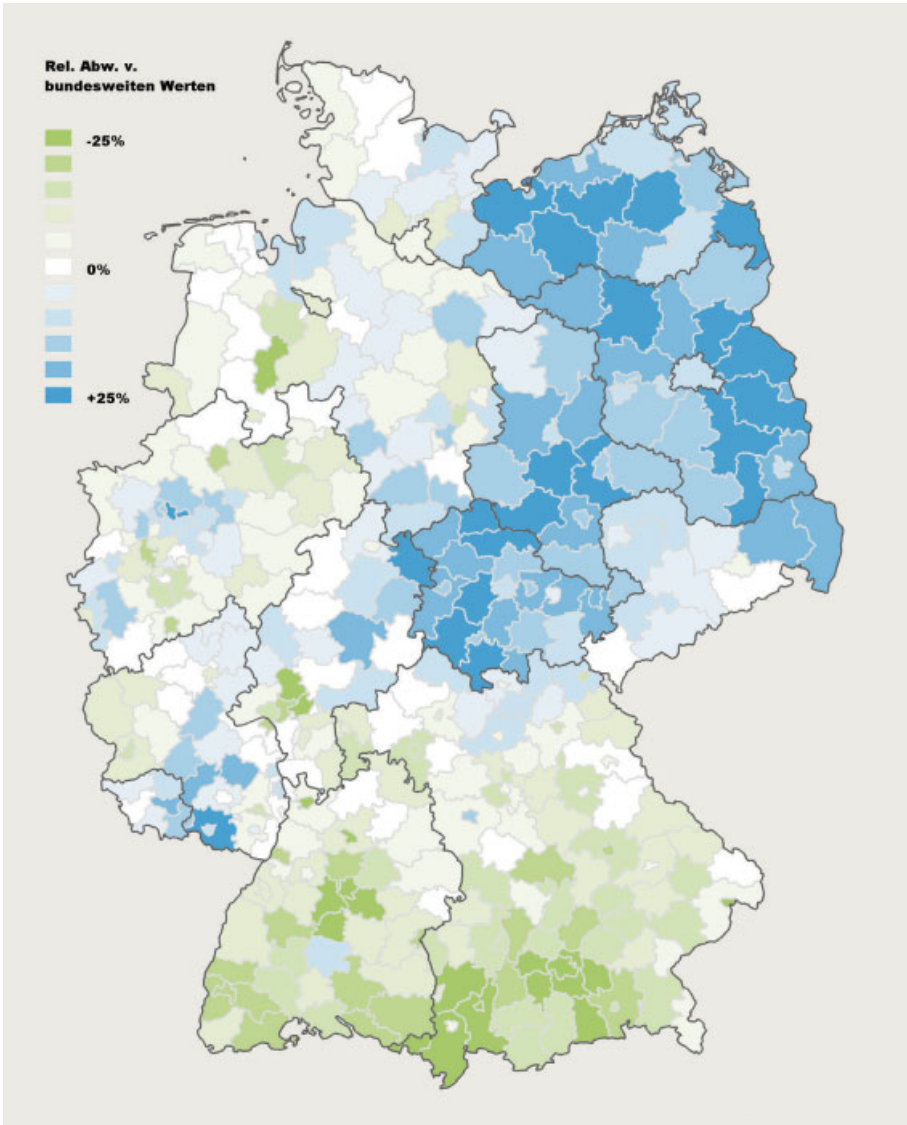


Abbildung 3 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2013 bundesweit

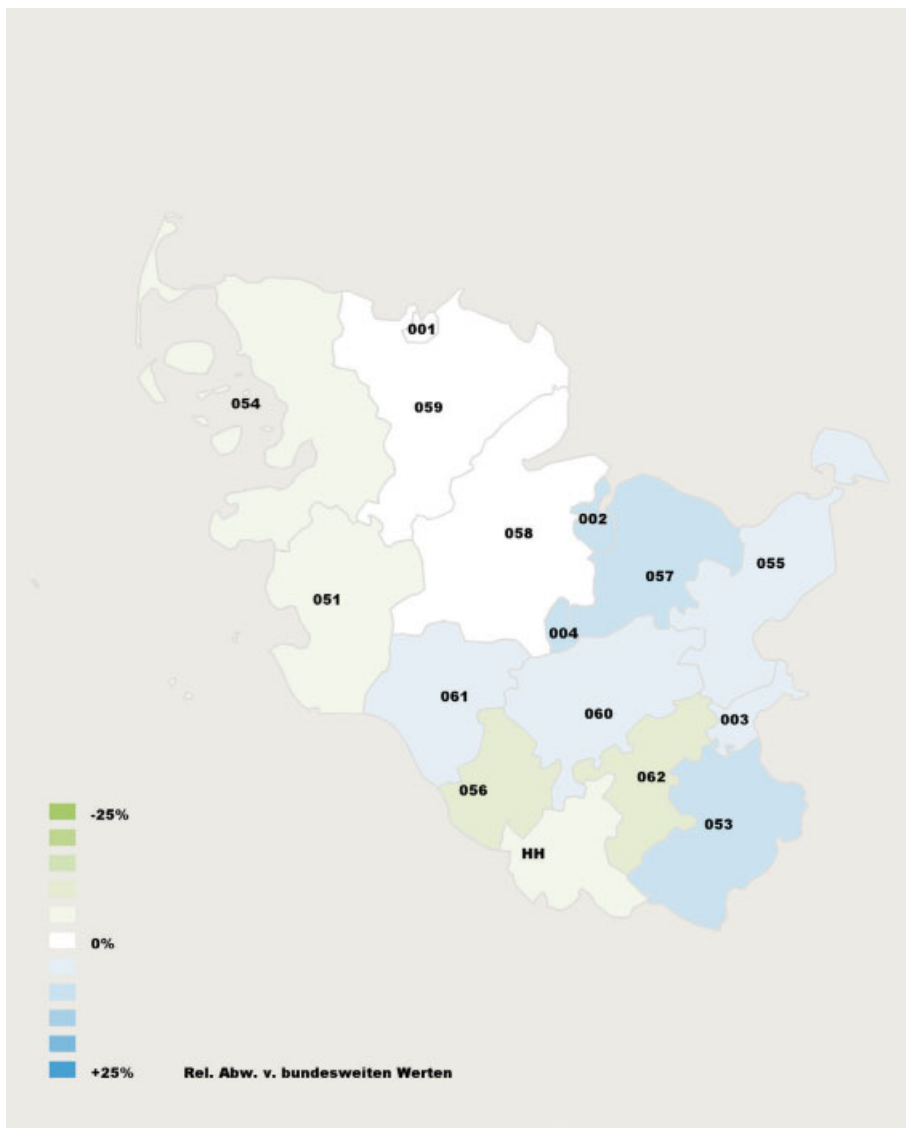


Abbildung 4 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013

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

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

Offensichtlich wird mit der Darstellung in Abbildung 4, dass Fehlzeiten in den zwei im Norden beziehungsweise Westen an Hamburg angrenzenden Kreisen Pinne-berg und Stormarn mit den Kreisziiffern 01 056 und 01 062 noch etwas niedriger als in Hamburg lagen (7,6% bzw. 8,1% unter strukturabhängig erwarteten Werten bei Unterschreitung derselben um 7,4% in Hamburg).

Die höchsten Fehlzeiten innerhalb von Schleswig-Holstein ließen sich 2013 mit ei-ner Überschreitung erwarteter Werte um 9,8 und 9,3 Prozent für Kiel (Kreisziiffer 01 002) und das Herzogtum Lauenburg (Kreisziiffer 01 053) nachweisen.

Tabelle 6 Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2012, 2013

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	VJ 2013	2012		2013	
			AU- Fälle	AU- Tage	AU- Fälle	AU- Tage
001	Flensburg	3.314	-6,9%	1,6%	-5,1%	-0,6%
002	Kiel	13.384	6,8%	7,4%	7,0%	9,8%
003	Lübeck	8.382	1,2%	6,0%	1,4%	6,2%
004	Neumünster	3.660	8,1%	1,7%	8,7%	8,3%
051	Dithmarschen	5.807	-6,0%	-2,7%	-5,3%	-2,8%
053	Herzogtum Lauenburg	6.961	1,5%	9,1%	5,8%	9,3%
054	Nordfriesland	8.998	-9,2%	-3,4%	-9,8%	-6,3%
055	Ostholstein	10.723	-2,2%	6,5%	-2,1%	7,4%
056	Pinneberg	15.151	-1,6%	-7,3%	-3,2%	-7,6%
057	Plön	9.984	11,2%	8,4%	9,4%	8,6%
058	Rendsburg-Eckernförde	18.885	3,5%	1,8%	2,2%	1,7%
059	Schleswig-Flensburg	12.265	-4,6%	0,9%	-5,3%	2,3%
060	Segeberg	16.483	1,0%	4,5%	1,8%	4,0%
061	Steinburg	5.226	-3,2%	2,0%	-5,5%	2,9%
062	Stormarn	11.233	-6,0%	-11,8%	-2,5%	-8,1%
HH	Hamburg	75.289	-8,1%	-4,7%	-9,9%	-7,4%
AU-Tage und -Fälle je 100 VJ BUNDESWEIT			118	1.702	126	1.721

BARMER GEK 2012 und 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, indirekt standardisiert, relative Abweichungen regional beobachteter von den nach bundesweiten Ergebnissen strukturabhängig regional erwarteten Werten. Der Wert 0% resultiert bei Übereinstimmung, kleinere Werte bei Unterschreiten und größere Werte bei Überschreiten. Wohnortbezogene Zuordnung von Erwerbspersonen.

Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer

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

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

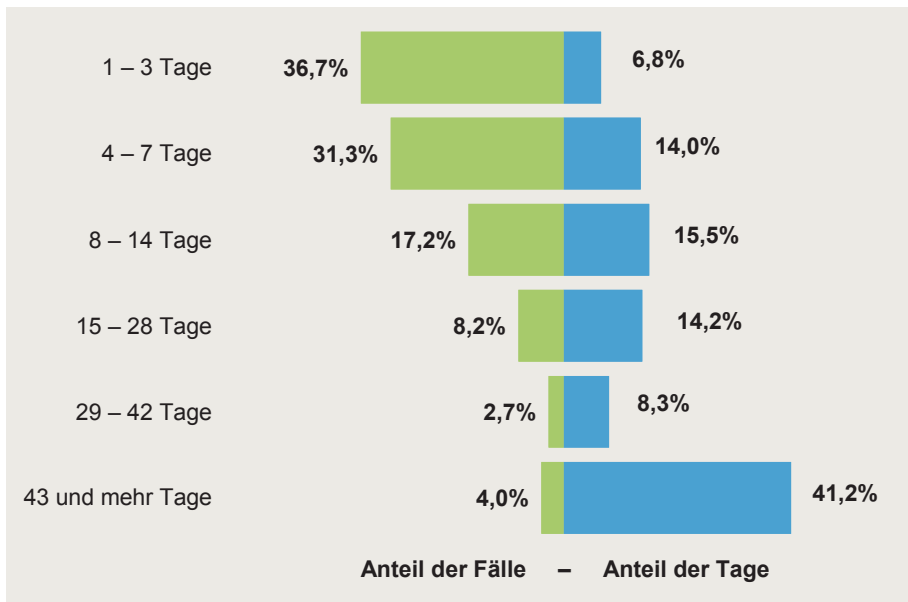


Abbildung 5 AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2013

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 2013 etwa zwei Drittel der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 36,3 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 30,4 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 7). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfielen jedoch mit einem Anteil von 20,3 Prozent lediglich etwa ein Fünftel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 7 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit

Fallbezogene Dauer	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1 – 3 Tage	36,7%	6,8%	36,3%	6,6%
4 – 7 Tage	31,3%	14,0%	30,4%	13,7%
8 – 14 Tage	17,2%	15,5%	17,7%	16,3%
15 – 28 Tage	8,2%	14,2%	8,8%	15,6%
29 – 42 Tage	2,7%	8,3%	2,9%	8,9%
43 und mehr Tage	4,0%	41,2%	4,0%	38,9%

BARMER GEK 2013, 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 38,9 Prozent knapp zwei Fünftel aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse aus **Hamburg** den bundesweiten Resultaten (vgl. auch Abbildung 5). 67,9 Prozent der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle in Hamburg dauerten 2013 maximal eine Woche, waren mit einem Anteil von 20,8 Prozent jedoch nur für etwa ein Fünftel aller AU-Tage verantwortlich. Demgegenüber entfielen auf die nur 14,9 Prozent der AU-Fälle mit mehr als zwei Wochen Dauer mit 63,7 Prozent fast 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 2013.

Tabelle 8 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit

Wochentag	Hamburg		BUNDESWEIT	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	34,0%	14,1%	34,6%	14,0%
Dienstag	20,2%	15,1%	19,9%	15,1%
Mittwoch	17,0%	15,6%	16,8%	15,6%
Donnerstag	16,0%	15,6%	15,5%	15,7%
Freitag	10,4%	15,8%	10,5%	16,0%
Samstag	1,4%	12,0%	1,5%	12,0%
Sonntag	1,2%	11,7%	1,3%	11,6%

BARMER GEK 2013, 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 knapp drei Prozent al-

ler Krankschreibungen. Geht man davon aus, dass sich Erkrankungsereignisse 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.

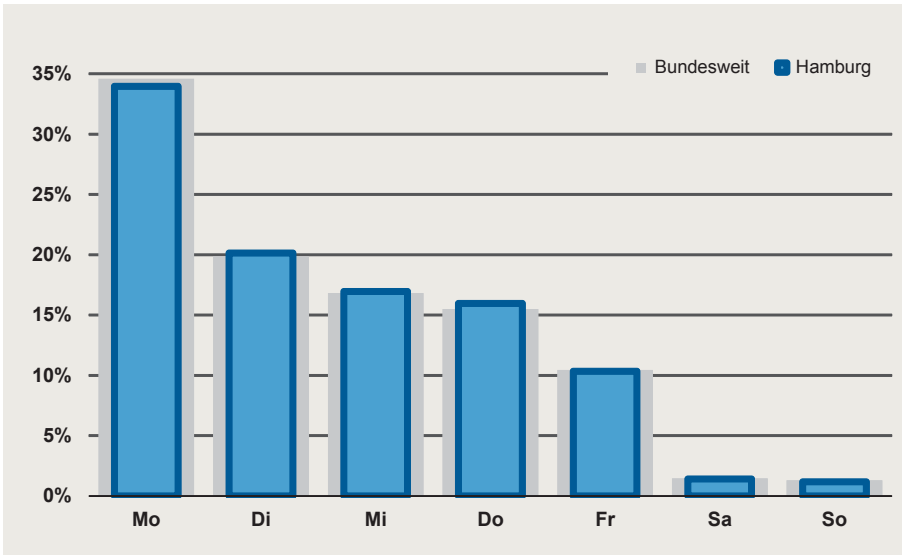


Abbildung 6 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2013

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

Arbeitsunfähigkeitstage

Inhaltlich noch aufschlussreicher als Auswertungen zum Beginn von Arbeitsunfähigkeiten sind Auswertungen zur Verteilung der gemeldeten Fehltag 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 2013.

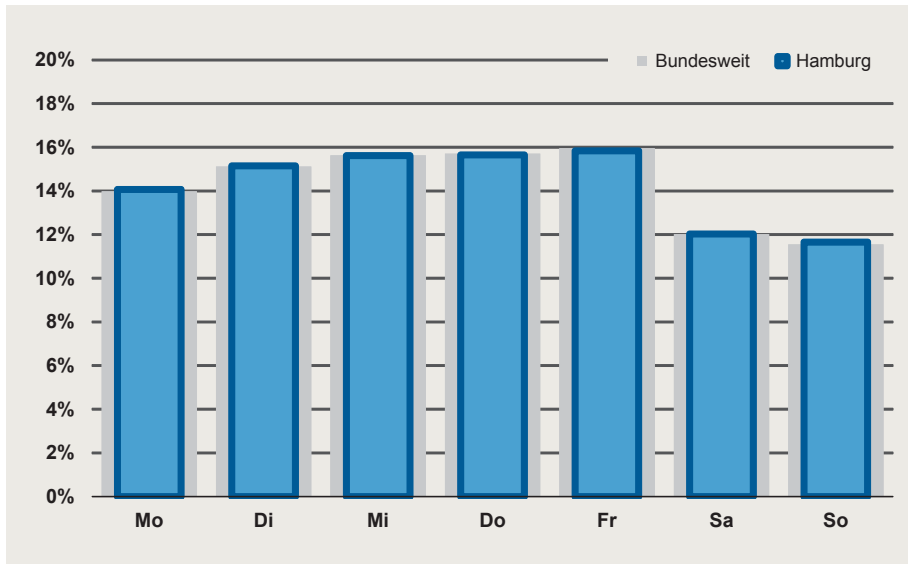


Abbildung 7 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2013

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 Samstage und insbesondere Sonntage. Dass Arbeitnehmer an Wochenenden „besonders gesund“ sind, kann daraus allerdings nicht direkt abgeleitet werden. Oftmals dürfte, wie bereits zuvor erläutert, bei Erkrankungsbeginn an diesen Tagen schlicht eine zeitnahe AU-Meldung unterblieben sein.

Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter

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

Arbeitsunfähigkeitsfälle

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

Abbildung 8 auf Seite 26 zeigt Angaben zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre in 5-Jahres-Altersgruppen für Männer und Frauen. Neben farblich hervorgehobenen regionalen Ergebnissen (Männer – blau, Frauen – grün) werden in der Abbildung mit den grauen Säulen im Hintergrund auch bundesweit ermittelte Ergebnisse angedeutet. Zahlenwerte sind Tabelle A1 auf Seite 189 im Anhang zu entnehmen.

Grundsätzlich entspricht das Muster der Geschlechts- und Altersabhängigkeit von Krankenschreibungshäufigkeiten in **Hamburg** den bundesweit ermittelten Ergebnissen. Tendenziell lagen dabei die Fallzahlen insbesondere bei Männern im Alter zwischen 15 und 44 Jahre niedriger als nach bundesweit ermittelten Zahlen.

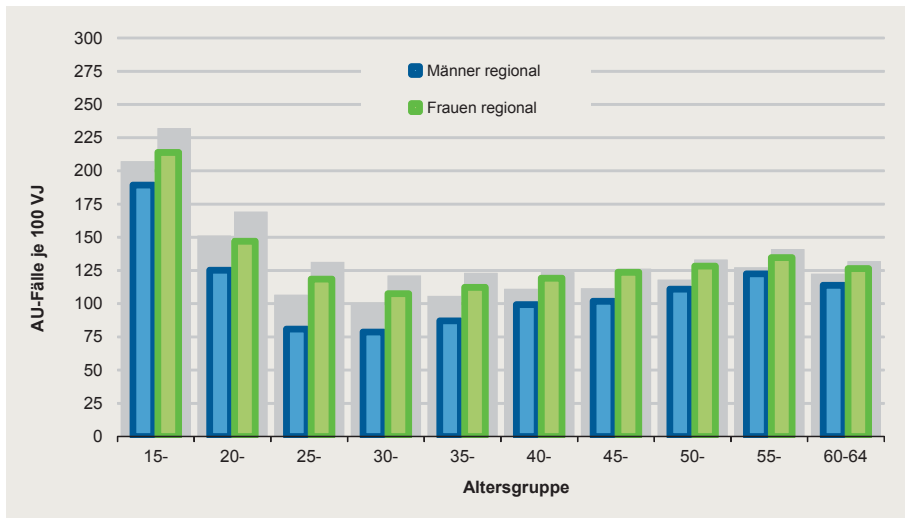


Abbildung 8 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2013

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Abbildung 9 auf Seite 28 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter der Betroffenen. Zahlenangaben sind Tabelle A2 auf Seite 190 im Anhang zu entnehmen. Die Falldauer steigt mit zunehmendem Alter stetig. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich weniger als 6 Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährige Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich rund 25 Tage arbeitsunfähig gemeldet.

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

Fehlzeiten

Abbildung 10 auf Seite 28 zeigt schließlich die aus AU-Fallzahlen und -Dauer in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen bezogen auf jeweils 100 Versicherungsjahre resultierenden Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zahlenangaben finden sich in Tabelle A3 auf Seite 190 im Anhang.

Trotz der ausgesprochen hohen Zahl gemeldeter AU-Fälle liegen die Fehlzeiten in den jüngsten Altersgruppen nur auf vergleichbarem Niveau wie bei Personen im Alter zwischen 30 und 34 Jahren, die 2013 nach bundesweiten Ergebnissen durchschnittlich knapp 12 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.200 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 3,3 Prozent entspricht). Mit zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 35. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen werden schließlich etwa 2,5-fach höhere Fehlzeiten erfasst. Bei Betrieben ist demnach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten kaum mit einer Veränderung der Krankschreibungshäufigkeit zu rechnen. Da jedoch einzelne Fälle durchschnittlich erheblich länger als bei jüngeren Beschäftigten dauern, ist dennoch ein merklich höherer Krankenstand zu erwarten.

Grundsätzlich gelten diese Aussagen auch für Erwerbspersonen in **Hamburg**. Höher als nach bundesweiten Ergebnissen liegen die Fehlzeiten in Hamburg bei Frauen in mittlerem Alter (40 bis 49 Jahre). Vergleichsweise niedrig erscheinen Fehlzeiten bei jüngeren Männern bis 39 Jahre und insbesondere im fortgeschrittenen Erwerbsalter.

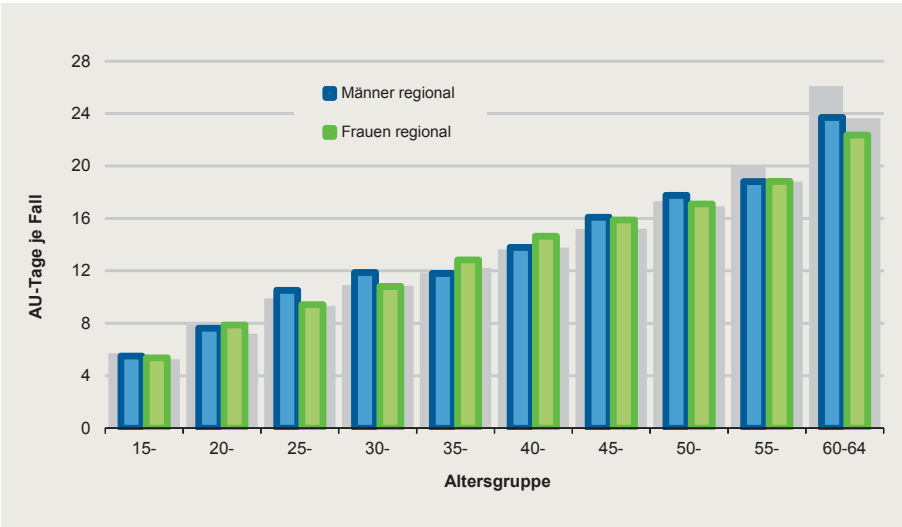


Abbildung 9 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2013

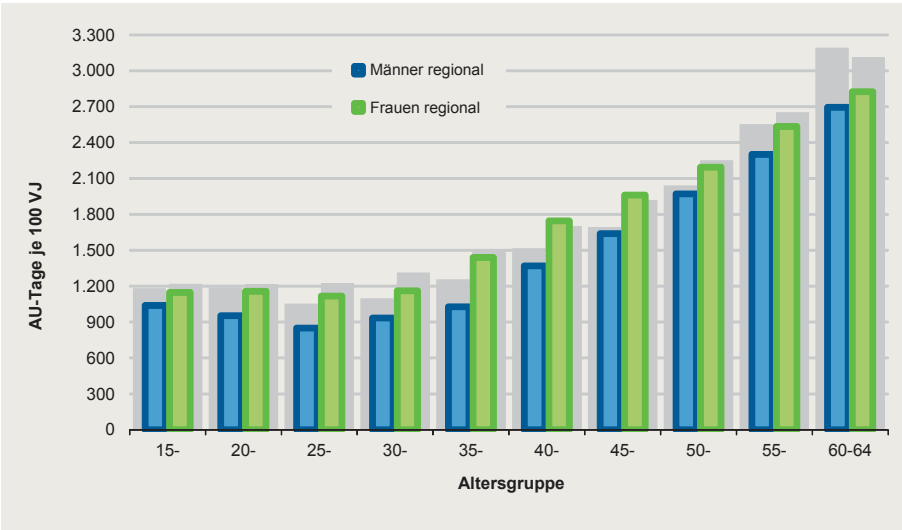


Abbildung 10 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2013

Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2013 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 185).

Abbildung 11 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten je 100 VJ nach Branchenzuordnungen der Erwerbspersonen auf der übergeordneten Ebene von insgesamt 21 „Abschnitten“ der WZ2008 im Jahr 2013. **Berücksichtigt werden konnten im Jahr 2013 an dieser Stelle nur Daten zu Mitgliedern der vormaligen BARMER.** Die offiziellen Bezeichnungen der Branchen werden aus Platzgründen in der Abbildung zum Teil nur verkürzt angegeben.

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 2013 durchschnittlich etwa ein Mal krankgeschrieben und fehlten dabei nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres etwa 12 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also etwa fünf Tage weniger als eine durchschnittliche Erwerbsperson.

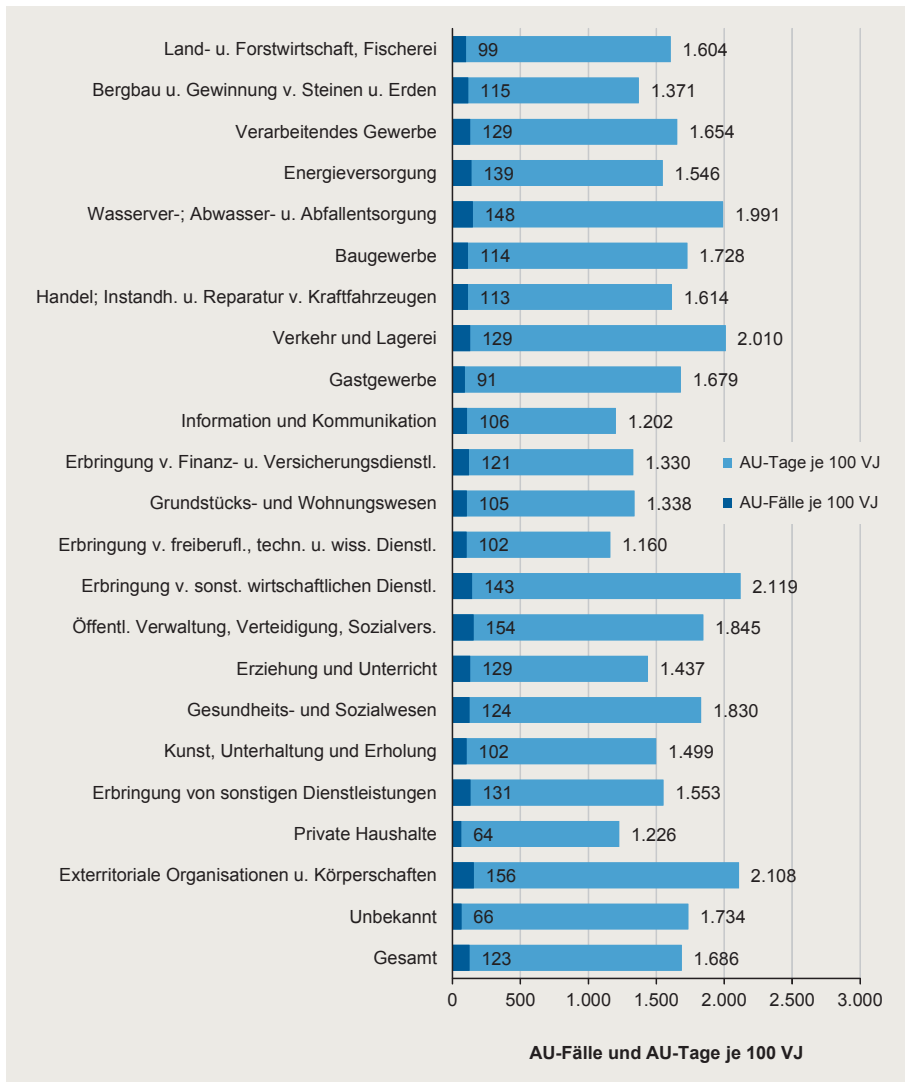


Abbildung 11 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2013

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. Die höchsten Fehlzeiten von 2.119 AU-Tagen je 100 VJ finden sich in der Branche „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“. Diese hohen Werte 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 zu den Arbeitsunfähigkeiten** auf der Ebene von 88 „Abteilungen“ der WZ2008 liefert Tabelle A4 auf Seite 191 im Anhang. Tabelle A5 auf Seite 194 beinhaltet entsprechende Angaben zu Krankenständen, die ergänzend hier auch separat für Männer und Frauen ausgewiesen werden. Ein kleiner Teil der dargestellten branchenbezogenen Ergebnisse in den Tabellen beruht auf Angaben zu verhältnismäßig geringen Versichertenzahlen und sollte daher nur zurückhaltend interpretiert werden. Ergebnissen auf der Basis von jahresdurchschnittlich weniger als 1.000 Beschäftigten werden in den Tabellen durch kursive Schreibweise hervorgehoben.

Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Ausbildung und Beruf

Den Krankenversicherungen wurden von den Arbeitgebern bis November 2011 Angaben zur Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder in Form eines 5-stelligen Schlüssels übermittelt. Seit Dezember 2011 wird hierfür ein neuer, 9-stelliger Schlüssel verwendet, aus dem mit gewissen Einschränkungen Informationen des alten Schlüssels hergeleitet werden können, welche für die nachfolgenden Darstellungen weiterhin verwendet wurden (vgl. auch Erläuterungen auf Seite 184). Auch **Kennzahlen in diesem Abschnitt zum Jahr 2013 beruhen ausschließlich auf Auswertungen zu Versicherten der vormaligen BARMER**, GEK-Mitglieder konnten in diesem Jahr nicht berücksichtigt werden.

Ausbildung

Abbildung 12 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in Abhängigkeit von BARMER GEK-seitig verfügbaren Informationen zur Ausbildung der Erwerbspersonen im Jahr 2013. 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 werden. Ausbildungsabhängig die **höchsten AU-Fallzahlen und Fehlzeiten** weisen **Persone ohne Berufsausbildung** (mit Haupt- oder Realschulabschluss) auf, die **niedrigsten Werte** finden sich demgegenüber insbesondere für **Berufstätige mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss**, wobei die Fehlzeiten in den beiden Gruppen um mehr als 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 175 erläutert.

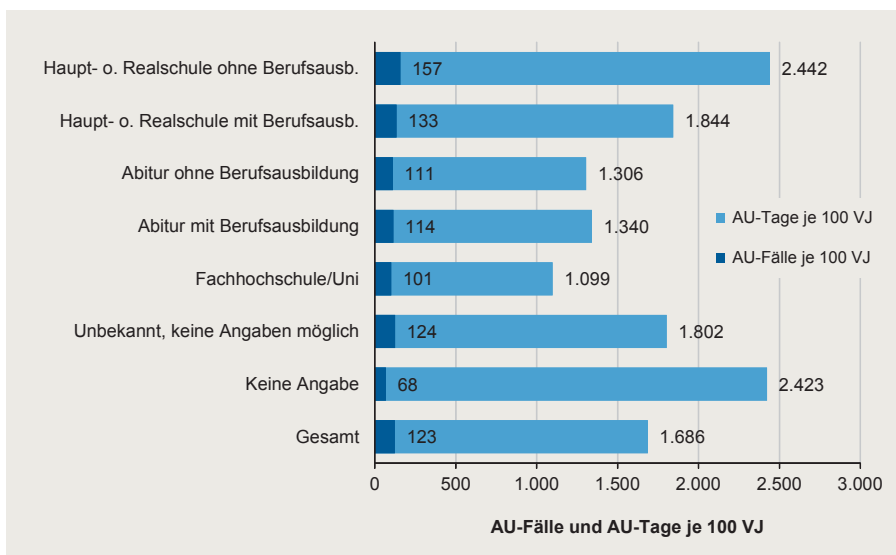


Abbildung 12 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildung bundesweit 2013

Berufsfelder

Abbildung 13 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2013 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in einer Gliederung nach sogenannten Berufsfeldern (vgl. Erläuterungen im Anhang auf Seite 184). 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.

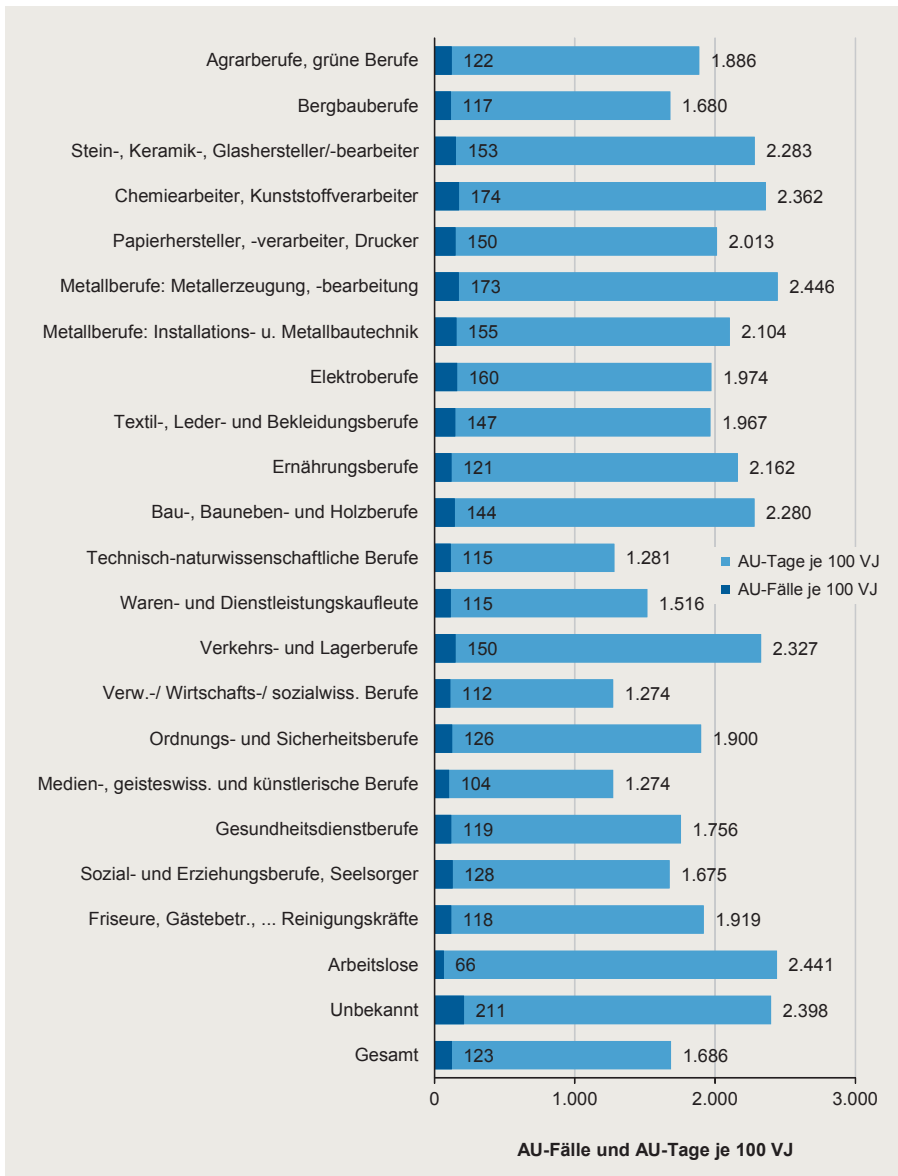


Abbildung 13 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2013

Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 2013 mit durchschnittlich knapp 13 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, mit Verwaltungs-/Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen sowie mit medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln. Durchschnittlich mehr als 20 Fehltag je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Stein-, Keramik-, Glasherstellern/ -bearbeitern, Chemikarbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Metallberufen, bei Ernährungsberufen, bei Beschäftigten mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen sowie bei Verkehrs- und Lagerberufen erfasst. Auch nach dieser Auswertung zeigt sich, dass insbesondere Beschäftigte mit körperlich belastenden Tätigkeiten beziehungsweise mit Tätigkeiten, die in ihrer Ausübung eine höhere körperliche Belastbarkeit voraussetzen, häufiger von höheren erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten betroffen sind (vgl. auch Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit auf Seite 175).

Berufsordnungen

Tätigkeiten beziehungsweise Berufe lassen sich auf Basis der Kodierungen in Sozialversicherungsdaten noch erheblich differenzierter als in der vorausgehenden Abbildung betrachten. Tabelle A6 auf Seite 197 im Anhang zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach sogenannten Berufsordnungen beziehungsweise nach den bisherigen, 3-stelligen Tätigkeitsschlüsseln, die aus dem neuen Tätigkeitsschlüsseln hergeleitet wurden (vgl. Erläuterungen im Anhang auf Seite 184).

Dargestellt sind in der **Tabelle A6 auf Seite 197 Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten** zu den bei Versicherten der BARMER am häufigsten erfassten **100 Berufen 2013**. Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 3.000 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 2013 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Gummihersteller, -verarbeiter“ (Tätigkeitsschlüssel 143), „Mehl-, Nahrungsmittelhersteller“ (432), „Kraftfahrzeugführer“ (714), Postverteiler (732), „Wächter, Aufseher“ (792), „Helfer in der Krankenpflege“ (854), „Raum-, Hausratreiniger“ (933) sowie „Glas-, Gebäudereiniger“ (934).

Durchschnittlich weniger als 8 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2013 demgegenüber in den Berufsgruppen „Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues“ (601), „Elektroingenieure“ (602), „Rechtsvertreter, -berater“ (813) und in der Gruppe „Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen, Akademien“ (871).

Tabelle A7 auf Seite 200 im Anhang liefert ergänzend auch **Ergebnisse zum Krankenstand** von Beschäftigten in den 100 bei Mitgliedern der vormaligen BARMER am häufigsten dokumentierten Berufen im Jahr 2013. Die Reihenfolge der Berufsnummern entspricht der in Tabelle A6. Da sich die in Tabelle A7 genannten geschlechtsübergreifenden Krankenstände einfach und direkt aus den Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr der Tabelle A6 berechnen lassen, führen die Ergebnisse aus beiden Tabellen auch inhaltlich zu übereinstimmenden Aussagen.

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

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

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

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

Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10

In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln angegeben. Verwendet wird hierbei in Deutschland gemäß gesetzlicher Vorgaben seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz auch als ICD10 bezeichnet (vgl. auch Erläuterungen ab Seite 182 im Anhang). In der ICD10 werden Krankheiten hierarchisch gegliedert. Die übergeordnete, höchste Gliederungsebene der ICD10 bilden insgesamt 22 Kapitel. In Gesundheitsberichten von Krankenkassen und vergleichbaren Publikationen wird bei entsprechend zusammengefassten Erkrankungsgruppen oftmals auch von „Krankheitsarten“ gesprochen. Auswertungen auf der Ebene dieser Krankheitsarten können einen ersten Überblick zu Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten geben.

Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 14 zeigt einleitend zunächst die anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf einzelne Krankheitsarten für das Jahr 2013. Diese lässt sich auch aus den Angaben im Anhang befindlichen Tabelle A10 auf Seite 205 errechnen (die Bezeichnungen wurden hier ausschließlich aus Darstellungsgründen verkürzt).

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

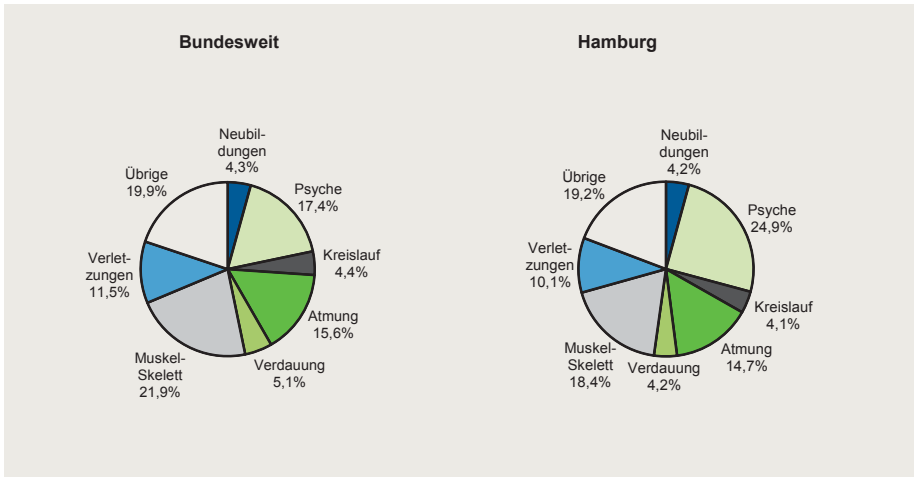


Abbildung 14 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2013

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 15 auf Seite 40 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu einzelnen Krankheitsarten. Regionale Ergebnisse (blau) werden in der Abbildung jeweils den bundesweit ermittelten Ergebnissen (in der Abbildung grau und im Hintergrund) gegenübergestellt. Ausschließlich in **Tabelle A8 auf Seite 203** im Anhang werden auch Ergebnisse zu weniger bedeutsamen Kapiteln der ICD10 sowie **separate Ergebnisse für Männer und Frauen** gelistet.

- Mit Abstand die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „**Krankheiten des Atmungssystems**“ erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 2013 39,8 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre. Zu Krankheiten des Atmungssystems zählen insbesondere auch typische Erkältungskrankheiten (vgl. auch differenziertere Auswertungen in späteren Abschnitten).
- Bezogen auf die Fallhäufigkeiten den zweiten Rang belegen nach bundesweiten Auswertungen „**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems**“, zu denen insbesondere diverse Erkrankungen des Rückens zählen.

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

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

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten (je Fall)

Abbildung 16 auf Seite 41 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnungen zu den einzelnen Krankheitsarten. Es geht also um die Frage, wie lange einzelne Krankschreibungsfälle durchschnittlich dauern, sofern sie unter Diagnosen aus den unterschiedlichen Diagnosekapiteln erfasst wurden. Zahlenwerte sind Tabelle A9 auf Seite 204 im Anhang zu entnehmen.

- Mit Abstand **am längsten** dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle, die unter einer Diagnose aus dem Kapitel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ oder aus dem Kapitel „**Neubildungen**“ erfasst wurden. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 45 bzw. 39 AU-Tage erfasst. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten häufig eine Depression diagnostiziert wird, werden aus dem Kapitel Neubildungen ggf. häufig bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.
- Demgegenüber **ausgesprochen kurz**, nämlich durchschnittlich nur etwa sechs bis sieben Tage, dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnosen aus den Kapiteln „**Infektiöse und parasitäre Krankheiten**“, „**Krankheiten des Atmungssystems**“ sowie „**Krankheiten des Verdauungssystems**“. Offensichtlich bilden aus diesen Kapiteln vorrangig leichtere Erkrankungen mit nur kurzzeitigen Erkrankungsintervallen eine Ursache für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle.

Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Aus den Fallhäufigkeiten und der durchschnittlichen fallbezogenen Dauer resultieren die Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen zugeschrieben werden können. Einleitend wurde bereits die anteilige Bedeutung der relevantesten Krankheitsarten für die Fehlzeiten dargestellt (vgl. Abbildung 14 auf Seite 37). In der nachfolgenden Abbildung 17 auf Seite 42 werden die auf einzelne Krankheitsarten entfallenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre 2013 dargestellt, sinngemäß also, wie viele Fehltage mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2013 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben sind Tabelle A10 auf Seite 205 im Anhang zu entnehmen. Vorjahresergebnisse mit aktueller Geschlechts- und Altersstandardisierung sind in Tabelle A11 auf Seite 206 aufgeführt.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 377 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre auf der Ebene von Krankheitsarten die meisten Fehlzeiten zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war 2013 statistisch gesehen durchschnittlich also allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 3,8 Tage krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen **Psychische und Verhaltensstörungen**. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2013 300 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 3,0 Tagen je Person entspricht.
- 269 bzw. 197 Tage je 100 VJ waren nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2013 **Krankheiten des Atmungssystems** sowie **Verletzungen** zuzuordnen.
- Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine vergleichsweise geringe Rolle.

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

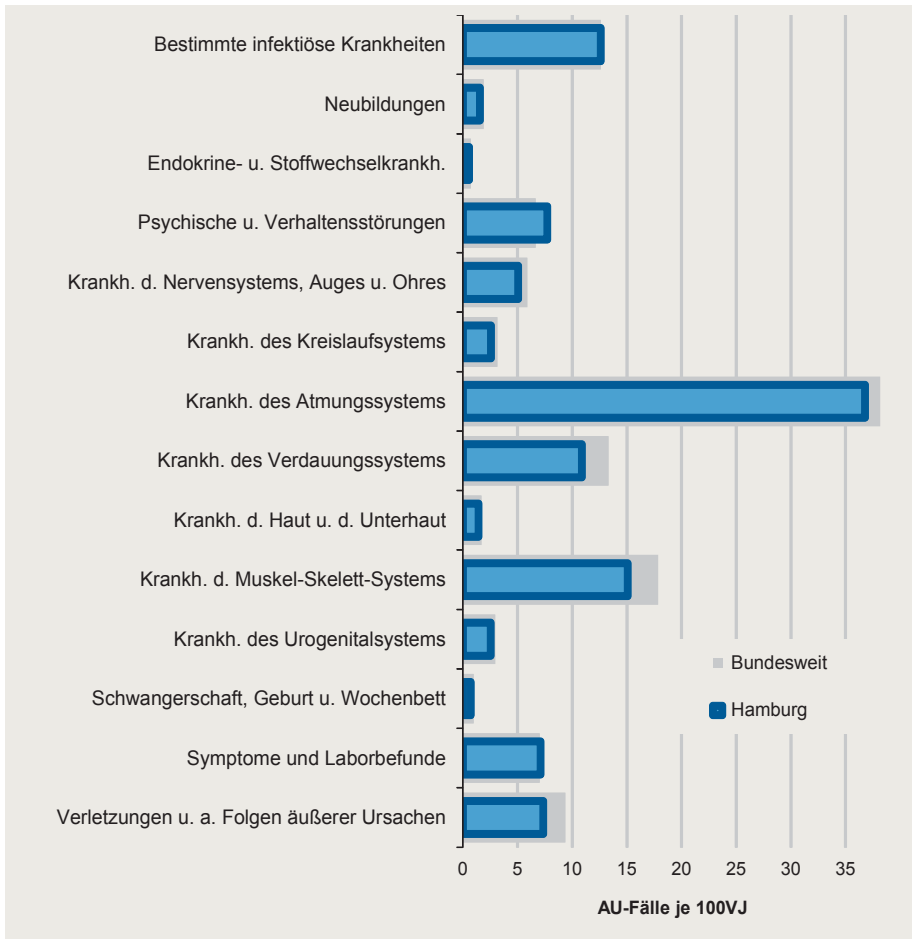


Abbildung 15 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2013

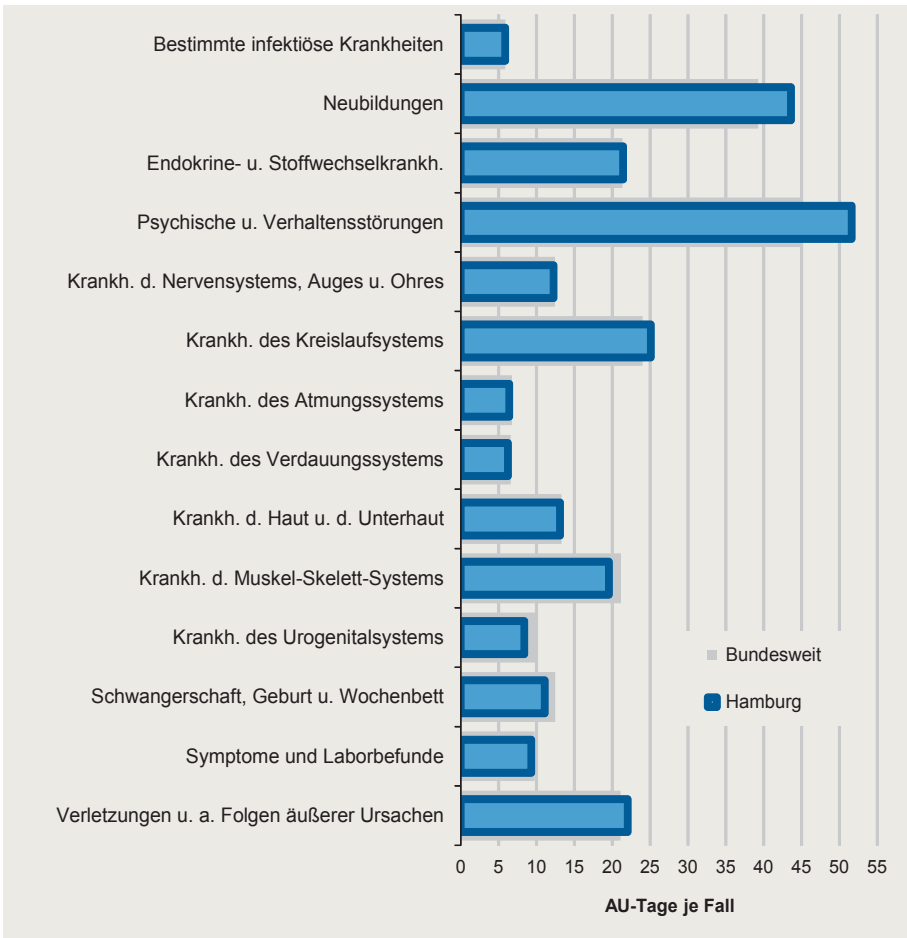


Abbildung 16 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2013

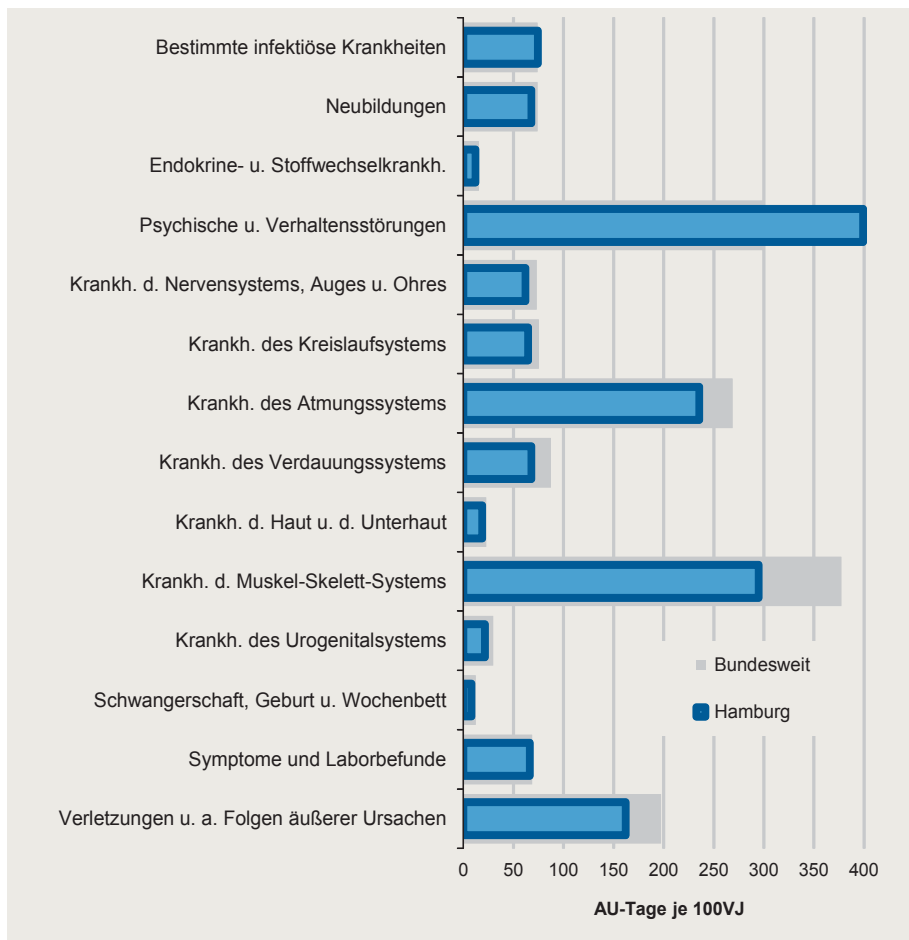


Abbildung 17 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2013

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 18 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2012 auf 2013 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen in der Summe bundesweit ein Anstieg um insgesamt 19 AU-Tage je 100 VJ, also eine Zunahme der Fehlzeiten um durchschnittlich knapp 0,2 Fehltag je Erwerbsperson bzw. 1,1 Prozent, resultierte.

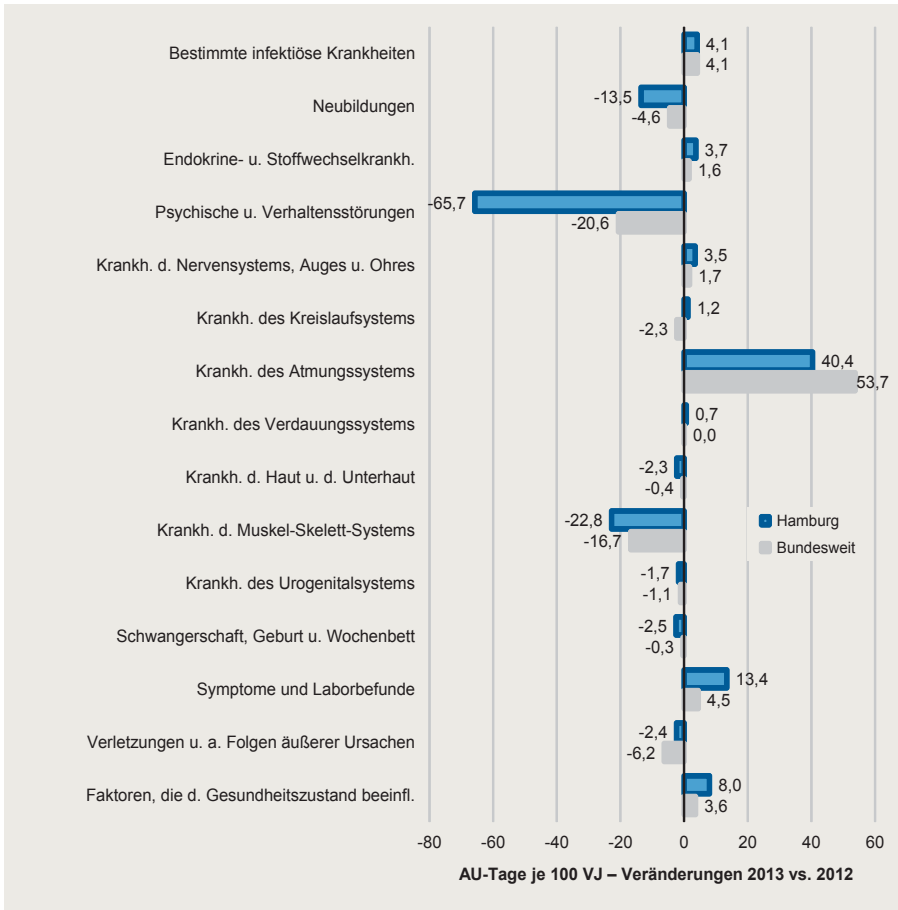


Abbildung 18 AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2013 gegenüber 2012

Den bundesweit ermittelten Veränderungen (graue Balken) werden in der Abbildung regional beobachtete Veränderungen (blaue Balken) gegenübergestellt. Verantwortlich für den bundesweit beobachteten Anstieg waren weitgehend ausschließlich höhere Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems.

In **Hamburg** sind die Fehlzeiten von 2012 auf 2013 gesunken. Diagnoseübergreifend ließ sich eine Abnahme um 32 Tage je 100 VJ ermitteln. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2013 also 0,32 Tage weniger als im vorausgehenden Jahr. In Hamburg resultiert dieser Rückgang maßgeblich aus niedrigeren Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen, zugleich wurde aber eine relativ deutliche Zunahme der Fehlzeiten von Krankheiten des Atmungssystems beobachtet.

Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten

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

Abbildung 19 und Abbildung 20 zeigen altersabhängig ermittelte Fehlzeiten je 100 Versicherungsjahre für jeweils sieben relevante Krankheitsarten (beziehungsweise Diagnosekapitel) getrennt für Männer und Frauen. Dargestellt und diskutiert werden hier eher grundsätzliche Muster auf der Basis bundesweit ermittelter Ergebnisse. Zahlenwerte zu den dargestellten Ergebnissen sowie auch bundeslandspezifische Angaben sind Tabelle A12 sowie Tabelle A13 ab Seite 207 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 2013 bundesweit sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Durchschnitt mehr als acht Arbeitsunfähigkeitstage allein mit Diagnosen aus diesem Kapitel erfasst. Verantwortlich sind vorrangig degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen.
- Auch Diagnosen aus dem **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Während bei Männern im Jahr 2013 die Fehlzeiten altersabhängig – von der

jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 67 auf 417 AU-Tage je 100 VJ stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 128 auf 614 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also etwa sechs Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Allgemeine Arbeitsausfälle durch psychische Probleme dürften durch gemeldete Krankschreibungstage unter entsprechenden Diagnosen erheblich unterschätzt werden.

- **„Krankheiten des Atmungssystems“ (Kapitel X)** führen, im Gegensatz zu den beiden zuvor abgehandelten Krankheitsarten, in der jüngsten sowie der ältesten Altersgruppe zu den altersabhängig höchsten Fehlzeiten. Frauen waren etwas stärker als Männer betroffen.
- **„Verletzungen“ (Kapitel XIX)** betreffen unter Männern 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 untergeordnete Rolle. Erst in höheren Altersgruppen zeigen sich zunehmende Bedeutungen, wobei die Anstiege kurz vor Erreichen des regulären bisherigen Renteneintrittsalters von 65 Jahren insbesondere unter Männern recht steil verlaufen. Entsprechend ließe sich vermuten, dass eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu einem merklichen Anstieg der Bedeutung der Erkrankungen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Männern führen dürfte.

Während unter Männern Kreislauferkrankungen zu höheren Fehlzeiten als Neubildungen führen, dominieren bei Frauen Fehlzeiten mit der Diagnose von Neubildungen. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen resultieren maßgeblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

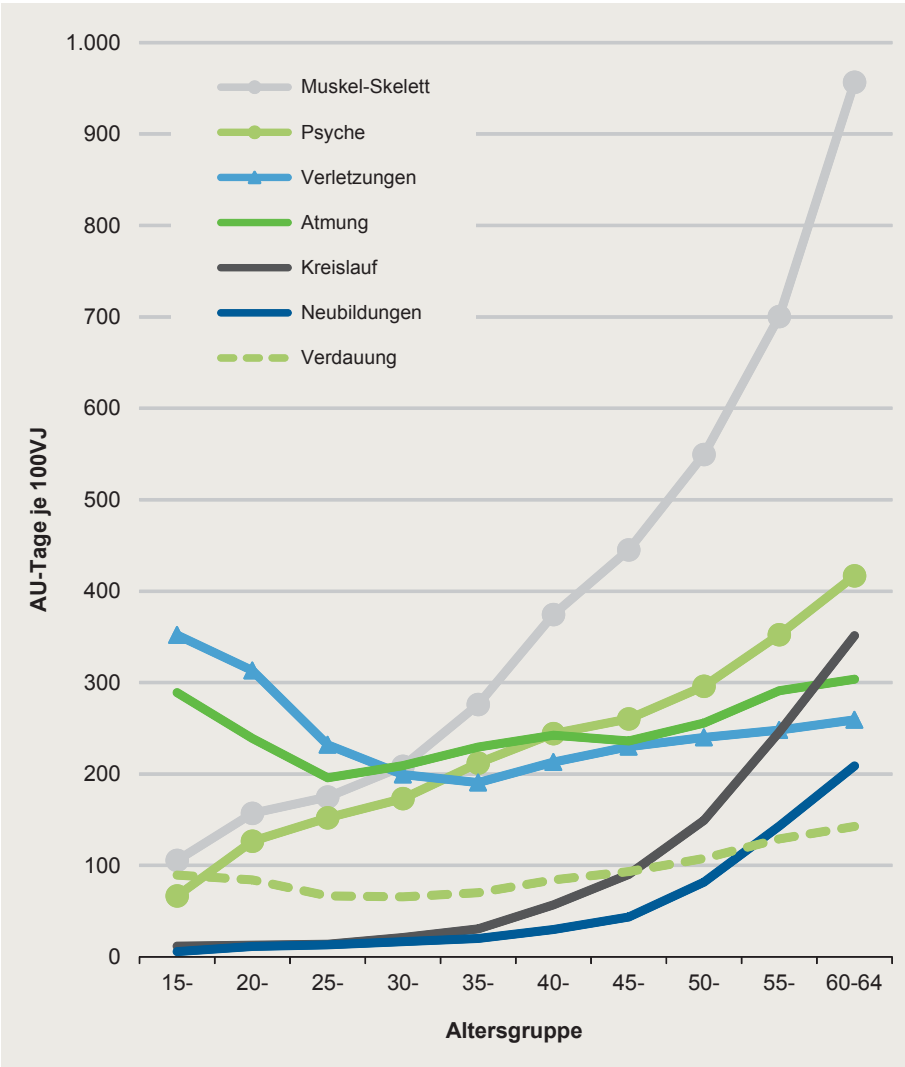


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2013

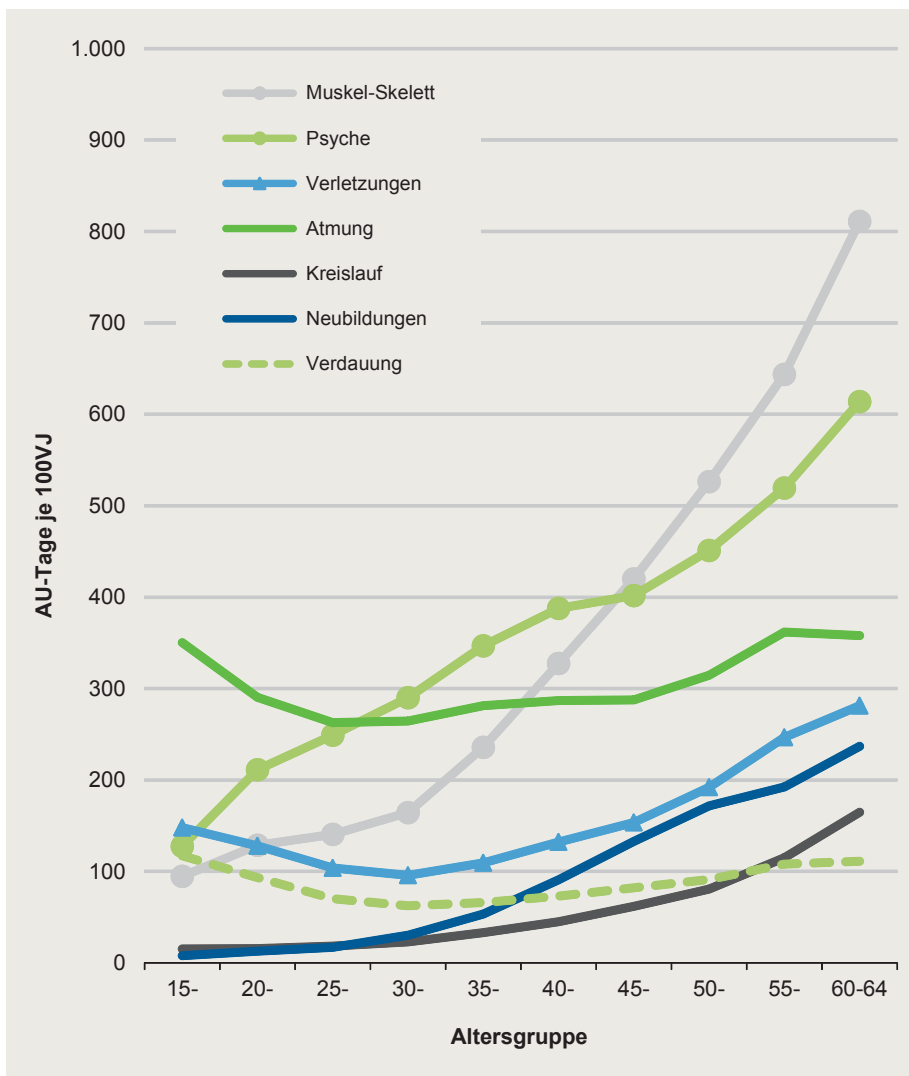


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2013

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

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

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

Hingewiesen sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf, dass diagnosebezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten auf Kreisebene immer mit einer gewissen Zurückhaltung interpretiert werden sollten. Dies gilt insbesondere für stark abweichende Werte in einzelnen Kreisen, die keinem erkennbaren regionalen oder inhaltlich begründbaren 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 2013 für Mecklenburg-Vorpommern mit 462 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Baden-Württemberg mit 324 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 2013 für die beiden Stadtstaaten Hamburg mit 399 und Berlin mit 356 sowie für Saarland mit 366 AU-Tagen je 100 VJ nachweisbar (vgl. Abbildung 23). Fehlzeiten von nur weniger als 260 AU-Tagen je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern. Werte unterhalb von 300 AU-Tagen je 100 VJ finden sich ansonsten in Thüringen, Hessen, Sachsen sowie Sachsen-Anhalt. Kreisfreie Städte scheinen zumindest zum Teil eher stärker als das jeweilige ländliche Umfeld betroffen zu sein (vgl. Abbildung 24). Damit ständen 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 2013 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.

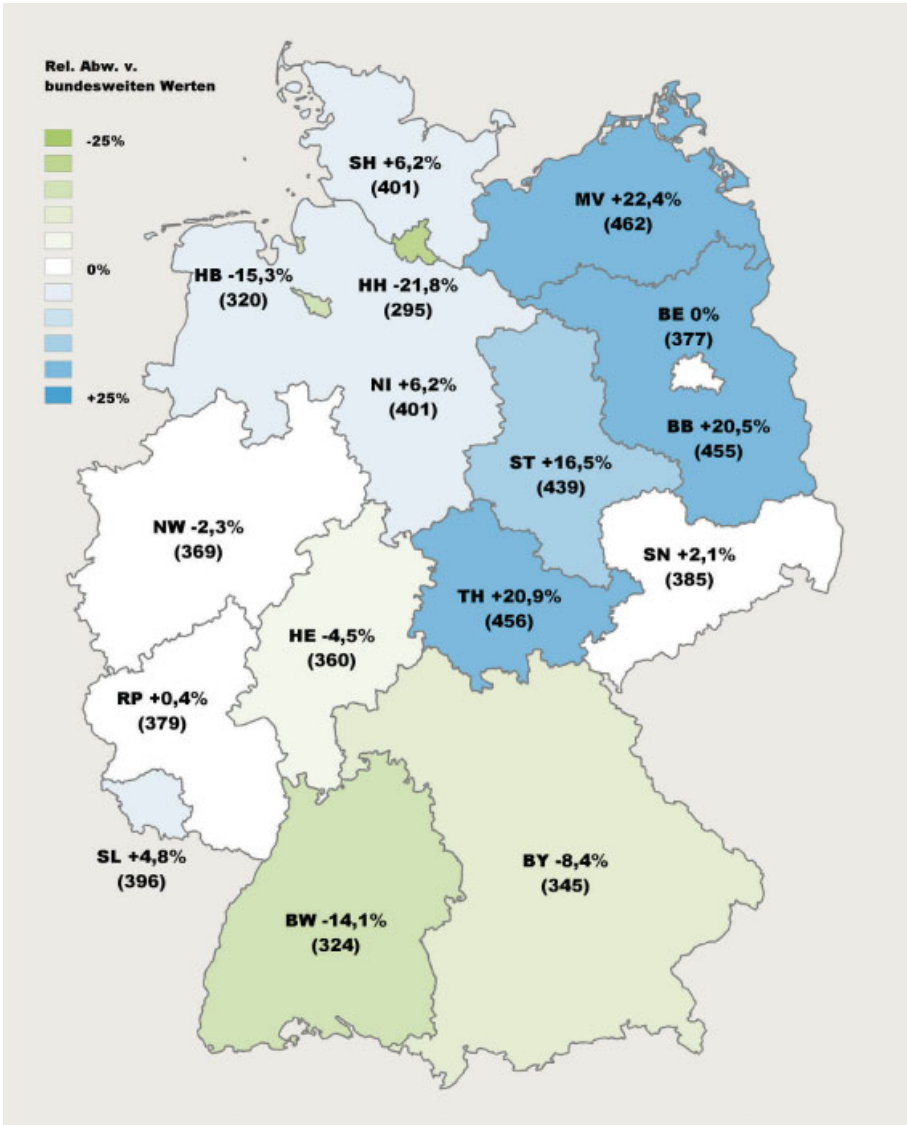


Abbildung 21 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahren 2013, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

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

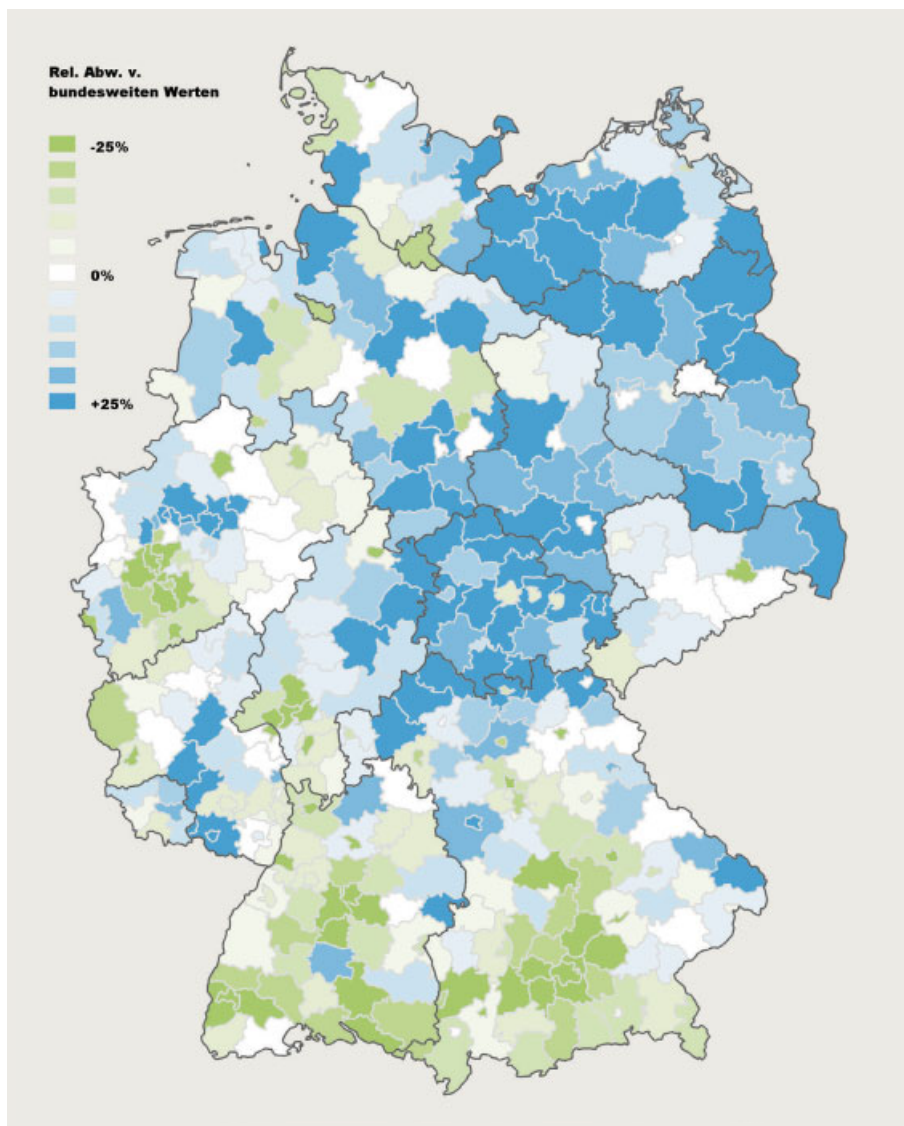


Abbildung 22 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

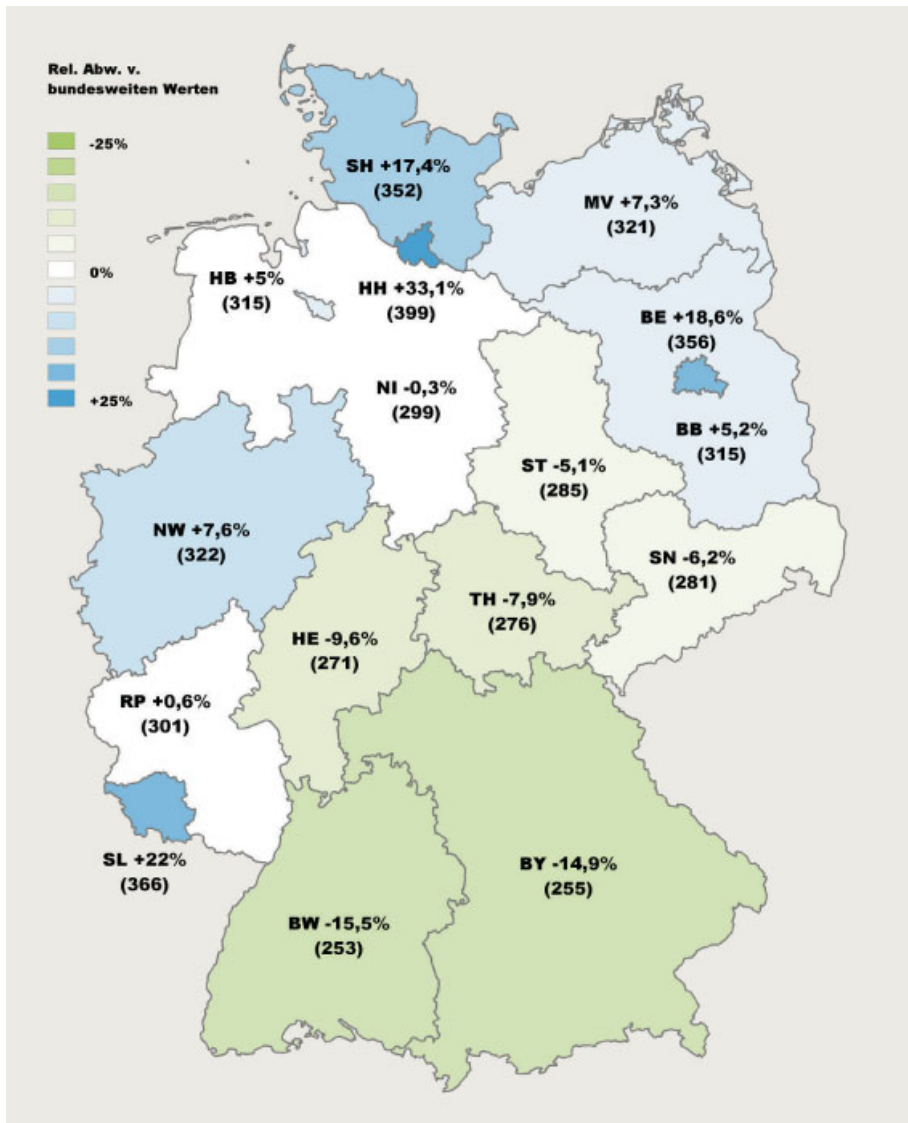


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahren in Bundesländern 2013, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

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

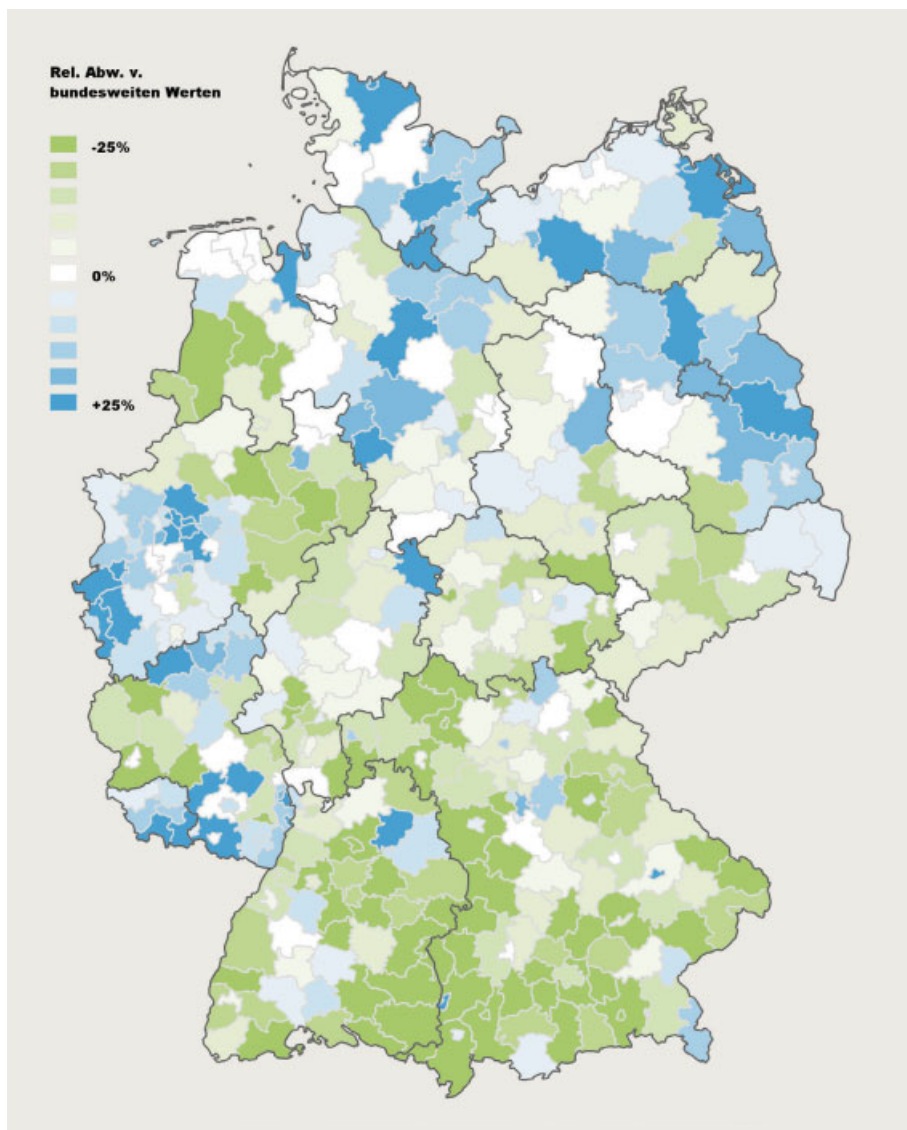


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

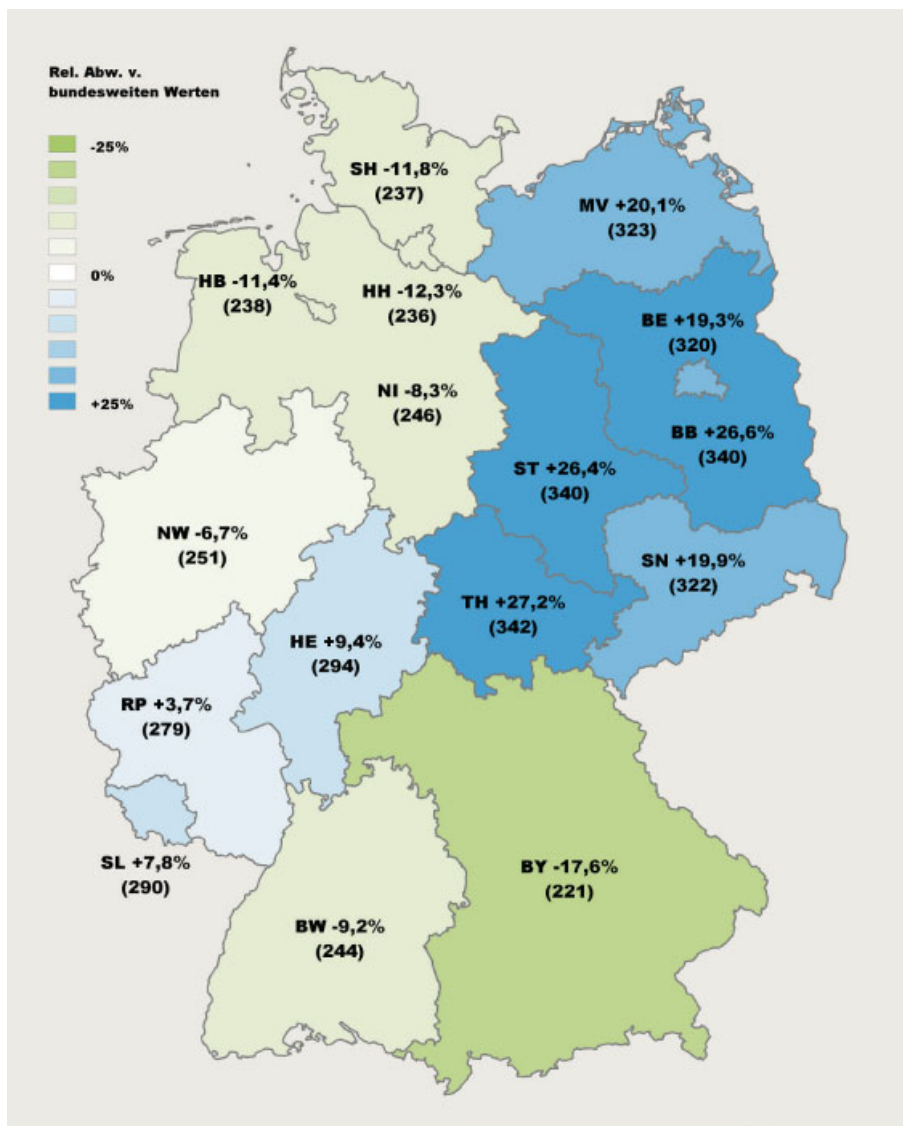


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

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

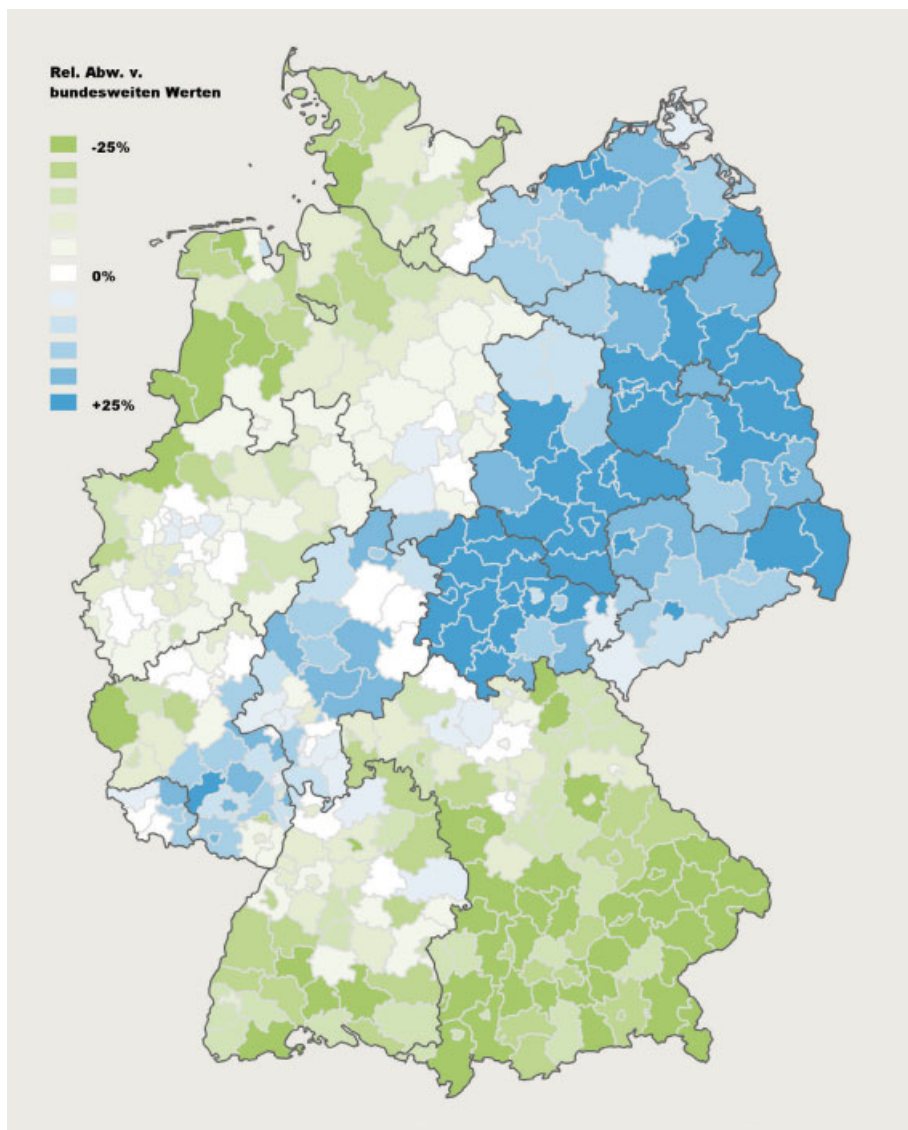


Abbildung 26 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

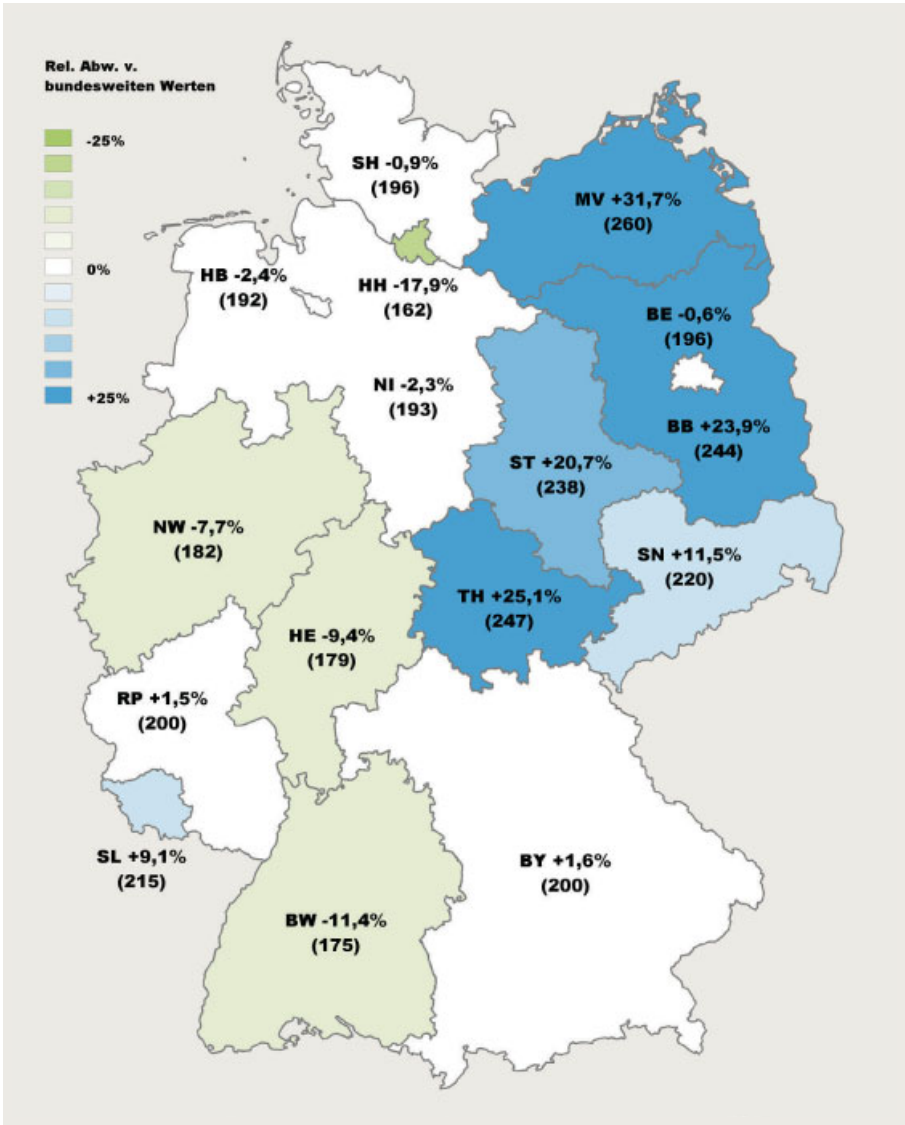


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013, Kapitel XIX – Verletzungen

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

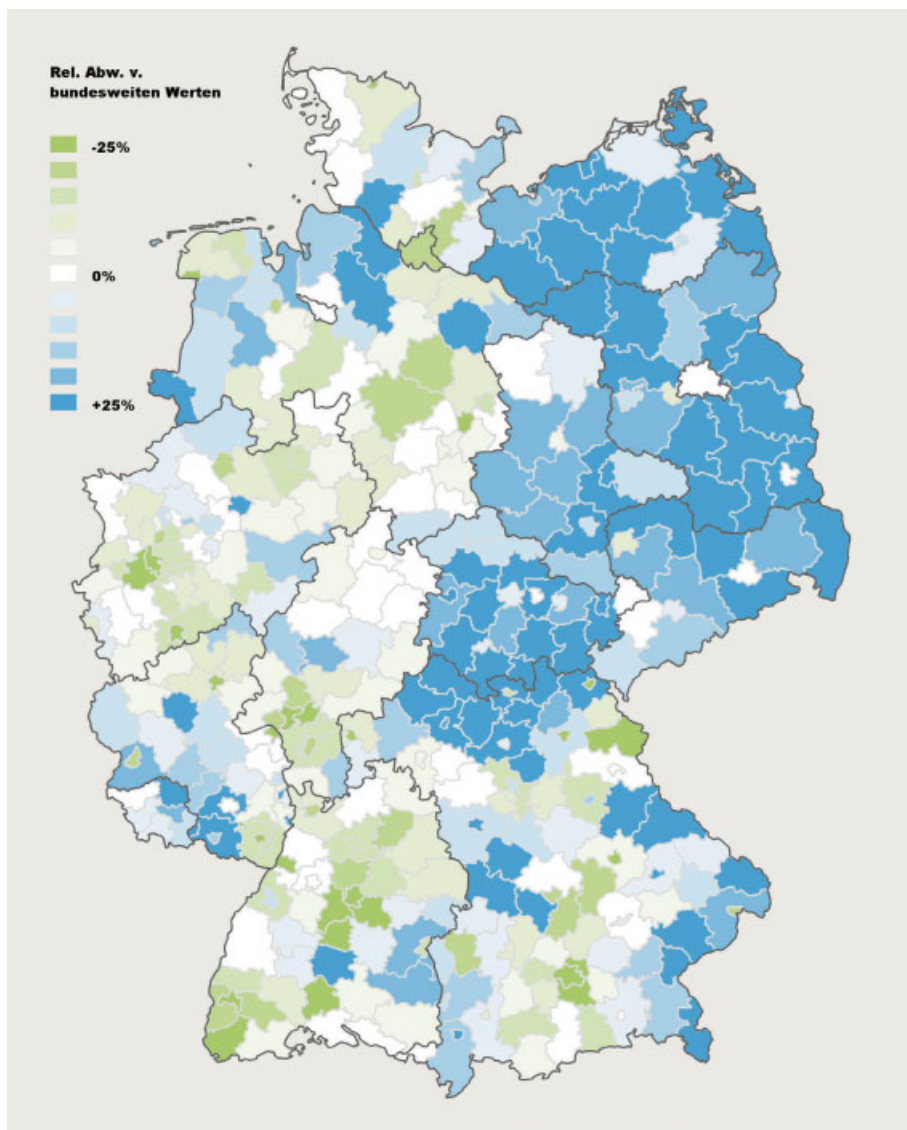


Abbildung 28 **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel XIX – Verletzungen**

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

Abbildung 29 bis Abbildung 32 auf den Seiten 59 bis 62 zeigen nochmals, und hier in regionalspezifischen Kartenausschnitten, relative Abweichungen der Fehlzeiten nach Krankheitsarten in einzelnen Kreisen im Jahr 2013 von Werten, die bei der jeweils kreisspezifischen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können („indirekt standardisierte Ergebnisse“). Über die in den Kartendarstellungen angegebenen Ziffernkennungen lassen sich kreisbezogene Einzelergebnisse aus Tabelle 9 auf Seite 63 zuordnen. **Hamburg** ist in den Darstellungen mit dem Kürzel HH gekennzeichnet. **Schleswig-Holstein** lässt sich nach dem amtlichen Gemeindeschlüssel, der im Sinne einer Bundeslandkennung immer mit den beiden Ziffern „01“ beginnt, in eine vergleichsweise geringe Anzahl von Kreisen gliedern.

Arbeitsunfähigkeiten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, erfahrungsgemäß oftmals im Zusammenhang mit Rückenbeschwerden, führten 2013 in Hamburg bei einer Unterschreitung der Erwartungswerte um 22,3 Prozent zu geringeren Fehlzeiten als in fast allen Kreisen Schleswig-Holsteins (unter Ausnahme von Flensburg).

Bei Fehlzeiten mit psychischen Störungen wurden strukturabhängige Erwartungswerte 2013 in Hamburg demgegenüber um 32,3 Prozent und damit – unter Ausnahme von Kiel und Neumünster – stärker als in allen anderen Kreisen Schleswig-Holsteins überschritten. Mehr als die Hälfte über den Erwartungswerten lagen die Ergebnisse jedoch auch in Flensburg (Kreisnummer 01 001; 57,4 Prozent).

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

Im Hinblick auf verletzungsbedingte Fehlzeiten zeigten sich heterogene Werte, wobei Hamburg auch 2013 verhältnismäßig günstige Werte aufwies, die in Schleswig-Holstein nur in Flensburg unterschritten wurden. Merklich über den Erwartungswerten lagen die Ergebnisse in Steinburg (Kreisnummer 01 061; 27,4 Prozent) sowie Ostholstein (Kreisnummer 01 55; 13,5 Prozent).

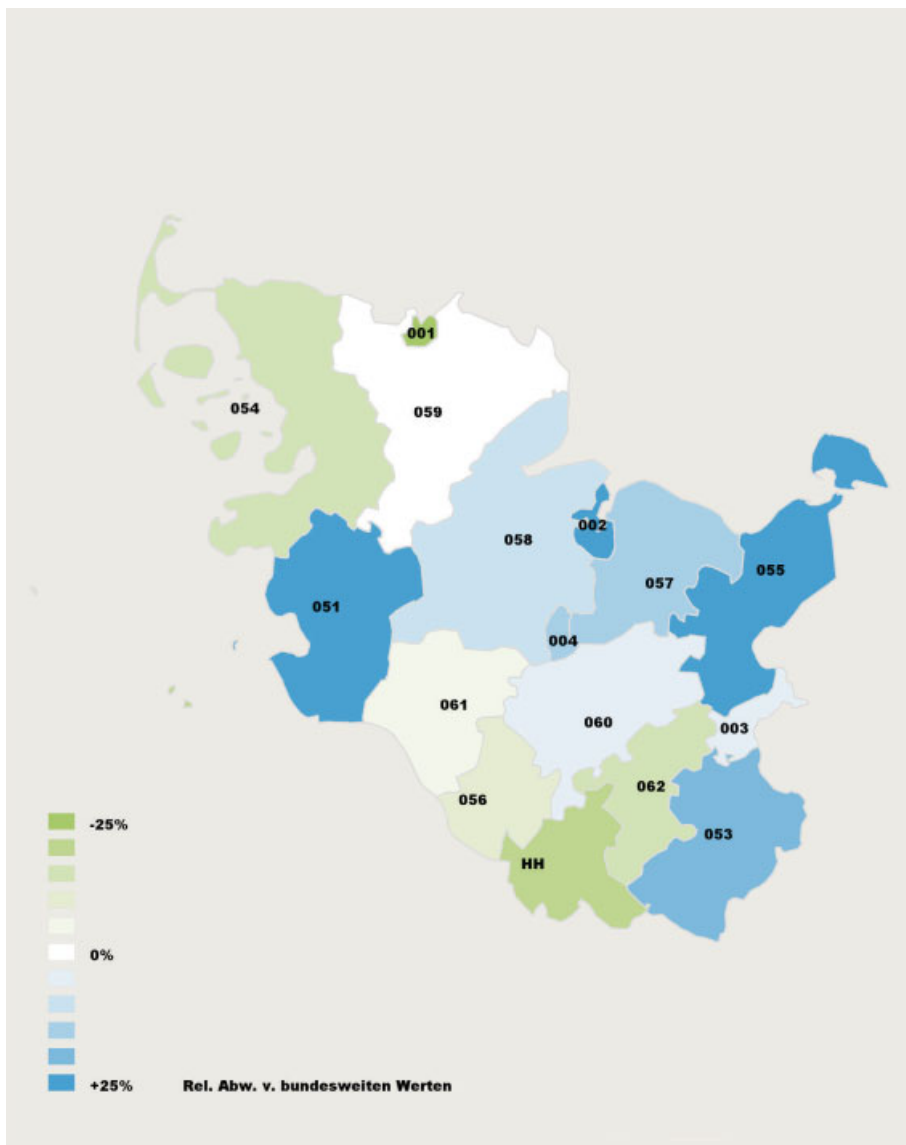


Abbildung 29 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

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

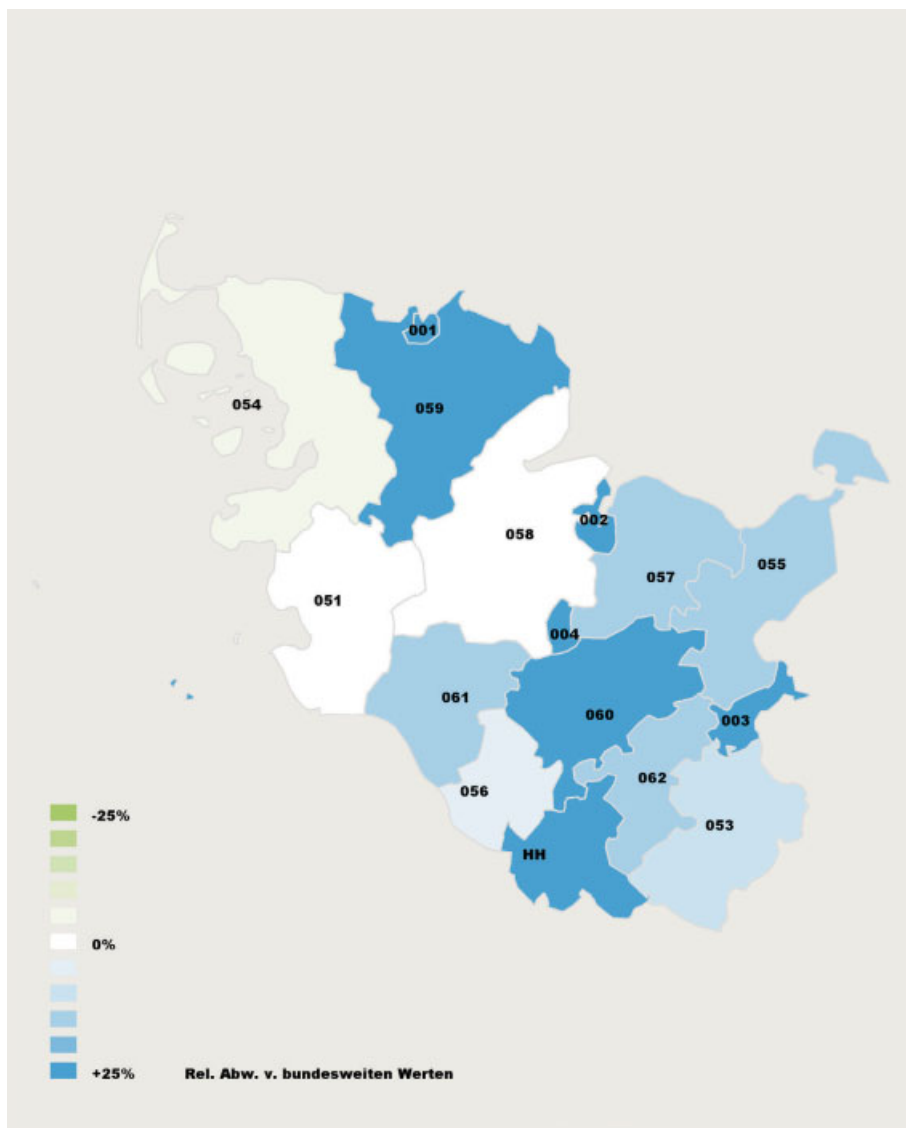


Abbildung 30 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

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

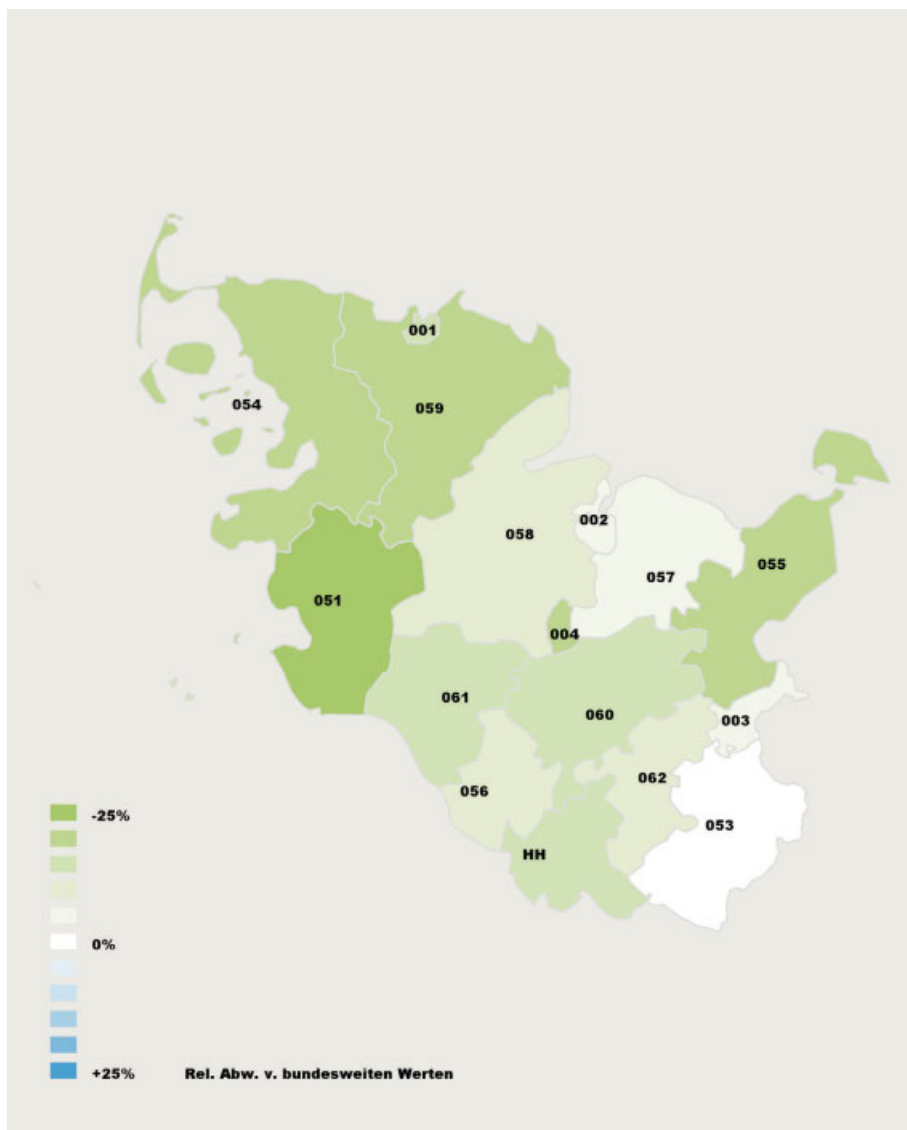


Abbildung 31 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

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

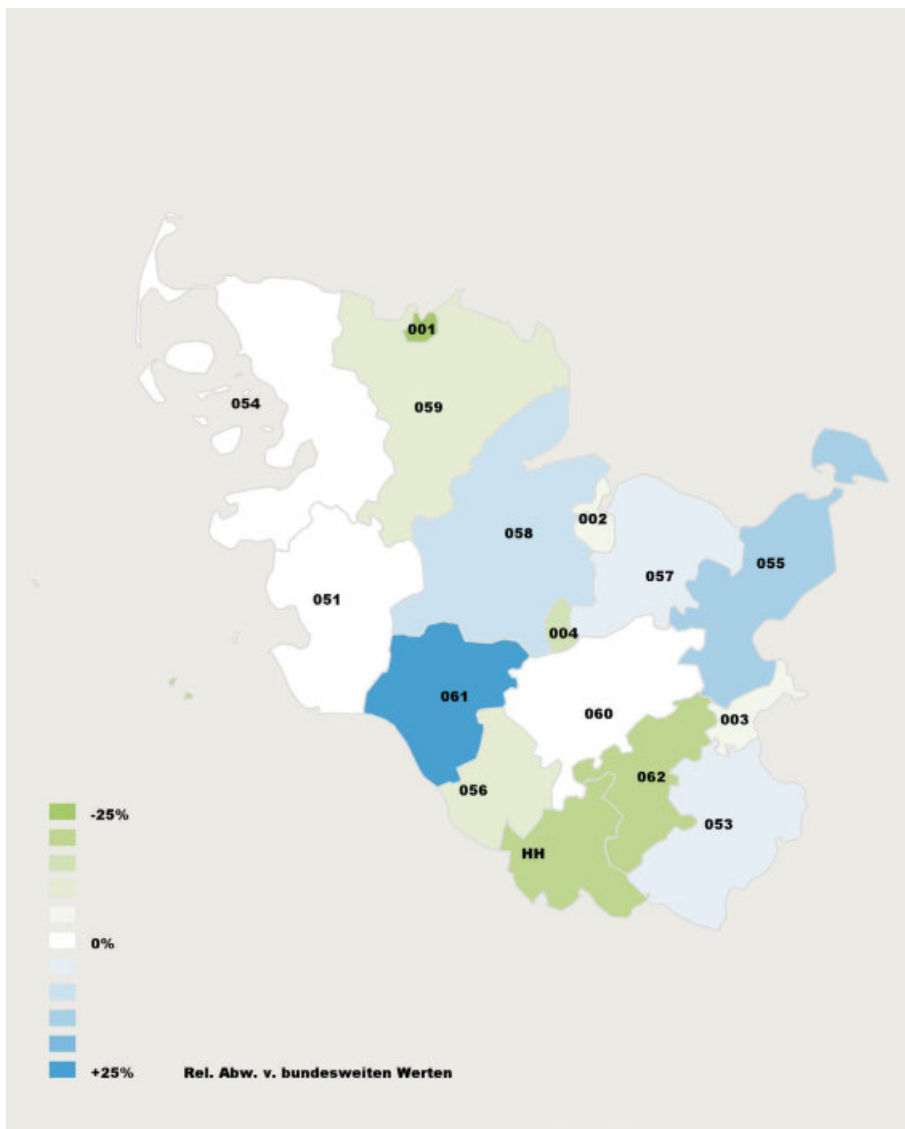


Abbildung 32 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel XIX – Verletzungen

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

Tabelle 9 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2013

Kreis 01...	Hamburg und Kreise in Schleswig-Holstein, Bezeichnung	V Psyche	X Atemwege	XIII Muskel-Skelett	XIX Verletzungen
001	Flensburg	57,4%	-14,2%	-27,3%	-36,6%
002	Kiel	32,7%	-5,3%	24,0%	-3,2%
003	Lübeck	31,7%	-6,3%	4,9%	-6,0%
004	Neumünster	41,9%	-21,1%	12,6%	-12,7%
051	Dithmarschen	1,8%	-25,4%	23,6%	-2,5%
053	Herzogtum Lauenburg	11,9%	0,8%	21,4%	4,1%
054	Nordfriesland	-7,1%	-21,9%	-12,9%	-2,3%
055	Ostholstein	15,1%	-19,6%	27,4%	13,5%
056	Pinneberg	4,0%	-9,2%	-8,6%	-11,0%
057	Plön	17,3%	-5,6%	16,4%	4,6%
058	Rendsburg-Eckernförde	0,5%	-8,4%	9,5%	9,9%
059	Schleswig-Flensburg	31,2%	-20,3%	-0,4%	-8,6%
060	Segeberg	30,6%	-14,2%	3,2%	1,9%
061	Steinburg	13,4%	-16,1%	-3,4%	27,4%
062	Stormarn	16,3%	-10,1%	-15,1%	-21,1%
HH	Hamburg	32,3%	-13,1%	-22,3%	-17,6%
AU-Tage je 100 VJ BUNDESWEIT		300	269	377	197

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, indirekt standardisiert, relative Abweichungen regional beobachteter von den nach bundesweiten Ergebnissen strukturabhängig regional erwarteten Werten. Der Wert 0% resultiert bei Übereinstimmung, kleinere Werte bei Unterschreiten und größere Werte bei Überschreiten. Auswertungen wohnortbezogen. Aufgeführte Diagnosekapitel der ICD10: **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen

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

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosegruppen

Tabelle 10 listet relevante Diagnosegruppen in einer Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2013. Den 20 gelisteten Diagnosegruppen waren bei bundesweiten Auswertungen 73 Prozent und damit ein weit überwiegender Teil aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Offensichtlich wird auch bei einer Betrachtung auf dieser Differenzierungsebene der ICD10 die große Bedeutung von Atemwegserkrankungen für die AU-Fallzahlen (vgl. alle Diagnoseschlüssel mit „J“ als erstem Zeichen). Im Vergleich zu akuten Infekten der Atemwege werden chronische Atemwegserkrankungen verhältnismäßig selten diagnostiziert. Auch Infekte anderer Körperbereiche spielen im Hinblick auf die AU-Fallzahlen eine verhältnismäßig große Rolle.

Fehlzeiten nach Diagnosegruppen

Inhaltlich relevanter als die Zuordnungen von AU-Fallzahlen erscheinen Zuordnungen von Fehlzeiten beziehungsweise von AU-Tagen zu Diagnosegruppen. Entsprechende Ergebnisse finden sich in Tabelle 11 auf Seite 68. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2013, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten folgt. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 68 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2013 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 10,5 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2013 durchschnittlich 1,81 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.
- „Akute Infektionen der oberen Atemwege“, die im Wesentlichen normale Erkältungen umfassen, lassen sich für 8,8 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 152 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich machen. Bei Frauen sind sie bundesweit für höhere Fehlzeiten als Rückenbeschwerden verantwortlich.

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

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

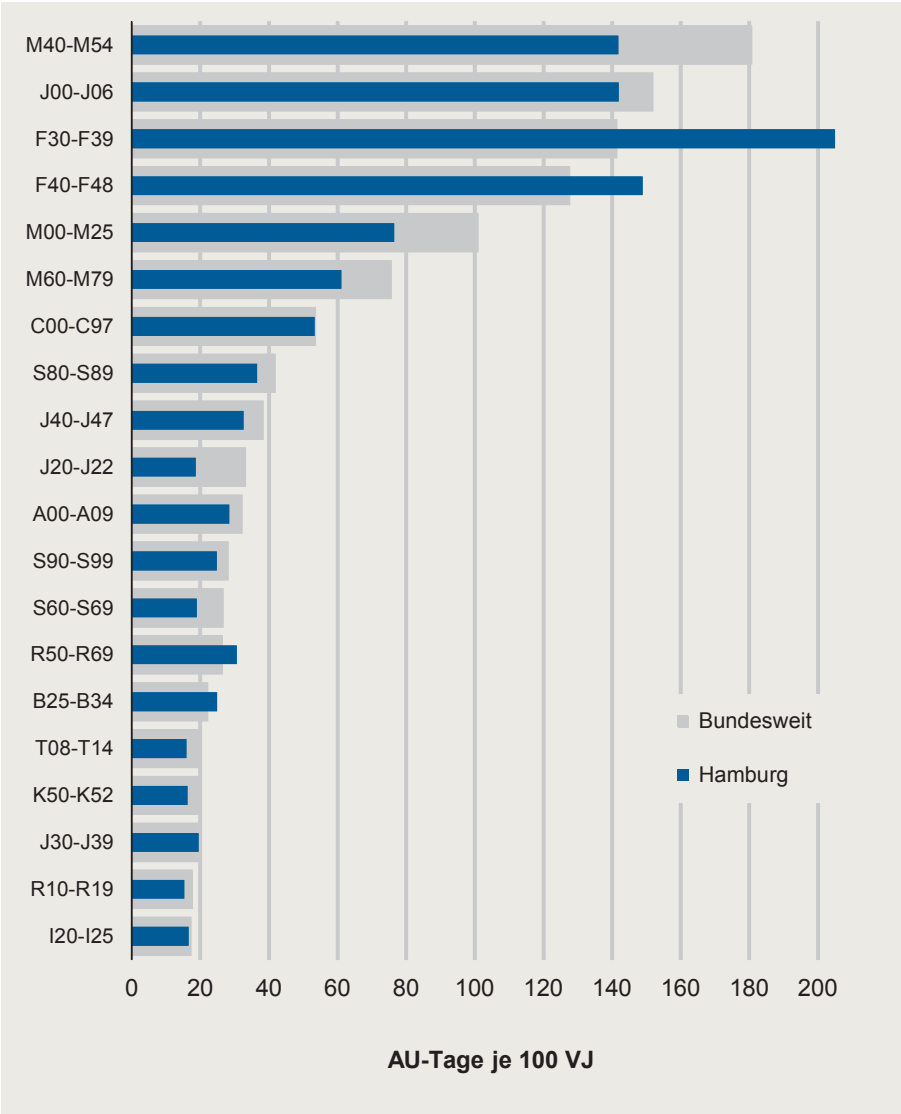


Abbildung 33 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2013

Tabelle 10 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2013

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	21,6	28,1	24,6	22,6	28,2	25,2
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	8,9	7,3	8,2	10,4	8,7	9,7
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	6,1	6,2	6,2	7,0	7,0	7,0
K00-K14 Krankh. d. Mundhöhle, der Speicheldrüsen u. der Kiefer	3,7	4,3	4,0	5,0	5,5	5,2
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	3,6	4,4	3,9	4,4	5,0	4,7
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	2,4	2,9	2,6	4,2	4,7	4,5
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	3,1	5,9	4,4	2,8	5,4	4,0
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	3,1	3,4	3,2	3,9	3,4	3,7
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	3,8	4,8	4,3	3,3	3,9	3,6
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	3,0	2,9	2,9	3,5	3,5	3,5
M00-M25 Arthropathien	2,9	2,4	2,7	3,8	2,8	3,3
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	1,7	3,2	2,4	1,9	3,3	2,5
R50-R69 Allgemeinsymptome	2,4	3,4	2,8	2,2	2,8	2,5
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	2,2	3,2	2,7	2,1	2,9	2,4
K20-K31 Krankh. d. Ösophagus, des Magens und des Duodenums	1,6	2,1	1,8	1,9	2,4	2,2
F30-F39 Affektive Störungen	1,9	3,2	2,5	1,5	2,6	2,0
G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	1,1	2,3	1,7	1,4	2,5	1,9
J09-J18 Grippe und Pneumonie	1,0	1,3	1,1	1,8	1,9	1,8
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	1,4	0,8	1,1	1,9	1,1	1,6
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	1,4	1,2	1,3	1,7	1,2	1,5
Gesamt	104,0	126,1	114,2	118,5	134,9	126,1

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 11 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2013

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnosegruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	151	131	142	194	166	181
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	120	168	142	134	173	152
F30-F39 Affektive Störungen	156	262	205	111	177	142
F40-F48 Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	103	202	149	94	167	128
M00-M25 Arthropathien	81	71	76	106	95	101
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	60	63	61	78	73	76
C00-C97 Bösartige Neubildungen	40	69	53	40	69	54
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	45	27	36	49	34	42
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	30	36	33	36	41	38
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	16	21	19	31	36	33
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	28	29	28	32	33	32
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	28	21	25	32	23	28
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	25	12	19	37	15	27
R50-R69 Allgemeinsymptome	25	37	31	23	30	27
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	22	28	25	20	24	22
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	20	12	16	26	14	20
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	17	16	16	19	20	20
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	17	22	19	17	22	19
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	10	22	15	13	23	18
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	24	7	17	27	6	17
Gesamt	1.474	1.746	1.599	1.650	1.805	1.721

BARMER GEK 2013, 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 2013. Den dargestellten 20 häufigsten von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 54,5 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

Eine Zuordnung von Fehlzeiten zu anteilig relevanten Einzeldiagnosen findet sich in Tabelle 13 auf Seite 73. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2013, wobei auch hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 43,4 Prozent aller 2013 erfassten Fehlzeiten.

- **„Rückenschmerzen“ (ICD10: M54)** belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 6,3 Prozent bei bundesweiten Auswertungen den ersten Rang. Jede Erwerbsperson war 2013, statistisch betrachtet, im Mittel gut einen Tag unter dieser Diagnose krankgeschrieben. Männer waren in größerem Umfang als Frauen betroffen.
- Auf die häufigste Diagnose von Krankschreibungen **„Akute Infektionen der oberen Atemwege“ (ICD10: J06)** konnten 6,2 Prozent der Fehlzeiten zugeordnet werden.
- Auf die Diagnose **„Depressive Episoden“ (ICD10: F32)** entfielen nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen bundesweiter Daten der BARMER GEK 6,2 Prozent aller Fehlzeiten. Gemeinsam mit der Diagnose **„Rezidivierende depressive Störungen“ (ICD10: F33)**, auf die 1,7 Prozent der Fehlzeiten entfielen,

erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 7,9 Prozent der gemeldeten 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 3,2%), „Andere neurotische Störungen“ (ICD10: F48; Anteil 1,7%), „Somatoforme Störungen“ (ICD10: F45; Anteil 1,3%) sowie „Andere Angststörungen“ (ICD10: F41; Anteil 1,1%).
- 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]“ 2013 noch zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten.

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

Die Fehlzeiten von Erwerbspersonen mit Wohnort in **Schleswig-Holstein** überschreiten bei einer Reihe von relevanten Diagnosen auf dreistelliger Ebene die bundesweit ermittelten Werte. Am deutlichsten ist diese Überschreitung im Hinblick auf die Diagnose „Depressive Episode“ (ICD10 F32).

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

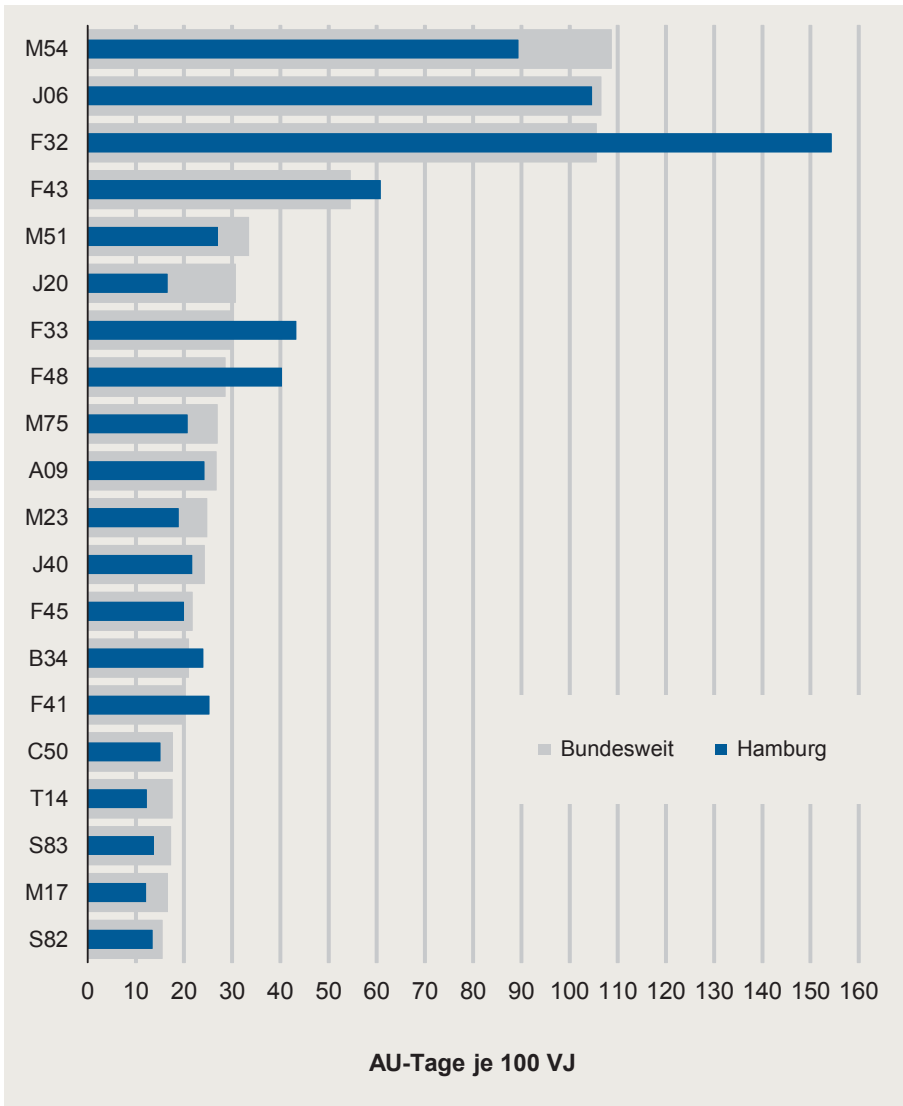


Abbildung 34 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2013

Tabelle 12 Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2013

AU-Fälle je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	16,4	19,7	17,9	16,4	19,0	17,6
M54 Rückenschmerzen	7,1	5,5	6,3	8,0	6,3	7,2
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	5,3	5,3	5,3	5,8	5,8	5,8
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne u. d. Zahnhalteapparates	3,2	3,8	3,4	4,6	5,0	4,8
J20 Akute Bronchitis	2,0	2,6	2,3	3,9	4,3	4,1
B34 Viruskrankheit nicht näher bestimmter Lokalisation	3,7	4,7	4,2	3,2	3,7	3,5
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,6	3,4	3,0	3,1	3,6	3,4
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,8	2,6	2,7	3,2	3,2	3,2
J03 Akute Tonsillitis	1,2	1,7	1,4	1,6	2,2	1,9
J01 Akute Sinusitis	1,0	1,9	1,4	1,4	2,4	1,9
F43 Reaktionen auf schwere Belast. und Anpassungsstörungen	1,3	2,5	1,9	1,3	2,5	1,9
R10 Bauch- u. Beckenschmerzen	1,1	2,4	1,7	1,3	2,4	1,8
J32 Chronische Sinusitis	1,5	2,3	1,8	1,4	2,1	1,7
J02 Akute Pharyngitis	1,1	1,8	1,4	1,3	1,9	1,6
K29 Gastritis und Duodenitis	1,1	1,6	1,4	1,4	1,9	1,6
F32 Depressive Episode	1,5	2,5	1,9	1,2	2,0	1,6
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	0,7	0,9	0,8	1,4	1,5	1,4
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,2	0,7	0,9	1,7	1,0	1,4
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,5	1,8	1,6	1,1	1,3	1,2
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	1,6	1,9	1,8	1,1	1,3	1,2
Gesamt	104,0	126,1	114,2	118,5	134,9	126,1

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 13 Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2013

AU-Tage je 100 VJ ICD10-Diagnose	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
M54 Rückenschmerzen	98	79	89	120	96	109
J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	91	120	105	97	117	107
F32 Depressive Episode	125	189	154	84	131	106
F43 Reaktionen auf schwere Belast. und Anpassungsstörungen	41	84	61	39	72	55
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	31	23	27	36	30	33
J20 Akute Bronchitis	15	19	17	29	33	31
F33 Rezidivierende depressive Störung	26	63	43	22	39	30
F48 Andere neurotische Störungen	26	57	40	20	38	29
M75 Schulterläsionen	22	19	21	29	25	27
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	24	25	24	27	27	27
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	22	16	19	29	19	25
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	20	24	22	22	27	24
F45 Somatoforme Störungen	14	27	20	17	28	22
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	21	27	24	19	23	21
F41 Andere Angststörungen	22	29	25	15	25	20
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0	33	15	0	38	18
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	15	9	12	22	12	18
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	16	11	14	21	13	17
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	12	12	12	18	15	17
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	16	11	13	17	14	16
Gesamt	1.474	1.746	1.599	1.650	1.805	1.721

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Gesundheitsreportes befasst sich mit psychischer Gesundheit im Erwerbsleben. Psychische Erkrankungen waren in den vergangenen Jahren, nach Muskel-Skelett-Krankheiten, regelmäßig für die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich. Von entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten waren dabei rund 6 Prozent der Erwerbspersonen betroffen. Die gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten weisen jedoch nur auf einen kleineren Teil der psychisch bedingten Probleme hin. Viele psychische Probleme und Erkrankungen dürften das Berufsleben lange vor oder gänzlich ohne eine entsprechende Krankmeldung beeinflussen. Das Schwerpunktkapitel liefert Hinweise auf deren Bedeutung in unterschiedlichen Versichertengruppen auch unabhängig von gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten.

Hinweise auf Erkrankungen in Daten von Krankenkassen

Neben den Erkrankungshinweisen aus Meldungen von Arbeitsunfähigkeiten erhalten Krankenkassen regelmäßig auch Informationen zu Behandlungen der Versicherten in Akutkrankenhäusern und, erheblich häufiger, auch Daten zu den in Apotheken eingelösten Rezepten sowie Informationen zu Erkrankungen und Behandlungen aus der ambulanten Versorgung. Insbesondere die Informationen aus der allgemeinen ambulanten Versorgung werden nachfolgend zur Beschreibung eines vollständigeren Bildes psychischen Beschwerden von Erwerbspersonen genutzt, wobei im Titel des Schwerpunktkapitels mit „30 – 6 – 1“ bereits ein wesentliches Zahlenverhältnis der nachfolgend dargestellten Ergebnisse angedeutet wird (vgl. Seite 80):

- Rund 30 Prozent der Erwerbspersonen waren nach verfügbaren Diagnoseangaben innerhalb eines Jahres von psychischen Erkrankungen betroffen,
- rund 6 Prozent wurden unter einer entsprechenden Diagnose innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig gemeldet und
- etwa 1 Prozent der Erwerbspersonen wurde innerhalb eines Jahres aufgrund entsprechender Erkrankungen im Krankenhaus behandelt.

Gliederung des Schwerpunktkapitels

Das Schwerpunktkapitel zur psychischen Gesundheit im Erwerbsleben gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Ein erster Abschnitt gibt zunächst einen Überblick zur Häufigkeit von unterschiedlichen psychischen Erkrankungen. Ergänzend wird hier auch auf das Burnout-Syndrom eingegangen.
- Wie in den noch folgenden Abschnitten wird auch im ersten Abschnitt auf regionale Unterschiede sowie Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und den Berufen bzw. Tätigkeiten der Erwerbspersonen eingegangen.
- Ein zweiter Abschnitt befasst sich mit Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen. Nach einer allgemeinen Einführung und Übersicht wird vorrangig auf die Verordnung von Psychopharmaka eingegangen.
- Ein dritter Abschnitt behandelt das Thema Psychotherapie bei Erwerbspersonen, bei dem sich erhebliche regionale Unterschiede der Versorgung innerhalb Deutschlands offenbaren.
- Ein vierter Abschnitt befasst sich mit der Anwendung der Psychotherapie sowie von Psychopharmaka bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen.
- Ein fünfter Abschnitt fokussiert schließlich Depressionen, die für erhebliche Teile der Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen verantwortlich sind.

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Diagnosen aus dem ICD10-Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“, welches alle psychischen Erkrankungen im engeren Sinne umfasst, werden bei Erwerbspersonen in den verschiedenen gesundheitlichen Versorgungsbereichen und -zusammenhängen mit sehr unterschiedlicher Häufigkeit erfasst.

Erfassung von Diagnosen

Direkte Hinweise auf gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen von Versicherten werden an die Krankenkassen ganz allgemein weitgehend ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln übermittelt. Krankenkassen erhalten von Ärzten i.d.R. also keine textlichen Beschreibungen von Erkrankungen und gesundheitlichen Problemen der Versicherten, sondern ausschließlich Diagnoseschlüssel bzw. Diagnosecodes, die dann vereinbarungsgemäß bestimmte Erkrankungen bezeichnen.

Zur Kodierung von Diagnosen wird seit dem Jahr 2000 im deutschen Gesundheitssystem durchgängig die „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD10) verwendet. Innerhalb dieser Klassifikation werden psychische Erkrankungen in einem engeren Sinne im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ zusammengefasst.¹ Das Kapitel V ist in 11 Diagnosegruppen unterteilt und umfasst insgesamt 79 unterschiedliche dreistellige ICD10-Diagnoseschlüssel, die ihrerseits typischerweise noch auf einer vierten Ebene weiter differenziert werden können.

Untersuchte Population: Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen zu gut 3,5 Mio. Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die zumindest am 1. Januar 2012 bei der BARMER GEK versichert waren. Durchschnittlich waren diese Personen 2012 insgesamt 362,0 Tage nachweislich – und damit überwiegend ganzzählig – bei der BARMER GEK versichert, davon 353,9 Tage als Erwerbspersonen, also ggf. mit Verpflichtung zur Abgabe einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung.

Erste Ergebnisse

Tabelle 14 auf Seite 77 bietet einen umfassenden ersten Überblick zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Erwerbspersonen. Sie enthält in den ersten vier Ergebnisspalten Angaben zum **Anteil der Erwerbspersonen**, der innerhalb des Jahres 2012 von den in der Tabelle jeweils genannten Diagnosen psychischer Erkrankungen in unterschiedlichen Bereichen der Versorgung betroffen war. Die zwei abgesetzten Spalten rechts in der Tabelle beinhalten Angaben zu den **Arbeitsunfähigkeitszeiten**, die mit den in der jeweiligen Zeile genannten Diagnosen gemeldet wurden.

Aufgeführt werden in den einzelnen Zeilen Ergebnisse zu allen 11 Diagnosegruppen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ sowie ausgewählte Ergebnisse auch zu den anteilig relevanten dreistelligen ICD10-Diagnosen.

Die Ergebnisspalte der Tabelle mit der Bezeichnung **Amb.** enthält Angaben zum Anteil der Erwerbspersonen, bei dem eine Diagnose im Rahmen von ambulanten ärztlichen Behandlungen als gesicherte Diagnose dokumentiert wurde, die Spalte **AU** Angaben zum Anteil der Personen mit einer entsprechenden Diagnose als Ursache einer Arbeitsunfähigkeit und die Spalte **KH** Angaben zum Anteil der Personen mit einer

¹ Nicht in dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ enthalten sind beispielsweise Kopfschmerzen und andere Beschwerden, die (auch) Folge psychischer Belastungen sein können, jedoch selbst keine psychische Erkrankung darstellen.

entsprechenden Diagnose als Hauptentlassungsdiagnose einer Behandlung im Akutkrankenhaus. Unter **Ges.** für „Gesamt“ wird in der ersten Ergebnisspalte der Tabelle zusammenfassend der Anteil der Erwerbspersonen mit einer Diagnose aus mindestens einem der drei zuvor genannten Bereiche (unter zusätzlicher Berücksichtigung auch von Nebendiagnosen zu Krankenhausbehandlungen) genannt. Ergänzend finden sich entsprechende Tabellen mit separat ermittelten Ergebnissen für Männer und Frauen im Anhang ab Seite 209.

Wie bereits einleitend erwähnt wurde bei fast einem Drittel aller berücksichtigten Erwerbspersonen (29,7 Prozent) 2012 mindestens einmalig eine Diagnose aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ dokumentiert, bei nahezu allen Betroffenen erfolgte dabei eine Dokumentation (auch) im Rahmen der ambulanten Versorgung (bei 29,2 Prozent der Erwerbspersonen). Demgegenüber waren lediglich 6,0 Prozent der Erwerbspersonen, und damit nur etwa ein Fünftel der insgesamt Betroffenen, im Jahr 2012 auch explizit mit einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet. Knapp ein Prozent der Erwerbspersonen wurde aufgrund entsprechender Diagnosen im Krankenhaus behandelt.

Je 100 Versicherungsjahre (VJ) wurden nach den hier dargestellten Auswertungen bei Erwerbspersonen 314 Arbeitsunfähigkeitstage mit Diagnosen von psychischen Störungen erfasst, was je Person durchschnittlich, und bezogen auf alle Erwerbspersonen, gut drei Fehltagen pro Jahr entspricht.² Bei den von Arbeitsunfähigkeiten effektiv betroffenen sechs Prozent der Erwerbspersonen wurden pro Person 2012 durchschnittlich 52,3 AU-Tage registriert (ggf. auch verteilt auf mehrere AU-Fälle innerhalb desselben Jahres).

Tabelle 14 Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2012

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU-Tage je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Anz.	Ant.
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,48%	0,43%	0,03%	0,01%	1,2	0,4%
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5,78%	5,36%	0,27%	0,26%	14,1	4,5%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,19%	1,00%	0,21%	0,21%	11,0	3,5%
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,60%	4,34%	0,01%	0,00%	0,3	0,1%

² Geringfügige Abweichungen zu den Ergebnissen der routinemäßig präsentierten Auswertungen resultieren aus der leicht veränderten Selektion von Versicherten für die Auswertungen zum Schwerpunktkapitel.

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU-Tage je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Anz.	Ant.
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	0,53%	0,51%	0,10%	0,05%	7,2	2,3%
F20 Schizophrenie	0,24%	0,23%	0,05%	0,03%	3,9	1,2%
F30-F39 Affektive Störungen	11,45%	11,24%	2,13%	0,43%	151,8	48,3%
F31 Bipolare affektive Störung	0,21%	0,20%	0,04%	0,02%	2,9	0,9%
F32 Depressive Episode	9,91%	9,68%	1,73%	0,24%	115,5	36,7%
F33 Rezidivierende depressive Störung	2,69%	2,51%	0,36%	0,19%	30,1	9,6%
F34 Anhaltende affektive Störungen	1,13%	1,11%	0,05%	0,00%	2,8	0,9%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	19,70%	19,38%	3,66%	0,23%	131,8	41,9%
F40 Phobische Störungen	1,07%	1,04%	0,02%	0,01%	1,4	0,5%
F41 Andere Angststörungen	4,52%	4,44%	0,35%	0,05%	20,0	6,4%
F42 Zwangsstörung	0,32%	0,31%	0,02%	0,01%	1,3	0,4%
F43 Reaktionen auf schwere Belastun- gen und Anpassungsstörungen	7,27%	7,03%	1,70%	0,09%	55,5	17,6%
F45 Somatoforme Störungen	9,77%	9,64%	0,74%	0,07%	22,9	7,3%
F48 Andere neurotische Störungen	3,82%	3,69%	0,98%	0,00%	30,1	9,6%
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit kör- perlichen Störungen und Faktoren	2,71%	2,66%	0,06%	0,02%	2,3	0,7%
F50 Essstörungen	0,43%	0,42%	0,02%	0,01%	1,2	0,4%
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0,63%	0,61%	0,03%	0,01%	0,7	0,2%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltens- störungen	1,62%	1,55%	0,06%	0,04%	4,0	1,3%
F60 Spez. Persönlichkeitsstörungen	0,92%	0,87%	0,04%	0,03%	2,7	0,9%
F70-F79 Intelligenzstörung	0,29%	0,29%	0,01%	0,00%	0,2	0,1%
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,26%	0,26%	0,00%	0,00%	0,1	0,0%
F90-F98 Verhaltens- u. emot. Störungen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend	0,68%	0,67%	0,01%	0,00%	0,4	0,1%
F90 Hyperkinetische Störungen	0,30%	0,30%	0,00%	0,00%	0,2	0,1%
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychi- sche Störungen	0,52%	0,51%	0,04%	0,00%	1,2	0,4%
F00-F99 Insgesamt	29,7%	29,2%	6,0%	0,96%	314,3	100%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. auch Text.

Im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bilden innerhalb des Kapitels V Diagnosen von „**Affektiven Störungen**“ (ICD10 F30-F39) die **bedeutsamste Diagnosegruppe**.

Entsprechenden Diagnosen lassen sich mit 48,3 Prozent fast die Hälfte aller Fehltag aufgrund von psychischen Störungen zuordnen. Der überwiegende Teil dieser Fehltag entfällt auf die beiden Diagnosen „Depressive Episode“ (**F32**) sowie „Rezidivierende depressive Störungen“ (**F33**) und damit auf Erkrankungen im Sinne von **Depressionen**. Depressionen im Sinne dieser beiden dreistelligen Diagnosen wurden innerhalb des Jahres 2012 bei mehr als zehn Prozent aller Erwerbspersonen dokumentiert, von entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten waren rund zwei Prozent der Erwerbspersonen betroffen (vgl. auch Abschnitt ab Seite 123).

Ein gleichfalls sehr relevanter Teil der Fehltag lässt sich mit 41,9 Prozent der **Diagnosegruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“** (ICD10 F40-F48) zuordnen. (Mindestens) eine entsprechende Diagnose wurde 2012 bei knapp 20 Prozent der Erwerbspersonen dokumentiert, von entsprechenden Arbeitsunfähigkeiten waren 3,66 Prozent aller Erwerbspersonen betroffen. Innerhalb dieser Gruppe spielen mehrere unterschiedliche Diagnosen eine Rolle. Die meisten Fehltag lassen sich mit 17,6 Prozent „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (**F43**) zuordnen. Relevante Anteile können des Weiteren den Diagnosen „Andere Angststörungen“ (**F41**), „Somatoforme Störungen“ (**F45**) sowie „Andere neurotische Störungen“ (**F48**) zugeordnet werden (vgl. Tabelle 14).

Nachdem den bereits genannten beiden Diagnosegruppen gut 90 Prozent aller Fehltag aufgrund psychischer Störungen im Sinne des Kapitels V zugeordnet werden können, kommt den übrigen neun Diagnosegruppen im Hinblick auf die Fehlzeiten eine vergleichsweise geringe Bedeutung zu. Eine gewisse Bedeutung besitzen insbesondere noch Diagnosen aus der Gruppe **„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“** (ICD10 F10-F19), die den Missbrauch unterschiedlicher Substanzen bzw. deren direkte Folgen beschreiben. Die erfassten Fehlzeiten sind in dieser Gruppe mit 11,0 AU-Tagen je 100 VJ weit überwiegend der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (**F10**), also dem Alkoholmissbrauch zuzuordnen, dem sich das Schwerpunktkapitel des Gesundheitsreportes der BARMER GEK aus dem Jahr 2012 ausführlicher widmete. Die Diagnose F10 wurde 2012 bei rund 1,2 Prozent aller Erwerbspersonen dokumentiert.

Von der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (**F17**) waren demgegenüber mit 4,6 Prozent noch erheblich mehr Erwerbspersonen betroffen. Die Interpretation dieser Diagnosehäufigkeit ist vor dem Hintergrund fehlender Kodierrichtlinien bzw. einheitlicher Erfassungsregeln jedoch schwierig. Der Anteil der Raucher wird mit dieser Angabe zweifellos erheblich unterschätzt – ob und wann eine entsprechende Diagnose erfasst wird, dürfte maßgeblich auch von Arzt zu Arzt

variieren. Arbeitsunfähigkeiten oder Krankenhausbehandlungen im direkten Zusammenhang mit der Diagnose werden nur in sehr seltenen Fällen erfasst.

Hinweise auf psychische Störungen in Daten von Krankenkassen

- Bei rund **30 Prozent** aller Erwerbspersonen wurde 2012 die Diagnose (mindestens) einer psychischen Störung im Rahmen der ambulanten und/oder stationären Versorgung dokumentiert.
- Lediglich ein Fünftel der Betroffenen bzw. **6 Prozent** aller Erwerbspersonen wurde innerhalb des Jahres auch mit einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet. Die Betroffenen waren innerhalb des Jahres durchschnittlich mehr als 50 Tage mit Diagnosen psychischer Störungen arbeitsunfähig gemeldet.
- Knapp **1 Prozent** der Erwerbspersonen wurde 2012 aufgrund von psychischen Störungen in einem Akutkrankenhaus behandelt.
- Mehr als 90 Prozent der Fehlzeiten mit einer Diagnose von psychischen Störungen lassen sich den beiden Diagnosegruppen „Affektive Störungen“ (ICD10 F30-F39) sowie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-F48) zuordnen.
- Als dreistellige Diagnosen werden bei Erwerbspersonen – vorrangig im Rahmen der ambulanten Versorgung – mit jährlichen Betroffenenraten oberhalb von einem Prozent neben „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) und „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (F17) am häufigsten „Depressive Episoden“ (F32), „Rezidivierende depressive Störung“ (F33), „Anhaltende affektive Störungen“ (F34) aus der Gruppe affektiver Störungen sowie „Phobische Störungen“ (F40), „Andere Angststörungen“ (F41), „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „Andere neurotische Störungen“ (F48) aus der Gruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen diagnostiziert. Andere dreistellige Diagnosen betreffen jeweils weniger als ein Prozent der Erwerbspersonen.
- Im Hinblick auf die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten kommt den Diagnosen F32 und F33 (im Sinne von Depressionen) sowie der Diagnose F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ die größte Bedeutung zu.

Exkurs: Burnout-Syndrom

Im Zusammenhang mit psychischen Belastungen im Beruf wird seit mehreren Jahren, insbesondere auch in den Medien, ausgesprochen häufig das Burnout-Syndrom thematisiert.³ In der wissenschaftlichen Literatur wurde der Begriff erstmals 1974 erwähnt.⁴ Mit dem Begriff wird – verkürzt formuliert – der Zustand des Ausgebranntseins bzw. einer Erschöpfung bezeichnet, dem oft ein hohes berufliches Engagement mit entsprechenden Anforderungen und Belastungen vorausgegangen sind. Im fortgeschrittenen Stadium kann die Fortführung von zuvor ausgeübten Tätigkeiten unmöglich sein, es kann zu einem völligen seelischen Zusammenbruch kommen.

Die Entwicklung des Burnouts lässt sich in verschiedene Stadien gliedern, deren Reihenfolge im Einzelfall jedoch durchaus variieren kann. Eine Einteilung in zwölf Phasen nach Freudenberg und North (1992), ist – in enger Anlehnung an Ausführungen auf den Internetseiten des BDP – verkürzt im nebenstehenden Kasten wiedergegeben.⁵

Burnout-Zyklus nach Freudenberg und North – verkürzte Darstellung; Quelle: BDP

1. Häufiger Einstiegsfaktor in den Burnout-Zyklus ist übertriebener Ehrgeiz. Der Wunsch, sich zu beweisen, verwandelt sich in Zwang und Verbissenheit.
2. Um den sich selbst gesetzten, hohen Anforderungen zu genügen, wird der Einsatz gesteigert.
3. Angesichts der Einsatzbereitschaft kommt die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse immer mehr zu kurz.
4. Der Betroffene wird sich dieser Konflikte bewusst, beginnt sie jedoch zu verdrängen.
5. Nichtberufliche Bedürfnisse verlieren an Bedeutung, für sie kann keine Zeit mehr aufgebracht werden.
6. Dieser Verzicht wird häufig gar nicht mehr wahrgenommen, Überarbeitung und Überlastung zunehmend verleugnet. Intoleranz und abnehmende Flexibilität prägen zunehmend Denken und Verhalten.
7. Orientierungslosigkeit stellt sich ein, kann aber verdeckt sein durch eine zynische, scheinbar unveränderte Haltung.
8. Verhaltensänderungen werden unübersehbar, wie etwa Abwehrhaltung gegenüber Kritik, emotionaler Rückzug vom Arbeitsgeschehen, Fehlen von Flexibilität.
9. Folge kann ein Wahrnehmungsverlust der eigenen Person sein, frühere Bedürfnisse werden nicht mehr erkannt.
10. Man fühlt sich nutzlos, Angstgefühle oder Suchtverhalten treten auf.
11. Sinnlosigkeit und Desinteresse prägen die letzten Stadien, Initiative und Motivation sind auf dem Nullpunkt.
12. Den absoluten Endpunkt bildet die totale Erschöpfung, die lebensbedrohend sein kann.

³ Vereinfacht kann auch von „Burnout“ gesprochen werden. Im Englischen wird „burnout syndrom“ ohne Bindestrich geschrieben. Gebräuchlich sind auch weitere Schreibweisen wie z.B. „Burn-out“. Mit „Syndrom“ wird allgemein ein gemeinsames Auftreten von mehreren Symptomen bei einem Patienten bezeichnet, welches erst durch das Auftreten in einer charakteristischen Kombination ein spezielles Syndrom ergibt. Ob und welche Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen den einzelnen Symptomen bestehen, ist bei vielen Syndromen nicht genau geklärt.

⁴ Thalhammer M, Paulitsch K (2014): Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Neuropsychiatr. (20.05.2014; DOI 10.1007/s40211-014-0106-x).

⁵ Vgl. Text und Erläuterungen auf den Internetseiten des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP; Aufruf: 7/2014): <http://www.bdp-verband.org/psychologie/glossar/burnout.shtml>

Geschichte – Hintergrund

Anfänglich wurde das Burnout-Syndrom insbesondere bei Angehörigen sozialer Berufe beschrieben. Auch Recherchen zu aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen ergeben auffällig viele Hinweise auf Studien, die sich mit einem Burnout bei Berufen wie Ärzten oder Krankenschwestern beschäftigen. Die allgemeine Diskussion zum Thema Burnout beschränkt sich allerdings keinesfalls nur auf Berufsgruppen aus dem sozialen Bereich.

Die Popularität des Burnout-Syndroms dürfte maßgeblich durch die intuitive Verständlichkeit des Begriffs sowie die Tatsache mitbestimmt sein, dass viele Menschen im Beruf zumindest phasenweise hohen Anforderungen ausgesetzt sind und insofern auch eigene Erfahrungen mit Umständen und Symptomen haben, die regelmäßig im Kontext eines Burnout geschildert werden. Da ein Burnout häufig bei engagierten, ehrgeizigen und leistungsorientierten Personen beschrieben wird, ist es zudem deutlich weniger stigmatisiert als andere psychische Probleme. Es fällt Betroffenen entsprechend leichter, über ein Burnout als beispielsweise über die Erkrankung an einer Depression zu sprechen.

Krankheit oder Risikofaktor

Ob es sich bei einem Burnout-Syndrom um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, wird in der Fachwelt auch 30 Jahre nach ersten Beschreibungen des Syndroms in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers diskutiert und von maßgeblichen Vertretern der Fachärzteschaft eher mit Nein beantwortet. Verbindliche und allgemein anerkannte Kriterien, ab wann vom Vorliegen eines Burnout-Syndroms gesprochen werden sollte, existieren nicht.⁶

Alternativ zur Definition des Burnouts als eigenständige Krankheit lassen sich die im Zusammenhang des Burnouts beschriebenen Arbeitsüberlastungen und Verhaltensweisen als Risikofaktoren für dann im weiteren Verlauf (gehäuft) auftretende psychische Erkrankungen im engeren Sinn auffassen (z.B. als Risikofaktoren für Depressionen). Mit dieser Sichtweise wird die Existenz einer Burnout-Problematik nicht an sich angezweifelt, tendenziell jedoch eher eine Verhaltens- oder Verhältnisprävention denn eine ärztlich-therapeutische bzw. medizinische Intervention im Sinne der Behandlung einer Krankheit angemahnt (sofern individuell noch keine psychischen oder

⁶ Zur Erhebung von Umständen und Symptomen im Sinne eines Burnouts wird in wissenschaftlichen Studien häufig das Maslach Burnout Inventory (MBI) eingesetzt, welches bereits 1981 von der Sozialpsychologin Christina Maslach entwickelt wurde und in einer derzeit häufig verwendeten Form 25 Fragen mit Antwortmöglichkeiten von „nie“ bis „täglich“ in sieben Stufen umfasst. Gemäß Ausführungen bei Thalhammer M, Paulitsch K (2014) existieren auch bei diesem etablierten Erhebungsinstrument keine allgemein akzeptierten Grenzwerte.

somatischen Erkrankungen im engeren Sinne eingetreten sind). Sinngemäß und umgangssprachlich zugespitzt formuliert: Stress am Arbeitsplatz ist keine Krankheit, gegen die in erster Linie ein Besuch beim Arzt und die Verordnung von Pillen helfen.

Burnout-Syndrom als ICD10-Schlüssel – Häufigkeit

In der ICD10 ist innerhalb des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ bislang, und vermutlich auch in absehbarer Zukunft, kein Diagnoseschlüssel zur Erfassung des Burnout-Syndroms als eigenständige psychische Erkrankung vorgesehen.⁷ Lediglich im Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ (Z00-Z99), welches eher Kodierungen für unterschiedliche Lebensprobleme und –umstände und typischerweise keine Kodierungen für Erkrankungen beinhaltet, findet sich ein Schlüssel **Z73** mit der Bezeichnung „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, der explizit auch für die Dokumentation einer Symptomatik im Sinne eines Burnouts vorgesehen ist.⁸

Nach Auswertungen von Daten der BARMER GEK, die nach der selben Methodik wie bei zuvor dargestellten Auswertungen zu psychischen Störungen im Sinne des Kapitels V der ICD10 vorgenommen wurden (vgl. Erläuterungen zu Tabelle 14), wurden 2012 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Z73) bei insgesamt 1,86 Prozent der Erwerbspersonen dokumentiert, wobei auch hier eine Dokumentation überwiegend im Rahmen der allgemeinen ambulanten Versorgung erfolgte (allein nach diesen Daten waren 1,81 Prozent der Erwerbspersonen betroffen).

Als Anlass einer Arbeitsunfähigkeit wurde ein entsprechender Diagnoseschlüssel bei 0,26 Prozent der Erwerbspersonen dokumentiert, je 100 Erwerbspersonen wurden mit Angabe dieses ICD10-Schlüssels 10,3 Arbeitsunfähigkeitstage dokumentiert. Dies entspricht hinsichtlich der Größenordnung etwa der Zahl der Fehltag, die auf Basis der Diagnoseangaben F10 direkt einem Alkoholmissbrauch zugeordnet werden können.

Als Hauptentlassungsdiagnose bzw. Behandlungsanlass spielte der Schlüssel Z73 mit lediglich etwa einem Betroffenen je 100.000 Erwerbspersonen im Jahr 2012 bei Behandlungen in Akutkrankenhäusern nur eine marginale Rolle, was vorrangig da-

⁷ Berger M, Falkai P, Maier W (2012). Burn-out ist keine Krankheit. Dtsch Arztebl 2012; 109(14); A 700-2.

⁸ In der für das deutsche Gesundheitswesen vorgeschriebenen Fassung der ICD, der ICD-10-GM (GM für „German Modification“), ist eine weitere Differenzierung des Schlüssels Z73 nicht vorgesehen, jedoch „Ausgebranntsein [Burn out]“ explizit als ein zugehöriges Problem erwähnt. In der internationalen Fassung der ICD10 (2013) existiert demgegenüber ein vierstelliger Schlüssel Z73.0 für „Ausgebranntsein, Burn-out, Zustand der totalen Erschöpfung“ (zitierte Formulierungen in Originalschreibweise).

raus resultieren dürfte, dass im Falle fortgeschrittener Symptome und Stadien eines Burnouts eher klassische Erkrankungsdiagnosen wie Depressionen als Behandlungsanlässe in Akutkrankenhäusern dokumentiert bzw. kodiert werden.

Bei welchem Teil der überwiegend ambulant diagnostizierten Fälle durch die Dokumentation des Schlüssels Z73 aus Sicht des dokumentierenden Arztes überhaupt ein Burnout erfasst werden sollte, lässt sich aufgrund der fehlenden vierstelligen Differenzierung in der deutschen Fassung der ICD10 nicht quantifizieren – vermutlich dürften aber zumindest überwiegend Symptome im Sinne eines Burnouts dokumentiert worden sein.

Burnout-Syndrom in ambulanten Daten 2005 bis 2012

Die Entwicklung der Verwendung des Schlüssels Z73 in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den vergangenen Jahren von 2005 bis 2012 lässt sich auf Basis von Daten bzw. routinemäßig im Rahmen der Erstellung des BARMER GEK Arztreports ermittelten Ergebnissen zu ambulant dokumentierten Diagnosen beschreiben.⁹ Nach diesen Ergebnissen wurde eine Diagnose Z73 im Jahr 2005 erst bei 0,58 Prozent der Versicherten im Alter zwischen 15 und 64 Jahren dokumentiert. Frauen waren mit einem Anteil von 0,91 Prozent deutlich häufiger als Männer mit 0,25 Prozent betroffen. Bis 2011 stieg der Anteil bei Frauen und Männern stetig auf 2,50 bzw. 1,07 Prozent, geschlechtsübergreifend lag die Rate 2011 bei 1,78 Prozent.

Für das Jahr 2012 lässt sich in den Daten erstmals seit 2005 ein leichter Rückgang der Diagnoseraten feststellen. Von Versicherten aus den genannten Altersgruppen waren 2012 geschlechtsübergreifend 1,71 Prozent betroffen (und damit ein vergleichbarer Anteil wie bei Erwerbspersonen, die in dieser Altersspanne ohnehin die größte Subgruppe der Versicherten bilden). Unter weiblichen Versicherten lag der Anteil 2012 bei 2,42 sowie unter männlichen bei 1,02 Prozent.

⁹ Routineauswertungen zum Arztreport berücksichtigen regulär nur Daten zur ambulanten Versorgung, diese jedoch zu allen Versicherten (also auch zu Familienversicherten). Sie berücksichtigen neben den als „gesichert“ gekennzeichneten Diagnosen auch Verdachtsdiagnosen und symptomlose Zustände. Damit können die Ergebnisse nur mit gewissen Einschränkungen direkt mit den anderweitig im vorliegenden Gesundheitsreport berichteten Ergebnissen verglichen werden.

Hinweise auf ein Burnout-Syndrom in Daten von Krankenkassen

- Die Bedeutung des Burnout-Syndroms als eigenständig abgrenzbare psychische Erkrankung ist umstritten. Alternativ lassen sich die im Zusammenhang mit dem Burnout beschriebenen Umstände als Risikofaktoren für psychische Erkrankungen im engeren Sinne auffassen, ohne dass damit die Bedeutung der Burnout-Problematik an sich angezweifelt wird.
- In der ICD10-Diagnoseklassifikation kann ein Burnout-Syndrom mit dem Diagnoseschlüssel Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ dokumentiert werden. Mit dem Schlüssel können jedoch auch andere Probleme beschrieben werden, beispielsweise „Einschränkungen von Aktivitäten durch Behinderung“ oder auch einfach „Mangel an Entspannung oder Freizeit“.
- Der Diagnoseschlüssel Z73 wurde 2012 bei 1,86 Prozent aller Erwerbspersonen erfasst, von einer Arbeitsunfähigkeit mit entsprechender Angabe waren 0,26 Prozent der Erwerbspersonen betroffen. Diagnosen wie beispielsweise Depressionen werden im Vergleich dazu sehr viel häufiger sowohl allgemein als auch als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten bei Erwerbspersonen dokumentiert.

Psychische Erkrankungen – regionale Variationen

Tabelle 15 zeigt Ergebnisse zu Betroffenen und Fehlzeiten mit der Diagnose psychischer Erkrankungen im Sinne des Kapitels V der ICD10 in einzelnen Bundesländern. Die Ergebnisse variieren auf Bundeslandebene eher moderat. Überdurchschnittlich häufig waren Erwerbspersonen in den drei Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen von Diagnosen einer psychischen Störung im Sinne der ICD10-Klassifikation betroffen (vgl. erste Ergebnisspalte). Die meisten Fehltag mit der Diagnose psychischer Störungen wurden 2012 in Hamburg erfasst (vgl. letzte Ergebnisspalte; vergleichbare Ergebnisse zum Jahr 2013 finden sich auch in Abbildung 23 auf Seite 52 im Routineteil).

Verhältnismäßig selten wurden psychische Störungen in Sachsen-Anhalt und Thüringen diagnostiziert. Die geringsten Fehlzeiten mit psychischen Störungen wurden allerdings - trotz höherer allgemeiner Diagnoseraten als in Sachsen-Anhalt und Thüringen – für Erwerbspersonen in Bayern und Baden-Württemberg ermittelt, was je-

doch vor dem Hintergrund der traditionell deutlich unterdurchschnittlichen Fehlzeiten auch bei diagnoseübergreifenden Auswertungen in diesen beiden Bundesländern nicht ganz überraschend erscheint.

Tabelle 15 Psychische Störungen – Betroffene und Fehlzeiten nach Bundesländern 2012

ICD10 F00 bis F99	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
Bundesland	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle	Tage
Baden-Württemberg	30,2%	29,8%	5,05%	0,90%	5,61	256,0
Bayern	29,6%	29,1%	4,95%	0,98%	5,50	255,5
Berlin	34,4%	34,0%	7,41%	0,88%	8,23	378,1
Brandenburg	28,8%	28,2%	7,20%	0,94%	8,01	333,0
Bremen	32,4%	32,1%	6,56%	1,00%	7,14	359,8
Hamburg	34,7%	34,2%	7,16%	1,21%	7,77	458,6
Hessen	29,7%	29,3%	5,76%	0,93%	6,41	291,6
Mecklenburg-Vorpommern	29,5%	29,0%	7,03%	0,98%	7,81	327,1
Niedersachsen	31,1%	30,6%	6,06%	0,89%	6,67	315,4
Nordrhein-Westfalen	29,2%	28,7%	5,99%	0,97%	6,48	342,8
Rheinland-Pfalz	28,7%	28,2%	5,97%	1,06%	6,58	319,1
Saarland	30,3%	29,8%	6,60%	0,95%	7,06	369,8
Sachsen	28,1%	27,5%	6,37%	0,88%	7,04	298,1
Sachsen-Anhalt	26,7%	26,2%	6,52%	0,98%	7,32	287,7
Schleswig-Holstein	30,2%	29,7%	6,58%	1,07%	7,11	367,2
Thüringen	26,9%	26,3%	6,30%	1,02%	7,07	273,4
BUNDESWEIT	29,7%	29,2%	6,01%	0,96%	6,61	314,3

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. auch Text.

Diagnosen psychischer Erkrankungen in unterschiedlichen Subgruppen von Erwerbspersonen

Diagnosen psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht

Hinweise auf die mit zunehmendem Alter ansteigenden durchschnittlichen Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen sowie auf merklich höhere Fehlzeiten bei Frauen im Vergleich zu Männern liefern bereits Abbildung 19 und Abbildung 20 ab Seite 46 im Routineteil des Gesundheitsreportes sowie Tabelle A12 und Tabelle A13 ab Seite 207 im Anhang.

In der nachfolgenden Tabelle 16 finden sich ergänzend Angaben zu den Anteilen der Erwerbspersonen in einzelnen Altersgruppen, die 2012 von Diagnosen psychischer Störungen allgemein und ggf. auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeiten betroffen waren sowie zu den Anteilen, die aufgrund einer entsprechenden Diagnose stationär im Krankenhaus behandelt wurden.

Tabelle 16 Psychische Störungen – Betroffene insgesamt und Anteil mit Krankenhausbehandlung nach Alter

BUNDESWEIT	Anteil Männer		Anteil Frauen		Anteil Gesamt	
ICD10 F00 bis F99 Altersgruppe	Ges.	KH	Ges.	KH	Ges.	KH
15 – 19 Jahre	16,22%	1,37%	27,32%	1,39%	20,99%	1,38%
20 – 24 Jahre	16,03%	1,11%	29,83%	1,07%	22,58%	1,09%
25 – 29 Jahre	16,43%	0,97%	33,00%	0,96%	24,26%	0,97%
30 – 34 Jahre	17,46%	0,82%	35,47%	0,90%	25,57%	0,86%
35 – 39 Jahre	20,02%	0,89%	36,71%	0,90%	27,58%	0,89%
40 – 44 Jahre	21,70%	0,88%	37,12%	0,98%	28,80%	0,92%
45 – 49 Jahre	23,74%	0,93%	38,92%	1,05%	30,84%	0,98%
50 – 54 Jahre	26,90%	0,99%	41,37%	1,07%	33,80%	1,03%
55 – 59 Jahre	30,24%	0,96%	42,83%	0,96%	36,04%	0,96%
60 – 64 Jahre	31,35%	0,66%	41,70%	0,73%	35,59%	0,69%
Gesamt	22,85%	0,93%	37,66%	0,99%	29,67%	0,96%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), ggf. standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. auch Text.

Bemerkenswert erscheint, dass unter Berücksichtigung von Diagnosen sowohl aus der ambulanten als auch aus der stationären Versorgung bereits bei jüngeren Er-

werbspersonen im Alter von unter 20 Jahren mit Raten von 16 bzw. 27 Prozent bei Männern bzw. Frauen ausgesprochen häufig mindestens eine Diagnose im Sinne einer psychischen Störung dokumentiert war.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren zudem Erwerbspersonen aus der jüngsten Altersgruppe am häufigsten von einer Krankenhausbehandlung aufgrund psychischer Störungen betroffen. Für die auffällig häufigen Krankenhausbehandlungen bei Erwerbspersonen in noch jugendlichem Alter waren insbesondere unter Männern Behandlungen aufgrund von Alkoholmissbrauch maßgeblich verantwortlich. Allein unter der Diagnose F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ wurden innerhalb eines Jahres 0,73 Prozent der männlichen und 0,45 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren im Akutkrankenhaus behandelt (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Diagnosen psychischer Störungen nach Berufsfeldern

Abbildung 35 zeigt den Anteil der Erwerbspersonen mit (mindestens einer) Diagnose einer psychischen Störung im Sinne des ICD10-Kapitels V im Jahr 2012 in Abhängigkeit von ihrer Tätigkeit am 1. Januar des Jahres (nach Gliederung der Tätigkeiten in sogenannte Berufsfelder). Ergänzend enthält die Abbildung auch Angaben zur Häufigkeit von Depressionen, auf die in einem gesonderten Abschnitt noch näher eingegangen wird (vgl. Ausführungen speziell zu Depressionen ab Seite 123).

Der Anteil mit einer (beliebigen) Diagnose einer psychischen Störung variiert unter den Beschäftigten nach den Ergebnissen von geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen mäßig zwischen 24,4 Prozent bei Beschäftigten mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen und 32,6 Prozent in der Gruppe „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“.

Eine noch merklich höhere Diagnoserate als Berufstätige weisen Personen auf, die (zumindest zu Beginn des Jahres) als Arbeitslose (bzw. inhaltlich korrekt formuliert als Arbeitslosengeld-I-Empfänger) versichert waren. Arbeitslose sind nach den vorliegenden Ergebnissen zu Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung also erheblich häufiger von psychischen Problemen als Berufstätige betroffen.



Abbildung 35 Anteil Erwerbspersonen mit Diagnosen psychischer Störungen bzw. von Depressionen nach Berufsfeldern 2012

Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen

Neben Diagnosen können auch Angaben zu Arzneiverordnungen Hinweise auf Erkrankungen und Beschwerden enthalten, nämlich dann, wenn bestimmte Arzneimittel vorrangig bei bestimmten Beschwerden eingesetzt werden. Der nachfolgende Abschnitt liefert vor diesem Hintergrund nach einem kurzen allgemeinen Überblick zur Verordnung rezeptpflichtiger Arzneimittel bei Erwerbspersonen vorrangig Zahlenangaben zu Verordnungen von Arzneimitteln zur Behandlung des „Nervensystems“. Dieser Arzneimittelgruppe lässt sich der weit überwiegende Teil von Medikamenten zuordnen, der ggf. zu Behandlung psychischer Erkrankungen verordnet wird.

Allgemeine Informationen, Klassifikation von Arzneimitteln - ATC

In Deutschland sind – sofern verschiedene Packungsgrößen sowie Präparate einzelner Hersteller separat berücksichtigt werden – rund 100.000 unterschiedliche Fertigarzneimittel erhältlich, die jeweils durch eine spezielle Pharmazentralnummer (PZN) gekennzeichnet sind. Für Übersichtsdarstellungen zur Häufigkeit von Arzneiverordnungen ist daher – ähnlich wie bei Diagnosen – in der Regel zunächst eine Klassifikation der Arzneimittel erforderlich, bei der zumindest Präparate mit identischen oder vergleichbaren Wirksubstanzen in Gruppen zusammengefasst werden.

Eine entsprechende, auch international gebräuchliche Klassifikation von Arzneimitteln bildet das Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (ATC) Klassifikationssystem. Weitgehend jedes Arzneimittel lässt sich durch einen 7-stelligen, hierarchisch aufgebauten Schlüssel dieser ATC-Klassifikation grundlegend charakterisieren. Dabei wird mit der ersten Stelle des ATC-Schlüssels, auf einer übergeordneten Ebene in sogenannten anatomischen Hauptgruppen, durch einen Buchstaben ein Organsystem im Sinne eines Hauptwirkortes des jeweils erfassten Arzneimittels angegeben. Bei Medikamenten zur Behandlung des „Nervensystems“, um die es nachfolgend vorrangig geht, steht an dieser Stelle des Schlüssels der Buchstabe „N“.

Verordnungen nach Hauptgruppen der ATC-Klassifikation

Tabelle 17 zeigt eine Übersicht zu Verordnungen von Arzneimitteln nach anatomischen Hauptgruppen der ATC-Klassifikation. Angegeben wird der Anteil der Erwerbspersonen, der innerhalb des Jahres 2012 mindestens einmalig ein Arzneimittel aus einer bestimmten Hauptgruppe verordnet bekam sowie – bezogen auf alle Erwerbspersonen – die durchschnittliche Anzahl der innerhalb des Jahres verordneten defi-

nierten Tagesdosen. Eine definierte Tagesdosis, englisch **Defined Daily Dose (DDD)**, bezeichnet dabei die Menge eines Arzneimittels, die bei typischer Dosierung zur Behandlung eines Patienten für genau einen Tag ausreicht.

Tabelle 17 Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Arzneimittelhauptgruppen 2012

ATC	Bezeichnung anatomische ATC-Hauptgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
		Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	17,8%	41,8	20,1%	33,8	18,8%	38,1
B	Blut und blutbildende Organe	4,8%	8,3	5,4%	5,4	5,1%	7,0
C	Kardiovaskuläres System	20,0%	122,8	17,3%	73,4	18,8%	100,1
D	Dermatika	10,0%	5,6	13,1%	5,8	11,4%	5,7
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	1,6%	3,4	14,0%	24,8	7,3%	13,3
H	Systemische Hormonpräparate (exkl. Sexualhormone und Insuline)	7,6%	12,2	19,7%	36,6	13,1%	23,4
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	28,4%	5,9	38,0%	6,2	32,8%	6,0
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	0,8%	2,0	1,4%	3,6	1,1%	2,7
M	Muskel-Skelett-System	26,2%	14,3	26,4%	13,1	26,3%	13,8
N	Nervensystem	15,0%	20,4	21,6%	28,4	18,1%	24,1
P	Antiparasitäre Mittel	0,8%	0,1	1,3%	0,2	1,0%	0,1
R	Respirationstrakt	12,2%	13,8	15,8%	15,2	13,9%	14,4
S	Sinnesorgane	6,1%	3,8	7,5%	4,0	6,8%	3,9
V	Varia	1,0%	2,2	1,2%	2,5	1,1%	2,4
A-V	Insgesamt	66,2%	256,7	77,5%	253,0	71,4%	255,0

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ant.: Anteil; DDD: Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis); vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

Innerhalb des Jahres 2012 reichten 71,4 Prozent, also knapp drei Viertel der Erwerbspersonen mindestens ein Rezept für ein Fertigarzneimittel in einer Apotheke ein, welches zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet wurde. Durchschnittlich wurden 255 definierte Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet. Mit den hier erfassten Arzneiverordnungen hätte demnach theoretisch – bei einer gleichmäßigen Verteilung auf alle Erwerbspersonen – jede Erwerbsperson über durchschnittlich 255 Tage des Jahres mit genau einem Arzneimittel behandelt werden können.¹⁰

¹⁰ Zwangsläufig nicht in diesen Angaben enthalten sind Arzneimittel, die von den Versicherten ohne Rezept selbst erworben und bezahlt wurden, da hierzu bei einer Krankenkasse keine Informationen vorliegen.

Der größte Teil des Verordnungsvolumens lässt sich, gemessen an den definierten Tagesdosen, mit durchschnittlich 100 DDD je Jahr der Hauptgruppe „**Kardiovaskuläres System**“ (Gruppe C) zuordnen. Das hohe Verordnungsvolumen in dieser Hauptgruppe resultiert vorrangig aus der Verordnung von Blutdruck und Blutfett senkenden Medikamenten.

Verordnungen in Höhe von durchschnittlich 38 DDD je Jahr und Erwerbsperson in der Gruppe „**Alimentäres System und Stoffwechsel**“ (Gruppe A) resultieren überwiegend aus Verordnungen von Antidiabetika (bei erhöhten Blutzuckerwerten bzw. Diabetes) sowie insbesondere auch aus der Verordnung von sogenannten Protonenpumpenhemmern, die häufig zur Vermeidung von gastrointestinalen Nebenwirkungen bei der Einnahme von entzündungshemmenden Schmerzmitteln (genauer: bei der Gabe nichtsteroidaler Antiphlogistika bzw. Antirheumatika – NSAR) gegeben werden. NSAR selbst, wie beispielsweise Ibuprofen, werden vorrangig bei Gelenk- und Rückenbeschwerden eingesetzt und zählen zur ATC-Hauptgruppe „Muskel-Skelett-System“. Sie sind überwiegend auch rezeptfrei in der Apotheke erhältlich.

An „**Systemischen Hormonpräparaten**“ (Gruppe H) wurden 2012 gut 23 DDD je Jahr und Erwerbsperson verordnet. Frauen erhalten aus dieser Hauptgruppe durchschnittlich erheblich mehr Tagesdosen als Männer. Verordnet werden dabei insbesondere Schilddrüsentherapeutika (z.B. bei Schilddrüsenvergrößerungen).

Aus der Gruppe N „**Nervensystem**“ wurden 2012 durchschnittlich 24,1 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet. 18,1 Prozent der Erwerbspersonen erhielten 2012 mindestens einmalig eine Verordnung aus dieser Gruppe, Frauen waren insgesamt etwas häufiger als Männer betroffen.

Das Arzneimittelverordnungsvolumen – gemessen in definierten Tagesdosen – wird bei Erwerbspersonen maßgeblich durch die Verordnung von Arzneimitteln aus der ATC-Hauptgruppe „**Kardiovaskuläres System**“ bestimmt, zu der insbesondere blutdrucksenkende Medikamente zählen.

Knapp ein Zehntel des Arzneimittelverordnungsvolumens entfällt auf Arzneimittel aus der ATC-Hauptgruppe „**Nervensystem**“. Knapp ein Fünftel aller Erwerbspersonen erhält innerhalb eines Jahres mindestens eine Arzneimittelverordnung aus dieser Arzneimittelgruppe.

Verordnungen zur Behandlung von Krankheiten des Nervensystems

Tabelle 18 enthält Angaben zu Arzneiverordnungen aus der ATC-Hauptgruppe „Nervensystem“ differenziert nach allen gültigen dreistelligen sowie teilweise auch weiter differenziert für Subgruppen nach vierstelligen ATC-Schlüsseln.

Tabelle 18 Betroffene und verordnete Tagesdosen – Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems nach drei- und ausgewählten vierstelligen ATC-Schlüsseln 2012

ATC	Bezeichnung ATC-Gruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
		Ant. Betr.	DDD je Per- son	Ant. Betr.	DDD je Per- son	Ant. Betr.	DDD je Per- son
N01	ANÄSTHETIKA	0,12%	0,02	0,15%	0,02	0,13%	0,02
N01B	Lokalanästhetika	0,12%	0,02	0,15%	0,02	0,13%	0,02
N02	ANALGETIKA	8,87%	2,53	12,4%	3,69	10,5%	3,06
N02A	Opiode	2,75%	1,49	3,04%	1,53	2,88%	1,51
N02B	Andere Analgetika u. Antipyretika	6,69%	0,87	8,83%	1,20	7,68%	1,02
N02C	Migränemittel	0,44%	0,17	2,22%	0,96	1,26%	0,53
N03A	ANTIPILEPTIKA	1,28%	2,97	1,47%	2,47	1,37%	2,74
N04	ANTIPARKINSONMITTEL	0,23%	0,38	0,34%	0,30	0,28%	0,34
N04A	Anticholinergika	0,06%	0,06	0,05%	0,05	0,05%	0,05
N04B	Dopaminerge Mittel	0,18%	0,32	0,29%	0,25	0,23%	0,29
N05	PSYCHOLEPTIKA	2,42%	2,64	3,77%	2,65	3,04%	2,64
N05A	Antipsychotika	0,96%	1,79	1,12%	1,44	1,03%	1,62
N05B	Anxiolytika	0,93%	0,39	1,68%	0,51	1,28%	0,44
N05C	Hypnotika und Sedativa	0,87%	0,46	1,46%	0,69	1,14%	0,57
N06	PSYCHOANALEPTIKA	5,02%	11,40	8,77%	18,71	6,75%	14,77
N06A	Antidepressiva	4,87%	11,05	8,70%	18,56	6,64%	14,51
N06B	Psychostimulanzien	0,18%	0,32	0,10%	0,14	0,14%	0,24
N06D	Antidemencia	0,02%	0,03	0,01%	0,02	0,01%	0,02
N07	ANDERE MITTEL f. d. NERVENSYS.	0,48%	0,49	0,78%	0,61	0,62%	0,54
N07A	Parasympathomimetika	0,02%	0,05	0,04%	0,07	0,03%	0,06
N07B	Mittel zur Beh. v. Suchterkrank.	0,04%	0,08	0,02%	0,03	0,03%	0,06
N07C	Antivertiginosa	0,38%	0,31	0,68%	0,46	0,52%	0,38
N07X	Andere Mittel f. d. Nervensystem	0,03%	0,04	0,04%	0,05	0,04%	0,04
N	Nervensystem gesamt	15,0%	20,42	21,6%	28,44	18,1%	24,1

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ant.: Anteil; DDD: Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis); vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

Gemessen am Verordnungsvolumen in DDD bilden unter Erwerbspersonen **Antidepressiva** (ATC-Code **N06A**) aus der übergeordneten Gruppe der „Psychoanaleptika“ (ATC-Code N06) die mit Abstand bedeutsamste Arzneimittelsubgruppe der anatomischen ATC-Hauptgruppe „Nervensystem“. Durchschnittlich wurden einer Erwerbsperson 14,5 Tagesdosen Antidepressiva innerhalb des Jahres 2012 verordnet. Frauen erhielten mit knapp 19 Tagesdosen je Jahr deutlich mehr Antidepressiva als Männer mit 11 Tagesdosen je Jahr. Mindestens kurzfristig beziehungsweise einmalig wurden Antidepressiva 2012 bei 4,9 Prozent der männlichen und 8,7 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen verordnet, geschlechtsübergreifend waren 6,6 Prozent betroffen. Gleichfalls zur Gruppe der „Psychoanaleptika“ zählen „**Psychostimulanzien**“ (N06B). Die allgemein prominenteste Substanz aus dieser Gruppe dürfte das Methylphenidat sein, besser bekannt unter dem Handelsnamen Ritalin®. Häufig wird Methylphenidat insbesondere im fortgeschrittenen Grundschulalter verordnet, bei Erwerbspersonen spielen entsprechende Verordnungen bislang eine untergeordnete Rolle (vgl. auch BARMER GEK Arztreport 2013).

Ein relativ hoher Anteil der Erwerbspersonen (10,5 Prozent) war von **Analgetika**-Verordnungen betroffen (ATC-Gruppe **N02**; als Analgetika werden hier bestimmte Schmerzmittel zusammengefasst). Analgetika werden allerdings in der Regel nur über kürzere Zeiträume verabreicht, weshalb das Verordnungsvolumen an Analgetika mit durchschnittlich 3,1 Tagesdosen je Jahr erheblich unter dem von Antidepressiva liegt.¹¹ Analgetika werden vorrangig bei körperlich bedingten Schmerzen verabreicht und dienen damit primär nicht der Behandlung psychischer Beschwerden. Ähnliches gilt für die ambulant selten verordneten **Anästhetika**. Rezeptiert werden hier vorrangig Präparate zur lokalen Betäubung (Lokalanästhetika).

Vorrangig zur Behandlung neurologischer Erkrankungen (und damit gleichfalls nicht primär bei psychischen Beschwerden und Erkrankungen) werden **Antiepileptika** (N03, N03A) und **Antiparkinsonmittel** (N04) eingesetzt.

Zur Behandlung psychischer Erkrankungen im engeren Sinne indiziert sind demgegenüber Antipsychotika und Anxiolytika. **Antipsychotika** (**N05A**), häufig auch als Neuroleptika bezeichnet, besitzen meist eine sedierende (dämpfende) und eine den Realitätsverlust bekämpfende Wirkung. Sie werden insofern unter anderem bei starken Unruhezuständen sowie bei Wahnvorstellungen (z.B. bei einer Schizophrenie) verordnet. Entsprechende Arzneimittel wurden 2012 (zumindest kurzfristig) bei rund

¹¹ Hingewiesen sei darauf, dass viele Medikamente mit schmerzlindernder Wirkung – insbesondere häufig verwendete Mittel aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antiphlogistika wie z.B. Ibuprofen – nicht zu der Gruppe der Analgetika im Sinne der ATC-Klassifikation zählen, sondern in der ATC-Hauptgruppe „Muskel-Skelett-System“ gelistet sind.

einem Prozent der Erwerbspersonen verordnet. Als **Anxiolytika (N05B)** werden Medikamente mit beruhigender („angstlösender“) Wirkung bezeichnet, die 2012 gut ein Prozent der Erwerbspersonen verordnet bekamen – Frauen dabei merklich häufiger als Männer. Einige Medikamente aus dieser Gruppe – namentlich die Benzodiazepine – können bei längerer Einnahme abhängig machen. Dies gilt auch für **Hypnotika und Sedativa (N05C)**. Auch Hypnotika und Sedativa (umgangssprachlich Schlaf- und Beruhigungsmittel) wurden 2012 bei mehr als einem Prozent der Erwerbspersonen und dabei merklich häufiger bei Frauen als bei Männern verordnet.

Als „**Andere Mittel für das Nervensystem**“ (**N07**) werden bei Erwerbspersonen vorrangig Antivertiginosa verordnet, die Schwindelsymptome und Übelkeit lindern können und damit nicht primär zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzt werden.

Arzneimittel zur Linderung und Behandlung psychischer Beschwerden und Erkrankungen finden sich in der ATC-Klassifikation von Arzneimitteln und dabei innerhalb der anatomischen ATC-Hauptgruppe „Nervensystem“ insbesondere in den beiden Untergruppen „Psycholeptika“ und „Psychoanaleptika“. Beide Gruppen umfassen zusammengenommen weitgehend genau diejenigen Medikamente, die üblicherweise als **Psychopharmaka** bezeichnet werden. Von der Verordnung (mindestens) eines Psychopharmakon betroffen waren 2012 8,3 Prozent der Erwerbspersonen. Durchschnittlich wurden je Erwerbsperson innerhalb des Jahres 17,4 definierte Tagesdosen an Psychopharmaka verordnet (vgl. Tabelle 19 auf Seite 96).

Bei Erwerbspersonen entfallen mit Abstand die meisten Verordnungen aus diesen beiden Gruppen auf **Antidepressiva**. Antidepressiva werden vorrangig, aber keinesfalls ausschließlich zur Behandlung von Depressionen verordnet. Von entsprechenden Verordnungen waren 2012 nach den vorliegenden Ergebnissen rund 6,6 Prozent aller Erwerbspersonen betroffen. Das Verordnungsvolumen lag 2012 bei durchschnittlich 14,5 Tagesdosen je Erwerbsperson. Die verordnete Gesamtmenge an Antidepressiva hätte demnach 2012 theoretisch zur Behandlung aller Erwerbspersonen mit einem Antidepressivum in einer typischen Dosierung über einen Zeitraum von zwei Wochen ausgereicht.

Verordnungen von Psychopharmaka – regionale Variationen

Tabelle 19 zeigt regionale Ergebnisse zur Verordnung von Psychopharmaka bei Erwerbspersonen im Jahr 2012. Angegeben wird zu den einzelnen Bundesländern der Anteil der von mindestens einer Verordnung betroffenen Erwerbspersonen sowie die durchschnittliche Zahl der innerhalb des Jahres verordneten Tagesdosen je Erwerbsperson.

Tabelle 19 Psychopharmaka – Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Bundesländern

ATC N05, N06	Männer		Frauen		Gesamt	
Bundesland	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person
Baden-Württemberg	6,67%	14,90	10,68%	21,40	8,52%	17,90
Bayern	6,80%	15,87	10,71%	22,72	8,60%	19,03
Berlin	5,47%	12,11	9,83%	21,15	7,48%	16,28
Brandenburg	4,27%	8,61	9,51%	18,19	6,68%	13,03
Bremen	5,95%	12,44	10,00%	20,99	7,82%	16,38
Hamburg	6,60%	14,74	11,12%	22,51	8,68%	18,32
Hessen	6,31%	14,12	10,35%	21,47	8,17%	17,51
Mecklenburg-Vorpommern	4,69%	9,78	10,26%	19,38	7,26%	14,20
Niedersachsen	6,25%	13,31	10,45%	19,66	8,19%	16,24
Nordrhein-Westfalen	7,18%	16,13	11,49%	22,99	9,17%	19,29
Rheinland-Pfalz	7,48%	16,68	11,73%	23,21	9,44%	19,69
Saarland	7,43%	15,20	12,49%	22,58	9,76%	18,60
Sachsen	5,09%	11,47	9,57%	19,81	7,15%	15,32
Sachsen-Anhalt	4,18%	7,98	9,38%	16,95	6,57%	12,11
Schleswig-Holstein	6,42%	13,74	11,02%	20,61	8,54%	16,91
Thüringen	4,60%	10,43	9,63%	20,31	6,92%	14,98
BUNDESWEIT	6,33%	14,04	10,7%	21,36	8,34%	17,41

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ant.: Anteil; DDD: Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis); berücksichtigt wurden Arzneiverordnungen mit ATC-Schlüsseln N05 und N06; vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

Die geschlechts- und altersstandardisiert ermittelten Anteile der Erwerbspersonen mit Psychopharmaka-Verordnung (vgl. vorletzte Spalte in Tabelle 19) in einzelnen Bundesländern werden auch in Abbildung 36 dargestellt.

Die Ergebnisse in den einzelnen Bundesländern variieren moderat. Durchgängig in geringerem Umfang als im Bundesdurchschnitt waren Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern von Psychopharmaka-Verordnungen betroffen. In Brandenburg sowie in Sachsen-Anhalt erhielt bei Betroffenenraten von 6,7 bzw. 6,6 Prozent rund ein Fünftel Erwerbspersonen weniger als im Bundesdurchschnitt (8,3 Prozent) mindestens eine entsprechende Verordnung. In den beiden Bundesländern wurden zugleich pro Erwerbsperson auch die geringsten Arzneimittelmengen an Psychopharmaka in definierten Tagesdosen verordnet. Verhältnismäßig viele Erwerbspersonen erhielten Psychopharmaka demgegenüber in Rheinland-Pfalz und im Saarland, das Verordnungsvolumen in definierten Tagesdosen lag mit 19,7 DDD je Erwerbsperson in Rheinland-Pfalz am höchsten, gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit 19,3 und Bayern mit 19,0 Tagesdosen je Erwerbsperson.

Abbildung 37 auf Seite 99 zeigt schließlich Ergebnisse zu Variationen der Psychopharmaka-Verordnungsrate auf der Ebene von Kreisen, die sich nach Berechnungen indirekt geschlechts- und altersstandardisierter Ergebnissen ergeben – die Einfärbung der Karte verdeutlicht dabei relative Abweichungen der regional beobachteten Betroffenenraten von den regional aufgrund der Geschlechts- und Altersstruktur erwarteten Betroffenenraten (vgl. methodische Erläuterungen auf Seite 188).

Offensichtlich wird, dass sich unterdurchschnittliche Verordnungsrate für nahezu alle Kreise in den Neuen Bundesländern ermitteln lassen. Demgegenüber resultieren leicht erhöhte Gesamtverordnungsrate in Bayern vorrangig aus überdurchschnittlich häufigen Verordnungen in einigen östlichen und nördlichen Kreisen.

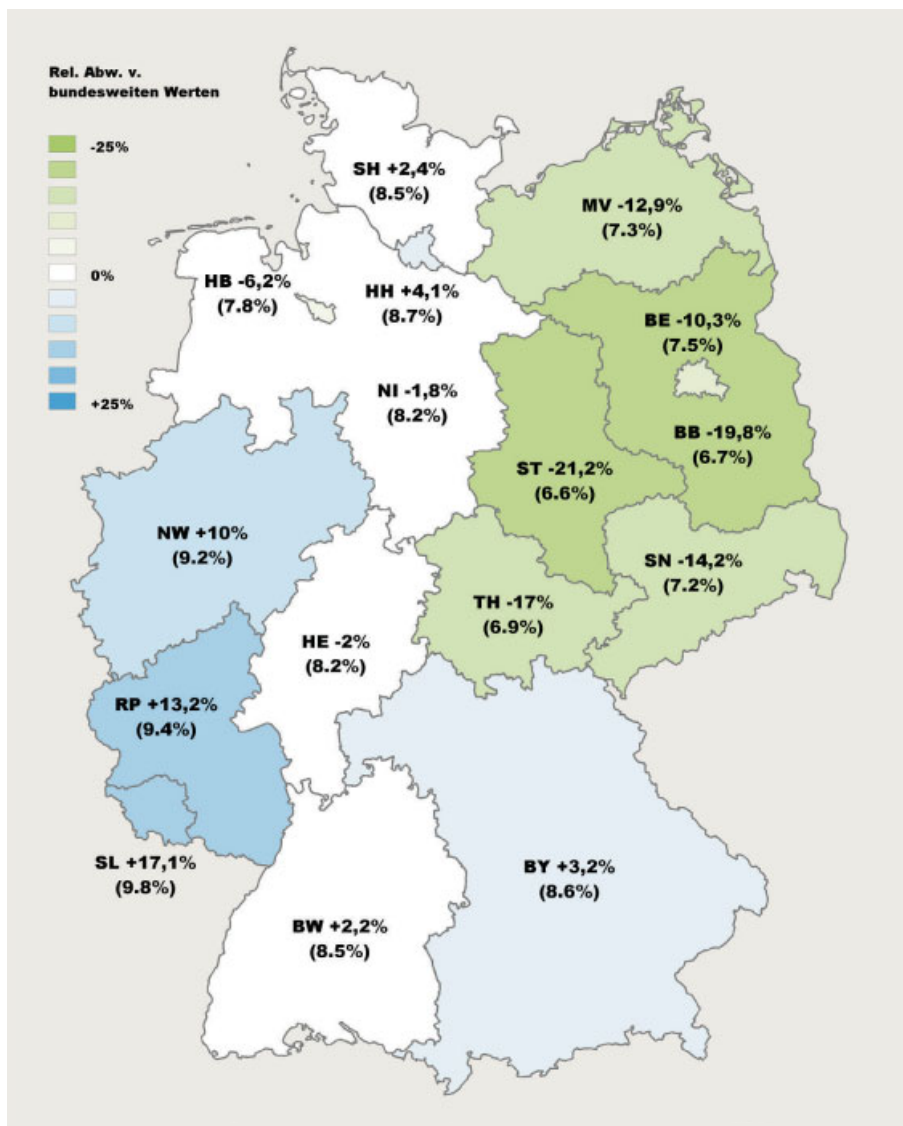


Abbildung 36 Anteil Erwerbspersonen mit Verordnungen von Psychopharmaka (ATC N05, N06) in Bundesländern 2012

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: Anteil der Erwerbspersonen mit Verordnung mindestens eines Präparates aus den ATC-Gruppen N05 und/oder N06.

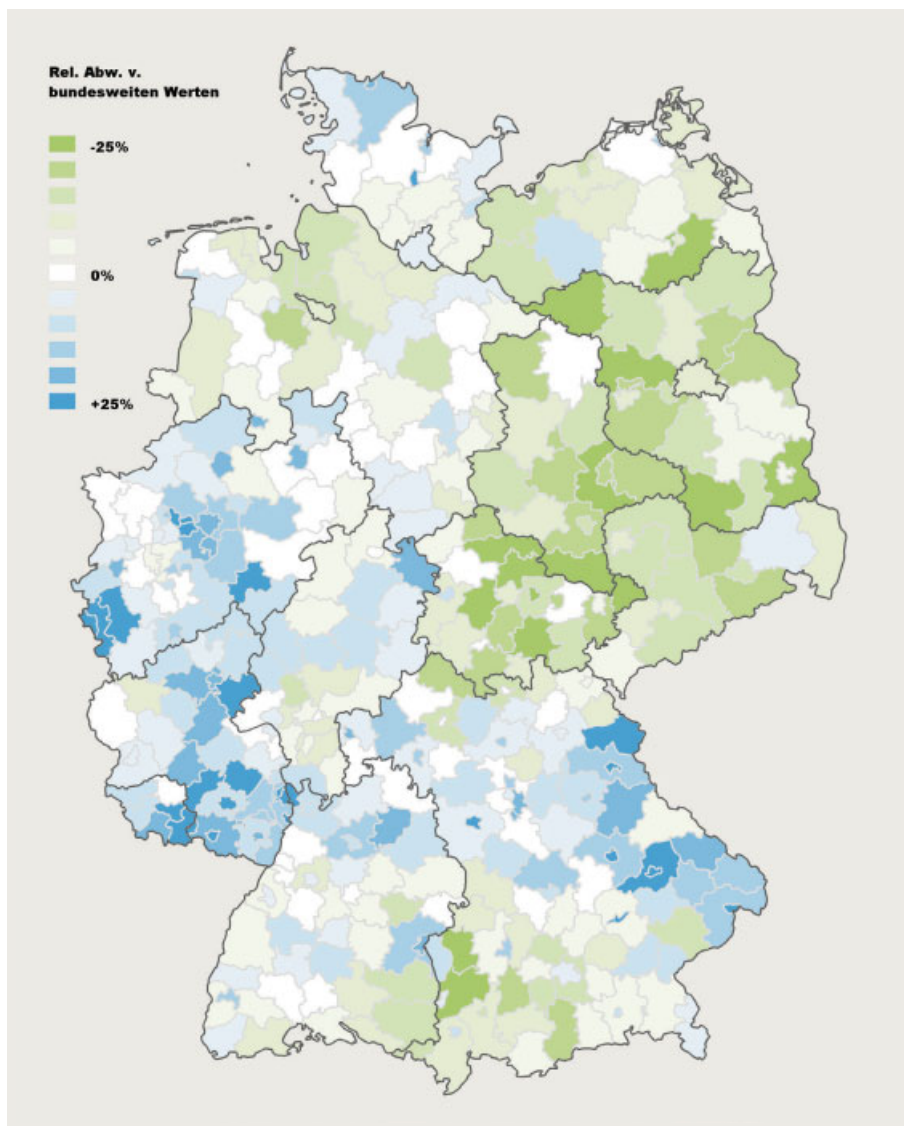


Abbildung 37 Anteil Erwerbspersonen mit Verordnungen von Psychopharmaka (ATC N05, N06) in Kreisen 2012

Verordnungen von Psychopharmaka in unterschiedlichen Subgruppen von Erwerbspersonen

Verordnungen von Psychopharmaka nach Geschlecht und Alter

Abbildung 38 zeigt den Anteil der von einer Psychopharmaka-Verordnung betroffenen Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter. Während in der jüngsten Altersgruppe 2012 weniger als vier Prozent der Erwerbspersonen entsprechende Arzneimittel erhielten, waren ab einem Alter von 55 Jahren mehr als neun Prozent der Männer und gut 16 Prozent der Frauen betroffen.

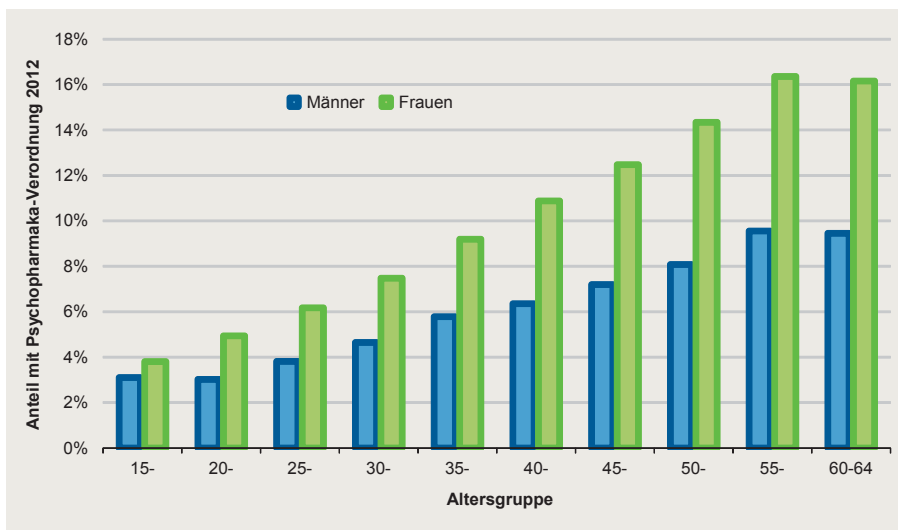


Abbildung 38 Anteil Erwerbspersonen mit Psychopharmaka-Verordnung nach Geschlecht und Alter 2012

Noch stärkere geschlechts- und altersabhängige Unterschiede zeigen sich insbesondere unter Frauen hinsichtlich des Verordnungsvolumens. Während bei jungen Frauen im Alter von unter 20 Jahren jährlich durchschnittlich erst weniger als vier Tagesdosen an Psychopharmaka verordnet wurden, waren es bei Frauen ab einem Alter von 55 Jahren durchschnittlich mehr als 30 Tagesdosen (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20 Psychopharmaka – Betroffene und Tagesdosen nach Geschlecht und Alter

BUNDESWEIT	Männer		Frauen		Gesamt	
Altersgruppe	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person
15 – 19 Jahre	3,10%	5,38	3,81%	3,77	3,40%	4,69
20 – 24 Jahre	3,02%	4,99	4,94%	7,15	3,93%	6,01
25 – 29 Jahre	3,81%	7,88	6,17%	11,54	4,92%	9,61
30 – 34 Jahre	4,65%	10,78	7,47%	15,13	5,92%	12,74
35 – 39 Jahre	5,78%	13,76	9,19%	19,26	7,33%	16,25
40 – 44 Jahre	6,35%	14,51	10,88%	22,89	8,44%	18,37
45 – 49 Jahre	7,20%	16,27	12,48%	25,99	9,66%	20,82
50 – 54 Jahre	8,08%	18,41	14,34%	29,17	11,07%	23,54
55 – 59 Jahre	9,56%	21,32	16,36%	32,75	12,69%	26,58
60 – 64 Jahre	9,46%	18,95	16,16%	30,17	12,20%	23,55
Gesamt	6,33%	14,04	10,7%	21,36	8,34%	17,41

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ant.: Anteil; DDD: Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis); berücksichtigt wurden Arzneiverordnungen mit ATC-Schlüsseln N05 und N06; vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

Verordnungen von Psychopharmaka nach Berufsfeldern

Analog zu den Auswertungen zu berufsabhängigen Häufigkeiten von Diagnosen psychischer Störungen (vgl. Abbildung 35 auf Seite 89) zeigt Abbildung 39 auf Seite 102 Anteile der von Psychopharmaka-Verordnungen betroffenen Erwerbspersonen in einzelnen Berufsfeldern. Während in der vorausgehenden Abbildung 35 ergänzend Anteile der Erwerbspersonen mit einer Diagnose von Depressionen aufgeführt waren, werden in der nachfolgenden Abbildung 39 ergänzend Anteile der Erwerbspersonen mit Verordnungen von Antidepressiva ausgewiesen (vgl. Abschnitt zu Depressionen ab Seite 123). Abgesehen von den Größenordnungen der ermittelten Raten zeigen beide Abbildungen recht ähnliche berufsabhängige Muster: Die geringsten Verordnungsraten finden sich bei Beschäftigten aus „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ sowie bei Beschäftigten mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, die höchsten in der Gruppe „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“, die zu 9,2 Prozent Psychopharmaka verordnet bekam. Auch im Hinblick auf Psychopharmaka-Verordnungen waren Arbeitslose mit einer Ordnungsrate von 15,4 Prozent noch erheblich häufiger als Berufstätige aus allen aufgeführten Berufsfeldern von einer entsprechenden Medikation betroffen.

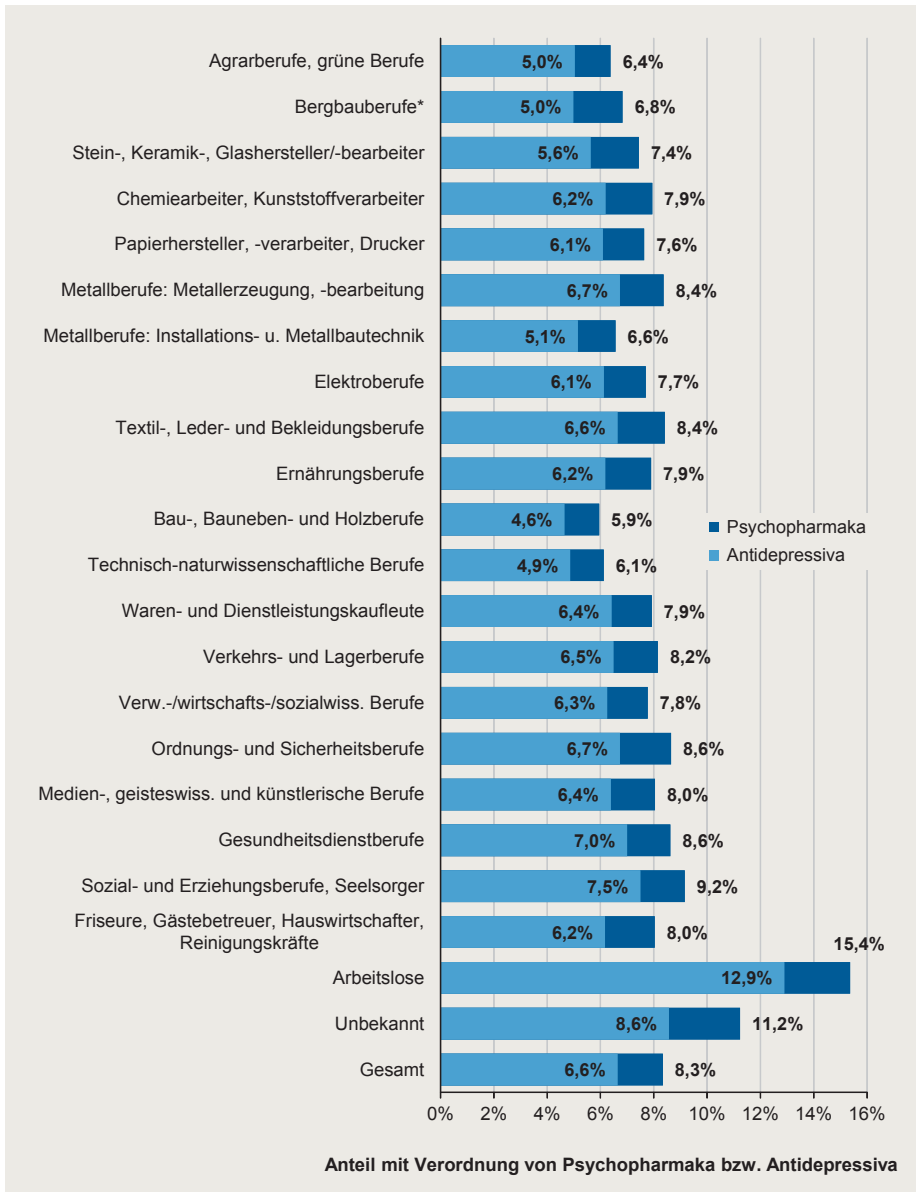


Abbildung 39 Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Psychopharmaka bzw. Antidepressiva nach Berufsfeldern 2012

Psychotherapie bei Erwerbspersonen

Bei vielen psychischen Erkrankungen stellt eine Psychotherapie – zum Teil auch in Kombination mit Arzneiverordnungen – eine wichtige Behandlungskomponente bzw. -möglichkeit dar. Der folgende Abschnitt liefert Ergebnisse zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch Erwerbspersonen.

Psychotherapien werden in Deutschland vorrangig durch Psychologische Psychotherapeuten (PP) durchgeführt. Dies sind Personen mit einem abgeschlossenen Psychologiestudium sowie einer nachfolgenden therapeutischen Ausbildung über mindestens drei weitere Jahre. Um als selbstständig tätiger Psychotherapeut Behandlungen von Versicherten mit einer gesetzlichen Krankenkasse abrechnen zu können, muss ein Psychotherapeut zudem über eine Kassenzulassung verfügen. Die Abrechnung von Leistungen erfolgt dann, wie bei niedergelassenen Kassenärzten, über eine der 17 kassenärztlichen Vereinigungen. Neben den Psychologischen Psychotherapeuten können auch Ärzte mit unterschiedlichen spezifischen Weiterbildungen Psychotherapien unter bestimmten Voraussetzungen anbieten, durchführen und mit einer gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen.¹²

Mit den gesetzlichen Krankenkassen werden Leistungen im Sinne einer Psychotherapie auf denselben Wegen wie ärztliche Leistungen abgerechnet. Vom Therapeuten werden Behandlungsfälle quartalsweise mit der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet, welche die Abrechnungsdaten anschließend auch an die für den Patienten zuständige Krankenkasse weiterleitet.¹³ Für die Abrechnung bestimmter ärztlicher und auch psychotherapeutischer Leistungen werden dabei i. d. R. 5-stellige Abrechnungsziffern („Gebührenordnungspositionen“, GOP) verwendet, die im sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wertangaben und Abrechnungsregeln gelistet und beschrieben sind.¹⁴

¹² Die fachlichen Voraussetzungen sowohl für PP als auch für Ärzte sind in der „Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)“ grundlegend umrissen. Ärzte müssen u. a. eine bestimmte Gebietsbezeichnung (Facharztausbildung) oder die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ besitzen. Internetlink (Stand 7/2014): http://www.kbv.de/html/themen_5367.php

¹³ Vgl. auch weitere Erläuterungen im BARMER GEK Arztreport 2014. Internetlink (PDF, Stand 7/2014): <http://www.barmer-gek.de/544504>

¹⁴ Der EBM ist regelmäßig auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) online verfügbar. Er umfasst alle bundesweit und kassenübergreifend einheitlich abrechnungsfähigen Leistungen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung von GKV-Versicherten. Internetlink (Stand 7/2014): <http://www.kbv.de/html/ebm.php>

Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien

Psychotherapien bei gesetzlich Versicherten werden in Deutschland typischerweise gemäß der Bestimmungen in den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erbracht und sind dann i.d.R. (zumindest formal) genehmigungspflichtig. Vor Beginn der Psychotherapie muss eine Therapie in der beabsichtigten Form bei der Krankenkasse mit Begründung beantragt werden. Ein beauftragter Gutachter außerhalb der Krankenkasse entscheidet auf Basis des Antrags, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für eine Durchführung erfüllt sind.

Psychotherapien sowie alle anderen Leistungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (bzw. gemäß der konkretisierenden Ausführungen in den sogenannten Psychotherapie-Vereinbarungen) werden grundsätzlich mit Ziffern aus dem Abschnitt IV „Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen“ des EBM, Kapitel 35, abgerechnet. Abrechnungsziffern aus diesem Kapitel beginnen jeweils entsprechend mit den beiden Ziffern 35. Innerhalb des Kapitels 35 wird zwischen nicht antragspflichtigen Leistungen (beginnend mit den Ziffern 35.1) und antragspflichtigen Leistungen (35.2) sowie Testverfahren (35.3) unterschieden.

Testverfahren sowie einige **nicht antragspflichtige Leistungen** (Ziffern 35.100, 130, 131, 140-2) dienen vorrangig der Diagnostik sowie Antragstellung einer Psychotherapie. Andere nicht antragspflichtige Leistungen sind bereits im Sinne therapeutischer Vorgehensweisen und Maßnahmen zu sehen (35.110 – „Verbale Interventionen“, 35.111-3 – unterschiedliche „Übende Verfahren“ sowie 35.120 – „Hypnose“). Gleichfalls nicht antragspflichtige „Probatorische Sitzungen“ (Ziffer 35.150) sind zur Einschätzung von Möglichkeiten und Aussichten einer Psychotherapie vor Antragstellung vorgesehen. Sie können innerhalb eines Krankheitsfalls nur in einer begrenzten Zahl durchgeführt werden (therapieabhängig max. 8 Mal). Dabei geht es nicht nur um die Abschätzung der grundsätzlichen Möglichkeiten einer Psychotherapie und die Entscheidung über eine Antragstellung, sondern auch um eine Überprüfung, ob Patient und Therapeut individuell miteinander arbeiten können.

Psychotherapien

Psychotherapien im engeren Sinne finden sich ausschließlich unter 35.2 **„Antragspflichtige Leistungen“**. Unterschieden werden „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (35.200-3), „Analytische Psychotherapie“ (35.210-1) sowie „Verhaltenstherapie“ (35.220-5), wobei jeweils zwischen Einzel- und Gruppenbehandlungen (bei Verhaltenstherapie zusätzlich noch zwischen kleinen und großen Gruppen) sowie

(außer bei Analytischer Psychotherapie) auch zwischen Kurz- und Langzeittherapien differenziert werden kann. Die „Antragspflicht“ sieht grundsätzlich ein Gutachterverfahren vor Beginn einer Psychotherapie vor. Im Hinblick auf die Durchführung von Kurzzeittherapien können (erfahrene) Therapeuten unter bestimmten Bedingungen jedoch auch von dieser Genehmigungspflicht befreit sein.

Neben den Abrechnungsziffern für Psychotherapien im Sinne der Psychotherapie-Vereinbarungen existieren im EBM noch fachärztliche Abrechnungsziffern in den EBM-Kapiteln 21, 22 sowie insbesondere 23, die zum Teil auch zur Abrechnung begrenzter Kurzzeittherapien außerhalb der Psychotherapie-Richtlinien angesetzt werden könnten (z.B. die Ziffern 22.220 und 23.220 „Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)“). Da diese eine untergeordnete Rolle spielen und sich die Interventionen nur bei den Abrechnungsziffern im Sinne der Psychotherapie-Vereinbarungen genauer abgrenzen lassen, bleiben die nachfolgenden Auswertungen auf die letztgenannten Ziffern begrenzt.

Häufigkeiten von Psychotherapien

Leistungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien aus dem Kapitel 35 des EBM werden auf den ersten Blick bei erstaunlich vielen Erwerbspersonen abgerechnet. Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten waren 2012 19,6 Prozent aller Erwerbspersonen betroffen, Männer zu 12,5 und Frauen zu 27,9 Prozent. Maßgeblich mitverantwortlich für diese hohen Werte sind Leistungen im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung, die häufig auch von Haus- und Frauenärzten abgerechnet werden.¹⁵

Ziffern aus der Gruppe der „Antragspflichtigen Leistungen“ (35.2) und damit **Psychotherapien im engeren Sinne** wurden innerhalb des Jahres bei 2,93 Prozent aller Erwerbspersonen abgerechnet (Männer: 1,75%; Frauen: 4,32%; vgl. auch Tabelle 21). Je Betroffenen wurden dabei durchschnittlich 14,1 Behandlungen bzw. Sitzungen abgerechnet (Männer: 13,9; Frauen: 14,2). Da einerseits eine Reihe von Behandlungen auch über die Jahresgrenzen hinweg andauert und andererseits einige Patienten innerhalb des Jahres auch an mehreren Therapien teilgenommen haben dürften, liefern die hier genannten Zahlen nur einen recht groben Anhaltspunkt für die durchschnittliche Anzahl von Behandlungen im Rahmen von Psychotherapien. Nahezu alle Betroffenen (99,0%) erhielten (zumindest auch) Einzelbehandlungen.

¹⁵ Abgerechnet werden insbesondere die Ziffern 35.100 „Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“ sowie 35.110 „Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen“. In den Daten der BARMER GEK entfallen auf die beiden Ziffern knapp 45 Prozent aller dokumentierten Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35.

Von allen separat abgerechneten Behandlungen waren gemäß Abrechnungsziffern 97,4 Prozent Einzelbehandlungen und entsprechend nur 2,6 Prozent Gruppenbehandlungen (von einzelnen Versicherten).

Tabelle 21 Psychotherapie – Betroffene und abgerechnete Behandlungen 2012

EBM-Leistungsziffer(n)	Männer		Frauen		Gesamt	
je Erwerbsperson (EP) oder je Betroffenen (Betr.)	Ergebnis	Anteil	Ergebnis	Anteil	Ergebnis	Anteil
Anteil EP mit Leistung gem. Psychotherapie-Richtlinien (Kap. 35)	12,51%		27,91%		19,61%	
Anteil EP mit probatorischer Sitzung (EBM 35.150)	1,43%		3,03%		2,17%	
Anzahl EBM 35.150 je Betr.	3,0		3,1		3,1	
Anteil EP mit Psychotherapie (EBM 35.2xx)	1,75%	100%	4,32%	100%	2,93%	100%
Anzahl EBM 35.2xx je Betr.	13,9	100%	14,2	100%	14,1	100%
Anteil EP mit tiefenpsycholog. fundierter Psychotherap. (EBM 35.20x)	0,77%	44,0%	2,02%	46,7%	1,35%	45,9%
Anzahl EBM 35.20x je Betr.	12,9	41,0%	13,5	44,5%	13,3	43,4%
Anteil EP mit analytischer Psychotherapie (EBM 35.21x)	0,11%	6,1%	0,25%	5,8%	0,17%	5,9%
Anzahl EBM 35.21x je Betr.	38,1	16,7%	37,1	15,1%	37,4	15,6%
Anteil EP mit Verhaltenstherapie (EBM 35.22x)	0,90%	51,2%	2,11%	48,9%	1,46%	49,6%
Anzahl EBM 35.22x je Betr.	11,5	42,2%	11,8	40,4%	11,7	41,0%
Anteil EP mit Einzelbehandlung	1,73%	98,8%	4,28%	99,2%	2,91%	99,0%
Anteil EP mit Gruppenbehandlung	0,05%	2,9%	0,08%	1,9%	0,07%	2,2%
Anzahl EBM Einzelbeh. je EP	0,235	96,5%	0,599	97,8%	0,403	97,4%
Anzahl EBM Gruppenbeh. je EP	0,009	3,5%	0,014	2,2%	0,011	2,6%
Anteil EP mit Kurzzeittherapie	1,29%	73,6%	3,01%	69,6%	2,08%	70,9%
Anteil EP mit Langzeittherapie	0,61%	35,0%	1,73%	40,0%	1,13%	38,4%
Anzahl EBM Kurzzeittherapie je EP	0,132	54,4%	0,318	51,8%	0,218	52,6%
Anzahl EBM Langzeittherapie je EP	0,111	45,6%	0,295	48,2%	0,196	47,4%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Anteil: Anteil an allen Erwerbspersonen mit Psychotherapie bzw. **fett-kursiv**: Anteil der EBM an allen abgerechneten EBM im Sinne einer Psychotherapie; vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

Knapp die Hälfte (49,6%) der Psychotherapie-Patienten erhielten eine Verhaltenstherapie, 45,9 Prozent eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und lediglich 5,9 Prozent eine analytische Psychotherapie.¹⁶ Während bei Betroffenen mit Verhaltenstherapien innerhalb des Jahres durchschnittlich lediglich 11,7 entsprechende Behandlungen abgerechnet wurden, waren es bei Betroffenen mit analytischen Therapien im Durchschnitt 37,4 Behandlungen. 2,08 Prozent aller Erwerbspersonen (bzw. 70,9% der psychotherapeutisch Behandelten) erhielten Behandlungen im Sinne von Kurzzeittherapien, 1,13 Prozent (bzw. 38,4% der psychotherapeutisch Behandelten) Behandlungen im Sinne von Langzeittherapien. Bei 9,3 Prozent der Behandelten wurden beide Therapieformen abgerechnet, was bedeutet, dass bei einem relevanten Teil der Behandelten die Therapieform gewechselt wurde (vermutlich zu meist in Form einer Verlängerung einer als Kurzzeittherapie begonnen Behandlung, welche von vielen Psychotherapeuten und im Gegensatz zur Langzeittherapie auch ohne Antragstellung und Genehmigung eingeleitet werden kann).

Psychotherapie – regionale Variationen

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Psychotherapie zeigen sich gravierende regionale Unterschiede. Abbildung 40 auf Seite 109 vermittelt einen ersten Eindruck zu Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern. Während 2012 in Bremen, Berlin und Hamburg nach den Ergebnissen geschlechtsübergreifenden Auswertungen 4,48, 3,98 und 3,59 Prozent der Erwerbspersonen eine Psychotherapie erhielten, waren in Mecklenburg-Vorpommern lediglich 1,24 Prozent betroffen. Die höchste Behandlungsrate bei Flächenländern findet sich mit 3,66 Prozent in Hessen. Geringe Raten zeigen sich für alle neuen Bundesländer sowie auch für Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Tendenziell liegen in den zuvor genannten Stadtstaaten nicht nur die Behandlungsraten deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt – zugleich werden auch pro Betroffenen noch mehr Behandlungen als im Bundesdurchschnitt durchgeführt (vgl. Tabelle 22).

Auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zeigen sich zum Teil merkliche Unterschiede (vgl. Abbildung 41 auf Seite 110). Während beispielsweise für viele Regionen Bayerns unterdurchschnittliche Therapieraten ermittelt wurden, zeigen sich in einer Region um München Raten deutlich über dem Bundesdurchschnitt. In München selbst (mit der Kreisnummer 09162) erhielten 2012 nach direkt geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen 5,37 Prozent aller Erwerbspersonen Leistungen im

¹⁶ Da einige Patienten mehrere Therapieformen erhielten, ergibt die Summe der genannten Prozentwerte einen Betrag oberhalb von 100 Prozent.

Sinne einer Psychotherapie und damit mehr als in allen übrigen Kreisen Bayerns (nach indirekter Standardisierung lag das Ergebnis in München um +79 Prozent über dem geschlechts- und altersabhängig erwarteten Wert). Noch höhere Therapieraten wurden für Bonn (Kreisnummer 05314; 5,53%, indirekt standardisiert: +84%), Köln (Kreisnummer 05316; 5,63%, ind. stand.: +89%), Münster (Kreisnummer 05515; 6,05%, ind. stand.: +106%), Kassel (Kreisnummer 06611; 5,75%, ind. stand.: +94%), Heidelberg (Kreisnummer 08221; 6,77%, ind. stand.: +130%) und Freiburg (Kreisnummer 08311; 6,71%, ind. stand.: +123%) ermittelt.

Tabelle 22 Psychotherapie – Betroffene und abgerechnete Behandlungen nach Bundesländern

Bundesland	Männer		Frauen		Gesamt	
Psychotherapie (EBM 35.2xx)	Anteil Betr.	Anz. je Betr.	Anteil Betr.	Anz. je Betr.	Anteil Betr.	Anz. je Betr.
Baden-Württemberg	1,95%	13,7	4,64%	14,5	3,19%	14,3
Bayern	1,85%	14,3	4,32%	15,0	2,98%	14,8
Berlin	2,38%	17,8	5,85%	18,2	3,98%	18,1
Brandenburg	0,93%	12,5	2,96%	13,0	1,86%	12,9
Bremen	2,48%	17,9	6,82%	21,9	4,48%	20,7
Hamburg	1,99%	17,0	5,46%	17,5	3,59%	17,4
Hessen	2,15%	14,5	5,43%	15,2	3,66%	15,0
Mecklenburg-Vorpommern	0,64%	10,8	1,94%	11,5	1,24%	11,3
Niedersachsen	1,50%	12,9	3,74%	13,5	2,53%	13,3
Nordrhein-Westfalen	2,10%	13,2	4,99%	13,5	3,44%	13,4
Rheinland-Pfalz	1,71%	12,5	4,05%	12,1	2,79%	12,2
Saarland	1,53%	14,7	4,58%	13,4	2,93%	13,8
Sachsen	1,35%	13,6	3,66%	12,4	2,41%	12,8
Sachsen-Anhalt	0,72%	12,1	2,44%	11,9	1,51%	11,9
Schleswig-Holstein	1,43%	13,7	3,70%	13,5	2,48%	13,6
Thüringen	0,79%	12,7	2,58%	11,8	1,61%	12,1
BUNDESWEIT	1,75%	13,9	4,32%	14,2	2,93%	14,1

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Anteil Betr.: Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien; Anzahl der abgerechneten Behandlungen je Betroffenen; vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

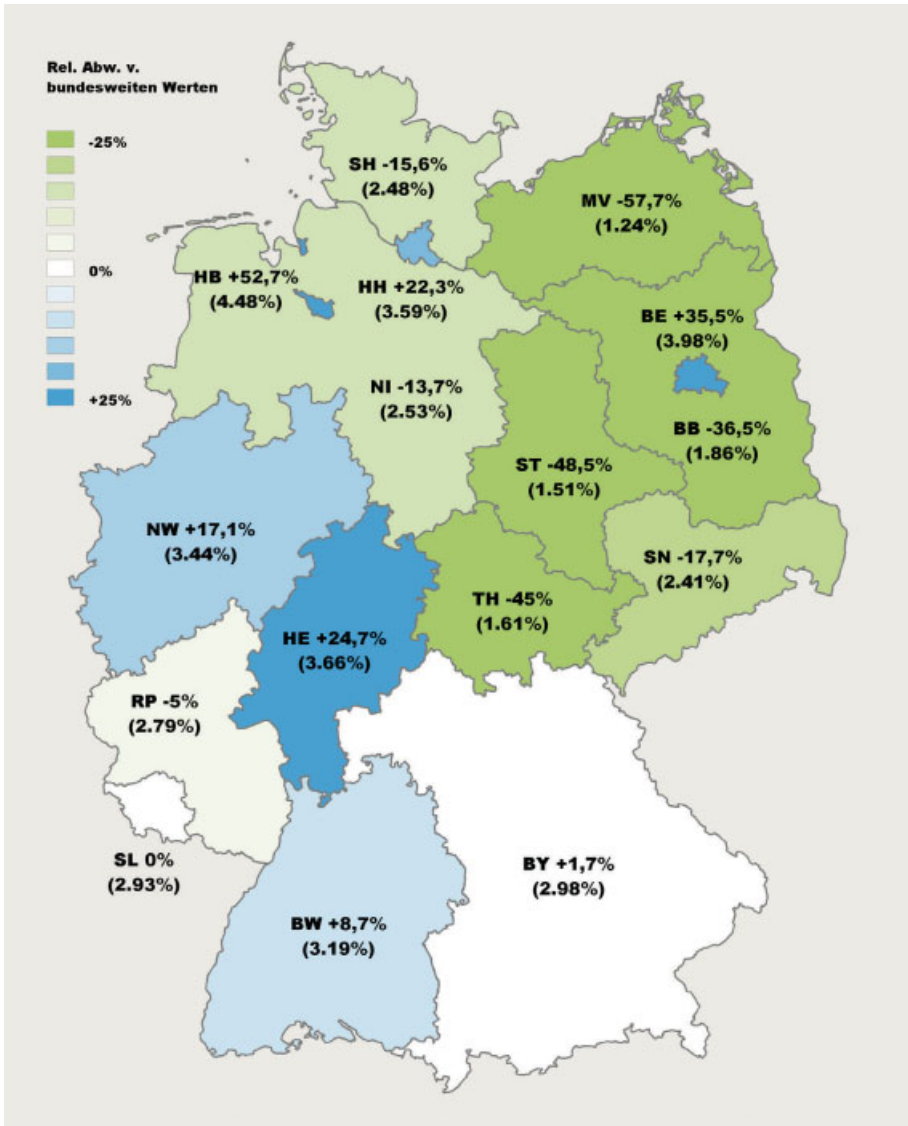


Abbildung 40 Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie (EBM 35.2xx) in Bundesländern 2012

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: Anteil der Erwerbspersonen mit Abrechnung mindestens einer „Antragspflichtigen Leistung“ im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien (EBM 35.2xx).

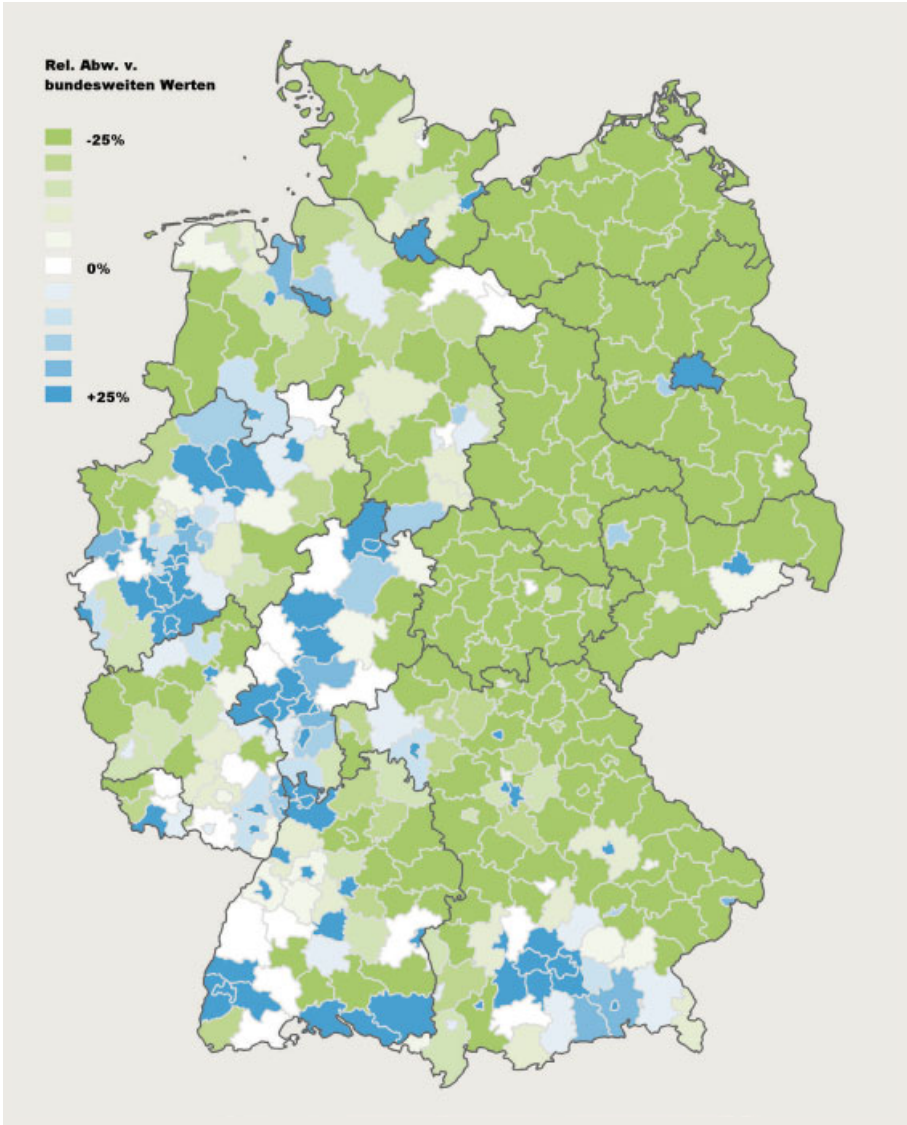


Abbildung 41 Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie (EBM 35.2xx) in Kreisen 2012

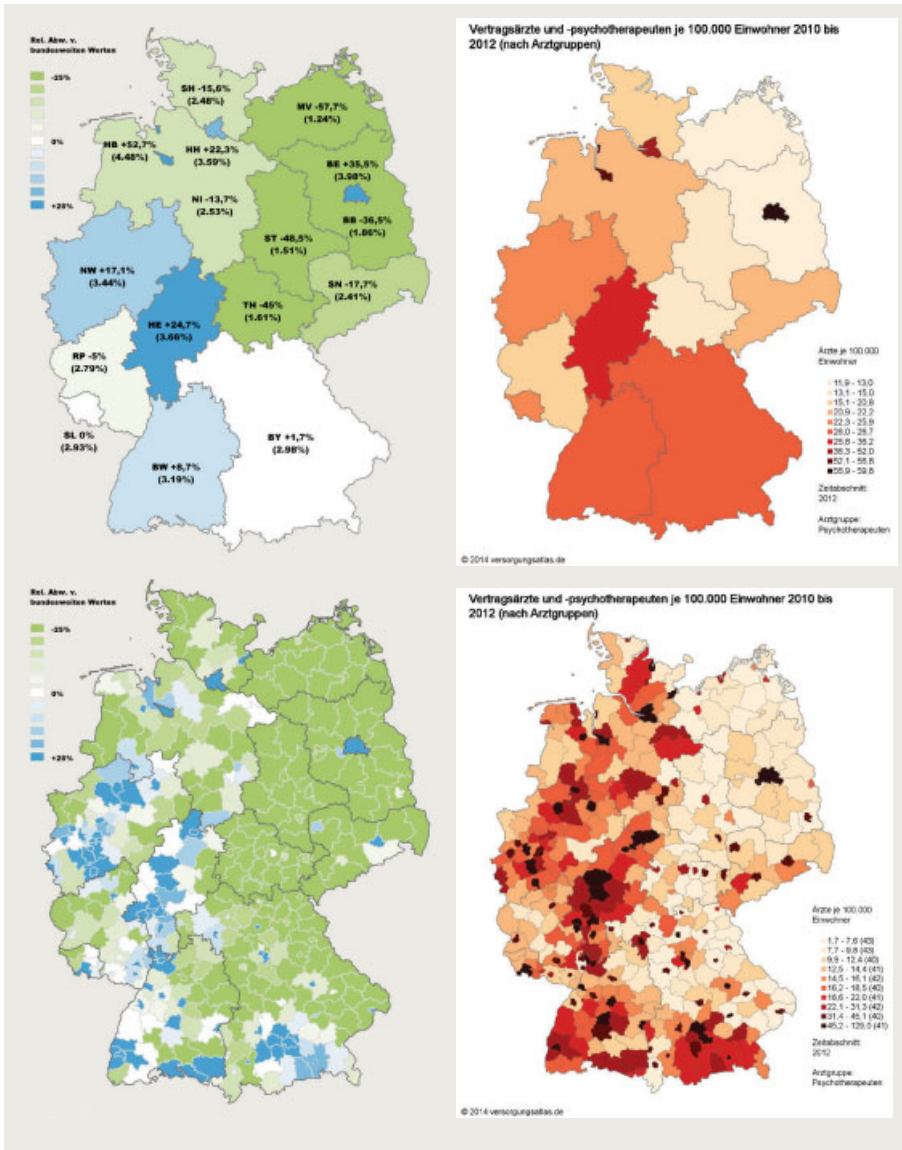


Abbildung 42 Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie versus Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner in Kreisen 2012

Quelle der Darstellung und Zahlen zu Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner in 2012: versorgungsatlas.de – Angebot des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI); Internetlink: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=1&uid=20>

Psychotherapie und Zahl der regional niedergelassenen Therapeuten

Abbildung 42 zeigt eine Gegenüberstellung der bereits zuvor erläuterten Karten zu Anteilen von Erwerbspersonen mit Behandlungen im Sinne einer Psychotherapie in Bundesländern und Kreisen (links) sowie von Kartendarstellungen zur Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner in Regionen Deutschlands im Jahr 2012 (rechts), die den Internetseiten des Versorgungsatlas entnommen wurden und dort bei Bedarf auch in höherer Abbildungsqualität als im vorliegenden Ausdruck eingesehen werden können.¹⁷

Trotz der unterschiedlichen Einfärbung beider Kartentypen wird auf den ersten Blick eine sehr hohe Übereinstimmung regionaler Muster der Inanspruchnahme sowie der populationsbezogenen „Therapeutendichte“ sichtbar. Bei einer statistischen Auswertung der Zahlen auf Kreisebene lässt sich für den Zusammenhang zwischen der „Therapeutendichte“ und der Therapierate bei Erwerbspersonen ein Bestimmtheitsmaß von $R^2 = 0,63$ errechnen. Sinngemäß bedeutet dieser Wert, dass sich 63 Prozent der regionalen Unterschiede (statistisch: der Varianz) hinsichtlich der Psychotherapieraten bei Annahme eines entsprechenden Ursache-Wirkungs-Zusammenhanges allein durch die regional unterschiedliche Therapeutendichte erklären ließen. Therapeutendichte und Psychotherapieraten zeigen damit zweifellos einen außergewöhnlich engen statistischen Zusammenhang.¹⁸ Bei Erwerbspersonen aus Wohnregionen mit relativ vielen Psychotherapeuten werden auch relativ häufig Psychotherapien durchgeführt, umgekehrt bei wenig Therapeuten wenig Therapien. In Heidelberg (Kreisnummer 08221) und Freiburg (Kreisnummer 08311) mit den höchsten Therapieraten (mehr als doppelt so hoch wie geschlechts- und altersabhängig erwartet) waren 2012 mit 129 und 116 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugleich auch die meisten Psychotherapeuten niedergelassen (mehr als viermal mehr als im Bundesdurchschnitt von 26,6 Therapeuten je 100.000 Einwohner).

Strenggenommen belegt dieser statistische Zusammenhang keinerlei Kausalitäten. Die Therapeutendichte könnte sowohl Ursache als auch (langfristige) Folge der Therapieinanspruchnahme sein, beide Parameter könnten zudem auch gemeinsam von

¹⁷ Der Versorgungsatlas bzw. die Internetpräsenz www.versorgungsatlas.de ist ein Angebot des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Zitat: „Der Versorgungsatlas bietet eine öffentlich zugängliche Informationsquelle zu einer stetig wachsenden Anzahl ausgewählter Themen aus der medizinischen Versorgung in Deutschland. Schwerpunkt des Versorgungsatlas sind regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung und deren Ursachen.“ Die Darstellungen entstammen der Informationszusammenstellung „Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner 2010 bis 2012 (nach Arztgruppen)“, zu finden unter folgendem Internetlink (Stand: 8/2014): <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=6&uid=20>

¹⁸ Der Zusammenhang erscheint auch deshalb außergewöhnlich eng, da die „Therapeutendichte“ auf der Ebene von Kreisen keinesfalls als ein sehr genaues Maß für die regionale Erreichbarkeit von Therapeuten gelten kann.

weiteren Faktoren abhängen. Erfahrungsgemäß spielen bei statistischen Zusammenhängen allgemein oft alle plausiblen Wirkrichtungen eine gewisse Rolle. Dass ohne akzeptable Erreichbarkeit eines Therapeuten keine Therapie stattfinden kann, liegt auf der Hand. Gleichfalls dürfte ein relatives Überangebot und die damit verbundenen Erleichterungen der Inanspruchnahme (z.B. durch eine schnellere Terminvergabe und geringe Wartezeiten) die Nachfrage in gewissen Grenzen auch steigern, weshalb die Therapeutendichte in jedem Fall zumindest partiell „ursächlich“ zur Inanspruchnahme beitragen dürfte.

Psychotherapie in unterschiedlichen Subgruppen von Erwerbspersonen

Psychotherapie nach Geschlecht und Alter

Abbildung 43 zeigt die Anteile der Erwerbspersonen, die innerhalb des Jahres eine Psychotherapie erhielten in Geschlechts- und Altersgruppen. Zahlenangaben sind Tabelle 23 zu entnehmen.

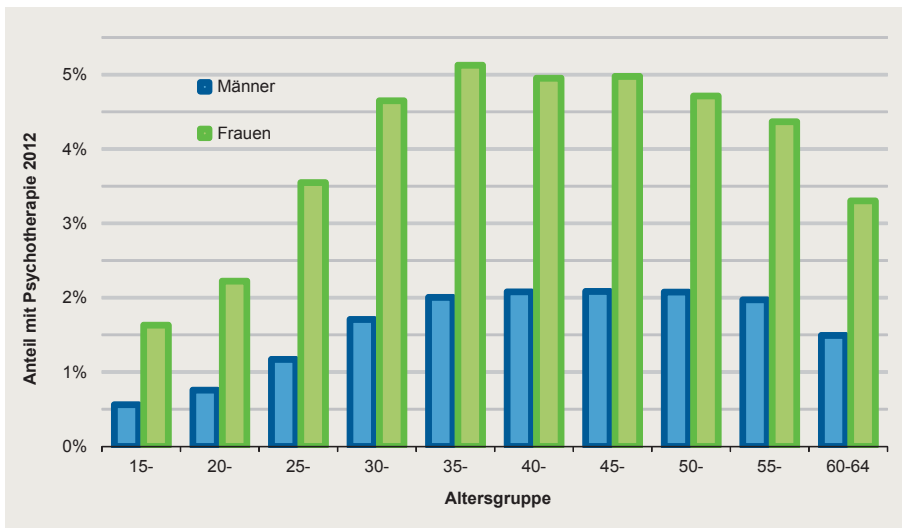


Abbildung 43 Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie nach Geschlecht und Alter 2012

Frauen waren in allen Altersgruppen erheblich häufiger von einer Psychotherapie als Männer betroffen. Tendenziell erhalten betroffene Frauen dabei durchschnittlich zudem auch eine etwas höhere Anzahl an Behandlungen. Am häufigsten werden Psychotherapien bei Erwerbspersonen aus mittleren Altersgruppen durchgeführt.

Tabelle 23 Psychotherapie – Betroffene und Behandlungen nach Geschlecht und Alter

BUNDESWEIT	Männer		Frauen		Gesamt	
Altersgruppe	Anteil Betr.	Anz. je Betr.	Anteil Betr.	Anz. je Betr.	Anteil Betr.	Anz. je Betr.
15 – 19 Jahre	0,56%	13,3	1,63%	13,6	1,02%	13,4
20 – 24 Jahre	0,76%	12,3	2,22%	13,0	1,45%	12,6
25 – 29 Jahre	1,17%	13,5	3,55%	14,8	2,29%	14,1
30 – 34 Jahre	1,71%	15,0	4,65%	15,1	3,03%	15,1
35 – 39 Jahre	2,01%	14,7	5,13%	14,9	3,42%	14,8
40 – 44 Jahre	2,08%	14,0	4,95%	14,4	3,40%	14,1
45 – 49 Jahre	2,08%	13,8	4,98%	14,2	3,44%	14,0
50 – 54 Jahre	2,08%	13,7	4,71%	13,9	3,33%	13,8
55 – 59 Jahre	1,97%	13,3	4,37%	13,1	3,08%	13,2
60 – 64 Jahre	1,49%	12,9	3,30%	13,0	2,23%	13,0
Gesamt	1,75%	13,9	4,32%	14,2	2,93%	14,1

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Anteil Betr.: Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien; Anzahl der abgerechneten Behandlungen je Betroffenen; vgl. auch Text.

Psychotherapie nach Berufsgruppen

Abbildung 44 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Anteile der Erwerbspersonen mit Teilnahme an einer Psychotherapie bei einer Differenzierung der Beschäftigten nach der zu Jahresbeginn ausgeübten Tätigkeit in sogenannten Berufsfeldern.¹⁹ Abhängig von der Art der Tätigkeit variieren die Therapieraten überraschend stark und merklich deutlicher als die Verordnung von Psychopharmaka (vgl. Abbildung 39 auf Seite 102). Ausgesprochen selten von einer Psychotherapie betroffen sind Beschäftigte aus einer Reihe von handwerklichen und vorrangig manuellen Berufen. Relativ hohe Raten in Sozial- und Erziehungsberufen und insbesondere bei Arbeitslosen entsprechen vor dem Hintergrund verhältnismäßig hoher Diagnoseraten in gewisser Weise den Erwartungen (vgl. Abbildung 35 auf Seite 89). Auffällig sind die hohen Raten bei Beschäftigten in Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen.

¹⁹ Aufgrund geringer Beschäftigtenzahlen in der Untersuchungspopulation zu Bergbauberufen sollten die dargestellten Ergebnisse zu diesen Beschäftigten nur zurückhaltend interpretiert werden.



Abbildung 44 Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie nach Berufsfeldern 2012

*Aufgrund geringer Beschäftigtenzahlen in der Untersuchungspopulation zu Bergbauberufen sollten die dargestellten Ergebnisse zu diesen Beschäftigten nur zurückhaltend interpretiert werden.

Häufigkeit der Psychotherapie

- Betrachtet wurden GKV-finanzierte Psychotherapien im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien. Formal handelt es sich dabei um antragspflichtige Leistungen, die vom Psychotherapeuten erst nach einer Begutachtung begonnen werden können. Für Kurzzeittherapien besteht bei vielen Psychotherapeuten mit längerer Berufserfahrung jedoch eine Befreiung von der Antragspflicht, was ggf. auch einen zeitnahen Therapiebeginn erleichtert.
- Innerhalb eines Jahres nahmen nach Abrechnungsdaten 2,93 Prozent aller Erwerbspersonen an einer Psychotherapie teil (Männer: 1,75%; Frauen: 4,32%), durchschnittlich wurden je Betroffenen rund 14 Behandlungen im Kalenderjahr abgerechnet, wobei es sich fast ausschließlich um Einzelbehandlungen und nur sehr selten um Gruppenbehandlungen handelte.
- Die psychotherapeutischen Behandlungsraten variieren abhängig vom Wohnort der Erwerbspersonen erheblich. Während in Mecklenburg-Vorpommern nur 1,24 Prozent der Erwerbspersonen eine Therapie erhielten, waren es in Bremen 4,48 Prozent (vgl. Abbildung 40 auf Seite 109). Eine maßgebliche Rolle dürfte dabei die Zahl der regional niedergelassenen Psychotherapeuten spielen. In Heidelberg und Freiburg mit den höchsten Therapieraten auf Kreisebene (mehr als doppelt so hoch wie geschlechts- und altersabhängig erwartet) waren 2012 mit 129 und 116 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugleich auch die meisten Psychotherapeuten niedergelassen (mehr als viermal mehr als der Bundesdurchschnitt von 26,6 Therapeuten je 100.000 Einwohner).
- Während Beschäftigte aus handwerklich-manuellen Berufen verhältnismäßig selten eine Psychotherapie erhalten, waren insbesondere auch Beschäftigte aus Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen auffällig häufig betroffen. Hierzu könnten bei Medien- und geisteswissenschaftlichen Berufen vorrangige Wohnorte der Beschäftigten in Großstädten mit höherer Therapeutenzahl beigetragen haben.

Psychotherapie und Verordnungen von Psychopharmaka bei unterschiedlichen Diagnosen psychischer Erkrankungen

Erwerbspersonen mit psychischen Problemen und Erkrankungen können in sehr unterschiedlichen Settings Unterstützung erfahren. In gravierenden Fällen können Krankenhausaufenthalte erforderlich sein (vgl. auch Tabelle 14 auf Seite 77). Im Rahmen der ambulanten Versorgung muss ggf. die Notwendigkeit einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung geklärt werden, sofern Probleme nicht anderweitig gelöst werden können. Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, wie häufig Erwerbspersonen mit bestimmten psychischen Störungen eine Psychotherapie oder Psychopharmaka erhalten.

Grundsätzlich lässt sich die zuvor umrissene Frage nach der Häufigkeit bestimmter Therapieformen bei bestimmten Erkrankungen auf der Basis von Daten einer Krankenkasse nicht einfach und zum Teil auch nur unscharf beantworten. Dies liegt zum einen daran, dass in Daten zu Arzneiverordnungen primär keine Informationen enthalten sind, weshalb ein bestimmtes Arzneimittel verordnet wurde. Zum anderen werden im Rahmen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung bei der Behandlung einzelner Patienten i.d.R. mehrere Diagnosen ohne eine besondere Gewichtung dokumentiert – welche der Diagnosen im Einzelfall den maßgeblichen Behandlungsanlass bildet, lässt sich den Daten dann zumeist nicht entnehmen.

Trotz dieser Schwierigkeiten wird in der nachfolgenden Tabelle 24 versucht, Anhaltspunkte für die Häufigkeit unterschiedlicher Therapieformen bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen zu liefern. Betrachtet wurden jeweils Gruppen von Erwerbspersonen, bei denen innerhalb des Jahres 2012 bestimmte Diagnose ambulant oder im Krankenhaus dokumentiert worden waren. Die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen oder Diagnosegruppen lässt sich der ersten Ergebnisspalte der Tabelle 14 auf Seite 77 entnehmen. Ausgewiesen wird in Tabelle 24 der Anteil der von einer Diagnose betroffenen Erwerbspersonen, der innerhalb desselben Jahres eine Psychotherapie erhielt (auch differenziert nach den drei unterschiedlichen Arten einer Psychotherapie) sowie der Anteil der Personen mit Verordnungen von Psychopharmaka. Die letzte Ergebnisspalte beinhaltet schließlich Angaben zur durchschnittlichen Verordnungsmenge an Psychopharmaka in definierten Tagesdosen (DDD) bezogen auf alle Erwerbspersonen mit der jeweils zeilenweise genannten Diagnose.

Tabelle 24 Erwerbspersonen mit Diagnosen psychischer Störungen – Anteil mit Psychotherapie sowie mit Verordnungen von Psychopharmaka 2012

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Personen mit genannten Diagnose: Anteil mit Psychotherapie				Psycho- pharmaka	
	Gesamt	tiefenp sych.	analy- tisch	Verhalt ensth.	Anteil	DDD
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	8,7%	4,0%	0,3%	4,5%	41,0%	122,0
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5,0%	2,3%	0,2%	2,6%	20,1%	52,2
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7,7%	3,5%	0,3%	4,0%	34,5%	101,0
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,1%	1,9%	0,2%	2,1%	16,0%	37,3
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	12,6%	5,2%	0,7%	6,9%	73,4%	323,2
F20 Schizophrenie	11,1%	4,5%	0,4%	6,3%	88,2%	422,3
F30-F39 Affektive Störungen	19,9%	9,2%	1,2%	9,7%	46,9%	121,5
F31 Bipolare affektive Störung	21,9%	9,2%	1,2%	11,9%	80,1%	370,1
F32 Depressive Episode	19,9%	9,2%	1,1%	9,9%	47,8%	122,9
F33 Rezidivierende depressive Störung	31,5%	14,0%	2,0%	16,1%	64,8%	223,9
F32, F33 Depressionen	19,9%	9,3%	1,1%	9,8%	47,5%	123,2
F34 Anhaltende affektive Störungen	31,5%	15,0%	3,3%	13,9%	56,9%	178,1
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12,4%	5,6%	0,7%	6,2%	27,7%	60,1
F40 Phobische Störungen	24,9%	7,7%	1,2%	16,3%	39,2%	111,8
F41 Andere Angststörungen	21,8%	9,6%	1,3%	11,2%	48,1%	126,2
F42 Zwangsstörung	39,0%	13,4%	3,1%	23,4%	62,2%	237,7
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	19,3%	9,0%	0,9%	9,7%	32,9%	67,8
F45 Somatoforme Störungen	10,6%	4,9%	0,6%	5,2%	25,9%	53,9
F48 Andere neurotische Störungen	13,1%	6,4%	0,9%	6,0%	28,6%	55,2
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	12,9%	5,7%	0,8%	6,6%	28,6%	69,3
F50 Essstörungen	29,0%	13,0%	2,5%	14,1%	38,8%	125,4
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	15,6%	6,9%	0,9%	7,9%	50,0%	111,0
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	26,2%	11,2%	2,6%	12,9%	45,3%	146,1
F60 Spez. Persönlichkeitsstörungen	34,7%	14,9%	3,9%	16,7%	56,5%	193,1
F70-F79 Intelligenzstörung	2,4%	0,8%	0,0%	1,6%	32,8%	114,7
F80-F89 Entwicklungsstörungen	4,9%	2,0%	0,2%	2,7%	22,1%	61,2

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Personen mit genannten Diagnose: Anteil mit Psychotherapie				Psycho- pharmaka	
	Gesamt	tiefen- psych.	analy- tisch	Verhalt ensth.	Anteil	DDD
F90-F98 Verhaltens- u. emot. Störungen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend	10,0%	4,2%	0,5%	5,5%	34,2%	90,8
F90 Hyperkinetische Störungen	10,5%	3,7%	0,5%	6,5%	45,0%	128,6
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychi- sche Störungen	12,5%	5,7%	0,7%	6,2%	27,7%	67,4
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkei- ten bei der Lebensbewältigung	15,2%	7,2%	0,6%	7,6%	28,9%	59,8
F00-F99 Insgesamt (ohne Z73)	9,9%	4,5%	0,6%	4,9%	25,3%	56,6

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), Auswertung mit Gewichtung von Beobachtungen entsprechend der Anzahl der Erwerbstätigen in Deutschland 2010 in Geschlechts- und Altersgruppen; Gesamt: beliebige psychotherapeutische Behandlung (EBM 35.2xx); tiefenpsych.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (35.20x); analytisch: Analytische Psychotherapie (35.21x); Verhaltensth.: Verhaltenstherapie (35.22x); vgl. auch Text.

Erwerbspersonen mit mindestens einer (beliebigen) Diagnose einer psychischen Störung im Sinne der ICD10-Klassifikation erhielten im selben Jahr zu 9,9 Prozent eine Psychotherapie und zu 25,3 Prozent mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung, die zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet wurde (vgl. letzte Zeile der Tabelle 24). Sie waren damit erwartungsgemäß sowohl von Psychotherapien als auch von Psychopharmaka-Verordnungen erheblich häufiger als Versicherte aus der Gesamtgruppe der Erwerbspersonen betroffen, welche 2012 nach bundesweiten Auswertungen zu 2,93 Prozent eine Psychotherapie erhielten und zu 8,34 Prozent mindestens ein Psychopharmakon und durchschnittlich 17,4 Tagesdosen entsprechender Medikamente verordnet bekamen (vgl. Tabelle 22 auf Seite 108 zu Psychotherapie sowie Tabelle 19 auf Seite 96 zu Psychopharmaka).

Noch seltener von einer Psychotherapie betroffen als die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen waren Erwerbspersonen mit der Diagnose einer Intelligenzstörung, welche an sich zweifellos keine Indikation für eine Psychotherapie darstellt und die zudem bei ggf. gleichzeitigem Vorliegen anderer psychischer Störungen eine Psychotherapie grundsätzlich eher erschweren dürfte.²⁰

Die höchste psychotherapeutische Behandlungsrate findet sich bei der hier gewählten Differenzierung von Erkrankungen für Erwerbspersonen mit **Zwangsstörungen** (ICD10 **F42**), von denen innerhalb des Jahres 39,0 Prozent psychotherapeutisch behandelt wurden. Dabei wurde gemäß der dokumentierten Abrechnungsziffern bei ei-

²⁰ Vermutlich dürfte es sich dabei zum Teil auch um Beschäftigte in beschützenden Werkstätten handeln.

nem überwiegenden Teil der Betroffenen eine Verhaltenstherapie durchgeführt. Zwangsstörungen bilden eine typische Indikation für eine Psychotherapie, weshalb das gefundene Ergebnis inhaltlich sehr plausibel erscheint. Mit 62,2 Prozent ausgesprochen häufig erhielten Erwerbspersonen mit Zwangsstörungen auch Psychopharmaka. Durchschnittlich wurden bei ihnen innerhalb eines Jahres 237,7 Tagesdosen entsprechender Arzneimittel verordnet – von Arzneiverordnungen Betroffene erhielten demnach durchschnittlich $237,7 / 0,622 = 382$ Tagesdosen Psychopharmaka.²¹

Erläuterungen zu Zwangsstörungen (F42) in der ICD10: Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. (...) Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, (...). Im allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

In einem noch erheblich größeren Umfang von Psychopharmaka-Verordnungen betroffen waren Personen mit der Diagnose einer **Schizophrenie (F20)** sowie Personen mit **bipolaren affektiven Störungen (F31)**, die ihrerseits klassische Indikationen für eine Pharmakotherapie, also eine medikamentöse Behandlung, darstellen. Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie erhalten verhältnismäßig selten eine Psychotherapie (zu 11,1 Prozent), Personen mit bipolaren affektiven Störungen demgegenüber erheblich häufiger (zu 21,9 Prozent).

²¹ Die Textstellen mit Erläuterungen zu einzelnen Diagnosen wurden wörtlich (und zum Teil mit Kürzungen) der aktuellen amtlichen Fassung der ICD10 entnommen, die auf den Internetseiten des DIMDI frei und bei Bedarf auch zu anderen Diagnosen verfügbar ist. Internetlink (Stand 8/2014): <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/index.htm>

Erläuterungen zur Schizophrenie (F20) in der ICD10: Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. (...) Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.

Erläuterungen zur bipolaren affektiven Störung (F31) in der ICD10: Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

Die drei zuvor näher erläuterten Diagnosen werden bei Erwerbspersonen verhältnismäßig selten gestellt (vgl. Tabelle 14 auf Seite 77). Die drei häufigsten Diagnosen bei Differenzierung auf der Ebene dreistelliger Schlüssel aus dem ICD10-Kapitel der psychischen Störungen bei Erwerbspersonen waren nach den Ergebnissen aus Tabelle 14 „Depressive Episoden“ (F32), „Somatoforme Störungen“ (F45) sowie „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) mit Anteilen betroffener Erwerbspersonen von 9,91, 9,77 und 7,27 Prozent.

Erwerbspersonen mit der Diagnose „**Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**“ (F43) erhielten zu 19,3 Prozent im Jahr der Diagnosedokumentation auch eine Psychotherapie, bei 32,9 Prozent wurden Psychopharmaka verordnet. Eine Untergruppe der Reaktionen auf schwere Belastungen bilden posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), welche durch Presseberichte zu Afghanistan-Einsätzen der Bundeswehr in den vergangenen Jahren verstärkt in das allgemeine Bewusstsein gerückt sind, jedoch keinesfalls ausschließlich ein Problem bei Soldaten darstellen.

Erläuterungen zu Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) in der ICD10: Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. (...) Im Gegensatz dazu [zu anderen Störungen] entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

Von Betroffenen mit der Diagnose **somatoformer Störungen (F45)** erhielten lediglich 10,6 Prozent eine Psychotherapie, 25,9 Prozent erhielten innerhalb des Jahres Psychopharmaka.

Erläuterungen zu somatoformen Störungen (F45) in der ICD10: Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Erwerbspersonen mit der Diagnose von **depressiven Episoden (F32)**, der am häufigsten dokumentierten psychischen Störung bei Erwerbspersonen auf der dreistelligen Differenzierungsebene von Diagnosen, erhielten 2012 zu 19,9 Prozent eine Behandlung im Sinne einer Psychotherapie. Mehr als doppelt so viele, nämlich 47,8 Prozent, wurden mit Psychopharmaka behandelt.

Erläuterungen zu depressiven Episoden (F32) in der ICD10: Bei den typischen (...) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Frühawachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Fokus Depressionen

Bei einer Betrachtung zu psychischen Problemen im Erwerbsalter bilden Depressionen weitgehend zwangsläufig einen Schwerpunkt. Keiner anderen Diagnose aus dem Kapitel der psychischen Störungen lassen sich mehr Arbeitsunfähigkeitstage zuordnen. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der Häufigkeit von Depressionen in unterschiedlichen Regionen sowie Versicherungsguppen und damit auch mit Risikofaktoren für Depressionen.

Depressionen werden in der ICD10-Klassifikation vorrangig mit den beiden Schlüsseln F32 „Depressive Episode“ sowie F33 „Rezidivierende depressive Störung“ codiert. Der Diagnose F32 „Depressive Episode“ waren dabei in den vergangenen Jahren zumeist mehr Fehltage als allen anderen dreistelligen ICD10-Diagnosen zuzuordnen. Erläuterungen zu Charakteristika depressiver Episoden gemäß ICD10 sind dem vorausgehenden Textabschnitt zu entnehmen. Rezidivierende depressive Störungen können bei einem wiederholten Auftreten depressiver Episoden diagnostiziert werden. Im Jahr 2012 waren nach den Auswertungen von Daten zur ambulanten und stationären Versorgung bundesweit 10,9 Prozent der Erwerbspersonen von einer Depression im Sinne der Diagnosen F32 und/oder F33 betroffen (vgl. Tabelle 25 auf

Seite 125). Lediglich 2,04 Prozent der Erwerbspersonen waren innerhalb des Jahres mit einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet, also nur etwa eine von 50 Erwerbspersonen beziehungsweise jede 5. Person mit einer Depressionsdiagnose. Durchschnittlich wurden je 100 Erwerbspersonen 146 AU-Tage mit der Diagnose von Depressionen erfasst, also knapp 1,5 Tage je Person. Von den insgesamt 3,14 Fehltagen mit Diagnosen psychischer Störungen entfielen damit 46,3 Prozent auf Depressionen. Von den durchschnittlich 16,7 Gesamtfehltagen je Erwerbsperson 2012 waren in der hier betrachteten Population 8,7 Prozent Depressionen zuzuschreiben. Bei den 2,04 Prozent Erwerbspersonen mit Arbeitsunfähigkeit(en) aufgrund von Depressionen wurden innerhalb des Jahres durchschnittlich 71 Fehltag mit entsprechenden Diagnosenennungen erfasst.²² In einem Krankenhaus wurden innerhalb des Jahres 0,41 Prozent der Erwerbspersonen stationär aufgrund von Depressionen behandelt – also etwa 4 von je 1.000 Erwerbspersonen.²³

Regionale Variationen

Diagnosen von Depressionen

Im Hinblick auf die allgemeine regionale Häufigkeit der Diagnosen von Depressionen zeigt sich ein verhältnismäßig klares Muster. Deutlich seltener als im Bundesdurchschnitt wurden Depressionen in allen neuen Bundesländern diagnostiziert, überdurchschnittlich häufig waren nach Auswertungen auf Bundeslandebene insbesondere Erwerbspersonen in südlich gelegenen (alten) Bundesländern sowie in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg betroffen (vgl. Tabelle 25 sowie insbesondere auch Abbildung 45 auf Seite 126). In den neuen Bundesländern werden bundesweit ermittelte Diagnoseraten um rund ein Fünftel unterschritten, in Bayern und Baden-Württemberg demgegenüber um 9 und in Berlin und Hamburg um 14 sowie 21 Prozent überschritten. Während nach den geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Sachsen-Anhalt 2012 bei lediglich 8,1 Prozent der Erwerbspersonen eine Depressionsdiagnose dokumentiert wurde, waren in Hamburg 13,3 Prozent betroffen.

Ergebnisse auf der Ebene der Bundesländer zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten sowie zu Krankenhausbehandlungen mit einer Diagnose von Depressionen aus Tabelle 25 zeigen auf den ersten Blick eine Reihe von Abweichungen von den zuvor

²² Dieser Wert resultiert, wenn man berücksichtigt, dass sich die durchschnittlich rund 1,5 AU-Tage je Erwerbsperson lediglich auf 2 Prozent der Erwerbspersonen verteilen und damit die Betroffenen rund 50 Mal mehr AU-Tage aufweisen müssen.

²³ Nur Aufenthalte in Akutkrankenhäusern, Aufenthalte in Reha-Kliniken nicht einbezogen.

auch in Karten dargestellten Gesamtdiagnoseraten, welche ihrerseits vorrangig aus der Diagnosevergabe im Rahmen der allgemeinen ambulanten ärztlichen Versorgung resultieren und weniger von den vergleichsweise seltenen Arbeitsunfähigkeits- oder Krankenhausdiagnosen beeinflusst sind. Trotz eines überdurchschnittlichen Anteils an Erwerbspersonen mit einer Diagnose von Depressionen werden in Bayern und Baden-Württemberg weniger Erwerbspersonen als im Bundesdurchschnitt aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig gemeldet. Dies dürfte maßgeblich auch von allgemeinen regionalen Besonderheiten hinsichtlich der Krankschreibungshäufigkeit beeinflusst sein, im Falle von Bayern und Baden-Württemberg durch die traditionell geringen Krankschreibungshäufigkeiten.

Tabelle 25 Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Bundesländern 2012

ICD10 F32, F33	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle*	Tage
Baden-Württemberg	11,97%	11,78%	1,76%	0,38%	1,76	114,7
Bayern	11,94%	11,75%	1,85%	0,38%	1,82	122,4
Berlin	12,46%	12,25%	2,35%	0,31%	2,26	161,3
Brandenburg	8,89%	8,66%	2,07%	0,39%	1,97	146,7
Bremen	11,37%	11,23%	2,12%	0,40%	1,98	157,6
Hamburg	13,26%	13,03%	2,56%	0,60%	2,27	237,1
Hessen	11,44%	11,21%	2,00%	0,39%	1,99	133,8
Mecklenburg-Vorpommern	8,85%	8,63%	2,08%	0,40%	1,96	149,3
Niedersachsen	10,73%	10,53%	1,93%	0,36%	1,83	136,9
Nordrhein-Westfalen	11,12%	10,89%	2,17%	0,48%	2,02	167,6
Rheinland-Pfalz	11,51%	11,28%	2,10%	0,42%	2,05	139,2
Saarland	11,46%	11,25%	2,15%	0,37%	1,97	156,4
Sachsen	8,65%	8,42%	1,86%	0,27%	1,77	125,7
Sachsen-Anhalt	8,13%	7,94%	1,87%	0,38%	1,85	125,1
Schleswig-Holstein	11,10%	10,87%	2,39%	0,49%	2,21	183,5
Thüringen	8,98%	8,78%	2,05%	0,36%	2,00	123,2
BUNDESWEIT	10,94%	10,73%	2,04%	0,41%	1,95	145,6

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. Text mit weiteren Erläuterungen.

* Hinweis zur Fallzahlermittlung: Als Fälle werden nur diejenigen Arbeitsunfähigkeiten gezählt, die innerhalb des betrachteten Kalenderjahres neu beginnen. Bedingt durch diese Zählweise und über den Jahreswechsel andauernde Fälle können Betroffenenraten je 100 Personen über den Fallzahlen je 100 liegen.

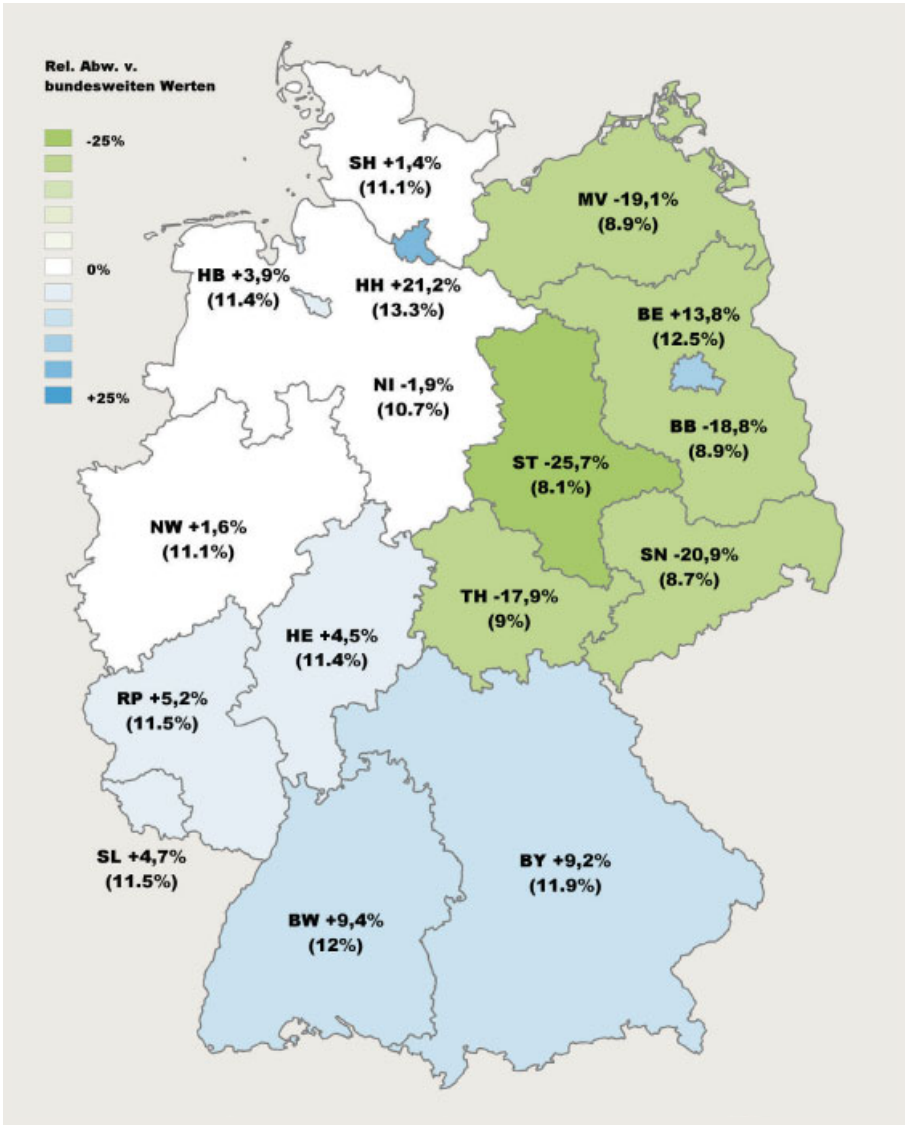


Abbildung 45 Anteil Erwerbspersonen mit der Diagnose von Depressionen (ICD10 F32, F33) in Bundesländern 2012

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: Anteil der Erwerbspersonen mit mindestens einmaliger (gesicherter) ambulant oder stationär vergebener Diagnose von Depressionen (ICD10 F32 und/oder F33).

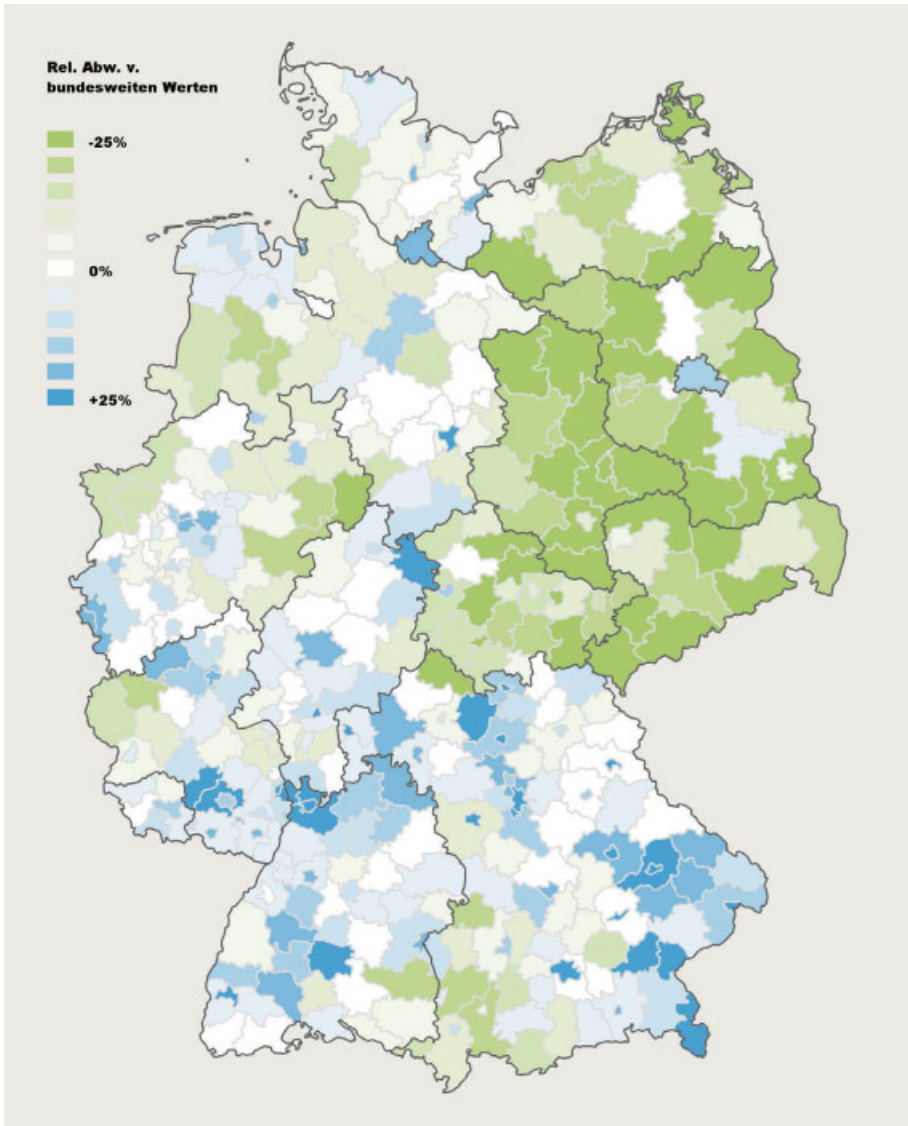


Abbildung 46 Anteil Erwerbspersonen mit der Diagnose von Depressionen (ICD10 F32, F33) in Kreisen 2012

In den neuen Bundesländern zeigen auch (indirekt geschlechts- und altersstandardisierte) Auswertungen mit einer regionalen Differenzierung auf Kreisebene nahezu durchgängig unterdurchschnittliche Diagnoseraten (vgl. Abbildung 46). Ergebnisse in den alten Bundesländern erscheinen demgegenüber erheblich heterogener. Insbesondere bei der Betrachtung Bayerns mit einer räumlichen Gliederung in viele Kreise und kreisfreie Städte lässt sich beobachten, dass Depressionen in städtischen Gebieten oftmals häufiger als im jeweiligen Umland diagnostiziert werden. Dies gilt auch für München (Kreisnummer 09162). Dort waren nach direkt geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen 13,9 Prozent der Erwerbspersonen von Depressionsdiagnosen und damit anteilig noch mehr als in Hamburg betroffen.²⁴

Verordnungen von Antidepressiva

Innerhalb des Jahres 2012 erhielten nach bundesweiten Auswertungen insgesamt 6,64 Prozent aller Erwerbspersonen Antidepressiva. Tabelle 26 sowie Abbildung 47 ab Seite 129 zeigen Ergebnisse zu Verordnungsraten in einzelnen Bundesländern. Nach den Ergebnissen erhielten in den neuen Bundesländern – im Einklang mit Befunden bezüglich der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen – durchgängig weniger Erwerbspersonen Antidepressiva als im Bundesdurchschnitt. Andere Ergebnisse zu Verordnungshäufigkeiten zeigen bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse zu Diagnoseraten auch merkliche Abweichungen (vgl. auch Abbildung 45). So wurden beispielsweise in Hamburg, gemessen an der relativ häufigen Diagnose von Depressionen, nur verhältnismäßig wenige Erwerbspersonen mit Antidepressiva behandelt. Mitverantwortlich hierfür könnte die höhere Verfügbarkeit therapeutischer Alternativen – insbesondere in Form psychotherapeutischer Behandlungsoptionen – in den Metropolen wie Hamburg oder Berlin sein.

Abbildung 48 auf Seite 131 zeigt Ergebnisse zu Verordnungsraten von Antidepressiva bei Erwerbspersonen in einzelnen Kreisen. Dargestellt sind relative Abweichungen der regional beobachteten von den aufgrund der Geschlechts- und Altersstruktur regional erwarteten Raten (im Sinne einer indirekten Standardisierung)²⁵. Vergleicht man die regionalen Verordnungsmuster mit regionalen Variationen der Depressionsdiagnosehäufigkeit auf Kreisebene in Abbildung 46 auf Seite 127, zeigen sich insgesamt verhältnismäßig gute Übereinstimmungen. Trotz einiger Ausnahmen, wie der

²⁴ Üblicherweise werden im Report Kennwerte zu Kreisen in Form indirekt standardisierter Ergebnisse ausgewiesen, um auch bei kleineren Kreisen methodisch robust ermittelte Ergebnisse ausweisen zu können. Da für den Kreis München (09162) auf Daten zu mehr als 50.000 Personen zurückgegriffen werden konnte, konnten – wie bei Auswertungen zu Bundesländern – ohne methodische Bedenken auch direkt standardisierte Werte ermittelt werden.

²⁵ Vgl. auch methodische Erläuterungen ab Seite 188.

bereits erwähnten geringen Verordnungsraten in Hamburg, zeigt sich insgesamt ein relativ enger Zusammenhang zwischen der regionalen Häufigkeit von diagnostizierten Depressionen und der Verordnung von Antidepressiva.²⁶ Antidepressiva werden vorrangig dort gehäuft verordnet, wo Depressionen gehäuft diagnostiziert werden.

Tabelle 26 Antidepressiva – Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Bundesländern

ATC N06A	Männer		Frauen		Gesamt	
Bundesland	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person
Baden-Württemberg	5,01%	11,46	8,54%	17,97	6,63%	14,46
Bayern	5,28%	12,85	8,81%	19,92	6,91%	16,10
Berlin	4,06%	9,60	7,92%	18,58	5,84%	13,74
Brandenburg	3,18%	7,08	7,59%	16,45	5,21%	11,39
Bremen	4,41%	9,54	8,02%	17,96	6,07%	13,42
Hamburg	5,00%	11,28	8,93%	19,14	6,81%	14,90
Hessen	5,02%	11,21	8,63%	18,63	6,68%	14,63
Mecklenburg-Vorpommern	3,44%	8,22	7,77%	17,27	5,43%	12,39
Niedersachsen	4,87%	10,68	8,56%	17,20	6,57%	13,68
Nordrhein-Westfalen	5,52%	12,44	9,42%	19,60	7,32%	15,74
Rheinland-Pfalz	5,87%	12,97	9,72%	20,18	7,64%	16,29
Saarland	5,71%	11,43	10,16%	19,11	7,76%	14,97
Sachsen	3,81%	9,04	7,54%	17,54	5,53%	12,96
Sachsen-Anhalt	3,22%	6,49	7,67%	15,25	5,27%	10,53
Schleswig-Holstein	4,90%	10,66	8,95%	18,20	6,77%	14,14
Thüringen	3,63%	8,73	8,17%	18,17	5,72%	13,08
BUNDESWEIT	4,87%	11,05	8,70%	18,56	6,64%	14,51

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ant.: Anteil; DDD: Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis); berücksichtigt wurden Arzneiverordnungen mit ATC-Schlüssel N06A; vgl. auch Text mit weiteren Erläuterungen.

²⁶ Statistisch lässt sich bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse ein Korrelationskoeffizient von $r = 0,75$ beziehungsweise ein Bestimmtheitsmaß von $R^2 = 0,57$ ermitteln.

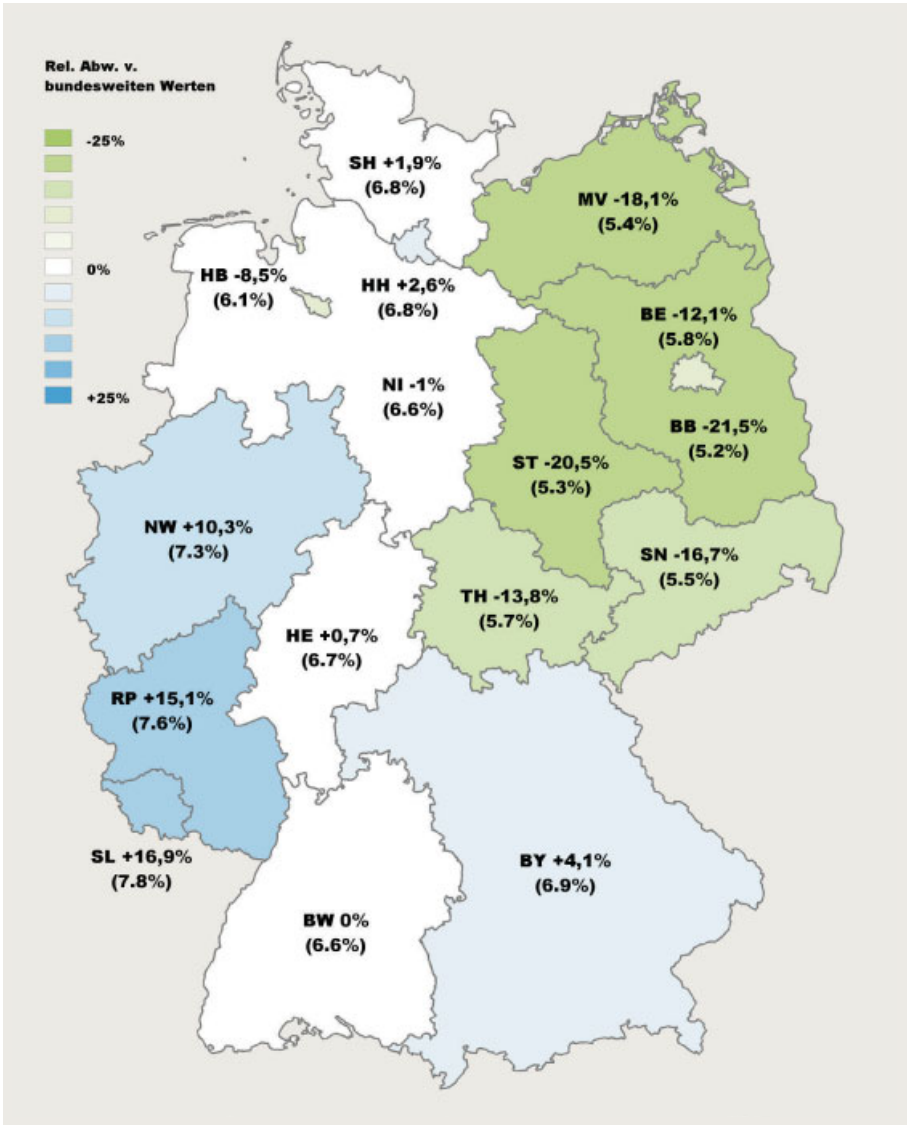


Abbildung 47 Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antidepressiva (ATC N06A) in Bundesländern 2012

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen; Angaben in Klammern: Anteil der Erwerbspersonen mit mindestens einer Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A).

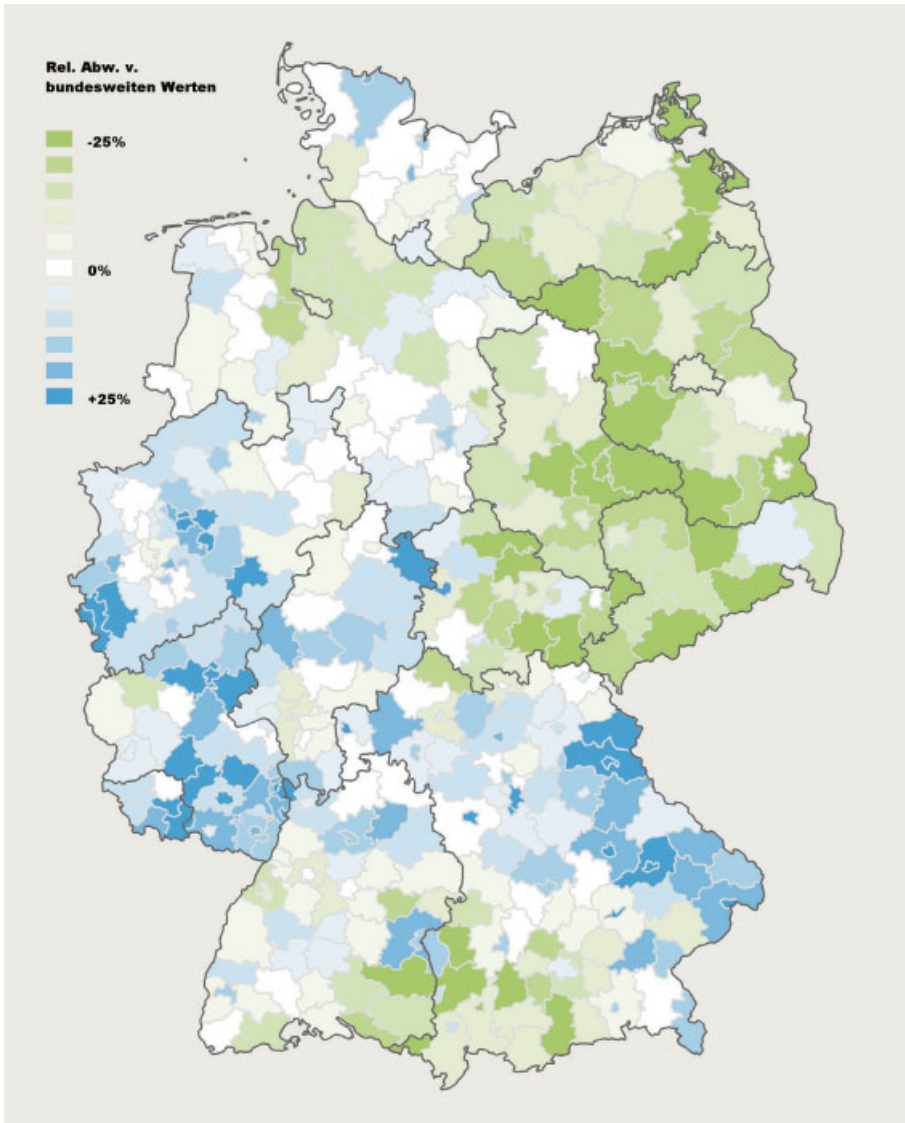


Abbildung 48 Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antidepressiva (ATC N06A) in Kreisen 2012

Depressionen in unterschiedlichen Subgruppen von Erwerbspersonen

Abhängigkeit von Geschlecht und Alter

Abbildung 49 zeigt den Anteil der innerhalb des Jahres 2012 von Depressionsdiagnosen ambulant und/oder stationär betroffenen Erwerbspersonen in Geschlechts- und Altersgruppen. Zahlenwerte sind Tabelle A18 und Tabelle A19 im Anhang auf Seite 214 zu entnehmen, welche zudem auch Ergebnisse zu Diagnoseraten aus unterschiedlichen Bereichen sowie zu Fehlzeiten mit Depressionen enthalten. Geschlechtsübergreifend ermittelte Ergebnisse finden sich in Tabelle 27 auf Seite 133.

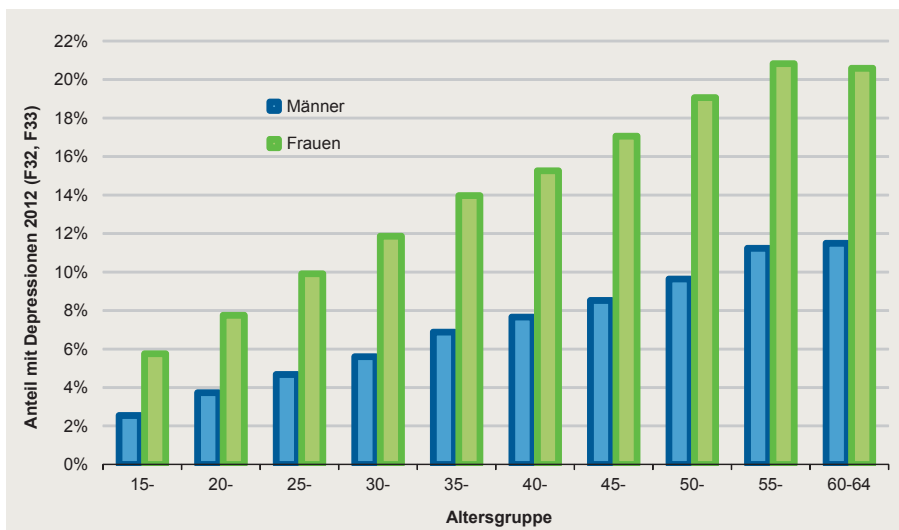


Abbildung 49 Anteil Erwerbspersonen mit Depressionen nach Geschlecht und Alter 2012

Im Alter zwischen 15 bis unter 60 Jahren werden Depressionen mit stetig zunehmender Häufigkeit dokumentiert. Frauen sind in allen Altersgruppen erheblich häufiger als Männer von Depressionen betroffen. Vor Erreichen des regulären Renteneintrittsalters wird die Diagnose bei mehr als 10 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen erfasst. Eine stetige Zunahme zeigt sich auch im Hinblick auf die mit der Diagnose einer Depression gemeldeten Fehlzeiten (vgl. Tabelle 27). Während in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich erst 37,2 AU-Tage je 100 Personen, also knapp 0,4 Tage je Person erfasst wurden, waren es im Alter zwischen 60 bis unter 65 Jahren 241 AU-Tage je 100 Personen, also fast zweieinhalb Tage je Person.

Tabelle 27 Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Alter

ICD10 F32, F33 BUNDESWEIT	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
Altersgruppe	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle	Tage
15 – 19 Jahre	3,92%	3,77%	1,02%	0,26%	1,19	37,2
20 – 24 Jahre	5,64%	5,46%	1,30%	0,33%	1,41	61,1
25 – 29 Jahre	7,14%	6,97%	1,46%	0,34%	1,48	85,3
30 – 34 Jahre	8,42%	8,26%	1,54%	0,33%	1,51	98,7
35 – 39 Jahre	10,09%	9,91%	1,85%	0,39%	1,79	127,8
40 – 44 Jahre	11,16%	10,94%	2,07%	0,43%	1,95	146,0
45 – 49 Jahre	12,51%	12,29%	2,30%	0,47%	2,17	165,2
50 – 54 Jahre	14,13%	13,87%	2,55%	0,49%	2,37	196,3
55 – 59 Jahre	15,65%	15,36%	2,87%	0,48%	2,66	229,7
60 – 64 Jahre	15,22%	14,92%	2,67%	0,31%	2,32	241,1
Gesamt	10,94%	10,73%	2,04%	0,41%	1,95	145,6

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen.

Tabelle 28 Antidepressiva – Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Alter

ATC N06A	Männer		Frauen		Gesamt	
BUNDESWEIT	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person	Ant. Betr.	DDD je Person
15 – 19 Jahre	1,16%	1,54	2,72%	2,84	1,83%	2,09
20 – 24 Jahre	1,99%	3,24	3,86%	6,11	2,88%	4,60
25 – 29 Jahre	2,80%	5,63	5,03%	10,03	3,85%	7,71
30 – 34 Jahre	3,52%	7,97	6,18%	13,13	4,72%	10,29
35 – 39 Jahre	4,49%	10,56	7,60%	16,71	5,90%	13,35
40 – 44 Jahre	4,97%	11,45	8,94%	19,73	6,80%	15,27
45 – 49 Jahre	5,66%	13,13	10,25%	22,55	7,81%	17,54
50 – 54 Jahre	6,39%	15,07	11,72%	25,51	8,93%	20,05
55 – 59 Jahre	7,61%	17,95	13,32%	28,81	10,24%	22,95
60 – 64 Jahre	7,26%	15,67	12,60%	26,11	9,45%	19,94
Gesamt	4,87%	11,05	8,70%	18,56	6,64%	14,51

BARMER GEK 2012, vgl. auch Text zur vorausgehenden Tabelle; Ant.: Anteil; DDD: Defined Daily Dose (definierte Tagesdosis); berücksichtigt wurden Arzneiverordnungen mit ATC-Schlüssel N06A.

Tabelle 28 auf Seite 133 zeigt Ergebnisse zur Verordnung von **Antidepressiva** differenziert nach Geschlechts- und Altersgruppen. Gemessen an den insgesamt von Depressionsdiagnosen betroffenen Erwerbspersonen liegen die Verordnungsraten der Antidepressiva in allen Altersgruppen merklich niedriger. Im Vergleich zu der relativ kleinen Gruppe der Erwerbspersonen, die aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig gemeldet wird, ist die Gruppe der mit Antidepressiva behandelten Personen jedoch merklich größer. Während 2012 lediglich 2,04 Prozent der Personen von einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeit betroffen waren, erhielten im selben Jahr mit 6,64 Prozent gut dreimal mehr Erwerbspersonen Antidepressiva (welche allerdings auch nicht ausschließlich bei Depressionen verordnet werden können).

Auch von den Antidepressiva-Verordnungen sind Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen (altersübergreifend 8,70 Prozent vs. 4,87 Prozent), im Alter zwischen 15 bis unter 60 Jahre steigt die geschlechtsübergreifend ermittelte Verordnungsraten um mehr als den Faktor 5 von 1,83 Prozent auf 10,24 Prozent. Mehr als jede 10. Erwerbsperson im fortgeschrittenen Erwerbsalter wurde demnach mit Antidepressiva behandelt bzw. erhielt entsprechende Arzneiverordnungen auf Rezept. Durchschnittlich wurden bei den Betroffenen ab einem Alter von 30 Jahren dabei jeweils Mengen für typische Behandlungen mit Antidepressiva über mehr als 200 Tage verordnet, lediglich in den jüngsten beiden Altersgruppen lag die Verordnungsmenge gemessen in definierten Tagesdosen (DDD) merklich niedriger.²⁷

Abhängigkeit vom Beruf

Abbildung 50 auf Seite 135 zeigt Angaben zu Anteilen der Erwerbspersonen mit der **Diagnose von Depressionen** sowie mit Arbeitsunfähigkeiten unter entsprechenden Diagnosen bei Beschäftigten in Gruppen nach einer Zuordnung zu Berufsfeldern. Die Anteile der Erwerbspersonen mit der Diagnose von Depressionen in Berufsfeldern wurden bereits zuvor in Abbildung 35 auf Seite 89 dargestellt – dort in einer Gegenüberstellung mit Ergebnissen zu psychischen Störungen insgesamt. Grundsätzlich zeigen sich bei Ergebnissen zu psychischen Störungen insgesamt sowie zu Depressionen ähnliche tätigkeitsabhängige Unterschiede. Auch der Anteil Beschäftigter mit der Diagnose von Depressionen variiert nach den Ergebnissen von geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen mäßig, hier zwischen 8,2 Prozent bei Beschäftigten in Bau-, Bauneben- und Holzberufen und 13,2 Prozent in der Gruppe „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“.

²⁷ Aus den in der Tabelle genannten Werten lassen sich die durchschnittlichen Verordnungsmengen wie folgt berechnen (Beispiel zum geschlechtsübergreifenden Gesamtergebnis unten rechts in der Tabelle): Durchschnittliche Verordnungsmenge [in DDD] = $14,51 / 0,0664 = 218,5$.



Abbildung 50 Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose von Depressionen nach Berufsfeldern

*Aufgrund geringer Beschäftigtenzahlen in der Untersuchungspopulation zu Bergbauberufen sollten die dargestellten Ergebnisse zu diesen Beschäftigten nur zurückhaltend interpretiert werden.

Eine merklich höhere Diagnoserate als Berufstätige weisen auch im Hinblick auf Depressionen Personen auf, die (zumindest zu Beginn des Jahres) als Arbeitslose bzw. als Arbeitslosengeld-I-Empfänger versichert waren (Balken zu Arbeitslosen in Abbildung verkürzt dargestellt). Arbeitslose sind demnach erheblich häufiger von Depressionen als Berufstätige betroffen.

Arbeitsunfähigkeiten mit der Diagnose Depressionen betreffen, wie bereits zuvor festgestellt, nur etwa ein Fünftel derjenigen Personen, bei denen innerhalb des Jahres die Diagnose Depressionen dokumentiert wurde. Dies gilt annähernd auch für Beschäftigte in den einzelnen Berufsfeldern. Bei insgesamt deutlich geringeren Betroffenenraten zeigen insofern auch Auswertungen zu Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten vergleichbare relative Unterschiede zwischen Beschäftigten in einzelnen Berufsfeldern wie Auswertungen zu den häufigeren, im Rahmen der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung vergebenen Depressionsdiagnosen.

Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Erwerbspersonen

Der vorliegende und abschließende Abschnitt zum Thema Depressionen befasst sich nochmals explizit mit den Arbeitsunfähigkeiten und dabei mit der Verteilung der Fehlzeiten auf Erwerbspersonen. Nur ein Teil der Erwerbspersonen wird innerhalb eines Jahres krankgeschrieben, bedingt durch unterschiedlich lang andauernde Krankmeldungen verteilen sich die Fehlzeiten auch unter den von einer Arbeitsunfähigkeit betroffenen Erwerbspersonen noch sehr ungleich. Dies gilt in besonderem Maße für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen, wie die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zeigen.

Erste Hinweise auf die allgemeine Verteilung der Arbeitsunfähigkeiten sind den Routineauswertungen zu entnehmen. So finden sich in Tabelle 7 auf Seite 21 traditionell Angaben zur Verteilung der AU-Fälle und -Tage nach Falldauer. Betrachtet werden dabei als „Beobachtungseinheiten“ Arbeitsunfähigkeitsfälle. Demgegenüber basieren allerdings die meisten Auswertungen im vorliegenden Schwerpunkt Kapitel auf Auswertungen, bei denen Personen die primären Beobachtungseinheiten bilden. Dies ist erforderlich, um Maße wie Betroffenenraten (z.B. den Anteil der Erwerbspersonen mit der Diagnose einer Depression) berechnen zu können. Ein entsprechendes Vorgehen wird im Routineteil lediglich bei der Berechnung der AU-Quoten verwendet, andere Maßzahlen werden bezogen Versicherungsjahre berechnet (vgl. Tabelle 1 auf Seite 8, sowie Erläuterungen zu Kennzahlen im Anhang ab Seite 177).

Von mindestens einer **Arbeitsunfähigkeit mit beliebiger Diagnose** betroffen waren 2012, wie bereits in Tabelle 1 im Routineteil des Reportes ausgewiesen, insgesamt 55 Prozent der Erwerbspersonen, 45 Prozent waren innerhalb des Jahres entsprechend überhaupt nicht arbeitsunfähig gemeldet. Bezogen ausschließlich auf die Betroffenen waren diese innerhalb des Jahres durchschnittlich 30,3 Tage arbeitsunfähig gemeldet, der Median²⁸ der Arbeitsunfähigkeitszeit lag bei lediglich 12 AU-Tagen, was bereits auf eine recht ungleiche (statistisch „schiefe“) Verteilung der Fehlzeiten auf Betroffene hindeutet. Ergebnisse zur Verteilung der Gesamtfehlzeiten sind im oberen Teil der Abbildung 51 auf Seite 138 dargestellt, noch weiter differenzierte Zahlenangaben sind der nachfolgenden Tabelle 29 zu entnehmen.

²⁸ Der Median ist – vergleichbar dem Mittelwert – ein statistischer Kennwert für die „zentrale Tendenz“. Es ist der Messwert, der bei 50 Prozent aller Beobachtungen (hier Personen) unterschritten oder erreicht wird und zugleich bei 50 Prozent der Beobachtungen erreicht oder überschritten wird, also sinngemäß der „mittlere Messwert“, wenn man die der Größe nach sortierten Messwerte betrachtet.

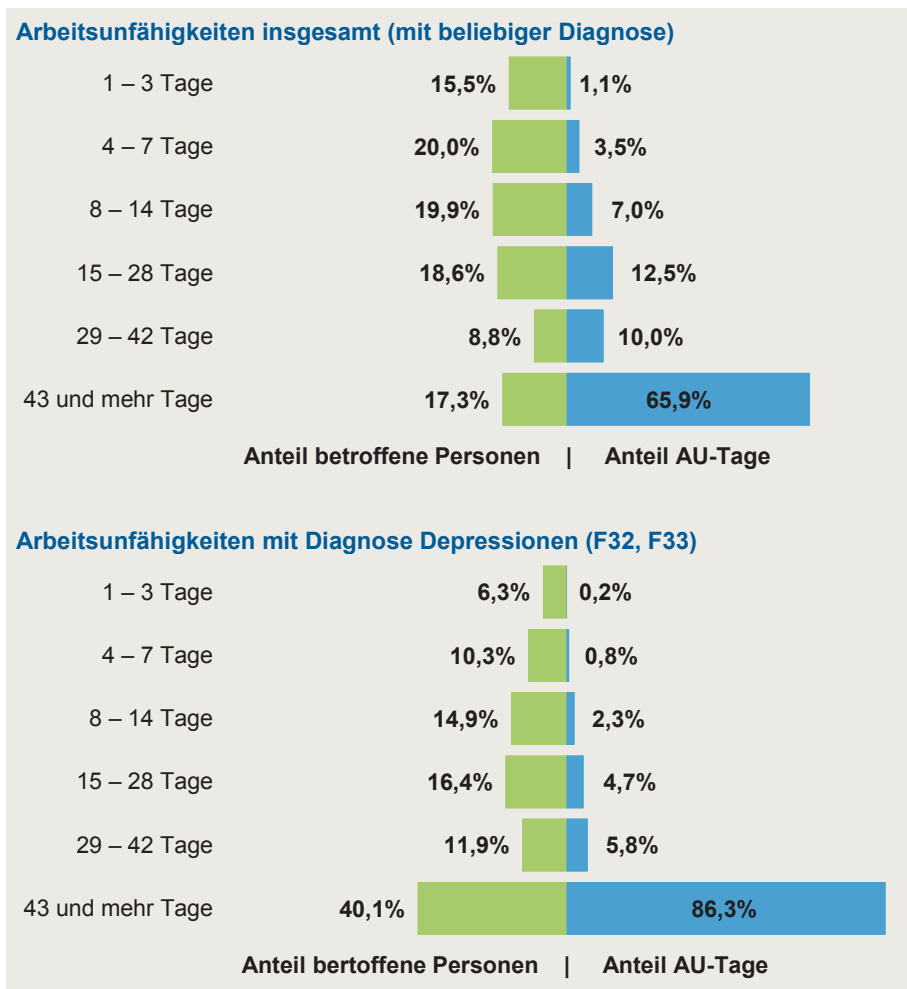


Abbildung 51 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Betroffene nach Gesamtdauer der 2012 erfassten AU-Tage

Bei den Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten mit beliebiger Diagnose lässt sich feststellen, dass ein Großteil der Betroffenen innerhalb des Jahres insgesamt (ggf. auch unter Einbeziehung mehrerer Krankschreibungen) nur verhältnismäßig wenige Tage arbeitsunfähig gemeldet ist und diese Tage in der Summe nur einen verhältnismäßig kleinen Anteil der erfassten Fehlzeiten ausmachen. Demgegenüber ist ein relativ kleiner Anteil der Betroffenen von 17,3 Prozent (entsprechend einem Anteil von nur 9,5 Prozent an allen Erwerbspersonen) für 65,9 Prozent und damit für nahe-

zu zwei Drittel aller erfassten Fehltagel verantwortlich zu machen. Bereits bei diagnoseübergreifenden Auswertungen konzentrieren sich die gemeldeten Fehlzeiten vorrangig auf verhältnismäßig wenige Personen (mit relativ langen Fehlzeiten).

Von (mindestens) einer **Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Depressionen** waren 2012, wie einleitend erwähnt, insgesamt lediglich 2,04 Prozent der Erwerbspersonen betroffen, im Durchschnitt waren Betroffene (ggf. auch im Rahmen mehrerer Krankenschreibungen) über einen Zeitraum von 71,2 Tagen aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig gemeldet, der Median der AU-Dauer lag bei Betroffenen bei 30 AU-Tagen. Auch hier deutet sich eine ungleiche Verteilung der Fehlzeiten auf Betroffene an, wobei sowohl die durchschnittliche Dauer als auch der Median der diagnosespezifischen Arbeitsunfähigkeitsdauer deutlich über den entsprechenden Werten bei diagnoseübergreifenden Auswertungen liegen.

59,9 Prozent der Betroffenen mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen waren innerhalb des Jahres weniger als 43 Tage wegen Depressionen arbeitsunfähig gemeldet, auf diese Personen entfielen lediglich 13,7 Prozent der entsprechenden Fehltagel. Den 40,1 Prozent der Erwerbspersonen mit 43 und mehr AU-Tagen ließ sich demgegenüber 86,3 Prozent (und damit für der weit überwiegende Teil) der gesamten Fehlzeiten aufgrund von Depressionen zuschreiben (vgl. unteren Teil der Abbildung 51 auf Seite 138).

Mit 50,3 Prozent noch etwa die Hälfte der insgesamt unter einer Diagnose von Depressionen erfassten Fehltagel ließ sich 2012 den 13,0 Prozent der Betroffenen zuordnen, die innerhalb des Jahres über mehr als 182 Tage, also mehr als ein halbes Jahr, aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig gemeldet waren (vgl. unteren Teil von Tabelle 29 auf Seite 140). Diese 13 Prozent von 2,04 Prozent der Erwerbspersonen entsprechen einem Anteil von 0,27 Prozent an allen Erwerbspersonen.²⁹ Anders formuliert: Innerhalb des Jahres war eine von jeweils 376 Erwerbspersonen mehr als ein halbes Jahr mit der Diagnose von Depressionen arbeitsunfähig gemeldet. Aus den Arbeitsunfähigkeiten dieser Personen resultierten gut die Hälfte der insgesamt erfassten Fehltagel mit Depressionsdiagnosen.

²⁹ Allgemeine Anmerkung: Alle im Text des Gesundheitsreportes genannten Zahlen wurden auf der Basis nicht gerundeter Original-Ergebnisse berechnet, weshalb diese ggf. von eigenen Berechnungsergebnissen auf der Basis von abgedruckten Zahlenwerten geringfügig abweichen können.

Tabelle 29 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Betroffene nach Gesamtdauer der 2012 erfassten AU-Tage

Arbeitsunfähigkeiten insgesamt	Anteil betroffene Personen		Anteil AU-Tage	
AU-Tage in 2012	Anteil Pers.	kumulativ	Anteil Tage	kumulativ
1-3 Tage	15,5%	15,5%	1,1%	1,1%
4-7 Tage	20,0%	35,5%	3,5%	4,6%
8-14 Tage	19,9%	55,4%	7,0%	11,6%
15-28 Tage	18,6%	74,0%	12,5%	24,1%
29-42 Tage	8,8%	82,7%	10,0%	34,1%
43-91 Tage	9,9%	92,6%	19,7%	53,9%
92-182 Tage	4,3%	96,9%	18,2%	72,0%
183-273 Tage	1,7%	98,6%	12,2%	84,3%
274-365 Tage	1,0%	99,5%	10,1%	94,3%
Ganzjährig	0,5%	100,0%	5,7%	100,0%

AU mit Depressionen (F32, F33)	Anteil betroffene Personen		Anteil AU-Tage	
AU-Tage in 2012	Anteil Pers.	kumulativ	Anteil Tage	kumulativ
1-3 Tage	6,3%	6,3%	0,2%	0,2%
4-7 Tage	10,3%	16,6%	0,8%	0,9%
8-14 Tage	14,9%	31,5%	2,3%	3,2%
15-28 Tage	16,4%	48,0%	4,7%	7,9%
29-42 Tage	11,9%	59,9%	5,8%	13,7%
43-91 Tage	14,8%	74,6%	13,0%	26,7%
92-182 Tage	12,3%	87,0%	22,9%	49,7%
183-273 Tage	6,7%	93,7%	21,2%	70,8%
274-365 Tage	4,3%	98,0%	18,8%	89,7%
Ganzjährig	2,0%	100,0%	10,3%	100,0%

BARMER GEK 2012, Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=3.549.759), Auswertung mit Gewichtung von Beobachtungen entsprechend der Anzahl der Erwerbstätigen in Deutschland 2010 in Geschlechts- und Altersgruppen; Anteil aller Erwerbspersonen mit mindestens einem AU-Tag: 55,00 Prozent; Anteil mit mindestens einem AU-Tag wg. Depressionen: 2,04 Prozent .

Resümee

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Gesundheitsreportes liefert vielfältige Informationen zum Thema Psychische Gesundheit im Erwerbsleben. Für die Auswertungen konnten – neben den Daten zu Arbeitsunfähigkeiten – auch Informationen zu Krankenhausbehandlungen sowie zur ambulanten Versorgung einschließlich der Daten zu Arzneiverordnungen berücksichtigt werden.

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

- Bei etwa 30 Prozent der Erwerbspersonen wird innerhalb eines Jahres mindestens eine Diagnose im Sinne einer psychischen Störung gemäß ICD10 dokumentiert. Insgesamt sind damit ausgesprochen viele Erwerbspersonen betroffen. 6 Prozent waren im Jahr mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet, 1 Prozent wurde stationär im Krankenhaus behandelt.
- Am häufigsten (auf 3-stelliger ICD10-Ebene) werden depressive Episoden (F32; bei 9,9 Prozent), somatoforme Störungen (F45; bei 9,8 Prozent) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen (F43; bei 7,3 Prozent) diagnostiziert, depressive Episoden waren dabei für die meisten gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich (vgl. Tabelle 14 auf Seite 77). Das Burnout-Syndrom spielt – gemessen an der Dokumentation des zugehörigen Diagnoseschlüssels – eine untergeordnete Rolle (vgl. Erläuterungen ab Seite 81).
- Frauen sind merklich häufiger als Männer betroffen, Ältere häufiger als Jüngere, Arbeitslose häufiger als Berufstätige.

Arzneiverordnungen bei Erwerbspersonen

- Mehr als 70 Prozent der Erwerbspersonen erhielten innerhalb eines Jahres Arzneimittelverordnungen, die zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet wurden. Durchschnittlich wurden 2012 je Erwerbsperson 255 definierte Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet (vgl. Tabelle 17 auf Seite 91). Verantwortlich für das Gesamtverordnungsvolumen waren insbesondere auch Herz-Kreislauf-Präparate. Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems wurden bei 18,1 Prozent im Umfang von 24,1 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet, darunter Psychopharmaka im Umfang von 17,4 Tagesdosen, von deren Verordnung 8,3 Prozent der Erwerbspersonen betroffen waren.

- Antidepressiva erhielten 6,6 Prozent der Erwerbspersonen, je Erwerbsperson wurden durchschnittlich 14,5 Tagesdosen verordnet.

Psychotherapie bei Erwerbspersonen

- Eine Psychotherapie (im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien) wurde 2012 nach ambulanten Abrechnungsdaten bundesweit bei 1,75 Prozent der männlichen und 4,32 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen durchgeführt, insgesamt waren 2,93 Prozent betroffen (vgl. Tabelle 21 auf Seite 106).
- Die Behandlungsrate hängt eng mit der Verfügbarkeit niedergelassener Psychotherapeuten zusammen und variiert regional erheblich. Während 2012 in Mecklenburg-Vorpommern lediglich 1,24 Prozent der Erwerbspersonen eine Psychotherapie erhielten, war dies nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen in Heidelberg (mit der bundesweit höchsten bevölkerungsbezogenen „Psychotherapeutendichte“) bei 6,77 Prozent der Erwerbspersonen der Fall (vgl. Tabelle 22 auf Seite 108).
- Insbesondere Frauen im mittleren Erwerbsalter erhalten verhältnismäßig häufig eine Psychotherapie. Nach Arbeitslosen nehmen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit insbesondere Beschäftigte aus dem Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftlich und künstlerische Berufe“ relativ häufig an einer Psychotherapie teil (vgl. Abbildung 44 auf Seite 115).

Psychotherapie und Psychopharmaka bei unterschiedlichen Erkrankungen

- Versicherte mit mindestens einer Diagnose einer (beliebigen) psychischen Störung im Sinne der ICD10 erhielten zu rund 10 Prozent eine Psychotherapie, bei gut 25 Prozent wurden Psychopharmaka verordnet (vgl. Tabelle 24 auf Seite 118).
- Von den Erwerbspersonen mit (mindestens einer) Diagnose einer Depression im Jahr 2012 (ICD10 F32, F33) erhielten im selben Jahr rund 20 Prozent eine Psychotherapie und 47,5 Prozent Psychopharmaka.

Fokus Depressionen

- Eine Depression wurde 2012 bei 10,9 Prozent der Erwerbspersonen diagnostiziert, nur lediglich etwa jede 5. betroffene Erwerbsperson bzw. 2,04 Prozent aller Erwerbspersonen wurde auch unter einer entsprechenden Diagnose arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Abschnitt ab Seite 123). Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen sind demnach verhältnismäßig selten. Dennoch ließen sich nach bun-

desweiteren Auswertungen 8,7 Prozent aller gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage 2012 Depressionen zuordnen (146 AU Tage je 100 Erwerbspersonen).

- Vergleichsweise selten wurden Depressionen bei Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern diagnostiziert, zugleich wurden in diesen Regionen auch weniger Antidepressiva verordnet (vgl. Ergebnisdarstellungen ab Seite 125).
- Wie im Hinblick auf psychische Störungen im Sinne der ICD10 gilt auch für Depressionen: Frauen sind merklich häufiger als Männer betroffen, Ältere häufiger als Jüngere, Arbeitslose häufiger als Berufstätige. Von den Berufstätigen waren insbesondere Beschäftigte mit einer Tätigkeit aus dem Berufsfeld „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“ überdurchschnittlich häufig betroffen (vgl. Abbildung 50 auf Seite 135).
- Durchschnittlich waren Betroffene mit Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Depressionen innerhalb des Jahres 71,2 Tage mit entsprechenden Diagnosen (ggf. auch verteilt auf mehrere AU-Fälle) arbeitsunfähig gemeldet. Diese Fehltage verteilen sich sehr ungleich auf die Betroffenen (vgl. Tabelle 29 auf Seite 140). Etwa die Hälfte der Fehlzeiten mit der Diagnose von Depressionen lässt sich einer Gruppe von 13 Prozent der Betroffenen bzw. nur 0,27 Prozent aller Erwerbspersonen zuordnen, die 2012 mehr als ein halbes Jahr aufgrund von Depressionen arbeitsunfähig gemeldet waren. 0,27 Prozent entsprechen dabei einer von jeweils 376 Erwerbspersonen. Die Bedeutung der Depressionen für die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten resultiert maßgeblich auch aus sehr lang andauernden Krankmeldungen.

Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz: Die Sicht der Unternehmen

Die Daten der BARMER GEK ermöglichen es, das Thema Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz aus wissenschaftlicher Sicht zu analysieren und Hintergrundinformationen zu unterschiedlichen Aspekten zu geben. Doch wie wird das Thema in Unternehmen wahrgenommen? Wie werden Ursachen für psychische Erkrankungen herausgefiltert und gegebenenfalls abgebaut? Und wer im Unternehmen ist für dieses Thema verantwortlich? Im Rahmen des Firmenkundenmonitors 2014 haben wir Unternehmen erstmalig auch zum Thema Psychische Gesundheit befragt.

Der BARMER GEK Firmenkundenmonitor Gesundheit

Seit 2008 befragt die BARMER GEK regelmäßig Unternehmen zum Thema Gesundheit. Im Mittelpunkt der Online-Befragung stehen die Erfahrungen und Bedürfnisse von Firmen hinsichtlich gesundheitsfördernder Aktivitäten im Betrieb. Im Jahr 2014 wurde erstmalig ein Themenblock aus fünf Fragen zur Psychischen Gesundheit in den Fragenkatalog integriert.

Grund für die Aufnahme des Themenblocks war, dass es für Unternehmen immer wichtiger wird, sich mit dem Thema Psychische Erkrankungen zu beschäftigen. Denn die Umwälzungen und Umbrüche in der Struktur der Erwerbsarbeit sind für die Beschäftigten mit vielfältigen sozialen und wirtschaftlichen Risiken und Unsicherheiten, erhöhten Lern- und Anpassungsanforderungen sowie steigender Arbeitsintensität verbunden. Zu den „klassischen“ physischen Gefährdungen wie Lärm, Hitze und toxische Stoffen kommen vor allem psychische Belastungen: Zeitdruck und Hektik, Multitasking, unzureichende Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, intransparente Arbeitsabläufe, mangelnde Information und Kommunikation oder der Umgang mit neuen Technologien rücken in den Mittelpunkt des betrieblichen Belastungsgeschehens. Hinzu kommt der demografische Wandel, der zu einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit und einer (Über-)Alterung der Belegschaften führt.

Die Auswertungen des Themenblocks vermitteln einen Eindruck über die psychischen Belastungen in Unternehmen und zeigen, wie Unternehmen durch den Aufbau oder die Verbesserung von organisatorischen Strukturen auf diese Belastungen reagieren können.

Insgesamt nahmen 248 Firmen aus unterschiedlichen Branchen an der Befragung teil. Auch wenn die Befragung nicht als repräsentativ einzustufen ist, spiegeln die Ergebnisse der Befragung Tendenzen wider, die mögliche Handlungsfelder für das Betriebliche Gesundheitsmanagement aufzeigen. Im Folgenden werden zunächst die Auswertungen für die einzelnen Fragen vorgestellt. Anschließend werden die wichtigsten Ergebnisse im Hinblick auf unterschiedlichen Branchen zusammengefasst.³⁰

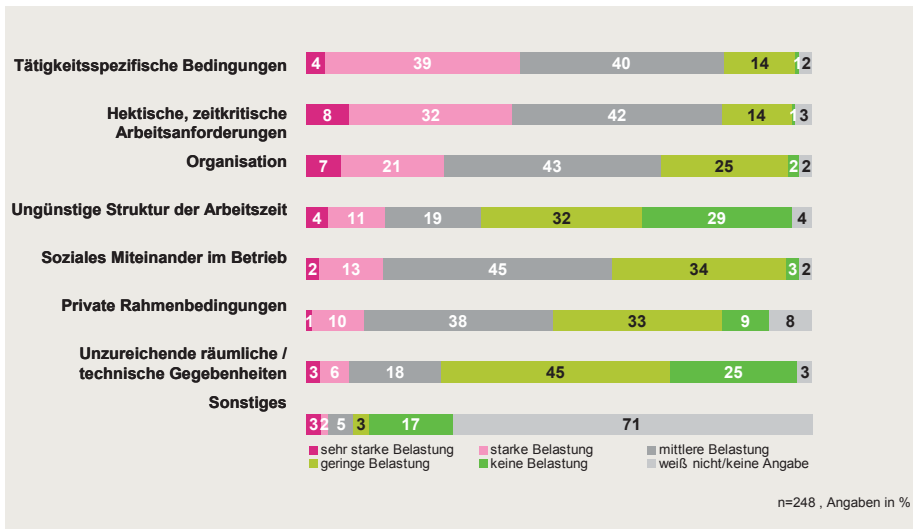
Psychische Gesundheit in Unternehmen

Die fünf Fragen des Themenblocks richteten sich an die Personalverantwortlichen des jeweiligen Unternehmens. Da es bei der Befragung um die Wahrnehmung des Themas Psychische Gesundheit ging, wurde in zwei Fragen ganz bewusst nach den Einschätzungen und Eindrücken dieser Personalverantwortlichen in Bezug auf die Belastungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten im Hinblick auf Psychische Gesundheit gefragt. Die Auswertungen dieser Fragen spiegeln somit ein Stimmungsbild in den Unternehmen wider. Unternehmensleitlinien, Betriebsvereinbarungen zum Thema Psychische Gesundheit, spezielle Ansprechpartner und zu diesem Thema geschulte Führungskräfte sind Indikatoren dafür, dass sich Unternehmen auf die zunehmende Bedeutung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz einstellen. Aus diesem Grund waren auch diese Aspekte Teil der Befragung.

Frage 1: Wie hoch schätzen Sie die Belastungen bei Ihren Mitarbeitern durch folgende Faktoren ein?

Als sehr stark belastend werden von 7 bis 8 Prozent der Unternehmen für ihre Mitarbeiter die beiden Faktoren Zeitdruck und Organisation eingestuft. Ansonsten sind die Einschätzungen der Unternehmen hinsichtlich sehr stark belastender Faktoren eher zurückhaltend. Tätigkeitsspezifische Bedingungen und Zeitdruck sind insgesamt die beiden Faktoren, die für Mitarbeiter in über 40 Prozent der Unternehmen als sehr stark bzw. stark belastend bewertet werden. Als tätigkeitsspezifische Bedingungen werden zum Beispiel die Arbeitsmenge oder der Schwierigkeitsgrad von Aufgaben verstanden.

³⁰ Im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsreports werden ausschließlich die Ergebnisse des Themenblocks Psychische Gesundheit vorgestellt. Die gesamten Ergebnisse der Befragung werden unter folgendem Webcode veröffentlicht: www.barmer-gek.de/503895

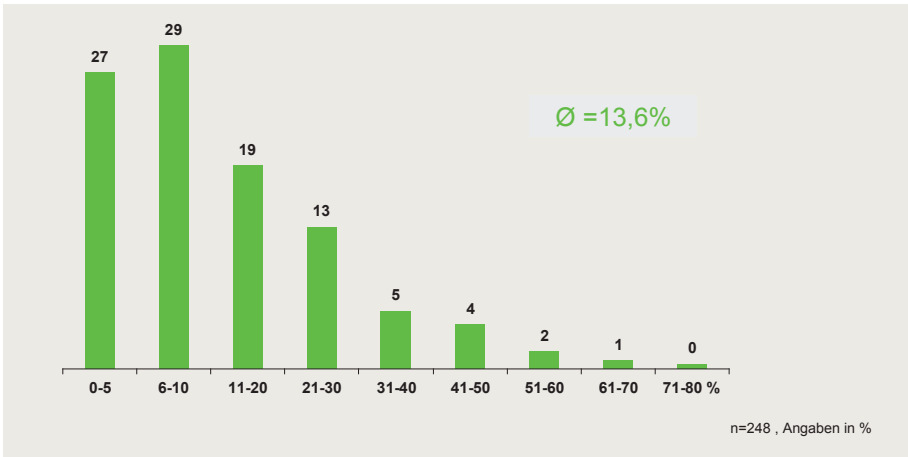


Einschätzung der Unternehmen zu belastenden Faktoren bei Mitarbeitern

Frage 2: Wie hoch schätzen Sie den Prozentualen Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen gemessen an allen Fehlzeiten im Unternehmen ein?

Im Durchschnitt schätzen die Unternehmen, dass 13,6 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. Über die Hälfte der Unternehmen geht von geringeren Anteilen psychischer Erkrankungen an Arbeitsunfähigkeitstagen aus. Dabei schätzt etwas mehr als ein Viertel der Befragten den Anteil psychischer Erkrankungen an AU-Tagen bis zu 5 Prozent ein, fast 30 Prozent der Unternehmer schätzen den Anteil auf 6 bis 10 Prozent.

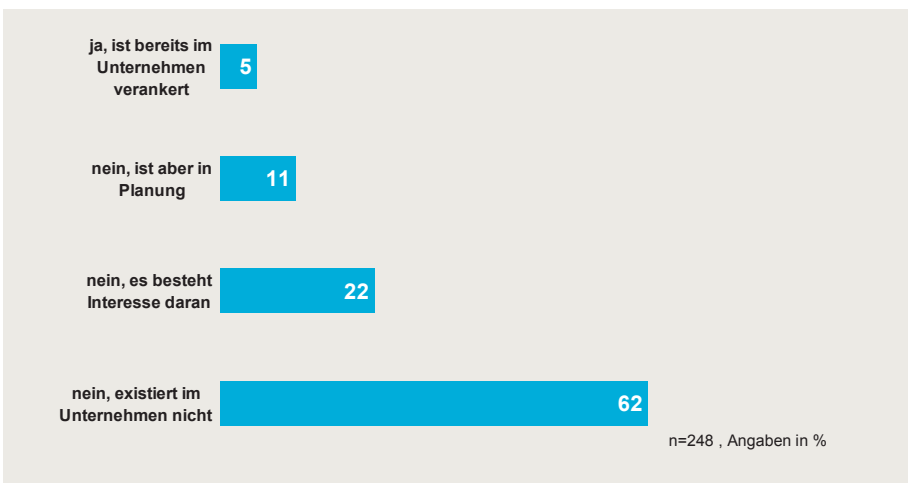
Zum Vergleich: Wie die Ergebnisse der vorangegangenen Fehlzeitenanalyse zeigen, nehmen psychische Erkrankungen mit 17,4 Prozent den zweitgrößten Anteil hinter Muskel-Skelett-Erkrankungen an den Fehlzeiten ein.



Einschätzung der Unternehmen zum Anteil psychischer Erkrankungen an den Fehlzeiten

Frage 3: Gibt es in Ihrem Unternehmen eine schriftliche Unternehmensleitlinie oder Betriebsvereinbarung zum Thema „Psychische Gesundheit“?

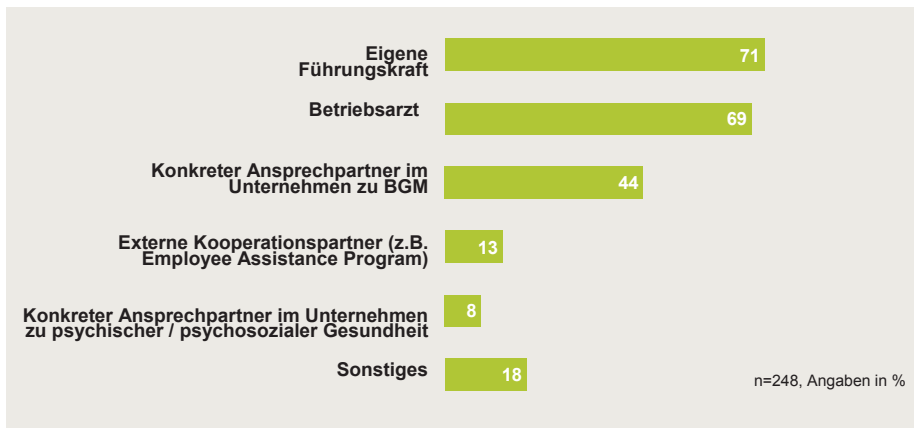
In der Mehrheit der Unternehmen gibt es bislang keine Unternehmensleitlinie oder Betriebsvereinbarung zur Psychischen Gesundheit. Erst 5 Prozent der Unternehmen haben das Thema auf diese Weise schon im Unternehmen implementiert. Weitere 11 Prozent berichten, dass sie eine solche Vereinbarung planen.



Unternehmensleitlinie „Psychische Gesundheit“

Frage 4: An wen können sich Ihre Mitarbeiter wenden, wenn sie Fragen zum Thema „Stress“ oder „Psychische Gesundheit“ haben? (Mehrfachnennungen möglich)

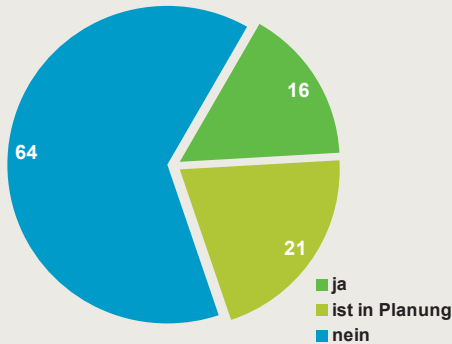
Als Ansprechpartner für Stress und Psychische Gesundheit stehen den Mitarbeitern in etwa 70 Prozent der Unternehmen in erster Linie die eigenen Führungskräfte oder der Betriebsarzt zur Verfügung. Ein eigens dafür beauftragter Mitarbeiter existiert in 8 Prozent der befragten Unternehmen.



Ansprechpartner für Psychische Gesundheit in Unternehmen

Frage 5: Sind die Führungskräfte in Ihrem Unternehmen zum Thema „Umgang mit verhaltensauffälligen und psychisch erkrankten Mitarbeitern“ geschult?

Für den Umgang mit verhaltensauffälligen und psychisch erkrankten Mitarbeitern sind in 16 Prozent der Unternehmen bereits Führungskräfte geschult. Etwa jedes fünfte Unternehmen plant eine solche Maßnahme.



n=248, Angaben in %

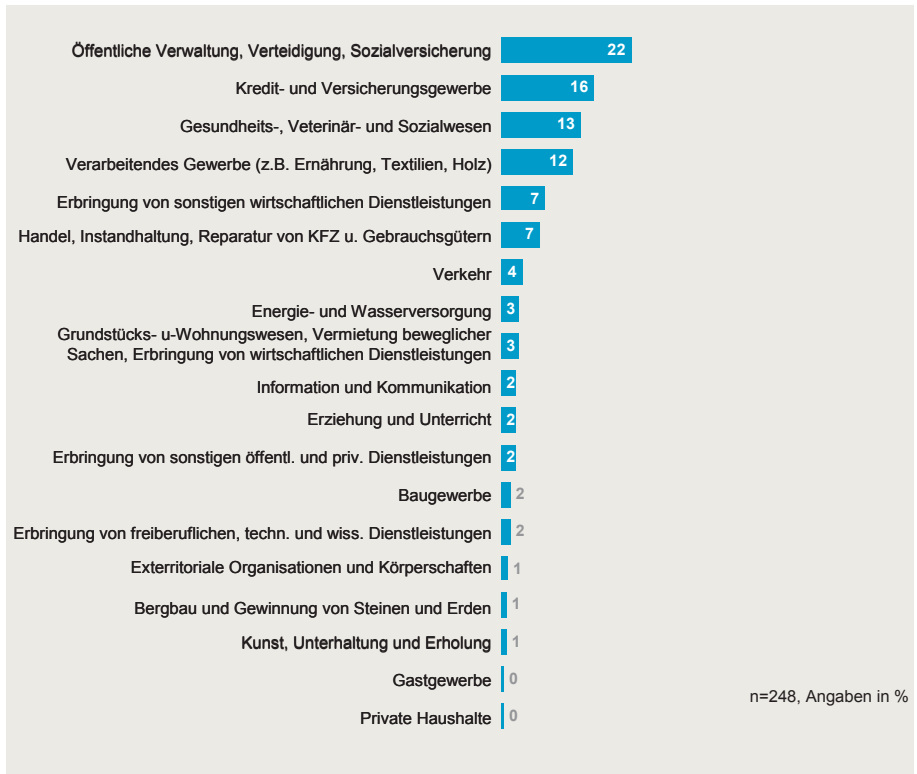
Geschulte Führungskräfte im Bezug auf psychische Erkrankungen

Zusammenfassung:

- Die Mehrheit der Befragten ist sich bewusst, dass es bei den Tätigkeiten und Strukturen im Unternehmen Aspekte gibt, die die Psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter negativ beeinflussen können.
- Allerdings wird der Anteil der Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen eher unterschätzt.
- Dies könnte ein Grund dafür sein, dass sich bisher nur ein eher geringer Prozentteil der befragten Unternehmen damit auseinandergesetzt hat, das Thema Psychische Gesundheit im Unternehmen zu implementieren zum Beispiel durch eine entsprechende Vereinbarung.

Psychische Gesundheit in Unternehmen – Ergebnisse nach Branchen

Wie die folgende Abbildung zeigt, hat sich eine Vielzahl an Unternehmen aus verschiedenen Berufsbranchen an der Befragung beteiligt.



Verteilung nach Branchen

Im nächsten Abschnitt werden einige ausgewählte Ergebnisse der branchenspezifischen Auswertung vorgestellt. Der Schwerpunkt wird auf die vier am stärksten bei der Befragung vertretenen Branchen gelegt: „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung“, „Kredit- und Versicherungsgewerbe“, „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ und „Verarbeitendes Gewerbe“.

Frage 1: Wie hoch schätzen Sie die Belastungen bei Ihren Mitarbeitern durch folgende Faktoren ein?

Wie in der Abbildung „Einschätzung von Unternehmen zu belastenden Faktoren bei Mitarbeitern“ zu sehen, stellen tätigkeitsspezifische Bedingungen in 39 Prozent der Unternehmen eine starke und in 4 Prozent der Unternehmen eine sehr starke Belastung dar. Bei der Auswertung nach Branchen werden in der Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung von fast 54 Prozent der Befragten tätigkeitsspezifische Bedingungen für Mitarbeiter als stark belastend, im verarbeitenden Gewerbe werden diese sogar von 10 Prozent der Unternehmen als sehr stark belastend eingeschätzt.

Während über alle Branchen der Großteil der Unternehmen keine bzw. eine geringe Belastung durch unzureichende räumliche/technische Gegebenheiten für Mitarbeiter sieht, gibt der Bereich des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens mit 30,3 Prozent eine mittlere und mit 9,1 Prozent eine starke Belastung für seine Mitarbeiter an.

Der Faktor „Ungünstige Struktur der Arbeitszeit“ wird insgesamt als keine Belastung (29,4 Prozent) bzw. eine geringe (31,9 Prozent) Belastung für die Mitarbeiter angesehen. Hier ist bei der branchenspezifischen Auswertung auffallend, dass im Bereich des Kredit- und Versicherungsgewerbes 53,8 Prozent diesen als keine Belastung einstufen, dafür jedoch 16,7 Prozent der Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe diesen als eine sehr starke Belastung für ihre Mitarbeiter wahrnehmen.

Frage 2: Wie hoch schätzen Sie den prozentualen Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen gemessen an allen Fehlzeiten im Unternehmen ein?

Über alle Branchen schätzen mehr als 50 Prozent der befragten Unternehmen den Anteil psychischer Erkrankungen an allen Fehlzeiten kleiner 10 Prozent ein. Deutliche Abweichungen finden sich im Bereich Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, und Sozialversicherung: Dort nehmen 22,2 Prozent der Unternehmen an, dass psychische Erkrankungen einen Anteil von 21 bis 30 Prozent an den gesamten Fehlzeiten einnehmen. 15,2 Prozent der Unternehmen aus dem Bereich Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen stufen den Anteil psychischer Erkrankungen sogar auf 31 bis 40 Prozent ein.

Frage 3: Gibt es in Ihrem Unternehmen eine schriftliche Unternehmensleitlinie oder Betriebsvereinbarung zum Thema „Psychische Gesundheit“?

In diesem Bereich ist das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen relativ gut aufgestellt. 9,1 Prozent der befragten Unternehmen haben bereits eine solche Vereinbarung (Vergleich über alle Branchen: 5,2 Prozent), in weiteren 15,2 Prozent ist eine solche Vereinbarung in Planung (Vergleich über alle Branchen: 10,9 Prozent).

Frage 4: An wen können sich Ihre Mitarbeiter wenden, wenn sie Fragen zum Thema „Stress“ oder „Psychische Gesundheit“ haben? (Mehrfachnennungen möglich)

In vielen Unternehmen (71,4 Prozent) ist die eigene Führungskraft Ansprechpartner für Fragen zum Thema „Stress“ bzw. „Psychische Gesundheit“. Besonders gilt dies für das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (84,8 Prozent).

Gibt es in den Unternehmen einen Ansprechpartner für Betriebliches Gesundheitsmanagement wird dieser von 44,4 Prozent auch als Ansprechpartner für die Bereiche „Stress“ und „Psychische Gesundheit“ angesehen. In der Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung ist dies sogar mit 59,3 Prozent der Fall. In diesem Bereich geben zudem 18,5 Prozent an, einen ausschließlich für dieses Thema verantwortlichen Ansprechpartner zu haben (Durchschnitt über alle Branchen: 8,1 Prozent). Der Betriebsarzt ist mit 81,8 Prozent besonders im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen auch für die Bereiche „Stress“ und „Psychische Gesundheit“ zuständig (Durchschnitt über alle Branchen: 68,5 Prozent). Im Kredit- und Versicherungsgewerbe stehen den Mitarbeitern mit 43,6 Prozent besonders häufig auch externe Institutionen als Ansprechpartner zur Verfügung (Durchschnitt über alle Branchen: 12,9 Prozent). Gerade im verarbeitenden Gewerbe wird die Möglichkeit genutzt, sich an den Betriebsrat (13,3 Prozent) zu wenden (Durchschnitt über alle Branchen: 4,0 Prozent).

Frage 5: Sind die Führungskräfte in Ihrem Unternehmen zum Thema „Umgang mit verhaltensauffälligen und psychisch erkrankten Mitarbeitern“ geschult?

In Bezug auf die Schulung von Führungskräften ist die Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung mit 29,6 Prozent schon weiter als andere Bereiche (Vergleich über alle Branchen: 15,7 Prozent). Im verarbeitenden Gewerbe haben bisher nur wenige Führungskräfte eine entsprechende Schulung erhalten. 83,3 Prozent beantworten diese Frage mit „nein“ (Vergleich über alle Branchen: 63,7 Prozent).

Zusammenfassung:

Die Auswertung der Daten nach Branchen lässt die Aussage zu, dass sich einige Branchen schon intensiv mit dem Thema Psychische Gesundheit auseinandergesetzt haben und mit unterschiedlichen Maßnahmen das Thema angehen, sei es durch betriebliche Unternehmensleitlinien zum Thema Psychische Gesundheit oder durch Schulung von Führungskräften im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern. Andere Branchen stehen jedoch noch am Anfang und haben bisher noch keine Maßnahmen implementiert.

Fazit

Gesunde, motivierte und leistungsfähige Mitarbeiter sind eine wesentliche Voraussetzung für den Unternehmenserfolg. Ein strukturiertes und nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement kann gerade auch in Hinblick auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Art der Tätigkeit, die Kompetenzen der Führungskräfte, die Unternehmenskultur – alle diese Aspekte haben Einfluss auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter. Die Abfrage dieser Aspekte im Rahmen des Firmenkundenmonitors und die Resonanz der Unternehmen auf diese Fragen haben gezeigt, dass jedes Unternehmen diesbezüglich andere Voraussetzungen hat. Auch wenn die in diesem Abschnitt vorgestellten Auswertungen nicht repräsentativ sind, wird an den Ergebnissen deutlich, dass Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine genaue Analyse der Situation in jedem einzelnen Unternehmen erfordern. Nur wenn die Rahmenbedingungen vor Ort und die Bedürfnisse der Mitarbeiter unternehmensspezifisch analysiert werden, kann darauf aufbauend ein Betriebliches Gesundheitsmanagement konzipiert werden, das für die Mitarbeiter konstruktiv und effektiv ist.

Gerade vor dem Hintergrund des anhaltenden demografischen Wandels, des technologischen Fortschritts und der aufgrund der Globalisierung einschneidenden Veränderungsprozesse in deutschen Unternehmen wird die Gesundheit der Mitarbeiter aus Sicht der Unternehmen zu einer immer wertvolleren Ressource.

Psychische Gesundheit im Unternehmen stärken: Ideen – Maßnahmen – Erfolge

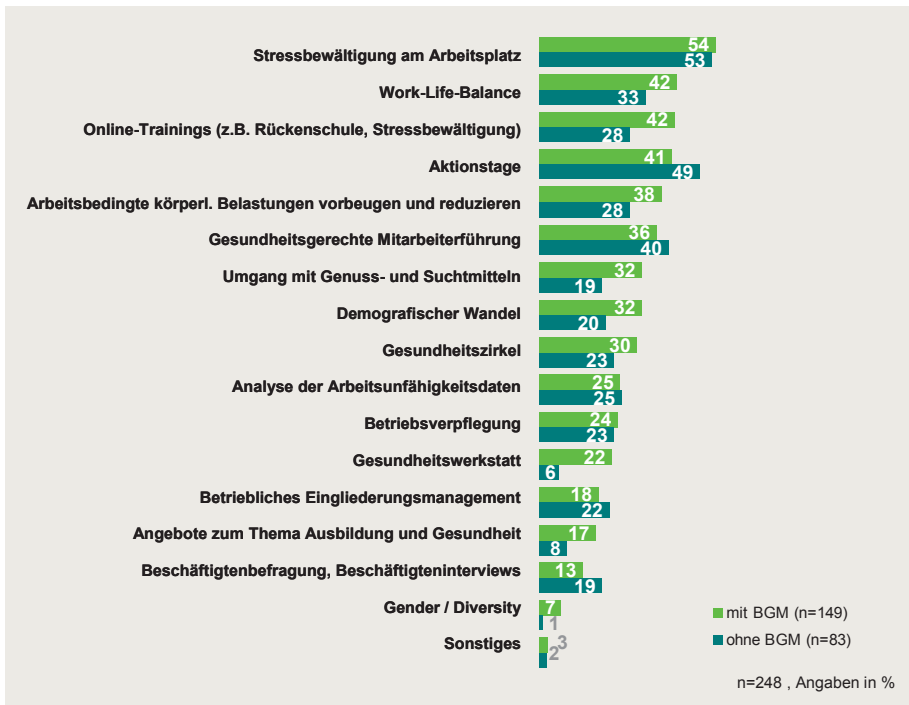
Der stetige Anstieg der Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zeigt, dass immer mehr Arbeitgeber die Gesundheitsförderung als Instrument der Personalpolitik erkannt haben. So konnten im Jahr 2012 mehr als 890.000 Mitarbeiter durch Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen erreicht werden.³¹ Aufbauend auf der Erkenntnis, dass Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit wichtige Voraussetzungen für den Unternehmenserfolg sind, investieren viele Unternehmen in die Verbesserung der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit und der Zufriedenheit ihrer Beschäftigten. Ziel ist es, mit leistungsfähigen, motivierten und gesunden Beschäftigten die Herausforderungen der Zukunft – insbesondere die zu erwartenden demografischen Veränderungen – erfolgreich meistern zu können.

Betriebliches Gesundheitsmanagement und Psychische Gesundheit

Im Hinblick auf die Psychische Gesundheit der Beschäftigten geht es im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vor allem darum, negative Folgen für die körperliche und Psychische Gesundheit aufgrund von dauerhaften beruflichem Stress sowie psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Nicht zuletzt um das Wohlbefinden und die Zufriedenheit am Arbeitsplatz zu fördern. Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz, zur Work-Life-Balance und zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung werden daher von vielen Unternehmen bereits umgesetzt oder zumindest in Erwägung gezogen (siehe auch Abbildung „Interesse an Angeboten der BARMER GEK“). Während Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz und zur Work-Life-Balance die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten stärken, so dass diese selbst für ihre Gesundheit im Umgang mit Stressbelastungen vorsorgen und sorgen können, erweitern Seminare mit dem Schwerpunkt gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung die Kompetenzen der Führungskräfte, die Gesundheit der Beschäftigten zu unterstützen und durch einen mitarbeiterorientierten Führungsstil zu fördern. So wird eine Unternehmenskultur möglich, in der die Gesundheit der Beschäftigten im Mittelpunkt steht. Viele Studien haben ergeben, dass hiervon sowohl die Beschäftigten als auch das Unternehmen profitieren. Denn der betriebliche Führungsstil prägt das Sozialkapital einer Organisation entscheidend. Je höher das betriebsinterne Sozialkapital, desto gesünder sind die Beschäftig-

³¹ MDS Präventionsbericht 2013

ten. Und dies hat – laut der Studien – direkte Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit und die Gewinnsituation.³²



Interesse an Angeboten der BARMER GEK, unterteilt nach Firmen, die bereits BGM-Maßnahmen mit der BARMER GEK durchführen bzw. noch nicht

Beschäftigte profitieren jedoch nur von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagement, wenn diese individuell und zielgruppenspezifisch auf das Unternehmen angepasst sind. Die Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse der Beschäftigten steht daher bei allen Projekten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement, die die BARMER GEK mit Unternehmen umsetzt, im Mittelpunkt.³³ Aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren viele unternehmensspezifische, zum Teil sehr unterschiedliche Konzepte entwickelt. Anhand von drei Beispielen aus verschiedenen Branchen wird im Folgenden verdeutlicht, wie vielfältig die Ideen und Maßnahmen zur Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Bezug auf die Psychische Gesundheit der Beschäftigten sein können.

³² Badura 2009

³³ BARMER GEK Firmenkundenmonitor 2014, siehe auch Abschnitt Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Aus der Praxis

Projekt 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement ganzheitlich gestalten



Unternehmensporträt EDAG Production Solutions GmbH & Co.KG

Als weltweit tätiger Engineering-Partner mit 16 Standorten entwickelt EDAG Production Solutions GmbH & Co. KG komplette Produktionsanlagen und Fabrikkonzepte. Von der Fabrik-, Prozess- und Anlagenentwicklung bis zur Automation und der Produktkostenoptimierung. Mit dem ganzheitlichen Verständnis für Fahrzeuge und Fertigungsanlagen ist das Unternehmen der führende Partner, der die Fusion von Produkt und Produktion in der Entwicklung bis zur Realisierung im Anlagenbau wertschöpfend anbieten kann. Das heißt, dass wir zu jedem Zeitpunkt Entwicklungen im Hinblick auf die Restriktionen und Belange der Fertigung abstimmen. Ob Mittelstand oder Konzern, mit dem Team von heute über 800 Mitarbeitern greifen wir auf über 40 Jahre Erfahrung aus über 2.000 realisierten Projekte zurück.

Die Mitarbeiter für die eigene Gesundheit zu sensibilisieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter zu entwickeln – dies waren zwei der vielen Ziele des Pilotprojektes Betriebliches Gesundheitsmanagement, das EDAG PS mit der BARMER GEK durchführte. Der Geschäftsführer Rainer Wittich stellt die Ziele und Ergebnisse des Pilotprojektes sowie die daraus resultierenden Maßnahmen vor.

Herr Wittich, warum hat EDAG PS sich dafür entschieden, an dem Pilotprojekt teilzunehmen?

Im Rahmen der Einführung des KAIZEN-Verbesserungsprogramms, dessen Schwerpunkt die kontinuierliche Prozessverbesserung ist, wurde uns schnell bewusst, dass der Gesundheitsaspekt hier ein wichtiger Baustein ist. Dies hatte uns dazu bewogen, zu den bereits seit langem im Unternehmen bestehenden Angeboten das Betriebliche Gesundheitsmanagement noch gezielter weiter zu entwickeln. Das Angebot der BARMER GEK, uns hierbei zu unterstützen, kam daher zur richtigen Zeit.

Welche Aspekte standen bei der Konzeption des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Mittelpunkt?

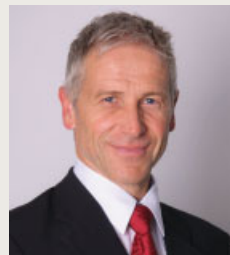
Unsere Konzeption berücksichtigte den Anspruch, die Maßnahmen und Aktivitäten in allen deutschen Standorten durchzuführen. Neben Angeboten zur körperlichen Fitness – wie zum Beispiel Rückengesundheit, gesunde Ernährung oder Arbeitsplatzergonomie – lag ein Schwerpunkt des Pilotprojektes auf dem Thema Psychische Gesundheit. In diesem Bereich wurden z. B. Kurse zum Thema „Gelassen und sicher im Stress“ oder Vorträge zum Thema „Burnout“ angeboten. Die hohe Resonanz unserer Mitarbeiter auf diese Veranstaltungen hat gezeigt, dass das Thema Psychische Gesundheit eine wichtige Rolle spielt. Ein weiterer Schwerpunkt war es, den Mitarbeitern Angebote im Rahmen der Prävention zu machen. Die von uns flächendeckend in allen deutschen Standorten durchgeführten Biovitalmessungen wurden ebenfalls rege in Anspruch genommen. Dieser Einsatz lohnt sich aus unserer Sicht bereits, wenn über diese Maßnahme nur einem Mitarbeiter durch Früherkennung geholfen werden kann.

Wie waren die Führungskräfte in das Pilotprojekt eingebunden?

Viele Studien sowie die im Rahmen der KAIZEN-Einführung gemachten Erfahrung belegen, dass Führungskräfte mit ihrem Führungsverhalten einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter haben. Im Rahmen des Pilotprojektes wurden daher auch Seminare zum Thema „Sich selbst gesund führen“ und „Gesund führen“ angeboten. Im Rahmen dieser Seminare erhielten unsere Führungskräfte zum Beispiel Informationen über das Erkennen eines Burnout-Syndroms und erarbeiteten Handlungsstrategien, um die betroffenen Mitarbeiter unterstützen zu können.

„Führungskräfte haben einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter.“

Rainer Wittich, Geschäftsführer



Wie werden Sie diese Ergebnisse nutzen, um die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter weiter zu stärken?

Ein wichtiges Ergebnis des Pilotprojektes war die Einführung eines Gesundheits-Koordinators – liebevoll Geko genannt – pro Team. Die Gekos sind Ansprechpartner für alle Gesundheitsthemen. Sie fungieren zudem als Sprachrohr für die Teams, um zum Beispiel Ideen für weitere Gesundheitsmaßnahmen an die Führungskräfte weiterzutragen. Wir gehen davon aus, dass wir mit Hilfe der Gekos zukünftig die Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit unserer Mitarbeiter noch individueller auf die jeweiligen Teams abstimmen können. Durch die Auszeichnung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Projektes „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ sind wir auf jeden Fall noch motivierter, uns für die Gesundheit unserer Mitarbeiter einzusetzen.



Zielsetzung und Aufteilung der Gesundheitskoordinatoren (Geko) bei EDAG PS

Inwieweit wird die BARMER GEK Sie zukünftig unterstützen?

Gemeinsam mit Gerd Scheuplein, Beratung Betriebliches Gesundheitsmanagement der BARMER GEK, der uns auch bisher sehr konstruktiv unterstützt hat, werden wir viele der bereits entwickelten Maßnahmen langfristig in unserem Unternehmen implementieren. Zudem planen wir – gemeinsam mit der BARMER GEK – das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement auch in unseren Niederlassungen umzusetzen.

Projekt 2: Betriebliches Gesundheitsmanagement nachhaltig implementieren



Unternehmensporträt Sparkasse Vest Recklinghausen

Die Sparkasse Vest Recklinghausen, gegründet 1855, ist mit einer Bilanzsumme von 5,67 Mrd. € der größte Finanzdienstleister im Kreis Recklinghausen und eine der größten Sparkassen in Westfalen. Wir betreuen unsere Kunden ortsnahe mit über 1.379 engagierten und zukunftsorientierten Mitarbeitern in 67 Geschäftsstellen. 74 Auszubildende werden aktuell zum Bankkaufmann ausgebildet. Wir sind im Internet und mit vielfältigen weiteren Online-Aktivitäten gut aufgestellt und bieten Privatkunden, Firmenkunden und Kooperationspartnern überzeugende Lösungen.

Ziel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind nachhaltige Veränderungen in einem Unternehmen, die sich langfristig positiv auf das soziale Klima und die Arbeitsfähigkeit aller Beschäftigten auswirken. Friedrich Dehos, Personalleiter, erläutert, wie diese Nachhaltigkeit in der Sparkasse Vest Recklinghausen umgesetzt wird.

Herr Dehos, wer ist bei Ihnen für das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement verantwortlich?

Wir haben ein Team zusammengestellt aus Mitarbeitern, die Interesse haben, sich mit dem Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement zu beschäftigen. Wichtig war es uns, dass es sich hierbei um Mitarbeiter aus unterschiedlichen Bereichen und verschiedenen Hierarchieebenen handelt. Dies bedeutet, dass auch unsere Vorstandsmitglieder sich aktiv einbringen. Unterstützt wird das Team durch Volker Stürer von der BARMER GEK, der über langjährige Erfahrungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement verfügt.

Welche Aufgaben hat dieses Team?

Die erste große Aufgabe für das Team war die Durchführung und Auswertung der Mitarbeiterbefragung. Die Ergebnisse wurden im Team diskutiert und im Anschluss daran Maßnahmen entwickelt, die die Gesundheit der Mitarbeiter nachhaltig stärken sollen. Das Team ist nun für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich.

Können Sie ein Beispiel für eine solche Maßnahme nennen?

Bei der Auswertung kristallisierte sich unter anderem das Handlungsfeld Psychische Gesundheit heraus. Als erste Maßnahme haben wir daher ein Seminar für Führungskräfte initiiert, in dem die Gastreferenten die Bedeutung eines wertschätzenden Umgangs transparent gemacht haben. Aufbauend auf dieses Seminar haben wir nun eine Seminarreihe konzipiert mit dem Thema „Führung aktiv“. Dabei geht es auch um einen Führungsstil, der keine Angst verbreitet oder ausschließlich Druck ausübt.

Warum ist ein solches Seminar für Führungskräfte so wichtig?

Das Bild von Führung nach heutiger Prägung ist, dass eine Führungskraft neben fachlicher Kompetenz auch über persönliche und soziale Kompetenzen verfügen sollte. Nur so kann eine Führungskraft die Stärken und Schwächen der Mitarbeiter individuell berücksichtigen, um belastende Situationen am Arbeitsplatz zu vermeiden.

Was erhoffen Sie sich von der langfristigen Verankerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Ihrem Unternehmen?

Wir gehen davon aus, dass wir durch die Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit die Arbeitsbelastung reduzieren und so die Zufriedenheit am Arbeitsplatz steigern können. Dies wird sich auf lange Sicht sicherlich positiv auf die Lebensqualität der Mitarbeiter und damit auch auf die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage auswirken. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in der Sparkasse, verbunden mit einer längeren Lebensarbeitszeit der Mitarbeiter, gewinnt das Betriebliche Gesundheitsmanagement immer mehr an Bedeutung.

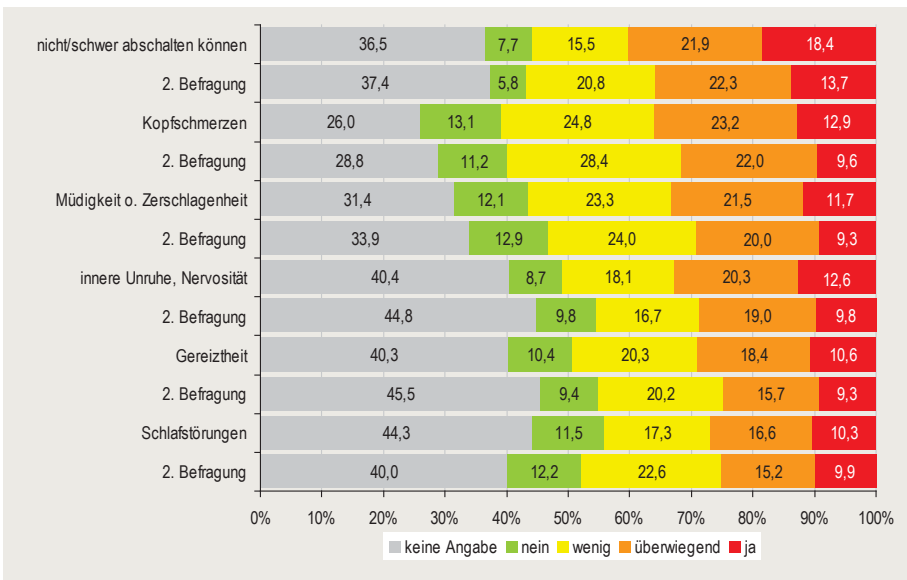
„Wir gehen davon aus, dass wir durch die Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit die Arbeitsbelastung reduzieren und so die Zufriedenheit am Arbeitsplatz steigern können.“

Friedrich Dehos, Personalleiter



Was sind für Sie die wichtigsten bisherigen Erfolge?

Ein wichtiger Erfolg war, dass das Bundesgesundheitsministerium uns als gutes Praxisbeispiel für die Aktion „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ ausgezeichnet hat. Das hat uns darin bestärkt, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Ich persönlich habe mich zudem gefreut, dass wir nun eine Mitarbeiterin in der Personalabteilung haben, die im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements einen Masterstudiengang absolviert hat und jetzt schwerpunktmäßig das Gesundheitsmanagement in der Sparkasse betreut. Dies zeigt unseren Mitarbeitern, dass das Thema bei uns einen hohen Stellenwert hat.



Auszug aus der Beschäftigtenbefragung: Gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz

Projekt 3: In die Gesundheit der Mitarbeiter investieren



Unternehmensporträt Großstadt-Mission Hamburg

„Biografisch belastet, gefährdet, tief verletzt“ sind viele Kinder und Jugendliche, die von der Großstadt-Mission betreut, begleitet und gefördert werden. Hilfe und Unterstützung brauchen auch Menschen mit Behinderungen, mit denen der sozial-diakonische Träger ebenfalls arbeitet. Im Leitsatz wird der pädagogische Ansatz deutlich: „Gemeinsam Leben gestalten“. Folglich schaut die Großstadt-Mission auf das, was die Betreuten mitbringen. Der Blick wird auf vorhandene Ressourcen gesetzt, um gemeinsam mit den Betreuten Lösungen zu finden. Die Arbeit wird bewusst auf der Grundlage des Evangeliums von Jesus Christus gestaltet. Aus ihr leitet sich der Auftrag zur tätigen Nächstenliebe ab. Bei der Großstadt-Mission sind rund 200 Mitarbeitende für etwa 500 betreute Kinder und Jugendliche sowie für Menschen mit Behinderungen tätig.

Im März 2013 unterzeichneten die Verantwortlichen der Großstadt-Mission Hamburg-Altona e. V. einen Kooperationsvertrag, um ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen und zu gestalten. Marco Büsing, Personalleiter und stellvertretender kaufmännischer Leiter der Großstadt-Mission, informiert über die Umsetzung des Kooperationsvertrages in die Praxis.

Herr Büsing, ein Kooperationsvertrag muss auch gelebt werden. Welche Schritte haben Sie unternommen, damit dieses gelingt?

Nach der Einrichtung einer Lenkungsgruppe haben wir eine Beschäftigtenbefragung durchgeführt. Im Mittelpunkt der Befragung standen der persönliche Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten sowie die Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. Ergänzend zu der Befragung wurde im Rahmen einer Gesundheitswerkstatt eine Arbeitssituationsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in einem Workshop der Lenkungsgruppe diskutiert und anschließend allen Mitarbeitern vorgestellt, denn es ist uns wichtig, dass die Mitarbeiter eng in den Prozess eingebunden sind. Aufbauend auf der Analyse der Ergebnisse erarbeiten wir aktuell Maßnahmen,

die zur Förderung der psychischen Gesundheit unserer Mitarbeiter beitragen. Auch hierbei verläuft die Kommunikation sehr transparent.

Sie erwähnten die Durchführung einer Gesundheitswerkstatt. Was kann man sich darunter vorstellen?

Ziel der Gesundheitswerkstatt, die von der BARMER GEK konzipiert wurde, ist es, Schwachstellen aufzudecken und Lösungsideen zu entwickeln. An der Gesundheitswerkstatt nahmen ausschließlich Mitarbeiter teil, die als Experten ihres Arbeitsbereiches Lösungen finden sollten. Die insgesamt 25 Mitarbeiter diskutierten Fragen wie zum Beispiel „Was läuft gut in Ihrem Arbeitsbereich?“ oder „In welchen Bereichen sollten Verbesserungen vorgenommen werden?“. Moderiert wurde die Gesundheitswerkstatt von Heike Thomsen, Beraterin Betriebliches Gesundheitsmanagement der BARMER GEK, die uns von Anfang an zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement beraten hat und von deren Fachwissen wir sehr profitieren.

In welchen Bereichen wurde Handlungsbedarf gesehen?

Aus der Diskussion wurde deutlich, dass Handlungsbedarfe insbesondere im Bereich Arbeitsbelastung, Führung, Arbeitsorganisation, Kommunikation und Informationsfluss bestehen. Aufgrund dieser Ergebnisse wird nun zum Beispiel das Führungsleitbild überarbeitet. Ziel ist es, ein einheitliches Auftreten und eine Verlässlichkeit gegenüber den Mitarbeitern zu gewährleisten. Ein weiteres Beispiel für eine Maßnahme ist ein Seminar zur Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben, das wir unseren Mitarbeitern aufgrund der besonderen Arbeitszeiten in unserem Bereich (Bereitschaftsdienst, Arbeit an Sonn- und Feiertagen) zukünftig anbieten werden.

„Aus der Diskussion wurde deutlich, dass Handlungsbedarfe insbesondere im Bereich Arbeitsbelastung, Führung, Arbeitsorganisation, Kommunikation und Informationsfluss bestehen.“

Marco Büsing, Personalleiter



Gibt es einen Ansprechpartner, an den sich Ihre Mitarbeiter wenden können, wenn sie Fragen zum Thema Stress bzw. Psychische Gesundheit haben?

Ja, wahlweise können sich unsere Mitarbeiter an die zuständige Führungskraft oder auch an die betriebliche Mitarbeitervertretung wenden. In jedem Fall erfolgt zudem der Hinweis auf das vertrauliche Beratungsangebot von Psygesa, Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz e. V., bei der die Großstadt-Mission Mitgliedseinrichtung ist.



Eindrücke des Mitarbeitertages zum Thema BGM bei der Großstadt-Mission

Fazit

EDAG PS, Sparkasse Vest Recklinghausen und Großstadt-Mission Hamburg – dies sind nur drei von vielen Projekten, die die BARMER GEK mit Unternehmen erfolgreich umgesetzt hat. Auch wenn uns diese Erfolge freuen, sind wir uns bewusst, dass das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement zukünftig noch weiter ausgebaut werden muss. Die in diesem Gesundheitsreport präsentierten Daten verdeutlichen dieses eindrucksvoll. Durch präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz ist es möglich, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen und auf diesem Weg die Psychische Gesundheit zu stärken bzw. psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken. Nutzen Sie die Möglichkeit, gemeinsam mit der BARMER GEK individuelle Gesundheitskonzepte und Produkte für Ihr Unternehmen zu entwickeln. Unser speziell qualifiziertes Beraterteam zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement freut sich auf das Gespräch mit Ihnen! Nähere Informationen zu dem BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit finden Sie auf den folgenden Seiten.

Das BARMER GEK Firmenangebot Gesundheit

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

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

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

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

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

Mitmachangebote und Informationen für mehr Motivation und Gesundheitsbewusstsein: Firmenfitness

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

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

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

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

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

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

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

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

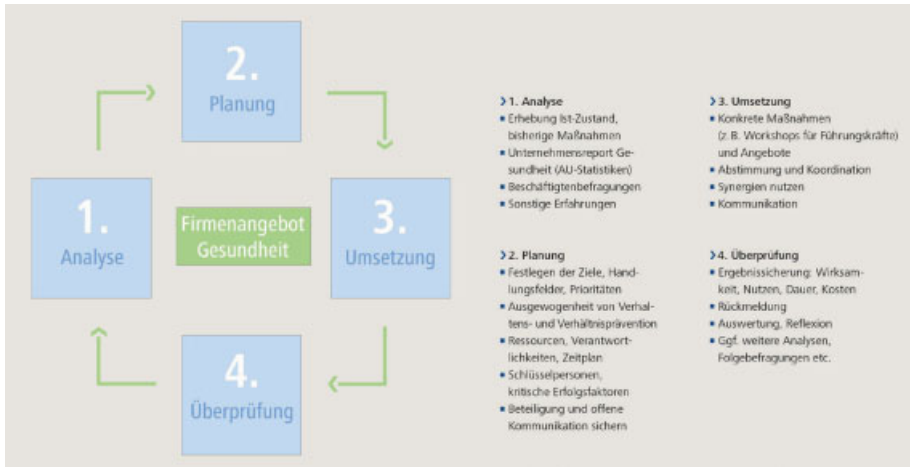
- Führung und Gesundheit
- Psychische Gesundheit
- Ausbildung und Gesundheit
- Work-Life-Balance
- Vereinbarkeit von Pflegesituation und Beruf
- Demografie und Gesundheit

Weitere Angebote zur Förderung eines gesundheitsgerechten Verhaltens:

- Reduktion arbeitsbedingter körperlicher Belastungen
- Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz
- Förderung von Kompetenzen zur Stressbewältigung/Resilienz
- Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln

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

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



Haben Sie Interesse?

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

www.barmer-gek.de/arbeitgeber

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



Serviceangebote der BARMER GEK zum Schwerpunktthema

Viele Menschen haben immer noch Berührungängste mit dem Thema psychische Erkrankungen. Doch dies hilft weder den erkrankten Menschen noch ihrem Umfeld. Denn gerade Betroffene benötigen Unterstützung insbesondere im Berufsalltag. Informationen für Führungskräfte und Beschäftigte ermöglichen es, sowohl präventiv zu handeln als auch eigene Reaktionen sowie die Reaktionen anderer besser wahrnehmen zu können.

Die BARMER GEK hat in den letzten Jahren mit wissenschaftlicher Unterstützung mehrere Medien zum Thema psychische Erkrankungen und deren Vermeidung veröffentlicht. Neben Informationen zu den häufigsten Erkrankungen im Arbeitsalltag werden zum Beispiel in Broschüren Hilfestellungen für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen gegeben. Eine Übersicht zu bundesweiten Ansprechpartnern, bei denen man sich sowohl fachliche als auch inhaltliche Hilfe holen kann, findet sich ebenso in den Medien. Alle Unterstützungsangebote können als pdf-Datei auf unserer Seite www.barmer-gek.de heruntergeladen oder als Printversion bestellt werden.

Ausgewählte Medienangebote für Arbeitgeber

Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz – Eine Handlungsleitlinie für Führungskräfte



Die Aufklärung über psychische Erkrankungen ist für alle Beteiligten im Unternehmen eine wichtige Voraussetzung, um die Anforderungen im Arbeitsalltag besser bewältigen zu können.

Führungskräfte und Personalverantwortliche nehmen eine Schlüsselfunktion bei der Förderung und Erhaltung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter ein – besonders im Umgang mit verhaltensauffälligen und psychisch erkrankten Beschäftigten.

Neben Hintergrundinformationen zur psychischen Gesundheit und einem Überblick der häufigsten Krankheitsbilder am Arbeitsplatz enthält die Broschüre unter anderem Checklisten zur Gesprächsvorbereitung, Anregungen und Tipps für Mitarbeitergespräche und Informationen zu Hilfsangeboten.

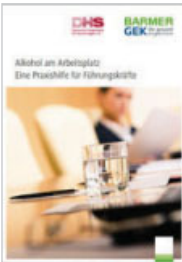
Ziel der Broschüre ist es, Berührungsängste im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz von allen Beteiligten abzubauen und in Unternehmen das Thema weiter zu entstigmatisieren.

Illustrationen des Künstlers Rolf Jahn begleiten die einzelnen Abschnitte und ermöglichen einen Einblick in die emotionalen Ebenen der seelischen Erkrankungen.



Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/505281

Alkohol am Arbeitsplatz – Praxisleitfaden für Führungskräfte



Risikant und schädlicher Alkoholkonsum am Arbeitsplatz gefährdet die Arbeitssicherheit, ist verantwortlich für Fehlzeiten und wirkt sich negativ auf das Betriebsklima aus. Führungskräfte und Personalverantwortliche besitzen eine Schlüsselfunktion in Unternehmen auch bezüglich des Alkoholkonsums. Viel hängt von dem richtigen Umgang mit Betroffenen, frühzeitigen Interventionen und dem Wissen um das eigene Vorbild ab. Wenn eigene Unsicherheiten konsequentes Handeln verhindern oder hinauszögern, werden sich bestehende Probleme bei den Betroffenen verfestigen.

Diese gemeinsam mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegebene Broschüre wendet sich an Führungskräfte und Personalverantwortliche in Betrieben. Sie unterstützt das Erkennen und Ansprechen von alkoholbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und gibt konkrete Hinweise und Anleitungen zum Handeln, u. a. zu Betriebs-/Dienstvereinbarungen oder Gesprächs-/Interventionsleitfäden.



Pdf- Datei zum Download: www.barmer-gek.de/502797

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 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.

Informationen zu ausgewählten Erkrankungsbildern

Diskussionsforum Depression – ein Kooperationsangebot der BARMER GEK (www.diskussionsforum-depression.de)

Sie suchen Kontakt zu anderen Betroffenen oder Angehörigen, möchten Ihre eigenen Erfahrungen weitergeben oder den Rat anderer einholen? In diesem Online-Forum haben Sie die Möglichkeit sich mit Anderen auszutauschen. Umgang mit der Krankheit, Medikamente, Therapieverfahren – dies sind nur einige Beispiele zu den Themen, die in dem Forum behandelt werden.



FIGHTING DEPRESSION ONLINE – ein Kooperationsangebot der BARMER GEK (www.fideo.de)

Für jüngere Auszubildende gibt es unter diesem Link viele Informationen und Tipps rund um das Thema Depression. Mit Hilfe eines Selbsttests können Jugendliche klären, ob hinter ihren Beschwerden vielleicht eine Depression steckt. Darüber hinaus gibt es einen Krisenplan, um frühzeitig einer neuen Krise vorzubeugen, und Hinweise auf viele Programme und Veranstaltungen für erkrankte Jugendliche.



Alles o.k. mit Alkohol?



Die Broschüre „Alles o.k. mit Alkohol?“ in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 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.



Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/104266

Nichts als Essen im Kopf – Ratgeber für Betroffene



Würde ich mich als selbstbewusst bezeichnen? Bin ich mit mir und meinem Körper zufrieden? Oder würde ich gerne aussehen wie ein Model oder ein Athlet?

In dieser Broschüre gibt es verschiedene Checklisten, die Jugendlichen mehr über sich, ihre Körperwahrnehmung und ihre mögliche Neigung, eine Essstörung zu entwickeln, verraten.

Woran erkenne ich, ob meine Freundin oder mein Freund vielleicht magersüchtig ist? Was ist „Bulimie“? Wie kann ich

meinen Eltern meine Essstörung am besten anvertrauen? Und wo finde ich Hilfe für mich oder andere? Dies sind nur einige der Fragen, die in dieser Broschüre beantwortet werden.

Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/127035



Präventiv für die eigene Gesundheit

Kein Stress mit dem Stress – Ein kleiner Ratgeber zum richtigen Umgang mit Stresssituationen



Stress – darunter können sich alle etwas vorstellen. Stress in der Schule, am Arbeitsplatz, Beziehungs- und Freizeitstress oder Stress beim Einkaufen. Es gibt kaum einen Bereich des täglichen Lebens, in dem dieses Phänomen keinen Einzug gehalten hat.

Stress kann aber auch angenehm sein oder sogar anregen, z. B. beim Sport oder wenn schwierige Aufgaben erfolgreich gelöst werden. Bis zu einem gewissen Grad ist er leistungsfördernd

und eine wichtige Quelle für Erfolgserlebnisse sowie Zufriedenheit. Was aber geschieht, wenn dieses Maß überschritten wird?

Die Broschüre gibt Anregungen und Verhaltenstipps, die helfen, einen ganz persönlichen Weg des Stressausgleichs zu finden.

Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/126997



Entspannung PUR – Im Gleichgewicht sein



Entspannung – was heißt das eigentlich? Das Gegenteil von Verspannung, von Spannung? Sollten wir jegliche Spannung vermeiden? Wie viel Anspannung brauchen wir? Wenn unser Alltag entspannt ist, wird er dann besonders angenehm und erholend oder etwa anspannend und langweilig?

Auf diese spannenden Fragen gibt die Broschüre Antworten. Eine Auswahl an Erfahrungen und Tipps zu Entspannungsmomenten, die mehr als 700 Menschen einge-

sandt haben, geben Anregungen für die ganz persönliche Entspannungsform. So ist es leicht, in Balance zu bleiben.

Pdf-Datei zum Download: www.barmer-gek.de/126987



Clever weniger trinken – Online-Selbsthilfetraining für Berufstätige

Stress auf der Arbeit und zum Feierabend ein oder zwei Glas Wein in netter, geselliger Runde, das Bier zum Entspannen, ein Schnäpschen zur besseren Verdauung nach dem Essen. Wann ist der Genuss von Alkohol riskant oder gar problematisch? Wer sein Trinkverhalten selbstständig überprüfen und den Konsum reduzieren möchte, der profitiert von dem Online-Selbsthilfetraining „Clever weniger trinken“.

Über sechs Wochen beobachten die Teilnehmenden ihren täglichen Alkoholkonsum. Sie lernen die eigenen Gewohnheiten und Bedürfnisse genauer kennen, sich erreichbare Ziele zu setzen, für ihr Wohlbefinden zu sorgen und erhalten bewährte Tipps für den Umgang mit typischen Trinksituationen.

In einer wissenschaftlichen Studie überprüfen die Leuphana Universität Lüneburg und die BARMER GEK die Wirksamkeit des Online-Trainings. Mit einer 50:50-Chance können Interessierte mit dem Training sofort beginnen. Andernfalls starten sie sechs Monate später. Im Rahmen der Studie ist die Teilnahme kostenlos.

www.geton-training.de/alkohol



Datengrundlage und Methoden

Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen

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

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

Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten

Regelmäßig beim Arbeitgeber zu melden sind Arbeitsunfähigkeiten erst, wenn diese länger als drei Tage dauern. Eine Bescheinigung ist dann gleichfalls umgehend bei der Krankenkasse einzureichen. Vor diesem Hintergrund sind die Daten der Krankenkassen zu kurzen Arbeitsunfähigkeiten nicht unbedingt vollständig. Dennoch 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 dürfte 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 tätigkeitsspezifischen 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 tätigkeitsspezifischen 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)³⁴. Üblicherweise ist innerhalb eines Jahres etwa die Hälfte aller Erwerbspersonen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen.
- **Versicherungsjahre (VJ)** werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt. Ist jemand über 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei Versi-

³⁴ Bei Berechnungen zum Gesundheitsreport wurden dabei ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER GEK versichert waren.

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

- **Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 VJ)** gibt die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Personen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 VJ kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je VJ entspricht beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 VJ. Durchschnittlich ist bei Erwerbspersonen etwa mit AU-Fallzahlen in der Größenordnung dieses Zahlenbeispiels zu rechnen, also mit etwa einem Fall pro Jahr pro Person beziehungsweise mit 100 Fällen je 100 Beschäftigte.
- **Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (AU-Tage je Fall)** geben die durchschnittliche Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle an. Die Dauer variiert erheblich in Abhängigkeit von der Erkrankungsdiagnose. Diagnoseübergreifend liegt sie durchschnittlich typischerweise bei mehr als 10 Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 VJ)** ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr werden je Beschäftigtem aktuell im Durchschnitt typischerweise mehr als 15 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.500 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 bundesweit jeweils mehr als 4 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 2012 und 2013 – als Erwerbspersonen bei der BARMER GEK versichert waren. Mit dem Begriff **Erwerbspersonen** werden dabei in der Arbeitsmarktforschung allgemein sowohl Berufstätige als auch Arbeitslose bezeichnet. Im Gesundheitsreport wird mit dem Begriff diejenige Gruppe von Mitgliedern bezeichnet, denen bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten ggf. typischerweise Krankengeldzahlungen seitens der Krankenkasse zustehen und die vor genau diesem Hintergrund auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei ihrer Krankenkasse verpflichtet sind. Betrachtet werden damit im Gesundheitsreport sowohl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger. Demgegenüber konnten Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht berücksichtigt werden, da sie von der Krankenkasse kein Krankengeld erhalten und insofern auch nicht zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse verpflichtet sind.

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

Daten der BARMER GEK umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2012 und 2013 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu jeweils 3,6 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 30). 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

ge Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2013 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis Dezember 2013 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 12,2% aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2013 ermittelte Anteil zwischen 4,7% in Bremen und 24,8% in Brandenburg.

Tabelle 30 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2013

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	157.176	184.880	342.056	8,3%
Bayern	203.559	263.947	467.506	9,5%
Berlin	69.316	93.314	162.629	13,3%
Brandenburg	81.930	108.928	190.858	24,8%
Bremen	6.676	7.444	14.120	4,7%
Hamburg	34.586	39.812	74.398	8,5%
Hessen	132.600	161.092	293.693	12,8%
Meckl.-Vorpommern	42.064	61.724	103.788	19,6%
Niedersachsen	136.538	170.844	307.382	11,6%
Nordrhein-Westfalen	362.819	491.444	854.263	13,9%
Rheinland-Pfalz	79.313	106.709	186.022	14,5%
Saarland	25.400	28.137	53.537	14,7%
Sachsen	58.631	88.902	147.533	10,1%
Sachsen-Anhalt	50.045	75.449	125.495	16,6%
Schleswig-Holstein	68.018	83.326	151.344	17,4%
Thüringen	43.614	60.005	103.619	13,6%
BUNDESWEIT	1.557.644	2.030.828	3.588.471	12,2%

BARMER GEK 2013, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Anteil der bei Auswertungen berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland an deren Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland in den Monaten Januar bis Dezember 2013 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 31 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2013, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen 17 Tsd. Fällen mit 233 Tsd. AU-Tagen in Bremen und 1.054 Tsd. Fällen mit 15,4 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2013 wurden 4,56 Mio. AU-Fälle und 64,65 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 31 AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2013

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2013 absolut	Anzahl AU-Tage 2013 absolut
Baden-Württemberg	400.964	5.202.680
Bayern	542.370	7.141.732
Berlin	208.375	3.177.703
Brandenburg	273.264	4.197.328
Bremen	17.068	232.670
Hamburg	83.422	1.160.604
Hessen	382.653	5.083.222
Meckl.-Vorpommern	151.974	2.257.003
Niedersachsen	395.140	5.474.613
Nordrhein-Westfalen	1.054.035	15.359.911
Rheinland-Pfalz	238.807	3.398.943
Saarland	66.056	1.068.938
Sachsen	204.626	2.925.837
Sachsen-Anhalt	186.454	2.755.983
Schleswig-Holstein	193.409	2.776.230
Thüringen	153.988	2.280.314
BUNDESWEIT	4.561.579	64.648.986

BARMER GEK 2013, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre.

Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden

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

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

Diagnoseschlüssel – ICD10

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



reitstellung 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 Inter-

net <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>).

Gliederung

Die ICD10 ist hierarchisch aufgebaut und umfasst auf der höchsten Gliederungsebene 22 sogenannte Kapitel, wobei das Kapitel 20 regulär ausschließlich in der Todesursachenstatistik verwendet wird (vgl. auch Tabelle 32). 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 32 Diagnosekapitel der ICD10

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

Berufe – Stellung im Beruf – Ausbildung

Traditionell werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder erfasst, die zuvor von den Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und Gültigkeit (Validität) entsprechender Angaben gelegentlich in Zweifel gezogen wurde, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. z.B. BARMER GEK Arztreport 2010, Abbildungen Seite 204 und Seite 212). Trotz gelegentlicher Zweifel an der Validität lassen sich demnach für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch deutliche und insgesamt plausibel erscheinende Zusammenhänge mit dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen nachweisen. Die ausgeübte Tätigkeit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. auch Textabschnitte ab Seite 175).

Bis Ende November 2011 wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 verwendeten Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“, seinerzeit herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeit, erfasst³⁵. Ein entsprechendes Schlüsselverzeichnis mit Hinweisen auch zur Kodierung von Angaben



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

<http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Unternehmen/Sozialversicherung/Schlüsselverzeichnis/index.htm>



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>

³⁵ Bundesanstalt für Arbeit, Hg., Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen, Nürnberg 1988.

Veränderungen ab Dezember 2011

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



Die neuen Meldeangaben werden in den kommenden Jahren zu differenzierteren Auswertungsmöglichkeiten führen. Da bei einem Teil der verwendeten Daten der BARMER GEK noch keine neuen Tätigkeitsschlüssel verfügbar waren, wurden für den vorliegenden Report alle Angaben nach dem neuen Schlüssel in Kategorien des bisherigen Schlüssels rückkodiert und Ergebnisse entsprechend auch in der bisherigen Form dargestellt. Für die Rückkodierungen wurden Überleitungstabellen genutzt, die auf den Internetseite der BA unter dem folgenden Link verfügbar sind:

<http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000200/html/bns/infopak. zip>
(Stand Juli 2014)

Branchen

Für eine Zuordnung und Differenzierung von Unternehmen nach Branchen wird in Deutschland aktuell die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ (WZ2008) verwendet. Sie ist hierarchisch aufgebaut und ist übergeordnet in 21 „Abschnitte“ gegliedert, die insgesamt in einer weiteren Differenzierung 88 „Abteilungen“ mit 272 „Gruppen“, 615 „Klassen“ und 839 „Unterklassen“ beinhalten. Während die übergeordneten 21 „Abschnitte“ mit Buchstaben von A bis R bezeichnet werden, werden die einzelnen Wirtschaftszweige mit effektiv maximal 5-stelligen Ziffernfolgen



zwischen 01.11.0 und 99.00.0 (auf der Ebene von „Unterklassen“) gekennzeichnet. Weiterführende Informationen sowie die vollständigen Angaben zur Klassifikation sind auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter dem nachfolgend genannten Link verfügbar:

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

Geschlechts- und Altersstandardisierung

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

Direkte Standardisierung

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

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

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

Standardpopulation – Veränderung bei Publikationen ab 2013

Zur Standardisierung wurden bis zum Gesundheitsreport 2012 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet³⁶. Die Auswahl der Standardpopulation entsprach den seinerzeit gültigen „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“. Zwischenzeitlich wurden diese Empfehlungen aktualisiert. Zur Standardisierung sollen aktuell Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 verwendet werden (vgl. Tabelle 33). Diese Empfehlungen wurden erstmals im Rahmen des Gesundheitsreportes 2013 vollständig, d.h. sowohl im Hinblick auf die Berechnung der Ergebnisse zum Jahr 2012 als auch im Hinblick auf Vorjahresergebnisse, umgesetzt. Durch die Umstellung der Standardpopulation ergeben sich zwangsläufig auch veränderte Ergebnisse. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den bis 2012 publizierten Zahlen ist hierdurch eingeschränkt, weshalb entsprechende Gegenüberstellungen vermieden werden sollten.

Tabelle 33 Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010

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

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

³⁶ Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

Indirekte Standardisierung

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

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

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

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



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

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A1 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2013

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	189	214	200	207	232	218
20 – 24 Jahre	125	147	136	151	169	160
25 – 29 Jahre	81	119	99	107	131	118
30 – 34 Jahre	79	107	92	101	121	110
35 – 39 Jahre	87	112	98	106	123	114
40 – 44 Jahre	99	119	108	111	124	117
45 – 49 Jahre	102	124	112	112	126	118
50 – 54 Jahre	111	128	119	118	133	125
55 – 59 Jahre	122	135	128	127	141	134
60 – 64 Jahre	114	126	119	123	132	126
Gesamt	104	126	114	119	135	126

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A2 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2013

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

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A3 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2013

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	Hamburg			Bundesweit		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.039	1.148	1.086	1.181	1.219	1.198
20 – 24 Jahre	954	1.157	1.050	1.187	1.218	1.202
25 – 29 Jahre	851	1.117	977	1.054	1.225	1.134
30 – 34 Jahre	934	1.162	1.037	1.098	1.314	1.195
35 – 39 Jahre	1.027	1.441	1.215	1.257	1.504	1.369
40 – 44 Jahre	1.370	1.745	1.543	1.516	1.704	1.603
45 – 49 Jahre	1.638	1.962	1.790	1.694	1.920	1.800
50 – 54 Jahre	1.972	2.195	2.078	2.042	2.250	2.141
55 – 59 Jahre	2.303	2.536	2.410	2.554	2.653	2.599
60 – 64 Jahre	2.696	2.826	2.749	3.194	3.115	3.162
Gesamt	1.474	1.746	1.599	1.650	1.805	1.721

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A4 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2013 – 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	96	1.608	16,8
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	123	1.533	12,4
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	94	1.287	13,8
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	145	1.257	8,7
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	85	603	7,1
07	<i>Erzbergbau*</i>	83	2.506	30,3
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	117	1.460	12,5
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	100	1.149	11,5
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	118	1.925	16,3
11	Getränkeherstellung	125	1.526	12,2
12	<i>Tabakverarbeitung*</i>	152	1.813	11,9
13	Herstellung von Textilien	123	1.637	13,4
14	Herstellung von Bekleidung	107	1.313	12,3
15	<i>Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen*</i>	130	1.554	12,0
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	127	1.708	13,5
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	135	1.743	12,9
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	123	1.623	13,2
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	134	1.545	11,6
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	129	1.507	11,7
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	135	1.498	11,1
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	134	1.689	12,6
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	128	1.745	13,6
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	131	1.645	12,5
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	131	1.730	13,2
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	129	1.429	11,1
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	138	1.579	11,4
28	Maschinenbau	129	1.470	11,4
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	135	1.704	12,7
30	Sonstiger Fahrzeugbau	139	1.490	10,7
31	Herstellung von Möbeln	129	1.628	12,6
32	Herstellung von sonstigen Waren	124	1.520	12,3
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	123	1.609	13,0

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
35	Energieversorgung	139	1.546	11,2
36	Wasserversorgung	154	1.767	11,5
37	Abwasserentsorgung	148	1.895	12,8
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	145	2.052	14,1
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	147	2.249	15,3
41	Hochbau	109	1.693	15,5
42	Tiefbau	115	1.640	14,3
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	116	1.757	15,2
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	116	1.541	13,3
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	116	1.446	12,5
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	109	1.705	15,7
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	121	2.065	17,0
50	Schifffahrt	91	1.422	15,6
51	Luftfahrt	146	1.835	12,6
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	129	1.885	14,6
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	130	2.236	17,2
55	Beherbergung	95	1.667	17,6
56	Gastronomie	88	1.689	19,2
58	Verlagswesen	100	1.122	11,2
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	72	1.073	14,9
60	Rundfunkveranstalter	100	1.189	11,9
61	Telekommunikation	138	1.567	11,3
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	110	1.199	10,9
63	Informationsdienstleistungen	105	1.411	13,4
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	124	1.310	10,6
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensions- kassen (ohne Sozialversicherung)	123	1.425	11,6
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbun- dene Tätigkeiten	106	1.376	13,0
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	105	1.338	12,8
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	97	1.011	10,4
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrie- ben; Unternehmensberatung	103	1.277	12,4
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikali-	106	1.163	10,9

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	110	1.169	10,6
73	Werbung und Marktforschung	99	1.323	13,4
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	94	1.202	12,9
75	Veterinärwesen	86	1.272	14,7
77	Vermietung von beweglichen Sachen	111	1.515	13,6
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	159	2.409	15,1
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	93	1.178	12,7
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	146	2.331	16,0
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	129	2.073	16,1
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	156	2.118	13,6
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	154	1.845	11,9
85	Erziehung und Unterricht	129	1.437	11,2
86	Gesundheitswesen	119	1.662	14,0
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	134	2.206	16,4
88	Sozialwesen (ohne Heime)	130	1.921	14,7
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	93	1.304	14,0
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	131	1.507	11,5
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	98	1.705	17,5
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	96	1.496	15,6
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	112	1.303	11,7
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	202	2.106	10,4
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	115	1.748	15,2
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	63	1.237	19,5
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	59	529	9,0
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	156	2.108	13,5
NN	Unbekannt	66	1.734	26,2
Gesamt		123	1.686	13,7

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen bundesweit, nur Mitglieder der vormaligen BARMER, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A5 Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2013 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	4,45%	4,36%	4,41%
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	4,62%	3,71%	4,20%
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	2,90%	4,26%	3,53%
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	2,51%	4,53%	3,44%
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	2,15%	1,07%	1,65%
07	<i>Erzbergbau*</i>	4,57%	9,55%	6,87%
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	4,71%	3,17%	4,00%
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	3,66%	2,55%	3,15%
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	5,12%	5,46%	5,27%
11	Getränkeherstellung	4,61%	3,68%	4,18%
12	<i>Tabakverarbeitung*</i>	4,05%	6,04%	4,97%
13	Herstellung von Textilien	4,44%	4,54%	4,48%
14	Herstellung von Bekleidung	3,30%	3,94%	3,60%
15	<i>Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen*</i>	4,21%	4,31%	4,26%
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	5,33%	3,92%	4,68%
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	5,05%	4,46%	4,78%
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	4,27%	4,65%	4,45%
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	3,55%	5,02%	4,23%
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	4,22%	4,02%	4,13%
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	3,72%	4,56%	4,11%
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	4,77%	4,46%	4,63%
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	5,22%	4,26%	4,78%
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	5,10%	3,81%	4,51%
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	5,08%	4,34%	4,74%
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	3,40%	4,52%	3,91%
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	3,99%	4,71%	4,32%
28	Maschinenbau	4,25%	3,76%	4,03%
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	4,45%	4,92%	4,67%
30	Sonstiger Fahrzeugbau	4,11%	4,05%	4,08%
31	Herstellung von Möbeln	4,98%	3,85%	4,46%
32	Herstellung von sonstigen Waren	3,99%	4,37%	4,16%
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	4,81%	3,94%	4,41%

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
35	Energieversorgung	3,91%	4,62%	4,24%
36	Wasserversorgung	4,71%	5,00%	4,84%
37	Abwasserentsorgung	5,35%	5,01%	5,19%
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	6,39%	4,73%	5,62%
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	6,63%	5,61%	6,16%
41	Hochbau	5,81%	3,26%	4,64%
42	Tiefbau	5,35%	3,49%	4,49%
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	5,84%	3,61%	4,81%
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	4,47%	3,94%	4,22%
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	3,87%	4,07%	3,96%
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	4,43%	4,95%	4,67%
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	5,72%	5,58%	5,66%
50	Schifffahrt	3,70%	4,12%	3,89%
51	Luftfahrt	4,37%	5,79%	5,03%
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	5,45%	4,83%	5,17%
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	5,60%	6,74%	6,13%
55	Beherbergung	4,40%	4,77%	4,57%
56	Gastronomie	4,13%	5,21%	4,63%
58	Verlagswesen	2,68%	3,53%	3,07%
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	2,40%	3,57%	2,94%
60	Rundfunkveranstalter	2,88%	3,70%	3,26%
61	Telekommunikation	3,45%	5,28%	4,29%
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	2,66%	4,02%	3,29%
63	Informationsdienstleistungen	3,39%	4,42%	3,87%
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	2,94%	4,34%	3,59%
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensions- kassen (ohne Sozialversicherung)	3,22%	4,71%	3,90%
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbun- dene Tätigkeiten	3,48%	4,12%	3,77%
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,60%	3,74%	3,67%
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	2,46%	3,14%	2,77%
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrie- ben; Unternehmensberatung	2,95%	4,14%	3,50%
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikali-	3,05%	3,35%	3,19%

Nr.	Bezeichnung * (Branchen mit < 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
	sche und chemische Untersuchung			
72	Forschung und Entwicklung	2,64%	3,86%	3,20%
73	Werbung und Marktforschung	3,35%	3,95%	3,62%
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,12%	3,50%	3,29%
75	Veterinärwesen	3,68%	3,26%	3,49%
77	Vermietung von beweglichen Sachen	4,34%	3,92%	4,15%
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	6,64%	6,56%	6,60%
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	3,24%	3,22%	3,23%
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	5,98%	6,86%	6,39%
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	5,52%	5,86%	5,68%
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	5,19%	6,52%	5,80%
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,74%	5,43%	5,05%
85	Erziehung und Unterricht	3,27%	4,71%	3,94%
86	Gesundheitswesen	4,28%	4,87%	4,55%
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	5,43%	6,77%	6,04%
88	Sozialwesen (ohne Heime)	4,62%	6,02%	5,26%
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	3,54%	3,60%	3,57%
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	3,79%	4,52%	4,13%
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	3,89%	5,59%	4,67%
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,84%	4,40%	4,10%
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	2,97%	4,28%	3,57%
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	5,44%	6,15%	5,77%
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	4,80%	4,77%	4,79%
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	3,27%	3,52%	3,39%
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt. *</i>	0,83%	2,18%	1,45%
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	5,94%	5,58%	5,78%
NN	Unbekannt	4,65%	4,87%	4,75%
Gesamt		4,40%	4,88%	4,62%

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen bundesweit, nur Mitglieder der vormaligen BARMER, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A6 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Tätigkeit 2013 – Top 100 Berufe

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
041	Landarbeitskräfte	95	1.767	18,6
051	Gärtner, Gartenarbeiter	155	2.053	13,2
141	Chemiebetriebswerker	169	2.049	12,1
143	Gummihersteller, -verarbeiter	177	2.408	13,6
151	Kunststoffverarbeiter	170	2.227	13,1
212	Drahtverformer, -verarbeiter	170	2.289	13,5
221	Dreher	168	1.817	10,8
262	Rohrinstallateure	161	1.970	12,2
273	Maschinenschlosser	164	1.717	10,5
275	Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	177	2.219	12,5
281	Kraftfahrzeuginstandsetzer	161	1.611	10,0
291	Werkzeugmacher	164	1.563	9,5
303	Zahntechniker	119	1.202	10,1
304	Augenoptiker	133	1.152	8,7
311	Elektroinstallateure, -monteure	149	1.630	10,9
314	Elektrogerätebauer	150	1.387	9,3
321	Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	172	2.328	13,5
322	Sonstige Montierer	164	2.276	13,8
391	Backwarenhersteller	116	1.709	14,7
411	Köche	111	2.008	18,1
432	Mehl-, Nahrungsmittelhersteller	160	2.437	15,3
441	Maurer	133	2.367	17,8
472	Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer, a.n.g.	123	2.265	18,4
501	Tischler	155	1.894	12,2
511	Maler, Lackierer (Ausbau)	148	1.955	13,2
521	Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	149	1.962	13,1
543	Sonstige Maschinisten	166	2.293	13,8
549	Maschineneinrichter, o.n.A.	158	2.140	13,5
555	Behinderte in geschützten Einrichtungen	233	2.126	9,1
601	Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	83	760	9,1
602	Elektroingenieure	87	786	9,0
603	Architekten, Bauingenieure	87	1.016	11,6
607	Sonstige Ingenieure	86	946	11,0
611	Chemiker, Chemieingenieure	92	1.229	13,4
621	Maschinenbautechniker	110	1.145	10,4

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
622	Techniker des Elektrofaches	109	1.216	11,1
623	Bautechniker	110	1.388	12,6
628	Techniker, o.n.A	115	1.373	11,9
629	Industriemeister, Werkmeister	112	1.687	15,1
633	Chemielaboranten	153	1.481	9,7
635	Technische Zeichner	136	1.230	9,0
681	Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	110	1.342	12,2
682	Verkäufer	114	1.912	16,7
683	Verlagskaufleute, Buchhändler	111	1.255	11,3
684	Drogisten	115	1.613	14,0
687	Handelsvertreter, Reisende	107	1.492	13,9
691	Bankfachleute	131	1.447	11,0
694	Lebens-, Sachversicherungsfachleute	131	1.598	12,2
701	Speditionskaufleute	110	1.287	11,7
702	Fremdenverkehrsfachleute	104	1.150	11,0
703	Werbefachleute	151	1.779	11,8
704	Makler, Grundstücksverwalter	98	1.289	13,1
706	Geldeinnehmer, -auszahler, Kartenverkäufer, -kontrolleure	132	2.322	17,6
714	Kraftfahrzeugführer	115	2.526	22,0
732	Postverteiler	131	2.476	19,0
741	Lagerverwalter, Magaziner	148	2.046	13,8
744	Lager-, Transportarbeiter	162	2.374	14,6
751	Unternehmer, Geschäftsführer	81	1.137	14,1
752	Unternehmensberater, Organisatoren	95	1.060	11,2
753	Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	113	1.016	9,0
762	Leitende, admin. entscheid. Verwaltungsfachleute	133	1.683	12,7
772	Buchhalter	113	1.443	12,7
774	Datenverarbeitungsfachleute	97	948	9,8
781	Bürofachkräfte	126	1.576	12,5
782	Stenographen, Stenotypisten, Maschinenschreiber	160	2.349	14,7
784	Bürohilfskräfte	116	1.720	14,8
792	Wächter, Aufseher	142	2.563	18,1
793	Pförtner, Hauswarte	114	2.116	18,6
813	Rechtsvertreter, -berater	68	766	11,3
821	Publizisten	87	1.015	11,6

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselver- zeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
823	Bibliothekare, Archivare, Museumsfachleute	146	1.863	12,8
831	Musiker	73	1.256	17,2
833	Bildende Künstler, Graphiker	97	964	10,0
835	Künstl., zug. Berufe d. Bühnen-, Bild- u. Tontechn.	93	1.222	13,2
841	Ärzte	75	908	12,1
844	Apotheker	64	847	13,2
852	Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	140	1.691	12,0
853	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	134	2.339	17,4
854	Helfer in der Krankenpflege	151	2.764	18,3
856	Sprechstundenhelfer	116	1.350	11,6
857	Medizinallaboranten	119	1.495	12,6
861	Sozialarbeiter, Sozialpfleger	138	2.399	17,4
862	Heimleiter, Sozialpädagogen	145	2.107	14,5
863	Arbeits-, Berufsberater	136	1.789	13,1
864	Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	178	2.196	12,3
871	Hochschullehrer, Doz. an höheren Fachschulen	56	562	10,1
873	Real-, Volks-, Sonderschullehrer	131	1.677	12,8
874	Fachschul-, Berufsschul-, Werklehrer	116	1.642	14,2
875	Lehrer für musische Fächer, a.n.g.	80	963	12,0
876	Sportlehrer	104	1.259	12,1
877	Sonstige Lehrer	112	1.697	15,1
881	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, Statistiker	97	1.006	10,4
882	Geisteswissenschaftler, a.n.g.	131	1.636	12,5
901	Friseure	133	1.418	10,7
911	Gastwirte, Hoteliers, Gaststättenkaufleute	108	1.341	12,4
912	Kellner, Stewards	112	1.751	15,6
913	Übrige Gästebetreuer	103	1.778	17,3
923	Hauswirtschaftliche Betreuer	131	2.317	17,7
933	Raum-, Hausratreiniger	136	2.475	18,2
934	Glas-, Gebäudereiniger	141	2.456	17,4
Gesamt		125	1.774	14,1

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen bundesweit, nur Mitglieder der vormaligen BARMER, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER vertretende Berufe**, je Tätigkeit mehr als 3.000 Versicherte 2013 berücksichtigt.

*Aufteilung nach dem bis 2011 gültigen Schlüsselverzeichnis 2003 auf der Basis von ggf. rückkodierte Angaben gemäß Schlüsselverzeichnis 2010, vgl. Erläuterungen auf Seite 184 und 185.

Tabelle A7 Krankenstand nach Geschlecht und Tätigkeit 2013 – Top 100 Berufe

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	Männer	Frauen	Gesamt
041	Landarbeitskräfte	4,75%	5,10%	4,84%
051	Gärtner, Gartenarbeiter	5,52%	6,00%	5,62%
141	Chemiebetriebswerker	5,20%	6,59%	5,61%
143	Gummihersteller, -verarbeiter	5,98%	7,62%	6,60%
151	Kunststoffverarbeiter	5,79%	7,52%	6,10%
212	Drahtverformer, -verarbeiter	5,88%	7,45%	6,27%
221	Dreher	4,95%	5,87%	4,98%
262	Rohrinstallateure	5,40%		5,40%
273	Maschinenschlosser	4,70%	4,97%	4,70%
275	Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	6,07%	6,64%	6,08%
281	Kraftfahrzeuginstandsetzer	4,39%	4,98%	4,41%
291	Werkzeugmacher	4,22%		4,28%
303	Zahntechniker	2,98%	3,47%	3,29%
304	Augenoptiker	3,19%	3,14%	3,15%
311	Elektroinstallateure, -monteure	4,43%	5,17%	4,47%
314	Elektrogerätebauer	3,56%	5,53%	3,80%
321	Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	5,64%	7,31%	6,38%
322	Sonstige Montierer	5,76%	7,70%	6,24%
391	Backwarenhersteller	4,51%	5,02%	4,68%
411	Köche	4,28%	6,86%	5,50%
432	Mehl-, Nahrungsmittelhersteller	6,09%	7,57%	6,68%
441	Maurer	6,50%		6,49%
472	Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer, a.n.g.	6,19%		6,21%
501	Tischler	5,17%	5,67%	5,19%
511	Maler, Lackierer (Ausbau)	5,29%	6,36%	5,36%
521	Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	4,98%	5,99%	5,38%
543	Sonstige Maschinisten	5,92%	8,58%	6,28%
549	Maschineneinrichter, o.n.A.	5,69%	7,22%	5,86%
555	Behinderte in geschützten Einrichtungen	5,31%	6,50%	5,82%
601	Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	1,98%	3,07%	2,08%
602	Elektroingenieure	2,02%	3,83%	2,15%
603	Architekten, Bauingenieure	2,62%	3,12%	2,78%
607	Sonstige Ingenieure	2,50%	3,06%	2,59%
611	Chemiker, Chemieingenieure	2,05%	4,41%	3,37%
621	Maschinenbautechniker	3,07%	3,60%	3,14%

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	Männer	Frauen	Gesamt
622	Techniker des Elektrofaches	3,21%	4,32%	3,33%
623	Bautechniker	3,89%	3,32%	3,80%
628	Techniker, o.n.A	3,54%	4,31%	3,76%
629	Industriemeister, Werkmeister	4,57%	5,28%	4,62%
633	Chemielaboranten	3,34%	4,51%	4,06%
635	Technische Zeichner	3,03%	3,65%	3,37%
681	Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	3,14%	4,16%	3,68%
682	Verkäufer	4,13%	5,63%	5,24%
683	Verlagskaufleute, Buchhändler	3,19%	3,56%	3,44%
684	Drogisten	3,72%	4,44%	4,42%
687	Handelsvertreter, Reisende	3,74%	5,02%	4,09%
691	Bankfachleute	3,08%	4,50%	3,97%
694	Lebens-, Sachversicherungsfachleute	3,84%	4,73%	4,38%
701	Speditionskaufleute	3,38%	3,77%	3,53%
702	Fremdenverkehrsfachleute	3,33%	3,11%	3,15%
703	Werbefachleute	3,93%	5,43%	4,87%
704	Makler, Grundstücksverwalter	3,02%	3,96%	3,53%
706	Geldeinnehmer, -auszahler, Kartenverkäufer, -kontrolleure	4,08%	6,62%	6,36%
714	Kraftfahrzeugführer	6,85%	7,92%	6,92%
732	Postverteiler	5,85%	7,78%	6,78%
741	Lagerverwalter, Magaziner	5,31%	6,65%	5,61%
744	Lager-, Transportarbeiter	6,04%	7,64%	6,50%
751	Unternehmer, Geschäftsführer	2,74%	3,88%	3,12%
752	Unternehmensberater, Organisatoren	2,31%	3,65%	2,90%
753	Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	2,43%	2,90%	2,78%
762	Leitende, admin. entscheid. Verwaltungsfachleute	3,67%	5,16%	4,61%
772	Buchhalter	3,35%	4,09%	3,95%
774	Datenverarbeitungsfachleute	2,35%	3,79%	2,60%
781	Bürofachkräfte	3,75%	4,47%	4,32%
782	Stenographen, Stenotypisten, Maschinenschreiber	4,94%	6,48%	6,44%
784	Bürohilfskräfte	4,40%	4,79%	4,71%
792	Wächter, Aufseher	6,62%	7,75%	7,02%
793	Pförtner, Hauswarte	5,82%	5,50%	5,80%
813	Rechtsvertreter, -berater	1,51%	2,62%	2,10%
821	Publizisten	2,50%	3,03%	2,78%

Tätigk.- Schl.	Bezeichnung (Aufteilung gemäß Schlüsselver- zeichnis für die Angaben zur Tätigkeit 2003)*	Männer	Frauen	Gesamt
823	Bibliothekare, Archivare, Museumsfachleute	4,17%	5,36%	5,10%
831	Musiker	3,31%	3,66%	3,44%
833	Bildende Künstler, Graphiker	2,19%	3,03%	2,64%
835	Künstl., zug. Berufe d. Bühnen-, Bild- u.Tontechn.	3,15%	3,71%	3,35%
841	Ärzte	1,74%	2,93%	2,49%
844	Apotheker	1,98%	2,38%	2,32%
852	Masseure, Krankengymnasten und verw. Berufe	4,35%	4,69%	4,63%
853	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	5,26%	6,59%	6,41%
854	Helfer in der Krankenpflege	5,67%	8,67%	7,57%
856	Sprechstundenhelfer	3,81%	3,70%	3,70%
857	Medizinallaboranten	3,74%	4,12%	4,10%
861	Sozialarbeiter, Sozialpfleger	5,04%	6,96%	6,57%
862	Heimleiter, Sozialpädagogen	4,98%	6,08%	5,77%
863	Arbeits-, Berufsberater	4,45%	5,10%	4,90%
864	Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	4,92%	6,10%	6,02%
871	Hochschullehrer, Doz. an höheren Fachschulen	1,06%	2,08%	1,54%
873	Real-, Volks-, Sonderschullehrer	3,57%	4,89%	4,59%
874	Fachschul-, Berufsschul-, Werklehrer	4,11%	4,65%	4,50%
875	Lehrer für musische Fächer, a.n.g.	2,18%	2,98%	2,64%
876	Sportlehrer	2,88%	3,95%	3,45%
877	Sonstige Lehrer	4,35%	4,94%	4,65%
881	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, Statistiker	2,28%	3,07%	2,76%
882	Geisteswissenschaftler, a.n.g.	3,61%	4,81%	4,48%
901	Friseur	2,64%	3,98%	3,88%
911	Gastwirte, Hoteliers, Gaststättenkaufleute	3,35%	3,81%	3,67%
912	Kellner, Stewards	3,80%	5,17%	4,80%
913	Übrige Gästebetreuer	3,34%	5,51%	4,87%
923	Hauswirtschaftliche Betreuer	5,55%	6,40%	6,35%
933	Raum-, Hausratreiniger	5,65%	6,98%	6,78%
934	Glas-, Gebäudereiniger	5,92%	7,24%	6,73%
Gesamt		4,37%	5,18%	4,86%

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen bundesweit, nur Mitglieder der vormaligen BARMER, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER vertretende Berufe**, je Tätigkeit mehr als 3.000 Versicherte 2013 berücksichtigt, geschlechtsspezifische Ergebnisse bei weniger als 1.000 Versicherten kursiv, bei weniger als 100 Versicherten nicht dargestellt

*Aufteilung nach dem bis 2011 gültigen Schlüsselverzeichnis 2003 auf der Basis von ggf. rückkodierten Angaben gemäß Schlüsselverzeichnis 2010, vgl. Erläuterungen auf Seite 184 und 185.

Tabelle A8 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	11,9	13,4	12,6	12,2	13,1	12,6
Neubildungen	1,2	2,0	1,6	1,5	2,3	1,9
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7
Psychische u. Verhaltensstörungen	6,0	9,8	7,7	5,1	8,5	6,6
Krankheiten des Nervensystems	1,8	3,3	2,5	2,2	3,6	2,9
Krankheiten des Auges	1,2	1,2	1,2	1,5	1,5	1,5
Krankheiten des Ohres	1,2	1,5	1,3	1,4	1,6	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,7	2,5	2,6	3,2	3,0	3,1
Krankheiten des Atmungssystems	32,4	41,9	36,8	36,2	44,1	39,8
Krankh. des Verdauungssystems	10,6	11,2	10,9	13,1	13,6	13,3
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	1,6	1,2	1,4	1,8	1,6	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	15,8	14,2	15,1	19,3	16,2	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,3	4,0	2,5	1,4	4,7	2,9
Schwangerschaft, Geburt	0,0	1,6	0,7	0,0	2,1	1,0
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	5,7	8,7	7,1	5,9	8,3	7,0
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	8,2	6,3	7,4	11,1	7,4	9,4
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	1,0	2,0	1,4	1,0	1,6	1,3
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	104,0	126,1	114,2	118,5	134,9	126,1

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A9 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	6,1	5,7	5,9	5,8	5,9	5,9
Neubildungen	40,8	45,6	43,6	34,3	43,2	39,3
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	37,3	20,1	28,9	29,2	22,7	25,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	20,0	22,8	21,4	21,8	20,8	21,3
Psychische u. Verhaltensstörungen	51,4	51,8	51,6	47,0	43,7	45,1
Krankheiten des Nervensystems	17,7	14,2	15,5	18,4	13,8	15,7
Krankheiten des Auges	10,1	8,7	9,5	8,8	7,9	8,4
Krankheiten des Ohres	9,4	8,0	8,7	10,5	10,1	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	30,5	18,4	25,1	28,6	18,2	24,0
Krankheiten des Atmungssystems	6,3	6,5	6,4	6,7	6,8	6,7
Krankh. des Verdauungssystems	6,7	5,7	6,2	7,0	6,1	6,6
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	14,4	11,1	13,1	14,3	11,9	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,4	19,8	19,6	20,6	21,9	21,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	11,5	7,3	8,4	12,1	9,3	10,1
Schwangerschaft, Geburt	-	11,1	11,1	-	12,5	12,4
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	-	-	-	-	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	14,6	26,4	20,2	22,6	23,8	23,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	9,6	9,1	9,3	10,2	9,4	9,7
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	22,3	21,6	22,0	21,3	20,7	21,1
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-	-
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	26,2	21,0	23,0	25,5	22,8	23,9
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	-	-	-	-	-	-
Alle Diagnosen	14,2	13,8	14,0	13,9	13,4	13,7

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A10 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013

ICD10-Diagnosekapitel	Hamburg			BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	73	76	74	71	77	74
Neubildungen	49	90	68	53	98	74
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	5	3	4	3	4	4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	14	12	15	16	15
Psychische u. Verhaltensstörungen	306	507	399	238	371	300
Krankheiten des Nervensystems	32	47	39	41	50	45
Krankheiten des Auges	13	11	12	13	12	13
Krankheiten des Ohres	11	12	12	14	17	15
Krankheiten des Kreislaufsystems	81	46	65	93	55	75
Krankheiten des Atmungssystems	206	271	236	243	298	269
Krankh. des Verdauungssystems	71	64	68	91	83	87
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	23	14	19	26	18	23
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	308	280	295	398	353	377
Krankheiten des Urogenitalsystems	15	29	21	17	44	30
Schwangerschaft, Geburt	0	17	8	0	26	12
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	2	3	2	3	4	3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	55	79	66	60	78	68
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	183	137	162	235	153	197
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	26	41	33	25	38	31
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0	0	0	0	0	0
Alle Diagnosen	1.474	1.746	1.599	1.650	1.805	1.721

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A11 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012 (Vorjahr)

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

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

Tabelle A12 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2013

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	6	67	12	289	90	106	352
20 – 24 Jahre	11	126	13	239	84	157	313
25 – 29 Jahre	13	152	14	196	67	175	232
30 – 34 Jahre	17	173	21	209	66	209	199
35 – 39 Jahre	20	212	31	229	70	276	191
40 – 44 Jahre	30	244	57	242	84	374	213
45 – 49 Jahre	44	260	90	236	93	445	230
50 – 54 Jahre	82	296	149	256	108	550	240
55 – 59 Jahre	143	352	246	291	129	701	248
60 – 64 Jahre	209	417	351	304	143	957	259
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	8	128	15	350	117	95	148
20 – 24 Jahre	13	211	16	290	93	129	128
25 – 29 Jahre	17	249	18	263	70	141	104
30 – 34 Jahre	30	290	23	265	62	164	96
35 – 39 Jahre	53	347	33	281	66	236	110
40 – 44 Jahre	91	388	45	287	73	327	132
45 – 49 Jahre	133	402	62	288	82	420	154
50 – 54 Jahre	172	451	81	315	91	527	192
55 – 59 Jahre	192	519	115	362	108	644	247
60 – 64 Jahre	237	614	165	358	111	811	281

BARMER GEK 2013, Erwerbspersonen. Bezeichnungen der aufgeführten Krankheitsarten beziehungsweise Diagnosekapitel der ICD10: **II** Neubildungen; **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **IX** Krankheiten des Kreislaufsystems; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XI** Krankheiten des Verdauungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Tabelle A13 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2013

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	18	120	6	258	40	82	238
20 – 24 Jahre	13	157	15	188	71	110	210
25 – 29 Jahre	6	203	5	150	48	104	167
30 – 34 Jahre	19	260	11	147	43	145	157
35 – 39 Jahre	19	276	23	185	51	164	121
40 – 44 Jahre	35	341	37	199	73	289	154
45 – 49 Jahre	52	348	82	205	72	396	201
50 – 54 Jahre	60	436	121	252	115	483	186
55 – 59 Jahre	131	326	279	254	91	517	257
60 – 64 Jahre	166	429	266	275	83	720	206
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	55	79	34	352	104	48	78
20 – 24 Jahre	10	279	14	258	71	112	95
25 – 29 Jahre	10	278	16	219	56	121	107
30 – 34 Jahre	22	378	16	226	49	109	61
35 – 39 Jahre	58	507	16	229	49	182	82
40 – 44 Jahre	80	596	32	268	52	265	143
45 – 49 Jahre	101	585	40	287	67	381	145
50 – 54 Jahre	155	616	86	286	81	404	163
55 – 59 Jahre	185	732	95	329	69	467	235
60 – 64 Jahre	263	607	160	335	70	630	274

BARMER GEK 2013, 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.

Tabellen mit Bezug zum Schwerpunktkapitel

Tabelle A14 Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2012 Männer

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU-Tage je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Anz.	Ant.
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,48%	0,42%	0,03%	0,01%	1,4	0,6%
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6,22%	5,69%	0,37%	0,35%	17,6	7,6%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,67%	1,40%	0,29%	0,28%	13,0	5,6%
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,62%	4,30%	0,01%	0,00%	0,4	0,2%
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,51%	0,49%	0,10%	0,06%	6,7	2,9%
F20 Schizophrenie	0,28%	0,26%	0,06%	0,04%	4,1	1,8%
F30-F39 Affektive Störungen	7,95%	7,76%	1,58%	0,36%	111,2	47,6%
F31 Bipolare affektive Störung	0,18%	0,17%	0,03%	0,02%	2,2	1,0%
F32 Depressive Episode	6,79%	6,60%	1,29%	0,21%	85,9	36,8%
F33 Rezidivierende depressive Störung	1,82%	1,68%	0,26%	0,15%	20,7	8,9%
F34 Anhaltende affektive Störungen	0,83%	0,81%	0,04%	0,00%	2,1	0,9%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12,92%	12,64%	2,54%	0,19%	90,6	38,8%
F40 Phobische Störungen	0,64%	0,61%	0,02%	0,01%	1,1	0,5%
F41 Andere Angststörungen	2,84%	2,78%	0,26%	0,04%	14,2	6,1%
F42 Zwangsstörung	0,26%	0,25%	0,02%	0,01%	1,1	0,5%
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,64%	4,45%	1,16%	0,08%	38,0	16,3%
F45 Somatoforme Störungen	6,03%	5,93%	0,52%	0,05%	16,0	6,9%
F48 Andere neurotische Störungen	2,45%	2,36%	0,66%	0,00%	19,8	8,5%
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,54%	2,50%	0,04%	0,01%	1,1	0,5%
F50 Essstörungen	0,11%	0,10%	0,00%	0,00%	0,1	0,1%
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0,44%	0,42%	0,03%	0,01%	0,6	0,3%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,20%	1,13%	0,05%	0,03%	3,2	1,4%
F60 Spez. Persönlichkeitsstörungen	0,72%	0,68%	0,03%	0,02%	1,9	0,8%
F70-F79 Intelligenzstörung	0,34%	0,33%	0,01%	0,00%	0,2	0,1%
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,33%	0,32%	0,00%	0,00%	0,2	0,1%

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU-Tage je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Anz.	Ant.
F90-F98 Verhaltens- u. emot. Störungen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend	0,80%	0,78%	0,02%	0,00%	0,6	0,2%
F90 Hyperkinetische Störungen	0,41%	0,40%	0,01%	0,00%	0,3	0,1%
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychi- sche Störungen	0,27%	0,26%	0,03%	0,00%	0,8	0,4%
F00-F99 Insgesamt	22,9%	22,3%	4,5%	0,93%	233,6	100%

BARMER GEK 2012, männliche Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=1.526.470), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. Text mit weiteren Erläuterungen.

Tabelle A15 Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2012 Frauen

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU-Tage je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Anz.	Ant.
F00-F09 Organische, einschließlich sym- ptomatischer psychischer Störungen	0,47%	0,44%	0,03%	0,01%	1,0	0,3%
F10-F19 Psychische und Verhaltensstö- rungen durch psychotrope Substanzen	5,27%	4,97%	0,17%	0,16%	8,1	2,1%
F10 Psychische und Verhaltensstörun- gen durch Alkohol	0,63%	0,52%	0,13%	0,13%	5,9	1,6%
F17 Psychische und Verhaltensstörun- gen durch Tabak	4,59%	4,39%	0,01%	0,00%	0,3	0,1%
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	0,56%	0,53%	0,09%	0,05%	6,2	1,6%
F20 Schizophrenie	0,21%	0,19%	0,04%	0,02%	2,9	0,8%
F30-F39 Affektive Störungen	15,56%	15,31%	2,77%	0,51%	184,5	48,9%
F31 Bipolare affektive Störung	0,24%	0,23%	0,04%	0,02%	3,0	0,8%
F32 Depressive Episode	13,56%	13,29%	2,25%	0,28%	139,7	37,0%
F33 Rezidivierende depressive Störung	3,71%	3,48%	0,48%	0,25%	37,7	10,0%
F34 Anhaltende affektive Störungen	1,48%	1,46%	0,06%	0,00%	3,5	0,9%
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	27,64%	27,27%	4,97%	0,28%	166,4	44,1%

ICD10-Schlüssel Diagnosegruppen, ausgewählte 3-stellige Diagnosen	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU-Tage je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Anz.	Ant.
F40 Phobische Störungen	1,58%	1,54%	0,03%	0,01%	1,8	0,5%
F41 Andere Angststörungen	6,48%	6,39%	0,45%	0,06%	24,5	6,5%
F42 Zwangsstörung	0,38%	0,37%	0,02%	0,01%	1,6	0,4%
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10,35%	10,06%	2,34%	0,11%	70,6	18,7%
F45 Somatoforme Störungen	14,14%	13,98%	1,00%	0,08%	28,8	7,6%
F48 Andere neurotische Störungen	5,43%	5,25%	1,34%	0,00%	38,5	10,2%
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,91%	2,84%	0,08%	0,03%	4,0	1,0%
F50 Essstörungen	0,81%	0,78%	0,03%	0,02%	2,7	0,7%
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0,85%	0,83%	0,03%	0,01%	0,6	0,2%
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2,12%	2,05%	0,07%	0,05%	5,4	1,4%
F60 Spez. Persönlichkeitsstörungen	1,14%	1,09%	0,05%	0,04%	4,2	1,1%
F70-F79 Intelligenzstörung	0,25%	0,24%	0,00%	0,00%	0,1	0,0%
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,19%	0,19%	0,00%	0,00%	0,1	0,0%
F90-F98 Verhaltens- u. emot. Störungen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend	0,54%	0,54%	0,01%	0,00%	0,5	0,1%
F90 Hyperkinetische Störungen	0,18%	0,18%	0,00%	0,00%	0,2	0,0%
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,81%	0,80%	0,06%	0,00%	1,5	0,4%
F00-F99 Insgesamt	37,7%	37,2%	7,8%	0,99%	377,6	100%

BARMER GEK 2012, weibliche Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=2.023.289), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. Text mit weiteren Erläuterungen.

Tabelle A16 Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Bundesländern – Männer

ICD10 F32, F33	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
Bundesland	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle	Tage
Baden-Württemberg	8,67%	8,51%	1,39%	0,33%	1,40	94,0
Bayern	8,56%	8,38%	1,46%	0,33%	1,46	98,3
Berlin	8,34%	8,18%	1,61%	0,24%	1,56	113,1
Brandenburg	5,12%	4,94%	1,24%	0,28%	1,16	89,3
Bremen	7,15%	7,02%	1,42%	0,24%	1,40	88,6
Hamburg	9,12%	8,89%	1,83%	0,44%	1,55	177,2
Hessen	7,95%	7,76%	1,54%	0,33%	1,55	108,6
Mecklenburg-Vorpommern	5,19%	5,03%	1,24%	0,29%	1,16	91,7
Niedersachsen	7,43%	7,25%	1,41%	0,29%	1,34	104,8
Nordrhein-Westfalen	7,85%	7,65%	1,71%	0,41%	1,58	136,7
Rheinland-Pfalz	8,15%	7,96%	1,68%	0,35%	1,64	113,8
Saarland	7,75%	7,58%	1,56%	0,31%	1,43	123,9
Sachsen	5,40%	5,22%	1,24%	0,21%	1,18	86,3
Sachsen-Anhalt	4,74%	4,60%	1,11%	0,25%	1,09	71,6
Schleswig-Holstein	7,59%	7,39%	1,80%	0,41%	1,65	141,3
Thüringen	5,35%	5,19%	1,25%	0,24%	1,20	76,5
BUNDESWEIT	7,54%	7,36%	1,51%	0,34%	1,45	111,4

BARMER GEK 2012, männliche Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=1.526.470), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. Text mit weiteren Erläuterungen.

Tabelle A17 Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Bundesländern – Frauen

ICD10 F32, F33	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle	Tage
Baden-Württemberg	15,84%	15,61%	2,20%	0,43%	2,18	138,9
Bayern	15,91%	15,70%	2,31%	0,44%	2,24	150,7
Berlin	17,28%	17,02%	3,22%	0,40%	3,08	217,8
Brandenburg	13,30%	13,01%	3,04%	0,53%	2,91	213,9
Bremen	16,31%	16,16%	2,94%	0,58%	2,65	238,5
Hamburg	18,11%	17,87%	3,41%	0,78%	3,11	307,1
Hessen	15,51%	15,25%	2,53%	0,46%	2,50	163,3
Mecklenburg-Vorpommern	13,14%	12,85%	3,06%	0,53%	2,90	216,8
Niedersachsen	14,60%	14,37%	2,55%	0,45%	2,39	174,4
Nordrhein-Westfalen	14,93%	14,67%	2,71%	0,55%	2,53	203,7
Rheinland-Pfalz	15,43%	15,17%	2,59%	0,51%	2,54	168,8
Saarland	15,80%	15,55%	2,85%	0,43%	2,60	194,4
Sachsen	12,46%	12,18%	2,58%	0,33%	2,46	171,9
Sachsen-Anhalt	12,09%	11,85%	2,77%	0,53%	2,75	187,7
Schleswig-Holstein	15,21%	14,94%	3,08%	0,59%	2,87	233,0
Thüringen	13,22%	12,98%	2,98%	0,50%	2,93	177,8
BUNDESWEIT	14,92%	14,67%	2,66%	0,49%	2,54	185,6

BARMER GEK 2012, weibliche Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=2.023.289), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. Text mit weiteren Erläuterungen.

Tabelle A18 Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Alter – Männer

ICD10 F32, F33 BUNDESWEIT	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
Altersgruppe	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle	Tage
15 – 19 Jahre	2,54%	2,42%	0,70%	0,20%	0,85	25,3
20 – 24 Jahre	3,73%	3,58%	0,91%	0,26%	1,01	40,8
25 – 29 Jahre	4,67%	4,52%	1,07%	0,27%	1,10	63,2
30 – 34 Jahre	5,60%	5,47%	1,13%	0,26%	1,14	69,7
35 – 39 Jahre	6,88%	6,74%	1,41%	0,33%	1,38	97,5
40 – 44 Jahre	7,66%	7,47%	1,53%	0,36%	1,43	113,7
45 – 49 Jahre	8,52%	8,33%	1,66%	0,39%	1,57	122,9
50 – 54 Jahre	9,64%	9,41%	1,84%	0,40%	1,71	148,3
55 – 59 Jahre	11,23%	10,98%	2,20%	0,43%	2,03	184,1
60 – 64 Jahre	11,49%	11,23%	2,13%	0,26%	1,85	200,6
Gesamt	7,54%	7,36%	1,51%	0,34%	1,45	111,4

BARMER GEK 2012, männliche Erwerbspersonen (n=1.526.470); vgl. Erläuterungen zur folgenden Tabelle.

Tabelle A19 Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Alter – Frauen

ICD10 F32, F33 BUNDESWEIT	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose				AU je 100 Personen	
Altersgruppe	Ges.	Amb.	AU	KH	Fälle	Tage
15 – 19 Jahre	5,75%	5,55%	1,45%	0,35%	1,65	53,2
20 – 24 Jahre	7,75%	7,54%	1,72%	0,40%	1,86	83,5
25 – 29 Jahre	9,90%	9,71%	1,90%	0,43%	1,90	110,0
30 – 34 Jahre	11,86%	11,67%	2,03%	0,42%	1,96	134,2
35 – 39 Jahre	13,96%	13,74%	2,37%	0,45%	2,30	164,4
40 – 44 Jahre	15,26%	15,01%	2,71%	0,52%	2,56	183,8
45 – 49 Jahre	17,05%	16,80%	3,02%	0,56%	2,86	213,3
50 – 54 Jahre	19,06%	18,76%	3,33%	0,59%	3,10	248,9
55 – 59 Jahre	20,82%	20,49%	3,65%	0,53%	3,40	283,1
60 – 64 Jahre	20,59%	20,24%	3,44%	0,38%	2,99	299,5
Gesamt	14,92%	14,67%	2,66%	0,49%	2,54	185,6

BARMER GEK 2012, weibliche Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre (n=2.023.289), standardisiert; Ges.: Diagnosen gesamt; Amb.: ambulant-ärztliche Diagnosen; AU: Diagnosen von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen; KH: Krankenhaushauptentlassungsdiagnosen; vgl. Text mit weiteren Erläuterungen.

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013	11
Abbildung 2	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013	13
Abbildung 3	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2013 bundesweit	16
Abbildung 4	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013	17
Abbildung 5	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer Hamburg 2013	20
Abbildung 6	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2013	23
Abbildung 7	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2013	24
Abbildung 8	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2013	26
Abbildung 9	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2013	28
Abbildung 10	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2013	28
Abbildung 11	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen bundesweit 2013	30
Abbildung 12	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildung bundesweit 2013	32
Abbildung 13	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern bundesweit 2013	33
Abbildung 14	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2013	37
Abbildung 15	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2013	40

Abbildung 16	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2013	41
Abbildung 17	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten regional und bundesweit 2013	42
Abbildung 18	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2013 gegenüber 2012	43
Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer bundesweit 2013	46
Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen bundesweit 2013	47
Abbildung 21	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	50
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	51
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	52
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	53
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	54
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	55
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2013, Kapitel XIX – Verletzungen	56
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2013, Kapitel XIX – Verletzungen	57
Abbildung 29	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	59

Abbildung 30	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen	60
Abbildung 31	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems	61
Abbildung 32	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Hamburg und in Kreisen Schleswig-Holsteins 2013, Kapitel XIX – Verletzungen	62
Abbildung 33	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen regional und bundesweit 2013	66
Abbildung 34	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2013	71
Abbildung 35	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnosen psychischer Störungen bzw. von Depressionen nach Berufsfeldern 2012	89
Abbildung 36	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnungen von Psychopharmaka (ATC N05, N06) in Bundesländern 2012	98
Abbildung 37	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnungen von Psychopharmaka (ATC N05, N06) in Kreisen 2012	99
Abbildung 38	Anteil Erwerbspersonen mit Psychopharmaka-Verordnung nach Geschlecht und Alter 2012	100
Abbildung 39	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Psychopharmaka bzw. Antidepressiva nach Berufsfeldern 2012.....	102
Abbildung 40	Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie (EBM 35.2xx) in Bundesländern 2012	109
Abbildung 41	Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie (EBM 35.2xx) in Kreisen 2012	110
Abbildung 42	Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie versus Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner in Kreisen 2012	111
Abbildung 43	Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie nach Geschlecht und Alter 2012	113

Abbildung 44	Anteil Erwerbspersonen mit Psychotherapie nach Berufsfeldern 2012.....	115
Abbildung 45	Anteil Erwerbspersonen mit der Diagnose von Depressionen (ICD10 F32, F33) in Bundesländern 2012	126
Abbildung 46	Anteil Erwerbspersonen mit der Diagnose von Depressionen (ICD10 F32, F33) in Kreisen 2012	127
Abbildung 47	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antidepressiva (ATC N06A) in Bundesländern 2012.....	130
Abbildung 48	Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Antidepressiva (ATC N06A) in Kreisen 2012.....	131
Abbildung 49	Anteil Erwerbspersonen mit Depressionen nach Geschlecht und Alter 2012.....	132
Abbildung 50	Anteil Erwerbspersonen mit Diagnose von Depressionen nach Berufsfeldern.....	135
Abbildung 51	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Betroffene nach Gesamtdauer der 2012 erfassten AU-Tage	138

Tabellen

Tabelle 1	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit.....	8
Tabelle 2	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2013 im Vergleich zum Vorjahr	9
Tabelle 3	AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012 und 2013.....	10
Tabelle 4	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2012 und 2013.....	12
Tabelle 5	Relative Veränderungen 2013 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern	14
Tabelle 6	Relative Abweichungen der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten in Kreisen 2012, 2013	19
Tabelle 7	Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer regional und bundesweit	21
Tabelle 8	Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen regional und bundesweit	22
Tabelle 9	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen nach Krankheitsarten 2013	63
Tabelle 10	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2013	67
Tabelle 11	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen regional und bundesweit 2013	68
Tabelle 12	Fallzahlrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2013.....	72
Tabelle 13	Fehlzeitenrelevante Diagnosen regional und bundesweit 2013.....	73
Tabelle 14	Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2012	77
Tabelle 15	Psychische Störungen – Betroffene und Fehlzeiten nach Bundesländern 2012	86

Tabelle 16	Psychische Störungen – Betroffene insgesamt und Anteil mit Krankenhausbehandlung nach Alter	87
Tabelle 17	Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Arzneimittelhauptgruppen 2012	91
Tabelle 18	Betroffene und verordnete Tagesdosen – Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems nach drei- und ausgewählten vierstelligen ATC-Schlüsseln 2012.....	93
Tabelle 19	Psychopharmaka – Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Bundesländern	96
Tabelle 20	Psychopharmaka – Betroffene und Tagesdosen nach Geschlecht und Alter.....	101
Tabelle 21	Psychotherapie – Betroffene und abgerechnete Behandlungen 2012	106
Tabelle 22	Psychotherapie – Betroffene und abgerechnete Behandlungen nach Bundesländern	108
Tabelle 23	Psychotherapie – Betroffene und Behandlungen nach Geschlecht und Alter.....	114
Tabelle 24	Erwerbspersonen mit Diagnosen psychischer Störungen – Anteil mit Psychotherapie sowie mit Verordnungen von Psychopharmaka 2012	118
Tabelle 25	Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Bundesländern 2012	125
Tabelle 26	Antidepressiva – Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Bundesländern.....	129
Tabelle 27	Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Alter	133
Tabelle 28	Antidepressiva – Betroffene und verordnete Tagesdosen nach Alter	133
Tabelle 29	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Betroffene nach Gesamtdauer der 2012 erfassten AU-Tage	140

Tabelle 30	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2013	180
Tabelle 31	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2013.....	181
Tabelle 32	Diagnosekapitel der ICD10.....	183
Tabelle 33	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010.....	187

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2013	189
Tabelle A2	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2013	190
Tabelle A3	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter regional und bundesweit 2013	190
Tabelle A4	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2013 – Abteilungen der WZ2008.....	191
Tabelle A5	Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2013 – Abteilungen der WZ2008.....	194
Tabelle A6	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Tätigkeit 2013 – Top 100 Berufe.....	197
Tabelle A7	Krankenstand nach Geschlecht und Tätigkeit 2013 – Top 100 Berufe.....	200
Tabelle A8	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013	203
Tabelle A9	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013	204
Tabelle A10	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2013.....	205
Tabelle A11	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2012 (Vorjahr).....	206
Tabelle A12	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten bundesweit 2013	207

Tabelle A13	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten Hamburg 2013	208
Tabelle A14	Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2012 Männer	209
Tabelle A15	Betroffene und Fehlzeiten mit Diagnosen psychischer Störungen 2012 Frauen	210
Tabelle A16	Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Bundesländern – Männer	212
Tabelle A17	Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Bundesländern – Frauen	213
Tabelle A18	Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Alter – Männer	214
Tabelle A19	Betroffene und Fehlzeiten mit Depressionen nach Alter – Frauen	214

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 183)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 177 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 187)
VJ	Versicherungsjahr a 365 Tage – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 177 ff.)

BARMER GEK Gesundheitsreporte sind bisher zu folgenden Themen erschienen:

BARMER Gesundheitsreport 2005

Fehlzeiten, Gender Mainstreaming und betriebliche Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2006

Demografischer Wandel - ältere Beschäftigte im Focus betrieblicher Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2007

Führung und Gesundheit

BARMER Gesundheitsreport 2008

Rückengesundheit - Rückhalt für Arbeit und Alltag

BARMER Gesundheitsreport 2009

Psychische Gesundheit und psychische Belastungen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1

Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 2

Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz

BARMER GEK Gesundheitsreport 2011

Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance, Praxistipps für Unternehmen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2012

Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

BARMER GEK Gesundheitsreport 2013

Männergesundheit im Erwerbsleben



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

www.barmer-gek.de/501306



GESUNDHEIT WEITER GEDACHT

WEIL GESUNDHEIT

DIE BESTE INVESTITION IST.

Von **Ernährungstraining** bis zu **Betrieblichem Gesundheitsmanagement** – Gesundheitsbewusstsein am Arbeitsplatz wird immer mehr zum Erfolgsfaktor. Die **BARMER GEK** berät und unterstützt Unternehmen, die ihre Mitarbeiter motivieren wollen, gesünder und stressfreier zu leben: Mit verschiedenen **Workshops, Präventivmaßnahmen** und einem **modularen Gesundheitsprogramm** können wir auch für Ihren Betrieb aktiv werden.

Informieren Sie sich jetzt – für ein gesundes Unternehmen!

BARMER GEK



BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT BEWEGT WAS

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

Die BARMER GEK liefert mit ihrem Gesundheitsreport eine systematische Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens und greift jeweils ein aktuelles Schwerpunktthema zu Arbeit und Gesundheit auf. Der Bericht in diesem Jahr beschäftigt sich mit dem Thema „Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1“. Denn: Die Psychische Gesundheit der Mitarbeiter ist ein wesentlicher Faktor für Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit in Unternehmen.

Der Gesundheitsreport 2014 betrachtet das Schwerpunktthema in diesem Jahr aus drei Perspektiven: aus wissenschaftlicher Sicht anhand der Versorgungsdaten, aus Sicht der Unternehmen anhand des BARMER GEK Firmenkundenmonitors Gesundheit und aus Sicht der betrieblichen Praxis anhand von drei Projekt-Beispielen aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement der BARMER GEK.

Gleichzeitig stellt der Report Informationsangebote vor, die Führungskräften sowohl präventive Ansatzpunkte für ihren Führungsalltag liefern als auch Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern bieten. Darüber hinaus gibt der Report Hinweise zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz. Der BARMER GEK Gesundheitsreport richtet sich an Gesundheitsexperten, Führungskräfte und Personalverantwortliche in Unternehmen sowie Dienstleistungsorganisationen.