

Gesundheitsreport 2015

Gesundheit von Studierenden



Gesundheitsreport 2015 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, ☎ 040 - 69 09-22 58, Internet: www.tk.de, Bereich Markt und Kunde, Fachreferat Gesundheitsmanagement, Autoren: Dr. Thomas Grobe, Susanne Steinmann, AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen; Redaktion: Gudrun Ahlers, Gestaltung: The Ad Store GmbH, Hamburg; Produktion: Tanja Klopsch, Druck: Merkur Druck, Norderstedt.

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Gesundheitsreport 2015

Gesundheit von Studierenden

Gesundheitsreport 2015 der Techniker Krankenkasse mit
Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen

Schwerpunktthema:
Gesundheit von Studierenden

Inhalt

Vorwort	7
Zusammenfassung	9
Gesundheit von Studierenden und jungen Erwerbspersonen	14
Schwerpunkt: Gesundheit von Studierenden	21
Arzneiverordnungen	24
Verordnungsraten zu ausgewählten Arzneimittelgruppen	30
Ambulante ärztliche Versorgung, Diagnosen	42
Vertiefende Auswertungen zu ausgewählten Themen	58
Schilddrüsenerkrankungen – Hypothyreose	58
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	70
Antidepressiva, psychische Störungen, Depressionen	74
Erwerbspersonen in der TK	88
Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter	88
Erwerbspersonen nach Bundesländern	90
Arbeitsunfähigkeit	93
Arbeitsunfähigkeit insgesamt	93
Interpretation von Stichtagsstatistiken	95
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer	100
Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	101
Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern	103
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen	106
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen	122
Arbeitsunfähigkeit nach Schul- und Ausbildungsabschluss	128
Arbeitsunfälle bei Erwerbspersonen	131
Rückenbeschwerden	136

Arzneimittelverordnungen

144

Arzneimittelverordnungen insgesamt

144

Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

146

Arzneimittelverordnungen nach Bundesländern

149

Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen

153

Arzneimittelverordnungen nach Berufen

160

Arzneimittelverordnungen nach Ausbildungsstand

163

Anhang

165

Tabellenanhang

165

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

225

Vorwort

Der TK-Gesundheitsreport wertet seit 15 Jahren die Krankschreibungen der inzwischen 4,4 Millionen bei der TK versicherten Erwerbspersonen sowie ihre Arzneimittelverschreibungen aus.

In jedem Jahr widmen wir uns einem Schwerpunktthema, das wir vertieft analysieren. Im Jahr 2011 - kurz nach der Bologna-Reform des Hochschulstudiums, haben wir uns bereits mit der Gesundheit von Studierenden beschäftigt. Da uns von ihnen keine Krankschreibungen vorliegen, haben wir insbesondere ambulante Diagnosedaten sowie Arzneimitteldaten betrachtet. Wir stellten fest, dass die angehenden Akademiker im Vergleich zu ihren erwerbstätigen Altersgenossen ein erstaunlich hohes Verordnungsvolumen für Psychopharmaka erhalten. Über die Hintergründe der auffällig hohen psychischen Belastungen war seinerzeit nicht viel bekannt. Offensichtlich war jedoch, dass wir uns verstärkt um die Gesundheitsförderung bei Studierenden kümmern müssen.

Schon lange unterstützt die TK Hochschulen dabei, gesundheitsförderliche Veränderungen in der Lebenswelt Hochschule zu ermöglichen. Wir engagieren uns für die Gesundheit von Studierenden, aber auch von Mitarbeitern und Lehrenden. Denn auch an ihnen gehen die Reformprozesse nicht spurlos vorbei. Hierzu haben wir in unseren Gesundheitsberichten der letzten Jahre bereits einige Daten veröffentlicht. Der Bedarf ist sehr groß, insbesondere zum Thema psychische Gesundheit. Deshalb widmet sich der diesjährige TK-Gesundheitsreport noch einmal der Gesundheit von Studierenden. Neben einer detaillierten Auswertung der uns vorliegenden Daten zu Diagnosen und Medikamenten, haben wir das Meinungsforschungsinstitut Forsa beauftragt, die Studierenden zu ihrem Lebensstil zu befragen. Auf diese Weise erhalten wir Informationen, welchen gesundheitlichen Belastungen die Hochschüler ausgesetzt sind und wo unsere Angebote ansetzen sollten.

Im März dieses Jahres hat Forsa für uns einen repräsentativen Querschnitt von 1.000 Studierenden bundesweit zu ihrem Gesundheitsstatus befragt. Nachdem wir in 2013 schon die Erwachsenen und 2014 die Lebensweise der Jugendliche untersucht haben, wollten wir jetzt von den Studierenden wissen, wie sie sich ernähren, ob sie sich genügend bewegen, ob sie gestresst sind und wie sie mit digitalen Medien umgehen.

Denn die Digitalisierung verändert unser Alltag und das kann sich auch auf unsere Gesundheit auswirken. Fast jeder von uns, insbesondere aber die Generation Smartphone, die inzwischen in den Universitäten angekommen ist, trägt permanent digitale Technik bei sich. Digitale Medien erleichtern unseren Alltag, sorgen für schnelle Kommunikation, den Zugang zu Information und zeigen uns im wahrsten Sinne des Wortes den Weg. Wichtig ist, dass Kinder und Jugendliche einen gesunden Umgang mit digitalen Medien lernen. Technisch sind sie den

vorherigen Generationen oft überlegen. Medienkompetent bedeutet aber, digitale Medien sinnvoll zu nutzen. Dazu gehört zum einen das richtige Maß und zum anderen das Wissen, wie man die Inhalte richtig einordnet. Das ist gesunder Medienkonsum.

Wir setzen uns seit einiger Zeit dafür ein, dass Medienkompetenz einen festen Platz in der Prävention bekommt. Wir wissen aus unserer Zusammenarbeit mit Schulen, Hochschulen und Ausbildungsbetrieben, dass hier ein großer Bedarf besteht. Mit diesem Gesundheitsreport sowie unseren Studienbänden zu Gesundheit und Medienkonsum von Jugendlichen und Studierenden möchten wir darauf aufmerksam machen und dafür werben, dass sich alle die, deren Aufgabe es ist, Gesundheit zu fördern, stärker um dieses Thema kümmern.

Hamburg, im Juni 2015



Dr. Jens Baas

Vorstandsvorsitzender
der Techniker Krankenkasse

Zusammenfassung

Der jährlich erscheinende Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) befasst sich in zwei Hauptabschnitten mit Arbeitsunfähigkeit sowie mit Arzneimittelverordnungen. Betrachtet werden im Gesundheitsreport Daten zu Erwerbspersonen, zu denen neben den Berufstätigen auch Bezieher von Arbeitslosengeld zählen. Sowohl zu Arbeitsunfähigkeit als auch zu Arzneimittelverordnungen werden im aktuellen Report Daten über einen Zeitraum von 15 Jahren von 2000 bis 2014 analysiert. Das diesjährige Schwerpunktkapitel befasst sich mit der Gesundheit von Studierenden und jungen Erwerbspersonen.

Grundlage der Auswertung bilden routinemäßig erfasste und anonymisierte Daten zu aktuell 4,4 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland waren 2014 nach einer Gegenüberstellung mit vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit circa 14,1 Prozent bei der TK versichert.

Seit dem ersten Erscheinen werden im Gesundheitsreport der TK nahezu ausschließlich geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert. Durch die Geschlechts- und Altersstandardisierung werden zum einen inhaltlich relevante Vergleiche von Ergebnissen aus unterschiedlichen Versichertengruppen erleichtert. Zum anderen werden bei Darstellungen zu unterschiedlichen Jahren Entwicklungen aufgezeigt, die unabhängig von demografischen Veränderungen beobachtet werden können (vgl. auch Erläuterungen im Anhang ab Seite 213). Entsprechend den Empfehlungen der Ersatzkassen werden zur Standardisierung im Gesundheitsreport seit 2013 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland aus dem Jahr 2010 genutzt. Dies gilt auch für „historische“ Ergebnisse aus zurückliegenden Jahren.

Arbeitsunfähigkeit – Krankenstände und Arbeitsunfähigkeitsfälle

Im Jahr 2014 wurden bei TK-Mitgliedern insgesamt 4,83 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle und 66 Millionen Fehltage registriert. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Erwerbspersonen sind damit im Jahr 2014 im Vergleich zu 2013 erneut gestiegen. Bezieht man die 2014 erfassten Arbeitsunfähigkeitstage auf die Versicherungszeiten der Erwerbspersonen, lässt sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen für das Jahr 2014 bei TK-Mitgliedern ein Krankenstand von 4,06 Prozent berechnen. Im Vorjahr 2013 hatte er bei 4,02 Prozent gelegen.

Der für 2014 ermittelte Krankenstand von 4,06 Prozent entspricht einer durchschnittlich gemeldeten erkrankungsbedingten Fehlzeit von 14,8 Tagen je Erwerbsperson. Die Fehlzeiten sind damit von 2013 auf 2014 altersbereinigt um 0,15 Tage gestiegen. Dies entspricht einem relativen Anstieg der Fehlzeiten um 1,0 Prozent (vgl. Abbildung 21 auf Seite 94). Seit einem historischen Tiefstand im Jahr 2006

ist es bis 2014 damit zu einer Zunahme der gemeldeten AU-Zeiten um 29,4 Prozent gekommen. Seit 2000, dem ersten Beobachtungsjahr zum Gesundheitsreport, wurden in keinem Jahr höhere Fehlzeiten erfasst.

Die Zunahme der Fehlzeiten 2014 resultierte ausschließlich aus einer Zunahme der AU-Tage je Fall, die Krankschreibungshäufigkeiten waren rückläufig. 2014 wurden mit 1,12 AU-Fällen je Erwerbsperson 2,9 Prozent weniger AU-Fälle als 2013 gemeldet. Demgegenüber dauerten einzelne Erkrankungsfälle 2014 mit 13,3 Tagen je Fall im Mittel um 4,0 Prozent länger als im Vorjahr. Erwerbspersonen waren 2014 demnach also seltener, im Falle einer Arbeitsunfähigkeit jedoch merklich länger als im Vorjahr krankgeschrieben.

Arbeitsunfähigkeit – regionale Unterschiede

Sinkende AU-Fallzahlen waren im Vergleich zum Vorjahr 2014 in allen Bundesländern zu beobachten, während die Fehlzeiten in den meisten Bundesländern angestiegen sind (vgl. Tabelle A8 auf Seite 169 im Anhang). Die Veränderung im Hinblick auf die Fehlzeiten variieren zwischen einem Rückgang um 0,08 Tage je Erwerbsperson in Thüringen und einer Zunahme um 0,58 Tage im Saarland (vgl. Abbildung 29 auf Seite 106 sowie Tabelle A10 auf Seite 171 im Anhang).

Unverändert findet sich eine erhebliche Spannweite hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten in den einzelnen Bundesländern (vgl. Abbildung 28 auf Seite 104). Während nach den Ergebnissen von geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen eine Erwerbsperson in Baden-Württemberg und Bayern im Jahr 2014 durchschnittlich lediglich 12,2 Tage beziehungsweise 12,8 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2014 durchschnittlich 18,3 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltag.

Arbeitsunfähigkeit – Diagnosen und Trends

Für den Krankenstand verantwortlich sind, bei einer Betrachtung der Ergebnisse nach einer Zusammenfassung von Diagnosen in übergeordneten Erkrankungsgruppen beziehungsweise Diagnosekapiteln, insbesondere psychische Störungen, Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparats sowie Verletzungen.¹

¹ Formal ist diese Gruppierung von Diagnosen durch die Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten vorgegeben, die in Deutschland seit 2000 in ihrer 10. Revision zur Erfassung von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen verwendet wird (ICD 10). Die aufgeführten Erkrankungsgruppen entsprechen einzelnen „Kapiteln“ der ICD 10. In Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement wird bei Diagnosen in einer Gruppierung nach Kapiteln der ICD 10 in Deutschland oft auch von „Krankheitsarten“ gesprochen.

Von Arbeitsunfähigkeit mit einer Zuordnung zu den ersten drei Erkrankungsgruppen sind unter den Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK Frauen stärker betroffen. Arbeitsunfähigkeit mit einer Diagnose von Verletzungen betrifft demgegenüber Männer in größerem Umfang als Frauen (vgl. Abbildung 32 auf Seite 109).

Obwohl zu Beginn des Jahres 2014, anders als im Jahr 2013, eine ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle ausgeblieben ist und daher ein erheblicher Rückgang der Fehlzeiten unter der Diagnose von Atemwegserkrankungen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen war, kam es 2014 diagnoseübergreifend zu einem weiteren Anstieg der Fehlzeiten (vgl. Abbildung 38, Seite 117). Hierfür maßgeblich verantwortlich war eine Zunahme der Fehltag mit psychischen Störungen und mit Krankheiten des Bewegungsapparats (vgl. Abbildung 33 auf Seite 110).

Nachdem die Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen im Jahr 2013 erstmals seit 2006 nicht weiter angestiegen waren, kam es 2014 zu einer erneuten Zunahme entsprechender Fehlzeiten (vgl. Abbildung 34 auf Seite 111). Die Zahl der Fehltag mit psychischen Störungen erhöhte sich im Vergleich zu 2013 um 7,9 Prozent beziehungsweise um 19,5 Fehltag je 100 Versicherungsjahre, was einer Zunahme der Fehlzeiten um rund 0,2 Tage je Erwerbsperson und Jahr entspricht (vgl. Abbildung 33 auf Seite 110). Damit war jede Erwerbsperson im Jahr 2014 durchschnittlich 2,7 Tage unter der Diagnose einer psychischen Störung krankgeschrieben. Im Jahr 2006 waren psychische Störungen demgegenüber erst für etwa 1,4 Fehltag pro Person verantwortlich. Von 2006 bis 2014 sind Fehlzeiten unter dieser Diagnose bei Erwerbspersonen altersbereinigt um insgesamt 84 Prozent gestiegen. Frauen waren auch im Jahr 2014 mit 3,4 Fehltagen deutlich stärker als Männer mit 2,0 Tagen betroffen.

Auch im Hinblick auf Krankheiten des Bewegungsapparats kam es 2014 im Vergleich zum Vorjahr zu einem Anstieg der Fehlzeiten. Die Fehlzeiten stiegen um 14,7 Tage je 100 Versicherungsjahre beziehungsweise 5,1 Prozent. Seit dem Jahr 2006 sind Fehlzeiten mit der Diagnose von Krankheiten des Bewegungsapparats um insgesamt 23 Prozent angestiegen. 2014 waren Krankheiten des Bewegungsapparats geschlechts- und altersübergreifend durchschnittlich für 3,0 Fehltag je Erwerbsperson und Jahr und damit weiterhin für etwas mehr Fehltag als psychische Störungen verantwortlich.

Arbeitsunfähigkeit – Interpretation von Stichtagsstatistiken

Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurden regelmäßig, und dabei in den letzten Jahren oftmals recht zeitnah, kassenübergreifende Statistiken zu Krankenständen bei Pflichtmitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) veröffentlicht. Da diese Statistiken innerhalb eines Jahres auf Angaben zu jeweils nur zwölf Stichtagen beruhen, werden die realen Krankenstände innerhalb eines Jahres durch diese Statistiken des BMG jedoch nur unvollständig erfasst.

Da die Differenzen zwischen den Stichtagswerten und realen Krankenständen von Jahr zu Jahr schwanken, können Interpretationen der Stichtagsergebnisse, insbesondere im Hinblick auf Aussagen zu kurzfristigen Trends, zu falschen Schlüssen führen. Um entsprechenden Fehlinterpretationen vorzubeugen, befasst sich ein kurzer Abschnitt des Gesundheitsreports mit der Veranschaulichung der entsprechenden Problematik (vgl. Abbildung 22 auf Seite 97 und zugehörige Erläuterungen).

Arzneimittelverordnungen

Insgesamt wurden von Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK im Jahr 2014 Rezepte für 20 Millionen Präparate mit 1.117 Millionen definierten Tagesdosen (DDD) zulasten der Krankenkasse bei Apotheken eingereicht. 70,7 Prozent der Erwerbspersonen lösten 2014 mindestens ein Rezept ein. Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen (entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland 2010) erhielten Erwerbspersonen 2014 im Durchschnitt Rezepte über 4,52 Präparate mit insgesamt 245 Tagesdosen. Im Vergleich zum Vorjahr mit 4,55 verordneten Präparaten und 235 Tagesdosen ist die Zahl der verordneten Präparate um 0,7 Prozent geringfügig gesunken, während das Verordnungsvolumen, gemessen in definierten Tagesdosen, insgesamt um 4,5 Prozent gestiegen ist.

Arzneimittelverordnungen – regionale Variationen

Die höchsten Verordnungsvolumen lassen sich auch 2014 für Erwerbspersonen in Sachsen-Anhalt ermitteln. Verhältnismäßig niedrig liegen die Gesamtverordnungsvolumen demgegenüber wie bereits in den Vorjahren in Bayern, Baden-Württemberg und Bremen sowie, gemessen an vergleichsweise hohen regionalen Krankenständen, auch in Berlin (vgl. Abbildung 57 auf Seite 152). Ein gemessen am Krankenstand eher geringes Verordnungsvolumen findet sich zudem in Brandenburg. Das Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass in einigen großstädtischen Regionen Arzneimittel tendenziell zurückhaltender verordnet werden, wobei ein größeres Angebot an nichtmedikamentösen Therapieoptionen in Ballungsgebieten eine Rolle spielen könnte.

Arzneimittelverordnungen – zeitliche Trends

Die Verordnungsvolumen in den einzelnen Arzneimittelgruppen haben sich in den zurückliegenden Jahren sehr unterschiedlich entwickelt. Ein weitgehend kontinuierlicher Anstieg des Verordnungsvolumens seit dem Jahr 2000 ist im Hinblick auf Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten.

Diese umfassen vorrangig Medikamente mit blutdrucksenkender Wirkung und bilden insbesondere bei Männern die mit Abstand bedeutsamste Verordnungsgruppe (vgl. Abbildung 59 auf Seite 154). Kurzfristige Rückgänge des ermittelten Verordnungsvolumens von 2003 auf 2004 und von 2008 auf 2009 resultierten dabei aus dem Wegfall der Erstattung und Erfassung rezeptfreier Arzneiverordnungen 2004 sowie einer ab 2009 veränderten Bemessung von Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern (vgl. Abbildung 60 auf Seite 155).

Trotz dieser gegenläufig wirksamen artifiziellen Effekte und bereinigt um Auswirkungen der demografischen Entwicklung ergibt sich zwischen 2000 und 2014 ein Anstieg der verordneten Tagesdosen an Herz-Kreislauf-Medikamenten um 80 Prozent. Seit 2009 scheint sich der weitere Anstieg allerdings abzuflachen, wobei Sättigungseffekte eine Rolle spielen dürften. Durchschnittlich wurden geschlechts- und altersübergreifend 2014 pro Versicherungsjahr 87,9 Tagesdosen aus der Gruppe der Herz-Kreislauf-Medikamente verordnet, also Arzneimittel, die für die Behandlung aller Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren für rund 88 Tage mit genau einem entsprechenden Medikament in typischer Dosierung ausgereicht hätten (vgl. Tabelle A28 auf Seite 188). Dabei werden entsprechende Medikamente vorrangig in höheren Altersgruppen verordnet. Während Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren jährlich durchschnittlich weniger als drei Tagesdosen erhielten, waren es bei weiblichen Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren 244 Tagesdosen und bei männlichen Erwerbspersonen sogar 406 Tagesdosen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Die genannte Verordnungsmenge bei Männern würde rechnerisch ausreichen, um jeden Mann aus der Altersgruppe ganzjährig mit gut einem Herz-Kreislauf-Medikament in typischer Dosierung zu behandeln.

Eine noch stärkere anteilige Zunahme (seit 2004 um 118 Prozent) findet sich bei Arzneimitteln aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“, von denen 2014 durchschnittlich 35,0 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet wurden. 2004 waren es demgegenüber erst 16,1 Tagesdosen. Der Anstieg resultiert vorrangig aus der steigenden Verordnung der Substanz Pantoprazol. Während hiervon 2006 durchschnittlich erst eine Tagesdosis je Versicherungsjahr bei Erwerbspersonen verordnet wurde, waren es 2014 bereits 13,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr, also mehr als zehnmal so viele. Maßgeblich mitverantwortlich für den Anstieg dürfte die protektive Gabe von Protonenpumpenhemmern bei Verordnungen nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) sein.

Relativ deutlich stieg seit 2006 zudem das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems. Während 2006 durchschnittlich 12,8 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet wurden, waren es 2014 21,4 DDD je Versicherungsjahr und damit 66,6 Prozent mehr als 2006.

Medikamente aus der Gruppe „Urogenitales System und Sexualhormone“ bilden die einzige anteilig relevante Arzneimittelgruppe mit stetig rückläufigen Verordnungsvolumen von 2000 bis 2012, was vorrangig aus rückläufigen Verordnungen von Sexualhormonen in den Wechseljahren bei Frauen resultierte. In den Jahren 2013 und 2014 ist das Verordnungsvolumen in dieser Arzneimittelgruppe im Vergleich zum Vorjahr jeweils geringfügig angestiegen.

Gesundheit von Studierenden und jungen Erwerbspersonen

Bereits der Gesundheitsreport 2011 widmete sich schwerpunktmäßig der Gesundheit von jungen Erwerbspersonen und Studierenden. Seinerzeit standen für die Auswertungen Daten zu Arzneiverordnungen bei Studierenden für die Jahre 2006 bis 2010 sowie Daten zu ambulant-ärztlichen Leistungen und Diagnosen ausschließlich zum Jahr 2009 zur Verfügung. Zwischenzeitlich sind Daten zu Arzneiverordnungen bei Studierenden über neun Jahre von 2006 bis 2014 und Daten aus der ambulant-ärztlichen Versorgung zu fünf Jahren von 2009 bis 2013 verfügbar. Die erweiterte Datenbasis bildete einen wesentlichen Anlass, sich erneut mit der Gesundheit von Studierenden zu befassen. Für das Jahr 2014 konnten Daten zu rund 190.000 Studierenden ausgewertet werden. Parallel zur Vorstellung des Gesundheitsreports wurden von der TK unter dem Titel „TK-Campus Kompass“ zudem Ergebnisse einer Befragung von 1.000 Studierenden zur gesundheitlichen Situation sowie zur Mediennutzung vorgelegt.

Datenbasis der Schwerpunktauswertungen

Basis der Auswertungen bilden routinemäßig erfasste Daten zu eigenständig bei der TK versicherten Studierenden sowie zu jungen Erwerbspersonen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren. Dieser Altersspanne waren rund 96 Prozent aller Studierenden mit einer eigenständigen Versicherung bei der TK zuzuordnen.

Berücksichtigt wurden in den einzelnen Jahren zwischen 121.880 (2007) und 188.394 (2014) Studierende sowie zwischen 595.584 (2006) und 1.239.213 (2014) junge Erwerbspersonen mit nachweislicher Versicherung bei der TK in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres, also überwiegend ganzjährig versicherte Personen. Dargestellt werden in der Regel Ergebnisse, die in beiden Gruppen und in unterschiedlichen Jahren einheitlich gemäß einer jahresübergreifend ermittelten Altersstruktur von Studierenden in der TK standardisiert wurden (vgl. Tabelle A51 auf Seite 216 im Anhang). Sinngemäß werden damit Gruppenergebnisse unter Annahme einer über die Jahre unveränderten Altersverteilung (wie bei Studierenden) präsentiert.

Aktuelle Ergebnisse 2013/2014

Jüngere Menschen haben in der Regel weniger gesundheitliche Probleme als Ältere und Studierende zumeist weniger als gleichaltrige Erwerbspersonen. Mit dieser Aussage lassen sich die Ergebnisse der Schwerpunktauswertungen in stark verkürzter Form bei oberflächlicher Betrachtung wohl am treffendsten in einem Satz zusammenfassen.

Für diese Interpretation spricht eine Vielzahl der im Schwerpunktkapitel aufgeführten Ergebnisse. Im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen hatten Studierende 2013 seltener Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt, es wurden weniger Behandlungsfälle abgerechnet und insgesamt weniger Diagnosen gestellt (vgl. Tabelle 12 auf Seite 43). Fast alle Facharzt-disziplinen wurden von Studierenden seltener als von jungen Erwerbspersonen kontaktiert (vgl. Tabelle 13 auf Seite 46). Von allen Diagnosen waren Studierende bei einer Betrachtung auf der übergeordneten Ebene der ICD-10-Kapitel seltener als junge Erwerbspersonen betroffen (vgl. Tabelle 14 auf Seite 49). Die größten Differenzen zeigen sich dabei im Hinblick auf Infektionen (Kapitel I) sowie Atemwegskrankheiten (Kapitel X), die ihrerseits in den hier betrachteten Altersgruppen überwiegend aus Erkältungskrankheiten resultieren und damit gleichfalls eine infektiöse Genese haben (vgl. Abbildung 5 auf Seite 48). Für die Differenzen mitverantwortlich sein dürften Verpflichtungen junger Erwerbspersonen zur Meldung von Arbeitsunfähigkeiten und damit zwangsläufig verbundene Arztbesuche auch bei leichteren Erkrankungen, beispielsweise bei Erkältungen mit wenigen Erkrankungstagen.

Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch im Hinblick auf Arzneiverordnungen. Studierende waren innerhalb des Jahres 2014 in geringerem Umfang von mindestens einer Arzneiverordnung betroffen und erhielten substanzübergreifend weniger Arzneimittelpreparate mit insgesamt weniger definierten Tagesdosen (vgl. Tabelle 1 auf Seite 24). Bei einer ersten Differenzierung nach übergeordneten anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation zeigten sich nur im Hinblick auf Dermatika (Medikamente zur Behandlung von Hauterkrankungen) sowie bei Medikamenten zur Behandlung des Nervensystems im Hinblick auf das Verordnungsvolumen für Studierende höhere Werte als für junge Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 2 auf Seite 26 und Abbildung 3 auf Seite 27).

Deutlichere Hinweise darauf, dass Studierende von bestimmten gesundheitlichen Problemen auch häufiger als gleichaltrige Erwerbspersonen betroffen sein könnten, ergeben sich erst bei weiter differenzierten Auswertungen.

Auswertungen zu fachgruppenbezogenen Inanspruchnahmen zeigen, dass psychologische Psychotherapeuten von Studierenden erheblich häufiger als von jungen Erwerbspersonen kontaktiert werden, etwas häufiger werden von den Studierenden auch Fachärzte für Nervenheilkunde kontaktiert (vgl. Tabelle 13 auf Seite 46). Auf der Ebene von Diagnosegruppen werden „Affektive Störungen“ (ICD-10-Schlüssel F30–F39, vgl. Tabelle 15 auf Seite 52) und auf der Ebene dreistelliger ICD-10-Schlüssel die Diagnosen „Depressive Episode“ (F32) sowie „Andere Angststörungen“ (F41) bei Studierenden häufiger als bei jungen Erwerbspersonen erfasst (vgl. Tabelle 16 auf Seite 54). Zugleich sind Studierende auch häufiger von Verordnungen von Antidepressiva betroffen (vgl. Tabelle 10 auf Seite 39). Der Befund lässt sich als Hinweis auf eine höhere psychische Belastung von Studierenden im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen deuten. Zu den höheren Diagnoseraten bei Studierenden könnte jedoch auch ein unterschiedlicher Umgang mit (eigenen) psychischen Problemen sowie eine höhere Bereitschaft zur Verbalisierung entsprechender Probleme beigetragen haben.

Veränderungen 2006 bis 2014

Auf einer übergeordneten Ebene von Diagnosekapiteln der ICD 10 zeigten sich in den Jahren von 2009 bis 2013 insgesamt eher moderate Veränderungen von Diagnoseraten. Bei der Betrachtung von relativen Veränderungen der Diagnoseraten fällt insbesondere eine verhältnismäßig deutliche und stetige Zunahme der Diagnose von psychischen Störungen bei den jungen Erwerbspersonen um 12,2 Prozent auf. Krankheiten des Atmungssystems wurden in einzelnen Jahren – ähnlich wie bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten im Routineteil des Gesundheitsreports – mit wechselnder Häufigkeit erfasst (vgl. Abbildung 6 auf Seite 57 sowie Betroffenenraten in Tabelle A36 und Tabelle A37 auf den Seiten 199 und 200).

Bei einer substanzübergreifenden Betrachtung von Arzneiverordnungen in den Jahren von 2006 bis 2014 zeigten sich merkliche Zunahmen insbesondere im Hinblick auf das Verordnungsvolumen. Während Studierende 2006 durchschnittlich erst 53 Tagesdosen an Arzneimitteln je Jahr verordnet bekamen, waren es 2014 insgesamt 79 Tagesdosen. Dies entspricht einer Zunahme des Verordnungsvolumens um 51 Prozent. Bei jungen Erwerbspersonen stieg das Verordnungsvolumen im gleichen Zeitraum um 45 Prozent von 61 auf 88 Tagesdosen je Person und Jahr (vgl. Tabelle 1 auf Seite 24).

Der Anstieg resultiert aus steigenden Verordnungsvolumen von Arzneimitteln aus unterschiedlichen Gruppen (vgl. Abbildung 4 auf Seite 29 sowie Tabelle A33 auf Seite 193). Maßgeblich zum Gesamtanstieg trugen insbesondere Verordnungen aus den anatomischen ATC-Gruppen A „Alimentäres System und Stoffwechsel“, H „Systemische Hormonpräparate“ sowie N „Nervensystem“ bei (Differenzen 2014 vs. 2006 Studierende A: +5,2 DDD, H: +4,2 DDD, N: +5,8 DDD; Differenzen junge Erwerbspersonen A: +6,2 DDD, H: +3,8 DDD, N: +4,6 DDD je Person und Jahr).

Für den Anstieg in der Gruppe A war vorrangig die zunehmende Verordnung von Pantoprazol verantwortlich (+3,8 DDD bei Studierenden, +4,9 DDD bei Erwerbspersonen), in der Gruppe H die Verordnung von Levothyroxin-Natrium (+4,5 DDD bei Studierenden, +4,2 DDD bei Erwerbspersonen) und in der Gruppe N Verordnungen von Antidepressiva (+4,7 DDD bei Studierenden, +3,5 DDD bei Erwerbspersonen, Werte anderweitig im Report nicht dargestellt). Für die drei genannten Substanzen beziehungsweise Substanzgruppen lassen sich zugleich auch erhebliche Steigerungen der Verordnungsraten feststellen (zu Pantoprazol vgl. Tabelle 2 auf Seite 31, zu Levothyroxin Tabelle 7 auf Seite 36, zu Antidepressiva Tabelle 10 auf Seite 39). Der Anstieg des Verordnungsvolumens resultiert demnach also maßgeblich aus einer Ausweitung entsprechender Behandlungen auf mehr Personen und nicht in erster Linie aus einer Erhöhung der bei Betroffenen verabreichten Arzneimitteldosen.

Unabhängig von der Bedeutung für das Gesamtverordnungsvolumen erscheinen drei weitere Entwicklungen bei Arzneiverordnungen besonders erwähnenswert.

- ▶ Bis Anfang 2014 wurde bei Übelkeit und Magenbeschwerden häufig die Substanz Metoclopramid verordnet. Innerhalb des Jahres 2013 erhielten noch 2,77 Prozent der Studierenden und 5,64 Prozent der jungen Erwerbspersonen mindestens eine entsprechende Verordnung. Im April 2014 wurde die Zulassung höher dosierter Zubereitungen widerrufen, entsprechend ließ sich 2014 ein erheblicher Rückgang der Verordnungen feststellen (vgl. Tabelle 2 auf Seite 31).
- ▶ Ausgehend von einem verhältnismäßig niedrigen Niveau hat sich im Zeitraum von 2006 bis 2014 die Verordnung von Vitamin D (Colecalciferol) bei Studierenden und jungen Erwerbspersonen mehr als verfünffacht (vgl. Tabelle 2 auf Seite 31). 2014 erhielten 0,45 Prozent der Studierenden und 0,41 Prozent der jungen Erwerbspersonen Verordnungen von Colecalciferol. Parallel dazu wurde ein Vitamin-D-Mangel mit zunehmender Häufigkeit diagnostiziert. 2013 wurde die gesicherte Diagnose eines Vitamin-D-Mangels bereits bei 0,59 Prozent der Studierenden und 0,49 Prozent der jungen Erwerbspersonen dokumentiert.
- ▶ Erstaunlich häufig und mit stark ansteigender Tendenz wird bei jungen Versicherten in Deutschland Metamizol verordnet, das typischerweise bei starken Schmerzen oder anderweitig schwer beherrschbarem Fieber eingesetzt wird und in einigen europäischen Ländern sowie in den USA nicht zugelassen ist (vgl. Tabelle 10 auf Seite 39). 2014 erhielten 3,7 Prozent der Studierenden und 6,1 Prozent der jungen Erwerbspersonen mindestens eine Metamizol-Verordnung, in beiden Gruppen ist die Verordnungsrate damit von 2006 bis 2014 um mehr als 70 Prozent gestiegen.

Vertiefende Auswertungen – Schilddrüsenerkrankungen

Bereits im Gesundheitsreport 2011 wurde das Thema Schilddrüsenerkrankungen aufgrund steigender Verordnungen von Schilddrüsenhormonen aufgegriffen. Der seinerzeit beobachtete Trend hat sich auch in den vergangenen Jahren unvermindert fortgesetzt. 2014 erhielten – unabhängig von demografischen Veränderungen – rund doppelt so viele junge Erwerbspersonen und Studierende Schilddrüsenhormone wie im Jahr 2006 (im Sinne der ATC-Gruppe H03A „Schilddrüsenpräparate“). Während von den Studierenden 2006 erst 2,45 Prozent von entsprechenden Verordnungen betroffen waren, lag der Anteil 2014 bei 5,18 Prozent. Bei jungen Erwerbspersonen stieg die Behandlungsrate im gleichen Zeitraum von 2,84 auf 5,50 Prozent (vgl. Tabelle 17 auf Seite 62). Frauen sind erheblich häufiger als Männer betroffen. Von den weiblichen Studierenden erhielten 2014 altersübergreifend rund neun und von den jungen weiblichen Erwerbspersonen rund zehn Prozent innerhalb des Jahres mindestens eine Verordnung von Schilddrüsenhormonen. Mit zunehmendem Alter steigt die Behandlungsrate deutlich (vgl. Abbildung 7 auf Seite 63). Hauptsächlich wird Levothyroxin (das Schilddrüsenhormon T₄) verordnet.

Eine Gabe von Schilddrüsenhormonen ist vorrangig bei einer Schilddrüsenunterfunktion indiziert. Weitgehend parallel zum Anstieg der Verordnung von Schilddrüsenhormonen lässt sich entsprechend in den Jahren 2009 bis 2013 auch ein Anstieg der Häufigkeit von Diagnosen feststellen, die auf eine Schilddrüsenunterfunktion hindeuten (vgl. Abbildung 9 auf Seite 66). Am häufigsten wurde 2014 dabei die Diagnose E03 „Sonstige Hypothyreose“ dokumentiert.

Betroffen waren im Jahr 2013 nach einem Anstieg um mehr als 50 Prozent seit 2009 allein von dieser Diagnose 4,61 Prozent der Studierenden und 4,71 Prozent der jungen Erwerbspersonen, von (mindestens) einer Diagnose aus der übergeordneten ICD-10-Gruppe „Krankheiten der Schilddrüse“ 7,63 beziehungsweise 8,33 Prozent (vgl. Tabelle 18 auf Seite 64).

Nach diesen Ergebnissen scheint es in den vergangenen neun Jahren in Deutschland, zumindest unter den 20- bis 34-Jährigen, zu einer erheblichen Zunahme von Schilddrüsenerkrankungen mit einer Schilddrüsenunterfunktion gekommen zu sein. Allerdings fällt es aus Sicht der Autoren schwer, plausible medizinisch-biologische Ursachen für einen entsprechend ausgeprägten Anstieg der realen Erkrankungshäufigkeit zu identifizieren. Insofern müssen auch Veränderungen der diagnostischen und therapeutischen Gewohnheiten als maßgebliche Ursachen der dargestellten Entwicklung erwogen werden. Damit verbunden ist zwangsläufig die Frage nach Nutzen und Risiken der stark angestiegenen Verordnungen von Schilddrüsenhormonen und dabei insbesondere von Levothyroxin. Anerkannte Leitlinien zur Behandlung der Hypothyreose im Erwachsenenalter, die zu einer evidenzbasierten Behandlung beitragen könnten, existieren in Deutschland bislang nicht.

Vertiefende Auswertungen – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

ADHS wird zumeist im Kindesalter diagnostiziert. Am häufigsten wird die Diagnose in Deutschland bei Kindern im Alter von etwa zehn Jahren dokumentiert, Jungen sind mehr als doppelt so häufig wie Mädchen betroffen. Zur medikamentösen Therapie von ADHS wird gegebenenfalls vorrangig Methylphenidat eingesetzt (Handelsname zum Beispiel Ritalin®), das zur Arzneimittelgruppe der Psychostimulanzien zählt (ATC-Gruppe N06B). Die Verordnung von Methylphenidat unterliegt in Deutschland aufgrund des Missbrauchspotenzials seit 1971 dem Betäubungsmittelgesetz und war bis 2011 ausschließlich zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter ab sechs Jahren zugelassen. Erst seit Juli 2011 ist offiziell eine Verordnung von Methylphenidat bei Erwachsenen mit ADHS möglich². Detailliertere Kriterien zur Behandlung von Erwachsenen wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im März 2013 festgelegt³. Die veränderte Zulassung bildete einen maßgeblichen Anlass, sich näher mit Verordnungen von Methylphenidat und der Diagnose ADHS bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden auseinanderzusetzen.

Bis einschließlich 2010 erhielten lediglich rund 0,06 Prozent der jungen Erwerbspersonen und 0,12 Prozent der Studierenden innerhalb eines Jahres (mindestens) eine Methylphenidat-Verordnung (vgl. Abbildung 12 auf Seite 74). Nach der Zulassung von Methylphenidat zur Behandlung von Erwachsenen stieg die Behandlungsrate bis 2014 auf 0,21 beziehungsweise 0,40 Prozent und damit auf mehr als das Dreifache des Wertes von 2010. Annähernd parallel zur Ausweitung der Medikation nahm – auf höherem Niveau – auch der Anteil der Personen mit ADHS-Diagnose zu. 2013 wurde die entsprechende ICD-10-Diagnose F90 „Hyperkinetische Störungen“ bei 0,47 Prozent der jungen Erwerbspersonen und 0,54 Prozent der Studierenden mindestens einmalig als gesicherte Diagnose dokumentiert, 2009 waren erst 0,22 beziehungsweise 0,30 Prozent betroffen. Im Zuge der Zulassungsveränderungen haben sich demnach sowohl Verordnungen als auch Diagnoseraten maßgeblich verändert, bewegen sich jedoch weiterhin auf einem erheblich niedrigeren Niveau als bei Kindern. Weitere Zunahmen sind bei Fortsetzung des hier dargestellten Trends allerdings zu erwarten.

Überraschend erscheinen die Ergebnisse zu den altersabhängigen Diagnoseraten (vgl. Abbildung 11 auf Seite 73). Während sich bei jungen Erwerbspersonen ab 20 Jahren mit weiter zunehmendem Alter sinkende Raten zeigen, die als Fortsetzung eines typischerweise beobachteten Rückgangs der Diagnoseraten nach dem Grundschulalter gelten können, zeigen sich bei Studierenden mit zunehmendem Alter ansteigende Raten.

² <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1344>

³ <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1677>

Ab einem Alter von 26 Jahren liegen die Raten bei Studierenden höher als bei jungen Erwerbspersonen. Auch im Rahmen der Befragung von Studierenden wurde von älteren Befragten häufiger eine ADHS-Erkrankung (innerhalb der letzten zwölf Monate) als von jüngeren Befragten angegeben. Die Beobachtungen deuten auf entsprechende Probleme insbesondere bei älteren Studierenden hin.

Vertiefende Auswertungen – Antidepressiva, psychische Störungen, Depressionen

Auch Verordnungen von Antidepressiva betrafen in den hier betrachteten jüngeren Altersgruppen 2014 anteilig deutlich mehr Personen als 2006. Der Anteil der entsprechend behandelten Studierenden stieg im genannten Zeitraum um 43 Prozent von 2,68 auf 3,85 Prozent, der Anteil der behandelten jungen Erwerbspersonen um 57 Prozent von 2,19 auf 3,45 Prozent (vgl. Tabelle 21 auf Seite 75). Während sich bei jungen Erwerbspersonen auf einem insgesamt niedrigeren Niveau im genannten Zeitraum ein stetiger Anstieg zeigte, bewegen sich die Verordnungsraten bei Studierenden bereits seit 2011 auf einem weitgehend konstanten Niveau.

Auffällig erscheint auch bei Auswertungen zu Antidepressivaverordnungen eine Gegenüberstellung der altersabhängigen Verordnungsraten (vgl. Abbildung 13 auf Seite 76). Während im Alter um 20 Jahre Studierende deutlich seltener als Erwerbspersonen Antidepressiva erhielten, waren sie in den Altersgruppen nahe 34 Jahren erheblich häufiger von entsprechenden Verordnungen betroffen. Die im Vergleich zu Erwerbspersonen feststellbaren höheren Verordnungsraten von Antidepressiva bei Studierenden resultieren demnach ausschließlich aus relativ hohen Raten bei Studierenden im Alter von mehr als 26 Jahren. Inhaltlich übereinstimmende Aussagen ergeben sich auch bei Darstellungen zu altersabhängigen Diagnoseraten im Hinblick auf Depressionen sowie im Hinblick auf das Gesamtkapitel V der psychischen Störungen gemäß ICD 10 (vgl. Abbildung 14 und Abbildung 15 auf Seite 83 und 84). Als stärker psychisch belastet wären demnach insbesondere ältere Studierende anzusehen. Dabei kann die Belastung einerseits eine Folge der Studienbedingungen sein. Andererseits könnten jedoch auch primär unabhängig vom Studium aufgetretene psychische Probleme zu einer zeitlichen Verlängerung oder einem späteren Beginn des Studiums führen, was gleichfalls zu überdurchschnittlichen Anteilen von älteren Studierenden mit psychischen Problemen führen würde. Eine Differenzierung beider Effekte war auf Basis der verfügbaren Daten nicht möglich, dürfte jedoch auch mit sehr viel detaillierteren Daten nicht einfach sein. Ähnliche Überlegungen gelten auch im Hinblick auf die zuvor erläuterten Ergebnisse zum Thema ADHS.

Schwerpunkt:

Gesundheit von Studierenden

Allgemein betrachtet sind ältere Menschen von einem weit überwiegenen Teil gesundheitlicher Probleme deutlich häufiger – und im Erkrankungsfall oftmals auch längerfristiger – als jüngere Menschen betroffen. Dies hat zur Folge, dass statistische Kennzahlen im Gesundheitsreport im Regelfall maßgeblich von den Ereignissen und Entwicklungen bei Erwerbspersonen aus höheren Altersgruppen bestimmt werden.

Möglicherweise abweichende Beobachtungen und Entwicklungen bei jüngeren Erwerbspersonen bleiben in den altersgruppenübergreifenden Darstellungen des Gesundheitsreports damit typischerweise verborgen. Dabei sollten jedoch zumindest kritische Entwicklungen oder regionale Erkrankungsunterschiede bei Jüngeren keinesfalls erst dann wahrgenommen werden, wenn bei bestimmten Erkrankungen Kennzahlen von Älteren erreicht oder überschritten werden und so einen Einfluss auch auf übergreifend ermittelte Ergebnisse haben.

Die Interpretation der Kennzahlen und Entwicklungen bei jüngeren Menschen benötigt eigene Maßstäbe. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen, bei denen die Erkrankungshäufigkeit und -intensität schon erfahrungsgemäß mit dem Alter steigt.

Dieser Hintergrund bildet den Anlass, sich im vorliegenden Schwerpunktkapitel des Gesundheitsreports, wie schon im Gesundheitsreport 2011, erneut eingehender mit der gesundheitlichen Situation speziell von jüngeren Erwerbspersonen auseinanderzusetzen. Die Auswertungen im Rahmen des Schwerpunktkapitels befassen sich dabei nicht ausschließlich mit jüngeren Erwerbspersonen – in die Betrachtung einbezogen werden auch Studierende. Damit werden im Schwerpunktkapitel auch Aussagen im Hinblick auf die Gesundheit in der „typischen Ausbildungssituation“ akademischer Berufe möglich.⁴ Die gesundheitliche Situation der Jüngeren bildet eine wesentliche Grundlage für die zukünftige Entwicklung in der Arbeitswelt mit tendenziell immer komplexeren Anforderungen.

Um ein vollständigeres Bild zur gesundheitlichen Situation von jungen Erwerbspersonen und Studierenden zu liefern, wurden für Auswertungen zum Schwerpunkt ergänzend Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung berücksichtigt, die Aussagen zur Häufigkeit der Diagnosen von Erkrankungen auch unabhängig von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen erlauben. Daten aus der ambulanten

⁴ Im Routineteil des Gesundheitsreports werden Studierende üblicherweise nicht berücksichtigt, da Studierende ohne reguläre Berufstätigkeit Erkrankungen im Sinne einer Arbeitsunfähigkeit nicht bei der Krankenkasse melden müssen.

ärztlichen Versorgung standen für Auswertungen zum vorliegenden Gesundheitsreport für die fünf Erhebungsjahre 2009 bis 2013 zur Verfügung. Die Auswertungen fokussieren auf die aktuellsten vorliegenden Zahlen aus dem Jahr 2013, zeigen in diesem Report aber auch Trends über einen Zeitraum von fünf Jahren auf.⁵

Junge Erwerbspersonen und Studierende in der TK

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt die Verteilung der männlichen und weiblichen Erwerbspersonen und Studierenden mit Versicherung in der TK auf Einjahresaltersgruppen. Dargestellt werden Angaben zur Anzahl derjenigen Versicherten, die innerhalb des Jahres 2014 in allen vier Quartalen jeweils mindestens einen Tag und damit überwiegend durchgängig bei der TK als Mitglied versichert waren. Die individuelle Zuordnung der Personen zur Gruppe der Erwerbspersonen oder zur Gruppe der Studierenden erfolgte dabei gemäß ihrem Versicherungsstatus zu Beginn des Jahres.

Erwerbspersonen und Studierende nach Alter und Geschlecht TK 2014

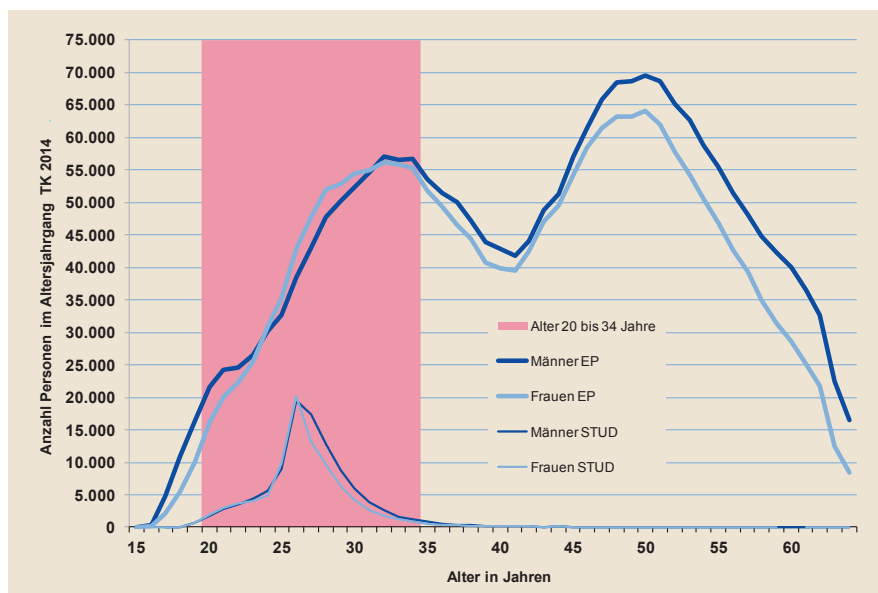


Abbildung 1 (TK 2014; EP: Erwerbspersonen; STUD: Studierende)

⁵ Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung werden den Krankenkassen erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) zur Verfügung gestellt. Vollständige Daten zum Jahr 2014 wären erst nach Fertigstellung der Auswertungen zum Gesundheitsreport zu erwarten gewesen und konnten insofern nicht berücksichtigt werden.

Die Altersstruktur der Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK resultiert maßgeblich aus der allgemeinen geschlechts- und altersspezifischen Erwerbsbeteiligung sowie aus der Geschlechts- und Altersstruktur der deutschen Bevölkerung. Die vergleichsweise deutlich kleinere Gruppe der Studierenden mit Mitgliedschaft in der TK lässt sich erwartungsgemäß weit überwiegend den Altersgruppen zwischen 20 und unter 35 Jahren zuordnen (vgl. rötlich unterlegte Fläche der Abbildung 1). 96 Prozent der insgesamt 196.000 Studierenden entfielen 2014 auf diese Altersgruppen.

Als Studierende lassen sich in den hier verwendeten und routinemäßig verfügbaren Daten einer Krankenkasse typischerweise lediglich Personen mit Hochschul- oder Universitätseinschreibung und eigenständiger Mitgliedschaft in der Krankenkasse identifizieren. Nicht identifiziert werden können demgegenüber Studierende, die über ihre Eltern oder den Ehepartner im Rahmen der Familienversicherung einen Krankenversicherungsschutz erhalten, was im Regelfall bei Kindern bis zum 25. Lebensjahr und bei Ehepartnern auch ohne Altersbegrenzung möglich ist. Aus diesen Bestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung resultiert bei den hier betrachteten Studierenden der verhältnismäßig späte Altersgipfel um das 26. Lebensjahr. Jüngere Studierende sind in der identifizierten Population – gemessen an ihrer anteiligen Bedeutung unter den Studierenden in Deutschland allgemein – deutlich unterrepräsentiert. Trotz dieser Untererfassung ermöglichen die Daten der TK aufgrund der relativ hohen Gesamtversichertenzahlen jedoch auch für die Gruppe der 20- bis 24-jährigen Studierenden noch differenzierte Auswertungen.

Vergleichsgruppen, Standardisierung

Das Ziel der vorliegenden Auswertungen ist die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von jüngeren Erwerbspersonen und von Studierenden, wobei sowohl mögliche Veränderungen in den letzten Jahren seit 2006 bei beiden Gruppen als auch Unterschiede zwischen den beiden Gruppen aufgezeigt werden sollen. Um Ergebnisse zu beiden Gruppen und aus unterschiedlichen Zeiträumen adäquat vergleichen zu können, beschränken sich die Auswertungen in der Regel in den einzelnen Beobachtungsjahren auf die Altersgruppen von 20 bis 34 Jahre, also die typischen Altersgruppen der Studierenden. Zudem werden in der Regel Ergebnisse präsentiert, die für beide Gruppen und in allen Jahren einheitlich geschlechts- und altersstandardisiert wurden. Hierzu wurde eine Geschlechts- und Altersgruppenverteilung angenommen, die aus geschlechts- und altersspezifischen Studierendenzahlen in der TK in den Jahren 2006 bis 2014 hergeleitet wurde. Angaben zur Verteilung finden sich im Anhang auf Seite 216 in Tabelle A51. Mit dieser Standardisierung werden rechnerisch vorrangig Ergebnisse aus den auch studentisch stark besetzten Altersgruppen um das 26. Lebensjahr berücksichtigt. Das Durchschnittsalter der zur Standardisierung verwendeten Population und damit sinngemäß auch das rechnerisch herbeigeführte Durchschnittsalter der Vergleichsgruppen lag bei 26,6 Jahren.

Arzneiverordnungen

Kennzahlen zu Verordnungen von Arzneimitteln bei Erwerbspersonen werden im Gesundheitsreport regelmäßig berichtet (vgl. Kapitel Arzneimittelverordnungen ab Seite 144). Im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeiten, die lediglich von den Erwerbspersonen bei der Krankenkasse gemeldet werden müssen, werden Arzneiverordnungen im Falle der Erstattung von Kosten durch die Krankenkasse gleichermaßen bei allen Versicherten einer Krankenkasse erfasst. Grundsätzlich verfügt eine Krankenkasse dementsprechend auch über Daten zu Arzneiverordnungen zu den bei ihr versicherten Studierenden.

Für die nachfolgend präsentierten Auswertungen konnte auf Daten zu Arzneiverordnungen bei Studierenden ab dem Jahr 2006 zurückgegriffen werden. Damit können gleichartig erfasste Verordnungen und daraus ermittelte Kennzahlen sowohl bei jungen Erwerbspersonen als auch bei Studierenden über einen Zeitraum von neun Jahren von 2006 bis 2014 betrachtet und verglichen werden, wobei zudem auch Gegenüberstellungen von Ergebnissen bei Erwerbspersonen aus höheren Altersgruppen möglich sind.

Arzneiverordnungen 2006 bis 2014

Gruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anteil Personen mit Arzneiverordnung									
Studierende 20–34 Jahre	51,6 %	52,9 %	53,6 %	54,2 %	53,3 %	53,8 %	53,0 %	54,8 %	54,5 %
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	61,9 %	63,4 %	64,1 %	64,4 %	63,2 %	63,8 %	62,9 %	64,5 %	63,4 %
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	71,4 %	72,6 %	73,3 %	73,5 %	73,0 %	73,6 %	73,2 %	74,7 %	73,8 %
Anzahl Präparate je Person									
Studierende 20–34 Jahre	1,86	1,95	2,00	2,03	2,03	2,08	2,06	2,14	2,14
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	2,35	2,47	2,55	2,53	2,51	2,54	2,52	2,63	2,60
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	4,64	4,81	5,00	5,00	5,04	5,10	5,10	5,25	5,22
Anzahl Tagesdosen (DDD) je Person									
Studierende 20–34 Jahre	53	57	59	62	65	69	70	74	79
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	61	66	69	69	72	75	77	82	88
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	228	245	262	260	270	278	283	296	308

Tabelle 1 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; Erwerbspersonen, 35–64 Jahre, einheitlich standardisiert gemäß Struktur 2006 bis 2014)

Tabelle 1 zeigt zunächst allgemeine, arzneimittelübergreifend ermittelte Kennzahlen des Verordnungsgeschehens für die Jahre 2006 bis 2014. Geschlechtsspezifische Ergebnisse sind Tabelle A32 auf Seite 192 im Anhang zu entnehmen.

Im Vergleich zum Jahr 2006 sind die aufgeführten Verordnungsparameter bis 2014 in allen Gruppen tendenziell angestiegen, wobei sich weitgehend stetige Anstiege insbesondere im Hinblick auf das Verordnungsvolumen, gemessen in definierten Tagesdosen, feststellen lassen. Die stärkste absolute Zunahme von 228 auf 308 Tagesdosen je Person zeigt sich bei älteren Erwerbspersonen. Dies entspricht rechnerisch einer relativen Zunahme des Verordnungsvolumens um 35 Prozent. Ein etwas stärkerer relativer Anstieg von 45 Prozent lässt sich für jüngere Erwerbspersonen bei einer Zunahme des Verordnungsvolumens von 61 auf 88 Tagesdosen errechnen. Mit 51 Prozent noch deutlicher, jedoch ausgehend von einem merklich niedrigeren Niveau, ist das Verordnungsvolumen bei Studierenden von 53 Tagesdosen 2006 auf 79 Tagesdosen je Person 2014 gestiegen.

Jüngere Erwerbspersonen erhalten insgesamt erheblich weniger Arzneiverordnungen als ältere Erwerbspersonen. Die Verordnungswerte der jüngeren Erwerbspersonen werden in der Gruppe der Studierenden noch merklich unterschritten.

Ausgehend von einem unterschiedlichen Niveau waren in den letzten Jahren alle genannten Gruppen von einem vergleichbaren relativen Anstieg des Arzneigesamtverordnungsvolumens betroffen.

Abbildung 2 liefert einen ersten arzneimittelspezifischen Überblick zum Verordnungsgeschehen bei jungen Erwerbspersonen sowie bei Studierenden im Jahr 2014. Angegeben werden für die beiden Gruppen einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Verordnungsraten von Arzneimitteln nach einer Aufteilung in sogenannte anatomische (Haupt-)Gruppen der ATC-Klassifikation (vgl. Erläuterungen auf Seite 223 im Anhang). Ergänzend sind auch hier Vergleichswerte für ältere Erwerbspersonen angegeben. Dargestellt werden die Anteile der Personen, die innerhalb des Jahres 2014 mindestens einmalig eine Arzneiverordnung aus der jeweils aufgeführten ATC-Gruppe erhielten.

Arzneiverordnungsraten nach ATC-Gruppen 2014

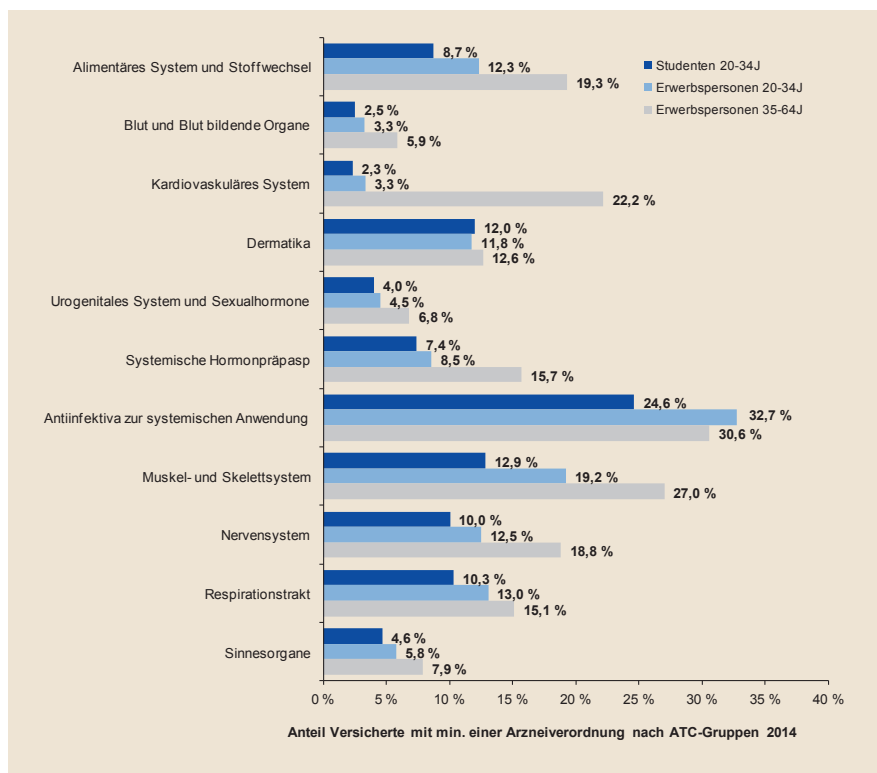


Abbildung 2 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; Erwerbspersonen, 35–64 Jahre, standardisiert)

Von Verordnungen aus nahezu allen dargestellten Arzneimittelgruppen sind ältere Erwerbspersonen häufiger als jüngere betroffen. Die extremsten Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf Arzneimittel zur Behandlung des kardiovaskulären Systems, zu denen insbesondere auch blutdrucksenkende Medikamente zählen. Lediglich „Antinfektiva zur systemischen Anwendung“, bei denen es sich vorrangig um Antibiotika handelt, werden noch häufiger bei jungen Erwerbspersonen verordnet. Mit 32,7 Prozent erhielt etwa ein Drittel der jungen Erwerbspersonen 2014 mindestens eine Verordnung aus dieser Arzneimittelgruppe. Von den Studierenden war demgegenüber lediglich rund ein Viertel von einer entsprechenden Verordnung betroffen. Auch von Verordnungen aus anderen Arzneimittelgruppen sind Studierende in der Regel seltener als junge Erwerbspersonen betroffen. Eine Ausnahme bilden Dermatika, also Medikamente zur Behandlung

unterschiedlicher Hauterkrankungen, von deren Verordnung Studierende geringfügig häufiger als junge Erwerbspersonen betroffen waren.

Verordnete Tagesdosen nach ATC-Gruppen 2014

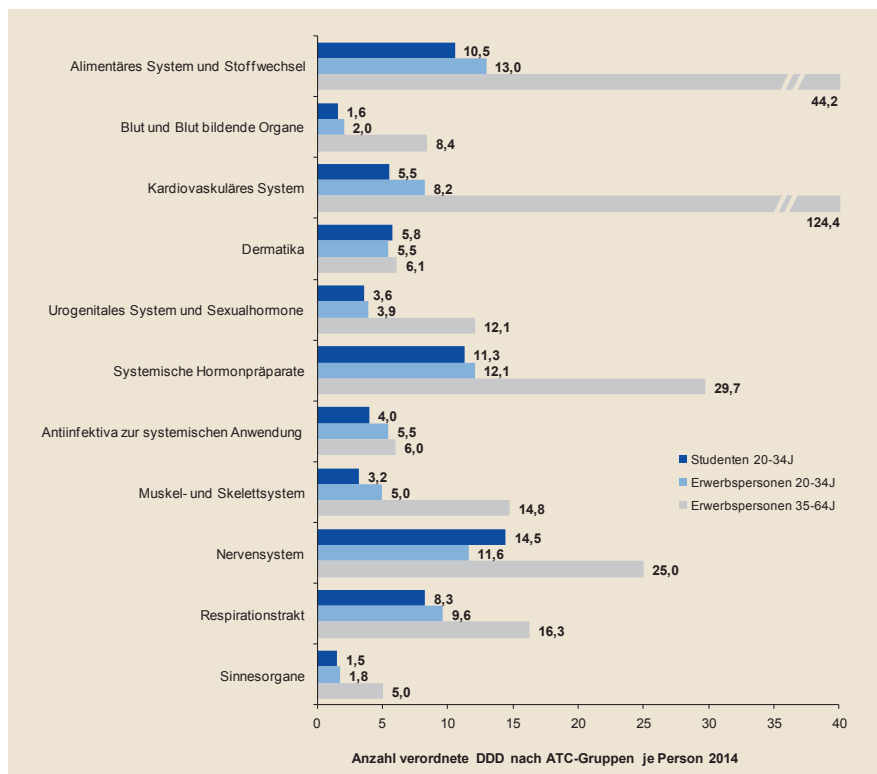


Abbildung 3 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; Erwerbspersonen, 35–64 Jahre, standardisiert)

Im Vergleich zu Abbildung 2 zeigt Abbildung 3 ein merklich anderes Bild. Dargestellt werden hier durchschnittliche Verordnungsvolumen je Person im Jahr 2014 in definierten Tagesdosen in verordnungsrelevanten ATC-Gruppen. Diese werden maßgeblich durch längerfristig verabreichte Medikamente bestimmt. Verordnungsunterschiede zwischen älteren und jüngeren Erwerbspersonen treten dabei noch deutlicher zutage. Allein zur Behandlung von Krankheiten des kardiovaskulären Systems erhielten ältere Erwerbspersonen innerhalb des Jahres durchschnittlich mehr als 124 Tagesdosen. Demgegenüber wurden bei jüngeren Erwerbspersonen 2014 durchschnittlich lediglich 8,2 Tagesdosen je Person verordnet, bei Studierenden waren es sogar nur 5,5 Tagesdosen.

Höhere Verordnungsvolumen als bei jungen Erwerbspersonen lassen sich bei Studierenden bezogen auf die bereits zuvor erwähnten Dermatika sowie insbesondere bezogen auf Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems ermitteln. Während jüngere Erwerbspersonen aus der letztgenannten Arzneimittelgruppe im Jahr 2014 durchschnittlich 11,6 Tagesdosen verordnet bekamen, waren es bei den Studierenden durchschnittlich 14,5 Tagesdosen je Person. Damit bilden entsprechende Medikamente unter den Studierenden im Hinblick auf das Verordnungsvolumen mit relativ deutlichem Abstand die verordnungstärkste Arzneimittelgruppe. Jüngeren Erwerbspersonen wurden 2014 von systemischen Hormonpräparaten sowie von Arzneimitteln aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“ noch höhere Mengen als aus der Gruppe „Nervensystem“ verordnet.

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung des Verordnungsvolumens bei jungen Erwerbspersonen sowie bei Studierenden in den Jahren 2006 bis 2014. Dargestellt werden Verordnungsvolumen in den relevantesten ATC-Gruppen. Zahlenangaben auch zu allen nicht dargestellten ATC-Hauptgruppen sind Tabelle A33 auf Seite 193 im Anhang zu entnehmen.

Im Zeitverlauf weitgehend unverändert wurden zwischen 2006 und 2014 sowohl bei Studierenden als auch bei jungen Erwerbspersonen Dermatika, also Medikamente zur Behandlung von Hautproblemen, verordnet (vgl. jeweils sandfarbene Linie im oberen und unteren Teil der Abbildung 4).

Im Hinblick auf Verordnungen zur Behandlung des Nervensystems zeigen sich bei Studierenden höhere Verordnungsvolumen als bei jungen Erwerbspersonen sowie ein deutlicher Anstieg der verordneten Tagesdosen um 68 Prozent bis 2012. In den Jahren 2013 und 2014 ist das Verordnungsvolumen entsprechender Arzneimittel bei Studierenden nahezu konstant geblieben. Ausgehend von einem niedrigeren Niveau sind die Verordnungsvolumen bei jungen Erwerbspersonen im Zeitraum von 2006 bis 2014 insgesamt um 65 Prozent gestiegen, wobei auch in den Jahren 2013 und 2014 ein weiterer Anstieg zu verzeichnen war. Auf die Arzneimittelgruppe „Nervensystem“ entfiel bei jungen Erwerbspersonen im Beobachtungszeitraum nur 2010 und 2011 das höchste Verordnungsvolumen, seit 2011 werden mehr Tagesdosen aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“ und seit 2012 auch mehr Tagesdosen aus der Gruppe „Systemische Hormonpräparate“ verordnet.

Überdurchschnittliche relative Anstiege des Verordnungsvolumens zeigen sich ansonsten in den beiden betrachteten Populationen insbesondere bei Arzneimitteln zur Behandlung des kardiovaskulären und des alimentären Systems, wobei jeweils junge Erwerbspersonen höhere Verordnungsmengen als gleichaltrige Studierende erhielten.

Verordnete Tagesdosen nach ATC-Gruppen 2006 bis 2014

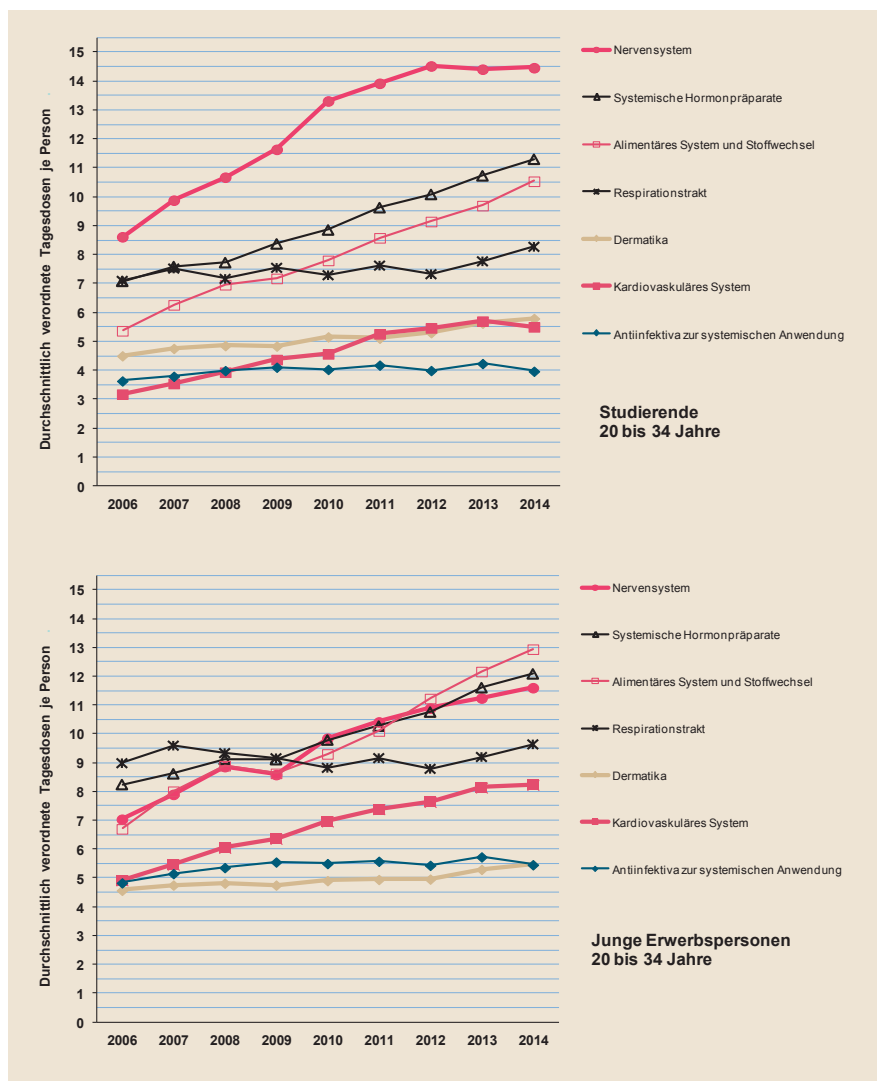


Abbildung 4 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Verordnungsraten zu ausgewählten Arzneimittelgruppen

Die Daten einer Krankenkasse zu Arzneiverordnungen liefern primär Informationen zur Häufigkeit der Verordnung von Arzneimitteln, die vielfältigen Einflüssen unterliegt. Unter anderem können die Verordnungen von Arzneimitteln von Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt, therapeutischen Präferenzen, gesetzlichen Regelungen sowie daraus resultierenden Verordnungsbudgets abhängen. Sekundär sind jedoch unter bestimmten Bedingungen auch relativ dezidierte Rückschlüsse aus Arzneiverordnungen auf behandelte Erkrankungen oder Risikofaktoren möglich. Eine systematisch aufgebaute Übersicht zu diesem Thema lieferte der 2004 publizierte Gesundheitsreport der TK. Im nachfolgenden Abschnitt soll versucht werden, auf der Basis von vergleichbaren Auswertungen zu Verordnungsraten im Hinblick auf näher eingegrenzte Arzneimittelgruppen ein differenzierteres Bild der gesundheitlichen Situation von jungen Erwerbspersonen sowie von Studierenden zu liefern, als dies die bereits dargestellten Übersichtsauswertungen vermögen.

Die Gliederung des nachfolgenden Abschnitts folgt der ATC-Systematik. Standardmäßig werden zu weitgehend allen relevanten anatomischen ATC-Hauptgruppen Verordnungsraten in relevanten Subgruppen zugehöriger Arzneimittel präsentiert. Dargestellt werden einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Verordnungsraten für junge Erwerbspersonen und Studierende (gemeint sind mit Verordnungsraten die Anteile der Personen mit mindestens einer entsprechenden Verordnung im Jahr). Ergänzend werden relative Veränderungen der Verordnungsraten im Vergleich zum Jahr 2006 berichtet. Eine Angabe von 100 Prozent entspräche dabei einer unveränderten Verordnungsraten 2014, 50 Prozent einer Halbierung und 200 Prozent einer Verdoppelung der Größe des behandelten Personenkreises. Angaben zu den Verordnungsraten in den einzelnen Jahren von 2006 bis 2014 finden sich in Tabelle A34 für Studierende sowie in Tabelle A35 für junge Erwerbspersonen ab Seite 196 im Anhang.

Alimentäres System und Stoffwechsel

Verordnungen aus der ATC-Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“ betrafen 2014 insgesamt neun Prozent der Studierenden und zwölf Prozent der jungen Erwerbspersonen, womit sich der betroffene Personenkreis in den beiden Gruppen seit 2006 um 26,7 beziehungsweise 13,3 Prozent ausgeweitet hat (vgl. Tabelle 2). Der überwiegende Teil dieser Verordnungen steht primär im Zusammenhang mit (potenziellen) Beschwerden des Verdauungssystems, bei denen Arzneimittel aus den ATC-Gruppen A02 bis A09 verordnet werden. Innerhalb dieser Gruppe lassen sich mehrere relevante Subgruppen differenzieren.

Unter dem ATC-Code A02 „Säurebedingte Erkrankungen“ finden sich vorrangig Arzneimittel aus der Subgruppe A02B, die bei Beschwerden wie Sodbrennen oder Magengeschwüren eingesetzt werden. Sechs Prozent der Studierenden und acht Prozent der jungen Erwerbspersonen erhielten 2014 entsprechende Arzneimittel, von entsprechenden Verordnungen waren damit 2014 etwa doppelt so viele Personen wie 2006 betroffen. Als Präparate spielen sogenannte H2-Blocker (A02BA), insbesondere aber Protonenpumpenhemmer (A02BC) eine Rolle. Während als Protonenpumpenhemmer 2008 noch die Substanz Omeprazol die Verordnungen aus der Subgruppe A02B dominierte, wurde 2010, nach Ablauf des entsprechenden Patents in Deutschland, häufiger die als besser verträglich geltende Substanz Pantoprazol verordnet.

Unabhängig von diesem eindrucksvoll raschen Wechsel der Behandlungssubstanzen stellt sich die Frage nach den möglichen Ursachen für die merkliche Ausdehnung des Personenkreises, der insgesamt mit Arzneimitteln aus der Gruppe A02 beziehungsweise A02B behandelt wird. Einen Einfluss auf den Anstieg dürfte eine zunehmende prophylaktische Verordnung von Protonenpumpenhemmern bei einer Einnahme von potenziell magenschädigenden Medikamenten, insbesondere aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antiphlogistika, gehabt haben.

Verordnungsraten: Alimentäres System und Stoffwechsel

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
A: Alimentäres System und Stoffwechsel	8,74 %	126,7 %	12,29 %	113,3 %
A02: Säurebedingte Erkrankungen	5,73 %	196,4 %	7,67 %	201,6 %
A02B: Peptischer Ulcus	5,71 %	197,4 %	7,66 %	203,3 %
A02BC02: Pantoprazol	4,10 %	683,3 %	5,50 %	822,2 %
A03: Funktionelle gastrointestinale Störungen	2,09 %	68,4 %	3,99 %	66,9 %
A03FA: Prokinetika	1,87 %	66,9 %	3,74 %	66,1 %
A03FA01: Metoclopramid	1,69 %	62,3 %	3,46 %	62,3 %
A10: Antidiabetika	0,41 %	104,4 %	0,54 %	111,0 %
A10A: Antidiabetika, Insuline	0,34 %	97,9 %	0,44 %	102,0 %
A10B: Antidiabetika, oral	0,08 %	146,4 %	0,13 %	164,5 %
A11: Vitamine	0,48 %	373,0 %	0,47 %	290,8 %
A11C: Vitamin A und D	0,47 %	415,8 %	0,46 %	305,5 %
A11CC05: Colecalciferol	0,45 %	789,2 %	0,41 %	599,2 %

Tabelle 2 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

In der Gruppe A03 finden sich unterschiedliche Medikamente, die bei Übelkeit und kolikartigen Beschwerden im Bauchraum eingesetzt werden. Eine wichtige Subgruppe bilden dabei die Prokinetika (A03FA) und unter diesen insbesondere die Substanz Metoclopramid (Handelsnamen zum Beispiel Gastrosil[®], Paspertin[®]), die typischerweise bei Übelkeit verordnet werden. Entsprechende Medikamente wurden erheblich häufiger bei jungen Erwerbspersonen als bei Studierenden verordnet. Die Anwendung entsprechender Medikamente war nach einem Verordnungshoch im Jahr 2008 bei jungen Erwerbspersonen in den darauffolgenden Jahren tendenziell eher rückläufig (vgl. Tabelle A35 im Anhang). Ein relativ drastischer Rückgang von Metoclopramid-Verordnungen im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich erst 2014. Dieser Rückgang resultierte aus dem Widerruf der Zulassung für höher dosierte metoclopramidhaltige Arzneimittel im April 2014. Er erfolgte aufgrund einer veränderten Bewertung der Gefahr von schwerwiegenden kardiovaskulären und neurologischen Nebenwirkungen.⁶

Antidiabetika werden in der Gruppe A10 zusammengefasst. Entsprechende Verordnungen betrafen etwa 0,4 Prozent der Studierenden und 0,5 Prozent der jungen Erwerbspersonen. Überschlüssig wäre demnach 2014 bei etwa jeder 200. jungen Erwerbsperson in der TK von einem medikamentös behandelten Diabetes mellitus auszugehen. Oral verabreichte Antidiabetika spielen in den hier betrachteten Altersgruppen erwartungsgemäß eine untergeordnete Rolle, da sie typischerweise nicht bei einem (juvenilen) Diabetes mellitus Typ 1 zur Blutzuckerabsenkung eingesetzt werden können, der unter jungen Erwachsenen vorrangig zu erwarten ist. Vor diesem Hintergrund auffällig erscheint – trotz des insgesamt noch niedrigen Niveaus – die deutliche Steigerungsrate im Hinblick auf die Verordnung oraler Antidiabetika bei jungen Erwerbspersonen, die auf eine Zunahme von Diabetes-mellitus-Typ-2-Erkrankungen hindeutet.

Vitamine sind in der ATC-Gruppe A11 zusammengefasst. Sie werden bei einem Vitaminmangel als Arzneimittel ergänzend zur Vitaminaufnahme aus der Nahrung verordnet. Seit dem Jahr 2006 ist es besonders bei Studierenden, aber auch bei jungen Erwerbspersonen, zu einer erheblichen Steigerung entsprechender Verordnungen gekommen. Diese Steigerung beruht in erster Linie auf einer Zunahme der Verschreibung von Arzneimitteln der ATC-Subgruppe „Vitamin A und D“ (A11C) und innerhalb der Subgruppe aus Verordnungen der Substanz Colecalciferol (Vitamin D3). Vitamin D wird in der Haut mit Hilfe von UVB-Strahlung aufgebaut und kommt in der Nahrung besonders im Fett einiger Fischarten vor.

⁶ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, Aufruf 26.04.2015): http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/m-r/metoclopramid.html

Blut und blutbildende Organe

Aus der anatomischen Gruppe B des ATC, aus der 2,52 Prozent aller Studierenden und 3,27 Prozent der jungen Erwerbspersonen Verordnungen erhalten, werden zum einen insbesondere antithrombotisch wirksame Mittel verordnet (B01A), die als Hinweis auf ein zuvor festgestelltes Thromboserisiko im weiteren Sinne interpretiert werden können. Auffällig erscheint hierbei die merkliche Ausweitung einer entsprechenden Medikation sowohl bei jungen Erwerbspersonen als auch bei Studierenden, zu der eine vermehrte Anwendung von Enoxaparin, einem niedermolekularen Heparin, beigetragen hat (Handelsnamen Clexane[®], Lovenox[®]). Zum anderen fallen in die Gruppe B auch Eisenpräparate, die oftmals im Zusammenhang mit Schwangerschaften verordnet werden und insofern nur schlecht im Sinne von Gesundheitsindikatoren zu interpretieren sind.

Verordnungsraten: Blut und blutbildende Organe

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
B: Blut und blutbildende Organe	2,52 %	131,4 %	3,27 %	122,2 %
B01A: Antithrombotische Mittel	1,33 %	168,1 %	1,77 %	153,6 %
B01AB05: Enoxaparin	0,70 %	223,2 %	0,98 %	228,5 %
B03: Antianämika	1,12 %	120,5 %	1,45 %	115,6 %
B03A: Eisenhaltige Zubereitungen	0,99 %	113,2 %	1,31 %	111,6 %

Tabelle 3 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Kardiovaskuläres System

Arzneimittel zur Behandlung des Herz-Kreislauf-Systems erhielten 2014 gut 22 Prozent aller älteren Erwerbspersonen (Altersgruppen 35 bis 64 Jahre, Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Entsprechende Verordnungen sind bei jüngeren Erwerbspersonen und Studierenden demgegenüber noch vergleichsweise selten. Ein gewisser Anteil der Verordnungen entfällt auf Hämorrhoidenmittel.

Eine maßgebliche Rolle spielen unterschiedliche Substanzen, die zur Senkung des Blutdrucks verordnet werden. Bemerkenswert erscheinen an den Ergebnissen zur Verordnung von Antihypertensiva zum einen die relativ ausgeprägten Verordnungsunterschiede zwischen Studierenden und jungen Erwerbspersonen und zum anderen die in beiden Gruppen feststellbare relative Zunahme der Verordnungsraten von 2006 bis 2014 um mehr als 30 Prozent.

Verordnungsraten: Kardiovaskuläres System

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
C: Kardiovaskuläres System	2,31 %	91,3 %	3,33 %	96,2 %
C05A: Hämorrhoidenmittel	0,56 %	86,3 %	0,62 %	91,3 %
C07: Betablocker	0,75 %	99,0 %	1,16 %	99,0 %
C09: ACE-Hemmer	0,82 %	207,5 %	1,30 %	199,9 %
C02, 3, 7, 8, 9: Antihypertensiva, gesamt	1,52 %	132,1 %	2,41 %	132,5 %
C10: Lipidsenker	0,10 %	97,4 %	0,15 %	90,1 %

Tabelle 4 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Dermatika

Arzneimittelverordnungen zur Behandlung von Hauterkrankungen aus der anatomischen ATC-Hauptgruppe D betrafen 2014 bei leicht steigender Tendenz im Vergleich zu den Vorjahren etwa zwölf Prozent aller jüngeren Erwerbspersonen und Studierenden. Dabei erhielten 5,9 Prozent der jüngeren Erwerbspersonen 2014 ein Cortisonpräparat in dermatologischer Zubereitung (D07), von den Studierenden waren lediglich 5,4 Prozent betroffen. Rückschlüsse auf spezifische Hauterkrankungen sind aufgrund des weiten Indikationsspektrums von Cortisonpräparaten allerdings kaum möglich. Aknemittel werden in den betrachteten Altersgruppen demgegenüber häufiger bei Studierenden verordnet.

Verordnungsraten: Dermatika

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
D: Dermatika	12,01 %	106,7 %	11,78 %	102,8 %
D01A, B: Antimykotika, topisch oder systemisch	2,10 %	109,1 %	2,09 %	106,2 %
D06A: Antibiotika, topisch	1,01 %	90,0 %	1,04 %	84,8 %
D07: Corticosteroide, dermatologisch	5,44 %	104,6 %	5,90 %	102,3 %
D10: Aknemittel	3,16 %	110,4 %	2,42 %	107,2 %

Tabelle 5 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Urogenitalsystem und Sexualhormone

Da Prostatabeschwerden im jungen Erwerbspersonenalter noch ausgesprochen selten sind, betreffen Verordnungen aus der ATC-Gruppe G „Urogenitalsystem und Sexualhormone“ weit überwiegend Frauen. Neben gynäkologischen Antiinfektiva werden dabei Sexualhormone, darunter insbesondere bei Frauen aus dem jüngsten hier berücksichtigten Altersjahrgang auch Kontrazeptiva, verordnet. Junge weibliche Erwerbspersonen sind von entsprechenden Verordnungen tendenziell etwas häufiger betroffen als weibliche Studierende. Auffällig sind die seit 2006 stetig rückläufigen Verordnungsraten aus diesem Bereich in beiden genannten Gruppen (vgl. auch Tabelle A34 und Tabelle A35 im Anhang).

Verordnungsraten: Urogenitalsystem und Sexualhormone – nur Frauen

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
G: Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,24 %	68,6 %	9,42 %	68,0 %
G01: Gynäkologische Antiinfektiva	4,14 %	62,2 %	4,15 %	59,7 %
G03: Sexualhormone	4,10 %	78,4 %	5,10 %	78,7 %
G03A: Kontrazeptiva	1,59 %	80,0 %	1,71 %	75,2 %

Tabelle 6 (junge weibliche Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Systemische Hormonpräparate

Aus der Gruppe H der systemischen Hormonpräparate werden vorwiegend Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02, mit breitem Anwendungsspektrum) sowie Schilddrüsenpräparate (H03) verordnet, wobei die Gabe von Schilddrüsenhormonen (H03A) im Vergleich zur Thyreostatikagabe (Mittel gegen eine Schilddrüsenüberfunktion, H03B) die weitaus größere Rolle spielt.

Corticosteroide zur systemischen Anwendung wurden bei 2,3 Prozent der Studierenden 2014 und damit erheblich seltener als bei altersentsprechenden jungen Erwerbspersonen verordnet, die zu 3,1 Prozent betroffen waren. Tendenziell haben entsprechende Verordnungen in den letzten Jahren leicht zugenommen.

Deutlich größere Anteile der jungen Erwerbspersonen und Studierenden erhielten 2014 Schilddrüsenhormone, wobei eine erhebliche Zunahme entsprechender Verordnungen um 111 Prozent bei Studierenden und um 94 Prozent bei jungen Erwerbspersonen seit 2006 auffällt.

Verordnungsraten: Systemische Hormonpräparate

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
H: Systemische Hormonpräparate	7,41 %	159,8 %	8,55 %	148,2 %
H02: Corticosteroide, systemisch	2,25 %	116,3 %	3,07 %	117,2 %
H03: Schilddrüsenentherapie	5,31 %	195,4 %	5,64 %	180,0 %
H03A: Schilddrüsenpräparate (Schilddrüsenhormone)	5,18 %	211,1 %	5,50 %	193,6 %
H03AA01: Levothyroxin-Natrium	4,62 %	256,6 %	4,83 %	234,2 %

Tabelle 7 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung

Infekte bilden nach den Ergebnissen von Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten einen Erkrankungsbereich, von dem auch jüngere Erwerbspersonen ausgesprochen häufig betroffen sind. Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung aus der Gruppe J erhielten 2014 ein Viertel aller Studierenden und ein Drittel aller jungen Erwerbspersonen, die damit eine höhere Behandlungsrate als ältere Erwerbspersonen aufwiesen (vgl. auch Abbildung 2 auf Seite 26).

Der weit überwiegende Teil der Verordnungen aus der Gruppe der Antiiinfektiva entfällt auf Antibiotika (J01), also auf Mittel zur Behandlung von bakteriellen Infekten. Eine Differenzierung der Arzneiverordnungen nach vorrangig anzunehmenden Krankheitserregern ist aufgrund der weit überlappenden Wirkungsspektren vieler Antibiotika nicht sinnvoll möglich. 2014 waren etwa so viele junge Erwerbspersonen von mindestens einer Antibiotika-Verordnung betroffen wie 2006, wobei die Verordnungsraten im Jahr 2009 und in geringerem Maße auch 2013, vermutlich aufgrund von ausgeprägten Erkältungswellen, noch höher gelegen hatten (vgl. Tabelle A34 und Tabelle A35 im Anhang).

Das Indikationsspektrum antiviraler Mittel (J05) mit systemischer Anwendung ist im Vergleich zu Antibiotika bislang sehr begrenzt, was auch in entsprechend geringen Verordnungshäufigkeiten zum Ausdruck kommt, jedoch keinesfalls Rückschlüsse auf eine generell geringe Bedeutung viraler Infekte erlaubt.

Verordnungsraten: Antiinfektiva zur systemischen Anwendung

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
J: Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	24,64 %	106,5 %	32,75 %	103,0 %
J01: Antibiotika, systemisch	22,40 %	102,1 %	30,91 %	100,8 %
J02: Antimykotika, systemisch	0,86 %	113,0 %	0,74 %	100,9 %
J05: Antivirale Mittel, systemisch	0,96 %	140,3 %	1,05 %	133,6 %
J07: Impfstoffe	1,62 %	443,0 %	1,22 %	345,4 %
J07A: Bakterielle Impfstoffe	0,48 %	953,4 %	0,28 %	494,1 %
J07B: Virale Impfstoffe	1,43 %	504,4 %	1,07 %	393,6 %

Tabelle 8 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Impfstoffe wurden 2014 erheblich häufiger zulasten der TK verordnet als 2006. Als bakterieller Impfstoff wurde 2014 am häufigsten gereinigtes Polysaccharid-Typhus-Antigen verordnet (ATC J07AP03). Impfungen gegen virale Infekte betrafen 2014 insbesondere die Hepatitis A und B (Gelbsucht), Masern sowie Tollwut.

Muskel- und Skelettsystem

Erhebliche Unterschiede zwischen Studierenden und jungen Erwerbspersonen zeigen sich mit Behandlungsraten von 13 beziehungsweise 19 Prozent hinsichtlich der Verordnungen aus der ATC-Gruppe M („Muskel- und Skelettsystem“). Die meisten Verordnungen aus dieser Gruppe entfallen dabei auf nichtsteroidale Antiphlogistika (M01A), das heißt auf Substanzen mit schmerz- und entzündungshemmender Wirkung ohne Steroidhormonanteile. Mit Abstand am häufigsten wurden dabei 2014 die Substanzen Diclofenac und insbesondere Ibuprofen verordnet. Im Vergleich zu 2006 hat sich der von der Verordnung nichtsteroidaler Antiphlogistika betroffene Personenkreis bis 2014 um etwa 30 Prozent vergrößert. Während sich bei Diclofenac rückläufige Verordnungsraten zeigen, hat sich der Anteil von jungen Erwerbspersonen sowie von Studierenden, die Ibuprofen erhielten, von 2006 bis 2014 in etwa verdoppelt (von 6,94 auf 14,29 Prozent beziehungsweise von 4,75 auf 9,30 Prozent).

Bei einer inhaltlichen Interpretation dieser Ergebnisse ist zu bedenken, dass die beiden zuvor genannten Arzneimittelsubstanzen in niedrigen Dosierungseinheiten auch rezeptfrei erhältlich sind. Kosten für rezeptfrei erhältliche Medikamente werden von den gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 jedoch in der Regel nicht mehr erstattet, entsprechend gelangen auch keine Informationen über die Abgabe dieser Arzneimittel zu den Krankenkassen.

Bei den hier dennoch erfassten Präparaten dürfte es sich demnach in der Regel um höher dosierte Präparate (mit identischen Wirksubstanzen) handeln, die auch weiterhin rezeptpflichtig sind.

Verordnungsraten: Muskel- und Skelettsystem

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
M: Muskel- und Skelettsystem	12,85 %	123,6 %	19,21 %	124,0 %
M01A: Nichtsteroidale Antiphlogistika	12,34 %	130,0 %	18,55 %	129,7 %
M01AB05: Diclofenac	3,00 %	65,3 %	4,65 %	62,6 %
M01AE01: Ibuprofen	9,30 %	195,9 %	14,29 %	206,0 %

Tabelle 9 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Nervensystem

12,5 Prozent der jungen Erwerbspersonen und 10,0 Prozent der Studierenden erhielten 2014 Verordnungen, die der Gruppe N („Nervensystem“) zugeordnet werden können. Eine mittlere Bedeutung innerhalb der anatomischen Gruppe kommt den Schmerzmitteln zu (ATC-Code N02), die sich ihrerseits in drei Untergruppen einteilen lassen. Unter dem Code N02A finden sich opioidhaltige Präparate, worunter allerdings auch bestimmte Präparatekombinationen mit Codein fallen, weshalb Verordnungen aus dieser Gruppe keineswegs ausschließlich auf extreme Schmerzzustände hindeuten.

Unter N02B werden „Andere Schmerzmittel und Antipyretika“ zusammengefasst, wobei in Deutschland eine große Bedeutung dem Metamizol zukommt, das bei stärkeren Schmerzzuständen sowie bei anderweitig schwer beherrschbarem Fieber eingesetzt wird (Handelsname zum Beispiel Novalgin®). Junge Erwerbspersonen waren von entsprechenden Verordnungen erheblich häufiger als Studierende betroffen. Auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Risikobewertung bei Metamizol umstritten und das Medikament in einer Reihe von Ländern (beispielsweise den USA und England) nicht zugelassen ist, erscheint die umfangreiche und stark gestiegene Verordnung insbesondere bei jungen Erwerbspersonen bedenklich. Viele Schmerzpräparate sind frei verkäuflich, weshalb ein erheblicher Teil des Konsums entsprechender Mittel in den Verordnungsdaten einer Krankenkasse nicht abgebildet sein dürfte.

Das Indikationsgebiet von Migränemitteln (N02C), die lediglich 0,9 Prozent der Studierenden sowie 1,2 Prozent der jungen Erwerbspersonen erhalten, ist sehr viel enger als das der zuvor besprochenen Schmerzmittel gefasst – die meisten Versicherten mit einer entsprechenden Medikation dürften auch unter einer Migräne leiden.

Eine weitere Subgruppe der anatomischen ATC-Gruppe N bilden Antiepileptika, von deren Verordnung 0,55 Prozent der Studierenden und 0,73 Prozent der jungen Erwerbspersonen 2014 betroffen waren.

Verordnungsraten: Nervensystem

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
N: Nervensystem	10,01 %	123,4 %	12,50 %	126,1 %
N02A: Opiode (inkl. Codein)	0,85 %	51,6 %	1,35 %	57,7 %
N02B: Andere Analgetika und Antipyretika	3,89 %	166,3 %	6,44 %	164,4 %
N02BB02: Metamizol	3,67 %	179,3 %	6,08 %	175,7 %
N02C: Migränemittel	0,88 %	167,2 %	1,19 %	156,1 %
N03: Antiepileptika	0,55 %	125,5 %	0,73 %	130,6 %
N05A: Antipsychotika	0,67 %	109,0 %	0,57 %	116,8 %
N05B: Anxiolytika	0,59 %	75,5 %	0,61 %	88,2 %
N05C: Hypnotika und Sedativa	0,60 %	110,7 %	0,54 %	118,7 %
N06A: Antidepressiva	3,85 %	143,4 %	3,45 %	157,2 %
N06AA05: Antidepressiva – Opipramol	0,45 %	126,0 %	0,57 %	136,5 %
N06AB04: Antidepressiva – Citalopram	0,95 %	172,2 %	0,85 %	211,8 %
N06AX16: Antidepressiva – Venlafaxin	0,60 %	256,6 %	0,42 %	263,3 %
N05A, B, C, N06A: Psychopharmaka, gesamt	4,65 %	125,6 %	4,27 %	137,2 %

Tabelle 10 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Psychopharmaka im engeren Sinne verteilen sich in der ATC-Systematik auf vier vierstellige ATC-Schlüssel:

- › Antipsychotika (N05A), die bei Schizophrenie indiziert sind, erhielten 0,7 Prozent der Studierenden und 0,6 Prozent der jungen Erwerbspersonen.
- › Verordnungen von Anxiolytika (N05B), also von Mitteln mit angstlösender Wirkung, sowie Verordnungen von
- › Hypnotika und Sedativa (N05C) betrafen jeweils etwa vergleichbar große Populationsanteile wie Verordnungen von Antipsychotika.
- › Ein Antidepressivum (N06A) bekamen innerhalb des Jahres 2014 3,9 Prozent der Studierenden und 3,5 Prozent der jungen Erwerbspersonen verordnet.

Von einer Verordnung aus mindestens einer der vier genannten Arzneimittelgruppen waren 2014 4,7 Prozent der Studierenden und 4,3 Prozent der jungen Erwerbspersonen betroffen. Ein Anstieg der Verordnungsraten seit 2006 ist insbesondere im Hinblick auf die Verbreitung von Antidepressiva festzustellen, die sich von 2006 bis 2014 bei Studierenden um mehr als 40 und bei jungen Erwerbspersonen um mehr als 55 Prozent ausgeweitet hat. Als chemisch definierte Einzelsubstanz wurde 2014 von den Antidepressiva am häufigsten Citalopram verwendet.

Respirationstrakt

Während die Verordnung von Mitteln zur Behandlung von Erkrankungen des Respirationstraktes vor dem Wegfall der Erstattungen für rezeptfrei erhältliche Medikamente allgemein nahezu ein Drittel aller Erwerbspersonen betraf, waren 2014 von den jüngeren Erwerbspersonen nur noch 13 Prozent und von den Studierenden nur zehn Prozent von der Verordnung beziehungsweise Erstattung eines entsprechenden Medikamentes betroffen.

Verordnet wurden vorrangig Rhinologika (R01) zur Behandlung von Nasenbeschwerden (zumeist primär abschwellende oder antiallergisch wirksame Präparate), Antiasthmatica (R03), worunter Betasympathomimetika, inhalative Corticoide und Theophillin-Präparate fallen, Husten- und Erkältungspräparate (R05) sowie systemisch angewendete Antihistaminika (R06), die insbesondere im Zusammenhang mit allergischen Erkrankungen, vorrangig bei Atemwegserkrankungen, aber beispielsweise auch bei Nesselsucht indiziert sind.

Steigerungen der Anwendungsverbreitung lassen sich insbesondere im Hinblick auf Rhinologika (R01) und Antiasthmatica (beziehungsweise Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen, R03) feststellen. Eine Verordnung aus mindestens einer der beiden Arzneimittelgruppen, die überwiegend bei allergisch bedingten Erkrankungen verordnet werden, erhielten 2014 insgesamt 8,0 Prozent der Studierenden und 9,6 Prozent der jungen Erwerbspersonen.

Verordnungsraten: Respirationstrakt

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Studierende		Junge Erwerbspersonen	
	Rate 2014	2014 vs. 2006	Rate 2014	2014 vs. 2006
R: Respirationstrakt	10,33 %	101,7 %	13,04 %	93,6 %
R01: Rhinologika	4,14 %	160,6 %	4,76 %	168,7 %
R03: Mittel b. obstruktiven Atemwegserkrankungen	4,84 %	120,0 %	5,89 %	115,4 %
R05: Husten- und Erkältungspräparate	1,97 %	55,2 %	3,40 %	53,0 %
R06: Antihistaminika, systemisch	1,69 %	79,0 %	1,76 %	75,2 %
R01, 3: Atemwegserkrankungen, überw. allergisch	8,01 %	133,2 %	9,58 %	131,6 %

Tabelle 11 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Resümee: Veränderungen von Verordnungsraten

- ▶ Auf – gemessen an älteren Erwerbspersonen – vergleichsweise niedrigem Niveau weisen ansteigende Verordnungsraten oraler Antidiabetika sowie blutdrucksenkender Arzneimittel auf eine ungünstige Entwicklung kardio-vaskulärer Risikofaktoren oder deren zunehmende medikamentöse Therapie hin. Eine merkliche Zunahme lässt sich auch bei der Anwendung antithrombotisch wirksamer Medikamente nachweisen.
- ▶ Während Sexualhormone (auch) unter jüngeren Personen mit abnehmender Tendenz verordnet werden, lässt sich eine sehr deutliche Ausweitung der Therapie mit Schilddrüsenhormonen feststellen.
- ▶ Im Vergleich zu Verordnungsraten 2006 wurden in den letzten Jahren Protonen-pumpenhemmer deutlich häufiger verordnet, wobei ein Teil dieses Anstiegs aus deren prophylaktischer Gabe im Zusammenhang mit einer primär indizierten beziehungsweise beabsichtigten Verordnung nichtsteroidaler Antiphlogistika bei Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems stehen dürfte.
- ▶ Eine deutliche Ausweitung lässt sich in den vergangenen Jahren beim Einsatz von Antidepressiva beobachten. Antidepressiva zählen dabei, neben einigen anderen Psychopharmaka, zu den wenigen Arzneimittelgruppen, die häufiger bei Studierenden als bei jungen Erwerbspersonen verordnet werden. Gemessen an den Arzneiverordnungen erscheinen Studierende psychisch stärker belastet als gleichaltrige Erwerbspersonen, die ihrerseits in nahezu allen somatischen Erkrankungsbereichen stärker als Studierende belastet erscheinen.

Ambulante ärztliche Versorgung, Diagnosen

Wie einleitend bereits angedeutet, wurden für Auswertungen zum Schwerpunkt des Gesundheitsreports ergänzend auch Daten aus der ambulanten Versorgung berücksichtigt. Daten zur kassenärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte werden den gesetzlichen Krankenkassen seit dem Jahr 2004 mit Versichertenbezug von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) übermittelt.

Die den Krankenkassen bereitgestellten Daten entsprechen weitgehend denjenigen Daten, die von den niedergelassenen Ärzten, primär zur Abrechnung ihrer Leistungen, quartalsweise an die KVs übermittelt werden. Alle im Quartal erbrachten Leistungen in einer Arztpraxis bei jeweils einem Versicherten einer Krankenkasse bilden in der kassenärztlichen Versorgung dabei typischerweise genau einen Behandlungs- beziehungsweise **Abrechnungsfall**. Neben Informationen zu den jeweils abgerechneten Versorgungspauschalen und bestimmten Einzelleistungen (mit Datumsangaben) umfassen die Daten zu einzelnen Abrechnungsfällen auch Angaben zu Erkrankungsdiagnosen in Form von entsprechenden ICD-10-Diagnoseschlüsseln. Damit werden bei einer Auswertung der Daten unter anderem auch Aussagen zur Häufigkeit von **ambulant dokumentierten Diagnosen** möglich, die, zumindest grundsätzlich, unabhängig von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Rahmen der ambulanten Versorgung gleichermaßen bei allen Versicherten erfasst werden.

Ambulante ärztliche Versorgung 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Anteil mit Arztkontakt	77,0 %	94,1 %	84,9 %	84,8 %	97,6 %	90,7 %
Anzahl Abrechnungsfälle	3,47	7,78	5,46	4,01	9,22	6,41
Anzahl Tage mit Abrechnungen von Leistungen	5,35	11,76	8,30	5,97	14,06	9,69
Anzahl dokumentierte Abrechnungsziffern	16,97	40,05	27,59	18,90	49,21	32,85
Anzahl dokumentierte gültige Diagnoseschlüssel	6,92	17,04	11,58	8,58	21,87	14,70
... im Sinne von Erkrankungen	6,13	12,62	9,11	7,65	16,33	11,65
Unterscheidbare Diagnosen im Sinne von Erkrankungen ...						
auf ICD-10-Kapitelebene	2,31	4,15	3,16	2,81	4,98	3,81
auf ICD-10-Gruppenebene	3,16	5,93	4,43	3,91	7,37	5,50
auf dreistelliger ICD-10-Ebene	3,71	7,48	5,45	4,58	9,37	6,79

Tabelle 12 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Daten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung standen für Auswertungen zum Schwerpunktthema des vorliegenden Gesundheitsreports für die Erhebungsjahre 2009 bis 2013 zur Verfügung (Daten zum Jahr 2014 wären erst nach Fertigstellung des Gesundheitsreports vollständig verfügbar gewesen). Tabelle 12 liefert einen ersten Überblick zu allgemeinen Kennzahlen der ambulanten ärztlichen Versorgung von Studierenden und jungen Erwerbspersonen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren im Jahr 2013.

84,9 Prozent der Studierenden sowie 90,7 Prozent der jungen Erwerbspersonen hatten nach den einheitlich altersstandardisierten Auswertungen innerhalb des Jahres 2013 mindestens einen Kontakt zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung, lediglich 15,1 beziehungsweise 9,3 Prozent besuchten nach den vorliegenden Daten innerhalb des Jahres keinen Arzt. Durchschnittlich und bezogen auf die jeweilige Gesamtpopulation wurden 2013 je Studierenden 5,5 Behandlungsfälle und bei jungen Erwerbspersonen 6,4 Behandlungsfälle im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet, wobei insgesamt von den Ärzten an 8,30 beziehungsweise 9,69 unterschiedlichen Tagen 27,6 beziehungsweise 32,9 Abrechnungsziffern im Sinne erbrachter Einzelleistungen oder im Sinne von Abrechnungspauschalen dokumentiert wurden.

Bei jedem Studierenden wurden dabei im Durchschnitt 11,6 ICD-10-Diagnoseschlüssel dokumentiert, bei jungen Erwerbspersonen waren es 14,7. Neben einer Codierung von Erkrankungen erlaubt der ICD-Schlüssel auch eine Codierung von Symptomen sowie von bestimmten Behandlungsanlässen. Beschränkt man die Zählung von ICD-10-Schlüsseln weitgehend auf Schlüssel im Sinne von Erkrankungen (hier: ICD-10-Kapitel I bis XVII und Kapitel XIX, vgl. ICD-10-Übersicht auf Seite 222 im Anhang), wurden 2013 durchschnittlich je Studierenden 9,1 und je junge Erwerbsperson 11,7 Erkrankungsdiagnosen im Rahmen der ambulanten Versorgung dokumentiert, wobei in diesen Zahlen jedoch auch noch gegebenenfalls mehrfache (redundante) Erfassungen derselben Erkrankungen im Rahmen unterschiedlicher Behandlungsfälle enthalten sind. Beschränkt man die Differenzierung von ICD-10-Diagnosen auf die dreistellige Ebene der ICD 10, fanden sich für Studierende innerhalb des Jahres 2013 5,5 unterschiedliche ICD-10-Schlüssel im Sinne von Erkrankungen, bei jungen Erwerbspersonen waren es 6,8 unterschiedliche ICD-10-Schlüssel, wobei diese Diagnosen 3,2 beziehungsweise 3,8 unterschiedlichen ICD-10-Kapiteln zuzuordnen waren.

Entsprechende Kennzahlen für die ambulante Versorgung der 20- bis 34-Jährigen liegen bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung unter Frauen durchgängig merklich höher als unter Männern. Eine wesentliche Ursache für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bilden frauenspezifische Inanspruchnahmen der ambulanten Versorgung im Rahmen der Verhütung (Stichwort: Pillenrezept), der Vorsorge (Stichwort: Gebärmutterhalskrebs) sowie bei Schwangerschaften.

Junge Erwerbspersonen und Studierende haben innerhalb eines Jahres zu einem weit überwiegenden Teil Kontakt zu niedergelassenen Ärzten, wobei auch bei diesen noch jungen Menschen regelmäßig bereits eine größere Zahl von Erkrankungsdiagnosen dokumentiert wird.

Übergreifende Kennzahlen zur ambulanten Versorgung zeigen bei jungen Erwerbspersonen im Vergleich zu Studierenden eine durchgängig höhere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung mit einer größeren Anzahl an dokumentierten Erkrankungen. Entsprechendes gilt bei einer Gegenüberstellung von geschlechtsspezifischen Kennzahlen bei jungen Frauen im Vergleich zu Kennzahlen bei jungen Männern.

Inanspruchnahme von Fachärzten

Aus den Daten zur ambulanten Versorgung lassen sich auch Behandlungsraten bei Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen ermitteln. In Daten zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung des Jahres 2013 ist eine Identifikation der Fachrichtung von behandelnden Ärzten über zweistellige Kennziffern möglich, die dem fixen Teil der lebenslang vergebenen Arztnummer angehängt sind.⁷ Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Facharztgruppen durch junge Erwerbspersonen und Studierende aus dem Jahr 2013 sind in Tabelle 13 dargestellt.

Für die hausärztliche Versorgung im Sinne einer medizinischen Grundversorgung von Erwachsenen können in Deutschland sowohl Ärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte für innere Medizin niedergelassen sein. 2013 suchten (mindestens) einen Hausarzt in diesem Sinne 68,6 Prozent der Studierenden und 79,9 Prozent der jungen Erwerbspersonen auf. Aus beiden Gruppen hatten damit mehr als zwei Drittel der Versicherten Kontakt zu einem Hausarzt, von den jungen Erwerbspersonen sogar etwa vier Fünftel. In beiden Gruppen liegt der Anteil der Frauen mit Kontakt zu einem Hausarzt höher als bei Männern.

Fachärztlich tätige Ärzte einzelner Fachdisziplinen werden in der Regel nur von deutlich kleineren Versichertengruppen kontaktiert. Eine Ausnahme bilden bei geschlechtsspezifischen Auswertungen dabei lediglich Fachärzte für Gynäkologie beziehungsweise Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von rund 74,4 Prozent der weiblichen Studierenden und 81,9 Prozent der weiblichen jungen Erwerbspersonen innerhalb eines Jahres kontaktiert werden.

⁷ Sofern Ärzte mit unterschiedlichen Fachgruppenkennungen in einer Praxis arbeiten und innerhalb eines Quartals Leistungen bei ein und demselben Patienten erbringen, können einzelne Behandlungsfälle in seltenen Fällen auch unterschiedlichen Fachrichtungen zugeordnet werden. Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen wurden für die vorliegenden Auswertungen alle Leistungen innerhalb eines Behandlungsfalls immer ausschließlich der Fachgruppe zugeordnet, der fallbezogen die meisten Leistungen zuzuordnen waren.

Fachärztliche Behandlungsraten 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Hausarzt, Allgemeinmedizin	52,6 %	65,0 %	58,3 %	64,4 %	74,2 %	68,9 %
Hausarzt, Internist	19,0 %	25,7 %	22,1 %	22,2 %	29,2 %	25,4 %
Hausärzte, insgesamt	62,5 %	75,7 %	68,6 %	75,2 %	85,5 %	79,9 %
Augenheilkunde	8,5 %	12,9 %	10,5 %	8,7 %	13,5 %	10,9 %
Chirurgie	9,6 %	9,0 %	9,3 %	12,6 %	11,7 %	12,2 %
Orthopädie	13,5 %	15,1 %	14,2 %	14,4 %	17,2 %	15,7 %
Gynäkologie	0,5 %	74,4 %	34,5 %	0,8 %	81,9 %	38,2 %
HNO-Heilkunde	12,7 %	16,1 %	14,3 %	13,0 %	18,0 %	15,3 %
Hautarzt	17,3 %	26,6 %	21,5 %	15,6 %	26,0 %	20,4 %
Facharzt, Internist	7,7 %	11,3 %	9,4 %	8,0 %	12,6 %	10,1 %
Kinder- und Jugendmedizin	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %
Labormedizin	18,0 %	41,9 %	29,0 %	18,5 %	48,6 %	32,3 %
Neurologie – Nervenheilkunde	5,2 %	8,4 %	6,7 %	4,7 %	8,1 %	6,3 %
Pathologie	3,5 %	26,1 %	13,9 %	3,9 %	29,1 %	15,5 %
Radiologie – Nuklearmedizin	9,4 %	11,4 %	10,3 %	10,9 %	13,8 %	12,2 %
Urologie	6,7 %	2,8 %	4,9 %	6,4 %	3,0 %	4,8 %
Psycholog. Psychotherapeuten	2,5 %	6,3 %	4,3 %	1,3 %	3,7 %	2,4 %
Sonstige	2,8 %	5,3 %	4,0 %	3,2 %	6,6 %	4,8 %
Unbekannt	15,8 %	21,0 %	18,2 %	18,3 %	25,0 %	21,4 %

Tabelle 13 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Für einen überwiegenden Teil der Facharztgruppen gilt, dass sie von Studierenden seltener als von jungen Erwerbspersonen und von Frauen häufiger als von Männern aufgesucht werden. Abweichende Ergebnisse finden sich bei der Inanspruchnahme folgender Fachgruppen:

- › Niedergelassene Chirurgen wurden anteilig von mehr Männern als Frauen kontaktiert, was aus häufigeren Verletzungen bei Männern im Vergleich zu Frauen resultieren dürfte.

- ▶ Ansonsten wurden als weitere Fachgruppe lediglich Urologen häufiger von Männern als von Frauen kontaktiert, da sie bei Männern die spezifische Fachgruppe bei Erkrankungen im Bereich der Geschlechtsorgane darstellen (für die bei Frauen Gynäkologen zuständig sind).
- ▶ Höhere Behandlungsraten von Studierenden im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen finden sich in vier Fachgruppen: Von einem geringgradig höheren Anteil der Studierenden werden Hautärzte und Urologen aufgesucht, Unterschiede betreffen vorrangig Männer. 0,4 Prozentpunkte höher als bei jungen Erwerbspersonen liegt zudem der Anteil bei Studierenden, die einen Facharzt für Nervenheilkunde oder Neurologie aufsuchen. Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich demgegenüber hinsichtlich der auch geschlechtsspezifisch recht unterschiedlichen Behandlungsraten durch psychologische Psychotherapeuten⁸, die von Studierenden fast doppelt so häufig wie von gleichaltrigen Erwerbspersonen kontaktiert werden.

Ähnlich wie die zuvor präsentierten Auswertungen zu Arzneiverordnungen deuten Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Fachärzten auf einen vergleichsweise hohen Behandlungsbedarf von Studierenden im Bereich psychischer Erkrankungen hin, während junge Erwerbspersonen höhere Inanspruchnahmen bei primär somatisch orientierten Fachgruppen zeigen.

Ambulante Diagnosen: Übersicht

Abbildung 5 auf der folgenden Seite zeigt einen ersten Überblick zum Spektrum der Diagnosen nach Kapiteln der ICD 10, die bei jungen Erwerbspersonen sowie bei Studierenden innerhalb des Jahres 2013 im Rahmen der ambulanten Versorgung dokumentiert wurden. Hier vorrangig und bei nachfolgenden Darstellungen ausschließlich berücksichtigt wurden Diagnosen, die von den Ärzten bei der Dokumentation als „gesichert“ (G) klassifiziert wurden. Ergänzend finden sich nur in der direkt nachfolgenden Abbildung auch Hinweise auf Diagnoseraten, die sich bei einer zusätzlichen Berücksichtigung von Diagnosen mit Klassifikation als Verdachtsdiagnosen (V) oder symptomlose Zustände (Z) ergeben. Diese Diagnoseraten sind zumeist nur graduell erhöht (vgl. graue Balken). Zahlenangaben zu Diagnoseraten bei Berücksichtigung ausschließlich von als gesichert klassifizierten Diagnosen mit geschlechtsspezifischen Angaben sind Tabelle 14 auf Seite 49 zu entnehmen.

⁸ Die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten ist regulär keine Facharztgruppe, eine entsprechende Niederlassung setzt ein Studium der Psychologie und damit kein für den Arztberuf erforderliches Studium der Medizin voraus. Allerdings werden die GKV-finanzierten Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten über EDV-Strukturen der ärztlichen KVs erfasst und sind entsprechend in den routinemäßig an die Krankenkassen übermittelten Daten zur kassenärztlichen Versorgung enthalten. Vor diesem Hintergrund wird im Gesundheitsreport im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung allgemein von „ärztlichen Leistungen“ gesprochen, auch wenn bei den berichteten Zahlen auch Leistungen psychologischer Psychotherapeuten berücksichtigt sind.

Ambulante Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2013

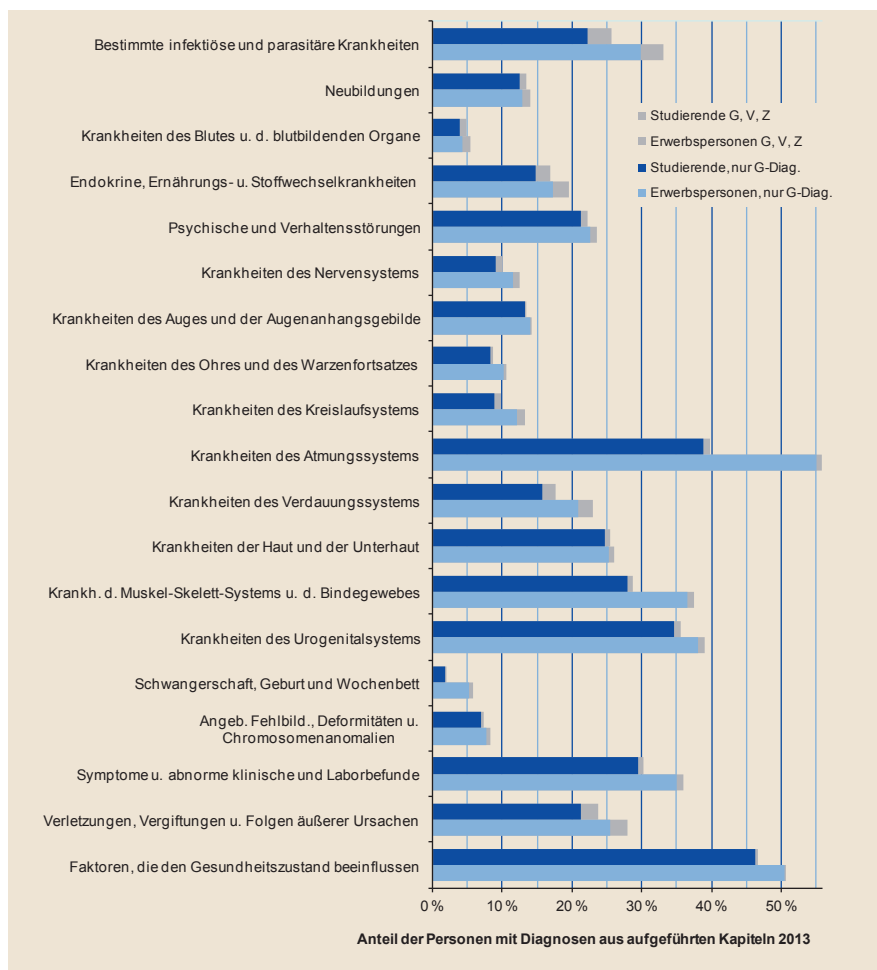


Abbildung 5 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; G-Diag.: ausschließliche Berücksichtigung gesicherter Diagnosen; G, V, Z: zusätzlich Verdachtsdiagnosen und symptomlose Zustände gemäß Diagnoseklassifikation berücksichtigt)

Ambulante Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	18,14 %	27,15 %	22,29 %	25,88 %	34,69 %	29,94 %
II. Neubildungen	9,16 %	16,30 %	12,45 %	9,16 %	17,41 %	12,96 %
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1,69 %	6,27 %	3,80 %	1,71 %	7,12 %	4,20 %
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7,76 %	23,10 %	14,82 %	9,05 %	26,96 %	17,29 %
V. Psychische und Verhaltensstörungen	14,63 %	29,24 %	21,36 %	15,14 %	31,39 %	22,62 %
VI. Krankheiten des Nervensystems	6,47 %	12,08 %	9,05 %	7,91 %	15,62 %	11,46 %
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	10,79 %	15,97 %	13,17 %	11,30 %	17,25 %	14,04 %
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7,46 %	9,17 %	8,25 %	8,99 %	11,64 %	10,21 %
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	7,12 %	10,93 %	8,87 %	9,36 %	15,48 %	12,18 %
X. Krankheiten des Atmungssystems	34,92 %	43,53 %	38,88 %	50,70 %	60,25 %	55,09 %
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	13,88 %	17,73 %	15,65 %	18,64 %	23,37 %	20,81 %
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	18,25 %	32,36 %	24,74 %	18,75 %	32,90 %	25,26 %
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	25,21 %	31,13 %	27,93 %	33,25 %	40,25 %	36,47 %
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	5,55 %	68,76 %	34,65 %	5,76 %	75,83 %	38,02 %
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,00 %	3,98 %	1,83 %	0,00 %	11,52 %	5,30 %
XVI. Best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,01 %	0,05 %	0,03 %	0,03 %	0,16 %	0,09 %
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten	5,99 %	7,91 %	6,87 %	6,38 %	9,10 %	7,63 %
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	21,05 %	39,43 %	29,51 %	24,89 %	47,02 %	35,08 %
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen	21,21 %	21,44 %	21,31 %	25,77 %	25,10 %	25,46 %
XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	18,63 %	78,92 %	46,38 %	19,69 %	86,43 %	50,41 %

Tabelle 14 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; ausschließliche Berücksichtigung gesicherter Diagnosen)

Von mindestens einer Diagnose aus neun der aufgeführten ICD-10-Kapitel waren jeweils mehr als ein Fünftel aller Studierenden betroffen, wobei in sieben von neun dieser Kapitel Erkrankungen im engeren Sinne codiert werden. Entsprechendes gilt bei jungen Erwerbspersonen für zehn beziehungsweise acht ICD-10-Kapitel, wobei von der Diagnose einer Krankheit des Atmungssystems 2013 sogar mehr als die Hälfte der jungen Erwerbspersonen betroffen war.

Von Diagnosen auf dieser übergeordneten Gliederungsebene waren Frauen nahezu durchgängig häufiger als Männer betroffen, lediglich Diagnosen von Verletzungen (Kapitel XIX) wurden bei Männern und Frauen etwa gleich häufig erfasst. Hingewiesen sei auch auf die etwa dreimal so hohe Diagnoserate aus dem Kapitel XV bei weiblichen Erwerbspersonen im Vergleich zu eigenständig versicherten weiblichen Studierenden, die aus einer abweichenden Familienplanung in beiden Gruppen resultieren dürfte, jedoch insbesondere aufgrund der Nichtberücksichtigung von familienversicherten Frauen in den vorliegenden Daten nur eingeschränkt interpretierbar ist.

Ambulante Diagnosen: ICD-10-Gruppen und dreistellige Diagnosen

Tabelle 15 liefert Ergebnisse zu Diagnoseraten mit einer Differenzierung der Diagnosen nach Gruppen der ICD 10, von denen zurzeit gut 200 im Rahmen der ICD 10 definiert sind. Die nachfolgende Tabelle 16 listet schließlich Diagnoseraten mit einer Differenzierung auf der Ebene dreistelliger Diagnoseschlüssel, zu denen in der ICD 10 mehr als 1.600 Codiermöglichkeiten existieren. Bei beiden Auflistungen blieben Z-Diagnosen aus dem Kapitel XXI unberücksichtigt, da sie lediglich Anlässe für eine Inanspruchnahme von Ärzten, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen, erfassen und damit weder Erkrankungen noch Beschwerden beschreiben. Gelistet werden – in absteigender Reihenfolge entsprechend ihrer Verbreitung – jeweils die 50 Diagnosegruppen beziehungsweise Diagnoseschlüssel, von denen 2013 die größten Anteile junger Erwerbspersonen betroffen waren. Beide Tabellen beinhalten ausschließlich Diagnosegruppen beziehungsweise dreistellige ICD-10-Diagnosen, von denen innerhalb des Jahres 2013 mindestens drei Prozent der jungen Erwerbspersonen betroffen waren. Grundsätzlich untermauern Ergebnisse aus beiden Tabellen bereits getroffene Aussagen zu unterschiedlichen Diagnosehäufigkeiten bei Studierenden und jungen Erwerbspersonen sowie zwischen Männern und Frauen. Einzelne Ergebnisse können nachfolgend nur exemplarisch aufgegriffen und kommentiert werden.

Ambulante Diagnoseraten ICD-10-Gruppen 2013: Top 50

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J00–J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	21,28 %	29,15 %	24,90 %	35,33 %	44,75 %	39,66 %
N80–N98 Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	---	62,50 %	28,78 %	---	69,59 %	32,04 %
M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	13,73 %	19,26 %	16,27 %	20,21 %	27,32 %	23,48 %
J30–J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	14,44 %	17,22 %	15,72 %	17,05 %	21,29 %	19,00 %
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9,32 %	21,56 %	14,95 %	9,17 %	23,25 %	15,65 %
R10–R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	5,89 %	18,00 %	11,46 %	7,65 %	23,31 %	14,86 %
R50–R69 Allgemeinsymptome	9,33 %	15,39 %	12,12 %	10,99 %	18,84 %	14,60 %
A00–A09 Infektiöse Darmkrankheiten	7,08 %	7,82 %	7,42 %	13,28 %	14,06 %	13,64 %
J40–J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	8,47 %	9,97 %	9,16 %	12,57 %	14,78 %	13,59 %
M60–M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	9,37 %	11,39 %	10,30 %	12,13 %	14,59 %	13,26 %
L20–L30 Dermatitis und Ekzem	8,27 %	14,80 %	11,28 %	8,44 %	15,49 %	11,69 %
D10–D36 Gutartige Neubildungen	8,22 %	14,61 %	11,16 %	8,24 %	15,52 %	11,59 %
L60–L75 Krankheiten der Hautanhangsgebilde	7,81 %	17,47 %	12,25 %	7,33 %	16,16 %	11,40 %
M00–M25 Arthropathien	9,39 %	10,05 %	9,69 %	10,81 %	11,48 %	11,12 %
M95–M99 Sonst. Krankh. des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5,96 %	8,14 %	6,97 %	7,71 %	11,04 %	9,24 %
G40–G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	4,58 %	9,81 %	6,99 %	5,40 %	12,51 %	8,67 %
H49–H52 Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,60 %	10,57 %	8,43 %	6,57 %	11,03 %	8,62 %
E00–E07 Krankheiten der Schilddrüse	3,29 %	12,71 %	7,63 %	3,14 %	14,40 %	8,33 %
R00–R09 Symptome, d. d. Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	5,59 %	7,05 %	6,26 %	7,00 %	9,15 %	7,99 %
K50–K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	4,17 %	4,77 %	4,45 %	7,31 %	8,07 %	7,66 %
N70–N77 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	---	15,36 %	7,07 %	---	16,58 %	7,64 %
K20–K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	4,62 %	6,59 %	5,53 %	6,53 %	8,89 %	7,61 %
J20–J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	3,46 %	4,47 %	3,92 %	6,87 %	8,27 %	7,51 %
N30–N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1,89 %	11,79 %	6,45 %	1,87 %	13,22 %	7,09 %
F30–F39 Affektive Störungen	5,45 %	10,87 %	7,95 %	4,39 %	9,61 %	6,79 %
T08–T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	5,63 %	5,18 %	5,43 %	7,06 %	6,18 %	6,65 %
B25–B34 Sonstige Viruskrankheiten	3,25 %	4,21 %	3,69 %	6,08 %	7,23 %	6,61 %
T66–T78 Sonstige und n. n. bez. Schäden durch äußere Ursachen	4,14 %	6,63 %	5,29 %	4,55 %	7,33 %	5,83 %
B35–B49 Mykosen	3,39 %	9,32 %	6,12 %	3,06 %	9,02 %	5,81 %
Q65–Q79 Angeborene Fehlbildungen	4,98 %	6,05 %	5,47 %	5,15 %	6,49 %	5,77 %

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems						
H10–H13 Affektionen der Konjunktiva	3,44 %	5,01 %	4,16 %	3,93 %	5,91 %	4,84 %
K65–K63 Sonstige Krankheiten des Darms	3,50 %	5,11 %	4,24 %	3,70 %	5,67 %	4,61 %
E70–E90 Stoffwechselstörungen	3,00 %	4,80 %	3,83 %	3,48 %	5,59 %	4,45 %
H65–H75 Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	2,60 %	3,76 %	3,13 %	3,61 %	5,35 %	4,41 %
H60–H62 Krankheiten des äußeren Ohres	4,01 %	3,71 %	3,87 %	4,45 %	4,31 %	4,38 %
S90–S99 Verletzungen der Knöchel-region und des Fußes	3,98 %	3,19 %	3,62 %	5,00 %	3,58 %	4,34 %
E65–E68 Adipositas und sonstige Überernährung	1,41 %	2,81 %	2,06 %	2,56 %	5,62 %	3,97 %
B00–B09 Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	2,70 %	4,49 %	3,53 %	2,78 %	4,84 %	3,73 %
H90–H95 Sonstige Krankheiten des Ohres	2,63 %	3,54 %	3,04 %	3,02 %	4,26 %	3,59 %
I80–I89 Krankh. d. Venen, d. Lymphgefäße u. d. Lymphknoten, anderenorts	1,65 %	3,88 %	2,67 %	2,05 %	5,37 %	3,58 %
I10–I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	2,84 %	1,46 %	2,21 %	4,03 %	2,81 %	3,47 %
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1,69 %	2,24 %	1,95 %	3,09 %	3,86 %	3,44 %
N60–N64 Krankheiten der Mamma (Brustdrüse)	0,24 %	6,27 %	3,01 %	0,28 %	7,15 %	3,44 %
I95–I99 Sonstige und n. n. bez. Krankheiten des Kreislaufsystems	1,16 %	3,68 %	2,32 %	1,72 %	5,37 %	3,40 %
O20–O29 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	---	2,21 %	1,02 %	---	7,29 %	3,35 %
L00–L08 Infektionen der Haut und der Unterhaut	2,87 %	2,60 %	2,75 %	3,36 %	3,33 %	3,35 %
O09–O09 Schwangerschaftsdauer	---	2,28 %	1,05 %	---	7,08 %	3,26 %
R40–R46 Symptome, d. d. Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	1,83 %	3,22 %	2,47 %	2,35 %	4,31 %	3,25 %
S60–S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	2,97 %	1,90 %	2,48 %	3,85 %	2,37 %	3,17 %
L80–L99 Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut	2,14 %	4,07 %	3,03 %	2,03 %	4,20 %	3,03 %

Tabelle 15 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; ausschließliche Berücksichtigung gesicherter Diagnosen, ohne Diagnosen aus den Kapiteln XX bis XXII)

Ambulante Diagnoseraten nach dreistelligen ICD-10-Diagnosen 2013: Top 50

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen an mehreren o. n. n. bez. Lokal. d. oberen Atemwege	13,35 %	18,06 %	15,52 %	24,89 %	30,22 %	27,34 %
N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	---	44,36 %	20,43 %	---	49,04 %	22,58 %
M54 Rückenschmerzen	10,15 %	14,43 %	12,12 %	15,55 %	21,02 %	18,07 %
A09 Sonst. u. n. n. bez. Gastroenteritis u. Kolitis infektiösen u. n. n. bez. Ursprungs	6,14 %	6,80 %	6,44 %	11,47 %	12,11 %	11,76 %
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	3,79 %	15,19 %	9,04 %	4,67 %	19,33 %	11,42 %
N94 Schmerz u. a. Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	---	21,93 %	10,10 %	---	23,60 %	10,86 %
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,26 %	10,22 %	9,70 %	9,95 %	11,39 %	10,61 %
D22 Melanozytennävus	6,74 %	11,24 %	8,81 %	6,65 %	11,95 %	9,09 %
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,54 %	7,71 %	6,54 %	7,23 %	10,50 %	8,74 %
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,39 %	10,33 %	8,20 %	6,35 %	10,75 %	8,38 %
N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	---	15,44 %	7,11 %	---	16,62 %	7,65 %
F45 Somatoforme Störungen	3,80 %	9,96 %	6,64 %	3,98 %	11,46 %	7,43 %
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,66 %	4,30 %	3,96 %	6,79 %	7,45 %	7,09 %
L70 Akne	3,86 %	11,91 %	7,57 %	3,73 %	10,72 %	6,95 %
J02 Akute Pharyngitis	3,74 %	5,41 %	4,51 %	5,57 %	8,33 %	6,84 %
J20 Akute Bronchitis	3,11 %	3,94 %	3,49 %	6,25 %	7,50 %	6,82 %
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,86 %	3,83 %	3,31 %	5,89 %	7,21 %	6,50 %
J03 Akute Tonsillitis	3,62 %	5,55 %	4,51 %	5,43 %	7,71 %	6,48 %
J45 Asthma bronchiale	5,18 %	5,69 %	5,42 %	5,97 %	6,96 %	6,43 %
N76 Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	---	12,61 %	5,81 %	---	13,60 %	6,26 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,25 %	4,83 %	5,06 %	6,50 %	5,74 %	6,15 %
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,88 %	3,74 %	3,27 %	5,68 %	6,66 %	6,13 %
J32 Chronische Sinusitis	3,07 %	4,58 %	3,77 %	4,79 %	7,52 %	6,04 %
R51 Kopfschmerz	3,92 %	5,63 %	4,71 %	4,56 %	7,35 %	5,84 %
J01 Akute Sinusitis	2,69 %	4,42 %	3,49 %	4,55 %	7,36 %	5,84 %
F32 Depressive Episode	4,36 %	8,87 %	6,44 %	3,69 %	8,25 %	5,79 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,00 %	7,73 %	5,17 %	3,28 %	8,47 %	5,67 %
N86 Erosion u. Ektropium d. Cervix uteri	---	10,60 %	4,88 %	---	12,06 %	5,55 %
T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	3,95 %	6,33 %	5,04 %	4,25 %	6,96 %	5,50 %

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
K29 Gastritis und Duodenitis	3,01 %	4,69 %	3,79 %	4,56 %	6,59 %	5,49 %
L30 Sonstige Dermatitis	4,23 %	6,09 %	5,09 %	4,25 %	6,45 %	5,26 %
G43 Migräne	1,85 %	6,35 %	3,92 %	2,37 %	8,49 %	5,19 %
Q66 Angeborene Deformitäten der Füße	4,31 %	5,09 %	4,67 %	4,29 %	5,27 %	4,74 %
E03 Sonstige Hypothyreose	1,88 %	7,80 %	4,61 %	1,57 %	8,40 %	4,71 %
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	0,83 %	7,63 %	3,96 %	0,93 %	8,74 %	4,53 %
M25 Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	3,78 %	3,74 %	3,76 %	4,60 %	4,41 %	4,51 %
H10 Konjunktivitis	3,17 %	4,59 %	3,82 %	3,63 %	5,49 %	4,48 %
M53 Sonst. Krankh. d. Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	2,23 %	3,96 %	3,02 %	3,13 %	5,95 %	4,43 %
L20 Atopisches [endogenes] Ekzem	2,92 %	5,14 %	3,94 %	3,12 %	5,66 %	4,29 %
N91 Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	---	6,63 %	3,05 %	---	9,28 %	4,27 %
J00 Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	2,16 %	3,03 %	2,56 %	3,35 %	4,61 %	3,93 %
E66 Adipositas	1,36 %	2,70 %	1,98 %	2,49 %	5,49 %	3,87 %
M79 Sonst. Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	2,33 %	3,38 %	2,81 %	3,30 %	4,51 %	3,86 %
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	2,27 %	3,65 %	2,91 %	2,96 %	4,58 %	3,71 %
J34 Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	3,34 %	3,22 %	3,28 %	3,44 %	3,57 %	3,50 %
F41 Andere Angststörungen	2,36 %	5,71 %	3,90 %	1,83 %	5,45 %	3,49 %
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	2,79 %	1,42 %	2,16 %	3,96 %	2,74 %	3,40 %
R11 Übelkeit und Erbrechen	1,32 %	2,44 %	1,83 %	2,39 %	4,52 %	3,37 %
R53 Unwohlsein und Ermüdung	2,19 %	4,19 %	3,11 %	2,29 %	4,58 %	3,34 %
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	1,60 %	2,66 %	2,09 %	2,31 %	4,42 %	3,28 %

Tabelle 16 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; ausschließliche Berücksichtigung gesicherter Diagnosen, ohne Diagnosen aus den Kapiteln XX bis XXII)

Anmerkungen zu ausgewählten Diagnosen

- › **J00–J06** Akute Infekte der oberen Atemwege
Entsprechende Erkrankungen wurden 2013 bei jungen Erwerbspersonen merklich häufiger als bei Studierenden diagnostiziert. Aufgrund einer ausgeprägten Erkältungswelle zum Jahresbeginn 2013 dürften die Diagnoseraten im Jahr 2013 dabei über denen aus anderen Jahren gelegen haben. Für die relativ hohen Raten bei jungen Erwerbspersonen dürfte die Bedeutung der Diagnosen bei Krankschreibungen mitverantwortlich sein. Zum einen dürften Studierende bei leichteren Erkrankungen oftmals eher am Studium teilnehmen können, als Erwerbspersonen mit körperlich anstrengenden Tätigkeiten zur Berufsausübung bei identischen Beschwerden in der Lage wären. Zum anderen benötigen Studierende im Falle eines kurzzeitigen Fernbleibens vom Studienbetrieb nur in bestimmten und eher seltenen Fällen ärztliche Bescheinigungen, wohingegen bei Erwerbspersonen häufig bereits bei kurzzeitigen Erkrankungen entsprechende Bescheinigungen erforderlich sind.
- › **N80–N98** Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
Diagnosen aus dieser Gruppe werden ausgesprochen häufig bei jüngeren Frauen diagnostiziert. Im weit überwiegenden Teil der Fälle dürften die Diagnosen vorrangig aus Abrechnungsgründen, beispielsweise im Kontext von Vorsorgeuntersuchungen, erfasst werden. Die Diagnosen liefern in der Regel keine interpretierbaren Hinweise auf Erkrankungen.
- › **E00–E07** Krankheiten der Schilddrüse
Hingewiesen sei an dieser Stelle lediglich auf die geschlechtsspezifisch recht unterschiedlichen Diagnoseraten mit deutlich höheren Erkrankungsprävalenzen bei Frauen als bei Männern.
- › **F30–F39** Affektive Störungen (inklusive Depressionen [F32, F33])
Affektive Störungen bilden eine der wenigen Diagnosegruppen, aus denen Diagnosen bei Studierenden häufiger als bei jungen Erwerbspersonen dokumentiert werden.
- › **E66, I10** Adipositas, essentielle Hypertonie
Beide Diagnosen werden bei jungen Erwerbspersonen noch verhältnismäßig selten, jedoch deutlich häufiger als bei Studierenden, dokumentiert, womit sich, wie zuvor bereits aus Arzneiverordnungsdaten, auch aus Diagnosen Hinweise auf ein eher ungünstigeres kardiovaskuläres Risikoprofil bei jungen Erwerbspersonen im Vergleich zu den Studierenden ergeben.

Diagnoseraten in ausgewählten Diagnosekapiteln 2009 bis 2013

Trends ambulanter Diagnoseraten für Studierende und junge Erwerbspersonen in ausgewählten ICD-10-Kapiteln verdeutlicht Abbildung 6. Dargestellt sind relative Veränderungen der Diagnoseraten in einzelnen Diagnosekapiteln seit 2009, wobei Ergebnissen zu allen ICD-10-Kapiteln für das Jahr 2009 ein Wert von 100 Prozent zugeordnet wurde. Diagnoseraten in ICD-10-Kapiteln können ergänzend Tabelle A36 und Tabelle A37 ab Seite 199 im Anhang entnommen werden.

Auffällig ist zunächst, dass Diagnoseraten in einigen ICD-10-Kapiteln, wie zum Beispiel zu Krankheiten des Atmungssystems und Krankheiten des Verdauungssystems, im Zeitverlauf Schwankungen unterworfen sind, während sich für andere ICD-10-Kapitel wie für das Kapitel Psychische Störungen und das ICD-10-Kapitel Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems ein nahezu kontinuierlicher Trend zu steigenden Diagnoseraten ablesen lässt.

Bei Krankheiten des Atmungssystems und des Verdauungssystems ist davon auszugehen, dass Diagnoseraten maßgeblich von unterschiedlich stark ausgeprägten Infektionswellen abhängen. Die Diagnoseraten bei jungen Erwerbspersonen liegen insbesondere bei Atemwegserkrankungen, vermutlich mitbedingt durch die Verpflichtung zur Krankschreibung, auf einem deutlich höheren Niveau als bei Studierenden (vgl. Tabelle A36 und Tabelle A37).

Im Hinblick auf das ICD-10-Kapitel Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – anders ausgedrückt auch „Krankheiten des Bewegungsapparats“ – ist für beide Personengruppen eine Steigerung der Diagnoseraten zu verzeichnen.

Bei jungen Erwerbspersonen zeigt sich im Zeitraum von 2009 bis 2013 eine Zunahme der Häufigkeit von Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel Psychische Störungen um mehr als zwölf Prozent.

Ambulante Diagnoseraten nach ausgewählten ICD-10-Kapiteln 2009 bis 2013

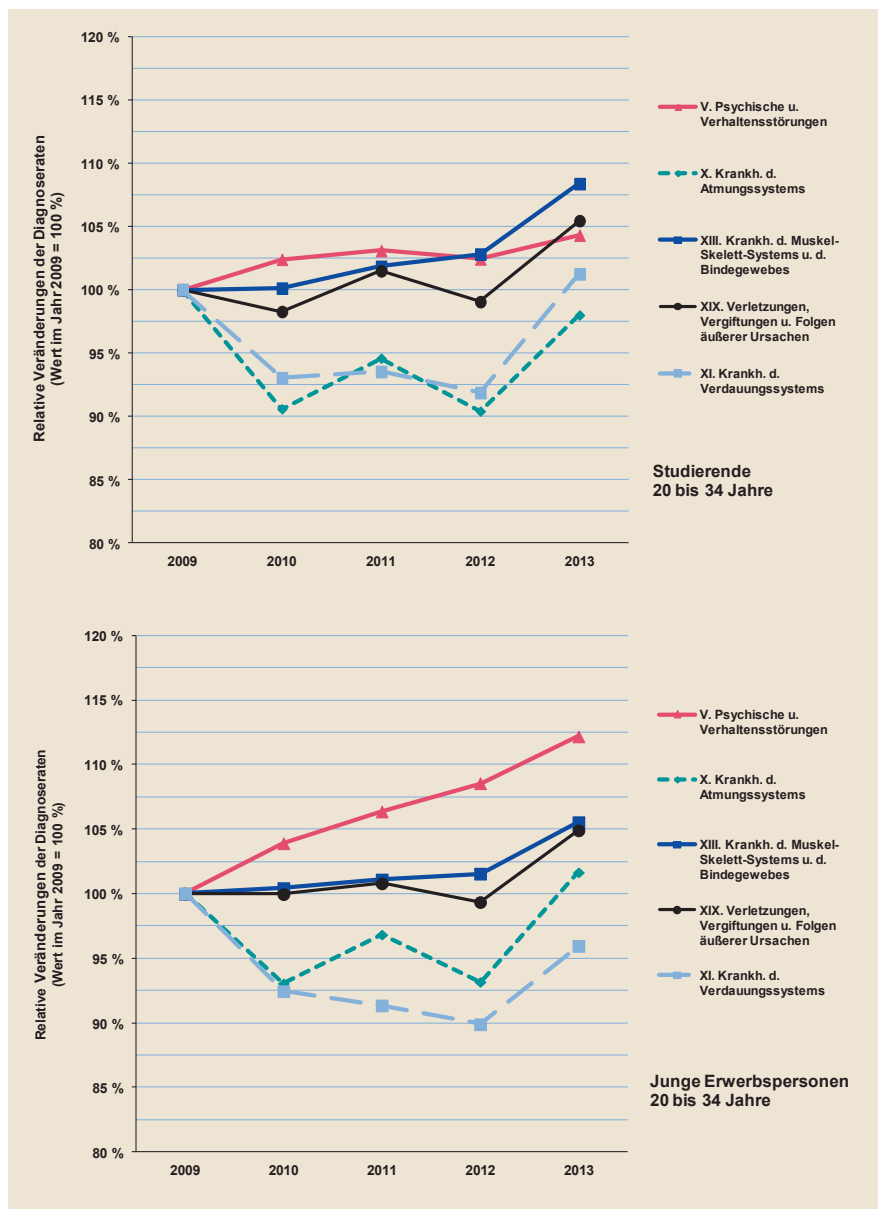


Abbildung 6 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Vertiefende Auswertungen zu ausgewählten Themen

Auf den nachfolgenden Seiten sollen vertiefende Auswertungen zu drei ausgewählten Themenbereichen dargestellt werden. Anlass für die Themenauswahl bildeten bei allen drei Themen in erster Linie jeweils Hinweise auf deutliche Ausweitungen von Arzneiverordnungen in den Jahren zwischen 2006 und 2014.

Schilddrüsenerkrankungen – Hypothyreose

Bei Auswertungen zu Arzneiverordnungen hatten sich deutliche Steigerungen der Verordnungsraten von Schilddrüsenpräparaten im Sinne der ATC-Gruppe H03A zwischen 2006 und 2014 um 111 Prozent bei Studierenden und um 94 Prozent bei jungen Erwerbspersonen gezeigt (vgl. auch Seite 36). Demnach erhielten im Jahr 2014 in den hier betrachteten jüngeren Altersgruppen anteilig etwa doppelt so viele Menschen Schilddrüsenpräparate wie 2006. Bei Verordnungen aus der Gruppe H03A handelt es sich ausschließlich um Präparate, welche die beiden Schilddrüsenhormone Levothyroxin⁹ und/oder Liothyronin¹⁰ beinhalten, deren Gabe typischerweise bei einer Vergrößerung der Schilddrüse (Struma, umgangssprachlich auch Kropf) oder bei einer Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) indiziert ist. Der Hypothyreose kommt gemäß den in den folgenden Abschnitten noch dargestellten Auswertungsergebnissen als Indikation bei der Verordnung von Schilddrüsenhormonen die größte Bedeutung zu. Um das Verständnis für die medizinischen Zusammenhänge bei der Therapie der Schilddrüsenunterfunktion zu erleichtern, sind der Ergebnisdarstellung zunächst allgemeine Erläuterungen zum Thema Hypothyreose vorangestellt.

Exkurs Schilddrüsenunterfunktion – Hypothyreose

Die Schilddrüse ist eine Hormondrüse, die sich unterhalb des Kehlkopfes im Halsbereich befindet. Hormone, wie auch die Schilddrüsenhormone, sind allgemein Substanzen, die über den Blutkreislauf im gesamten Körper verteilt werden und als Botenstoffe in sehr kleinen Mengen Auswirkungen auf Prozesse in Zellen an vielen Stellen des Körpers haben können. Von der Schilddrüse werden unter anderem die beiden jodhaltigen Hormone Triiodthyronin (T₃) und insbesondere Thyroxin (T₄) gebildet, die für den Energiestoffwechsel des menschlichen Körpers und das Wachstum eine sehr wichtige Bedeutung besitzen. Das von der Schilddrüse gebildete Thyroxin kann auch in anderen Organen des menschlichen Körpers anschließend noch zu Triiodthyronin umgebaut werden.

⁹ Auch einfacher als Thyroxin, L-Thyroxin oder T₄ bezeichnet.

¹⁰ Auch als Triiodthyronin oder T₃ bezeichnet.

Für die Produktion der Hormone T_4 und T_3 benötigt die Schilddrüse Jod, das üblicherweise über Trinkwasser und Nahrung aufgenommen wird. Die Produktion von T_4 und T_3 in der Schilddrüse wird dabei bedarfsabhängig durch eine Ausschüttung eines weiteren Hormons, des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH, auch als Thyreotropin bezeichnet), angeregt bzw. geregelt. In einer sogenannten negativen Rückkopplung bremsen umgekehrt höhere Konzentrationen an Schilddrüsenhormonen ihrerseits die Ausschüttung von TSH. TSH wird im Hypophysenvorderlappen, einem Teil der Hirnanhangdrüse, produziert. Von einer Schilddrüsenunterfunktion bzw. Hypothyreose im engeren Sinne spricht man, wenn von der Schilddrüse die Hormone T_4 und T_3 in zu geringem Umfang produziert werden.

Hypothyreose – Ursachen

Eine Hypothyreose kann sehr unterschiedliche Ursachen haben. Man unterscheidet grundlegend zwischen angeborenen und erworbenen Hypothyreosen. In Deutschland ist eine Überprüfung der Schilddrüsenfunktion Bestandteil des gesetzlich geregelten Neugeborenen-Screenings. Mit einer angeborenen und dringend behandlungsbedürftigen Hypothyreose (engl.: Congenital hypothyroidism), auf die nachfolgend nicht weiter eingegangen werden soll, ist nach Angaben in der Literatur bei etwa einer von 4.000 Geburten zu rechnen. Erworbene Hypothyreosen werden im Vergleich zu angeborenen Hypothyreosen erheblich häufiger beobachtet. In weniger entwickelten Ländern ist Jodmangel die häufigste Ursache für Hypothyreosen. Jodmangel ist weltweit zugleich die relevanteste Ursache für Vergrößerungen der Schilddrüse, die als Kropf beziehungsweise Struma bezeichnet werden. In entwickelten Ländern mit ausreichender Jodversorgung gelten demgegenüber chronische Entzündungsprozesse der Schilddrüse im Sinne von Autoimmunerkrankungen als die maßgeblichsten Ursachen für erworbene Schilddrüsenunterfunktionen. Diese können zu einem Teil auch mit einer Vergrößerung der Schilddrüse einhergehen.¹¹

¹¹ Bei Zuständen und Erkrankungen, die eine Bildung von T_4 und T_3 in der Schilddrüse selbst einschränken, spricht man von primären Hypothyreosen (engl.: Primary hypothyroidism). Diese können, außer durch angeborene Defekte, Jodmangel und entzündliche Prozesse, beispielsweise auch durch operative Eingriffe an der Schilddrüse oder Radiojodtherapien sowie bestimmte Medikamente hervorgerufen sein. Von einer – eher selten vorkommenden – sekundären Hypothyreose spricht man, sofern die Ursache der Hypothyreose in einer verminderten TSH-Ausschüttung und damit außerhalb der Schilddrüse selbst liegt. Eine gleichfalls seltene tertiäre Hypothyreose resultiert schließlich aus der verminderten Ausschüttung beziehungsweise Verfügbarkeit des Thyreotropin Releasing Hormones (TRH, auch als Thyreoliberin bezeichnet), das im Hypothalamus, einem Teil des Zwischenhirns, gebildet wird und die Ausschüttung von TSH beeinflusst. Sekundäre und tertiäre Hypothyreosen werden auch als zentrale Hypothyreosen (engl.: Central hypothyroidism) bezeichnet.

Hypothyreose – Diagnostik

Wird vom körpereigenen Regulationssystem ein relativer Mangel an T_4 und T_3 festgestellt, wird von der Hypophyse typischerweise vermehrt TSH ausgeschüttet, um die Hormonproduktion der Schilddrüse kompensatorisch zu steigern. Der TSH-Spiegel im Blut ist einer der wichtigsten Laborparameter zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktion. Er wird in mU/l beziehungsweise mIU/l angegeben, „mIU/l“ steht dabei für „milli-international units per liter“. Als Normwert für TSH im Blut bei Erwachsenen wird zumeist ein Bereich von 0,3 bis 4,0 mU/l angegeben. Von manchen Autoren und Institutionen wurde seit etwa 2003 auch ein oberer Grenzwert von 2,5 mU/l propagiert. Ein erhöhter TSH-Wert deutet auf eine Unterfunktion der Schilddrüse beziehungsweise indirekt auf reduzierte T_3 - und T_4 -Spiegel hin.

Hormonkonzentrationen von T_3 und T_4 können im Blut auch direkt bestimmt werden, wobei zum einen zwischen Bestimmungen von an Transportproteine gebundenen sowie Bestimmungen von „freien“ (und damit biologisch wirksamen) Hormonen unterschieden werden muss. Mehr als 99 Prozent der Hormone liegen im Blut in gebundener Form vor, entsprechend sind deren Spiegel mehr als 100 Mal höher als die von freien Hormonen. Zum anderen müssen die jeweils verwendeten Maßeinheiten beachtet werden. Zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktion sollten nach aktuellen Empfehlungen, neben den TSH-Werten, außerhalb der Schwangerschaft vorzugsweise Blutkonzentrationen an freiem T_4 (auch als ft_4 abgekürzt) herangezogen werden. Aus den unterschiedlichen Laborbestimmungen können unterschiedliche Befundkonstellationen resultieren. Bewegen sich die T_3 - und T_4 -Konzentrationen im Normbereich und ist lediglich der TSH-Spiegel (mäßig) erhöht, kann von einer „latenten“ oder subklinischen Hypothyreose gesprochen werden. Eine entsprechende diagnostische Einstufung sollte nur in einer anderweitig stabilen gesundheitlichen Situation vorgenommen werden, da auch Erkrankungen außerhalb der Schilddrüse den TSH-Spiegel beeinflussen können. Bei einer (unbehandelten) „manifesten“ Hypothyreose sind demgegenüber sowohl klinische Anzeichen einer Schilddrüsenunterfunktion als auch erniedrigte Blutspiegel an freiem T_4 als auch ein deutlich erhöhter TSH-Wert nachweisbar (vgl. spätere Textabschnitte).

Hypothyreose – Symptome

Die Symptome einer Hypothyreose sind in der Regel eher unspezifisch. Zu möglichen Symptomen einer Hypothyreose zählen Müdigkeit, Erschöpfung, Verstopfung, Gewichtszunahme, depressive Stimmungen, verminderte Fruchtbarkeit und Libido, vermehrte Kälteempfindlichkeit, verlangsamter Puls, trockene Haut, Haarausfall und eine raue Stimme. Sehr schwere Hypothyreosen können bis zum akut lebensbedrohlichen Myxödemkoma führen.

Hypothyreose – Therapie

Zur Therapie einer Schilddrüsenunterfunktion wird in der Regel Thyroxin in Tablettenform verabreicht. Genauer gesagt handelt es sich um L-Thyroxin beziehungsweise Levothyroxin, das dem natürlichen Thyroxin auch hinsichtlich der räumlichen Molekülstruktur entspricht. Thyroxin wurde bereits 1926 als Arzneimittel zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen auf den Markt gebracht. Die medikamentöse Behandlung mit L-Thyroxin ist, im Vergleich zu anderen Arzneimitteltherapien, mit relativ geringen Kosten von weniger als 20 Cent pro Tag verbunden. Typischerweise wird nach gängigen Empfehlungen eine Tablette pro Tag mindestens 30 Minuten vor der ersten Mahlzeit eingenommen. Zur Vermeidung von Überdosierungen wird die Medikation in der Regel mit geringeren Dosen begonnen. Auch nach längerer Zeit sollte die Dosierung regelmäßig durch TSH-Bestimmungen kontrolliert werden. Nach Feststellung einer manifesten Hypothyreose ist oftmals eine lebenslange medikamentöse Behandlung mit Thyroxin erforderlich.

Anerkannte Leitlinien zur Behandlung der Hypothyreose im Erwachsenenalter existieren in Deutschland aktuell nicht. Im Jahr 2012 wurde von der American Association of Clinical Endocrinologists und der American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults eine umfängliche Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Hypothyreose bei Erwachsenen veröffentlicht.¹² An mehreren Stellen wird eine eher unbefriedigende Studienlage angemerkt. Dies gilt insbesondere für therapeutische Strategien bei einer latenten Hypothyreose. Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Belege für positive Auswirkungen einer frühzeitigen Hormonsubstitution wird eine Medikation mit Thyroxin von den Autoren der Leitlinie bei subklinischen Hypothyreosen mit einem TSH von weniger als 10 mIU/l erst bei der Erfüllung zusätzlicher Kriterien empfohlen.

Verordnungen von Schilddrüsenpräparaten 2006 bis 2014

Tabelle 17 zeigt detaillierte Informationen zur Verordnung von systemischen Hormonpräparaten und insbesondere zu Schilddrüsenpräparaten in den Jahren 2006 bis 2014. Der Anstieg des Verordnungsvolumens aus der übergeordneten anatomischen ATC-Gruppe H („Systemische Hormonpräparate“) resultiert ausschließlich aus steigenden Verordnungen von Schilddrüsenpräparaten. Das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln aus dieser im ATC mit H03A bezeichneten Gruppe nahm, gemessen in DDD, im genannten Zeitraum in einer vergleichbaren Größenordnung wie die bereits eingangs erwähnten Verordnungsraten, nämlich bei Studierenden um 104 Prozent und bei jungen Erwerbspersonen um 81 Prozent, zu.

¹² Garber JR et al. (2012). ATA/AACE Guideline for Hypothyroidism in Adults. Endocr Pract. 2012; 18(6). 988-1028

Ein Studierender erhielt damit 2014 durchschnittlich 9,03 Tagesdosen Schilddrüsenpräparate, bei jungen Erwerbspersonen waren es durchschnittlich 9,30 Tagesdosen. Ein weit überwiegender Teil des Verordnungsvolumens entfiel auf die Substanz Levothyroxin-Natrium.

Verordnungen von Schilddrüsenpräparaten 2006 bis 2014

Studierende	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014 vs. 2006
Gruppe H Syst. Hormonpräparate: DDD je Person	7,09	7,59	7,73	8,38	8,86	9,63	10,09	10,73	11,31	160 %
Gruppe H ohne H03A: DDD je Person	2,66	2,53	2,33	2,34	2,16	2,25	2,22	2,24	2,28	86 %
H03A Schilddrüsenpräparate: DDD je Person	4,43	5,06	5,40	6,04	6,70	7,38	7,87	8,49	9,03	204 %
H03A Schilddrüsenpräparate: Anteil Betroffene	2,45 %	2,77 %	3,02 %	3,30 %	3,73 %	4,15 %	4,54 %	4,86 %	5,18 %	211 %
H03AA01 Levothyroxin-Natrium: DDD je Person	2,66	3,23	3,64	4,29	4,85	5,45	5,96	6,60	7,20	271 %
H03AA01 Levothyroxin-Natrium: Anteil Betroffene	1,80 %	2,09 %	2,38 %	2,69 %	3,10 %	3,50 %	3,90 %	4,27 %	4,62 %	257 %
Junge Erwerbspersonen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014 vs. 2006
Gruppe H Syst. Hormonpräparate: DDD je Person	8,25	8,62	9,13	9,12	9,80	10,28	10,77	11,61	12,09	147 %
Gruppe H ohne H03A: DDD je Person	3,12	3,07	2,91	2,75	2,77	2,77	2,71	2,79	2,79	89 %
H03A Schilddrüsenpräparate: DDD je Person	5,13	5,56	6,21	6,37	7,03	7,51	8,05	8,82	9,30	181 %
H03A Schilddrüsenpräparate: Anteil Betroffene	2,84 %	3,10 %	3,42 %	3,64 %	4,01 %	4,40 %	4,83 %	5,22 %	5,50 %	194 %
H03AA01 Levothyroxin-Natrium: DDD je Person	3,09	3,50	4,11	4,43	5,03	5,48	6,03	6,73	7,24	234 %
H03AA01 Levothyroxin-Natrium: Anteil Betroffene	2,06 %	2,34 %	2,66 %	2,94 %	3,30 %	3,69 %	4,13 %	4,54 %	4,83 %	234 %

Tabelle 17 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Verordnungen von Schilddrüsenhormonen nach Alter und Geschlecht

Von den männlichen Studierenden wurden 2014, nach einem Anstieg der Behandlungsrate seit 2006 um 134 Prozent, insgesamt 1,96 Prozent mit Schilddrüsenhormonen behandelt. Unter männlichen Erwerbspersonen lag die Behandlungsrate 2014 nach einem Anstieg um 89 Prozent bei 1,61 Prozent.

Frauen wurden und werden im Vergleich zu Männern erheblich häufiger mit Schilddrüsenhormonen behandelt. Unter weiblichen Studierenden stieg die Behandlungsrate zwischen 2006 und 2014 um 106 Prozent von 4,35 Prozent auf 8,95 Prozent, unter jungen weiblichen Erwerbspersonen um 95 Prozent von 5,17 Prozent auf 10,06 Prozent (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Abbildung 7 zeigt altersabhängige Verordnungsdaten von Schilddrüsenhormonen im Sinne der ATC-Gruppe H03A im Jahr 2014 (vgl. Tabelle A38 im Anhang auf Seite 201). Offensichtlich wird der weitgehend lineare Anstieg der Verordnungsdaten mit zunehmendem Alter bei Frauen, wobei die Raten unter weiblichen Studierenden in jeder Altersgruppe etwas unter denen bei weiblichen Erwerbspersonen liegen. Im Vergleich dazu lassen sich bei Männern im Alter zwischen 20 und 34 Jahren nur mäßig unterschiedliche Verordnungsdaten feststellen. In den höheren Altersgruppen innerhalb dieser Altersspanne sind männliche Studierende etwas häufiger als männliche Erwerbspersonen betroffen.

Verordnungsdaten Schilddrüsenhormone nach Alter und Geschlecht 2014

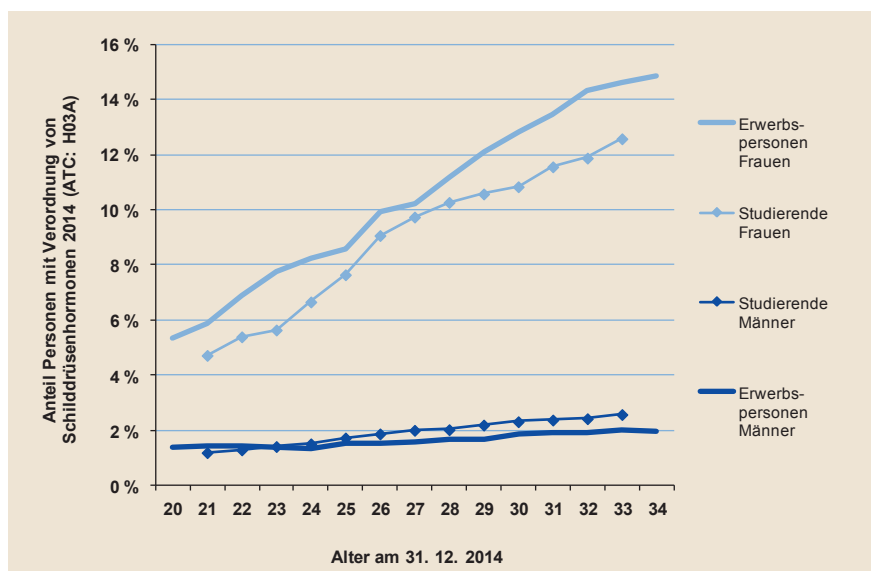


Abbildung 7 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, Werte bei Studierenden jeweils über drei Altersgruppen gemittelt; ATC: H03A)

Krankheiten der Schilddrüse – Diagnoseraten

Erkrankungen der Schilddrüse werden, abgesehen von den bei jüngeren Personen sehr selten diagnostizierten Neubildungen des Organs, in der ICD-10-Klassifikation in einer Gruppe mit dreistelligen Codes von E00 bis E07 zusammengefasst. Von mindestens einer entsprechenden Diagnose waren 2013 insgesamt 7,63 Prozent der Studierenden und 8,33 Prozent der jungen Erwerbspersonen betroffen (vgl. Tabelle 18). Die Diagnoseraten bei Frauen liegen mit Werten von über zehn Prozent mehr als vierfach höher als bei Männern, bei denen sich Raten unter 2,5 Prozent berechnen ließen.

Unter den aufgelisteten Diagnosen bilden vorrangig die „Sonstige Hypothyreose“ (E03) sowie die „Sonstige nichttoxische Struma“ (E04) klassische Indikationen zur Verordnung von Schilddrüsenhormonen. Auf diese beiden Diagnosen entfiel zugleich ein Hauptanteil der erfassten Schilddrüsenerkrankungen. Insbesondere bei entzündlichen Krankheiten der Schilddrüse (E06) kommt es zudem häufig zu einer verminderten Ausschüttung von Hormonen, womit die Gabe von Schilddrüsenhormonen indiziert sein kann.

Auch bei der Therapie einer Schilddrüsenüberfunktion kann, bedingt durch eine zu starke therapeutische Subpression der primär beobachteten Schilddrüsenüberfunktion, eine externe Gabe von Schilddrüsenhormonen erforderlich sein. Insofern ist keine der aufgeführten Diagnosen pauschal als Kontraindikation für die Gabe von Schilddrüsenhormonen anzusehen, jede der Diagnosen kann unter bestimmten Umständen eine entsprechende Medikation erfordern.

Ambulante Diagnoseraten: Krankheiten der Schilddrüse 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse	0,01 %	0,06 %	0,04 %	0,01 %	0,05 %	0,03 %
D34 Gutartige Neubildung der Schilddrüse	0,01 %	0,05 %	0,03 %	0,01 %	0,07 %	0,04 %
E00–E07 Krankheiten der Schilddrüse	3,29 %	12,71 %	7,63 %	3,14 %	14,40 %	8,33 %
E00 Angeborenes Jodmangelsyndrom	0,01 %	0,02 %	0,01 %	0,00 %	0,02 %	0,01 %
E01 Jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und verwandte Zustände	0,27 %	0,86 %	0,54 %	0,30 %	1,04 %	0,64 %
E02 Subklinische Jodmangel-Hypothyreose	0,02 %	0,10 %	0,06 %	0,02 %	0,10 %	0,06 %
E03 Sonstige Hypothyreose	1,88 %	7,80 %	4,61 %	1,57 %	8,40 %	4,71 %
E04 Sonstige nichttoxische Struma	0,94 %	3,31 %	2,03 %	1,01 %	4,07 %	2,42 %
E05 Hyperthyreose (Thyreotoxikose)	0,26 %	0,93 %	0,57 %	0,24 %	1,14 %	0,65 %
E06 Thyreoiditis	0,56 %	3,41 %	1,87 %	0,46 %	3,55 %	1,88 %
E07 Sonstige Krankheiten der Schilddrüse	0,38 %	1,92 %	1,09 %	0,33 %	2,16 %	1,17 %

Tabelle 18 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Schilddrüsenerkrankungen nach Alter und Geschlecht

Die Darstellung der Diagnoseraten von Schilddrüsenerkrankungen nach Alter und Geschlecht zeigt ein sehr ähnliches Muster wie die altersabhängigen Verordnungsdaten von Schilddrüsenhormonen (vgl. Abbildung 8 sowie Tabelle A39 im Anhang auf Seite 202). Insgesamt liegen die Diagnoseraten dabei auf einem merklich höheren Niveau als die Verordnungsdaten, was unter der Annahme, dass nicht jede Schilddrüsenerkrankung mit entsprechenden Hormonen behandelt wird und zudem kaum andere Indikationen für die Gabe von Schilddrüsenhormonen existieren, den Erwartungen entspricht.

Die altersabhängigen Veränderungen der Diagnosehäufigkeiten von einzelnen Erkrankungen der Schilddrüse auf dreistelliger ICD-10-Ebene verlaufen bei beiden Geschlechtern, auf jeweils unterschiedlichen Niveaus, weitgehend ähnlich wie die Gesamttrends und werden vor diesem Hintergrund nicht gesondert dargestellt.

Krankheiten der Schilddrüse nach Alter und Geschlecht 2013

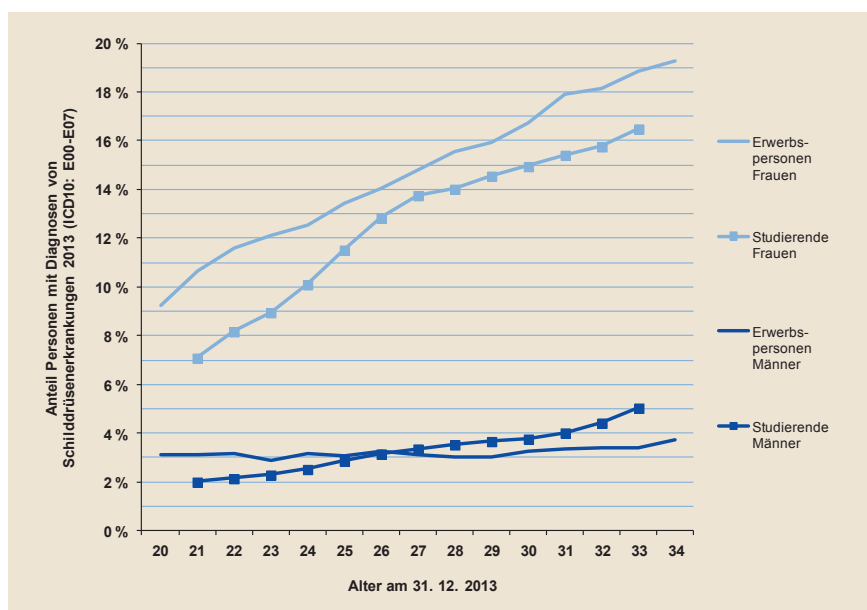


Abbildung 8 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, Werte bei Studierenden jeweils über drei Altersgruppen gemittelt; ICD 10: E00–E07)

Krankheiten der Schilddrüse – Diagnoseraten 2009 bis 2013

Abbildung 9 zeigt die Veränderung der Diagnoseraten von Schilddrüsenerkrankungen von 2009 bis 2013. Diagnoseraten von „Krankheiten der Schilddrüse“ im Sinne der übergeordneten Diagnosegruppe E00–E07 sind im genannten Gesamtzeitraum um 29 beziehungsweise 25 Prozent bei Studierenden und jungen Erwerbspersonen gestiegen. Der Anstieg der Diagnoseraten verläuft weitgehend parallel zum Anstieg der von Schilddrüsenhormonverordnungen betroffenen Populationsanteile (vgl. unteren Teil der Abbildung). Überdurchschnittliche Anstiege von rund 50 Prozent waren insbesondere im Hinblick auf die beiden Diagnosen „Sonstige Hypothyreose“ (E03) sowie „Thyreoiditis“ (E06) zu verzeichnen (vgl. Tabelle A40 im Anhang auf Seite 202).

Krankheiten der Schilddrüse 2009 bis 2013

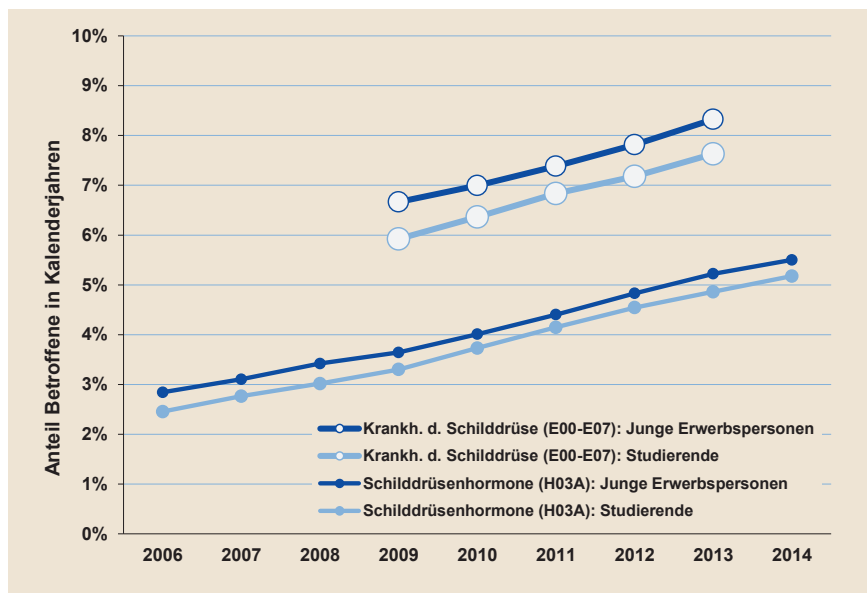


Abbildung 9 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Diagnoseabhängige Verordnungsrate von Schilddrüsenhormonen

Tabelle 19 gibt Auskunft über die Anteile der Personen mit ambulant-ärztlich dokumentierten Diagnosen von Schilddrüsenerkrankungen im Jahr 2013, die im selben Jahr mindestens einmalig Schilddrüsenhormone im Sinne der ATC-Gruppe H03A verordnet bekamen. Da je Person auch mehrere Diagnosen innerhalb eines Jahres dokumentiert sein können, erfolgt die Zuordnung der Personen zu den nach Diagnosen gebildeten Gruppen zwangsläufig nicht exklusiv.

Anteil am häufigsten erhaltenen Personen mit der Diagnose von bösartigen Neubildungen der Schilddrüse Schilddrüsenhormonverordnungen. Relativ hohe Verordnungsrate zeigen sich ansonsten insbesondere bei Personen mit der Diagnose einer entzündlichen Schilddrüsenerkrankung (Thyreoiditis) sowie bei der Diagnose einer Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose).

Von den Studierenden sowie jungen Erwerbspersonen mit Dokumentation mindestens einer der aufgeführten Schilddrüsenerkrankungen erhielten jeweils 60 Prozent innerhalb desselben Jahres auch Verordnungen von Schilddrüsenhormonen. Demgegenüber wurden Schilddrüsenhormone bei Personen ohne explizite Dokumentation einer der aufgeführten Diagnosen nur ausgesprochen selten verordnet – betroffen waren lediglich 0,3 Prozent der entsprechenden Studierenden und 0,5 Prozent der jungen Erwerbspersonen.

Diagnoseabhängige Verordnungsrate Schilddrüsenhormone 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse	---	96 %	93 %	90 %	94 %	93 %
D34 Gutartige Neubildung der Schilddrüse	---	47 %	40 %	38 %	48 %	47 %
E00–E07 Krankheiten der Schilddrüse	52 %	62 %	60 %	46 %	63 %	60 %
E00 Angeborenes Jodmangelsyndrom	---	---	---	---	67 %	66 %
E01 Jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen und verwandte Zustände	38 %	55 %	50 %	31 %	52 %	48 %
E02 Subklinische Jodmangel-Hypothyreose	---	76 %	72 %	48 %	71 %	67 %
E03 Sonstige Hypothyreose	67 %	75 %	73 %	64 %	77 %	75 %
E04 Sonstige nichttoxische Struma	44 %	53 %	50 %	36 %	52 %	49 %
E05 Hyperthyreose (Thyreotoxikose)	44 %	53 %	51 %	36 %	55 %	52 %
E06 Thyreoiditis	78 %	80 %	80 %	71 %	81 %	80 %
E07 Sonstige Krankheiten der Schilddrüse	53 %	68 %	65 %	53 %	69 %	67 %
Beliebige zuvor genannte Diagnose	52 %	62 %	60 %	46 %	63 %	60 %
Keine zuvor genannte Diagnose	0,1 %	0,6 %	0,3 %	0,1 %	1,0 %	0,5 %

Tabelle 19 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, Verordnungen aus der ATC-Gruppe H03A, * Verordnungsrate in Gruppen mit Erkrankungszahlen unter n = 30 werden nicht berichtet)

Insgesamt umfasst die hier betrachtete Population 80.406 Personen, die 2013 mindestens einmalig Schilddrüsenhormone verordnet bekamen. Unter diesen Personen fanden sich lediglich 6.265 Personen (7,8 Prozent), bei denen im selben Jahr im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung keine der aufgeführten Schilddrüsenerkrankungen als gesicherte Diagnosen dokumentiert wurde.

Ergänzende Analysen ergaben, dass bei diesen Personen teilweise weitere Diagnoseschlüssel außerhalb der bisherigen Auflistung von Schilddrüsenkrankheiten identifiziert werden können, die eine Therapie mit Schilddrüsenhormonen zumindest indirekt begründen können. Hierzu zählt beispielsweise der ICD-10-Schlüssel E89 „Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen“. Therapieraten deutlich oberhalb der genannten 0,4 Prozent finden sich auch bei einer Reihe von schwerwiegenden Erkrankungen. In jedem Fall lässt sich aus der fehlenden Dokumentation einer Schilddrüsenerkrankung keinesfalls einfach auf einen Off-Label-Use von Schilddrüsenhormonen schließen. Dieser kann umgekehrt allerdings auch beim Vorliegen einer dokumentierten Schilddrüsenerkrankung ohne eine Diagnosevalidierung nicht generell ausgeschlossen werden.

Verordnungen von Schilddrüsenhormonen betrafen 2013 zu mehr als 90 Prozent Personen, bei denen innerhalb desselben Jahres auch explizit Krankheiten der Schilddrüse dokumentiert waren. Von den jungen Personen mit diagnostizierter Schilddrüsenerkrankung erhielten 60 Prozent im selben Jahr auch Verordnungen eines Schilddrüsenhormons.

Ansteigende Diagnose- und Behandlungsraten – mögliche Ursachen

Sowohl bei Studierenden als auch bei jungen Erwerbspersonen wurden Krankheiten der Schilddrüse 2013 deutlich häufiger als 2009 dokumentiert. Maßgeblich verantwortlich waren nach differenzierteren Auswertungen vorrangig häufigere Dokumentationen der Diagnosen einer nicht näher eingegrenzten Schilddrüsenunterfunktion (ICD 10: E03.8 „Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose“ und insbesondere E03.9 „Hypothyreose, nicht näher bezeichnet“) sowie die zunehmende Dokumentation einer Autoimmunthyreoiditis (ICD 10: E06.3), die zumeist gleichfalls mit einer Schilddrüsenunterfunktion einhergeht. Die genannten Diagnosen wurden 2013 jeweils um mehr als 50 Prozent häufiger als 2009 dokumentiert.

Parallel zum Anstieg der Diagnoseraten stieg innerhalb von fünf Jahren von 2009 bis 2013 die Verordnungsrate von L-Thyroxin um gut 50 Prozent. Im Gesamtzeitraum von 2006 bis 2014, in dem Daten zu Arzneiverordnungen bei Studierenden betrachtet werden konnten, stieg die Verordnungsrate bei Studierenden stetig um 157 Prozent beziehungsweise den Faktor 2,57 und bei jungen Erwerbspersonen, ausgehend von einem etwas höheren Ausgangsniveau, um 134 Prozent beziehungsweise den Faktor 2,34.

Es ist davon auszugehen, dass sich innerhalb dieses Zeitraums von neun Jahren auch die Diagnoseraten bezüglich der zuvor genannten Diagnosen insgesamt mehr als verdoppelt haben.

Ansteigende Diagnose- und Behandlungsraten deuten auf den ersten Blick zunächst auf ansteigende Erkrankungsraten hin. Allerdings erscheint es wenig wahrscheinlich, dass es in Deutschland, ohne gravierende Veränderungen der Lebensbedingungen, innerhalb eines verhältnismäßig kurzen Zeitraums von neun Jahren nach bundesweiten Auswertungen zu einer Verdopplung der Häufigkeit einer bestimmten Erkrankung gekommen ist, die bereits zu Beginn des Beobachtungszeitraums 2006 nicht zu den selten oder gänzlich unerforschten Erkrankungen zählte.

Plausibler erscheint die Vermutung, dass die steigenden Diagnose- und Behandlungsraten aus veränderten diagnostischen Möglichkeiten und Kriterien sowie damit einhergehend veränderten Behandlungsstrategien resultieren. Eine Rolle könnten dabei Diskussionen um einen geeigneten oberen Grenzwert bei TSH-Bestimmungen spielen. Unbefriedigend erscheint, dass es zum Thema Diagnostik und Therapie der Hypothyreose bei Erwachsenen in Deutschland trotz beachtlicher Diagnosehäufigkeiten keine Leitlinie gibt. Geht man davon aus, dass es zwischen 2006 und 2014 nicht zu einer gravierenden Veränderung der Erkrankungshäufigkeit gekommen ist, können die unterschiedlichen Behandlungsraten 2006 und 2014 kaum beide optimal gewesen sein – ob es bis 2014 zu einer verbesserten Behandlung oder eher zu einer Überbehandlung gekommen ist, lässt sich aktuell kaum entscheiden. Folgt man einer in der Zusammenfassung des Gesundheitsreports zitierten US-amerikanischen Leitlinie, existieren bislang zu wenige wissenschaftliche Studien mit hinreichender Aussagekraft, wenn es um die Behandlung von latenten Hypothyreosen geht, weshalb auch deutsche Leitlinien in dieser Hinsicht nur Empfehlungen auf unsicherem Evidenzniveau abgeben könnten. Die unbefriedigende Studienlage dürfte auch mit fehlenden wirtschaftlichen Anreizen für entsprechende Studien zusammenhängen – das maßgebliche Medikament zur Behandlung der Hypothyreose, L-Thyroxin, ist bereits seit fast 90 Jahren auf dem Markt.

Regionale Variationen

Abbildung 10 zeigt Ergebnisse zu relativen regionalen Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von Schilddrüsenerkrankungen und der Verordnungsraten von Schilddrüsenhormonen in einzelnen Bundesländern von strukturabhängig auf der Basis von bundesweiten Ergebnissen erwarteten Werten. Grundlage bilden hier Auswertungen zur insgesamt betrachteten Gruppe, bestehend aus jungen Erwerbspersonen und Studierenden im Jahr 2013. Beide Auswertungen zeigen ein weitgehend übereinstimmendes Muster mit tendenziell unterdurchschnittlichen Raten im Norden beziehungsweise Nordosten und überdurchschnittlichen Raten im Süden beziehungsweise Südwesten.

Dabei entsprechen sowohl relativ niedrige Diagnoseraten in Küstenregionen (in Mecklenburg-Vorpommern um 23,3 Prozent niedriger als bei durchschnittlicher Erkrankungshäufigkeit erwartet) als auch verhältnismäßig hohe Raten in küstenferneren Regionen wie in Rheinland-Pfalz (um 17,7 Prozent höher als erwartet) weitgehend den allgemeinen Erwartungen im Hinblick auf die regionale Häufigkeit von Schilddrüsenerkrankungen.

Schilddrüsenerkrankungen und Schilddrüsenhormonverordnungen nach Bundesländern 2013

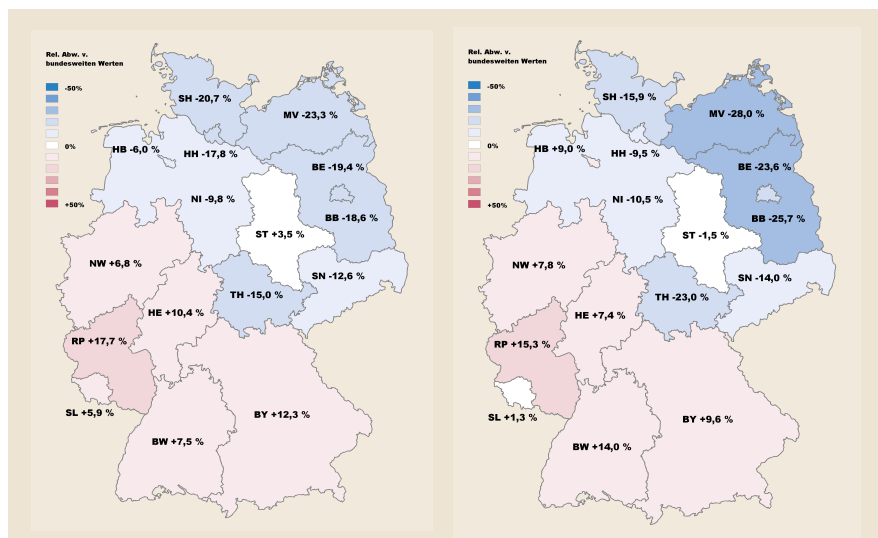


Abbildung 10 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, gesamt, indirekt standardisiert; links: Abweichungen der Populationsanteile mit Schilddrüsenerkrankung [ICD 10: E00–E07] von regional erwarteten Werten; rechts: Abweichungen der Populationsanteile mit Verordnung von Schilddrüsenhormonen [ATC: H03A])

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

Das Kürzel ADHS (engl. „Attention deficit hyperactivity disorder“, ADHD) benennt eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Ärztliche Diagnosen dieser Störung werden nach ICD 10 mit dem Diagnoseschlüssel „Hyperkinetische Störung“ (F90) codiert. Die Krankheit betrifft überwiegend Kinder, jedoch bestehen die Symptome bei einem Teil der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter fort. Im Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit Studierende und junge Erwerbspersonen von der Diagnose ADHS und einer Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von ADHS betroffen sind.

Verordnung von Methylphenidat

Methylphenidat (Handelsname zum Beispiel Concerta[®], Ritalin[®]) ist der Wirkstoff, der am häufigsten zur medikamentösen Behandlung von ADHS eingesetzt wird, sofern mit anderen Therapieoptionen kein ausreichender Behandlungserfolg erzielt werden kann. 2014 entfielen mehr als 90 Prozent aller verordneten Tagesdosen aus der übergeordneten Wirkstoffgruppe der sogenannten „Psychostimulanzien“ (N06B) auf diesen Wirkstoff.

Von einer Verordnung entsprechender Arzneimittel war und ist bislang nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Studierenden und jungen Erwerbspersonen betroffen. 2006 wurde erst 0,09 Prozent der Studierenden und 0,05 Prozent der jungen Erwerbspersonen der Wirkstoff Methylphenidat verordnet. Im Zeitraum von 2006 bis 2014 lässt sich allerdings eine erhebliche Steigerung der Verordnungsraten um 331 Prozent beziehungsweise den Faktor 4,31 bei Studierenden und um 296 Prozent (Faktor 3,96) bei jungen Erwerbspersonen beobachten (vgl. Tabelle 20). Auffällig ist dabei insbesondere der Anstieg der Verordnungsraten ab 2011. Dieser resultiert aus der Zulassung von Methylphenidat zur Therapie von Erwachsenen mit ADHS seit Juli 2011.¹³ Vor diesem Zeitpunkt war der Wirkstoff Methylphenidat in Deutschland nur für die Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen zugelassen.

Während die Verordnungsraten und auch das Verordnungsvolumen in definierten Tagesdosen deutlich gestiegen sind, ist die Anzahl der definierten Tagesdosen, die einem einzelnen Betroffenen verordnet wurde, im Zeitraum von 2006 bis 2014 bei Studierenden auf 83 Prozent und bei jungen Erwerbspersonen auf 93 Prozent leicht zurückgegangen (vgl. Tabelle 20). Dies deutet auf eine Ausweitung der Therapie auf einen größeren Personenkreis bei einer leichten Reduktion der pro Person verordneten Arzneistoffmengen hin.

¹³ Pharmazeutische Zeitung 26/2011; „Methylphenidat für Erwachsene“, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=38393>

Verordnungen von Methylphenidat 2006 bis 2014

											2014 vs. 2006
Studierende	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
N06B Psychostimulanzien: DDD je Person	0,22	0,24	0,24	0,23	0,22	0,27	0,45	0,60	0,74	334 %	
N06B Psychostimulanzien: Anteil Betroffene	0,125 %	0,167 %	0,160 %	0,156 %	0,163 %	0,237 %	0,301 %	0,374 %	0,454 %	362 %	
N06B Psychostimulanzien: DDD je Betroffenen	176	146	151	147	137	115	148	162	163	92 %	
N06BA04 Methylphenidat: DDD je Person	0,19	0,20	0,20	0,20	0,18	0,24	0,42	0,56	0,67	358 %	
N06BA04 Methylphenidat: Anteil Betroffene	0,094 %	0,110 %	0,106 %	0,110 %	0,122 %	0,204 %	0,272 %	0,337 %	0,405 %	431 %	
N06BA04 Methylphenidat: DDD je Betroffenen	199	185	188	178	151	117	155	166	166	83 %	
											2014 vs. 2006
Junge Erwerbspersonen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
N06B Psychostimulanzien: DDD je Person	0,12	0,14	0,14	0,14	0,14	0,16	0,28	0,35	0,41	346 %	
N06B Psychostimulanzien: Anteil Betroffene	0,083 %	0,086 %	0,091 %	0,087 %	0,086 %	0,116 %	0,174 %	0,198 %	0,234 %	281 %	
N06B Psychostimulanzien: DDD je Betroffenen	142	159	156	162	161	140	159	176	175	123 %	
N06BA04 Methylphenidat: DDD je Person	0,10	0,12	0,12	0,12	0,12	0,14	0,25	0,32	0,37	370 %	
N06BA04 Methylphenidat: Anteil Betroffene	0,052 %	0,058 %	0,063 %	0,061 %	0,062 %	0,094 %	0,151 %	0,177 %	0,205 %	396 %	
N06BA04 Methylphenidat: DDD je Betroffenen	193	207	196	202	191	151	167	183	181	93 %	

Tabelle 20 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Diagnosen von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen

Abbildung 11 zeigt altersabhängige Diagnoseraten von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bzw. ADHS im Jahr 2013 (ICD 10: F90). Geschlechts- und altersübergreifend waren innerhalb des Jahres 0,54 Prozent der Studierenden und 0,47 Prozent der jungen Erwerbspersonen betroffen (vgl. auch Tabelle A41 auf Seite 203 im Anhang). Deutlich wird bei der Betrachtung der Diagnoseraten bei Erwerbspersonen, dass von einer Diagnose vor allem männliche Erwerbspersonen aus der jüngsten Altersgruppe mit einem Anteil von knapp drei Prozent vergleichsweise häufig betroffen sind. Wie bei männlichen Erwerbspersonen findet sich auch bei weiblichen Erwerbspersonen die höchste Diagnoserate in der jüngsten Altersgruppe. Die ADHS-Diagnoserate bei jungen Erwerbspersonen sinkt mit zunehmendem Alter, sie liegt dabei in allen Altersgruppen bei Frauen deutlich niedriger als bei Männern.

In den jüngeren Altersgruppen liegen die ADHS-Diagnoseraten bei Studierenden erheblich unter denen bei Erwerbspersonen aus entsprechenden Altersgruppen, steigen jedoch mit zunehmendem Alter an. Ab einem Alter von etwa 26 Jahren sind Studierende häufiger von ADHS-Diagnosen als Erwerbspersonen betroffen. Vergleichbare Geschlechts- und Altersabhängigkeiten zeigen sich auch bei entsprechenden Auswertungen zu Methylphenidat-Verordnungen (vgl. Tabelle A42 und Tabelle A43 auf Seite 204 im Anhang).

Diagnoseraten ADHS nach Alter und Geschlecht 2013

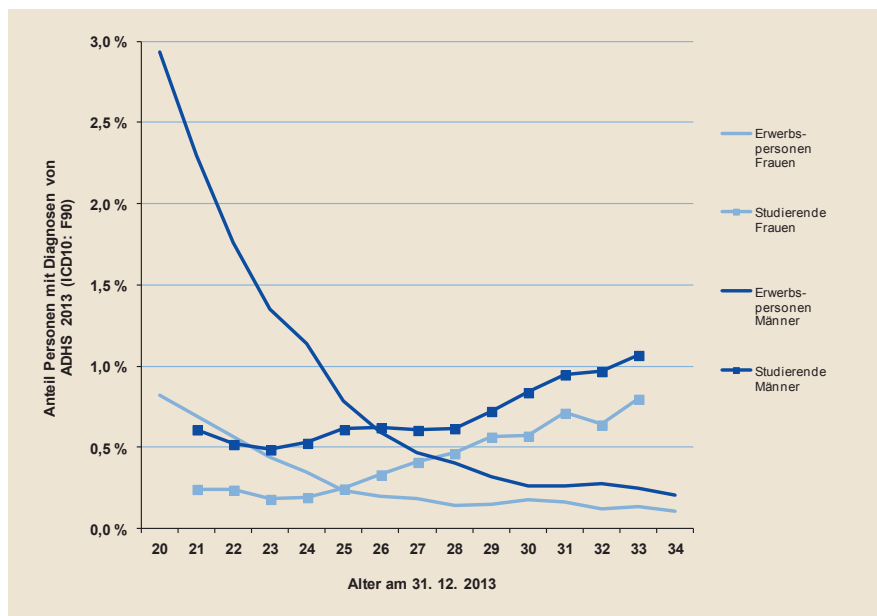


Abbildung 11 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre; ICD 10: F90)

Abbildung 12 zeigt die Entwicklung sowohl der ADHS-Diagnoseraten als auch der Methylphenidat-Verordnungsrate im jeweils auswertbaren Beobachtungszeitraum. Methylphenidat ist in Deutschland ausschließlich zur Behandlung von ADHS zugelassen. Bei den Betroffenenraten zu Verordnungen sowie zu ambulanten Diagnosen zeigt sich vor diesem Hintergrund erwartungsgemäß eine ähnliche Entwicklung. Auffällig ist der Anstieg der Verordnungsrate von Methylphenidat seit 2011, der mit der eingangs beschriebenen Zulassung des Wirkstoffes zur Behandlung von Erwachsenen zu erklären ist. Nahezu parallel – wenn auch auf höherem Niveau – verlaufen die Kurven zu Diagnoseraten von ADHS (ICD 10: F90; vgl. Tabelle A44 auf Seite 205 im Anhang). Da Daten zu ambulanten Diagnosen nur für den Zeitraum 2009 bis 2013 vorlagen, ist hier zu früheren Jahren keine Aussage möglich.

Studierende sind nach geschlechts- und altersübergreifend ermittelten Ergebnissen in allen Jahren sowohl von einer ADHS-Diagnose als auch von Verordnungen der Substanz Methylphenidat häufiger als junge Erwerbspersonen betroffen.

Verordnung von Methylphenidat und ambulante Diagnosen von ADHS von 2006 bis 2014

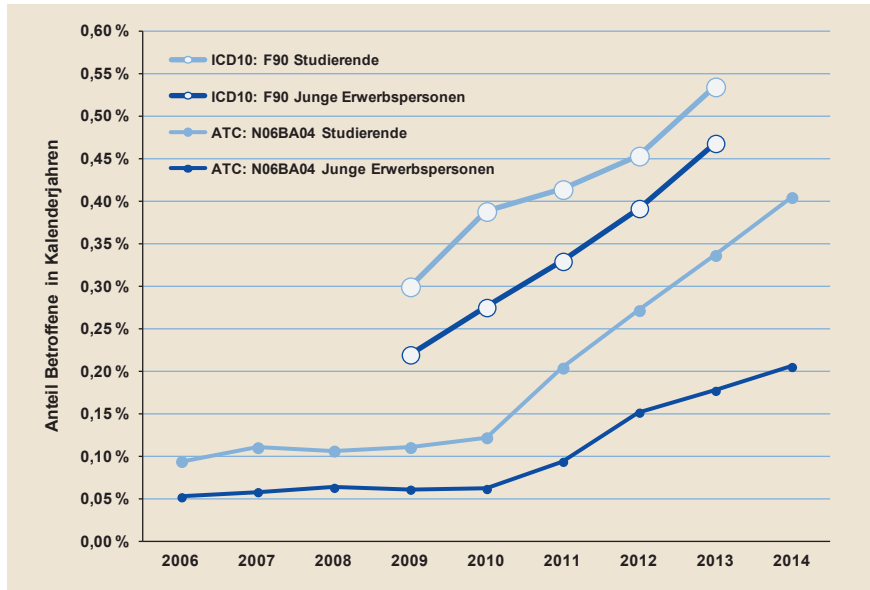


Abbildung 12 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Antidepressiva, psychische Störungen, Depressionen

Bereits bei einer ersten Auswertung im Rahmen des Schwerpunktkapitels zu Arzneiverordnungen mit einer Differenzierung nach anatomischen Gruppen der ATC-Klassifikation waren deutliche Steigerungen des Verordnungsvolumens zwischen 2006 und 2014 im Hinblick auf verordnete Tagesdosen von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems aufgefallen (vgl. auch Abbildung 4 auf Seite 29). Das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln aus dieser Gruppe N, gemessen in DDD, nahm im genannten Zeitraum bei Studierenden um 68 Prozent und bei jungen Erwerbspersonen um 65 Prozent zu.

Der größte Teil dieses Anstiegs in der Gruppe N lässt sich auf zunehmende Verordnungen von Antidepressiva zurückführen, wie aus Tabelle 21 deutlich wird. Deren Verordnungsvolumen stieg zwischen 2006 und 2014 bei Studierenden überproportional um 91 Prozent und um 100 Prozent bei jungen Erwerbspersonen. Die beobachteten Anstiege der Verordnungsvolumen resultieren in beiden Gruppen sowohl aus der größeren Zahl von behandelten Personen als auch aus einer höheren Verordnungsmenge je behandelte Person. Dabei waren Studierende nicht nur zu einem größeren Anteil von der Verordnung eines Antidepressivums betroffen, sondern erhielten im Falle einer medikamentösen Behandlung durchschnittlich auch eine größere Menge an Antidepressiva.

Verordnungen von Antidepressiva 2006 bis 2014

Studierende	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014 vs. 2006
Gruppe N Nervensystem: DDD	8,63	9,89	10,69	11,65	13,32	13,93	14,53	14,42	14,47	168 %
Gruppe N ohne N06A: DDD	3,44	3,62	3,70	3,84	4,04	4,14	4,31	4,47	4,57	133 %
N06A Antidepressiva: DDD je Person	5,19	6,27	6,99	7,81	9,28	9,80	10,22	9,95	9,90	191 %
N06A Antidepressiva: Anteil Betroffene	2,68 %	2,97 %	3,16 %	3,53 %	3,86 %	3,99 %	4,01 %	3,90 %	3,85 %	143 %
N06A Antidepressiva: DDD je Betroffenen	193	211	221	221	240	246	255	255	257	133 %
Junge Erwerbspersonen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014 vs. 2006
Gruppe N Nervensystem: DDD	7,05	7,91	8,87	8,60	9,86	10,43	10,90	11,25	11,61	165 %
Gruppe N ohne N06A: DDD	3,56	3,77	4,09	3,76	3,93	3,99	4,26	4,43	4,63	130 %
N06A Antidepressiva: DDD je Person	3,49	4,14	4,78	4,83	5,93	6,43	6,64	6,82	6,99	200 %
N06A Antidepressiva: Anteil Betroffene	2,19 %	2,42 %	2,61 %	2,70 %	3,12 %	3,30 %	3,37 %	3,41 %	3,45 %	157 %
N06A Antidepressiva: DDD je Betroffenen	159	171	183	179	190	195	197	200	203	127 %

Tabelle 21 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Verordnungen von Antidepressiva nach Alter und Geschlecht

Von den männlichen Studierenden wurden 2014, nach einem Anstieg der Behandlungsrate um 53 Prozent seit 2006, altersübergreifend insgesamt 2,95 Prozent mit Antidepressiva behandelt. Unter männlichen Erwerbspersonen lag die Behandlungsrate 2014 nach einem Anstieg um 66 Prozent altersübergreifend bei 2,53 Prozent.

Frauen wurden im Vergleich zu Männern erheblich häufiger mit Antidepressiva behandelt. Unter weiblichen Studierenden stieg die Behandlungsrate zwischen 2006 und 2014 um 37 Prozent von 3,57 Prozent auf 4,90 Prozent, unter jungen weiblichen Erwerbspersonen um 52 Prozent von 2,98 Prozent auf 4,52 Prozent (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Verordnungsraten Antidepressiva nach Alter und Geschlecht 2014

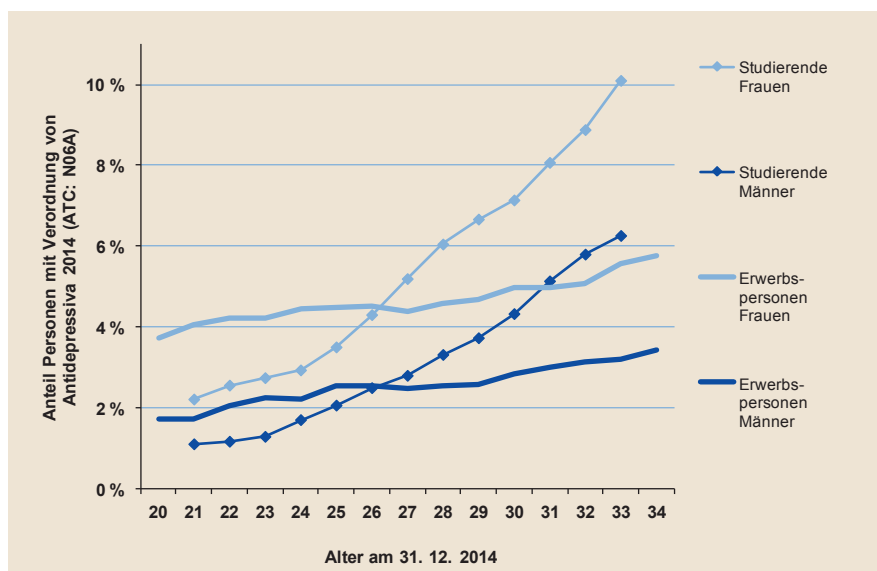


Abbildung 13 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, Werte bei Studierenden jeweils über drei Altersgruppen gemittelt)

Abbildung 13 zeigt altersabhängige Verordnungsraten von Antidepressiva im Sinne der ATC-Gruppe N06A im Jahr 2014 (vgl. Tabelle A45 auf Seite 205 im Anhang). Während die Verordnungsraten von Antidepressiva unter jungen Erwerbspersonen mit zunehmendem Alter eher mäßig ansteigen, zeigt sich bei Studierenden insbesondere in mittleren Altersgruppen eine sehr ausgeprägte altersabhängige Zunahme der Verordnungsraten.

Bis zu einem Alter von 26 Jahren liegen die Verordnungsraten bei Studierenden unter denen bei gleichaltrigen Erwerbspersonen, mit weiter zunehmendem Alter werden die Verordnungsraten von Erwerbspersonen zunehmend stärker überschritten. Im Alter von 32 Jahren werden Studierende beider Geschlechter etwa doppelt so oft wie Erwerbspersonen mit Antidepressiva behandelt.

Diagnosen psychischer Störungen

Tabelle 22 zeigt differenzierte Ergebnisse zur Häufigkeit von ambulant dokumentierten und als gesichert gekennzeichneten Diagnosen aus dem Kapitel V „Psychische Störungen“ aus dem Jahr 2013. Während Ergebnisse zu Diagnosegruppen innerhalb des Kapitels V vollständig gelistet werden, werden Ergebnisse zu einzelnen dreistelligen Diagnosen nur aufgeführt, sofern sie anteilig oder inhaltlich relevant erscheinen.

Ambulante Diagnosen psychischer Störungen 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Kapitel V	14,63 %	29,24 %	21,36 %	15,14 %	31,39 %	22,62 %
Psychische und Verhaltensstörungen						
F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,15 %	0,19 %	0,17 %	0,18 %	0,25 %	0,21 %
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1,69 %	2,24 %	1,95 %	3,09 %	3,86 %	3,44 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	0,30 %	0,21 %	0,26 %	0,47 %	0,19 %	0,34 %
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	0,22 %	0,11 %	0,17 %	0,26 %	0,07 %	0,17 %
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	1,10 %	1,86 %	1,45 %	2,25 %	3,52 %	2,84 %
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	0,47 %	0,40 %	0,44 %	0,35 %	0,32 %	0,34 %
F20 Schizophrenie	0,26 %	0,13 %	0,20 %	0,19 %	0,09 %	0,14 %
F30–F39 Affektive Störungen	5,45 %	10,87 %	7,95 %	4,39 %	9,61 %	6,79 %
F31 Bipolare affektive Störung	0,19 %	0,23 %	0,21 %	0,10 %	0,13 %	0,11 %
F32, F33 Depressionen	5,00 %	10,09 %	7,34 %	4,10 %	9,09 %	6,40 %
F32 Depressive Episode	4,36 %	8,87 %	6,44 %	3,69 %	8,25 %	5,79 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	1,32 %	2,86 %	2,03 %	0,86 %	1,93 %	1,35 %
F34 Anhaltende affektive Störungen	0,80 %	1,46 %	1,11 %	0,45 %	0,95 %	0,68 %
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9,32 %	21,56 %	14,95 %	9,17 %	23,25 %	15,65 %
F40 Phobische Störungen	1,09 %	2,07 %	1,54 %	0,57 %	1,40 %	0,95 %
F41 Andere Angststörungen	2,36 %	5,71 %	3,90 %	1,83 %	5,45 %	3,49 %
F42 Zwangsstörung	0,41 %	0,57 %	0,48 %	0,26 %	0,45 %	0,35 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,00 %	7,73 %	5,17 %	3,28 %	8,47 %	5,67 %
F45 Somatoforme Störungen	3,80 %	9,96 %	6,64 %	3,98 %	11,46 %	7,43 %

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
F48 Andere neurotische Störungen	1,35 %	3,05 %	2,13 %	1,62 %	3,75 %	2,60 %
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,25 %	3,70 %	2,38 %	1,10 %	3,21 %	2,08 %
F50 Essstörungen	0,11 %	1,89 %	0,93 %	0,11 %	1,24 %	0,63 %
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0,32 %	0,50 %	0,40 %	0,26 %	0,46 %	0,36 %
F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	0,69 %	1,05 %	0,85 %	0,57 %	1,03 %	0,78 %
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,10 %	2,58 %	1,78 %	0,93 %	2,08 %	1,46 %
F60 Spez. Persönlichkeitsstörungen	0,73 %	1,52 %	1,09 %	0,53 %	1,14 %	0,81 %
F66 Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	0,05 %	0,61 %	0,31 %	0,03 %	0,50 %	0,25 %
F70–F79 Intelligenzstörung	0,01 %	0,01 %	0,01 %	0,17 %	0,14 %	0,16 %
F80–F89 Entwicklungsstörungen	0,24 %	0,16 %	0,20 %	0,42 %	0,26 %	0,35 %
F90–F98 Verhaltens- u. emotionale Störungen m. Beginn i. d. Kindheit u. Jugend	1,04 %	0,71 %	0,89 %	1,09 %	0,57 %	0,85 %
F90 Hyperkinetische Störungen	0,66 %	0,39 %	0,54 %	0,66 %	0,25 %	0,47 %
F99 Psych. Störung o. nähere Angabe	0,17 %	0,53 %	0,34 %	0,17 %	0,64 %	0,39 %

Tabelle 22 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Die Ergebnisse aus Tabelle 22 können an dieser Stelle nur grundlegend kommentiert werden. Die in Bezug auf die Diagnosehäufigkeiten mit Abstand bedeutsamsten beiden Diagnosegruppen innerhalb des Kapitels V sind „Affektive Störungen“ (F30–F39) sowie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40–F48).

- Innerhalb der Gruppe affektiver Störungen bilden Depressionen (Diagnoseschlüssel F32, F33) die bedeutsamste Erkrankungsgruppe. Frauen waren mehr als doppelt so häufig wie Männer betroffen, Studierende häufiger als junge Erwerbspersonen.
- In der Gruppe F40–F48 finden sich verhältnismäßig hohe Diagnoseraten bei einer Reihe von unterschiedlichen Einzeldiagnosen. Hierzu zählen insbesondere Angststörungen (F41), Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) und somatoforme Störungen (F45). Somatoforme Störungen wurden 2013 bei Studierenden nur wenig seltener als Depressionen erfasst. Bei jungen Erwerbspersonen wurden sie sogar etwas häufiger als Depressionen diagnostiziert.

- › „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10–F19) wurden überraschend häufig bei jungen Frauen dokumentiert. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass ein Hauptteil der Diagnosen aus dieser Gruppe auf den ICD-10-Schlüssel F17 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ entfällt. Die Ergebnisse lassen sich nur schwer interpretieren. Die Dokumentation der Diagnose F17 dürfte oftmals wesentlich von den Präferenzen des behandelnden Arztes und allgemein von der Häufigkeit des Arztkontakts abhängen und entspricht keinesfalls einer systematischen Erhebung des Tabakmissbrauchs und seiner Folgen. Dass junge Frauen real häufiger als Männer von psychischen Folgen des Tabakmissbrauchs betroffen sind, kann vor diesem Hintergrund angezweifelt werden. Möglicherweise könnte ein Teil der Dokumentation von F17-Schlüsseln auch zur Legitimation von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung erfolgen.
- › In der Gruppe „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50–F59) spielen Essstörungen (F50) eine verhältnismäßig große Rolle, von denen nahezu ausschließlich Frauen betroffen sind.

Diagnosen bei Personen mit Verordnungen von Antidepressiva

Wie bereits bei übergreifenden Auswertungen dokumentiert, waren gut ein Fünftel aller Studierenden und jungen Erwerbspersonen innerhalb des Jahres 2013 von mindestens einer Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ betroffen (vgl. Tabelle 14 auf Seite 49). Unter denjenigen jungen Personen, die im Jahr 2013 Antidepressiva erhielten (bei den vorliegenden Auswertungen insgesamt $n = 49.548$ Personen), wurden im selben Jahr bei 93,8 Prozent psychische Störungen im Sinne des Kapitels V dokumentiert. Dabei wiesen mit 69,2 Prozent allerdings nur gut zwei Drittel der Patienten mit Antidepressivaverordnungen explizit auch die Diagnose einer Depression im Sinne eines ICD-10-Schlüssels F32 oder F33 auf, verfügten also über eine Diagnose, die bereits ihrem Namen nach eine Indikation zur Gabe von Antidepressiva darstellen kann. Bei 71,6 Prozent wurde zumindest eine der Diagnosen aus der übergeordneten Gruppe affektiver Störungen (F30–F39) diagnostiziert.

Da je Person mehrere Diagnosen innerhalb eines Jahres dokumentiert sein können, erfolgt eine Zuordnung der Personen zu Diagnosegruppierungen zwangsläufig keineswegs exklusiv. So lässt sich auch im Hinblick auf die relativ große Gruppe von Personen mit Diagnosen aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40–F48) formulieren, dass zu 69,3 Prozent der Personen mit Antidepressivaverordnungen eine entsprechende Diagnose dokumentiert wurde, nur 30,7 Prozent wiesen keine Diagnose aus dieser Gruppe auf.

Diagnoseabhängige Verordnungsraten von Antidepressiva

Tabelle 23 auf Seite 82 gibt Auskunft über die Anteile der Personen mit unterschiedlichen ambulant-ärztlich dokumentierten Diagnosen von psychischen Störungen im Jahr 2013, die im selben Jahr mindestens einmalig Antidepressiva im Sinne der ATC-Gruppe N06A verordnet bekamen. Da bei einzelnen Personen auch mehrere Diagnosen innerhalb eines Jahres dokumentiert sein können, erfolgt die Zuordnung zu den nach Diagnosen gebildeten Gruppen auch an dieser Stelle zwangsläufig nicht exklusiv.

- › Von den Studierenden mit expliziter Diagnose einer Depression im Sinne der Diagnoseschlüssel F32 oder F33 erhielten im selben Jahr 38 Prozent auch Verordnungen von Antidepressiva. Bei jungen Erwerbspersonen lag die entsprechende Behandlungsrate 2013 bei 36 Prozent.
- › War bei den Personen die Diagnose rezidivierender depressiver Störungen erfasst (F33), lag die Verordnungsraten von Antidepressiva mit mehr als 50 Prozent noch merklich höher als in der Gesamtgruppe mit dokumentierten Depressionen.
- › Vergleichbar hohe Verordnungsraten um 50 Prozent wie bei rezidivierenden depressiven Störungen fanden sich auch bei einer Selektion nach den merklich seltener diagnostizierten Zwangsstörungen (F42). Geschlechtsübergreifende Verordnungsraten von etwa 50 Prozent ließen sich zudem bei den insgesamt noch seltener diagnostizierten bipolaren affektiven Störungen (F31) identifizieren, also bei Erkrankungen, die durch einen Wechsel von manischen und depressiven Phasen charakterisiert sind.
- › Personen mit der Diagnose einer „Anhaltenden affektiven Störung“ (F34) erhielten im Jahr der Diagnosedokumentation zu mehr als 40 Prozent Antidepressiva. Vergleichbare Behandlungsraten zeigen sich auch bei gleichfalls noch relativ häufig diagnostizierten „Spezifischen Persönlichkeitsstörungen“ (F60). Ansonsten wurden die Antidepressivabehandlungsraten bei der Gruppe von Personen mit expliziten Diagnosen von Depressionen nur noch in einer relativ kleinen Gruppe von weiblichen Personen überschritten, bei denen die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ (F12) dokumentiert war.

Diagnoseabhängige Verordnungsdaten von Antidepressiva 2013

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Kapitel V	19 %	16 %	17 %	16 %	14 %	14 %
Psychische und Verhaltensstörungen						
F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	22 %	19 %	20 %	19 %	21 %	20 %
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	14 %	14 %	14 %	12 %	11 %	11 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	26 %	35 %	29 %	25 %	38 %	29 %
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	35 %	41 %	37 %	31 %	42 %	34 %
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	7 %	10 %	9 %	7 %	9 %	8 %
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	34 %	29 %	32 %	33 %	33 %	33 %
F20 Schizophrenie	31 %	26 %	30 %	30 %	34 %	31 %
F30–F39 Affektive Störungen	40 %	35 %	37 %	39 %	33 %	35 %
F31 Bipolare affektive Störung	47 %	50 %	48 %	50 %	57 %	54 %
F32, F33 Depressionen	41 %	36 %	38 %	40 %	34 %	36 %
F32 Depressive Episode	41 %	37 %	38 %	40 %	34 %	36 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	56 %	53 %	54 %	55 %	52 %	53 %
F34 Anhaltende affektive Störungen	47 %	41 %	43 %	45 %	41 %	42 %
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	19 %	16 %	17 %	18 %	14 %	15 %
F40 Phobische Störungen	36 %	26 %	30 %	35 %	23 %	27 %
F41 Andere Angststörungen	37 %	30 %	32 %	40 %	26 %	30 %
F42 Zwangsstörung	51 %	47 %	49 %	53 %	48 %	50 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	19 %	19 %	19 %	19 %	18 %	18 %
F45 Somatoforme Störungen	15 %	13 %	14 %	16 %	12 %	13 %
F48 Andere neurotische Störungen	15 %	16 %	16 %	15 %	16 %	15 %
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	16 %	22 %	21 %	15 %	20 %	19 %
F50 Essstörungen	22 %	30 %	29 %	26 %	30 %	30 %
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	34 %	32 %	33 %	30 %	31 %	31 %
F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	34 %	34 %	33 %	32 %	31 %	31 %
F60 Spez. Persönlichkeitsstörungen	41 %	45 %	43 %	39 %	45 %	43 %
F66 Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	5 %	7 %	7 %	10 %	7 %	7 %
F70–F79 Intelligenzstörung	29 %	13 %	20 %	9 %	10 %	10 %
F80–F89 Entwicklungsstörungen	13 %	18 %	15 %	8 %	10 %	9 %

	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
F90–F98 Verhaltens- u. emotionale Störungen m. Beginn i. d. Kindheit u. Jugend	20 %	27 %	22 %	14 %	22 %	17 %
F90 Hyperkinetische Störungen	23 %	36 %	28 %	16 %	28 %	19 %
F99 Psych. Störung o. nähere Angabe	12 %	14 %	14 %	21 %	14 %	15 %
Keine Depressionen (F32, F33)	1,0 %	1,4 %	1,2 %	0,9 %	1,5 %	1,2 %
Keine Affektive Störung (F30–F39)	0,9 %	1,3 %	1,0 %	0,9 %	1,4 %	1,2 %
Keine F-Diagnose	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %

Tabelle 23 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre)

Von allen jungen Erwerbspersonen und Studierenden mit mindestens einmalig explizit dokumentierter Diagnose einer Depression (ICD 10: F32 und/oder F33) im Jahr 2013 erhielten im selben Jahr mehr als ein Drittel auch Verordnungen von Antidepressiva.

Noch höhere Verordnungsrate finden sich bei Personen, bei denen (ggf. auch parallel zur Diagnose einer Depression) bipolare affektive Störungen (F31), rezidivierende depressive Störungen (F33), anhaltende affektive Störungen (F34), Zwangsstörungen (F42) oder spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60) als Diagnosen erfasst wurden. Hier nicht dargestellte Auswertungen zeigen, dass anderweitige Diagnosen insbesondere dann mit hohen Verordnungsrate von Antidepressiva assoziiert waren, wenn im selben Jahr bei den Betroffenen zugleich auch Depressionen dokumentiert worden waren.

Etwa ein Drittel der Antidepressivaverordnungen betrafen 2013 demgegenüber Personen, bei denen zumindest im selben Jahr keine Depressionen oder affektiven Störungen im Rahmen der ambulanten Versorgung dokumentiert wurden. Von allen jungen Personen ohne Diagnose einer Depression erhielten lediglich 1,2 Prozent Antidepressiva. Von allen Personen ohne jegliche Diagnose einer psychischen Störung im Sinne des Kapitels V waren nur 0,3 Prozent von einer Antidepressivaverordnung betroffen.

Psychische Störungen – Diagnoseraten nach Alter und Geschlecht

Darstellungen der Diagnoseraten von Depressionen im Sinne der beiden ICD-10-Diagnosen F32 und F33 nach Alter und Geschlecht zeigen weitgehend übereinstimmende Muster wie entsprechende und bereits kommentierte Darstellungen zu Verordnungsrate von Antidepressiva (vgl. Abbildung 13 auf Seite 76; geschlechts- und altersspezifische Werte zu Diagnoseraten sind Tabelle A46 auf Seite 206 im Anhang zu entnehmen).

Depressionen (F32, F33) nach Alter und Geschlecht 2013

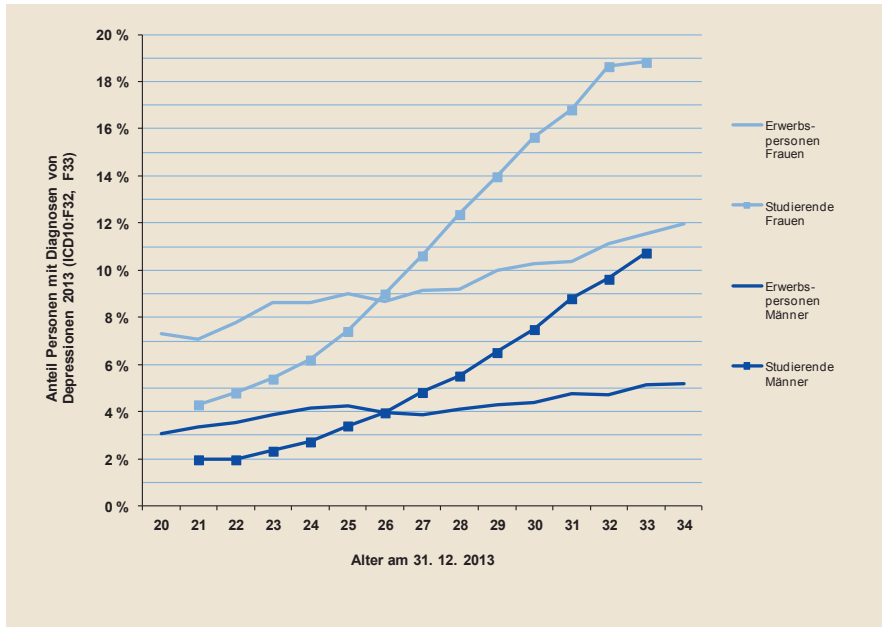


Abbildung 14 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, Werte bei Studierenden jeweils über drei Altersgruppen gemittelt)

Während Diagnoseraten unter jungen Erwerbspersonen mit zunehmendem Alter eher mäßig ansteigen, zeigen sich bei Studierenden in mittleren Altersgruppen ausgeprägte altersabhängige Zunahmen der Diagnosehäufigkeiten. Ab einem Alter von 27 Jahren überschreiten die Diagnosehäufigkeiten bei Studierenden diejenigen von gleichaltrigen Erwerbspersonen bei beiden Geschlechtern.

Ein übereinstimmendes Bild mit nur geringfügig höheren Diagnoseraten ergibt sich bei einer entsprechenden Darstellung zur Häufigkeit von Diagnosen aus der Gruppe affektiver Störungen (nicht dargestellt).

Selbst die nachfolgende Abbildung zur altersabhängigen Häufigkeit der Diagnose psychischer Störungen im Sinne des übergeordneten ICD-10-Kapitels V zeigt ein grundlegend ähnliches Muster, wobei sich die Diagnoseraten bei dieser Auswertung jedoch auf einem deutlich höheren Niveau bewegen (vgl. Tabelle A47 auf Seite 206 im Anhang).

Psychische Störungen (Kapitel V) nach Alter und Geschlecht 2013

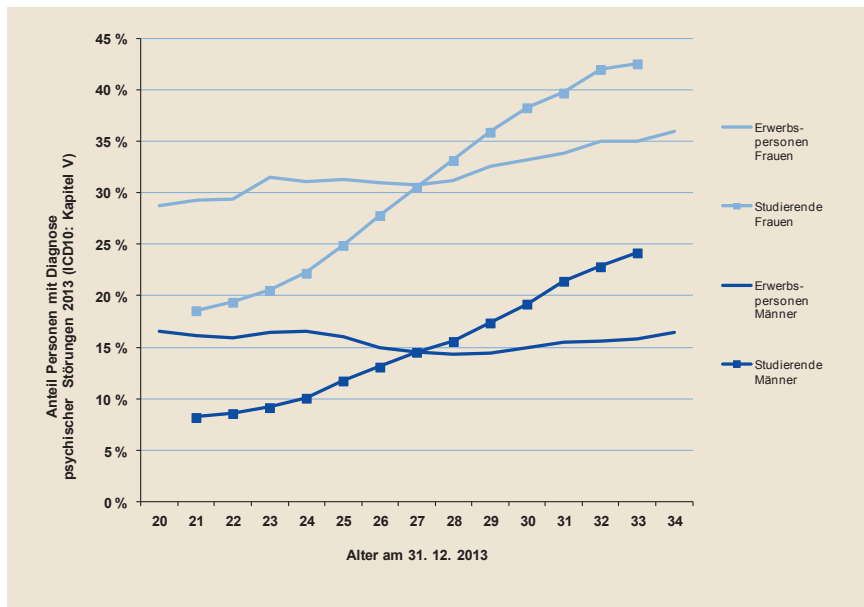


Abbildung 15 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, Werte bei Studierenden jeweils über drei Altersgruppen gemittelt)

Sowohl Auswertungen zu Arzneiverordnungen als auch Auswertungen zu ambulant vergebenen Diagnosen weisen übereinstimmend auf verhältnismäßig hohe psychische Erkrankungshäufigkeiten insbesondere bei älteren Studierenden hin, während sich bei jüngeren Studierenden im Vergleich zu altersentsprechenden Erwerbspersonen eher niedrige Erkrankungsraten zeigen.

Regionale Variationen

Abbildung 16 zeigt Ergebnisse zu relativen regionalen Abweichungen der beobachteten Diagnoseraten von Depressionen (im Sinne einer Diagnose F32 oder F33) und Abweichungen der Verordnungsraten von Antidepressiva in einzelnen Bundesländern von strukturabhängig auf der Basis von bundesweiten Ergebnissen erwarteten Werten. Grundlage bilden Diagnose- und Verordnungsdaten zur Gesamtgruppe von jungen Erwerbspersonen und Studierenden im Jahr 2013.

Depressionen und Antidepressivaverordnungen nach Bundesländern 2013

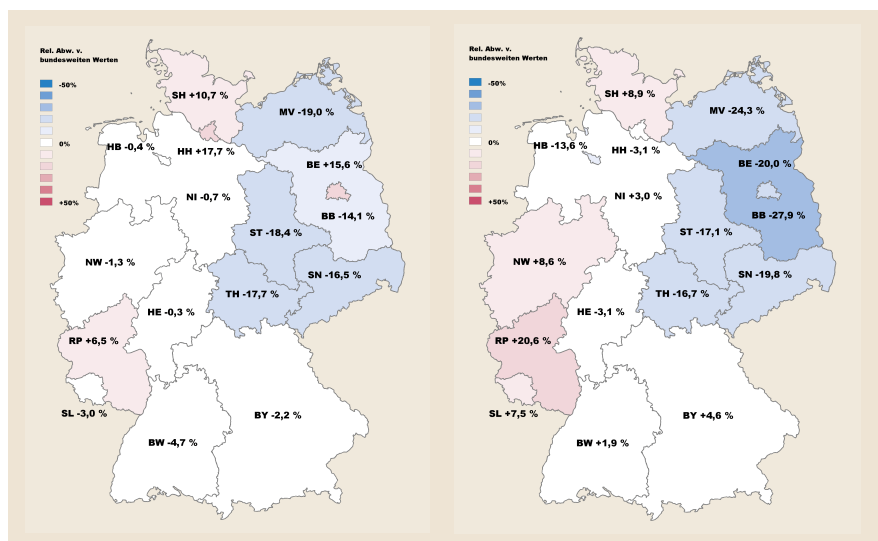


Abbildung 16 (junge Erwerbspersonen und Studierende, 20–34 Jahre, gesamt, indirekt standardisiert; links: Abweichungen der Populationsanteile mit Depressionen [ICD 10: F32, F33] von regional erwarteten Werten; rechts: Abweichungen der Populationsanteile mit Verordnung von Antidepressiva [ATC: N06A])

Grundlegend zeigen sich bei der regionalen Auswertung zu jungen Personen Muster, die auch aus vorausgehenden populationsbezogenen Auswertungen ohne entsprechende Altersbegrenzung bekannt sind. So wurden nach den vorliegenden, indirekt altersstandardisierten Auswertungen zum Jahr 2013 in den neuen Bundesländern Depressionen durchgängig seltener diagnostiziert als in den alten Bundesländern. Strukturabhängig erwartete Werte wurden um 14,1 bis 19,0 Prozent unterschritten. Demgegenüber finden sich in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg verhältnismäßig hohe Diagnoseraten mit Überschreitungen erwarteter Werte um 15,6 beziehungsweise 17,7 Prozent. Auch in Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sind noch verhältnismäßig viele Personen von Depressionen betroffen.

Auswertungen zu Verordnungen von Antidepressiva zeigen tendenziell noch klarere Ost-West-Unterschiede. Seltener dokumentierte Diagnosen von Depressionen bei gleichzeitig auch seltener verordneten Arzneimitteln aus der Gruppe der Antidepressiva in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern sprechen für die Annahme, dass es in den neuen Bundesländern auch real zu weniger Erkrankungen an Depressionen kommt und unterschiedliche Diagnosehäufigkeiten nicht nur eine Folge von regionalen Codiergewohnheiten sind.

Scheinbar widersprüchliche Ergebnisse zu den beiden Stadtstaaten Hamburg sowie Berlin und weniger deutlich auch in Bremen mit überdurchschnittlichen Diagnoseraten im Hinblick auf Depressionen bei offensichtlich eher unterdurchschnittlichen Verordnungen von Antidepressiva könnten sich, zumindest partiell, mit den erweiterten Therapieoptionen in großstädtischen Ballungszentren erklären lassen, in denen Psychotherapeuten überdurchschnittlich gut erreichbar sein dürften. Diese Vermutung wird durch die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zur Inanspruchnahme von psychologischen Psychotherapeuten durch junge Erwerbspersonen (links in Abbildung 17) sowie Studierende (rechts) in einzelnen Bundesländern unterstützt, die an dieser Stelle unabhängig von Diagnosen und Behandlungsanlässen ermittelt wurden.

Kontakte zu Psychotherapeuten nach Bundesländern 2013

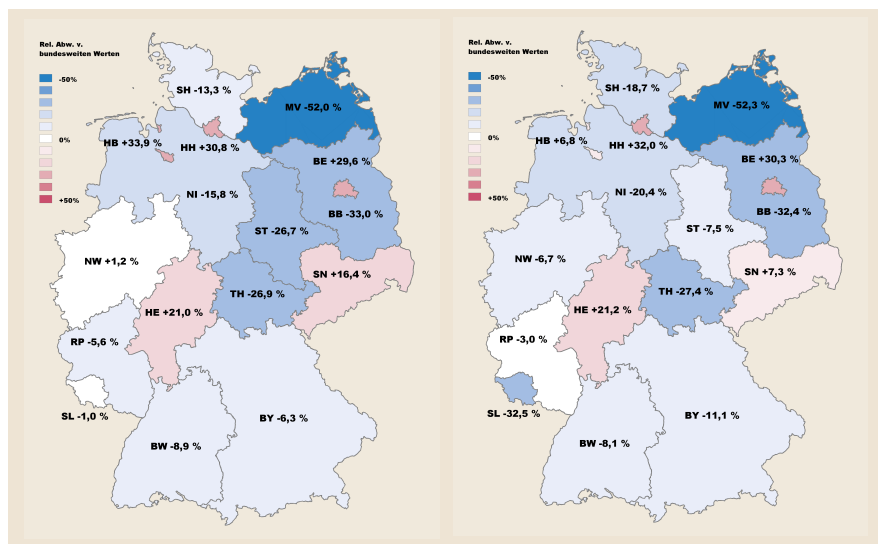


Abbildung 17 (junge Erwerbspersonen [links] und Studierende [rechts], 20–34 Jahre, jeweils separat indirekt standardisiert; relative Abweichungen der Populationsanteile mit Kontakt zu psychologischen Psychotherapeuten 2013)

Für junge Erwerbspersonen zeigt sich, dass die Anteile von Personen mit Kontakt zu einem Psychotherapeuten im Jahr 2013 in den drei Stadtstaaten erheblich über den geschlechts- und altersabhängig bei jungen Erwerbspersonen nach bundesweiten Ergebnissen erwarteten Anteilen lagen. Die nach bundesweiten Ergebnissen erwarteten Inanspruchnahmen wurden in den Stadtstaaten um 29,6 (Berlin) bis 33,9 Prozent (Bremen) überschritten. Merklich überdurchschnittliche Raten zeigten sich ansonsten in Hessen und Sachsen. Um 50 Prozent unter den Erwartungswerten lagen demgegenüber die Kontaktraten in Mecklenburg-Vorpommern.

Tendenziell verweisen separat durchgeführte Auswertungen zu Studierenden auf ähnliche regionale Unterschiede. Eine überdurchschnittliche Nutzung der psychotherapeutischen Betreuung in den drei Stadtstaaten sowie in Hessen und Sachsen ließ sich auch bei Studierenden nachweisen.

Die regionalen Unterschiede der Inanspruchnahme von Psychotherapeuten in den einzelnen Bundesländern dürften zu wesentlichen Teilen auch aus dem regional sehr unterschiedlichen Angebot an Psychotherapeuten resultieren. So lag die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten 2012 auf Bundeslandebene in den drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg mit 59,8, 56,8 und 52,0 niedergelassenen Therapeuten je 100.000 Einwohner mit Abstand am höchsten. Die Therapeutendichte in Hessen belegt mit 36,2 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner den höchsten Rang bei Werten zu den Flächenstaaten. Den nachfolgenden Rang belegte Baden-Württemberg mit lediglich 26,7 Therapeuten je 100.000 Einwohner und war dabei das einzige weitere Land mit einer Therapeutendichte über dem Bundesdurchschnitt von 26,6 Therapeuten je 100.000 Einwohner.¹⁴

Sachsen verfügte 2012 mit 21,3 Therapeuten je 100.000 Einwohner über die höchste Therapeutendichte in den neuen Bundesländern. Die nach den vorliegenden Ergebnissen auch im Vergleich zu alten Bundesländern hohe Nutzung von Psychotherapeuten in Sachsen lässt sich an dieser Stelle allerdings nicht mit der angegebenen Therapeutendichte begründen.

¹⁴ <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=6&uid=20>

Erwerbspersonen in der TK

Insgesamt waren in der Techniker Krankenkasse (TK) Ende 2014 9,2 Millionen Personen versichert. Von diesen Personen waren 6,7 Millionen Mitglieder der Techniker Krankenkasse, 2,4 Millionen Personen waren als Familienangehörige mitversichert. Die Auswertungen des Gesundheitsreports beziehen sich ausschließlich auf Daten zu den Erwerbspersonen.

Als Erwerbspersonen werden im Rahmen des Gesundheitsreports sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sowie Arbeitslose mit eigenständiger Mitgliedschaft in der Krankenkasse bezeichnet, die zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verpflichtet sind. Innerhalb des Jahres 2014 waren in der TK durchschnittlich 4,39 Millionen Erwerbspersonen in diesem Sinne versichert, darunter 4,36 Millionen Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Die Auswertungen des Gesundheitsreports zu einzelnen Jahren beziehen sich jeweils auf Erwerbspersonen aus diesen Altersgruppen.

Berichtet werden im Gesundheitsreport Ergebnisse zu Daten aus insgesamt 15 Kalenderjahren von 2000 bis 2014. Einen Schwerpunkt bilden Darstellungen der Ergebnisse zum Jahr 2014, die sich auf die Gesamtpopulation der Erwerbspersonen in der TK unter Einbeziehung von arbeitslosen Mitgliedern beziehen.

Berufstätige Mitglieder der TK stellen nach Gegenüberstellungen mit vorläufigen Beschäftigtenzahlen der Bundesagentur für Arbeit von Januar bis zum November des Jahres 2014 einen Anteil an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland von circa 14,1 Prozent.

Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter

Abbildung 18 zeigt die Verteilung der Versicherungszeiten von Erwerbspersonen in der TK im Jahr 2014 nach Geschlecht und Alter zwischen 15 und 64 Jahren. 52 Prozent der Versicherungszeiten entfallen auf Männer, 48 Prozent auf Frauen. Im Jahr 2001 entfielen nach Auswertungen zum ersten Gesundheitsreport der TK demgegenüber erst 37 Prozent der Versicherungszeiten auf Frauen.

Während in den Altersgruppen bis 34 Jahre Frauen etwa in gleicher Zahl wie Männer bei der TK als Erwerbspersonen versichert sind, liegt die Zahl der männlichen Versicherten insbesondere in den Altersgruppen nach Vollendung des 45. Lebensjahres deutlich über der von Frauen. Im Zuge der allgemeinen demografischen Entwicklung hat sich die Altersstruktur auch unter Erwerbspersonen in der TK merklich verändert. Im Jahr 2001 bildeten 35- bis 39-Jährige unter den Erwerbspersonen noch die am stärksten besetzte Altersgruppe.

Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter 2014

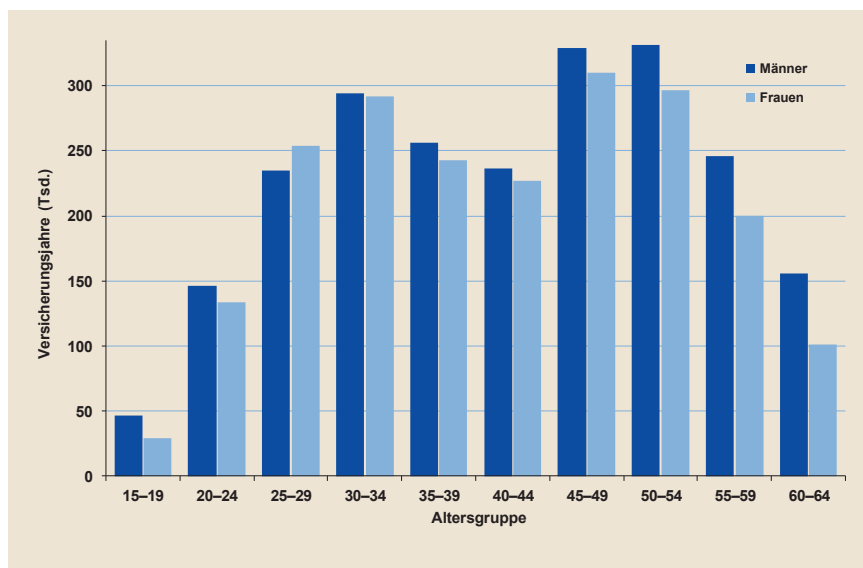


Abbildung 18

Abbildung 19 zeigt eine Gegenüberstellung der Altersverteilung von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der TK 2014 sowie in Deutschland insgesamt. Die Unterschiede erscheinen eher graduell. In beiden Populationen sind die beiden Altersgruppen von 45 bis 49 sowie von 50 bis 54 Jahren am stärksten besetzt. Diese Altersverteilung ist als Folge der allgemeinen demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik anzusehen: Personen der genannten Altersgruppen zählen zu den geburtenstarken Jahrgängen der späten 1950er- beziehungsweise frühen 1960er-Jahre. In den nachfolgenden Jahren wurden in der Bundesrepublik deutlich weniger Kinder geboren, entsprechend erreichen jetzt auch nur noch deutlich weniger Personen das typische Erwerbseintrittsalter als noch vor 20 Jahren (vgl. auch methodische Erläuterungen zum Thema Standardisierung im Anhang). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung ist in den nächsten 20 Jahren mit einer weiteren merklichen Veränderung der Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland zu rechnen, wobei höhere Altersgruppen ein immer stärkeres Gewicht erlangen werden.

Ausführliche Darstellungen zu diesem Thema finden sich im Gesundheitsreport 2007 (Band 13 der Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK).

Anteil Beschäftigte nach Alter, TK 2014 vs. Deutschland

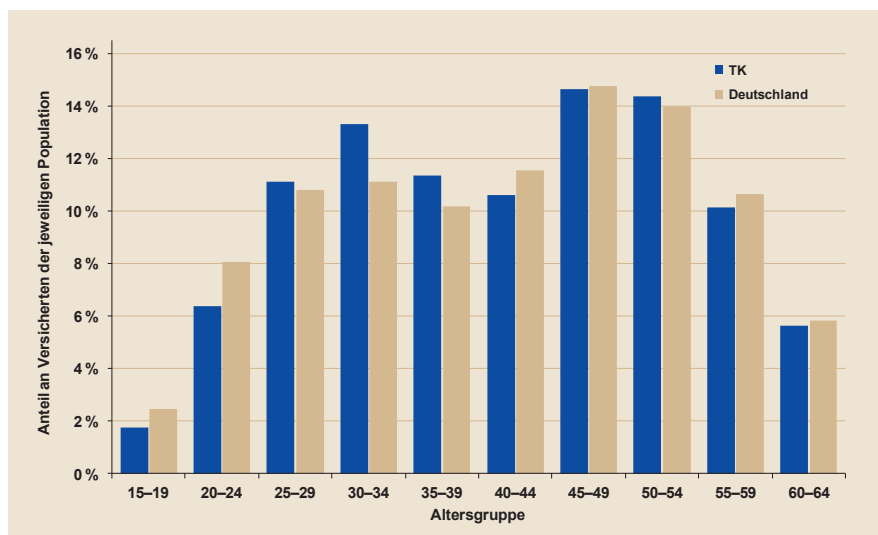


Abbildung 19 (Jahresmittel TK 2014 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu März und Juni 2014)

Vergleicht man die Altersverteilung der TK-Erwerbstätigen mit der von Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Detail, fällt bezüglich der TK-Population die relative Unterbesetzung der jüngsten Altersgruppen bei verhältnismäßig stark besetzten Jahrgängen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren auf. Die relativ geringe anteilige Besetzung jüngerer Jahrgänge an den Beschäftigten mit Versicherung in der TK dürfte aus einem verhältnismäßig hohen Anteil an Beschäftigten mit akademischer Ausbildung resultieren. Die relativ starke anteilige Besetzung der Jahrgänge im Alter zwischen 30 und 39 Jahren resultiert maßgeblich aus der Fusion der TK mit der IKK-direkt im Jahr 2009.

Erwerbspersonen nach Bundesländern

Die TK ist eine bundesweit tätige Krankenkasse. Die Herkunft beziehungsweise die Wohnorte von Erwerbspersonen in der TK verteilen sich insofern auf die gesamte Bundesrepublik. In Tabelle 24 ist die anteilige Verteilung von Erwerbspersonen in der TK nach ihrem Wohnort in Bundesländern im Jahr 2014 aufgelistet.

In Berlin wohnten 7,1 Prozent aller TK-Erwerbspersonen, in den alten Bundesländern (ohne Berlin) 82,4 Prozent und in den neuen Bundesländern 10,1 Prozent. Einen Wohnsitz im Ausland hatten 0,4 Prozent der Erwerbspersonen.

Im kleinsten Bundesland Bremen waren 0,7 Prozent aller TK-Erwerbspersonen wohnhaft, im einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen mit 24,4 Prozent knapp ein Viertel aller Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK.

Verteilung der TK-versicherten Erwerbspersonen auf Bundesländer 2014

Bundesland	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	4,4 %	4,6 %	4,5 %
Hamburg	3,9 %	4,5 %	4,2 %
Niedersachsen	10,0 %	9,5 %	9,8 %
Bremen	0,7 %	0,7 %	0,7 %
Nordrhein-Westfalen	24,8 %	23,9 %	24,4 %
Hessen	8,9 %	8,9 %	8,9 %
Rheinland-Pfalz	4,6 %	4,5 %	4,6 %
Baden-Württemberg	11,7 %	11,2 %	11,5 %
Bayern	13,1 %	12,9 %	13,0 %
Saarland	1,0 %	0,9 %	0,9 %
Berlin	6,5 %	7,8 %	7,1 %
Brandenburg	2,8 %	3,1 %	3,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	1,9 %	2,1 %	2,0 %
Sachsen	2,2 %	2,2 %	2,2 %
Sachsen-Anhalt	1,5 %	1,6 %	1,5 %
Thüringen	1,4 %	1,4 %	1,4 %
Ausland	0,4 %	0,3 %	0,4 %

Tabelle 24 (anteilige Verteilung nach Wohnort)

Die zuvor aufgeführte Verteilung der Erwerbspersonen in der TK auf Bundesländer folgt in groben Zügen der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik. Allerdings variiert der Anteil an TK-Versicherten in den einzelnen Bundesländern. Legt man vorläufige durchschnittliche Angaben der Bundesagentur für Arbeit von Januar bis November 2014 als bevölkerungsbezogene Referenzwerte zugrunde, lassen sich für das Jahr 2014 für die Subgruppe der sozialversicherungspflichtig beschäftigten TK-Mitglieder Anteile zwischen 6,2 und 23,6 Prozent errechnen (vgl. Abbildung 20 auf Seite 92). Dabei beträgt der TK-Anteil in den alten Bundesländern (ohne Berlin) insgesamt 14,4 Prozent, in den neuen Bundesländern liegt er bei 9,7 Prozent. Der höchste TK-Anteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich mit 23,6 Prozent in Berlin. In diesem Bundesland war fast jeder vierte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahr 2014 bei der TK versichert. Bei einem TK-Anteil von 6,2 Prozent war demgegenüber in Sachsen nur etwa jeder 16. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei der TK versichert.

Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2014

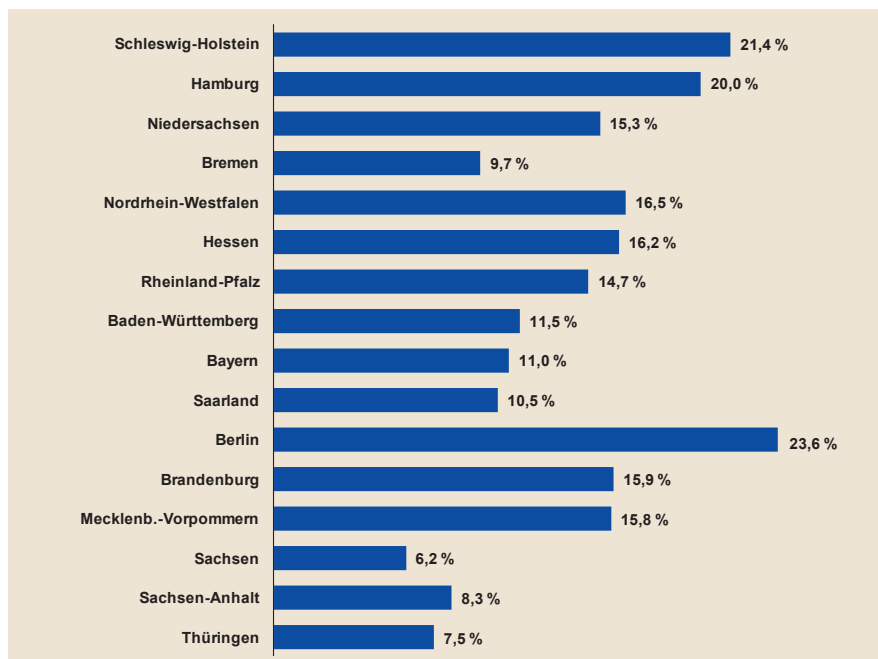


Abbildung 20 (Jahresmittel TK 2014 vs. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland im Jahr 2014 [nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, Stand Februar 2015])

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit insgesamt

Für die Auswertungen des Gesundheitsreports wurden insgesamt mehr als 44 Millionen AU-Fälle mit 585 Millionen dokumentierten Fehltagen aus den Jahren 2000 bis 2014 berücksichtigt, darunter 4,83 Millionen Fälle mit Beginn im Jahr 2014. Allein in diesem Kalenderjahr wurden unter Erwerbspersonen in der TK 66 Millionen erkrankungsbedingte Fehltag erfasst. Tabelle 25 unten gibt einen ersten Überblick zu Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2013 sowie 2014. Nicht standardisierte („rohe“) Werte sind ergänzend in Tabelle A1 auf Seite 165 im Anhang verzeichnet.

Aus den in Tabelle 25 angegebenen AU-Quoten folgt, dass von den Erwerbspersonen in der TK 52,1 Prozent aller Frauen und 45,0 Prozent der Männer innerhalb des Jahres 2014 von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen waren. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der von mindestens einer Krankschreibung betroffenen Erwerbspersonen damit leicht gesunken.

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2013 sowie 2014

	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Quote	47,2 %	53,7 %	50,2 %	45,0 %	52,1 %	48,3 %
AU-Fälle je VJ	1,04	1,28	1,15	1,00	1,25	1,12
AU-Tage je VJ	13,2	16,3	14,7	13,3	16,6	14,8
Krankenstand	3,63 %	4,47 %	4,02 %	3,65 %	4,54 %	4,06 %
AU-Tage je Fall	12,7	12,8	12,8	13,3	13,3	13,3

Tabelle 25 (standardisiert)

Die Zahl der gemeldeten AU-Fälle erreichte 2014 bei einem Rückgang um 2,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr einen etwas niedrigeren Wert. Nach altersstandardisierten Auswertungen von TK-Daten war eine durchgängig versicherte Erwerbsperson 2014 durchschnittlich 1,12-mal arbeitsunfähig gemeldet, 2013 wurden demgegenüber 1,15 AU-Fälle je Erwerbsperson gezählt. Die Zahl der AU-Fälle lag dabei auch 2014 mit durchschnittlich 1,25 Fällen bei Frauen höher als bei Männern mit 1,00 AU-Fällen je Person und Jahr.

Nach gleichfalls altersstandardisierten Berechnungen ergeben sich für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen im Jahr 2014 durchschnittlich 14,8 Fehltag je Versicherungsjahr, was einem Krankenstand von 4,06 Prozent entspricht (vgl. auch Abbildung 21). Damit ist die Zahl der gemeldeten Fehltag im Vergleich zum Vorjahr um 1,0 Prozent gestiegen. Der Anstieg der effektiv gemeldeten Fehlzeiten im Jahr 2014 resultiert dabei ausschließlich aus einer Zunahme der Fehltag je Fall. Eine einzelne Krankschreibung war 2014 mit durchschnittlich 13,3 AU-Tagen je AU-Fall im Mittel knapp 0,5 Tage länger als 2013, was einem Anstieg der durchschnittlichen fallbezogenen AU-Dauer um 4,0 Prozent entspricht.

AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2014 nach Geschlecht

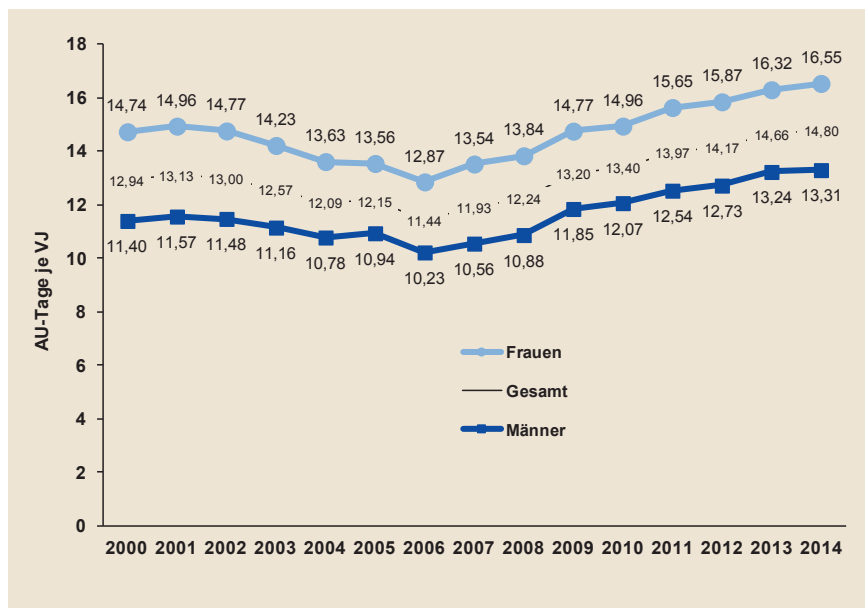


Abbildung 21 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Seit 2006 sind die erfassten Fehlzeiten bis 2014 damit kontinuierlich gestiegen. Die aktuell ermittelten Fehlzeiten von durchschnittlich 14,8 gemeldeten AU-Tagen im Jahr 2014 bilden den höchsten für Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK insgesamt berechneten Wert seit 2000.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten nach altersstandardisierten Auswertungen 2014 insgesamt erneut, nämlich um 1,0 Prozent, gestiegen. Seit einem historischen Tiefstand im Jahr 2006 ist es damit bis 2014 zu einer Zunahme der Fehlzeiten um 29,4 Prozent gekommen. Die Zunahme der Fehlzeiten von 2013 auf 2014 resultiert dabei ausschließlich aus einer Zunahme der fallbezogen erfassten Fehltage, die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle ist demgegenüber leicht gesunken.

Interpretation von Stichtagsstatistiken

Aktuelle kassenübergreifende Angaben zum Krankenstand sind in Deutschland ausschließlich in Form einer Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verfügbar. Diese Statistik beruht jedoch im Gegensatz zu den im Gesundheitsreport präsentierten Zahlen lediglich auf Stichtagswerten zu Krankenständen jeweils am Monatsersten, die Angaben können daher nicht direkt verglichen werden. Berechnet man auf Basis von TK-Daten Angaben zum Krankenstand in Analogie zur BMG-Statistik, resultieren aus jeweils zwölf Stichtagswerten Krankenstandswerte für 2011, 2012, 2013 und 2014 von 3,72 Prozent, 3,63 Prozent, 3,78 Prozent und 3,74 Prozent.

Bei einer Beschränkung der standardisierten Auswertung von TK-Daten auf Pflichtversicherte (wie in der BMG-Statistik) erhöhen sich die Krankenstände nach den Stichtagswerten für 2011, 2012, 2013 und 2014 auf Werte von 4,12 Prozent, 4,04 Prozent, 4,22 Prozent und 4,19 Prozent. Im Gegensatz zu den regulären Auswertungen im Gesundheitsreport ergeben Stichtagsauswertungen in beiden Varianten also einen leichten Rückgang des Krankenstands von 2013 auf 2014.

Die Problematik der ausschließlichen Nutzung bestimmter Stichtagswerte zur Abschätzung von Krankenständen, wie sie der Statistik des BMG zugrunde liegt, verdeutlicht die nachfolgende Grafik. Dargestellt werden Krankenstände bei Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK an einzelnen Tagen des Jahres 2013 sowie 2014, wobei die in der BMG-Statistik ausschließlich berücksichtigten Werte am Monatsersten jeweils durch einen entsprechend positionierten Kreis hervorgehoben werden.

Deutlich werden in der Abbildung zunächst die wochenzyklischen Schwankungen des Krankenstands, wobei ausgesprochen niedrige Werte regelmäßig an Wochenenden sowie an Feiertagen und insbesondere in der Weihnachtszeit beobachtet werden können – also an Tagen, an denen ein überwiegender Teil der Arbeitnehmer regulär nicht arbeitet und sich folglich auch im Falle einer Erkrankung nicht krankschreiben lassen muss. Zwei der für die BMG-Statistik genutzten Stichtagswerte fallen grundsätzlich auf einen Feiertag, nämlich die am 1. Januar sowie die am 1. Mai, und repräsentieren damit bei jeder Jahresauswertung regelmäßig unterdurchschnittliche Werte (vgl. blau gefüllte Kreise am 1. Januar und 1. Mai).

Bei Auswertung der Statistik im Sinne einer Zeitreihe über mehrere Jahre problematischer sind demgegenüber die Werte zu den übrigen Monatsersten (vgl. blau beziehungsweise rötlich gefüllte Kreise). Diese können von Jahr zu Jahr zu unterschiedlichen Anteilen auf Arbeits- oder Feiertage fallen. Je mehr Monatserste auf Sonn- und Feiertage fallen, umso mehr unterschätzt die Stichtagsstatistik den realen Krankenstand.

Krankenstände an einzelnen Kalendertagen 2013 und 2014



Abbildung 22 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; Kreise kennzeichnen Werte zu Monatsbeginn)

Insbesondere kurzfristige Trends sollten aus den Stichtagsstatistiken vor diesem Hintergrund nur sehr zurückhaltend und erst nach Überprüfung der kalendrischen Lage der berücksichtigten Stichtage abgeleitet werden.

Für das Jahr 2014 entfiel jeweils die Hälfte der zwölf Stichtage auf Wochentage mit relativ hohen beziehungsweise eher niedrigen Krankenständen. Stichtage mit niedrigen Krankenständen lagen dabei überwiegend in der ersten Jahreshälfte. Vor allem in den ersten Monaten des Jahres sind die Krankenstände aufgrund des verstärkten Auftretens von Atemwegserkrankungen traditionell höher. Die Konstellation der Stichtage führt so zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Krankenstände. Während sich aufgrund von Stichtagsstatistiken ein Rückgang des Krankenstandes von 2013 nach 2014 ergibt, weisen reguläre Auswertungen einen leichten Anstieg des Krankenstandes aus.

Abschätzungen von zukünftigen Verzerrungen der Stichtagsstatistiken des BMG für die kommenden Jahre lassen sich aus den nachfolgend dargestellten Vergleichen von Krankenständen nach Berechnung aus Stichtagswerten sowie nach Berechnung aus vollständigen Angaben zu allen Tagen der Jahre 2000 bis 2014 herleiten, die auf der Basis von Daten zu Erwerbspersonen in der TK ermittelt wurden (vgl. Abbildung 23).

Die typischerweise im Gesundheitsreport berichteten realen Krankenstände nach Berechnung auf der Basis von vollständigen Angaben zu allen Tagen der einzelnen Kalenderjahre sind in der Abbildung als dunkelblaue Linie kenntlich gemacht. Die jeweils auf der Basis von zwölf Stichtagswerten an den Monatsersten eines Jahres berechneten Werte sind durch die rötliche unterbrochene Linie markiert. Im oberen Teil der Abbildung finden sich schließlich Angaben zu relativen Unterschieden zwischen diesen beiden unterschiedlich berechneten Werten in einzelnen Jahren (vgl. zunächst die angedeutete bronzefarbene Linie): Während die Stichtagsergebnisse im positiven Extrem in den Jahren 2005 und 2011 fast 98 Prozent des realen Wertes für den Krankenstand erreichten und damit den realen Werten weitgehend entsprachen, waren es im anderen Extrem 2009 nur etwas über 90 Prozent. Die realen Werte wurden 2009 durch Stichtagsberechnungen also um fast zehn Prozent unterschätzt.

Dieser unterschiedliche Grad der Übereinstimmung in einzelnen Jahren lässt sich nahezu vollständig durch die unterschiedliche Lage der Stichtage in Bezug auf Sonn- und bundeseinheitliche Feiertage sowie durch die unterschiedliche Lage in Bezug auf einzelne Tage im Wochenverlauf (ohne Feiertage) erklären. Dabei weisen Samstage typischerweise annähernd ähnlich geringe Krankenstände wie Sonn- und Feiertage auf, während, beginnend auf einem deutlich höheren Niveau, der Krankenstand von Montag bis Freitag typischerweise kontinuierlich ansteigt. So ließ sich auf der Basis der beobachteten Werte 2000 bis 2014 ein lineares

Regressionsmodell zur Schätzung des Anteils der Stichtagsergebnisse an realen Krankenstandswerten in den einzelnen Jahren als abhängige Variable mit einem R^2 -Wert von 0,95 berechnen, wobei zur Vorhersage der Abweichungen im Kalenderjahr jeweils lediglich die Anzahl der Stichtage innerhalb einzelner Jahre an einem Montag, Dienstag, Mittwoch oder Donnerstag, Freitag sowie an einem Samstag (jeweils ohne bundeseinheitliche Feiertage) als bekannt vorausgesetzt wurde. Die im Modell vorhergesagten Anteile sind in Abbildung 23 als hellblaue Linie vermerkt.

Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben

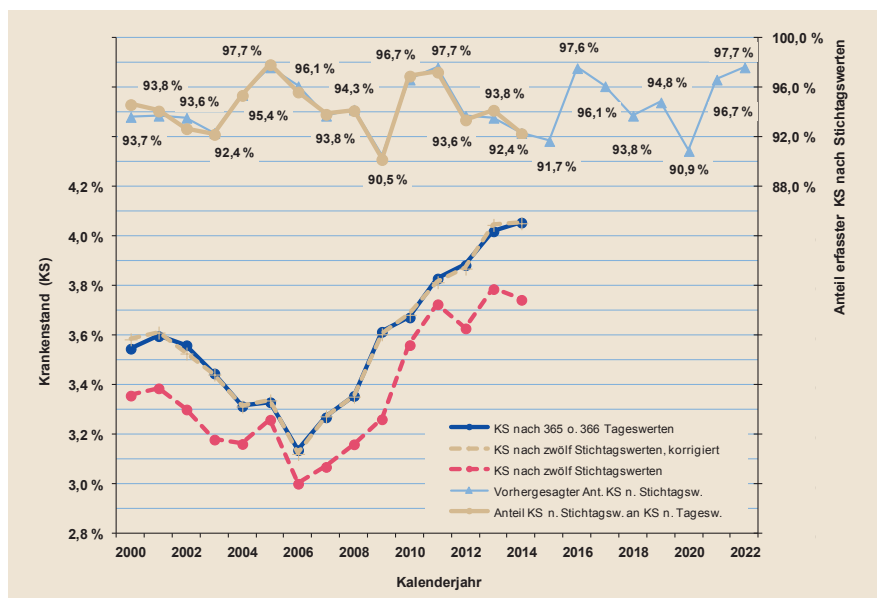


Abbildung 23 (Erwerbspersonen TK 2000 bis 2014, standardisiert)

Offensichtlich ist die hohe Übereinstimmung der Modellvorhersage mit beobachteten Anteilen, weshalb beobachtete und vorhergesagte Anteile in der Abbildung in den Jahren 2000 bis 2012 kaum unterschieden werden können. Die relativ zu Ergebnissen aus vorausgehenden Jahren unpräzise Vorhersage 2013 dürfte durch die ausgeprägte Erkältungswelle zu Anfang des Jahres bedingt sein. Für das Jahr 2014 ist wieder nahezu eine Übereinstimmung von Modellvorhersage und beobachteten Anteilen zu verzeichnen.

Da die Lage der Stichtage auch für die Jahre nach 2014 bekannt ist, lassen sich mit dem Modell auch zukünftige Anteile für die Jahre ab 2015 schätzen. Demnach werden die Stichtagswerte 2015 die realen Krankenstände noch etwas stärker als 2014 unterschätzen, wohingegen die Stichtagswerte 2016 – ähnlich wie zuletzt 2011 – wieder weitgehend an die realen Krankenstände heranreichen werden. Weitere Angaben zu vorhergesagten Abweichungen und zum verwendeten Regressionsmodell finden sich auf Seite 166 im Anhang.

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer

Arbeitsunfähigkeit erstreckt sich zu einem überwiegenden Teil nur über kurze Zeiträume, langfristige AU-Meldungen stellen eher seltene Ereignisse dar. In Anbetracht der dann im Einzelfall jedoch ausgesprochen langen Erkrankungsdauer entfällt ein erheblicher Anteil an allen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen auf diese relativ seltenen Arbeitsunfähigkeitsfälle. Abbildung 24 verdeutlicht diesen Zusammenhang auf der Basis von Daten der TK zum Jahr 2014, entsprechende Zahlenangaben auch für das Jahr 2013 finden sich in Tabelle A2 auf Seite 165 im Anhang.

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2014

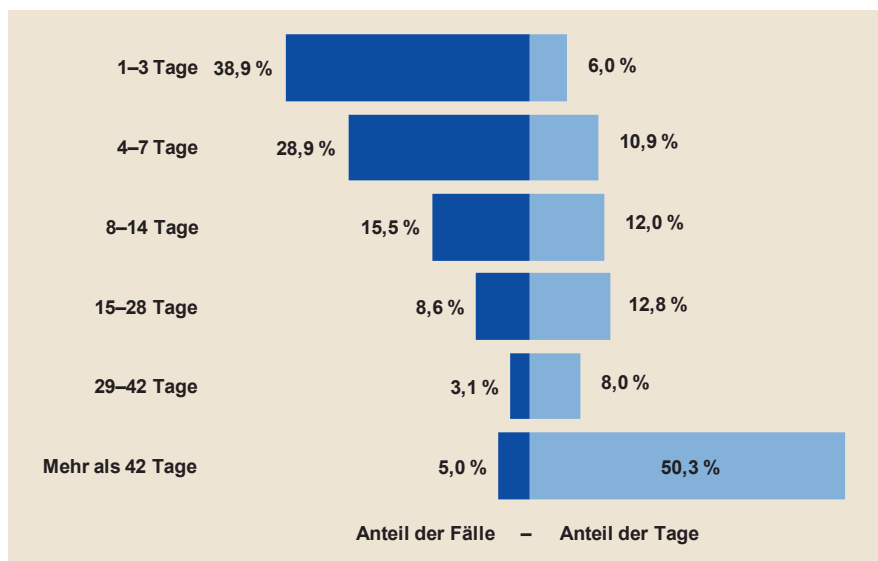


Abbildung 24 (Erwerbspersonen TK)

Mehr als ein Drittel aller AU-Meldungen dauerten weniger als vier Tage. Mit 67,8 Prozent erstreckten sich insgesamt mehr als zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle über maximal eine Woche. Diesen Fällen sind allerdings lediglich 16,9 Prozent der gesamten gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen. Demgegenüber entfällt auf die 5,0 Prozent der Krankmeldungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen die Hälfte der gemeldeten Fehlzeiten.

Bedingt durch die nicht einheitliche Meldeverpflichtung können AU-Meldungen mit einer Dauer von bis zu drei Tagen in Daten von Krankenkassen nur lückenhaft erfasst sein. Insofern dürften Angaben zu Fallzahlen des AU-Meldegesehens auf der Basis von Krankenkassendaten immer eine Unterschätzung der „wahren“ Häufigkeit von entsprechenden Ereignissen darstellen. Da die Summe der erfassten Fehlzeiten jedoch maßgeblich durch längerfristige Krankmeldungen bestimmt wird, dürften die nach Kassendaten errechneten Krankenstände durch die Untererfassung von nur kurz dauernden AU-Fällen recht wenig beeinflusst werden.

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die Häufigkeit und die Dauer von Arbeitsunfähigkeit variieren in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen. Jüngere Erwerbspersonen werden mit durchschnittlich etwa zwei AU-Fällen je Versicherungsjahr verhältnismäßig häufig krankgeschrieben. Nach Vollendung des 25. Lebensjahres finden sich nur noch etwa halb so viele Krankschreibungen (vgl. Abbildung 25). Gleichzeitig steigt jedoch bei beiden Geschlechtern mit dem Alter die fallbezogene Krankschreibungsdauer stetig. Während eine einzelne Krankschreibung in der jüngsten Altersgruppe im Mittel nur gut fünf Tage dauert, sind es nach dem 60. Lebensjahr mehr als 20 Tage (vgl. Abbildung 26).

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014

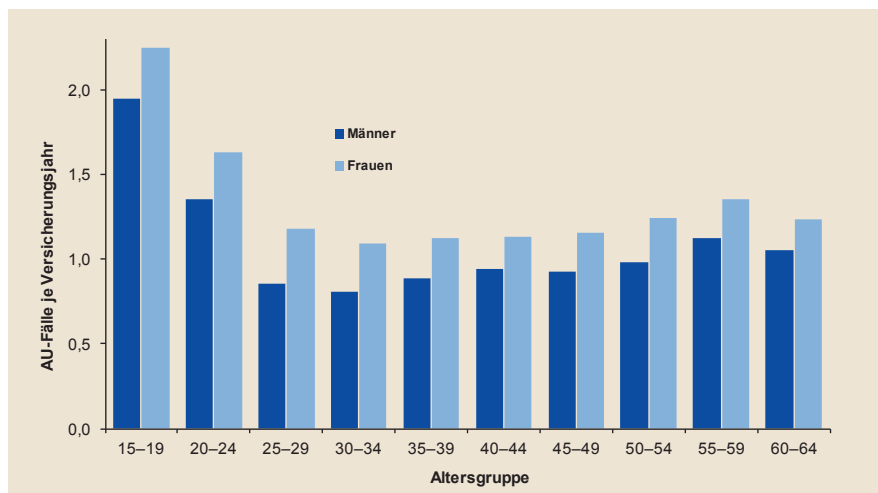


Abbildung 25 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2014

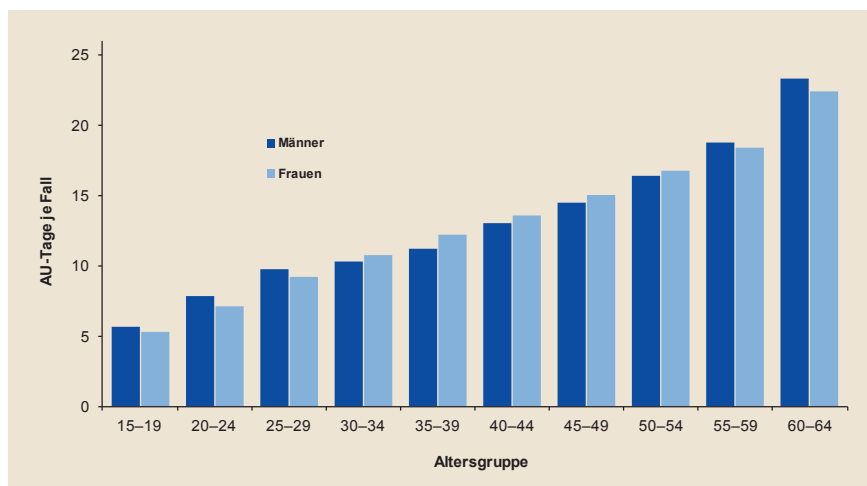


Abbildung 26 (Erwerbspersonen TK)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014

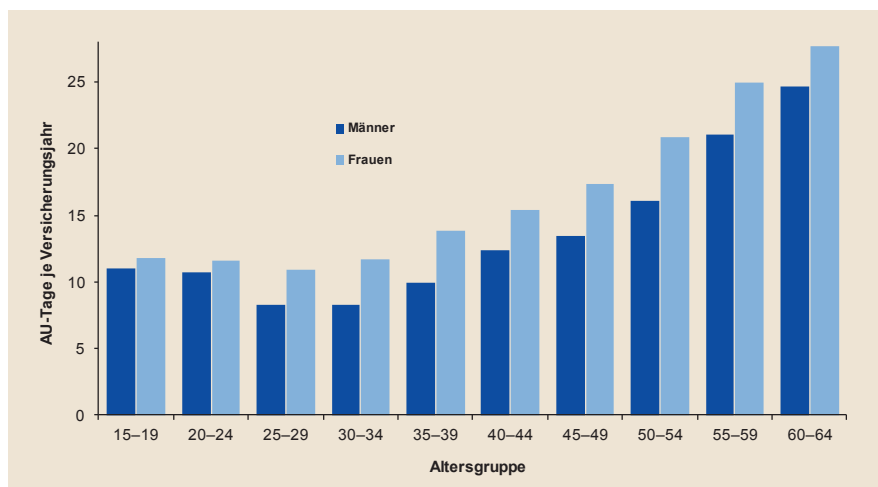


Abbildung 27 (Erwerbspersonen TK)

Insgesamt resultieren aus Fallhäufigkeit und -dauer verhältnismäßig lange Fehlzeiten beziehungsweise hohe Krankenstände insbesondere in den höheren Altersgruppen (vgl. Abbildung 27). Zahlenangaben zu den Abbildungen finden sich in Tabelle A4 ff. ab Seite 167 im Anhang. Bei einem zukünftig demografisch erwarteten Anstieg des Anteils älterer Arbeitnehmer wäre auf Basis der Altersverteilung demnach mit einer Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu rechnen.

Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern

Abbildung 28 zeigt das AU-Meldegeschehen bei Erwerbspersonen der TK in den 16 Bundesländern für das Jahr 2014. Diese sowie weitere Zahlenwerte auch für das Jahr 2013 finden sich in Tabelle A8 ff. ab Seite 169 im Anhang.

AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2014

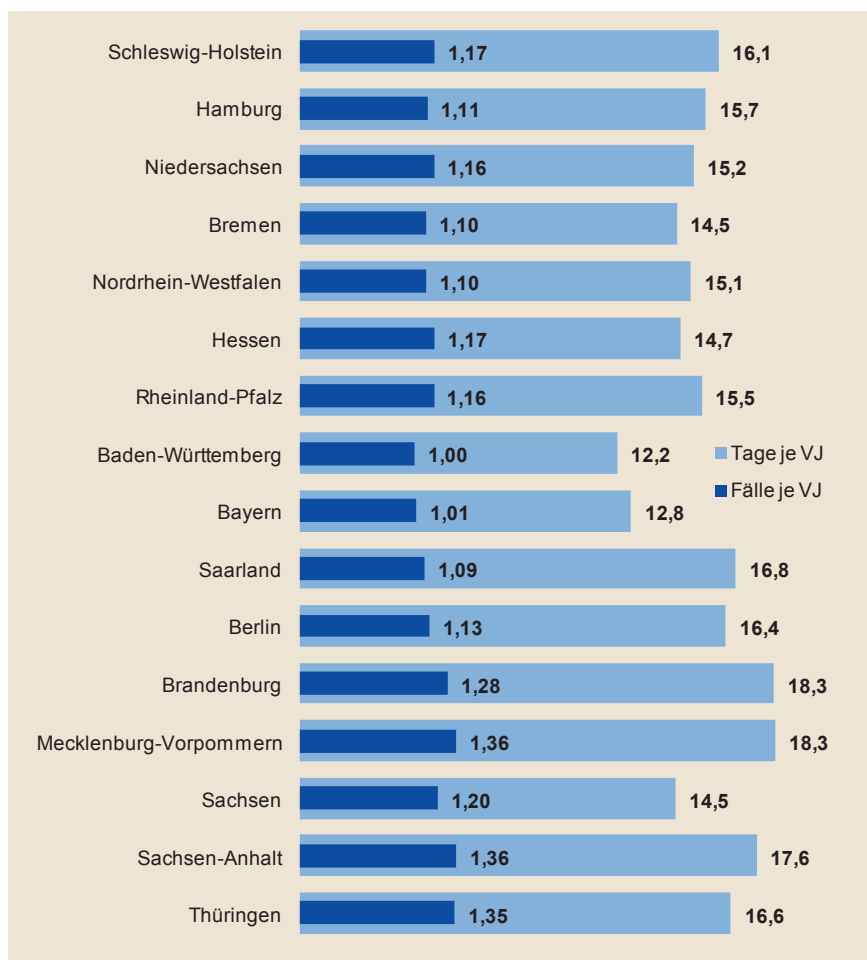


Abbildung 28 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für AU-Fall- beziehungsweise AU-Tagesangaben)

Das AU-Meldegeschehen zeigt traditionell bundeslandabhängig merkbare Unterschiede. Die geringsten Krankschreibungshäufigkeiten (dunkle Balken in der Abbildung) wiesen, ähnlich wie in den Vorjahren, 2014 mit durchschnittlich 1,00 Fällen und 1,01 Fällen je Versicherungsjahr Erwerbspersonen der TK aus Baden-Württemberg sowie Bayern auf. Demgegenüber waren Erwerbspersonen aus Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt mit jeweils 1,36 Fällen je Versicherungsjahr um 36 Prozent häufiger krankgeschrieben als Erwerbspersonen aus Baden-Württemberg. Mit Ausnahme Sachsens zeigen sich für alle neuen Bundesländer im Vergleich zu den alten Bundesländern verhältnismäßig hohe AU-Fallhäufigkeiten.

Eine große Spannweite findet sich auch hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten. Während eine Erwerbsperson in Baden-Württemberg im Jahr 2014 durchschnittlich 12,2 Tage krankgeschrieben war, entfielen auf eine Erwerbsperson in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern innerhalb des Jahres 2014 durchschnittlich 18,3 gemeldete Krankheitsfehltage. Auch für Sachsen-Anhalt finden sich im Jahr 2014 unter den TK-Mitgliedern mit 17,6 AU-Tagen je Versicherungsjahr verhältnismäßig hohe Fehlzeiten. Berlin belegt – gemessen an der Höhe der Fehlzeiten auf Bundeslandebene – im Jahr 2014 nach Thüringen den sechsten Rang.

Gegenüber dem Vorjahr ist es 2014 in fast allen Bundesländern zu einem Anstieg der Fehlzeiten gekommen. Die stärksten Zuwächse von 2013 auf 2014 waren mit 0,58 und 0,39 Tagen je Erwerbsperson im Saarland beziehungsweise in Schleswig-Holstein zu verzeichnen. In Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen kam es hingegen zu einem leichten Rückgang der Fehlzeiten von 0,06 und 0,08 Tagen je Erwerbsperson. Allerdings befanden sich die Fehlzeiten in diesen Bundesländern bereits im Vorjahr auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Demgegenüber sind die AU-Fallzahlen 2014 im Vergleich zum Vorjahr in allen Bundesländern gesunken (vgl. auch Tabelle A8 auf Seite 169 im Anhang).

Befriedigende und empirisch belegte Erklärungen zu Ursachen für einzelne bundeslandspezifische Ergebniskonstellationen existieren in der Regel nicht. Da die hier gezeigten TK-Ergebnisse entsprechend standardisiert wurden, sind Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur von Erwerbstätigen in den einzelnen Bundesländern für die dargestellten Differenzen **nicht** verantwortlich zu machen.

Insbesondere die Rangfolge der Bundesländer nach Fehlzeiten erscheint über den gesamten Beobachtungszeitraum seit 2000, abgesehen von einigen Ausnahmen, verhältnismäßig konstant (vgl. Abbildung 29). Zu den Ausnahmen zählt zweifellos Berlin. Während im Jahr 2000 in diesem Bundesland noch mit Abstand die höchsten Fehlzeiten ermittelt wurden, belegt Berlin zwischenzeitlich, wie bereits erwähnt, nur noch den sechsten Rang der bundeslandspezifischen Fehlzeitenstatistik.

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2014

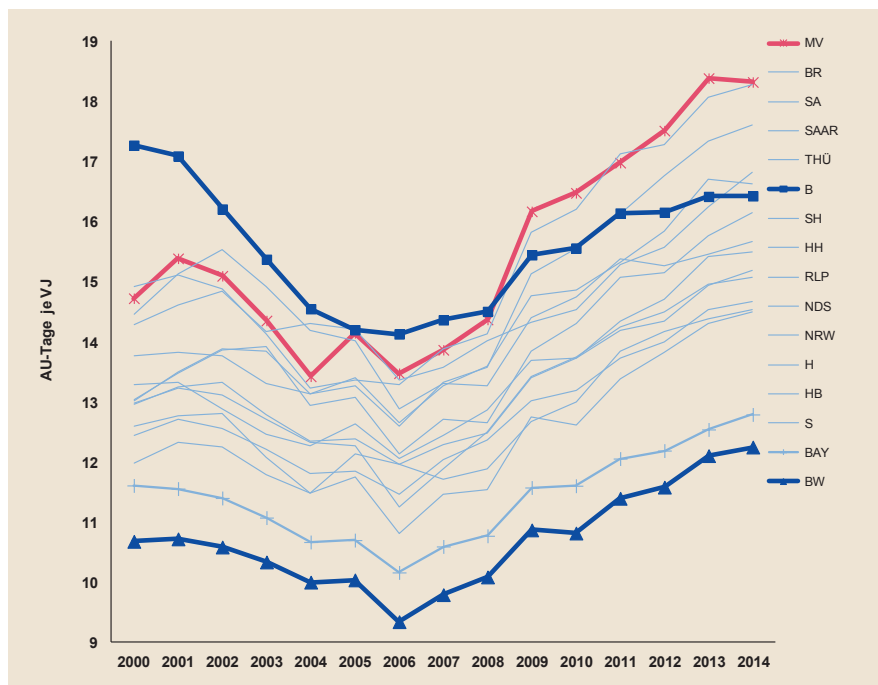


Abbildung 29 (standardisiert, Erwerbspersonen TK)

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosen

Diagnosen werden auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen in Form von ICD-10-Codes angegeben (vgl. methodische Erläuterungen zur Arbeitsunfähigkeit im Anhang). Diese zumeist drei- oder vierstellig dokumentierten Codierungen lassen sich insgesamt 21 Diagnosekapiteln zuordnen, die jeweils Erkrankungen bestimmter Organsysteme oder Erkrankungen mit anderen typischen Charakteristika zusammenfassen.

Abbildung 30 zeigt die Häufigkeit von AU-Fällen nach Diagnosekapiteln für Erwerbstätige der TK im Jahr 2014. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden dabei einige Diagnosekapitel zusammengefasst oder bei sehr seltener Nennung gänzlich ausgelassen. Auf die dargestellten Kapitel entfallen mit 97 Prozent allerdings nahezu alle der erfassten Erkrankungsereignisse. Zahlenangaben inklusive der Werte für das Vorjahr 2013 sind der Tabelle A12 auf Seite 173 im Anhang zu entnehmen.

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln

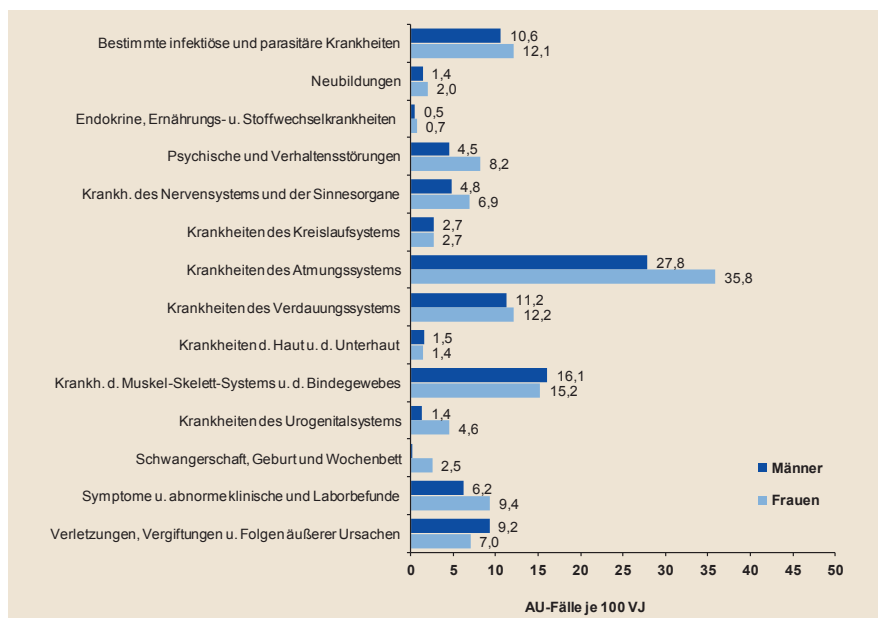


Abbildung 30 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2014)

Die mit Abstand häufigste Ursache von Krankschreibungen bilden traditionell Krankheiten des Atmungssystems, wobei es 2014 bei diesen Erkrankungen gegenüber dem Vorjahr zu einem Rückgang der Fallzahlen um 15,5 Prozent gekommen ist (vgl. Tabelle A12 auf Seite 173 im Anhang). Frauen sind weiterhin merklich häufiger als Männer betroffen: Innerhalb von 100 Versicherungsjahren wurden 2014 (in Klammern: 2013) durchschnittlich unter Frauen 35,8 (41,8) und unter Männern 27,8 (33,4) entsprechende Erkrankungsfälle registriert. Neubildungen (zu denen die meisten Krebserkrankungen zählen), Stoffwechselkrankheiten (wie Diabetes), Hauterkrankungen, aber auch Krankheiten des Kreislaufsystems (wie Bluthochdruck, Schlaganfall und Herzinfarkt) spielen bei der hier betrachteten Krankschreibungshäufigkeit unter Erwerbspersonen demgegenüber nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Abbildung 31 zeigt die durchschnittliche Dauer von AU-Fällen mit Diagnosen aus den einzelnen Kapiteln (vgl. auch Tabelle A13 auf Seite 174 im Anhang).

AU-Tage je Fall nach ICD-10-Diagnosekapiteln

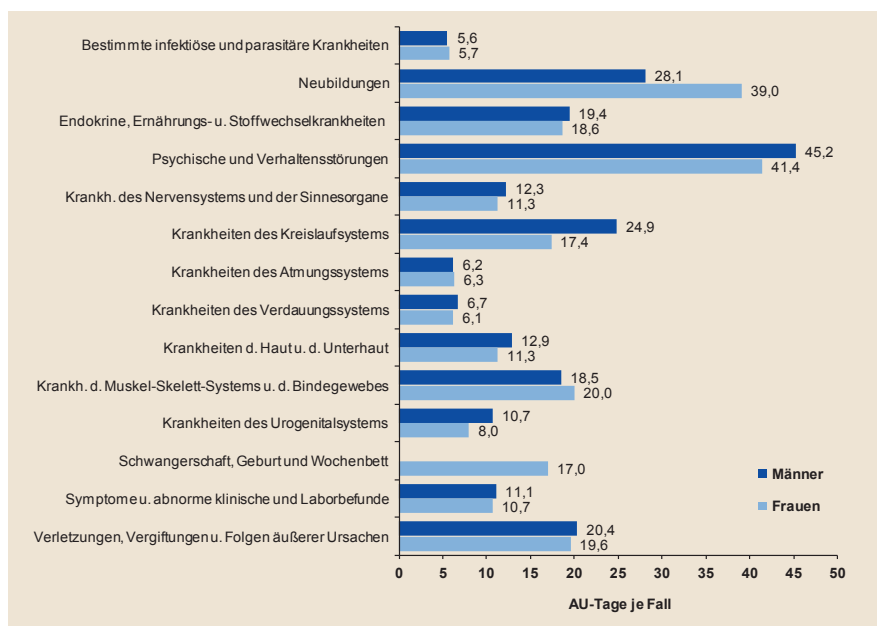


Abbildung 31 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2014)

Ausgesprochen lang dauerten Arbeitsunfähigkeitsfälle mit durchschnittlich 28 Tagen (Männer) beziehungsweise 39 Tagen (Frauen) aufgrund der seltenen Diagnose von Neubildungen. Eine insbesondere bei Männern noch erheblich längere fallbezogene Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigt sich sonst nur bei Diagnosen von psychischen Störungen, die bei Männern und Frauen 2014 zu Krankschreibungen über fallbezogen durchschnittlich 45 beziehungsweise 41 Tage führten. Mit gut sechs Tagen bei beiden Geschlechtern recht kurz war demgegenüber die durchschnittliche fallbezogene Krankschreibungsdauer bei den häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems. Eine vergleichbar kurze fallbezogene Krankschreibungsdauer zeigt sich auch bei Infektionskrankheiten sowie bei Krankheiten des Verdauungssystems. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der fallbezogenen Dauer zeigen sich bei Krankheiten des Kreislaufsystems: Während ein Erkrankungsfall mit entsprechenden Diagnosen im Jahr 2014 unter Frauen zu einer Arbeitsunfähigkeit von 17 Tagen führte, waren Männer in entsprechenden Fällen im Mittel 25 Tage krankgeschrieben.

Abbildung 32 zeigt, berechnet als Produkt aus AU-Häufigkeit und fallbezogener Krankschreibungsdauer, den wohl für viele Betrachtungen wesentlichen Parameter des AU-Meldegesehens: Angegeben wird die durchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeit, bezogen auf 100 Versicherungsjahre, bei Erwerbspersonen der TK im Jahr 2014.

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln

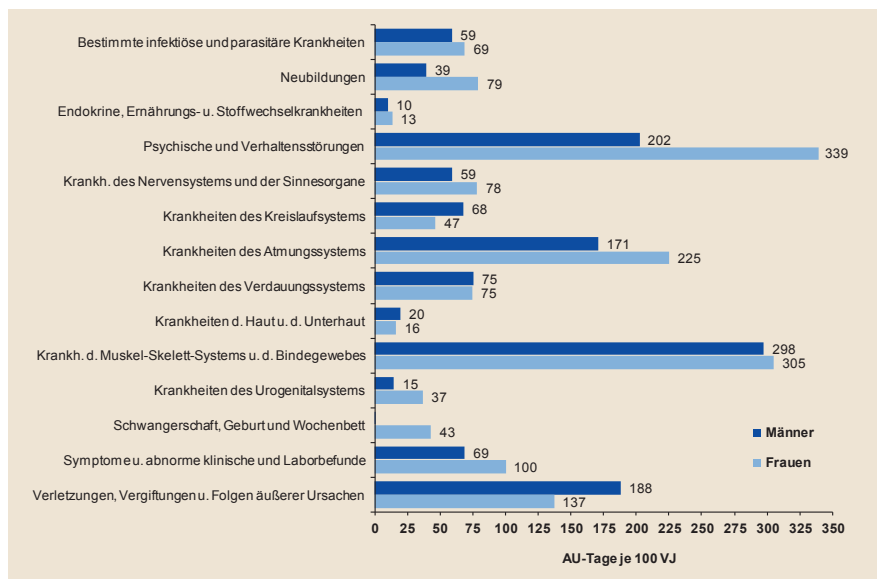


Abbildung 32 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2014)

Die meisten Krankheitsfehltag entfielen geschlechtsübergreifend auch im Jahr 2014 wie in den Vorjahren auf „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, kurz gesprochen auf „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ (vgl. auch Tabelle A14 auf Seite 175 im Anhang). Unter entsprechenden Diagnosen wurden 2014 unter Männern und unter Frauen 298 beziehungsweise 305 Fehltag in 100 Versicherungsjahren erfasst. Dies bedeutet anders ausgedrückt, dass eine durchschnittliche Erwerbsperson in der TK innerhalb des Jahres 2014 (bei 365 Versicherungstagen) im Mittel etwa drei Tage wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparats krankgeschrieben war.

Bei Männern folgten 2014 in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand nach den „Erkrankungen des Bewegungsapparats“ in absteigender Reihenfolge die Kapitel „Psychische Störungen“, „Verletzungen“ und „Krankheiten des Atmungssystems“. Bei weiblichen Erwerbspersonen führten demgegenüber 2014 „Psychische Störungen“ zu den meisten gemeldeten Erkrankungstagen.

Mit absteigender Bedeutung folgten „Krankheiten des Bewegungsapparats“ und „Krankheiten des Atmungssystems“. Zu deutlich weniger Fehltagen als bei Männern führten bei Frauen „Verletzungen“, die unter weiblichen Erwerbspersonen 2014 den Rang vier im Hinblick auf Ursachen von Fehlzeiten belegten.

Veränderungen der Fehlzeiten 2014 vs. 2013 nach Diagnosekapiteln

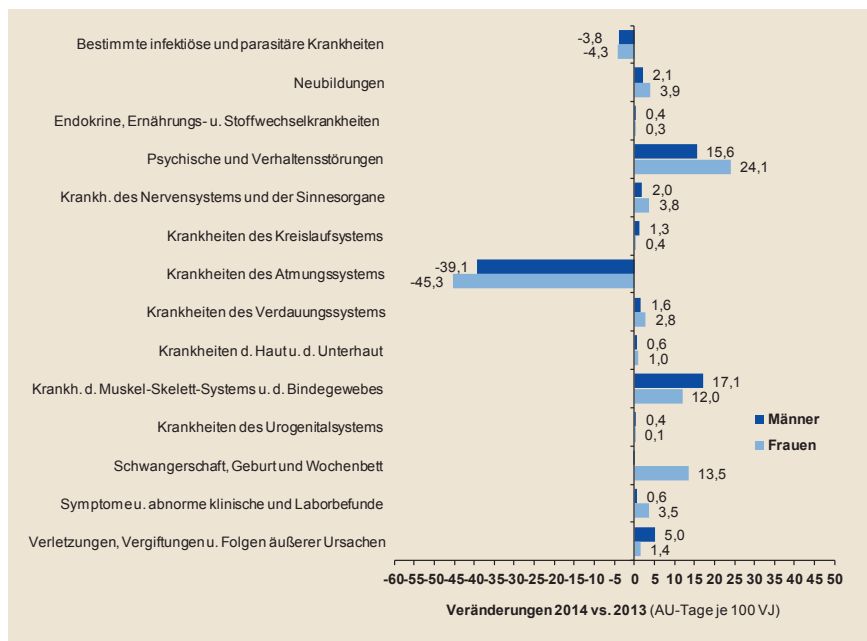


Abbildung 33 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2013, 2014)

Die zum Teil auch gegenläufigen Veränderungen der Fehlzeiten in einzelnen Diagnosekapiteln von 2013 auf 2014 zeigt Abbildung 33. Bei beiden Geschlechtern sehr ausgeprägt und für die Gesamtentwicklung der Fehlzeiten mitbestimmend ist der erhebliche Rückgang der Fehltagen mit Atemwegskrankheiten im Jahr 2014. 2014 spielten Erkältungskrankheiten, entsprechend einem typischen Zweijahresrhythmus, damit offensichtlich eine geringere Rolle als 2013.

Eine Zunahme lässt sich im Hinblick auf Fehlzeiten mit psychischen Störungen von 2013 auf 2014 feststellen. Nachdem es 2013 erstmals seit 2006 nicht zu einer weiteren Zunahme der Fehlzeiten mit Diagnosen von psychischen Störungen gekommen war, setzte sich der Anstieg der Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen 2014 erneut fort.

Den Trend der Fehlzeiten innerhalb der letzten Jahre in ausgewählten, anteilig relevanten Diagnosekapiteln, auf die zusammen etwa zwei Drittel aller Fehltagel entfallen, verdeutlicht Abbildung 34. Dargestellt sind die relativen Veränderungen in einzelnen Diagnosekapiteln seit 2000, wobei für das Ausgangsjahr 2000 allen Kapiteln ein Wert von 100 Prozent zugeordnet wurde. Auffällig erscheint in Abbildung 34 an erster Stelle das Ergebnis im Hinblick auf psychische Störungen:

Nachdem die Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen zwischen 2000 und 2005 stetig gestiegen sind (+ 19 Prozent bis 2005), ist von 2005 auf 2006 ein gravierender Rückgang erkennbar. Die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen lagen 2006 damit auf demselben Niveau wie 2000. Dieser Rückgang 2006 resultierte teilweise aus einer veränderten Zusammensetzung der Untersuchungspopulation: Bedingt durch gesetzliche Bestimmungen im Zusammenhang mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II (ALG II) konnten längerfristig Arbeitslose als eine überdurchschnittlich von psychischen Erkrankungen betroffene Gruppe bei Auswertungen ab 2006 nicht mehr berücksichtigt werden.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln

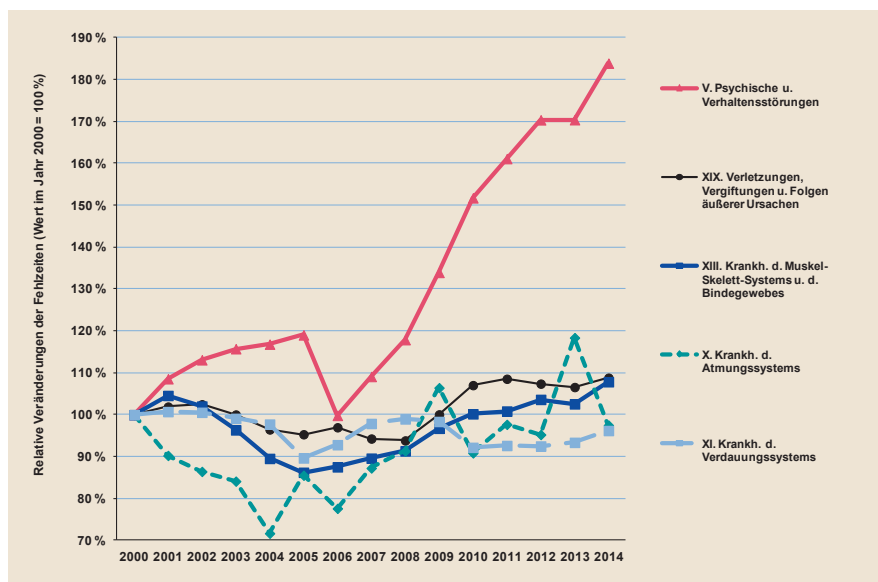


Abbildung 34 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2000–2014; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 Prozent)

Ein immer noch deutlicher Rückgang der Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen von 2005 auf 2006 lässt sich jedoch auch bei einer Beschränkung der Auswertungen ausschließlich auf Berufstätige nachweisen, an deren Zusammensetzung sich durch die Einführung des ALG II definitionsgemäß nichts Grundsätzliches verändert hat (vgl. Abbildung 35). Damit können die relativ niedrigen Fehlzeiten im Jahr 2006 also keinesfalls ausschließlich aus der Nichtberücksichtigung von Fehlzzeiten wegen psychischer Störungen zwischen 2002 und 2005 liegt die Gegenüberstellung der beiden Abbildungen den Schluss nahe, dass der Anstieg vor 2006 maßgeblich aus steigenden Fehlzeiten (bei einer gleichfalls steigenden Zahl) von arbeitslos gemeldeten Erwerbspersonen resultierte.

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige

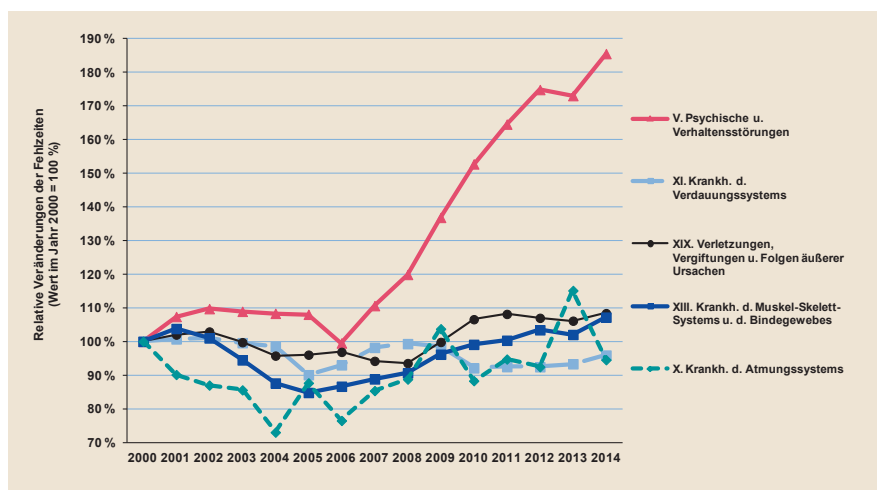


Abbildung 35 (standardisiert; Berufstätige TK 2000–2014; Werte im Jahr 2000 entsprechen 100 Prozent)

Der für die Jahre 2007 bis 2012 und 2014 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr ermittelte deutliche Anstieg der Fehlzeiten mit der Diagnose psychischer Störungen betrifft demgegenüber die Subgruppe der Berufstätigen in vergleichbarem Umfang wie die Erwerbspersonen insgesamt (vgl. auch Tabelle A15 auf Seite 176 im Anhang). Er lässt sich damit nicht auf steigende Arbeitslosenzahlen oder steigende Fehlzeiten bei Arbeitslosen zurückführen. Die Fehlzeiten unter der Diagnose psychischer Störungen bei Berufstätigen 2014 markieren mit 239 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre in dieser Gruppe den höchsten Stand seit Beginn der Auswertungen zum Jahr 2000 (mit seinerzeit 129 AU-Tagen je 100 VJ).

Im Vergleich zum Jahr 2000 lagen die Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen bei Berufstätigen 2014 um 86 Prozent höher. Seit dem zwischenzeitlichen Tiefpunkt 2006 war bei Berufstätigen bis 2012 eine Zunahme um 76 Prozent zu verzeichnen. 2013 war demgegenüber mit 223 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre seit 2006 erstmals wieder ein leichter Rückgang der Fehlzeiten unter der Diagnose von psychischen Störungen bei Berufstätigen zu beobachten. 2014 setzte sich der Anstieg der Fehlzeiten unter dieser Diagnose auch bei Berufstätigen mit Fehlzeiten von 239 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre allerdings weiter fort.

Auffällig erscheinen bei der Betrachtung der längerfristigen Verläufe auch die Veränderungen der Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen. In den Jahren nach 2003 zeigen sich deutlich schwankende Werte ohne eindeutigen Trend, die sich am ehesten durch unterschiedlich stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswellen in den einzelnen Jahren erklären lassen. Diese Deutung lässt sich nach Auswertungen zu Krankenständen im Wochenmittel bestätigen, bei denen ausschließlich Arbeitsunfähigkeitsfälle mit ICD-10-Diagnosen berücksichtigt wurden, die typischerweise bei Erkältungen im weiteren Sinne verwendet werden (vgl. Abbildung 36, Erläuterungen im Gesundheitsreport aus dem Jahr 2006 ab Seite 86 sowie die Fußnote unten).

Während in den „ungeraden“ Jahren 2003, 2005, 2007 und 2009 zum Höhepunkt der jeweiligen Erkältungswelle innerhalb des ersten Quartals jeweils mehr als 1,2 Prozent der Erwerbspersonen mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben waren, waren in den „geraden“ Jahren 2002, 2004 und 2006 im Wochenmittel maximal jeweils nur etwa 0,7 bis 0,8 Prozent betroffen. Anfang 2008 zeigte sich, abweichend von den zuvor beobachteten Zweijahreszyklen, eine mäßig stark ausgeprägte Zunahme von Krankschreibungen mit Erkältungskrankheiten über einen längeren Zeitraum, die zusammen mit dem relativ hohen Niveau im letzten Quartal des Jahres 2008 maßgeblich für die Gesamtzunahme von Fehlzeiten mit Atemwegserkrankungen 2008 im Vergleich zu 2007 verantwortlich war.

Zu Beginn des Jahres 2009, und zwar bereits Ende Januar, erreichte der erkältungsbedingte Krankenstand¹⁵ im Wochenmittel einen maximalen Wert von 1,41 Prozent – ein Wert, der zuletzt innerhalb des ersten Quartals 2005 erreicht worden war. An dieser Stelle zeichnete sich also deutlich eine erste, jahreszeitlich relativ frühe und ausgeprägte Erkältungs- und Grippewelle innerhalb des Jahres 2009 ab, die zu Erkrankungsraten merklich oberhalb der Werte in vorausgehenden Jahren führte. Diese Grippewelle fand medial eine nur geringe Beachtung und steht explizit noch nicht im Zusammenhang mit dem Erreger der Neuen Influenza.

¹⁵ Berücksichtigt wurden AU-Meldungen unter den folgenden ICD 10-Diagnosen: B34, B99, J00, J01, J02, J03, J04, J06, J09, J10, J11, J18, J20, J22, J34, J39, J40, J98.

Die Auswirkungen der Neuen Influenza („Schweinegrippe“) zeigen sich ausschließlich und saisonal atypisch im letzten Quartal des Jahres 2009 (vgl. Abbildung 36, Markierung „NI“ für Neue Influenza). Während zum Jahresende in anderen Jahren im Wochenmittel kaum erkältungsbedingte Krankenstände oberhalb von 0,6 Prozent ermittelt wurden, lässt sich um den 18. November 2009 herum (entsprechend der 47. Kalenderwoche) ein diagnosespezifischer Krankenstand von 1,08 Prozent ermitteln, der den Höhepunkt der Grippewelle im Zusammenhang mit der Ausbreitung des aktuellen A/H1N1-Virus in Deutschland markiert.

Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, im Wochenmittel

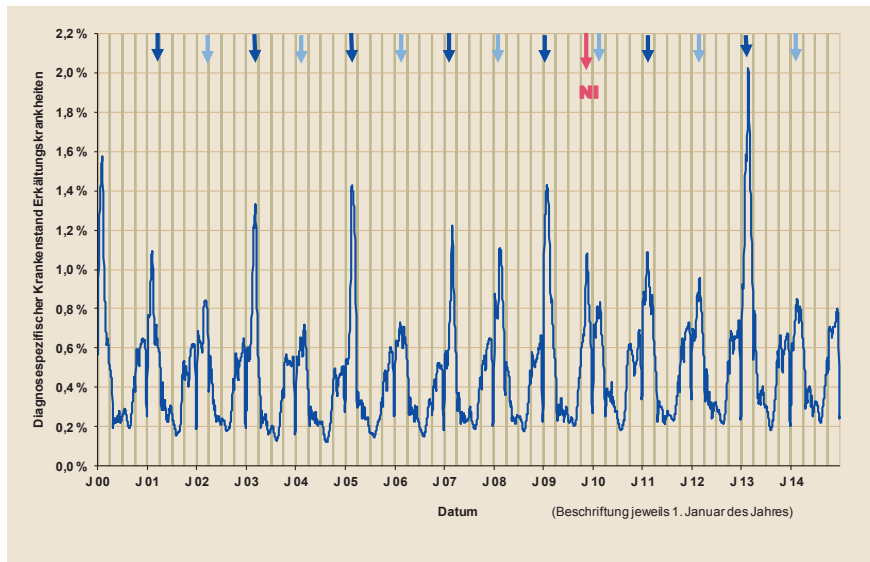


Abbildung 36 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2000–2014; Arbeitsunfähigkeit mit ausgewählten Diagnosen – vgl. Text)

Für die erste Jahreshälfte 2010 fanden sich demgegenüber lediglich erkältungsbedingte Krankschreibungsraten, die denen bei einer eher schwach ausgeprägten Erkältungswelle entsprechen, was einer Fortsetzung des nur 2008 durchbrochenen Zweijahreszyklus mit regelhaft milden Erkältungswellen zu Beginn „gerader“ Jahre entspricht. Im Sinne dieses Zweijahreszyklus war im ersten Quartal des Jahres 2011 (eines „ungeraden“ Jahres) wieder mit einer stärkeren Erkältungswelle zu rechnen, die lediglich in schwach ausgeprägter Form eingetreten ist. 2012 überschritt der erkältungsbedingte Krankenstand im Wochenmittel die Einprozentmarke nicht. Im Beobachtungsjahr 2013 wurden schließlich die bislang höchsten erkältungsbedingten Krankenstände des aktuellen Jahrhunderts erfasst.

Zum Höhepunkt der Erkältungswelle, im Wochenmittel der sieben Tage um den 21. Februar 2013, waren 2,0 Prozent aller Erwerbspersonen mit Diagnosen von Erkältungskrankheiten krankgeschrieben. Dagegen lag der erkältungsbedingte Krankenstand im Wochenmittel 2014 wieder deutlich unter einem Prozent.

Abbildung 37 verdeutlicht den zeitlichen Ablauf der Grippe- beziehungsweise Erkältungswelle im Jahr 2009 mit dem zeitlich atypischen Auftreten der Neuen Influenza im vierten Quartal (vgl. dunkelblaue Linie) sowie den Ablauf der Erkältungswelle im Jahr 2013 (vgl. rote Linie). Zum Vergleich sind in der Abbildung zudem entsprechend ermittelte diagnosespezifische Krankenstände aus dem Jahr 2014 mit einer nur schwach ausgeprägten Erkältungswelle gegenübergestellt (vgl. grüne Linie).

Eine recht offensichtliche Besonderheit der Neuen Influenza im Vergleich zu anderen Grippewellen innerhalb der vergangenen Jahre war ihr Erkrankungsgipfel im November, also innerhalb des vierten Quartals 2009. Die Höhe der Erkrankungsraten im Kontext der Neuen Influenza erscheinen demgegenüber im Vergleich zu Erkrankungsraten bei typischen Grippewellen eher unspektakulär.

Offensichtlich werden in Abbildung 37 nochmals auch die sehr hohen Krankenstände unter der Diagnose von Erkältungskrankheiten im Februar des Jahres 2013. Insbesondere im Vergleich zu 2014 wurden im ersten Quartal erheblich höhere erkältungsbedingte Krankenstände erfasst. Auch bei Berücksichtigung von Gesamtergebnissen zum Jahr 2009 (unter Einbeziehung der Neuen Influenza) wurden 2013 merklich höhere erkältungsbedingte Fehlzeiten erfasst. Die gesundheitliche Beeinträchtigung von Erwerbspersonen durch entsprechende Erkrankungen dürfte 2013 demnach höher als 2009 gewesen sein.

Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, 2009, 2013 und 2014

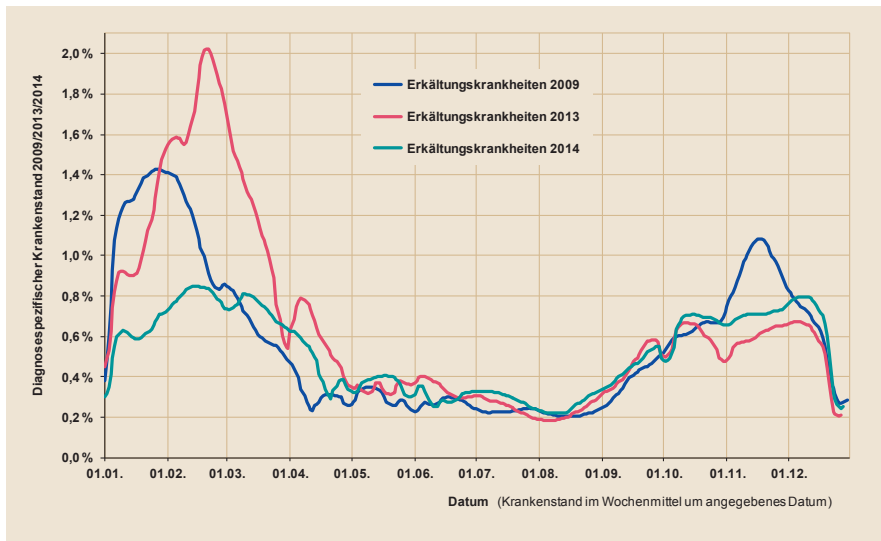


Abbildung 37 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009, 2013, 2014; Arbeitsunfähigkeit mit ausgewählten Diagnosen im Wochenmittel – vgl. Text)

Ergänzend werden in Abbildung 38 die Gesamtkrankenstände im Verlauf der Jahre 2009, 2013 und 2014 dargestellt. Auch hier handelt es sich um Angaben zu Krankenständen im Wochenmittel. Deutlich wird in dieser Darstellung zunächst das 2009 im Vergleich zu 2013 und 2014 insgesamt noch deutlich geringere Niveau der Fehlzeiten.

Die Erkältungswelle zu Beginn des Jahres 2013 imponiert auch in der diagnoseübergreifenden Darstellung zu Krankenständen. Ein Maximum des Gesamtkrankenstands im Wochenmittel wurde am 21. Februar 2013 mit einem Wert von 5,81 Prozent erreicht. Im Durchschnitt der Woche vom 18. Februar bis zum 24. Februar 2013 war etwa jeder 17. Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Im Jahr 2014 wurde das Maximum des Krankenstandes im Wochenmittel am 20. Februar mit einem Wert von 4,66 Prozent erreicht. Der Höchstwert für einen einzelnen Tag lässt sich für den 22. Februar 2013 ermitteln. An diesem Tag waren nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von Daten der TK 6,66 Prozent der Erwerbspersonen arbeitsunfähig gemeldet und damit mehr als an jedem anderen Tag zwischen dem 1. Januar 2000 und dem 31. Dezember 2014.

Krankenstand 2009, 2013 und 2014 – alle Diagnosen

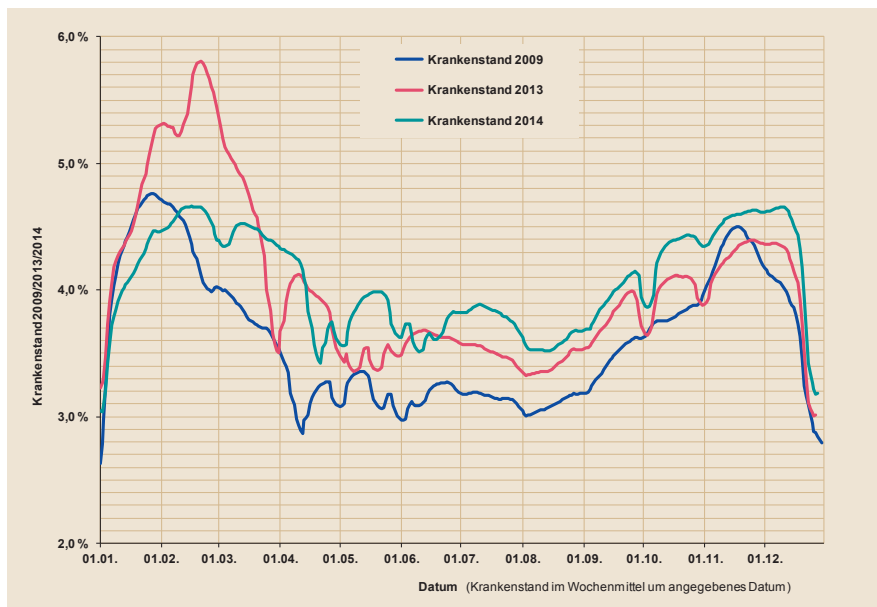


Abbildung 38 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2009, 2013, 2014; Krankenstand im Wochenmittel – vgl. Text)

Gleichfalls wesentliche Informationen liefern die Darstellungen der Ergebnisse zur jeweils zweiten Jahreshälfte 2013 und 2014. Hier zeigen sich in beiden Jahren ähnliche Verläufe der Krankenstände. Demnach scheint sich das allgemeine und unabhängig von der Erkältungswelle zu Jahresende beobachtete Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2014 im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich geändert zu haben. Allerdings befinden sich die Krankenstände 2014 auf einem höheren Niveau als noch 2013.

Relevante Einzeldiagnosen

Die vorausgehenden Darstellungen zu Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosekapiteln ermöglichen einen ersten Überblick, der alle Erkrankungen einschließt. Dabei werden innerhalb der nur 21 Diagnosekapitel zwangsläufig recht unterschiedliche Erkrankungen zusammengefasst. Eine feinere Differenzierung der Diagnosen auf der dreistelligen ICD-10-Ebene erlaubt demgegenüber konkretere Rückschlüsse auf das Erkrankungsgeschehen. Sie muss jedoch – in Anbetracht von insgesamt über 1.600 gültigen Ausprägungen des aktuell verwendeten ICD-10-Diagnoseschlüssels – auf eine Darstellung zu anteilig bedeutsamen Diagnosen beschränkt bleiben.

Tabelle 26 gibt einen Überblick zu anteilig relevanten dreistelligen ICD-10-Diagnosen im AU-Meldegeschehen in absteigender **Rangfolge nach Häufigkeit der Fälle** bei Erwerbspersonen. Auf die genannten 20 Diagnosen entfielen in der TK im Jahr 2014 mit 51 Prozent mehr als die Hälfte aller Krankmeldungen. Die AU-Fallzahlen werden demnach also maßgeblich von einer nur geringen Zahl an unterschiedlichen Diagnosen bestimmt.

Acht der 20 aufgeführten Diagnosen lassen sich den Krankheiten des Atmungssystems zurechnen (erste Stelle des ICD-10-Codes: J). Dabei handelt es sich in der Regel um typische Diagnosen von Erkältungskrankheiten, die vorrangig die oberen Atemwege betreffen. Im Vorjahr waren sogar zehn Diagnosen aus dem Kapitel der Atemwegserkrankungen unter den 20 häufigsten AU-Diagnosen vertreten.

Neben den Atemwegserkrankungen spielen Erkrankungen und Beschwerden des Verdauungstrakts sowie nicht genauer spezifizierte Infekte eine maßgebliche Rolle. Nicht in die bereits genannten Erkrankungskategorien fallen „Rückenschmerzen“ (M54), „Zahnprobleme“ (K08), „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43), „Verletzungen“ (T14), „Depressive Episoden“ (F32), „Migräne“ (G43) sowie „Andere neurotische Störungen“ (F48).

Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen: AU-Fälle 2014

ICD-10-Diagnose	Männer (Fälle je 100 VJ)	Frauen (Fälle je 100 VJ)	Gesamt (Fälle je 100 VJ)
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	11,94	14,81	13,26
M54 Rückenschmerzen	6,31	5,70	6,03
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	5,25	5,66	5,44
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,61	4,02	3,80
J20 Akute Bronchitis	2,63	3,03	2,81
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,56	3,09	2,80
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	2,61	2,81	2,70
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,47	2,93	2,68
J03 Akute Tonsillitis	1,48	2,01	1,73
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,12	2,42	1,72
J32 Chronische Sinusitis	1,33	2,15	1,71
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,12	2,37	1,70
J01 Akute Sinusitis	1,25	2,12	1,65
J02 Akute Pharyngitis	1,34	1,90	1,60
K29 Gastritis und Duodenitis	1,22	1,78	1,48
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,64	1,09	1,38
F32 Depressive Episode	1,02	1,81	1,38
G43 Migräne	0,54	1,97	1,20
J00 Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	0,98	1,22	1,09
F48 Andere neurotische Störungen	0,67	1,44	1,03
Anteil aufgeführte Fälle an allen AU-Fällen	50,9 %	51,6 %	51,3 %
AU-Fälle je 100 VJ insgesamt	100,41	124,60	111,55

Tabelle 26 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

In Tabelle 27 finden sich ICD-10-Diagnosen in einer absteigenden **Rangfolge nach Fehlzeiten**. Angegeben werden dabei die 20 Diagnosen, die bei einer Auswertung auf Basis der dreistelligen Codierung im Jahr 2014 für die meisten krankheitsbedingten Fehltage verantwortlich waren. Da bei einer derartigen Darstellung neben der Fallhäufigkeit auch die Falldauer eine maßgebliche Rolle spielt, ergibt sich im Vergleich zu Tabelle 26 eine deutlich veränderte Rangfolge. Insgesamt entfallen auf diese nur 20 von insgesamt mehr als 1.600 dreistelligen ICD-10-Diagnosen rund 40 Prozent aller gemeldeten Fehlzeiten.

Im Jahr 2014 waren die meisten Fehltage sowohl bei Männern als auch bei Frauen der dreistelligen Diagnose F32 „Depressive Episode“ zuzuordnen, wobei Frauen deutlich stärker als Männer betroffen waren. Dies war bereits in den Jahren 2010 bis 2012 der Fall. Im Jahr 2013 belegte die Diagnose F32 „Depressive Episode“ auf Grund der ausgeprägten Erkältungswelle nur Rang zwei der Tabelle.

Geschlechtsübergreifend den zweiten Rang belegten „Rückenschmerzen“ (M54). Bei Männern führten sowohl in den vergangenen Jahren als auch 2014 „Rückenschmerzen“ (M54) zu noch höheren Fehlzeiten als die Diagnose „Depressive Episode“ (F32).

Wie in den meisten Jahren befanden sich 2014 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen“ (J06) auf dem dritten Rang der Tabelle hinsichtlich der zuzuordnenden Fehltage.

Neben „Depressiven Episoden“ spielen aus dem Diagnosekapitel „Psychische Störungen“ hinsichtlich des Krankenstands auch „Belastungsreaktionen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“ (F33), „Andere neurotische Störungen“ (F48), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „Andere Angststörungen“ (F41) insbesondere bei Frauen eine große Rolle.

Männer weisen in der Regel höhere Fehlzeiten aufgrund einzelner Diagnosen im Zusammenhang mit Verletzungen sowie tendenziell auch bei Erkrankungen des Bewegungsapparats auf.

Absolute Angaben zu AU-Fallzahlen und -Tagen zu den 100 relevantesten Diagnosen des AU-Meldegesehens im Jahr 2014, gemessen am Fehlzeiten-volumen, sind inklusive Angaben zur durchschnittlichen Falldauer der Tabelle A16 ab Seite 179 im Anhang zu entnehmen.

Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen: AU-Tage 2014

ICD-10-Diagnose	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	Gesamt (Tage je 100 VJ)
F32 Depressive Episode	64,8	104,3	83,0
M54 Rückenschmerzen	82,1	78,5	80,5
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	63,6	83,0	72,5
F43 Reaktionen auf schwere Belas- tungen und Anpassungsstörungen	32,6	65,8	47,9
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	30,7	28,8	29,9
F33 Rezidivierende depressive Störung	20,8	38,6	29,0
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	23,4	25,9	24,6
F48 Andere neurotische Störungen	16,5	33,7	24,4
F45 Somatoforme Störungen	14,3	27,5	20,4
M75 Schulterläsionen	20,7	19,7	20,2
J20 Akute Bronchitis	17,6	21,6	19,4
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	23,1	14,3	19,0
F41 Andere Angststörungen	13,8	24,6	18,8
M23 Binnenschädigung des Knie- gelenkes (internal derangement)	21,9	14,9	18,6
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	16,7	20,5	18,5
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	0,1	35,0	16,2
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	13,8	17,4	15,5
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	16,7	11,7	14,4
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	13,7	12,1	12,9
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	11,8	14,2	12,9
Anteil aufgeführte Tage an allen AU-Tagen	39,0 %	41,8 %	40,4 %
AU-Tage je 100 VJ insgesamt	1.330,9	1.655,4	1.480,4

Tabelle 27 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen

Einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit besitzt der aktuell ausgeübte Beruf. Der Einfluss des Berufs resultiert dabei aus einer Reihe von Faktoren. Naheliegend ist zunächst die Annahme von berufs-spezifisch unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Risiken als Folge der Belastung am Arbeitsplatz. Beispielsweise ist ein Handwerker einem höheren Verletzungsrisiko am Arbeitsplatz ausgesetzt als ein Büroangestellter. Entsprechend ist bei Handwerkern – als Folge dieses Risikos – mit einem erhöhten Krankenstand zu rechnen.

Unabhängig von der Erkrankungshäufigkeit spielt der Beruf aber auch insofern eine Rolle, als die Tätigkeitsausübung bei ein und derselben gesundheitlichen Einschränkung berufsabhängig unterschiedlich stark beeinträchtigt ist. Während zum Beispiel ein Bänderriss am Fuß unter konservativer Behandlung bei Personen mit sitzender Tätigkeit nur zu wenigen Tagen Arbeitsausfall führen muss, dürfte er, trotz medizinisch identischer Diagnose, bei vielen Berufen, deren Ausübung mit langen Gehstrecken oder starken Belastungen des Fußes verbunden ist, zu einer Arbeitsunfähigkeit über mehrere Wochen führen. Weitere, zum Teil in unterschiedliche Richtungen und nicht ausschließlich berufsgruppenspezifisch wirkende Einflüsse entstehen durch Selektionseffekte oder nur mittelbar gesundheitsrelevante Berufsbedingungen. Dazu gehören unter anderem

- › der sogenannte „Healthy Worker Effect“ bei Anstellung von körperlich überdurchschnittlich gesunden Personen für besonders belastende Tätigkeiten, woraus trotz hoher Belastung in bestimmten Berufsgruppen geringe Erkrankungs-raten resultieren können,
- › Selektionseffekte durch Möglichkeiten zur vorzeitigen Berentung,
- › Einflüsse von tariflich unterschiedlich vereinbarten Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall,
- › berufs- und zeitabhängig unterschiedlich wahrgenommene Gefahren des Arbeitsplatzverlusts sowie
- › Berufszufriedenheit und Arbeitsklima, persönliche Kompetenz und Verantwortlichkeit im ausgeübten Beruf.

Eine vollständige Diskussion der berufsgruppenspezifischen Krankenstände muss all diese Einflussmöglichkeiten abwägen. Allerdings zeigen sich bei einer Betrachtung von entsprechenden Auswertungsergebnissen Muster, die sich auch ohne den Anspruch einer vollständigen Diskussion sinnvoll interpretieren lassen.

Einen Überblick zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen im Jahr 2014 bei Erwerbspersonen der TK in einzelnen Berufsfeldern, getrennt nach Männern

und Frauen, geben Abbildung 39 sowie Abbildung 40 auf Seite 124 und Seite 125. Erläuterungen zur Einteilung in sogenannte Berufsfelder finden sich im Anhang.

Offensichtlich ist die berufsabhängig sehr große Spannweite hinsichtlich der erkrankungsbedingten Fehlzeiten: Während unter Männern im Berufsfeld „Verwaltungs-, wirtschafts-/sozialwissenschaftliche Berufe“ innerhalb des Jahres 2014 durchschnittlich 9,0 Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet wurden, waren Erwerbstätige im Berufsfeld „Verkehrs- und Lagerberufe“ im Mittel 21,3 Tage krankgemeldet.

Der Krankenstand variiert damit unter Männern in Abhängigkeit von der Berufsfeldzugehörigkeit etwa um den Faktor 2,4, in stark betroffenen Berufen liegen die Fehlzeiten etwa um den Faktor 1,6 über den durchschnittlichen Fehlzeiten bei männlichen Erwerbspersonen der TK von insgesamt 13,3 Tagen je Versicherungsjahr (vgl. auch Tabelle A17 bis Tabelle A19 ab Seite 180 im Anhang).

Relativ hohe Fehlzeiten weisen unter Männern auch Chemiewerker und Kunststoffverarbeiter sowie Männer in Metall- und Bauberufen auf.

Mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt bei Erwerbspersonen liegen die erfassten Fehlzeiten bei Arbeitslosen, genauer formuliert bei den Arbeitslosengeld-I-Empfängern.

Geringe Fehlzeiten finden sich demgegenüber – außer in der bereits erwähnten Gruppe mit Verwaltungs-, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen – insbesondere auch bei technisch-naturwissenschaftlichen Berufen sowie bei Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen.

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2014

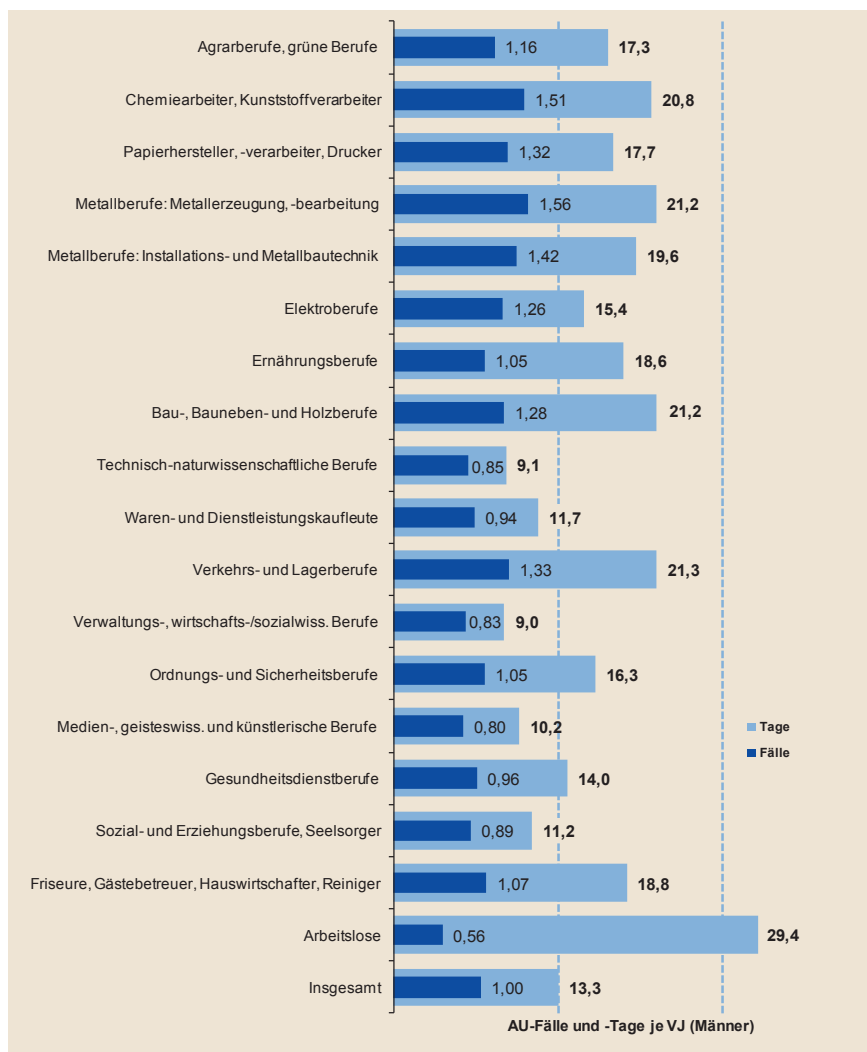


Abbildung 39 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 13,3 und 26,6 AU-Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tagen je VJ aller männlichen Erwerbspersonen sowie doppelter Wert)

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2014

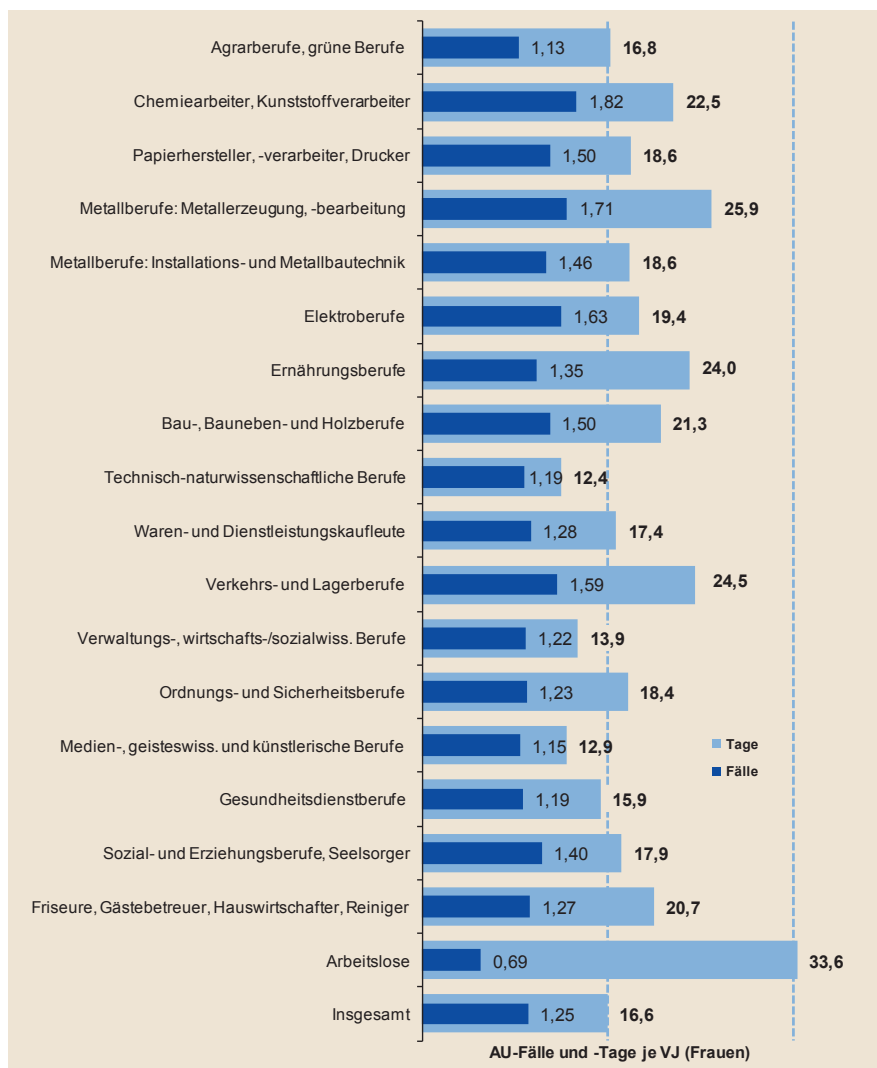


Abbildung 40 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben; unterbrochene senkrechte Linie bei 16,6 und 33,2 AU-Tagen je VJ: durchschnittliche AU-Tagen je VJ aller weiblichen Erwerbspersonen sowie doppelter Wert)

Die berufsfeldspezifischen Krankenstände unter Frauen entsprechen, in der Regel auf einem leicht höheren Niveau, weitgehend denen der männlichen Kollegen. Auch unter Frauen weisen vorrangig die körperlich stärker belastenden Berufe die relativ höheren Krankenstände auf. Berufe mit überwiegend akademischer Ausbildung und Bürotätigkeit weisen – wie unter Männern – demgegenüber eher geringe Krankenstände auf.

Der Krankenstand unter Arbeitslosen ist im Vergleich zum Mittel über alle Erwerbspersonen in der TK erhöht, obwohl Arbeitslose die mit Abstand geringste Krankschreibungshäufigkeit aufweisen. Arbeitslose sind also relativ selten, dann aber überdurchschnittlich lange krankgeschrieben. Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass kurzzeitige Erkrankungen bei Arbeitslosen seltener als bei Berufstätigen gemeldet werden.

Tätigkeit nach Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010)

Seit dem Jahr 2012 sollen Angaben zu Berufen von Beschäftigten ausschließlich unter Verwendung einer neuen Klassifikation, der KldB 2010, an die Krankenkassen übermittelt werden, die hierarchisch aufgebaut ist und insgesamt fünf Stellen umfasst (vgl. Abschnitt zum Schwerpunkt im Gesundheitsreport 2013 ab Seite 19). Tabelle 28 zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr im Jahr 2014 für Berufsgruppen differenziert nach zweistelligen Schlüsselangaben der KldB 2010.

Arbeitsunfähigkeit nach zweistelliger KIdB 2010 im Jahr 2014

	Tätigkeitsgruppen KIdB 2010, zweistellig	AU-Tage je VJ		
		Männer	Frauen	Gesamt
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	17,5	22,2	19,6
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	12,6	15,0	13,7
12	Gartenbauberufe und Floristik	18,9	17,2	18,1
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikbe- und -verarbeitung	18,8	16,6	17,8
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	19,4	23,0	21,1
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	14,3	15,5	14,9
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	19,6	24,3	21,7
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	15,1	19,4	17,1
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	12,3	16,5	14,2
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- und Produktionssteuerungsberufe	9,1	13,1	10,9
28	Textil- und Lederberufe	16,9	16,8	16,9
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	18,0	23,6	20,6
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	9,1	11,8	10,3
32	Hoch- und Tiefbauberufe	19,2	13,5	16,5
33	(Innen-)Ausbauberufe	21,5	25,8	23,4
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	17,9	17,5	17,7
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	10,9	13,5	12,1
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	9,4	11,4	10,3
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	8,2	11,9	9,9
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	19,7	23,2	21,3
52	Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	21,6	28,8	24,9
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	17,7	24,5	20,9
54	Reinigungsberufe	20,2	22,9	21,5
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	9,8	14,1	11,8
62	Verkaufsberufe	14,4	20,1	17,0
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	14,0	17,8	15,7
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	9,2	13,9	11,3
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	9,7	13,6	11,5
73	Berufe in Recht und Verwaltung	11,2	16,1	13,4
81	Medizinische Gesundheitsberufe	13,7	15,9	14,7
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	15,2	23,0	18,8
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	14,6	19,1	16,7
84	Lehrende und ausbildende Berufe	7,8	11,0	9,3
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	8,2	13,2	10,5
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	10,7	16,1	13,2
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	11,8	13,7	12,6
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	12,0	12,5	12,2
	Beschäftigte mit Angaben insgesamt	12,8	16,0	14,3

Tabelle 28 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Tätigkeit nach KIdB 2010, standardisiert)

Grundsätzlich lassen sich aus Tabelle 28 vergleichbare Ergebnisse ablesen wie aus den vorausgehenden Abbildungen mit einer Aufteilung der Berufe nach sogenannten Berufsfeldern. Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen finden sich 2014 die höchsten Fehlzeiten in den Berufsgruppen „Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten“ sowie „(Innen-)Ausbau-berufe“. Mehr als 20 Fehltage je Versicherungsjahr wurden geschlechtsübergreifend ansonsten in den Berufsgruppen „Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung“, „Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbau-berufe“, „Lebensmittelherstellung und -verarbeitung“, „Verkehrs- und Logistik-berufe (außer Fahrzeugführung)“, „Schutz-, Sicherheits- und Überwachungs-berufe“ sowie in der Gruppe „Reinigungsberufe“ ermittelt. Weniger als halb so hoch waren die Fehlzeiten demgegenüber in den Gruppen „Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe“ sowie „Lehrende und ausbildende Berufe“.

Arbeitsunfähigkeit nach Schul- und Ausbildungsabschluss

Seit Einführung des Schlüsselverzeichnis 2010 bei Meldungen der Arbeitgeber an die Sozialversicherungsträger im Dezember 2011 erhalten Krankenkassen inhaltlich klar getrennte Informationen sowohl zu Schulabschlüssen als auch zu Ausbildungsabschlüssen von berufstätigen Mitgliedern, die zuvor in dieser Form nicht verfügbar waren. Umfangreiche Informationen zum Schlüsselverzeichnis 2010 sind den Textabschnitten zum Schwerpunkt des Gesundheitsreports 2013 ab Seite 15 zu entnehmen. Speziell mit Schul- und Ausbildungsabschlüssen befassen sich im genannten Gesundheitsreport Textpassagen ab Seite 33 beziehungsweise Seite 38.

Abbildung 41 und Abbildung 42 zeigen Auswertungsergebnisse zu Arbeitsunfähigkeit unter Erwerbstätigen der TK in Abhängigkeit vom Schulabschluss bei Männern und Frauen aus dem Jahr 2014. Wie bereits vor dem Hintergrund der berufsbezogenen Auswertungen zu vermuten ist, zeigt sich mit steigender Schulbildung ein stetiger Rückgang der gemeldeten Fehlzeiten. Unter männlichen Beschäftigten erscheint diese Abhängigkeit noch etwas deutlicher ausgeprägt als unter weiblichen Beschäftigten.

Ein inhaltlich ähnliches Bild ergeben Auswertungen zum Ausbildungsabschluss, wobei der zugrunde liegende Schlüssel eine Differenzierung zwischen sechs Abschluss-Kategorien von „Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss“ bis hin zur Kategorie „Promotion“, also dem Erlangen eines Dokortitels, erlaubt.

Arbeitsunfähigkeit nach Schulabschluss, Männer 2014

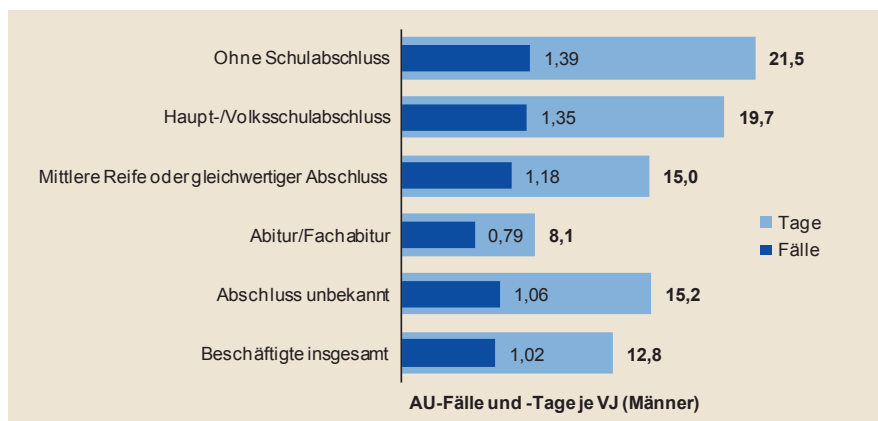


Abbildung 41 (Beschäftigte TK mit Angabe zum Schulabschluss, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arbeitsunfähigkeit nach Schulabschluss, Frauen 2014

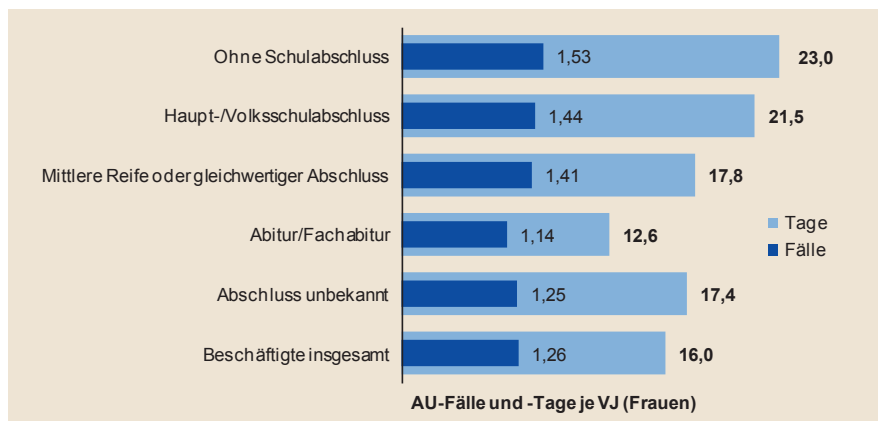


Abbildung 42 (Beschäftigte TK mit Angabe zum Schulabschluss, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Die mit zunehmendem Ausbildungsabschluss über sechs Kategorien stetig sinkenden Fehlzeiten bei Beschäftigten entsprechen grundsätzlich den Erwartungen, wobei sich der Zusammenhang hier überraschend klar aufzeigen lässt. Ergänzende Angaben zum Krankenstand in Abhängigkeit vom Schul- und Ausbildungsabschluss finden sich im Anhang auf Seite 183.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsabschluss, Männer 2014

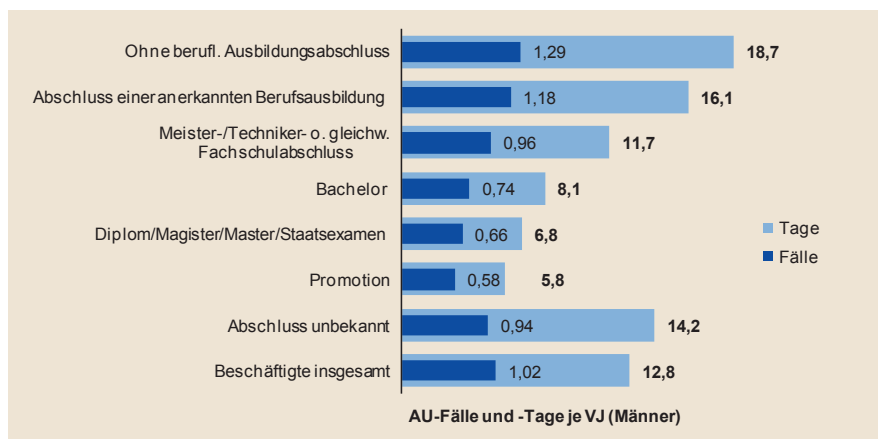


Abbildung 43 (Beschäftigte TK mit Angabe zum Ausbildungsabschluss, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsabschluss, Frauen 2014

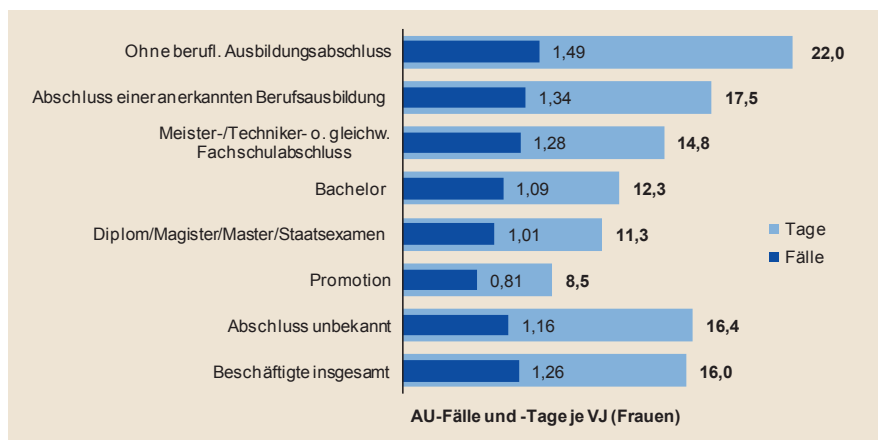


Abbildung 44 (Beschäftigte TK mit Angabe zum Ausbildungsabschluss, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arbeitsunfälle bei Erwerbspersonen

Versicherungsleistungen als Folge sogenannter Arbeits- und Wegeunfälle fallen im deutschen Sozialversicherungssystem in die Zuständigkeit der Unfallversicherung. Bei Erwerbspersonen werden die im Zusammenhang mit Arbeits- und Wegeunfällen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten regulär jedoch auch in den Daten der Krankenkassen erfasst. Durch eine entsprechende Kennzeichnung in den Daten lassen sich die Arbeitsunfälle von den übrigen Erkrankungsfällen abgrenzen. Damit bilden Krankenkassendaten eine gute Basis für Auswertungen zur Häufigkeit und Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen bei Erwerbspersonen.

Tabelle 29 gibt einen Überblick zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen bei Erwerbspersonen der TK in den Jahren 2013 und 2014. Insgesamt betrachtet entfällt auf Arbeits- und Wegeunfälle nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der erkrankungsbedingten Fehlzeiten. Rechnerisch wurden bei je 100 durchgängig versicherten männlichen beziehungsweise weiblichen Erwerbspersonen der TK im Jahr 2014 im Mittel 3,47 beziehungsweise 2,06 AU-Fälle mit Arbeitsunfällen registriert. Auf die entsprechende Arbeitsunfähigkeit entfielen, bei einer durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von etwa 24 Tagen, je 100 Versicherungsjahre 86 Krankheitsfehltage bei Männern beziehungsweise 48 Krankheitsfehltage bei Frauen.

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2013 sowie 2014

AU-Meldungen bei Arbeitsunfällen	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Fälle je 100 VJ	3,45	2,06	2,81	3,47	2,06	2,82
AU-Tage je 100 VJ	85,7	48,3	68,5	86,3	48,0	68,7
Krankenstand	0,23 %	0,13 %	0,19 %	0,24 %	0,13 %	0,19 %
AU-Tage je Fall	24,8	23,4	24,4	24,9	23,3	24,3

Tabelle 29 (standardisiert)

Der Krankenstand als Folge von Arbeits- und Wegeunfällen beträgt damit gut 0,2 Prozent bei Männern beziehungsweise 0,1 Prozent bei Frauen. Dies bedeutet, dass unter 1.000 männlichen Erwerbspersonen im Jahresmittel etwas mehr als zwei Personen wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, unter 1.000 weiblichen Erwerbspersonen im Mittel über alle Tage des Jahres lediglich eine Person. Unter Männern in der TK entfielen 6,5 Prozent aller gemeldeten Krankheitsfehl-tage auf Arbeits- und Wegeunfälle, unter Frauen waren es 2014 demgegenüber nur 2,9 Prozent aller gemeldeten Krankheitsfehl-tage.

Abbildung 45 zeigt die in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen innerhalb von 100 Versicherungsjahren anfallenden Krankheitsfehl-tage unter Erwerbspers-onen der TK. Offensichtlich ist, dass insbesondere jüngere Männer überdurch-schnittlich stark von Arbeits- und Wegeunfällen betroffen sind.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht

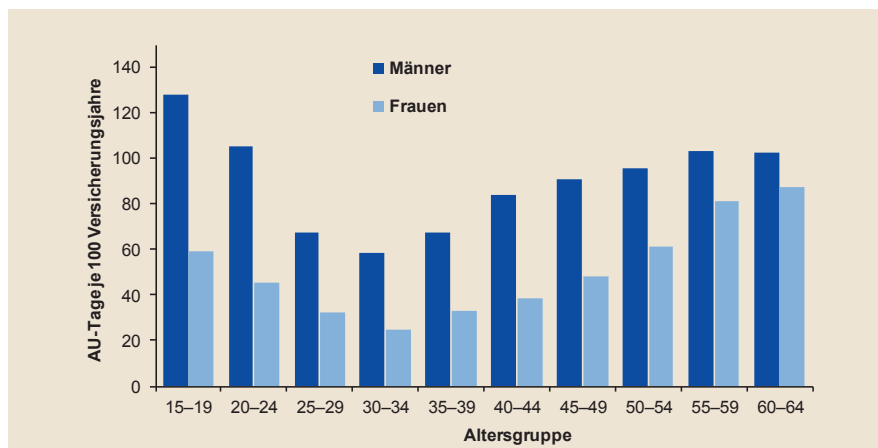


Abbildung 45 (Erwerbspersonen TK 2014)

Tabelle 30 zeigt die Verteilung von Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle auf ICD-10-Diagnosekapitel. Erwartungsgemäß entfällt mit etwa 80 Prozent der weit- aus überwiegende Teil der Fehlzeiten auf das ICD-10-Kapitel „Verletzungen und Vergiftungen“. Eine gewisse Relevanz besitzen bei den Diagnoseangaben zu Fehlzeiten wegen Arbeitsunfällen mit einem Anteil von etwa zehn Prozent auch „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“, die als Folgeerscheinungen von Un- fällen angesehen werden können. Auf alle übrigen Diagnosen entfallen zusammen die verbleibenden knapp zehn Prozent der durch Arbeits- und Wegeunfälle be- dingten Fehlzeiten.

Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2013 sowie 2014

Diagnosekapitel	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Übrige Diagnosen	9,1 %	10,1 %	9,4 %	9,0 %	10,1 %	9,3 %
Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	10,2 %	9,9 %	10,1 %	10,3 %	10,5 %	10,4 %
Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen	80,8 %	79,9 %	80,5 %	80,7 %	79,4 %	80,3 %

Tabelle 30 (prozentuale Anteile an den erkrankungsbedingten Fehlzeiten wegen Arbeits- und Wegeunfällen insgesamt, standardisiert)

Abbildung 46 zeigt AU-Tage durch Arbeits- und Wegeunfälle je 100 Versiche- rungsjahre bei männlichen und weiblichen Erwerbspersonen der TK 2014 in einer Aufgliederung nach Berufsfeldern. Insbesondere unter Männern zeigen sich dabei extreme berufsabhängige Unterschiede.

Während 2014 männliche Beschäftigte in Bau-, Bauneben- und Holzberufen 288 Tage in 100 Versicherungsjahren wegen Arbeitsunfällen krankgeschrieben waren, fehlten männliche Beschäftigte aus Verwaltungsberufen lediglich 24 Tage aus ent- sprechenden Gründen. Ein durchschnittlicher männlicher Beschäftigter mit einem Bauberuf fehlte also innerhalb eines Jahres etwa drei Tage aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen, ein Verwaltungsangestellter nur etwa einen Vierteltag, die Werte unterscheiden sich abhängig von der Berufsgruppenzugehörigkeit um mehr als den Faktor 10.

Die bereits festgestellten Unterschiede in der Häufigkeit von Arbeits- und Wege- unfällen zwischen Männern und Frauen zeigen sich auch innerhalb eines Teils der aufgeführten Berufsfelder. Frauen sind in der Regel merklich seltener von einem Arbeitsunfall betroffen als Männer, selbst wenn sie im selben Berufsfeld tätig sind. Diese Aussage gilt dabei vorrangig für Berufe mit manuellen Tätigkeiten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von Arbeitsunfällen bei Berufen mit einem hohen Anteil an Büroarbeitsplätzen sind demgegenüber nur marginal.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Berufsfeldern 2014

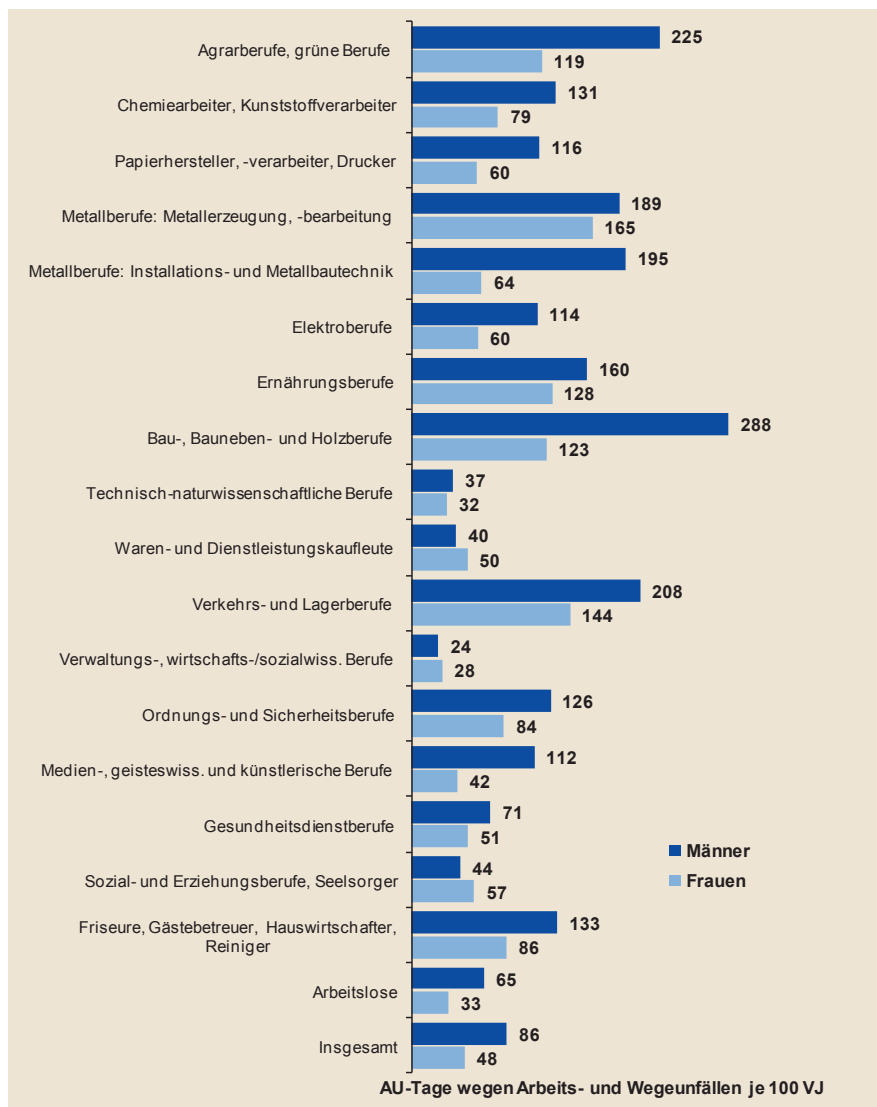


Abbildung 46 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert)

Arbeitsunfälle 2000 bis 2014

Abbildung 47 zeigt die Entwicklung der Fehlzeiten aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen in den Jahren 2000 bis 2014. Angegeben werden die in den einzelnen Jahren gemeldeten Fehlzeiten je 100 Versicherungsjahre auch getrennt für Männer und Frauen.

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen 2000 bis 2014 nach Geschlecht

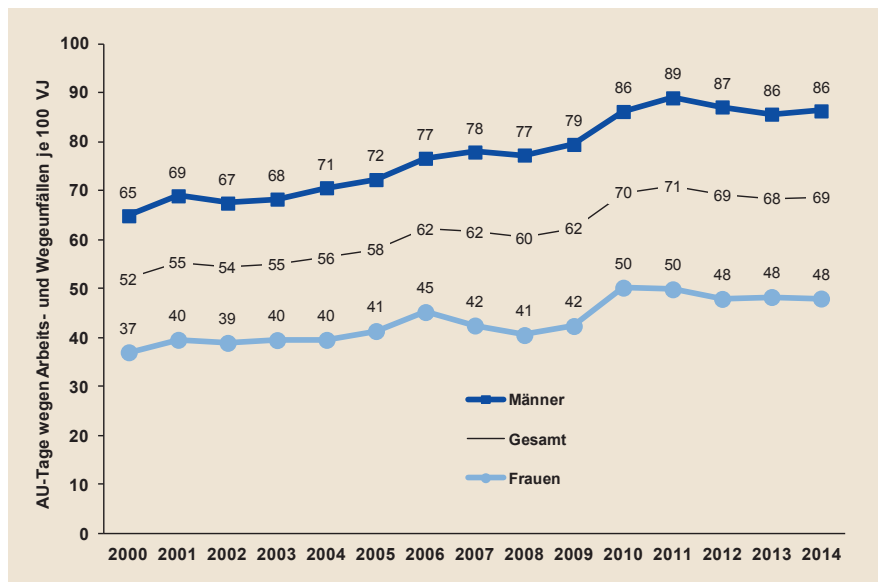


Abbildung 47 (Erwerbspersonen TK, standardisiert)

Sichtbar wird im Verlauf der Jahre ein insgesamt merklicher Anstieg, wobei sich die Fehlzeiten bei Männern in allen Jahren auf einem erheblich höheren Niveau als bei Frauen bewegen. Nach einem bisherigen Höchststand im Jahr 2011 zeigen sich in den letzten drei Jahren von 2012 bis 2014 bei beiden Geschlechtern weitgehend unveränderte Fehlzeiten aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen.

Rückenbeschwerden

Da Rückenbeschwerden auch weiterhin eine wesentliche Ursache von Arbeitsunfähigkeit bilden, werden im nachfolgenden Abschnitt Ergebnisse explizit zu diesem Thema im Zusammenhang dargestellt.

Abgrenzung von Rückenbeschwerden in Diagnosen

In der ICD 10 zählen Rückenbeschwerden zum übergeordneten Diagnosekapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Als Rückenbeschwerden im weiteren Sinne lassen sich die Diagnosen aus der Diagnosegruppe „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ bezeichnen, die alle Diagnosen mit den Ziffern zwischen M40 und M54 umfasst. Diese Diagnosegruppe gliedert sich weiter in die drei Untergruppen „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“, „Spondylopathien“ sowie „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“. Erkrankungen aus allen drei Untergruppen können Rückenbeschwerden hervorrufen. Rückenbeschwerden im engeren Sinne werden üblicherweise in der letztgenannten Untergruppe „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ erfasst, in der vier Diagnosen enthalten sind (vgl. Tabelle 31; ein Diagnoseschlüssel M52 ist in der ICD 10 nicht enthalten). Mit dem häufig verwendeten Diagnoseschlüssel M54 aus dieser Untergruppe werden Rückenschmerzen codiert. Können als Ursache für die Beschwerden umschriebene organische Veränderungen verantwortlich gemacht werden, werden zur Bezeichnung üblicherweise andere Diagnoseschlüssel verwendet. Bei Rückenbeschwerden finden sich zwar regelmäßig organische Veränderungen, die jedoch nur selten als eindeutige Ursache der Beschwerden gelten können.

Rückenbeschwerden als Ursache von Arbeitsunfähigkeit

Eine Übersicht über die Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen und ihre Bedeutung für Arbeitsunfähigkeit bei Mitgliedern der TK im Jahr 2014 zeigen die nachfolgende Tabelle 31 sowie Abbildung 48.

Je 100 Erwerbspersonen mit Mitgliedschaft in der TK wurden im Jahr 2014 insgesamt 1.480 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst. Von diesen Gesamtfehlzeiten entfielen 20,3 Prozent auf das Diagnosekapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ (301 Tage je 100 VJ), darunter 143 Tage je 100 VJ – entsprechend 9,6 Prozent aller Fehltage – auf „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40–M54), also auf Rückenbeschwerden im weiteren Sinne.

Allein auf die relativ unspezifische Diagnose M54 „Rückenschmerzen“ entfielen 80 Fehltage je 100 VJ. Diese entsprechen einem Anteil von 5,4 Prozent an den gesamten Fehlzeiten bei Erwerbspersonen in der TK 2014.

Etwa jeder 18. krankheitsbedingte Fehltag wurde also unter der Diagnose Rückenschmerzen erfasst. Lediglich auf die dreistellige Diagnose „Depressive Episode“ (F32) entfielen 2014 geschlechtsübergreifend mehr Fehltage.

Bei den durchschnittlich 4,4 Millionen Erwerbspersonen in der TK im Alter zwischen 15 und 64 Jahren wurden damit im Jahr 2014 in absoluten Zahlen 263.093 Krankmeldungen mit der Diagnose „Rückenschmerzen“ (M54) registriert. Diese dauerten durchschnittlich 13,3 Tage. Es ergeben sich so allein für die Diagnose Rückenschmerzen bei TK-versicherten Erwerbspersonen 3.511.233 Fehltage. Auf „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ insgesamt (M40–M54, Rückenbeschwerden im weiteren Sinne) entfielen 2014 in der TK-Population 6,22 Millionen Fehltage.

Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden

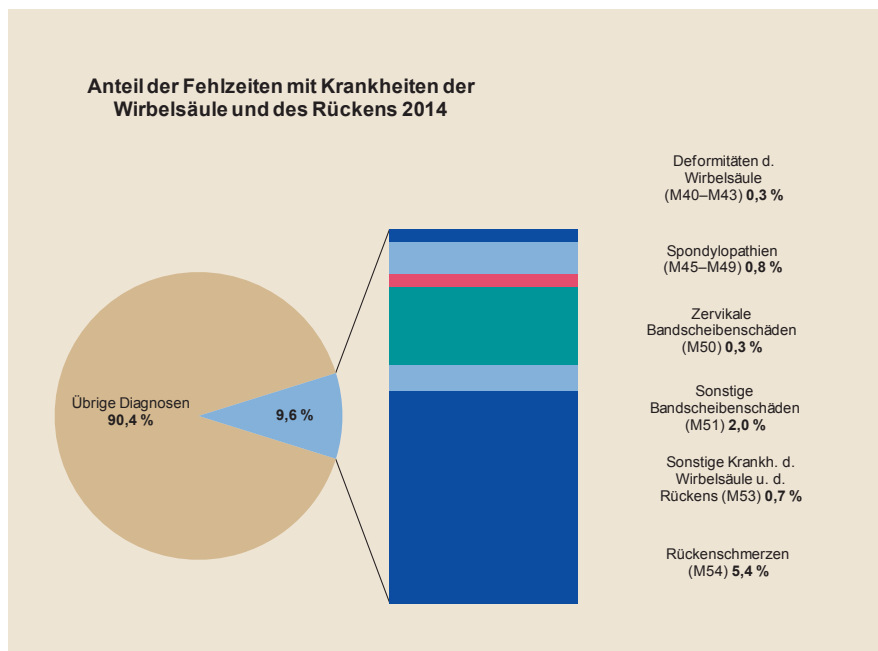


Abbildung 48 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert)

Nach den Erfahrungen aus vergangenen Jahren sind Erwerbspersonen in der TK im Vergleich zu Versicherten aus einer Reihe von anderen Krankenkassen in geringerem Ausmaß von Rückenbeschwerden betroffen, was maßgeblich aus dem Berufsspektrum von TK-Mitgliedern resultiert (vgl. Auswertungen zu Berufsgruppen weiter unten). Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ergebnisse zu Rückenbeschwerden in der TK-Population nur sehr bedingt auf Erwerbspersonen in Deutschland übertragen. Angegeben werden können lediglich sehr konservative Schätzungen. Nach entsprechenden Schätzungen dürften auch im Jahr 2014 bei Erwerbspersonen in Deutschland deutlich mehr als 40 Millionen Fehltage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, darunter mehr als 20 Millionen Fehltage allein wegen Rückenschmerzen, angefallen sein.

Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten 2014

	AU-Tage je 100 VJ			Anteil (Anteil an Rückenb.)
	Männer	Frauen	Gesamt	
Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt	1.331	1.655	1.480	100,0 %
Kapitel XIII Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	298	305	301	20,3 %
DG M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	142	143	143	9,6 % (100,0 %)
UG M40–M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	5	6	5	0,3 % (3,6 %)
UG M45–M49 Spondylopathien	12	12	12	0,8 % (8,4 %)
M47 Spondylose	7	7	7	0,5 % (4,7 %)
M48 Sonstige Spondylopathien	4	3	4	0,2 % (2,6 %)
UG M50–M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	126	125	126	8,5 % (88,0 %)
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	4	6	5	0,3 % (3,4 %)
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	31	29	30	2,0 % (20,9 %)
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule u. d. Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9	12	10	0,7 % (7,2 %)
M54 Rückenschmerzen	82	79	80	5,4 % (56,4 %)

Tabelle 31 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; DG = Diagnosegruppe, UG = Untergruppe)

Entwicklung zwischen 2000 und 2014

Zwischen 2001 und 2005 zeichnete sich eine erfreuliche Entwicklung hinsichtlich der Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden ab. Die Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40–M54) waren deutlich von 160 Fehltagen je 100 VJ im Jahr 2001 auf nur noch 119 Fehltag je 100 VJ im Jahr 2005 gesunken. Der größere Teil dieses Rückgangs lässt sich dabei auf rückläufige Fehlzeiten mit der Diagnose von „Rückenschmerzen“ (M54) zurückführen, die von 2001 bis 2005 von 87 auf 62 Fehltag je 100 VJ gesunken sind (vgl. Abbildung 49). Demgegenüber lässt sich seit 2006 erneut ein Anstieg der Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden feststellen, der sich – unter Ausnahme der Jahre 2011 und 2013 – bis 2014 fortgesetzt hat.

Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2014

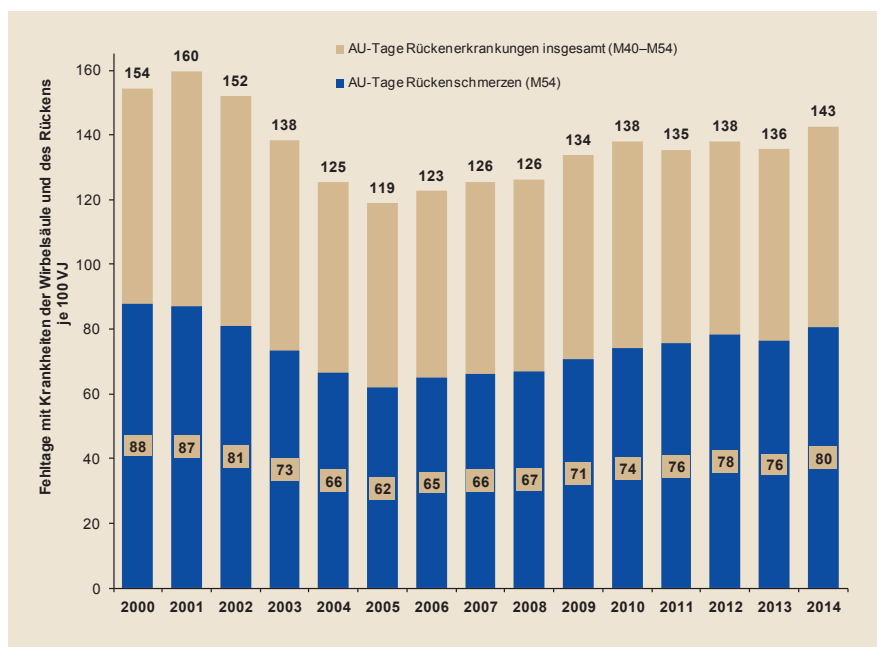


Abbildung 49 (Erwerbspersonen TK 2000–2014, standardisiert)

Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern

Sowohl von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40–M54, Rückenbeschwerden im weiteren Sinne) als auch von Rückenschmerzen als Einzeldiagnose (M54) sind einzelne Berufsgruppen in sehr unterschiedlichem Umfang betroffen. Abbildung 50 zeigt Fehlzeiten wegen entsprechender Diagnosen für Beschäftigte aus einzelnen Berufsfeldern im Jahr 2014. In den Berufsfeldern sind jeweils Tätigkeiten mit vergleichbaren Charakteristika zusammengefasst.

Die höchsten Fehlzeiten wegen Rückenbeschwerden finden sich bei Beschäftigten aus den Berufsfeldern „Metallberufe: Metallerzeugung ...“ sowie „Bau-, Bau-neben- und Holzberufe“, also in Gruppen mit körperlich ausgesprochen starker Belastung. Ein einzelner Beschäftigter aus diesen Gruppen war im Jahr 2014 durchschnittlich etwa 3,01 beziehungsweise 3,20 Tage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens krankgeschrieben. Demgegenüber wurden bei Beschäftigten in technisch-naturwissenschaftlichen Berufen mit entsprechenden Diagnosen durchschnittlich lediglich 0,81 Fehltage je Mitarbeiter und Jahr erfasst. Die Fehlzeiten variieren zwischen den einzelnen Berufsfeldern damit etwa um den Faktor 4.

Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern

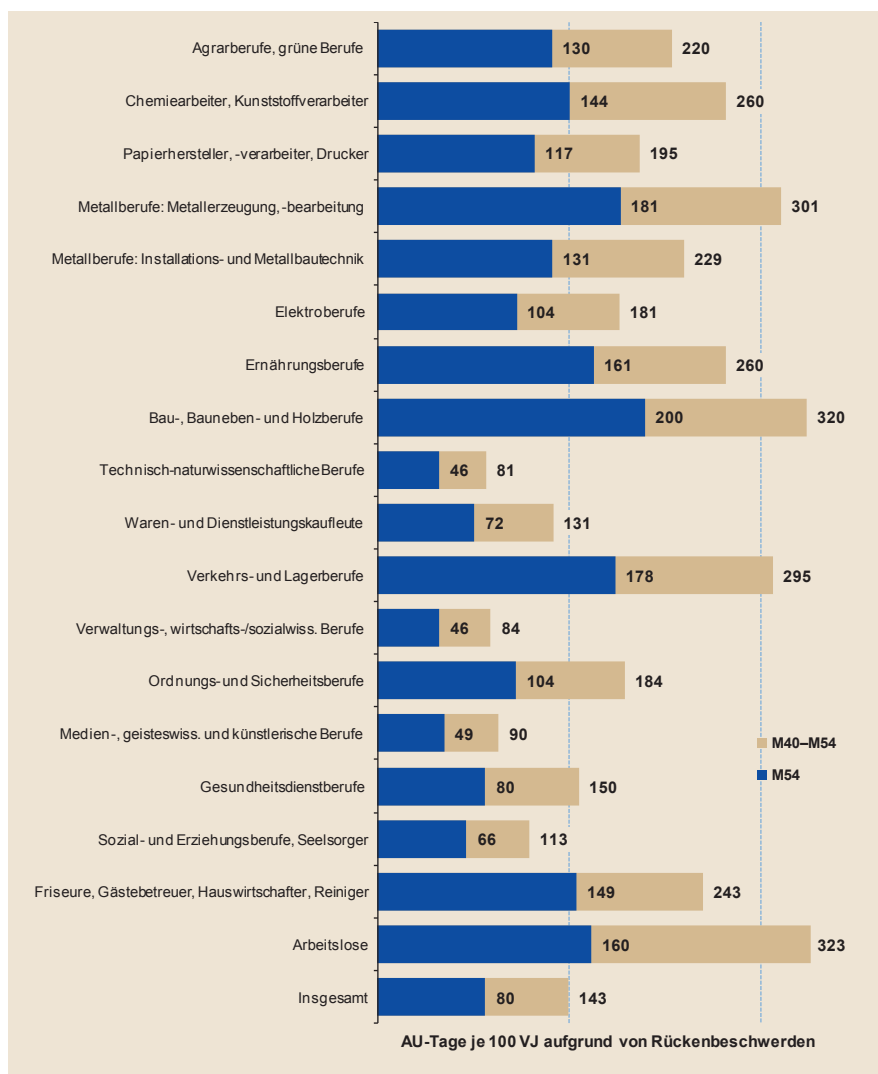


Abbildung 50 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert; unterbrochene, senkrechte Linie bei 143 und 286 AU-Tagen je 100 VJ: durchschnittliche AU-Tage je 100 VJ aufgrund von Rückenerkrankungen aller Erwerbspersonen sowie doppelter Wert)

Rückenbeschwerden in Bundesländern

Fehlzeiten aufgrund der Diagnose von Rückenbeschwerden variieren deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Tabelle 32). Während in Baden-Württemberg und Bayern bei einer Erwerbsperson 2014 im Durchschnitt lediglich 1,12 Fehltage wegen der Diagnose von „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40–M54) erfasst wurden, waren es in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich 1,86 Fehltage.

Fehltage wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern

Bundesland	M40–M54 AU-Tage je 100 VJ	Nur M54 AU-Tage je 100 VJ	Anteil M40–M54 an Gesamt	AU-Tage gesamt je 100 VJ
Schleswig-Holstein	156	88	9,7 %	1.615
Hamburg	135	82	8,6 %	1.566
Niedersachsen	159	89	10,5 %	1.518
Bremen	141	85	9,7 %	1.453
Nordrhein-Westfalen	151	84	10,0 %	1.508
Hessen	143	77	9,7 %	1.467
Rheinland-Pfalz	155	78	10,0 %	1.549
Baden-Württemberg	112	60	9,1 %	1.224
Bayern	112	60	8,8 %	1.278
Saarland	178	85	10,6 %	1.682
Berlin	151	94	9,2 %	1.643
Brandenburg	178	111	9,8 %	1.828
Mecklenburg-Vorpommern	186	119	10,2 %	1.832
Sachsen	119	77	8,2 %	1.449
Sachsen-Anhalt	171	109	9,7 %	1.760
Thüringen	160	98	9,6 %	1.663
Gesamt	143	80	9,6 %	1.480

Tabelle 32 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert)

Fehltagen aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern

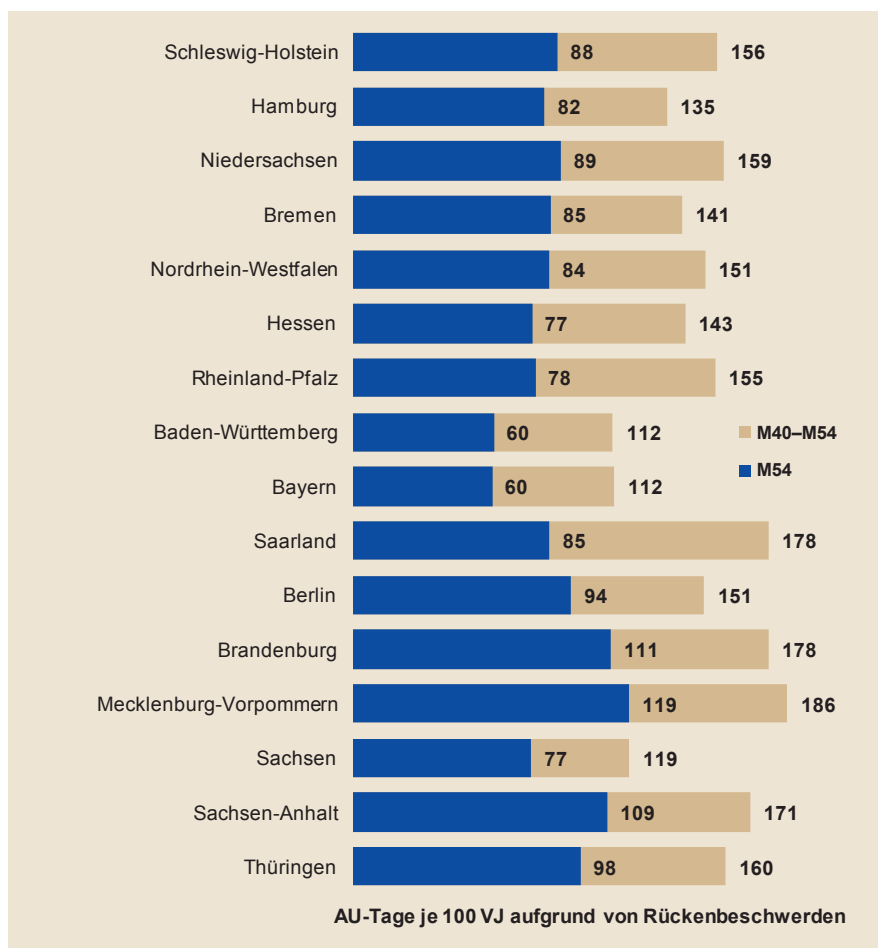


Abbildung 51 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert; ICD 10: M40–M54)

In einigen Bundesländern mit insgesamt geringen Fehlzeiten, wie Sachsen, Bayern und Baden-Württemberg, ist zugleich auch der Anteil von Fehlzeiten mit der Diagnose von Rückenbeschwerden an den Gesamtfehlzeiten verhältnismäßig gering. Hieraus resultiert, dass die relativen Unterschiede zwischen den Bundesländern im Hinblick auf die Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden noch stärker ausgeprägt sind als die Unterschiede im Hinblick auf die Fehlzeiten insgesamt (vgl. Tabelle 32).

Arzneimittelverordnungen

Arzneimittelverordnungen insgesamt

Für Erwerbspersonen in der TK (ohne ALG-II-Empfänger) wurden innerhalb von 1.604 Millionen Versicherungstagen des Jahres 2014 insgesamt 20,3 Millionen Präparate beziehungsweise 21,5 Millionen Arzneimittelpackungen verordnet. Für 95 Prozent der verordneten Präparate waren Angaben zum ATC-Code sowie zu definierten Tagesdosen vorhanden. Aus den letztgenannten Angaben lässt sich ein Verordnungsvolumen von insgesamt 1.117 Millionen definierten Tagesdosen bei Erwerbspersonen mit Versicherung in der TK ermitteln (Erläuterungen zu den ermittelten Kenngrößen finden sich im Anhang ab Seite 210).

Tabelle 33 gibt zunächst Auskunft über die Anteile der im Jahr 2014 von mindestens einer Arzneimittelverordnung betroffenen Erwerbspersonen insgesamt. Zusätzlich ausgewiesen sind die Anteile von Erwerbspersonen mit Verordnungen von Ärzten aus ausgewählten Facharztgruppen.

Anteil Erwerbspersonen mit Arzneimittelverordnungen 2013 und 2014

Verordnende Arztgruppe	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Augenärzte	3,7 %	4,5 %	4,1 %	3,7 %	4,5 %	4,1 %
Chirurgen	3,4 %	3,3 %	3,4 %	3,5 %	3,4 %	3,4 %
Frauenärzte	0,0 %	17,9 %	8,2 %	0,0 %	18,2 %	8,4 %
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	5,7 %	7,3 %	6,4 %	5,7 %	7,3 %	6,4 %
Hautärzte	8,2 %	11,5 %	9,7 %	8,2 %	11,5 %	9,7 %
Ärzte für innere Medizin	19,5 %	23,8 %	21,5 %	19,4 %	24,1 %	21,6 %
Psychiater	3,0 %	4,8 %	3,8 %	3,0 %	4,9 %	3,9 %
Orthopäden	5,4 %	6,5 %	5,9 %	5,4 %	6,5 %	5,9 %
Urologen	3,0 %	1,5 %	2,3 %	3,0 %	1,5 %	2,3 %
Allgemeinmediziner, Hausärzte	43,6 %	50,6 %	46,8 %	42,1 %	49,4 %	45,5 %
Zahnärzte	5,6 %	6,7 %	6,1 %	5,6 %	6,7 %	6,1 %
Insgesamt (beliebige Arztgruppe)	66,3 %	77,7 %	71,5 %	65,2 %	77,1 %	70,7 %

Tabelle 33 (Bezugsgruppe: Erwerbspersonen mit TK-Mitgliedschaft am 1. Januar; standardisiert)

Von den Erwerbspersonen, die am 1. Januar 2014 bei der TK versichert waren, erhielten mit 70,7 Prozent mehr als zwei Drittel im Verlauf desselben Jahres zumindest eine Arzneimittelverordnung, die zulasten der Krankenkasse abgerechnet wurde. Im Vergleich zum Vorjahr mit 71,5 Prozent ist der Anteil der Erwerbspersonen mit mindestens einer kassenseitig erstatteten Arzneiverordnung leicht gesunken. Frauen waren häufiger als Männer betroffen, lediglich 22,9 Prozent der Frauen erhielten kein Rezept. Unter Männern lag der Anteil ohne Arzneiverordnung mit 34,8 Prozent merklich höher.

Nach fachgruppenbezogenen Auswertungen resultiert das insgesamt leichte Absinken der Verordnungsquote gegenüber dem Vorjahr insbesondere aus selteneren Verordnungen von Allgemeinmediziner*innen. 2013 erhielten 43,6 Prozent der männlichen und 50,6 Prozent der weiblichen Erwerbspersonen zumindest ein Rezept vom Allgemeinarzt, 2014 waren es 42,1 beziehungsweise 49,4 Prozent, was durch eine 2014 im Vergleich zum Vorjahr deutlich schwächer ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle mitbedingt gewesen sein dürfte (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 34 zeigt weitere grundlegende Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen für die Gesamtgruppe der Erwerbspersonen. Methodische Erläuterungen finden sich im Anhang ab Seite 210.

Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr 2013 und 2014

Parameter	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Arztkontakte mit Verordnung je VJ	2,77	3,74	3,22	2,73	3,72	3,19
Präparate je VJ	4,14	5,03	4,55	4,10	5,01	4,52
Packungen je VJ	4,44	5,25	4,81	4,41	5,23	4,79
Präparate mit ATC-Zuordnung je VJ (Anteil an allen Präparaten)	3,90 (94 %)	4,79 (95 %)	4,31 (95 %)	3,89 (95 %)	4,79 (96 %)	4,31 (95 %)
Präparate mit DDD-Angabe je VJ (Anteil an allen Präparaten)	3,90 (94 %)	4,79 (95 %)	4,31 (95 %)	3,89 (95 %)	4,79 (96 %)	4,31 (95 %)
DDD je Präparat*	61	48	54	64	50	57
DDD je VJ*	237	232	235	248	241	245

Tabelle 34 (*nur Präparate mit DDD-Angabe; Erwerbspersonen, standardisiert)

Die aus den Arzneimittelverordnungsdaten ableitbare Zahl von Arztkontakten, also ausschließlich Arztkontakten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung, belief sich im Jahr 2014 unter Männern innerhalb eines Versicherungsjahres auf durchschnittlich 2,73, unter Frauen waren es durchschnittlich 3,72 Kontakte je Versicherungsjahr. Da je Kontakt mehrere Präparate und je Präparat gegebenenfalls auch

mehrere Packungen verordnet werden können, liegen die entsprechenden Zahlenwerte erwartungsgemäß entsprechend höher. Bei durchschnittlich 57 DDD je Präparat erhielt eine Erwerbsperson innerhalb eines Versicherungsjahres 2014 durchschnittlich insgesamt 245 Tagesdosen Arzneimittel verordnet. Der Wert ist im Vergleich zum Jahr 2013 für Frauen nach altersstandardisierten Auswertungen von 232 auf 241 DDD je Versicherungsjahr um 4,2 Prozent gestiegen. Für Männer lässt sich ein Anstieg des Verordnungsvolumens um 4,7 Prozent von 237 auf 248 DDD je Versicherungsjahr verzeichnen. Geschlechtsübergreifend lag der Anstieg des Verordnungsvolumens bei 4,5 Prozent.

Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Die Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen variieren in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Versicherten. Nur verhältnismäßig geringe Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Anteile der Erwerbspersonen, die im Laufe eines Jahres zumindest einmal ein beliebiges Medikament verordnet bekamen. In allen Altersgruppen lag dieser Anteil bei Männern über 50 Prozent, bei Frauen oberhalb von 70 Prozent (vgl. Abbildung 52 sowie Tabelle A24 auf Seite 185 im Anhang). Deutlichere Variationen zeigt die Zahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (vgl. Abbildung 53; nur Kontakte mit mindestens einer Arzneimittelverordnung). Bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahren wurden 2014 durchschnittlich lediglich etwa 1,5 Arztkontakte mit einer Verordnung erfasst. Frauen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren hatten im Jahr demgegenüber durchschnittlich 6,0 Arztkontakte mit einer Arzneimittelverordnung. Ähnlich wie die Zahl der Arztkontakte und lediglich auf einem insgesamt höheren Wertenniveau variiert die Zahl der verordneten Präparate (vgl. Abbildung 54 auf Seite 148).

Noch deutlichere alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich bei einer Betrachtung von Tagesdosen der verordneten Medikamente in Abbildung 55 beziehungsweise Tabelle A25 auf Seite 185 im Anhang. Die geringsten Verordnungsmengen wiesen Männer im Alter zwischen 20 und 24 Jahren mit 61 DDD je Versicherungsjahr auf, die größten Mengen Männer ab 60 Jahren mit 720 DDD je Versicherungsjahr. Insbesondere in dieser Altersgruppe ist es unter Männern in den letzten Jahren zu einem merklichen Anstieg des Verordnungsvolumens gekommen. Im Jahr 2004 waren bei Männern im Alter zwischen 60 und 64 Jahren lediglich 431 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet worden, 2008 waren es 621 DDD je Versicherungsjahr. 2009 ergab sich im Vergleich zum Vorjahr mit 606 DDD je Versicherungsjahr erstmals rechnerisch wieder ein rückläufiges Verordnungsvolumen. Die Ursache hierfür lag allerdings in einer international veränderten Festlegung von definierten Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern. 2010 zeigte sich trotz veränderter Bemessung bereits wieder ein Anstieg auf 631 DDD je Versicherungsjahr.

Auffällig hoch ist das Verordnungsvolumen bei jungen Frauen bis zum 20. Lebensjahr mit durchschnittlich 317 DDD je Versicherungsjahr. Ursache hierfür sind ärztliche Verordnungen von Kontrazeptiva, die bei Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2014

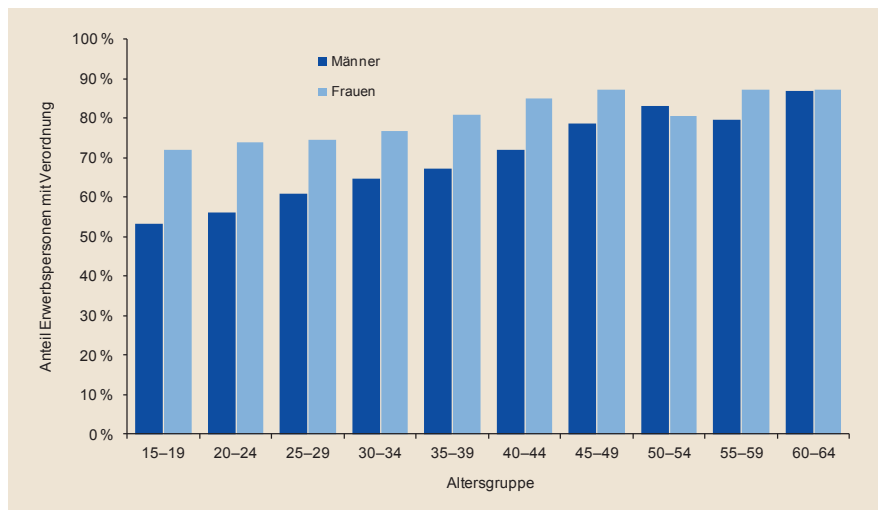


Abbildung 52 (Anteil an allen Erwerbspersonen der TK mit Versicherung am 1. Januar 2014)

Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2014

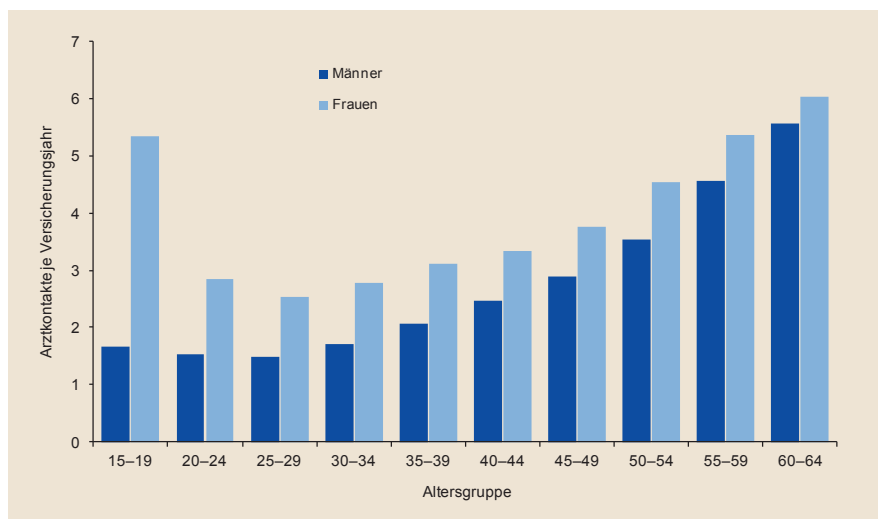


Abbildung 53 (Erwerbspersonen TK, Arztkontakte mit Arzneimittelverordnungen)

Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014

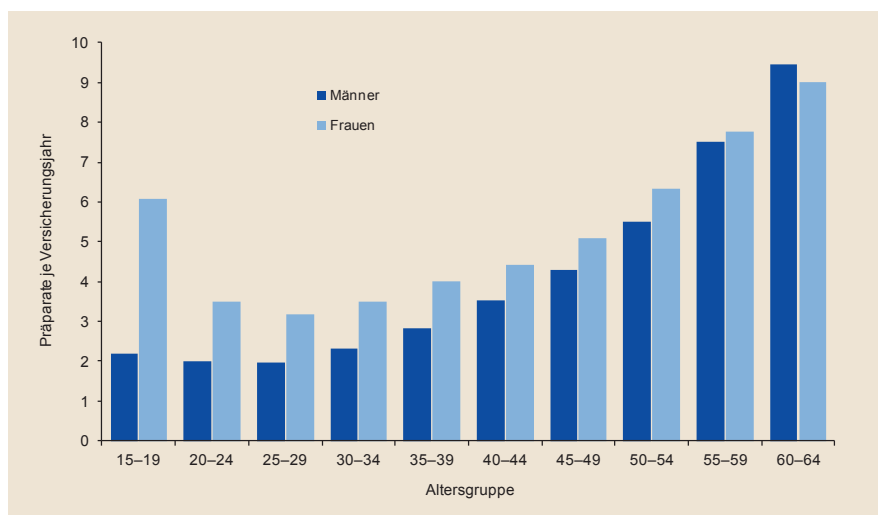


Abbildung 54 (Erwerbspersonen TK)

DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014

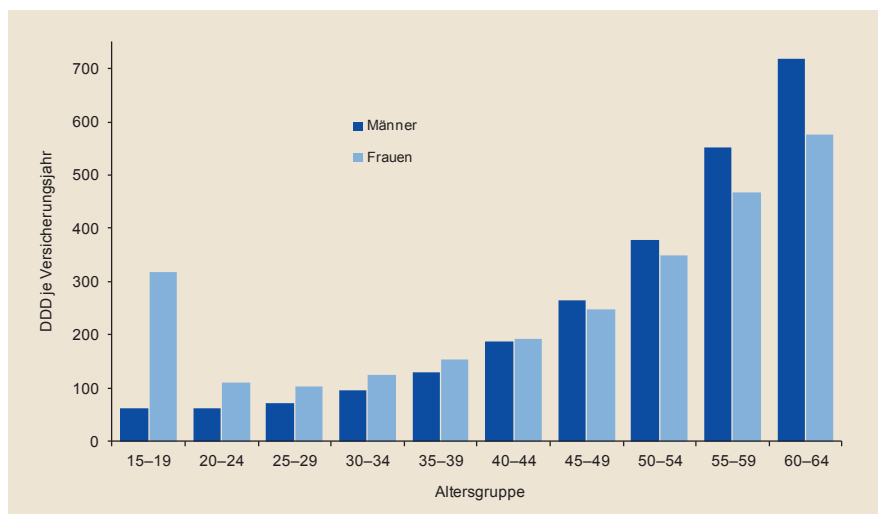


Abbildung 55 (Erwerbspersonen TK, Präparate mit DDD-Angabe)

Arzneimittelverordnungen nach Bundesländern

Der Umfang von Arzneimittelverordnungen zeigt nach Untersuchungen wie beispielsweise dem Arzneiverordnungs-Report von Schwabe und Paffrath traditionell merkliche regionale Differenzen. Ein Ausdruck der regionalen Unterschiede sind unter anderem die recht unterschiedlichen Arzneimittelbudgets, die in den vergangenen Jahren den einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen, bezogen auf die Anzahl der GKV-Versicherten, zugestanden wurden. Inwiefern regionale Unterschiede bei Arzneimittelverordnungen in der relativ homogenen Gruppe der Erwerbspersonen bestehen, soll an dieser Stelle näher betrachtet werden. Wie in den meisten anderen Darstellungen des Gesundheitsreports werden auch an dieser Stelle geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert. Mögliche Unterschiede von Versichertenpopulationen in Bundesländern hinsichtlich dieser Strukturmerkmale wurden damit rechnerisch ausgeglichen und haben so keinen relevanten Einfluss auf die Ergebnisse beziehungsweise können bei der Interpretation vernachlässigt werden.

Abbildung 56 zeigt die durchschnittliche Zahl von Arztkontakten sowie die Anzahl der verordneten DDD je Versicherungsjahr bei Erwerbspersonen nach Bundesländern. Für die regionale Zuordnung war der aktuelle Wohnsitz der Versicherten maßgeblich.

Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte je Versicherungsjahr mit Verordnung variiert bundeslandabhängig bei Erwerbspersonen zwischen 2,74 Kontakten in Sachsen und 3,68 Kontakten im Saarland. Die Anzahl der dabei verordneten Tagesdosen variiert zwischen 220 DDD je Versicherungsjahr in Bayern und 283 DDD je Versicherungsjahr in Sachsen-Anhalt. Der Höchstwert liegt damit etwa ein Viertel über dem entsprechenden bundeslandspezifischen Mindestwert.

Auffällig erscheint das, gemessen an regionalen Fehlzeiten, verhältnismäßig geringe Verordnungsvolumen in den Stadtstaaten, darunter insbesondere in Bremen und Berlin. Vor dem Hintergrund einer hohen Arztdichte in dieser Region wären auf den ersten Blick eher relativ hohe Verordnungsziffern – im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrage – zu erwarten. Gleichzeitig finden sich für Erwerbspersonen in Berlin im Vergleich zu anderen Bundesländern verhältnismäßig hohe Krankenstände – eine hohe Zahl von Arzneiverordnungen wäre auch vor diesem Hintergrund zunächst nicht unerwartet gewesen.

Offensichtlich zeigt das bundeslandspezifische Verordnungsvolumen (gemessen in DDD) jedoch nicht uneingeschränkt einen einfachen linearen Zusammenhang mit den durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten von Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 57).

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2014

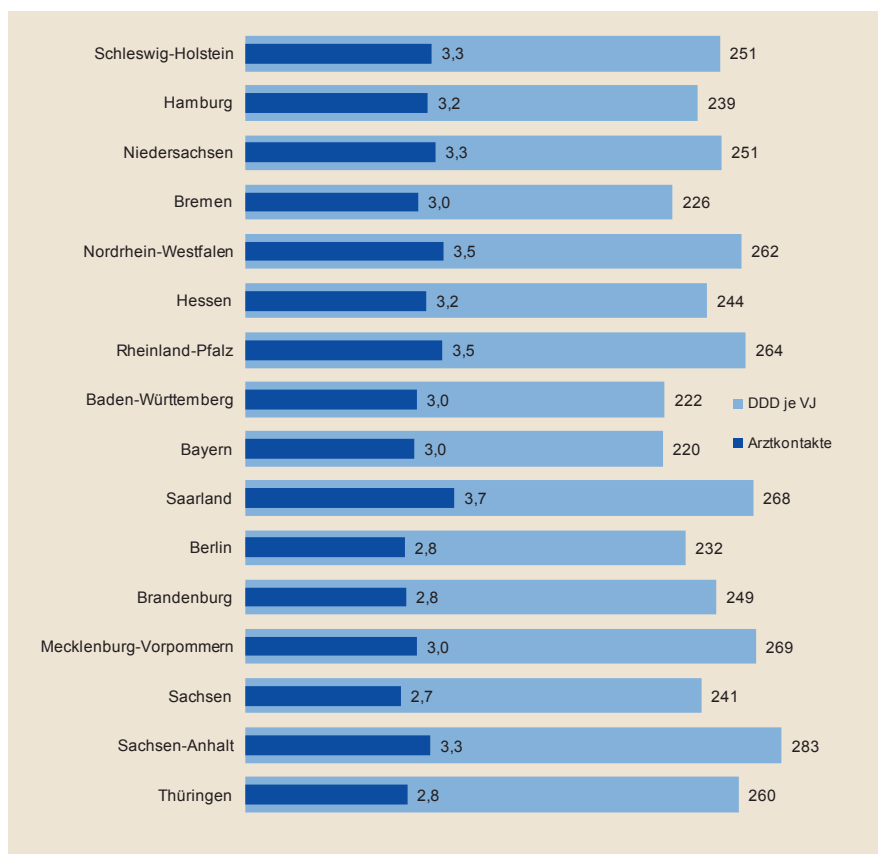


Abbildung 56 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Während in Bezug auf die meisten Bundesländer mit steigenden Fehlzeiten auch regional ermittelte Verordnungsvolumen annähernd proportional zunehmen, bewegen sich die Verordnungsvolumen in den Stadtstaaten (sowie tendenziell auch in Brandenburg) in Relation zu den regional ermittelten Fehlzeiten auf einem merklich niedrigeren Niveau. Bei vergleichbarem Krankenstand wird in den Stadtstaaten also eine geringere Zahl an Tagesdosen als in den übrigen Bundesländern verordnet. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass in großstädtischen Regionen Arzneimittel tendenziell zurückhaltender verordnet werden. Eine Rolle könnte dabei spielen, dass in Ballungsgebieten nichtmedikamentöse Therapieoptionen (zum Beispiel Krankengymnastik, Psychotherapie) besser verfügbar sind.

AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2014

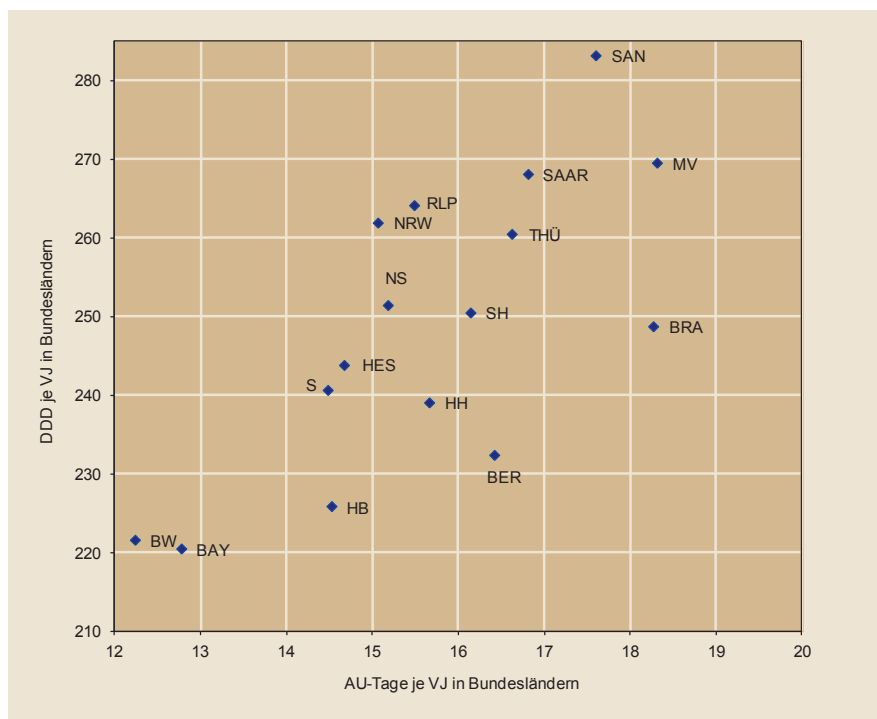


Abbildung 57 (standardisierte Werte zu 16 Bundesländern; Korrelationskoeffizient: $r=0,73$; Korrelationskoeffizient bei Berücksichtigung von zwölf Bundesländern ohne die Stadtstaaten und Brandenburg: $r=0,91$)

Im Vergleich zu Ergebnissen aus dem Jahr 2003, also aus Zeiten vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, sind statistische Zusammenhänge zwischen Arbeitsfehlzeiten und Arzneiverordnungsvolumen auf Bundeslandebene in aktuelleren Daten sehr viel deutlicher nachweisbar: Während sich nach Daten zum Jahr 2014 ein Korrelationskoeffizient von $r=0,73$ ergibt, hat dieser Wert in Daten zum Jahr 2003 lediglich bei $r=0,14$ gelegen (vgl. Gesundheitsreport 2004, Seite 67). Bis zum Jahr 2003 waren von den Krankenkassen auch rezeptfreie Arzneimittel in größerem Umfang erstattet worden. Diese dürften häufig auch bei Erkrankungen und Beschwerden unabhängig von Arbeitsunfähigkeit oder nach regionaltypischen Gewohnheiten verordnet worden sein, was den seinerzeit nur schwachen statistischen Zusammenhang zwischen den Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeit auf Bundeslandebene erklären würde.

Arzneimittelverordnungen nach Arzneimittelgruppen

Übergreifende Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen können einen Überblick über das Gesamtverordnungsvolumen geben. Einen ersten Eindruck von der Relevanz einzelner Medikamentengruppen vermittelt Abbildung 58. Aufgeführt ist die Anzahl der durchschnittlich innerhalb des Versicherungsjahres 2014 verordneten Präparate, getrennt für 13 von insgesamt 14 anatomischen Gruppen des ATC. Diese anatomischen Gruppen des ATC bilden mit ihrer Zuordnung von Arzneimitteln zu Organsystemen im weiteren Sinne dessen oberste Gliederungsebene. Eine Auflistung typischer Arzneimittel in den anatomischen Gruppen des ATC und ihre typischen Anwendungsbereiche finden sich in Tabelle A53 auf Seite 224 im Anhang.

Verordnete Präparate je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen

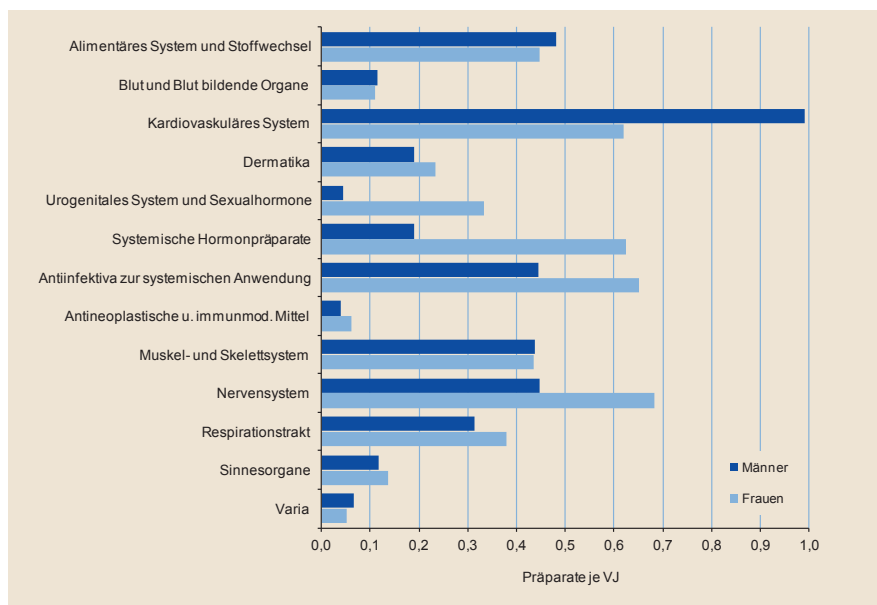


Abbildung 58 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2014)

Unter männlichen Erwerbspersonen verteilen sich Verordnungen von Präparaten im Wesentlichen auf fünf der 14 Gruppen. Durchschnittlich 0,99 Präparate pro Jahr und Erwerbsperson, also etwa ein Präparat pro Person, wurden zur Behandlung des kardiovaskulären Systems (Herz-Kreislauf-System) verordnet. Mehr als 0,4 Präparate pro Jahr wurden 2014 bei männlichen Erwerbspersonen zur Behandlung des alimentären Systems und des Stoffwechsels (inklusive Magen-

Darm-Präparate), zur Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems, zur Behandlung von Infekten (vorrangig Antibiotika) und zur Behandlung von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verordnet. Unter Frauen am häufigsten verordnet wurden Präparate zur Behandlung des Nervensystems mit 0,68 Präparaten pro Jahr. Auf fast vergleichbarem Niveau folgen Antiinfektiva, systemische Hormonpräparate (vorrangig Schilddrüsenhormone) sowie Präparate zur Behandlung des kardiovaskulären Systems mit jeweils durchschnittlich mehr als 0,6 Präparaten je Versicherungsjahr.

Ein deutlich abweichendes Bild hinsichtlich Arzneimittelverordnungen erhält man, wenn die Zahl der verordneten Tagesdosen betrachtet wird. Insbesondere die typischerweise zur langfristigen Medikation mit dann präparatebezogen jeweils vielen Tagesdosen eingesetzten Präparate erhalten ein sehr viel stärkeres Gewicht (vgl. Abbildung 59).

Verordnete DDD je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen

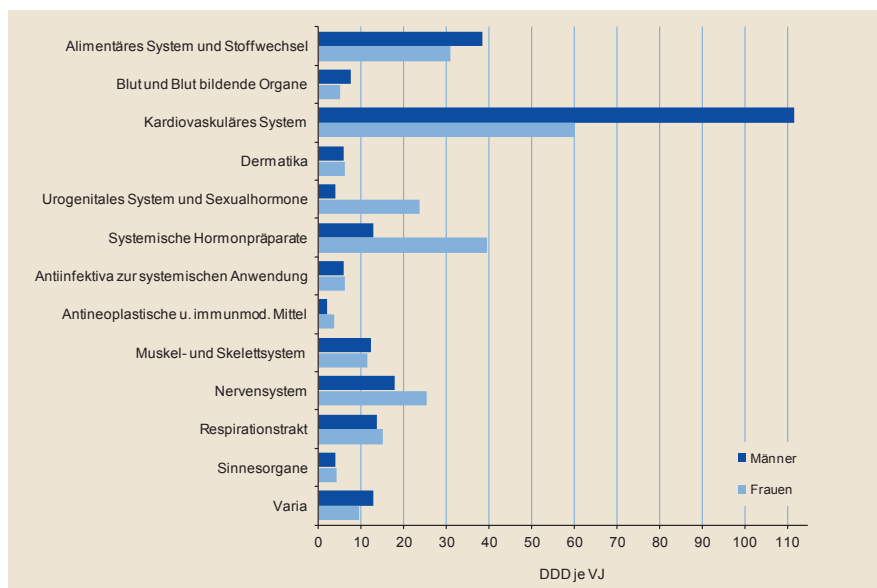


Abbildung 59 (standardisiert; Erwerbspersonen TK 2014)

Gemessen an der Zahl verordneter Tagesdosen bildeten bei Männern Arzneimittel zur Behandlung des kardiovaskulären Systems mit durchschnittlich 112 Tagesdosen je Versicherungsjahr bei weiter steigenden Verordnungsvolumen auch 2014 die mit Abstand relevanteste Medikation. Auf einen Wert von 60 Tagesdosen kommen 2014 Verordnungen von kardiovaskulär wirksamen Medikamenten bei Frauen (vgl. auch Tabelle A27 auf Seite 187 im Anhang), an zweiter Stelle folgen

bei Frauen systemische Hormonpräparate mit 39,5 Tagesdosen je Versicherungsjahr. Einen im Vergleich zum Vorjahr nur leicht gestiegenen Wert von 23,6 Tagesdosen je Versicherungsjahr erreichen unter Frauen Verordnungen von Sexualhormonen, zur Behandlung des Nervensystems wurden bei Frauen 25,5 Tagesdosen verordnet.

Geschlechtsübergreifend zeigt sich der bedeutsamste Anstieg seit 2000 in Bezug auf das Verordnungsvolumen bei kardiovaskulär wirksamen Medikamenten, das vorrangig aus Verordnungen blutdrucksenkender Medikamente resultiert (vgl. Abbildung 60). Während 2000 je Versicherungsjahr nach altersstandardisierten Auswertungen geschlechtsübergreifend erst 48,8 Tagesdosen verordnet wurden, waren es 2014 87,9 DDD je Versicherungsjahr, was einer Zunahme um 80 Prozent entspricht (zu Zahlen ab 2005 vgl. auch Tabelle A28 auf Seite 188 im Anhang). Ein rechnerisch leichter Verordnungsrückgang 2009 resultierte aus einer international festgelegten Veränderung der Bemessung von definierten Tagesdosen bei Lipidsenkern ab 2009 und spiegelt insofern keinen realen Rückgang der Verordnungsmenge wider.

Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2014

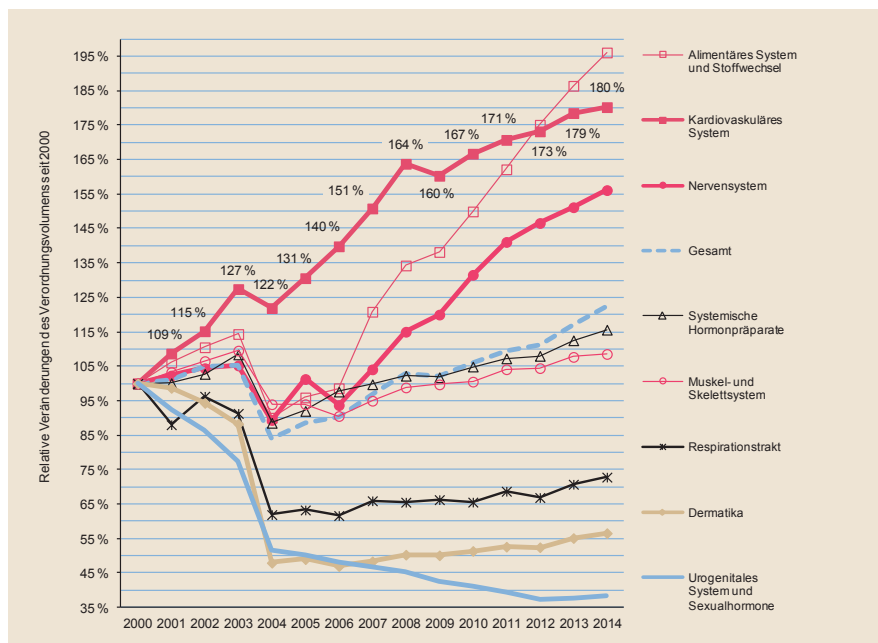


Abbildung 60 (Erwerbspersonen TK 2000–2014; standardisierte Verordnungsvolumen [DDD je VJ] in den einzelnen Gruppen im Jahr 2000 jeweils 100 Prozent)

Eine noch stärkere anteilige Zunahme (seit 2000 um 96 Prozent trotz des zwischenzeitlichen Rückgangs seit 2004 um 118 Prozent) findet sich bei Arzneimitteln aus der Gruppe „Alimentäres System und Stoffwechsel“, von denen 2014 durchschnittlich 35,0 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet wurden. 2004 waren es demgegenüber erst 16,1 Tagesdosen. Maßgeblich mitverantwortlich für den Anstieg ist die vermehrte protektive Gabe von Protonenpumpenhemmern bei Verordnungen nichtsteroidaler Antiphlogistika. Relativ deutlich stieg seit 2006 zudem das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zur Behandlung des Nervensystems. Während 2006 durchschnittlich 12,8 Tagesdosen je Versicherungsjahr verordnet wurden, waren es 2014 21,4 DDD je Versicherungsjahr und damit 67 Prozent mehr als 2006. Zwangsläufig bleibt eine Darstellung von Verordnungen auf der Ebene der anatomischen Hauptgruppen des ATC wenig anschaulich im Hinblick auf die konkret verordneten Arzneimittel. Detailliertere Hinweise gibt Tabelle 35. Aufgeführt werden die 30 am häufigsten verordneten Präparate bei einer Differenzierung nach dreistelligem ATC-Code. Die 30 genannten Präparate machen mit 86 Prozent den weitaus überwiegenden Teil aller Verordnungen aus. Ergänzend finden sich weiter differenzierte Angaben zur Verordnungshäufigkeit nach vierstelligem ATC-Code in Tabelle A29 sowie Tabelle A30 ab Seite 189 im Anhang. Mit durchschnittlich 0,40 beziehungsweise 0,59 Präparaten je Versicherungsjahr entfallen knapp zehn Prozent aller Verordnungen bei Männern und zwölf Prozent der verordneten Präparate bei Frauen auf Antibiotika. Diese bilden damit geschlechtsübergreifend die bedeutsamste Verordnungsgruppe auf der Ebene dreistelliger ATC-Schlüssel. Häufiger als Frauen erhielten Männer insbesondere Arzneimittel zur Behandlung von Bluthochdruck (ACE-Hemmer beziehungsweise Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System [C09], Betablocker [C07], Calciumkanalblocker [C08] sowie Diuretika [C03]). Gleichfalls häufiger wurden bei Männern Antidiabetika (A10), lipidsenkende sowie antithrombotische Mittel (C10 und B01) verordnet. Alle genannten Verordnungen betreffen Risikofaktoren bezüglich der koronaren Herzerkrankung beziehungsweise des Herzinfarkts. Des Weiteren wurden bei Männern Arzneimittel zur Behandlung von Gicht (M04) deutlich häufiger verordnet als bei Frauen. Die meisten der übrigen anteilig relevanten Arzneien wurden – gemessen an der Präparatezahl – häufiger bei Frauen verordnet.

Ein verändertes Bild zeigt in Tabelle 36 die Auflistung der Präparate nach dreistelliger ATC-Codierung in einer Rangfolge, gemessen am Verordnungsvolumen in DDD. In dieser Rangfolge führen Arzneimittel, die typischerweise längerfristig verordnet werden. Insofern finden sich die zumeist nur kurzfristig angewendeten Antibiotika mit durchschnittlich 5,0 Tagesdosen je Versicherungsjahr erst auf Rang 14. Unter Frauen wurden nach ACE-Hemmern Schilddrüsen therapeutika mit 35,1 DDD je Versicherungsjahr am meisten verordnet. 2007 lagen Sexualhormone mit 29,8 DDD je Versicherungsjahr noch auf Rang eins; 2014 wurden diese nur noch in einem Umfang von 22,3 DDD je Versicherungsjahr verordnet.

Von den verordneten Sexualhormonen entfiel auch 2014 mit 7,0 Tagesdosen ein bedeutsamer Anteil auf hormonelle Kontrazeptiva, die regulär ausschließlich bei Frauen bis zum 20. Lebensjahr von der Kasse als solche finanziert werden (vgl. Tabelle A30 auf Seite 190 im Anhang).

Häufig verordnete Präparate 2014 (je VJ, nach ATC, dreistellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	0,396	0,593	0,487
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	0,358	0,388	0,372
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	0,435	0,252	0,351
H03	Schilddrüsentherapie	0,117	0,528	0,306
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,222	0,234	0,227
N02	Analgetika	0,160	0,265	0,209
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,223	0,188	0,207
N06	Psychoanaleptika	0,154	0,251	0,199
R03	Antiasthmatica	0,183	0,203	0,192
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,010	0,275	0,132
A10	Antidiabetika	0,162	0,071	0,120
S01	Ophthalmika	0,102	0,124	0,112
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	0,082	0,109	0,094
C10	Lipidsenkende Mittel	0,126	0,048	0,090
B01	Antithrombotische Mittel	0,098	0,062	0,082
C08	Calciumkanalblocker	0,102	0,054	0,080
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	0,070	0,090	0,079
R01	Rhinologika	0,069	0,084	0,076
N05	Psycholeptika	0,065	0,086	0,075
R05	Husten- und Erkältungspräparate	0,040	0,057	0,048
C03	Diuretika	0,053	0,040	0,047
N03	Antiepileptika	0,044	0,049	0,046
A03	Spasmolytika, Anticholinergika und Prokinetika	0,032	0,053	0,042
V04	Diagnostika	0,048	0,034	0,042
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung	0,040	0,033	0,037
M04	Gichtmittel	0,053	0,006	0,032
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	0,022	0,036	0,028
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	0,029	0,027	0,028
L04	Immunsuppressiva	0,028	0,028	0,028
M03	Muskelrelaxanzien	0,023	0,032	0,027
	Genannte gesamt	3,55 (86 %)	4,30 (86 %)	3,89 (86 %)
	Insgesamt	4,101	5,006	4,518

Tabelle 35 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Häufigkeit der Präparateverordnungen je Versicherungsjahr [VJ] in der Gesamtpopulation)

Verordnete Tagesdosen 2014 (DDD je VJ, nach ATC, dreistellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	66,7	35,8	52,5
A02	Antacida, Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	21,8	20,3	21,1
H03	Schilddrüsentherapie	9,1	35,1	21,1
N06	Psychoanaleptika	10,9	17,3	13,8
C07	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	12,9	9,8	11,5
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	0,8	22,3	10,7
R03	Antiasthmatika	9,7	10,1	9,9
C08	Calciumkanalblocker	12,4	5,8	9,4
A10	Antidiabetika	12,7	5,4	9,3
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	8,5	9,8	9,1
C10	Lipidsenkende Mittel	13,0	4,3	9,0
V04	Diagnostika	9,8	6,6	8,3
B01	Antithrombotische Mittel	6,8	3,2	5,1
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	4,5	5,6	5,0
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung	3,6	4,3	3,9
S01	Ophthalmika	3,8	4,0	3,9
C03	Diuretika	4,0	3,0	3,5
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	2,8	3,3	3,0
V01	Allergene	2,8	2,9	2,9
R01	Rhinologika	2,4	2,7	2,5
N02	Analgetika	2,0	3,2	2,5
N03	Antiepileptika	2,2	1,9	2,1
G04	Urologika	3,0	0,8	2,0
N05	Psycholeptika	1,8	2,0	1,9
M04	Gichtmittel	3,0	0,3	1,8
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,2	1,9	1,6
A07	Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	1,6	1,4	1,5
L04	Immunsuppressiva	1,5	1,4	1,4
A11	Vitamine	0,7	1,7	1,2
B03	Antianämika	0,6	1,8	1,2
	Genannte gesamt	236,6 (95 %)	228,2 (95 %)	232,7 (95 %)
	Insgesamt	248,3	241,4	245,1

Tabelle 36 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Menge der verordneten Tagesdosen beziehungsweise DDD je Versicherungsjahr [VJ] in der Gesamtpopulation – nur Arzneimittel mit DDD-Angabe)

Arzneimittelverordnungen nach Berufen

Bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit zeigen sich in Abhängigkeit von aktuell ausgeübten Berufen beziehungsweise Berufsfeldzuordnungen regelmäßig ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich der gemeldeten Fehlzeiten bei Männern (vgl. Abbildung 39 auf Seite 124). Erkrankungsbedingte Fehlzeiten variieren berufsabhängig bei Männern um mehr als den Faktor 2. Abbildung 61 zeigt entsprechende Maßzahlen zu Arzneimittelverordnungen für männliche Erwerbspersonengruppen nach Berufsfeldern, die nach identischen Vorgaben wie bei den vorausgehend dargestellten Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit abgegrenzt wurden.

Im Gegensatz zu Ergebnissen hinsichtlich der krankheitsbedingten Fehlzeiten zeigen Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen unter männlichen Erwerbstätigen zwischen den berücksichtigten Berufsfeldern insgesamt nur vergleichsweise geringe Unterschiede.

Die Werte zum Verordnungsvolumen, gemessen in Tagesdosen je Versicherungsjahr, variierten 2014 berufsabhängig bei erwerbstätigen Männern zwischen durchschnittlich 207 DDD je Versicherungsjahr im Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“ und 284 DDD je Versicherungsjahr bei den „Ordnungs- und Sicherheitsberufen“. Das Verordnungsvolumen in der letztgenannten Gruppe übersteigt das Volumen in der erstgenannten Gruppe damit lediglich etwa um ein Drittel. Eher mäßig ausgeprägt erscheinen auch berufsabhängige Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Arztkontakte mit Arzneimittelverordnungen.

Relativ deutlich über den sonst recht ähnlichen Werten in den meisten Berufsfeldern bei männlichen Erwerbstätigen liegt mit 359 DDD je Versicherungsjahr das Verordnungsvolumen bei Arbeitslosen. Das durchschnittliche Verordnungsvolumen von Erwerbspersonen in der TK 2014 wird damit bei Arbeitslosen um 45 Prozent überschritten.

Ein zumindest grundsätzlich vergleichbares Bild vermitteln entsprechende Auswertungen bei weiblichen Erwerbspersonen, deren Ergebnisse in Abbildung 62 dargestellt sind. Zahlenangaben zu Ergebnissen für beide Geschlechter finden sich ergänzend auch in Tabelle A31 auf Seite 191 im Anhang.

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Männer 2014



Abbildung 61 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Frauen 2014



Abbildung 62 (Erwerbspersonen TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Arzneimittelverordnungen nach Ausbildungsstand

Angaben zur Ausbildung werden in Krankenkassendaten ausschließlich bei Erwerbstätigen, also nicht zu Arbeitslosen, gemeldet und erfasst.¹⁶

Die Häufigkeit von Arztkontakten mit Arzneiverordnungen sowie die durchschnittlich innerhalb eines Versicherungsjahres verordneten Tagesdosen im Jahr 2014 nach Ausbildungskategorien sind getrennt für berufstätige Männer und Frauen in Abbildung 63 sowie Abbildung 64 dargestellt.

Die geringsten Maßzahlen zum Arzneimittelkonsum weisen bei beiden Geschlechtern Erwerbstätige mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluss auf. Die höchsten Werte finden sich demgegenüber in der hier verfügbaren Kategorisierung der Ausbildung bei Erwerbstätigen mit Haupt- oder Realschulabschluss ohne eine Berufsausbildung.

Die ausbildungsbezogenen Ergebnisse entsprechen in ihren grundsätzlichen Zügen damit sozialegpidemiologischen Studienergebnissen zum schichtspezifischen Gesundheitszustand. Sowohl absolute als auch relative ausbildungsabhängige Differenzen sind im Hinblick auf die Arzneiverordnungen bei Frauen deutlicher ausgeprägt als bei Männern.

Wie bei den vorausgehenden Auswertungen in diesem Kapitel zeigen sich auch bei einer Differenzierung der Arzneimittelverordnungen nach dem Merkmal Ausbildung tendenziell geringere Unterschiede als bei einer entsprechend differenzierten Darstellung zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegesehen.

¹⁶ Im bis 2011 verwendeten Schlüssel waren dazu sieben Kategorien vorgesehen. Bei einer Rekonstruktion der Informationen aus den seit 2012 für entsprechende Informationen verwendeten Schlüsseln können nur sechs an den bisherigen Schlüssel angepasste Kategorien nachgebildet werden.
Eine Differenzierung zwischen Personen mit Hochschul- beziehungsweise Fachhochschulabschluss ist nicht mehr möglich.

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Männer 2014

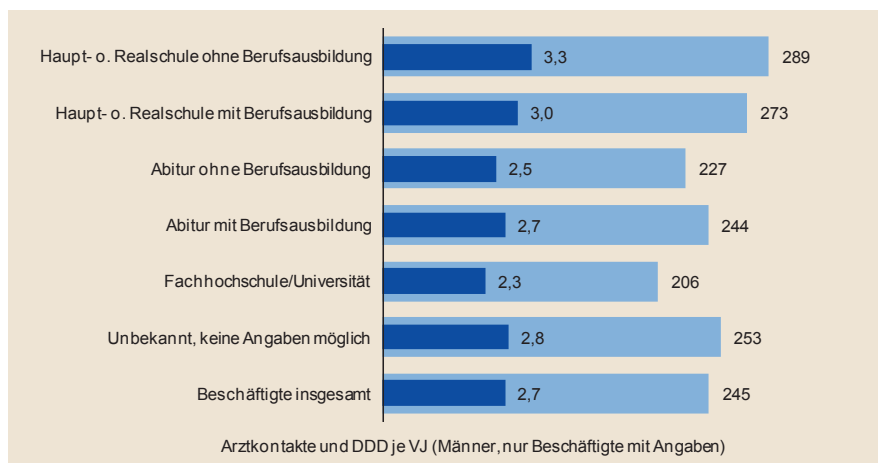


Abbildung 63 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung, TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Frauen 2014

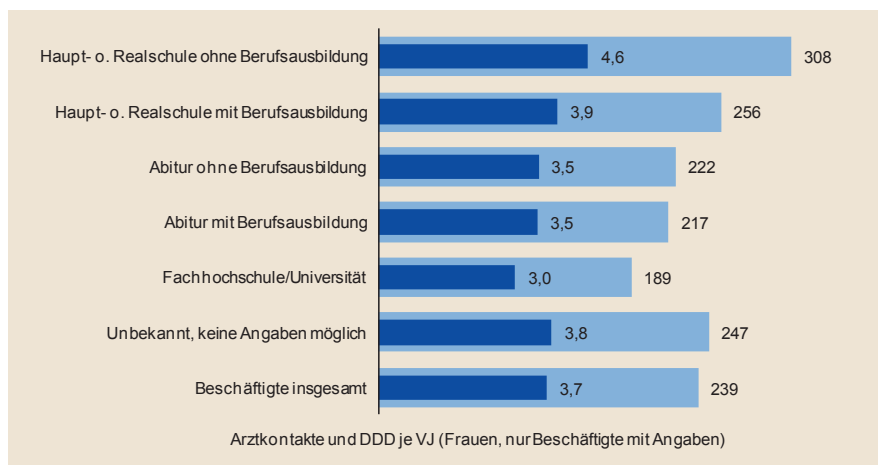


Abbildung 64 (Beschäftigte mit Angabe zur Ausbildung, TK, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Anzahl der Arztkontakte sowie Anzahl der DDD)

Anhang

Der Anhang gliedert sich in einen Abschnitt mit ergänzenden Tabellen sowie einen Abschnitt mit methodischen Erläuterungen.

Tabellenanhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2013 sowie 2014

	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Quote	46,9 %	53,2 %	49,9 %	44,8 %	51,6 %	48,1 %
AU-Fälle je VJ	1,03	1,25	1,13	0,99	1,23	1,10
AU-Tage je VJ	13,4	16,1	14,7	13,5	16,5	14,9
Krankenstand	3,68 %	4,41 %	4,02 %	3,70 %	4,51 %	4,09 %
AU-Tage je Fall	13,1	12,8	12,9	13,7	13,4	13,5

Tabelle A1 (roh, nicht geschlechts- und altersstandardisierte Werte)

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2013 sowie 2014

	2013		2014	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1–3 Tage	36,9 %	6,0 %	38,9 %	6,0 %
4–7 Tage	30,6 %	12,1 %	28,9 %	10,9 %
8–14 Tage	16,6 %	13,3 %	15,5 %	12,0 %
15–28 Tage	8,3 %	12,9 %	8,6 %	12,8 %
29–42 Tage	2,9 %	7,9 %	3,1 %	8,0 %
> 42 Tage	4,7 %	47,8 %	5,0 %	50,3 %

Tabelle A2 (roh)

Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben

Beobachteter Krankenstand			Anzahl der Stichtage an den aufgeführten Wochentagen, jeweils ohne Stichtage an bundeseinheitlichen Feiertagen						Anteil Stichtagswerte an vollständigen Werten	
Jahr	Nach vollst. Tageswerten	Nach Stichtagswerten	Mo.	Di.	Mi., Do.	Fr.	Sa.	Beobachtet	Vorhergesagt	
Spalte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2000	3,55 %	3,36 %	0	2	2	2	2	94,66 %	93,66 %	
2001	3,60 %	3,39 %	1	0	4	1	2	94,14 %	93,76 %	
2002	3,56 %	3,30 %	1	1	1	3	1	92,71 %	93,59 %	
2003	3,45 %	3,18 %	2	2	1	1	3	92,25 %	92,37 %	
2004	3,31 %	3,16 %	2	1	4	1	0	95,40 %	95,43 %	
2005	3,33 %	3,26 %	1	3	3	2	1	97,88 %	97,66 %	
2006	3,14 %	3,00 %	0	1	4	2	2	95,67 %	96,14 %	
2007	3,27 %	3,07 %	1	0	4	1	2	93,87 %	93,76 %	
2008	3,36 %	3,16 %	2	2	1	2	2	94,17 %	94,25 %	
2009	3,61 %	3,26 %	0	2	3	0	1	90,22 %	90,47 %	
2010	3,67 %	3,56 %	3	1	4	1	0	96,96 %	96,68 %	
2011	3,83 %	3,73 %	1	3	3	2	1	97,28 %	97,66 %	
2012	3,88 %	3,63 %	1	0	4	1	2	93,42 %	93,76 %	
2013	4,02 %	3,79 %	1	1	1	3	1	94,20 %	93,59 %	
2014	4,06 %	3,74 %	2	2	1	1	3	92,30 %	92,37 %	
2015			1	2	3	0	1		91,71 %	
2016			2	2	3	2	1		97,60 %	
2017			0	1	4	2	2		96,14 %	
2018			1	0	4	1	2		93,76 %	
2019			2	1	1	3	1		94,83 %	
2020			0	2	3	0	2		90,91 %	
2021			3	1	4	1	0		96,68 %	
2022			1	3	3	2	1		97,66 %	
Modellparameter			Koeff. Mo.	Koeff. Di.	Koeff. Mi., Do.	Koeff. Fr.	Koeff. Sa.			
			81,742 %	1,251 %	1,308 %	1,889 %	2,316 %	0,447 %		

Tabelle A3 (beobachtete Krankenstände, standardisiert. Anmerkung: Parameter des linearen Regressionsmodells finden sich in der letzten Zeile der Tabelle. Vorhergesagt wird im Modell der nach Berechnungen auf der Basis von Stichtagswerten [Spalte 2] erfasste Anteil des realen Krankenstands [Spalte 1]. Der vorhergesagte Anteil ist in Spalte 9 angegeben, der in den Jahren 2000 bis 2014 beobachtete Anteil in Spalte 8.)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	1,94	2,22	2,05	1,95	2,25	2,06
20–24	1,36	1,62	1,49	1,36	1,63	1,49
25–29	0,87	1,19	1,03	0,86	1,18	1,02
30–34	0,84	1,12	0,98	0,81	1,09	0,95
35–39	0,93	1,15	1,04	0,89	1,13	1,01
40–44	0,99	1,17	1,08	0,95	1,13	1,04
45–49	0,98	1,21	1,09	0,93	1,15	1,04
50–54	1,05	1,29	1,16	0,98	1,24	1,10
55–59	1,18	1,41	1,28	1,13	1,36	1,23
60–64	1,07	1,24	1,13	1,06	1,23	1,13

Tabelle A4

AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	5,6	5,2	5,4	5,6	5,3	5,5
20–24	7,7	7,0	7,4	7,9	7,1	7,5
25–29	9,4	8,8	9,0	9,7	9,3	9,5
30–34	9,9	10,1	10,0	10,3	10,7	10,5
35–39	10,8	11,5	11,2	11,2	12,2	11,8
40–44	12,4	13,0	12,8	13,0	13,6	13,4
45–49	13,7	14,3	14,0	14,5	15,1	14,8
50–54	15,5	16,2	15,9	16,4	16,8	16,6
55–59	17,6	17,9	17,8	18,8	18,4	18,6
60–64	22,7	21,8	22,3	23,3	22,4	22,9

Tabelle A5

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	10,9	11,6	11,1	11,0	11,8	11,3
20–24	10,6	11,4	11,0	10,7	11,6	11,1
25–29	8,2	10,4	9,4	8,3	10,9	9,7
30–34	8,3	11,3	9,8	8,3	11,7	10,0
35–39	10,0	13,2	11,6	9,9	13,8	11,8
40–44	12,3	15,3	13,8	12,3	15,4	13,9
45–49	13,4	17,2	15,2	13,5	17,4	15,4
50–54	16,3	20,9	18,4	16,1	20,9	18,3
55–59	20,8	25,3	22,8	21,1	25,0	22,8
60–64	24,2	27,0	25,2	24,7	27,7	25,8

Tabelle A6

Krankenstand nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	2,98 %	3,17 %	3,05 %	3,01 %	3,24 %	3,10 %
20–24	2,90 %	3,12 %	3,01 %	2,93 %	3,18 %	3,05 %
25–29	2,24 %	2,86 %	2,56 %	2,28 %	2,99 %	2,65 %
30–34	2,27 %	3,09 %	2,67 %	2,27 %	3,22 %	2,74 %
35–39	2,74 %	3,63 %	3,17 %	2,72 %	3,79 %	3,24 %
40–44	3,38 %	4,19 %	3,77 %	3,38 %	4,22 %	3,80 %
45–49	3,66 %	4,72 %	4,17 %	3,69 %	4,77 %	4,21 %
50–54	4,46 %	5,71 %	5,04 %	4,41 %	5,71 %	5,03 %
55–59	5,71 %	6,92 %	6,24 %	5,78 %	6,85 %	6,26 %
60–64	6,62 %	7,40 %	6,91 %	6,76 %	7,58 %	7,08 %

Tabelle A7

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	1,09	1,31	1,19	1,07	1,30	1,17
Hamburg	1,01	1,29	1,14	0,98	1,26	1,11
Niedersachsen	1,13	1,31	1,21	1,08	1,27	1,16
Bremen	1,03	1,29	1,15	0,99	1,22	1,10
Nordrhein-Westfalen	1,05	1,25	1,14	1,00	1,21	1,10
Hessen	1,10	1,32	1,20	1,07	1,29	1,17
Rheinland-Pfalz	1,12	1,29	1,20	1,08	1,26	1,16
Baden-Württemberg	0,94	1,13	1,03	0,90	1,11	1,00
Bayern	0,94	1,13	1,03	0,92	1,12	1,01
Saarland	1,02	1,24	1,12	0,98	1,21	1,09
Berlin	0,99	1,35	1,16	0,96	1,32	1,13
Brandenburg	1,15	1,52	1,32	1,11	1,48	1,28
Mecklenburg-Vorpommern	1,22	1,56	1,38	1,20	1,54	1,36
Sachsen	1,05	1,44	1,23	1,02	1,41	1,20
Sachsen-Anhalt	1,22	1,57	1,38	1,19	1,56	1,36
Thüringen	1,18	1,59	1,37	1,15	1,58	1,35

Tabelle A8 (standardisiert)

AU-Tage je Fall nach Bundesländern

Bundesland	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	13,0	13,4	13,2	13,5	14,0	13,8
Hamburg	13,5	13,7	13,6	14,1	14,2	14,1
Niedersachsen	12,1	12,5	12,3	12,9	13,2	13,0
Bremen	12,2	12,8	12,5	13,0	13,5	13,2
Nordrhein-Westfalen	13,1	13,1	13,1	13,7	13,7	13,7
Hessen	11,9	12,2	12,1	12,4	12,8	12,6
Rheinland-Pfalz	13,0	12,8	12,9	13,4	13,3	13,3
Baden-Württemberg	11,6	11,9	11,8	12,1	12,4	12,2
Bayern	12,1	12,3	12,2	12,6	12,6	12,6
Saarland	14,7	14,3	14,5	15,9	15,1	15,5
Berlin	14,3	14,0	14,2	14,6	14,5	14,6
Brandenburg	13,9	13,5	13,7	14,4	14,0	14,2
Mecklenburg-Vorpommern	13,8	12,9	13,3	14,0	13,1	13,5
Sachsen	11,7	11,6	11,6	12,1	12,0	12,1
Sachsen-Anhalt	12,9	12,2	12,5	13,4	12,6	12,9
Thüringen	12,7	11,8	12,2	12,6	12,1	12,3

Tabelle A9 (standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern

Bundesland	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	14,23	17,54	15,75	14,47	18,11	16,15
Hamburg	13,61	17,63	15,46	13,78	17,87	15,66
Niedersachsen	13,70	16,38	14,94	13,89	16,69	15,18
Bremen	12,53	16,51	14,37	12,90	16,43	14,53
Nordrhein-Westfalen	13,72	16,40	14,95	13,75	16,62	15,08
Hessen	13,11	16,18	14,53	13,17	16,42	14,67
Rheinland-Pfalz	14,49	16,47	15,41	14,44	16,72	15,49
Baden-Württemberg	10,93	13,46	12,10	10,92	13,79	12,24
Bayern	11,40	13,86	12,53	11,67	14,08	12,78
Saarland	15,01	17,66	16,23	15,55	18,30	16,82
Berlin	14,24	18,96	16,42	14,13	19,11	16,43
Brandenburg	15,98	20,51	18,07	16,08	20,84	18,28
Mecklenburg-Vorpommern	16,81	20,24	18,39	16,79	20,12	18,32
Sachsen	12,28	16,67	14,30	12,35	17,00	14,49
Sachsen-Anhalt	15,71	19,23	17,33	15,93	19,56	17,60
Thüringen	14,96	18,75	16,71	14,47	19,15	16,63

Tabelle A10 (standardisiert)

Krankenstand nach Bundesländern

Bundesland	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	3,90 %	4,80 %	4,32 %	3,96 %	4,96 %	4,42 %
Hamburg	3,73 %	4,83 %	4,24 %	3,78 %	4,90 %	4,29 %
Niedersachsen	3,75 %	4,49 %	4,09 %	3,80 %	4,57 %	4,16 %
Bremen	3,43 %	4,52 %	3,94 %	3,54 %	4,50 %	3,98 %
Nordrhein-Westfalen	3,76 %	4,49 %	4,10 %	3,77 %	4,55 %	4,13 %
Hessen	3,59 %	4,43 %	3,98 %	3,61 %	4,50 %	4,02 %
Rheinland-Pfalz	3,97 %	4,51 %	4,22 %	3,96 %	4,58 %	4,24 %
Baden-Württemberg	3,00 %	3,69 %	3,31 %	2,99 %	3,78 %	3,35 %
Bayern	3,12 %	3,80 %	3,43 %	3,20 %	3,86 %	3,50 %
Saarland	4,11 %	4,84 %	4,45 %	4,26 %	5,01 %	4,61 %
Berlin	3,90 %	5,19 %	4,50 %	3,87 %	5,24 %	4,50 %
Brandenburg	4,38 %	5,62 %	4,95 %	4,41 %	5,71 %	5,01 %
Mecklenburg-Vorpommern	4,61 %	5,54 %	5,04 %	4,60 %	5,51 %	5,02 %
Sachsen	3,36 %	4,57 %	3,92 %	3,38 %	4,66 %	3,97 %
Sachsen-Anhalt	4,30 %	5,27 %	4,75 %	4,36 %	5,36 %	4,82 %
Thüringen	4,10 %	5,14 %	4,58 %	3,97 %	5,25 %	4,56 %

Tabelle A11 (standardisiert)

AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10,9	12,4	11,6	10,6	12,1	11,3
II. Neubildungen	1,3	1,9	1,6	1,4	2,0	1,7
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	4,1	7,6	5,7	4,5	8,2	6,2
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,6	6,5	5,5	4,8	6,9	5,8
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
X. Krankheiten des Atmungssystems	33,4	41,8	37,3	27,8	35,8	31,5
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	11,0	11,8	11,4	11,2	12,2	11,7
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,5	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	15,1	14,5	14,8	16,1	15,2	15,7
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	1,4	4,4	2,8	1,4	4,6	2,9
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,1	2,4	1,1	0,0	2,5	1,2
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	6,1	8,9	7,4	6,2	9,4	7,6
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	9,0	6,9	8,0	9,2	7,0	8,2
Insgesamt	104,1	127,6	114,9	100,4	124,6	111,6

Tabelle A12 (standardisiert)

AU-Tage je Fall nach ICD-10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,7	5,9	5,8	5,6	5,7	5,6
II. Neubildungen	27,8	38,6	33,8	28,1	39,0	34,2
IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	19,6	19,3	19,4	19,4	18,6	19,0
V. Psychische und Verhaltensstörungen	45,4	41,6	43,0	45,2	41,4	42,9
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	12,4	11,4	11,9	12,3	11,3	11,7
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	24,1	17,0	20,8	24,9	17,4	21,4
X. Krankheiten des Atmungssystems	6,3	6,5	6,4	6,2	6,3	6,2
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	6,7	6,1	6,4	6,7	6,1	6,4
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,8	11,2	12,1	12,9	11,3	12,2
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	18,6	20,3	19,3	18,5	20,0	19,2
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	10,5	8,2	8,8	10,7	8,0	8,7
XV. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0,0	12,3	12,0		17,0	17,0
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	11,2	10,8	11,0	11,1	10,7	10,9
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	20,3	19,7	20,1	20,4	19,6	20,0
Insgesamt	12,7	12,8	12,8	13,3	13,3	13,3

Tabelle A13 (standardisiert)

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln

Diagnosekapitel	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	63	73	67	59	69	63
II. Neubildungen	37	75	55	39	79	58
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	13	11	10	13	11
V. Psychische u. Verhaltensstörungen	187	315	246	202	339	266
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	57	74	65	59	78	68
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	66	46	57	68	47	58
X. Krankheiten des Atmungssystems	210	270	238	171	225	196
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	74	72	73	75	75	75
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	19	15	17	20	16	18
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	281	293	286	298	305	301
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	14	37	24	15	37	25
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	29	14	0	43	20
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	68	97	81	69	100	83
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	183	136	161	188	137	165
Insgesamt	1.324	1.632	1.466	1.331	1.655	1.480

Tabelle A14 (standardisiert)

AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln – Berufstätige

Diagnosekapitel	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	63	74	68	59	69	64
II. Neubildungen	36	73	53	38	77	56
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9	12	10	9	12	11
V. Psychische und Verhaltensstörungen	166	289	223	178	309	239
VI.–VIII. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	55	72	63	57	76	66
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	64	45	55	65	45	56
X. Krankheiten des Atmungssystems	213	274	241	173	227	198
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	73	71	72	74	74	74
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	19	15	17	19	16	18
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	271	282	276	287	294	290
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	14	36	24	14	37	25
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0	29	14	0	43	20
XVIII. Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	67	95	80	67	98	81
XIX. Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	182	135	160	187	136	164
Insgesamt	1.284	1.587	1.424	1.284	1.604	1.431

Tabelle A15 (standardisiert; Berufstätige)

Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen 2014: Top 100

ICD-10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
F32 Depressive Episode	60.621	60,5	3.665.869	5,63 %
M54 Rückenschmerzen	261.194	13,5	3.535.536	5,43 %
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen	568.359	5,5	3.145.302	4,83 %
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	75.578	28,0	2.114.529	3,25 %
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	31.367	41,7	1.306.536	2,01 %
F33 Rezidivierende depressive Störung	14.032	91,9	1.289.107	1,98 %
F48 Andere neurotische Störungen	45.392	23,9	1.084.786	1,67 %
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis	227.135	4,6	1.042.088	1,60 %
F45 Somatoforme Störungen	31.711	28,5	904.093	1,39 %
M75 Schulterläsionen	30.702	29,2	897.256	1,38 %
J20 Akute Bronchitis	121.274	7,0	848.812	1,30 %
F41 Andere Angststörungen	13.834	59,9	828.075	1,27 %
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	57.431	14,0	806.260	1,24 %
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	115.510	7,0	804.799	1,24 %
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes (internal derangement)	27.521	29,1	801.092	1,23 %
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	7.065	102,7	725.714	1,12 %
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	119.399	5,6	668.637	1,03 %
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes	18.326	33,0	605.615	0,93 %
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	30.780	18,9	582.435	0,90 %
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	23.673	23,7	562.057	0,86 %
R53 Unwohlsein und Ermüdung	34.373	16,3	561.810	0,86 %
M77 Sonstige Enthesopathien	30.007	18,4	552.195	0,85 %
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	73.534	7,5	551.849	0,85 %
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	35.073	15,2	534.683	0,82 %
S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	8.069	66,2	534.013	0,82 %
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	113.110	4,7	532.306	0,82 %
M25 Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	30.400	17,3	527.261	0,81 %
J32 Chronische Sinusitis	73.723	6,5	477.105	0,73 %
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	13.230	35,3	466.586	0,72 %
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	164.299	2,8	461.998	0,71 %
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	28.391	16,1	456.128	0,70 %
M99 Biomechanische Funktionsstörungen	43.735	10,4	453.666	0,70 %
M17 Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	11.114	39,7	440.675	0,68 %
K29 Gastritis und Duodenitis	62.400	6,7	419.717	0,65 %
J03 Akute Tonsillitis	72.894	5,7	418.327	0,64 %
J01 Akute Sinusitis	71.255	5,7	407.859	0,63 %

ICD-10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	25.610	15,4	393.124	0,60 %
S52 Fraktur des Unterarmes	8.202	45,9	376.289	0,58 %
M65 Synovitis und Tenosynovitis	19.908	18,0	358.643	0,55 %
J02 Akute Pharyngitis	68.087	5,2	353.956	0,54 %
S62 Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	9.440	36,0	339.609	0,52 %
S92 Fraktur des Fußes (ausgenommen oberes Sprunggelenk)	10.279	33,0	339.257	0,52 %
Z56 Kontakthanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	8.237	37,7	310.884	0,48 %
M47 Spondylose	13.855	21,7	301.038	0,46 %
R42 Schwindel und Taumel	24.361	12,3	299.939	0,46 %
G47 Schlafstörungen	17.957	16,7	299.600	0,46 %
G56 Mononeuropathien der oberen Extremität	9.751	30,6	298.045	0,46 %
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	7.436	39,1	291.084	0,45 %
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	4.471	62,8	280.910	0,43 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6.334	43,2	273.675	0,42 %
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	9.316	29,1	271.079	0,42 %
R51 Kopfschmerz	39.522	6,8	267.537	0,41 %
S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	4.977	53,2	264.615	0,41 %
G43 Migräne	51.071	5,0	257.320	0,40 %
J98 Sonstige Krankheiten der Atemwege	43.833	5,9	256.488	0,39 %
M16 Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	4.784	53,5	256.116	0,39 %
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	38.201	6,4	243.901	0,37 %
M19 Sonstige Arthrose	7.095	33,9	240.537	0,37 %
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	38.870	6,1	238.077	0,37 %
J00 Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	46.580	5,0	231.940	0,36 %
Z48 Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	6.954	32,0	222.605	0,34 %
M50 Zervikale Bandscheibenschäden	5.256	40,8	214.581	0,33 %
K40 Hernia inguinalis	10.053	21,3	214.460	0,33 %
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.952	108,8	212.431	0,33 %
M20 Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	4.616	44,7	206.120	0,32 %
J45 Asthma bronchiale	16.759	11,9	200.270	0,31 %
R69 Unbekannte und nicht näher bez. Krankheitsursachen	15.054	12,8	193.289	0,30 %
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	32.726	5,7	185.788	0,29 %
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10.952	16,9	184.583	0,28 %
A08 Virusbedingte und sonstige näher bez. Darminfektionen	37.622	4,6	172.185	0,26 %
H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	9.096	18,5	168.421	0,26 %
S13 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	13.815	12,2	168.117	0,26 %
G35 Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)	6.781	24,6	167.008	0,26 %
M48 Sonstige Spondylopathien	2.907	57,4	166.911	0,26 %
S43 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	5.111	31,8	162.670	0,25 %
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	14.636	11,0	161.082	0,25 %
F34 Anhaltende affektive Störungen	2.230	71,7	159.908	0,25 %

ICD-10-Diagnose	Fälle	Tage je Fall	Tage	Anteil Tage
I83 Varizen der unteren Extremitäten	11.232	14,2	159.877	0,25 %
S63 Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	8.506	18,3	155.289	0,24 %
J11 Grippe, Viren nicht nachgewiesen	24.542	6,2	151.208	0,23 %
I63 Hirninfarkt	1.722	87,1	150.067	0,23 %
Z51 Sonstige medizinische Behandlung	3.115	48,1	149.743	0,23 %
K57 Divertikulose des Darmes	12.802	11,6	149.040	0,23 %
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	8.895	16,6	147.707	0,23 %
R11 Übelkeit und Erbrechen	25.561	5,7	145.679	0,22 %
M13 Sonstige Arthritis	9.282	15,7	145.453	0,22 %
S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	4.306	33,4	143.809	0,22 %
O26 Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	8.282	17,2	142.800	0,22 %
R07 Hals- und Brustschmerzen	14.827	9,5	140.817	0,22 %
H81 Störungen der Vestibularfunktion	10.474	13,4	140.501	0,22 %
F31 Bipolare affektive Störung	1.550	89,1	138.128	0,21 %
F20 Schizophrenie	1.829	75,1	137.293	0,21 %
M67 Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	6.359	21,2	134.725	0,21 %
B02 Zoster (Herpes zoster)	10.204	13,1	134.101	0,21 %
S86 Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	4.536	29,3	132.887	0,20 %
I21 Akuter Myokardinfarkt	2.046	64,3	131.596	0,20 %
K80 Cholelithiasis	8.627	15,1	130.089	0,20 %
Z50 Rehabilitationsmaßnahmen	3.492	36,7	128.171	0,20 %
M70 Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	8.862	14,3	126.863	0,19 %
L02 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	10.385	12,1	125.852	0,19 %
Alle aufgeführten Diagnosen	3.662.644		47.460.563	72,9 %
Diagnosen insgesamt	4.806.900	13,5	65.071.146	100 %

Tabelle A16 (Rohwerte Altersgruppen 15–64 Jahre; Bezugsgröße: 4.363.145 Versicherungsjahre à 365 Tage in entsprechenden Altersgruppen bei TK-Erwerbspersonen 2014)

AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	1,21	1,20	1,20	1,16	1,13	1,15
Bergbauberufe*	1,16	1,08	1,12	0,99	1,27	1,12
Stein-, Keramik-, Glasersteller/-bearbeiter	1,45	1,50	1,47	1,38	1,38	1,38
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	1,54	1,80	1,66	1,51	1,82	1,65
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	1,33	1,52	1,42	1,32	1,50	1,40
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	1,59	1,74	1,66	1,56	1,71	1,63
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	1,46	1,49	1,47	1,42	1,46	1,44
Elektroberufe	1,31	1,70	1,49	1,26	1,63	1,43
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	1,32	1,46	1,39	1,30	1,48	1,38
Ernährungsberufe	1,07	1,38	1,21	1,05	1,35	1,19
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	1,30	1,50	1,39	1,28	1,50	1,38
Technisch-naturwissen- schaftliche Berufe	0,91	1,25	1,06	0,85	1,19	1,01
Waren- und Dienstleistungskaufleute	0,98	1,31	1,13	0,94	1,28	1,09
Verkehrs- und Lagerberufe	1,35	1,59	1,46	1,33	1,59	1,45
Verw.-/wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	0,87	1,25	1,05	0,83	1,22	1,01
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	1,10	1,24	1,16	1,05	1,23	1,13
Medien-, geisteswiss. und Künstlerische Berufe	0,85	1,17	1,00	0,80	1,15	0,96
Gesundheitsdienstberufe	0,98	1,21	1,09	0,96	1,19	1,06
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	0,91	1,43	1,15	0,89	1,40	1,13
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	1,10	1,29	1,19	1,07	1,27	1,16
Arbeitslose	0,56	0,70	0,62	0,56	0,69	0,62
Insgesamt	1,04	1,28	1,15	1,00	1,25	1,12

Tabelle A17 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	17,1	17,3	17,2	17,3	16,8	17,1
Bergbauberufe*	17,7	13,5	15,8	17,9	15,7	16,9
Stein-, Keramik-, Glaserhersteller/-bearbeiter	20,4	18,5	19,5	21,9	17,4	19,8
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	20,2	22,8	21,4	20,8	22,5	21,6
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	17,7	18,6	18,1	17,7	18,6	18,2
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	21,8	24,7	23,1	21,2	25,9	23,4
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	19,3	18,8	19,0	19,6	18,6	19,1
Elektroberufe	15,4	20,1	17,6	15,4	19,4	17,3
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	19,8	19,3	19,6	18,9	18,4	18,7
Ernährungsberufe	18,3	23,0	20,5	18,6	24,0	21,1
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	21,2	21,7	21,4	21,2	21,3	21,3
Technisch-naturwissen- schaftliche Berufe	9,3	12,6	10,8	9,1	12,4	10,6
Waren- und Dienstleistungskaufleute	11,8	17,0	14,2	11,7	17,4	14,3
Verkehrs- und Lagerberufe	21,1	23,6	22,3	21,3	24,5	22,7
Verw.-/wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	9,1	13,9	11,3	9,0	13,9	11,3
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	16,4	18,3	17,3	16,3	18,4	17,3
Medien-, geisteswiss. und Künstlerische Berufe	10,5	13,1	11,7	10,2	12,9	11,4
Gesundheitsdienstberufe	14,2	15,7	14,9	14,0	15,9	14,9
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	11,3	17,8	14,3	11,2	17,9	14,3
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	18,7	20,4	19,5	18,8	20,7	19,7
Arbeitslose	26,9	30,5	28,6	29,4	33,6	31,4
Insgesamt	13,2	16,3	14,7	13,3	16,6	14,8

Tabelle A18 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

Krankenstand nach Berufsfeldern

Berufsfeld	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	4,69 %	4,73 %	4,71 %	4,73 %	4,61 %	4,68 %
Bergbauberufe*	4,86 %	3,69 %	4,32 %	4,91 %	4,31 %	4,63 %
Stein-, Keramik-, Glaserhersteller/-bearbeiter	5,60 %	5,06 %	5,35 %	6,01 %	4,76 %	5,43 %
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	5,52 %	6,25 %	5,86 %	5,71 %	6,17 %	5,92 %
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	4,84 %	5,09 %	4,95 %	4,86 %	5,11 %	4,97 %
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	5,97 %	6,78 %	6,34 %	5,80 %	7,11 %	6,40 %
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	5,28 %	5,14 %	5,21 %	5,37 %	5,10 %	5,24 %
Elektroberufe	4,23 %	5,50 %	4,81 %	4,22 %	5,32 %	4,73 %
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	5,41 %	5,30 %	5,36 %	5,19 %	5,03 %	5,12 %
Ernährungsberufe	5,01 %	6,31 %	5,61 %	5,10 %	6,57 %	5,77 %
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	5,79 %	5,94 %	5,86 %	5,81 %	5,84 %	5,82 %
Technisch-naturwissen- schaftliche Berufe	2,55 %	3,44 %	2,96 %	2,49 %	3,41 %	2,91 %
Waren- und Dienstleistungskaufleute	3,22 %	4,66 %	3,88 %	3,21 %	4,76 %	3,92 %
Verkehrs- und Lagerberufe	5,78 %	6,48 %	6,10 %	5,83 %	6,71 %	6,23 %
Verw.-/wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,50 %	3,80 %	3,10 %	2,45 %	3,82 %	3,08 %
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	4,48 %	5,02 %	4,73 %	4,47 %	5,03 %	4,73 %
Medien-, geisteswiss. und Künstlerische Berufe	2,88 %	3,60 %	3,21 %	2,79 %	3,53 %	3,13 %
Gesundheitsdienstberufe	3,89 %	4,30 %	4,08 %	3,85 %	4,36 %	4,08 %
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	3,09 %	4,87 %	3,91 %	3,07 %	4,89 %	3,91 %
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	5,12 %	5,60 %	5,34 %	5,16 %	5,68 %	5,40 %
Arbeitslose	7,37 %	8,37 %	7,83 %	8,06 %	9,21 %	8,59 %
Insgesamt	3,63 %	4,47 %	4,02 %	3,65 %	4,54 %	4,06 %

Tabelle A19 (*Bergbauberufe mit geringer Versichertenzahl; standardisiert)

Krankenstand nach Schulabschluss 2013 sowie 2014

Ausbildung	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Ohne Schulabschluss	5,72 %	6,30 %	5,99 %	5,89 %	6,30 %	6,08 %
Haupt-/Volks- schulabschluss	5,27 %	5,70 %	5,47 %	5,39 %	5,90 %	5,62 %
Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,06 %	4,82 %	4,41 %	4,12 %	4,89 %	4,47 %
Abitur/Fachabitur	2,26 %	3,46 %	2,81 %	2,23 %	3,46 %	2,80 %
Abschluss unbekannt	4,18 %	4,71 %	4,42 %	4,16 %	4,76 %	4,44 %
Beschäftigte mit Angaben insgesamt	3,52 %	4,35 %	3,90 %	3,52 %	4,39 %	3,92 %

Tabelle A20 (standardisiert; nur Beschäftigte mit Angabe zum Schulabschluss)

Krankenstand nach Ausbildungsabschluss 2013 sowie 2014

Ausbildung	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,16 %	5,95 %	5,53 %	5,13 %	6,04 %	5,55 %
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	4,37 %	4,71 %	4,53 %	4,42 %	4,79 %	4,59 %
Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	3,17 %	4,10 %	3,60 %	3,21 %	4,05 %	3,60 %
Bachelor	2,18 %	3,48 %	2,78 %	2,21 %	3,37 %	2,74 %
Diplom/Magister/Master/ Staatsexamen	1,93 %	3,15 %	2,50 %	1,85 %	3,10 %	2,43 %
Promotion	1,76 %	2,38 %	2,05 %	1,59 %	2,33 %	1,93 %
Abschluss unbekannt	3,92 %	4,45 %	4,16 %	3,90 %	4,50 %	4,18 %
Beschäftigte mit Angaben insgesamt	3,52 %	4,35 %	3,90 %	3,52 %	4,39 %	3,92 %

Tabelle A21 (standardisiert; nur Beschäftigte mit Angabe zum Ausbildungsabschluss)

Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2013 sowie 2014

AU-Meldungen bei Arbeitsunfällen	2013			2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Fälle je 100 VJ	3,31	1,98	2,68	3,32	1,99	2,68
AU-Tage je 100 VJ	84,8	46,9	66,9	85,4	47,1	67,1
Krankenstand	0,23 %	0,13 %	0,18 %	0,23 %	0,13 %	0,18 %
AU-Tage je Fall	25,6	23,7	24,9	25,7	23,6	25,0

Tabelle A22 (roh)

AU-Tage bei Arbeits- und Wegeunfällen nach Geschlecht und Alter

Alters- gruppe	2013			2014		
	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	Gesamt (Tage je 100 VJ)	Männer (Tage je 100 VJ)	Frauen (Tage je 100 VJ)	Gesamt (Tage je 100 VJ)
15–19	125	54	98	128	59	101
20–24	105	46	77	105	46	77
25–29	66	31	48	67	33	49
30–34	57	25	41	59	25	42
35–39	66	33	50	67	33	51
40–44	86	39	63	84	39	62
45–49	88	46	68	91	48	70
50–54	98	62	82	96	61	79
55–59	103	86	95	103	81	93
60–64	98	90	95	102	87	96

Tabelle A23

Arztkontakte mit Arzneiverordnung nach Geschlecht und Alter 2014

Alters- gruppe	Anteil mit Arztkontakt 2014			Anzahl Arztkontakte je VJ 2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	53 %	72 %	73 %	1,7	5,4	3,1
20–24	56 %	74 %	65 %	1,5	2,8	2,2
25–29	61 %	75 %	62 %	1,5	2,5	2,0
30–34	65 %	77 %	64 %	1,7	2,8	2,2
35–39	67 %	81 %	67 %	2,1	3,1	2,6
40–44	72 %	85 %	70 %	2,5	3,3	2,9
45–49	79 %	87 %	72 %	2,9	3,8	3,3
50–54	83 %	81 %	76 %	3,5	4,5	4,0
55–59	80 %	87 %	81 %	4,6	5,4	4,9
60–64	87 %	87 %	85 %	5,6	6,0	5,8

Tabelle A24 (berechnet auf Basis von Arzneiverordnungsdaten; berücksichtigt wurden als Arztkontakte Kalendertage mit mindestens einer Arzneiverordnung)

Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter 2014

Alters- gruppe	Anzahl Präparate je VJ 2014			Anzahl DDD je VJ 2014		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15–19	2,2	6,1	3,7	62	317	160
20–24	2,0	3,5	2,7	61	109	84
25–29	2,0	3,2	2,6	72	103	88
30–34	2,3	3,5	2,9	95	125	110
35–39	2,8	4,0	3,4	130	153	141
40–44	3,5	4,4	4,0	188	191	189
45–49	4,3	5,1	4,7	265	248	257
50–54	5,5	6,3	5,9	379	348	364
55–59	7,5	7,8	7,6	552	467	514
60–64	9,5	9,0	9,3	720	577	663

Tabelle A25

Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2014

Bundesland	Arztkontakte je VJ			DDD je VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	2,8	3,9	3,3	254	246	251
Hamburg	2,7	3,8	3,2	239	239	239
Niedersachsen	2,9	3,9	3,3	256	246	251
Bremen	2,6	3,6	3,0	227	224	226
Nordrhein-Westfalen	3,0	4,1	3,5	265	259	262
Hessen	2,7	3,7	3,2	247	241	244
Rheinland-Pfalz	3,0	4,0	3,5	269	258	264
Baden-Württemberg	2,6	3,6	3,0	221	222	222
Bayern	2,5	3,5	3,0	221	220	220
Saarland	3,2	4,3	3,7	276	259	268
Berlin	2,4	3,3	2,8	238	226	232
Brandenburg	2,4	3,3	2,8	255	241	249
Mecklenburg-Vorpommern	2,6	3,5	3,0	280	257	269
Sachsen	2,4	3,2	2,7	252	228	241
Sachsen-Anhalt	2,8	3,8	3,3	290	276	283
Thüringen	2,4	3,3	2,8	272	247	260
<i>Ausland</i>	0,9	2,0	1,4	82	130	104
Insgesamt	2,7	3,7	3,2	248	241	245

Tabelle A26 (standardisiert; Arztkontakte mit Arztnotdienst)

Verordnete Präparate und DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2014

ATC-Gruppe	Anzahl Präparate je VJ			Anzahl DDD je VJ*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Alimentäres System und Stoffwechsel	0,48	0,45	0,47	38,3	31,0	35,0
Blut und Blut bildende Organe	0,11	0,11	0,11	7,5	5,2	6,4
Kardiovaskuläres System	0,99	0,62	0,82	111,7	60,0	87,9
Dermatika	0,19	0,23	0,21	5,8	6,2	6,0
Urogenitales System und Sexualhormone	0,05	0,33	0,18	3,8	23,6	13,0
Systemische Hormonpräparate	0,19	0,62	0,39	12,8	39,5	25,1
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	0,44	0,65	0,54	5,8	6,0	5,9
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,04	0,06	0,05	2,0	3,7	2,8
Muskel- und Skelettsystem	0,44	0,44	0,44	12,2	11,5	11,9
Nervensystem	0,45	0,68	0,56	17,9	25,5	21,4
Respirationstrakt	0,31	0,38	0,34	13,7	15,2	14,4
Sinnesorgane	0,12	0,14	0,13	4,0	4,2	4,1
Varia	0,07	0,05	0,06	12,7	9,5	11,3
Nicht ATC-klassifiziert	0,21	0,22	0,21	-	-	-
Präparate insgesamt	4,10	5,01	4,52	248,3	241,4	245,1

Tabelle A27 (*sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert)

Verordnete DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2005 bis 2014

ATC-Gruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alimentäres System und Stoffwechsel	17,1	17,6	21,5	23,9	24,6	26,7	28,9	31,2	33,2	35,0
Blut und Blut bildende Organe	4,6	4,7	4,9	5,2	5,1	5,4	5,6	5,9	6,2	6,4
Kardiovaskuläres System*	63,7	68,2	73,6	79,9	78,2	81,3	83,3	84,5	87,1	87,9
Dermatika	5,2	5,0	5,1	5,3	5,3	5,4	5,6	5,6	5,8	6,0
Urogenitales System und Sexualhormone	17,0	16,3	15,9	15,4	14,4	13,9	13,3	12,7	12,7	13,0
Systemische Hormonpräparate	20,0	21,2	21,7	22,2	22,1	22,8	23,3	23,5	24,4	25,1
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	5,1	4,9	5,3	5,6	5,8	5,8	6,0	5,9	6,3	5,9
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	2,0	2,1	2,3	2,5	2,5	2,6	2,5	2,5	2,7	2,8
Muskel- und Skelettsystem	10,3	9,9	10,4	10,8	10,9	11,0	11,4	11,4	11,8	11,9
Nervensystem	13,9	12,8	14,2	15,7	16,4	18,0	19,3	20,1	20,7	21,4
Respirationstrakt	12,5	12,2	13,0	12,9	13,1	12,9	13,5	13,2	13,9	14,4
Sinnesorgane	4,0	4,0	4,0	4,0	3,8	3,8	3,8	3,8	4,1	4,1
Varia	2,0	2,1	2,4	2,7	2,8	2,7	2,9	2,8	5,6	11,3
Präparate insgesamt	177,4	181,1	194,4	206,3	205,2	212,6	219,5	223,1	234,7	245,1

Tabelle A28 (sofern DDD-Angabe vorhanden; Erwerbspersonen TK 2005 bis 2014, standardisiert; *Verordnungsvolumen im Jahr 2009 bei kardiovaskulär wirksamen Medikamenten durch eine veränderte Bemessung von definierten Tagesdosen bei bestimmten Lipidsenkern nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar)

Häufig verordnete Präparate 2014 (je VJ, nach ATC, vierstellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	0,349	0,374	0,361
H03A	Schilddrüsenpräparate	0,113	0,516	0,299
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	0,220	0,232	0,226
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	0,207	0,174	0,192
N06A	Antidepressiva	0,142	0,244	0,189
C09A	ACE-Hemmer, rein	0,196	0,101	0,152
R03A	Inhalative Sympathomimetika	0,141	0,149	0,144
J01F	Makrolide und Lincosamide	0,110	0,144	0,126
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	0,109	0,127	0,117
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	0,095	0,129	0,110
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	0,074	0,103	0,087
C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	0,120	0,046	0,086
B01A	Antithrombotische Mittel	0,098	0,062	0,082
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	0,070	0,089	0,079
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	0,088	0,066	0,078
D07A	Corticosteroide, rein	0,065	0,091	0,077
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	0,069	0,084	0,076
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefässwirkung	0,096	0,049	0,074
J01M	Chinolone	0,054	0,093	0,072
A10B	Orale Antidiabetika	0,088	0,038	0,065
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	0,079	0,047	0,064
N02A	Opioide	0,053	0,060	0,056
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	0,071	0,037	0,055
A10A	Insuline und Analoga	0,074	0,033	0,055
N03A	Antiepileptika	0,044	0,049	0,046
N02C	Migränemittel	0,013	0,076	0,042
J01A	Tetracycline	0,039	0,045	0,042
V04C	Andere Diagnostika	0,048	0,034	0,042
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzen	0,032	0,049	0,040
R03B	Andere inhalative Antiasthmatica	0,035	0,044	0,039
	Genannte gesamt	2,99 (73 %)	3,39 (68 %)	3,17 (70 %)
	Insgesamt	4,101	5,006	4,518

Tabelle A29 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Häufigkeit der Präparateverordnungen in der Gesamtpopulation)

Verordnete Tagesdosen 2014 (DDD je VJ, nach ATC, vierstellig)

ATC	Beschreibung	Männer	Frauen	Gesamt
C09A	ACE-Hemmer, rein	37,9	18,1	28,8
A02B	Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus	21,8	20,3	21,1
H03A	Schilddrüsenpräparate	8,5	33,7	20,1
N06A	Antidepressiva	10,4	17,1	13,5
C09C	Angiotensin-II-Antagonisten, rein	14,1	9,5	12,0
C07A	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	11,4	8,5	10,1
C08C	Selektive Calciumkanalblocker mit vorwiegender Gefäßwirkung	12,0	5,5	9,0
C10A	Cholesterin und Triglycerid senkende Mittel	12,4	4,2	8,6
V04C	Andere Diagnostika	9,8	6,6	8,3
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	7,8	8,7	8,2
R03A	Inhalative Sympathomimetika	7,2	6,9	7,1
C09D	Angiotensin-II-Antagonisten, Kombinationen	7,5	4,5	6,1
C09B	ACE-Hemmer, Kombinationen	6,9	3,6	5,4
B01A	Antithrombotische Mittel	6,8	3,2	5,1
A10B	Orale Antidiabetika	6,8	2,8	5,0
A10A	Insuline und Analoga	5,8	2,5	4,3
G03C	Estrogene	0,0	8,8	4,1
H02A	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein	3,6	4,3	3,9
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	0,0	7,0	3,2
V01A	Allergene	2,8	2,9	2,9
D07A	Corticosteroide, rein	2,5	3,1	2,7
R01A	Dekongestiva und andere Rhinologika zur topischen Anwendung	2,4	2,7	2,5
R03B	Andere inhalative Antiasthmatica	2,1	2,5	2,3
N03A	Antiepileptika	2,2	1,9	2,1
S01E	Glaukommittel und Miotika	2,2	1,9	2,1
G03F	Gestagene und Estrogene in Kombination	0,0	4,2	1,9
M04A	Gichtmittel	3,0	0,3	1,8
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	1,5	1,7	1,6
R06A	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	1,2	1,9	1,6
C03A	Low-ceiling-Diuretika, Thiazide	1,8	1,3	1,5
	Genannte gesamt	212,6 (86 %)	200,2 (83 %)	206,9 (84 %)
	Insgesamt	248,3	241,4	245,1

Tabelle A30 (Erwerbspersonen TK 2014, standardisiert; in absteigender Rangfolge nach Menge der verordneten Tagesdosen beziehungsweise DDD in der Gesamtpopulation)

Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2014

Berufsfeld	Arztkontakte mit Arzneiverordnung			DDD (definierte Tagesdosen)		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Agrarberufe, grüne Berufe	2,66	3,25	2,93	238	220	229
Bergbauberufe*	2,74	3,33	3,01	225	193	210
Stein-, Keramik-, Glaserhersteller/-bearbeiter	2,98	3,67	3,30	267	245	256
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	3,11	4,05	3,55	263	268	265
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	2,98	3,81	3,36	255	251	253
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	3,15	4,25	3,66	274	281	277
Metallberufe: Installations- u. Metallbautechnik	2,94	3,81	3,34	259	250	255
Elektroberufe	2,79	3,99	3,35	255	265	260
Textil-, Leder- und Bekleidungsberufe	3,10	3,75	3,40	254	246	250
Ernährungsberufe	2,87	3,92	3,35	255	268	261
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	2,66	3,53	3,06	235	225	230
Technisch-naturwissen- schaftliche Berufe	2,52	3,30	2,88	232	217	225
Waren- und Dienstleistungskaufleute	2,79	3,77	3,24	249	240	245
Verkehrs- und Lagerberufe	3,01	4,04	3,48	276	270	273
Verwaltungs-, Wirtschafts-/ sozialwiss. Berufe	2,62	3,65	3,10	240	237	238
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	2,96	3,79	3,34	284	257	271
Medien-, geisteswiss. und Künstlerische Berufe	2,40	3,28	2,81	207	201	205
Gesundheitsdienstberufe	2,49	3,75	3,07	239	245	241
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	2,66	3,79	3,18	234	237	235
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reiniger	2,90	3,86	3,34	255	255	255
Arbeitslose	3,72	4,61	4,13	359	324	343
Unbekannt	4,70	5,88	5,24	430	439	434
Insgesamt	2,73	3,72	3,19	248	241	245

Tabelle A31 (*Bergbauberufe bei geringen Versichertenzahlen nicht bewertbar; standardisiert)

Arzneiverordnungen 2006 bis 2014 Männer und Frauen

Gruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Männer									
Anteil Personen mit Arzneiverordnung									
Studierende 20–34 Jahre	43,3 %	45,0 %	45,5 %	46,5 %	45,1 %	45,8 %	44,7 %	46,7 %	46,2 %
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	53,4 %	55,3 %	55,9 %	56,6 %	55,2 %	55,9 %	54,8 %	56,5 %	55,1 %
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	67,0 %	68,6 %	69,5 %	69,8 %	69,2 %	69,9 %	69,5 %	71,1 %	70,0 %
Anzahl Präparate je Person									
Studierende 20–34 Jahre	1,48	1,55	1,60	1,63	1,60	1,65	1,63	1,71	1,70
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	1,83	1,95	2,00	2,00	1,98	2,00	1,98	2,06	2,03
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	4,34	4,54	4,76	4,77	4,82	4,89	4,89	5,05	5,02
Anzahl Tagesdosen (DDD) je Person									
Studierende 20–34 Jahre	43	47	50	52	54	58	59	64	68
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	49	54	58	58	60	62	64	69	74
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	235	255	276	273	284	293	300	315	329
Frauen									
Anteil Personen mit Arzneiverordnung									
Studierende 20–34 Jahre	61,2 %	62,1 %	63,0 %	63,3 %	62,8 %	63,2 %	62,8 %	64,3 %	64,2 %
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	72,0 %	72,9 %	73,6 %	73,6 %	72,6 %	73,0 %	72,4 %	73,9 %	73,2 %
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	77,1 %	77,7 %	78,3 %	78,4 %	78,0 %	78,4 %	78,0 %	79,3 %	78,7 %
Anzahl Präparate je Person									
Studierende 20–34 Jahre	2,31	2,41	2,47	2,50	2,53	2,59	2,57	2,65	2,66
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	2,97	3,09	3,19	3,14	3,13	3,16	3,16	3,29	3,27
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	5,02	5,16	5,32	5,31	5,33	5,38	5,36	5,51	5,49
Anzahl Tagesdosen (DDD) je Person									
Studierende 20–34 Jahre	64	68	70	74	78	82	83	86	92
Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre	74	79	83	82	86	89	91	98	105
Ältere Erwerbspersonen 35–64 Jahre	220	232	244	244	251	257	261	271	281

Tabelle A32 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; Erwerbspersonen 35–64 Jahre, standardisiert)

Verordnete Tagesdosen 2006 bis 2014 nach ATC-Gruppen

Anzahl Tagesdosen je Person Studierende 20 bis 34 Jahre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014 vs. 2006
Alimentäres System und Stoffwechsel	5,4	6,3	7,0	7,2	7,8	8,6	9,2	9,7	10,5	196 %
Blut und Blut bildende Organe	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4	1,6	156 %
Kardiovaskuläres System	3,2	3,6	3,9	4,4	4,6	5,3	5,5	5,7	5,5	173 %
Dermatika	4,5	4,8	4,9	4,8	5,2	5,1	5,3	5,6	5,8	129 %
Urogenitales System und Sexualhormone	4,6	4,4	4,3	4,1	4,0	4,1	3,7	3,5	3,6	79 %
Systemische Hormonpräparate	7,1	7,6	7,7	8,4	8,9	9,6	10,1	10,7	11,3	160 %
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	3,6	3,8	4,0	4,1	4,0	4,2	4,0	4,2	4,0	109 %
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,9	0,9	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4	154 %
Muskel- und Skelettsystem	2,3	2,5	2,6	2,8	2,7	3,0	3,1	3,2	3,2	141 %
Nervensystem	8,6	9,9	10,7	11,6	13,3	13,9	14,5	14,4	14,5	168 %
Antiparasitäre Mittel	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	145 %
Respirationstrakt	7,1	7,5	7,2	7,6	7,3	7,6	7,3	7,8	8,3	117 %
Sinnesorgane	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,5	1,5	103 %
Varia	2,7	3,0	3,3	3,3	3,3	3,6	3,5	4,8	7,9	294 %
Insgesamt	52,5	56,9	59,4	62,2	65,1	69,0	70,3	74,1	79,3	151 %
Anzahl Tagesdosen je Person Junge Erwerbspersonen 20 bis 34 Jahre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014 vs. 2006
Alimentäres System und Stoffwechsel	6,7	8,0	8,9	8,6	9,3	10,1	11,2	12,2	13,0	193 %
Blut und Blut bildende Organe	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,9	2,0	2,0	153 %
Kardiovaskuläres System	4,9	5,5	6,1	6,4	7,0	7,4	7,6	8,1	8,2	167 %
Dermatika	4,6	4,8	4,8	4,8	4,9	5,0	5,0	5,3	5,5	119 %
Urogenitales System und Sexualhormone	5,3	5,1	4,9	4,7	4,5	4,2	4,0	3,9	3,9	73 %
Systemische Hormonpräparate	8,2	8,6	9,1	9,1	9,8	10,3	10,8	11,6	12,1	147 %
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	4,8	5,2	5,4	5,6	5,5	5,6	5,4	5,7	5,5	113 %
Antineoplastische u. immunmod. Mittel	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4	153 %
Muskel- und Skelettsystem	3,4	3,8	4,0	4,2	4,3	4,5	4,6	4,9	5,0	146 %
Nervensystem	7,0	7,9	8,9	8,6	9,9	10,4	10,9	11,3	11,6	165 %
Antiparasitäre Mittel	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	163 %
Respirationstrakt	9,0	9,6	9,3	9,2	8,8	9,2	8,8	9,2	9,6	107 %
Sinnesorgane	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5	1,6	1,8	1,8	104 %
Varia	2,6	2,9	3,4	3,4	3,3	3,4	3,3	4,9	8,5	327 %
Insgesamt	60,7	65,6	69,2	68,9	71,8	74,6	76,6	82,5	88,2	145 %

Tabelle A33 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Verordnungsraten Studierende 2006 bis 2014

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Verordnungsraten bei Studierenden								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Alimentäres System und Stoffwechsel	6,89 %	7,42 %	7,87 %	7,97 %	8,00 %	8,36 %	8,65 %	8,86 %	8,74 %
A02: Säure bedingte Erkrankungen	2,91 %	3,38 %	3,93 %	4,10 %	4,08 %	4,38 %	4,91 %	5,24 %	5,73 %
A02B: Peptischer Ulcus	2,90 %	3,36 %	3,92 %	4,08 %	4,06 %	4,36 %	4,90 %	5,23 %	5,71 %
A02BC02: Pantoprazol	0,60 %	0,52 %	0,72 %	1,63 %	2,27 %	2,63 %	3,20 %	3,60 %	4,10 %
A03: Funktionelle gastro-intestinale Störungen	3,05 %	3,26 %	3,24 %	3,17 %	3,18 %	3,25 %	3,09 %	3,06 %	2,09 %
A03FA: Prokinetika	2,80 %	2,99 %	3,00 %	2,96 %	2,92 %	2,99 %	2,87 %	2,87 %	1,87 %
A03FA01: Metoclopramid	2,71 %	2,88 %	2,90 %	2,85 %	2,81 %	2,90 %	2,77 %	2,77 %	1,69 %
A10: Antidiabetika	0,39 %	0,38 %	0,38 %	0,38 %	0,41 %	0,41 %	0,39 %	0,40 %	0,41 %
A10A: Antidiabetika Insuline	0,34 %	0,35 %	0,33 %	0,33 %	0,34 %	0,33 %	0,32 %	0,33 %	0,34 %
A10B: Antidiabetika oral	0,06 %	0,05 %	0,06 %	0,07 %	0,08 %	0,09 %	0,07 %	0,08 %	0,08 %
B: Blut und Blut bildende Organe	1,92 %	1,99 %	2,02 %	2,25 %	2,24 %	2,24 %	2,37 %	2,37 %	2,52 %
B01A: Antithrombotische Mittel	0,79 %	0,87 %	0,89 %	1,08 %	1,12 %	1,19 %	1,28 %	1,26 %	1,33 %
B01AB05: Enoxaparin	0,31 %	0,34 %	0,36 %	0,47 %	0,54 %	0,69 %	0,76 %	0,68 %	0,70 %
B03: Antianämika	0,93 %	0,94 %	0,97 %	1,04 %	1,02 %	0,98 %	1,01 %	1,02 %	1,12 %
B03A: Eisenhaltige Zubereitungen	0,88 %	0,88 %	0,89 %	0,95 %	0,93 %	0,88 %	0,90 %	0,92 %	0,99 %
C: Kardiovaskuläres System	2,53 %	2,63 %	2,63 %	2,47 %	2,33 %	2,40 %	2,35 %	2,44 %	2,31 %
C05A: Hämorrhoidenmittel	0,64 %	0,69 %	0,71 %	0,67 %	0,60 %	0,54 %	0,55 %	0,57 %	0,56 %
C07: Betablocker	0,75 %	0,74 %	0,72 %	0,76 %	0,78 %	0,85 %	0,80 %	0,79 %	0,75 %
C09: ACE-Hemmer	0,40 %	0,45 %	0,52 %	0,62 %	0,67 %	0,77 %	0,79 %	0,84 %	0,82 %
C02, 3, 7, 8, 9: Antihypertensiva gesamt	1,15 %	1,18 %	1,20 %	1,33 %	1,41 %	1,57 %	1,53 %	1,60 %	1,52 %
C10: Lipidsenker	0,10 %	0,12 %	0,13 %	0,14 %	0,13 %	0,13 %	0,12 %	0,11 %	0,10 %
D: Dermatika	11,26 %	11,16 %	11,17 %	10,97 %	11,06 %	11,04 %	11,01 %	11,74 %	12,01 %
D01A, B: Antimykotika topisch oder systemisch	1,92 %	1,84 %	1,88 %	1,86 %	1,94 %	1,85 %	1,92 %	1,99 %	2,10 %
D06A: Antibiotika topisch	1,12 %	1,14 %	1,06 %	1,07 %	1,05 %	1,07 %	0,94 %	1,01 %	1,01 %
D07: Corticosteroide dermatologisch	5,20 %	5,01 %	4,99 %	4,83 %	4,87 %	4,84 %	4,87 %	5,31 %	5,44 %
D10: Aknemittel	2,86 %	2,96 %	3,02 %	2,88 %	3,02 %	2,97 %	2,97 %	3,07 %	3,16 %

						Verordnungsraten bei Studierenden			
ATC-Code: Kurzbezeichnung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
G: Urogenitalsystem und Sexualhormone	5,68 %	5,36 %	5,16 %	4,80 %	4,65 %	4,47 %	4,04 %	3,96 %	4,00 %
G01: Gynäkologische Antinfektiva	3,08 %	2,86 %	2,77 %	2,53 %	2,32 %	2,19 %	1,93 %	1,92 %	1,91 %
G03: Sexualhormone	2,47 %	2,38 %	2,27 %	2,23 %	2,20 %	2,14 %	1,97 %	1,93 %	1,96 %
G03A: Kontrazeptiva	0,92 %	0,89 %	0,82 %	0,83 %	0,80 %	0,80 %	0,72 %	0,70 %	0,73 %
H: Systemische Hormonpräparate	4,64 %	4,88 %	5,13 %	5,48 %	5,78 %	6,35 %	6,65 %	7,10 %	7,41 %
H02: Corticosteroide systemisch	1,93 %	1,97 %	1,98 %	2,07 %	2,00 %	2,13 %	2,07 %	2,22 %	2,25 %
H03: Schilddrüsenpräparate	2,72 %	2,96 %	3,17 %	3,46 %	3,87 %	4,30 %	4,70 %	5,01 %	5,31 %
J: Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	23,12 %	24,48 %	25,83 %	26,29 %	25,03 %	25,47 %	24,40 %	25,68 %	24,64 %
J01: Antibiotika, system.	21,95 %	22,90 %	23,35 %	24,03 %	23,23 %	23,57 %	22,33 %	23,44 %	22,40 %
J02: Antimykotika, system.	0,76 %	0,77 %	0,78 %	0,78 %	0,74 %	0,76 %	0,77 %	0,85 %	0,86 %
J05: Antiviral, system.	0,69 %	0,74 %	0,74 %	1,21 %	0,83 %	0,89 %	0,88 %	0,97 %	0,96 %
J07: Impfstoffe	0,37 %	0,95 %	2,26 %	1,57 %	1,25 %	1,33 %	1,50 %	1,70 %	1,62 %
J07A: Bakterielle Impfstoffe	0,05 %	0,07 %	0,24 %	0,28 %	0,28 %	0,35 %	0,40 %	0,43 %	0,48 %
J07B: Virale Impfstoffe	0,28 %	0,86 %	2,13 %	1,44 %	1,09 %	1,18 %	1,33 %	1,51 %	1,43 %
M: Muskel- und Skelettsystem	10,40 %	11,02 %	11,50 %	11,97 %	11,89 %	12,35 %	12,24 %	12,82 %	12,85 %
M01A: Nichtsteroidale Antiphlogistika	9,49 %	10,21 %	10,76 %	11,22 %	11,21 %	11,58 %	11,49 %	12,21 %	12,34 %
N: Nervensystem	8,11 %	8,56 %	8,86 %	9,40 %	9,35 %	9,66 %	9,65 %	9,92 %	10,01 %
N02A: Opioide (inc. Codein)	1,64 %	1,51 %	1,38 %	1,27 %	1,13 %	1,03 %	0,93 %	0,87 %	0,85 %
N02B: And. Analgetika und Antipyretika	2,34 %	2,64 %	2,91 %	3,25 %	3,03 %	3,33 %	3,45 %	3,80 %	3,89 %
N02BB02: Metamizol	2,05 %	2,35 %	2,65 %	2,99 %	2,80 %	3,08 %	3,18 %	3,54 %	3,67 %
N02C: Migränemittel	0,53 %	0,58 %	0,63 %	0,64 %	0,70 %	0,69 %	0,74 %	0,79 %	0,88 %
N03: Antiepileptika	0,44 %	0,47 %	0,52 %	0,53 %	0,57 %	0,59 %	0,58 %	0,59 %	0,55 %
N05A: Antipsychotika	0,61 %	0,61 %	0,61 %	0,67 %	0,70 %	0,70 %	0,69 %	0,69 %	0,67 %
N05B: Anxiolytika	0,79 %	0,76 %	0,71 %	0,74 %	0,73 %	0,66 %	0,63 %	0,63 %	0,59 %
N05C: Hypnotika und Sedativa	0,54 %	0,56 %	0,61 %	0,65 %	0,63 %	0,67 %	0,61 %	0,62 %	0,60 %
N06A: Antidepressiva	2,68 %	2,97 %	3,16 %	3,53 %	3,86 %	3,99 %	4,01 %	3,90 %	3,85 %
N06AA05: Antidepressiva – Opipramol	0,35 %	0,41 %	0,44 %	0,48 %	0,49 %	0,50 %	0,48 %	0,46 %	0,45 %
N06AB04: Antidepressiva – Citalopram	0,55 %	0,73 %	0,78 %	0,91 %	1,11 %	1,34 %	1,25 %	1,06 %	0,95 %
N05A, B, C, N06A: Psychopharmaka gesamt	3,70 %	3,95 %	4,10 %	4,48 %	4,79 %	4,85 %	4,85 %	4,73 %	4,65 %

Verordnungsraten bei Studierenden									
ATC-Code: Kurzbezeichnung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
R: Respirationstrakt	10,16 %	10,62 %	10,15 %	10,92 %	9,94 %	10,27 %	9,50 %	10,27 %	10,33 %
R01: Rhinologika	2,58 %	2,72 %	2,79 %	3,01 %	3,06 %	3,33 %	3,32 %	3,81 %	4,14 %
R03: Mittel b. obstrukt. Atemwegserkrankungen	4,03 %	4,44 %	3,98 %	4,61 %	4,50 %	4,67 %	4,42 %	4,63 %	4,84 %
R05: Husten- und Erkältungspräparate	3,56 %	3,67 %	3,58 %	3,86 %	2,87 %	2,86 %	2,24 %	2,37 %	1,97 %
R06: Antihistaminika systemisch	2,14 %	1,98 %	1,66 %	1,61 %	1,47 %	1,52 %	1,34 %	1,58 %	1,69 %
R01, 3: Atemwegserkrankungen, überw. allergisch	6,01 %	6,48 %	6,19 %	6,91 %	6,85 %	7,21 %	7,05 %	7,59 %	8,01 %

Tabelle A34 (Studierende 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Verordnungsraten junge Erwerbspersonen 2006 bis 2014

Verordnungsraten bei jungen Erwerbspersonen									
ATC-Code: Kurzbezeichnung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A: Alimentäres System und Stoffwechsel	10,85 %	11,85 %	12,44 %	11,94 %	12,05 %	12,45 %	12,93 %	13,26 %	12,29 %
A02: Säure bedingte Erkrankungen	3,81 %	4,47 %	5,19 %	5,15 %	5,18 %	5,80 %	6,67 %	7,17 %	7,67 %
A02B: Peptischer Ulcus	3,77 %	4,43 %	5,16 %	5,12 %	5,16 %	5,78 %	6,65 %	7,15 %	7,66 %
A02BC02: Pantoprazol	0,67 %	0,59 %	0,87 %	1,95 %	2,89 %	3,53 %	4,35 %	4,87 %	5,50 %
A03: Funktionelle gastro-intestinale Störungen	5,97 %	6,63 %	6,73 %	6,27 %	6,32 %	6,27 %	6,03 %	5,98 %	3,99 %
A03FA: Prokinetika	5,66 %	6,33 %	6,43 %	5,99 %	6,05 %	6,01 %	5,79 %	5,76 %	3,74 %
A03FA01: Metoclopramid	5,55 %	6,20 %	6,26 %	5,85 %	5,92 %	5,87 %	5,66 %	5,64 %	3,46 %
A10: Antidiabetika	0,49 %	0,52 %	0,54 %	0,48 %	0,49 %	0,51 %	0,51 %	0,53 %	0,54 %
A10A: Antidiabetika Insuline	0,43 %	0,44 %	0,45 %	0,40 %	0,40 %	0,41 %	0,41 %	0,43 %	0,44 %
A10B: Antidiabetika oral	0,08 %	0,09 %	0,10 %	0,10 %	0,11 %	0,11 %	0,12 %	0,12 %	0,13 %
B: Blut und Blut bildende Organe	2,68 %	2,77 %	2,86 %	2,91 %	2,95 %	2,99 %	3,11 %	3,17 %	3,27 %
B01A: Antithrombotische Mittel	1,15 %	1,23 %	1,33 %	1,41 %	1,50 %	1,57 %	1,67 %	1,70 %	1,77 %
B01AB05: Enoxaparin	0,43 %	0,47 %	0,54 %	0,65 %	0,71 %	0,85 %	0,99 %	0,92 %	0,98 %
B03: Antianämika	1,25 %	1,28 %	1,30 %	1,33 %	1,32 %	1,31 %	1,32 %	1,37 %	1,45 %
B03A: Eisenhaltige Zubereitungen	1,18 %	1,20 %	1,23 %	1,25 %	1,23 %	1,21 %	1,21 %	1,24 %	1,31 %

Verordnungsraten bei jungen Erwerbspersonen									
ATC-Code: Kurzbezeichnung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
C: Kardiovaskuläres System	3,47 %	3,49 %	3,58 %	3,35 %	3,21 %	3,29 %	3,28 %	3,37 %	3,33 %
C05A: Hämorrhoidenmittel	0,68 %	0,71 %	0,71 %	0,66 %	0,62 %	0,63 %	0,60 %	0,63 %	0,62 %
C07: Betablocker	1,17 %	1,16 %	1,18 %	1,17 %	1,19 %	1,21 %	1,21 %	1,19 %	1,16 %
C09: ACE-Hemmer	0,65 %	0,74 %	0,85 %	0,95 %	1,05 %	1,14 %	1,20 %	1,27 %	1,30 %
C02, 3, 7, 8, 9: Antihypertensiva gesamt	1,82 %	1,87 %	1,99 %	2,10 %	2,22 %	2,29 %	2,36 %	2,41 %	2,41 %
C10: Lipidsenker	0,17 %	0,17 %	0,19 %	0,17 %	0,17 %	0,15 %	0,16 %	0,15 %	0,15 %
D: Dermatika	11,46 %	11,23 %	11,20 %	10,92 %	10,96 %	10,83 %	10,78 %	11,52 %	11,78 %
D01A, B: Antimykotika topisch oder systemisch	1,96 %	1,91 %	1,88 %	1,86 %	1,88 %	1,94 %	1,85 %	1,98 %	2,09 %
D06A: Antibiotika topisch	1,23 %	1,17 %	1,15 %	1,13 %	1,06 %	1,07 %	0,98 %	1,05 %	1,04 %
D07: Corticosteroide dermatologisch	5,77 %	5,63 %	5,60 %	5,35 %	5,41 %	5,27 %	5,36 %	5,81 %	5,90 %
D10: Aknemittel	2,26 %	2,25 %	2,23 %	2,19 %	2,21 %	2,20 %	2,21 %	2,32 %	2,42 %
G: Urogenitalsystem und Sexualhormone	6,51 %	6,10 %	5,89 %	5,52 %	5,40 %	5,08 %	4,73 %	4,64 %	4,52 %
G01: Gynäkologische Antinfektiva	3,21 %	2,91 %	2,76 %	2,53 %	2,46 %	2,27 %	2,06 %	2,00 %	1,91 %
G03: Sexualhormone	3,04 %	2,90 %	2,82 %	2,74 %	2,69 %	2,57 %	2,48 %	2,46 %	2,42 %
G03A: Kontrazeptiva	1,05 %	0,99 %	0,96 %	0,90 %	0,87 %	0,83 %	0,80 %	0,80 %	0,79 %
H: Systemische Hormonpräparate	5,77 %	6,06 %	6,28 %	6,52 %	6,88 %	7,35 %	7,69 %	8,25 %	8,55 %
H02: Corticosteroide systemisch	2,62 %	2,70 %	2,66 %	2,73 %	2,77 %	2,88 %	2,81 %	3,04 %	3,07 %
H03: Schilddrüsenpräparate	3,13 %	3,36 %	3,63 %	3,83 %	4,17 %	4,56 %	4,98 %	5,36 %	5,64 %
J: Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	31,80 %	33,39 %	34,67 %	35,42 %	34,15 %	34,52 %	33,32 %	34,48 %	32,75 %
J01: Antibiotika, system.	30,66 %	31,86 %	32,50 %	33,42 %	32,56 %	32,91 %	31,64 %	32,66 %	30,91 %
J02: Antimykotika, system.	0,73 %	0,74 %	0,71 %	0,70 %	0,69 %	0,69 %	0,68 %	0,70 %	0,74 %
J05: Antibiviral, system.	0,79 %	0,89 %	0,91 %	1,48 %	0,90 %	1,01 %	0,95 %	1,10 %	1,05 %
J07: Impfstoffe	0,35 %	1,02 %	2,16 %	1,35 %	1,09 %	1,02 %	1,14 %	1,29 %	1,22 %
J07A: Bakterielle Impfstoffe	0,06 %	0,07 %	0,17 %	0,18 %	0,19 %	0,20 %	0,23 %	0,26 %	0,28 %
J07B: Virale Impfstoffe	0,27 %	0,93 %	2,05 %	1,21 %	0,96 %	0,90 %	1,00 %	1,13 %	1,07 %
M: Muskel- und Skelettsystem	15,50 %	16,37 %	17,21 %	17,87 %	18,07 %	18,44 %	18,60 %	19,39 %	19,21 %
M01A: Nichtsteroidale Antiphlogistika	14,30 %	15,26 %	16,16 %	16,87 %	17,07 %	17,44 %	17,61 %	18,63 %	18,55 %

ATC-Code: Kurzbezeichnung	Verordnungsraten bei jungen Erwerbspersonen								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N: Nervensystem	9,91 %	10,45 %	10,89 %	11,22 %	11,17 %	11,67 %	11,70 %	12,36 %	12,50 %
N02A: Opiode (inc. Codein)	2,35 %	2,24 %	2,11 %	2,01 %	1,78 %	1,65 %	1,51 %	1,47 %	1,35 %
N02B: And. Analgetika und Antipyretika	3,92 %	4,41 %	4,85 %	5,33 %	5,07 %	5,53 %	5,62 %	6,32 %	6,44 %
N02BB02: Metamizol	3,46 %	3,96 %	4,45 %	4,92 %	4,68 %	5,16 %	5,21 %	5,93 %	6,08 %
N02C: Migränemittel	0,76 %	0,77 %	0,83 %	0,86 %	0,92 %	0,98 %	0,99 %	1,09 %	1,19 %
N03: Antiepileptika	0,56 %	0,61 %	0,64 %	0,61 %	0,66 %	0,67 %	0,69 %	0,70 %	0,73 %
N05A: Antipsychotika	0,49 %	0,48 %	0,51 %	0,48 %	0,52 %	0,54 %	0,57 %	0,56 %	0,57 %
N05B: Anxiolytika	0,69 %	0,69 %	0,68 %	0,66 %	0,64 %	0,64 %	0,60 %	0,59 %	0,61 %
N05C: Hypnotika und Sedativa	0,45 %	0,47 %	0,52 %	0,51 %	0,56 %	0,56 %	0,55 %	0,54 %	0,54 %
N06A: Antidepressiva	2,19 %	2,42 %	2,61 %	2,70 %	3,12 %	3,30 %	3,37 %	3,41 %	3,45 %
N06AA05: Antidepressiva – Opipramol	0,42 %	0,46 %	0,49 %	0,53 %	0,58 %	0,61 %	0,60 %	0,58 %	0,57 %
N06AB04: Antidepressiva – Citalopram	0,40 %	0,53 %	0,61 %	0,67 %	0,85 %	1,07 %	1,01 %	0,94 %	0,85 %
N05A, B, C, N06A: Psychopharmaka gesamt	3,11 %	3,32 %	3,52 %	3,55 %	3,96 %	4,13 %	4,18 %	4,20 %	4,27 %
R: Respirationstrakt	13,93 %	14,54 %	14,14 %	14,39 %	12,84 %	13,31 %	12,29 %	13,38 %	13,04 %
R01: Rhinologika	2,82 %	3,13 %	3,23 %	3,28 %	3,39 %	3,78 %	3,85 %	4,40 %	4,76 %
R03: Mittel b. obstrukt. Atemwegserkrankungen	5,11 %	5,63 %	5,17 %	5,52 %	5,35 %	5,66 %	5,39 %	5,67 %	5,89 %
R05: Husten- und Erkältungspräparate	6,42 %	6,60 %	6,57 %	6,63 %	5,06 %	4,90 %	3,97 %	4,31 %	3,40 %
R06: Antihistaminika systemisch	2,34 %	2,10 %	1,83 %	1,68 %	1,51 %	1,61 %	1,44 %	1,64 %	1,76 %
R01, 3: Atemwegs- erkrankungen, überw. allergisch	7,28 %	8,01 %	7,69 %	8,03 %	7,98 %	8,56 %	8,41 %	9,12 %	9,58 %

Tabelle A35 (Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Ambulante Diagnoseraten nach ICD 10-Kapiteln bei Studierenden 2009 bis 2013

Diagnosekapitel	2009	2010	2011	2012	2013	2013 vs. 2009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	20,36 %	20,17 %	21,11 %	20,71 %	22,29 %	109,49 %
II. Neubildungen	10,58 %	12,36 %	12,32 %	12,16 %	12,45 %	117,68 %
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3,68 %	3,66 %	3,68 %	3,63 %	3,80 %	103,33 %
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13,14 %	13,43 %	13,78 %	14,17 %	14,82 %	112,80 %
V. Psychische und Verhaltensstörungen	20,47 %	20,96 %	21,11 %	20,97 %	21,36 %	104,31 %
VI. Krankheiten des Nervensystems	8,28 %	8,37 %	8,58 %	8,52 %	9,05 %	109,34 %
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	14,12 %	13,40 %	13,08 %	12,63 %	13,17 %	93,32 %
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	8,02 %	7,85 %	7,87 %	7,98 %	8,25 %	102,87 %
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	10,72 %	10,47 %	10,33 %	10,23 %	8,87 %	82,79 %
X. Krankheiten des Atmungssystems	39,68 %	35,94 %	37,53 %	35,87 %	38,88 %	98,00 %
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	15,46 %	14,39 %	14,46 %	14,20 %	15,65 %	101,24 %
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	24,67 %	24,64 %	24,47 %	23,94 %	24,74 %	100,29 %
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	25,78 %	25,81 %	26,25 %	26,50 %	27,93 %	108,37 %
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	33,59 %	33,37 %	33,98 %	33,82 %	34,65 %	103,16 %
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,86 %	1,80 %	1,90 %	1,81 %	1,83 %	98,83 %
XVI. Best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,04 %	0,04 %	0,03 %	0,03 %	0,03 %	72,58 %
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten	5,63 %	5,98 %	6,21 %	6,34 %	6,87 %	122,00 %
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	28,24 %	27,41 %	27,82 %	27,95 %	29,51 %	104,52 %
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen	20,21 %	19,86 %	20,51 %	20,02 %	21,31 %	105,45 %
XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	44,57 %	43,75 %	45,10 %	45,12 %	46,38 %	104,07 %

Tabelle A36 (Studierende 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Ambulante Diagnoseraten nach ICD 10-Kapiteln bei jungen Erwerbspersonen 2009 bis 2013

Diagnosekapitel	2009	2010	2011	2012	2013	2013 vs. 2009
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	26,38 %	26,67 %	28,39 %	28,14 %	29,94 %	113,47 %
II. Neubildungen	11,65 %	13,10 %	12,66 %	12,51 %	12,96 %	111,23 %
III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	4,08 %	3,99 %	4,09 %	4,08 %	4,20 %	102,92 %
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	15,72 %	15,87 %	16,16 %	16,49 %	17,29 %	110,00 %
V. Psychische und Verhaltensstörungen	20,16 %	20,95 %	21,45 %	21,89 %	22,62 %	112,18 %
VI. Krankheiten des Nervensystems	10,06 %	10,29 %	10,67 %	10,83 %	11,46 %	113,89 %
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	14,96 %	14,29 %	13,93 %	13,60 %	14,04 %	93,87 %
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	9,87 %	9,82 %	9,83 %	9,73 %	10,21 %	103,41 %
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	13,88 %	13,72 %	13,49 %	13,30 %	12,18 %	87,73 %
X. Krankheiten des Atmungssystems	54,20 %	50,43 %	52,48 %	50,49 %	55,09 %	101,65 %
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	21,69 %	20,06 %	19,82 %	19,50 %	20,81 %	95,95 %
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	25,45 %	25,50 %	24,88 %	24,62 %	25,26 %	99,28 %
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	34,56 %	34,71 %	34,94 %	35,10 %	36,47 %	105,54 %
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	37,82 %	37,61 %	37,58 %	37,47 %	38,02 %	100,52 %
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,98 %	5,13 %	5,32 %	5,26 %	5,30 %	106,51 %
XVI. Best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,12 %	0,12 %	0,09 %	0,09 %	0,09 %	75,76 %
XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten	6,46 %	6,69 %	6,79 %	6,99 %	7,63 %	118,07 %
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	33,48 %	32,81 %	33,42 %	33,57 %	35,08 %	104,77 %
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen	24,27 %	24,26 %	24,46 %	24,11 %	25,46 %	104,90 %
XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	49,85 %	48,91 %	49,40 %	49,33 %	50,41 %	101,13 %

Tabelle A37 (Junge Erwerbspersonen 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert)

Verordnungsraten Schilddrüsenhormone nach Alter und Geschlecht 2014

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	1,27 %	3,96 %	2,76 %	1,39 %	5,36 %	3,59 %
21	1,07 %	5,11 %	3,20 %	1,45 %	5,86 %	3,77 %
22	1,29 %	5,13 %	3,20 %	1,41 %	6,90 %	4,14 %
23	1,57 %	5,99 %	3,71 %	1,39 %	7,74 %	4,46 %
24	1,43 %	5,85 %	3,53 %	1,36 %	8,22 %	4,61 %
25	1,58 %	8,18 %	5,08 %	1,53 %	8,58 %	5,27 %
26	2,21 %	8,94 %	5,67 %	1,55 %	9,92 %	5,85 %
27	1,88 %	10,12 %	5,38 %	1,59 %	10,22 %	5,26 %
28	1,97 %	10,19 %	5,39 %	1,67 %	11,19 %	5,63 %
29	2,28 %	10,53 %	5,64 %	1,68 %	12,09 %	5,92 %
30	2,38 %	11,04 %	5,91 %	1,85 %	12,81 %	6,32 %
31	2,34 %	10,98 %	5,86 %	1,93 %	13,43 %	6,62 %
32	2,46 %	12,70 %	6,66 %	1,93 %	14,30 %	7,00 %
33	2,52 %	11,99 %	6,41 %	2,00 %	14,60 %	7,17 %
34	2,79 %	13,08 %	7,03 %	1,98 %	14,84 %	7,28 %
20-34*	1,96 %	8,95 %	5,18 %	1,61 %	10,06 %	5,50 %

Tabelle A38 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre,

* übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ATC H03A)

Krankheiten der Schilddrüse nach Alter und Geschlecht 2013

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	1,77 %	6,04 %	4,14 %	3,13 %	9,26 %	6,53 %
21	1,98 %	7,20 %	4,72 %	3,10 %	10,65 %	7,08 %
22	2,29 %	8,06 %	5,16 %	3,14 %	11,57 %	7,33 %
23	2,20 %	9,29 %	5,63 %	2,88 %	12,09 %	7,34 %
24	2,42 %	9,55 %	5,79 %	3,16 %	12,54 %	7,60 %
25	2,98 %	11,50 %	7,49 %	3,05 %	13,45 %	8,56 %
26	3,22 %	13,55 %	8,52 %	3,27 %	14,05 %	8,81 %
27	3,30 %	13,49 %	7,64 %	3,10 %	14,78 %	8,07 %
28	3,59 %	14,26 %	8,03 %	3,01 %	15,57 %	8,24 %
29	3,73 %	14,35 %	8,05 %	3,01 %	15,93 %	8,27 %
30	3,71 %	15,09 %	8,35 %	3,26 %	16,71 %	8,74 %
31	3,89 %	15,45 %	8,60 %	3,33 %	17,93 %	9,28 %
32	4,49 %	15,73 %	9,10 %	3,38 %	18,14 %	9,43 %
33	4,92 %	16,14 %	9,53 %	3,41 %	18,84 %	9,75 %
34	5,74 %	17,64 %	10,65 %	3,72 %	19,29 %	10,14 %
20-34*	3,29 %	12,71 %	7,63 %	3,14 %	14,40 %	8,33 %

Tabelle A39 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre,

* übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ICD 10: E00–E07)

Krankheiten der Schilddrüse 2009 bis 2013

Diagnose	Anteil Betroffene					
	2009	2010	2011	2012	2013	2013 vs. 2009
Studierende						
E00-E07 Krankheiten der Schilddrüse	5,92 %	6,36 %	6,83 %	7,18 %	7,63 %	129 %
E03 Sonstige Hypothyreose	2,97 %	3,31 %	3,72 %	4,14 %	4,61 %	155 %
E04 Sonstige nichttoxische Struma	2,11 %	2,09 %	2,10 %	2,02 %	2,03 %	96 %
E06 Thyreoiditis	1,26 %	1,44 %	1,65 %	1,77 %	1,87 %	149 %
Junge Erwerbspersonen						
E00-E07 Krankheiten der Schilddrüse	6,66 %	7,00 %	7,38 %	7,81 %	8,33 %	125 %
E03 Sonstige Hypothyreose	3,01 %	3,41 %	3,84 %	4,23 %	4,71 %	156 %
E04 Sonstige nichttoxische Struma	2,58 %	2,47 %	2,46 %	2,40 %	2,42 %	94 %
E06 Thyreoiditis	1,25 %	1,39 %	1,57 %	1,71 %	1,88 %	151 %

Tabelle A40 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; ICD 10: E00–E07)

Diagnoseraten ADHS nach Alter und Geschlecht 2013

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	0,78 %	0,19 %	0,46 %	2,94 %	0,82 %	1,76 %
21	0,50 %	0,35 %	0,42 %	2,30 %	0,69 %	1,45 %
22	0,55 %	0,19 %	0,37 %	1,76 %	0,57 %	1,17 %
23	0,51 %	0,18 %	0,35 %	1,35 %	0,44 %	0,91 %
24	0,41 %	0,18 %	0,30 %	1,14 %	0,35 %	0,77 %
25	0,67 %	0,22 %	0,43 %	0,78 %	0,23 %	0,49 %
26	0,76 %	0,34 %	0,54 %	0,59 %	0,20 %	0,39 %
27	0,44 %	0,44 %	0,44 %	0,47 %	0,18 %	0,35 %
28	0,62 %	0,46 %	0,55 %	0,40 %	0,14 %	0,29 %
29	0,79 %	0,50 %	0,67 %	0,32 %	0,15 %	0,25 %
30	0,76 %	0,74 %	0,75 %	0,26 %	0,18 %	0,23 %
31	0,97 %	0,47 %	0,77 %	0,26 %	0,17 %	0,22 %
32	1,12 %	0,92 %	1,04 %	0,28 %	0,12 %	0,21 %
33	0,82 %	0,53 %	0,70 %	0,25 %	0,14 %	0,20 %
34	1,26 %	0,95 %	1,13 %	0,20 %	0,11 %	0,16 %
20-34*	0,66 %	0,39 %	0,54 %	0,66 %	0,25 %	0,47 %

Tabelle A41 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre,

* übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ICD 10: F90)

Verordnungsraten Methylphenidat nach Alter und Geschlecht 2013

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	0,43 %	0,19 %	0,30 %	1,06 %	0,31 %	0,65 %
21	0,34 %	0,12 %	0,22 %	0,65 %	0,25 %	0,44 %
22	0,40 %	0,03 %	0,22 %	0,55 %	0,23 %	0,39 %
23	0,24 %	0,08 %	0,16 %	0,37 %	0,18 %	0,28 %
24	0,20 %	0,02 %	0,12 %	0,34 %	0,13 %	0,24 %
25	0,29 %	0,15 %	0,21 %	0,23 %	0,12 %	0,17 %
26	0,45 %	0,20 %	0,32 %	0,21 %	0,09 %	0,15 %
27	0,27 %	0,33 %	0,30 %	0,17 %	0,09 %	0,14 %
28	0,45 %	0,31 %	0,39 %	0,18 %	0,08 %	0,14 %
29	0,53 %	0,29 %	0,44 %	0,16 %	0,08 %	0,12 %
30	0,62 %	0,51 %	0,57 %	0,13 %	0,08 %	0,11 %
31	0,69 %	0,32 %	0,54 %	0,16 %	0,07 %	0,12 %
32	0,72 %	0,25 %	0,52 %	0,15 %	0,07 %	0,12 %

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
33	0,69 %	0,35 %	0,55 %	0,12 %	0,07 %	0,10 %
34	0,88 %	0,81 %	0,85 %	0,12 %	0,08 %	0,10 %
20-34*	0,42 %	0,24 %	0,34 %	0,23 %	0,11 %	0,18 %

Tabelle A42 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre,

* übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ATC: N06BA04)

Verordnungsraten Methylphenidat nach Alter und Geschlecht 2014

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	0,61 %	0,15 %	0,36 %	0,94 %	0,33 %	0,60 %
21	0,66 %	0,16 %	0,40 %	0,72 %	0,32 %	0,51 %
22	0,39 %	0,17 %	0,28 %	0,65 %	0,25 %	0,46 %
23	0,31 %	0,07 %	0,20 %	0,50 %	0,18 %	0,34 %
24	0,38 %	0,12 %	0,26 %	0,37 %	0,19 %	0,28 %
25	0,44 %	0,17 %	0,30 %	0,29 %	0,13 %	0,20 %
26	0,49 %	0,24 %	0,36 %	0,26 %	0,12 %	0,19 %
27	0,44 %	0,29 %	0,38 %	0,24 %	0,09 %	0,18 %
28	0,44 %	0,42 %	0,43 %	0,17 %	0,10 %	0,14 %
29	0,71 %	0,29 %	0,54 %	0,15 %	0,06 %	0,11 %
30	0,59 %	0,37 %	0,50 %	0,16 %	0,10 %	0,13 %
31	0,70 %	0,55 %	0,64 %	0,17 %	0,09 %	0,14 %
32	1,17 %	0,55 %	0,92 %	0,16 %	0,09 %	0,13 %
33	0,86 %	0,60 %	0,75 %	0,16 %	0,08 %	0,13 %
34	0,51 %	0,22 %	0,39 %	0,15 %	0,08 %	0,12 %
20-34*	0,52 %	0,27 %	0,40 %	0,27 %	0,13 %	0,21 %

Tabelle A43 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre,

* übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ATC: N06BA04)

Diagnoseraten ADHS 2009 bis 2013

Diagnose	Anteil Betroffene					2013
Studierende	2009	2010	2011	2012	2013	vs. 2009
Männer	0,39 %	0,52 %	0,53 %	0,55 %	0,66 %	170 %
Frauen	0,20 %	0,23 %	0,28 %	0,34 %	0,39 %	198 %
Gesamt	0,30 %	0,39 %	0,41 %	0,45 %	0,54 %	179 %
Junge Erwerbspersonen	2009	2010	2011	2012	2013	
Männer	0,29 %	0,38 %	0,45 %	0,54 %	0,66 %	227 %
Frauen	0,14 %	0,15 %	0,18 %	0,21 %	0,25 %	179 %
Gesamt	0,22 %	0,28 %	0,33 %	0,39 %	0,47 %	213 %

Tabelle A44 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre, einheitlich standardisiert; ICD 10: F90)

Verordnungsraten Antidepressiva nach Alter und Geschlecht 2014

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	1,16 %	1,68 %	1,45 %	1,72 %	3,72 %	2,83 %
21	1,14 %	2,20 %	1,70 %	1,71 %	4,06 %	2,95 %
22	1,01 %	2,76 %	1,88 %	2,05 %	4,20 %	3,12 %
23	1,35 %	2,71 %	2,01 %	2,25 %	4,21 %	3,20 %
24	1,50 %	2,75 %	2,09 %	2,21 %	4,46 %	3,27 %
25	2,25 %	3,33 %	2,82 %	2,55 %	4,47 %	3,57 %
26	2,43 %	4,42 %	3,45 %	2,55 %	4,50 %	3,55 %
27	2,80 %	5,15 %	3,80 %	2,48 %	4,37 %	3,28 %
28	3,16 %	6,01 %	4,35 %	2,54 %	4,58 %	3,39 %
29	3,98 %	6,98 %	5,20 %	2,59 %	4,69 %	3,44 %
30	4,04 %	7,00 %	5,25 %	2,85 %	4,96 %	3,71 %
31	4,96 %	7,43 %	5,96 %	2,99 %	4,99 %	3,80 %
32	6,41 %	9,77 %	7,79 %	3,14 %	5,08 %	3,93 %
33	6,03 %	9,44 %	7,43 %	3,19 %	5,55 %	4,16 %
34	6,34 %	11,09 %	8,30 %	3,44 %	5,75 %	4,39 %
20–34*	2,95 %	4,90 %	3,85 %	2,53 %	4,52 %	3,45 %

Tabelle A45 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre,

* übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ATC N06A)

Depressionen nach Alter und Geschlecht 2013

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	1,91 %	3,44 %	2,76 %	3,07 %	7,29 %	5,41 %
21	1,81 %	4,29 %	3,12 %	3,34 %	7,09 %	5,31 %
22	2,23 %	5,21 %	3,71 %	3,53 %	7,80 %	5,65 %

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
23	1,91 %	4,95 %	3,38 %	3,87 %	8,61 %	6,16 %
24	2,91 %	6,06 %	4,40 %	4,17 %	8,63 %	6,28 %
25	3,41 %	7,63 %	5,65 %	4,25 %	9,00 %	6,77 %
26	3,94 %	8,60 %	6,33 %	3,97 %	8,69 %	6,39 %
27	4,58 %	10,81 %	7,23 %	3,85 %	9,14 %	6,10 %
28	5,99 %	12,48 %	8,69 %	4,10 %	9,17 %	6,21 %
29	6,04 %	13,85 %	9,22 %	4,30 %	9,98 %	6,61 %
30	7,56 %	15,63 %	10,85 %	4,38 %	10,25 %	6,77 %
31	8,92 %	17,50 %	12,42 %	4,74 %	10,35 %	7,03 %
32	9,96 %	17,33 %	12,98 %	4,73 %	11,11 %	7,35 %
33	10,04 %	21,14 %	14,60 %	5,13 %	11,54 %	7,76 %
34	12,26 %	18,05 %	14,64 %	5,19 %	11,95 %	7,98 %
20-34*	5,00 %	10,09 %	7,34 %	4,10 %	9,09 %	6,40 %

Tabelle A46 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre, * übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ICD 10: F32, F33)

Psychische Störungen nach Alter und Geschlecht 2013

Altersgruppe	Studierende			Junge Erwerbspersonen		
	Männer	Frauen	Gesamt*	Männer	Frauen	Gesamt*
20	7,30 %	17,28 %	12,83 %	16,58 %	28,77 %	23,33 %
21	8,41 %	18,22 %	13,58 %	16,07 %	29,26 %	23,01 %
22	9,01 %	20,29 %	14,61 %	15,96 %	29,36 %	22,62 %
23	8,44 %	19,74 %	13,91 %	16,45 %	31,45 %	23,72 %
24	10,14 %	21,66 %	15,59 %	16,55 %	31,10 %	23,44 %
25	11,75 %	25,30 %	18,93 %	15,98 %	31,27 %	24,09 %
26	13,45 %	27,85 %	20,84 %	14,94 %	30,93 %	23,15 %
27	14,19 %	30,34 %	21,06 %	14,49 %	30,77 %	21,41 %
28	16,05 %	33,57 %	23,34 %	14,37 %	31,21 %	21,38 %
29	16,60 %	35,61 %	24,34 %	14,42 %	32,59 %	21,81 %
30	19,58 %	38,57 %	27,32 %	14,91 %	33,18 %	22,36 %
31	21,54 %	40,70 %	29,35 %	15,44 %	33,82 %	22,93 %
32	23,25 %	39,89 %	30,07 %	15,62 %	34,98 %	23,56 %
33	23,80 %	45,44 %	32,69 %	15,76 %	35,03 %	23,68 %
34	25,58 %	42,33 %	32,49 %	16,40 %	35,96 %	24,47 %
20-34*	14,63 %	29,24 %	21,36 %	15,14 %	31,39 %	22,62 %

Tabelle A47 (Junge Erwerbspersonen und Studierende 20–34 Jahre, * übergreifende Werte einheitlich standardisiert; ICD 10: Kapitel V)

Methodische Erläuterungen

Arbeitsunfähigkeit

In der Bundesrepublik sind sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer im Falle einer erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU) verpflichtet, spätestens ab dem vierten Fehltag eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim Arbeitgeber vorzulegen. Der Arzt muss eine entsprechende Meldung auch an die Krankenkasse des Arbeitnehmers weiterleiten. Im Gegensatz zu den Meldungen für die Arbeitgeber beinhalten die den Krankenkassen übermittelten Bescheinigungen eine oder mehrere Diagnoseangaben, die seit dem 1. Januar 2000 ärztlicherseits unter Verwendung der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)“ (ICD 10) anzugeben sind.

Die Krankenkassen sind ihrerseits verpflichtet, entsprechende Daten zu erfassen. Zum einen werden kassenseitig Auswertungsergebnisse zum AU-Meldegeschehen für die Zusammenstellung von Bundesstatistiken weitergegeben. Zum anderen benötigen Krankenkassen versichertenbezogene Informationen zu AU-Meldungen, um bei längeren Erkrankungsfällen (im Regelfall nach Ablauf der sechsten Krankheitswoche) Ansprüche des Versicherten auf Krankengeldzahlungen überprüfen zu können. Krankengeld ersetzt dann gegebenenfalls die gesetzlich oder tarifvertraglich geregelten Entgeltfortzahlungen der Arbeitgeber im Krankheitsfall.

Daten zu Arbeitsfehlzeiten bieten bereits seit längerer Zeit eine wichtige Informationsquelle zur Beurteilung gesundheitlicher Risiken von Erwerbspersonen. Dass es sich bei den Erwerbspersonen nur um einen spezifischen Teilbestand aus der Gesamtversichertenpopulation einer Krankenkasse handelt, sollte allerdings bei einer Interpretation der Ergebnisse immer berücksichtigt werden. Zur Beschreibung des AU-Meldegeschehens existiert eine Reihe von Maßzahlen. Einen Überblick zu relevanten Parametern gibt die Tabelle A48 auf der Folgeseite.

Grundsätzlich dürften die genannten Parameter allen Lesern bekannt sein. Praktische Details der Berechnung werden nachfolgend für Interessierte weiter erläutert.

Maßzahlen des AU-Meldegesehens

Parameter	Erläuterung
AU-Fälle je VJ	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Fälle innerhalb einer Versicherungszeit von 365 Tagen, wobei 365 Tage einem Versicherungsjahr (VJ) entsprechen; die Angabe entspricht sinngemäß der durchschnittlichen Anzahl von Krankmeldungen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres.
AU-Tage je VJ	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Tage beziehungsweise Dauer der Arbeitsfehlzeiten innerhalb eines Versicherungsjahres; entspricht sinngemäß der durchschnittlichen Zahl von Fehltagen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres.
Krankenstand	Anteil der erkrankungsbedingten Fehltagen an allen Versicherungstagen in Prozent; entspricht dem Anteil der an einem Tag des Jahres durchschnittlich krankgemeldeten Erwerbspersonen (in Bezug auf alle Tage inklusive Wochenenden und Urlaubszeiten) und lässt sich in dieser Form direkt aus der Angabe AU-Tage je VJ mittels Division durch 365 berechnen. Zur Ermittlung des Krankenstands werden in anderen, insbesondere kassenexternen Statistiken aus unterschiedlichen Gründen zum Teil abweichende Methoden verwendet, was bei Vergleichen zu beachten ist!
AU-Tage je Fall	Durchschnittliche Dauer einer einzelnen Krankschreibung; ergibt sich aus der Division der Zahl der AU-Tage durch die Anzahl der AU-Fälle.
AU-Quote	Die AU-Quote beschreibt den Anteil der Erwerbspersonen, die im Untersuchungszeitraum (hier ein Kalenderjahr) mindestens einen Tag arbeitsunfähig gemeldet waren.

Tabelle A48

Die Berechnung von Maßzahlen zum AU-Meldegesehen erscheint auf den ersten Blick trivial, bedarf bei näherer Betrachtung jedoch einiger Erläuterungen. Der nachfolgende Abschnitt wendet sich mit Ergänzungen zu den grundlegenden Erläuterungen im Hauptteil des Berichts ausschließlich an methodisch interessierte Leser.

Bei **Darstellungen zu seltenen Ereignissen** können als Bezugszeiträume anstelle eines Versicherungsjahres (VJ) auch 100 oder 1.000 Versicherungsjahre angegeben werden. Um gelegentlich geäußerten Unsicherheiten bei der Interpretation vorzubeugen, sei erwähnt, dass es sich in diesen Fällen um einfache Änderungen der Darstellung ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit handelt, die den Aussagewert der Zahlen nicht verändern. Ein Beispiel: 0,89 AU-Fälle je VJ = 89 AU-Fälle je 100 VJ = 890 AU-Fälle je 1.000 VJ; alle genannten Zahlen sind gleichbedeutend zu interpretieren.

Im Gesundheitsreport werden Fehlzeiten bei Arbeitsunfähigkeit in **Bezug auf Versicherungszeiten** als AU-Tage je Versicherungsjahr oder als anteilige Fehlzeiten (Krankenstand) angegeben. Dabei wurden die AU-Zeiten versichertenbezogen auf den Tag genau jeweils den Versicherungsintervallen zugeordnet (zum Beispiel den Tätigkeitszeiten in spezifischen Berufen oder Branchen), in denen sie angefallen waren. Nur durch dieses Vorgehen kann eine realitätsgetreue Abbildung des AU-Meldegesehens in Bezug auf die Maße AU-Tage je Versicherungsjahr sowie Krankenstand sichergestellt werden.

Bei Vergleichen von **Angaben zum Krankenstand** sind mögliche Unterschiede bei der zugrunde liegenden Berechnungsmethode zu beachten: Während der in Publikationen von Krankenkassen berichtete Krankenstand üblicherweise mit gewissen Variationen nach dem hier dargestellten und angewendeten Verfahren berechnet wird, besteht arbeitgeberseitig die alternative Möglichkeit, den Anteil der erkrankungsbedingt ausgefallenen Arbeitstage an den erwarteten oder tariflich vereinbarten Arbeitstagen als Krankenstand anzugeben. Schließlich wird vom Bundesministerium für Gesundheit eine Statistik zum Krankenstand herausgegeben, die zwar auf Angaben von Krankenkassen beruht, jedoch – aus pragmatischen Gründen – nur Meldungen von Krankenständen an zwölf Stichtagen, nämlich jeweils am Ersten eines Monats, innerhalb eines Jahres berücksichtigt. Krankenstände auf Basis dieser Stichtagswerte liegen typischerweise unter den Krankenständen, die sich auf der Basis aller Tage eines Jahres berechnen lassen, da der Erste eines Monats überdurchschnittlich häufig auf einen Feiertag fällt. Zudem können von Jahr zu Jahr leichte Veränderungen von Werten der Stichtagsstatistik aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der jeweils kalenderabhängig berücksichtigten Wochentage (mit wochentagstypischen Krankenständen) resultieren, weshalb Berechnungen mit entsprechenden Stichtagswerten für die Berichterstattung auf der Basis von Krankenkassendaten – sofern vollständige Daten verfügbar sind – lediglich zu Vergleichszwecken durchgeführt werden sollten.

Die **Zuordnung von AU-Fällen** zur Berechnung der Fallhäufigkeit erfolgt im Gesundheitsreport nach dem Datum des Beginns einer durchgängigen Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Erstrecken sich einzelne AU-Fälle über mehrere Versicherungsintervalle, werden sie bei der Zählung zur Bestimmung der Fallhäufigkeit als Fall nur im ersten Versicherungsintervall berücksichtigt (sofern der AU-Beginn in ein dokumentiertes Versicherungsintervall fällt). Ein einzelner, durchgängiger AU-Fall wird damit inhaltlich korrekt auch nur als ein Fall bei den Auswertungen berücksichtigt. Fälle mit Datum vom 1. Januar eines Jahres werden bei fehlenden Zusatzinformationen grundsätzlich als Fortsetzungen von Fällen des Vorjahres interpretiert, was erfahrungsgemäß jedoch nur zu einer marginalen, inhaltlich unbedeutenden Unterschätzung der AU-Fallhäufigkeiten insgesamt führt.

Die **fallbezogene AU-Dauer** wurde im Rahmen des Gesundheitsreports als Quotient aus den ermittelten AU-Zeiten und den AU-Fallzahlen berechnet. Aus dem vorausgehend geschilderten Vorgehen bei der Zählung von AU-Fällen resultiert

der Effekt, dass in Einzelfällen Versicherungsfolgeintervalle mit registrierten AU-Tagen existieren können, ohne dass diesen Intervallen das Eintreten eines AU-Falls zugeordnet wird. Dieser Effekt kann potenziell die Berechnung der fallbezogenen AU-Dauer (AU-Tage je Fall) insbesondere bei Subgruppenbetrachtungen beeinflussen. Bei Auswertungen zu größeren Subgruppen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass immer einige Intervalle berücksichtigt werden, in die der AU-Fallbeginn und nur ein Teil der AU-Tage fallen. Gleichzeitig werden aber auch Intervalle mit AU-zeiten ohne Fallbeginn berücksichtigt, bei denen entsprechend nur die AU-Tage gezählt werden. Treten beide Effekte in annähernd ausgewogenem Umfang auf, resultieren aus dem Quotienten von AU-Tagen und AU-Fällen mit Beginn in den berücksichtigten Intervallen weitgehend korrekte Schätzungen der fallbezogenen AU-Dauer. Eine alternativ zu erwägende Berechnung der fallbezogenen AU-Dauer auf der Basis abgeschlossener AU-Fälle kommt in der Regel zu übereinstimmenden Ergebnissen.

Arzneimittelverordnungen

Für die vorliegenden Auswertungen standen – für die Gruppe der auch bei Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit berücksichtigten Erwerbspersonen – Informationen zur Verordnung von Arzneimitteln präparate- beziehungsweise versichertenbezogen zur Verfügung. Aus den Verordnungsdaten mit Versichertenbezug lassen sich eine Reihe von Maßzahlen ableiten, die in Tabelle A49 kurz erläutert sind.

Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen

Parameter	Erläuterung
Anteil Versicherte mit Verordnungen	Der Anteil an Versicherten mit Verordnungen ist ein personenbezogenes Maß, den Nenner bilden also Individuen und nicht Versicherungszeiten. Ausgewählt werden für entsprechende Auswertungen Versicherte, die bereits am 1. Januar des Jahres als Erwerbsperson bei der TK versichert waren. Bei Subgruppenanalysen bleiben spätere Statuswechsel hinsichtlich Wohnort und Tätigkeit bei diesen personenbezogenen Auswertungen gegebenenfalls unberücksichtigt.
Arztkontakte (mit Verordnung) je VJ	Gezählt werden versichertenbezogen die Tage mit einer Rezeptausstellung. Dabei werden mehrere Verordnungen an einem Tag individuell nur dann berücksichtigt, sofern sie von Ärzten unterschiedlicher Facharztgruppen ausgestellt wurden und so von mehreren Arztkontakten am selben Tag ausgegangen werden kann.
Verordnete Präparate je VJ	Gezählt werden die einzelnen Eintragungen auf Rezepten, die sich jeweils auf eine definierte Präparateart oder -form beziehen. Nicht berücksichtigt wird, ob gegebenenfalls mehrere Einheiten desselben Präparats auf einem Rezept verordnet werden.
DDD je VJ	Ausgewiesen wird die Zahl der verordneten „Defined Daily Doses“ (DDD) innerhalb eines Versicherungsjahres. Eine definierte Tagesdosis bezeichnet die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Substanzmenge, die zur Behandlung einer Person mit einem Präparat unter üblichen Umständen für einen Zeitraum von einem Tag ausreicht – für die durchgängige Behandlung einer Person über ein Jahr wären also beispielsweise 365 DDD erforderlich.

Tabelle A49

Der Arzneimittelumsatz in Deutschland lässt sich in einer ersten Einteilung zunächst in den Umsatz durch Selbstmedikation, auch als OTC („over the counter“) bezeichnet, sowie den Umsatz durch ärztlich verordnete Präparate einteilen. Aussagen zur Selbstmedikation waren und sind auf der Basis von Krankenkassenroutinedaten grundsätzlich nicht möglich. Von den ärztlich verordneten Arzneimitteln werden in den Daten von Krankenkassen diejenigen erfasst, die im Rahmen der ambulanten Versorgung von den Apotheken abgegeben und mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Eine erhebliche Veränderung der Verordnungszahlen von 2003 auf 2004 resultierte aus dem weitgehenden Ausschluss nicht rezeptpflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG). Zwischen 2004 und 2008 sind die Rahmenbedingungen weitgehend unverändert geblieben.

Ein erstes anschauliches Maß zu Arzneiverordnungen ist der Anteil an Versicherten mit mindestens einer Arzneiverordnung innerhalb eines definierten Beobachtungszeitraums, also der Anteil an Versicherten, der in einer gewissen Zeitspanne überhaupt von einer Arzneiverordnung betroffen ist. Als weiterer Parameter lässt sich auf Basis der Verordnungsdaten die Zahl der Arztkontakte innerhalb eines Versicherungsjahres bestimmen, wobei diese Zahl zwangsläufig nur diejenigen Kontakte umfasst, die mit der Ausstellung eines Rezepts verbunden waren. Sie dürfte sowohl erkrankungs- als auch facharztgruppenspezifisch in unterschiedlichem Umfang von der Gesamtzahl der Arztkontakte abweichen. Die gleichfalls zu ermittelnde Zahl der verordneten Präparate je Versicherungsjahr bezieht sich im Kontext dieses Gesundheitsreports auf die Zahl der je Rezept gemachten Eintragungen zu verordneten Präparatesorten. Gegebenenfalls vorhandene Angaben zur Anzahl der Verordnungseinheiten wurden bei dieser Angabe nicht berücksichtigt. Zwangsläufig und unabhängig von der Berechnungsweise sind Angaben zur Zahl der Präparateverordnungen nur eingeschränkt inhaltlich interpretierbar. Dies gilt insbesondere, wenn dabei sehr unterschiedliche Präparate gemeinsam berücksichtigt werden. Einen ersten Anhaltspunkt zur relativen Verteilung der Verordnungsvolumina in Versichertengruppen können sie dennoch liefern.

Eine inhaltlich relevante und international gebräuchliche Gruppierung von Arzneimitteln ist auf Basis der ATC-Klassifikation möglich (vgl. nachfolgenden Abschnitt zu Klassifikationssystemen). Bei entsprechenden Auswertungen zu Arzneimittelgruppen ist zu beachten, dass nicht alle Arzneimittelverordnungen sinnvoll einem ATC-Code zugeordnet werden können beziehungsweise zugeordnet sind. Dies betrifft jedoch üblicherweise weniger als zehn Prozent aller Verordnungen. Mit einer vergleichbaren Rate fehlender Angaben ist bei den sogenannten Defined Daily Doses (DDD, definierte Tagesdosis) zu rechnen. Eine definierte Tagesdosis bezeichnet die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Substanzmenge, die zur Behandlung einer Person mit einem Präparat unter üblichen Umständen für den Zeitraum eines Tages ausreicht. DDD stellen in Bezug auf spezifische Arzneimittel damit ein anschauliches Maß dar, das von herstellereitigen Veränderungen der Packungsgrößen unbeeinflusst bleibt. Einschränkend ist anzumerken, dass zur Ermittlung von DDD-Werten allerdings nur typische Dosierungen eines Medikaments herangezogen werden können, die nicht bei allen Patienten der tatsächlich verordneten Dosierung entsprechen müssen.

Standardisierung

Typischerweise werden im Gesundheitsreport geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse präsentiert, die Tabellen und Abbildungen sind entsprechend gekennzeichnet.

Die hier durchgeführte direkte Geschlechts- und Altersstandardisierung bietet eine Möglichkeit, die Effekte von Altersunterschieden zwischen unterschiedlichen Vergleichsgruppen auf die dargestellten Ergebnisse rechnerisch auszugleichen. Dabei werden für alle betrachteten Subpopulationen (zum Beispiel einzelne Berufsgruppen) Maßzahlen zunächst getrennt für einzelne Alters- und Geschlechtsgruppen berechnet. Anschließend werden die Ergebnisse zu den Geschlechts- und Altersgruppen unter Zugrundelegung der Struktur einer zuvor festgelegten Standardpopulation wieder zusammengefasst.

Gemäß den „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ wurde für den Gesundheitsreport als Standardpopulation bis 2012 die Struktur der Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 zugrunde gelegt. Seit dem Jahr 2013 wird zur Standardisierung im Gesundheitsreport gemäß einer aktualisierten Empfehlung demgegenüber auf Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbspersonen in Deutschland im Jahr 2010 zurückgegriffen, die Ergebnissen des Mikrozensus entnommen wurden.

Sinngemäß entspricht ein entsprechend standardisierter Wert für eine bestimmte Subpopulation genau dem Wert, der in der Subpopulation zu erwarten wäre, sofern sie exakt die dargestellte Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbstätigen in Deutschland im Jahr 2010 aufweisen würde.

Die Auswahl einer bestimmten Standardpopulation ist willkürlich, besitzt in der Regel jedoch auch nur einen untergeordneten Einfluss im Hinblick auf die Relationen der Ergebnisse bei einer Gegenüberstellung von Subpopulationen, sofern alle Ergebnisse gleichartig, das heißt auf Basis derselben Standardpopulation, standardisiert wurden.

Eine obligate Voraussetzung für eine direkte Standardisierung sind ausreichende Versichertenzahlen in allen berücksichtigten Altersgruppen. Um diese zu gewährleisten, wurden bei Berechnungen zum Gesundheitsreport die beiden niedrigsten sowie die beiden höchsten Altersgruppen grundsätzlich zusammengefasst, so dass für jede gruppenbezogene Auswertung Werte zu insgesamt acht unterschiedlichen Altersgruppen berücksichtigt wurden (bei Auswertungen zu den einzelnen Berufsordnungen reduzierte sich diese Zahl nach einer Beschränkung auf Erwerbstätige im Alter ab 20 Jahren auf sieben Gruppen).

Standardpopulation nach Geschlecht und Alter

Altersgruppe	Personenzahl (Tsd.)		Anteil an Gesamtpop. (%)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15–19*	664	499	1,73	1,30
20–24*	1.643	1.484	4,29	3,88
25–29	1.975	1.768	5,16	4,62
30–34	2.111	1.730	5,52	4,52
35–39	2.286	1.895	5,97	4,95
40–44	3.131	2.674	8,18	6,99
45–49	3.060	2.686	8,00	7,02
50–54	2.568	2.341	6,71	6,12
55–59*	2.106	1.798	5,50	4,70
60–64*	1.094	759	2,86	1,98
Insgesamt (15–64)	20.638	17.634	53,92	46,08

Tabelle A50 (*bei der Auswertung zusammengefasst, vgl. Text [Erwerbstätige Deutschland 2010; 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])

Insgesamt betrachtet dürften durch das hier gewählte Vorgehen Effekte von Unterschieden in der Altersstruktur bei Vergleichen von Subpopulationen weitgehend eliminiert worden sein. Geringe Alterseinflüsse sind auch nach einer Altersstandardisierung prinzipiell möglich, sofern innerhalb der einzelnen Altersgruppen noch deutliche Strukturunterschiede zwischen den Subpopulationen bestehen, was praktisch jedoch nur selten der Fall ist und damit keine relevanten Auswirkungen auf die Ergebnisse hat.

Ergebnisunterschiede, die sich nach einer Standardisierung in Subgruppen zeigen, bestehen unabhängig von den Strukturunterschieden, für die standardisiert wurde (hier in Bezug auf Alter und Geschlecht). Überlegungen, ob beispielsweise Unterschiede in der Krankschreibungshäufigkeit zwischen zwei Berufsgruppen lediglich aus Altersunterschieden in den beiden Beschäftigtengruppen resultieren könnten, müssen bei entsprechend standardisierten Ergebnissen nicht mehr diskutiert werden.

Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass sich durch die hier vorgenommene Standardisierung zumeist nur moderate Veränderungen gegenüber Rohwerten ergeben, da die Altersstruktur von Erwerbspersonen in allen relevanten Subgruppen durch die Spannweite des typischen Erwerbsalters eingeschränkt ist. Es resultieren in der Regel also nur wenig veränderte Ergebnisse. Die standardisierten Werte können bei oberflächlicher Betrachtung zunächst wie nicht standardisierte Werte gelesen und interpretiert werden. Nicht standardisierte beziehungsweise rohe Ergebnisse sind zum Teil ergänzend im Anhang dargestellt.

Standardisierung junge Erwerbspersonen und Studierende

Zur Standardisierung von Ergebnissen im Schwerpunkt Kapitel zu jungen Erwerbspersonen sowie zu Studierenden wurde einheitlich die nachfolgend dargestellte anteilige Besetzung von Geschlechts- und Altersgruppen zugrunde gelegt. Die Verteilung wurde aus den Zahlen zu Studierenden mit Mitgliedschaft in der TK innerhalb der Jahre 2006 bis 2014 hergeleitet. Das Durchschnittsalter innerhalb dieser Population lag bei 26,7 Jahren (Männer: 26,9 Jahre; Frauen: 26,5 Jahre).

Standardpopulation Studierende

Studierende: Anteil der Altersgruppe an allen Studierenden im Alter von 20 bis 34 Jahren (in Klammern: bezogen auf die Geschlechtsgruppe)		
Altersgruppe	Männer	Frauen
20	0,61 % (1,12 %)	0,75 % (1,64 %)
21	1,33 % (2,46 %)	1,48 % (3,21 %)
22	1,97 % (3,66 %)	1,95 % (4,23 %)
23	2,47 % (4,58 %)	2,32 % (5,04 %)
24	3,02 % (5,60 %)	2,72 % (5,90 %)
25	4,55 % (8,44 %)	5,14 % (11,16 %)
26	9,43 % (17,47 %)	9,95 % (21,60 %)
27	9,58 % (17,74 %)	7,09 % (15,39 %)
28	7,14 % (13,23 %)	5,09 % (11,06 %)
29	5,17 % (9,58 %)	3,55 % (7,70 %)
30	3,43 % (6,36 %)	2,36 % (5,13 %)
31	2,17 % (4,03 %)	1,50 % (3,25 %)

Studierende: Anteil der Altersgruppe an allen Studierenden im Alter von 20 bis 34 Jahren (in Klammern: bezogen auf die Geschlechtsgruppe)		
Altersgruppe	Männer	Frauen
32	1,43 % (2,64 %)	0,99 % (2,15 %)
33	0,97 % (1,80 %)	0,68 % (1,47 %)
34	0,68 % (1,27 %)	0,48 % (1,04 %)
20-34	53,97 % (100,00 %)	46,03 % (100,00 %)

Tabelle A51 (ermittelt aus Zahlen zu Studierenden mit Mitgliedschaft in der TK 2006 bis 2014)

Klassifikationssysteme

In vielen Tabellen und insbesondere Abbildungen wurden bei den Bezeichnungen von Berufen, Diagnosen oder Arzneimitteln zur Verbesserung der Lesbarkeit verkürzte Fassungen der Originalbezeichnungen verwendet. Die eindeutige Identifikation der Gruppen ist dadurch nicht beeinträchtigt. Sofern der Wortlaut der offiziellen oder amtlichen Schlüsselbezeichnungen interessiert, sollte dieser jedoch grundsätzlich direkt den entsprechenden anderweitig verfügbaren Schlüsseldokumentationen entnommen werden.

Klassifikationssysteme: Berufsgruppen

Arbeitgeber müssen in Deutschland im Rahmen der Meldung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer bei zuständigen Sozialversicherungen, und damit auch bei den Meldungen an die Krankenkasse, unterschiedliche Informationen, unter anderem zur ausgeübten Tätigkeit, übermitteln. Zur Meldung von beruflichen Tätigkeiten werden Schlüssel aus einem „Schlüsselverzeichnis für die Angabe zur Tätigkeit“ verwendet, das von der Bundesanstalt für Arbeit bereitgestellt wird. Informationen zur traditionell bei Darstellungen im Gesundheitsreport verwendeten Aufteilung von Tätigkeitsangaben in 20 sogenannte Berufsfelder sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unter

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

zu finden.

Bis November 2011 wurde für Meldungen zu Tätigkeiten in Deutschland allgemein ein Schlüsselverzeichnis genutzt, das in wesentlichen Teilen bereits 1988 verwendet und bis 2003 nur geringfügig modifiziert worden war (Schlüsselverzeichnis Ausgabe 1992, Neuauflage 2003). Seit Dezember 2011 ist im Meldeverfahren zur Sozialversicherung gemäß § 28 a Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) demgegenüber ein vollständig erneuertes „Schlüsselverzeichnis für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“¹⁷ anzuwenden.

Im Jahr 2012 erfolgten regulär entsprechend erstmals alle Meldungen der Arbeitgeber unter Anwendung dieses neuen Schlüsselverzeichnisses.

Aufbau des Schlüssels für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010

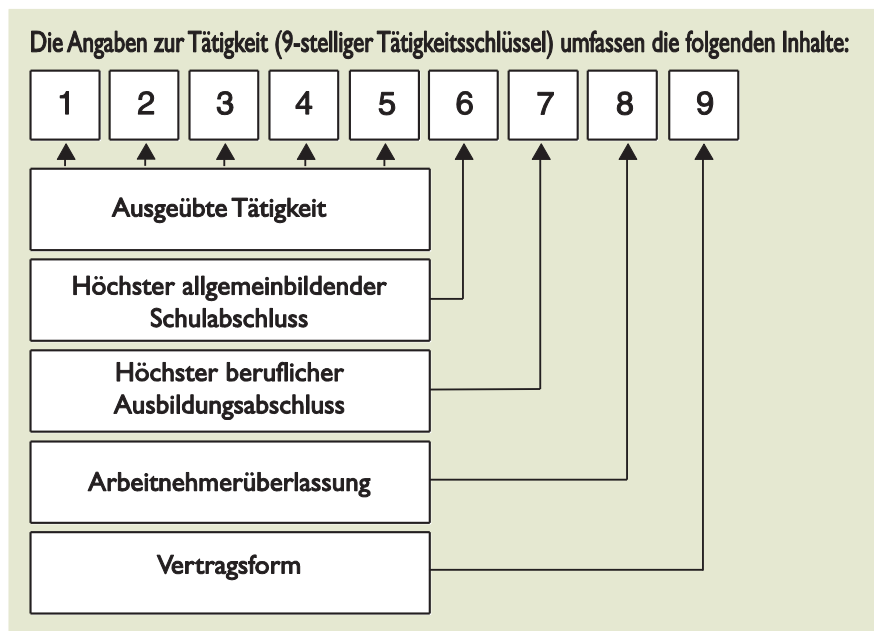


Abbildung 65 (Quelle: Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010; Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 2011)

¹⁷ <http://www.arbeitsagentur.de/web/content/DE/Unternehmen/Sozialversicherung/Schlüsselverzeichnis/index.htm>

Mit dem neuen Schlüssel sollte den Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt in den vergangenen Jahrzehnten Rechnung getragen werden. An die Stelle einer bis 2011 insgesamt fünfstelligen Angabe (mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf“ sowie einer Stelle zur „Ausbildung“) ist eine insgesamt neunstellige Angabe getreten.

- › Für die Angabe zur ausgeübten Tätigkeit werden im neuen Schlüssel die ersten fünf Stellen genutzt. Diese bilden die sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“, kurz auch als KldB 2010 bezeichnet.
- › Die sechste Stelle erfasst den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss.
- › Die siebte Stelle erfasst den höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss.
- › Mit der achten Stelle wird eine Arbeitnehmerüberlassung beziehungsweise eine individuell bestehende Beschäftigung als Leiharbeiter erfasst.
- › Mit der neunten Stelle kann schließlich sowohl zwischen Voll- sowie Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen als auch zwischen befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschieden werden.

Insbesondere die Stellen sechs bis neun des neuen Schlüssels erlauben im Vergleich zum Vorgängerschlüssel deutlichere Abgrenzungen von relevanten Beschäftigtengruppen. Erstmals wird bei entsprechenden Meldungen zur Sozialversicherung klar zwischen Angaben zum allgemeinbildenden Schulabschluss und zum beruflichen Ausbildungsabschluss unterschieden sowie gegebenenfalls eine Arbeitnehmerüberlassung bei einzelnen Beschäftigten erfasst.

Gleichfalls neu ist eine Differenzierung von befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Zudem können Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse unabhängig von Angaben zur beruflichen Stellung beziehungsweise zum beruflichen Abschluss angegeben werden, was in dem bis 2011 verwendeten Schlüssel nicht möglich war.

Anders als die fünf Stellen der KldB 2010 zur Tätigkeitsangabe zunächst vermuten lassen, beinhalten standardmäßige Bezeichnungen zu den neuen Tätigkeitsschlüsseln häufig keine anschaulicheren oder konkreteren Tätigkeitsangaben als der zuvor genutzte dreistellige Schlüssel. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass insbesondere die fünfte Stelle des neuen Schlüssels (und teilweise auch die vierte) primär zur übergreifenden Kategorisierung von Tätigkeiten genutzt wird.

So wird mit der fünften Stelle des Schlüssels ganz allgemein eine Gruppierung von Tätigkeiten entsprechend einer eigenen berufsübergreifenden Dimension „Anforderungsniveau“ in insgesamt vier Gruppen von 1 bis 4 vorgenommen, wobei die Ziffer **1** für „Helfer-/Anlertätigkeiten“, **2** für „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, **3** für „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und **4** für „hochkomplexe Tätigkeiten“ steht.

Zudem kommt der vierten Stelle der KldB eine besondere Bedeutung zu, sofern diese durch eine **9** belegt ist. Die Ziffer 9 kennzeichnet an dieser Stelle gegebenenfalls Aufsichts- und Führungskräfte, wodurch diese von anderen Fachkräften abgegrenzt werden können.

Aufsichtskräfte erhalten dabei durchgängig die Ziffernkombination **93** in der vierten und fünften Stelle des KldB-Schlüssels. In diese Kategorie „Aufsichtskräfte“ fallen weitgehend durchgängig und nahezu ausschließlich handwerkliche Meisterberufe.

Führungskräfte erhalten die Kombination **94** in der vierten und fünften Stelle des KldB-Schlüssels. „Führungskräfte“ werden damit gemäß der allgemeinen Systematik der fünften Stelle formal immer der Gruppe der „hochkomplexen Tätigkeiten“ zugeordnet. Als Führungskräfte werden relativ regelmäßig Berufe eingeordnet, die Bezeichnungen wie „Direktor“, häufig „Leiter“ oder seltener auch „Manager“ beinhalten. Zudem fallen offensichtlich einige selbstständige Berufe in die Kategorie „Führungskräfte“ (zum Beispiel Buchverleger, Hotelinhaber sowie auch Trinkhallenbesitzer), wobei die unterschiedliche Zuordnung einiger Selbstständiger gelegentlich nur schwer nachvollziehbar erscheint, aufgrund der untergeordneten anteiligen Bedeutung die Nutzung des Schlüssels jedoch kaum beeinträchtigen dürfte.

Um zur Meldung eines ausgeübten Berufes eine möglichst eindeutige und reproduzierbare Identifikation der Codierungen des neuen Tätigkeitsschlüssels zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, wurden von der Bundesagentur für Arbeit sowohl Internetseiten zur Schlüsselsuche eingerichtet als auch umfangreiche Berufslisten mit Zuordnungen zu geeigneten Schlüsseln bereitgestellt. Enthalten sind in dieser Liste rund 24.000 Berufsbezeichnungen, die jeweils einem der insgesamt 1.286 unterscheidbaren fünfstelligen Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zugeordnet werden. In der Regel dürfte es ohne spezifisches Vorwissen erst nach Rückgriff auf entsprechende Berufslisten gelingen, eine zugehörige Codierung beziehungsweise Tätigkeitsgruppe für einen bestimmten Beruf zu identifizieren.

So muss beispielsweise für einen Tischlerhelfer der Schlüssel 22301 mit der offiziellen Bezeichnung „Berufe in der Holzbe- und -verarbeitung (ohne Spezialisierung) – Helfertätigkeiten/Anlern Tätigkeiten“ angegeben werden, für einen Tischler der Schlüssel 22342 „Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“ und für einen Tischlermeister der Schlüssel 22393 „Aufsichtskräfte – Holzbe- und -verarbeitung“.

Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 mit seinen insgesamt 1.286 Ausprägungen lässt sich auf Basis seiner ersten Ziffer in zehn übergeordnete Gruppen, sogenannte **Berufsbereiche**, gliedern (zum Beispiel mit einer ersten Ziffer „2“ für „Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung“). Auf Basis der ersten beiden Ziffern lassen sich 37 Gruppen, sogenannte **Berufshauptgruppen**, unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „22“ für „Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung“).

Auf Basis der ersten drei Ziffern lassen sich 144 Gruppen unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „223“ für „Holzbe- und -verarbeitung“) und auf Basis der ersten vier Ziffern lassen sich schließlich bereits 700 Gruppen unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „2234“ für „Berufe im Holz-, Möbel- und Innenausbau“).

Weitere Informationen zu Arbeitsunfähigkeit und weiteren gesundheitsrelevanten Merkmalen auf unterschiedlichen Gliederungsebenen der KIdB2010 sind auch dem Gesundheitsreport der TK 2013 zu entnehmen, der sich in einem Schwerpunkt Kapitel ausführlich mit neuen Auswertungsmöglichkeiten im Zuge der Einführung des „Schlüsselverzeichnis für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“ befasste.

Im Rahmen von Routineauswertungen werden im vorliegenden Report teilweise noch Gruppierungen von Merkmalsausprägungen in Anlehnung an zuvor verwendete Kategorien genutzt, die überwiegend auf Rückcodierungen neuer Schlüsselangaben beruhen. Dies geschieht vorrangig, um Vergleiche mit Vorjahresergebnissen zu erleichtern.

Im Jahr 2013 wurden von der Bundesagentur für Arbeit (BA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB, Forschungsgruppe Berufliche Arbeitsmärkte) zwei zusätzliche Gliederungsmöglichkeiten der KIdB 2010, nämlich eine an bekannten volkswirtschaftlichen Sektoren orientierte Gliederung mit fünf „**Berufssektoren**“ sowie eine für differenziertere Darstellungen geeignete Gliederung in 14 „**Berufssegmente**“ geschaffen. Informationen zu diesen Gliederungen wurden dem AQUA-Institut vom IAB dankenswerterweise im April 2014 bereits vorab bereitgestellt und sollen absehbar auch auf den Internetseiten der BA an der folgenden Stelle verfügbar sein:

<http://statistik.arbeitsagentur.de> → Grundlagen → Klassifikation der Berufe → KIdB 2010 → Berufssektoren u. -segmente

Die 14 Berufssegmente stellen jeweils Zusammenfassungen von zumeist mehreren zweistelligen Schlüsseln der KIdB 2010, also der insgesamt 37 unterschiedlichen Berufshauptgruppen, dar. Damit existiert auch zur KIdB 2010 eine Gliederung, die sich mit ihrer Gliederungstiefe noch für grafische Darstellungen von Ergebnissen eignet und die insofern die bislang im Gesundheitsreport für entsprechende Darstellungen genutzte Aufteilung in sogenannte Berufsfelder (siehe weiter oben) ablösen könnte.

Klassifikationssysteme: ICD 10

Seit dem 1. Januar 2000 sind Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ gemäß ihrer 10. Revision (ICD 10) anzugeben. Die Pflege dieses auch international gebräuchlichen und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Diagnoseschlüssels obliegt in der Bundesrepublik dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), auf dessen Internetseiten sich umfangreiche Informationen und Materialien zur ICD 10 unter der nachfolgend genannten Adresse finden:

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

Kapitel der ICD 10

Kapitel	Bezeichnung	Typische AU-Diagnosen bei Erwerbspersonen aus den genannten Kapiteln
I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Magen-Darm-Infekte, auch virusbedingt, nicht näher bezeichnete Infekte
II.	Neubildungen	Eher selten: bösartige Neubildungen der Brust, Prostata, des Dickdarms, gutartige Neubildungen (zum Beispiel Leberflecken, Leiomyom der Gebärmutter)
III.	Krankheiten d. Blutes u. d. blutbildenden Organe, Störungen mit Beteiligung d. Immunsystems	Sehr selten als AU-Diagnose: Eisenmangelanämie, sonstige Anämien, Sarkoidose
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Eher selten: Schilddrüsenvergrößerung und -überfunktion, Zuckerkrankheit, Übergewicht
V.	Psychische und Verhaltensstörungen	Depressionen, Belastungsreaktionen, neurotische und somatoforme Störungen, Alkoholprobleme
VI.	Krankheiten des Nervensystems	Migräne, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, multiple Sklerose, Mononeuropathien, Epilepsie
VII.	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Glaukom
VIII.	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Mittelohrentzündung, Störungen des Gleichgewichtsorgans, Hörproblem und -verlust
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems	Bluthochdruck, Hämorrhoiden, chronische ischämische Herzerkrankung
X.	Krankheiten des Atmungssystems	Akute Atemwegsinfekte, Bronchitis, Nebenhöhlenentzündung, Mandelentzündung, Grippe
XI.	Krankheiten des Verdauungssystems	Entzündliche Magen-Darm-Krankheiten, Zahnprobleme, Leistenbruch, Darmdivertikulose, Sodbrennen, Gallensteine
XII.	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	Hautabszess, Furunkel, Phlegmone, Entzündungen der Haut
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkserkrankungen
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems	Harnwegserkrankungen, Blasenentzündung, Menstruationsbeschwerden
XV.	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Blutungen in der Frühschwangerschaft, übermäßiges Erbrechen, vorzeitige Wehen
XVI.	Best. Zustände, die ihren Urspr. i. d. Perinatalperiode haben	Extrem selten als AU-Diagnose
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Angeborene Fußdeformitäten, sehr selten angeborene Fehlbildungen des Herzens
XVIII.	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	Bauch- und Beckenschmerzen, Fieber, Unwohlsein und Ermüdung, Übelkeit und Erbrechen, Hals- und Brustschmerzen, Husten
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Verletzungen, Verstauchungen und Zerrungen, Knochenbrüche im Handgelenk- und Fußbereich
XX.	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	In der Regel nicht verwendet
XXI.	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Zustände nach chirurgischen Eingriffen, Probleme bei der Lebensbewältigung, Früherkennungsuntersuchungen

Tabelle A52 (Bezeichnungen gemäß DIMDI)

Klassifikationssysteme: ATC

Das Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikationssystem (ATC) gliedert Arzneimittel in hierarchischer Form nach therapeutischen und chemischen Kriterien. Es wird seit 1981 von der WHO allgemein für internationale Arzneimittelverbrauchsstudien empfohlen. Als zentrale Koordinationsstelle für die Aktualisierung und Fortschreibung dieses Klassifikationssystems fungiert seit 1982 das WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology in Oslo. Eine Adaptation für den bundesdeutschen Arzneimittelmarkt wird maßgeblich vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) im Rahmen des Forschungsprojekts GKV-Arzneimittelindex geleistet, das von Ärzten, Apotheken und Krankenkassen gemeinsam finanziert wird. Weiterführende Informationen zum ATC sind auf den Internetseiten des WIdO unter der nachfolgenden Adresse verfügbar:

http://wido.de/arz_atcddd-klassifi.html

Für die Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreports wurden Daten zu Arzneiverordnungen verwendet, denen zuvor TK-intern auf der Ebene der einzelnen Verordnungen ATC-Codierungen unter Zuhilfenahme einer entsprechenden vom WIdO bereitgestellten Überleitungstabelle zugeordnet worden waren, über die gleichfalls Angaben zu den definierten Tagesdosen (Defined Daily Doses – DDD) für die einzelnen Arzneiverordnungen verfügbar waren.

Die höchste Gliederungsebene des ATC bilden sogenannte anatomische Hauptgruppen, die bei der Codierung der Arzneimittel in einem siebenstelligen alphanumerischen Schlüssel jeweils durch einen bestimmten Buchstaben an der ersten Stelle der Schlüsselangabe charakterisiert sind. In der nachfolgenden Tabelle A53 sind die offiziellen Bezeichnungen der anatomischen Hauptgruppen des ATC angegeben. Zusätzlich werden zu den Hauptgruppen exemplarisch typische Arzneimittel und ihre Indikationsgebiete in Bezug auf das Verordnungsgeschehen bei Erwerbspersonen genannt, um die Bedeutung der Hauptgruppen im Kontext dieses Gesundheitsreports etwas anschaulicher zu machen.

Anatomische Hauptgruppen des ATC

Kürzel	Bezeichnung	Typische Präparate bei Erwerbspersonen (typische Anwendungsbereiche)
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	Antacida (Sodbrennen, Magengeschwür), Spasmolytika (Magenkrämpfe, Gallensteine), Antiarrhoika und Antiinfektiva (Magen-Darm-Infekt), Antidiabetika (Zuckerkrankheit), Mineralstoffe
B	Blut und blutbildende Organe	Antithrombotische Mittel – Acetylsalicylsäure (Herzinfarkt- und Thromboserisiko)
C	Kardiovaskuläres System	Betablocker, ACE-Hemmer, Calciumkanalblocker (Bluthochdruck), Lipidsenker (hohe Blutfette)
D	Dermatika	Corticosteroide (diverse Hauterkrankungen), Antimykotika (Pilzinfektionen), Aknemittel
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	Sexualhormone (Verhütung, Wechseljahre), Antiinfektiva (Infekte im Genitalbereich)
H	Systemische Hormonpräparate (exkl. Sexualhormone und Insuline)	Schilddrüsen Therapie (vorwiegend Schilddrüsenunterfunktion), Corticosteroide (allergische Erkrankungen)
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	Antibiotika (diverse bakterielle Infekte)
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	Relativ selten verordnet (Krebserkrankungen)
M	Muskel- und Skelettsystem	Antiphlogistika (Schmerzen, entzündliche Vorgänge), topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (Salben zur äußeren Anwendung bei Schmerzen)
N	Nervensystem	Analgetika (Schmerzen), Psychoanaleptika (Depressionen), Psycholeptika (Psychosen)
P	Antiparasitäre Mittel	Relativ selten verordnet (Wurmerkrankungen, Malaria)
R	Respirationstrakt	Husten- und Erkältungspräparate, Rhinologika (Schnupfen), Antiasthmatica (Asthma), Antihistaminika (allergische Reaktionen)
S	Sinnesorgane	Ophthalmika (Augentropfen aus unterschiedlichen Gründen)
V	Varia	Relativ selten verordnet

Tabelle A53 (Bezeichnungen gemäß WIdO)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Erwerbspersonen und Studierende nach Alter und Geschlecht TK 2014	22
Arzneiverordnungsraten nach ATC-Gruppen 2014	26
Verordnete Tagesdosen nach ATC-Gruppen 2014	27
Verordnete Tagesdosen nach ATC-Gruppen 2006 bis 2014.....	29
Ambulante Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2013.....	48
Ambulante Diagnoseraten nach ausgewählten ICD-10-Kapiteln 2009 bis 2013	57
Verordnungsraten Schilddrüsenhormone nach Alter und Geschlecht 2014	63
Krankheiten der Schilddrüse nach Alter und Geschlecht 2013.....	65
Krankheiten der Schilddrüse 2009 bis 2013	66
Schilddrüsenerkrankungen und Schilddrüsenhormonverordnungen nach Bundesländern 2013	70
Diagnoseraten ADHS nach Alter und Geschlecht 2013	73
Verordnung von Methylphenidat und ambulante Diagnosen von ADHS von 2006 bis 2014.....	74
Verordnungsraten Antidepressiva nach Alter und Geschlecht 2014	76
Depressionen (F32, F33) nach Alter und Geschlecht 2013	83
Psychische Störungen (Kapitel V) nach Alter und Geschlecht 2013	84
Depressionen und Antidepressivaverordnungen nach Bundesländern 2013	85
Kontakte zu Psychotherapeuten nach Bundesländern 2013.....	86
Erwerbspersonen nach Geschlecht und Alter 2014.....	89
Anteil Beschäftigte nach Alter, TK 2014 vs. Deutschland.....	90
Anteil TK an allen Beschäftigten nach Bundesländern 2014	92
AU-Tage je Versicherungsjahr 2000 bis 2014 nach Geschlecht	94
Krankenstände an einzelnen Kalendertagen 2013 und 2014	97
Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben	99
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2014	100
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014	102
AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht 2014	102
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014.....	103
AU-Fälle und -Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2014.....	104
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2000 bis 2014	106
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln	107
AU-Tage je Fall nach ICD-10-Diagnosekapiteln	108
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln	109
Veränderungen der Fehlzeiten 2014 vs. 2013 nach Diagnosekapiteln	110
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln	111
Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige	112
Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, im Wochenmittel	114
Krankenstand, bedingt durch Erkältungskrankheiten, 2009, 2013 und 2014	116
Krankenstand 2009, 2013 und 2014 – alle Diagnosen	117
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Männer 2014	124
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsfeldern, Frauen 2014	125
Arbeitsunfähigkeit nach Schulabschluss, Männer 2014	129
Arbeitsunfähigkeit nach Schulabschluss, Frauen 2014	129
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsabschluss, Männer 2014	130
Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildungsabschluss, Frauen 2014.....	130

AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Alter und Geschlecht	132
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen nach Berufsfeldern 2014	134
AU-Tage wegen Arbeitsunfällen 2000 bis 2014 nach Geschlecht	135
Anteil der Fehlzeiten aufgrund von Rückenbeschwerden	137
Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden 2000 bis 2014	139
Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden in einzelnen Berufsfeldern	141
Fehltag aufgrund von Rückenbeschwerden nach Bundesländern	143
Erwerbspersonen mit Verordnungen nach Alter und Geschlecht 2014	147
Arztkontakte nach Alter und Geschlecht 2014	148
Präparate je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014	148
DDD je Versicherungsjahr nach Alter und Geschlecht 2014	149
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Bundesländern 2014	151
AU-Tage und verordnete DDD in Bundesländern 2014	152
Verordnete Präparate je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen	153
Verordnete DDD je Versicherungsjahr nach anatomischen ATC-Gruppen	154
Relative Veränderungen des Verordnungsvolumens in relevanten anatomischen ATC-Gruppen 2000 bis 2014	155
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Männer 2014	161
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern, Frauen 2014	162
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Männer 2014	164
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Ausbildung, Frauen 2014	164
Aufbau des Schlüssels für die Angabe zur Tätigkeit – Ausgabe 2010	217

Tabellen

Arzneiverordnungen 2006 bis 2014	24
Verordnungsraten: Alimentäres System und Stoffwechsel	31
Verordnungsraten: Blut und blutbildende Organe	33
Verordnungsraten: Kardiovaskuläres System	34
Verordnungsraten: Dermatika	34
Verordnungsraten: Urogenitalsystem und Sexualhormone – nur Frauen	35
Verordnungsraten: Systemische Hormonpräparate	36
Verordnungsraten: Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	37
Verordnungsraten: Muskel- und Skelettsystem	38
Verordnungsraten: Nervensystem	39
Verordnungsraten: Respirationstrakt	41
Ambulante ärztliche Versorgung 2013	43
Fachärztliche Behandlungsraten 2013	46
Ambulante Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2013	49
Ambulante Diagnoseraten ICD-10-Gruppen 2013: Top 50	51
Ambulante Diagnoseraten nach dreistelligen ICD-10-Diagnosen 2013: Top 50	53
Verordnungen von Schilddrüsenpräparaten 2006 bis 2014	62
Ambulante Diagnoseraten: Krankheiten der Schilddrüse 2013	64
Diagnoseabhängige Verordnungsraten Schilddrüsenhormone 2013	67
Verordnungen von Methylphenidat 2006 bis 2014	72
Verordnungen von Antidepressiva 2006 bis 2014	75
Ambulante Diagnosen psychischer Störungen 2013	77
Diagnoseabhängige Verordnungsraten von Antidepressiva 2013	81
Verteilung der TK-versicherten Erwerbspersonen auf Bundesländer 2014	91

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2013 sowie 2014	93
Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen: AU-Fälle 2014	119
Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen: AU-Tage 2014	121
Arbeitsunfähigkeit nach zweistelliger KldB 2010 im Jahr 2014	127
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2013 sowie 2014	132
Diagnosen Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2013 sowie 2014	133
Bedeutung von Rückenbeschwerden als Ursache von Fehlzeiten 2014	138
Fehltag wegen Rückenbeschwerden nach Bundesländern	142
Anteil Erwerbspersonen mit Arzneimittelverordnungen 2013 und 2014	144
Arzneimittelverordnungen je Versicherungsjahr 2013 und 2014	145
Häufig verordnete Präparate 2014 (je VJ, nach ATC, dreistellig)	158
Verordnete Tagesdosen 2014 (DDD je VJ, nach ATC, dreistellig)	159

Tabellen im Anhang

Arbeitsunfähigkeit Erwerbspersonen 2013 sowie 2014	165
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer 2013 sowie 2014	165
Krankenstand nach Stichtagswerten und vollständigen Angaben	166
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter	167
AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter	167
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Geschlecht und Alter	168
Krankenstand nach Geschlecht und Alter	168
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Bundesländern	169
AU-Tage je Fall nach Bundesländern	170
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Bundesländern	171
Krankenstand nach Bundesländern	172
AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln	173
AU-Tage je Fall nach ICD-10-Diagnosekapiteln	174
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln	175
AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD-10-Diagnosekapiteln –Berufstätige	176
Anteilig relevante dreistellige ICD-10-Diagnosen 2014: Top 100	177
AU-Fälle je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern	180
AU-Tage je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern	181
Krankenstand nach Berufsfeldern	182
Krankenstand nach Schulabschluss 2013 sowie 2014	183
Krankenstand nach Ausbildungsabschluss 2013 sowie 2014	183
Arbeitsunfälle Erwerbspersonen 2013 sowie 2014	184
AU-Tage bei Arbeits- und Wegeunfällen nach Geschlecht und Alter	184
Arztkontakte mit Arzneiverordnung nach Geschlecht und Alter 2014	185
Arzneimittelverordnungen nach Geschlecht und Alter 2014	185
Arztkontakte sowie DDD je VJ nach Bundesländern 2014	186
Verordnete Präparate und DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2014	187
Verordnete DDD nach anatomischen ATC-Gruppen 2005 bis 2014	188
Häufig verordnete Präparate 2014 (je VJ, nach ATC, vierstellig)	189
Verordnete Tagesdosen 2014 (DDD je VJ, nach ATC, vierstellig)	190
Arztkontakte sowie DDD je Versicherungsjahr nach Berufsfeldern 2014	191
Arzneiverordnungen 2006 bis 2014 Männer und Frauen	192
Verordnete Tagesdosen 2006 bis 2014 nach ATC-Gruppen	193
Verordnungsraten Studierende 2006 bis 2014	194

Verordnungsraten junge Erwerbspersonen 2006 bis 2014.....	196
Ambulante Diagnoseraten nach ICD 10-Kapiteln bei Studierenden 2009 bis 2013	199
Ambulante Diagnoseraten nach ICD 10-Kapiteln bei jungen Erwerbspersonen 2009 bis 2013	200
Verordnungsraten Schilddrüsenhormone nach Alter und Geschlecht 2014	201
Krankheiten der Schilddrüse nach Alter und Geschlecht 2013.....	202
Krankheiten der Schilddrüse 2009 bis 2013	202
Diagnoseraten ADHS nach Alter und Geschlecht 2013	203
Verordnungsraten Methylphenidat nach Alter und Geschlecht 2013.....	203
Verordnungsraten Methylphenidat nach Alter und Geschlecht 2014.....	204
Diagnoseraten ADHS 2009 bis 2013	205
Verordnungsraten Antidepressiva nach Alter und Geschlecht 2014	205
Depressionen nach Alter und Geschlecht 2013.....	205
Psychische Störungen nach Alter und Geschlecht 2013	206
Maßzahlen des AU-Meldegeschehens	208
Maßzahlen der Arzneimittelverordnungen	211
Standardpopulation nach Geschlecht und Alter.....	214
Standardpopulation Studierende	215
Kapitel der ICD 10.....	222
Anatomische Hauptgruppen des ATC	224

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Gesundheitsreport 2015

Der Trend steigender Fehlzeiten setzt sich fort. 2014 waren Erwerbspersonen durchschnittlich 14,8 Tage krankgeschrieben. Das entspricht einem Krankenstand von 4,06 Prozent, der damit um 1,0 Prozent höher liegt als im Jahr zuvor. Insbesondere Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind wiederum gestiegen. Besonders besorgniserregend sind die gesundheitlichen Belastungen unter Studierenden. Die Auswertungen zeigen eine deutliche Zunahme der Verordnungen von Psychopharmaka bei Studierenden. Der Themenschwerpunkt widmet sich daher der Gesundheit von Studierenden.

Grundlage der Auswertungen bilden anonymisierte Routinedaten zu aktuell 4,4 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Ergänzend zu diesen Auswertungen haben wir Forsa beauftragt, die Studierenden zu ihrem Lebensstil zu befragen. Die Ergebnisse des TK-CampusKompass finden Sie unter **www.TK.de**.

Der Gesundheitsreport wird herausgegeben von der Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK – ISSN 1610-8450

