



# **DAK-Gesundheitsreport 2012**

Der Krankenstand der DAK-Mitglieder im Jahr 2011

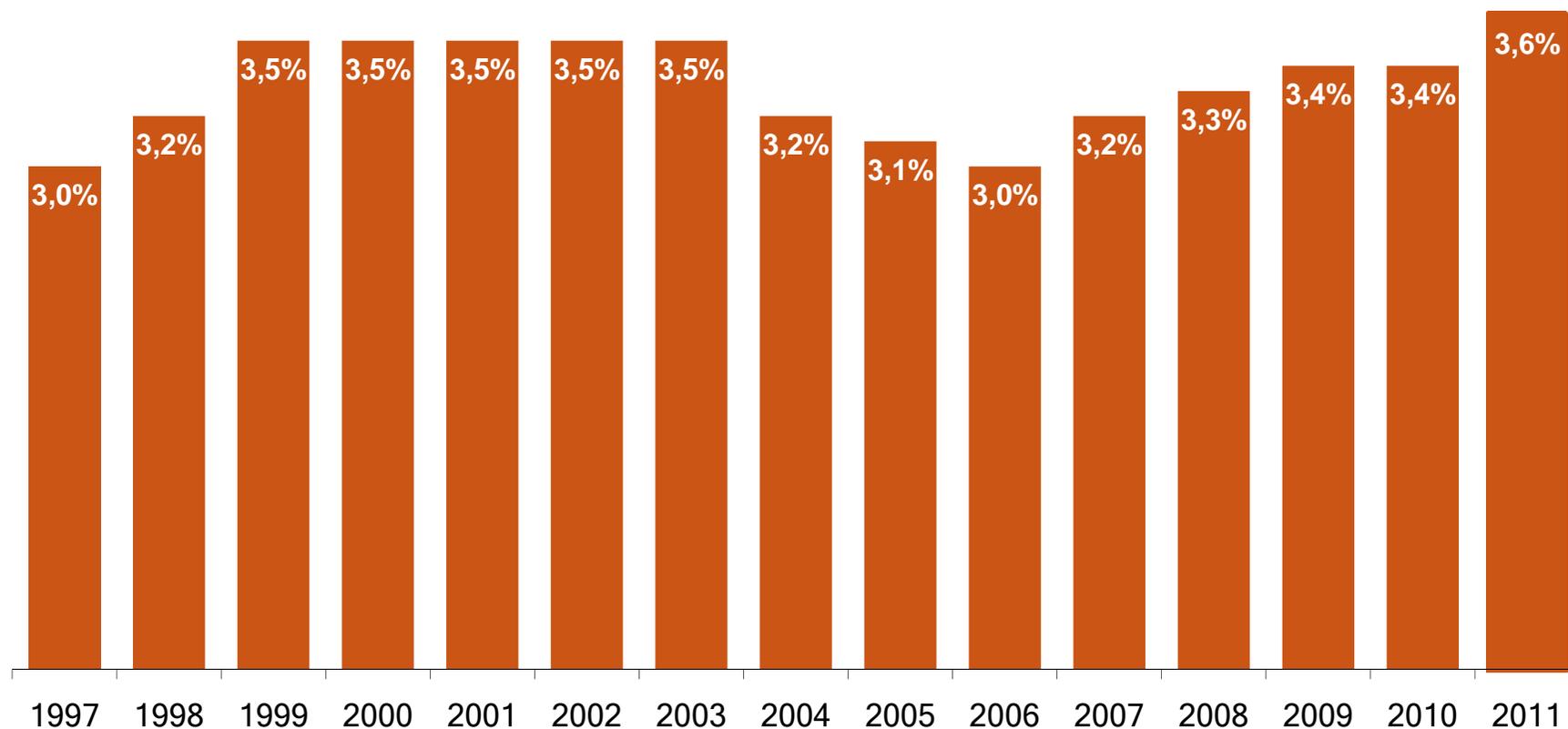
Schwerpunktthema: Herzinfarkt

Berlin, 14. Februar 2012

# DAK-Gesundheitsreport 2012

- **Der Krankenstand im Jahr 2011**
- Schwerpunktthema: Herzinfarkt
- Schlussfolgerungen

## Erwerbstätige DAK-Mitglieder: Höchster Krankenstand seit 15 Jahren



Quelle: DAK AU-Daten 2011

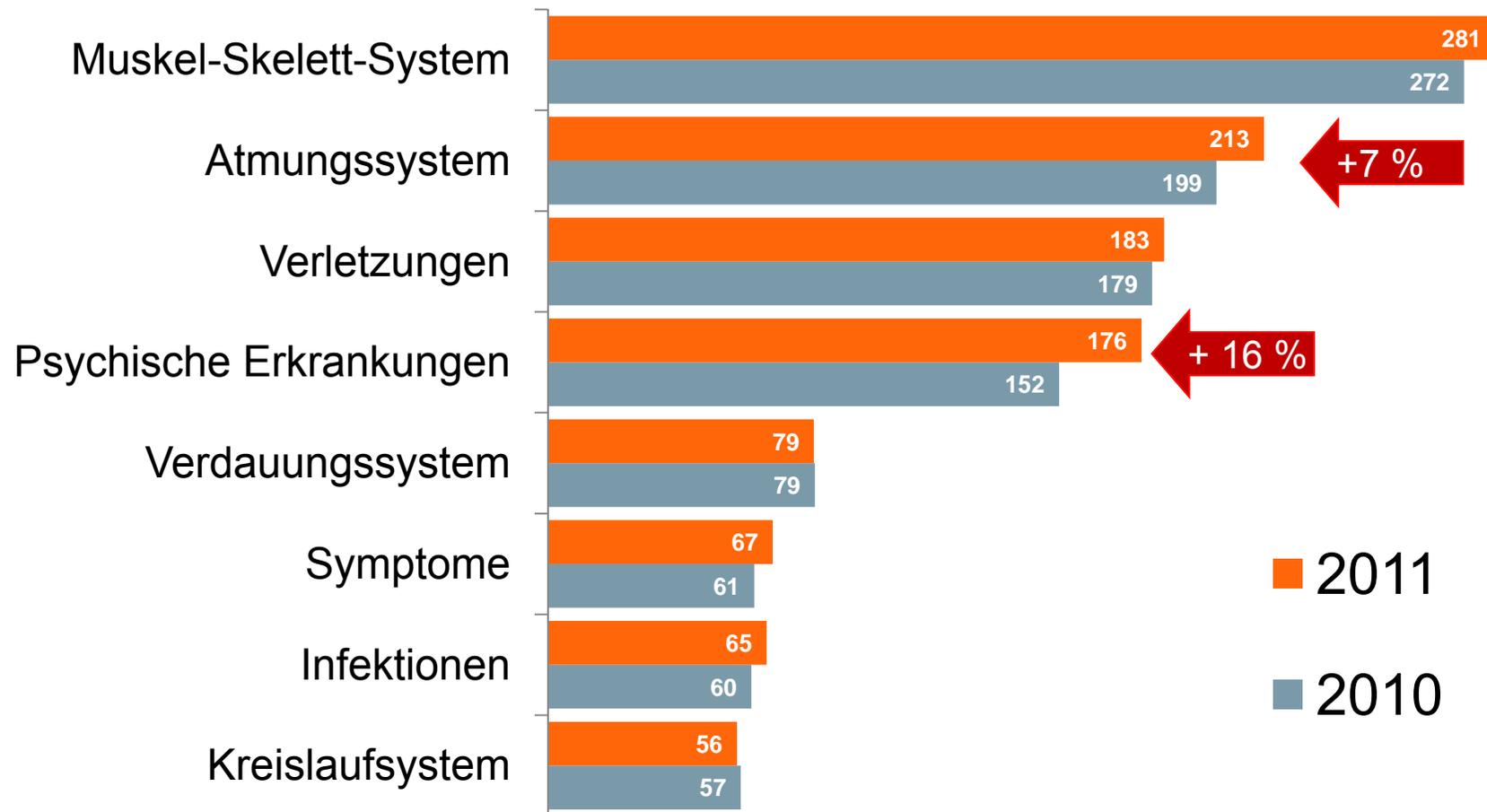
## Fakten zum Krankenstand

- Ein Krankenstand in Höhe von **3,6%** entspricht im Durchschnitt **13,2** Fehltagen in 2011
- 2011 waren **47,8%** der DAK-Mitglieder mindestens einmal krank geschrieben (Vorjahr: 46,3%).
- Die Zahl der Erkrankungsfälle lag 2011 höher als 2010: **114,6** im Vergleich zu **111,1** AU-Fällen pro 100 Versicherte.
- Ein Erkrankungsfall dauerte 2011 länger als im Vorjahr: Durchschnittliche Dauer **11,5** im Vergleich zu **11,3** Tagen.
- **3,6%** der AU- Fälle dauerten länger als sechs Wochen, riefen jedoch **41,8%** der Fehltage hervor (Vorjahr: 3,6% der Fälle für 40,9% des Krankenstandes verantwortlich).

---

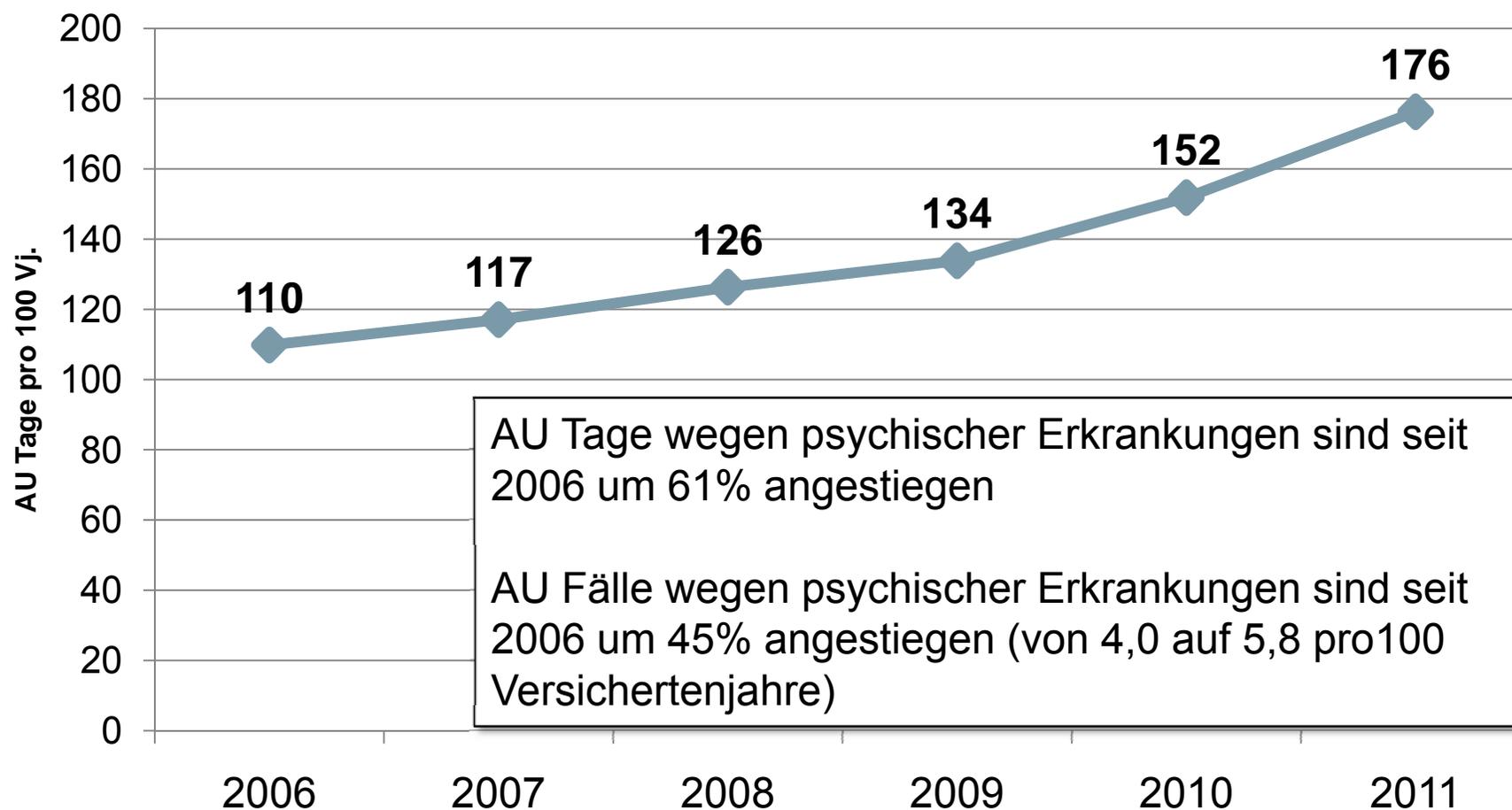
Quelle: DAK AU-Daten

## Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen überproportional gestiegen



AU-Tage pro 100 Versicherte. Quelle: DAK AU-Daten

## Starker Anstieg psychischer Erkrankungen in den letzten sechs Jahren



Quelle: DAK AU-Daten

# DAK-Gesundheitsreport 2012

- Der Krankenstand im Jahr 2011

- **Schwerpunktthema: Herzinfarkt**

- Schlussfolgerungen

## Der Herzinfarkt ist die zweithäufigste Todesursache in Deutschland (2010)

- An einem Herzinfarkt verstarben im Jahr 2010 etwa 60.000 Personen
  - 55 Prozent davon waren Männer und
  - 45 Prozent Frauen
- Die meisten Herzinfarkte treten bei Menschen jenseits von 65 Jahren auf, aber ab dem Alter von ca. 50 Jahren steigt das Risiko deutlich an.
- Die koronare Herzkrankheit (KHK) als die Hauptursache von Herzinfarkten entsteht bereits im jüngeren Alter.
- **Die Erwerbstätigen sind eine zentrale Zielgruppe für die Prävention von KHK und Herzinfarkten.**

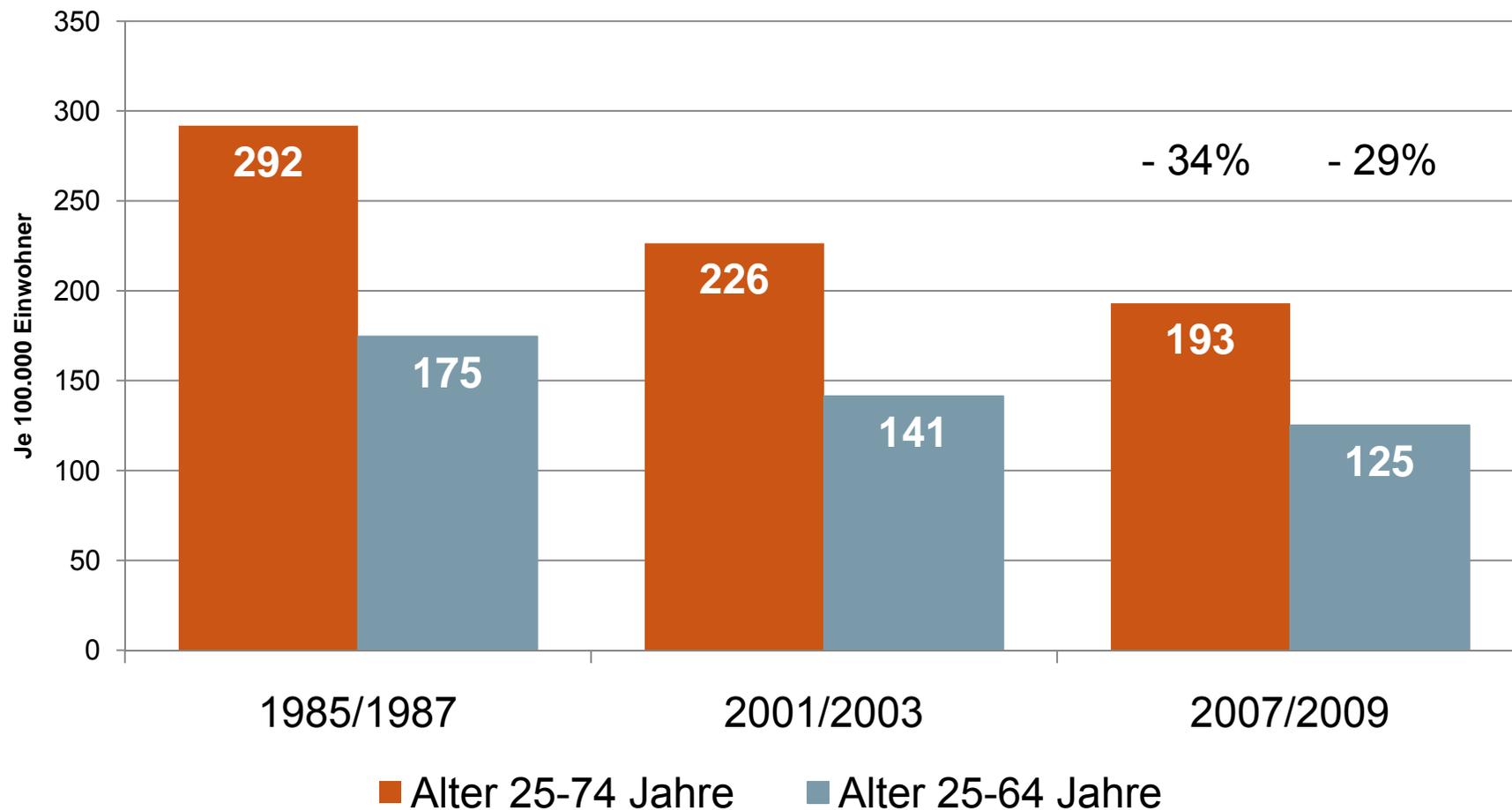
## Fragestellungen zum Schwerpunktthema

- Wie hat sich das Herzinfarkt-Risiko bei Erwerbstätigen in den letzten Jahren entwickelt?
- Welche Bedeutung hat Arbeitsstress als Risikofaktor für Herzinfarkte?
- Welche Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung sind zu ziehen?

## Datenquellen

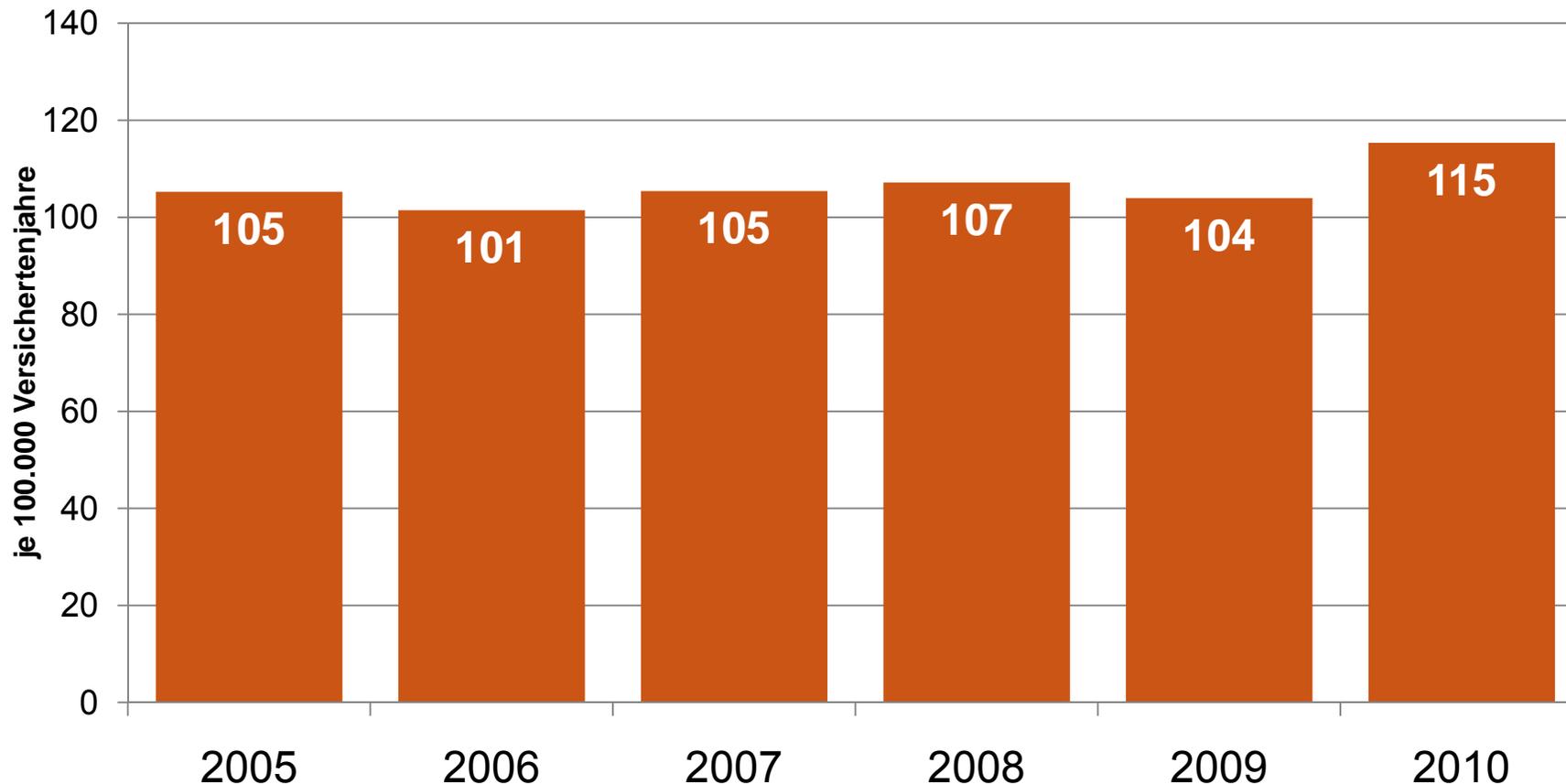
- Analysen der Leistungsdaten der DAK:
  - Diagnosedaten der Krankenhäuser: Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose „Herzinfarkt“ (ICD-10-Codes: I21/I22)
  - Arbeitsunfähigkeitsdaten
  - Arzneimittelverordnungsdaten
  
- Analyse von öffentlichen Daten (MONICA/KORA-Herzinfarktregister; Statistisches Bundesamt)
  
- Bundesweit repräsentative Online-Umfrage
  - 3.035 Erwerbstätige im Alter zwischen 25 und 65 Jahren (54,2% Männer; 45,8% Frauen)
  
- Befragung von Experten aus Wissenschaft und Praxis

## Die Häufigkeit von Herzinfarkten ist in den letzten 25 Jahren deutlich zurückgegangen



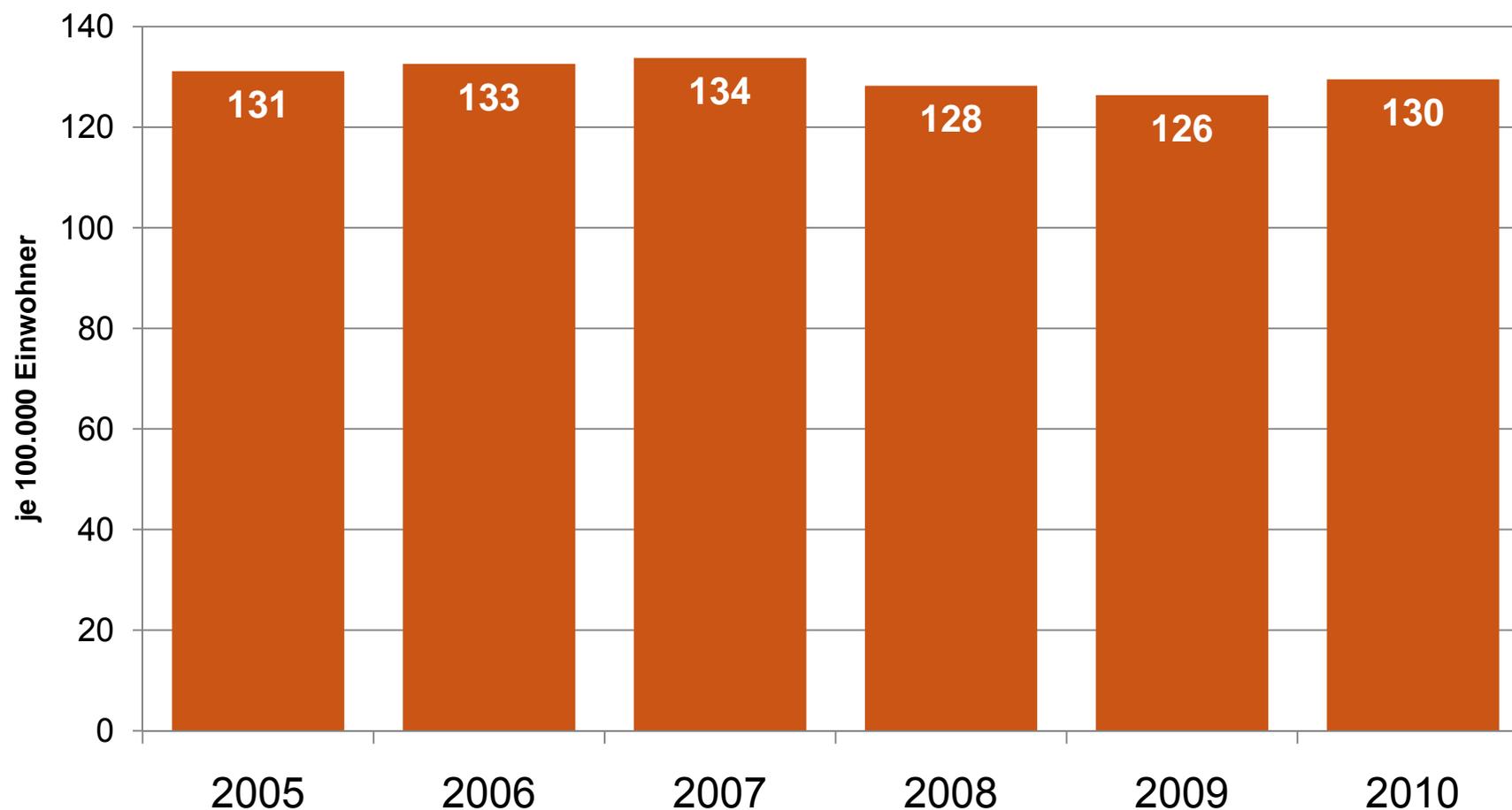
Quelle: MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg.  
Standardisierung auf die Bevölkerung der Bundesrepublik 1992

# Unter aktiv erwerbstätigen DAK-Versicherten sind die Herzinfarkt-Krankenhausfälle in den letzten Jahren konstant geblieben



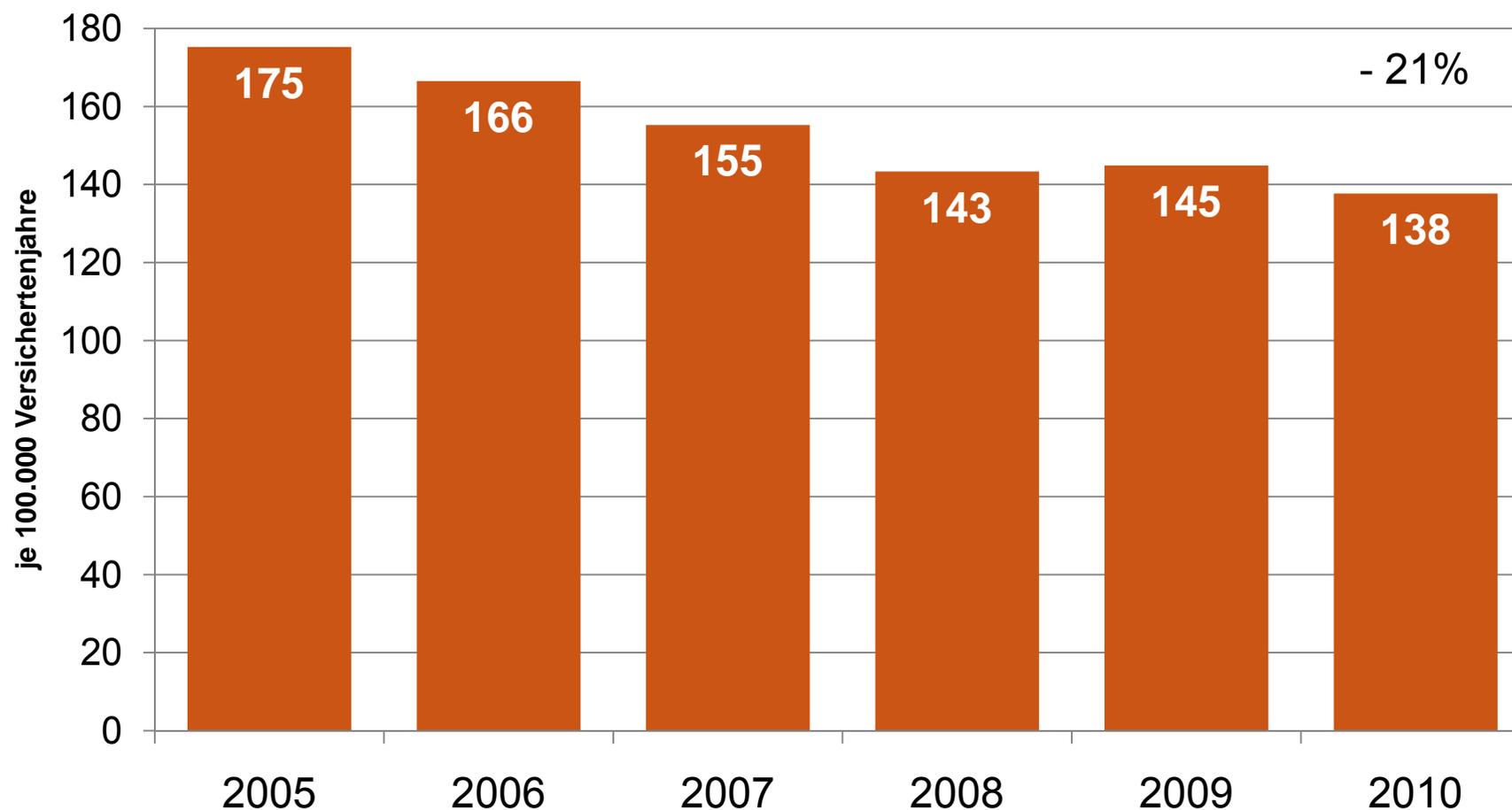
Quelle: ICD-10-Codes I22 (rezidivierender Myokardinfarkt) und I21 (akuter Myokardinfarkt). Standardisierung auf die erwerbstätige Bevölkerung 1992

## Auch bundesweit stagnieren Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose „Herzinfarkt“



Quelle: ICD-10-Codes I22 /I21. Diagnosedaten der Krankenhäuser (GBE-Bund). Standardisierung auf die erwerbstätige Bevölkerung 1992

## Dagegen haben die Krankenhausfälle wegen Angina pectoris deutlich abgenommen

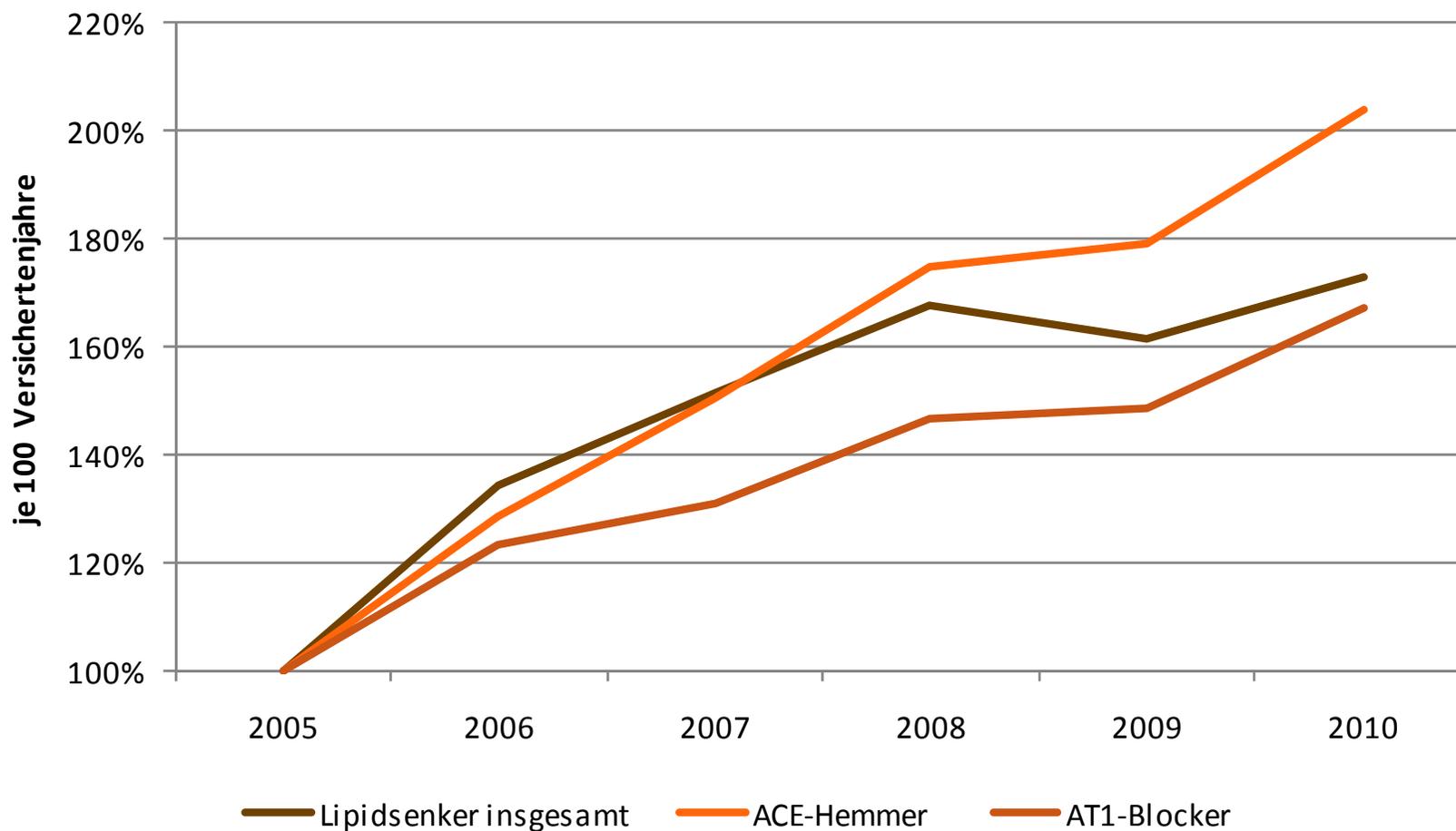


Quelle: Aktiv erwerbstätige DAK Versicherte mit ICD-10-Codes I20.  
Standardisierung auf die erwerbstätige Bevölkerung 1992

## Ergebnisse spiegeln vor allem Fortschritte in der medizinischen Versorgung von KHK und Herzinfarkten

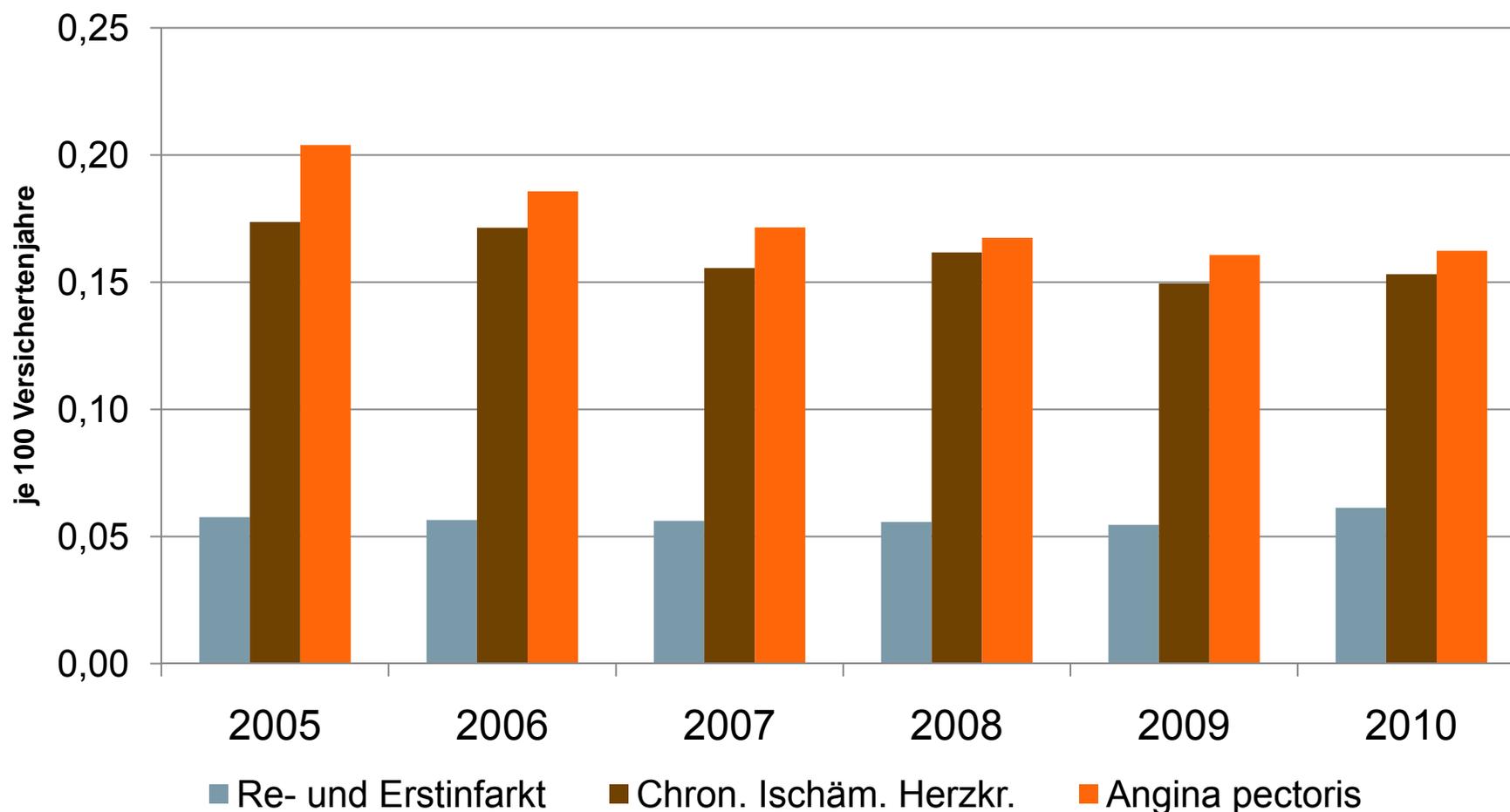
- Stagnation der Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose „Herzinfarkt“ dürfte das Ergebnis von Verbesserungen der Versorgung sein:
  - Die frühere Entdeckung von Infarkten führt zu mehr Krankenhausbehandlungen.
  - Dadurch kommt es trotz Abnahme der Herzinfarkte nicht zu einer Abnahme der Krankenhausfälle.
- Auch der Rückgang der Krankenhausfälle wegen Angina Pectoris dürfte Ergebnis der intensiveren Behandlung von Patienten mit KHK bzw. Risikofaktoren sein:
  - Zunahme von medikamentösen Behandlungen
  - Große Häufigkeit von interventionellen kardiologischen Behandlungen (Stents usw.)

## Entwicklung der Verordnungsmengen für Lipidsenker und blutdrucksenkende Mittel an erwerbstätige DAK-Mitglieder (Indexdarstellung)



Quelle: DAK-Arzneimittelverordnungsdaten, ATC-Codes C10 (Lipidsenker), C09A/C09B (ACE-Hemmer) und C09C/C09D (AT1-Blocker)

## AU-Fälle mit Diagnose Herzinfarkt, chronische ischämische Herzkrankheit und Angina pectoris



Quelle: Aktiv erwerbstätige DAK Versicherte (15-65 Jahre) mit ICD-10-Codes I20, I22 /I21, I25. DAK-Arbeitsunfähigkeitsdaten. Standardisierung auf die erwerbstätige Bevölkerung 1992

A thick, vertical orange bar on the left side of the slide.

## Zwischenfazit

- Krankenhausbehandlungen und Arbeitsunfähigkeiten wegen ischämischer Herzkrankheiten haben auch in den letzten Jahren weiter abgenommen.
- Die gleichbleibenden Häufigkeiten beim Herzinfarkt sind vermutlich Ausdruck verbesserter medizinischer Versorgung.
- Neben der Verbesserung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten muss die Prävention noch stärkeres Gewicht erhalten.
- Neben den „klassischen“ Risikofaktoren sollten auch die bisher weniger thematisierten psychosozialen Risikofaktoren stärker berücksichtigt werden.

## Arbeitsbedingter Stress als Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen

Stresskonzept des Medizinsoziologen Johannes Siegrist:

- **Berufliche Gratifikationskrisen** verursachen Stress, der das Risiko für KHK und Herzinfarkt erhöht.
- Personen mit beruflicher Gratifikationskrise entwickelten doppelt so häufig eine KHK – nachdem die übrigen Risikofaktoren (Rauchen, Cholesterin, Bluthochdruck, Übergewicht) bereits berücksichtigt waren.



Risiko für neue KHK-Erkrankung (Odds ratio)  
Quelle: Bosma et al. 1998; Siegrist 1999

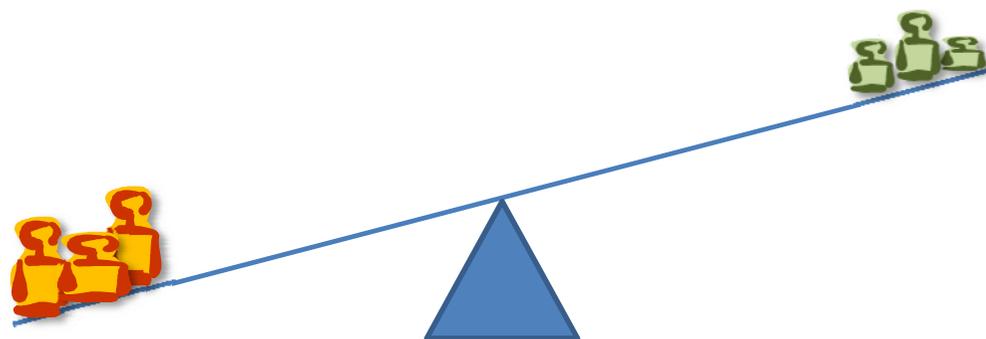
# Gratifikationskrise: Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung

## Verausgabung

- Zeitdruck
- Störungen
- Verantwortung
- Überstunden
- körperliche Anstrengung
- Vermehrtes Arbeitsvolumen

## Belohnung

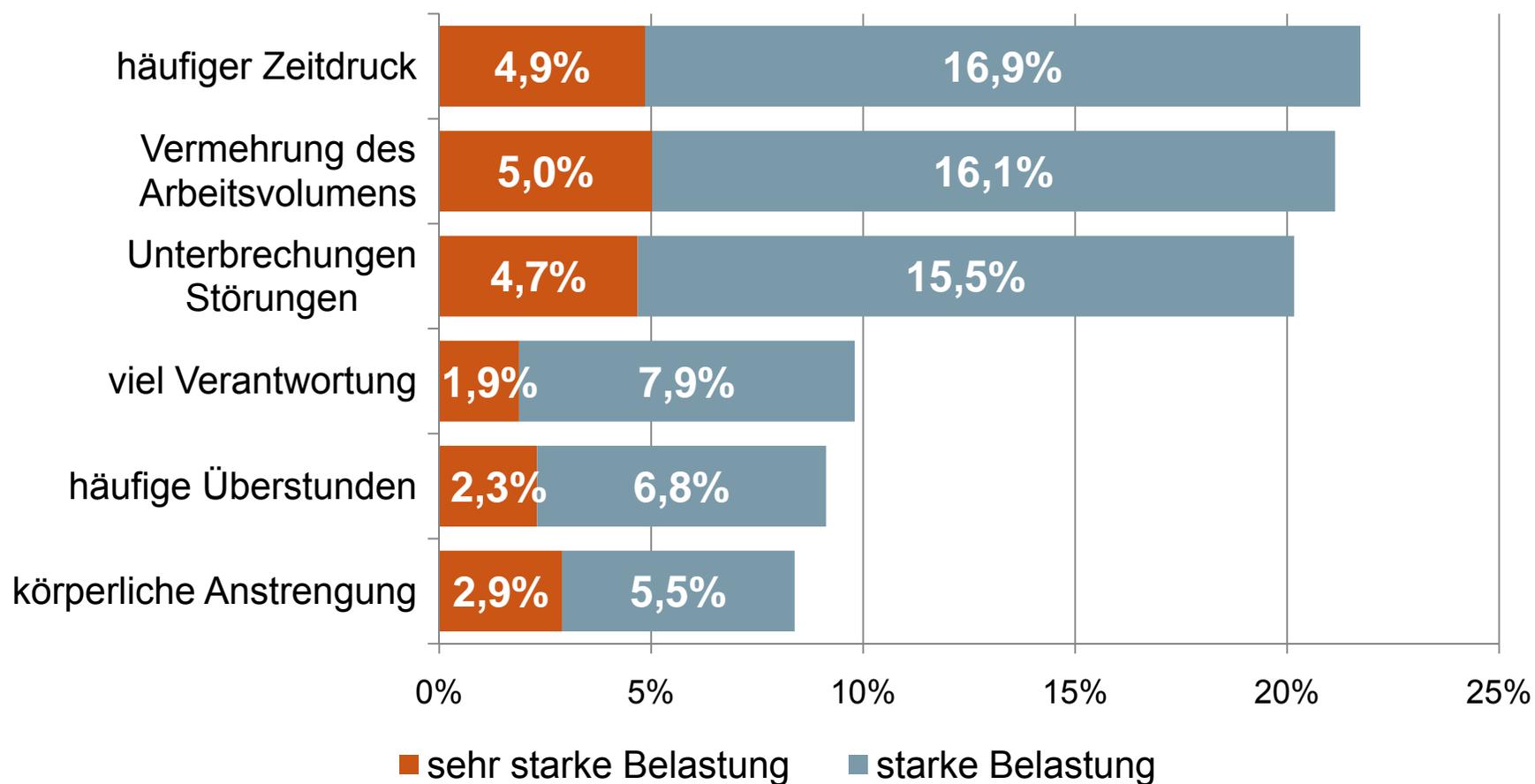
- Anerkennung durch Vorgesetzte
- Anerkennung durch Kollegen
- keine ungerechte Behandlung
- Gute Aufstiegschancen
- Sicherer Arbeitsplatz
- Angemessene Berufliche Stellung
- Angemessenes Gehalt
- USW.



## Fragestellungen

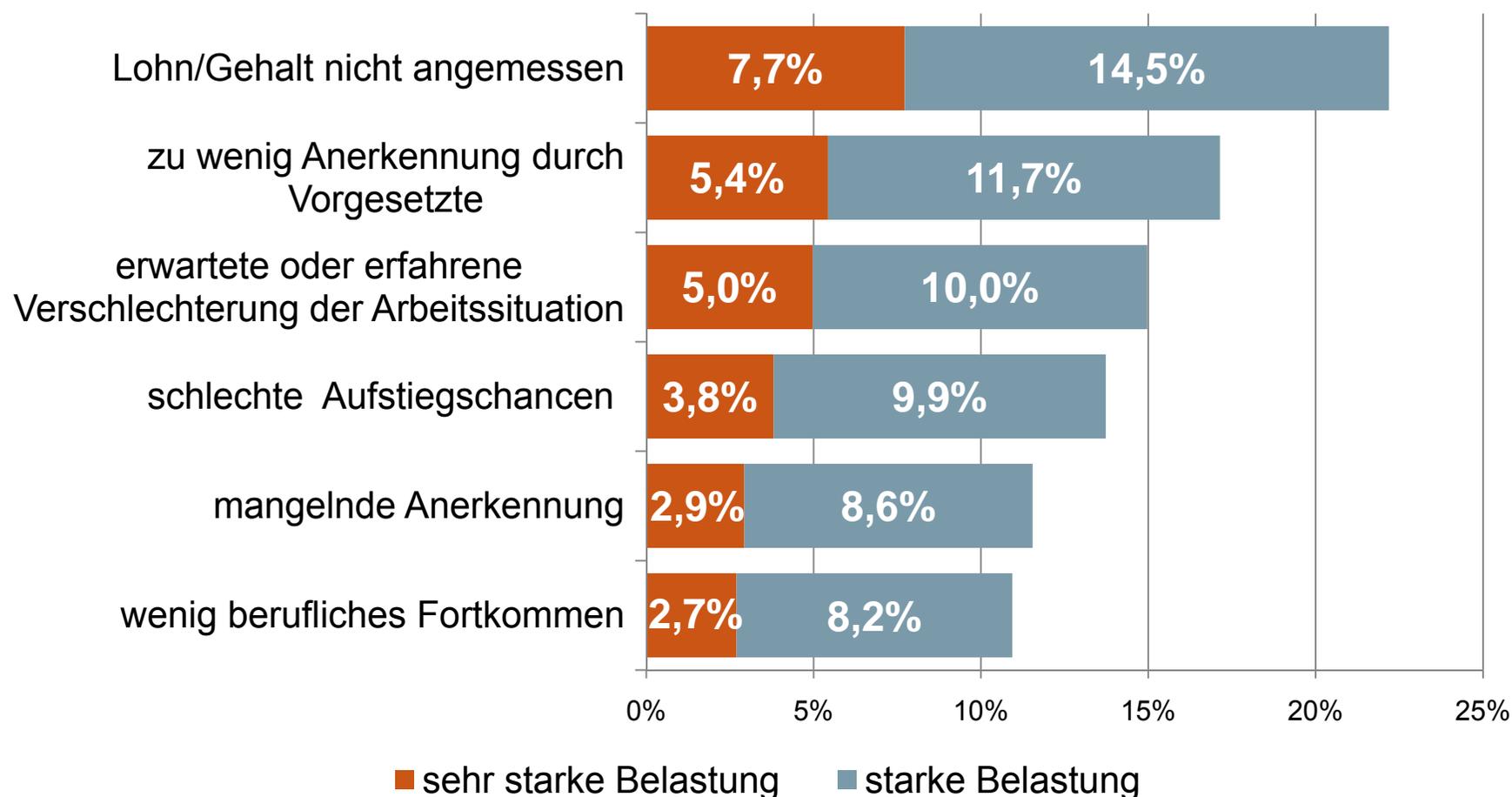
- Wie verbreitet sind die einzelnen Faktoren aus den Bereichen „Verausgabung“ und „Belohnung“ unter den Erwerbstätigen in Deutschland?
- Bei wie vielen Berufstätigen liegt eine „Gratifikationskrise“ und damit ein erhöhtes Risiko für Herzkrankheiten vor?
- Was begünstigt die Entstehung von Gratifikationskrisen? Was sind somit Ansatzpunkte für die betriebliche Prävention?

## „Verausgabung“: Die häufigsten Belastungsfaktoren



Quelle: Beschäftigtenbefragung; N=3.035 Beschäftigte

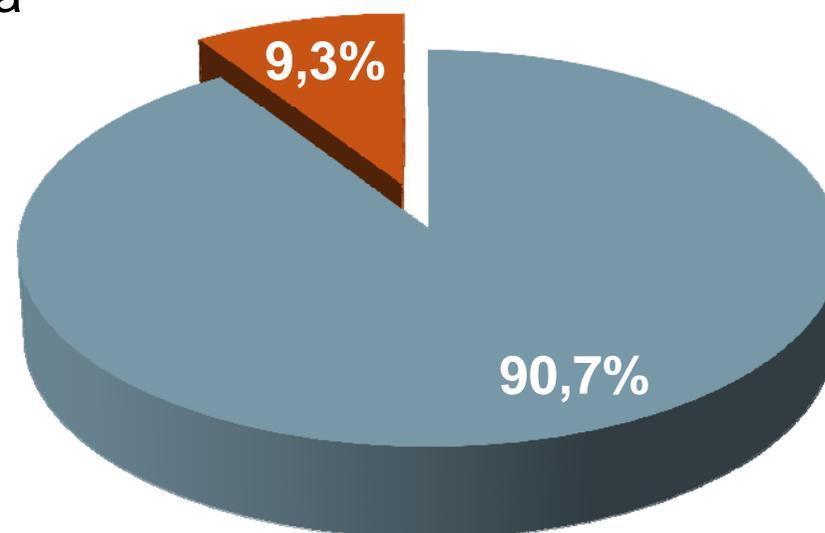
## Fehlende „Belohnung“: Die häufigsten Belastungsfaktoren



Quelle: Beschäftigtenbefragung; N=3.035 Beschäftigte

## Fast jeder zehnte Beschäftigte ist von einer beruflichen Gratifikationskrise betroffen

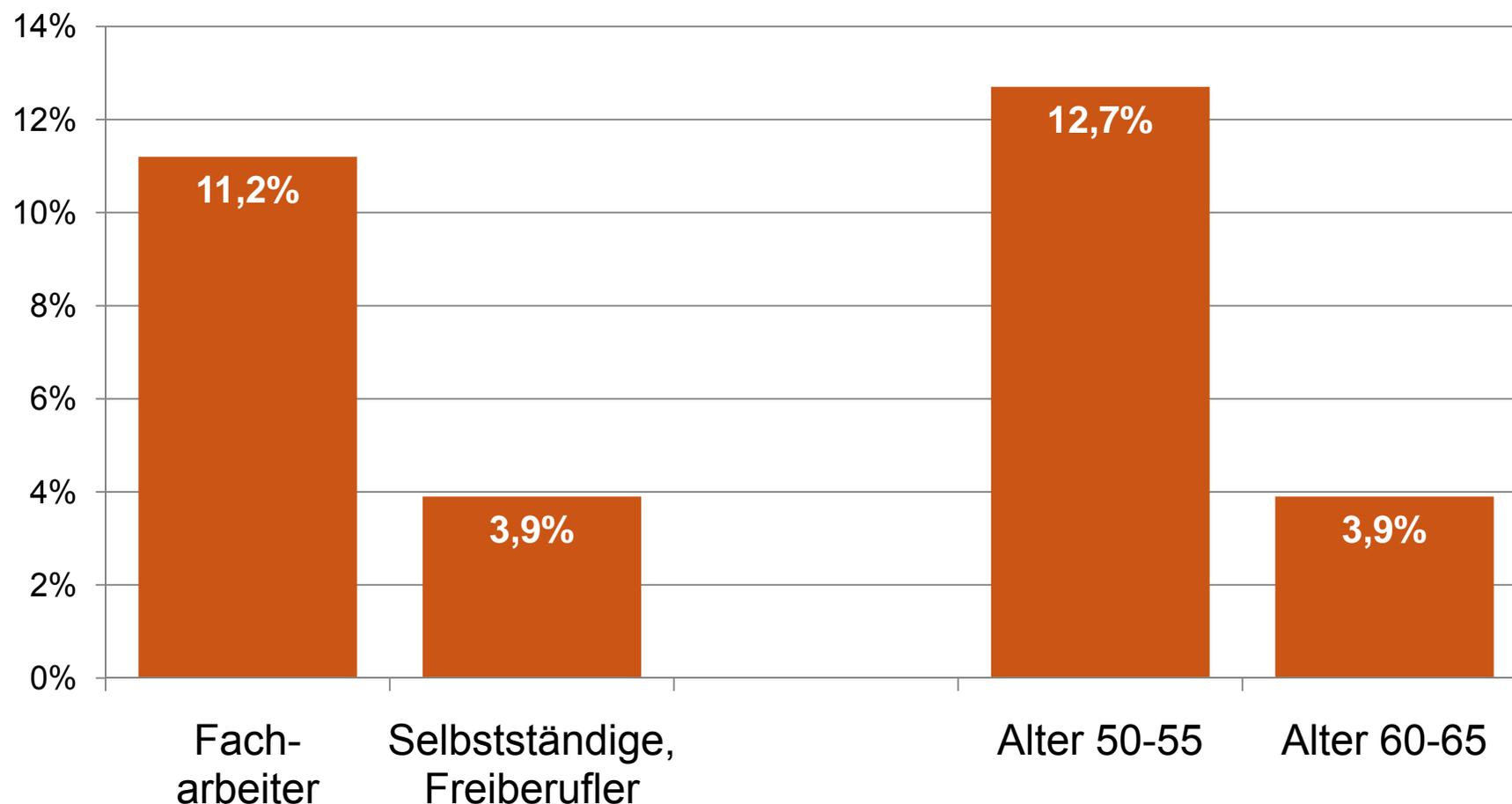
- Männer und Frauen sind in etwa gleichem Maße betroffen



- Anteil Beschäftigter ohne Gratifikationskrise
- Anteil Beschäftigter mit Gratifikationskrise

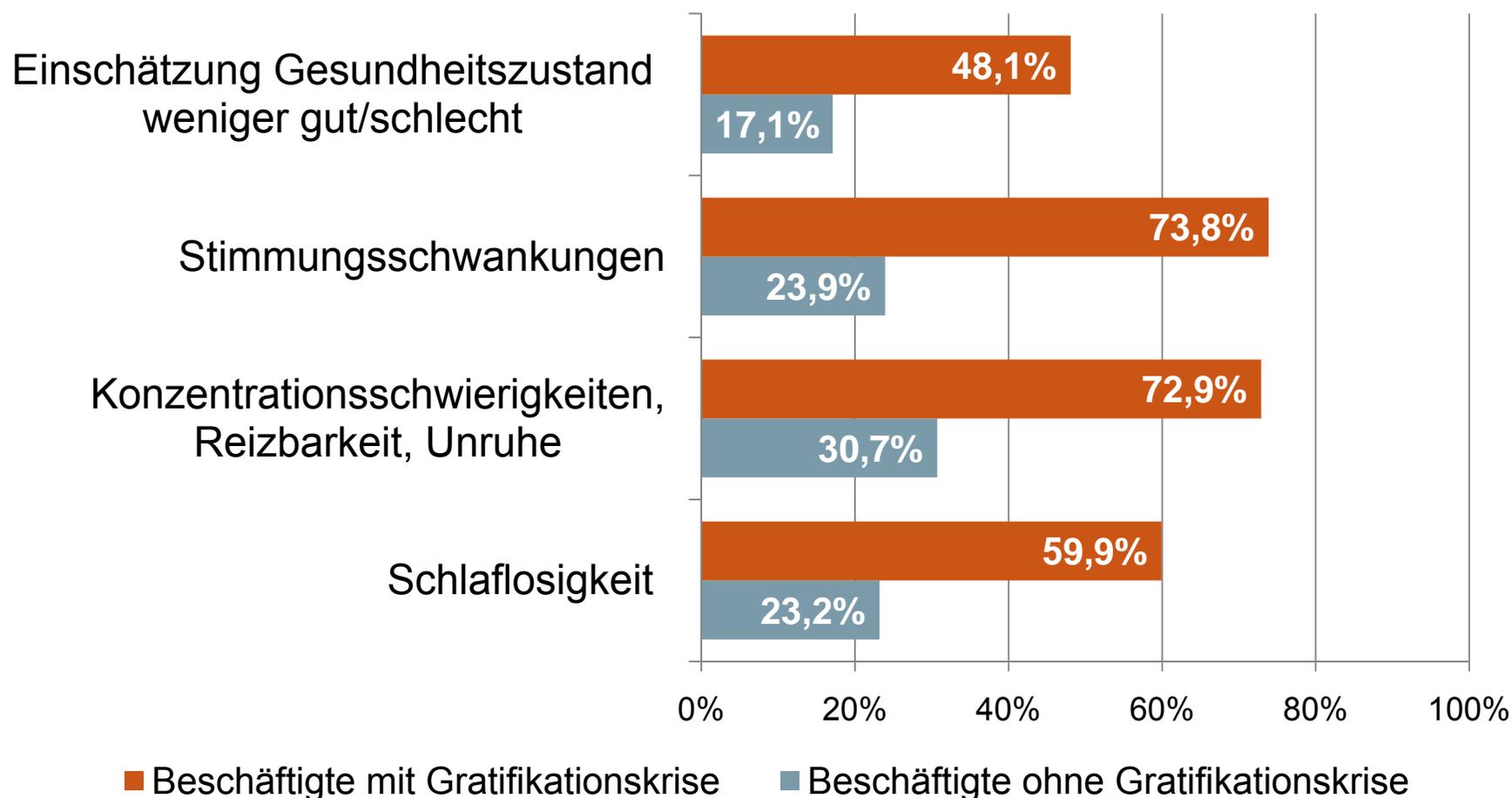
Quelle: Beschäftigtenbefragung; N=3.035 Beschäftigte

## Gratifikationskrisen besonders häufig bei Facharbeitern sowie in der Altersgruppe 50-55



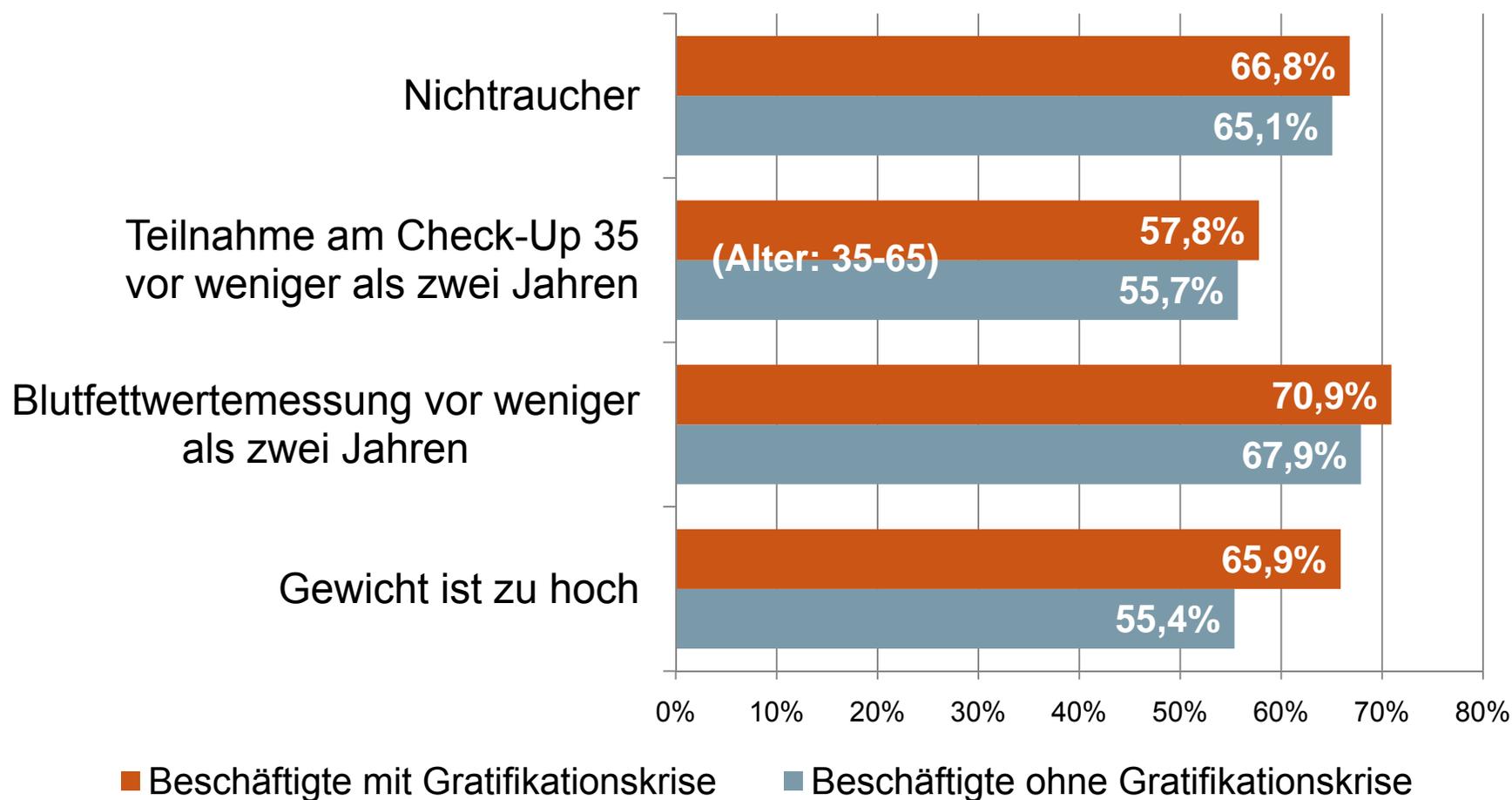
Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2011. N=3.035 Beschäftigte

## Folgen einer Gratifikationskrise: schlechterer Gesundheitszustand und häufigere Beschwerden



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2011. N=3.035 Beschäftigte

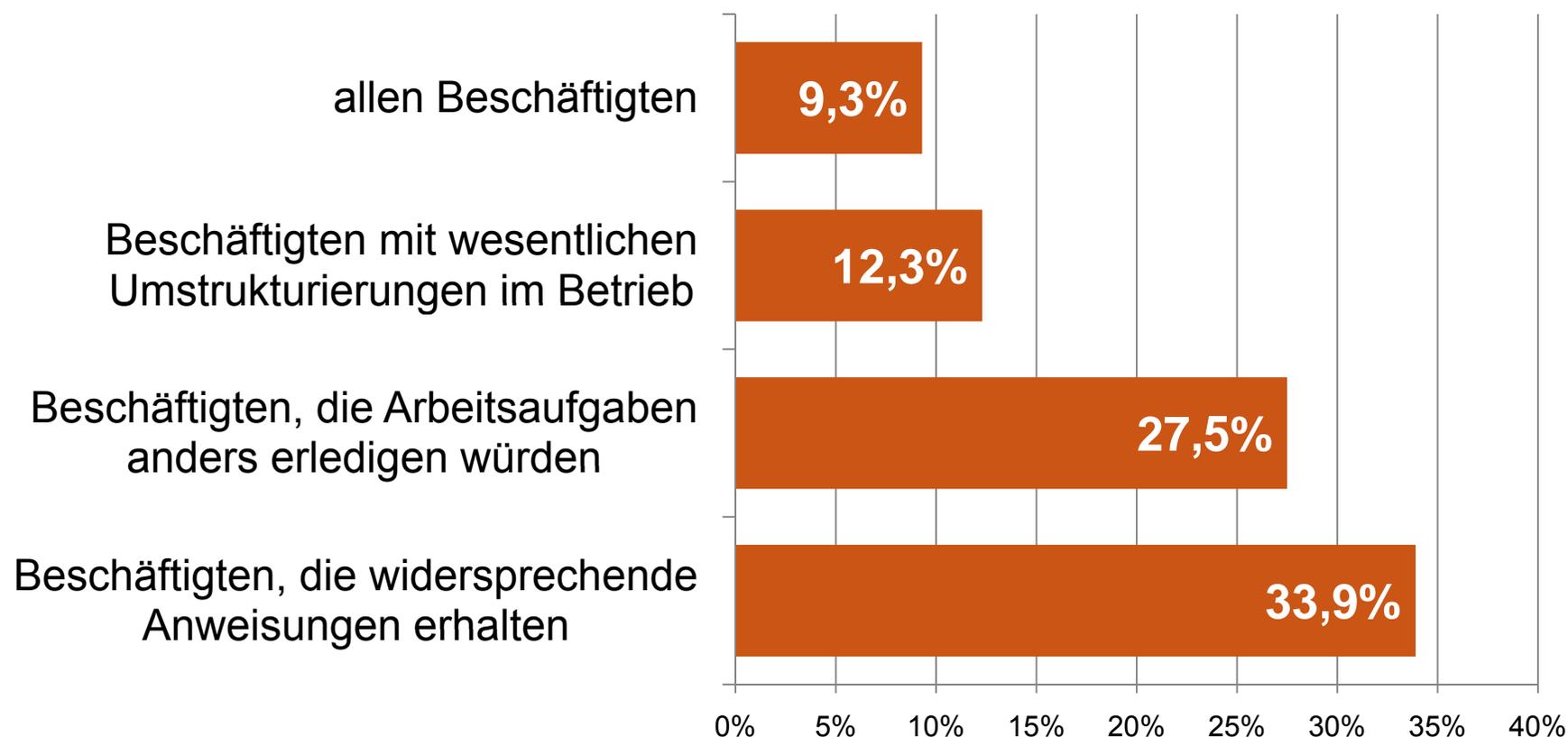
## Kaum Unterschiede hinsichtlich Präventionsverhalten und Risikofaktoren



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2011. N=3.035 Beschäftigte

## Bedingungen am Arbeitsplatz, die Stress erzeugen

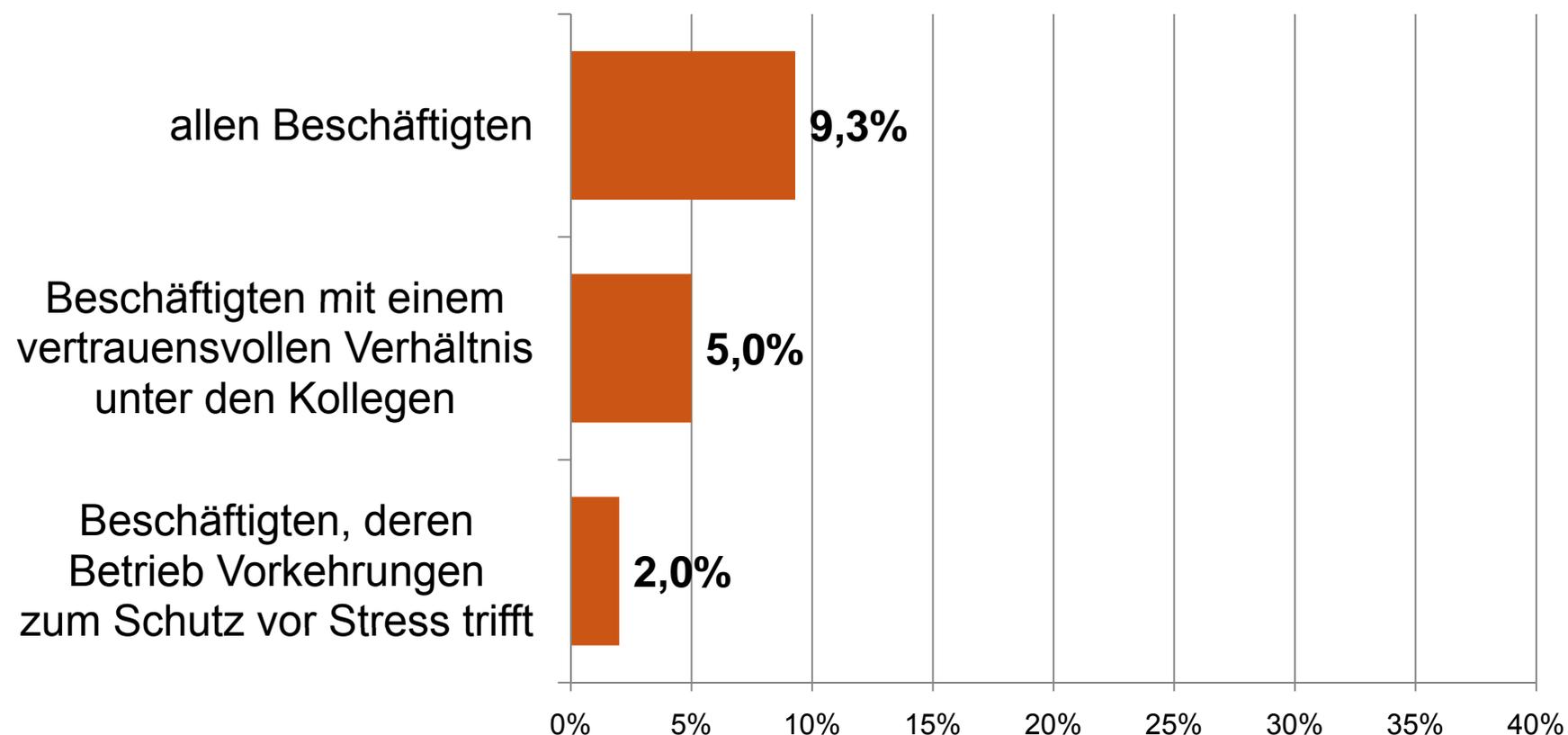
Anteil mit Gratifikationskrise unter....



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2011. N=3.035 Beschäftigte

## Bedingungen am Arbeitsplatz, die vor Stress schützen

Anteil mit Gratifikationskrise unter....



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2011. N=3.035 Beschäftigte

## Prävention von KHK und Herzinfarkten: Was ist zu tun?

Die befragten Experten vertraten die Meinung, dass ...

- **...die individuelle Verhaltensprävention**  
in Bezug auf Rauchen, Alkohol und Ernährung verstärkt werden sollte.
- **... invasive Behandlungen (Stents usw.)**  
von klaren Vorgaben zu Indikationen und Qualitätskontrollen profitieren würden.
- **... medikamentöse Behandlungen**  
durch Maßnahmen zur Förderung der Einhaltung von Einnahmeempfehlungen (z.B. Arzt- und Patientenschulungen) an Wirksamkeit gewinnen würden.

## Prävention von KHK und Herzinfarkten: Was ist zu tun?

Die befragten Experten vertraten die Meinung, dass ...

- **... psychosoziale Risikofaktoren**  
früher erkannt werden müssen (z.B. durch Screenings) und dass Aufklärung zu diesen Faktoren fehlt.
- **... im betrieblichen Kontext z.B. Schulungen zu Team- und Führungskultur sowie zur Konfliktvermeidung**  
kurzfristig zur Vermeidung psychosozialer Risikofaktoren des Herzinfarkts beitragen könnten

# DAK-Gesundheitsreport 2012

- Der Krankenstand im Jahr 2011
- Schwerpunktthema: Herzinfarkt
- **Schlussfolgerungen**

## Schlussfolgerungen Gesundheitsreport

- Der Krankenstand bewegt sich – trotz des Anstiegs – immer noch auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.
- Angesichts der Zunahme von älteren Beschäftigten muss die Gesundheitsförderung in diesen Altersgruppen zu einem wesentlichen Handlungsfeld werden.
- Die Prävention der koronaren Herzkrankheit nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein und sollte auch auf die psychosozialen Risikofaktoren ausgedehnt werden.
- Es müssen Konzepte für innovative betriebliche Präventionsansätze sowohl im Hinblick auf die „klassischen“ KHK-Risikofaktoren, als auch für die bisher zu wenig thematisierten psychosozialen Risikofaktoren – Stress, Depressionen, mangelnde soziale Unterstützung – entwickelt werden.

# DAK-Gesundheitsreport 2012

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Berlin, 14. Februar 2012