

BKK Gesundheitsreport 2008

# Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen



**BKK Bundesverband**



**Impressum**

Der BKK Gesundheitsreport 2008 und die damit verbundenen Auswertungen wurden im Geschäftsbereich Finanzen und Wettbewerb des BKK Bundesverbandes erstellt.

Redaktion: Erika Zoike  
Redaktionelle Mitarbeit: Elke Lemke  
Janett Ließmann

Spezial-Beiträge: Dr. Wolfgang Bödeker  
(Präventionsziel der GKV)  
Detlef Chruscz (Rehabilitation)  
Dr. Reinhold Sochert und Anke Siebeneich  
(Gesundheit in Europa)  
Ralph Joussen (Mitarbeiterbefragung)  
Erika Zoike und Claudia Derks-Witthaus  
(Berufliche Tätigkeit und Arbeitslosigkeit)  
Ute Westerhoff und Marlies Hommelsen  
(Projekt Psychisch krank im Job)

EDV-Programme: Alexander Netzel  
Auswertungen: Janett Ließmann

– Nachdruck nur mit Quellenangabe gestattet –

Essen im Oktober 2008

Herausgeber: BKK Bundesverband  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen  
Telefon: 0201/179-1277  
Telefax: 0201/179-1062  
E-Mail: gesundheitsstatistik@bkk-bv.de  
Internet: www.bkk.de

Gestaltung, Satz: Typografischer Betrieb Lehmann GmbH, Essen  
www.typolehmann.de  
Druck: Lonnemann GmbH, Selm

Bildnachweis: © www.fotolia.com

ISSN 1434-1603

	Seite
Vorwort	
1. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen im Überblick	8
1.1 Die Entwicklung des Krankenstands	9
1.2 Die wichtigsten Krankheitsgruppen bei Arbeitsunfähigkeit	12
■ Die Reduktion von Psychischen und Verhaltensstörungen ist das Präventionsziel der Gesetzlichen Krankenversicherung	15
■ Psychische Gesundheit in Europa	17
1.3 Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Krankenstandes – Diagnosen, Falldauern und AU-Quoten	20
1.4 Entwicklung der stationären Behandlungen	22
2. Alter, Geschlecht und soziale Lage	28
2.1 Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht	29
2.2 Berufliche und soziale Lage	37
3. Arbeitswelt	46
3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen	46
3.2 Hochrechnung des Krankenstandes für ganz Deutschland	60
3.3 Gesundheitliche Belastungen nach beruflichen Merkmalen	66
■ Psychische Erkrankungen nach beruflicher Tätigkeit und bei Arbeitslosigkeit	74
■ Psychische Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen	82
■ Psychisch krank im Job Hilfen für Betroffene und Betriebe	88
4. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen	92
4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern	94
4.2 Stationäre Behandlung in den Bundesländern	102
5. Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen	108
5.1 Die häufigsten Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit	109
5.2 Die häufigsten Diagnosen bei stationären Behandlungen	117
5.3 Die wichtigsten Diagnosen bei medizinischer Rehabilitation	124
Verzeichnis der Schaubilder	126
Anhang	
A Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 2
B Tabellenteil	A 7
C Verzeichnis der Tabellen	A 142

## **Vorwort**

Liebe Leserinnen und Leser!

Inzwischen haben uns die an dieser Stelle im Vorjahr schon angedeuteten, Errungenschaften' der neuen GKV-Welt erreicht. Dank ‚Wettbewerbsstärkung‘ (GKV-WSG) stehen wir nun vor einem verordneten Einheitsbeitragssatz, gepaart mit vorprogrammierten Ausgabensteigerungen und einer – dank gesetzlicher und politischer Vorgaben – absehbaren Unterfinanzierung der GKV. Nicht ganz unberechtigt werden Befürchtungen laut, dass dies letztlich zu Lasten sowohl des Portemonnaies der Versicherten (Zusatzbeiträge) auf der einen als auch einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite geht.

Schon heute ist – neben anderen Problembereichen wie etwa in der Pflege – gerade bei der am stärksten an Bedeutung gewinnenden Krankheitsgruppe der psychischen Störungen Fehl- und Unterversorgung zu beklagen. Den dringenden Handlungsbedarfs in der Prävention, Kuration und Rehabilitation der psychisch Erkrankten belegen erneut die Ergebnisse des diesjährigen BKK Gesundheitsreports, der bereits die 32. Jahresausgabe der BKK Berichtsreihe darstellt. Wegen der weiterhin starken Zunahme gerade der psychischen Krankheitsarten haben wir diese – wie schon in einem früheren BKK Gesundheitsreport (2005) – als Themenschwerpunkt



gewählt, zumal dieses Thema aktuell in den Präventionszielen der gesetzlichen Krankenkassen verstärkt auf die Agenda gesetzt wird (Spezialbeitrag hierzu in Kapitel 1).

Jeder zehnte Krankheitstag der BKK Mitglieder ging 2007 auf das Konto *Psychischer und Verhaltensstörungen*, bei Frauen waren es sogar über 13 % der Krankheitstage. Viele Gruppen sind aber noch weit stärker von psychischen Gesundheitsstörungen betroffen. So stehen etwa bei Arbeitslosen die psychischen Krankheitsursachen nach Muskel- und Skelettleiden weit vorne an zweiter Stelle, mehr als ein Fünftel ihrer Krankheitstage und gar jeder vierte Arbeitsunfähigkeitstag der ALG-I-Empfängerinnen wird mit einer psychischen Diagnose gemeldet. Auch zahlreiche Berufsgruppen weisen stärkere Risiken psychischer Fehlbelastungen auf (ausführliche Ergebnisse in *Kapitel 3*) – sogar die männlichen Krankenversicherungsfachangestellten sind stärker betroffen, von den Krankenpflegekräften ganz zu schweigen, was beides wiederum mit Gesundheitspolitik zu tun haben könnte.

Im Krankenhaus sind die Behandlungsfälle wegen psychischer Erkrankungen seit 1986 um das Dreifache gestiegen. Zudem werden hier – im Unterschied zu den ambulanten Behandlungen – für Männer mehr stationäre Fälle als für Frauen gemeldet. In 2007 gehörte

erstmals die häufigste Einzeldiagnose bei stationärer Behandlung nicht zu den Herzerkrankungen (Herzinsuffizienz und Angina pectoris sind hier die häufigsten Einweisungsanlässe) sondern zu den psychischen Krankheitsursachen. Die Psychischen Störungen durch Alkohol bildeten im letzten Jahr den häufigsten Aufnahmegrund in den Krankenhäusern. Mit Besorgnis ist zu beobachten, dass bei jungen Männern die stationären Behandlungen auf Grund psychischer Störungen weiter zunehmen. So werden die meisten stationären Behandlungstage bei den männlichen Versicherten zwischen 20 und 30 Jahren zum einen durch Schizophrenie und zum anderen durch Alkoholabhängigkeit ausgelöst (mehr dazu in *Kapitel 5*).

Nicht nur in Bezug auf das Krankheitsgeschehen sondern auch hinsichtlich dieser Berichterstattung stellt sich abschließend die Frage:

### **Wie geht es weiter?**

Die BKK Gesundheitsberichte bildeten in den vergangenen 32 Jahren nicht nur in ihrer Kontinuität eine einzigartige Datengrundlage, sondern griffen überdies immer wieder aktuelle Themen mit erweiterten Analysen auf. Der neue GKV Spitzenverband dürfte auf absehbare Zeit kaum in der Lage sein und sieht

es bisher auch nicht als seine Aufgabe an, eine einigermaßen gleichwertige Berichterstattung aufzubauen.

Für die BKK soll die Gesundheitsberichterstattung jedoch in gewohnter Qualität weitergehen, so dass die Kassen weiterhin auf diese wichtigen Vergleichsdaten und benchmarks für ihre Kundenbetreuung zurückgreifen und hiermit ihre Aktivitäten sowohl in der Prävention als auch im Versorgungsmanagement stützen und steuern können. Zugleich werden wir auf dieser Grundlage auch gerne unsere bisherigen Kooperationen und die unserer Kassen fortführen.

Wir hoffen, liebe Leserinnen und Leser, Ihnen auch diesmal mit aktuellen Gesundheitsdaten und Hintergrundinformationen eine nützliche Unterstützung für Ihre Aufgaben – ob in der Krankenversicherung, in den Unternehmen, bei den Tarifparteien oder in der Forschung – an die Hand zu geben.

Essen im Oktober 2008

*Erika Zoike*

**Geschäftsbereich  
Finanzen und Wettbewerb  
BKK Bundesverband**

[www.bkk.de](http://www.bkk.de)

Mail: [gesundheitsstatistik@bkk-bv.de](mailto:gesundheitsstatistik@bkk-bv.de)





1

Fehlzeiten und stationäre  
Behandlungen im Überblick

## 1. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen im Überblick

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die allgemeine Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit und der Krankenhausbehandlungen. Einzelbetrachtungen zu unterschiedlichen Versichertengruppen, tätigkeitsbezogene und regionale Analysen sowie die spezielle Betrachtung einzelner Diagnosegruppen erfolgen in den nachfolgenden Kapiteln. Auch im diesjährigen Report werden insbesondere wieder psychomente Belastungen und Krankheitsfolgen in der Arbeitswelt in den Blick genommen und in verschiedenen Spezialbeiträgen – schwerpunktmäßig in *Kapitel 3* – vertiefend behandelt. Die nach wie vor zunehmenden Krankheitsfälle mit psychischen Störungen, deren Bedeutung auch europaweit wächst (vgl. *Spezial „Psychische Gesundheit in Europa“*, S. 17ff), liefern hierfür hinreichend Gründe.

Bei der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit stehen die beschäftigten BKK Pflichtmitglieder (5,8 Mio. Beschäftigte) bzw. die Pflichtmitglieder insgesamt (6 Mio. einschließlich der ALG-II-Empfänger)<sup>1</sup> im Vordergrund. Die freiwillig Versicherten, die eine erheblich niedrigere Morbidität als die Gruppen der Pflichtversicherten aufweisen und deren Anzahl z.B. durch Kassenwechsel jahresweise stärkeren Schwankungen unterliegen kann, werden in die längerfristige Trendbeobachtung der Arbeitsunfähigkeit nicht eingeschlossen, wohl aber in *Kapitel 2* gesondert betrachtet. Die Berichtsteile zu den Krankenhausbehandlungen beziehen sich dagegen auf alle BKK Versicherte. Differenzierte Ergebnisse nach allen Mitglieder- bzw. Versichertengruppen enthält das *Kapitel 2* für beide Leistungsbereiche.

Mit einer durchschnittlichen Krankenhausquote von 3,5 % war 2007 erstmals seit

1990(!) wieder ein leichter Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten zu verzeichnen. Dennoch bleibt mit diesem Wert ein insgesamt niedriges Niveau erhalten. Er entspricht durchschnittlich 12,8 Arbeitsunfähigkeitstagen je BKK Pflichtmitglied (2006: 12,4 Tage).

Die höchsten BKK Krankenhausquoten wurden 1980 mit gut 7 % (26 AU-Tage je Pflichtmitglied) und 1990 mit 6,8 % (25 AU-Tagen je Pflichtmitglied) erreicht. Demgegenüber haben sich die Krankheitszeiten in den letzten Jahren halbiert. Hinter dieser Entwicklung verbergen sich soziodemografische Veränderungen sowie grundlegende Wandlungsprozesse in der Arbeitswelt. Auch das Krankheitspektrum hat sich unter den veränderten Rahmenbedingungen gewandelt – während z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen als AU-Diagnosen eine immer geringere Rolle spielen, nehmen die Krankheitstage durch psychische Störungen jährlich zu (vgl. *Kapitel 1.2*).

Bei den Krankenhausbehandlungen sind im Vergleich zum Vorjahr Zunahmen der Fälle wie auch der Tage bei erstmals seit über 20 Jahren wieder leicht gestiegenen Verweildauern bemerkenswert. Mit durchschnittlich 9,5 Tagen blieben die Patient(innen) im Mittel um 0,3 Tage je Fall länger im Krankenhaus als 2006 (etwa so lange wie 2005, als die Durchschnittsdauer 9,4 Tage betrug). Mit fast 170 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte erhöhte sich die Fallzahl um beachtliche 7,4 %, die Anzahl der Krankenhaustage erhöhte sich wegen der längeren Verweildauern sogar um über 10 % (1.604 Tage je 1.000 Versicherte gegenüber 1.457 Behandlungstagen im Vorjahr).

Trotz des zu beobachtenden Anstiegs – zumindest im BKK Bereich – bewegen

sich die durchschnittlichen Falldauern dennoch auf weiterhin sehr niedrigem Niveau. Die schon seit längerem mit Einführung der ersten Pflegepauschalen zu beobachtende Verringerung der Verweildauern erhielt 2003 mit Einführung der DRGs (Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung) weitere Schubkraft. In 2007 – dem dritten Jahr der Konvergenzphase zum neuen fallbasierten Abrechnungssystem – wurden die Fallpauschalen durch die weitere Anpassung der krankenspezifischen Fallkosten an die landesweiten Basisfallwerte noch stärker finanzwirksam als bisher.

In der längeren Betrachtung der letzten 20 Jahre hat sich zwar die Zahl der Krankenhaustage um 10 % erhöht, gleichzeitig sanken aber die mittleren Verweildauern um 44 % und damit die Anzahl der Krankenhaustage trotz Zunahme der Fälle um 38 %.

Der BKK Gesundheitsreport basiert auf den Versicherten- und Leistungsdaten bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfällen und Krankenhausbehandlungen. 2007 waren dies 6,6 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle von knapp 7 Mio. Mitgliedern ohne Rentner<sup>2</sup> (i.w. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-II-Empfänger sowie sonstige kleinere Gruppen) sowie 2,3 Mio. Krankenhaustage von insgesamt 13,8 Mio. BKK Versicherten (Mitglieder, Rentner und Familienangehörige)<sup>3</sup>. Die zahlenmäßigen Besetzungen der Versichertengruppen sind der *Tabelle 0 im Anhang* zu entnehmen. Die Zahl der beschäftigten BKK Mitglieder (einschl. der freiwillig Versicherten) betrug 2007 6,5 Mio., was einem Anteil von 24 % an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (26,8 Mio.) entspricht. Ihre Aufteilung nach Branchen ist in der *Anhangstabelle 4a* dokumentiert.

<sup>1</sup> ALG-II-Empfänger müssen unberücksichtigt bleiben, da sie keinen Krankengeldanspruch haben und somit kassenseitig i.d.R. keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden.

<sup>2</sup> Bei den AU-Analysen der Mitglieder ohne Rentner bleiben neben den ALG-II-Empfängern die Wehr- und Zivildienstleistenden, Studenten und sonstigen Gruppen unberücksichtigt.

<sup>3</sup> In die Erhebung für das Berichtsjahr 2007 konnten nach den im Rahmen der Reporterstellung üblichen Plausibilitätsprüfungen der Datenlieferungen rd. 98 % der BKK Versicherten einbezogen werden.

## 1.1 Die Entwicklung des Krankenstands

Nachdem in den Jahren zuvor die Beschäftigten in deutschen Unternehmen krankheitsbedingt immer seltener fehlten, kam es 2007 zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten. Der Krankenstand stieg von 3,4 % (2006) auf 3,5 %. Mit durchschnittlich 12,8 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage = Kalendertage) je beschäftigtes Pflichtmitglied liegen die Fehlzeiten jedoch weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Im Jahr 2006 wurden 12,4 Krankheitstage gemeldet, 2005 waren es 12,6 und 2004 noch 13 Tage.

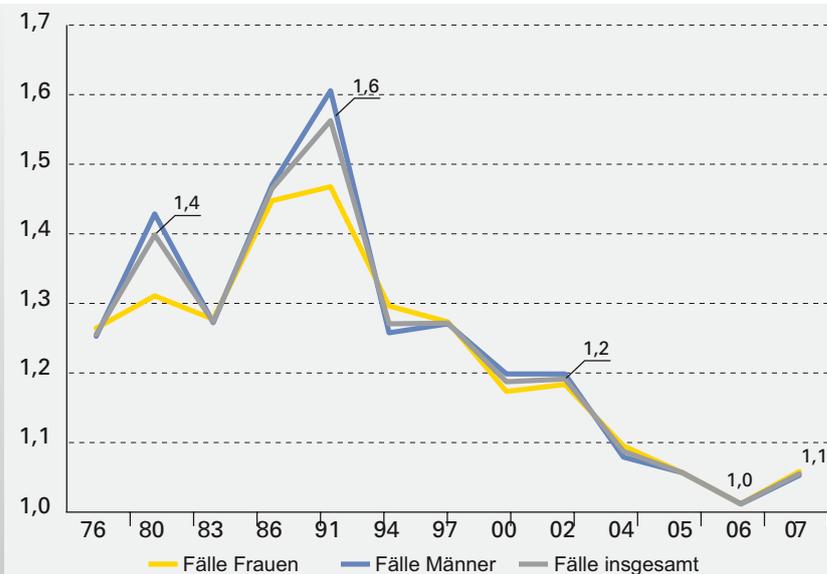
Als 1976 die erste ‚Krankheitsarten- und Arbeitsunfallstatistik‘ des BKK Bundesverbandes erschien, wurden immerhin 22,5 AU-Tage je Pflichtmitglied gezählt, 1980 lagen mit 26 AU-Tagen die höchsten Fehlzeiten in der gesamten Zeitreihe vor (Schaubilder 1.1 und 1.2). 1991 ergab die erste gesamtdeutsche Datenerhebung erneut eine ähnlich hohe Arbeitsunfähigkeit von 25 Tagen. Seither haben sich die durchschnittlichen Krankheitszeiten halbiert.

Die niedrigen Fehlzeiten hängen u.a. mit dem Beschäftigungsrückgang in den letzten Jahren und hiermit einhergehenden Selektionsprozessen zu teilweise jüngeren, vor allem aber gesünderen Belegschaften zusammen (vgl. auch Kapitel 1.3). Die Frage, ob mit der aktuell zu beobachtenden Beschäftigungszunahme und der Alterung der Erwerbsbevölkerung die Krankenstände wieder steigen werden, ist keinesweg eindeutig zu beantworten, denn schon seit den Neunzigerjahren stieg im Zuge der demografischen Entwicklung das Durchschnittsalter der Beschäftigten um etwa zwei Jahre<sup>4</sup>, ohne dass dies mit höheren Fehlzeiten einherging. Im Gegenteil sank der Krankenstand, beeinflusst durch andere Komponenten wie z.B. die Veränderung der beruflichen Beschäftigungsstruktur.

Deutlich wird dies in den sektoralen (branchenbezogenen) Veränderungen, wie sie sich etwa im Anwachsen der

Schaubild 1.1 – Fälle

### Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Fälle je beschäftigtes Mitglied)



bis 1995: Pflichtmitglieder – Bundesgebiet  
ab 1996: Beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

Schaubild 1.2 – Tage

### Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Tage je beschäftigtes Mitglied)



bis 1995: Pflichtmitglieder – Bundesgebiet  
ab 1996: Beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt: Durchschnittsalter der Erwerbstätigen, Mikrozensus

Dienstleistungsbranchen – besonders der wissensbasierten Dienstleistungsunternehmen – niederschlagen. Tätigkeiten in technischen, wissenschaftlichen oder anderweitig spezialisierten Berufen zeichnen sich im Allgemeinen durch unterdurchschnittliche Krankenstände aus (vgl. Kapitel 3.1). Um den allgemeinen Trend in Deutschland zu verfolgen, werden die Ergebnisse aus den BKK Daten in einem Sonderkapitel (Kapitel 3.2) auf die bundesweite Struktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten hochgerechnet.

Auch der gewachsene Frauenanteil an den erwerbstätigen BKK Mitgliedern beeinflusste den Trend in diese Richtung. So fielen für ein männliches BKK Pflichtmitglied in 2007 durchschnittlich 13,2 Krankheitstage an, bei den Frauen waren es dagegen – bedingt durch andere Beschäftigungsstrukturen – lediglich 12,4 Tage. Frauen sind weit überwiegend als Angestellte in Dienstleistungsbranchen mit branchentypisch eher niedrigen Krankenständen tätig, während die männlichen BKK Pflichtmitglieder zwar nicht mehr so dominant wie in den Neunzigerjahren, aber dennoch überwiegend in der Gruppe der gewerblich Beschäftigten zu finden sind. Anders verhält es sich hingegen in der Gruppe der einkommensstärkeren freiwillig Versicherten mit äußerst niedrigen Krankenquoten. Hier bilden die männlichen gegenüber den weiblichen Beschäftigten mit 83 % eine starke Mehrheit. Näheres zu den Morbiditätsunterschieden nach Versichertengruppen findet sich in Kapitel 2.2.

Auch die Unternehmensgrößen wirken sich auf den Krankenstand aus. So fallen insbesondere in kleineren und Kleinstbetrieben deutlich niedrigere krankheitsbedingte Ausfälle auf als in den größeren

Unternehmen mit 500 und mehr Beschäftigten (Schaubild 2).

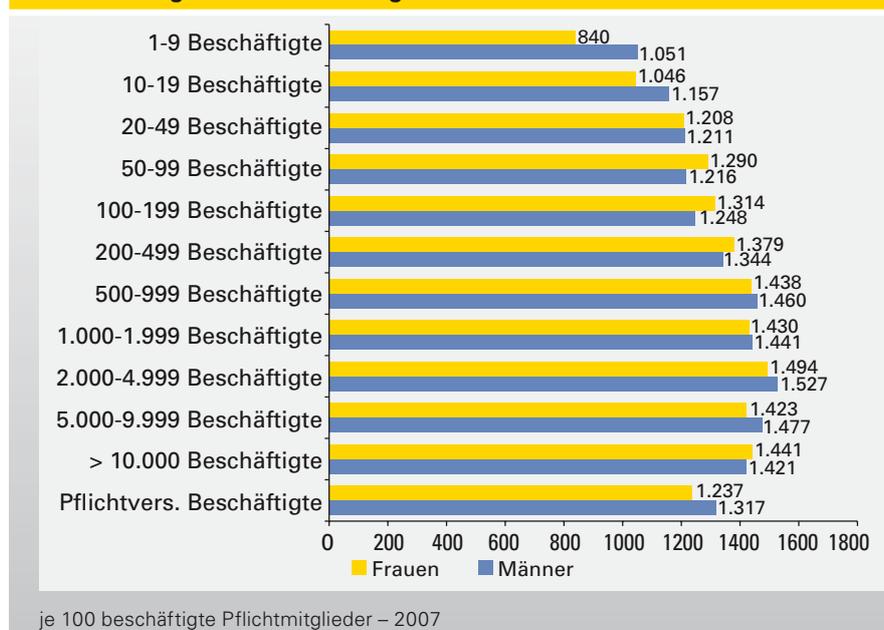
Bei den BKK Mitgliedern fielen 2007 im Osten wesentlich mehr AU-Tage als im Westen an. Während im Westen nur 12,6 AU-Tage je Pflichtmitglied gemeldet wurden, waren es in den neuen Bundesländern auf Grund ungünstigerer Versichertenstrukturen bei deutlich längeren Falldauern 14,2 AU-Tage. Die durchschnittliche Falldauer ist 2007 gegenüber dem Vorjahr von 12,2 auf 12,1 Tage gesunken. Hierbei verringerte sich die Falldauer sowohl im Westen (von 12,1 auf 12,0) als auch im Osten (von 13,1 auf 13,0) um 0,1 Tage. Die Durchschnittsdauer im Osten liegt damit wie im Vorjahr insgesamt um einen Tag über der des Westens.

Regionale Einflüsse prägen das Krankenstandsniveau mit, wenn auch in geringerem Maße als berufliche und soziale Faktoren. Extreme regionale Unterschiede, über die in den Neun-

zigerjahren noch regelmäßig berichtet wurde, haben sich bereits in den letzten Jahren deutlich relativiert. So stand zwar Berlin 2007 mit 4,4 % Krankenstand (16,2 AU-Tage der beschäftigten Pflichtmitglieder) erneut an erster Stelle, verzeichnete aber, entgegen des allgemeinen Trends, wie in den Vorjahren wieder einen Rückgang (-0,3 Tage je Pflichtmitglied). Als „Problemregionen“ sind weiterhin das Saarland mit 4,3 % Krankenstand (15,6 AU-Tage) und Brandenburg mit 4,1 % Krankenstand (14,9 AU-Tage) zu nennen.

Die wenigsten Krankheitstage wurden 2007 wie im Vorjahr in Baden-Württemberg gemeldet, wo jedoch mit 11,3 AU-Tagen je Beschäftigten der Krankenstand deutlich auf 3,1 % zunahm (+ 0,8 Tage je Pflichtmitglied). Fast ebenso niedrige Fehlzeiten verzeichnete Bayern mit 11,4 AU-Tagen (+ 0,4 Tage) bzw. 3,1 % Krankenstand. Nähere Informationen zu den regionalen Verteilungen finden sich in Kapitel 4.

**Schaubild 2**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen**



## Entwicklung in 2008

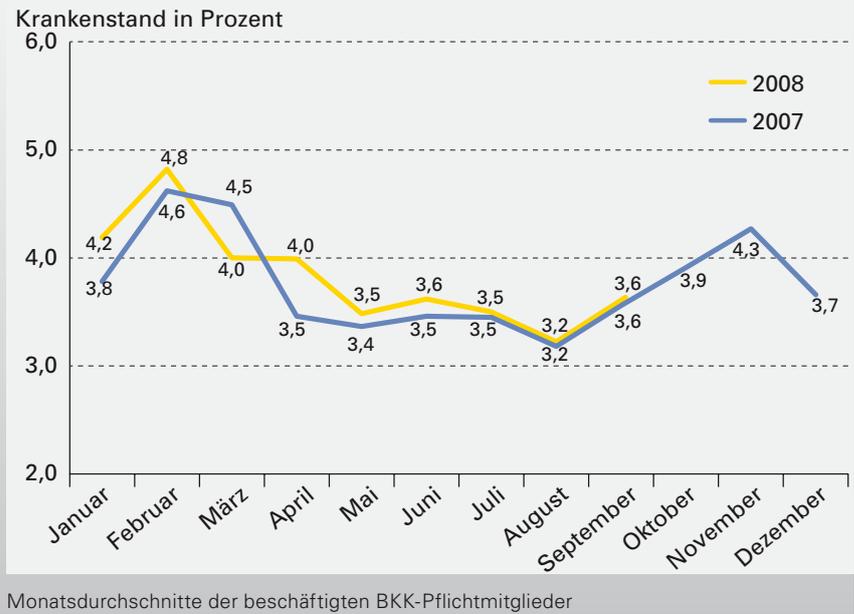
Schaubild 3 zeigt die aktuelle Krankenstandsentwicklung für einen Teil der erwerbstätigen BKK Pflichtmitglieder. Diese Daten werden vom BKK Bundesverband in einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände ermittelt, in die derzeit rd. 3,8 Mio. erwerbstätige BKK Mitglieder einbezogen sind (bei freiwilliger Teilnahme der beteiligten Kassen). Während die amtlichen Krankenstandsstatistiken der GKV Stichtagsergebnisse darstellen (jeweils bezogen auf den Monatsersten, auf den häufig Wochenend- und Feiertage fallen), spiegelt die BKK Statistik das AUGeschehen des gesamten Monats wider. Außerdem werden nur die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Erwerbstätigen erhoben, während in der amtlichen Statistik auch die Krankmeldungen der Arbeitslosen enthalten sind. Beide genannten Bedingungen der amtlichen Statistik führen in der Regel zu einer Untererfassung des amtlichen Krankenstandes.

Die BKK Ergebnisse deuten wieder auf leicht zunehmende Krankenstände hin. Nennenswerte Differenzen gab es lediglich in den Monaten März (- 0,5 % gegenüber dem Vorjahr) und April (+ 0,5 %), die durch die Verschiebung der Welle von Atemwegserkrankungen („Grippe-welle“) bedingt sind. Bei den BKK Mitgliedern nahm der Krankenstand in 2008 in den ersten neun Monaten geringfügig um 0,1 zu.

Auch in der GKV schlägt sich ein leichter Aufwärtstrend in den amtlichen Stichtagsergebnissen nieder. In den ersten neun Monaten steht hier ein mittlerer Wert von 3,33 % dem Vorjahreswert von 3,17 % gegenüber.

Schaubild 3

### Aktuelle Krankenstände 2007 und 2008 (BKK)



### 1.2 Die wichtigsten Krankheitsgruppen bei Arbeitsunfähigkeit

Sechs Krankheitsgruppen verursachen über drei Viertel (77 %) aller Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen Pflichtmitglieder (vgl. *Schaubild 4*). In 2007 entfielen auf:

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 26,4 % (-0,1 gegenüber dem Vorjahr)
- Krankheiten des Atmungssystems 15,7 % (+0,7)
- Verletzungen und Vergiftungen 14,5 % (-1,2)
- Psychische Störungen 9,3 % (+0,4)
- Krankheiten des Verdauungssystems 6,7 % (+0,1)
- Krankheiten des Kreislaufsystems 4,5 % (-0,1).

Während die Atemwegserkrankungen 2007 gegenüber 2006 wieder eine deutlich größere Rolle spielten, nahm im Unterschied zu den Vorjahren vor allem der Anteil der Verletzungen an den Krankheitszeiten ab. Der Anstieg der psychischen Erkrankungen setzte sich 2007 fort. Hier ist der Trend seit Jahren nahezu ununterbrochen anwachsend, wie in *Schaubild 5* zu verfolgen.

In der langjährigen Betrachtung werden insgesamt bemerkenswerte Veränderungen des Krankheitsspektrums deutlich: Während 1976 durchschnittlich unter 4 AU-Tage auf Muskel- und Skeletterkrankungen entfielen, erreichte diese Diagnosegruppe 1990 fast acht AU-Tage und nahm damit einen dominierenden Anteil von über 30 % am Krankheitsgeschehen ein. In der letzten Dekade verringerte sich zwar der Anteil dieser Krankheitsursachen mit dem Wandel der Beschäftigungsstrukturen (s.u.), dennoch bilden die Muskel- und Skelettleiden – hierunter

überwiegend Rückenerkrankungen – mit noch gut 26 % der Tage die bedeutsamste Krankheitsgruppe bei Arbeitsunfähigkeit. Die Zahl der hierdurch verursachten AU-Tage hat sich jedoch deutlich reduziert, in 2007 waren es noch 3,5 Tage je BKK Pflichtmitglied (inkl. Arbeitslose).

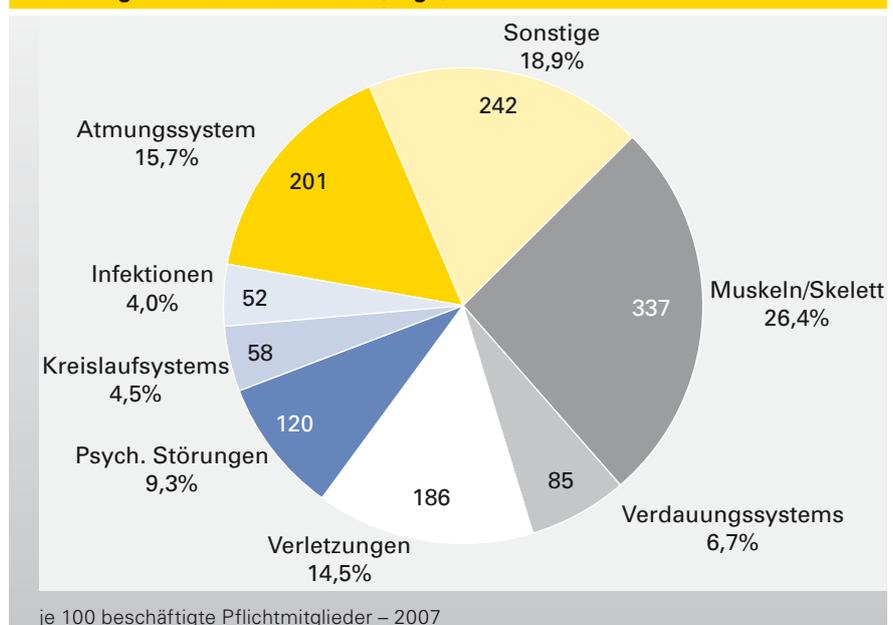
Die Atemwegserkrankungen bilden die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit, wobei sich ihr jeweiliger Anteil an den AU-Tagen stark durch die jahresspezifischen Ausprägungen der „Wintereffekte“ bestimmt. Hier war 2007 ein Anstieg zu beobachten, nachdem jedoch im Vorjahr ein außergewöhnlich niedriges Niveau zu verzeichnen war.

In der langfristigen Beobachtung besonders erwähnenswert ist die seit Beginn der Statistik 1976 stark rückläufige Bedeutung der Verdauungserkrankungen,

deren Anteil sich in diesem Zeitraum halbiert hat (1976: 13,1 %; 2007: 6,7 %), sowie der noch stärkere Rückgang der Herz- und Kreislauferkrankungen. Ihr Anteil an den Krankheitstagen hat sich sogar um fast zwei Drittel reduziert (1976: 12,4 %; 2007: 4,5 %). Die Erkrankungen des Verdauungssystems verursachten 1976 bis 1980 noch knapp drei AU-Tage je Pflichtmitglied, heute sind es nur noch 0,9 AU-Tage. Deutlicher noch sind die Krankheitstage durch Herz- und Kreislauferkrankungen von 2,8 auf 0,6 Tage zurückgegangen.

Während die bis Anfang der Neunzigerjahre dominierenden Krankheitsgruppen – Muskel-/Skelett-, Atemwegs-, Herz-/Kreislauf- und Verdauungserkrankungen – in den letzten Jahren immer weniger Fehltage verursachten, wächst seither die Bedeutung der psychischen Stö-

**Schaubild 4**  
Die häufigsten Krankheitsarten (Tage)



rungen kontinuierlich. Die hierdurch ausgelösten Krankheitstage haben sich bei den BKK Pflichtmitgliedern insgesamt (einschl. Arbeitslose) von 1976 bis 1990 verdoppelt und sind seit 1991 (erstes Jahr mit Daten auch aus den neuen Bundesländern) um weitere 44 % auf aktuell 1,3 AU-Tage je Pflichtmitglied angestiegen. Ihr Anteil an den Krankheitszeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder (2007: 9,3 %) hat sich seit 1976 (2 %) nahezu verfünffacht und seit 1991 (3,8 %) immerhin mehr als verdoppelt.

Entsprechend ihres gewachsenen Anteils bilden die psychischen Erkrankungen heute die viert wichtigste Krankheitsgruppe, während sie Anfang der Neunzigerjahre nur den siebten Rang unter den Krankheitsgruppen einnahmen und vorher nahezu bedeutungslos waren. Bei den Frauen steht diese Krankheitsursa-

che mit 12,4 % sogar an dritter Stelle – bei Männern mit 6,8 % an fünfter. Die Bedeutung der Krankheitsgruppen differiert im Geschlechtervergleich z.T. erheblich, worauf in *Kapitel 2* ausführlicher eingegangen wird.

Drei Komponenten bilden die Hauptursachen für die bisher beschriebenen Veränderungen der Krankheitsschwerpunkte bei Arbeitsunfähigkeit:

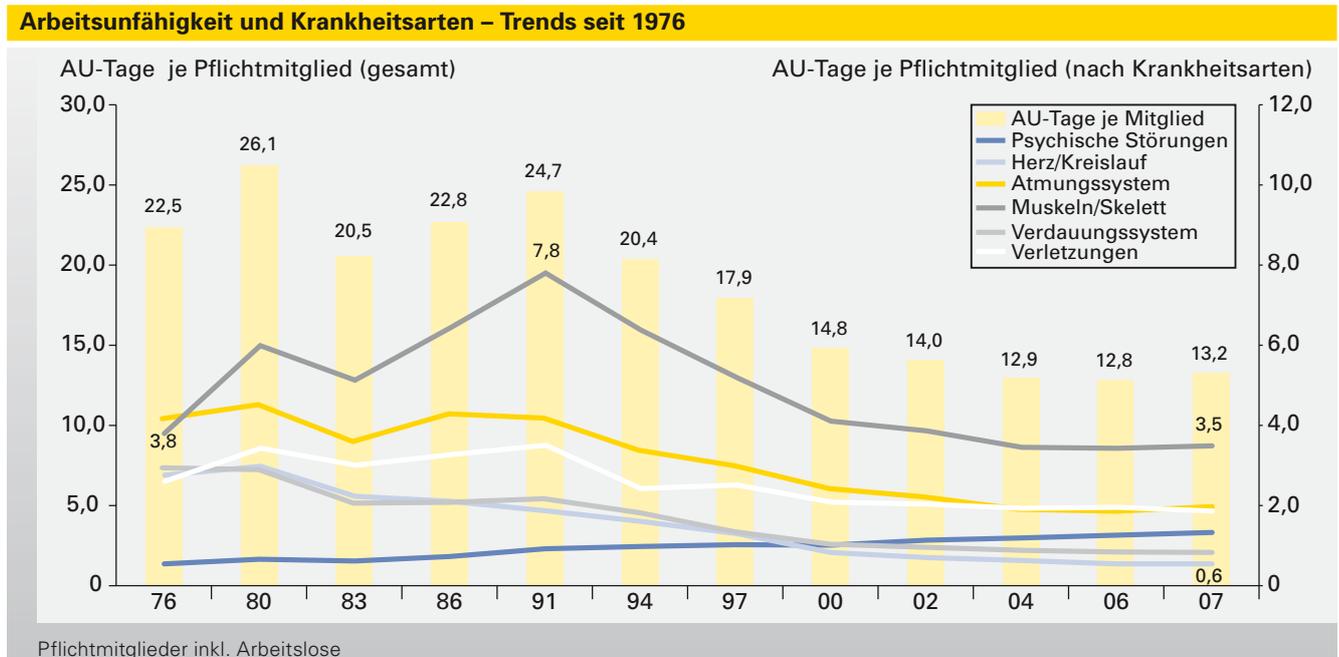
- veränderte Beschäftigungsstrukturen durch Verlagerung hin zu Dienstleistungstätigkeiten
- deutlich höhere Frauenanteile und
- Selektionseffekte am Arbeitsmarkt durch die hohe Arbeitslosigkeit.

Die Effekte durch die ersten beiden Faktoren wurden bei den BKK Versicherten durch die starke Dynamik der Mitglieder-

zuwächse besonders zwischen 1996 und 2004 noch verstärkt.

Zusätzlich schlug sich die deutsche Wiedervereinigung zunächst in den Krankheitsstatistiken nieder: Während die Krankheitszeiten im Osten in den ersten Jahren deutlich unter denen des Westens lagen, kehrte sich das Verhältnis in den folgenden Jahren um. Auch gab es unterschiedliche Entwicklungen nach Diagnosegruppen. Während z. B. der Anteil der durch Muskel- und Skeletterkrankungen begründeten Krankheitstage im Westen um über fünf Prozentpunkte spürbar sank, nahm er im Osten – nicht zuletzt im Zuge der Angleichung der fachmedizinischen Versorgungsstrukturen<sup>5</sup> ausgehend von einem wesentlich niedrigeren Niveau um neun Prozentpunkte erheblich zu.

Schaubild 5



<sup>5</sup> So hat sich die Zahl der Orthopäden in den neuen Bundesländern von 1991 auf 2001 um 61 % erhöht (2001: 1.111 gegenüber 1991: 688)

**Tabelle 1**  
**Arbeitsunfähigkeit 2007**  
**Die häufigsten Krankheitsarten der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Fällen und Tagen**

Krankheitsarten	Prozentanteile der Fälle						Veränderungen		
	2007			2006			2007 zu 2006		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1. Krankheiten des Atmungssystems	28,8	27,3	30,5	27,5	25,9	29,3	1,3	1,4	1,2
2. Muskel- und Skeletterkrankungen	17,4	20,4	13,9	17,9	21,0	14,4	-0,5	-0,6	-0,5
3. Krankheiten des Verdauungssystems	13,3	13,5	13,1	13,3	13,4	13,1	0,0	0,1	0,0
4. Verletzungen und Vergiftungen	9,2	11,9	6,0	10,1	13,0	6,8	-0,9	-1,1	-0,8
5. Infektionen	8,2	8,2	8,1	7,6	7,6	7,5	0,6	0,6	0,6
6. Psychische Störungen	3,7	2,7	4,8	3,6	2,6	4,7	0,1	0,1	0,1
7. Krankheiten des Kreislaufsystems	2,7	2,9	2,6	2,9	3,0	2,8	-0,2	-0,1	-0,2
<b>Summe</b>	<b>83,2</b>	<b>86,8</b>	<b>79,1</b>	<b>82,9</b>	<b>86,5</b>	<b>78,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>

Krankheitsarten	Prozentanteile der Tage						Veränderungen		
	2007			2006			2007 zu 2006		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
1. Muskel- und Skeletterkrankungen	26,4	29,2	22,9	26,5	29,2	23,2	-0,1	0,0	-0,3
2. Krankheiten des Atmungssystems	15,7	14,7	17,0	15,0	14,1	16,2	0,7	0,6	0,8
3. Verletzungen und Vergiftungen	14,5	18,5	9,6	15,7	19,7	10,6	-1,2	-1,2	-1,0
4. Psychische Störungen	9,3	6,8	12,4	8,9	6,7	11,8	0,4	0,1	0,6
5. Krankheiten des Verdauungssystems	6,7	7,0	6,3	6,6	6,9	6,2	0,1	0,1	0,1
6. Krankheiten des Kreislaufsystems	4,5	5,3	3,5	4,6	5,3	3,6	-0,1	0,0	-0,1
7. Infektionen	4,0	4,0	4,1	3,7	3,7	3,8	0,3	0,3	0,3
<b>Summe</b>	<b>81,1</b>	<b>85,5</b>	<b>75,8</b>	<b>81,5</b>	<b>85,9</b>	<b>75,8</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,0</b>

Insgesamt nehmen die Morbiditätsunterschiede zwischen Ost und West jedoch ab und werden daher nicht mehr detailliert in die Berichterstattung einbezogen. Die Gründe für die Angleichung dürften außer in der einheitlicheren medizinischen Versorgung und der hiermit verbundenen Konvergenz ärztlicher Diagnosestellungen nicht zuletzt in einer stärkeren Angleichung der Lebensverhältnisse zu suchen sein. Geringe Unterschiede bestehen nach wie vor bei den Krankheiten des Atmungs-, Verdauungs- und Kreislaufsystems, die in den neuen Ländern im Schnitt 0,4 Tage längere Fehlzeiten verursachen.

Im Osten wie im Westen liegt die versorgungspolitisch bedeutsamste Entwicklung im ungebrochenen Anwachsen der psychischen Störungen als Krankheitsursachen. Dem zu begegnen stellt eine vordringliche Aufgabe u.a. der gesetzlichen Krankenkassen dar, und sie richten ihre Präventionsziele zunehmend hierauf aus (vgl. nachfolgendes *Spezial*). Ebenso verstärkt die Europäische Union ihre Bemühungen zur Förderung der psychischen Gesundheit (vgl. *Spezial*, S. 17ff).



## Die Reduktion von Psychischen und Verhaltensstörungen ist das Präventionsziel der Gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind ein bedeutender Träger der Prävention in Deutschland. In den letzten Jahren hat sich die Präventionspraxis der GKV quantitativ und qualitativ deutlich weiterentwickelt. Unlängst haben die Spitzenverbände beschlossen, Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln, die ergänzend zu ihren prioritären Handlungsfeldern eine weitere Fokussierung der GKV-Präventionsaktivitäten ermöglichen. Eine Orientierung an messbaren Präventionszielen ist wichtig, um trotz knapper GKV-Ressourcen eine nachweisliche Verstärkung der Aktivitäten zu erreichen. Angesichts begrenzter Ressourcen soll eine treffsicherere und konzentriertere Ausrichtung von Präventionsaktivitäten erfolgen. Die GKV-Spitzenverbände verdeutlichen mit der Vorlage eigener Präventions- und Gesundheitsförderungsziele konzeptionelle Handlungsfähigkeit auch über die Systemgrenzen hinweg.

Für die Entwicklung von Präventionszielen haben die Spitzenverbände der GKV auf ein Verfahren zurückgegriffen, dass

durch die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), einer gemeinsamen Initiative des BKK Bundesverbands, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie des AOK-Bundesverbands und des AEV, erarbeitet wurde ([www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)). Hiernach werden zunächst Oberziele von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung entwickelt, die dann durch Teilziele unterlegt werden. Da die Oberziele selbst nicht allein durch Präventionsmaßnahmen der GKV erreichbar sind, ist eine Quantifizierung auf dieser Ebene nicht sinnvoll. Stattdessen werden aber die evaluierbaren Teilziele quantifiziert.

In der *Tabelle T1* sind die Oberziele und Teilziele zusammengestellt. Für die Auswahl psychischer und Verhaltensstörungen spricht nicht nur die zunehmende Krankheitslast durch diese Krankheiten. Die Rolle der Arbeitswelt bei der Entstehung und im Verlauf der Erkrankungen, sowie die grundsätzliche Beeinflussbarkeit psychischer Erkrankungen durch Prävention machen sie zu einem geeigneten Präventionsoberziel der GKV. Mit Präventionsmaßnahmen zur Verhütung

psychischer Erkrankungen kann zudem potenziell auch auf andere Krankheitsbilder (z.B. Rückenschmerzen, Herz-/Kreislaufkrankungen) Einfluss genommen werden. Psychische Erkrankungen stehen zudem im Zentrum deutscher und europäischer Politikprogramme; die Reduktion von Depression sind neuerdings auch ein Gesundheitsziel in Deutschland.

Die Präventions-Teilziele sind eng an die prioritären Handlungsfelder der GKV angelehnt. Dabei wurden die Aktivitäten herausgehoben, die einerseits schon jetzt bedeutend für den Präventionsalltag der Krankenkassen sind und andererseits als wirksame Interventionen gelten. Im Zentrum der betrieblichen Prävention von psychischen Erkrankungen steht der Abbau und der verbesserte Umgang mit beruflichem Stress und anderen psychischen Belastungen. Die Steigerung der Aktivitäten der Kassen in den Handlungsfeldern gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung, Stressbewältigung/ Stressmanagement sind daher geeignete Teilziele der primären Prävention. Die

**Tabelle T1:**  
**GKV Ober- und Teilziele der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung für 2008-2009**

	<b>Oberziel Gesundheitsförderung:</b> <b>„Die salutogenen Potenziale der Arbeitswelt ausschöpfen“</b>	<b>Oberziel Prävention:</b> <b>„Reduktion von Psychischen und Verhaltensstörungen“</b>
<b>Teilziel 1</b>	Steigerung der Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ um 10 % innerhalb von zwei Jahren
<b>Teilziel 2</b>	Steigerung der Anzahl an Betrieben, in denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt werden, um 10% innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung „Stressbewältigung“/„Stressmanagement“ um 10 % innerhalb von zwei Jahren
<b>Teilziel 3</b>	Steigerung der Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben um 10 % innerhalb von zwei Jahren	Steigerung der Teilnahme älterer Arbeitnehmer an betrieblichen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen um 10 % innerhalb von zwei Jahren



angestrebten Steigerungsraten von 10 % wurden realistisch niedrig gesetzt, da der Spielraum der Kassen für eine Ausdehnung der Präventionsaktivitäten begrenzt ist. Dennoch kann durch das Erreichen der Teilziele ein substantieller Beitrag zur Verringerung psychischen Erkrankungen erwartet werden.

Während für den Bereich der primären Prävention mit Hilfe von Priorisierungsverfahren Ziele auf empirischer Basis abgeleitet werden können, erscheint es nicht sinnvoll, eine entsprechende Ableitung auch für den Bereich der Gesundheitsförderung vorzunehmen. Grund dafür ist die grundsätzliche Verschiedenartigkeit dieser komplementären Handlungsansätze. Nach wissenschaftlichem Verständnis umfasst primäre Prävention alle spezifischen Aktivitäten zur Vermeidung einer spezifischen Erkrankung. Gesundheitsförderung zielt dagegen laut der so genannten Ottawa-Charta der WHO auf den Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Zum Oberziel der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde entsprechend die Ausschöpfung des salutogenen Potenzials der Arbeitswelt gewählt. Ein solches salutogene Potenzial ergibt sich einerseits aus der positiven Gesundheitswirkung von Akzeptanz, Anerkennung, Sinnerleben, sozialer Unterstützung und Vernetzung, die mit Arbeit verbunden werden. Andererseits gilt die Arbeitswelt als ein bedeutendes „Setting“ der Gesundheitsförderung, da Gesundheitsförderungsmaßnahmen direkt aus dem Arbeitsalltag abgeleitet und im Arbeitsalltag umgesetzt werden können. Der Prozess der Gesundheitsförderung, also die Beteiligung der Akteure an Bedarfsanalyse, Umsetzung und Bewertung gilt wiederum als förderlich für die Ausprägung von

ihrerseits gesundheitsförderlicher Wertschätzung der Arbeit und der Arbeitsumgebung.

Das Oberziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist mit drei Teilzielen unterlegt, die sich wie schon bei der primären Prävention eng an die prioritären Handlungsfelder der Krankenkassen anlehnen. Im Sinne der Strategien der Ottawa-Charta (Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen) wurden die Steigerung der Verbreitung von betrieblichen Steuerungskreisen, von Gesundheitszirkeln und von Angeboten zur Förderung der Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben als Teilziele gewählt. Im Vergleich zu den Teilzielen der primären Prävention stellen die Gesundheitsförderungsziele eher Anforderungen dar, deren Erfüllung durch den Betrieb anzustreben ist. Krankenkassen können aber Betriebe zur Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ermutigen. Vor allem aber können sie auf die Verbreitung und Beachtung der Qualitätskriterien des GKV-Handlungsleitfadens drängen und somit die Erreichung der Teilziele für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung verfolgen.

Die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele sollen zunächst für zwei Jahre im Fokus der Präventionsaktivitäten der GKV stehen (2008–2009). Dieser Zeitraum dürfte ausreichen, einerseits eine Fokussierung entsprechender Präventionsmaßnahmen zu erreichen, zum anderen aber eine zeitnahe Beurteilung der Zielerreichung zu ermöglichen. Es ist vorgesehen, die Zielerreichung jährlich mit Hilfe der kassenartenübergreifenden Dokumentation der § 20-Maßnahmen zu überprüfen. Die beiden ersten Teilziele in Gesundheitsförderung und Prävention sollen durch qualitative Befragungen bei den Mitgliedern und Identifikation/

Bekanntmachung vorbildlicher Umsetzungsmaßnahmen evaluiert werden.

Einen messbaren Erfolg bei den Oberzielen der primären Prävention kann die GKV nicht allein bewerkstelligen. Sie sieht deshalb die Notwendigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu verankern und alle Verantwortlichen ressort- und ebenenübergreifend in die Pflicht zu nehmen. Dazu ist politische Unterstützung notwendig, z.B. ein gemeinsames Leitbild, aber auch die Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen an der Finanzierung und Förderung von geeigneten Maßnahmen.

Mit dem GKV-Präventionszielen soll erreicht werden, dass die Krankenkassen vor Ort zukünftig vornehmlich diejenigen Maßnahmen gemäß § 20a SGB V intensivieren, die einen potenziellen Beitrag zur Erreichung der Ziele leisten können. Es besteht aber Konsens dahingehend, dass es den einzelnen Krankenkassen trotz einer Festlegung auf gemeinsame Ziele nach wie vor möglich sein muss, bedarfsgerecht nach den Prioritäten bei den Zielgruppen zu handeln. Die Vielfalt an Handlungsmöglichkeiten für die Krankenkassen vor Ort gemäß dem Leitfaden Prävention bleibt uneingeschränkt bestehen.

Auf Grund der begrenzten Mittel und Handlungsspielräume der gesetzlichen Krankenversicherung kann die Reduktion von psychischen und Verhaltensstörungen nur erreicht werden, wenn sich auch andere Präventionsträger diesem Ziel verschreiben und Institutionen übergreifende Kooperationen möglich werden.

Dr. Wolfgang Bödeker

BKK Bundesverband  
Abteilung Gesundheit



## Psychische Gesundheit in Europa

Die psychische Gesundheit der europäischen Bevölkerung ist ein Faktor in der Realisierung einiger der strategischen Ziele der EU, Europa auf den Weg zu langfristigen Wohlstand zu bringen, das Engagement Europas für Solidarität und soziale Gerechtigkeit zu stärken und die Lebensqualität der Bürger Europas spürbar anzuheben. Für den *einzelnen Bürger* ist die psychische Gesundheit eine Voraussetzung dafür, dass er sein intellektuelles und emotionales Potenzial verwirklichen und seine Rolle in der Gesellschaft, in der Schule und im Arbeitsleben finden und erfüllen kann. Auf *gesellschaftlicher Ebene* trägt die psychische Gesundheit zum wirtschaftlichen Wohlstand, zur Solidarität und zur sozialen Gerechtigkeit bei. Dementsprechend definiert die WHO: „Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“.

Ganz im Gegensatz hierzu steht die dürftige Informationslage zur psychischen Gesundheit der europäischen Bevölkerung. Die meisten Quellen sind eher geeignet, Aussagen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zu machen als über den Zustand ihres psychisches Wohlergehens. Eine der wenigen Ausnahmen betrifft eine Eurobarometer-Umfrage aus dem Jahre 2006 (European Commission 2006), in der mit standardisierten Selbstbeschreibungen, die sich jeweils auf das Befinden während der vergangenen vier Wochen beziehen sollten, versucht wurde, Unterschiede bei möglicherweise typischen Gefühlslagen der Menschen in den damals 29 europäischen Mitgliedsländern aufzuspüren. Danach fühlten sich 64 % der Befragten fast immer „voller Vitalität“, 55 % gaben an, dass sie immer oder meistens „eine Menge Energie“ hatten, 65 % beschrieben sich als „glücklich“ und 63 % als „ruhig und friedfertig“ – die überwiegende Mehrheit der Europäer berichtete also von positiven Gefühlsstimmungen. Die Ergebnisse

zeigen allerdings einige Auffälligkeiten zwischen den Ländern. Ein Charakteristikum betrifft die Energie-Dimension, bei der sich die Deutschen erheblich von den anderen Ländern unterscheiden. Auf dieser Skala rangieren die Deutschen an letzter Stelle der Rangreihe aller EU-Staaten. Nur 37 % geben an, dass sie immer oder meistens „eine Menge Energie“ hatten. Bei den Polen sind es 54 %, bei den Briten 55 %, bei den Ungarn 60 %, bei den Österreichern 65 %, bei den Dänen 67 %, bei den Finnen 70 % und bei den Niederländern sogar 72 %. Insgesamt gesehen deuten die Ergebnisse der Eurobarometer-Umfrage auf einen besseren Zustand der psychischen Gesundheit im „alten Europa“ (insbes. nordische und Beneluxländer) als den neuen Ländern hin.

### Die gegenwärtige Situation: Psychische Erkrankungen – eine zunehmende Belastung für die EU

25 % der erwachsenen Europäer leiden Schätzungen zufolge mindestens einmal im Leben unter psychischen Störungen wie z.B. Depression, Schizophrenie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Panikstörung u.a. (European Commission 2008). Die verbreitetsten psychischen Störungen in der EU sind Angst und Depression. Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden.

Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass ca. 40 % der psychischen Störungen chronisch verlaufen (Wittichen & Jacobi 2005). Menschen mit psychischen Problemen sind tendenziell häufiger von physischen Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit betroffen. Eine psychische Erkrankung ist ein ebenso großer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Sterblichkeit wie der Mangel an körperlicher Aktivität oder ein zu hoher Cholesterinspiegel (Bödeker/Klindworth 2007). Zurzeit sterben in der EU etwa 58.000 Bürger jährlich

durch Selbsttötung. Dies übertrifft die Zahl der jährlichen Todesfälle durch Straßenverkehrsunfälle, Tötungsdelikte und HIV/AIDS. Die Dramatik liegt in der Tatsache, dass diese Fälle fast ausnahmslos im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen.

Psychische Erkrankungen haben vielfältige Auswirkungen: Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise 3–4 % des BIP, hauptsächlich als Folge von Produktivitätsverlusten. Verhaltensstörungen bei Kindern verursachen Kosten für das Sozialsystem und das Bildungssystem sowie das Strafverfolgungs- und Justizsystem. Es gibt begründete Hinweise, dass etwa 50 % der psychischen Störungen in der Jugend beginnen. In welchem Umfang weitere immaterielle Kosten entstehen, hängt davon ab, wie die Gesellschaft psychisch kranke und geistig behinderte Menschen behandelt. Ungeachtet verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und positiver Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung erfahren psychisch kranke und geistig behinderte Personen nach wie vor soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Verletzungen ihrer Grundrechte und ihrer Menschenwürde.

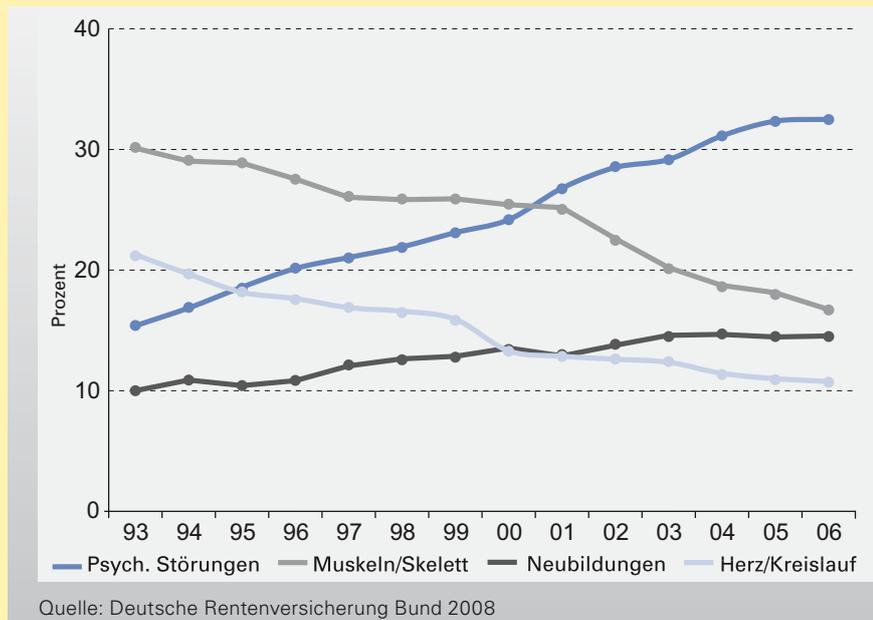
### Psychische Erkrankungen und Arbeitswelt

Arbeitnehmer nennen zunehmend arbeitsbedingten Stress und psychische Probleme als Grund für den vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. Vorzeitige Pensionierung auf Grund von arbeitsbedingtem Stress und psychischen Problemen nehmen zu, wie auch das Beispiel aus Deutschland verdeutlicht.

Seit 2001 sind psychische Gesundheitsprobleme in Deutschland die führende Ursache für Frühberentungen. Im Jahr 2003 lag das hierdurch bedingte durchschnittliche Renteneintrittsalter von Arbeitnehmern und Angestellten gerade einmal bei 49 Jahren (RKI 2006). Auch

Schaubild S1

## Ursachen der Frühberentung in Deutschland



Daten aus Finnland und Schweden weisen darauf hin, dass vorzeitige Ruhestände wegen psychischer Probleme in einem früheren Alter eintreten als andere gesundheitlichen Probleme. In Schweden resultierten im Jahr 2005 35 % aller Frühpensionierungen aus psychischen Erkrankungen. In Finnland hat das Ministerium für Soziales bereits ein Programm gestartet, das speziell auf eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und die Verringerung des Eintrittes in den vorzeitigen Ruhestand aufgrund depressiver Störungen zielt (European Commission 2008a).

In England, Schottland und Wales wurden im Jahr 2007 40% (€ 3,9 Mrd.) aller Zahlungen für Erwerbsunfähigkeiten auf Grund von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten erbracht. Die Gesamtzahl der Personen, die eine Erwerbsunfähigkeitsrente wegen psychischer Gesundheitsprobleme bekommen, ist in diesen Ländern größer als die Zahlen der Antragsteller auf Arbeitslosengeld. Den Trend zur Zu-

nahme der Erwerbsunfähigkeitsrenten zeigt auch die Entwicklung in den Niederlanden: Zwischen 1970 und 2003 gab es einen stetigen Anstieg des Risikos für Arbeitnehmer wegen einer psychologischen Störung als erwerbsunfähig registriert zu werden; in 2003 machten sie 35% aller Registrierungen aus.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten und Frühberentungen können erhebliche Produktivitätsverluste nach sich ziehen. Schätzungen gehen dahin, dass die Gesamtkosten aufgrund durch psychischer Störungen entstandener Produktivitätsverluste in der EU-25 (plus Norwegen, Island und der Schweiz) auf 136,3 Mrd. € zu beziffern sind. Der größte Anteil dieser Produktivitätsverluste (99,3 Mrd. €) wurde durch Depressionen und Angststörungen verursacht. Dagegen sind die Produktivitätsverluste im Zusammenhang mit anderen großen Gesundheitsproblemen in Europa, wie Herz-/Kreislaufkrankungen, mit 36,1 Mrd. €, um ein Vielfaches niedriger.

Arbeitsbedingter Stress, seine Ursachen und Folgen sind in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sehr häufig. Die statistischen Zahlen sind eher alarmierend als gut. Trotz vorsichtiger Interpretationen sehen Experten für ganz Europa einen Anstieg der Fehlzeiten, Arbeitslosigkeit und langfristigen Behinderungen aufgrund von arbeitsbedingtem Stress und daraus resultierenden psychischen Gesundheitsproblemen. Mittlerweile haben psychische Probleme in vielen europäischen Ländern die Muskel-Skelett-Probleme als bisher führende Ursache von Fehlzeiten und Frühberentung überholt (European Commission 2008a).

Nach einem Bericht der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sind unter anderem folgende Faktoren mit Risiken für die psychische Gesundheit und Stress am Arbeitsplatz assoziiert: Zunahme befristeter Arbeitsverträge; Intensivierung der Arbeit – eine höhere Arbeitsbelastung häufig ohne zusätzliche Entlohnung; Zunahme psychosozialer Anforderungen am Arbeitsplatz, einschließlich Mobbing und Gewalt, sowie geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf (European Agency for Safety and Health at Work 2007)



### Die Antwort der Politik: Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Psychische Erkrankungen werden auf europäischer Ebene zunehmend als ein schwerwiegendes Problem erkannt. Dies hat Politikentscheider, Angehörige der Gesundheitsberufe und andere Stakeholder veranlasst, Lösungsansätze zu erarbeiten. Ein jüngstes Beispiel hierfür ist der „Europäische Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“, der mit einer hochrangigen EU-Konferenz „Gemeinsam für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ am 13. Juni 2008 in Brüssel gestartet und begründet wurde. Der Europäische Pakt trägt der zunehmenden Bedeutung psychischer Gesundheit Rechnung und konzentriert sich auf folgende fünf Themenbereiche:

- Vorbeugung von Selbstmord und Depression
- Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung
- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz
- Psychische Gesundheit bei älteren Menschen
- Bekämpfung von Stigma und Sozialer Ausgrenzung

Mit den verstärkten EU-Bemühungen soll die Problematik psychischer Erkrankungen stärker in den gesundheits-, sozial- und wirtschaftspolitischen Blickpunkt gerückt und Möglichkeiten zum Austausch und zur Zusammenarbeit zur gemeinsamen Bewältigung geschaffen werden.

Das international vorhandene Wissen und die Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen durch Risiken für die psychische Gesundheit zu identifizieren und die dabei gewonnenen Erkenntnisse nutzbar zu machen, ist darum auch ein vielversprechender Weg für die betriebliche Gesundheitsförderung, um Unternehmen und Mitarbeiter bei der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen.

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP ([www.enwhp.org](http://www.enwhp.org)), das vom BKK Bundesverband koordiniert wird, nimmt sich dieser Aufgabe an. In einem von der EU-Kommission geförderten Projekt wird sich das Netzwerk mit der Entwicklung und Verbreitung von BGF-Strategien und -Aktionen befassen, die die Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt zum Inhalt hat.

Unter dem Titel „Move Europe – Förderung der psychischen Gesundheit“ wird ab 2009 eine europaweite Kampagne ins Leben gerufen, die auf zwei Jahre angelegt ist. Zeitgleich erfolgt dann in 18 europäischen Ländern die Freischaltung einer nationalen Website zu der Kampagne. Alle Betriebe und Organisationen, öffentliche Verwaltungen, Schulen, Krankenhäuser, kleine und große Betriebe, Anfänger und „Fortgeschrittene“ können sich an der Kampagne beteiligen.

Mithilfe von ‚Unternehmenspreisen Gesundheit‘, nationalen Tagungen, einer europäischen Abschlusskonferenz in Berlin und anderen begleitenden Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden sowohl der Erfahrungsaustausch wie auch die Verbreitung der Kampagne unterstützt.

### Literatur

- Bödeker, W.; Klindworth, H. (2007): Herz und Seele bei der Arbeit. Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen für die Arbeitswelt, Essen
- European Commission (2008): Mental health in the EU. Key facts, figures, and activities, Brussels
- European Commission (2008a): Mental health in workplace setting. Consensus paper, Brussels
- European Commission (2008b): European Pact for Mental Health and Well-being, Brussels
- European Agency for Safety and Health at Work (2007): Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational and health, Bilbao
- Knapp, M. (2004): The economics of mental health in Europe. WHO European ministerial conference on mental health in London
- RKI (Robert Koch-Institut) (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Themenheft 30, Berlin
- WHO (2001): Strengthening mental health promotion (Fact sheet no. 220).
- Wittichen, H.-U.; Jacobi, F. (2005): Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung, Dresden

Dr. Reinhold Sochert  
und Anke Siebeneich

BKK Bundesverband  
Abteilung Gesundheit  
Europäisches Informationszentrum

### 1.3 Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Krankenstandes – Diagnosen, Falldauern und AU-Quoten

Für Krankenstandsanalysen ist die Betrachtung der Erkrankungsdauern und ihrer Anteile am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufschlussreich. Die durchschnittlichen Falldauern einer Arbeitsunfähigkeit variieren naturgemäß nach Krankheitsarten.

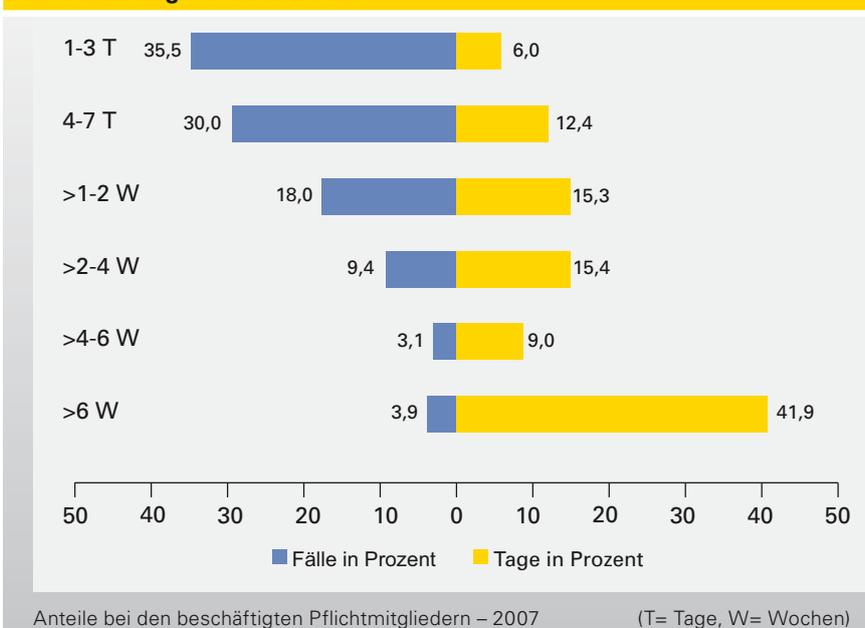
Während Infektionen, Atemwegs- und Verdauungserkrankungen stets nur eine durchschnittliche AU-Dauer von sechs bis sieben Tagen zuzurechnen ist, dauern Fälle mit Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Verletzungen mit 19 bis 20 Krankheitstagen je Fall im Mittel deutlich länger. Auch Muskel- und Skeletterkrankungen gehören mit im Schnitt über 18 Tagen zu den länger dauernden Krankheitsfällen (jeweils bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern; unter Einbeziehung der Arbeitslosen erhöhen sich die Durchschnittsdauern, vgl. *Tabelle 2 im Anhang*). Wesentlich längere Krankheitszeiten verursachen die Neubildungen (Tumorerkrankungen) mit über 35 und die psychischen Störungen mit 31 Krankheitstagen je Fall.

Die mit längeren AU-Dauern einhergehenden Diagnosegruppen dominieren erwartungsgemäß auch die Krankheitsbilder bei Krankengeldleistungen. So wurden bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die meisten Krankengeldtage durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht (31,3 %, vgl. *Tabelle 3 im Anhang*), gefolgt von Verletzungen (17,5 %) und psychischen Erkrankungen (15,7 %). Mit einigem Abstand auf Grund der geringeren Fallhäufigkeiten folgten Neubildungen (7,2 %) sowie Herz- und Kreislauferkrankungen (6,1 %). Allein durch diese fünf Krankheitsgruppen wurden 78 % aller Krankengeldtage ausgelöst.

Insgesamt wurde für 23,2 % der Arbeitsunfähigkeitstage der beschäftigten Pflichtmitglieder Krankengeld ge-

Schaubild 6

#### Arbeitsunfähigkeit nach Dauer



zahlt (3 Tage je Mitglied). Bei den Arbeitslosen (ALG-I-Empfänger) fielen dreimal so viele Krankengeldtage an (8,6 Tage je Mitglied), der Anteil an den AU-Tagen lag bei ihnen immerhin bei 40 %. Dies hängt sowohl mit der höheren Morbidität der Arbeitslosen wie auch ihrer geringeren Inanspruchnahme ärztlicher AU-Bescheinigungen bei Kurzeiterkrankungen zusammen (vgl. *Kapitel 2.2*). Nachdem sich die Krankengeldfälle und -tage längere Zeit bis 2005 rückläufig entwickelt hatten, ist in 2007 wie bereits im Vorjahr wieder eine Zunahme der Leistungstage zu verzeichnen.

In den Diskussionen zum betrieblichen Krankenstand werden häufig die kürzeren Arbeitsunfähigkeitsfälle thematisiert, weil sie vordergründig einen

hohen Anteil der Fälle ausmachen. Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle bis zu einer 3-tägigen Dauer erreichte 2007 mit fast 36 % einen relativ hohen Stand, obwohl nicht alle Arbeitnehmer/innen hierfür eine ärztlichen Bescheinigungen vorlegen müssen. Dennoch blieb – auf Grund der nur kurzen Dauern – der Anteil dieser Fälle an den Krankheitstagen, aus denen sich letztlich der Krankenstand berechnet, auch 2007 mit lediglich 6 % gering (vgl. *Schaubild 6* und *Tabelle 8 im Anhang*). Nach Häufigkeit dominieren fraglos kürzere Krankheitsepisoden: So waren 2007 zwei Drittel aller Fälle spätestens nach einer Woche beendet, sie machten aber insgesamt weniger als ein Fünftel der krankheitsbedingten Fehltage (18,4 %) in den Betrieben aus.

Für die Höhe des Krankenstandes entscheidender bleiben die Langzeitfälle mit einer mehr als 6-wöchigen Arbeitsunfähigkeit. Obwohl sie 2007 weniger als 4 % aller Fälle ausmachten, verursachten sie fast 42 % der Arbeitsunfähigkeitstage. Diese Verteilungen entsprechen denen des Vorjahres.

Die Bedeutung der Langzeit-Erkrankungen für den Krankenstand zeigt sich auch in den versichertenbezogenen Krankheitstagen (vgl. *Schaubild 7*): So verursachten in 2007 rd. 10 % der Beschäftigten mit den meisten Ausfalltagen alleine fast 66 % aller Arbeitsunfähigkeitstage, und auf nur 20 % der erwerbstätigen Pflichtmitglieder konzentrierten sich bereits 82 % aller Arbeitsunfähigkeitstage.

Aus diesen Relationen wird deutlich, in welchem Maße der Krankenstand von einem vergleichsweise kleinen Anteil der Beschäftigten beeinflusst wird. Scheidet nur die Hälfte der obersten 10 % mit den längsten Krankheitszeiten durch Arbeitslosigkeit oder Frühverrentung aus dem Arbeitsleben aus – was in Zeiten hohen Arbeitsplatzabbaus durchaus realistisch ist – sinkt der (inkl. der Krankengeldzeiten ermittelte) Krankenstand um mindestens ein Drittel<sup>6</sup>. Würde dieser Personenkreis umgekehrt unter beschäftigungsfreundlicheren Arbeitsmarktverhältnissen ins Erwerbsleben zurückkehren, könnte der Krankenstand durchaus wieder Werte um die 5 % erreichen!

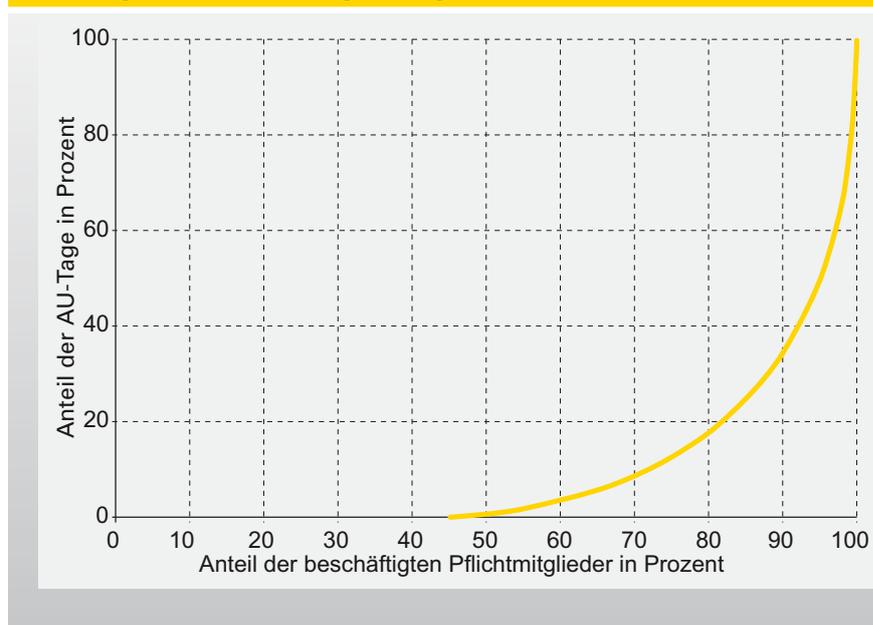
Auf der anderen Seite lassen sich viele Beschäftigte gar nicht oder nur selten krankschreiben, was wiederum zu Produktivitätsausfällen durch ‚Präsentismus‘ – also der Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Störungen – führen kann<sup>7</sup>. So erhielten von 100 beschäftigten BKK Pflichtversicherten im Jahre 2007

- 44,8 gar keine AU-Bescheinigung
- 28,3 nur eine einzige Krankschreibung und
- 26,9 – also nur etwa jede/r Vierte – waren zwei- bis mehrmals im Jahr arbeitsunfähig.

Insgesamt blieb nur jede/r Dritte (32,8 %) im Jahresverlauf mehr als eine Woche krankheitsbedingt der Arbeit fern. Hierbei waren 6,4 % länger als sechs Wochen (insgesamt im Jahr) krankgeschrieben – womit hier eine leichte Zunahme um 0,2 % gegenüber dem Vorjahresanteil zu verzeichnen war. Der Personenkreis mit diesen längeren AU-Zeiten hatte sich allerdings in den Jahren zuvor kontinuierlich verringert. So hatten 2005 nur 6,2 %, 2003 6,7 % aber 2001 immerhin 8 % der beschäftigten Pflichtmitglieder Krankheitszeiten von über sechs Wochen im Jahr.

**Schaubild 7**

**Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage 2007 auf Personen (Lorenz-Kurve)**



<sup>6</sup> Vorsichtige Schätzung, denn es könnte durchaus auch eine höhere Krankheitsdifferenz von über einem Drittel entstehen, da die 5 % ‚krankensten‘ Versicherten (nach AU-Tagen) bereits die Hälfte aller Krankheitstage (51 %) auf sich vereinen.

<sup>7</sup> Vgl. Bödeker W, Hüsing T. (2008): iga.Report 12, IGA-Barometer 2. Welle, S.91ff.

## 1.4 Entwicklung der stationären Behandlungen

Krankenhausdaten bieten die Möglichkeit, die (stationäre) Morbidität aller Versicherten abzubilden und sind nicht wie die Arbeitsunfähigkeit auf bestimmte Mitgliedergruppen (Pflicht- und freiwillige Mitglieder ohne Rentner) beschränkt. Erfasst werden die stationären Behandlungen aller Versicherten, einschließlich der Familienangehörigen – darunter Kinder und Jugendliche – und Rentner. Speziell der Anteil der über 65-jährigen Versicherten mit einer stationären Behandlung steigt kontinuierlich an. Krankenhausdaten erlauben allerdings auch nur begrenzte Aussagen zur Morbidität, da sie lediglich ein Morbiditätsspektrum mit vorwiegend pflege- oder therapieintensivem Behandlungsbedarf abbilden.

2007 waren von den 13,8 Mio. Versicherten der in die Statistik einbezogenen Betriebskrankenkassen 11,6 % einmal oder mehrfach in stationärer Behandlung. Insgesamt 2,3 Mio. voll- oder teilstationäre Krankenhausfälle (ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) bilden die Datenbasis dieses Reports. Da bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ebenso wie bei einem Wechsel der Krankenkasse aus administrativen Gründen jeweils ein neuer Krankenhausfall angelegt wird, spiegeln die Fallzahlen und Verweildauern nur bedingt die Krankheitsepisoden wider. Die tatsächlichen Verweildauern werden tendenziell unterschätzt, die Fallhäufigkeiten überschätzt. Andererseits begründen Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer in der Regel keinen neuen Krankenhausfall.

Schaubild 8 veranschaulicht die Entwicklung der Fallzahl und Verweildauer je 100 Versicherte seit 1987. Die mittlere Verweildauer ist zwar im Vorjahr leicht angestiegen, hat sich aber zuvor kontinuierlich verringert, seit 1987 von durchschnittlich 16,8 Tagen auf zuletzt 9,5 Tage je Fall. Auch auf Bundesebene (Krankenhausstatistik) ist die durchschnittliche Verweildauer stark rückläufig. Seit 1991 hat sich die Verweildauer im Bundesdurchschnitt um knapp 40 % von 14 auf 8,5 Tage verringert<sup>8</sup>.

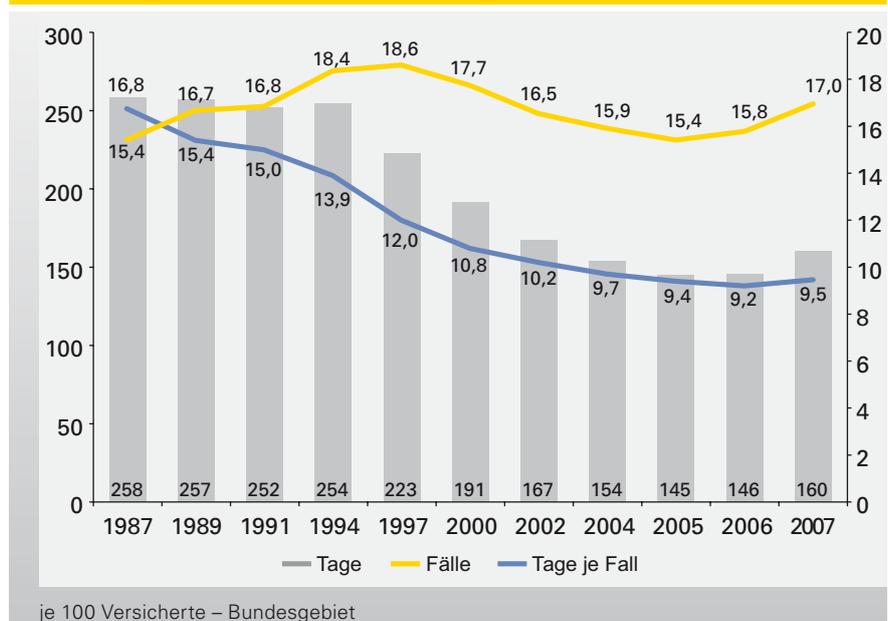
Die Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung der DRGs eingesetzt, erhielten aber mit dem neuen Entgeltsystem eine zusätzliche Dynamik, da die Pflegekosten im Allgemeinen bereits mit den Pauschalen abgegolten sind. Bereits seit 2005, dem ersten Jahr der Anpassung des krankenhausespezifischen an den landesweiten Basisfallwert (die Konvergenzphase wurde gesetzlich auf vier Jahre bis 2008 festgelegt), rechnen alle Krankenhäuser nach DRGs ab. Ausgenommen sind vorerst nur psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen für Psychosomatik und Neurologie, da dort eine Pauschalierung auf Grund der stark variierenden und teilweise sehr langen Verweildauern (s.u.) erschwert ist. In diesen Einrichtungen erfolgt die Abrechnung noch nach tagesgleichen Pflegesätzen, wengleich seitens der Gesetzgebung auch hier ein eigenständiges pauschaliertes Vergütungssystem geplant wird.

Während Verweildauern eher die Versorgungslandschaft abbilden, weisen Fallhäufigkeiten eher auf Entwicklungen des Krankheitsgeschehens hin, sofern sie nicht in einer veränderten Versichertenstruktur begründet sind. Auch könnte die Fallzahlentwicklung mittelfristig durch die Umstellung auf ein pauschaliertes Entgeltsystem beeinflusst werden. Durch verschiedene Methoden der Fallzusammenführung wird versucht, einem „künstlichen“ Fallsplitting (Entlassung und Wiederaufnahme) vorzubeugen. Es ist bisher jedoch nicht absehbar, ob sich die Fallzahl auf Grund von Nischen in den Regeln zum Fallsplitting erhöhen oder auf Grund dessen sogar verringern wird, da es bei der Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen keine Fallzusammenführung gab.

Die meisten stationären Behandlungen fallen naturgemäß bei den Rentnern und ihren Angehörigen an. Mit einem Anteil von

Schaubild 8

### Entwicklung der Krankenhausbehandlung seit 1987



<sup>8</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2007.

18,5 % an allen BKK Versicherten verursachen sie 43,2 % der Krankenhausfälle und gut die Hälfte aller Krankenhaustage. Dabei war die Hospitalisierungsrate der Frauen etwas niedriger als die der Männer, allerdings dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei rentenversicherten Frauen mit 11,4 Tagen im Durchschnitt über einen halben Tag länger als bei Männern in dieser Gruppe (10,8 Tage). Dies liegt im Wesentlichen an dem hohen Anteil älterer Frauen und den hohen Verweildauern gerade der älteren Versicherten. Insgesamt dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei Rentnern etwa drei Tage länger als bei den AKV-Versicherten (vgl. *Tabelle 10 im Anhang*).

Am häufigsten führten auch im Jahr 2007 *Erkrankungen des Kreislaufsystems* (I00-I99) zu einem Krankenhausaufenthalt. 14,3 % aller Fälle wurden auf Grund dieser Erkrankungen aus der stationären Behandlung entlassen, gefolgt von *Neubildungen* (C00-D48) mit 11,8 % und *Krankheiten des Verdauungssystems* (K00-J93) mit 10,7 %. Die meisten Krankenhaustage entfielen allerdings auf *Psychische und Verhaltensstörungen* (F00-F99), die mit 277 Tagen und einem Anteil von 17,3 % hiernach erstmals den ersten Rang einnahmen (vgl. *Tabelle 10 im Anhang*). Dies resultierte aus der langen mittleren Verweildauer von nunmehr 24,1 Tagen bei *psychischen Erkrankungen* (+1,5 gegenüber dem Vorjahr), die das Zweieinhalbfache der mittleren Liegezeit umfasst. Auf *Krankheiten des Kreislaufsystems* entfielen 233 Tage je 1.000 Versicherte, was einem Anteil an allen Tagen von 14,5 % entsprach. Die *Schaubilder 9.1 und 9.2* veranschaulichen die häufigsten Krankheitsarten nach Fällen und Tagen getrennt für Männer und Frauen.

Nähere Ausführungen zu den Verteilungen nach Alter und Geschlecht sind in *Kapitel 2* enthalten. Eine vertiefende Betrachtung der einzelnen Krankenhausdiagnosen – auch im Hinblick auf die Krankheitsliste des Bundesversicherungsamtes für den morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleich – wird in *Kapitel 5* vorgenommen.

Schaubild 9.1

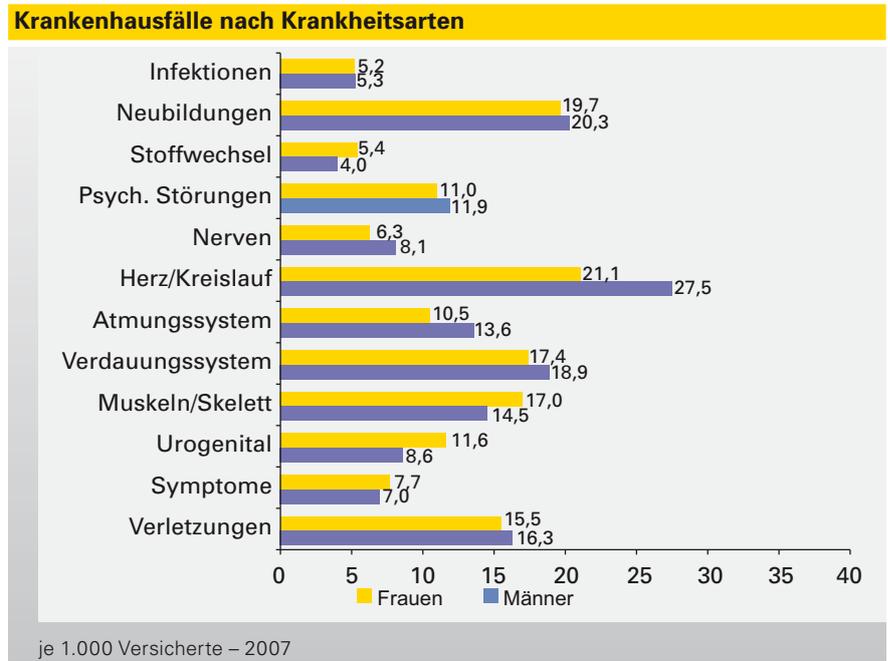
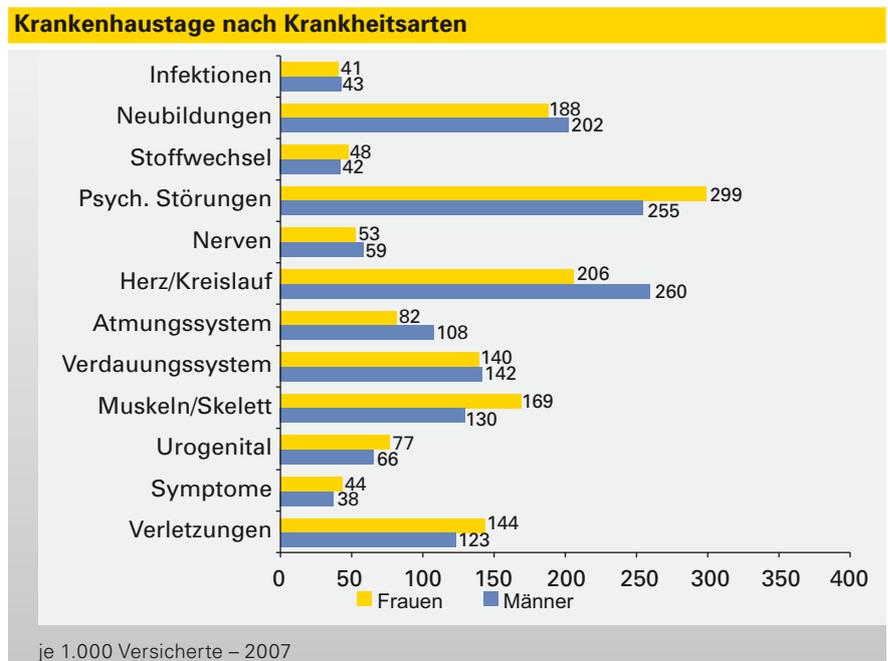
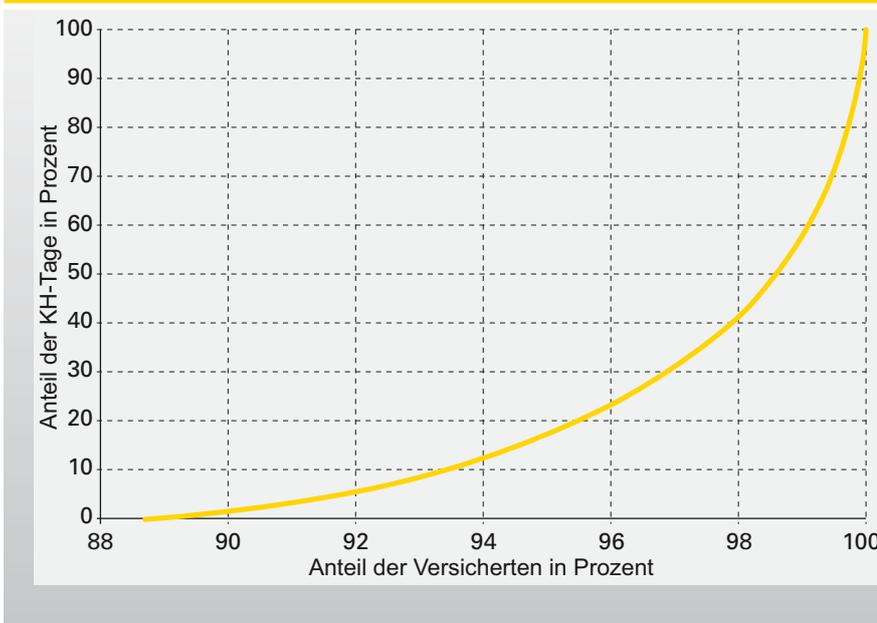


Schaubild 9.2



**Schaubild 10**

**Verteilung der Krankenhaustage 2007 (Lorenzkurve)**



Stationäre Krankenhausaufenthalte wurden 2007 von 11,6 % der Versicherten in Anspruch genommen, 3 % der Patienten waren mehrfach zur stationären Behandlung im Krankenhaus. Wie im Vorjahr wurden weit über die Hälfte aller stationären Krankenhaustage (58 %) von nur 2 % der Versicherten verursacht (vgl. *Schaubild 10*). Auf der anderen Seite waren ähnlich wie im Vorjahr 61 % aller stationären Fälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 28,8 % (2006: 27,3 %) bereits innerhalb von 3 Tagen. In 2,5 % der Fälle (+ 0,5) lagen die Patienten jedoch länger als 6 Wochen im Krankenhaus (vgl. *Schaubild 11*). Die Hauptursachen für eine überdurchschnittlich lange Verweildauer waren vor allem *psychische und Verhaltensstörungen*.

**Schaubild 11**

**Krankenhausbehandlung nach Dauer**

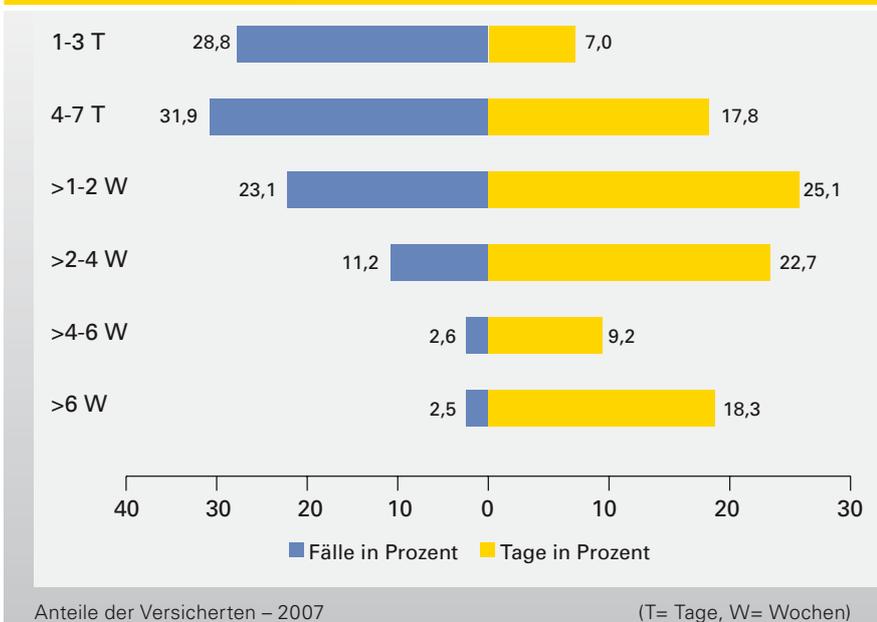
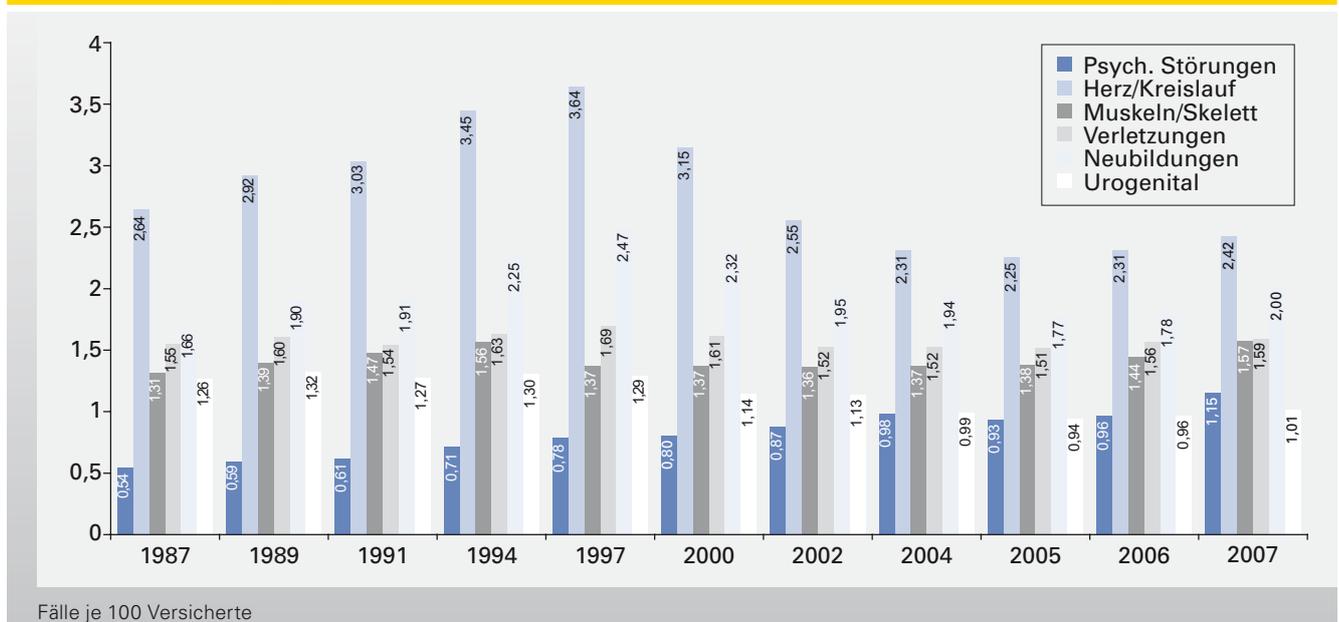


Schaubild 12 zeigt die Entwicklung der Fallhäufigkeiten der in der stationären Behandlung wichtigsten Diagnosegruppen seit 1987. Veränderungen des Krankheitsspektrums schlagen sich vor allem bei den psychischen Störungen, den Neubildungen, den Urogenital- sowie den Stoffwechselerkrankungen nieder. Während sich in den letzten 20 Jahren Krankenhauseinweisungen auf Grund von Urogenitalerkrankungen um 20 % und wegen Stoffwechselerkrankungen immerhin noch um 13 % verringert ha-

ben, nahmen die Krankenhausfälle mit Neubildungen und mit Muskel- und Skelettleiden in dieser Zeit jeweils um 20 % zu. Stationäre Behandlungen mit psychischen Ursachen haben sich im gleichen Zeitraum sogar mehr als verdoppelt. Dieser Befund deckt sich mit der Entwicklungen in anderen Bereichen (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Arzneimittel) und bestätigt die wachsende Bedeutung der psychischen Störungen für das Versorgungsgeschehen.

Schaubild 12

## Stationäre Behandlung – Trends seit 1987







# 2

Alter, Geschlecht  
und soziale Lage

## 2. Alter, Geschlecht und soziale Lage

Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung steht unter dem Zeichen älter werdender Gesellschaften, nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern in fast allen europäischen und auch anderen Ländern weltweit. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt einerseits durch die zunehmende Lebenserwartung, andererseits verstärken sinkende bzw. anhaltend niedrige Geburtenraten die demografischen Veränderungen.

Für den Bereich der Krankenversicherung werden die Folgen des demografischen Wandels, insbesondere mit Blick auf die Ausgabenentwicklung, kontrovers diskutiert. Der „Medikalisierungsthese“, wonach eine mit dem Alter steigende Morbidität und Zunahme chronischer Erkrankungen mit steigenden Gesundheitskosten im Zuge der Alterung der Bevölkerung einhergehen<sup>1</sup> stehen gegenteilige Annahmen gegenüber, wonach sich mit einer steigenden Lebenserwartung ein Zugewinn an relativ gesunden Lebensjahren verbindet und die Lebensphase mit den höchsten Gesundheitsausgaben in ein höheres Alter verschiebt (Kompressionstheorie)<sup>2</sup>. Zugleich wird in diesem Ansatz von einer relativen Absenkung der i. d. R. hohen Versorgungsausgaben im Sterbejahr durch ein im Mittel späteres Sterbealter ausgegangen.

Auch für das Wirtschaftsleben bleibt die Altersentwicklung nicht ohne Folgen. Wie in fast allen Industrieländern kann es sich auch die Wirtschaft in Deutschland nicht leisten, auf die Älteren im Arbeitsmarkt zu verzichten. Bereits seit 1998 stieg lt. Mikrozensus die Anzahl der über 50-jährigen Erwerbstätigen von 8,0 auf gut 10 Mio. (2007) an, während der Anteil der unter 40-Jährigen in diesem Zeitraum von 52,5 % auf 44,1 % sank. Allein von 2002 bis 2007 ist die Beschäftigungsquote der über 55-Jährigen um ein Drittel von 38,9 auf 51,5 % gestiegen (Eurostat 2008), womit bereits jetzt das für 2010 gesetzte Lissabon-Ziel der Euro-

päischen Union in Deutschland erreicht wurde. Gleichzeitig beschleunigt sich der wirtschaftliche Wandel – die Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten haben in den letzten Jahren zugenommen. Der Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft führt zu mehr Dienstleistungsaufgaben und zu veränderten Arbeitsinhalten und -formen<sup>3</sup>. Lebenslanges Lernen und Weiterbilden werden zu einer persönlichen, betrieblichen und bildungspolitischen Herausforderung.

Gleichzeitig werden in absehbarer Zeit die Belegschaften in den Betrieben altern und angesichts rückläufiger Geburtenraten Nachwuchskräfte in bestimmten Qualifikationsbereichen rar werden. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Schaffung gesundheitlicher Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit jenseits des 60. Lebensjahres für Wirtschaft und Politik einen wachsenden Stellenwert. Der demografische Wandel stellt somit nicht nur an das Gesundheitswesen, sondern auch an die Gesundheitsvorsorge in der Arbeitswelt erhebliche Anforderungen. Vertiefende Analysen der durch das Lebensalter geprägten Morbiditätsunterschiede unter Einbeziehung sozialer und beruflicher Einflussgrößen bilden hierbei wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung geeigneter Handlungsinstrumente.

Im vorliegenden Kapitel werden im ersten Teil alters- und geschlechtsspezifische Grundmuster der Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlungen aufgezeigt. Im zweiten Teil steht das Erkrankungsgeschehen nach sozialen und beruflichen Statusmerkmalen im Vordergrund. Zwischen Arbeitern und Angestellten, freiwillig Versicherten und Arbeitslosen lassen sich sowohl hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeiten und -dauern wie auch hinsichtlich der Morbiditätsstrukturen deutliche Differenzen beobachten, die auf besondere gesundheitliche Belastungen im beruflichen und sozialen Umfeld dieser Gruppen hinweisen.

<sup>1</sup> Beske, F.; Drabinski, T. (2005), Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung Prognose 2005 – 2050, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, Schriftenreihe Band 105, Kiel

<sup>2</sup> Kühn, H. (2005), Demografischer Wandel und GKV – Kein Grund zur Panik, in: Die Krankenversicherung 6/7-05.

<sup>3</sup> Der Strukturwandel wurde ausführlich thematisiert im BKK Gesundheitsreport 2004 „Gesundheit und sozialer Wandel“, S. 62 sowie im BKK Gesundheitsreport 2006 „Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen“, S. 76

## 2.1 Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht

### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

In die folgenden Betrachtungen werden anders als in den *Kapiteln 1* und *3* alle versicherungspflichtigen Erwerbspersonen – Beschäftigte und ALG-II-Empfänger – eingeschlossen. Dieses Vorgehen erlaubt, auch für die Gruppe der Arbeitslosen (ohne ALG-II-Empfänger<sup>4</sup>) detaillierte Aussagen zu gesundheitlichen Belastungen zu treffen, die insbesondere mit Blick auf mögliche gesundheitliche Hinderungsgründe für die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit Erkenntnisse liefern können.

Die Altersverteilung der Arbeitsunfähigkeit ist zunächst durch hohe Erkrankungshäufigkeiten der unter 25-Jährigen gekennzeichnet. In der Phase des beruflichen Einstiegs ist die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle dabei am höchsten. Ein unter 20-jähriges BKK Pflichtmitglied fehlte im Jahre 2007 durchschnittlich 1,6-mal, ein 20- bis 24-jähriges Pflicht-

mitglied im Durchschnitt gut 1,2-mal wegen Krankheit (vgl. *Tabelle 7 im Anhang*). Ähnliche häufig (1,2-mal) waren dann erst wieder Versicherte zwischen 50 und 59 Jahre arbeitsunfähig. In den übrigen Altersklassen lagen die Durchschnittswerte nur bei 0,9 bis 1,0 Fällen je Mitglied. Im Vergleich zu 2006 waren in allen Altersgruppen in 2007 etwas höhere Fallhäufigkeiten (im Mittel + 4 %) zu beobachten.

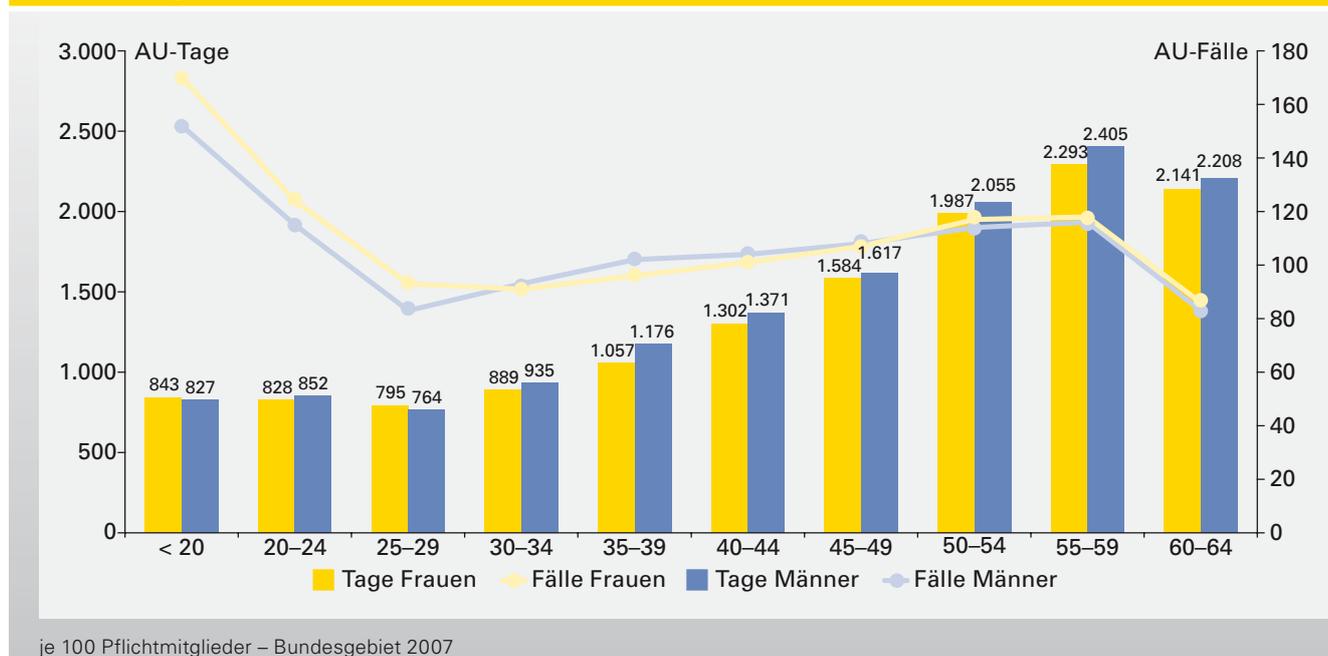
Die Zahl der Krankheitstage nimmt mit dem Alter zu (vgl. *Schaubild 13*), was auf die Schwere der zu Grunde liegenden Erkrankungen und den hiermit einhergehenden längeren Krankheitsdauern zurückzuführen ist. Eine durchschnittlichen Erkrankung dauerte bei den unter 25-Jährigen in 2007 nur eine Woche, bei den über 40-Jährigen bereits zwei und bei den über 55-Jährigen drei Wochen (*Tabelle 7 im Anhang*). In den älteren Gruppen konzentrieren sich dement-

sprechend auch die Langzeitfälle über sechs Wochen: 7 % aller AU-Fälle der über 50-Jährigen dauerten länger als 6 Wochen, während der Anteil im Durchschnitt aller Pflichtmitglieder mit unter 4 % erheblich niedriger ausfiel. Dieser allgemeine Trend differenziert sich allerdings deutlich nach der beruflichen bzw. sozialen Lage (s.u.).

Männer wiesen in den meisten Altersgruppen mehr Krankheitstage als Frauen auf. Ausgenommen davon waren lediglich die Gruppe der unter 20-Jährigen sowie die 25- bis unter 30-jährigen männlichen Pflichtversicherten, die geringere Krankheitszeiten als die Frauen gleichen Alters verzeichneten. Die höheren Krankheitszeiten der Männer hängen wie bereits im Eingangskapitel erläutert, mit einer anderen Berufverteilung, insbesondere der höheren Anteile der Männer in gewerblichen Tätigkeiten zusammen.

Schaubild 13

#### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht



<sup>4</sup> Für ALG-II-Empfänger liegen auf Grund der fehlenden Krankengeldansprüche keine AU-Daten vor.

**Arbeitsunfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nach Tätigkeit**

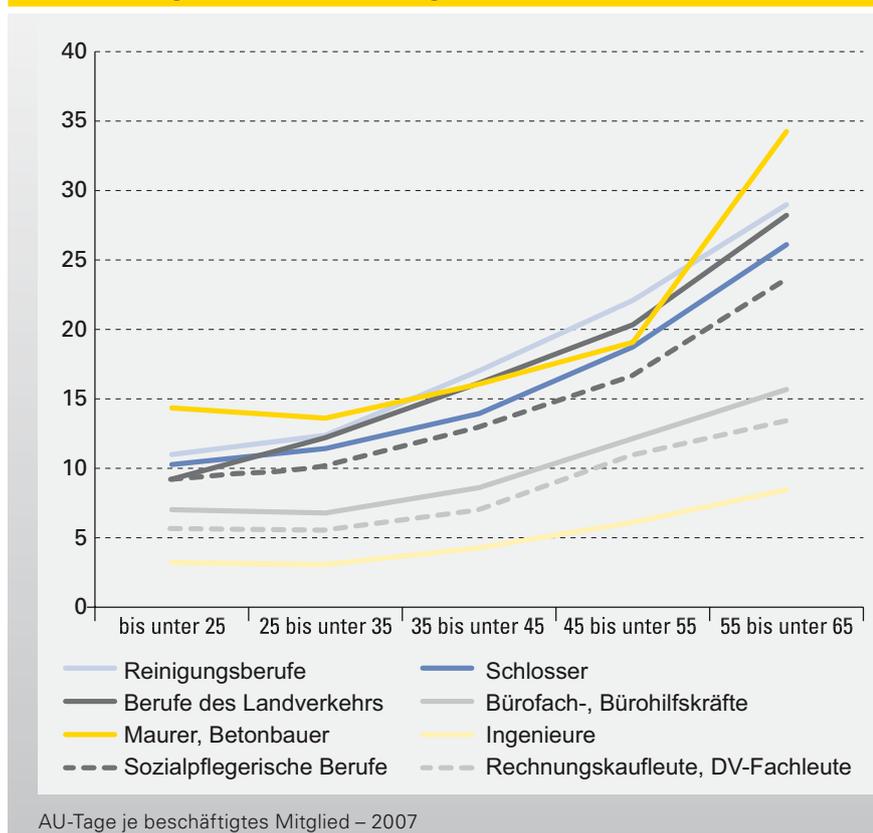
Wie in fast allen Industrieländern reicht auch in Deutschland die Geburtenrate nicht aus, um die Bevölkerungszahl zu halten. Es verbreitet sich die Erkenntnis, dass auf die Älteren im Arbeitsmarkt nicht verzichtet werden kann, und in Deutschland steigt die Erwerbstätigkeit der über 50-Jährigen bereits spürbar an – in den letzten zehn Jahren hat sie um ein Viertel zugenommen. Wie stark die gesundheitlichen Belastungen der älteren Erwerbstätigen durch die berufliche Lage beeinflusst sind, lässt sich exemplarisch im Vergleich einiger Berufsgruppen zeigen. Ausführlichere Darstellungen der Morbiditätsunterschiede nach der beruflichen Tätigkeit finden sich in Kapitel 3.

Auswertungen der BKK Daten nach Alters- und Berufsgruppen (vgl. *Schaubild 14*) verdeutlichen die bei einer angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit tätigkeitsspezifisch unterschiedlichen gesundheitlichen Situationen der Beschäftigten. In Berufen mit hohen körperlichen Belastungen – bei z.T. geringer Qualifikation – liegen für die über 55-Jährigen durchschnittliche Krankheitszeiten von vier und mehr Wochen vor. Dies betrifft bei den Männern Bau- und verwandte Tätigkeiten, Verkehrsberufe (Fahrzeugführer), Montierer und Metallberufe, Hilfsarbeiter und Lagerarbeiter (vgl. Einzelergebnisse in *Tabelle 7a* im Anhang). Bei den älteren

weiblichen Beschäftigten treten ebenfalls die Metallberufe und Montiererrinnen mit langen Krankheitszeiten in Erscheinung. Auch die über 55-jährigen Hilfsarbeiterinnen, Warenprüferinnen, Speisbereiterinnen und Reinigungskräfte fehlten krankheitsbedingt durchschnittlich über vier Wochen am Arbeitsplatz, hauswirtschaftliche Betreuerinnen und Sozialpflegerinnen in dieser Altersgruppe wiesen durchschnittlich noch 25 bis 26 AU-Tage im Jahr 2007 auf. Außerdem verzeichneten die weiblichen Beschäftigten im allgemeinen - auch in den höher qualifizierten Tätigkeitsfeldern (s.u.) – jeweils mehr Ausfalltage als die Männer in derselben Alters- und Berufsgruppe.

Bei beiden Geschlechtern gehörten die Metallberufe, die als Hilfsarbeiter oder Reinigungskräfte Beschäftigten sowie die Verkehrsberufe zu den Berufsfeldern mit den höchsten Ausfallzeiten bei den über 55-Jährigen (durchschnittlich vier und mehr Krankheitswochen). Dagegen fehlten Führungskräfte im Management, Ingenieure, Lehrer, Techniker oder Rechnungsaufleute durchschnittlich nur ein bis zwei Wochen im Jahr.

**Schaubild 14**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen**



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied – 2007

## Bessere Gesundheit der Älteren bei höherer Qualifikation

### – vor allen Dingen bei Männern

Von besonderer Bedeutung für die gesundheitliche Lage älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind die Faktoren Qualifikation und Bildung. Dies spiegelt sich auch in der Arbeitsunfähigkeit wider. Gut qualifizierte, in ihrer Arbeit weitgehend selbstbestimmte Berufsgruppen weisen wesentlich geringere altersbezogene Zunahmen der Krankheitstage auf als im Durchschnitt zu erwarten wäre. So ist jeder elfte männliche Ingenieur über 55 Jahre alt und erkrankte 2007 im Schnitt lediglich acht Tage im Jahr. Die 25- bis 35-jährigen Ingenieure bildeten mit durchschnittlich unter drei AU-Tagen die „gesündeste“ Altersgruppe. Auch die jüngeren Ingenieurinnen nahmen mit etwas über vier AU-Tagen nur selten eine krankheitsbedingte Auszeit. Jedoch überschritten die Krankheitszeiten ihrer älteren Berufskolleginnen bereits bei den über 45-Jährigen mit über elf Tagen die Ausfallzeiten der männlichen Ingenieure.

Spezialisten wie Rechnungsaufleute oder DV-Fachleute liegen in der ältesten Gruppe der über 55-Jährigen mit etwa zwei Wochen Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht gravierend über dem Durchschnitt aller beschäftigten BKK-Versicherten. Hier verzeichnete die älteste Gruppe der Männer sogar nur 9,4 AU-Tage - also deutlich weniger als der Durchschnitt. Die weiblichen Beschäftigten in dieser Alters- und Tätigkeitsgruppe wiesen allerdings auch hier mit durchschnittlich über 17 Krankheitstagen wieder einen weitaus stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeit über 55 Jahre auf.

Diese Befunde einer höheren Morbidität der älteren Arbeitnehmerinnen auch in höher qualifizierten Berufen dürften aus mehreren Faktoren resultieren. Neben biologischen Unterschieden – z.B. in Zusammenhang mit Wechseljahresbeschwerden – können sich hier auch kumulierende Effekte aus beruflichen und familiären Mehrfachbelastungen in der Biografie der Frauen niederschlagen. Nachwirkende Überlastungen aus vorhergehenden Lebensphasen (Kindererziehung) verbinden sich dabei u.U. mit

neuen Anforderungen, etwa durch die Pflege älterer oder kranker Angehöriger. Diese Aspekte wären bei Maßnahmen einer zielgruppen-, gender- und altersgerechten betrieblichen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

### AU-Diagnosen bei Männern und Frauen

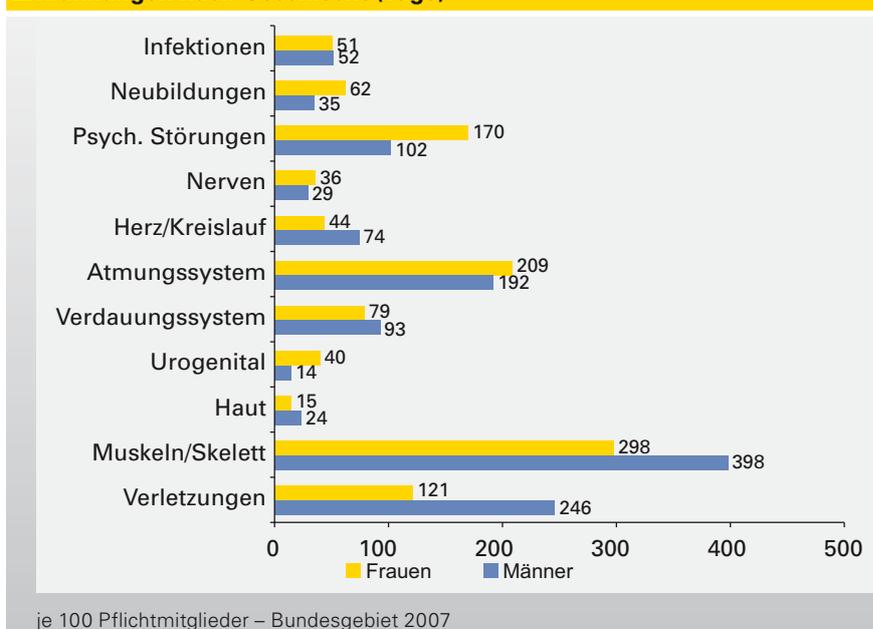
Das Krankheitsgeschehen unterscheidet sich nicht nur nach Alter, sondern auch deutlich nach Geschlecht. Die Ausprägung der Krankheitsursachen von Männern und Frauen zeigt typische Unterschiede (*Schaubild 15*). So wiesen Männer wie auch in den vorjährigen Ergebnissen gegenüber Frauen doppelt so viele Erkrankungstage auf Grund von Verletzungen auf, und auch die Zahl der

AU-Tage durch Muskel- und Skeletterkrankungen lag um ein Drittel höher als die Vergleichswerte für Frauen.

Dies ist zum einen den an anderer Stelle schon angesprochenen Beschäftigungsstrukturen und typischen Beschäftigungsfeldern von Männern geschuldet, die – trotz des sektoralen Strukturwandels – nach wie vor verbreitet in der industriellen Produktion und in körperlich beanspruchenden Berufen tätig sind (vgl. *Kapitel 2.2*). Zum anderen spiegeln sich hierin unterschiedliche Verhaltens- und Lebensmuster wider („soziales“ Geschlecht), die sich z.B. auf die Risikobereitschaft oder den Umgang mit Schwächen beziehen. Zu Muskel- und Skeletterkrankungen ist zu ergänzen, dass sie bei Frauen zwar weniger häufig als bei Männern auftreten und infolgedes-

Schaubild 15

#### Erkrankungen nach Geschlecht (Tage)



sen insgesamt weniger Krankheitstage verursachen, aber trotzdem mit höheren durchschnittlichen Falldauern einhergehen. So dauerten Erkrankungen des Bewegungsapparates bei pflichtversicherten Frauen im Schnitt 20,1 Tage gegenüber 18,7 Tagen bei Männern.

Neben den zuvor genannten zählen auch Herz- und Kreislauferkrankungen sowie die Verdauungserkrankungen zu den Krankheitsgruppen, bei denen Männer mehr AU-Tage aufweisen als Frauen. Für Atemwegserkrankungen fallen hingegen in der Regel etwas mehr Krankheitstage bei Frauen als bei Männern an.

Kleinere Krankheitsgruppen mit typischerweise höheren Arbeitsunfähig-

keitszeiten der Frauen sind Neubildungen und Urogenitalerkrankungen. Die Krankheitszeiten durch Neubildungen lagen 2007 bei Frauen um rd. drei Viertel höher und Urogenitalerkrankungen verursachten bei ihnen etwa dreimal soviel Krankheitstage wie bei Männern. Auch die Erkrankungen des Nervensystems sind bei Frauen häufiger Gründe für Fehlzeiten als bei Männern.

Quantitativ bedeutsamer sind die Unterschiede bei psychischen Störungen, wo die Krankheitstage der Frauen die der Männer regelmäßig mit großem Abstand übersteigen – in 2007 um mehr als zwei Drittel. Dies weist zum einen auf eine höhere psychische Vulnerabilität der Frauen hin, hängt aber auf der anderen Seite auch

mit ärztlichen Diagnosegewohnheiten zusammen, wonach Männern eher organbezogene Krankheitsdiagnosen und Frauen häufiger psychische Störungen attestiert bekommen.

Während psychische Erkrankungen gemessen an den Krankheitstagen bei Männern auch 2007 an vierter Stelle standen, bildeten sie bei Frauen die dritt wichtigste Diagnosegruppe. Mehr Krankheitstage wurden bei Frauen nur durch Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems hervorgerufen. Bei Männern verursachten ebenfalls Muskel- und Skeletterkrankungen, vor allem aber auch Verletzungen sowie nachfolgend Atemwegserkrankungen mehr Krankheitstage.

Die Bedeutung der psychischen Erkrankungen hat über drei Jahrzehnte der BKK-Statistik erheblich zugenommen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Diagnosen betrug 1976 zu Beginn dieser Statistik gerade einmal 46 und bei Frauen 61 Tage je 100 Pflichtmitglieder, 1980 waren es 64 (Frauen 82) und 1990 bereits 93, bei Frauen sogar 135 (!) AU-Tage. Hiermit hatten sich bereits zu diesem Zeitpunkt die psychisch verursachten Krankheitstage bei Frauen mehr als verdoppelt und bei Männern um immerhin 83 % zugenommen.

Im Jahr 2000 wurden in den alten Bundesländern schon 104 Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt und bei den Frauen 127 Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet, in Gesamtdeutschland lagen in diesem Jahr auf Grund der niedrigeren ostdeutschen Werte 101 Tage bei allen Pflichtmitgliedern und 124 Tage bei Frauen vor. Seither stiegen die Krankheitszeiten durch psychische Störungen in Gesamtdeutschland bis 2007 um weitere 32 % auf 134 Tage bei allen und um 37 % bei Frauen auf 170 Tage je 100 weibliche Pflichtmitglieder.

Im Vergleich zu 1980 ist demnach für die BKK Mitglieder eine Verdoppelung der psychisch bedingten Fehltage (auch auf Grund eines wachsenden Frauenanteils) eingetreten, bei den Frauen alleine betrug die Zunahme immerhin 107 %, bei den Männern 76 %. Nähere Ausführungen zu den psychischen Diagnosen im Einzelnen finden sich in *Kapitel 5*. Der langfristige Anstieg ist vor dem Hintergrund tief greifender sozialer Veränderungen – sowohl im Arbeitsleben wie im privaten oder familiären Umfeld – zu sehen.

Außer Acht gelassen werden darf hierbei allerdings nicht, dass die Zunahme der psychischen Störungen vermutlich auch aus einer verstärkten Diagnostik und Dokumentation seitens der behandelnden Ärzte resultiert<sup>5</sup>. Der Anteil dieser AU-Tage an allen gemeldeten Fehltagen der Pflichtmitglieder insgesamt betrug 10,1 %, im Vorjahr hatte er bei 9,8 % gelegen. Die Bedeutung ist in den vergangenen Jahren um ein Vielfaches gewachsen, so lagen die Anteile der psychisch verursachten Krankheitstage 1980 bei nur 2,5 %, 1990 bei 3,7 % und 2000 bereits bei 6,9 %.

## AU-Diagnosen nach Alter

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Morbidität zeigen sich naturgemäß auch altersspezifische Besonderheiten, die in den *Schaubildern 16.1 und 16.2* wiedergegeben sind. In jüngeren Altersgruppen stellen Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems sowie Verletzungen gemessen an den Fallzahlen die häufigsten Krankheitsursachen dar. Bereits im Alter ab 25 Jahre reduzieren sich die mit diesen Diagnosegruppen verbundenen Fallhäufigkeiten, die insgesamt hierdurch verursachten Fehltage bleiben aber durch steigende Falldauern weitgehend konstant.

Herz- und Kreislauferkrankungen sowie in weit höherem Umfang Muskel- und Skeletterkrankungen gehören zu den Krankheitsgruppen, die mit zunehmendem Alter nicht nur häufiger auftreten, sondern bedingt durch die Krankheitschwere zunehmend länger dauernde Arbeitsunfähigkeiten auslösen. Die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten AU-Tage liegen bei den über 60-Jährigen siebenmal so hoch wie bei den jungen Versicherten unter 25 Jahre.

<sup>5</sup> Bemerkenswert ist auch die kontinuierliche Zunahme der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie: nach Angaben der Bundesärztekammer waren Ende 2007 über 8.300 Ärzte dieser Fachrichtung registriert, während es 1999 auf gleicher Zählbasis nur rd. 4.500 waren.

Die psychischen Störungen nehmen bereits ab den mittleren Altersgruppen über 40 Jahre zu, bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Die höchsten Erkrankungshäufigkeiten und Ausfallzeiten treten bei Männern und Frauen zwischen 55 und 60 Jahren auf, bei denen hierdurch etwa doppelt so lange Fehlzeiten entstehen wie bei den unter 40-Jährigen. Die Falldauern erreichen bei den über 55-Jährigen sechs bis sieben Wochen – die Fälle der Männer dauern zudem etwas länger als die der Frauen. Letzteres dürfte mit den höheren Anteilen der Suchtdiagnosen bei Männern zusammenhängen, worauf in Kapitel 5 weiter eingegangen wird.

Die altersbezogenen Morbiditätsstrukturen zeigen darüber hinaus in weiteren Diagnosegruppen zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Tabelle 7 im Anhang). So steigt die Krebsmorbidität bei Frauen spätestens ab dem Alter von 35 Jahren deutlich stärker an als bei Männern. In der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen Frauen lagen 2007 – ähnlich wie in den Vorjahren – sechs Mal mehr AU-Tage auf Grund von Neubildungen vor als bei unter 30-jährigen. Bei Männern ließ sich im Vergleich dieser beiden Altersgruppen eine Erhöhung um das Doppelte feststellen, womit gegenüber den Vorjahren (Faktor 2,9) ein gewisser Rückgang zu beobachten ist. Zwischen den Geschlechtern vergrößerten sich in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen die Differenzen: die für Frauen gemeldeten AU-Tage durch Neubildungen überstiegen 2007 den Vergleichswert für Männer um fast das Dreifache. Mit zunehmendem Alter reduziert sich dieser Abstand auf Grund der stärkeren Zunahme der Krebsmorbidität bei Männern, allerdings weisen Frauen auch in den höheren Altersgruppen durchgängig eine gemessen an den AU-Tagen höhere Morbidität durch Neubildungen auf.

Bei Männern spielen dagegen Herz-/Kreislauferkrankungen ab einem Alter von 40 Jahren eine wesentlich stärkere Rolle als bei Frauen. Die damit verbundenen Differenzen bei den gemeldeten AU-Tagen erreichen

jedoch nicht die bei Neubildungen, dennoch werden bei Männern ab 50 Jahren und älter immerhin doppelt so viele Krankheitstage durch Herz- und Kreislauf begründet wie bei den Frauen.

Schaubild 16.1

**Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)**

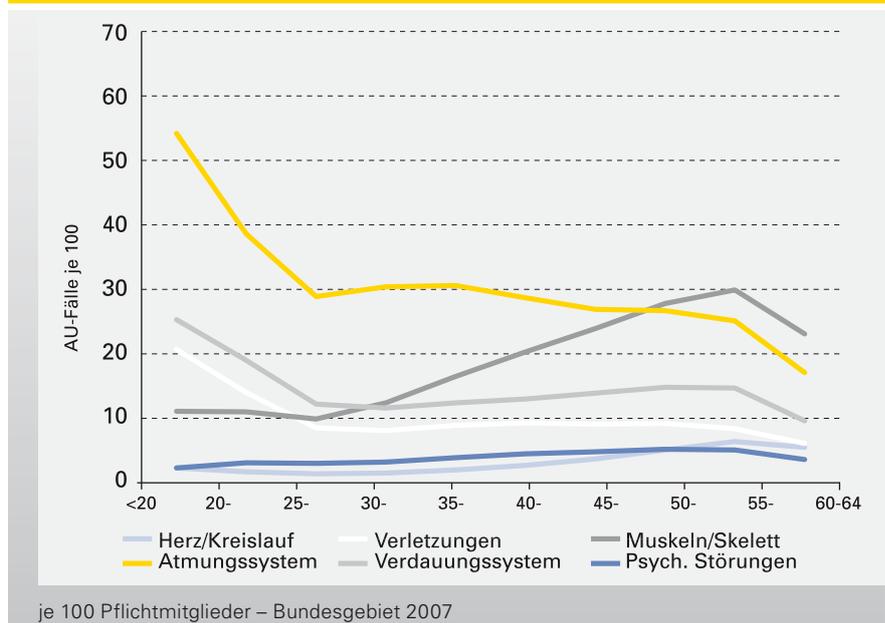
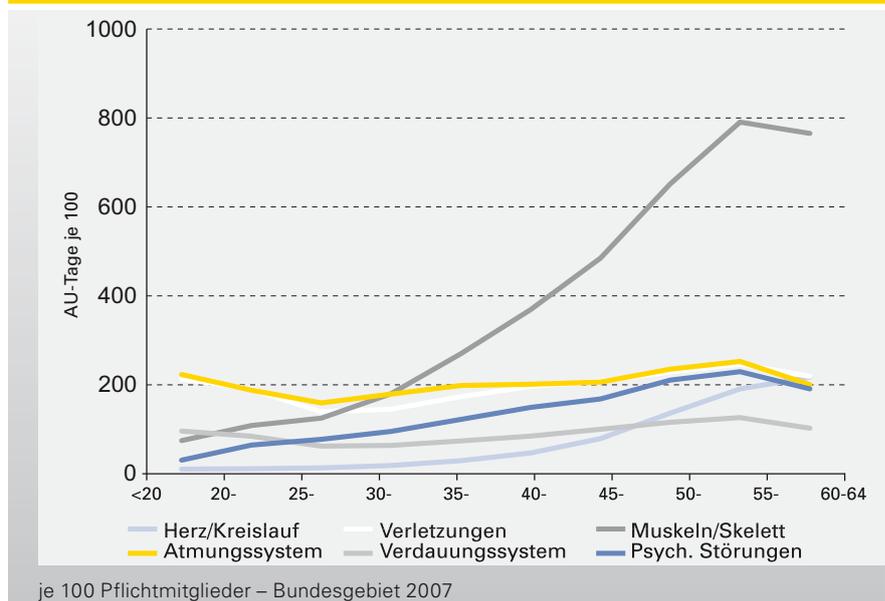


Schaubild 16.2

**Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)**



### Krankenhausbehandlung nach Alter und Geschlecht

Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich ausschließlich auf Erwerbspersonen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentner/innen. Das Krankheitsspektrum ist jedoch bedeutend selektiver, da viele Erkrankungen –

selbst schwerwiegende und chronische – nicht unbedingt zu einem Krankenhausaufenthalt führen.

Auch bei den stationären Behandlungen unterscheiden sich die Krankheitschwerpunkte von Männern und Frauen

merklich. Männer sind mit 27,5 Fällen je 1.000 Versicherte weitaus häufiger von Herz-/ Kreislaufkrankungen (I00-I99) betroffen als Frauen (21,1 Fälle je 1.000 Versicherte). Auch wegen Verdauungserkrankungen (K00-K93) sind sie öfter in stationärer Behandlung. Frauen dagegen werden häufiger wegen Erkrankungen des Urogenitalsystems (N00-N99), des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99) und des Stoffwechsels (E00-E90) in's Krankenhaus eingewiesen. Diese Verteilungen finden sich ähnlich auch bei der Arbeitsunfähigkeit. In anderen Krankheitsgruppen dagegen gibt es Abweichungen vom AU-Geschehen, so besonders bei psychischen Erkrankungen. Während Frauen hier im Vergleich zu Männern mehr Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen, werden mehr Männer wegen psychischen Störungen stationär behandelt. Der Grund hierfür liegt vor allem in den bei Männern häufigeren Suchterkrankungen, wobei Alkoholmissbrauch weit vorne steht.

Neben diesen generellen Unterschieden nach Geschlecht, unterscheidet sich die stationäre Morbidität stark in Abhängigkeit vom Lebensalter. Erwartungsgemäß nimmt mit steigendem Alter sowohl die Zahl der Krankenhausaufenthalte als auch die der Krankenhaustage zu (vgl. *Schaubilder 17.1 und 17.2*). Bei den 15 bis 19-Jährigen lag die Fallzahl lediglich bei 93 Fällen je 1.000 Versicherte, bei den 65 bis unter 70-Jährigen waren es 315 Fälle und bei den über 80-Jährigen mit 631 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber noch einmal die doppelte Fallhäufigkeit. Entsprechend nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu. 65 bis unter 70-Jährige lagen 2007 im Mittel drei Tage im Krankenhaus, was einer Verdoppelung des Durchschnitts aller Versicherten (1,6 Tage) entspricht, über 80-Jährige verzeichneten mit 7,5 Krankenhaustagen etwa fünffache Liegezeiten im Vergleich zum Durchschnitt.

Schaubild 17.1

#### Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Fälle)

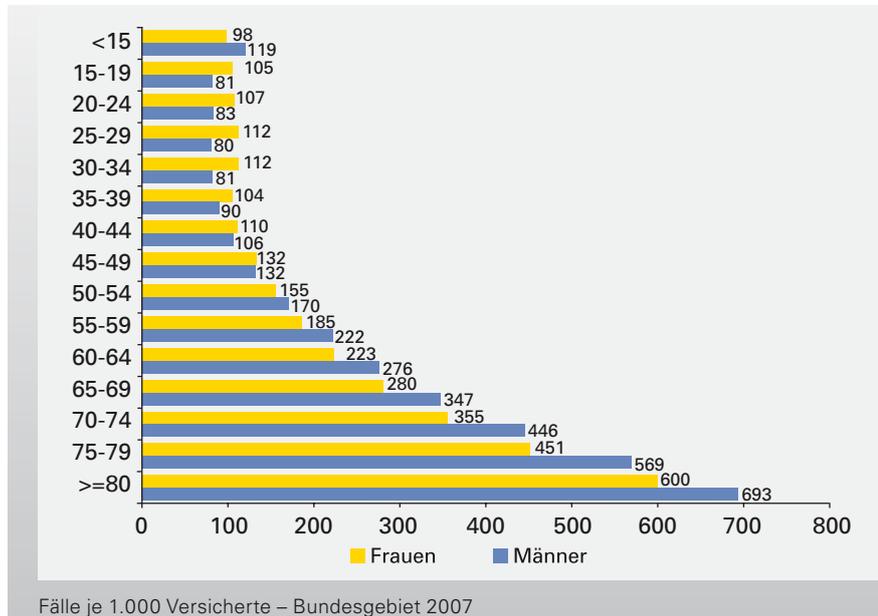
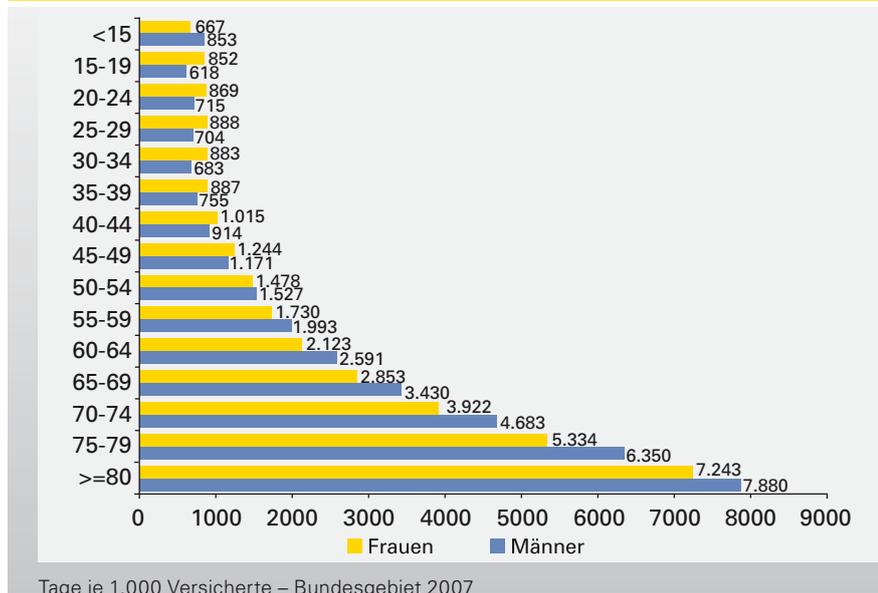


Schaubild 17.2

#### Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Tage)



## Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen

Stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen sind glücklicherweise selten und beschränken sich auf bestimmte Diagnosen. Das Haupterkrankungsgeschehen in diesem Altersspiegelte sich eher in der ambulanten Versorgung wider.

Geschlechtsbezogen sind bis zur Pubertät eindeutig die Jungen das anfälligeres Geschlecht, was sich auch im Krankenhaus zeigt. Im Alter bis 15 Jahre waren sie mit 120 Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (99 Fälle je 1.000 Versicherte). Hauptursache hierfür waren Erkrankungen des Atmungssystems (J00-J99). Ein gutes Fünftel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe entfielen auf Atemwegserkrankungen (25,2 Fälle je 1.000 Jungen und 19,3 je 1.000 Mädchen, vgl. *Tabelle 11 im Anhang*). Auch bei anderen Krankheitsarten, insbesondere bei Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98), übertraf in der Altersgruppe der unter 15-jährigen die Morbidität der Jungen die der Mädchen (16,6 bzw. 12,7 Fälle je 1.000). Infektionen (A00-B99) stellen die dritthäufigste und an Bedeutung zunehmende Krankheitsgruppe dieser Altersklasse dar. So hatten beispielsweise 1998 Infektionskrankheiten mit 5,3 Fällen je 1.000 Versicherte lediglich einen Anteil von 4,8 %, im Jahr 2004 waren es aber schon 10,4 % und 2007 bereits 11,4 % (vgl. *Kapitel 5.2*). Bei den stationär behandelten Infektionen im Kindesalter handelte es sich fast ausschließlich um Durchfälle (A09) und Darminfekte (A08).

Während bei den unter 15-Jährigen mehr Jungen als Mädchen in stationärer Behandlung waren, kehrte sich dieses Verhältnis bereits im Alter von 15 bis 19 Jahren um. Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (105 Fälle im Vergleich zu 82 Fällen je 1.000 Versicherte). Sie werden auf Grund fast aller Krankheitsarten häufiger stationär aufgenommen. Eine Ausnahme stellen Verletzungen und Vergiftungen dar, von denen männliche Jugendliche mit 20,8 Fällen je 1.000 weit häufiger betroffen sind als weibliche (11,9 Fälle je 1.000).

Stationäre Behandlungen wegen Hauterkrankungen kommen bei männlichen Jugendlichen ebenso etwas häufiger vor (2,9 gegenüber 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte) wie Neubildungen (3,7 zu 3,5 Fällen je 1.000 Versicherte).

Fast jeder siebten stationäre Einweisung von Jugendlichen beiderlei Geschlechts lagen psychische Störungen zu Grunde. 12,6 Fälle der männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren unterschritten hier zwar die Häufigkeit der Mädchen dieses Alters (14,9 Fälle je 1.000), allerdings nehmen die Krankheitsfälle bei den über 20-jährigen Männern dann deutlich zu – 15,3 Fälle je 1.000 männliche Versicherte standen 15,0 Fällen der über 20-jährigen Frauen gegenüber – häufigster Grund wie oben schon angesprochen ist Alkoholmissbrauch (F10).

Vier von zehn Einweisungsdiagnosen bei weiblichen Jugendlichen unter zwanzig Jahren vereinigen sich auf Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93), psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) sowie Erkrankungen der Atemwege (J00-J99). Diese drei Krankheitsarten verursachten bei ihnen 62 % der Krankenhaustage. Hinter diesen Diagnosen verbergen sich neben Essstörungen und deren Folgen auch akute Blinddarmentzündungen, die bei Mädchen und jungen Frauen oftmals bei unklaren Unterleibsbeschwerden diagnostiziert werden.

## Krankenhausaufenthalte im erwerbsfähigen Alter

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 45 Jahre werden Frauen häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich vorwiegend aus Schwangerschaft und Geburt sowie frauenspezifischen Urogenitalerkrankungen und Neubildungen. In der Lebensspanne zwischen 20 und 39 Jahren führen Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt, bei den 25- bis 35-jährigen Frauen entfiel ein Drittel der Fälle alleine hierauf. Bei jüngeren Frauen spielen zudem die Erkrankungen des

Verdauungssystems eine größere Rolle im stationären Geschehen, wohinter sich erneut – wie bei den Jugendlichen bereits angesprochen – auch zahlreiche unklare Beschwerdebilder verbergen dürften.

Neubildungen sind die häufigste Krankheitsart der weiblichen Versicherten zwischen 40 und 65 Jahren, bei den 45- bis unter 50-Jährigen gehörte jede fünfte Einweisungsdiagnose zur Gruppe der Tumorerkrankungen. Ab 50 Jahre bilden zudem Muskel- und Skeletterkrankungen zunehmend den Anlass für stationäre Behandlungen der Frauen, Herz-/Kreislaufdiagnosen werden für Frauen erst ab sechzig relevanter.

Das Morbiditätsspektrum der Männer dieser Altersgruppe ist anders geprägt. Bis Ende zwanzig dominieren bei ihnen Verletzungen als Hauptursache für Krankenhausaufenthalte, bis Mitte zwanzig machen diese sogar ein Viertel aller stationären Fälle aus. Psychische Störungen bilden bei jungen Männern die zweitgrößte Fallgruppe (etwa ein Sechstel der Fälle), ab 30 Jahren treten diese häufiger als Verletzungen auf.

Allerdings bilden bei den Männern in den mittleren Altersgruppen die Erkrankungen des Verdauungssystems die quantitativ wichtigste Krankheitsgruppe. Bei Männern ab fünfzig dominieren erwartungsgemäß die Herz- und Kreislauferkrankungen, zwischen 50 und 60 Jahren verursachen diese bei ihnen etwa jede fünfte Krankenhausbehandlung. Neubildungen nehmen ab 55 Jahren ebenfalls deutlich zu und bilden dann nach den Kreislauferkrankungen die zweitwichtigste Krankheitsgruppe bei stationären Fällen der männlichen Versicherten.

Psychische Störungen verursachten mit Abstand die meisten Krankenhaustage. Im Durchschnitt resultieren bei den unter Dreißigjährigen rd. 40 % der Krankenhaustage und bei den über 30- bis 50-Jährigen ein gutes Drittel der stationären Behandlungstage aus psychischen Problemen.

**Krankenhausaufenthalte von älteren Versicherten**

Im Alter von 65 Jahren und älter steigt der Anteil von Versicherten mit Krankenhausaufenthalten erwartungsgemäß an, bei Männern stärker als bei Frauen. Bei den älteren Gruppen sind Krankheiten des Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern die häufigsten Diagnosen. Dennoch verzeichneten auch im höheren Alter

Frauen noch deutlich geringere Fallhäufigkeiten. In den Gruppen bis unter achtzig wiesen sie rd. ein Viertel weniger Fälle als die gleichaltrigen Männer auf.

Bei den älteren Frauen bilden nach den Kreislaufleiden die Muskel- und Skeletterkrankungen, Neubildungen und

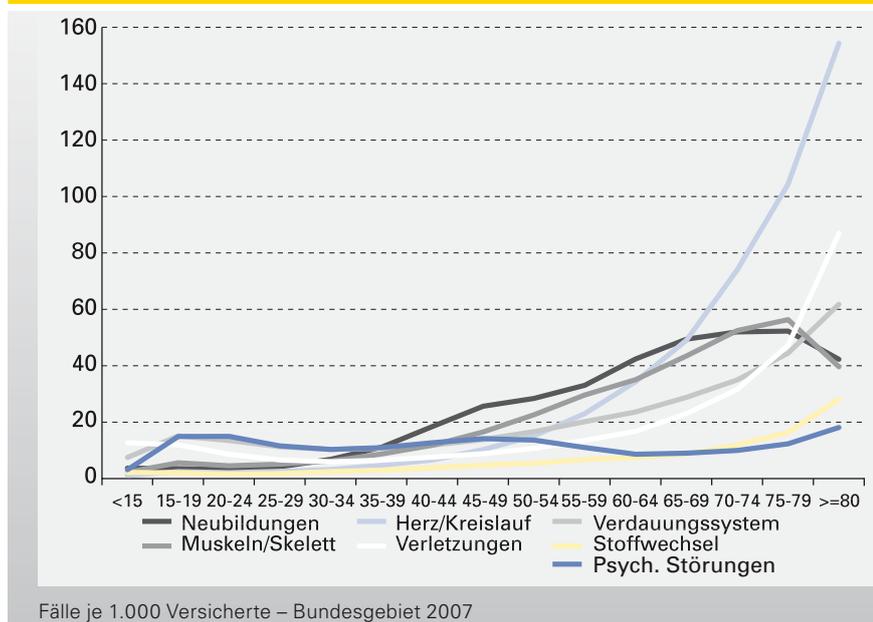
ab Mitte siebzig auch Verletzungen die wichtigsten Krankheitsgruppen bei stationärer Behandlung. Hierbei dürften Osteoporose-Erkrankungen und häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, denen verstärkt in Präventionsmaßnahmen der BKK für ältere Versicherte entgegengewirkt wird. Bei den stationären Fällen der älteren Männer folgen nach den Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Neubildungen an dritter Stelle die Verdauungserkrankungen, die mit dem Alter zunehmend Anlass für Krankenseinweisungen bilden. *Schaubilder 18.1 und 18.2* zeigen die Häufigkeit der Krankenhaufälle je 1.000 Versicherte für ausgewählte Krankheitsarten nach Altersgruppen für Männer und Frauen.

Als weitere Diagnosegruppen, die mit dem Alter zunehmend stationär behandelt werden müssen, sind Stoffwechselerkrankungen (zumeist Diabetes) sowie Infektionen zu nennen (vgl. *Anhangstabelle 11*). Bei letzteren stehen Blutvergiftungen und Wundrose im Vordergrund, wobei u.a. an die Qualität der pflegerischen Versorgung zu denken ist. Auch dürfte sich hierbei u.a. die häufig thematisierte Problematik der infektiösen Keime in den Krankenhäusern selber wiederfinden. Während die Infektionen häufiger stationärer Behandlungsanlass für ältere Männer sind, werden Frauen – besonders ab siebzig, aber auch schon in den mittleren Altersgruppen – häufiger wegen Stoffwechselerkrankungen ins Krankenhaus eingewiesen.

Insgesamt wandelt sich die geschlechtsspezifische Krankenhausananspruchnahme mit dem Alter: Weisen Männer bis 45 Jahre noch wesentlich weniger stationäre Fälle als Frauen auf, werden sie bereits ab fünfzig und in den nachfolgenden Altersgruppen dann wesentlich häufiger als Frauen im Krankenhaus behandelt.

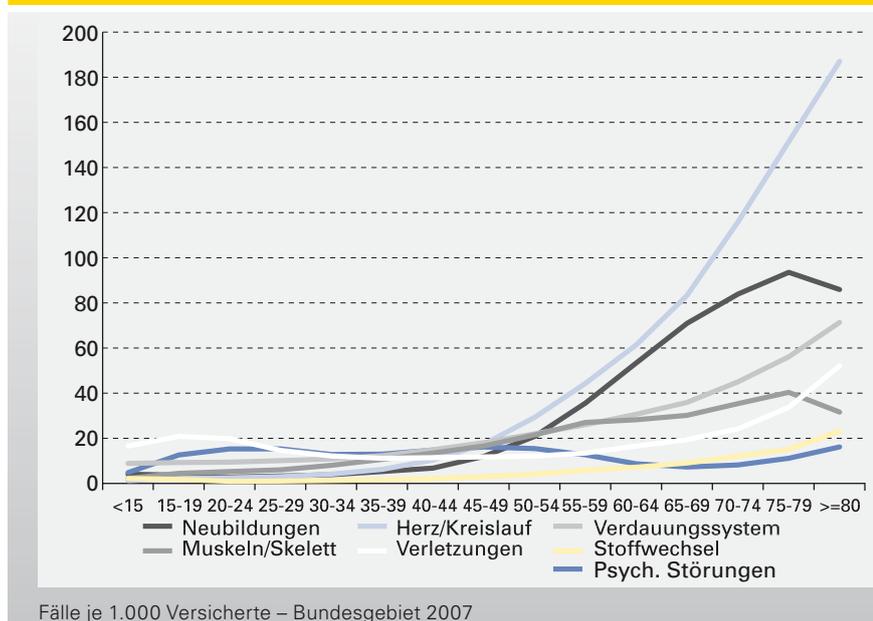
**Schaubild 18.1**

**Krankenhaufälle der Frauen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten**



**Schaubild 18.2**

**Krankenhaufälle der Männer nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten**



## 2.2 Berufliche und soziale Lage

Morbidität und Höhe der Arbeitsunfähigkeit werden, häufig stärker noch als durch Alter und Geschlecht, durch die berufliche und soziale Lage bestimmt. Diese lässt sich – in grober Annäherung – anhand der Versicherungsart bzw. der Stellung im Beruf nachvollziehen. Im Folgenden wird die AU- und Krankenhaus-Morbidität der BKK Mitglieder nach ihrem Status dargestellt, wobei die Pflichtversicherten unterschieden werden nach Arbeitern, Angestellten, Teilzeitbeschäftigten und Arbeitslosen (bei AU: ALG-I-Empfänger) sowie den freiwillig Versicherten mit Krankengeldanspruch und einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze.

Insgesamt wurden in 2007 6,45 Mio. erwerbstätige Mitglieder erfasst. Unter den 5,78 beschäftigten BKK Pflichtmit-

gliedern waren, nach dem Tätigkeits-schlüssel differenziert, 2,08 Mio. Arbeiter, 2,14 Mio. Angestellte, 1,01 Mio. Teilzeitbeschäftigte sowie kleinere Gruppen (z.B. Auszubildende) mit insgesamt rd. 550 Tsd. Mitgliedern. Hinzu kommen 675 Tsd. freiwillig krankenversicherte Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen von über 47.700 Euro. In die AU-Auswertungen wurden weiterhin 230 Tsd. (krankengeldberechtigte) ALG-I-Empfänger einbezogen.

Beiden Auswertungen der Krankenhäuserfälle wurden zusätzlich die erwachsenen Familienangehörigen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren sowie die ALG-II-Empfänger zur Differenzierung der Wirkungen des sozialen Status und der Lebenssituation auf die gesundheitlichen Befunde berücksichtigt.

### Arbeitsunfähigkeit nach beruflichem Status

Die Erwerbsstrukturen unterscheiden sich bei Männern und Frauen beträchtlich (vgl. *Tabelle 2*): So waren die über den Tätigkeitsschlüssel als Arbeiter oder Facharbeiter zugeordneten Pflichtmitglieder zu 84 % männlich, während im Angestelltenbereich die weiblichen Beschäftigten mit fast 60 % die Mehrheit bildeten<sup>6</sup>. Nur 12 % der pflichtversicherten Frauen gingen einer gewerblichen Tätigkeit nach, bei den Männern waren es mit 56 % deutlich mehr als die Hälfte. 47 % der Frauen hatten Vollzeitjobs als Angestellte, 31 % arbeiteten in Teilzeit. Pflichtversicherte Männer waren nur zu 28 % im Angestelltenverhältnis und nur zu gut 5 % in Teilzeit beschäftigt.

**Tabelle 2**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus 2007**

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	Tage je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
<b>Pflichtversicherte Beschäftigte</b>	Männer	3.099	105,3	1.317,2	12,5	4,8	100,8
	Frauen	2.680	105,9	1.236,5	11,7	1,7	34,4
	<b>insgesamt</b>	<b>5.780</b>	<b>105,6</b>	<b>1.279,8</b>	<b>12,1</b>	<b>3,4</b>	<b>70,0</b>
<b>davon sind:</b>							
Pflichtversicherte Arbeiter	Männer	1.748	118,2	1.608,3	13,6	6,5	140,9
	Frauen	332	130,0	1.841,3	14,2	3,6	74,5
	<b>insgesamt</b>	<b>2.080</b>	<b>120,1</b>	<b>1.645,4</b>	<b>13,7</b>	<b>6,0</b>	<b>130,3</b>
Pflichtversicherte Angestellte	Männer	868	76,6	858,5	11,2	1,5	34,0
	Frauen	1.270	102,5	1.099,4	10,7	1,2	23,4
	<b>insgesamt</b>	<b>2.138</b>	<b>92,0</b>	<b>1.001,6</b>	<b>10,9</b>	<b>1,4</b>	<b>27,7</b>
Teilzeitbeschäftigte	Männer	170	75,3	1.026,8	13,6	2,3	50,9
	Frauen	843	94,2	1.259,7	13,4	1,6	34,2
	<b>insgesamt</b>	<b>1.013</b>	<b>91,0</b>	<b>1.220,6</b>	<b>13,4</b>	<b>1,7</b>	<b>37,0</b>
<b>Freiwillig versicherte Beschäftigte</b>	Männer	558	51,5	552,1	10,7	0,6	14,1
	Frauen	117	48,8	571,8	11,7	0,4	9,9
	<b>insgesamt</b>	<b>675</b>	<b>51,1</b>	<b>555,5</b>	<b>10,9</b>	<b>0,6</b>	<b>13,4</b>
<b>Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)</b>	Männer	115	59,5	2.225,1	37,4	-	-
	Frauen	115	63,7	2.055,6	32,3	-	-
	<b>insgesamt</b>	<b>230</b>	<b>61,6</b>	<b>2.140,2</b>	<b>34,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<sup>6</sup> ohne Teilzeitkräfte

Von den männlichen erwerbstätigen BKK Mitgliedern hatten 15 % ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze, so dass sie freiwillig krankenversichert waren. Frauen erreichen die Krankenversicherungspflichtgrenze sehr viel seltener, ihr Anteil lag bei nur 4 %. Die Anteile der freiwillig Versicherten mit hohem Jahreseinkommen sind bei beiden Geschlechtern im Vergleich zum Vorjahr gesunken.

Von den hier betrachteten Erwerbspersonen waren 2007 lediglich 3,4 % ALG-I-Empfänger<sup>7</sup>, im Vorjahr waren es noch 4,5 %. Der Anteil der Frauen fiel mit 4,0 % höher aus als bei den Männern (3,0 %).

### Arbeiter, Angestellte und Teilzeitkräfte

Die Bedeutung des beruflichen Status für die Arbeitsunfähigkeit wird besonders beim Vergleich zwischen Arbeitern und Angestellten deutlich: So wurden für Arbeiter 2007 durchschnittlich 16,5 Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet, die Erkrankungstage der Angestellten lagen demgegenüber mit 10,0 AU-Tagen je Beschäftigten um über ein Drittel niedriger. Besonders die gewerblich Beschäftigten verzeichneten einen Anstieg der Fehltag (+ 0,7), während bei den Angestellten (+0,3) nur geringfügig mehr Krankheitszeiten auftraten.

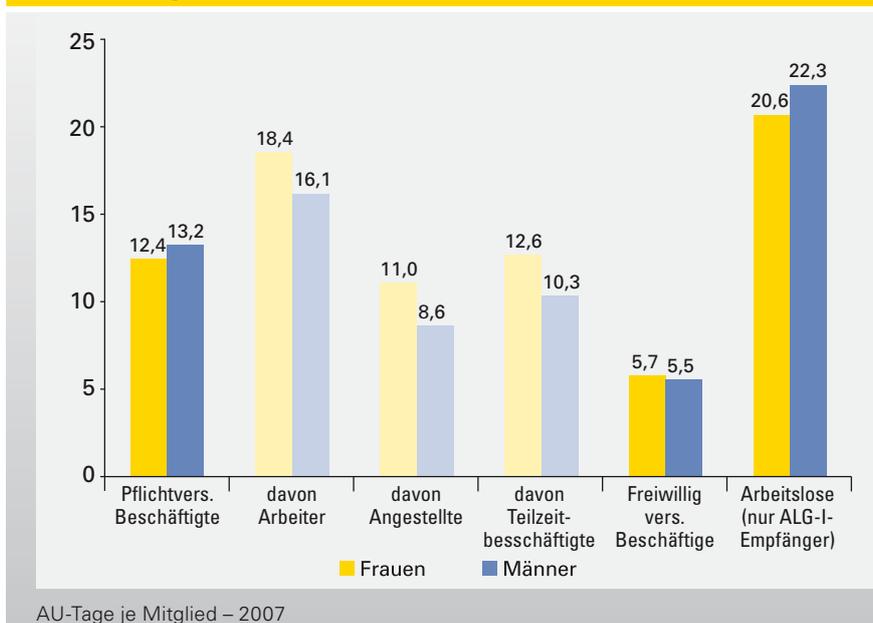
In den letzten Jahren nimmt Teilzeitbeschäftigung kontinuierlich zu. Etwa jede/r sechste Beschäftigte – rd. 31 % der weiblichen und gut 5 % der männlichen

Pflichtmitglieder – arbeiteten in Teilzeit. Teilzeitkräfte lagen im Schnitt mit 12,2 AU-Tagen unter dem Gesamtergebnis für beschäftigte Pflichtmitglieder. Zwar weisen sie mehr AU-Tage als Vollzeit-Angestellte auf, dies hängt aber mit unterschiedlichen Verteilungen nach Berufen zusammen (s.u.). Teilzeitbeschäftigten Frauen fehlten mit 12,6 Krankheitstagen länger als männliche Teilzeitkräfte (10,3 Tage). Letztere weisen ebenfalls andere Berufeverteilungen als Frauen auf (z.B. kaum Reinigungstätigkeiten) und machten 2007 insgesamt nur 17 % al-

ler Teilzeitbeschäftigten aus. Bei beiden Geschlechtern standen Verkaufs- und Bürotätigkeiten als Teilzeitjobs im Vordergrund. Frauen in Teilzeit arbeiten darüberhinaus in starkem Maße in der Pflege sowie in anderen Gesundheitsberufen (z.B. medizinische Fachangestellte), üben Reinigungstätigkeiten aus oder arbeiten in Kindergärten oder als Sozialarbeiterinnen. In berufsgruppenbezogenen Vergleichen weisen die Teilzeitkräfte in den meisten Berufen übrigens weniger AU-Tage als der Durchschnitt der entsprechenden Tätigkeitsgruppe auf.

Schaubild 19

### Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus



<sup>7</sup> Die ALG-II-Empfänger werden hier nicht aufgeführt, da sie keinen Krankengeldanspruch haben und somit für sie i.d.R. keine AU-Daten erfasst werden

### Weibliche und männliche Beschäftigte

Im Durchschnitt aller Pflichtversicherten wiesen Frauen eine niedrigere Krankenquote auf als Männer (12,4 AU-Tage gegenüber 13,2 AU-Tagen je Pflichtmitglied, vgl. *Schaubild 19*). Innerhalb der einzelnen Vergleichsgruppen dreht sich indessen das Verhältnis – mit Ausnahme der ALG-I-Empfängerinnen – um. Bei Arbeiterinnen, Teilzeitbeschäftigten sowie bei weiblichen Angestellten lagen 2007 – wie schon in den Vorjahren – die durchschnittlichen Krankheitszeiten über denen der Männer in den jeweiligen Gruppen. Insoweit ist die geringere durchschnittliche Zahl der AU-Tage im Gesamtergebnis der weiblichen Pflichtversicherten ausschließlich auf den hohen Anteil der Angestellten unter den Frauen zurückzuführen. Für die innerhalb der Vergleichsgruppen beobachtete höhere AU-Morbidität der Frauen dürften die bereits in *Kapitel 2.1.* aufgeführten ungleichen beruflichen Stellungen und Aufstiegsmöglichkeiten, häufig auch einseitige körperliche oder mentale Belastungen und Parallelbelastungen durch Familie und Beruf maßgebend sein.

### Gutverdienende ...

Gegenüber den Pflichtversicherten treten die freiwillig Versicherten mit besonders niedrigen Fehlzeiten in Erscheinung. Diese durch höhere Qualifikationen, höhere Einkommen und oft auch größere individuelle Gestaltungsspielräume in ihren Arbeitsaufgaben gekennzeichnete Versichertengruppe wies nicht einmal die Hälfte des AU-Volumens der beschäftigten Pflichtmitglieder auf. Im Jahr 2007 verzeichneten die freiwillig Versicherten nur 5,6 Krankheitstage (+0,4 Tage zum Vorjahr) gegenüber 12,8 Tagen der Pflichtversicherten (ebf. +0,4 Tage).

Auch in diesem beruflichen Umfeld fielen für Männer etwas weniger Krankheits-tage an als für Frauen, hier aber mit einem sehr moderaten Unterschied von nur 0,2 AU-Tagen. Jedoch ist davon auszugehen, dass auch in den oberen Hierarchien noch ein Gefälle der beruflichen Position zu ungunsten der Frauen besteht und Männer den größeren Teil der obersten Führungskräfte stellen.

### ... und Arbeitslose

Die ALG-I-Empfänger erreichten dagegen im Betrachtungszeitraum mit durchschnittlich 21,4 Krankheitstagen den mit Abstand höchsten Krankenstand aller Versichertengruppen, der auch im Vergleich zum Vorjahr noch einmal um fast einen Tag zugelegt hat. Da Arbeitslose zudem bei kürzeren Erkrankungen zumeist auf eine Krankmeldung verzichten, liegen die Fallzahlen sogar eher niedrig. Den geringeren Fallhäufigkeiten stehen indes extrem lange durchschnittliche Krankheitsdauern gegenüber. Mit fast 35 Tagen lag die durchschnittliche Falldauer 2007 mehr als dreimal so hoch wie für pflichtversicherte Angestellte und zweieinhalbmal so hoch wie für Arbeiter. Wie im Vorjahr sanken die Fallzahlen in dieser Gruppe auch 2007, während die durchschnittlichen Falldauern um 16 % spürbar zulegten. Zudem fielen die durchschnittlichen Krankheitsdauern der arbeitslosen Männer um fünf Tage je Fall länger als bei den Frauen aus, was trotz geringerer Fallhäufigkeiten zu insgesamt mehr AU-Tagen der Männer im Vergleich zu den Frauen mit ALG-I-Bezug führte.

Die langen Krankheitsdauern bei Arbeitslosen weisen auf besondere Morbiditätsbelastungen dieser Gruppe hin, was sich auch in der unten folgenden Betrachtung der Krankheitsarten bestätigt. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich in dem deutlich schlechteren Gesundheitsstatus sowohl Ursachen wie Folgen der Arbeitslosigkeit niederschlagen<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Egger A, Wohlschläger E, et al: Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 41, 1, 2006



Nach Muskel- und Skeletterkrankungen entfällt bei Arbeitern der zweitgrößte Anteil an AU-Tagen mit knapp 18 % auf Verletzungen und Vergiftungen. Da bei Arbeitern die Unfallgefahr am Arbeitsplatz am höchsten ist, spielt diese Diagnosegruppe naturgemäß bei den anderen Tätigkeitsgruppen eine deutlich geringere Rolle. Bei Angestellten, Teilzeitbeschäftigten und Arbeitslosen liegen die Anteile der verletzungsbedingten AU-Tage bei nur etwa 10 %.

Bei Arbeitslosen bestimmen besonders gravierend die psychischen Störungen das Krankheitsgeschehen. Jeder fünfte AU-Tag (2007: 21 %) wurde bei ihnen hierdurch verursacht. Auch bei den Angestellten und bei den Teilzeitkräften bilden diese Krankheitsursachen mit Anteilen von rd. 13 % bzw. 11 % immerhin die drittstärkste Erkrankungsgruppe (s.u.).

Bei Angestellten und freiwillig Versicherten fallen auch die Krankheiten des Atmungssystems mit gut 18 % der AU-Tage stärker ins Gewicht – allerdings nur in Bezug auf den Anteil. Die absolut durch diese Erkrankungen verursachten Ausfalltage liegen bei ihnen auch in dieser Diagnosengruppe unter denjenigen bei Arbeitern. So resultiert der hohe Anteil der Atemwegserkrankungen bei Angestellten und freiwillig Versicherten lediglich aus dem insgesamt deutlich niedrigeren Volumen der Arbeitsunfähigkeit. Generell lässt sich feststellen, dass der Anteil von Atemwegserkrankungen immer dann hoch ist, wenn die Gesamtsumme der Fehltage in der betrachteten Gruppe niedrig ist – ein Befund, der sich später auch in der Analyse von Branchen und Berufen (vgl. Kapitel 3.3) wiederfindet.

### Extreme Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten

Essentiellere Unterschiede zeigen sich zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen, wie in Tabelle 3 dokumentiert ist. So fallen viele Krankheitstage der Arbeitslosen auch in Krankheitsgruppen, die die Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten nur wenig oder zumindest deutlich weniger

tangieren, wie z.B. Stoffwechselerkrankungen. Mit diesen Diagnosen verzeichneten Arbeitslose mehr als doppelt so viele (und gegenüber 2006 um mehr als ein Drittel erhöhte!) Krankheitstage wie Arbeiter und fünfmal so viele AU-Tage wie freiwillig Versicherte. Sie verzeichneten auch mehr als doppelt so viele Krankheitstage durch Neubildungen (Krebserkrankungen) wie pflichtversicherte Beschäftigte und über dreimal so viele wie freiwillig versicherte Beschäftigte. Ähnlich stark unterscheiden sich beispielsweise auch die Krankheitszeiten durch Herz- und Kreislauferkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems.

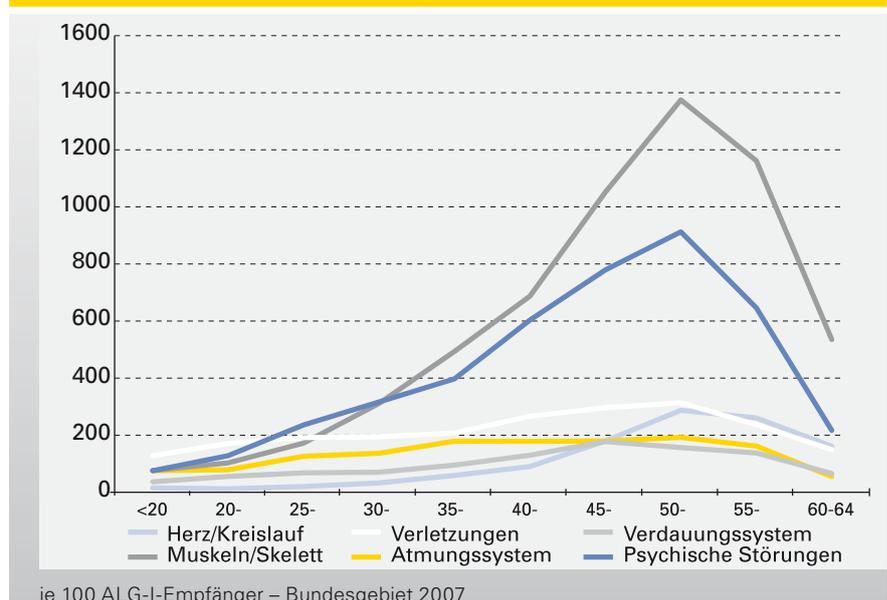
Besonders extreme Unterschiede finden sich – wie oben schon angesprochen – bei psychischen Störungen. Diese lösen bei Arbeitslosen etwa vierfache AU-Zeiten im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten aus und sogar neunmal so viele Krankheitstage wie bei den freiwillig Versicherten. Der mit 21 % (s.o.) besonders hohe Anteil der psychischen Krankheitsursachen übersteigt die Vergleichswerte der übrigen Gruppen bei

weitem (Angestellte: 13 %, Arbeiter: 6 % und freiwillig Versicherte: 9 %). Seit Jahren steigen die durch psychische Erkrankungen ausgelösten Krankheitstage an. Verantwortlich hierfür dürften nicht zuletzt zunehmende Friktionen im beruflichen Umfeld der Betroffenen sein. Bei Arbeitslosen kann der Verlust des Arbeitsplatzes krankheitsauslösend oder -verstärkend wirken, ebenso wie schwere psychische Erkrankungen den Erhalt des Arbeitsplatzes gefährden können. Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich die psychische Befindlichkeit nach dem Verlust des Arbeitsplatzes verschlechtert, während sie sich bei Personen, die wieder eine neue Arbeit finden, verbessert. Zusätzlich zeigen sich auf der anderen Seite Selektionseffekte, wonach Personen mit psychischen Problemen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden<sup>9</sup>.

Die AU-Morbidität der Arbeitslosen zeichnet sich ferner, wie in Kapitel 2.1 angesprochen, durch eine schon in den mittleren Altersgruppen sehr hohe Krankenquote aus. Die Hälfte der Krankheitstage der ALG-I-Empfänger wurden

Schaubild 20

### Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



<sup>9</sup> vgl. Egger A, Wohlschläger E, a.a.O., S.17

durch Muskel- und Skelett- und durch psychische Störungen ausgelöst. Gerade in den mittleren Altersgruppen erfahren diese Diagnosen der ALG-I-Empfänger nochmal deutliche Zuwächse, wie *Schaubild 20* verdeutlicht. Auch Herz- und Kreislauf-Diagnosen tragen zum Anstieg der AU-Fälle und Tage bei den ALG-I-Empfängern ab 40 Jahren bei. Die schon bei den über 50-Jährigen abfallenden Trends weisen auf stärkere Frühberentungen wegen Krankheit oder auch auf zunehmende ALG-II-Einstufungen gerade kränkerer Personen in diesen Altersgruppen hin.

**Krankenhausbehandlung nach Versichertengruppen**

Bei der Betrachtung der stationären Versorgung nach Versichertengruppen werden lediglich die Altersgruppen zwischen 15 und 65 Jahren berücksichtigt, um einen Bezug zu den Belastungen der Arbeitswelt und auch zur Arbeitslosigkeit herzustellen. Bei den Frauen werden die Familienversicherten eingeschlossen, da sie immer noch häufig über ihre Ehepartner versichert sind (vgl. *Schaubild 21*). Allerdings war 2007 nur noch jede fünfte Frau (19 %) in dieser Altersspanne familienversichert, in früheren Jahren waren dies noch rd. 30 %<sup>10</sup>.

**Stationäre Aufenthalte von Arbeitslosen**

Beim Krankheitsgeschehen spielt Arbeitslosigkeit eine gewichtige Rolle. Arbeitslose Versicherte (ALG-I- und ALG-II-Empfänger gemeinsam betrachtet, diese bilden etwa 4 % dieser Altersgruppe) müssen sich doppelt so häufig einer Krankenhausbehandlung unterziehen und verbringen sogar die zweieinhalbfache Zeit im Krankenhaus gegenüber pflichtversicherten Beschäftigten. Hierbei fällt die stationäre Morbidität der männlichen Arbeitslosen noch höher aus als die der Frauen.

Häufigste Gründe für einen Krankenhausaufenthalt sind sowohl bei arbeitslosen Männern als auch bei arbeitslosen Frauen *psychische Erkrankungen* (F00-F99). Hierbei überstieg die Fallhäufigkeit der Männer (62,2 Fälle je 1.000, +11 gegenüber Vorjahr) die der Frauen (40,3 Fälle je 1.000, +9) um 54 %, wobei bei Männern Langzeittherapien in Zusammenhang mit Alkoholkrankheiten im Vordergrund stehen. Arbeitslose waren aber auch von allen anderen Krankheitsarten häufiger

betroffen als beschäftigte Versicherte und Familienangehörige, und die Verweildauer war bei ihnen mit durchschnittlich 10,5 Tagen deutlich länger als bei den Pflichtversicherten (8,0 Tage) und den freiwillig Versicherten (7,6 Tage).

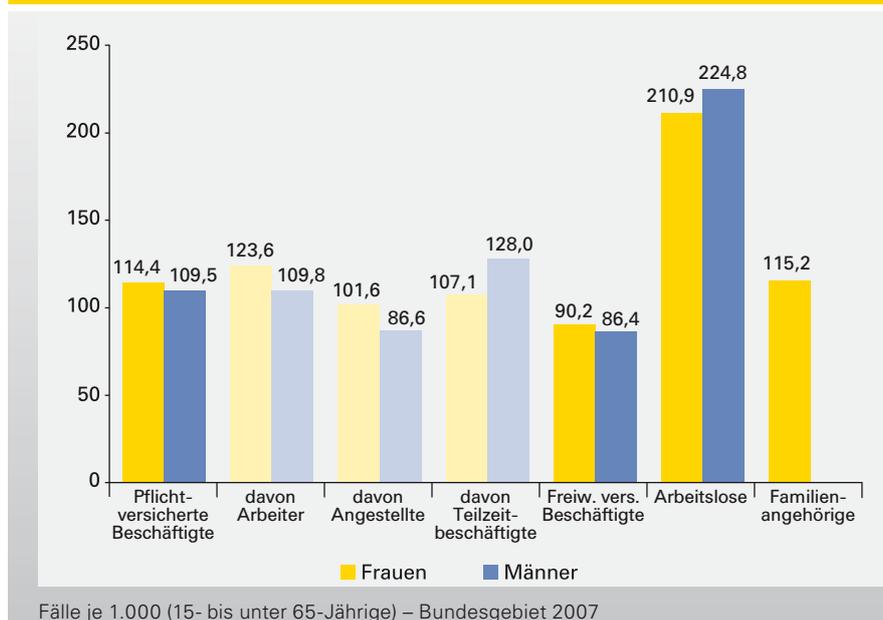
Die Unterschiede in der Morbidität zwischen den Arbeitslosen einerseits und den Erwerbstätigen und Familienversicherten andererseits hat sich seit dem Vorjahr nochmals vergrößert, insbesondere im Bereich der psychischen Störungen. Offensichtlich spiegelt sich hierin eine weiter zunehmende Selektion des Arbeitsmarktes wider.

**Stationäre Aufenthalte von Pflicht- und freiwillig versicherten Männern und Frauen**

Auch zwischen den weiteren Versichertengruppen gab es im Hinblick auf ihre stationäre Versorgung deutliche Unterschiede. So waren freiwillig versicherte Beschäftigte weitaus seltener im Krankenhaus als pflichtversicherte Beschäftigte (87 gegenüber 112 Fälle je 1.000 Ver-

**Schaubild 21**

**Krankenhausfälle nach Versichertenstatus**



<sup>10</sup> Im Alter zwischen 15 und 65 Jahren waren nur 28 % der Familienversicherten männlich, unter denen Jugendliche den höchsten Anteil stellten. Somit ist für die Familienangehörigen keine statistisch vergleichbare männliche Versichertengruppe gegeben.

sicherte). Unter den pflichtversicherten Männern lagen die stationären Fallzahlen der Teilzeitbeschäftigten bemerkenswert deutlich über dem Durchschnitt (128 gegenüber 110 Fälle je 1.000 Versicherte), während dieser Unterschied bei den Frauen nicht besteht. Mit 107 gegenüber 114 Fällen je 1.000 Versicherte wurden für weiblichen Teilzeitkräften sogar weniger Krankenhausfälle gemeldet. Arbeiterinnen und weibliche Angestellten sowie freiwillig versicherte Frauen wurden hingegen häufiger als Männer stationär behandelt. Mit 225 Fällen je 1.000 Versicherte waren Männer am häufigsten im Krankenhaus, am seltensten freiwillig versicherte Männer mit 86 Fällen.

Nicht nur bei der Krankheitshäufigkeit, sondern auch bei den Krankheitsarten sind Unterschiede zwischen den Versichertengruppen feststellbar (vgl. *Schaubilder 22.1* und *22.2*). Arbeitslose Männer und männliche Teilzeitbeschäftigte wurden deutlich häufiger als die übrigen Gruppen wegen *Neubildungen* (C00-D48) und *Herz-/Kreislaufkrankungen* (I00-I99) stationär behandelt. Die weiblichen Teilzeitbeschäftigten wiesen ebenfalls gegenüber dem Durchschnitt der Pflichtversicherten eine etwas erhöhte Fallzahl bei *Neubildungen* auf, die aber bei den freiwillig versicherten Frauen (!) und erst recht bei den Arbeitslosen noch stärker ausgeprägt waren. Während Krebserkrankungen zu den häufigeren Behandlungsursachen sowohl bei den Pflicht- wie auch bei den freiwillig versicherten Frauen gehören, waren bei ihnen *Verletzungen*, *Krankheiten des Verdauungssystems* und des *Bewegungsapparates* seltener als bei Männern Anlass für eine stationäre Behandlung.

Bei den Männern weisen die freiwillig Versicherten über alle Diagnosegruppen einen deutlich besseren Gesundheitszustand auf als die pflichtversicherten Beschäftigten. Besonders selten liegen bei ihnen psychische Störungen als Krankenhausdiagnosen vor, die bei den pflichtversicherten Männern mehr als doppelt so häufig zu stationären Behandlungen führten.

Schaubild 22.1

## Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Frauen)

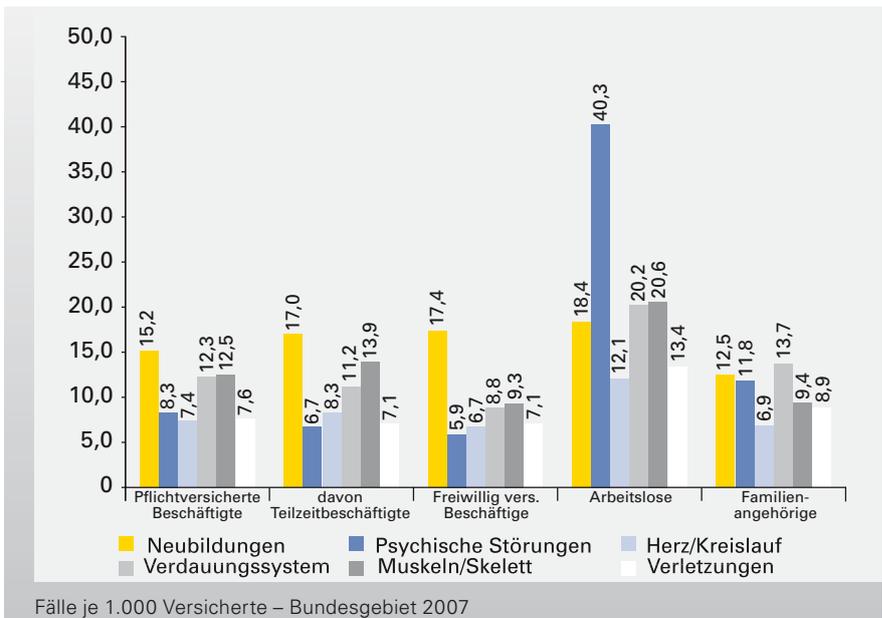
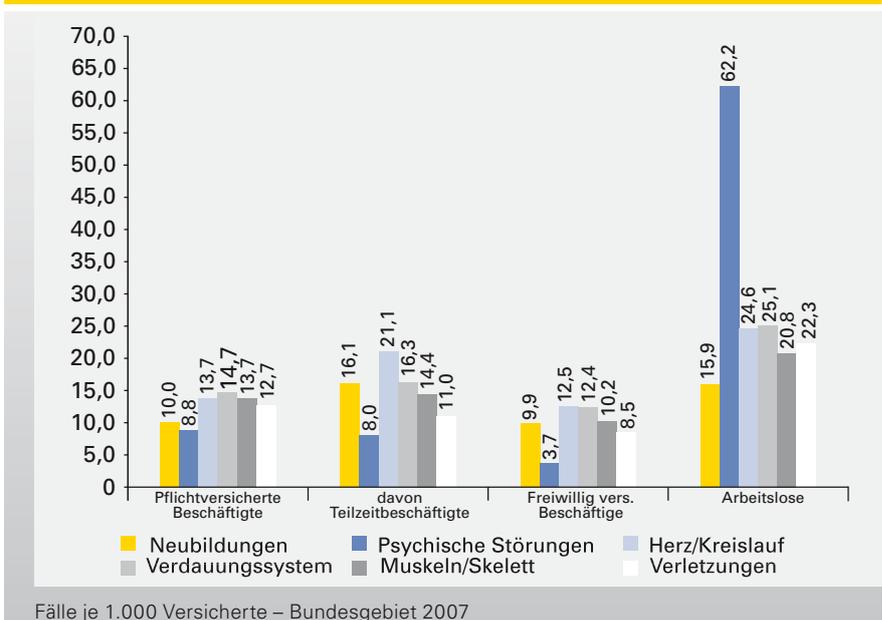


Schaubild 22.2

## Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Männer)







3

Arbeitswelt

### 3. Arbeitswelt

Die Arbeitsumwelt stellt einen wesentlichen Bestimmungsfaktor der gesundheitlichen Lage der erwerbstätigen Bevölkerung dar. Dieses Kapitel widmet sich daher ausführlich der Beziehung zwischen der beruflichen Tätigkeit und dem Gesundheitszustand. Hierbei stehen auf Grund der verfügbaren Datenlage die Unterschiede nach Branchen und Berufen im Mittelpunkt, wobei die konkreten beruflichen Belastungskonstellationen sehr heterogen sein können und weitere gesundheitsrelevante Parameter wie Lebenslage, Umwelt oder individuelles Gesundheitsverhalten außen vor bleiben müssen. Zudem sind die in *Kapitel 2* ausführlich beschriebenen Einflüsse von Alter und Geschlecht wie auch der soziale Status mit zu berücksichtigen, die die Krankenstände ebenfalls mit prägen.

Ebenfalls prägend und von anhaltend wachsender Bedeutung für die gesundheitliche Lage erweisen sich in besonderem Maße die psychischen Belastungen, die – nicht nur – aber eben auch in der Arbeitswelt, wie auch im sonstigen Lebensumfeld und Alltag der Bevölkerung steigen. Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen belegen die hohe Relevanz der psychomentalen Belastungen für die gesundheitliche Verfassung insgesamt, AU- und Arzneimitteldaten bringen gleichgerichtete Hinweise auf besonders betroffene Beschäftigtengruppen. Mitarbeiterbefragungen belegen, dass psychische Fehlbeanspruchungen auch den allgemeinen Gesundheitszustand in hohem Maße negativ beeinflussen. Umso dringender sind daher Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention

gefragt, die den psychomentalen Überforderungen mittels integrierter qualitätsgesicherter Maßnahmen entgegenwirken. All diesen Themen widmen sich unsere *Speziale* in diesem Kapitel.

Die Analysen zur gesundheitlichen Lage von BKK Mitgliedern im Kontext ihres beruflichen Umfeldes basieren auf den Arbeitsunfähigkeitsdaten von insgesamt knapp 6,5 Mio. beschäftigten BKK Mitgliedern – 3,7 Mio. Männern und 2,8 Mio. Frauen. Nach Versichertengruppen unterteilen sich die erwerbstätigen BKK Mitglieder in 5,8 Mio. Pflichtversicherte und 675 Tsd. freiwillige Mitglieder mit Krankengeldanspruch. Die BKK Statistik 2007 repräsentiert somit 24 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (vgl. *Anhang, Tabelle 4a*).

### 3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen

#### Versichertenstruktur

Die Verteilung der Beschäftigten auf Wirtschaftszweige hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert und spiegelt insofern den schon früher thematisierten sektoralen Strukturwandel<sup>1</sup> und die hiermit einhergehenden Veränderungen in der Arbeitswelt. Zusammen mit den veränderten Tätigkeitsstrukturen der Beschäftigten hat dies auch bedeutende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsunfähigkeit. Im Folgenden werden daher die Ausprägungen der Fehlzeiten nach Branchen<sup>2</sup> und Berufen einer detaillierten Analyse unterzogen.

Gegenüber den Vorjahren ist die Zahl der beschäftigten BKK Mitglieder leicht zurückgegangen. Der Rückgang betraf besonders gewerbliche Branchen und den Verkehrssektor, aber auch Banken und Versicherungen. Gegenläufig dazu stieg der Anteil der in Dienstleistungs-

sektoren beschäftigten BKK Mitglieder weiter an, womit sich ein schon länger feststellbarer Trend fortsetzte. Nach wie vor lässt sich allerdings im Versichertenkollektiv der Betriebskrankenkassen eine Dienstleistungslücke feststellen, da die Mitgliederstruktur trotz Wahlfreiheit immer noch zum Teil durch die traditionelle Bindung einiger BKK an Unternehmen aus dem produzierenden Gewerbe geprägt ist. So lag im Jahr 2007 der Anteil der Dienstleistungsbeschäftigten unter den BKK-Mitgliedern bei knapp 61 %, in der Gesamtwirtschaft dagegen bei etwa 67 %.

Die gemessen am Mitgliederanteil stärkste Branche ist vor diesem Hintergrund nach wie vor die Metallverarbeitung, deren Anteil an allen beschäftigten BKK Mitgliedern in 2007 mit knapp 16,2 % in etwa das Vorjahresniveau hielt. Gemessen an allen sozialversicherungspflichtig

Beschäftigten in Deutschland sind immerhin noch 36 % der Beschäftigten in der Metallverarbeitung in einer BKK versichert (s. *Tabelle 4a im Anhang*). Auch in der Energie- und Wasserwirtschaft (36 %) sowie in der Chemie-Industrie (33 %) liegen die Anteile der BKK Mitglieder traditionell hoch.

Weitere Branchenschwerpunkte bilden bei den BKK Mitgliedern der Handel (13,1 % der beschäftigten BKK Mitglieder, –0,1 %) und das Dienstleistungsgewerbe (12,4 %, + 0,2 %). Der Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens blieb mit 9,7 % im Mittel unverändert, wengleich hier ein Rückgang der Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen durch einen Anstieg im Sozialwesen ausgeglichen wurde. Dementsprechend ist der Anteil der BKK Mitglieder an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen von 22 % auf 21 % gesunken, während der

<sup>1</sup> Vgl. insbesondere BKK Gesundheitsreport 2004 "Gesundheit und sozialer Wandel" und 2006 „Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen“

<sup>2</sup> Der Darstellung der Wirtschaftsgruppen liegt die für das Berichtsjahr 2007 noch gültige, in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige aus dem Jahr 2003 (WZ2003) zu Grunde. Ab 2008 erfolgt die Umstellung auf die WZ2008, womit einige systematische Veränderungen verbunden sind. Die differenzierte Berücksichtigung von Wirtschaftszweigen erfolgte in den vorliegenden Analysen unter der Maßgabe einer in statistischer Hinsicht ausreichenden Besetzung der einzelnen Branchen.

Anteil im Sozialwesen mit etwa 18 % konstant blieb.

In den oben aufgeführten Branchen waren 57 % der beschäftigten BKK Mitglieder tätig. Der Frauenanteil bei den beschäftigten BKK Mitgliedern betrug insgesamt 43,3 %, bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten waren es 45 %. Eine Übersicht über die Mitgliederstruktur der BKK nach allen Branchen und ihren Anteilen an den Beschäftigten in Deutschland ist *Tabelle 4a im Anhang* zu entnehmen.

Um aus den branchenbezogenen Ergebnissen der BKK allgemeine Befunde ableiten zu können, wird neben der Darstellung der BKK Ergebnisse eine Hochrechnung der branchen- und berufsbe-

zogenen AU-Häufigkeiten durchgeführt, die Rückschlüsse auf die Strukturen der Arbeitsunfähigkeit unter allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zulässt. Zuvor erfolgt aber eine Darstellung der branchenbezogenen AU-Raten unter BKK Mitgliedern. Zu beachten ist, dass bei den Vergleichen Altersstruktureffekte in den Branchen die Ergebnisse beeinflussen. Die AU-Häufigkeiten sind nicht nur auf unterschiedliche Beschäftigungssituationen und daraus resultierende Belastungsstrukturen zurückzuführen, sondern auch auf unterschiedliche Altersstrukturen der Belegschaften. Wie groß der Einfluss der Altersstruktur auf die AU der BKK Versicherten im Vergleich zu allen Beschäftigten ist, lässt sich annähernd anhand der hochgerechneten Ergebnisse in *Kapitel 3.2* beurteilen.

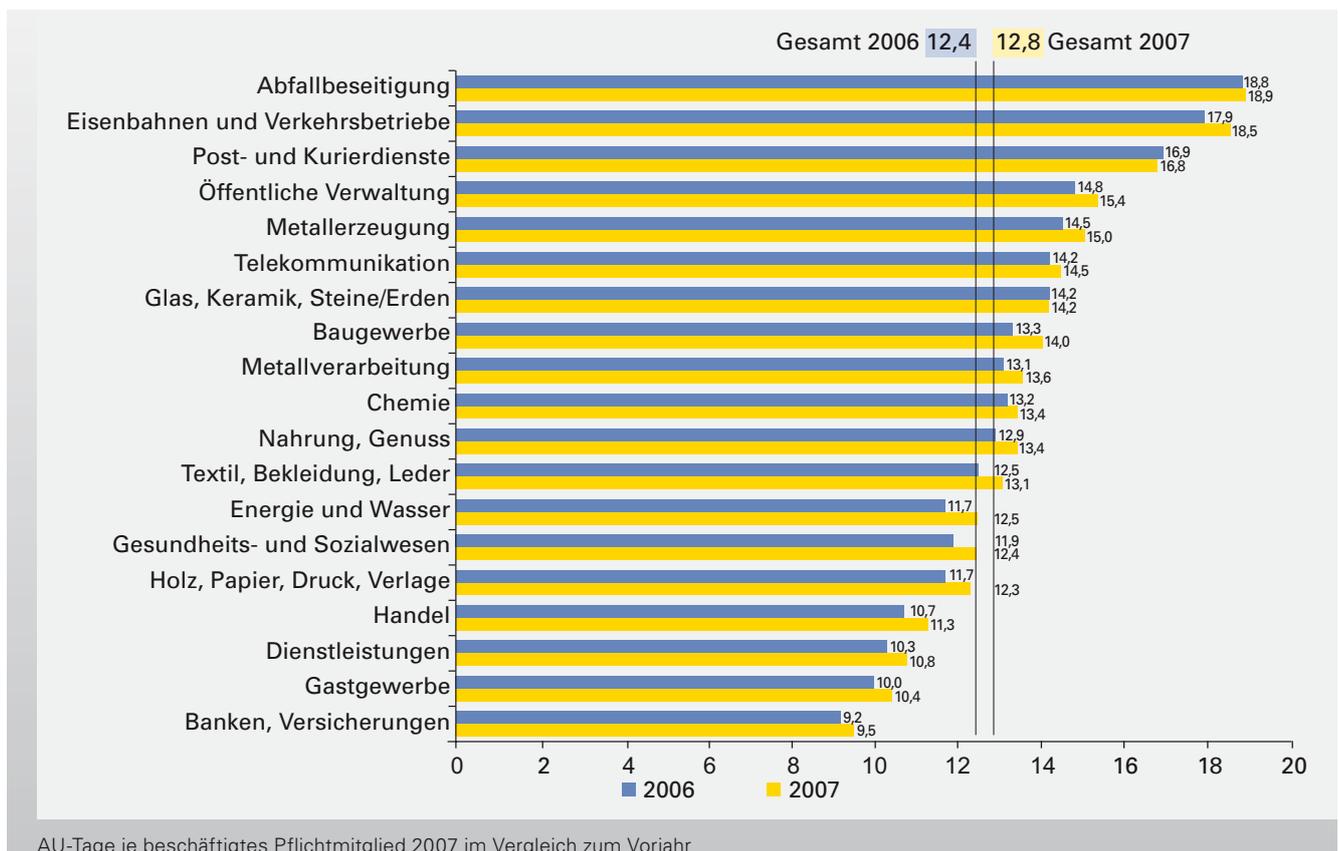
### Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick

Die Krankenstände stiegen in 2007 erstmals wieder an, die durchschnittlichen Fehltag der beschäftigten Pflichtmitglieder erhöhten sich von 12,4 auf 12,8 Tage. Im Vorjahr waren sie noch leicht um 0,2 Tage gesunken, wenngleich sich der rückläufige Trend bereits verlangsamt hatte. Der Krankenstand stieg 2007 leicht von 3,4 auf 3,5 %, womit in etwa wieder das Niveau von 2005 erreicht wurde.

Dieser Trend spiegelte sich auch in den meisten Branchen wieder, allerdings mit unterschiedlichen Ausprägungen. (vgl. *Schaubild 23*). Die deutlichsten Zunahmen verzeichneten die Energie- und Wasserwirtschaft sowie das Baugewer-

Schaubild 23

#### Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen



**Tabelle 4**  
**Arbeitsunfähigkeitstage nach Branchen 2007**

	je pflichtversichert Beschäftigten			je insg. versicherten Beschäftigten			Anzahl der beschäftigten BKK Mitglieder		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	12,3	12,6	11,5	12,1	12,4	11,4	33.877	23.369	10.508
Nahrung, Genuss	13,4	13,3	13,6	13,0	12,6	13,5	114.432	61.925	52.507
Textil, Bekleidung, Leder	13,1	13,8	12,5	12,5	12,7	12,3	29.695	14.508	15.187
Holz, Papier, Druck, Verlage	12,3	13,2	10,6	11,7	12,4	10,4	125.487	84.069	41.418
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	12,6	13,3	9,8	12,3	12,9	9,7	20.818	16.965	3.853
Papiergewerbe	14,0	14,6	11,8	13,3	13,7	11,6	36.848	29.732	7.116
Druck, Verlage	11,3	12,0	10,5	10,7	11,1	10,2	67.821	37.372	30.449
Chemie	13,4	13,8	12,5	12,1	12,2	11,8	284.152	207.924	76.228
Mineralölverarbeitung	11,2	11,6	8,9	10,0	10,3	8,4	16.174	13.737	2.437
Chemische Industrie	13,3	13,9	12,1	11,8	12,0	11,3	185.294	131.956	53.339
Gummi- und Kunststoffwaren	13,9	13,9	14,0	13,2	13,0	13,7	82.684	62.232	20.452
Glas, Keramik, Steinen/Erden	14,2	14,5	13,0	13,6	13,8	12,8	48.399	38.141	10.257
Glas	15,0	15,6	12,2	14,4	15,0	12,0	14.987	12.283	2.704
Keramik	16,4	15,5	17,9	15,7	14,6	17,6	10.230	6.608	3.622
Steine, Erden	12,7	13,5	9,0	12,1	12,7	9,0	23.181	19.250	3.931
Metallerzeugung	15,0	15,6	12,1	14,3	14,7	11,8	257.127	217.434	39.693
Metallerzeugung und -bearbeitung	17,1	17,7	11,8	16,0	16,6	11,2	108.147	97.041	11.106
Herstellung von Metallerzeugnissen	13,6	14,0	12,2	13,0	13,3	12,0	148.979	120.393	28.587
Metallverarbeitung	13,6	13,5	13,7	12,1	11,9	13,0	1.043.257	835.271	207.986
Maschinenbau	12,9	13,2	11,4	11,8	12,0	10,9	292.360	242.581	49.779
Herstellung von technischen Geräten	12,2	11,1	14,1	10,6	9,3	13,5	316.624	216.386	100.237
KFZ-Bau	14,9	14,8	15,5	13,4	13,3	14,4	393.577	340.600	52.977
Sonstiger Fahrzeugbau	15,4	16,0	10,8	13,7	14,2	10,2	40.696	35.703	4.993
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	12,0	12,4	11,1	11,6	11,9	11,0	34.481	24.356	10.125
Energie- und Wasserversorgung	12,5	12,7	12,0	11,3	11,2	11,8	93.281	70.974	22.307
Baugewerbe	14,0	14,9	8,8	13,8	14,5	8,8	243.801	211.103	32.698
Handel	11,3	10,8	11,7	10,9	10,2	11,6	848.229	411.176	437.053
KFZ-Werkstätten	11,2	11,6	9,7	10,9	11,3	9,7	150.279	115.240	35.040
Großhandel	10,4	10,7	10,1	9,8	9,8	9,9	282.086	172.393	109.692
Einzelhandel	11,8	10,3	12,5	11,7	9,9	12,4	415.864	123.543	292.321
Gastgewerbe	10,4	8,6	11,7	10,4	8,6	11,7	119.361	49.914	69.447
Verkehr	15,9	16,6	14,1	15,6	16,2	14,0	346.783	253.970	92.812
Eisenbahnen und Verkehrsbetriebe	18,5	18,4	19,1	18,3	18,2	18,9	172.688	140.626	32.062
Fracht, Speditionen, Nebentätigkeiten	13,3	14,3	11,5	12,9	13,7	11,4	174.095	113.344	60.751
Post und Telekommunikation	16,0	14,2	17,9	15,5	13,5	17,7	153.619	78.856	74.762
Post- und Kurierdienste	16,8	14,9	18,0	16,6	14,7	17,9	100.043	40.148	59.895
Telekommunikation	14,5	13,4	17,1	13,5	12,2	16,6	53.575	38.708	14.867
Kredit- und Versicherungsgewerbe	9,5	8,1	10,2	8,9	7,2	10,0	300.649	124.318	176.331
Dienstleistungen	10,8	10,7	10,9	10,1	9,7	10,7	800.654	423.713	376.941
Grundstücke und Vermietungen	11,2	11,6	10,7	10,7	10,8	10,6	79.702	42.573	37.129
Datenverarbeitung und Forschung	8,0	6,9	9,4	7,1	6,1	9,0	129.557	83.026	46.531
Dienstleistungen für Unternehmen	11,2	11,4	11,1	10,7	10,5	10,9	591.395	298.115	293.280
Öffentliche Verwaltung, Sozialvers.	15,4	15,7	15,1	15,1	15,2	15,1	314.013	123.311	190.702
Erziehung und Unterricht	11,1	9,6	11,9	10,9	9,2	11,8	169.667	55.871	113.796
Gesundheits- u. Sozialwesen	12,4	12,0	12,5	12,3	11,6	12,5	627.648	112.649	514.999
Gesundheitswesen	10,9	11,8	10,7	10,8	11,3	10,7	414.822	64.150	350.672
Sozialwesen	15,5	12,3	16,4	15,3	12,0	16,3	212.826	48.499	164.327
Abfallbeseitigung und Recycling	18,9	20,1	13,2	18,4	19,6	13,0	36.380	29.948	6.432
Interessenvertretungen, Verbände	10,8	9,3	11,4	10,4	8,6	11,2	78.000	25.449	52.551
Kultur, Sport und Unterhaltung	8,9	8,9	8,9	8,7	8,6	8,8	68.263	32.487	35.776
Sonstigen Dienstleistungen	11,1	13,1	10,5	11,0	12,8	10,5	56.683	12.899	43.784
<b>Bund Gesamt</b>	<b>12,8</b>	<b>13,2</b>	<b>12,4</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,1</b>	<b>6.454.734</b>	<b>3.657.579</b>	<b>2.797.155</b>

werbe (+0,8 bzw. +0,7 Tage), aber auch Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Handel legten mit +0,6 Tagen relativ deutlich zu. Kaum Veränderungen gab es dagegen bei den Post- und Kurierdiensten, in den Betrieben der Glas-/Keramik- und Steine/Erden-Industrie und in der Abfallbeseitigung.

Die meisten AU-Tage wiesen 2007 erneut die Unternehmen der Abfallwirtschaft mit durchschnittlich 18,9 Tagen auf. An zweiter Stelle folgten Eisenbahnen und Verkehrsbetriebe (18,5 AU-Tage), während die Post- und Kurierdienste bei sogar leicht gesunkenen Fehlzeiten mit 16,8 Tagen an dritter Stelle rangierten. Auf dem vierten Rang befanden sich wie im Vorjahr die öffentlichen Verwaltungen, die traditionell ebenfalls zu den Wirtschaftszweigen mit hohen Fehlzeiten gehören und 2007 mit 15,4 AU-Tagen auch erstmals seit Jahren wieder einen Anstieg zu verzeichnen hatten. Allerdings wurden 1999 in der öffentlichen Verwaltung noch über 23 Krankheitstage je Pflichtmitglied gemeldet, in der Abfallwirtschaft waren es sogar mehr als 27 Tage. In diesen beiden Bereichen reduzierten sich also die Fehlzeiten um rd. ein Drittel.

Der niedrigste Krankenstand wurde im letzten Jahr erneut bei Banken und Versicherungen mit nur 9,5 Krankheitstagen je Pflichtmitglied erreicht (+0,3 AU-Tage). Ebenso fielen im Gastgewerbe und in den Dienstleistungsunternehmen mit 10,4 und 10,8 Tagen (+0,4 bzw. +0,5 AU-Tage) nur geringe Fehlzeiten an. Innerhalb des Dienstleistungssektors lag auch diesmal für die 130 Tsd. Beschäftigten in der Datenverarbeitung und Forschung mit nur 8,0 AU-Tagen das günstigste Branchenergebnis vor, der Vorjahreswert wurde hiermit ebenfalls um 0,5 Tage überschritten. Im Handel wurden diesmal durchschnittlich 11,3 (+0,6) AU-Tage gemeldet, womit zwar ein noch relativ niedriger Krankenstand zu verzeichnen war, der aber dennoch eine deutliche Trendwende in der Branche markierte.

### Sektorale Struktur nach Geschlecht

*Tabelle 4* zeigt für die einzelnen Branchen die geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Dabei wird deutlich, dass die AU-Schwerpunkte bei Männern und Frauen zum Teil in denselben Branchen liegen, aber auf Grund der geschlechtsspezifischen Tätigkeitsprofile auch strukturelle Besonderheiten aufweisen. Die geschlechts- und branchenspezifischen Unterschiede sind im Verlauf verschiedener Untersuchungsjahre naturgemäß konstant. Die generelle Zunahme der durchschnittlichen Fehltagelänge war bei Männern (+0,4) und Frauen (+0,5) etwa gleich ausgeprägt. Das unterschiedliche Niveau blieb jedoch auch 2007 erhalten, wobei die Krankheitszeiten der Frauen (12,4 AU-Tage) im Schnitt um fast einen Tag niedriger ausfielen als die der Männer (13,2 AU-Tage). Der niedrigere Krankenstand der Frauen erklärt sich im wesentlichen aus anderen Tätigkeitsfeldern, vor allem einer stärkeren Beschäftigung in Angestelltenberufen.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage der weiblichen Beschäftigten entfielen wie in den Vorjahren auf Eisenbahnen und Verkehrsbetriebe (19,1 Tage, + 0,4) sowie Post- und Kurierdienste (18,0 Tage, -0,5). Frauen in der Telekommunikationsbranche folgten mit im Schnitt 17,1 AU-Tagen (+0,3 AU-Tage) erneut an dritter Stelle. Männliche Beschäftigte hatten sowohl bei Post- und Kurierdiensten wie auch in der Telekommunikationsbranche deutlich weniger Fehlzeiten, nämlich 14,9 AU-Tage (+0,3) bzw. 13,4 AU-Tage (+0,3). Auch hier hinter dürfte sich eine andere „Job“struktur verbergen. Bei Eisenbahnen und Verkehrsbetrieben fiel zwar für die männlichen Beschäftigten mit 18,4 AU-Tagen ebenfalls fast ein Tag weniger als bei den Frauen an, dennoch verzeichneten auch sie dort einen vergleichsweise hohen Krankenstand, der das zweithöchste Ergebnis bei den Männern bildete.

Der höchste Krankenstand für Männer wurde fast unverändert zum Vorjahr mit 20,1 Tagen (+0,2 AU-Tage) in der Abfallbeseitigung gemeldet. Hier waren die weiblichen Beschäftigten, mit körperlich geringeren Belastungen am Arbeitsplatz, nur durchschnittlich 13,2 Tage (- 0,3) krank gemeldet. Hintergrund dieser Di-

vergenzen sind die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Tätigkeitsfelder in vielen Branchen. So werden Männer beispielsweise bei der Abfallbeseitigung oder gar im Baugewerbe (s.u.) wesentlich häufiger als Frauen in körperlich schweren und belastenden Tätigkeiten eingesetzt. In Sektoren mit höherer Arbeitsunfähigkeit von Frauen (z.B. Post und Telekommunikation) üben weibliche Beschäftigte dagegen oftmals geringere qualifizierte Tätigkeiten als ihre männlichen Kollegen aus, die mit körperlichen, aber auch psychomentalen Belastungen verbunden sind und kaum individuelle Gestaltungsspielräume zulassen.

Neben den bereits genannten Branchen Abfallbeseitigung sowie Eisenbahnen und Verkehrsbetriebe traten bei männlichen Pflichtversicherten besonders hohe AU-Raten in der Metallherstellung und -bearbeitung (17,7 Tage, Frauen 11,8) sowie in der Glasindustrie (15,6 Tage, Frauen 12,2 Tage) auf. Weibliche Beschäftigte wiesen vor allem in der Keramikindustrie (17,9 Tage, Männer 15,5) sowie im Sozialwesen (16,4 Tage, Männer nur 12,3) höhere Fehlzeiten auf.

Die niedrigsten Fehlzeiten von Frauen wurden mit nur etwa neun AU-Tagen im Baugewerbe, der Mineralölverarbeitung sowie in der Steine-/Erden-Industrie und im Bereich Kultur, Sport und Unterhaltung gemeldet.

**Tabelle 5**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2007 – Gesamt**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>				
Gleisbauer	463	4.283	1,3	24,7
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	13.374	1,8	24,6
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	12.385	1,6	24,3
Kranführer	544	4.503	1,3	23,0
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	6.342	1,7	22,4
Straßenwarte	716	6.517	1,9	21,7
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	39.562	1,2	20,9
Fahrzeugreiniger, -pfleger	936	6.696	1,2	20,4
Schweißer, Brennschneider	241	20.106	1,5	20,3
Transportgeräteführer	742	16.031	1,3	20,3
Walzer	192	8.748	1,3	20,1
Gummihersteller, -verarbeiter	143	13.388	1,4	20,1
Geldeinnehmer-, auszahler, Kartenverkäufer, -kontrolleure	706	4.659	1,4	20,0
Eisen-, Metallerzeuger, Schmelzer	191	9.185	1,2	19,9
Helfer in der Krankenpflege	854	42.551	1,2	19,7
Raum-, Hausratreiniger	933	70.717	1,1	19,7
Maschinen-, Behälterreiniger u. verw. Berufe	937	6.584	1,2	19,6
Schienenfahrzeugführer	711	20.211	1,3	19,6
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	321	27.730	1,5	19,4
Drahtverformer, -verarbeiter	212	6.057	1,4	19,4

<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>				
Chemiker, Chemieingenieure	611	7.983	0,4	3,2
Naturwissenschaftler, a.n.g.	883	7.033	0,4	3,5
Rechtsvertreter, -berater	813	7.738	0,4	3,7
Hochschullehrer, Dozenten	871	8.261	0,4	4,1
Übrige Fertigungsingenieure	606	5.118	0,5	4,3
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	35.813	0,5	4,3
Unternehmensberater, Organisatoren	752	31.450	0,5	4,5
Elektroingenieure	602	46.799	0,6	4,7
Geisteswissenschaftler, a.n.g.	882	4.285	0,5	4,8
Apotheker	844	6.580	0,4	5,0
Architekten, Bauingenieure	603	16.017	0,6	5,3
Unternehmer, Geschäftsführer	751	70.640	0,4	5,3
Ärzte	841	14.221	0,4	5,3
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler	881	18.807	0,6	5,4
Publizisten	821	9.788	0,6	5,5
Sonstige Ingenieure	607	44.072	0,6	5,5
Praktikanten, Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf	982	10.106	0,9	5,6
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	47.487	0,8	5,7
Bildende Künstler, Graphiker	833	8.469	0,8	6,4
Gymnasiallehrer	872	6.261	0,7	6,4

Insbesondere im Baugewerbe und der Steine- und Erden-Industrie waren männliche Beschäftigte erwartungsgemäß deutlich länger – im Schnitt zwei Wochen – krank. Auch für diese Differenzen sind die oben angesprochenen geschlechtsspezifischen Tätigkeitsfelder verantwortlich. Während Männer vorwiegend in körperlichen und handwerklichen Tätigkeiten beschäftigt werden, erledigen Frauen in diesen Branchen überwiegend Büroarbeiten.

Dagegen wiesen Frauen und Männer im Bereich Kultur, Sport und Unterhaltung mit durchschnittlich 8,9 Krankheitstagen gleichermaßen niedrige Fehlzeiten auf. Geringe Krankheitsausfälle gab es bei beiden Geschlechtern auch wie üblich in der Datenverarbeitung und Forschung. Jedoch wiesen Frauen hier durchschnittlich 9,4 Krankheitstage im Jahr auf, während Männer in dieser Branche noch seltener krank gemeldet waren – im Durchschnitt nur 6,9 Tage. Als Ursache für diese Differenz könnten unterschiedliche Qualifikationsstrukturen und Statusunterschiede wie auch unterschiedliche familiäre Belastungen eine Rolle spielen.

Für Männer lagen die niedrigsten AU-Raten nach der Datenverarbeitung bei Banken und Versicherungen (8,1 Tage) und im Gastgewerbe (8,6 Tage) vor. Weibliche Bankangestellte verzeichneten mit 10,2 Tagen ebenfalls eine relativ niedrige AU-Rate, wenngleich diese wiederum spürbar höher als bei ihren männlich Kollegen ausfiel. Auch hier dürften – ähnlich wie in der Datenverarbeitung – Qualifikation, Status und familiäre Belastungen das Erkrankungsgeschehen beeinflussen. Im Gastgewerbe lagen Frauen mit 11,7 Krankheitstagen noch deutlicher über dem weit niedrigeren Krankenstand der Männer.

## Unterschiede nach beruflicher Tätigkeit

Da hinter den branchenspezifischen Arbeitsunfähigkeitsstrukturen häufig tätigkeitspezifische Belastungen stehen, werden im Folgenden die einzelnen Berufsgruppen näher betrachtet. Von besonderem Interesse sind hierbei Gruppen, die besonders häufig oder besonders selten arbeitsunfähig sind. Die berufsbezogenen Krankenstände weisen im Vergleich zu den Branchenergebnissen naturgemäß größere Abweichungen auf, da sie u.a. die jeweiligen Belastungsprofile, wie körperliche Schwere bzw. Anstrengung der Tätigkeit, Stress, Zeitdruck, Fremdbestimmung der Arbeitsabläufe und anderes mehr spezifischer abgrenzen. Dabei ist die Qualifikation ein maßgebliches Unterscheidungskriterium zwischen Berufsgruppen mit besonders hohen und besonders niedrigen AU-Raten. Höher qualifizierte Tätigkeiten sind wesentlich seltener mit körperlichen Belastungen verknüpft und bieten den Beschäftigten oft ein größeres Maß an individuellen Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen. Die an höhere Qualifikationen geknüpften Arbeitsbedingungen sind aber nicht der einzige Einflussfaktor für den Gesundheitszustand. Individueller Lebensstil, Konsumgewohnheiten und risikobehaftete Verhaltensweisen sind über den Bildungsstand und insbesondere die Einkommenssituation sowie weitere Merkmale mit den Qualifikationsstrukturen verbunden und beeinflussen den Gesundheitszustand ebenfalls.

Während körperlich belastete Tätigkeitsgruppen mit oftmals niedriger Qualifikation wie Gleisbauer, Stahlbauschlosser, Straßenreiniger und Abfallbeseitiger 2007 durchschnittlich dreieinhalb Wochen krankheitsbedingt am Arbeitsplatz fehlten (vgl. *Tabelle 5*), lagen die Fehlzeiten bei Naturwissenschaftlern, Ingenieuren, Juristen und anderen akademischen Berufen bei nur drei bis vier Tagen im Jahr.

**Tabelle 5.1**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2007 – Frauen**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>				
Helferinnen in der Krankenpflege	854	28.501	1,3	22,3
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	11.173	1,5	22,1
Sonstige Montierinnen	322	12.693	1,5	21,7
Kraftfahrzeugführerinnen	714	6.569	1,2	21,7
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierinnen	321	16.033	1,6	21,5
Warenaufmacherinnen, Versandfertigmacherinnen	522	19.033	1,4	20,9
Elektroinstallateurinnen, -monteurinnen	311	5.195	1,6	20,9
Kunststoffverarbeiterinnen	151	7.030	1,5	20,7
Raum-, Hausratreinigerinnen	933	61.861	1,2	20,4
Metallarbeiterinnen, o.n.A.	323	9.773	1,6	20,2
Chemiebetriebswerkerinnen	141	8.866	1,7	20,2
Wäscherinnen, Plätterinnen	931	4.503	1,2	19,4
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a.n.g.	521	10.822	1,4	19,2
Glas-, Gebäudereinigerinnen	934	4.019	1,1	19,2
Elektrogerätebauerinnen	314	4.312	1,7	18,7
Lager-, Transportarbeiterinnen	744	20.284	1,4	18,6
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	6.907	1,2	18,4
Köchinnen	411	34.933	1,2	18,4
Hilfsarbeiterinnen ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	27.295	1,5	18,3
Gärtnerinnen, Gartenarbeiterinnen	51	4.636	1,5	18,3
<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>				
Apothekerinnen	844	5.694	0,5	5,2
Unternehmensberaterinnen, Organisatorinnen	752	9.722	0,7	5,8
Ärztinnen	841	9.065	0,5	6,0
Publizistinnen	821	4.706	0,7	6,2
Wirtschaftsprüferinnen, Steuerberaterinnen	753	33.512	0,8	6,3
Architektinnen, Bauingenieurinnen	603	4.033	0,7	6,3
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen	881	9.455	0,8	6,4
Diätassistentinnen, Pharmaz.-techn. Assistentinnen	855	11.786	0,7	6,7
Bildende Künstlerinnen, Graphikerinnen	833	4.486	0,9	6,8
Augenoptikerinnen	304	5.275	0,9	7,0
Medizinische Fachangestellte	856	138.255	0,8	7,2
Gymnasiallehrerinnen	872	4.054	0,8	7,3
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	685	7.847	0,8	7,6
Unternehmerinnen, Geschäftsführerinnen	751	15.379	0,7	7,7
Sonstige Ingenieurinnen	607	5.548	0,8	7,9
Fremdenverkehrsfachfrauen	702	15.232	1,0	8,4
Facharbeiterinnen o.n.T.	991	12.209	0,7	8,5
Biologisch-technische Sonderfachkräfte	631	4.738	1,1	8,7
Verkehrsfachfrauen (Güterverkehr)	701	10.104	1,0	8,7
Technische Zeichnerinnen	635	13.781	1,1	8,8

**Tabelle 5.2**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2007 – Männer**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>				
Gleisbauer	463	4.264	1,3	24,7
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	11.927	1,6	24,6
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	13.254	1,8	24,2
Kranführer	544	4.358	1,3	23,0
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	6.061	1,7	22,2
Straßenwarte	716	6.403	1,9	21,7
Transportgeräteführer	742	14.879	1,3	20,5
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	28.388	1,1	20,4
Fahrzeuginnenputzer, -pfleger	936	5.315	1,2	20,3
Schweißer, Brennschneider	241	19.778	1,5	20,1
Walzer	192	8.652	1,3	20,1
Eisen-, Metallhersteller, Schmelzer	191	9.041	1,2	20,0
Maschinen-, Behälterreiniger u. verw. Berufe	937	5.037	1,2	19,5
Gummihersteller, -verarbeiter	143	11.756	1,3	19,4
Drahtverformer, -verarbeiter	212	4.762	1,4	19,0
Druckerhelfer	177	4.546	1,3	19,0
Betonbauer	442	6.359	1,2	18,9
Schienenfahrzeugführer	711	18.915	1,2	18,7
Warenmaler, -lackierer	512	17.809	1,4	18,6
Dachdecker	452	8.122	1,3	18,6
<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>				
Rechtsvertreter, -berater	813	4.049	0,3	2,5
Naturwissenschaftler, a.n.g.	883	4.157	0,3	2,8
Chemiker, Chemieingenieure	611	6.073	0,4	2,8
Hochschullehrer, Dozenten	871	4.418	0,3	3,2
Unternehmensberater, Organisatoren	752	21.728	0,4	3,9
Übrige Fertigungsingenieure	606	4.518	0,5	4,1
Ärzte	841	5.155	0,3	4,1
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	33.528	0,5	4,2
Praktikanten, Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf	982	5.209	0,7	4,3
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler	881	9.352	0,5	4,4
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	13.975	0,6	4,5
Elektroingenieure	602	43.857	0,6	4,6
Unternehmer, Geschäftsführer	751	55.261	0,4	4,6
Publizisten	821	5.082	0,5	4,8
Architekten, Bauingenieure	603	11.984	0,5	4,9
Sonstige Ingenieure	607	38.524	0,5	5,2
Leitende und administrativ entscheidende Verwaltungsfachleute	762	13.013	0,5	5,4
Datenverarbeitungsfachleute	774	93.358	0,6	5,5
Bankfachleute	691	68.624	0,7	6,0
Buchhalter	772	12.606	0,6	6,3

Bei getrennter Betrachtung der Geschlechter finden sich bei männlichen Beschäftigten mit besonders hohen AU-Raten vorwiegend die in der Gesamtschau bereits auffälligen Berufe wieder (Tabelle 5.2). Neben den bereits Genannten waren dies u.a. Kranführer, Halbzeugputzer, Straßenwarte, Transportgeräteführer, Eisenbahnbetriebsregler und mehrere eisen- und metallherstellende bzw. -verarbeitende Tätigkeitsgruppen. Bei den Frauen wiesen die Helferinnen in der Krankenpflege, dann analog zu den Männern die Eisenbahnbetriebsreglerinnen sowie Montierinnen und Kraftfahrzeugführerinnen die meisten Fehlzeiten auf (Tabelle 5.1). Hohe Fehlzeiten verzeichnete auch die bei den Frauen quantitativ bedeutsame Gruppe der Raum- und Hausratreinigerinnen.

Bei gleichen gewerblichen Berufen weisen die weiblichen Beschäftigten zumeist höhere Fehlzeiten auf als ihre männlichen Kollegen. Die Krankheitstage der gesundheitlich auffälligsten „Männer“-Berufe überstiegen allerdings die der mit den höchsten Fehlzeiten ausgewiesenen Tätigkeitsgruppen der Frauen (Tabelle 5.1).

Frauen wiesen im Vergleich zu männlichen Beschäftigten eine geringere Spannweite der berufsbezogenen Krankenstände auf. Bei ihnen zählten Apothekerinnen, Ärztinnen, Unternehmensberaterinnen sowie Publizistinnen, mit fünf bis sechs Krankheitstagen zu den Gruppen mit besonders niedrigen Fehlzeiten, die aber jeweils über den Werten ihrer männlichen Kollegen lagen. Darüber hinaus wiesen auch nach beruflichem Status und formaler Qualifikation weniger weit oben rangierende Gruppen wie Medizinische und pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte – also Berufsgruppen, die in kleinbetrieblichen Strukturen tätig sind – geringe Krankheitszeiten von durchschnittlich nur einer Woche im Jahr auf. Bei den männlichen Beschäftigten mit niedrigen Krankenständen ragen die bereits genannten Juristen, Naturwissenschaftler, Ingenieure, Hochschullehrer, Unternehmensberater und Ärzte mit lediglich zwei bis vier gemeldeten AU-Tagen im Jahr 2007 heraus.

## Ausgewählte Wirtschaftszweige

Im Folgenden werden die tätigkeits-spezifischen Krankenstände innerhalb ausgewählter besonders wichtiger Wirtschaftszweige detailliert dargestellt, um einen genaueren Einblick in die Krankheitsausfälle der Branchen zu geben<sup>3</sup>.

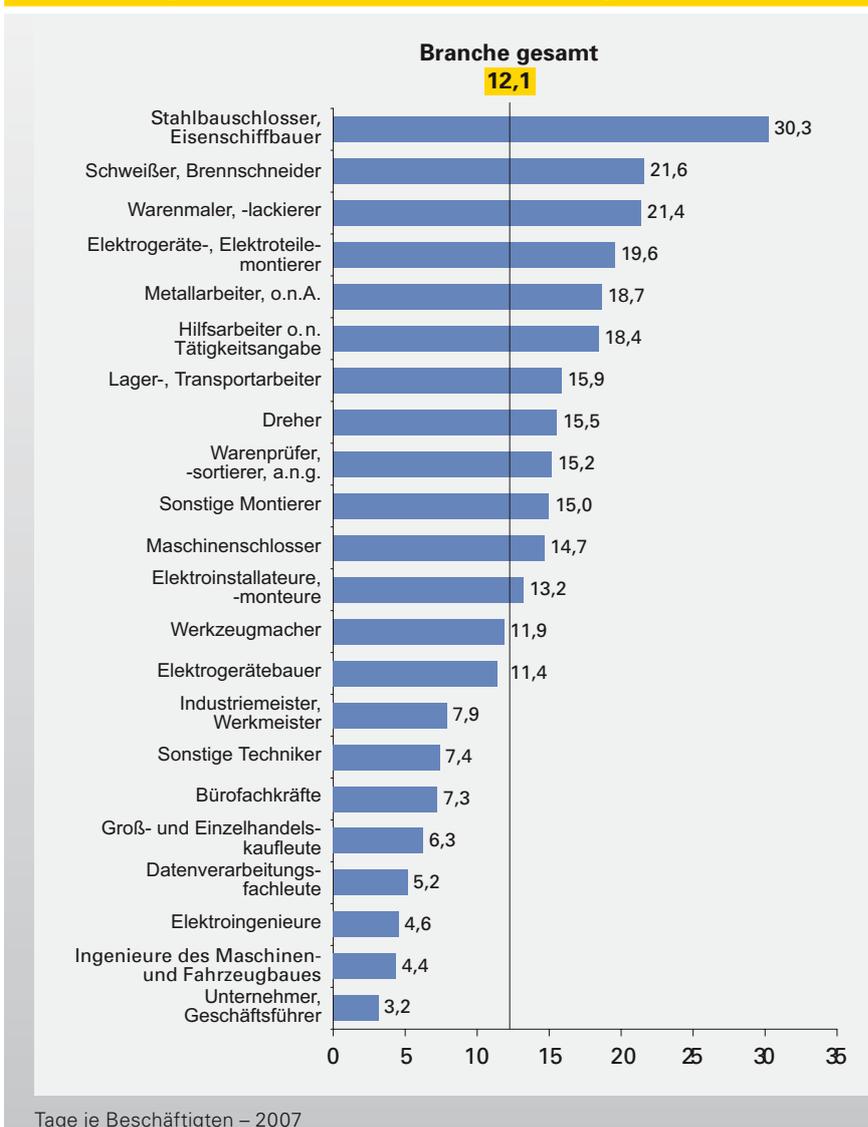
### Metallverarbeitung

Die *Metall verarbeitende Industrie* besitzt sowohl gemessen an ihrem Anteil an den BKK Versicherten als auch im gesamtwirtschaftlichen Maßstab ein hohes Gewicht. In dieser Branche erkrankte ein beschäftigtes BKK Mitglied 2007 im Durchschnitt 12,1 Kalendertage, womit gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um einen halben Tag zu verzeichnen war. Wie *Schaubild 24* zeigt, hatten innerhalb des Industriezweigs Stahlbauschlossler und Eisenschiffbauer mit 30,3 AU-Tagen die weitaus höchsten Fehlzeiten. Diese Tätigkeitsgruppe verzeichnete gegenüber dem Vorjahr eine sehr auffällige Zunahme um durchschnittlich etwa zwei Wochen. Es folgten Schweißer mit durchschnittlich 21,6 Tagen und Warenmaler und -lackierer mit 21,4 Tagen. Elektrogeräte-montierer, die im Vorjahr noch die höchsten Fehlzeiten aufwiesen, lagen mit 19,6 AU-Tagen an vierter Stelle.

Die wenigsten Krankheitstage fielen bei Unternehmensführern, Ingenieuren, Datenverarbeitungsfachleuten sowie Groß- und Einzelhandelskaufleuten an. Frauen in diesen Berufen wiesen jedoch – analog zu den oben ausgeführten allgemeinen Ergebnissen der Tätigkeitsgruppen – um etwa vier bis fünf Tage längere Fehlzeiten auf. Auch in der Metallverarbeitung waren die beruflichen Unterschiede beim Krankenstand also offenbar vor allem an die Qualifikationsmerkmale geknüpft, dies aber mit geschlechtsspezifischen Differenzen.

**Schaubild 24**

### Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallverarbeitung



<sup>3</sup> Bei den Ergebnissen ist zu beachten, dass hier nicht nur Pflichtmitglieder, sondern auch freiwillig Versicherte einbezogen wurden. Alle Einzelergebnisse – auch differenziert nach Geschlecht – stehen als Download unter [www.bkk.de](http://www.bkk.de) (Link über Gesundheitsreport) zur Verfügung

**Tabelle 6**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallherzeugung**

Beruf	Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Falldauer
Kranführer	544	1,3	25,3	19,2
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	1,6	21,9	13,4
Lager-, Transportarbeiter	744	1,3	20,5	16,4
Walzer	192	1,3	20,4	15,9
Eisen-, Metallherzeuger, Schmelzer	191	1,2	20,1	16,6
Schweißer, Brennschneider	241	1,4	19,7	14,4
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,4	19,6	14,6
Metallarbeiter, o.n.A.	323	1,3	17,2	13,2
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	1,3	16,7	13,1
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	1,3	16,6	13,3
Industriemechaniker o.n.F.	270	1,2	14,7	11,9
Maschinenschlosser	273	1,3	14,6	11,5
Bauschlosser	271	1,3	14,3	11,4
Dreher	221	1,2	14,1	11,4
Werkzeugmacher	291	1,2	11,8	9,9
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,1	11,6	10,8
Bürofachkräfte	781	0,8	7,0	8,9
Groß- und Einzelhandelskaufleute	681	0,7	6,0	8,6
Sonstige Ingenieure	607	0,5	4,9	10,0
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,4	4,8	10,8
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,1</b>	<b>14,3</b>	<b>12,7</b>
<b>davon: Männer</b>		<b>1,1</b>	<b>14,7</b>	<b>12,9</b>
<b>Frauen</b>		<b>1,1</b>	<b>11,8</b>	<b>11,2</b>

**Tabelle 7**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Chemie**

Beruf	Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Falldauer
Gummihersteller, -verarbeiter	143	1,3	19,5	14,9
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,4	17,6	12,5
Hilfsarbeiter o. n. Tätigkeitsangabe	531	1,3	16,8	12,5
Chemielaborwerker	142	1,4	16,5	11,7
Chemiebetriebswerker	141	1,4	16,5	12,0
Kunststoffverarbeiter	151	1,3	16,4	12,5
Lager-, Transportarbeiter	744	1,3	16,1	12,4
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	1,2	14,3	12,0
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,0	10,7	10,5
Stenographen, Stenotypistinnen	782	0,9	9,1	10,5
Chemielaboranten	633	1,0	8,7	8,7
Industriemeister, Werkmeister	629	0,7	7,7	11,8
Sonstige Techniker	628	0,7	7,3	10,7
Bürofachkräfte	781	0,8	7,2	8,9
Chemietechniker	626	0,7	6,1	8,6
Groß- und Einzelhandelskaufleute	681	0,7	5,9	8,8
Datenverarbeitungsfachleute	774	0,6	5,6	8,7
Sonstige Ingenieure	607	0,4	4,4	10,0
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,4	3,7	10,4
Chemiker, Chemieingenieure	611	0,4	2,6	7,2
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,1</b>	<b>12,1</b>	<b>11,4</b>
<b>davon: Männer</b>		<b>1,0</b>	<b>12,2</b>	<b>11,7</b>
<b>Frauen</b>		<b>1,1</b>	<b>11,8</b>	<b>10,6</b>

## Metallerzeugung

In der *Metallerzeugung* (Tabelle 6) lagen die Krankenstände mit durchschnittlich 14,3 AU-Tagen je Beschäftigten zwar erheblich höher als in der Metallverarbeitung, aber auch in diesem Bereich stiegen die Fehlzeiten gegenüber dem Vorjahr an. Mit etwa dreiwöchigen Krankheitszeiten standen die Kranführer, Halbzeugputzer sowie Lager- und Transportarbeiter an der Spitze. Auch Walzer und körperlich stark belastete Hochofenarbeiter wiesen ähnlich lange Krankheitsepisoden auf. Von den genannten Gruppen verringerten lediglich die Kranführer die Anzahl ihrer AU-Tage, während sich die Krankheitszeiten der Walzer im Vergleich zum Vorjahr sogar um zweieinhalb Tage verlängerten.

Am Ende der Fehlzeiten-Skala rangierten auch in diesem Wirtschaftszweig Berufsgruppen mit hohem Qualifikationsniveau wie Geschäftsführer, Ingenieure, Kaufleute und Bürofachkräfte. Sie waren durchschnittlich weniger als eine Woche krank. Geschlechtsspezifische Differenzen können auch in der Metallerzeugung festgestellt werden. Während beispielsweise männliche Bürofachkräfte nur 5,8 Tage krankgemeldet waren, verzeichneten Frauen im selben Beruf höhere Fehlzeiten (7,7 Tage). Auch Werkzeugmacher und Elektroinstallateure wiesen relativ günstige Krankenstandsergebnisse auf. Dennoch verzeichneten diese produktionsnahen Tätigkeitsgruppen deutlich höhere Fehlzeiten als die zuvor genannten produktionsfernen, eher dispositiven und administrativen Berufe.

## Chemische Industrie

In der *chemischen Industrie* (Tabelle 7) lag der Branchendurchschnitt im Beobachtungszeitraum bei 12,1 AU-Tagen je Beschäftigten und damit nahezu einen halben Tag über dem Vorjahr. Mit 17 bis 19,5 Fehltagen lagen dort erneut Gummihersteller und Beschäftigte in der Warenannahme und dem Versand sowie Hilfsarbeiter/innen um nahezu 50 % über dem Durchschnitt. Auch Chemielabor- und Chemiebetriebswerker weisen mit 16,5 AU-Tagen ähnlich hohe Fehlzeiten auf. Auf dem hohen Niveau der Fehlzeiten unterscheiden sich die Geschlechter zum Teil stark voneinander. Lagen die Krank-

heitszeiten der Frauen bei den Chemielaborwerkern mit 15,4 Tagen unter denen ihrer männlichen Kollegen (17,2), war es bei den Gummihherstellern umgekehrt. Hier wiesen Frauen um fünfeinhalb Tage längere Fehlzeiten auf (24,5 zu 18,9 Tage). Am unteren Ende der Skala befanden sich erwartungsgemäß Chemiker und leitende Angestellte im Management, Ingenieure und Datenverarbeitungsfachleute mit nur geringen Ausfallzeiten von bis zu fünfeinhalb AU-Tagen.

### Baugewerbe

Das *Baugewerbe* (Tabelle 8) gehört – ähnlich wie die Metallherzeugung – zu den Branchen mit einem höheren Krankenstand, wobei auch hier der Anstieg um 0,8 auf 13,8 Krankheitstage bemerkenswert ist. Wie im Vorjahr verzeichneten Betonbauer (18,9 AU-Tage), Dachdecker (18,7 AU-Tage) und Bauhilfsarbeiter (17,9 AU-Tage) die höchsten krankheitsbedingten Ausfälle. Auch die Fehlzeiten von Stukkateuren und Verputzern sowie Isolierern und Abdichtern bewegten sich mit rund 17 Ausfalltagen ebenfalls auf hohem Niveau. Zu den Berufsgruppen mit besonders wenigen AU-Tagen gehörten in dieser Branche Architekten (5,1 AU-Tage) und Bürofachkräfte, die im Durchschnitt gut eine Woche erkrankten.

### Handel

Mit durchschnittlich 10,9 Arbeitsunfähigkeitstagen zählte der *Handel* auch 2007 zu den Branchen mit insgesamt eher niedrigen Krankenständen. Die meisten Krankheitstage wiesen die Beschäftigten der Warenannahme und dem Versand sowie KFZ-Führer mit 16,6 bzw. 16,3 AU-Tagen auf. Während Frauen in der Berufsgruppe der KFZ-Führer, in der sie jedoch nur selten beschäftigt sind, die gleichen Fehlzeiten wie Männer (jeweils 16,3 AU-Tage) verzeichneten, wurden für Frauen in der Warenannahme nahezu drei AU-Tage mehr als für ihre männlichen Kollegen gemeldet (17,9 zu 15,2 AU-Tagen). Gruppen mit hohen Krankenständen waren auch Fleischer/innen (15,8 Tage) und Kassierer/innen (15,5 Tage) (vgl. Tabelle 9). Verkäuferinnen und Verkäufer bilden mit über einem Viertel der Beschäftigten im Handel naturgemäß die größte Berufsgruppe (224 Tsd. BKK

**Tabelle 8**  
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Baugewerbe

Beruf	Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Falldauer
Betonbauer	442	1,2	18,9	16,4
Dachdecker	452	1,3	18,7	14,4
Bauhilfsarbeiter	470	1,1	17,9	15,9
Stukkateure, Gipsler, Verputzer	481	1,2	17,3	14,0
Isolierer, Abdichter	482	1,0	17,3	16,6
Sonstige Tiefbauer	466	1,1	16,9	16,1
Maurer	441	1,1	16,8	15,8
Zimmerer	451	1,2	16,5	14,1
Kraftfahrzeugführer	714	0,9	16,4	18,2
Baumaschinenführer	546	0,9	15,8	17,6
Maler, Lackierer (Ausbau)	511	1,2	15,5	13,2
Straßenbauer	462	1,1	15,1	13,5
Sonstige Bauhilfsarbeiter	472	1,0	14,9	15,7
Rohrinstallateure	262	1,2	14,7	11,9
Fliesenleger	483	1,1	13,6	12,2
Tischler	501	1,1	12,7	11,1
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,1	12,4	11,2
Bautechniker	623	0,6	9,6	16,6
Bürofachkräfte	781	0,7	7,6	10,3
Architekten, Bauingenieure	603	0,4	5,1	11,4
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,0</b>	<b>13,8</b>	<b>13,4</b>
<b>davon: Männer</b>		<b>1,1</b>	<b>14,5</b>	<b>13,7</b>
<b>Frauen</b>		<b>0,8</b>	<b>8,8</b>	<b>10,7</b>

**Tabelle 9**  
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Handel

Beruf	Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Falldauer
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,2	16,6	13,7
Kraftfahrzeugführer	714	1,0	16,3	17,0
Fleischer	401	0,8	15,8	19,8
Kassierer	773	1,0	15,5	15,9
Lager-, Transportarbeiter	744	1,2	15,3	12,8
Lagerverwalter, Magaziner	741	1,1	13,5	12,3
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	1,3	13,0	10,0
Verkäufer	682	0,9	12,6	14,0
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,2	12,5	10,6
Sonstige Techniker	628	0,9	9,9	11,6
Groß- und Einzelhandelskaufleute	681	0,9	8,5	10,0
Handelsvertreter, Reisende	687	0,8	8,2	10,6
Bürofachkräfte	781	0,8	7,9	9,5
Pharm.-kaufm. Angestellte	685	0,8	7,2	9,1
Buchhalter	772	0,7	6,9	9,5
Augenoptiker	304	0,8	6,8	8,1
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,5	6,4	13,7
Datenverarbeitungsfachleute	774	0,7	6,3	8,9
Diät-/Pharmaz.-techn. Assistenten	855	0,7	6,0	8,8
Apotheker	844	0,4	4,9	11,7
<b>Branche gesamt</b>		<b>0,9</b>	<b>10,9</b>	<b>11,9</b>
<b>davon: Männer</b>		<b>0,9</b>	<b>10,2</b>	<b>11,4</b>
<b>Frauen</b>		<b>0,9</b>	<b>11,6</b>	<b>12,3</b>

Versicherte). Sie wiesen durchschnittlich 12,6 AU-Tage auf, was zwar mehr als „branchenüblich“ war aber gemessen am allgemeinen Krankenstand doch eher niedrig lag. Auch hier verzeichneten allerdings die Verkäuferinnen mit 13,8 AU-Tagen deutlich mehr Krankheitstage als männliche Verkäufer (9,5 Tage). Lediglich rund fünf Krankheitstage verzeichneten Apotheker, bei denen die Anzahl der Krankheitstage der Frauen (5,1 AU-Tage) ebenfalls von der der Männer abwich (3,3 AU-Tage). Bei Diätassistent(inn)en, Datenverarbeitungsfachleuten und Geschäftsführern fielen mit rund 6 Tagen ebenfalls geringe Ausfallzeiten an. Hierbei fehlten Frauen jedoch im Schnitt drei Tage länger als Männer.

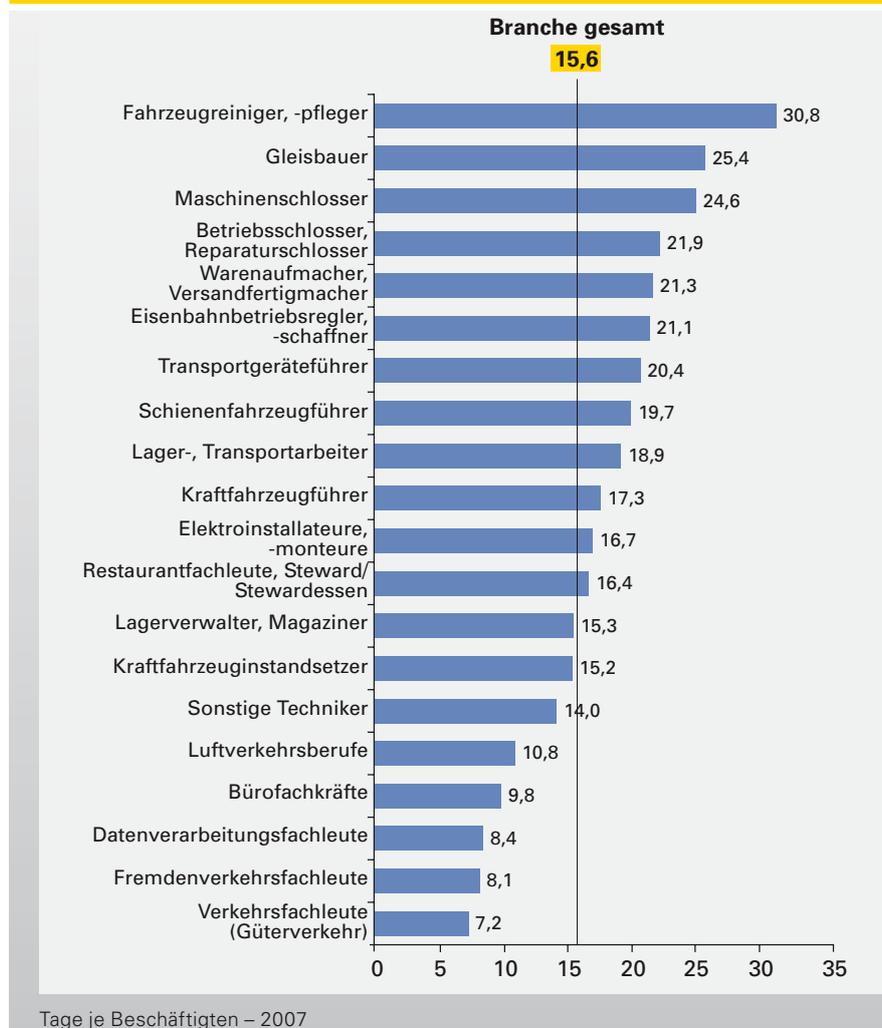
### Verkehr

Der *Verkehrsbereich* wies mit durchschnittlich 15,6 Krankheitstagen im Jahr 2007 einen halben AU-Tag mehr als im Vorjahr auf. Somit lag das Fehlzeiten-niveau der Branche weiterhin deutlich über dem Durchschnitt aller Wirtschaftszweige, was besonders auf die Zweige Eisenbahnen und den öffentlichen Nahverkehr (vgl. *Schaubild 25*) zurückzuführen ist. Weit an der Spitze standen wie im Vorjahr Fahrzeugreiniger mit 30,8 Krankheitstagen, Gleisbauer und Maschinenschlosser mit 25,4 bzw. 24,6 Tagen. Darüber hinaus wiesen Betriebschlosser, Warenaufmacher und Eisenbahnschaffner Fehlzeiten von rund drei Wochen auf.

Mit Fehlzeiten von nur 7 bis 8 Tagen rangierten Verkehrsfachleute (Güterverkehr), Fremdenverkehrsfachleute sowie Beschäftigte in der Datenverarbeitung am unteren Ende der AU-Rangskala.

**Schaubild 25**

### Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Verkehr



## Dienstleistungen

Im *Dienstleistungsbereich* (Schaubild 26) werden im Vergleich zu allen anderen Sektoren auffallend niedrige Fehlzeiten gemeldet – 2007 waren es nur 10,1 AU-Tage – allerdings mit extrem starken Streuungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen. So erkrankten Glas- und Gebäude- sowie Raum- und Hausratreiniger durchschnittlich 18,4 bzw. 17,9 Tage. Raumpflegerinnen fehlten mit 19,4 Tagen deutlich länger als ihre männlichen Kollegen (14,3 Tage). Telefonist/innen fehlten 17,5 Tage (Frauen: 19,8, Männer: 12,1), Wachpersonal 16,1 sowie Lager- und Transportarbeiter über 14 Tage im Jahr. Trotz des hohen Fehlzeitenniveaus war bei den Beschäftigten der Reinigungsberufe gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang der Fehlzeiten festzustellen.

Das andere Ende der Fehlzeitenskala markierten mit knapp vier Tagen im Jahr Architekten und Bauingenieure (4,0 Tage) und Unternehmensberater (4,2 Tage). Die zahlenmäßig besonders bedeutsamen Gruppe der Datenverarbeitungsfachleute lag mit 5,6 Tagen nur geringfügig darüber, auch hier mit einem höheren Krankheitsausfall der Frauen (7,8 Tage) gegenüber den Männern (5 Tage). Die zahlenmäßig stärkste Beschäftigtengruppe in dieser Branche sind Bürofachkräfte, die insbesondere auf Grund ihrer relativ jungen Altersstruktur mit acht Krankheitstagen noch merklich unter dem Branchendurchschnitt lagen. Hier unterschritten die Männer das Ergebnis der Frauen (9,1 Tage) um rund zwei Tage.

Schaubild 26

### Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Dienstleistungen



## Post und Telekommunikation

Post- und Telekommunikationsbedienstete gehörten mit durchschnittlich 15,5 Arbeitsunfähigkeitstagen zu den Beschäftigten mit eher hohen Krankenquoten, konnten aber das Fehlzeitenniveau des Vorjahres beibehalten. So verzeichneten bei ihnen die Postverteiler (16,9 AU-Tage), Fernmeldemonteur und -handwerker (16,4 AU-Tage) sowie KFZ-Führer (16,2 AU-Tage) die höchsten Krankheitszeiten. Datenverarbeitungsfachleute, die in anderen Branchen (z.B. Dienstleistungsbereich, s.u.) zumeist außerordentlich niedrige Fehlzeiten aufweisen, meldeten noch 15,9 Krankheitstage (vgl. *Tabelle 10*), wengleich es fünf Tage weniger als im Vorjahr waren. Während Männer hier mit 8,9 Tagen relativ ähnliche Fehlzeiten wie in anderen Branchen aufwiesen, verzeichneten Frauen in dieser Berufsgruppe durchschnittlich (!) drei Krankheitswochen in 2007. Auch für Bürofachkräfte wurden mit 15,3 Tagen hohe Krankheitsausfälle gemeldet – ebenfalls eine Gruppe mit ansonsten eher niedrigen Fehlzeiten. Unter zehn Krankheitstagen blieben in der Post und Telekommunikation 2007 lediglich vergleichsweise kleine Gruppen wie Elektrotechniker (8,6 Tage) und Elektroingenieure (7,0 Tage).

## Öffentliche Verwaltung

In den *öffentlichen Verwaltungen* wurde 2007 mit durchschnittlich 15,1 AU-Tagen der Rückgang der Fehlzeiten in den Vorjahren gestoppt. Im Branchenvergleich ist der Krankenstand zudem weiter überdurchschnittlich, was u.a. auf den Umstand zurückzuführen ist, dass in den öffentlichen Verwaltungen zum einen chronisch oder längerfristig erkrankte Beschäftigte einen besseren Kündigungsschutz genießen. Zum anderen werden nach wie vor mehr Schwerbehinderte beschäftigt als in der freien Wirtschaft. Darüber hinaus schlägt sich darin auch ein höherer Anteil älterer Beschäftigter in den Belegschaften nieder.

**Tabelle 10**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Post und Telekommunikation**

Beruf	Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Falldauer
Postverteiler	732	1,1	16,9	15,5
Fernmeldemonteur, -handwerker	312	1,2	16,4	13,8
Kraftfahrzeugführer	714	1,0	16,2	17,1
Datenverarbeitungsfachleute	774	1,1	15,9	14,2
Sonstige Techniker	628	1,2	15,7	13,0
Bürofachkräfte	781	1,1	15,3	13,4
Lager-, Transportarbeiter	744	0,9	14,2	15,9
Verkäufer	682	1,1	10,8	9,8
Techniker des Elektrofaches	622	0,9	8,6	9,5
Elektroingenieure	602	0,7	7,0	9,5
<b>alle Berufe</b>		<b>1,1</b>	<b>15,5</b>	<b>14,1</b>
<b>davon: Männer</b>		<b>1,0</b>	<b>13,5</b>	<b>13,3</b>
<b>Frauen</b>		<b>1,2</b>	<b>17,7</b>	<b>14,7</b>

**Tabelle 11**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Öffentliche Verwaltung**

Beruf	Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Falldauer
Wächter, Aufseher	792	1,6	29,5	18,6
Polizeibedienstete	801	1,9	25,9	13,6
Gärtner, Gartenarbeiter	51	1,9	25,0	13,0
Raum-, Hausratreiniger	933	1,3	22,9	18,0
Straßenwarte	716	1,9	22,0	11,5
Kultur-, Wasserbauwerker	465	1,6	21,0	13,4
Bürohilfskräfte	784	1,4	20,9	14,7
Kraftfahrzeugführer	714	1,4	20,8	14,6
Stenographen, Stenotypistinnen	782	1,4	16,7	12,3
Pförtner, Hauswarte	793	1,0	16,3	16,5
Bürofachkräfte	781	1,3	13,8	11,1
Real-, Volks-, Sonderschullehrer	873	1,1	13,5	11,8
Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	864	1,4	13,4	9,5
Leitende Verwaltungsfachleute	762	0,9	11,9	13,2
Bibliothekare, Archivare, Museumsfachleute	823	1,1	11,4	10,4
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	861	0,9	11,4	12,1
Heimleiter, Sozialpädagogen	862	1,0	11,3	11,5
Sonstige Techniker	628	1,0	10,4	10,2
Datenverarbeitungsfachleute	774	1,0	10,1	10,3
Architekten, Bauingenieure	603	0,8	8,8	10,6
<b>alle Berufe</b>		<b>1,3</b>	<b>15,1</b>	<b>11,9</b>
<b>davon: Männer</b>		<b>1,3</b>	<b>15,1</b>	<b>11,4</b>
<b>Frauen</b>		<b>1,2</b>	<b>15,2</b>	<b>12,8</b>

Stark auffällige Berufsgruppen mit hohen Krankenständen waren mit 29,5 Tagen Wächter und Aufseher, gefolgt von Polizeibediensteten (25,9 Tage) sowie Gartenarbeitern mit 25 Krankheitstagen (vgl. *Tabelle 11*). Die große Gruppe der Bürofachkräfte lag mit durchschnittlich 13,8 Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer: 11,9, Frauen: 14,5) unter dem Bran-

chendurchschnitt. Im Vergleich mit den Beschäftigten dieser Berufsgruppe in anderen Sektoren ist festzustellen, dass der Krankenstand damit um 62 % über dem der in Dienstleistungsbetrieben tätigen, zumeist jüngeren Bürofachkräften lag, allerdings auch um 10 % unter dem Vergleichswert für Bürofachkräfte aus der Post und Telekommunikation.

Berufsgruppen mit geringen Fehlzeiten waren in den öffentlichen Verwaltungen tätige Architekten (8,8 Tage) und Datenverarbeitungsfachleute (10,1 Tagen). Sie wiesen damit im Vergleich zu ihren Berufskollegen im Dienstleistungssektor allerdings einen deutlich höheren Krankenstand auf. Gegenüber Datenverarbeitungsfachleuten aus der Post und Telekommunikation lagen die Fehlzeiten dagegen nur bei etwa zwei Dritteln. Heimleiter, Sozialarbeiter sowie Bibliothekare und Museumsfachleute erkrankten an gut 11 Tagen im Jahr.

### Gesundheits- und Sozialwesen

Im *Gesundheits- und Sozialwesen* lag die Arbeitsunfähigkeit mit nur 12,3 Krankheitstagen je Beschäftigten in 2007 etwa einen halben Tag über dem Niveau des Vorjahres. Naturgemäß gab es auch hier Berufsgruppen mit hohen Krankenständen (*Schaubild 27*), etwa Reinigungskräfte (22,8 AU-Tage) und hauswirtschaftliche Betreuer/innen (21,1 AU-Tage). Auch Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege (20,0 AU-Tage, Männer: 14,8, Frauen: 22,4) sowie Köche und Köchinnen (19,6 AU-Tage, Männer: 14,9, Frauen: 21,5 AU-Tage) fehlten mit durchschnittlich fast drei Krankheitswochen häufig. Der Vergleich der Fehlzeiten von Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege mit denen von Krankenpflegern und -schwestern (14,0 AU-Tage bei allen, 14,3 Tage bei den Frauen) zeigt dabei erneut den Einfluss der beruflichen Qualifikation auf den Krankenstand.

Die geringsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten im Gesundheits- und Sozialwesen fanden sich mit 4 bis 5 Tagen erwartungsgemäß bei Zahnärzten sowie Ärzten und Ärztinnen. Auch Medizinische Fachangestellte (Arzthelfer/innen) und Zahntechniker fehlten durchschnittlich nur ca. eine Woche im Jahr. Für die niedrigen Fehlzeiten der medizinischen Fachangestellten dürften vermutlich die kleinbetrieblichen Strukturen in den Arztpraxen ausschlaggebend sein.

**Schaubild 27**

#### Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Gesundheits- und Sozialwesen



Auf Grund der geringen Personaldecke fallen dort Krankschreibungen einzelner Beschäftigter stärker ins Gewicht. Außerdem ist diese Gruppe durch eine „junge“ Altersstruktur geprägt, die sich ebenfalls mindernd auf die AU auswirkt.

Da Medizinische Fachangestellte einen hohen Anteil der im Gesundheitswesen beschäftigten BKK Versicherten ausma-

chen, trug die niedrige Arbeitsunfähigkeitsrate dieser Gruppe erheblich zum AU-Durchschnitt der Branche bei. Die in *Kapitel 3.2* erfolgte Hochrechnung der BKK Ergebnisse auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland bereinigt solche alters-, geschlechts- und (Beschäftigungs-)strukturbezogene Einflüsse und führt so zu modifizierten aber repräsentativen Ergebnissen.

### 3.2 Hochrechnung des Krankenstandes für ganz Deutschland

Die bisher skizzierten Befunde zur Arbeitsunfähigkeit basieren auf den Daten der bei Betriebskrankenkassen Versicherten. Obwohl die bei BKK versicherten Beschäftigten mit einem Anteil von gut einem Viertel an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine hohe Repräsentativität aufweisen, lassen sich die Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf alle Beschäftigten übertragen. Um Aussagen über Arbeitsfähigkeit und Morbiditätsstrukturen in der Gesamtwirtschaft treffen zu können, ist daher eine Hochrechnung (Standardisierung), die Kassenarten spezifische Verzerrungen ausgleicht, erforderlich. Dabei werden die Verteilungen an eine Standarderwerbspopulation angepasst und somit um den Einfluss bestehender Unterschiede in der Alters-, Branchen- und Berufsstruktur zwischen den BKK Versicherten und der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bereinigt (vgl. Kasten auf S. 63)<sup>4</sup>. Eine solche Hochrechnung wurde erstmals in der Krankheitsartenstatistik 2001/2002 veröffentlicht. Der aktuelle Report umfasst die Daten des Jahres 2007 und zeigt branchen- und berufsspezifische Entwicklungen der Krankheitszeiten aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf.<sup>5</sup>

In der Gegenüberstellung der hochgerechneten Ergebnissen mit den nicht standardisierten AU-Werten der BKK Versicherten zeigen sich im Gesamtergebnis keine Unterschiede mehr in der Häufigkeit der Fehlzeiten zwischen den rohen BKK Werten und der gesamtwirtschaftlichen Ebene. Nachdem sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten seit 2004 immer mehr annäherten, lagen die beschäftigten BKK Mitglieder mit 12,1 Krankheitstagen im Jahr 2007 exakt auf dem Niveau der Hochrechnung. War in den Vorjahren ein rückläufiger Trend der Fehlzeiten sowohl auf BKK Ebene (2002: 13,3; 2003: 12,9; 2004: 12,2; 2005: 11,8; 2006: 11,5 Tage) als auch in der Hochrechnung (2002: 14,1; 2003: 13,5; 2004: 12,9; 2005: 12,3; 2006: 11,9 Tage) zu beobachten, stiegen diese 2007 leicht an.

Dieser Anstieg setzt sich auch nach den aktuellen Krankenstandserhebungen der BKK (vgl. Kapitel 1.1) fort.

#### Ergebnisse nach Branchen

Während sich im Durchschnitt aller Branchen keine Abweichungen mehr im Krankenstand zwischen allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und den beschäftigten BKK Mitgliedern feststellen lassen, fallen die Ergebnisse auf der Ebene der einzelnen Branchen deutlich differenzierter aus (vgl. *Schaubild 28*). Dennoch bestätigen sich im Wesentlichen die anhand der BKK Daten identifizierten Schwerpunkte des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens durch die Hochrechnung. Dies unterstreicht die gute Repräsentativität der bei Betriebskrankenkassen Versicherten für die gesamte Erwerbsbevölkerung, so dass die bislang skizzierten Befunde auf BKK Datenbasis einen treffenden Eindruck des Morbiditätsgeschehens in den meisten Wirtschaftsgruppen vermitteln.

Die meisten Ausfalltage wurden 2007 auch nach der Hochrechnung in der Abfallwirtschaft (17,8 Tage, + 0,3), bei Eisenbahnen und Verkehrsbetrieben (16,9 Tage, + 0,2), in öffentlichen Verwaltungen (15,1 Tage, + 0,1) sowie bei Post- und Kurierdiensten (14,9 Tage, + 0,3) gemeldet. Im gewerblichen Bereich fielen in der Metallherstellung (15,0 Tage, + 0,6) und der Keramikindustrie (14,8 Tage, + 0,3) die höchsten Fehlzeiten an. Die rohen BKK Werte lagen in den genannten Branchen mit Ausnahme der öffentlichen Verwaltung um 0,6 bis 1,7 Tage über denen der Standarderwerbsbevölkerung, was demnach auf eine ungünstigere Alters- und Berufsstruktur der BKK Versicherten zurückzuführen ist. Die geringsten Fehlzeiten waren in der Datenverarbeitung und Forschung (6,6 Tage) und dem Kredit- und Versicherungsgewerbe (8,8 Tage) zu beobachten.

Umgekehrt wiesen die beschäftigten BKK Mitglieder in der Textil-, Beklei-

dungs- und Lederindustrie, der Nahrungsmittelindustrie, dem Baugewerbe sowie in der Land- und Forstwirtschaft günstigere Beschäftigungsstrukturen als im Durchschnitt der jeweiligen Branche auf. Hier lagen die BKK Werte 0,4 bis 0,8 Tage unter denen der Gesamtbranche. Auch im Großhandel, bei Unternehmensdienstleistern sowie im Gesundheits- und Sozialwesen wurden niedrigere Fehlzeiten als in der gesamten Branche gemeldet (vgl. auch *Tabelle 12*).

Im Vergleich der hochgerechneten Werte für alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten einer Branche mit den BKK Befunden zeigen sich bei den Geschlechtern Abweichungen in beide Richtungen. Im Papiergewerbe, dem Kultur-, Sport- und Unterhaltungsbereich sowie dem Holzgewerbe und der Glasindustrie weisen BKK versicherte Frauen deutlich niedrigere Arbeitsunfähigkeitstage auf als in der gesamten Branche. Ähnliches gilt auch für die in der Chemieindustrie beschäftigten Frauen, während es bei den Männern umgekehrt war. Männliche BKK Mitglieder fehlten dort im Schnitt 0,5 Tage länger als die Gesamtbeschäftigten. Die Fehlzeiten der Männer lagen im Bereich Kultur, Sport und Unterhaltung sowie bei Interessensverbänden und der Steine/Erden-Industrie unter denen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Beide Geschlechter wiesen – wie schon in den Vorjahren – insbesondere in der Post- und Telekommunikationsbranche und den Eisenbahnen und Verkehrsbetrieben deutlich höhere Krankheitszeiten (runde 1,5 Tage) auf als in der Gesamtbranche.

#### Ergebnisse nach Berufen

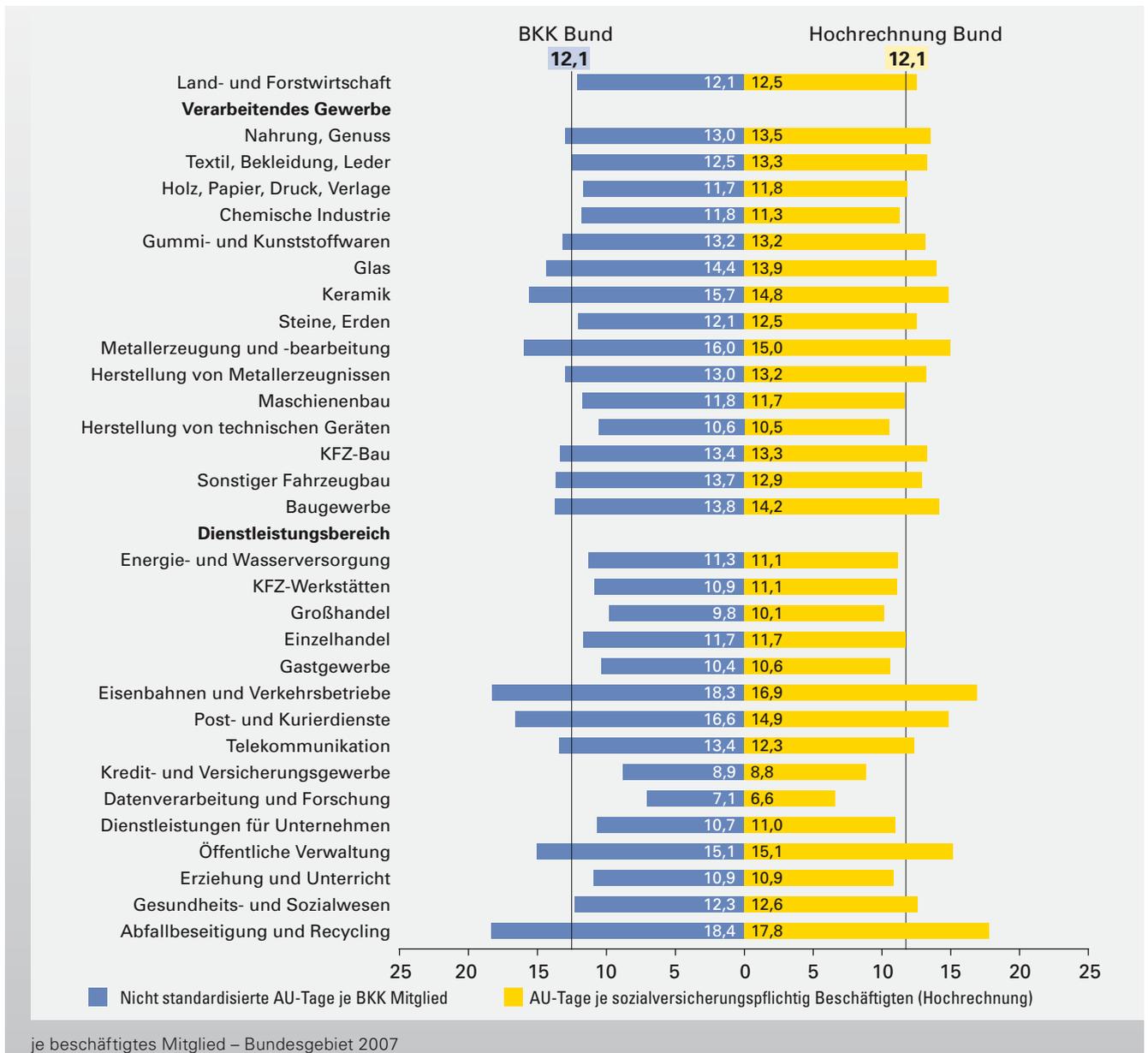
Im Vergleich der Hochrechnungsergebnisse nach Berufsgruppen mit den Werten der beschäftigten BKK Versicherten zeigen sich nur geringe Abweichungen, wobei die Werte der BKK Mitglieder die der Hochrechnung in der Mehrheit übersteigen. Neben den Forst- und Jagdberufen wiesen vor allem gewerb-

<sup>4</sup> Vgl. zur Beschreibung des Verfahrens auch *Zoike E., Bödeker W. (2008): Berufliche Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeit – Repräsentative arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit Daten der Betriebskrankenkassen, im Bundesgesundheitsblatt, 10-2008.*

<sup>5</sup> In die Hochrechnung wurden alle pflicht- und freiwillig krankenversicherte Beschäftigten einbezogen. Ggf. von der Standardpopulation abweichenden Anteile der freiwillig Versicherten korrelieren mit der Verteilung nach Berufen in Kombination mit Alter und Geschlecht. Ein gesonderter Korrekturfaktor wurde aus diesem Grunde nicht mehr berücksichtigt (s. auch Kasten).

Schaubild 28

### Hochrechnung der Arbeitsunfähigkeitstage für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen



liche Berufe und die große Gruppe der Reinigungskräfte (mehr als 800.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) die höchsten Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Hochrechnung auf. Die Erwerbstätigen in der Reinigungsbranche fehlten mit 19,3 Tagen doppelt so lange wie zum Beispiel Bürofachkräfte (9,7 AU-Tage). Auch Straßen- und Tiefbauer, Metallverformer sowie Walzer wiesen mit rund 18 Tagen sehr hohe Ausfallzeiten auf.

Am unteren Ende der Fehlzeitskala lagen wie in den Vorjahren natur-, geistes- und sozialwissenschaftliche Berufe, Juristen, Ärzte und Apotheker sowie Ingenieure. Die genannten Gruppen meldeten 2007 maximal fünf Krankheitstage. Bei diesen Gruppen lagen die von BKK Mitgliedern gemeldeten Fehlzeiten auf dem gleichen niedrigen Niveau wie in der Standarderwerbsbevölkerung.

Entgegen dem Vorjahr stiegen nach der Hochrechnung 2007 die Arbeitsunfähigkeitstage in den Berufen mit einem hohen Krankenstand wieder an (Forstberufe: + 1,6 Tage, Metallverbinder: + 1,8, Straßen-, Tiefbauer: + 1,3). In den Berufsgruppen mit ohnehin niedrigen Ausfallzeiten gab es in der Regel geringe Abweichungen zum Vorjahr. Lediglich die Rechtswahrer, Publizisten sowie Chemiker, Physiker und Mathematiker verringerten ihre Fehlzeiten geringfügig um 0,3 bis 0,4 Tage.

**Tabelle 12**  
**Hochrechnung der Arbeitsunfähigkeitstage für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen 2006**

	Fälle je Beschäftigten			Tage je Beschäftigten			Anzahl der sozialvers.-pflichtig Beschäftigten*		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	0,9	0,9	0,9	12,5	12,8	11,8	311.911	222.998	88.913
Nahrung, Genuss	1,0	1,0	1,0	13,5	12,9	14,2	656.088	339.780	316.308
Textil, Bekleidung, Leder	1,1	1,0	1,1	13,3	13,0	13,5	149.881	67.210	82.671
Holz, Papier, Druck, Verlage	1,0	1,0	1,0	11,8	12,1	11,3	581.421	391.750	189.671
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,1	1,1	1,0	12,7	13,1	11,1	137.321	113.698	23.623
Papiergewerbe	1,1	1,1	1,2	13,3	13,0	14,1	130.858	100.605	30.253
Druck, Verlage	1,0	0,9	1,0	10,9	11,0	10,8	313.242	177.447	135.795
Chemie	1,1	1,0	1,2	12,0	11,7	12,9	856.204	611.032	245.172
Mineralölverarbeitung	0,9	0,9	0,9	9,7	9,9	8,1	29.007	23.934	5.073
Chemische Industrie	1,0	1,0	1,2	11,3	11,1	11,7	447.852	305.228	142.624
Gummi- und Kunststoffwaren	1,1	1,1	1,2	13,2	12,6	14,7	379.345	281.870	97.475
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,1	1,0	1,1	13,3	13,5	12,5	207.602	164.671	42.931
Glas	1,1	1,0	1,1	13,9	14,1	13,3	54.866	42.115	12.751
Keramik	1,2	1,1	1,3	14,8	13,9	16,2	37.543	24.891	12.652
Steine, Erden	1,0	1,0	0,9	12,5	13,1	9,2	115.193	97.665	17.528
Metallerzeugung	1,1	1,1	1,1	13,8	14,0	12,8	1.078.196	896.658	181.538
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,2	1,2	1,1	15,0	15,4	12,0	311.864	274.907	36.957
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,1	1,1	1,1	13,2	13,3	13,0	766.332	621.751	144.581
Metallverarbeitung	1,1	1,0	1,2	11,7	11,2	13,2	2.928.339	2.308.020	620.319
Maschinenbau	1,1	1,1	1,1	11,7	11,6	11,7	1.028.907	861.172	167.735
Herstellung von technischen Geräten	1,0	0,9	1,2	10,5	8,9	13,6	1.029.480	696.759	332.721
KFZ-Bau	1,1	1,1	1,3	13,3	13,0	15,1	722.466	621.342	101.124
Sonstiger Fahrzeugbau	1,2	1,2	1,1	12,9	13,3	10,5	147.486	128.747	18.739
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	1,1	1,1	1,1	12,0	12,1	11,7	196.349	140.311	56.038
Energie- und Wasserversorgung	1,1	1,0	1,2	11,1	10,9	11,9	259.158	197.005	62.153
Baugewerbe	1,1	1,1	0,8	14,2	14,8	9,2	1.541.573	1.351.153	190.420
Handel	0,9	0,9	0,9	11,1	10,4	11,7	3.941.848	1.934.340	2.007.508
KFZ-Werkstätten	1,1	1,1	1,0	11,1	11,4	9,9	653.884	508.765	145.119
Großhandel	0,9	0,8	1,0	10,1	10,1	10,2	1.290.644	827.905	462.739
Einzelhandel	0,9	0,8	0,9	11,7	10,1	12,4	1.997.320	597.670	1.399.650
Gastgewerbe	0,8	0,6	0,9	10,6	8,7	12,0	781.078	333.081	447.997
Verkehr	1,0	1,0	1,1	14,8	15,3	13,1	1.262.319	961.362	300.957
Eisenbahnen und Verkehrsbetriebe	1,1	1,0	1,2	16,9	16,9	17,1	505.010	422.898	82.112
Fracht, Speditionen, Nebentätigkeiten	1,0	0,9	1,1	12,9	13,7	11,0	671.078	489.398	181.680
Post und Telekommunikation	1,1	1,0	1,2	14,0	12,0	16,2	291.271	158.337	132.934
Post- und Kurierdienste	1,0	1,0	1,1	14,9	13,0	16,3	194.686	91.249	103.437
Telekommunikation	1,1	1,0	1,5	12,3	10,5	16,0	96.585	67.088	29.497
Kredit- und Versicherungsgewerbe	0,9	0,7	1,0	8,8	7,2	10,1	981.094	433.865	547.229
Dienstleistungen	0,9	0,8	1,0	10,2	9,4	11,2	3.627.617	2.005.843	1.621.774
Grundstücke und Vermietungen	0,9	0,8	0,9	10,9	10,7	11,1	357.057	194.450	162.607
Datenverarbeitung und Forschung	0,7	0,6	0,9	6,6	5,5	8,7	555.965	373.230	182.735
Dienstleistungen für Unternehmen	1,0	0,9	1,0	11,0	10,3	11,6	2.714.595	1.438.163	1.276.432
Öffentliche Verwaltung, Sozialvers.	1,3	1,2	1,3	15,1	14,8	15,4	1.640.689	642.251	998.438
Erziehung und Unterricht	1,1	0,9	1,2	10,9	9,2	11,8	982.924	330.256	652.668
Gesundheits- u. Sozialwesen	1,0	0,8	1,0	12,6	10,6	13,1	3.168.795	624.018	2.544.777
Gesundheitswesen	0,9	0,7	0,9	11,0	9,7	11,3	1.972.214	366.193	1.606.021
Sozialwesen	1,1	1,0	1,1	15,4	12,0	16,4	1.196.581	257.825	938.756
Abfallbeseitigung und Recycling	1,3	1,3	1,2	17,8	18,7	13,6	177.796	147.698	30.098
Interessenvertretungen, Verbände	1,0	0,8	1,0	10,5	9,0	11,4	453.222	163.081	290.141
Kultur, Sport und Unterhaltung	0,7	0,7	0,8	9,8	9,5	10,2	320.334	162.084	158.250
Sonstigen Dienstleistungen	1,0	1,0	1,0	11,3	13,1	10,9	321.030	67.462	253.568
<b>Bund Gesamt</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>12,1</b>	<b>11,9</b>	<b>12,4</b>	<b>26.854.566</b>	<b>14.769.842</b>	<b>12.084.724</b>

\* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2003) am Stichtag 30. Juni 2007

Tabelle 13.1 und 13.2 lassen sich nach Geschlecht differenzierte Ergebnisse nach Berufsgruppen entnehmen, die analog zum beschriebenen Verfahren (siehe Kasten) an die Strukturen der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten angepasst wurden. In den hochgerechneten Werten spiegeln sich ähnliche geschlechtsspezifische Differenzen in den Berufen wie auf BKK Ebene. So lagen die Krankheitszeiten der Papierherstellerinnen, Kunststoffverarbeiterinnen und Montiererinnen mit durchschnittlich 20 AU-Tagen etwa fünf Tage über denen der männlichen Kollegen. Auch in den Berufen mit geringen Fehlzeiten, wie Juristen, Ärzte und Apotheker sowie im geistes- und naturwissenschaftlichen Bereich, fehlten Frauen 1,3 bis 2,4 Tage länger als die männlichen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten.

Im Vergleich zur Standardpopulation nahmen insbesondere die weiblichen BKK Versicherten in den Berufen des Landverkehrs sowie Montiererinnen, Elektrikerinnen und Warenprüferinnen deutlich häufiger Krankschreibungen in Anspruch als auf gesamtwirtschaftlicher Ebene. Ähnlich verhält es sich auch mit den männlichen BKK Mitgliedern, die als Straßen- bzw. Tiefbauer, Maler und Lackierer, Metallherzeuger oder in der Reinigungsbranche tätig sind. Im Unterschied zu den Vorjahren ist bemerkenswert, dass die BKK Versicherten in 2007 sowohl nach Branchen als auch nach Berufen differenziert insgesamt im Vergleich zur Standarderwerbsbevölkerung etwa ungünstigere Strukturmerkmale aufwiesen.

### Die Hochrechnung aus BKK Daten

Um die Aussagefähigkeit von Kassendaten über die Arbeitsfähigkeits- und Morbiditätsstrukturen in der Gesamtwirtschaft zu verbessern, ist eine Standardisierung erforderlich, in der der Einfluss bestehender Unterschiede in der Alters-, Branchen- und Berufsstruktur zwischen den Versicherten einer Kassenart und der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten korrigiert wird. Hierbei werden die Verteilungen, in diesem Fall der BKK Versicherten, mittels direkter Standardisierung an die Standarderwerbspopulation angepasst. Die Referenzdaten entstammen einer Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes im Auftrag des BKK Bundesverbandes, die Angaben zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland nach Wirtschaftszweigen, Berufen, Geschlecht und Alter (Stand: 30.6.2001) beinhaltet. Der BKK Report enthält die auf dieser Basis ermittelten, aus den Merkmalskombinationen hochgerechneten Werte seit 2001.

Die Bezugsdaten für die Standardisierungen werden einer Datenmatrix entnommen, die fein gegliedert die Besetzungszahlen in der Kombination von Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht ausweist. Hierbei werden die Angaben von insgesamt 92 Berufen und 53 Wirtschaftsgruppen bzw. Wirtschaftsuntergruppen berücksichtigt. Die Einteilungen basieren auf den 2001 gültigen Schlüsselverzeich-

nissen WZ93 bei Branchen und der Berufeklassifikation der Bundesanstalt für Arbeit (1992). Die Berechnungen wurden i.d.R. auf der Ebene der zweistelligen Berufsgruppen durchgeführt, bei den Gesundheitsberufen aufgrund der besonders prägnanten Unterschiede in den Einzelberufen nach den dreistelligen Schlüsselnummern. Unter Einschluss der Merkmale Alter und Geschlecht wurde die Branchen-Berufematrix für eine direkte Standardisierung der BKK Daten verwendet. Die Matrix wurde selektiv aufgebaut. Bei den Berechnungen für Branchen erfolgte die Standardisierung im Hinblick auf Berufe, die Branchenergebnisse wurden also um den Einfluss nicht repräsentativer Berufe verteilt bereinigt. Bei den Berechnungen für Berufe wurde analog mit Branchenverfahren. Sofern sich durch die Differenzierung eine zu geringe Zellbesetzung ergab (<750 Versicherte), wurden die Berufsgruppen aggregiert.

Bei den Standardisierungen wurden alle pflicht- und freiwillig krankenversicherten Beschäftigten einbezogen. Die ggf. von der Standardpopulation abweichenden Anteile der nicht pflichtversicherten Beschäftigten (freiwillig oder privat Versicherte) wurden bisher noch durch einen Korrekturfaktor gesondert berücksichtigt. Da dieser Anteil maßgeblich mit der Verteilung nach Berufen in der Kombination mit den Merkmalen Alter und Geschlecht korreliert, wird jedoch in den aktuellen Berechnungen von diesem gesonderten Korrekturfaktor abgesehen.

**Tabelle 13.1**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen 2007 – Frauen**  
**Hochrechnung für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	soz.-vers.- pflichtig Beschäftigte	BKK Ausgangswerte		Hochrechnung*	
			Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>						
Berufe des Landverkehrs	71	52.011	1,4	22,9	1,4	21,2
Papierherstellerinnen, -verarbeiterinnen	16	30.057	1,4	20,9	1,4	20,3
Kunststoffverarbeiterinnen	15	47.775	1,5	20,9	1,5	20,1
Montierinnen und Metallberufe a.n.g.	32	186.230	1,6	21,2	1,5	19,7
Reinigungsberufe	93	604.915	1,2	20,3	1,2	19,6
Warenprüferinnen	52	162.572	1,4	20,4	1,4	19,1
Chemiearbeiterinnen	14	44.798	1,6	19,8	1,6	19,1
Hilfsarbeiterinnen oh. näh. Tätigkeitsangabe	53	104.564	1,5	18,5	1,5	18,3
Schlosserinnen	27	14.581	1,8	19,2	1,7	18,2
Dienst-, Wachberufe	79	64.585	1,2	18,3	1,1	18,1
Speisenbereiterinnen	41	240.164	1,2	18,2	1,1	17,8
Elektrikerinnen	31	43.719	1,6	19,1	1,6	17,7
Lagerverwalterinnen	74	168.604	1,3	17,9	1,3	17,2
Berufe des Nachrichtenverkehrs	73	119.800	1,3	18,2	1,3	17,1
Hauswirtschaftliche Berufe	92	175.200	1,1	16,8	1,1	16,1
Mechanikerinnen	28	16.833	1,6	16,1	1,6	15,7
Back-, Konditorwarenherstellerinnen	39	35.155	1,2	15,1	1,2	14,1
Sozialpflegerische Berufe	86	804.039	1,2	14,3	1,2	13,9
Textilverarbeiterinnen	35	54.050	1,1	14,0	1,1	13,6
Gartenbauerinnen	05	90.061	1,2	13,3	1,2	13,2

<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>						
Rechtswahrerinnen	81	12.238	0,5	4,5	0,5	4,4
Ärztinnen, Apothekerinnen	84	100.051	0,5	5,5	0,5	5,6
Geistes- u. naturwiss. Berufe	88	58.687	0,6	5,5	0,7	6,0
Unternehmerinnen	75	205.095	0,8	6,5	0,8	6,8
Ingenieurinnen	60	63.026	0,8	6,9	0,8	7,3
Metallfeinbauerinnen	30	57.373	0,9	8,0	0,9	8,0
Künstlerinnen	83	56.648	0,9	8,3	0,9	8,4
Lehrerinnen	87	236.052	0,9	9,4	0,9	9,0
Technische Sonderfachkräfte	63	137.264	1,1	9,3	1,1	9,2
Publizistin., Dolmetscherin., Bibliothekarin.	82	57.693	0,9	9,1	0,9	9,3
And. DL-Kaufleute	70	143.136	1,0	9,8	1,0	9,6
Bank-, Versicherungskaufleute	69	460.702	1,0	9,8	1,1	9,7
Körperpflegerinnen	90	159.579	1,0	9,6	1,0	9,8
Abgeordnete	76	50.678	0,8	9,5	0,9	10,0
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	3.159.692	1,0	10,3	1,0	10,2
Rechnungskaufleute, DV-Fachleute	77	372.596	0,9	11,4	0,9	11,1
Gästabtreterinnen	91	259.156	1,0	11,7	0,9	11,4
Übrige Gesundheitsdienstberufe	85	1.434.491	0,9	11,3	1,0	11,8
Druckerinnen	17	31.051	1,1	12,1	1,1	11,9
Technikerinnen	62	112.405	1,1	12,6	1,1	12,0

\* nach Alter und Geschlecht der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten je Berufsgruppe (2stellig)

**Tabelle 13.2**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen 2007 – Männer**  
**Hochrechnung für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	soz.-vers.- pflichtig Beschäftigte	BKK Ausgangswerte Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Hochrechnung* Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>						
Forst-, Jagdberufe	06	27.600	1,5	21,0	1,4	21,2
Former, Formgießer	20	45.738	1,6	20,7	1,5	19,7
Metallverbinder	24	76.159	1,5	20,3	1,5	19,5
Metallerzeuger, Walzer	19	44.290	1,3	20,0	1,3	18,5
Reinigungsberufe	93	209.165	1,2	19,6	1,2	18,2
Straßen-, Tiefbauer	46	125.914	1,3	19,5	1,2	17,8
Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer	45	154.172	1,2	17,9	1,2	17,6
Metallverformer (spanlos)	21	54.870	1,3	18,1	1,3	17,1
Metalloberflächenbearbeiter	23	39.268	1,3	18,1	1,3	17,1
Berufe des Landverkehrs	71	863.414	1,0	17,9	1,0	17,0
Maurer, Betonbauer	44	291.792	1,1	17,2	1,1	17,0
Gartenbauer	05	147.890	1,3	17,0	1,3	16,5
Maler, Lackierer	51	230.521	1,3	17,3	1,3	15,8
Bauausstatter	48	123.343	1,1	16,0	1,1	15,8
Fleisch-, Fischverarbeiter	40	80.525	0,9	16,2	1,0	15,7
Bauhilfsarbeiter	47	78.244	1,1	16,3	1,0	15,7
Dienst-, Wachberufe	79	253.819	0,9	15,6	0,9	15,5
Montierer	32	321.590	1,2	15,6	1,2	15,0
Papierhersteller, -verarbeiter	16	71.216	1,2	15,8	1,2	15,0
Kunststoffverarbeiter	15	118.852	1,3	15,2	1,3	14,7
<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>						
Chemiker, Physiker, Mathematiker	61	36.950	0,4	2,7	0,4	2,7
Rechtswahrer	81	16.540	0,3	3,0	0,3	3,1
Geistes- u. naturwiss. Berufe	88	81.162	0,4	3,8	0,4	3,5
Ärzte, Apotheker	84	97.244	0,3	4,2	0,3	4,3
Unternehmer	75	403.509	0,4	4,2	0,4	4,5
Ingenieure	60	571.577	0,5	4,6	0,5	4,6
Rechnungskaufleute, DV-Fachleute	77	444.390	0,6	5,7	0,6	5,6
Abgeordnete	76	79.004	0,4	5,4	0,5	5,8
Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare	82	46.290	0,6	6,0	0,5	5,8
Lehrer	87	168.920	0,6	7,1	0,5	6,6
Bank-, Versicherungskaufleute	69	398.179	0,7	6,8	0,7	6,8
And. DL-Kaufleute	70	139.107	0,7	7,9	0,7	7,8
Technische Sonderfachkräfte	63	129.325	0,9	7,9	0,9	7,9
Warenkaufleute	68	750.510	0,7	7,8	0,7	7,9
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	1.118.712	0,8	7,9	0,8	7,9
Techniker	62	809.795	0,8	8,0	0,8	8,0
Metallfeinbauer	30	41.922	0,7	8,0	0,7	8,1
Gästekbetreuer	91	125.449	0,7	8,5	0,6	8,2
Künstler	83	77.787	0,7	8,7	0,7	8,9
Speisenbereiter	41	179.629	0,8	10,2	0,8	9,9

\* nach Alter und Geschlecht der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten je Berufsgruppe (2stellig)

### 3.3 Gesundheitliche Belastungen nach beruflichen Merkmalen

Die in Kapitel 3.1 und 3.2 dokumentierten unterschiedlichen Ausprägungen der Arbeitsunfähigkeit nach Tätigkeiten stehen in engem Zusammenhang mit spezifischen Morbiditätsstrukturen in den einzelnen Branchen und Berufen. Im folgenden Abschnitt werden daher die Verteilungen der Krankheitsarten näher in den Blick genommen. Hierbei liegt der Fokus zunächst auf Muskel- und Skeletterkrankungen, da diese trotz der in *Kapitel 1* beschriebenen rückläufigen Tendenz immer noch den höchsten Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen verursachen (Ergebnisse zu Einzeldiagnosen sind *Kapitel 5* zu entnehmen) und sowohl auf Branchen- als auch auf Berufsebene maßgeblich für den Umfang der Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sind. Die kontinuierlich anwachsenden psychischen Krankheitsursachen werden im diesjährigen Report ebenfalls ausführlich behandelt und unter verschiedenen zusätzlichen Aspekten in Spezialbeiträgen vertiefend thematisiert.

Zunächst wird jedoch ein Überblick über branchenbezogene Morbiditätsstrukturen insgesamt gegeben, um hiernach ergänzend ausgewählte krankheitsbezogen auffällige Berufsgruppen zu beschreiben.

#### Muskel- und Skeletterkrankungen

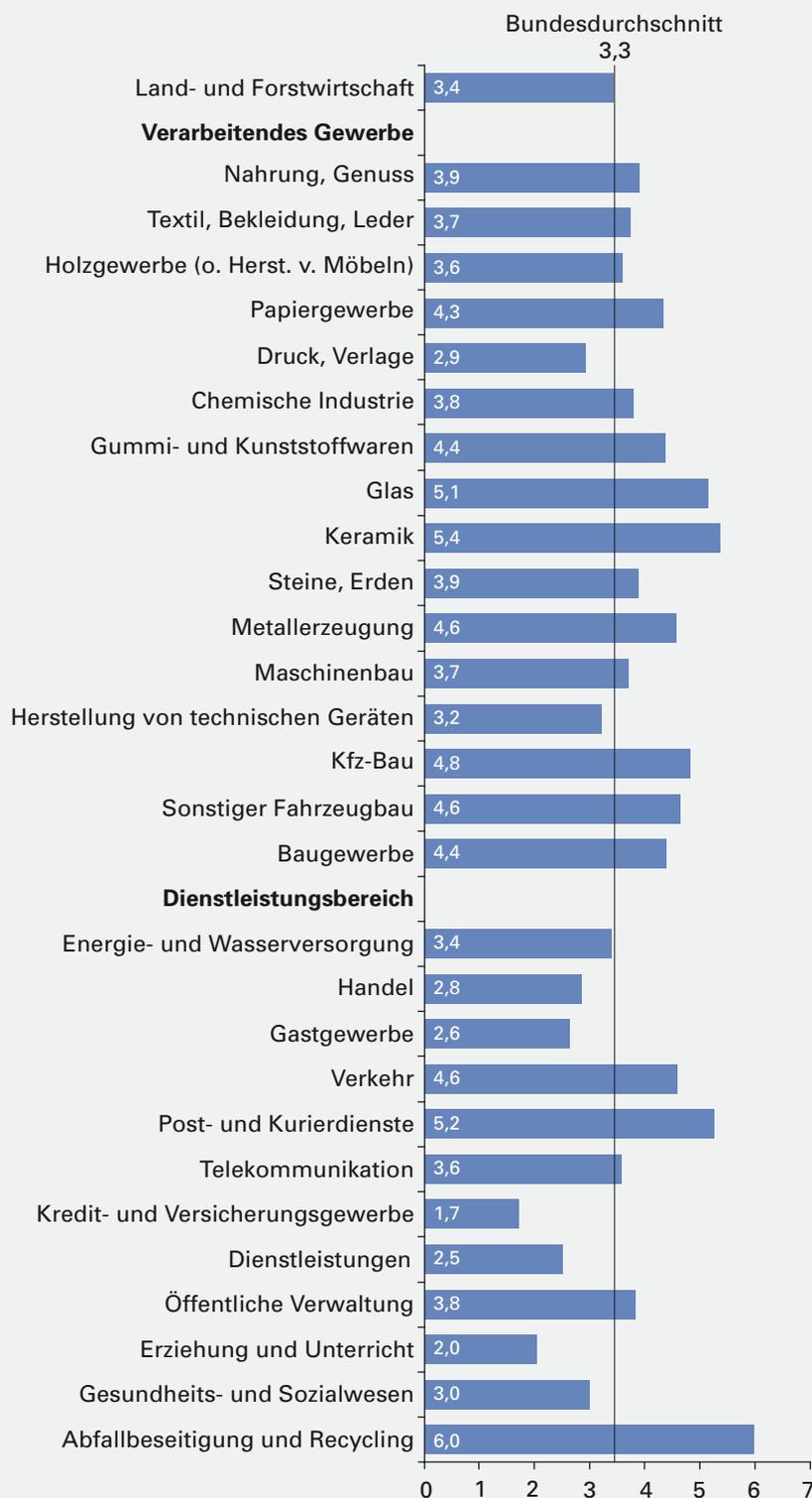
*Erkrankungen des Bewegungsapparates* haben auf Grund ihres hohen Anteils an den Krankheitstagen eine besondere Bedeutung für den Krankenstand. Bei den erwerbstätigen Pflichtmitgliedern entfielen 17,4 % der AU-Fälle und 26,4 % der Arbeitsunfähigkeitstage auf die Erkrankung der Bewegungsorgane, dies bedeutete für 2007 durchschnittlich 3,4 Krankheitstage je pflichtversicherten Beschäftigten. *Schaubild 29* dokumentiert die Branchenverteilung dieser Erkrankungen. Da diese in engem Zusammen-

hang zu körperlichen Beanspruchungen stehen, liegt der Erkrankungsschwerpunkt im verarbeitenden Gewerbe – hier besonders in der Keramik- und Glasherstellung mit über fünf AU-Tagen – sowie in Dienstleistungsbranchen mit körperlich belastenden Tätigkeiten. Dort stand erneut die Abfallbeseitigung mit sechs AU-Tagen durch Muskel- und Skeletterleiden an der Spitze, die Beschäftigten der Post- und Kurierdienste (5,2 Tage) folgten unmittelbar danach. Auch die oftmals für den Bewegungsapparat sehr einseitigen Tätigkeiten im Verkehrssektor schlugen sich wie in den Jahren zuvor in überdurchschnittlich vielen Fehltagen durch Muskel- und Skeletterkrankungen (4,6 Tage) nieder.

Im gewerblichen Bereich waren – ebenfalls analog zu früheren Befunden – besonders die Beschäftigten in der Keramikindustrie (5,4 Tage) von Erkrankungen des Bewegungsapparates betroffen, gefolgt von der Glasindustrie (5,1 Tage). Danach folgten Beschäftigte des KFZ-Baus (4,8 Tage), des sonstigen Fahrzeugbaus und der Metallerzeugung mit 4,6 Tagen. Auch das Baugewerbe und die Gummi- und Kunststoffindustrie gehörten mit deutlich über vier Krankheitstagen wieder zu den Branchen mit höheren Ausfallzeiten durch Muskel- und Skeletterkrankungen. Besonders niedrige Erkrankungsraten ließen sich dagegen wie schon seit Jahren im Kredit- und Versicherungsgewerbe (1,7 Tage) beobachten. Während Dienstleistungen in früheren Jahren ebenfalls sehr niedrige Fehlzeiten aufwiesen, lag der Wert wie schon für 2006 auch für 2007 mit 2,5 Tagen etwa einen Tag über dem von 2005. Dies könnten Anzeichen einer veränderten Altersstruktur wie auch Auswirkungen wachsender Beanspruchungen in diesem Bereich sein. Wenige Krankheitstage durch muskuloskeletale Beschwerden (2,0 Tage) verzeichnete hingegen der Bereich Erziehung und Unterricht.

Schaubild 29

## Muskel- und Skeletterkrankungen nach Wirtschaftsgruppen



AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied – Bundesgebiet 2007

## Branchenspezifische Morbiditätsprofile

Die *Schaubilder 30.1 und 30.2* zeigen die Erkrankungsstrukturen bei Arbeitsunfähigkeit in den einzelnen Branchen. Hier verdeutlicht sich nochmals das branchenbezogen unterschiedliche Gewicht der *Muskel- und Skeletterkrankungen* als Ursache für Fehlzeiten. Insgesamt schwankten die Anteile der durch sie verursachten Fehltag von nur 18 % im Kredit- und Versicherungsgewerbe bis hin zu einem Drittel der Krankheitstage (rd. 33 bis 34 %) in der Keramik- und der Glasindustrie. Über alle Sektoren lässt sich feststellen, dass eine ausgeprägte Parallelität zwischen hohen allgemeinen Krankenständen und hohen Anteilen von Fehltagen durch diese Krankheitsart besteht. Dieser Zusammenhang ist bei keiner anderen Erkrankungsgruppe derart ausgeprägt vorzufinden und deutet darauf hin, dass hohe AU-Raten in vielen Branchen ein durch körperliche Über- und Fehlbeanspruchungen mit verursachtes Problem darstellen.

### Atemwegserkrankungen

*Atemwegserkrankungen* stellen die zweitwichtigste Krankheitsart dar. Den höchsten Anteil an Krankheitstagen durch Atemwegserkrankungen verzeichneten die Datenverarbeitung und Forschung (21,7 %) sowie das Erziehungs- und Unterrichtswesen (21,5 %). Die Ausfallzeiten hierdurch bei Banken und Versicherungen (20,6 %) folgten an dritter Stelle. Gerade Branchen mit insgesamt niedrigem Krankenstand und relativ jungen Beschäftigtenstrukturen weisen im Krankheitsspektrum üblicherweise bedeutsame Anteile der Fehlzeiten auf Grund von Krankheiten des Atmungssystems auf. Hierbei stehen Erkältungskrankheiten und Infektionen der oberen Atemwege im Vordergrund. Da jüngere Beschäftigte noch keinen langjährigen einseitigen gesundheitlichen Belastungen durch schwere oder psychisch belastende Tätigkeiten ausgesetzt waren und zudem individuelle Veranlagungen sowie Verhaltensrisiken ebenfalls i. d. R. (mit Ausnahme der Verletzungsrisiken) noch keine durchgreifenden Effekte auf den Gesundheitszustand dieser Gruppe ausüben, wird das AU-Geschehen dort in starkem Maße von diesen auch als „Bagatell-Erkrankungen“ bezeichneten Krankheiten bestimmt.

Im verarbeitenden Gewerbe hatten Atemwegserkrankungen insbesondere in der chemischen Industrie (17,5 %) und bei der Herstellung technischer Geräte (17,2 %) eine größere Bedeutung als in anderen Industriezweigen. In Branchen mit insgesamt höheren körperlichen Belastungen spielen Atemwegserkrankungen im Vergleich zu den übrigen Krankheitsgruppen tendenziell eine geringere Rolle, wenn für diese Beurteilung lediglich die Anteile an den Krankheitstagen und nicht die absoluten Krankheitszeiten zugrunde gelegt werden – so im Baugewerbe mit lediglich 11,6 % oder im Holzgewerbe mit 12,0 %. Auch in der Land- und Forstwirtschaft verursachten die Atemwegserkrankungen mit 12,3 % nur einen geringen Anteil der Ausfalltage.

### Psychische Erkrankungen

*Psychische Erkrankungen* hatten in 2007 erneut im Gesundheits- und Sozialwesen mit 13,5 % den höchsten Anteil. Auch in der Telekommunikation (13,0 %), im Kredit- und Versicherungsgewerbe (12,8 %), in der Datenverarbeitung (12,5 %) sowie dem Erziehungs- und Unterrichtswesen (12,2 %) hatten psychische Ursachen einen bedeutsamen Einfluss auf das AU-Geschehen und dort auch ein deutlich stärkeres Gewicht als Verletzungen (s.u.). Es bestätigte sich 2007 wie in den Vorjahren, dass der Schwerpunkt der Krankheitsausfälle durch psychischen Erkrankungen im Dienstleistungsbereich liegt. Zwar spielen psychische Störungen auch im verarbeitenden Gewerbe eine zunehmende Rolle, vergleichbare Anteile wie in den genannten Dienstleistungsbereichen verzeichneten sie aber nur im Druck- und Verlagssektor (10,3 % der AU-Tage). Dahinter folgten Sektoren mit vergleichsweise hoher Frauenbeschäftigung, wie die Herstellung technischer Geräte mit 8,5 % sowie die Textil- und Bekleidungsindustrie, wo rd. 8 % aller Fehltag auf psychische Störungen zurückzuführen waren. Den geringsten Einfluss auf das AU-Geschehen hatten psychische Störungen im Baugewerbe und im sonstigen Fahrzeugbau. Dort entfielen „lediglich“ 4,2 bzw. 5,3 % aller AU-Tage auf diese Krankheitsgruppe.

Eine detaillierte Betrachtung der krankheitsrelevanten psychischen Beanspruchungsfolgen u.a. nach beruflicher Tätigkeit erfolgt im *Spezialbeitrag* am Ende dieses Kapitels.

### Herz- und Kreislauferkrankungen

Die Bedeutung der *Herz- und Kreislauferkrankungen* bei Arbeitsunfähigkeit liegt generell unter den übrigen genannten Krankheiten. Jedoch sind auch hier Variationen zwischen den Branchen festzustellen, wenn diese auch naturgemäß geringer ausfallen als etwa bei Muskel- und Skeletterkrankungen. Schwerpunkte lagen auch 2007 insbesondere im verar-

beitenden Gewerbe, etwa der Keramikindustrie (6,0 %), der Textilindustrie (5,7 %) und in der Metall erzeugenden Industrie (5,6 %). Im Dienstleistungsbereich waren vor allem Beschäftigte in der Abfallbeseitigung (5,8 %) sowie in den Verkehrsunternehmen (5,9 %) häufiger von dieser Erkrankungsart betroffen.

### Verletzungen und Arbeitsunfälle

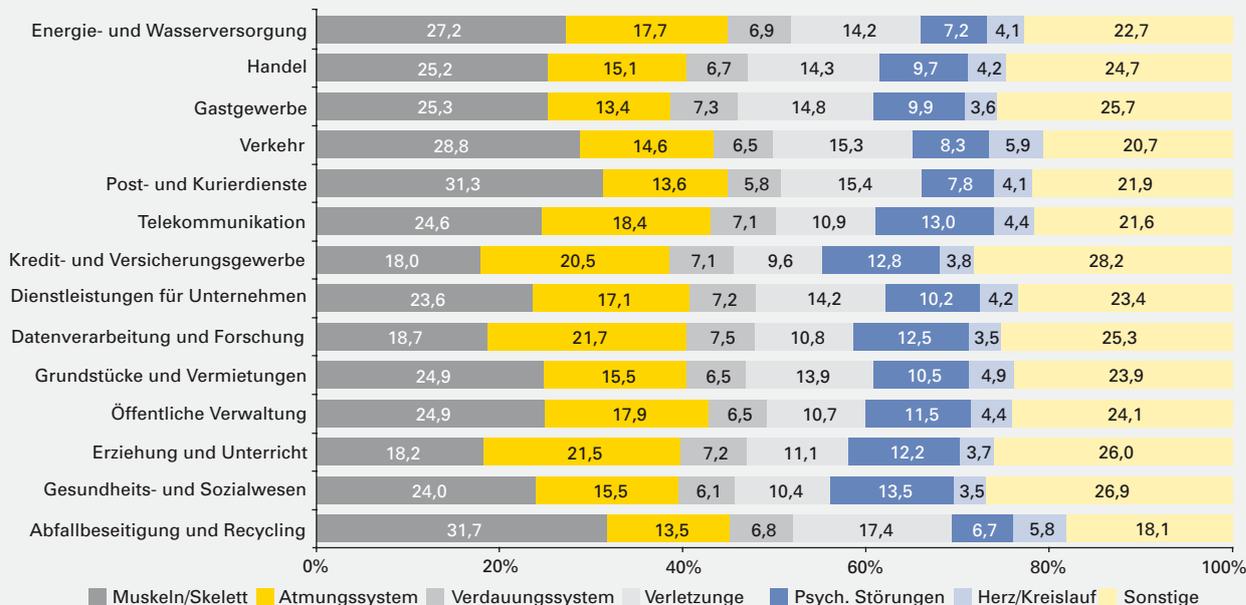
*Verletzungen* stellten auch im Jahr 2007 die dritt wichtigste Krankheitsursache nach Krankheitstagen dar. Bei Männern stehen sie sogar an zweiter, bei Frauen dagegen nur an vierter Stelle, und sie weisen zudem zwischen den Wirtschaftszweigen erhebliche Variationen auf. Die stark unterschiedlichen Verletzungshäufigkeiten zwischen den Branchen resultieren zum Teil aus arbeitsbedingten Unfallrisiken, im Durchschnitt werden ein Drittel der Verletzungen durch Arbeitsunfälle verursacht. So entfielen im Holz- sowie im Baugewerbe fast 27 % aller Krankheitstage auf Verletzungen. Auch in der Land- und Forstwirtschaft hatten Verletzungen mit 25,4 % sowie in der Steine- und Erdenindustrie mit 20,6 % bedeutsame Anteile an den gemeldeten Krankheitstagen. Im Dienstleistungsbereich spielten Verletzungen lediglich in der Abfallbeseitigung, bei den Post- und Kurierdiensten sowie im Verkehrssektor mit Anteilen von gut 15 bis über 17 % eine annähernd vergleichbare Rolle.

Branchenspezifische Unfallrisiken haben also einen erheblichen Einfluss auf das verletzungsbedingte AU-Geschehen, daher wird hier eine detailliertere Analyse der spezifischen Verteilungsstrukturen von Arbeitsunfällen vorgenommen. Dabei werden alle Unfälle einbezogen, auch wenn eine Heilbehandlung oder Kostenerstattung durch die Berufsgenossenschaften erfolgt ist. Dies soll eine umfassende Abschätzung des gesundheitlichen Gefährdungspotenzials in den einzelnen Branchen ermöglichen.<sup>6</sup> Einen detaillierten Überblick über Arbeitsunfälle mit Verletzungsfolgen nach Wirtschafts-

<sup>6</sup> Bei einem möglichen Wechsel der sozialversicherungsrechtlichen Zuständigkeiten kann allerdings die Dauer der Arbeitsunfähigkeit als Folge eines Arbeitsunfalls u. U. nicht präzise erfasst werden. Entsprechende Daten sind daher nur eingeschränkt interpretierbar. Die Leistungsdaten der BKK geben allerdings Aufschluss über die Häufigkeit der Verletzungsarten und deren Verteilung innerhalb der Wirtschaftsgruppen, wobei nur Pflichtmitglieder berücksichtigt werden.

Schaubild 30.1

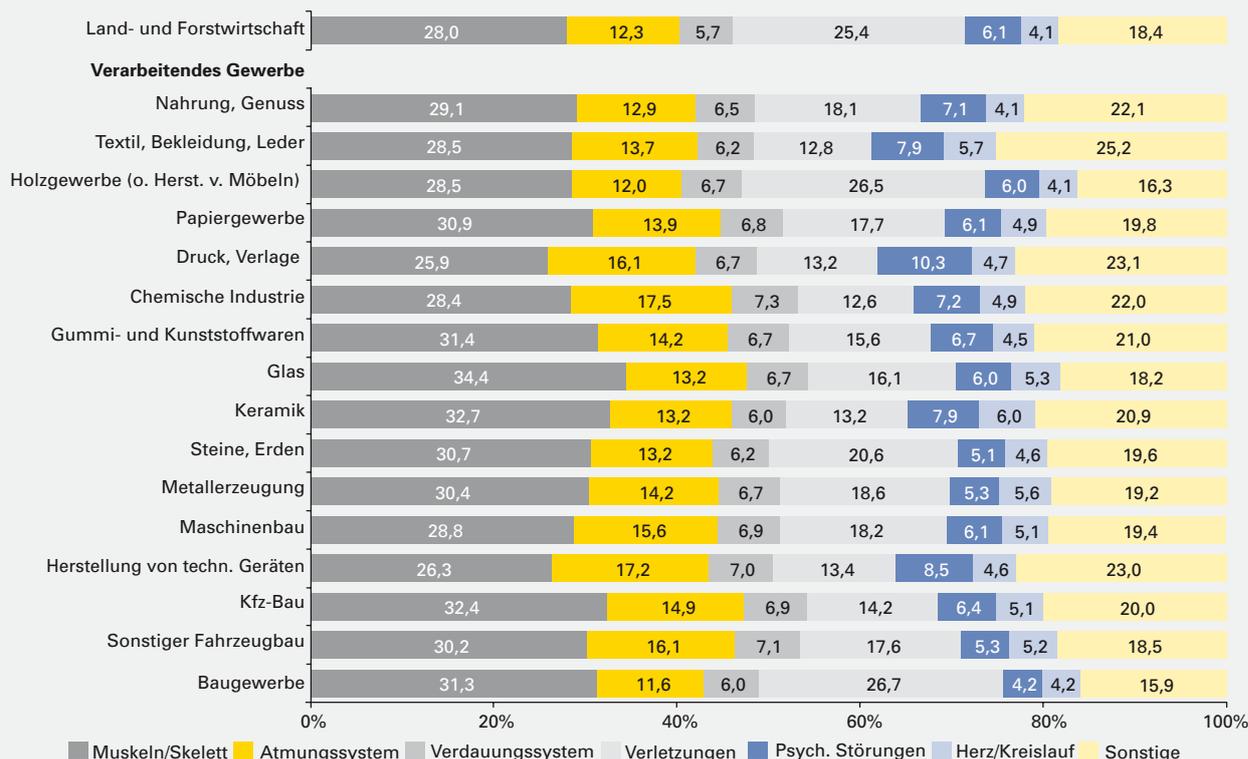
**Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich – Anteile der AU-Tage in v. H.**



Beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2007

Schaubild 30.2

**Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im Verarbeitenden Gewerbe – Anteile der AU-Tage in v. H.**



Beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2007

gruppen und Schädigungsarten geben die Tabellen 4 und 5 im Anhang.

Im Jahr 2007 lag die Häufigkeit von Arbeitsunfällen bei 33,5 Fällen je 1.000 Pflichtmitglieder und ist damit gegenüber dem Vorjahr um zwei Fälle je 1.000 gesunken (35,6). Auf Arbeitsunfälle entfielen 3,2 % aller AU-Fälle (Männer: 4,5 %, Frauen: 1,6 %) und 5,5 % aller Tage (Männer: 7,7 %, Frauen: 2,8 %). Die Unfallhäufigkeiten waren analog zum Gesamttrend in allen Branchen mit Ausnahme der Keramikindustrie rückläufig, wobei besonders die Postdienste mit einem Rückgang um zehn Fälle je 1.000 sowie die Glasindustrie und das Holzgewerbe (-8,7 bzw. -8,5 Fälle je 1.000) hervorzuheben sind. Die meisten Arbeitsunfälle traten dennoch – wie in den Vorjahren – im Bau- sowie im Holzgewerbe auf (vgl. *Schaubild 31*). Hier ereigneten sich 84,1 bzw. 83,6 Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder, allerdings konnte zumindest im Holzgewerbe die Zunahme vom Vorjahr (rd. 10 Fälle je 1.000) fast wieder ausgeglichen werden. Auch in der

Land- und Forstwirtschaft (75,9 Fälle je 1.000) sowie in der Abfallwirtschaft (74,2 Fälle je 1.000) bewegte sich die Unfallhäufigkeit auf hohem Niveau, gefolgt von den Herstellern von Metallernzeugnissen (70,6 Fälle je 1.000).

Der ICD-Systematik folgend werden Arbeitsunfähigkeiten, die als Folge eines Unfalls oder einer Vergiftung auftreten, zu etwa 95 % der Obergruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ zugeordnet, die restlichen Krankheitsfolgen aus Unfällen verteilen sich auf andere ICD-Hauptgruppen wie Muskel- und Skeletterkrankungen oder Krankheiten des Nervensystems u.a. Der größte Teil der auf Arbeitsunfälle folgenden Verletzungen konzentriert sich auf fünf Verletzungsgruppen nach Körperregionen, die in Tabelle 14 wiedergegeben sind. Auf diese Gruppen entfielen gut 68 % der Fälle mit Verletzungsfolgen (23 Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder) und knapp 70 % der hiermit verbundenen Ausfalltage (460 je 1.000 Pflichtmitglieder). Am häufigsten erschien die unbestimmte Dia-

gnose „Verletzungen des Rumpfes und der Extremitäten (ohne nähere Angabe)“ auf den ärztlichen Bescheinigungen. Bei Männern entfielen hierauf rund 22 % aller Fälle und 18 % aller Tage; bei Frauen lagen die Anteile mit 17 % der Fälle und 16 % der Tage niedriger. Ein Fünftel der Fälle und Ausfalltage durch Verletzungen bei Arbeitsunfällen der Männer entfiel auf Hand- und Handgelenksverletzungen, bei Frauen war auch der Anteil dieser Verletzungen mit 15 % der Fälle und 14 % der Tage geringer. Etwas häufiger als Männer waren Frauen dagegen von Fuß- und Knöchelverletzungen betroffen. Auf diese Verletzungen entfielen bei ihnen gut 15 % der Fälle und Tage, bei Männern betrug die entsprechenden Anteile rd. 12 % (Fälle) bzw. 14 % (Tage). Auch von Verletzungen der Unterschenkel und Knie waren Frauen mit 10 % der Fälle und 15 % der Tage häufiger betroffen als Männer (9 % der Fälle, 14 % der Tage). Kopfverletzungen als weitere häufige Verletzungsart machten schließlich bei Männern und Frauen 7 % der Fälle und etwa 5 % der Tage aus.

**Tabelle 14**  
**Die häufigsten Verletzungen 2007**

Verletzungsarten	Fälle je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder			Tage je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	10,3	3,0	6,9	171,2	52,3	116,1
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	9,6	2,6	6,3	190,0	44,0	122,3
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	5,8	2,7	4,4	129,1	50,3	92,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	4,0	1,8	3,0	136,7	49,8	96,4
Verletzungen des Kopfes	3,3	1,3	2,3	46,1	16,5	32,3
<b>Zusammen</b>	<b>32,9</b>	<b>11,3</b>	<b>22,9</b>	<b>673,1</b>	<b>212,8</b>	<b>459,6</b>

Verletzungsarten	Anteile an allen Arbeitsunfällen in %			Anteile an allen Fehltagen durch Arbeitsunfälle in %		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	21,6	17,1	20,5	18,0	16,1	17,6
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	20,2	15,0	18,9	20,0	13,6	18,5
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	12,2	15,4	13,0	13,6	15,5	14,0
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	8,5	10,0	8,9	14,4	15,4	14,6
Verletzungen des Kopfes	6,9	7,1	6,9	4,8	5,1	4,9
<b>Zusammen</b>	<b>69,4</b>	<b>64,6</b>	<b>68,3</b>	<b>70,8</b>	<b>65,7</b>	<b>69,6</b>

### Berufsspezifische Erkrankungsstrukturen

Wie die Darstellung der Morbiditätsstrukturen für eine Reihe ausgewählter Berufsgruppen mit besonders hohen oder besonders niedrigen AU-Raten (Schaubilder 32.1 und 32.2) zeigt, besteht auch auf der Ebene der Berufe eine ausgeprägte Parallelität zwischen hohen

allgemeinen Krankenständen und hohen Fehltagen durch *Muskel- und Skeletterkrankungen*. Ein ähnlich dominierender Einfluss lässt sich bei keiner anderen Erkrankungsgruppe feststellen. In den meisten Berufsgruppen, die durch hohe Fehlzeiten auffallen, wurden 2007 deutlich über 30 % der Fehlzeiten durch diese Erkrankungsart verursacht. Bei Gleisbauern und Abfallbeseitigern entfielen sogar

rd. neun AU-Tage je beschäftigtes Mitglied alleine auf Erkrankungen der Muskeln oder des Skeletts und machten hier sogar über 35 bis zu 37% der Fehlzeiten aus. Dagegen erkrankten z.B. Juristen und wissenschaftliche Berufe hieran im Schnitt nur 0,3 bis 0,4 Tage in 2007, der Anteil von Fehlzeiten durch diese Erkrankungsgruppe betrug bei Naturwissenschaftlern nur zehn Prozent.

Schaubild 31

### Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen

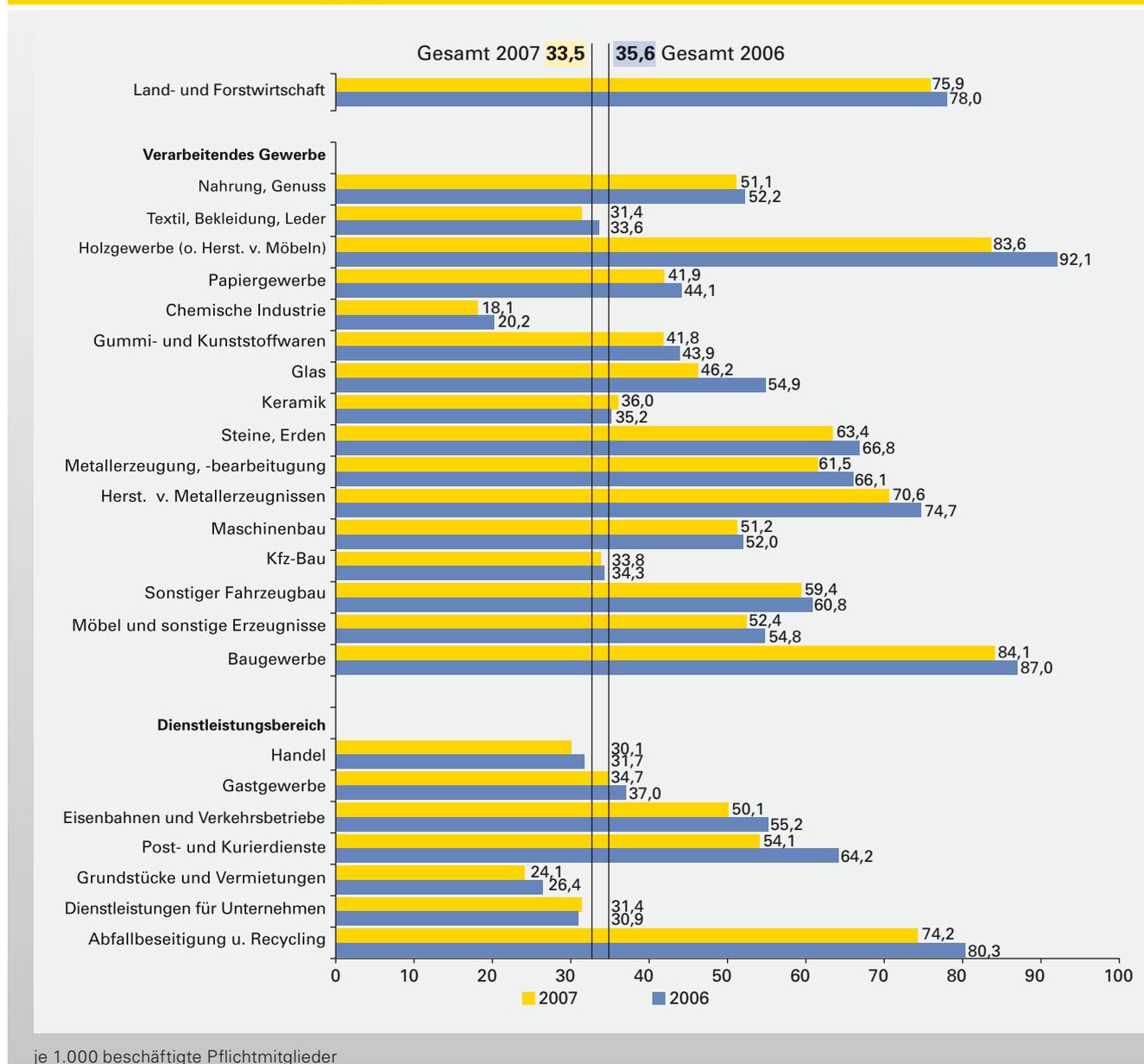
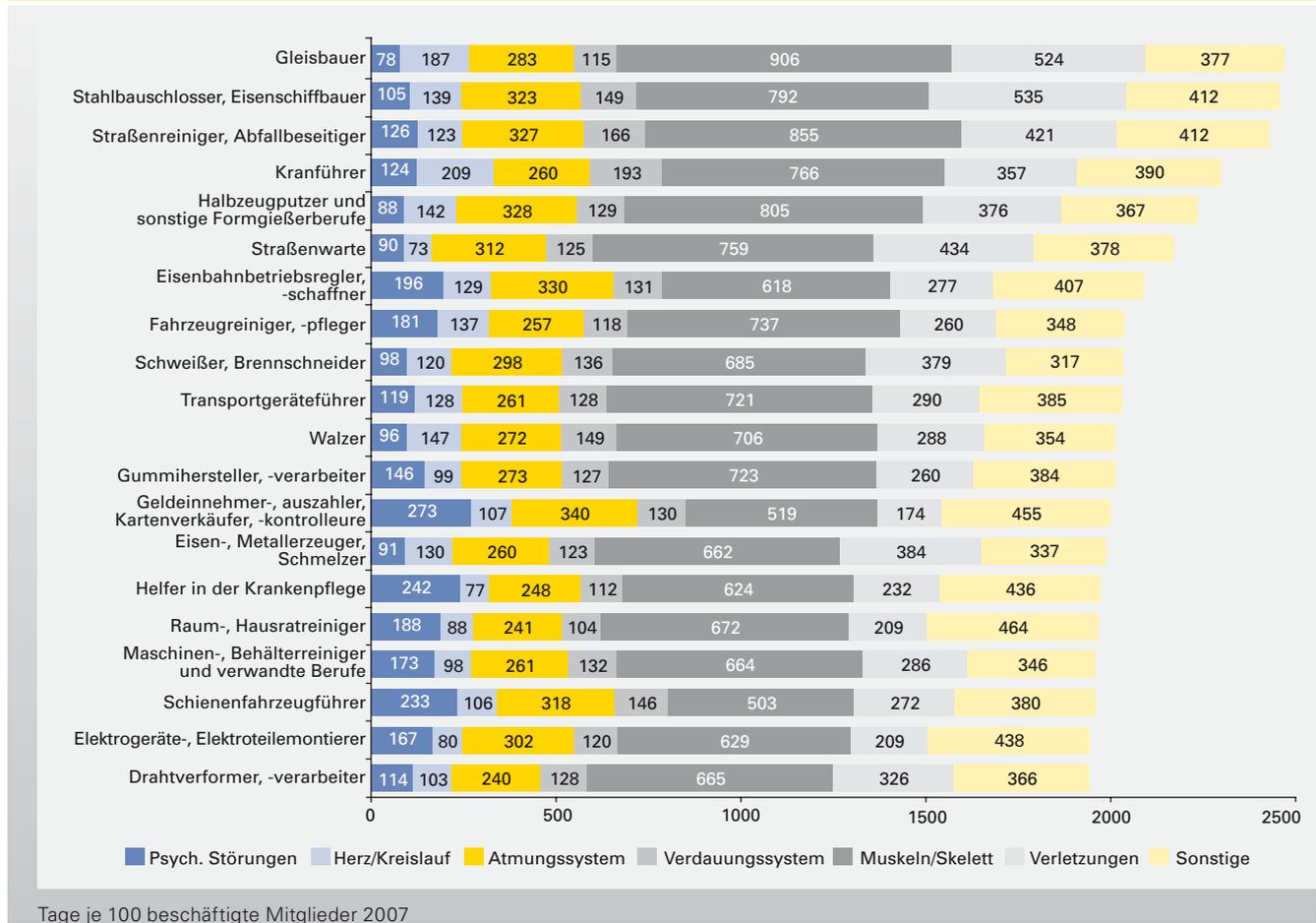


Schaubild 32.1

**Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen**  
**Berufe mit den meisten AU-Tagen**


Ähnlich große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen lassen sich auch bei *Verletzungen* ausmachen, die in besonders gefährdeten Berufen eine ebenfalls herausragende Rolle spielen. So verursachten sie in 2007 bei Gleisbauern und Stahlbauschlossern über fünf Fehltag je Beschäftigten. Auch bei Straßenreinigern, Abfallbeseitigern und Straßenwarten lagen jeweils über vier verletzungsbedingte Fehltag vor.

Neben den bislang genannten Erkrankungsarten spielen in allen Berufen auch *Atemwegserkrankungen* eine relevante Rolle. Insbesondere bei den Berufen, die ansonsten durch geringe Krankenstände gekennzeichnet sind, ist der Anteil von Atemwegserkrankungen an den Fehl-

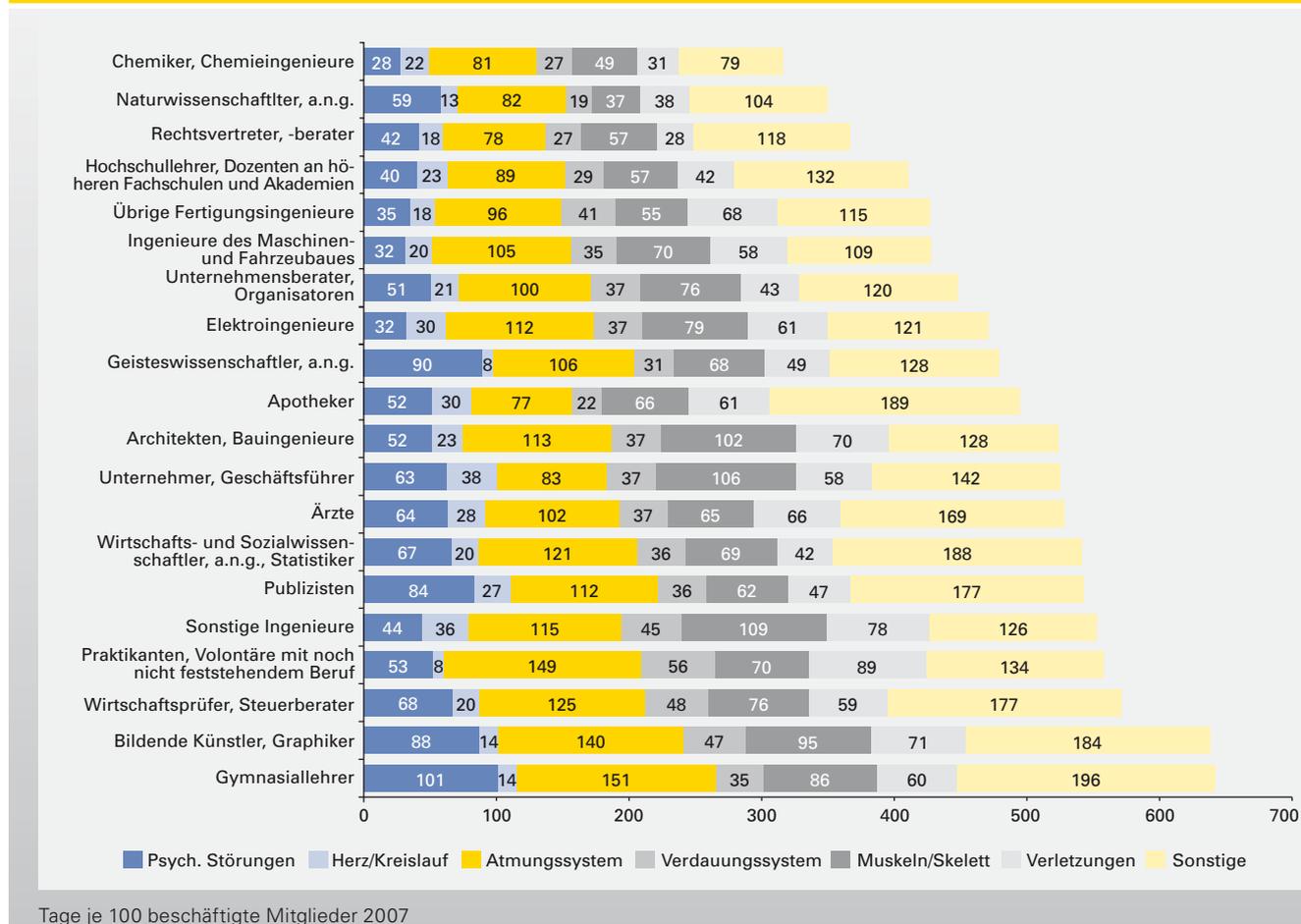
tagen vergleichsweise hoch. So beträgt er bei Ingenieuren des Maschinenbaus gar ein Viertel, was aber mit einem insgesamt sehr geringen Krankenstand von nur gut vier AU-Tagen je Beschäftigten im Jahr einhergeht. Bei Lehrern und bildenden Künstlern fielen im Schnitt etwa eineinhalb Krankheitstage durch Atemwegserkrankungen an, was auf ihrem ebenfalls niedrigen Fehlzeitenniveau gleichfalls ein Viertel bis ein Fünftel der gesamten Ausfallzeit umfasste. Absolut lagen die Werte dennoch unter denen, die sich in gesundheitlich belasteten Berufsgruppen zeigen. So entfielen z.B. bei Eisenbahnbetriebsreglern, Halbzeugputzern und Straßenreinigern 3,3 AU-Tage auf Erkrankungen des Atmungssystems, auch wenn sie dort nur etwa 14 bis 16 %

der krankheitsbedingten Ausfallzeiten verursachten.

Einen zunehmenden Einfluss auf das Erkrankungs-geschehen üben – wie schon in den vorherigen Kapiteln dargestellt – die *psychischen Störungen* aus. Sie liegen mittlerweile gemessen an den durch sie verursachten Fehltagen im Schnitt an vierter Stelle, in einigen Berufen aber auch an zweiter oder dritter Stelle – wie beispielsweise bei Gymnasiallehrern und bildenden Künstlern. Besonders viele hierdurch verursachte Fehltag waren 2007 bei Geldeinnehmern (2,7 Tage), Helfer(innen) in der Krankenpflege (2,4 Tage) sowie bei Schienenfahrzeugführer(innen) (2,3 Tage) zu verzeichnen. In diesen

Schaubild 32.2

### Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen Berufe mit den wenigsten AU-Tagen



Gruppen war die Morbidität durch psychische Erkrankungen damit absolut am größten, bezogen auf den Anteil an allen Fehltagen umfasste sie hier 12 bis 14 %. Jedoch lagen die Anteile der psychisch bedingten Krankheitstage z.B. bei Publizist(innen) oder Gymnasiallehrer(inne)n mit 15 % bis 16 % höher, allerdings bei insgesamt nur fünf bis sechs Krankheitstagen im Jahresdurchschnitt dieser Berufsgruppen. Weitergehende Betrachtungen der psychischen Erkrankungen in Zusammenhang ihrer tätigkeitsbezogenen Verteilungen folgen im anschließenden *Spezial*.

Psychische Fehlbeanspruchungen münden natürlich nicht unbedingt nur in Krankheitsfälle mit psychischen Diagnosen,

sondern können sich in diversen anderen Krankheitsgruppen niederschlagen - etwa in Rücken- oder inneren Erkrankungen. Als weitere bedeutsame Gruppe - auch in diesem Zusammenhang - sind die *Herz- und Kreislaufkrankungen* zu nennen, die bei den meisten Berufen an fünfter Stelle des Erkrankungsgeschehens liegen. Besonders hohe Anteile an Fehltagen durch diese Erkrankungen wiesen erneut Kranführer mit neun Prozent ihrer Krankheitstage auf, aber auch die mit Hitze und Schichtarbeit einhergehenden Berufe wie Walzer, Halbzeugputzer, Stahlbauschlosser sowie Fahrzeugreiniger, bei denen etwa sieben Prozent aller AU-Tage auf Herz- und Kreislaufleiden entfielen. Ein gleichermaßen hoher Anteil, wenn auch bei weit geringerem

Krankheitsausfall, ließ sich zudem bei Unternehmern und Geschäftsführern erkennen.

Besonders geringe Fehlzeiten durch Störungen des Herz- oder Kreislaufsystems verzeichneten Naturwissenschaftler sowie Juristen (weniger als 0,1 Tage). Der Anteil dieser Erkrankungsart belief sich bei ihnen nur auf rd. 2 % aller Fehltag.

Zu unserem Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit“ wird in den folgenden Spezialen der Fokus noch einmal verstärkt auf besonders betroffene Berufsgruppen, verbreitete Fehlbeanspruchungen bei der Arbeitstätigkeit sowie Möglichkeiten der Prävention im Arbeitsumfeld gerichtet.

## Psychische Erkrankungen nach beruflicher Tätigkeit und bei Arbeitslosigkeit

Die Zunahme der psychischen Erkrankungen bei Arbeitsunfähigkeit ist seit Jahren ungebrochen, mittlerweile ist jeder zehnte Ausfalltag der BKK Pflichtmitglieder mit einer psychischen Diagnose verbunden, bei den Frauen sogar jeder achte (vgl. auch *Kapitel 1 und 2* zu diesem Thema). Allein seit Beginn der Neunzigerjahre hat sich der Anteil der hierdurch begründeten AU-Tage beinahe verdreifacht, ihre Zahl hat sich trotz der insgesamt rückläufigen Arbeitsunfähigkeit um fast die Hälfte erhöht (+ 44 %).

Zu den psychischen Erkrankungen zählen unterschiedliche Krankheitsbilder (vgl. auch *Kapitel 5*). Die quantitativ bedeutsamsten sind neurotische Störungen (Angststörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und somatoforme Störungen), affektive Störungen (zumeist Depressionen) und Störungen durch „psychotrope Substanzen“ (Suchterkrankungen durch Alkohol, Rauschmittel, Medikamente). Die niedrigere Erkrankungsrates der Männer bestätigt sich bei fast allen psychischen Krankheitsarten mit Ausnahme der Suchterkrankungen, bei denen die männlichen BKK Mitglieder fast dreimal so viele AU-Tage und zweieinhalbmal so viele Krankenhausfälle aufweisen wie Frauen. Hierbei bilden alkoholbedingte Erkrankungen den Schwerpunkt (über 80 % der AU-Tage).

Die Ursachen für das psychische Erkrankungsgeschehen sind komplexer Natur. Zur Krankheitsentwicklung tragen sowohl äußere Bedingungen (Arbeitsplatz, Familie, Lebenssituation) wie innere (individuelle, z.T. biogenetische) Dispositionen bei. Nach Befragungen von Arbeitsschutzexperten (2004)<sup>1</sup> wurde der Arbeitsplatz als größte Quelle psychischer Fehlbelastungen (40 %) genannt. In neueren Mitarbeiterbefragungen fühlen sich mehr als die Hälfte der Beschäf-

tigten (56 %) deutlich belastet (vgl. auch nachfolgendes *Spezial*, S. 82ff). Zu den häufigen Stressoren gehören ständiger Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, mangelnde Anerkennung und Gratifikationskrisen, zu geringer Handlungsspielraum, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen. Der zweitgrößte Anteil (26 %) entfiel nach diesen Befragungen<sup>2</sup> auf gesellschaftliche Entwicklungen – hier vor allem Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit. Familiäre Ursachen als Quelle psychischer Fehlbelastungen folgten mit 24 % an dritter Stelle.

Die Bedeutung der beruflichen Situation am Arbeitsplatz für das Auftreten psychischer Störungen manifestiert sich auch in den unterschiedlichen Verteilungen dieser Krankheiten nach Branchen und Berufen, die sowohl durch ihre Ausprägungen wie auch durch die zeitliche Konstanz der jeweils „auffälligen“ Ergebnisse Bedeutung erlangen und mögliche Interventionsbedarfe anzeigen.

2007 wurden im Durchschnitt je 100 erwerbstätige BKK Pflichtmitglieder 120 AU-Tage mit psychischen Diagnosen gemeldet (Frauen: 154 Tage, Männer: 90 Tage). Als Branche mit regelmäßig besonders vielen und weiterhin ansteigenden psychisch bedingten Krankheits-tagen tritt die Telekommunikationsbranche in Erscheinung. Hier entfielen auf 100 pflichtversicherte Beschäftigte 187 Arbeitsunfähigkeitstage (vgl. *Schaubild S2*), bei den dort beschäftigten Frauen waren es sogar 276 AU-Tage. Bei den Männern lag der Wert mit 150 Tagen ebenfalls recht hoch. Auch andere Dienstleistungsbereiche bilden Schwerpunkte des psychischen Erkrankungsgeschehens, so die öffentlichen Verwaltungen mit 177 hierdurch bedingten Krankheitstagen je 100 Pflichtmitglieder (200 Tage der Frauen, 141 Tage der Männer) sowie das

Gesundheits- und Sozialwesen (168 Tage je 100; Frauen: 170 Tage, Männer: 160 Tage). Hier finden sich für die erwerbstätigen Männer die meisten psychisch bedingten Krankheitstage, was sich auch in den entsprechenden Berufen (s.u.) niederschlägt. Im Bereich Erziehung und Unterricht fielen angesichts der insgesamt unterdurchschnittlichen Krankenständen die Fehlzeiten durch psychische Störungen ebenfalls überproportional hoch aus (136 Tage je 100, Frauen: 156 Tage je 100, Männer: 92 Tage).

Im verarbeitenden Gewerbe liegen die psychisch bedingten Krankheitszeiten durchweg niedriger. Allerdings verzeichneten Branchen mit hohen weiblichen Beschäftigtenanteilen wie die Keramik- und Textilindustrie sowie die Herstellung technischer Geräte ebenfalls vergleichsweise mehr psychisch bedingte Fehlzeiten. Hierbei ragten die Frauen in den Keramikbetrieben mit 212 AU-Tagen je 100 Beschäftigte besonders heraus, was sich ebenfalls in den Ergebnissen nach Berufen (s.u.) wiederfindet. Im Druck- und Verlagsbereich mit ebenfalls hohen Werten schlugen sich u.a. die Krankheits-häufigkeiten der journalistischen Berufe nieder (s.u.). Die gewerblichen Branchen erreichten ansonsten jedoch nicht die hohen Ausprägungen der oben aufgeführten Dienstleistungsbranchen.

Deutlicher als nach Branchen differenziert sich der Verbreitungsgrad psychischer Erkrankungen nach beruflichen Tätigkeiten. Das unter allen Gruppen im erwerbsfähigen Alter höchste Risiko psychisch zu erkranken trifft allerdings weniger die Erwerbstätigen – inklusive der stark belasteten Gruppen – als diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben. Sie weisen gerade in Bezug auf psychische Störungen die bei weitem höchsten Krankheitswerte auf.

<sup>1</sup> IGA-Report 5. Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und BKK Bundesverband 2004

<sup>2</sup> a.a.O.



### Arbeitslose und Helferinnen in der Krankenpflege am meisten betroffen

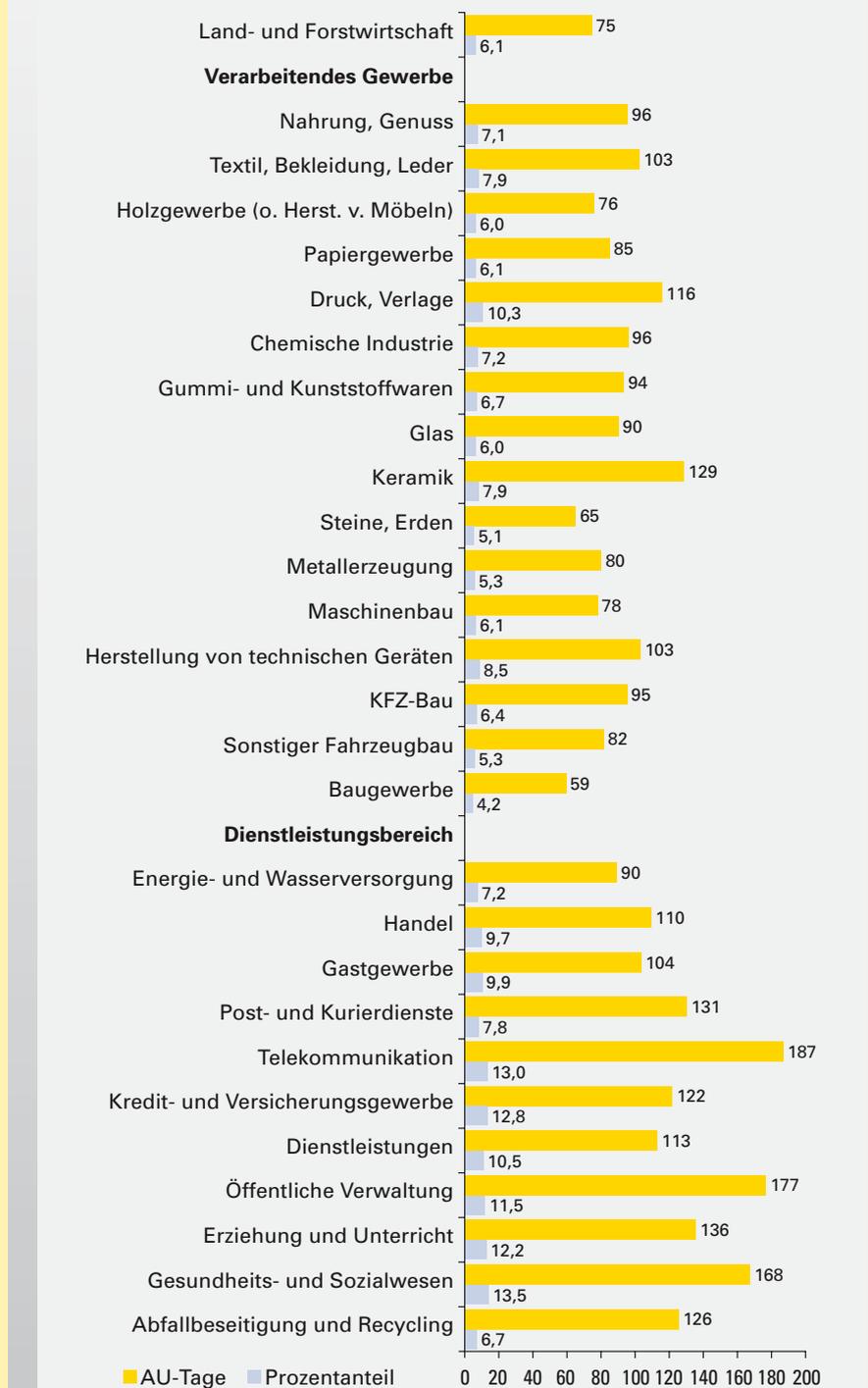
Die Arbeitslosen bilden die Gruppe mit den am stärksten ansteigenden psychisch bedingten Krankheitstagen der letzten Jahre. Mit inzwischen 459 AU-Tagen je 100 (ALG-I-Empfänger) erreichten ihre Krankheitszeiten 2007 fast das Vierfache der psychisch verursachten Krankheitstage der beschäftigten Pflichtmitglieder. Zugleich haben sich ihre mit psychischen Diagnosen begründeten AU-Tage alleine in den letzten vier Jahren verdoppelt (2004: 227 Tage je 100). Arbeitslose Frauen verzeichneten sogar 516 AU-Tage je 100, für männliche ALG-I-Empfänger wurden immerhin 403 Tage je 100 auf Grund psychischer Leiden gemeldet. Sogar die Vergleichswerte der psychisch am stärksten beeinträchtigten Berufsgruppen lagen jeweils noch deutlich unter den Werten der Arbeitslosen (Tabellen T2 und T3).

Die meisten Krankheitstage auf Grund psychischer Erkrankungen unter den Beschäftigten verzeichneten 2007 die Telefonistinnen (298 AU-Tage je 100) und die Helferinnen in der Krankenpflege (286 AU-Tage je 100). Auch Sozialarbeiterinnen, Eisenbahnbetriebsreglerinnen, Reinigungskräfte, Köchinnen und Krankenschwestern gehörten zu den von psychischen Erkrankungen besonders betroffenen Berufsgruppen (vgl. Tabelle T2). Bei den gewerblich tätigen Frauen waren u.a. Tätigkeitsgruppen in der Elektrogeräte-Industrie sowie Chemiebetriebswerkerinnen auffällig.

Während die erwerbstätigen Frauen im Mittel 150 Krankheitstage mit psychischen Erkrankungen aufwiesen, waren es bei den Männern mit 84 Tagen im Schnitt deutlich weniger. Dennoch erreichten auch bei den Männern einige Gruppen immens hohe Fehlzeiten (vgl. Tabelle T3), so bemerkenswerter Weise die männlichen Krankenversicherungsfachleute mit für Männer in dieser Diagnosengruppe sehr ungewöhnlich hohen 246 AU-Tagen je 100 Versicherte (Nebeneffekt einer „ge-

Schaubild S2

### Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen



**Tabelle T2**  
**Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Frauen**

	Schlüssel	Fälle je 100	Tage je 100
<b>Arbeitslose</b>		<b>7,0</b>	<b>516</b>
<b>Alle Beschäftigte</b>		<b>5,0</b>	<b>150</b>
Telefonistinnen	734	10,0	298
Helferinnen in der Krankenpflege	854	7,1	286
Soldaten, Grenzschutz-, Polizeibedienstete	801	11,7	274
Geldeinnehmerinnen-, auszahlerinnen, Kartenverkäuferinnen, -kontrolleurinnen	706	7,7	274
Pförtnerinnen, Hauswartinnen	793	5,4	261
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	7,0	257
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	8,2	257
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	9,0	245
Elektroinstallateurinnen, -monteurinnen	311	7,9	238
Datentypisten	783	7,6	216
Kraftfahrzeugführerinnen	714	6,4	216
Chemiebetriebswerkerinnen	141	7,5	203
Kassiererinnen	773	5,4	202
Raum-, Hausratreinigerinnen	933	5,6	200
Elektrogeräte-, Elektroteilmontierenderinnen	321	8,2	196
Hauswirtschaftsverwalterinnen	921	5,1	193
Krankenschwestern, Hebammen	853	5,7	191
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	6,3	188
Real-, Volks-, Sonderschullehrerinnen	873	6,4	184
Köchinnen	411	5,6	182

Bund gesamt – 2007

**Tabelle T3**  
**Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Männer**

	Schlüssel	Fälle je 100	Tage je 100
<b>Arbeitslose</b>		<b>5,0</b>	<b>403</b>
<b>Alle Beschäftigte</b>		<b>2,6</b>	<b>84</b>
Krankenversicherungsfachleute (nicht Sozialversicherung)	693	5,0	246
Soldaten, Grenzschutz-, Polizeibedienstete	801	8,0	217
Schienenfahrzeugführer	711	7,9	212
Krankenpfleger	853	5,0	211
Sonstige Fahrbetriebsregler, Schaffner	713	5,3	208
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	861	4,9	185
Heimleiter, Sozialpädagogen	862	4,9	185
Real-, Volks-, Sonderschullehrer	873	4,0	183
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	5,1	177
Telefonisten	734	6,3	177
Maschinen-, Behälterreiniger und verwandte Berufe	937	4,0	162
Buchdrucker (Hochdrucker)	173	4,2	162
Fahrzeuginnen-, -pfleger	936	4,0	158
Wächter, Aufseher	792	4,3	157
Druckerhelfer	177	4,7	157
Helfer in der Krankenpflege	854	4,0	153
Bürohilfskräfte	784	4,1	153
Fernmeldemonteur, -handwerker	312	4,0	140
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	852	3,7	137
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	4,4	127

Bund gesamt – 2007

lungenen“ Gesundheitspolitik?). Auch die männlichen Krankenpfleger zählten mit 211 Tagen je 100 erneut zu den psychisch stark beanspruchten Gruppen im Gesundheitswesen. Mit ähnlich vielen psychisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten bestätigten sich zudem die bei männlichen Beschäftigten mehrfach gefundenen höheren Beanspruchungen in Verkehrsberufen, hier besonders bei Schienenfahrzeugführern (212 AU-Tage) und bei Fahrbetriebsreglern (208 AU-Tage).

Aus dem Gesamtergebnis für Männer und Frauen sind ferner noch die kleineren Gruppen der Geldeinnehmer mit durchschnittlich 273 AU-Tagen (Männer: 271 Tage; Frauen: 274 Tage) sowie der (nicht beamteten) Polizeikräfte mit 246 AU-Tagen je 100 (Männer: 217 Tage; Frauen: 274 Tage) als ebenfalls psychisch hochbeanspruchte Gruppen zu nennen. Nicht nur bei der letzten Gruppe spiegeln sich die aus der Arbeitsunfähigkeit ermittelten tätigkeitsbezogenen Befunde besonderer psychischer Belastungen weitgehend auch in der Inanspruchnahme von Arzneimitteln wider.

### Psychopharmaka-Verordnungen nach beruflicher Tätigkeit

Psychische Erkrankungen wie z.B. Depressionen führen nicht immer und schon gar nicht im gesamten Verlauf der Erkrankung zum Krankenschein – oftmals wird die Krankheit mithilfe von Medikamenten zu lindern oder zu überwinden versucht.<sup>3</sup> Die wachsende Bedeutung des psychischen Krankheitsgeschehens zeigt sich so auch im ambulanten Versorgungs-geschehen anhand der Verordnungen von Psychopharmaka. Hierbei hat sich die

<sup>3</sup> Vgl. auch Gesundheitsreport der TK (2008), Schwerpunkt psychische Störungen, S. 11. Nach Auswertung der ambulanten Diagnosen aus 2006 wurde nur jede siebte bei der TK versicherte Erwerbsperson (Erwerbstätige plus arbeitslos Gemeldete), für die eine Diagnose einer psychischen Störung vorlag, auch unter einer entsprechenden Diagnose krank geschrieben.



Inanspruchnahme seitens der Beschäftigten in den letzten drei Jahren zum Teil verdoppelt (s.u.).

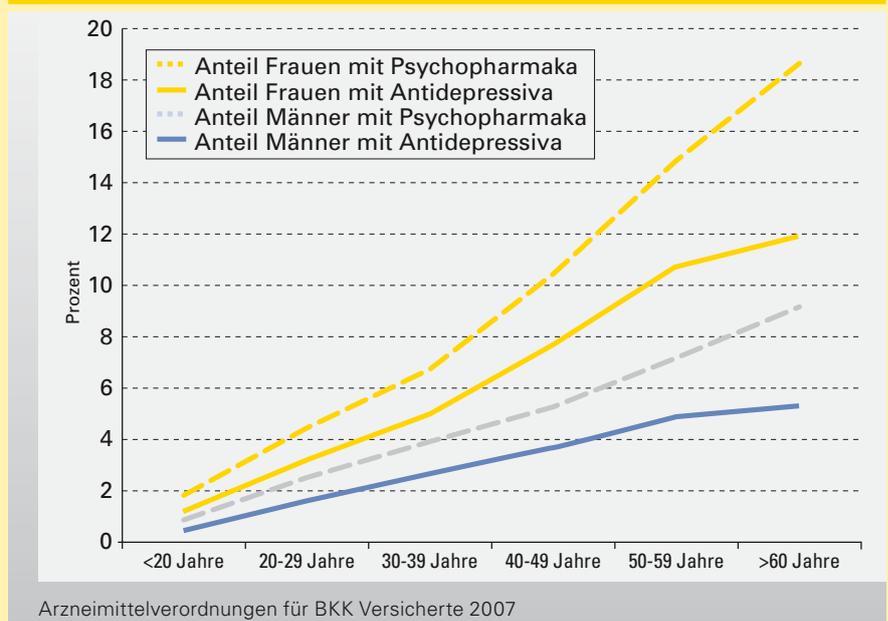
Die Gesamtgruppe der Psychopharmaka umfasst die über den ATC-Code (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation) zugeordneten Arzneimittelgruppen N05A (Antipsychotika, die seltener – z.B. bei Schizophrenie – verordnet werden), N05B-C (Angst lösende und beruhigende Mittel, auch bei Schlafstörungen) sowie N06A (Antidepressiva). Allerdings lässt die relativ breite Spanne der zugelassenen Indikationsbereiche für die einzelnen Wirkstoffe nicht eindeutig auf die genaue Erkrankungsart schließen. Beispielsweise werden Antidepressiva auch bei Angststörungen, allgemeinen psychosomatischen Beschwerden sowie im Rahmen der Schmerztherapie eingesetzt.

Dennoch geben die Verteilungsauffälligkeiten deutliche Hinweise auf die psychisch besonders beeinträchtigten Problemgruppen. Die höhere Betroffenheit der Frauen im Bereich der psychischen und speziell der affektiven Störungen zeigt sich auch im Arzneimittelkonsum. So erhielten von den beschäftigten weiblichen BKK Mitgliedern 8,8 % Psychopharmaka, während es bei Männern 4,8 % waren. Auf 1.000 beschäftigte Männer entfielen 2007 168 Einzelverordnungen und 7.436 Tagesdosen, je 1.000 Frauen wurden 278 Packungen mit 12.124 Tagesdosen verschrieben.

Unter den insgesamt 6,5 % der Beschäftigten, die Psychopharmaka erhielten, bildeten Patient(innen) mit Antidepressiva-Verordnungen die weitaus größte Gruppe (die N06A-Präparate machten 70 % der Psychopharmaka-Verordnungen aus). Von allen pflichtversicherten Beschäftigten wurden hierbei Frauen mit 6,5 % doppelt so oft mit Antidepressiva substituiert wie Männer (3,2 %). Dies schlug sich bezogen auf 1.000 pflichtversicherte Beschäftigte bei den Frauen auf 170 Ein-

Schaubild S3

Anteil Beschäftigte mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen



zelverordnungen und 9.711 Tagesdosen (die doppelte Menge im Vergleich zu 2004)<sup>4</sup> und bei den Männern auf 88 Einzelverordnungen mit 5.266 Tagesdosen je 1.000 Beschäftigte (+ 43 % gegenüber 2004) nieder.

Mit dem Alter steigen die Verordnungshäufigkeiten (Schaubild S3). Allerdings ließen sich schon von den erwerbstätigen 30- bis 40-Jährigen 3,9 % der beschäftigten Männer und 6,7 % der Frauen Psychopharmaka verschreiben. Bei den über 50-Jährigen erhöhten sich die Anteile bei den Männern auf 7 bis 9 % und bei den Frauen auf 15 bis über 18 %. Bis zum Alter von etwa 50 Jahren nehmen auch die Antidepressiva-Verschreibungen etwa parallel zu. In den höheren Altersstufen über 50 erhöhen sich die Anteile der Arzneimittelpatient(innen) mit Antidepressiva-Verordnungen dann

nicht mehr so erheblich, allerdings nimmt in diesem Alter die generelle Inanspruchnahme von Psychopharmaka weiter zu, sie verschiebt sich jedoch teilweise in andere Wirkstoffgruppen.

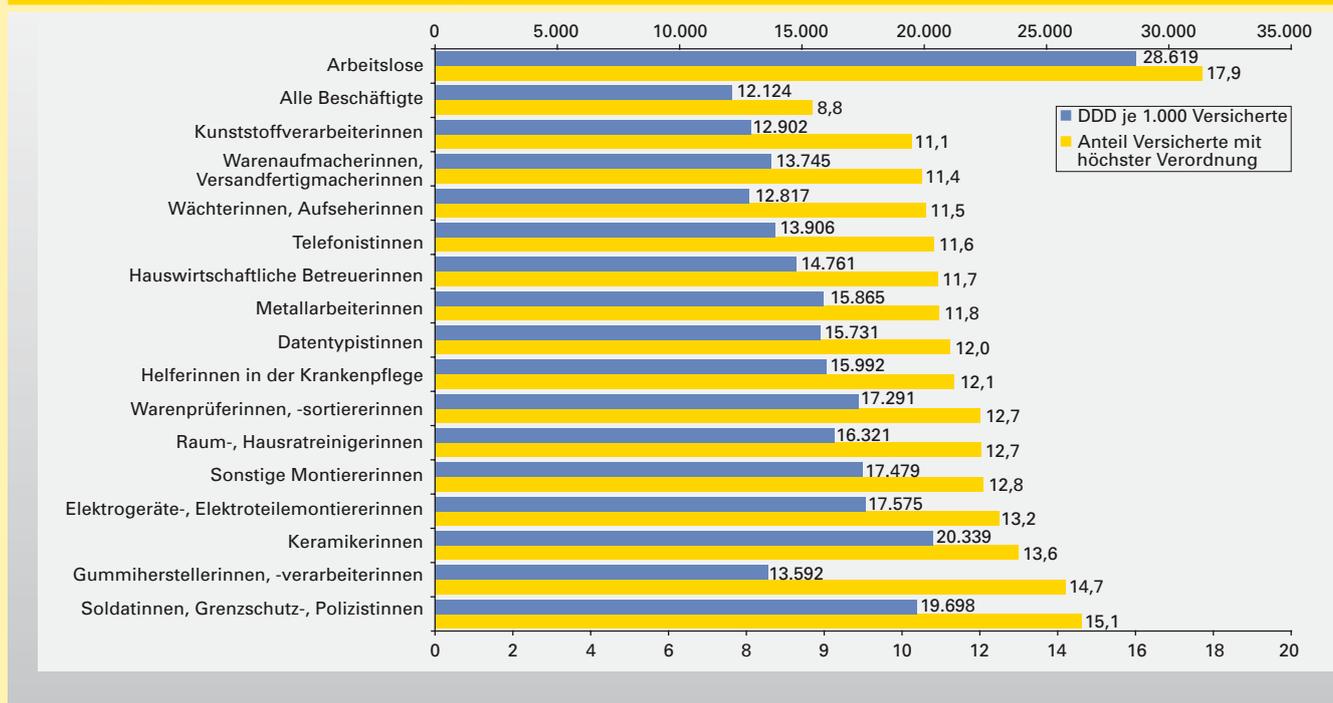
Gegenüber den beschäftigten Pflichtmitgliedern wiesen Arbeitslose (ALG-I- und ALG-II-Empfänger) die 2,6-fache Verordnungsmenge von Psychopharmaka auf – 24.692 Tagesdosen (DDD) je 1.000 Arbeitslose standen 9.458 für Beschäftigte gegenüber. 14,8 % von ihnen – mehr als jeder siebte Arbeitslose – erhielt ein Psychopharmakon verordnet (Frauen 17,9 % mit 28.619 DDD, Männer 12,0 % mit 21.205 DDD). Schon bei den 40-Jährigen Arbeitslosen lagen die Anteile der Versicherten mit Psychopharmaka-Verschreibungen mit 23 % (Frauen) und 14 % (Männer) über dem bereits hohen Durchschnitt der Arbeitslosen insgesamt,

<sup>4</sup> Vgl. BKK Gesundheitsreport 2005, Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit, S. 104 f. Weitere Daten finden sich im BKK Gesundheitsreport 2006, Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen, S. 88ff.



Schaubild S4.1

### Psychopharmaka-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen



und ihr Anteil erhöht sich bei den höheren Altersgruppen noch beträchtlich auf bis zu 38 % der über 60-jährigen Frauen und über 19 % der ältesten männlichen Arbeitslosen. Der steile Anstieg bereits im mittleren Alter deckt sich im übrigen mit den auch aus den AU-Daten erkennbaren altersbezogenen Krankheitsentwicklungen bei Arbeitslosen (vgl. *Kapitel 2.2, S. 41*)

Auch bei Arbeitslosen stehen die Verordnungen von Antidepressiva im Vordergrund: 14,4 % der arbeitslosen Frauen und 8,9 % der erwerbslosen Männer bekamen in 2007 ein- oder mehrmals ein Antidepressivum verordnet. Die bei Arbeitsunfähigkeit insbesondere unter Depressionen leidende Gruppe der Arbeitslosen weist auch bei der Verordnungsmenge von Antidepressiva eine

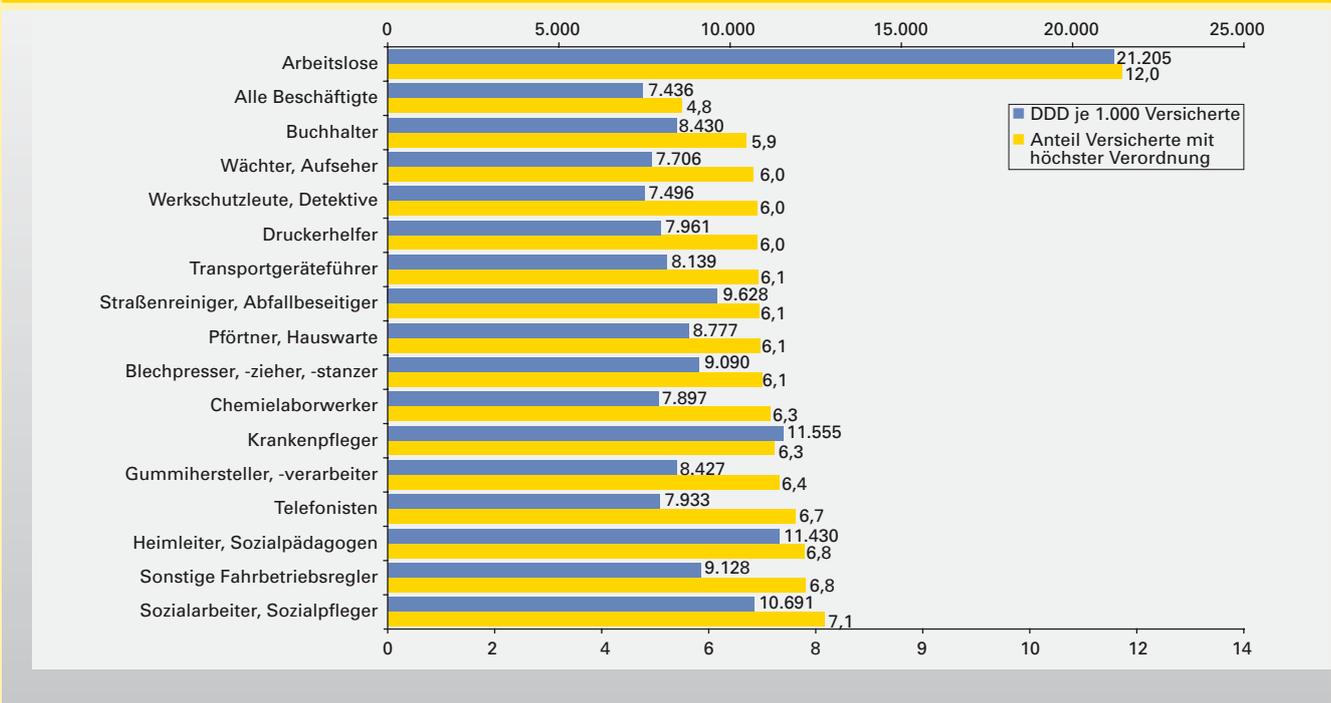
besonders hohe Inanspruchnahme auf, die sich mit 23.192 Tagesdosen und 396 Einzelverordnungen je 1.000 Frauen und 14.816 Tagesdosen und 251 Einzelverordnungen je 1.000 arbeitslosen Männern deutlich von der Inanspruchnahme der Beschäftigten abhebt. Hiermit hat sich die Verordnungsmenge für Arbeitslose seit 2004 mehr als verdoppelt, bei den männlichen Arbeitslosen sogar um den Faktor 2,3 vervielfacht.

Bei den Beschäftigten fanden sich in Bezug auf die Arzneimittelverordnungen vielfach die bereits im AU-Geschehen auffälligen Gruppen wieder. Die *Schaubilder S4.1 / S4.2* geben einen Überblick über besonders auffällige Gruppen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Psychopharmaka insgesamt. Die Verordnungen der quantitativ relevante-



Schaubild S4.2

**Psychopharmaka-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer**



sten Wirkstoffgruppe der Antidepressiva werden in den *Schaubildern S5.1 / S5.2* wiedergegeben. Hierbei werden auch zahlenmäßig kleinere Berufsgruppen bewusst mit ausgewiesen, da sie vertretend für größere Beschäftigtengruppen durchaus relevante Handlungsbedarfe erkennen lassen. Dies gilt etwa für die kleinere Gruppe der (nicht verbeamteten) Polizistinnen, von denen 11 % ein Antidepressivum und weitere 4 % eine anderes Psychopharmakon verschrieben bekamen. Ähnlich hohe Verordnungszahlen fanden sich bei erwerbstätigen Frauen in verschiedenen gewerblichen Berufen - besonders in der Gummi- und Keramikherstellung sowie in Metallberufen. Weiterhin erhielt jeweils etwa jede achte Reinigungskraft, Warensortiererin, HelferIn in der Krankenpflege, hauswirtschaftliche Be-

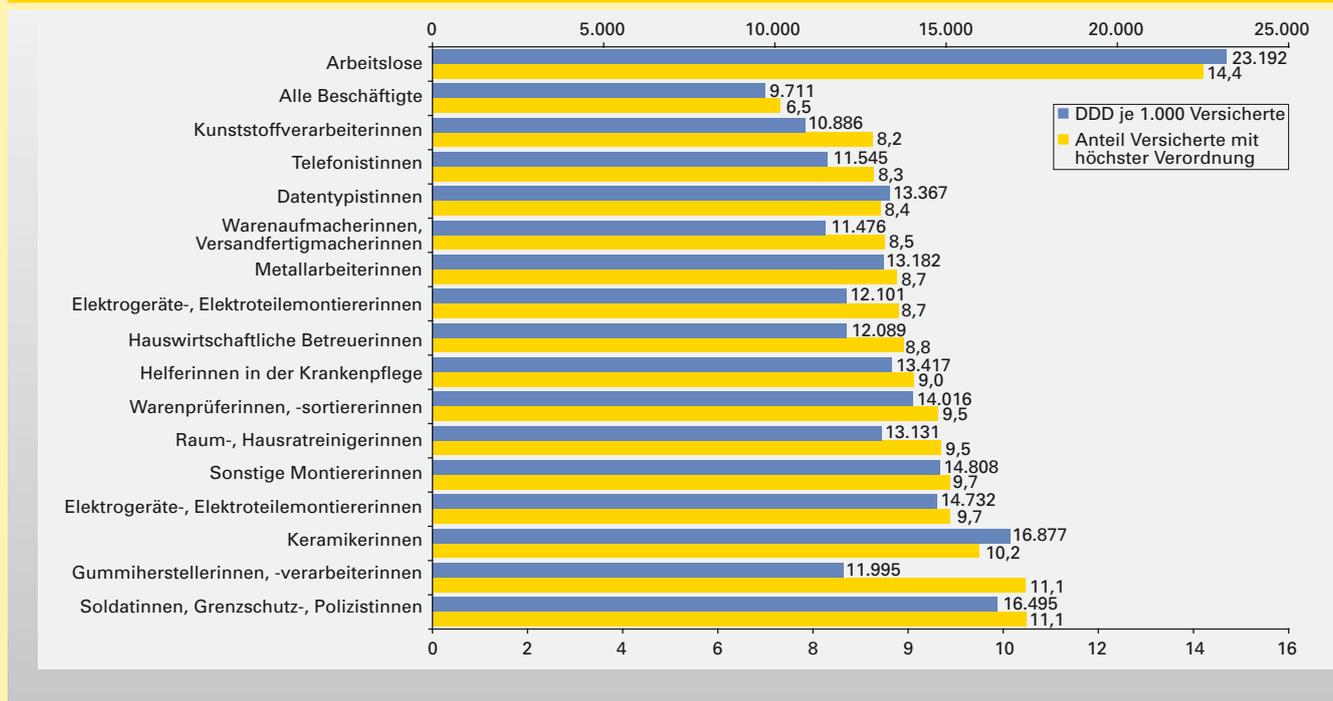
treuerin, Datentypistin oder Telefonistin Psychopharmaka und hierunter eben auch besonders häufig Antidepressiva. Bei den Keramikerinnen und Polizistinnen fallen zudem die hohen Verordnungsmengen von Antidepressiva ins Auge: ihre 16 bis 17 Tsd. Tagesdosen werden ansonsten nur noch von denen der weiblichen Arbeitslosen übertroffen (23 Tsd. DDD).

Bei den Männern gehören nach wie vor die sozialpflegerischen Berufe zu den auffälligsten Gruppen. So bekommen mit in-zwischen rd. 7 % immer mehr männliche Sozialarbeiter, Heimleiter und Sozialpädagogen Psychopharmaka insgesamt und 5,3 % Antidepressiva verordnet. Auch Sozialarbeiterinnen weisen mit einem Versichertenanteil von gut 10 % eine hohe Inanspruchnahme von Psychopharmaka



Schaubild S5.1

### Antidepressiva-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen



auf – allerdings lag diese bei weiblichen Beschäftigten mit anderer Tätigkeit noch weit höher (s.u.).

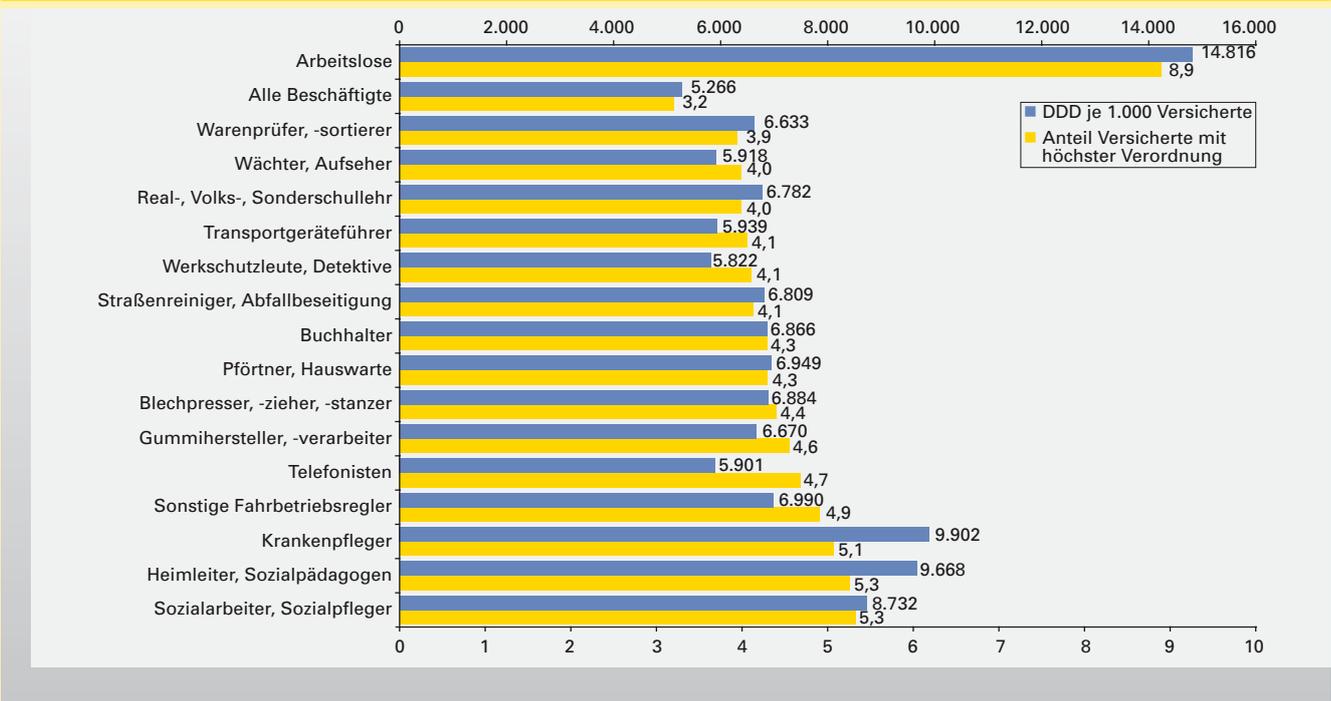
Weitere Berufe mit auffällig hoher Inanspruchnahme von Psychopharmaka und Antidepressiva waren bei Männern Fahrbetriebsregler und - analog zu den Frauen - Telefonisten, Gummihersteller und Krankenpfleger. Außerdem sind männliche Bürohilfskräfte stark betroffen – eine Tätigkeitsgruppe, in der für Männer berufliche Statuskonflikte eine größere Rolle spielen könnten. Männliche Krankenpfleger und Heimleiter/ Sozialpädagogen wiesen zudem nach den Arbeitslosen besonders hohe Verordnungsmengen von Antidepressiva auf (9.902 bzw. 9.668 Tagesdosen je 1.000), gefolgt von den Sozialarbeitern und -pflegern (8.732 DDD).

Bei den Frauen fallen diese Berufsgruppen nicht unter diejenigen mit der höchsten Inanspruchnahme. Neben den oben bereits genannten Gruppen (u.a. Polizistinnen) werden Frauen häufiger in einfachen, manuellen und eher gering qualifizierten Berufen mit Antidepressiva substituiert als in den sozialpflegerischen Berufen – so z.B. die Elektroteile- und sonstigen Montierenderinnen mit rd. 14.700 bis 14.800 Tagesdosen je 1.000, deren Bedarf aber um rd. 2.000 DDD niedriger als bei den schon genannten Keramikerinnen ausfiel. Bei den Helferinnen in der Krankenpflege und bei den Datentypistinnen waren es rd. 13.400 Tagesdosen je 1.000, Sozialarbeiterinnen fielen mit rd. 11.900 Tagesdosen Antidepressiva je 1.000 Versicherte und einem Anteil mit entsprechenden Verordnungen von 7,8 % nicht unter die ersten zwanzig.



Schaubild S5.2

**Antidepressiva-Verordnungen nach Tätigkeit –  
Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer**



Männer wiesen außer in den schon genannten Sozial- und Pflegetätigkeiten höhere Verordnungsmengen von Antidepressiva in so unterschiedlichen Berufsfeldern wie Fahrbetriebsregler, Blechpresser, Straßenreiniger oder Buchhalter und Lehrer auf. Die hier denkbaren Risiken oder Belastungskomponenten in Bezug auf psychische Belastungen dürften in diesen Gruppen äußerst heterogen ausfallen. Während einige Gruppen durch niedrigen beruflichen Status verbunden mit geringer Eigenverantwortung und wenig Gestaltungsmöglichkeiten gekennzeichnet sind, stehen in anderen Berufen eher Stress durch hohe, anhaltende Konzentrationsanforderungen, Überforderungsproblematiken und Verantwortungsdruck im Vordergrund bis hin zum Risiko des Burnouts. Dies ist insoweit nicht verwunderlich als psychische Be-

lastungen aus sehr unterschiedlichen Belastungskonstellationen resultieren können mit gleichwohl ähnlich krankmachenden Folgen.

Claudia Derks-Witthaus  
BKK Bundesverband  
Abteilung Vertragsanalyse

Erika Zoike  
BKK Bundesverband  
Abteilung Wettbewerbsanalysen

# Psychische Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz

## Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen

### Einleitung

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verbringen einen Großteil ihrer wachen Zeit am Arbeitsplatz, wo sie neben gesundheitsförderlichen Einflüssen aus der Arbeitssituation (z.B. Bestätigung, Anerkennung, soziale Unterstützung, Sinnerfüllung) unterschiedlichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sein können. Je nach Intensität einzelner Belastungen auf der einen und individueller Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten der Beschäftigten auf der anderen Seite entstehen hieraus spezifische Beanspruchungen, die positive oder negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, das Arbeitsergebnis oder den Gesundheitszustand haben können.

Seit Jahren wird in den Analysen der Arbeitsunfähigkeit durchgängig beobachtet, dass die Ausfalltage durch psychische Erkrankungen erheblich ansteigen. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Ein Faktor für das Entstehen psychischer Erkrankungen können negative psychomentale Beanspruchungen am Arbeitsplatz sein.

Im Folgenden wird anhand von Daten aus Mitarbeiterbefragungen untersucht, welche psychischen Beanspruchungen negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten haben, wie viele Mitarbeiter/innen betroffen sind und welche gesundheitlichen Beschwerden mit zunehmender Beanspruchung häufiger auftreten.

### Methodik

Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf 6.161 Einzelinterviews in 50 Unternehmen im Zeitraum von 2004 bis 2008. Mittels eines standardisierten Fragebogens wurden Arbeitnehmer/innen befragt, wie stark sie sich bezüglich bestimmter Items belastet fühlen.<sup>1</sup> Die Befragungen deckten die Fehlbeanspruchungslage am Arbeitsplatz umfassend ab. In der vorliegenden Auswertung werden jedoch nur die psychischen Fehlbeanspruchungen betrachtet.

Auf Grund der Datenlage konnten 24 Einzelfragen bestimmt werden, die folgenden vier Beanspruchungsbereichen zugeordnet wurden (vgl. Kasten).

- Psychische Fehlbeanspruchungen durch Arbeitstätigkeiten
- Psychische Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten des Vorgesetzten
- Psychische Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten der Kollegen
- Psychische Fehlbeanspruchungen durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten

## Fragen zu psychischen Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz

### Bereich: Psychische Fehlbeanspruchungen durch Arbeitstätigkeiten

Folgende Fragen wurden herangezogen:

- Fühlen Sie sich bei Ihren Arbeitstätigkeiten durch Überforderungen belastet?
- Fühlen Sie sich bei Ihren Arbeitstätigkeiten durch Unterforderungen belastet?
- Fühlen Sie sich bei Ihren Arbeitstätigkeiten durch Stress belastet?
- Fühlen Sie sich bei Ihren Arbeitstätigkeiten durch Monotonie belastet?
- Fühlen Sie sich bei Ihren Arbeitstätigkeiten durch Isolation belastet?

### Bereich: Psychische Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten des Vorgesetzten

Folgende Fragen wurden herangezogen:

- Fühlen Sie sich durch übermäßige Kontrolle durch Ihren Vorgesetzten belastet?
- Fühlen Sie sich durch den Umgangston Ihres Vorgesetzten belastet?
- Fühlen Sie sich durch fehlende Informationen belastet?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie gegenüber Ihrem Vorgesetzten Ihre Meinung nicht offen vertreten können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Ihr Vorgesetzter zu wenig Rücksicht auf Ihre persönlichen Belange nimmt?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihrem Vorgesetzten kaum Fragen stellen können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie von Ihrem Vorgesetzten kein Lob erhalten?

Jede Frage sollte in einer 5-er Skala „nie“ „selten“ „manchmal“ „häufig“ „sehr häufig“ beantwortet werden. Zur Identifizierung deutlich beanspruchter Personen wurde nun Indizes gebildet. Als deutlich beansprucht gilt ein Mitarbeiter, der

<sup>1</sup> Die korrekte Formulierung hätte im Fragebogen: „Fühlen Sie sich durch... mit negativen Auswirkungen beansprucht“ heißen müssen. Um die Lesbarkeit des Fragebogens zu erleichtern wurde jedoch die Formulierung „Fühlen Sie sich durch ... belastet?“ verwendet, da im allgemeinen Sprachgebrauch eine **Belastung** mit einer **Beanspruchung mit negativen Auswirkungen (Fehlbeanspruchung)** gleichgesetzt wird.



### Bereich: Psychische Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten der Kollegen

Folgende Fragen wurden herangezogen:

- Fühlen Sie sich durch fehlende Teamarbeit belastet?
- Fühlen Sie sich durch die Zusammensetzung des Teams belastet?
- Fühlen Sie sich durch übermäßige Kontrolle durch Ihre Kollegen belastet?
- Fühlen Sie sich durch den Umgangston Ihrer Kollegen belastet?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie gegenüber Ihren Kollegen Ihre Meinung nicht offen vertreten können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Ihre Kollegen zu wenig Rücksicht auf Ihre persönlichen Belange nimmt?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihren Kollegen kaum Fragen stellen können?

### Bereich: Psychische Fehlbeanspruchungen durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten

Folgende Fragen wurden herangezogen:

- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihre Arbeitszeit nicht selbst planen können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihre Arbeitsschritte nicht selbst planen können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihre Arbeitsergebnisse nicht selbst prüfen können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihren Arbeitsplatz nicht selbst gestalten können?
- Fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie Ihre Ideen und Vorschläge nicht einbringen können?

innerhalb einer Fragenkategorie (z. B. psychische Belastungen durch Arbeitstätigkeiten) alle Einzelfragen mindestens mit „manchmal“, oder mehrere Einzelfragen mit „häufig“ bzw. „sehr häufig“ beantwortet hat.

### Umfang der psychischen Fehlbeanspruchungen

Die Auswertung nach den genannten Beanspruchungsbereichen ergibt zunächst einen Überblick, wie viele Mitarbeiter durch psychische Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz betroffen waren, und des weiteren, welche Bereiche hierbei im Vordergrund standen.

Mehr als die Hälfte – 56 % der Befragten – gaben an, durch psychische Fehlbeanspruchungen in mindestens einem der vier Bereiche deutlich betroffen zu sein, was auf der anderen Seite heißt, dass von 44 % der Befragten zumindest keine deutlichen Fehlbeanspruchungen durch psychische Belastungsfaktoren angegeben wurden. In etwa der Hälfte der Fälle mit Fehlbeanspruchungen konzentrierten sich diese auf einen Bereich,

immerhin 28 % der Befragten waren jedoch in mehreren Beanspruchungsfeldern deutlich betroffen.

Die Fallgruppen verteilten sich im Einzelnen wie folgt:

- 27,1 % wiesen in **einem** der vier Bereiche eine deutliche Beanspruchung auf,
- 14,9 % in **zwei** Bereichen,
- 8,5 % in **drei** Bereichen und
- 4,8 % der Befragten fühlten sich in **allen vier** Bereichen deutlich fehlbeansprucht.

Die verschiedenen Bereiche hatten hierbei ein z.T. sehr unterschiedliches Gewicht. So wurden doppelt so viele Mitarbeiter/innen durch das Verhalten der Vorgesetzten deutlich fehlbeansprucht wie durch das Verhalten der Kollegen (s. *Schaubild S6*).

Schaubild S6

#### Anteil Beschäftigte mit psychischen Fehlbeanspruchungen

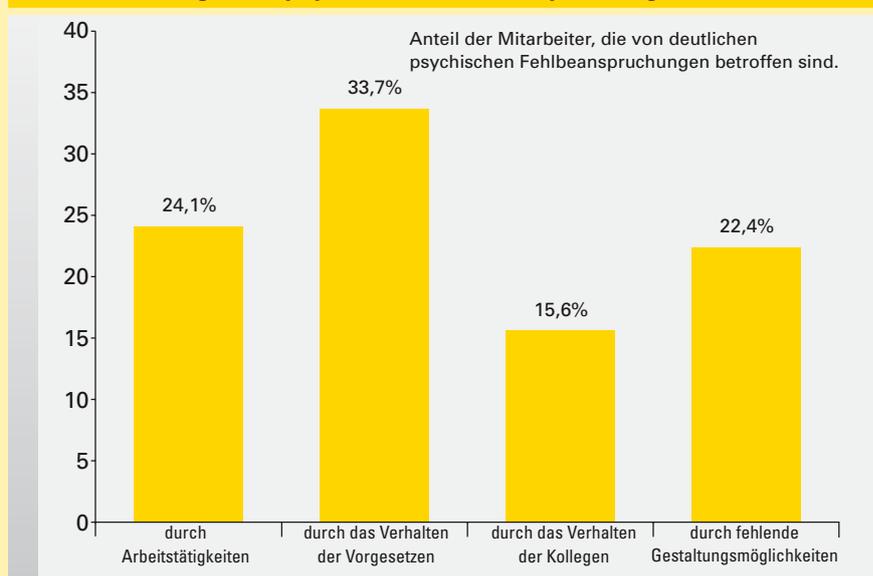




Schaubild S7

### Gesundheitliche Beschwerden bei psychischen Fehlbeanspruchungen durch Arbeitstätigkeiten



Korrelation nach SPEARMAN

### Psychische Fehlbeanspruchungen durch die Arbeitstätigkeiten

Im Weiteren wurden die Mitarbeiter/innen nach ihrer *allgemeinen Zufriedenheit* zum einen mit ihrem Gesundheitszustand und zum anderen mit ihren Arbeitstätigkeiten gefragt.<sup>2</sup>

43,3 % der durch die Arbeitstätigkeiten deutlich psychisch fehlbeanspruchten Personen waren mit den Arbeitstätigkeiten allgemein unzufrieden, somit war allerdings bei über der Hälfte dieser Gruppe immerhin keine *allgemeine* Unzufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit festzustellen. Der Vergleichswert der Personen mit keiner oder nur geringer psychischer Fehlbeanspruchung lag jedoch deutlich niedriger: hier waren nur 10 % allgemein unzufrieden mit ihren Arbeitstätigkeiten. Hier zeigt sich, dass hohe psychische Fehlbeanspruchungen durch die Arbeitstätigkeiten mit einer erhöhten Arbeitsunzufriedenheit einhergehen. Eine niedrige Arbeitszufriedenheit zieht dann häufig Qualitätsprobleme, eine geminderte Leistungsfähigkeit und -bereitschaft und ein erhöhtes Fehlerrückkommen nach sich.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand werden ähnliche Zusammenhänge beobachtet. Während knapp 20 % der durch die Arbeitstätigkeiten gering oder gar nicht fehlbeanspruchten Personen mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden sind, sind dies bei den Befragten, die durch Arbeitstätigkeiten deutlich psychisch fehlbeansprucht sind, fast 40 %.

Eine Analyse der Zusammenhänge des Auftretens einzelner gesundheitlicher Beschwerden mit der Stärke der psychischen Fehlbeanspruchung durch die Arbeitstätigkeiten zeigt, dass alle gesundheitlichen Beschwerden und insbesondere psychosomatische Erkrankungen mit zunehmender Fehlbeanspruchung häufiger auftreten.

<sup>2</sup> Der eingesetzte Fragebogen ist in themenbezogene Fragenblöcke unterteilt (z.B. Arbeitstätigkeiten, Arbeitszeit, Arbeitsbedingungen, gesundheitliche Beschwerden). Diese enthalten bis zu 15 Einzelfragen zu speziellen Beanspruchungen des jeweiligen Themenbereiches. Jeder Block schließt mit einer übergreifenden Frage zum jeweiligen Thema ab, z.B. „Insgesamt betrachtet: Sind Sie mit Ihren ... (Arbeitstätigkeiten, Arbeitsbedingungen etc.) eher zufrieden bzw. eher unzufrieden.“



### Psychische Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten der Vorgesetzten

Mitarbeiter, die Aspekte des Vorgesetztenverhaltens als deutlich negativ beanspruchend empfinden, sind verständlicherweise weit unzufriedener mit dem Vorgesetzten als ihre Kollegen. Nur knapp über 10 % der Mitarbeiter, die sich nur gering oder gar nicht durch das Vorgesetztenverhalten fehlbeansprucht fühlen, sind im Großen und Ganzen mit ihrem Vorgesetzten unzufrieden. Bei den deutlich durch das Vorgesetztenverhalten fehlbeanspruchten Mitarbeitern sind gut zwei Drittel unzufrieden mit ihrem Vorgesetzten.

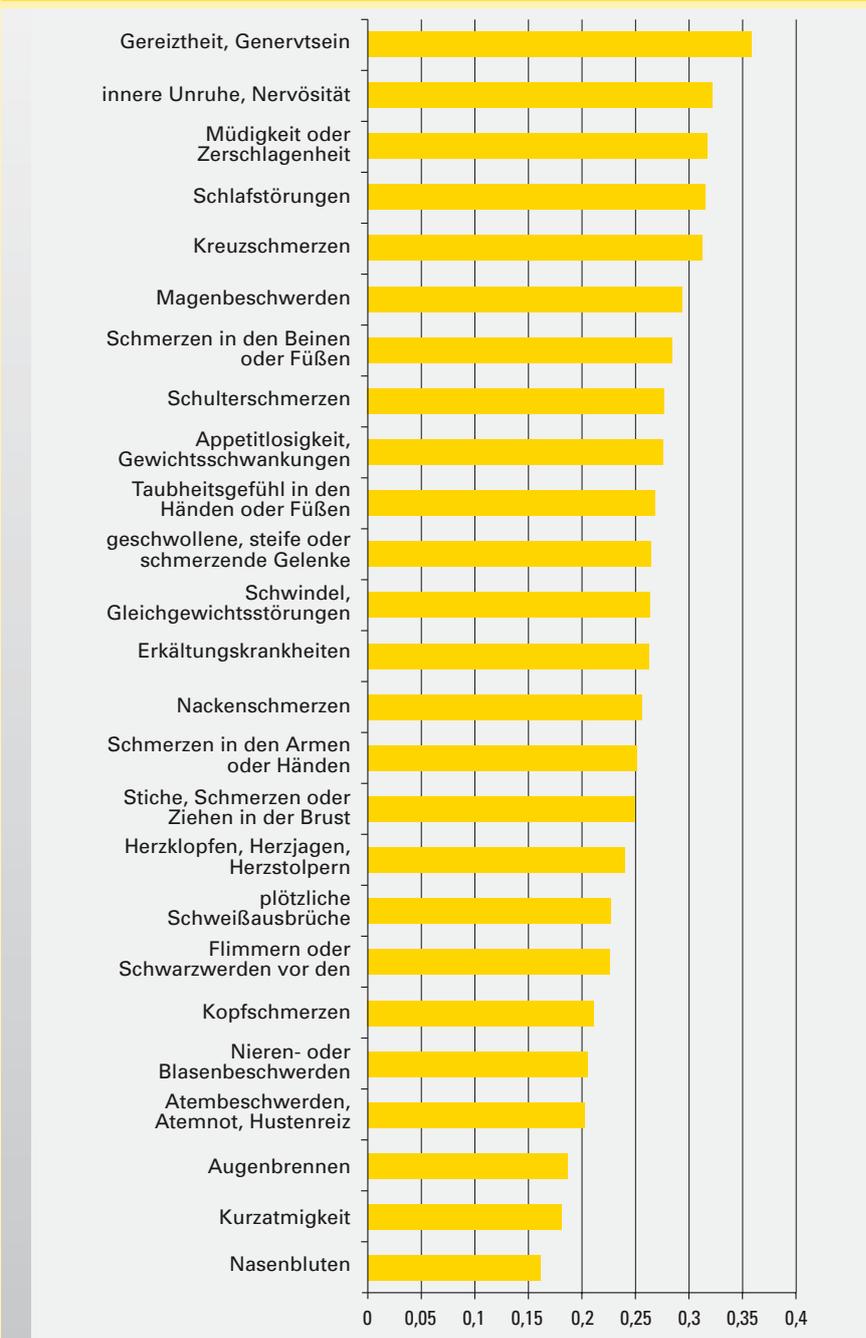
Auch hier kann durch gestörte Kommunikation und Akzeptanz zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern von einer Minderung der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit, Qualitätsproblemen und Fehlerhäufungen ausgegangen werden.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand zeigt sich ein ähnliches Bild. Fast die Hälfte der deutlich durch das Vorgesetztenverhalten fehlbeanspruchten Mitarbeiter ist eher unzufrieden mit ihrem Gesundheitszustand. Bei den nicht oder nur gering fehlbeanspruchten Mitarbeitern sind dies nur 18,2 %.

Eine nähere Betrachtung der einzelnen gesundheitlichen Beschwerden zeigt wiederum eine Erhöhung bei allen aufgeführten gesundheitlichen Beschwerden mit zunehmender Fehlbeanspruchung durch das Vorgesetztenverhalten. Besonders die psychosomatischen Beschwerden wie Gereiztheit, Unruhe, Zerschlagenheit und Schlafstörungen treten erkennbar häufiger auf.

Schaubild S8

### Gesundheitliche Beschwerden bei psychischen Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten von Vorgesetzten

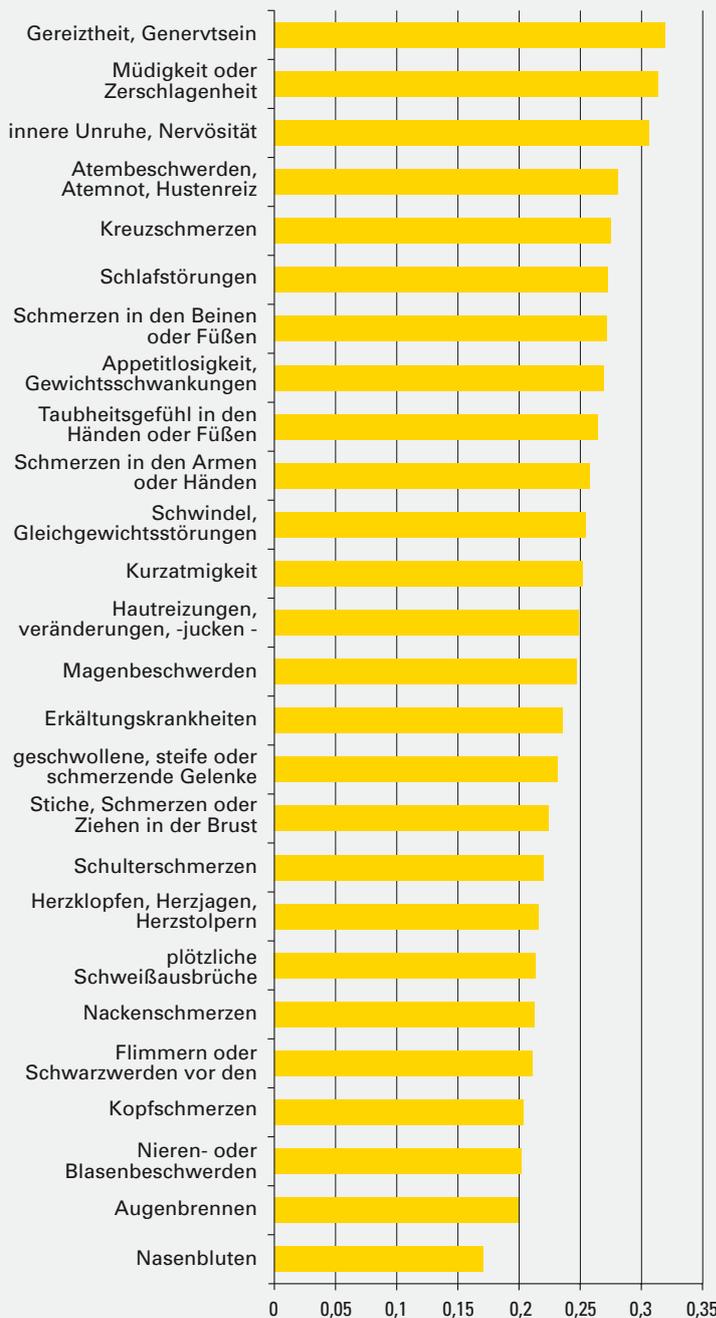


Korrelation nach SPEARMAN



Schaubild S9

**Gesundheitliche Beschwerden bei psychischen Fehlbeanspruchungen durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten**



Korrelation nach SPEARMAN

**Psychische Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten der Kollegen**

Die Beschreibung der Auswirkungen erhöhter psychischer Fehlbeanspruchung durch die Arbeitstätigkeiten und durch das Verhalten der Vorgesetzten zeigte schon deutliche Parallelen. Selbiges ist auch bezüglich der psychischen Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten der Kollegen zu beobachten. Da von diesem Beanspruchungsbereich nur relativ wenige Personen deutlich betroffen sind, wird – auch um Redundanzen zu vermeiden – auf eine explizite Darstellung hier verzichtet.

**Psychische Fehlbeanspruchungen durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten**

Auch hinsichtlich des Bereiches der Fehlbeanspruchungen durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei dem Beanspruchungsbereich „Vorgesetztenverhalten“. Fast zwei Drittel der deutlich durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten fehlbeanspruchten Mitarbeiter sind mit ihren Möglichkeiten zur Einflussnahme unzufrieden, in der Vergleichsgruppe sind dies nur 12,7 %.

Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand zeigt sich, dass fehlende Möglichkeiten der Einflussnahme mit einem schlechten Gesundheitszustand einhergehen. Fast 50 % der durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten deutlich fehlbeanspruchten Personen sind mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden.

Wiedetrum treten besonders psychosomatische Gesundheitsstörungen mit zunehmender Fehlbeanspruchung durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten verstärkt auf.

## Fazit

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass psychische Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz häufig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und zu einem deutlichen Rückgang der Arbeitszufriedenheit führen.

Nur 44 % aller Mitarbeiter sind am Arbeitsplatz gering oder gar nicht psychisch fehlbeansprucht. Ein Hauptbeanspruchungsfaktor ist das Vorgesetztenverhalten. Ein Drittel aller Arbeitnehmer fühlen sich durch das Verhalten ihrer Vorgesetzten deutlich fehlbeansprucht.

In betrieblichen Gesundheitsberichten werden mittlerweile nicht selten Anteile von über 20 % der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen ausgewiesen. Hinzu kommen Fehlzeiten durch andere Krankheiten (u.a. Muskel- und Skeletterkrankungen, Kreislauferkrankungen), die ebenfalls psychisch mitbedingt sein können.

Psychische Fehlbeanspruchungen können nicht nur zu Erkrankungen führen, sie setzen außerdem die Arbeitsfähigkeit herab. Gereizte, motivationslose und frustrierte Mitarbeiter/innen werden schwerlich dieselbe Leistung erbringen können wie zufriedene Beschäftigte. Hinzu kommen negative Auswirkungen auf das Betriebsklima insgesamt und somit auf die Arbeitszufriedenheit des gesamten Kollektivs. Eine geringe Arbeitszufriedenheit erzeugt fast immer betriebliche Probleme hinsichtlich der Produktivität und der Qualität der Arbeitsergebnisse.

Umsomehr ist zu begrüßen, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Präventionsziele zur Verminderung der psychischen Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz aufgestellt haben und hiermit entsprechende Maßnahmen stärker in den Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung setzen (s. hierzu *Kapitel 1*, S. 15f, *Spezial* zu den Präventionszielen der GKV).

Ralph Joussem

Team Gesundheit Gesellschaft  
für Gesundheitsmanagement mbH



## Psychisch krank im Job Hilfen für Betroffene und Betriebe

Im Jahr 2005 wurden über eine Million psychiatrische Patienten aus dem vollstationären Krankenhausaufenthalt entlassen. Darunter waren im erwerbsfähigen Alter über 510 Tsd. Patienten zwischen 15 und 45 Jahren und rund 310 Tsd. zwischen 45 und 65 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus lag insgesamt bei 20,8 Tagen (Statistisches Jahrbuch 2007).

Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass bundesweit auf der einen Seite Arbeitsunfähigkeitstage infolge körperlicher Erkrankungen abnehmen, auf der anderen Seite AU-Tage wegen „psychischer Störungen“ deutlich zunehmen. Sie stellen mittlerweile die vierthäufigste Diagnose dar (Präventionsbericht 2007). Die häufigsten psychischen Beschwerden in Europa sind Angststörungen und Depressionen. Nach einer Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden im Jahr 2020 diese beiden Erkrankungen Platz 2 und 3 der „größten Leiden der Menschheit“ einnehmen – nach dem Herzinfarkt und vor Verkehrsunfällen. Diese Entwicklung wird jedoch nicht ausschließlich auf zunehmende Belastungen zurückgeführt, sondern auch auf ein gestiegenes gesellschaftliches Verständnis für seelische Krisen und psychische Symptome (ZB, 3/2007). Strategien zur Vermeidung psychischer Erkrankungen gewinnen damit an Bedeutung.

Psychische Erkrankungen stellen nicht nur das Gesundheitswesen vor eine Herausforderung. Neben ihren Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Angehörige haben seelische Erkrankungen soziale und volkswirtschaftliche Kosten zur Folge. Das Arbeitsschutzgesetz sieht zwar seit 1996 vor, dass Betriebe eine Gefährdungsbeurteilung für körperliche sowie für psychische Belastungen vorzunehmen und entsprechend geeignete Präventions- und Gegenmaßnahmen einzuleiten haben. In vielen Betrieben spielt der Umgang mit psychischen Erkrankungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement oftmals jedoch noch

eine untergeordnete Rolle. Dabei sind psychische Erkrankungen durchaus eine ernst zu nehmende wirtschaftliche Größe: Jährlich entstehen in Deutschland durch psychische Belastungen Produktionsausfallkosten in Höhe von 3,8 Milliarden Euro (BAuA 2008). Schätzungen zufolge führen die wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen zu einem Verlust von drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) der EU, hauptsächlich aufgrund von Produktivitätsverlusten (Europäische Kommission 2008). Hinzu kommen die Kosten für Behandlungen, Krankengeldzahlungen, Einnahmeausfälle und Erwerbsunfähigkeitsrenten, die von den Sozialversicherungsträgern gedeckt werden. Die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für arbeitsbedingte Krankengeldleistungen belaufen sich jährlich insgesamt auf rund zwei Milliarden Euro. Die zweithöchsten Krankengeldzahlungen fallen dabei mit 300 Millionen Euro für psychische Krankheiten an und die finanziellen Folgen der arbeitsbedingten Frühberentung durch psychische Erkrankungen belaufen sich auf 489 Millionen Euro für die gesetzliche Rentenversicherung (Bödeker, W., 2008).

### Schwierige Situationen für Betroffene und Betriebe

Der Umgang mit psychischen Erkrankungen in betrieblichen Zusammenhängen ist meistens schwierig. Unsicherheit, Scham oder Angst vor Stigmatisierung und Hänseleien lassen die Betroffenen ihre Erkrankung verschweigen. Sie lehnen daher oft auch einen Schwerbehindertenausweis ab und verzichten damit auch auf Fördermöglichkeiten durch das Integrationsamt und auf den besonderen Kündigungsschutz (ZB, 3/2007). Vorgesetzte und Personalverantwortliche scheuen andererseits häufig ein klares Gespräch, um die Situation nicht zu verschlimmern. Häufig werden die Anzeichen eine lange Zeit aus Unsicherheit ignoriert und typische Symptome werden zunächst nicht einer Erkrankung zugeschrieben.

Kollegen und Vorgesetzte hegen die Hoffnung, dass das Verhalten vorübergehend ist. Gesundheitsbeauftragten fehlen häufig das Know-how über psychische Erkrankungen und Unterstützungsmöglichkeiten sowie Informationen zum Umgang mit erkrankten Mitarbeitern.

Psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz beziehen sich auf die Wechselwirkungen zwischen Arbeitsumwelt, Arbeitsinhalt, organisatorische Bedingungen und dem Leistungsvermögen, den Bedürfnissen, der Kultur und persönlichen, nicht arbeitsbezogenen Belangen der Arbeiter, die durch Auffassungen und Erfahrungen die Gesundheit, die Arbeitsleistung und die Arbeitszufriedenheit beeinflussen können (Hofmann, A. et al, 2000).

Psychische Erkrankungen und Krisen kommen nicht von heute auf morgen, sondern entwickeln sich meist über einen langen Zeitraum. Depressionen, bipolare (manisch-depressive) Erkrankungen und Angststörungen sind aber häufig durch Frühwarnzeichen erkennbar – zum Beispiel durch veränderte Verhaltensweisen und abfallende Leistungen. Möglicherweise gibt es am Arbeitsplatz eine Auslösesituation oder begünstigende Faktoren. Die Arbeitsbedingungen sind dabei jedoch nicht zwingend die ausschließliche Ursache. In der Regel handelt es sich um eine Wechselwirkung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Trotzdem können anhaltend schlechtes Betriebsklima, Angst vor Arbeitsplatzverlust und psychomentele Belastungen wie Überforderung, Leistungs- und Zeitdruck akute Krankheitsphasen auslösen und verstärken.

Persönliche Veränderungen aufgrund einer Krise oder einer beginnenden psychischen Erkrankung werden oft zuerst in der Leistungsatmosphäre Arbeitsplatz sichtbar. Doch selbst bei gleichlautenden Diagnosen sind Auswirkungen, Verlauf und Genesung oder Chronifizierung ei-



ner Erkrankung bis zur seelischen Behinderung oft sehr verschieden. Pauschale Empfehlungen für die Prävention und den Umgang lassen sich daher nach Ansicht von Fachleuten selten ableiten. Der Rat zu Hause zu bleiben, wie bei einer Grippe ist bei vielen psychischen Erkrankungen nicht grundsätzlich richtig. Gerade die Teilhabe am Arbeitsleben ist für psychisch kranke Menschen ein wichtiger, vielfach der bedeutendste Faktor für Stabilisierung und Integration.

### **Betriebliche Spielräume finden und gezielt nutzen**

Verständnis, Unvoreingenommenheit und konkrete Unterstützungen können einen wichtigen Beitrag zum Verbleib im Arbeitsleben darstellen. Vor allem Führungskräfte beeinflussen die Organisation von Arbeit: die optimale Anpassung von Arbeitsaufgaben und Qualifikation, Zielvereinbarungen und Zeitabsprachen, wertschätzende Rückmeldungen über Leistungs- und Sozialverhalten, Schaffung von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen sowie Beteiligung und Unterstützung von Mitarbeitern. Wesentlichen Einfluss haben Führungskräfte auch in Bezug auf das soziale Miteinander im eigenen Arbeitsbereich (Westerhoff, U., 2006). Durch präventive Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das rechtzeitige Anbieten adäquater Hilfe können Eskalation und Klinikaufenthalt verhindert und der Arbeitsplatz erhalten werden. Vernetzte Angebote wie betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement, professionelle Unterstützung durch externe Fachdienste sowie Maßnahmen zur Gesundung und Stabilisierung im privaten Umfeld können gezielt dazu beitragen, die Teilhabe am Arbeitsleben wieder herzustellen und zu sichern. Dies nützt sowohl den Arbeitnehmern als auch Betrieben.

Betriebe können sich demzufolge selbst die Frage stellen, wo und wie sie psychische Fehlbelastungen durch klassische Arbeitsschutzinstrumente gene-

rell verhindern oder reduzieren und die psychische Gesundheit der Belegschaft fördern können. Trotz sachlicher Zwänge gibt es hier Gestaltungsspielräume, die sowohl präventiv als auch im Rahmen der betrieblichen Wiedereingliederung (§ 84 Abs. 2 SGB IX) genutzt werden können. Die größte Hürde für viele Betroffene und Führungskräfte bleibt jedoch das Erkennen der Problemlage und die gemeinsame Festlegung geeigneter Lösungswege.

### **Neue Wege: Selbsthilfe in der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Für die Jahre 2008 bis 2009 haben sich die gesetzlichen Krankenkassen erstmals spezielle Ziele für die allgemeine Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung gesetzt. In der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das übergreifende präventionsbezogene Ziel gesetzt, psychische Störungen zu reduzieren. Der BKK Bundesverband setzt sich auf verschiedenen Ebenen unter anderem für die betriebliche Gesundheitsförderung ein: Eine der vier inhaltlichen Säulen der Kampagne Move Europe zum Beispiel ist die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Der BKK Bundesverband fördert darüber hinaus seit Jahren systematisch auch die Selbsthilfearbeit, die neben der Basisförderung die Bereiche Suchtgefährdung und Abhängigkeit, Krebs, psychische Erkrankungen auch die Qualifizierung und Stärkung der Selbsthilfe umfassen.

Ein modernes betriebliches Gesundheits- und Wiedereingliederungsmanagement, das auch das Themenfeld psychische Erkrankungen berücksichtigt, braucht eine besonders auf die unternehmerischen Belange zugeschnittene Unterstützung. Da psychisch Kranke als eine klassische Zielgruppe für Selbsthilfe gelten, lag es für den BKK Bundesverband nahe, nach Wegen zu suchen, Selbsthilfeaktivitäten auch in Unternehmen anzubieten. Die Expertise und Infra-

struktur der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e. V.) mit seinen über 500 Angehörigen-Selbsthilfegruppen und -initiativen bundesweit bot sich hierfür an. Seit dem Jahr 2002 geht der BKK Bundesverband zusammen mit der BApK einen bis dahin thematisch wie methodisch neuen Weg: Es wurde erprobt, wie die Erfahrungskompetenz der Selbsthilfe und das aus der Suchtkrankenhilfe weiterentwickelte H-I-L-F-E-Konzept für Unternehmen nutzbar gemacht werden können.

Heute bieten der BApK und der BKK Bundesverband ein Gesamtpaket aus betrieblicher Gesundheitsförderung, Aufklärung, Qualifizierung an, um die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen in Unternehmen zu befördern. Führungskräfte, Personalverantwortliche und weitere Multiplikatorengruppen werden befähigt, ihre Führungskompetenz im Hinblick auf psychische Erkrankungen zu erweitern und präventiv wirksam zu werden. Das Schulungskonzept lässt sich inhaltlich, zeitlich und betrieblich sowohl für Großunternehmen als auch für klein- und mittelständische Unternehmen anpassen.

Die Selbsthilfeorganisation qualifiziert nun bereits seit fünf Jahren das betriebliche Gesundheitsmanagement von Betrieben und Verwaltungen. Das Prinzip „Familien helfen sich selbst“ scheint auch in Betrieben zu funktionieren und ist offenbar genau auf den Bedarf der Zielgruppen zugeschnitten: Über 1.000 Multiplikatoren wurden bisher weitergebildet und informiert, um in konkreten Situationen Handlungsoptionen abrufen zu können, die eine erste Orientierung für Gespräche mit psychisch erkrankten Beschäftigten bieten. Anlässlich einer ersten Auswertung erklärten 94,7 Prozent der Teilnehmer, sie fänden es gut, durch Angehörige geschult zu werden. 93,7 Prozent meinten, mit dem Thema „psychische Erkrankungen“ jetzt offener umgehen zu können und 94,4 Prozent gaben an, dass ihnen der tägliche Umgang mit Kranken nun leichter fallen würde.

## Angehörige und BKK Fachreferenten machen Schule

Hauptanliegen des BKK Bundesverbandes und der BApK ist es, in Unternehmen zunächst über psychische Erkrankungen und den Umgang mit Kranken umfassend zu informieren und somit einen qualifizierten Beitrag zur Sekundär- und Tertiärprävention zu leisten. Um den hohen Anforderungen im Setting Betrieb gerecht zu werden, erforderte dies eine Teilprofessionalisierung des Selbsthilfe-Angebotes. Dabei war entscheidend, dass neben der Beherrschung von didaktischen Methoden und Präsentationstechniken die selbsthilfespezifischen Erfahrungen und Kompetenzen gleichwertig erhalten bleiben. Das Beratungs- und Schulungsangebot setzt daher gezielt auf die Unterstützung durch Angehörige psychisch Kranker, weil diese authentisch und damit glaubwürdig über Probleme und Bewältigungsstrategien im Alltag berichten können. Die Veranstaltungen werden geleitet durch Fachreferenten der betrieblichen Gesundheitsförderung des BKK Bundesverbandes und Referenten des BApK sowie den besonders geschulten Angehörigen psychisch Kranker. Das Besondere: Professionelles Beratungs- und Fachwissen wird kombiniert mit gelebten Erfahrungen und der jahrelang erworbenen Kompetenz, mit psychisch Erkrankten umzugehen.

Die Beratungsthemen reichen von Informationen über verschiedene Krankheitsbilder (z.B. Manien, Depression, Ängste, Abhängigkeiten) über die Darstellung von Frühwarnsymptomen und Behandlungsmöglichkeiten bis hin zu den Auswirkungen der Erkrankungen auf das Arbeitsleben. Die Referenten liefern den Unternehmensvertretern Handlungshilfen für Krisensituationen, beschreiben die Wege für die Rückkehr in den Betrieb und kennen örtliche Unterstützungsangebote. So können möglicherweise Fehlzeiten verringert, die Chronifizierung der

Krankheiten verhindert und Know-how und Arbeitsplatz erhalten werden.

Als „Erste Hilfe“ tragen sie dazu bei, den Verantwortlichen Sicherheit im Umgang mit der sensiblen Thematik zu geben und im konkreten Fall Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Krisensituationen zu helfen. Darüber hinaus werden den Betrieben Handlungsleitlinien für den betrieblichen Alltag vorgestellt. Ergänzend zu den Schulungen im Betrieb können die betrieblich Verantwortlichen die Beratung über eine Telefon-Hotline in Anspruch nehmen. Informationstage und eine Broschüre ermöglichen es, sich von weiteren Positionen aus dem Thema zu nähern, um in den Betrieben offener und lösungsorientierter mit psychischen Problemen und Störungen umzugehen.

Ute Westerhoff  
BKK Bundesverband  
Abteilung Gesundheit

Marlies Hommlsen  
Bundesverband der Angehörigen  
psychisch Kranker (BApK)

### Informationen und Kontakt

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie / Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BapK)  
www.bapk.de und www.psychiatrie.de

BKK Bundesverband  
www.bkk.de

### Hotline

„Psychische Erkrankung im Arbeitsleben“  
Tel. 01805/950 951 (14 ct/min)  
Montag, Dienstag, Donnerstag  
15-19 Uhr  
E-Mail: beratung.bapk@psychiatrie.de

### Broschüre

„Psychisch krank im Job. Was tun?“ –  
DIN A4, 44 Seiten

### Literatur

Verzeichnis s. Seite 128

## Psychisch krank im Job: Seminarmodule

- Grundlegende Einführung zu psychischen Erkrankungen
- Auswirkungen der Erkrankungen auf die Arbeitssituation
- Frühwarnzeichen
- Behandlungsmöglichkeiten
- Das H-I-L-F-E-Konzept – Was ist zu tun?
  1. **H**insehen
  2. **I**nitiative ergreifen
  3. **L**eitungsfunktion wahrnehmen
  4. **F**ührungsverantwortung: Fördern – Fordern
  5. **E**xperten hinzuziehen
- Handlungshilfen für Krisensituationen
- Handlungshilfen für betriebliche Wiedereingliederung und Rückkehr in den Betrieb
- Informationen über externe Hilfsangebote



# 4

## Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen

#### 4. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen

Das Morbiditätsgeschehen weist nicht nur alters- und geschlechtsspezifische, sozialstatus- und tätigkeitsbedingte Unterschiede auf, auch in regionaler Hinsicht lassen sich Besonderheiten feststellen. Dies zeigen die im Folgenden skizzierten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausergebnisse der BKK Versicherten. Grundlage der Darstellung ist dabei die regionale Zuordnung der Versicherten über den Wohnort (Postleitzahl). *Tabelle 15* gibt einen Überblick über die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern. In Bayern, Hamburg, Niedersachsen und Hessen zeigte sich 2007 die gemessen am Bevölkerungsanteil stärkste BKK Präsenz (18,9 bis 20,2 % der Wohnbevölkerung sind dort BKK versichert). Mit knapp drei Mio. leben die meisten BKK Versicherten jedoch in Nordrhein-Westfalen,

wo ebenso wie in Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern die Betriebskrankenkassen jeweils mehr als 16 % der Bevölkerung im Bundesland versicherten. Dagegen weisen im Saarland und Sachsen die BKK Daten gemessen am Anteil an der dortigen Wohnbevölkerung (7,5 %) eine geringere Repräsentativität auf.

Die im Folgenden dargestellten Befunde zur Arbeitsunfähigkeit beziehen sich auf alle BKK Pflichtmitglieder (einschließlich der versicherten Arbeitslosen), die Ergebnisse der stationären Behandlungen auf die BKK Versicherten insgesamt. Zur besseren Vergleichbarkeit der regionalen Ergebnisse werden zudem die nach Alter und Geschlecht standardisierten Werte ausgewiesen.

**Tabelle 15**  
**BKK Versicherte nach Bundesländern 2007\***

Land	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.**		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Schleswig-Holstein	431.855	206.932	224.923	15,2	14,9	15,5
Hamburg	344.115	164.229	179.886	19,4	19,0	19,9
Niedersachsen	1.511.440	755.750	755.690	19,0	19,3	18,6
Bremen	99.791	51.077	48.715	15,0	15,9	14,3
Nordrhein-Westfalen	2.963.958	1.456.762	1.507.196	16,5	16,6	16,3
Hessen	1.145.922	556.911	589.010	18,9	18,7	19,0
Rheinland-Pfalz	655.693	324.790	330.903	16,2	16,4	16,1
Baden-Württemberg	1.718.998	852.528	866.471	16,0	16,1	15,8
Bayern	2.527.229	1.249.988	1.277.241	20,2	20,4	20,0
Saarland	77.946	39.484	38.462	7,5	7,8	7,2
Berlin	613.887	295.812	318.075	18,0	17,7	18,2
Brandenburg	404.215	208.130	196.086	15,9	16,6	15,3
Mecklenburg-Vorpommern	278.951	139.969	138.981	16,6	16,8	16,4
Sachsen	315.159	156.960	158.199	7,5	7,6	7,3
Sachsen-Anhalt	327.558	163.839	163.719	13,6	13,9	13,3
Thüringen	304.486	154.613	149.872	13,3	13,7	12,9
<b>Bund gesamt</b>	<b>13.778.543</b>	<b>6.806.208</b>	<b>6.972.335</b>	<b>16,8</b>	<b>16,9</b>	<b>16,6</b>

\* nach Wohnort

\*\* Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: „Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht“, Stand 31.12.2007

**Tabelle 16**  
**Veränderungen in der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern 2007 gegenüber dem Vorjahr**

Bundesland	Fälle	Arbeitsunfähigkeiten je 100 Pflichtmitglieder				
		Differenz zum Vorjahr	Tage	Differenz zum Vorjahr	Tage je Fall	Differenz zum Vorjahr
Schleswig-Holstein	102,9	7,0	1.312,3	93,0	12,8	0,0
Hamburg	104,9	4,3	1.443,4	18,8	13,8	-0,4
Niedersachsen	107,1	5,6	1.320,0	68,1	12,3	0,0
Bremen	110,5	-2,0	1.400,0	-0,7	12,7	0,2
Nordrhein-Westfalen	100,8	2,0	1.327,5	30,9	13,2	0,0
Hessen	109,3	5,3	1.297,1	7,5	11,9	-0,5
Rheinland-Pfalz	126,6	7,8	1.469,9	67,5	11,6	-0,2
Baden-Württemberg	100,3	5,3	1.158,0	72,5	11,6	0,1
Bayern	99,0	4,1	1.175,6	34,9	11,9	-0,1
Saarland	104,0	4,1	1.600,9	5,7	15,4	-0,6
Berlin	110,3	1,5	1.716,6	-49,2	15,6	-0,7
<b>Bund West</b>	<b>104,0</b>	<b>4,2</b>	<b>1.297,7</b>	<b>39,6</b>	<b>12,5</b>	<b>-0,1</b>
Brandenburg	107,1	6,7	1.515,9	47,2	14,2	-0,5
Mecklenburg-Vorpommern	113,5	4,1	1.474,6	37,4	13,0	-0,1
Sachsen	100,1	3,3	1.374,6	-18,1	13,7	-0,7
Sachsen-Anhalt	107,6	6,7	1.472,9	75,3	13,7	-0,2
Thüringen	104,9	3,2	1.433,3	40,4	13,7	0,0
<b>Bund Ost</b>	<b>106,7</b>	<b>5,1</b>	<b>1.459,8</b>	<b>40,3</b>	<b>13,7</b>	<b>-0,3</b>
<b>Bund gesamt</b>	<b>104,4</b>	<b>4,3</b>	<b>1.319,9</b>	<b>38,3</b>	<b>12,7</b>	<b>-0,2</b>

## 4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern

Wie schon bei den Beschäftigten stiegen die Krankheitszeiten 2007 bei allen Pflichtmitgliedern (einschl. der Arbeitslosen) von 12,8 auf 13,2 AU-Tage an. Während es bis 2006 noch in nahezu allen Bundesländern Rückgänge gab, nahmen die Fehlzeiten der Pflichtversicherten in fast allen Regionen mit Ausnahme von Bremen, Sachsen und Berlin zu (vgl. *Tabelle 15* und *16*). Die stärksten Anstiege verzeichneten Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt.

Mit 17,2 AU-Tagen je Pflichtmitglied wurden zwar erneut die höchsten Krankheitsausfälle in Berlin gemeldet, aber bei einem Rückgang um einen halben AU-Tag ist Berlins „Spitzenstellung“ deutlich weniger ausgeprägt als noch vor einigen Jahren. Den höchsten Anstieg verzeichnete diesmal Schleswig-Holstein mit 0,9 Tagen (entspricht + 7,1 %). Bezogen auf die Zahl der AU-Tage folgten nach Berlin das Saarland (16,0 AU-Tage) und Brandenburg (15,2 AU-Tage). Zu den Ländern mit einem besonders auffälligen Anstieg des Krankenstandes zählten neben Schles-

wig-Holstein noch Baden-Württemberg (+ 6,3 % = + 0,7 Tage je Pflichtmitglied) sowie Niedersachsen (+ 5,2 % = + 0,7 Tage) und Sachsen-Anhalt (+ 5,1 % = + 0,8 Tage).

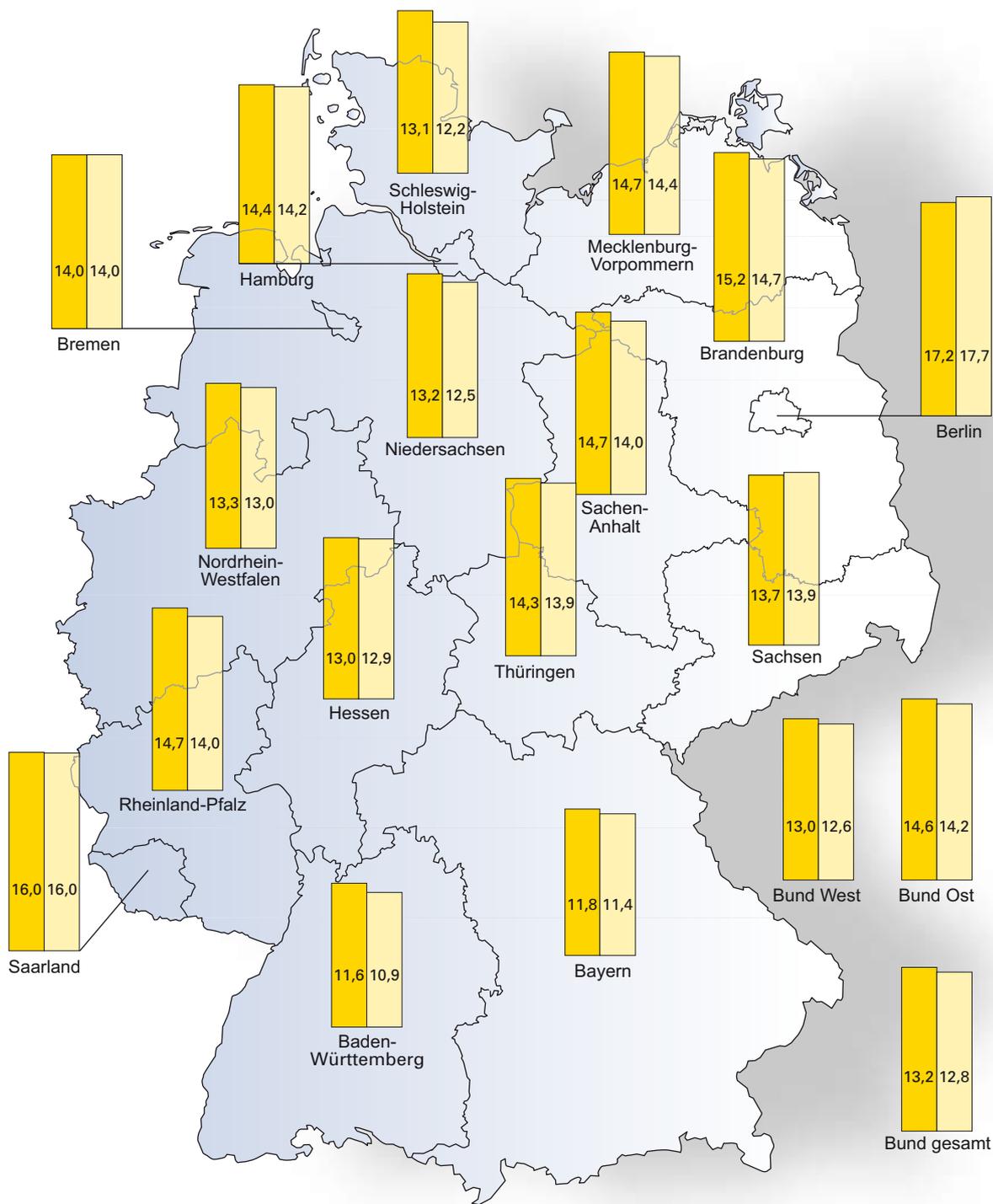
Konnten in nahezu allen Bundesländern steigende Fehlzeiten beobachtet werden, zeigte sich in den Stadtstaaten 2007 ein etwas anderes Bild. Während Berlin erneut einen Rückgang verzeichnen konnte, bewegte sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in Bremen und Hamburg in etwa auf dem Vorjahresniveau (Gesamtübersicht in *Schaubild 33*).

Die geringsten Fehlzeiten wurden mit nur 11,8 bzw. 11,6 Arbeitsunfähigkeitstagen wie bisher in den südlichen Ländern Bayern und Baden-Württemberg erreicht. Allerdings verzeichneten auch diese beiden Länder 2007 ansteigende Krankheitszeiten (+ 0,3 bzw. + 0,7 AU-Tage). Daneben fielen auch in Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein mit rund 13 Tagen nur geringe Fehlzeiten an, wo-

bei die nördlichen Bundesländer einen deutlichen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr aufwiesen. Im Osten streuten die regionalen Ergebnisse weit weniger als im Westen. Dort wurden mit 13,7 Tagen je Pflichtmitglied die wenigsten Arbeitsunfähigkeitstage in Sachsen gemeldet. Die meisten AU-Tage im Osten verzeichnete wie oben erwähnt Brandenburg.

Die Falldauern lagen mit durchschnittlich 12,7 Tagen etwa auf dem Niveau des Vorjahres (12,8 Tage). Auch hier führte Berlin mit Krankheitsdauern von durchschnittlich 15,6 Kalendertagen die Rangliste an, gefolgt vom Saarland (15,4 Tage) und Brandenburg (14,2 Tage). Im Ost-West-Vergleich dauerten die AU-Fälle in den neuen Ländern – nicht zuletzt bedingt durch eine ältere Versichertenstruktur – im Schnitt fast eineinhalb Tage länger als im Westen (13,7 gegenüber 12,5 Tage). Insgesamt wiesen die BKK Versicherten im Osten ungünstigere Risikostrukturen auf als im Westen (s.u.).

Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern\*



■ 2007 ■ 2006

Tage je Pflichtmitglied \* nach Wohnort

Schaubild 33

### Nach Alter und Geschlecht standardisierte Länderergebnisse

Die skizzierte regionale Struktur der Arbeitsunfähigkeit ist nicht zuletzt vom Alter und Geschlecht der Versicherten in den Bundesländern abhängig. Um sich ein detailliertes Bild der regionalen Differenzen zu machen, ist es daher sinnvoll, eine Vergleichbarkeit durch Altersstandardisierung zu erreichen, also rechnerisch abweichende Alters- und Geschlechtsstrukturen zu bereinigen. Durch die Standardisierung anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur aller Pflichtmitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>1</sup> verändert sich die AU-Fallzahl insgesamt nur geringfügig. Im Westen steigt sie lediglich um 0,3 je 100 Pflichtmitglieder, während sie im Osten um 0,6 sinkt. Anders stellt sich indes das Ergebnis für die Zahl der Krankheitstage dar. Diese steigt durch die Standardisierung über alle Bundesländer um 55 auf 1375 Tage je 100 Pflichtmitglieder deutlich an. Bedingt ist dieser rechnerische Anstieg vor allem durch das Westergebnis (+ 68 Tage je 100). Hier ist die Altersstruktur der BKK-Versicherten merklich jünger als im GKV-Durchschnitt. Im Osten ist die Altersverteilung der BKK dagegen etwas ungünstiger (– 15 Tage je 100 Pflichtmitglieder) als die der GKV. Insgesamt nähern sich die Ergebnisse zwischen Ost und West durch die Bereinigung der Struktureffekte zwar an, es bleibt

aber ein höheres Ergebnis der östlichen Bundesländer mit einer Differenz von 78 AU-Tagen je 100 Pflichtmitglieder bestehen.

*Schaubild 34* zeigt die Abweichungen der altersstandardisierten und nicht standardisierten AU-Tage der Bundesländer vom Bundesdurchschnitt. Erwartungsgemäß verringern sich durch die Bereinigung der Alters- und Geschlechtsstruktur die Abweichungen der einzelnen Bundesländer vom Bundesdurchschnitt, Ausnahmen bilden lediglich Hamburg und Schleswig-Holstein. In Hamburg ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Pflichtmitglieder demnach sogar günstiger als es die hohen AU-Werte vermuten lassen, hier wirkt die Altersstruktur eher entlastend auf das AU-Geschehen. In Schleswig-Holstein dagegen führt eine rechnerische Anpassung der Alters- und Geschlechtsstruktur an den GKV-Durchschnitt zu einer weiteren relativen Reduzierung der bereits niedrigen Arbeitsunfähigkeit.

Auf der anderen Seite profitieren die durch auffallend niedrigere AU gekennzeichneten Länder Bayern und Baden-Württemberg von ihrer günstigen Altersstruktur. In den standardisierten Werten unterschreiten ihre AU-Raten den Bundesdurchschnitt in geringerem Umfang, obwohl in beiden Ländern auch standardisiert noch eine beachtliche Differenz zur mittleren Arbeitsunfähigkeit bestehen bleibt.

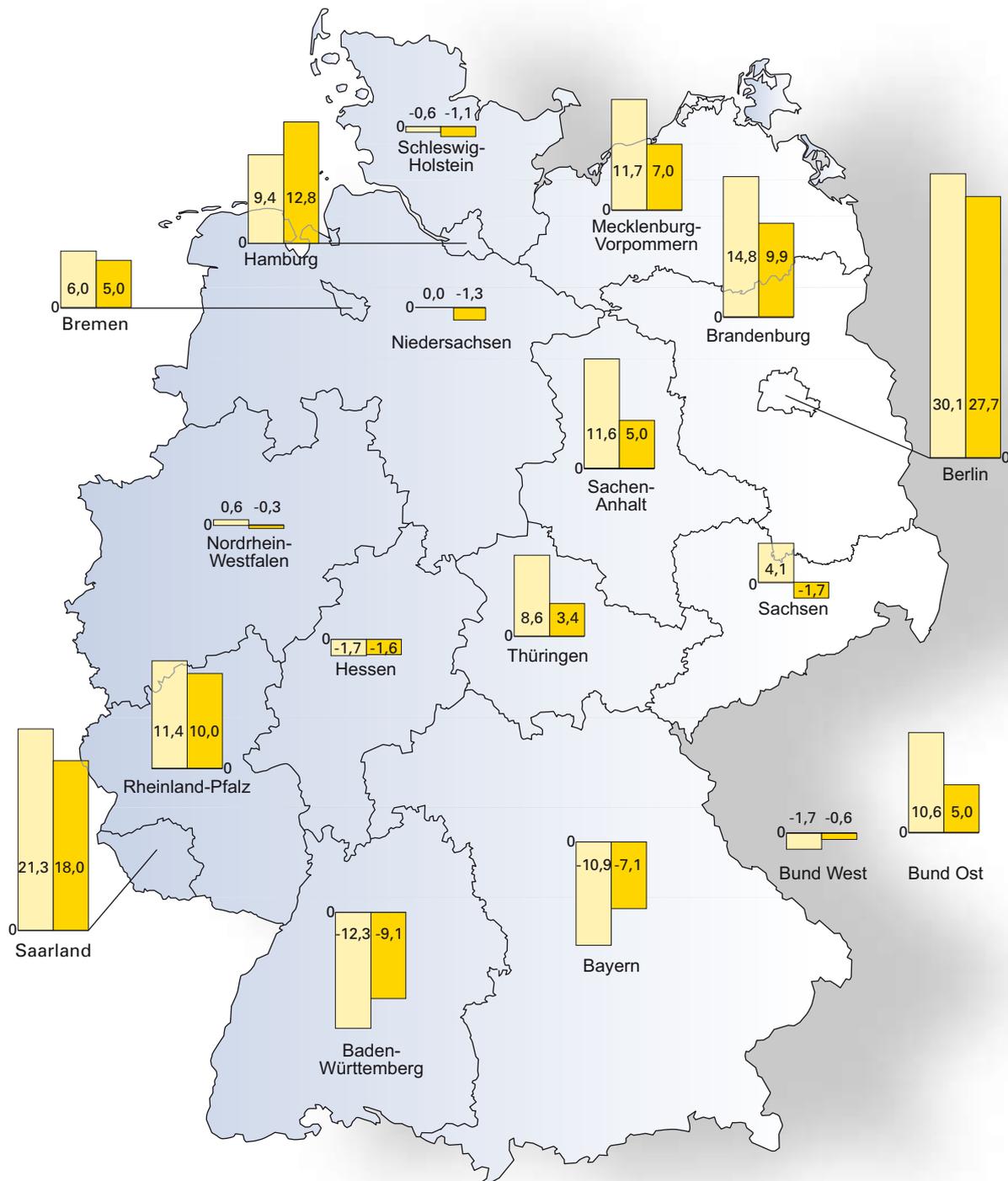
Durch die rechnerische Bereinigung der Einflüsse von Alter und Geschlecht ändert sich z.T. deutlich das Ausmaß der Abweichung. Lediglich in Sachsen ändert sich auch die Richtung der Differenz. Um die Einflussfaktoren Geschlecht und Alter bereinigt, liegen die Fehlzeiten unter denen des Bundesdurchschnitts. Auch die Berliner „Spitzenstellung“ fällt erkennbar moderater aus, dennoch bleibt die Zahl der standardisierten Fehltageweit über dem Niveau anderer Länder. Ein ähnlicher Effekt lässt sich auch für das Saarland, allerdings auf niedrigerem Niveau als für Berlin, feststellen. Im Westen fallen die Struktureffekte im Allgemeinen aber geringer aus als in den östlichen Bundesländern, allen voran Thüringen und Sachsen-Anhalt, wo sich der Alters- und Geschlechtseinfluss wesentlich stärker bemerkbar machte. Dort wurden nach der Standardisierung durchweg Krankenquoten erreicht, die sich dem Bundesdurchschnitt deutlich annäherten.

Im Ergebnis haben aber unter- oder überdurchschnittliche AU-Raten auch dann noch Bestand, wenn Alter und Geschlecht als prägende Einflussfaktoren rechnerisch beseitigt werden. Dies zeigt, dass die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit in den Regionen in starkem Maße durch die regionale Wirtschaftsstruktur und andere regionale Einflüsse wie die Angebotsdichte der medizinischen Versorgung sowie sozioökonomische und siedlungsstrukturelle Merkmale geprägt wird.

<sup>1</sup> Die Daten für die GKV insgesamt entstammen der amtlichen Mitgliederstatistik KM6.

### Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern\* (Tage)

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



□ Tage nicht standardisiert    ■ Tage standardisiert

\* Pflichtmitglieder nach Wohnort – 2007

Schaubild 34

## Exkurs

Die oben angesprochenen regionenspezifischen Ausprägungen der Indikatoren zur gesundheitlichen Lage zeigen sich im übrigen noch wesentlich prägnanter im kleinräumigeren Vergleich. Hierzu stellt der BKK Bundesverband feingliedrigere regionale Auswertungen nach Landkreisen für die regionale Berichterstattung bundesweit zur Verfügung. Exemplarisch sind in *Tabelle 17* die Ergebnisse der wichtigsten Landkreise aus drei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Sachsen) dargestellt.

In *Nordrhein-Westfalen* fallen die höchsten Krankenstände nicht überraschend im industriellen Herzen des Ruhrgebietes an, während sie sich in den ländlicheren Gebieten des Bergischen Landes und an der Lippe weit unter dem Landesdurchschnitt bewegten. Bei einer mittleren Arbeitsunfähigkeit von 13,3 AU-Tagen je Pflichtmitglied in NRW, lagen hier immerhin sechs AU-Tage Differenz zwischen den jeweiligen Regionen mit hohen und niedrigen Fehlzeiten vor.

Demgegenüber war in *Baden-Württemberg* nicht nur der mittlere Krankenstand um fast zwei Tage deutlich niedriger, auch die Unterschiede zwischen den Regionen fielen hier wesentlich moderater aus, die Spannweite betrug lediglich vier Tage. Jedoch weisen die industrieller geprägten Regionen wie Lörrach und Heidenheim 30–40 % höhere Ausfalltage als die bevorzugten Wohngegenden Freiburg, Böblingen und Esslingen auf.

**Tabelle 17**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen in ausgewählten Bundesländern**

BKK Auswertungen nach Regionen	NRW	BKK	AU-Tage je	Kranken-
		Mitglieder	BKK Mitglied	stand
	Rheinisch-Bergischer Kreis	24.149	10,5	2,9
	Lippe	17.344	10,5	2,9
	Oberbergischer Kreis	22.049	10,6	2,9
	Warendorf	16.170	10,9	3,0
	Herford	17.588	11,3	3,1
	Mettmann	32.266	11,5	3,2
	Gütersloh	32.928	11,7	3,2
	Düsseldorf, Stadt	41.400	11,9	3,3
	Neuss	32.163	11,9	3,3
	Leverkusen, Stadt	23.252	11,9	3,3
	Minden-Lübbecke	20.868	12,1	3,3
	Bielefeld, Stadt	29.020	12,2	3,3
	Rhein-Sieg-Kreis	39.459	12,2	3,3
	Paderborn	16.256	12,4	3,4
	Wuppertal, Stadt	23.731	12,6	3,4
	Erfurtkreis	35.143	12,6	3,4
	Siegen-Wittgenstein	19.222	12,6	3,5
	Köln, Stadt	89.556	12,8	3,5
	Krefeld, Stadt	16.043	13,0	3,6
	Steinfurt	25.214	13,1	3,6
	Wesel	29.245	13,3	3,6
	Viersen	17.990	13,3	3,6
	<b>Nordrhein-Westfalen gesamt</b>	<b>1.167.738</b>	<b>13,3</b>	<b>3,6</b>
	Borken	24.557	13,3	3,7
	Soest	14.226	13,7	3,8
	Ennepe-Ruhr-Kreis	22.989	14,3	3,9
	Essen, Stadt	34.330	14,5	4,0
	Oberhausen, Stadt	15.491	14,9	4,1
	Aachen	17.252	15,2	4,2
	Bochum, Stadt	27.767	15,5	4,3
	Duisburg, Stadt	42.543	15,5	4,3
	Märkischer Kreis	23.676	15,8	4,3
	Unna	20.535	15,8	4,3
	Dortmund, Stadt	42.439	16,1	4,4
	Mönchengladbach, Stadt	15.954	16,1	4,4
	Düren	16.396	16,3	4,5
	Gelsenkirchen, Stadt	14.332	16,8	4,6
	Recklinghausen	36.061	16,8	4,6

BKK Pflichtmitglieder insgesamt

<b>Baden-Württemberg</b>	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Freiburg im Breisgau, Stadt	10.136	9,9	2,7
Böblingen	26.002	9,9	2,7
Esslingen	31.791	10,0	2,7
Baden-Baden, Stadt	2.899	10,2	2,8
Heidelberg, Stadt	5.223	10,3	2,8
Ravensburg	24.186	10,4	2,8
Tuttlingen	13.431	10,5	2,9
Tübingen	12.742	10,5	2,9
Rems-Murr-Kreis	22.524	10,6	2,9
Biberach	18.023	10,7	2,9
Sigmaringen	9.410	10,7	2,9
Stuttgart, Landeshauptstadt	37.651	10,8	3,0
Ludwigsburg	43.061	10,9	3,0
Breisgau-Hochschwarzwald	13.381	11,0	3,0
Heilbronn	29.958	11,0	3,0
Schwarzwald-Baar-Kreis	21.344	11,3	3,1
Alb-Donau-Kreis	14.871	11,4	3,1
<b>Baden-Württemberg gesamt</b>	<b>751.241</b>	<b>11,6</b>	<b>3,2</b>
Bodenseekreis	24.444	11,9	3,3
Ortenaukreis	22.000	11,9	3,3
Konstanz	26.475	11,9	3,3
Karlsruhe, Stadt	20.123	12,0	3,3
Rastatt	20.161	12,2	3,3
Göppingen	17.529	12,3	3,4
Zollernalbkreis	17.923	12,5	3,4
Karlsruhe	32.181	12,6	3,4
Ulm, Universitätsstadt	9.486	12,6	3,5
Reutlingen	17.710	12,7	3,5
Rhein-Neckar-Kreis	33.618	13,3	3,6
Ostalbkreis	18.310	13,3	3,6
Mannheim, Universitätsstadt	21.727	13,3	3,7
Lörrach	13.706	13,4	3,7
Heidenheim	14.615	13,8	3,8

<b>Sachsen</b>	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Weißeritzkreis	3.392	12,0	3,3
Dresden, Stadt	22.082	12,4	3,4
Freiberg	3.287	12,5	3,4
Leipzig, Stadt	19.242	12,7	3,5
Muldentalkreis	3.537	12,8	3,5
Döbeln	1.886	13,4	3,7
Meißen	7.786	13,4	3,7
Mittweida	3.646	13,4	3,7
Riesa-Großenhain	4.243	13,7	3,8
<b>Sachsen gesamt</b>	<b>134.721</b>	<b>13,7</b>	<b>3,8</b>
Sächsische Schweiz	3.890	13,9	3,8
Chemnitzer Land	4.134	14,2	3,9
Zwickauer Land	4.733	14,2	3,9
Kamenz	4.663	14,3	3,9
Vogtlandkreis	4.253	14,3	3,9
Zwickau, Stadt	5.565	14,4	4,0
Stollberg	1.828	14,6	4,0
Annaberg	1.175	14,6	4,0
Leipziger Land	6.571	14,8	4,1
Delitzsch	3.464	14,8	4,1
Chemnitz, Stadt	6.648	14,9	4,1
Plauen, Stadt	1.317	15,0	4,1
Bautzen	3.223	15,1	4,1
Löbau-Zittau	2.770	15,7	4,3
Hoyerswerda, Stadt	1.125	15,9	4,3
Torgau-Oschatz	2.924	15,9	4,3
Aue-Schwarzenberg	2.329	16,0	4,4
Niederschles. Oberlausitzkreis	2.053	16,0	4,4
Görlitz, Stadt	1.688	17,3	4,7

Auch in den östlichen Ländern prägen die Wirtschaftsräume mit den hiermit verbundenen sozialen Rahmenbedingungen die Verteilung des Krankenstandes im jeweiligen Land, wobei sich häufig typische Unterschiede zwischen den Regionen mit erfolgreichem Strukturwandel und solchen mit wirtschaftlicher Stagna-

tion erkennen lassen. So verzeichneten etwa in *Sachsen* die strukturschwachen Landkreise im Osten ausgesprochen hohe Krankheitszeiten, wohingegen die Fehlzeiten in den wirtschaftlich stärkeren Regionen vor allem um Dresden unter dem Landesdurchschnitt lagen.

### Regionale Verteilung der Krankheitsarten

Die Verteilung nach Krankheitsarten weist ebenfalls regionale Besonderheiten auf, die in *Schaubild 35* wiedergegeben sind. So nehmen *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* besonders bei den BKK Pflichtmitgliedern in den westdeutschen Bundesländern Schleswig-Holstein, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen einen überdurchschnittlichen Anteil der Fehltag ein, womit hier die Vorjahresergebnisse bestätigt werden. Bemerkenswert dabei ist, dass nicht nur Länder betroffen sind, die generell einen hohen Krankenstand aufweisen. So lag der Krankenstand in diesen Ländern, außer Bremen, im Durchschnitt aller Bundesländer. Gleichzeitig weisen auch Länder mit tendenziell überdurchschnittlichen Fehlzeiten (wie etwa die ostdeutschen Länder) unterdurchschnittliche Anteile dieser Erkrankungsart auf. Gründe hierfür sind einerseits in den sektoralen Strukturen der regionalen Arbeitsmärkte wie auch auf der anderen Seite in regional unterschiedlichen Facharztangeboten zu suchen.

Ein vergleichsweise hoher Anteil von 15,1 % der im Bundesdurchschnitt gemeldeten AU-Tage entfiel auf *Krankheiten des Atmungssystems*. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg der Atemwegserkrankungen um 0,7 % der AU-Tage zu verzeichnen. Den geringsten Anteil an den hierdurch bedingten Fehlzeiten verzeichneten das Saarland (13,4 %) und Schleswig-Holstein (13,8 %), wo vergleichsweise günstige Umwelteinflüsse die Erkrankungshäufigkeit offenbar deutlich reduzieren. Hohe Fehlzeitenanteile durch Atemwegser-

krankungen verzeichneten dagegen im Westen u.a. Länder mit niedrigen Krankenquoten wie Baden-Württemberg (15,9 %), Rheinland-Pfalz (16,2 %) und Hessen (17,0 %). In Ostdeutschland wurden 16,1 % der AU-Tage durch diese Krankheitsgruppe verursacht, während in den alten Bundesländern wie in den Vorjahren etwas weniger anfielen (15,0 %). In den Neunzigerjahren waren hier noch weit deutlichere Differenzen zwischen Ost und West auszumachen.

Sehr auffällige regionale Unterschiede ließen sich erneut bei den durch *psychische Störungen* verursachten Krankheitstagen beobachten. In Hamburg und Berlin war – wie schon in den Vorjahren – der Anteil entsprechender Diagnosen an den Fehltagen besonders groß. In Berlin betrug er 12,7 %, in Hamburg sogar 16,2 %. Damit übertraf der Anteil in Hamburg sogar den Anteil der durch Atemwegserkrankungen verursachten AU-Tage. Die geringsten Anteile psychisch bedingter Fehltag verzeichneten unter den westdeutschen Ländern Bremen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Aber auch dort lagen die Anteile mit etwa 9,5 % über dem Niveau in Ostdeutschland, wo durchschnittlich 8,2 % der AU-Tage auf diese Erkrankungen entfielen (+ 0,2 %-Punkte gegenüber dem Vorjahr), während es im Westen im Schnitt 10,5 % waren (+ 0,3 %-Punkte gegenüber dem Vorjahr). Im Osten verzeichnete Sachsen 2007 wie schon in den Vorjahren mit 9,1 % der AU-Tage erneut einen hohen Anteil der psychisch verursachten Krankheitstage. Dennoch bestehen weiterhin – wenn auch abnehmend – strukturelle Differenzen der Versorgungsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich zwischen Ost und West<sup>2</sup>, die die Prävalenz

in der Arbeitsunfähigkeit mitbeeinflussen dürften.

*Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems* hatten in den östlichen Ländern seit der Wiedervereinigung einen größeren Anteil am AU-Geschehen als im Westen. Von den alten Bundesländern wiesen nur die BKK Pflichtmitglieder in Berlin und dem Saarland mit 5,3 % annähernd die Anteile von Herz- und Kreislaufkrankungen wie in Ostdeutschland (5,1 bis 6,1 %) auf. Berlin verzeichnete zudem mit 91 Krankheitstagen je 100 Pflichtmitglieder noch vor Sachsen-Anhalt (90 Tage je 100) die meisten AU-Tage mit Herz-/Kreislaufdiagnosen. Die Flächenländer Bayern und Baden-Württemberg sowie der Stadtstaat Hamburg wiesen dagegen mit 4 % niedrige Anteile an den durch Herz-/Kreislaufkrankungen verursachten Krankheitstagen auf. Der niedrigste Anteil wurde mit 3,6 % in Schleswig-Holstein gemeldet. Die Krankheitsgruppe zeigt im längerfristigen Trend des AU-Geschehens eine bereits seit Jahren rückläufige Entwicklung.

Noch vorhandene Ost-West-Unterschiede ließen sich auch bei den *Erkrankungen des Verdauungssystems* beobachten. Auf sie entfielen im Osten 7,2 % der Fehltag (+ 0,1 %-Punkte gegenüber dem Vorjahr), im Westen dagegen nur 6,4 %. Darüber hinaus waren auch bei *Verletzungen* größere Unterschiede zwischen Ost und West feststellbar. Während in den ostdeutschen Ländern zwischen 14,8 % (Thüringen) und 15,7 % (Sachsen) der Fehltag hierauf entfielen, lag die Spannweite im Westen zwischen 12,1 % in Hamburg und 16,2 % in Bayern. Weitere detaillierte Angaben können der *Tabelle 6 im Anhang* entnommen werden.

<sup>2</sup> Nach letzten statistischen Angaben standen 2001 je 10.000 Einwohnern im Osten nur 29 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie noch 126 Ärzten dieser Fachrichtungen im Westen gegenüber. Auch wenn zwischenzeitliche Zunahmen etwas verschoben haben dürften, ist im Westen immer noch von einem dreifachen Angebot bei der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung gegenüber dem Osten auszugehen.

Anteil der Krankheitsarten an den AU-Tagen je Pflichtmitglied in den Bundesländern

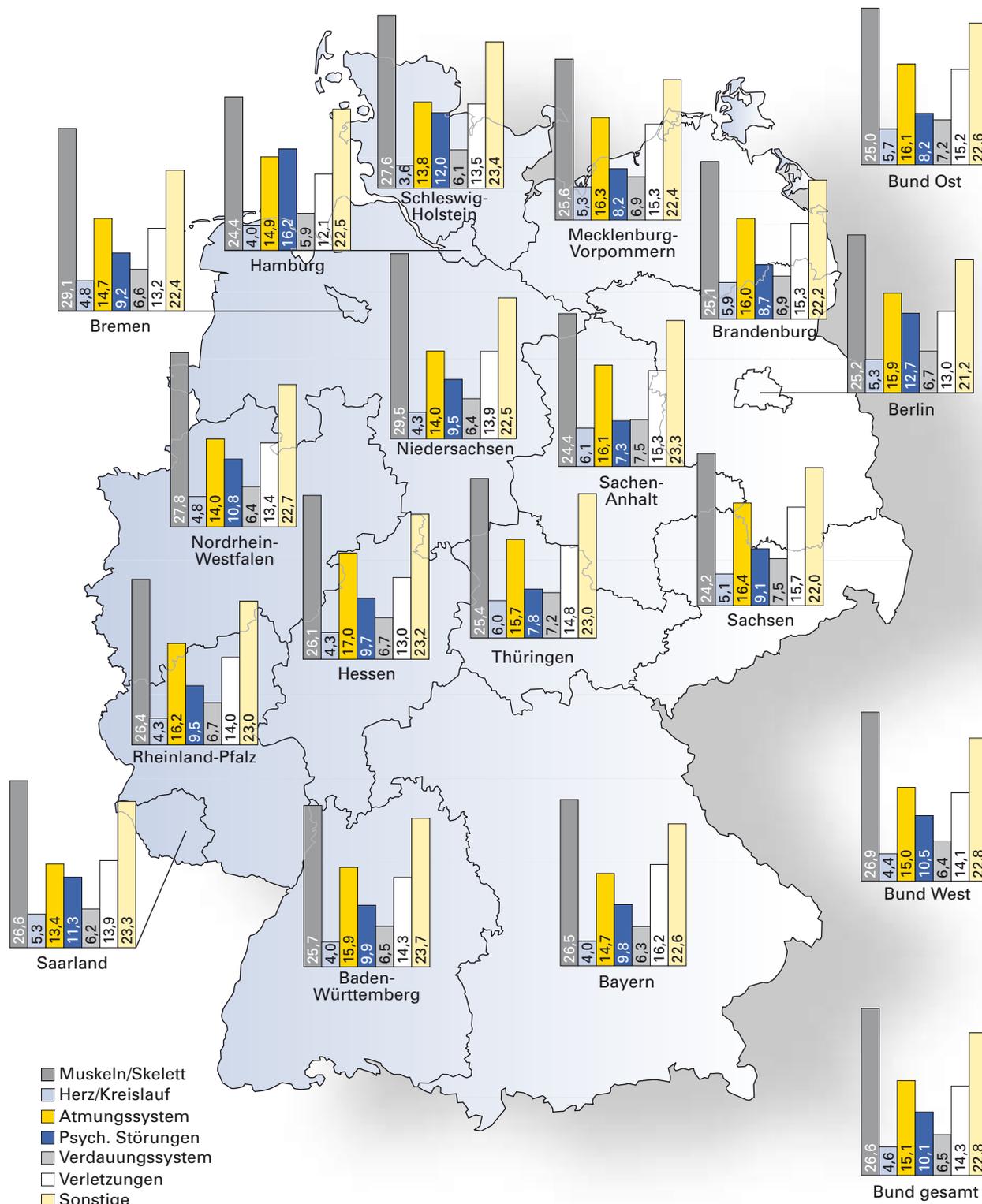


Schaubild 35

## 4.2 Stationäre Behandlung in den Bundesländern

Wie schon die Arbeitsunfähigkeit so unterschieden sich auch Häufigkeit und Ursachen von Krankenhausaufenthalten zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Die meisten Krankenhaufälle gab es in Sachsen-Anhalt (203 Fälle und 1.956 Tage je 1.000 Versicherte), Nordrhein-Westfalen (193 Fälle und 1.904 Tage je 1.000 Versicherte), im Saarland (187 Fälle und 1.745 Tage) und in Sachsen (184 Fälle und 1.769 Tage). Die wenigsten Krankenhaufälle wurden wiederum in Baden-Württemberg (136 Fälle und 1.229 Tage), Bayern (157 Fälle und 1.403 Tage) und in Schleswig-Holstein (157 Fälle und 1.482 Tage) gemeldet. Auf Grund steigender Fallzahlen nahmen in allen Bundesländern die Krankenhaustage zu. Die deutlichsten Anstiege verzeichneten Bremen (+ 28 %) und Sachsen-Anhalt (+ 18,6 %).

Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden auch hier die Ergebnisse nach Alter und Geschlecht standardisiert und damit um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Be-

völkerungsstruktur eines Bundeslandes beruhen und nicht auf das tatsächliche Krankheitsgeschehen hindeuten.

Standardisiert wiesen Sachsen-Anhalt mit 197 Behandlungsfällen, Thüringen und das Saarland mit je 190 sowie Brandenburg mit 189 Behandlungsfällen je 1.000 Versicherte die höchste stationäre Morbidität auf (vgl. *Tabelle 18*). Auch standardisiert nahmen sowohl die Fallzahlen als auch die Krankenhaustage in den meisten Bundesländern zu. Im Bundesdurchschnitt stiegen die Fälle um 7,4 %, die Krankenhaustage bei längeren Verweildauern sogar um 10,1 %. Überdurchschnittlich erhöht haben sich die stationären Fälle und Tage in Bremen (+ 15,4 % der Fälle und + 29,6 % der Tage) und Sachsen-Anhalt (+ 11,1 % der Fälle bzw. + 15,7 % der Tage).

### Verweildauer in den Bundesländern

Die Verweildauer lag im Bundesdurchschnitt bei 9,5 Tagen, in den einzelnen

Bundesländern gab es jedoch deutliche Abweichungen (vgl. *Schaubild 36*). Überdurchschnittliche Verweildauern waren in Bremen, Hamburg und Berlin mit 10,6 bzw. 10,1 Tagen im Mittel festzustellen. Unterdurchschnittliche Verweildauern gab es dagegen in Mecklenburg-Vorpommern und Bayern mit je 8,9 Tagen. Betrachtet man die standardisierten Werte, bei denen Unterschiede der Bevölkerungsstruktur rechnerisch bereits bereinigt sind, so liegen die Werte deutlich näher beieinander. Jedoch fällt auf, dass trotz der Annäherung der stationären Falldauern im Zuge der DRG-Einführung (Fallpauschalen) noch ausgeprägte Abweichungen der mittleren Verweildauern in den Ländern fortbestehen. Dies legt nahe, dass sich auch nach Einführung der neuen Abrechnungsregeln die Unterschiede der regionalen Angebotsdichte (z.B. der Bettenzahl) weiterhin deutlich messbar auswirken.

**Tabelle 18**  
**Krankenhausbehandlung in den Bundesländern 2007**

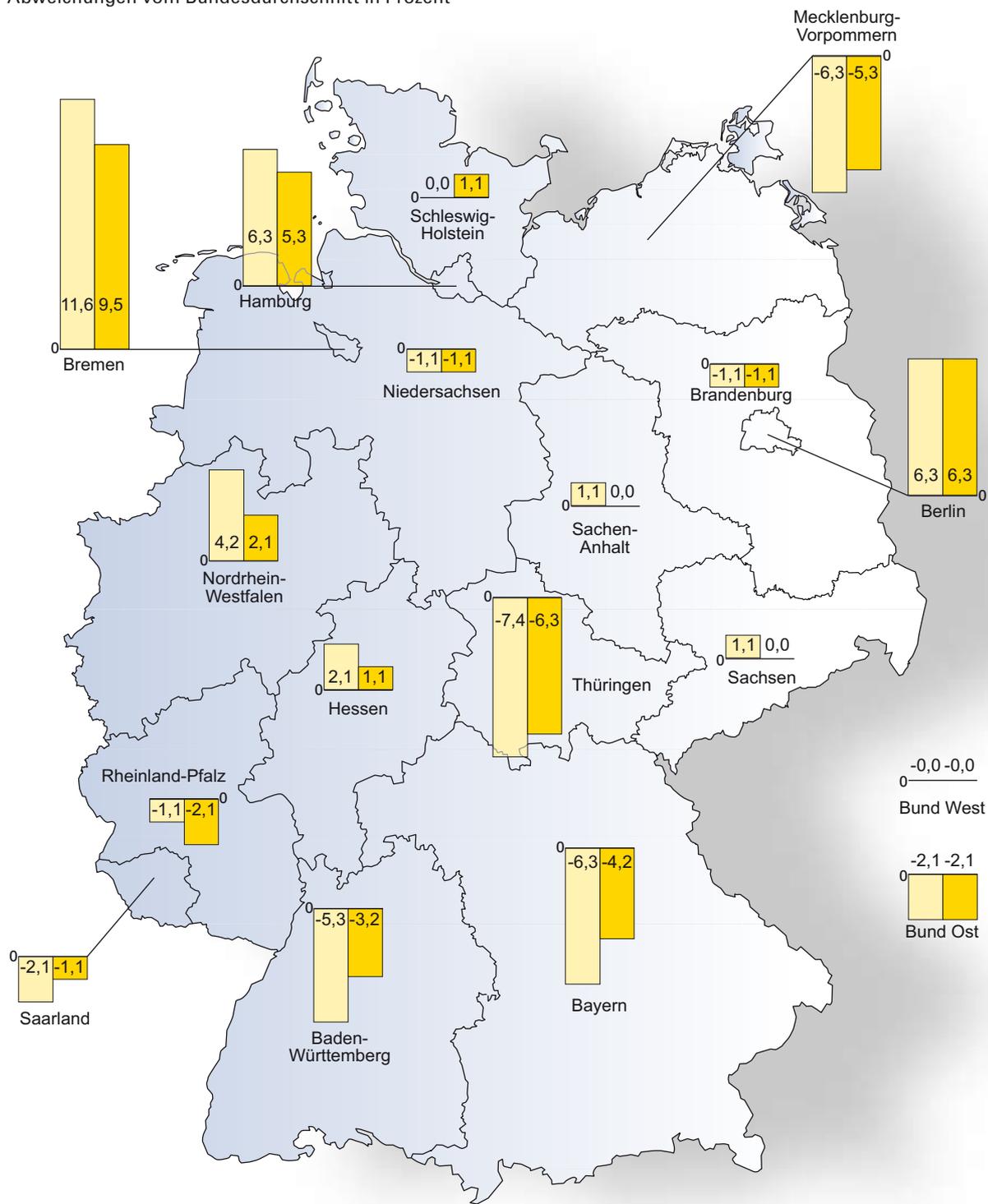
Bundesland	BKK Rohwerte		standardisierte Werte**					
	Fälle*	Differenz zum Vorjahr	Tage*	Differenz zum Vorjahr	Fälle*	Differenz zum Vorjahr	Tage*	Differenz zum Vorjahr
Schleswig-Holstein	157	8,6%	1.482	16,6%	165	8,3%	1.584	15,7%
Hamburg	171	8,6%	1.724	12,2%	165	8,9%	1.641	13,0%
Niedersachsen	163	6,3%	1.527	6,8%	161	6,7%	1.513	7,4%
Bremen	178	14,1%	1.874	28,0%	170	15,4%	1.769	29,6%
Nordrhein-Westfalen	193	6,0%	1.904	8,6%	180	6,3%	1.740	9,2%
Hessen	175	8,3%	1.687	15,2%	173	7,9%	1.665	14,7%
Rheinland-Pfalz	178	6,9%	1.670	10,4%	173	7,0%	1.611	10,8%
Baden-Württemberg	136	8,0%	1.229	6,3%	148	8,8%	1.356	7,0%
Bayern	157	8,0%	1.403	10,0%	169	8,2%	1.541	10,3%
Saarland	187	4,6%	1.745	7,8%	190	4,1%	1.778	6,7%
Berlin	175	5,9%	1.772	12,0%	169	5,7%	1.695	12,2%
<b>Bund West</b>	<b>168</b>	<b>7,1%</b>	<b>1.589</b>	<b>9,8%</b>	<b>168</b>	<b>7,4%</b>	<b>1.589</b>	<b>10,1%</b>
Brandenburg	182	6,8%	1.705	9,1%	189	6,1%	1.789	7,9%
Mecklenburg-Vorpommern	168	5,3%	1.498	11,1%	179	3,6%	1.606	8,8%
Sachsen	184	11,1%	1.769	10,5%	170	8,6%	1.615	8,4%
Sachsen-Anhalt	203	13,8%	1.956	18,6%	197	11,1%	1.865	15,7%
Thüringen	178	13,2%	1.563	13,1%	190	9,6%	1.693	8,4%
<b>Bund Ost</b>	<b>185</b>	<b>10,1%</b>	<b>1.715</b>	<b>12,5%</b>	<b>186</b>	<b>8,0%</b>	<b>1.725</b>	<b>9,8%</b>
<b>Bund gesamt</b>	<b>170</b>	<b>7,4%</b>	<b>1.604</b>	<b>10,1%</b>	<b>170</b>	<b>7,4%</b>	<b>1.604</b>	<b>10,1%</b>

\* je 1.000 Versicherte 2007

\*\* Standardisierung nach Alter und Geschlecht der GKV Versicherten

**Mittlere Verweildauer in den Bundesländern\***

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



■ Verweildauer nicht standardisiert

■ Verweildauer standardisiert

\*Versicherte nach Wohnort – 2007

Schaubild 36

### Krankheitsarten in den Bundesländern

Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar. *Schaubild 37* zeigt für alle Bundesländer die Anteile der wichtigsten Krankheitsarten, standardisiert nach Alter und Geschlecht (die nicht standardisierten Fallzahlen sind in der *Tabelle 13 im Anhang* dokumentiert). *Herz-/Kreislaufkrankungen* sind zwar bundesweit die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt, den größten Anteil an den stationären Behandlungsfällen hatten sie jedoch mit 15,4 % in Berlin, die geringsten Anteile lagen in Bremen und Sachsen mit 12,6 % und 13,1 % vor.

Auch die Fälle mit *Neubildungen* wiesen in den einzelnen Bundesländern zum Teil deutlich variierende Anteile auf. Während in Niedersachsen lediglich 10,8 % und Nordrhein-Westfalen 11,3 % der Fälle auf diese Krankheiten entfielen, bestimmten sie die stationäre Versorgung in den ostdeutschen Ländern zumeist stärker. Hier reichten die Anteile der Neubildungen an den Krankenhausaufenthalten von 11,9 % in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 13,0 % in Brandenburg.

Besonders ausgeprägt waren auch die regionalen Unterschiede bei den *Psychischen und Verhaltensstörungen*: Während ihr Anteil an den stationären Behandlungen in Hamburg bei 8,3 % und Berlin bei 8,7 % lag, betrug dieser in Thüringen und Brandenburg lediglich 5,8 % und 6,2 %.

Anteil der Krankheitsarten an den Krankenhausfällen in den Bundesländern

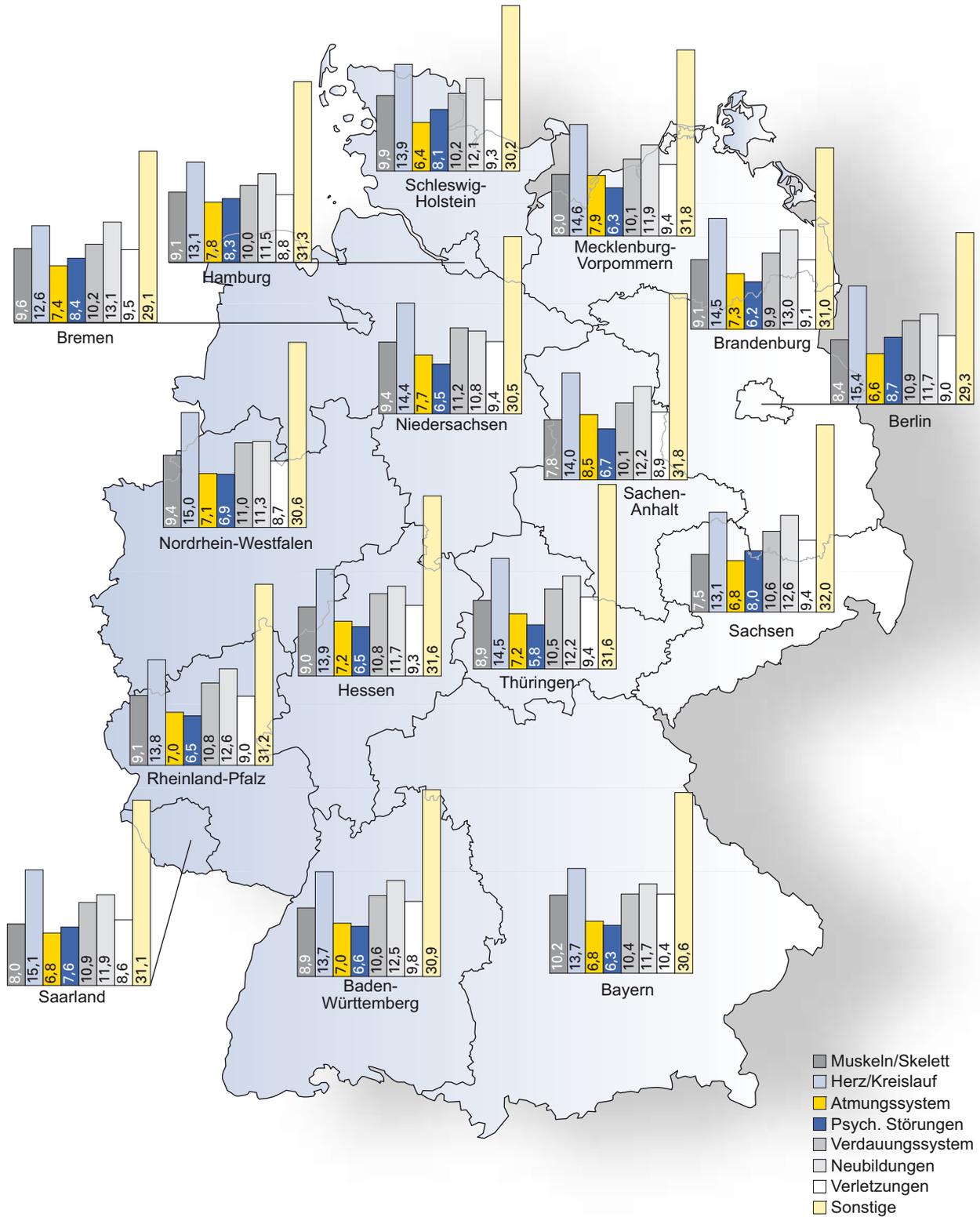


Schaubild 37





# 5

## Einzel Diagnosen und Diagnosegruppen

## 5. Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

In den bisherigen Kapiteln wurde das Erkrankungsgeschehen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlungen auf der Ebene der ICD-Hauptgruppen betrachtet. Dies ermöglicht die Beschreibung langfristiger Trends in der Morbidität auffälliger Bevölkerungsgruppen nach sozioökonomischen und regionalen Merkmalen. Die ICD-Hauptgruppen umfassen jedoch zum Teil recht unterschiedliche Krankheitsbilder, so dass eine vertiefende Betrachtung anhand von Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen aufschlussreich ist.

Im vorliegenden Bericht werden die Diagnosedaten auf der Basis der ICD-10 dokumentiert, wobei jeweils die von der Kasse gekennzeichnete Hauptdiagnose verwendet wird. Da Mehrfachdiagnosen innerhalb eines Falls nicht berücksichtigt werden können, geben die Daten keinen Aufschluss über Multimorbidität.

Mit ihren bis zu 6-stelligen Schlüsselnummern und insgesamt über 14.000 Einzeldiagnosen stellt die 10. Revision der ICD-Klassifikation ein sehr viel differenzierteres Schlüsselssystem dar als die 9. Revision, nach der diese Statistik bis zum Jahr 2000 geführt wurde. Dies bedeutet für die Auswertung jedoch, dass Vergleiche mit früheren Jahresergebnissen (bis 2000) auf der Ebene von Einzeldiagnosen nur eingeschränkt möglich sind, auch wenn lediglich die ersten drei Stellen der Schlüsselnummern berücksichtigt werden.

Insgesamt hat sich die vom Gesetzgeber für die Leistungserbringer ab 2000 verbindlich eingeführte Verschlüsselungspflicht der Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung (§§ 295 und 301 SGB V) positiv auf die Gesundheitsberichterstattung ausgewirkt und eine bessere Zuordnung der Krankheitsbe-

funde ermöglicht. Zu einer verbesserten Spezifizierung der Diagnosen hatte zunächst auch die Übertragung der Diagnoseverschlüsselung auf die Ärzte beigetragen, die vorher durch die Kassen erfolgte. Allerdings ist im ambulanten Bereich im Unterschied zum Einführungszeitraum nun wieder eine stärkere Konzentration auf die häufigsten ICD-Kodierungen und damit eine zunehmende Tendenz, „gängige“ Kodierungen zu verwenden, zu beobachten. Während in 2001 die fünf häufigsten Diagnosen nur noch gut ein Fünftel (22,6 %) aller AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner umfassten, waren es in 2007 bereits wieder 30 %. Im Jahr 1999 vor der Einführung der Verschlüsselung durch die Ärzte betrug dieser Anteil etwa ein Drittel der Fälle, lag also nur unwesentlich höher.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse nach Einzeldiagnosen und Diagnoseuntergruppen bei Arbeitsunfähigkeit und stationären Behandlungen dargestellt. Weitere Einzelauswertungen nach den dreistelligen ICD-Diagnosen sind beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen erhältlich.

### ICD-Hauptgruppen nach der ICD-10-GM

ICD	Bezeichnung
I	A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48 Neubildungen
III	D50-D89 Krankheiten des Blutes
IV	E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99 Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59 Krankheiten des Auges
VIII	H60-H95 Krankheiten des Ohres
IX	I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96 Bestimmte Zustände, Ursprung in der Perinatalperiode ...
XVII	Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen
XVIII	R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde
XIX	S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen
XX	V01-Y98 Äußere Ursachen von Morbidität (nicht für AU-Bescheinigungen)
XXI	Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (nicht für AU)

## 5.1 Die häufigsten Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit

### Wichtige Einzeldiagnosen

Die häufigsten und nach Krankheitstagen relevantesten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (auf der dreistelligen Ebene) sind der *Tabelle 9* im Anhang zu entnehmen. Wie in den vorigen Jahren waren auch in 2007 *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J06) und *Rückenschmerzen* (M54) mit 10,0 % und 7,6 % aller AU-Fälle die häufigsten Einzeldiagnosen in der Arbeitsunfähigkeit. An dritter Stelle stand die Diagnose *Sonstige nichtinfektiöser Gastroenteritis und Kolitis* (K52; 5,0 % aller AU-Fälle und 1,9 % der AU-Tage), gefolgt von *Akuter Bronchitis* (J20; 3,8 % der Fälle, 2,2 % der Tage) sowie den *Sonstigen Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates* (K08; 3,6 % der Fälle, 0,8 % der Tage).

Bei den Krankheitstagen schlagen diese Erkrankungen erwartungsgemäß mit sehr unterschiedlichem Gewicht zu Buche. So entfielen 2007 auf *Akute Infektionen der oberen Atemwege* lediglich 4,7 % der Krankheitstage, *Rückenschmerzen* waren dagegen mit einem Anteil von 9,1 % erneut die Einzeldiagnose mit dem größten Anteil an den AU-Tagen. Ihre durchschnittliche Falldauer lag bei 15 Tagen. Neben den *Depressiven Episoden* (F32; 3,5 % der AU-Tage, 1,0 % der Fälle) waren auch die bereits genannte *Akute Bronchitis* sowie *Sonstige Bandscheibenschäden* (M51; 2,1 % der Tage, 0,7 % der Fälle) und *Verletzungen nicht näher bezeichneter Körperregionen* (T14; 2,0 % der Tage, 1,7 % der Fälle) bedeutsam.

Nach der Häufigkeit zeigen sich bei den Geschlechtern keine Unterschiede in der Reihenfolge der Diagnosen. Männer waren dennoch häufiger von *Rückenschmerzen* (M54) betroffen als Frauen (s. *Tabelle 19*).

Mit einem Anteil von 9,0 % der Fälle und 10,4 % der Tage lagen sie deutlich über den Anteilswerten der weiblichen Versicherten (6,0 % der Fälle und 7,4 %

der Tage). Hierbei spielen u. a. unterschiedliche berufliche Tätigkeiten eine Rolle: Männer sind auch heute noch häufiger als Frauen in Berufen tätig, die durch schwere körperliche Arbeit wie etwa schweres Heben und Tragen geprägt sind.

Bezogen auf die Krankheitstage stellen bei Männern *Verletzungen nicht näher bezeichneter Körperregionen* (T14; 2,6 % der Tage, 2,3 % der Fälle) und *Depressive Episoden* (F32; 2,6 % der Tage, 0,7 % der Fälle) weitere bedeutsame Ursachen für Arbeitsunfähigkeit dar. Auch bei Frauen sind *Depressive Episoden* auffällig. Mit einem Anteil von 4,8 % an den Tagen und 1,4 % an den Fällen wiesen sie damit einen doppelt so hohen Anteil auf wie die männlichen Versicherten. Dies gilt auch für *Reaktionen auf schwere*

*Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43), die bei Frauen mit einem Anteil von 2,6 % der Tage, den vierten Rang bilden. Diese Befunde verdeutlichen die bereits in *Kapitel 2.1* thematisierten unterschiedlichen Morbiditätsschwerpunkte bei Männern und Frauen. Während Männer deutlich häufiger durch Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sowie durch Verletzungen arbeitsunfähig werden, reagieren Frauen auf Belastungen häufiger als Männer mit psychischen Störungen.

Die in *Tabelle 19* dokumentierten wichtigsten Einzeldiagnosen für Arbeitsunfähigkeit spielen im übrigen – mit Ausnahme der Depressionen (F32) und des Mammakarzinoms (C50) – in der Krankheitsliste für den morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleich<sup>1</sup> keine Rolle.

**Tabelle 19**  
**Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen 2007**

Frauen			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	885,3
2.	J06	Akute Infektionen ... der oberen Atemwege	596,5
3.	F32	Depressive Episode	575,4
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen	307,3
5.	J20	Akute Bronchitis	269,2
6.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	230,4
7.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	221,2
8.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	216,7
9.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	212,1
10.	M75	Schulterläsionen	162,7
Männer			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	1233,6
2.	J06	Akute Infektionen ... der oberen Atemwege	528,3
3.	T14	Verletzung an einer n.n.bez. Körperregion	308,6
4.	F32	Depressive Episode	302,8
5.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	281,6
6.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	273,6
7.	J20	Akute Bronchitis	251,4
8.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	228,1
9.	M75	Schulterläsionen	202,6
10.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	193,3

<sup>1</sup> Vgl. BVA-Liste der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, s. S. 117

\* je 1.000 Versicherte

**Tabelle 20**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems**

Diagnose-Untergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
infektiöse Arthropathien (M00-M03)	0,2	4,2	18,1	0,2	4,2	21,3	0,2	4,2	19,4
Endzündliche Polyarthropathien (M05-M14)	7,5	97,2	13,0	3,8	77,7	20,2	5,9	88,7	15,0
Arthrose (M15-M19)	7,0	264,2	37,6	4,8	210,3	44,1	6,0	240,7	39,8
Sonstige Gelenkkrankheiten (M20-M25)	18,8	462,6	24,6	12,2	360,2	29,5	15,9	418,0	26,3
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)	0,2	5,1	26,7	0,4	10,4	26,5	0,3	7,4	26,6
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M43)	2,6	44,1	16,9	2,3	43,6	18,7	2,5	43,9	17,7
Spondylopathien (M45-M49)	4,3	90,9	21,2	3,4	73,5	21,6	3,9	83,3	21,3
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	99,2	1.675,0	16,9	73,7	1.286,9	17,5	88,1	1.505,9	17,1
Krankheiten der Muskeln (M60-M64)	2,3	24,0	10,2	1,8	19,5	11,0	2,1	22,1	10,5
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65-M68)	6,0	100,3	16,7	7,1	135,1	19,0	6,5	115,4	17,8
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70-M79)	28,3	523,8	18,5	19,6	419,3	21,3	24,5	478,3	19,5
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M85)	0,3	13,2	45,8	0,3	12,4	41,1	0,3	12,8	43,7
Sonstige Osteopathien (M86-M90)	0,6	18,8	31,5	0,5	17,9	36,8	0,6	18,4	33,6
Chondropathien (M91-M94)	0,7	22,6	33,7	0,5	17,5	34,7	0,6	20,4	34,1
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M95-M99)	7,6	83,3	11,0	7,1	79,4	11,2	7,4	81,6	11,1
<b>Insgesamt (M00-M99)</b>	<b>185,6</b>	<b>3.429,3</b>	<b>18,5</b>	<b>137,7</b>	<b>2.767,8</b>	<b>20,1</b>	<b>164,7</b>	<b>3.141,0</b>	<b>19,1</b>

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2007



### Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Nach einem Peak Anfang der 90er Jahre sind die *Muskel- und Skeletterkrankungen* in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen (1991: 782 AU-Tage und 2007: 351 AU-Tage je 100 Pflichtversicherte insgesamt). Dennoch spielen *Muskel- und Skeletterkrankungen* mit durchschnittlich drei Arbeitsunfähigkeitstagen je Mitglied im Beobachtungszeitraum auch am aktuellen Rand noch eine wichtige Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In *Tabelle 20* wird ein Überblick über die Verteilung der *Muskel- und Skeletterkrankungen* nach Diagnose-Untergruppen für Männer und Frauen gegeben. Bei beiden Geschlechtern dominierten nach Fällen und Tagen die *Wirbelsäulen- und Rückenleiden* (M40-M54; vgl. *Schaubild 38.1 – 38.2*).

Mit Ausnahme der Krankheiten der *Synovialis* und der *Sehnen* (M65-M68) sowie der *Systemkrankheiten des Bindegewebes* (M30-M36) wiesen Frauen weniger Erkrankungsfälle als Männer auf. So meldeten Frauen ein Drittel weniger Fälle und ein Fünftel weniger Tage als Männer auf Grund von *Arthropathien* (Gelenkleiden, M00-M25). Bei *Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens* (M50-M54) lagen sowohl Fälle als auch Tage der Frauen bei ca. drei Viertel der Vergleichsgrößen für Männer. Dass die Arbeitsunfähigkeitstage durch *Veränderungen der Knochendichte und Struktur, Osteopathien und Chondropathien* (M80-M94) bei Frauen im Vergleich zu Männern relativ niedrig ausfielen, ist dadurch zu erklären, dass diese Krankheiten bis zu einem Alter von

etwa Mitte fünfzig stärker bei Männern verbreitet sind, bei Frauen dagegen erst nach der Menopause eine starke Zunahme erfahren.

Schaubild 38.1

#### Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

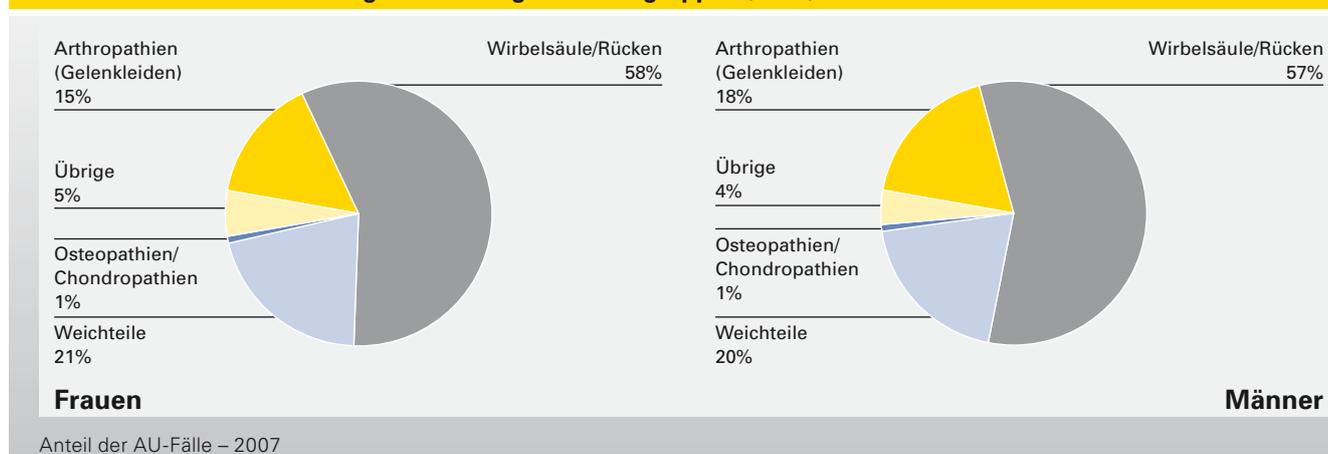
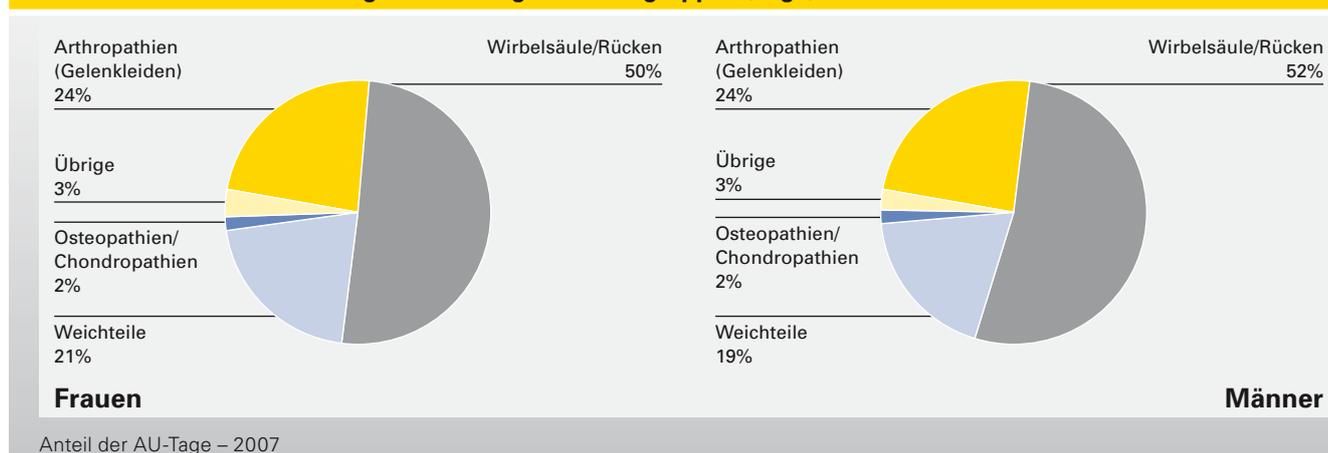


Schaubild 38.2

#### Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



**Tabelle 21**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Atmungssystems**

Diagnose-Untergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06)	141,1	835,7	5,9	173,6	1.026,3	5,9	155,3	918,8	5,9
Grippe und Pneumonie (J10-J18)	13,4	115,0	8,6	12,5	102,9	8,3	13,0	109,7	8,4
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)	37,3	267,8	7,2	39,3	286,5	7,3	38,2	276,0	7,2
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	17,4	143,1	8,2	23,0	167,1	7,3	19,9	153,6	7,7
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	38,4	294,7	7,7	41,1	314,1	7,7	39,5	303,1	7,7
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60-J70)	0,1	1,5	18,6	0,1	1,8	26,5	0,1	1,6	21,6
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80-J84)	0,1	3,0	33,2	0,1	1,2	21,5	0,1	2,2	29,3
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85-J86)	0,0	1,4	51,1	0,0	0,7	29,2	0,0	1,1	42,3
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90-J94)	0,2	6,4	33,3	0,1	3,7	36,5	0,2	5,2	34,3
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)	6,4	41,2	6,4	7,6	49,1	6,4	6,9	44,6	6,4
<b>Insgesamt (J00-J99)</b>	<b>254,5</b>	<b>1.710,1</b>	<b>6,7</b>	<b>297,3</b>	<b>1.953,6</b>	<b>6,6</b>	<b>273,1</b>	<b>1.816,2</b>	<b>6,6</b>

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2007

### Krankheiten des Atmungssystems

Bei den *Krankheiten des Atmungssystems* stehen nach Fallhäufigkeit und Krankheitstagen *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J00-J06) im Vordergrund. Es folgen *Chronische Krankheiten der unteren Atemwege* (J40-J47) sowie *Akute Bronchialerkrankungen* (J20-J22, *Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege*) (vgl. *Tabelle 21* und *Schaubild 39.1–39.2*). Diese Rangfolge ist bei Männern und Frauen gleich. Frauen erkrankten aber, wie schon in den Vorjahren, generell häufiger an Atemwegserkrankungen als Männer. Die Häufigkeit dieser Krankheitsgruppe bei Frauen (297 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner) überstieg die bei Männern (254 Fälle je 1.000) um 17 %.

In 2007 war ein Anstieg der Krankheiten des Atmungssystems gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems stiegen um 25 AU-Fälle und 146 AU-Tage (1.816 Tage und 273 Fälle je 1.000 Mitglieder in 2007 gegenüber 1.670 Tagen und 248 Fällen in 2006) an. Allerdings weist diese Krankheitsgruppe in der Regel keine mehrjährigen Trends auf, da ihre Verbreitung stark durch jährlich wechselnde Erkältungs- und Grippehäufigkeiten geprägt wird.

Schaubild 39.1

#### Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

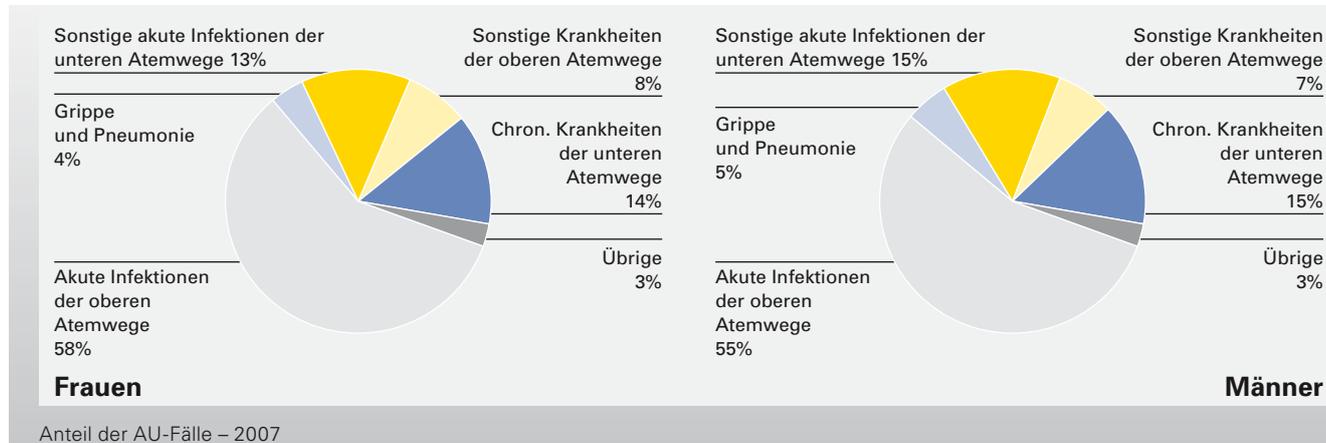
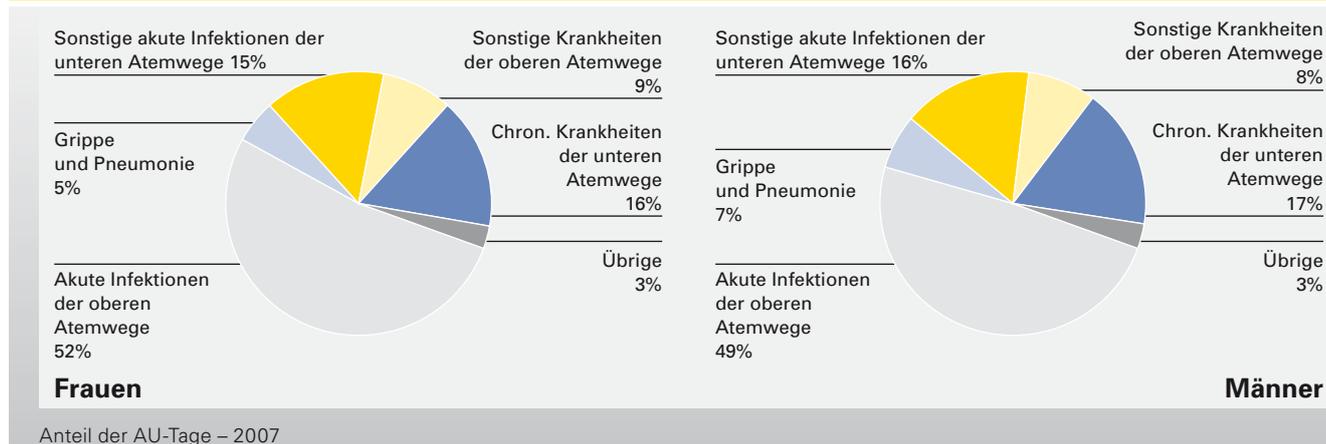


Schaubild 39.2

#### Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



**Tabelle 22**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Psychische und Verhaltensstörungen**

Diagnose-Untergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Organische, einschließlich symptomatischer psych. Störungen (F00-F09)	0,2	7,1	45,8	0,2	5,3	27,2	0,2	6,3	36,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	1,7	73,2	43,4	0,6	26,2	42,7	1,2	52,7	43,3
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	0,7	45,4	62,3	0,7	42,5	63,9	0,7	44,2	63,0
Affektive Störungen (F30-F39)	8,3	389,9	46,9	16,6	736,6	44,4	11,9	541,0	45,3
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	14,3	361,5	25,4	29,0	724,4	25,0	20,7	519,6	25,1
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	0,2	5,7	25,0	0,5	20,0	41,1	0,3	12,0	35,0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	0,2	10,8	48,8	0,4	19,7	50,2	0,3	14,7	49,6
Intelligenzminderung (F70-F79)	0,0	0,4	31,6	0,0	0,3	38,3	0,0	0,4	34,0
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	0,0	0,5	30,3	0,0	0,2	16,2	0,0	0,4	25,0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	0,1	2,3	29,3	0,1	2,0	24,5	0,1	2,2	27,2
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)	0,2	6,3	25,8	0,5	11,9	22,5	0,4	8,7	23,7
<b>Insgesamt (F00-F99)</b>	<b>25,9</b>	<b>903,1</b>	<b>34,8</b>	<b>48,6</b>	<b>1.588,9</b>	<b>32,7</b>	<b>35,8</b>	<b>1.202,0</b>	<b>33,6</b>

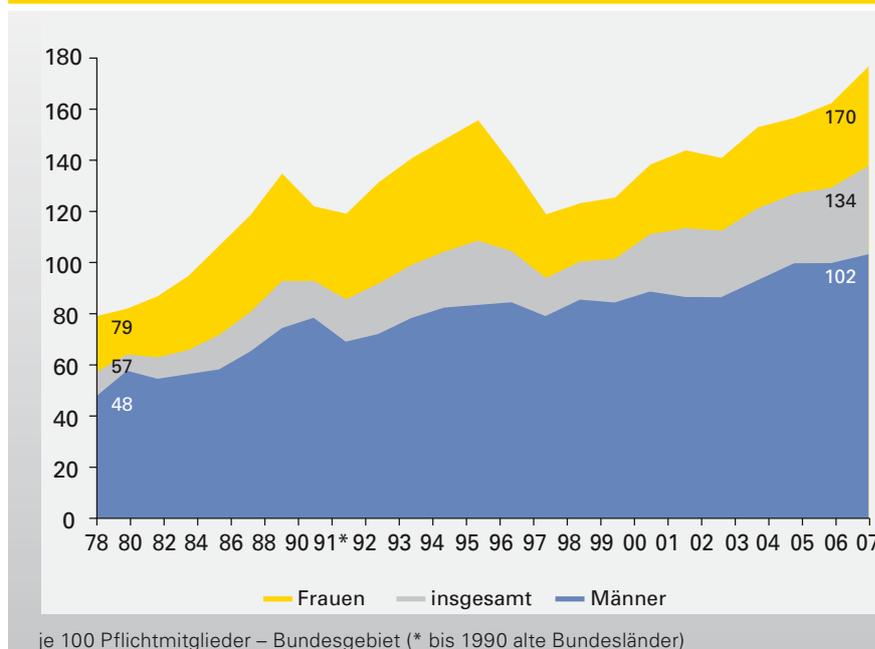
Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2007

## Psychische und Verhaltensstörungen

*Psychische Störungen* haben in den letzten Jahren im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kontinuierlich an Bedeutung gewonnen (vgl. *Schaubild 40*). Auch wenn in einzelnen Jahren (z.B. 1997 und 1998) die absolute Zahl der mit diesen Diagnosen verbundenen Krankheitstagen im Zuge der allgemeinen Krankheitsstandsentwicklung abgenommen hat, vergrößerte sich dennoch der Anteil der psychisch bedingten Fehlzeiten an der gesamten Arbeitsunfähigkeit von Jahr zu Jahr. Betrug dieser Anteil 1980 noch 2,5 % und 1990 3,7 %, so überschritt er im Jahr 2000 bereits die 7 %-Grenze und lag 2007 bei 10,1 %. Bei Pflichtversicherten einschließlich Arbeitslosen wurden 2007 134 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder durch *Psychische Störungen* verursacht (vgl. *Schaubild 40* sowie *Tabelle 2 im Anhang*). Damit hat sich der Anteil der *Psychischen Störungen* am Krankheitsstand in den letzten 30 Jahren vervierfacht. Sie nehmen inzwischen unter den Diagnosehauptgruppen den vierten Rang ein – vor den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Die Gründe für die Zunahme sind sowohl in der realen Zunahme der Morbidität, einem wachsenden Frauenanteil bei den BKK Pflichtmitgliedern (vgl. *Kapitel 1.2*) sowie auch in veränderten Diagnosestellungen der Ärzte zu sehen.

Schaubild 40

### Zunahme der psychischen Störungen – Arbeitsunfähigkeitstage



Bei Frauen lagen die durch psychische Diagnosen begründeten Krankheitszeiten in 2007 um ca. drei Viertel höher als bei Männern. Quantitativ standen hierbei die Gruppen *Neurotische, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F40-F48, z.B. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) und *Affektive Störungen* (F30-F39) mit jeweils etwa 46 % der psychischen Erkrankungstage im Vordergrund (vgl. *Tabelle 22*). In der letztgenannten Gruppe dominierten *Depressionen*, die bei den AU-Tagen der Frauen den dritten Rang unter den Einzeldiagnosen einnehmen. In beiden Diagnosegruppen wiesen Frauen im Vergleich zu Männern nahezu die doppelte Anzahl der Krankheitstage auf.

Bei Männern kommen als dritte bedeutende Erkrankungsgruppe *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19) hinzu, auf die 2007 8 % der gemeldeten Tage entfielen. Mehr als drei Viertel hiervon standen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch (82 %). Bei Frauen spielen derartige Erkrankungen – wie auch psychische Krankheiten auf Grund des Missbrauchs anderer Drogen – bisher eine deutlich geringere Rolle. Die gemeldeten AU-Tage betragen hier nur etwa ein Drittel der für Männer gemeldeten Werte.

**Tabelle 23**  
**Häufigste Diagnosegruppen im Krankenhaus 2007**

Diagnose-Gruppe	Männer			Frauen			Zusammen		
	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52)	7,8	77,9	10,0	6,4	68,3	10,7	7,1	73,0	10,3
Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	9,1	69,0	7,5	4,1	33,2	8,1	6,6	50,9	7,7
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	4,9	26,0	5,3	4,0	22,0	5,5	4,5	24,0	5,4
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40-G47)	5,3	26,8	5,0	3,4	22,3	6,6	4,3	24,5	5,7
Sonstige Krankheiten des Darmes (K55-K63)	4,1	32,6	7,9	4,2	37,6	9,0	4,2	35,1	8,5
Arthrose (M15-M19)	3,1	37,5	12,3	4,4	57,2	13,1	3,7	47,4	12,8
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	5,2	51,8	9,9	2,1	19,5	9,5	3,6	35,4	9,8
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26)	4,6	52,2	11,5	2,7	33,1	12,5	3,6	42,5	11,8
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	3,5	30,8	8,7	3,6	33,3	9,4	3,5	32,1	9,1
Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80-K87)	2,9	28,1	9,8	3,9	31,8	8,2	3,4	30,0	8,9
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	3,3	45,9	13,8	3,0	42,2	14,1	3,2	44,0	13,9
Verletzungen des Kopfes (S00-S09)	3,7	18,9	5,0	2,6	11,6	4,5	3,2	15,2	4,8
Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09)	2,7	14,7	5,4	3,0	17,7	5,8	2,9	16,2	5,6
Gutartige Neubildungen (D10-D36)	1,2	8,1	7,1	4,3	30,4	7,0	2,8	19,4	7,0
Affektive Störungen (F30-F39)	2,1	73,3	35,5	3,4	129,7	37,7	2,8	101,9	36,9
Hernien (K40-K46)	4,3	21,9	5,1	1,2	8,7	7,1	2,8	15,2	5,5
Grippe und Pneumonie (J10-J18)	3,0	32,0	10,8	2,2	22,7	10,5	2,6	27,3	10,7
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums (K20-K31)	2,6	19,7	7,6	2,5	20,1	8,0	2,5	19,9	7,8
Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80-N98)	-	-	-	4,9	28,3	5,7	-	-	-
Allgemeinsymptome (R50-R69)	2,4	14,8	6,1	2,6	16,4	6,4	2,5	15,6	6,3
<b>Insgesamt (A00-Z99)</b>									

Je 1.000 Versicherte insgesamt – 2007

## 5.2 Die häufigsten Diagnosen bei stationären Behandlungen

Das Diagnosespektrum in den Krankenhäusern wurde wie in den Vorjahren von Krankheiten des *Kreislaufsystems*, des *Verdauungssystems* und *Neubildungen* dominiert. Neben diesen Krankheitsarten verursachten *Psychische und Verhaltensstörungen* auffällig viele Krankenhaustage, da diese Störungen meist zu weit überdurchschnittlich langen Krankenhausaufenthalten führen. Gleichzeitig befinden sich in den genannten Gruppen zahlreiche, häufig gestellte Diagnosen, die zukünftig sowohl für den morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleich wie für die ambulante Vergütung von besonderer Bedeutung sein werden. Diesen Krankheitsanlässen wird daher im Folgenden bzgl. der stationären Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet, wobei festzustellen ist, dass sich außer einigen Akuterkrankungen alle im stationären Versorgungsgeschehen quantitativ bedeutsamen Krankheitsursachen in der vom Bundesversicherungsamt festgelegten Liste der zu berücksichtigenden Krankheiten (KH) wiederfinden.<sup>1</sup>

Einen Überblick über die häufigsten Krankheitsgruppen in der stationären Behandlung gibt nebenstehende *Tabelle 23*. Die bei weitem häufigsten Erkrankungsgruppen waren mit 7,1 Fällen je 1.000 Versicherte *Sonstige Formen der Herzkrankheit* (I30-I52, z.B. I50 Herzinsuffizienz, KH 52 der BVA-Krankheitsliste oder I48 Vorhofflimmern, KH 59), gefolgt von *Ischämischen Herzkrankheiten* (I20-I25, KH 55) mit 6,6 Fällen. Als dritthäufigste Diagnosen rangieren wie im Vorjahr *Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege* (J30-J39) mit einer Häufigkeit von 4,5 Fällen je 1.000 Versicherte. Hier bestimmen v. a. die chronischen Mandelentzündungen (J35) das Bild.

### Häufigste Einzeldiagnose: Alkoholabhängigkeit

Häufigste Einzeldiagnose bei stationärer Behandlung war in 2007 erstmals die *Psychische Störung durch Alkohol* (F10, KH 36 der BVA-Krankheitsliste) mit 2,9 Fällen und 26 Tagen je 1.000 Versicherte (vgl. *Tabelle 12 im Anhang*). Diese Krankheitsursache rangierte noch vor *Herz-*

*insuffizienz* (I50) mit 2,8 Fällen und 36 Tagen je 1.000 Versicherte und *Angina pectoris* (I20) mit 2,7 Fällen und 17 Tagen je 1.000 Versicherte. Die durchschnittliche Verweildauer war bei den Herzerkrankungen mit 12,8 Tagen (-0,4 Herzinsuffizienz) bzw. 6,2 Tagen (-0,3 Angina pectoris) rückläufig gegenüber 2006, bei den Alkoholkrankheiten blieb die Falldauer mit 9,0 Tagen unverändert. Die Herzinsuffizienz verursachte durch eine hohe durchschnittliche Verweildauer über 36 Krankenhaustage je 1.000 Versicherte. Nur die *Depressionen* (F32-33, KH 38) verursachten trotz geringerer Häufigkeit (1,4 bzw. 1,1 Fälle je 1.000) mit 49 bzw. 43 Tagen mehr stationäre Behandlungstage (s.u.), die damit im Vergleich zum Vorjahr um 40 % weiter deutlich angestiegen sind. Auch Gallensteine (K80) gehörten mit 2,3 Fällen je 1.000 zu den häufigsten Krankheitsursachen für stationäre Behandlung.

### Krankenhausdiagnosen bei älteren Versicherten

Die höchste Morbidität wiesen erwartungsgemäß Rentner und ihre Angehörigen auf. Sie wurden beinahe dreieinhalb mal so häufig ins Krankenhaus eingewiesen wie AKV Versicherte und verursachten viereinhalb mal so viele Krankenhaustage wie die jüngeren Versichertengruppen. Ihre Verweildauer fiel im Schnitt drei Tage höher aus als im Gesamtdurchschnitt. Fast jeder vierte Krankenhausfall (22,5 %) bei Rentenversicherten stand mit Herz- und Kreislauferkrankungen in Verbindung, weitere 15 % ihrer stationären Fälle wurden durch – meist bösartige – Neubildungen erforderlich. Es folgten Muskel- und Skelettleiden mit über 9 % der Fälle und Verletzungen (gut 8 %).

Zu den besonders häufigen Einweisungsgründen im Bereich der *Herz-/Kreislauferkrankungen* gehörten bei den älteren Versicherten – besonders bei den über 70-jährigen – die *Sonstigen Formen der Herzkrankheit*, die mit dem Alter zunehmend 28 (bei 70-Jährigen) bis zu 65 Krankenhausfällen bei den über 80-Jährigen verursachten. Hierbei stellt die oben



bereits angeführte *Herzinsuffizienz* die wichtigste Einzeldiagnose dar. Bei den Männern waren es in der jeweiligen Altersgruppe sogar 33 bis zu 72 Fälle je 1.000 Versicherte, während bei den Frauen mit ‚nur‘ 22 bis 61 Fällen vergleichsweise weniger stationäre Einweisungen wegen dieser Krankheiten erfolgten. In diesen Altersgruppen verursachten *Ischämische Herzkrankheiten* bei Frauen mit zunehmendem Alter 19 bis 24 Fälle je 1.000, während es auch hier bei den Männern mit 41 bis 48 Fällen wieder deutlich mehr waren und sich zudem bei ihnen die meisten Fälle bereits im Alter zwischen 75 und 80 Jahren ereigneten. *Angina pectoris* (I20) und *Akuter Myokardinfarkt* (I21) stehen hierbei im Vordergrund. Schließlich verursachten die *Zerebrovaskulären Krankheiten* (I60-69, Schlaganfälle, KH 61) in diesen Altersgruppen ebenfalls rd. 13 bis 30 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte. Besonders bei den Frauen waren auch *Bluthochdruckkrankheiten* (I10-15 Hypertonie, teilweise in KH 58 der BVA-Liste enthalten) mit etwa 10 Fällen je 1.000 bei den über 70-Jährigen bis hin zu fast 17 Fällen bei den über 80-Jährigen häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

Die ebenfalls bei älteren Versicherten sehr häufigen Krankheiten im Bereich der *Neubildungen* weisen einen deutlichen Schwerpunkt in der Gruppe der *Bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane* (C15-26, in KH 6 der BVA-Krankheitsliste enthalten) auf. Sie verursachten bei den über 70-jährigen Männern mehr als 20 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte, hierbei in der Gruppe der 75- bis unter 80-Jährigen wiederum mit etwa 25 Fällen die meisten. Bei den Frauen gab es auch bei dieser Krankheitsgruppe deutlich weniger, hier nur etwa halb so viele

<sup>1</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (BVA, 29.05.2008), Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten

stationäre Fälle. Ein gutes Drittel dieser Gruppe entfiel auf Bösartigen Neubildungen des Kolons (C18, Dickdarm).

Zusätzlich treten bei Männern und Frauen weitere Krebsdiagnosen geschlechtsspezifisch unterschiedlich in den Vordergrund. So entfielen je 1.000 Männer im Alter zwischen 65 und 80 über 11 bis zu 14 stationäre Fälle auf *Bronchial- und Lungenkrebs* (C34, in KH 7 enthalten). Bei Frauen diesen Alters waren die hierdurch verursachten stationären Behandlungen mit vier bis fünf Fällen vergleichsweise seltener. Für sie waren besonders zwischen 60 und 70 Jahren *Brustkrebs-erkrankungen* (C50, KH 9) mit etwa neun Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte bedeutsamer in der stationären Behandlung (s.u.).

Schließlich spielte auch *Diabetes mellitus* (E10-14, KH 17) bei den älteren Krankenhauspatienten eine größere Rolle: so waren hierdurch immerhin acht bis zwölf Fälle je 1.000 männliche Versicherte in den Altersgruppen ab 70 Jahre zu verzeichnen. Bei den Frauen bis 80 Jahre fielen mit sechs bis acht Fällen je 1.000 zunächst weniger Krankenhauseinweisungen wegen Diabetes an. Bei über 80-jährigen Männern und Frauen war die Häufigkeit mit rd. 12 Fällen etwa gleich.

Bei den älteren Frauen zwischen 70 und 80 Jahren bildeten zudem *Arthroseerkrankungen* (M15-19, KH 28) mit 23 bis 25 Fällen je 1.000 einen häufigen Grund für Krankenhauseinweisungen. Ältere Männer über 80 Jahre erleiden häufig *Grippe und Lungenentzündungen* (J10-18, in KH 68 der BVA-Krankheitsliste enthalten), die zu über 28 Krankenhausfällen je 1.000 männliche Versicherte diesen Alters führten.

### Stationäre Diagnosen der übrigen Gruppen

Bei den Mitgliedern ohne Rentner (AKV) standen auf Seiten der Männer insbesondere zwischen 40 und 55 Jahren wie oben schon angesprochen *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol* (F10) mit sieben bis acht Fällen und 67 bis 87 Krankenhaustagen je 1.000 Versi-



cherte weit an der Spitze der Krankheitsursachen für stationäre Behandlungen. Besonders gefährdet sind hierbei Männer zwischen 45 und 50 Jahren (8,3 Fälle je 1.000) sowie in der nächst höheren Altersgruppe bis zu 55 Jahren (8,1 Fälle je 1.000). Besorgniserregend ist auch die hohe Einweisungsquote von 5,2 Fällen je 1.000 männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren, die im Vergleich zum Vorjahr noch um etwa ein Viertel angewachsen ist!

Bei den über 50-jährigen Männern waren nach der Häufigkeit auch noch *Schlafstörungen* (G47) mit über fünf bis zu sieben Fällen je 1.000 Versicherte häufig Anlass für stationäre Behandlungen, allerdings bei nur kurzen Verweildauern von durchschnittlich unter drei Tagen.

Frauen zwischen 40 und 50 Jahren mussten besonders häufig wegen *Myomen des Uterus* (D25) stationär behandelt werden, sie hatten hierdurch in diesem Alter je 1.000 Versicherte etwa 6,5 bis 8,5 Krankenhaustage zu verzeichnen. Ab 45 Jahre nehmen bei ihnen zudem die stationären Einweisungen wegen *Brustkrebs* (s.o.) deutlich auf fünf Fälle je 1.000 zu. Danach steigen die Fallhäufigkeiten in jeder 5-Jahres-Altersgruppe um einen Fall je 1.000 Frauen: so werden zwischen 50 und 60 Jahren je 1.000 weibliche Versicherte hierdurch bereits sechs bis sieben stationäre Fälle mit 42 bis 52 Krankenhaustagen gemeldet. Bei den über 60-Jährigen sind es bereits 8,6 Fälle und 82 Krankenhaustage je 1.000 Frauen, wobei sich die hohe Fallhäufigkeit in den nächsten 10 Lebensjahren der Frauen fortsetzt (s.o.).

Bei den Kindern unter 15 Jahren verursachten die Chronischen Krankheiten der *Gaumen- und Rachenmandeln* (J35)

mit sieben Fällen je 1.000 Versicherte (Jungen: 7,5; Mädchen: 6,4 Fälle) die meisten Krankenhauseinweisungen. Während diese Anlässe für Krankenhauseinweisungen bei den über 15-jährigen männlichen Jugendlichen dann deutlich abnehmen (2,2 Fälle je 1.000), bleibt die Behandlungshäufigkeit bei den jungen Mädchen diesen Alters mit 6,7 Fällen je 1.000 recht hoch. Weitere häufige Krankheitsursachen für stationäre Behandlung im Kindesalter sind infektiöse *Durchfall-erkrankungen* (A09), die mit etwa fünf Fällen je 1.000 an zweiter Stelle stehen.

In der Gruppe der weiblichen Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren fiel wie schon früher berichtet erneut die hohe Einweisungshäufigkeit wegen *akuter Appendizitis* (K35, Blinddarmentzündung) mit ebenfalls knapp fünf Fällen je 1.000 auf. Warum sie über 40 % der Häufigkeit gegenüber den männlichen Jugendlichen aufweisen, ist medizinisch jedenfalls nicht begründbar und lässt in diesem Ausmaß auf Fehlversorgung schließen. Die meisten Krankenhaustage bei weiblichen Jugendlichen (67 je 1.000) entfielen wegen der langen Verweildauer von durchschnittlich 49 Tagen erneut auf *Essstörungen* (F50, KH 40), mit einer Fallhäufigkeit von 1,4 je 1.000 über 15-jährige Mädchen.

Die Anzahl der Krankenhaustage korrespondiert in weiten Teilen mit der Fallzahl. Eine Ausnahme stellen aber psychische Erkrankungen dar, die zu weit überdurchschnittlichen Liegezeiten führen. So stehen nach stationären Behandlungstagen bei den männlichen Versicherten *Schizophrenie* (F20, in KH 37 enthalten), die bei jungen Männern zwischen 20 und 30 Jahren zu etwa 114 Krankenhaustagen führten, und *Psychische Störungen durch Alkohol* – mit über 86 Krankenhaustagen je 1.000 männliche 50- bis 60-Jährige – an der Spitze.

Bei den weiblichen AKV-Versicherten führten die *rezidivierenden depressiven Störungen* (F33) und *depressive Episoden* (F32) zu den meisten Krankenhaustagen, die je nach Altersgruppe von über 60 Krankenhaustagen je 1.000 schon bei den unter 40-Jährigen mit depressiven Episoden bis zu über 100 Tagen je 1.000

### Krankheiten des Kreislaufsystems

Frauen im Alter um 50 Jahre bei rezidivierenden depressiven Störungen führten. Die durchschnittliche Verweildauer war in 2007 bei einer depressiven Episode mit etwa 35 Tagen und bei rezidivierenden depressiven Störungen mit fast 40 Tagen äußerst lang.

Die für die stationäre Versorgung bedeutsamen Hauptgruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen sowie die durch ihre Zunahme im Blickfeld stehenden psychischen Störungen werden im Folgenden noch einmal nach Einzelerkrankungen zusammenfassend betrachtet.

Erkrankungen des *Herz-/Kreislaufsystems* (I00-I99) zählen wie oben bereits dargestellt mit im Schnitt 24,2 Fällen je 1.000 Versicherte zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (14 % aller Fälle). Bei Rentnern lag die Häufigkeit bei über 89 Fällen je 1.000, dies waren 22,5 % aller Krankenhausfälle. 2007 wurden je 1.000 Versicherte ca. 233 Krankenhaustage durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursacht, bei den Rentnern waren es sogar 956 Tage je 1.000. Die Verweildauer bei Krankheiten des Kreislaufsystems sinkt weiterhin leicht (-0,1) und lag 2007 durchschnittlich bei 9,6 Tagen, bei Rentnern war sie durchschnittlich etwa einen Tag länger (10,7 Tage je Fall).

Schaubild 41.1–41.2 verdeutlicht die auch in der bisherigen Darlegung erkennbaren Verteilungen der wichtigsten Krankheitsarten des Herz- und Kreislaufsystems – die größte Gruppe bildeten mit 7,1 Fällen je 1.000 die *Sonstige Formen der Herzkrankheit*, 29,1 % aller Kreislaufferkrankungen gehörten zu dieser Untergruppe. Es folgten die *Ischämischen Herzkrankheiten*, die mit 27,3 % der Fälle dieser Krankheitsgruppe ein ähnliches Gewicht hatten und bei den Männern sogar über 33 % der Fälle in dieser Gruppe ausmachten. Häufigste Einzeldiagnosen (s.o., *Tabelle 23*) waren *Herzinsuffizienz* (I50, 2,8 Fälle je 1.000) und *Angina pectoris* (I20) mit 2,7 Fällen je 1.000 Versicherte, gefolgt von *Akuter*

Schaubild 41.1

#### Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

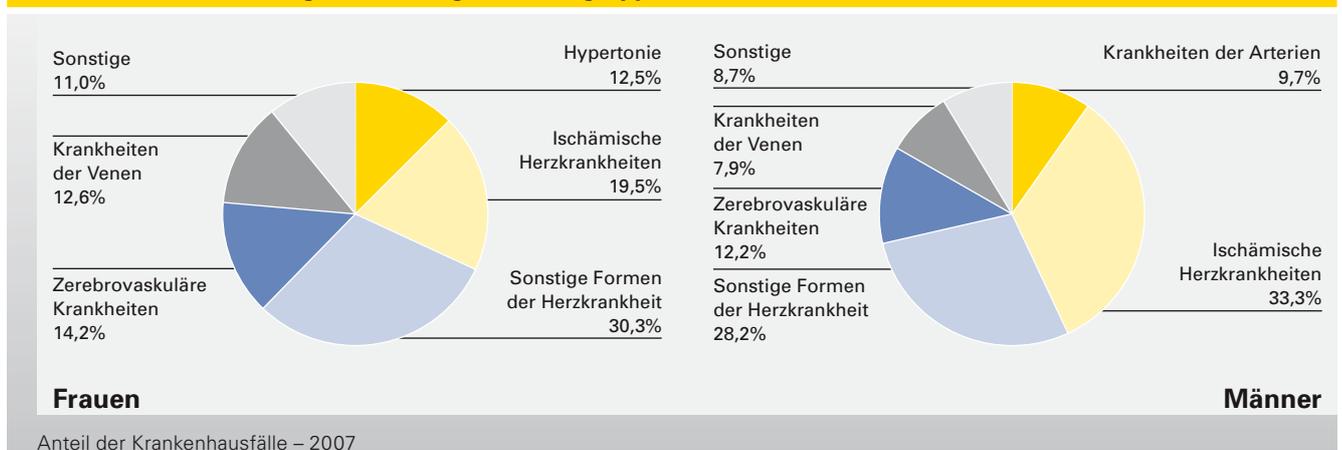
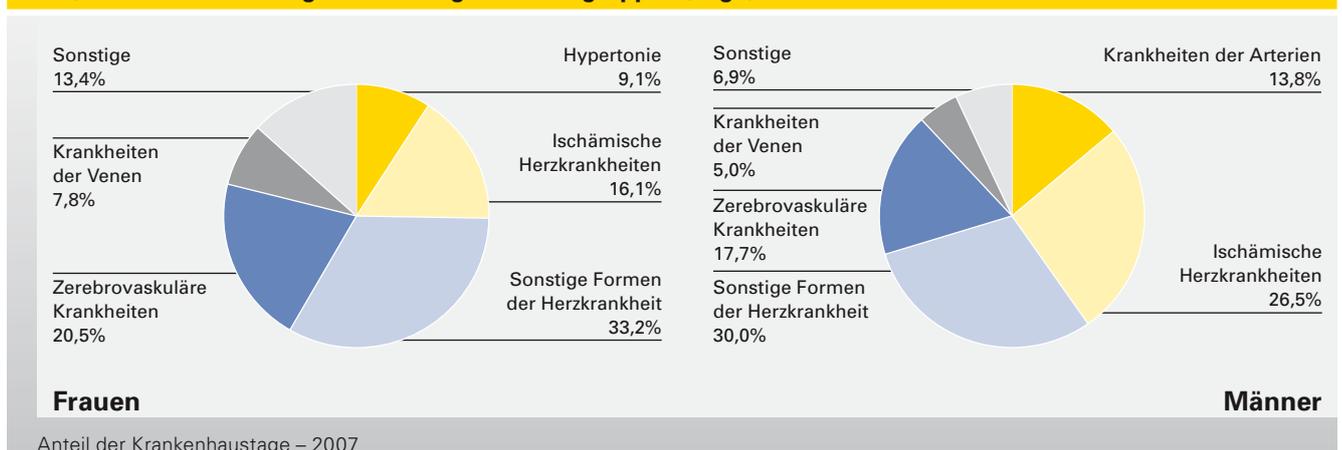


Schaubild 41.2

#### Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



*Myokardinfarkt (I21) und der Chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25) mit jeweils 1,9 Fällen je 1.000 Versicherte. Bei Männern stellten Krankheiten des Kreislaufsystems bereits ab einem Alter von 50 Jahren den häufigsten Anlass für eine stationäre Behandlung dar, während sie bei Frauen erst in den Altersgruppen ab 70 Jahren die Fallhäufigkeiten der Neubildungen sowie die der Muskel- und Skeletterkrankungen übersteigen. Je 1.000 Versicherte wurden für Männer zwischen 50 und 55 Jahren sogar 4,6 Fälle mit Angina pectoris und 3,6 Fälle mit Myokardinfarkt stationär behandelt.*

Während von den meisten Kreislaufkrankungen Frauen seltener betroffen waren, gab es auch einige Ausnahmen: wie oben schon angesprochen wur-

den Frauen häufiger wegen *Hypertonie (I10-I15)* im Krankenhaus behandelt als Männer (Frauen: 2,6, Männer: 1,6 Fälle je 1.000 Versicherte). Gleiches gilt für *Krankheiten der Venen, Lymphgefäße und Lymphknoten (I80-I89)*, hier wiesen Frauen mit 2,7 Fällen je 1.000 Versicherte gegenüber Männern mit 2,2 Fällen ebenfalls mehr stationäre Behandlungen auf.

Herz- und Kreislaufkrankungen stehen häufig in direktem Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. So gilt Diabetes mellitus z.B. als gewichtiger Risikofaktor. Nach einer Studie leiden 75 % aller Herzinfarkt-Patienten an Diabetes oder einer Vorstufe davon<sup>2</sup>. Durch die Früherkennung und Behandlung dieser Krankheit kann der Gefahr von Herz-/Kreislaufkrankungen vorgebeugt werden.

<sup>2</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2004): Europäischer Kardiologenkongress 2004: Experten fordern Diabetes-Tests für Herzpatienten, Kardiologenkongress 2004.

## Neubildungen

Unter Neubildungen werden verschiedene gut- und bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Die bösartigen Neubildungen überwiegen in den stationären Fallzahlen aber eindeutig: Vier von fünf Fällen mit Neubildungen werden wegen Krebs stationär behandelt.

Die Art der Neubildung variiert naturgemäß wie oben angesprochen zwischen männlichen und weiblichen Patienten (vgl. *Schaubild 42.1–42.2*). Tumorerkrankungen der Männer betrafen in der stationären Behandlung am häufigsten *bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* (C15-C26; 22,4 % aller Neubildungen) und der *Atmungsorgane* (C30-C39; 15,1 %). *Maligne Tumore der*

*Geschlechtsorgane* (C60-C63) standen bei ihnen nach Häufigkeit mit 11 % an dritter Stelle.

Bei den Frauen dominieren andere Neubildungsarten, ein gutes Fünftel hiervon (22 %) waren gutartig (D10-D36). Hierbei handelte es sich zumeist um *Myome* (D25. s.o.), die 52 % der gutartigen Neubildungen von Frauen ausmachten. Die häufigsten bösartigen Tumore betrafen *Brustkrebs* (C50) mit einem Anteil von 16,2 %, gefolgt von *Neubildungen der Verdauungsorgane* (C15-C26; 13,5 %) und der *weiblichen Geschlechtsorgane* (C51-C58) mit einem Anteil von 8 % an den Neubildungen.

Das Risiko an Krebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter. Besonders ab dem 45. Lebensjahr nimmt die Inzidenz der Krebserkrankungen deutlich zu. Die Häufigkeit von Brustkrebs steigt jedoch auch schon bei jüngeren Frauen ab dem 30. Lebensjahr an und erreicht im Alter zwischen 60 und 70 Jahren ihren Höchstwert (s.o.).

Schaubild 42.1

### Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

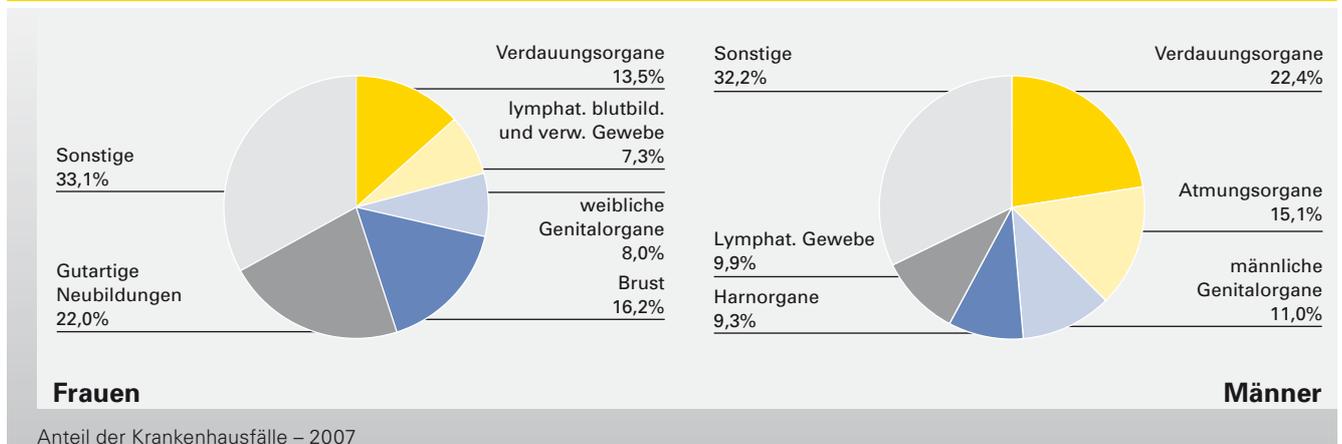
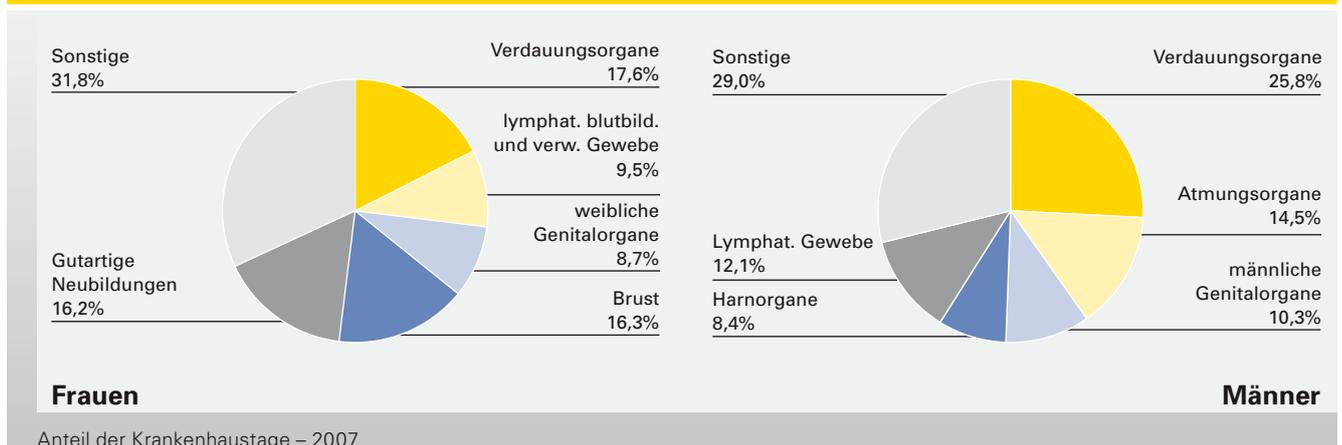


Schaubild 42.2

### Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



## Psychische und Verhaltensstörungen

Die Zunahme psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren wird von allen Kasenarten übereinstimmend berichtet. Seit 1976, dem ersten Jahr der Krankheitsartenstatistik des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen wird ein kontinuierlichen Anstieg dieser Erkrankungen beobachtet. Auch Arbeitsunfähigkeitszahlen, stationäre Behandlungsdaten sowie die Arzneiverordnungen der BKK Versicherten belegen diesen langjährigen Trend. Seit 1986 ist die Zahl der wegen psychischer Erkrankungen stationär Behandelten jedoch um das Dreifache gestiegen (1986: 3,8 Fälle je 1.000 Versicherte vs. 11,5 Fälle je 1.000 Versicherte in 2007). Außerdem ist bei den psychischen Erkrankungen – als einzige Diagnosegruppe, die weiterhin nicht nach Fallpauschalen abgerechnet wird – die durchschnittliche Verweildauer weit überdurchschnittlich hoch (s.o), auch wenn sie in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich abgenommen hat.

Insgesamt betrachtet hat in den letzten Jahren die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Probleme über alle Altersgruppen hinweg deutlich zugenommen, sie liegt – anders als bei den ambulanten Kenngrößen – für Männer (11,9 Fälle je 1.000) höher als für

Frauen (11,0 Fälle je 1.000). Besonders bei Männern im Alter von Anfang zwanzig und später in den Altersgruppen von 40 bis 60 Jahren sind deutliche Steigerungen erkennbar. Ähnliches gilt für junge Mädchen und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren, aber ebenso mit ähnlich deutlichen Zuwächsen in allen höheren Altersgruppen bis mindestens zum 60. Lebensjahr.

Das Diagnosespektrum psychischer Erkrankungen wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Zwischen den Geschlechtern, aber auch in verschiedenen Altersstufen variieren Art und Häufigkeit psychischer Erkrankungen beträchtlich. Fast die Hälfte aller Männer mit *psychischen Erkrankungen* (44 %) war wegen des *Missbrauchs bewusstseinsverändernder Substanzen* (F10-F19) – hauptsächlich Alkohol – in stationärer Behandlung.

Bei Frauen dagegen spielten *affektive Störungen* (F30-F39), wozu insbesondere Depressionen gehören, die entscheidende Rolle (31 % der Fälle). An zweiter Stelle standen bei den Frauen *Neurotische und Belastungsstörungen* (F40-F48) mit 20 % aller Fälle. *Psychische Störungen durch bewusstseinsverändernde Substanzen* stellten mit einem Anteil von

19 % die dritthäufigste Ursache für einen stationären Aufenthalt bei Frauen dar (vgl. *Schaubild 43.1–43.2*). Hierzu wäre ergänzend zu erwähnen, dass die stationären Behandlungsfälle der Frauen mit der Einzeldiagnose F10 (Alkohol) mit 1,6 Fällen je 1.000 sich immerhin bereits der Häufigkeit von *depressiven Episoden* (F32, 1,7 Fälle je 1.000) annähern, wenn auch natürlich hier noch in gleicher Größenordnung die *rezidivierenden Depressionen* (F33, 1,4 Fälle je 1.000) und die *bipolaren affektiven Störungen* hinzugerechnet werden müssen. Dennoch nehmen die Abhängigkeitserkrankungen auch bei Frauen zu.

Bestimmte psychische Erkrankungen sind stark altersabhängig. Bei Kindern treten vermehrt *Verhaltensstörungen* (F90-F98) auf, zu denen insbesondere ADHS/ADS und damit verbundene *Störungen des sozialen Verhaltens* gehören. Je 1.000 Versicherte unter 15 Jahren waren 2007 bei erneuten Zunahmen 2,0 Fälle von Verhaltens- und emotionalen Störungen gemeldet – Jungen deutlich häufiger als Mädchen (2,8 Fälle bzw. 1,2 Fälle). Alle anderen Arten von psychischen Störungen spielen in diesem Alter noch keine wesentliche Rolle.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern nimmt die Zahl der wegen *Affektiver Störungen* (u.a. Depressionen) stationär Behandelten mit steigendem Alter bis etwa Mitte fünfzig zu – mit einem leichten Rückgang bei den 60- bis 69-Jährigen. Allerdings bleiben die affektiven Erkrankungen auch in der stationären Versorgung bis ins hohe Alter von Bedeutung. Dabei übersteigt die Morbidität der Frauen die der Männer in allen Altersstufen deutlich (s.u. Demenzerkrankungen).

Auch wegen *Neurotischer Störungen* werden Frauen weit häufiger stationär behandelt als Männer. Der Missbrauch *psychotroper Substanzen* wie Alkohol und Drogen stellt bei beiden Geschlechtern ein großes Problem dar, besonders in den jungen und mittleren Altersstufen. Ein trauriger Höhepunkt wird im Alter zwischen 45 und 49 Jahren erreicht. Männer sind durchweg häufiger als Frauen wegen Substanzmissbrauch in stationärer Behandlung, in der besagten Altersstufe um das 2,3-fache, wobei sich auch hier ein mit den Jahren verringerter Abstand zwischen den Geschlechtern zeigt.

Mit steigendem Alter spielen *Demenzerkrankungen* (F00-F09) eine zunehmende Rolle. Bei den Rentnern gab es 11,6 Fälle je 1.000 Versicherte mit einer solchen Diagnose (Frauen 11,5, Männer 11,9). Insbesondere in einem frühen Stadium der Krankheit werden oftmals *verschiedene Formen der Depression* (F30-F39) diagnostiziert (s.o.), da die Diagnosestellung gerade zu Beginn der Erkrankung oft schwierig ist.

Schaubild 43.1

**Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)**

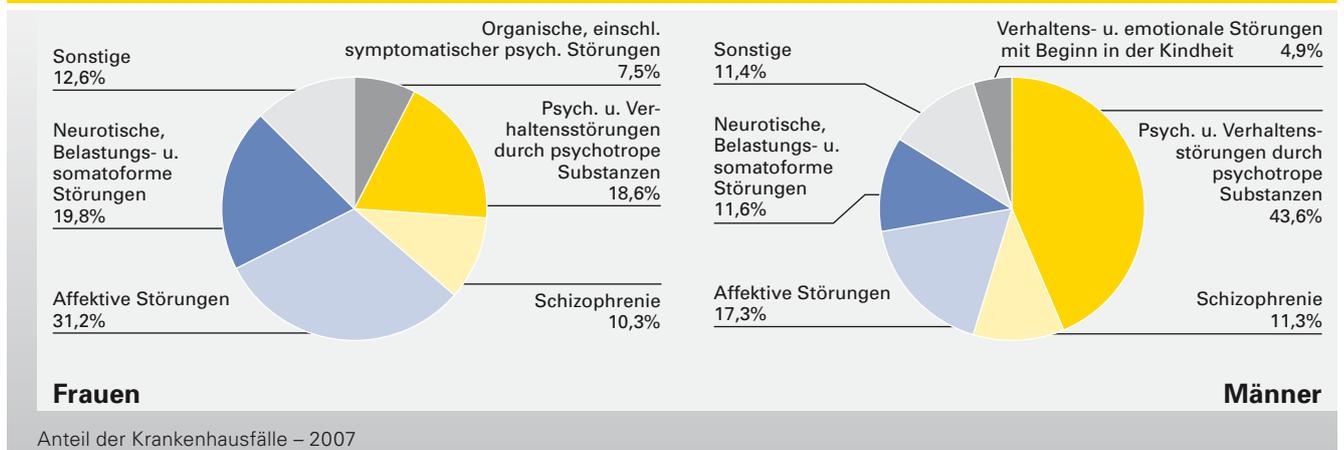
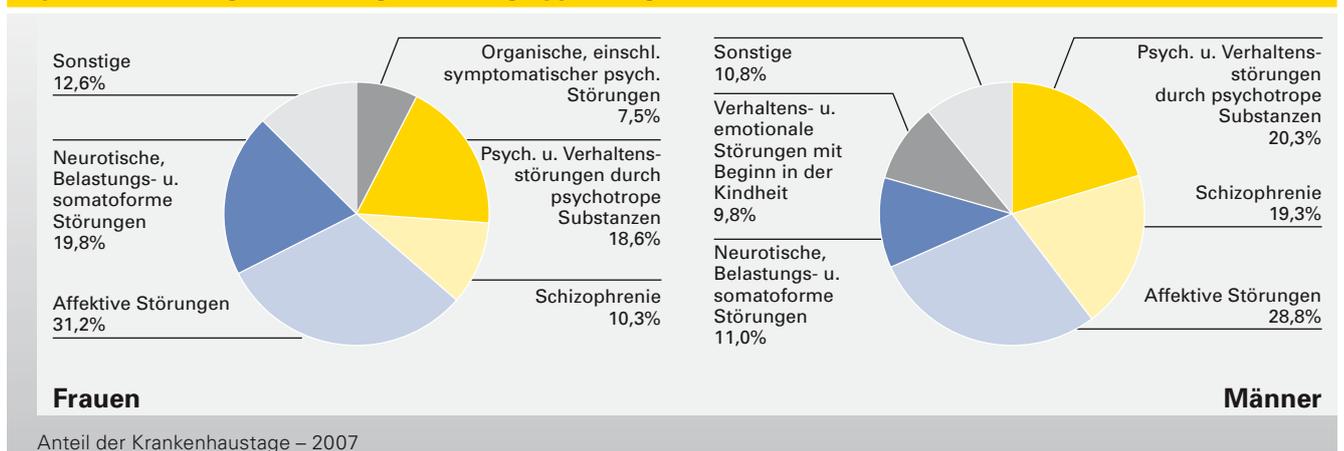


Schaubild 43.2

**Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)**



### 5.3 Die wichtigsten Diagnosen bei medizinischer Rehabilitation

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurden etwa die Hälfte aller stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen (ca. 680.000 im Jahr 2006) durchgeführt. Die übrigen Rehabilitationsleistungen fallen in den Bereich der Rentenversicherung, die in der Regel bei erwerbstätigen Personen zuständig ist. Bei der Statistik der Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind aus diesem Grund die Altersgruppen der unter 60-Jährigen bzw. die der aktiv versicherten Mitglieder entsprechend schwach besetzt. Das Rehabilitationsgeschehen konzentriert sich auf RentnerInnen und deren Angehörige, auf die 90,2 % aller stationären Anschlussrehabilitationsleistungen bzw. 66,1 % aller übrigen stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen der Betrieblichen Krankenversicherung entfallen.

In der Betrieblichen Krankenversicherung wurden im Jahr 2007 90.394 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt, davon mehr als zwei Drittel als Anschlussrehabilitation (72,0 %) mit einer

durchschnittlichen Dauer von 22,7 Tagen. Bei den übrigen stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (28,0 %) betrug die durchschnittliche Dauer 26,6 Tage. Die Leistungen für Mütter/Mutter-Kind bzw. Väter/Vater-Kind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nicht in den genannten Zahlen enthalten. Gegenüber dem Vorjahr fällt auf, dass die Gesamtzahl der Rehabilitationsmaßnahmen um 3,0 % gestiegen ist. Die durchschnittliche Dauer stationärer Rehabilitationsmaßnahmen verringerte sich um 1,1 Tage. Die Dauer bei der stationären Anschlussrehabilitation sank um 0,7 Tage.

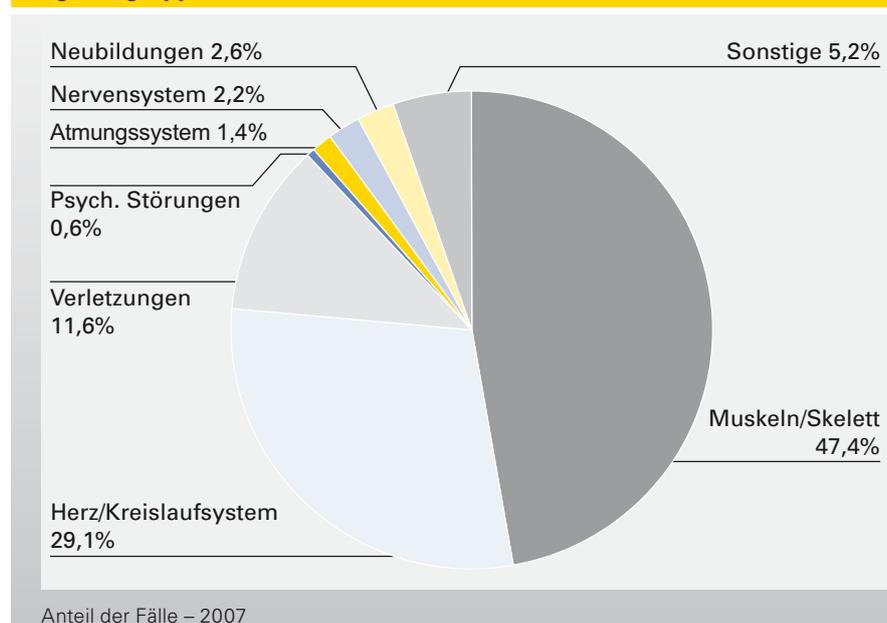
Betrachtet man die Diagnosegruppen, so konzentrierten sich bei der stationären Anschlussrehabilitation (vgl. *Schaubild 44*) knapp 88 % auf die drei Diagnosegruppen: *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes* (47,4 %), *Krankheiten des Kreislaufsystems* (29,1 %) und *Verletzungen und Vergiftungen* (11,6 %). Innerhalb dieser Diagnosehauptgruppen gibt es beträchtliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

So lassen sich mehr als die Hälfte aller Fälle bei den Frauen den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zuordnen. Bei den Männern sind es nur etwa ein Drittel. Bei Krankheiten des Kreislaufsystems führen die Männer mit 40,3 % vor den Frauen mit 19,6 %. Bei den Verletzungen und Vergiftungen verhält es sich anders herum. Etwa 15,0 % aller Fälle der stationären Anschlussrehabilitation bei Frauen gehen auf diese Diagnosegruppe zurück, während es bei den Männern nur 8,6 % sind.

Die übrigen Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation verteilen sich auf ein breiteres Diagnosespektrum (vgl. *Schaubild 45*). Auf sieben Hauptdiagnosegruppen entfallen 84,5 % der Leistungen. An erster Stelle liegen auch hier die *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems* (27,8 %). Anders als bei der Anschlussrehabilitation liegen die *Krankheiten des Kreislaufsystems* (15,0 %) fast gleich auf mit den *psychischen Störungen und Verhaltensstörungen* (17,1 %). Letztere haben in den

**Schaubild 44**

#### Diagnosegruppen bei der stationären Anschlussrehabilitation

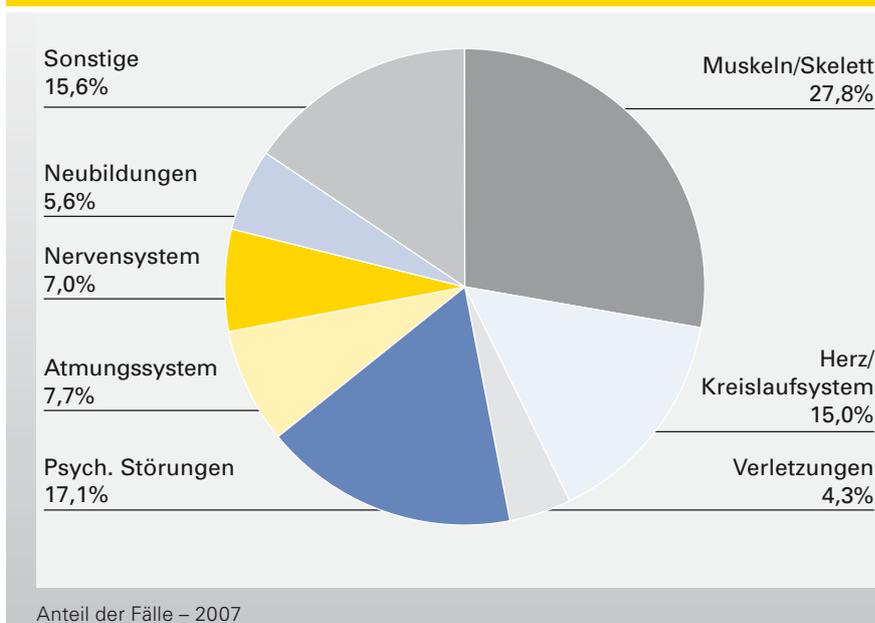


vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ihnen folgen die *Krankheiten des Atmungssystems* mit 7,7 %. Der Anteil dieser Diagnosegruppe geht im wesentlichen auf das Konto von Reha-Maßnahmen für Kinder. Ferner spielen *Krankheiten des Nervensystems* (7,0 %), *Neubildungen* (5,6 %) und *Verletzungen* (4,3 %) eine Rolle.

Betrachtet man die 10 häufigsten Einzeldiagnosen aller stationären Reha-Leistungen im Jahr 2007 (vgl. *Tabelle 24*) so finden sich hier je nach Geschlecht in unterschiedlicher Gewichtung *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems* (Koxarthrose, Gonarthrose, Rückenschmerzen, sonstige Bandscheibenschäden, sonstige Spondylopathien) wieder. Zu den weiteren Erkrankungen, für die eine orthopädische Rehabilitation in Betracht kommt, zählen *Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen* (bei Frauen) und *Frakturen des Femurs*. Eine weitere wichtige Gruppe unter den 10 häufigsten Einzeldiagnosen bilden die *Herzkrankheit* (Myokardinfarkt), *Schlaganfälle* und *Hirninfarkte*.

**Schaubild 45**

**Diagnosegruppen bei der stationären Rehabilitation (ohne Anschlussrehabilitation)**



**Tabelle 24**

**Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der stationären Rehabilitation 2007**

Frauen				Männer		
ICD	Bezeichnung	Fälle*	Rang	ICD	Bezeichnung	Fälle*
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	12,6	1.	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	6,8
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	10,6	2.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6,3
S72	Fraktur des Femurs	3,9	3.	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	5,4
I63	Hirninfarkt	2,8	4.	I21	Akuter Myokardinfarkt	3,6
M54	Rückenschmerzen	2,3	5.	I63	Hirninfarkt	3,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2,1	6.	S72	Fraktur des Femurs	1,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,9	7.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,5
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,8	8.	M54	Rückenschmerzen	1,4
M48	Sonstige Spondylopathien	1,7	9.	M48	Sonstige Spondylopathien	1,4
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	1,3	10.	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	1,3

\*je 10.000 Versicherte

Schaubild	1.1	Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – (Fälle je beschäftigtes Pflichtmitglied)
Schaubild	1.2	Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – (Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied)
Schaubild	2	Arbeitsunfähigkeitstage nach Betriebsgrößen
Schaubild	3	Aktuelle Krankenstände 2007 und 2008 (BKK)
Schaubild	4	Die häufigsten Krankheitsarten (Tage)
Schaubild	5	Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976
Schaubild	S1	Ursachen der Frühberentung in Deutschland
Schaubild	6	Arbeitsunfähigkeit nach Dauer
Schaubild	7	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage 2007 auf Personen (Lorenz-Kurve)
Schaubild	8	Entwicklung der Krankenhausbehandlung seit 1987
Schaubild	9.1	Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
Schaubild	9.2	Krankenhaustage nach Krankheitsarten
Schaubild	10	Verteilung der Krankenhaustage 2007 (Lorenz-Kurve)
Schaubild	11	Krankenhausbehandlung nach Dauer
Schaubild	12	Stationäre Behandlung – Trends seit 1987
Schaubild	13	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht
Schaubild	14	Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen
Schaubild	15	Erkrankungen nach Geschlecht (Tage)
Schaubild	16.1	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)
Schaubild	16.2	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild	17.1	Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Fälle)
Schaubild	17.2	Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Tage)
Schaubild	18.1	Krankenhausfälle der Frauen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten
Schaubild	18.2	Krankenhausfälle der Männer nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten
Schaubild	19	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus
Schaubild	20	Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild	21	Krankenhausfälle nach Versichertenstatus
Schaubild	22.1	Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Frauen)
Schaubild	22.2	Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Männer)
Schaubild	23	Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	24	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallverarbeitung
Schaubild	25	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Verkehr
Schaubild	26	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Dienstleistungen
Schaubild	27	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Gesundheits- und Sozialwesen
Schaubild	28	Hochrechnung der Arbeitsunfähigkeitstage für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	29	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	30.1	Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich – Anteile der AU-Tage in v.H.
Schaubild	30.2	Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im Verarbeitenden Gewerbe – Anteile der AU-Tage in v.H.
Schaubild	31	Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen

Schaubild	32.1	Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den meisten AU-Tagen – beschäftigte Mitglieder
Schaubild	32.2	Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den wenigsten AU-Tagen – beschäftigte Mitglieder
Schaubild	S2	Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	S3	Anteil Beschäftigte mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen
Schaubild	S4.1	Psychopharmaka-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen
Schaubild	S4.2	Psychopharmaka-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer
Schaubild	S5.1	Antidepressiva-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen
Schaubild	S5.2	Antidepressiva-Verordnungen nach Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer
Schaubild	S6	Anteile Beschäftigte mit psychischen Fehlbeanspruchungen
Schaubild	S7	Gesundheitliche Beschwerden bei psychischen Fehlbeanspruchungen durch Arbeitstätigkeiten
Schaubild	S8	Gesundheitliche Beschwerden bei psychischen Fehlbeanspruchungen durch das Verhalten der Vorgesetzten
Schaubild	S9	Gesundheitliche Beschwerden bei psychischen Fehlbeanspruchungen durch fehlende Gestaltungsmöglichkeiten
Schaubild	33	Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern
Schaubild	34	Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent
Schaubild	35	Anteil der Krankheitsarten an den AU-Tagen in den Bundesländern
Schaubild	36	Mittlere Verweildauer in den Bundesländern – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent
Schaubild	37	Anteil der Krankheitsarten an den Krankenhausfällen in den Bundesländern
Schaubild	38.1	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (AU-Fälle)
Schaubild	38.2	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (AU-Tage)
Schaubild	39.1	Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (AU-Fälle)
Schaubild	39.2	Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (AU-Tage)
Schaubild	40	Zunahme der psychischen Störungen – Arbeitsunfähigkeitstage
Schaubild	41.1	Herz-/Kreislaufkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild	41.2	Herz-/Kreislaufkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild	42.1	Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild	42.2	Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild	43.1	Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild	43.2	Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild	44	Diagnosegruppen bei der stationären Anschlussrehabilitation
Schaubild	45	Diagnosegruppen bei der stationären Rehabilitation (ohne Anschlussrehabilitation)

## Literatur zum Spezial „Psychisch krank im Job“, S. 88ff

- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2004): BKK und Selbsthilfe.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2006): Mehr Gesundheit für alle. Zwischenbilanz 2006.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007): Faktenspiegel „Krankenstand“. Juli 2007.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007): Mehr Gesundheit für alle. Zwischenbilanz 2007.
- BKK Bundesverband (Hrsg.), Schweflinghaus, Dr. W. (7. Aufl. 2006): Besser leben mit Schichtarbeit. Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter.
- Bödeker, Dr. W., BKK Bundesverband (Hrsg.) (2008): Wettbewerbsvorteil Gesundheit. Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland.
- Bungart, J. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung) (2006): Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz und die Möglichkeiten von Unterstützungssystemen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., BKK Bundesverband Hrsg.) (2007): Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz. Informationen und Hilfen für betriebliche Multiplikatoren.
- Dumke, A.; Westerhoff, U. (2008): „Betriebliches Gesundheitsmanagement rechnet sich“ in „Die BKK“ 1-2008.
- Europäische Kommission – DG Gesundheit und Verbraucherschutz (2008): Seelische Gesundheit. Beginn einer EU-weiten Konsultation zur psychischen Gesundheit.
- [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_de.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm)
- Europäische Kommission – DG Gesundheit und Verbraucherschutz (2008): Mental Health in the EU. Key Facts, Figures, and Activities. A Background Paper provided by the SUPPORT-project.
- Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApKe. V.), BKK Bundesverband (Hrsg.) (2006): Psychisch krank im Job. Was tun?
- Hofmann, A.; Keller, K.-J., Neuhaus, R.: „Die Sache mit der psychischen Belastung. Eine praxisnahe Handlungshilfe für Unternehmen“ in Leistung und Lohn – Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 367/368/369/370 April 2000.
- Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.) (2007): IGA.Report 12. IGA-Barometer 2. Welle.
- Maintz, G.; Ullsperger, P.; Junghanns, G. (2000): Psychische Arbeitsbelastung und Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Beitrag für das Multiplikatoren-Kolloquium „Gemeinsam gegen Muskel-Skelett-Erkrankungen“ am 24.10.2000 in Potsdam.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2007): Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Präventionsbericht 2007.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2007: Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland.
- Westerhoff, U. (BKK Bundesverband) (2006): Gesund führen. Führungskräfte – Wichtige Partner bei der Gesundheitsförderung im Unternehmen.
- ZB - Zeitschrift Behinderte Menschen im Beruf (3/2007): Seelische Erkrankungen – Hinsehen und handeln!