

BKK Gesundheitsreport 2010

Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft



Impressum

Der BKK Gesundheitsreport 2010 und die damit verbundenen Auswertungen wurden im Auftrag des BKK Bundesverbandes durch die spectrumIK GmbH (Abteilung Versorgungsanalyse) erstellt.

Redaktion: Erika Zoike
Mitarbeit: Denise Drews
Janett Ließmann
Cornelia Mohr

Spezial-Beiträge: Dr. Thomas Bär, Dr. Tina Wessels und Dipl. Psych. Timo Harfst
Dagmar Johannes
Janett Ließmann
Inka Matschey und Carsten Gräf
Cornelia Mohr
Dr. Dagmar Siebecke und Kurt-Georg Ciesinger
Dr. Hans H. Th. Sandler
Dr. Hans-Peter Unger
Jürgen Wolters

Weitere Angaben zu den Autorinnen und Autoren finden sich am Ende des Anhangs

EDV-Programme: Karin Kliner

- Nachdruck nur mit Quellenangabe gestattet -

Berlin im November 2010

Herausgeber: BKK Bundesverband, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Anfragen:
Email: info@bkk-bv.de

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

Druck: Schröers-Druck GmbH, Essen
Bildnachweis: www.fotolia.com

ISSN 1434-1603



	Seite
Vorwort	4
1. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen im Überblick	7
1.1 Die Entwicklung des Krankenstands	10
1.2 Die wichtigsten Krankheitsgruppen bei Arbeitsunfähigkeit	14
1.3 Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern	16
1.4 Entwicklung der stationären Behandlungen	18
2. Alter, Geschlecht und soziale Lage	23
2.1 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	25
■ Aktiv bleiben in der zweiten Lebenshälfte	29
■ Überleitungsmanagement in den aktiven Ruhestand	32
2.2 Ambulante ärztliche Versorgung nach Alter und Geschlecht	37
■ Psychische Störungen und deren Behandlung im Alter	50
2.3 Stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht	53
2.4 Berufliche und soziale Lage	56
3. Arbeitswelt	65
3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen	67
■ Ausgebrannt – auch junge Branchen altern	72
■ Praktische Fragen des Demografischen Wandels im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Chancen durch individuelle Förderung und „Motivierende Gesundheitsgespräche“	79
■ Die Wahrnehmung von Altersunterschieden in Teams – Erste Ergebnisse des iga Barometers 2010	83
3.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit	95
3.3 Gesundheitliche Belastungen nach beruflichen Merkmalen	99
■ Psychische Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung	107
■ Arbeitsleben, psychische Erkrankungen und psychotherapeutische Versorgung	116
4. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen	119
4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern	122
4.2 Stationäre Behandlung in den Bundesländern	130
5. Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen	135
5.1 Die häufigsten Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit	137
5.2 Die häufigsten Diagnosen bei stationären Behandlungen	145
■ Stationäre Versorgung in einer alternden Gesellschaft	152
Verzeichnis der Schaubilder und Tabellen	159
Anhang	
A Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 2
B Tabellenteil	A 7
C Verzeichnis der Tabellen	A 135
D Autorenverzeichnis	A 136

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt durch die zunehmende Lebenserwartung, vor allem aber verstärken sinkende bzw. anhaltend niedrige Geburtenraten die demografischen Veränderungen. Entsprechend wird sich auch das Durchschnittsalter der Menschen verschieben: Im Jahr 2001 lag es bei 41 Jahren, 2050 wird es bei 49 Jahren liegen. Auswirkungen dieses Wandels sind bereits jetzt auf dem Arbeitsmarkt zu spüren. Mit dem demografischen Wandel schrumpft die aktive Erwerbsbevölkerung in Deutschland, womit der Erhalt der Arbeitsfähigkeit, der Gesundheit und Qualifikation der Erwerbsbevölkerung zu einer entscheidenden Frage für Arbeitnehmer und Unternehmen wird. Die aktuelle demografische Entwicklung stellt auch die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen.



Der vorliegende BKK Gesundheitsreport ist bereits der 34. Jahresband dieser Reihe. Die Krankenstände steigen nun bereits im vierten Jahr leicht, aber kontinuierlich. Im „Krisenjahr“ 2009 zeigt der Anstieg der Fehltagel, dass die Krankheitsentwicklung in fast allen Bereichen nicht den Konjunkturbewegungen folgt. Dies gilt auch für die Gruppen der Höher- und Hochqualifizierten. Bei Führungs- und qualifizierten Fachkräften, etwa bei Bankangestellten oder im Unternehmens- und technischem Management, nahmen in 2009 die Krankheitszeiten zu, besonders auch im Zusammenhang mit psychischen Krankheitsursachen. Steigende Leistungsanforderungen und einschneidende Restrukturierungsmaßnahmen verstärken die psychischen Leistungsanforderungen. Dies hat Einfluss auf die gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten, insbesondere vor dem Hintergrund einer längeren Lebensarbeitszeit. Mit diesem Thema und den Konsequenzen für die betriebliche

Gesundheitsförderung befassen sich verschiedene Spezialbeiträge in diesem Report (Kapitel 2 und 3).

Ein weiteres Schlaglicht wirft dieser Bericht auf die Entwicklungen der ambulanten und stationären Versorgung der unterschiedlichen Altersgruppen. Hierbei ist die Zunahme der sogenannten Zivilisationskrankheiten (Hypertonien, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas) bereits in jüngeren und mittleren Altersgruppen ebenso bedeutsam für die Zukunft einer älter werdenden Gesellschaft wie das Anwachsen der psychischen Verhaltensstörungen als Krankheitsursache für ambulante oder gar stationäre Behandlungen. Den besonderen Herausforderungen des Krankenhausbereichs bei steigendem Durchschnittsalter der PatientInnen, aber auch bei älter werdenden KrankenhausärztInnen und Pflegekräften widmet sich diesmal ein ausführlicher Spezialbeitrag am Ende des Gesundheitsreports (Kapitel 5). Insgesamt wächst die Bedeutung

der medizinischen Versorgung wie auch der Präventionsangebote für ältere Versicherte und Patienten, dazu werden wegweisende Beispiele in einem weiteren Spezial (Kapitel 2) dargestellt.

Wir hoffen, dass wir Sie mit den aktuellen Gesundheitsdaten, Analysen und Hintergrundinformationen bei Ihrer Arbeit unterstützen können. Der Gesundheitsreport zeigt, dass gerade für eine älter werdende Belegschaft Maßnahmen der Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung als Standortfaktor für Unternehmen immer wichtiger werden.

*Heinz Kaltenbach
Geschäftsführer
BKK Bundesverband*



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 nächsten Kapiteln. Der diesjährige Report betrachtet die Krankheitsentwicklungen der verschiedenen Versicherten- und Erwerbsgruppen unter besonderer Berücksichtigung der demografischen Alterung unserer Gesellschaft, womit sich auch die zahlreichen Spezialbeiträge vertiefend beschäftigen. Die demografische Entwicklung wird zusätzlich begleitet und geprägt von dem weiterhin fortschreitenden wirtschaftlichen Wandel, zunehmenden Restrukturierungen in vielen Branchen und Unternehmen, und einer häufig hiermit einhergehenden Verdichtung und Entgrenzung der beruflichen Arbeit. Hierbei sind die gesundheitlichen Folgen – insbesondere die psychomentalen Belastungen und Krankheitsfolgen – gerade auch mit Blick auf die Alterung der Erwerbsbevölkerung von Bedeutung. Auch dieser Aspekt wird in unseren Themenbeiträgen vertiefend aufgegriffen (siehe insbesondere

Speziale S. 72 ff von Siebecke/Ciesinger und S. 116 ff von Unger).

Bei der Beschreibung der Arbeitsunfähigkeit stehen die beschäftigten BKK Pflichtmitglieder (5,09 Mio. Beschäftigte) bzw. die Pflichtmitglieder insgesamt (5,28 Mio. einschließlich der ALG-1-Empfänger)¹ 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 umfassen dagegen alle Versichertengruppen (2009: knapp 12 Mio. BKK Versicherte, s. u.)². Differenzierte Ergebnisse nach allen Mitglieder- bzw. Versichertengruppen enthält das *Kapitel 2* für beide Leistungsbereiche.

Mit einer durchschnittlichen Krankenquote von 3,94 % war 2009 wie im Vorjahr wieder ein Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten zu verzeichnen, nachdem bis 2006 ein bereits seit 1990 durchgän-

gig rückläufiger Trend vorherrschte. 2009 war mit durchschnittlich 14,4 AU-Tagen je pflichtversicherten Beschäftigten gegenüber den Vorjahren (13,4 AU-Tage, 2007: 12,8 AU-Tage) erstmals wieder eine deutlichere Zunahme der Fehlzeiten der BKK Mitglieder zu melden. Dennoch werden trotz der Zunahmen seit 2006 frühere Spitzenwerte bei weitem noch nicht erreicht.

Die höchsten Krankenquoten der BKK Versicherten wurden 1980 mit gut 7 % (26 AU-Tage je Pflichtmitglied) und 1990 mit 6,8 % (25 AU-Tagen je Pflichtmitglied) erreicht. Demgegenüber hatten sich die Krankheitszeiten bis 2006 etwa halbiert, steigen aber inzwischen wieder an. Diese Entwicklung hängt u. a. mit soziodemografischen Veränderungen, aber auch mit gewandelten Anforderungen in der Arbeitswelt zusammen. Ebenso hat sich das Krankheitsspektrum unter den veränderten Rahmenbedingungen verschoben – während z. B. Herz- und Kreislauferkrankungen als AU-Diagnosen eine immer geringere Rolle spielen, nehmen die durch psychische Störungen verursachten Krankheitstage bereits seit Jahren regelmäßig zu (vgl. *Kapitel 1.2*).

¹ ALG-II-Empfänger bleiben unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig i. d. R. keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden.

² Unterjährig unvollständige Lieferungen der Leistungsfälle (z. B. bei Fusionen) führten bei einigen Kassen zu einer entsprechenden Verringerung der Versichertenzeiten – vgl. auch Fußnote 4



Bei den Krankenhausbehandlungen ist gegenüber dem Vorjahr erneut eine Zunahme der Fälle und Tage bei jedoch leicht gesunkenen Verweildauern zu beobachten. Mit 181 Krankenhaufällen je 1.000 Versicherte erhöhte sich die Fallzahl nach den Anstiegen der Vorjahre noch einmal leicht um gut drei Prozent. Insbesondere bei den Männern stieg die Anzahl der Krankenhaustage (+ 43 je 1.000), was sich auch in dem Gesamtanstieg um 27 Tage je 1.000 Versicherte niederschlug. Die stationären Aufenthalte dauerten 2009 im Mittel 9,3 Tage je Fall (-0,1).

Damit bewegen sich die Falldauern auf weiterhin sehr niedrigem Niveau. Die schon seit längerem mit Einführung der ersten Fallpauschalen und Sonderentgelten zu beobachtende Verringerung der Verweildauern erhielt 2003 mit Einführung der DRGs weitere Schubkraft. In 2008 – dem letzten Jahr der Konvergenzphase zum 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 Krankenhaufälle um fast 9 % erhöht, gleichzeitig sanken aber die mittleren Verweildauern seit 1989 um fast 40 % und damit auch die Anzahl der Krankenhaustage trotz Zunahme der Fälle um 34 %.

Weitere Neuerungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG, 2009) werden in den kommenden Jahren das Verhältnis von Fallzahlen, Verweildauern und der Krankenhaustage erneut beeinflussen. Insbesondere ist auf die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in 2013 hinzuweisen, einem Bereich, der traditionell durch längere Verweildauern geprägt ist.

Der BKK Gesundheitsreport basiert auf den Versicherten- und Leistungsdaten bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfällen und Krankenhausbehandlungen. 2009 waren dies 6,29 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle von 6,11 Mio. Mitgliedern ohne Rentner³ (i. w. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-I-Empfänger sowie andere kleinere Gruppen) sowie

2,16 Mio. Krankenhaufälle von insgesamt 11,95 Mio. BKK Versicherten (Mitglieder, Rentner und Familienangehörige)⁴. Die Zahl der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (einschl. der freiwillig Versicherten) betrug 2009 5,65 Mio., was einem Anteil von 20,6 % an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (27,38 Mio. zum 30. Juni 2009) entspricht. Ihre Aufteilung nach Branchen ist in der *Anhangtabelle 4a* dokumentiert.

³ Bei den AU-Analysen der Mitglieder ohne Rentner bleiben neben den ALG-II-Empfängern die Wehr- und Zivildienstleistenden, Studenten und sonstige Gruppen unberücksichtigt

⁴ In die Erhebung für das Berichtsjahr 2009 konnten nach den im Rahmen der Reporterstellung üblichen Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen der Datenlieferungen 88,4 % der BKK Versicherten einbezogen werden. Im Vergleich zu den Vorjahren gab es in einigen Fällen fusionsbedingt unvollständige Datenlieferungen.

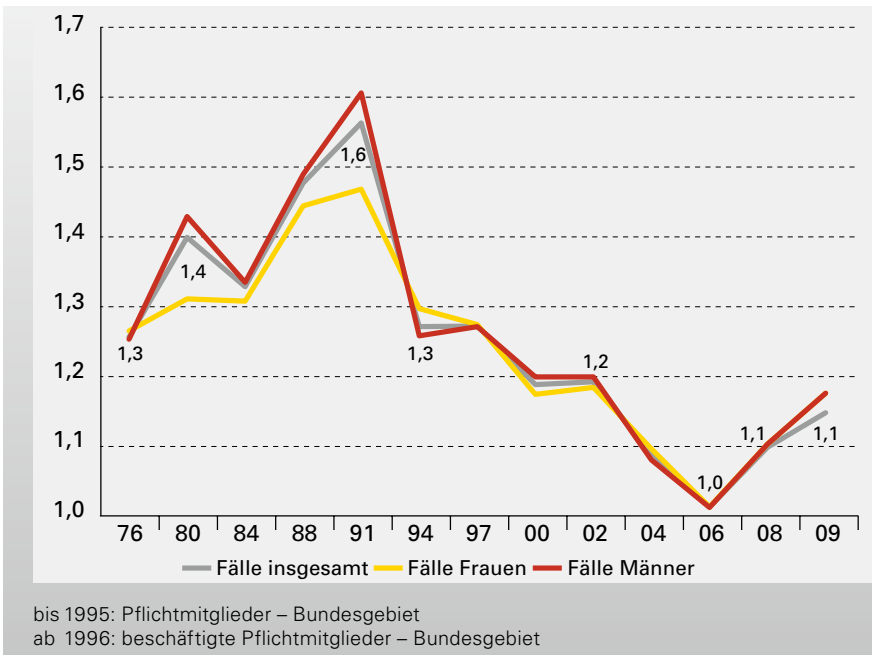
1.1 Die Entwicklung des Krankenstands

2009 sind die Fehlzeiten nach einer über Jahre rückläufigen Entwicklung bis 2006 zum dritten Mal in Folge wieder leicht angestiegen. Mit 3,9% Krankenstand wurde der Jahresdurchschnitt von 2008 um 0,2% überschritten. Dies ist insofern bemerkenswert, als 2009 ein Krisenjahr war, womit gemeinhin sinkende oder zumindest niedrige Krankenstände erwartet wurden. Der allgemeine, auch kassenartenübergreifende Trend zeigt indes, dass die Krankenstandsentwicklung durchaus nicht nur einer oftmals vereinfacht gedachten Konjunkturabhängigkeit folgt.

Der niedrigste Wert in der über 30-jährigen Zeitreihe der BKK wurde 2006 mit nur 3,4% verzeichnet. Mit durchschnittlich 14,4 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage = Kalendertage) je beschäftigtes Pflichtmitglied liegen die Fehlzeiten inzwischen spürbar über den sehr niedrigen Werten der letzten Jahre. So wurden im Jahr 2006 nur 12,4 Krankheitstage gemeldet, in 2007 waren es 12,8 und in 2008 bereits 13,4 Tage. Zuletzt lag die Zahl der AU-Tage in 2002 mit 14,3 Tagen ähnlich hoch wie in diesem Berichtsjahr. In der langfristigen Betrachtung hatten sich bis 2006 die durchschnittlichen Krankheitszeiten bei den BKK Mitgliedern seit Anfang der Neunzigerjahre nahezu halbiert, sie liegen auch derzeit noch erheblich (-45%) unter den in dieser Zeitreihe erfassten Höchstständen von 25 bis 26 Arbeitsunfähigkeitstagen je BKK Pflichtmitglied.

Schaubild 1.1 – Fälle

Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Fälle je beschäftigtes Mitglied)



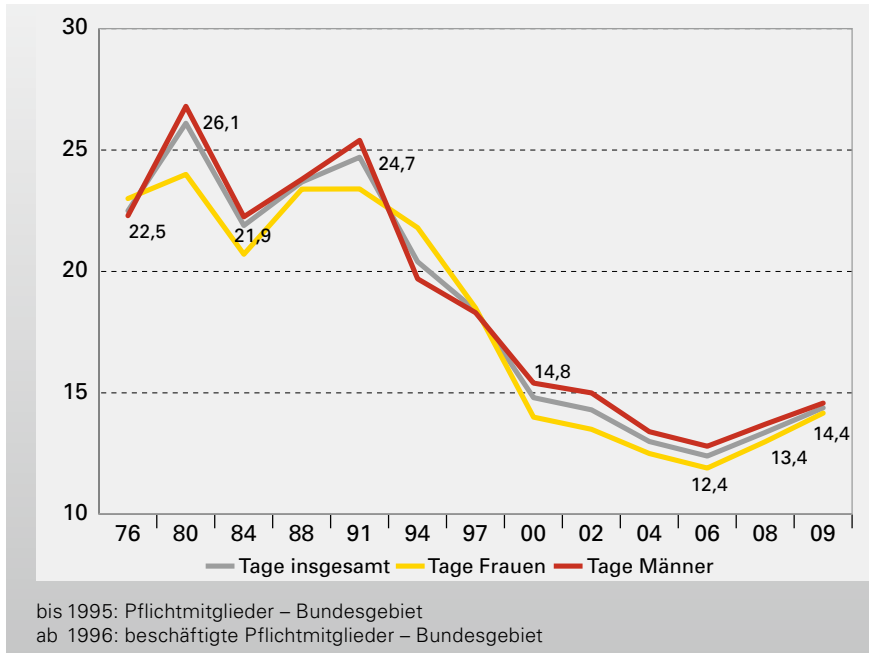
Auch wenn nicht allein die Arbeitsmarktsituation die Krankenstandsentwicklung bestimmt, hängen doch die niedrigen Fehlzeiten der letzten Dekade nicht unwesentlich mit dem Beschäftigungsrückgang in dieser Zeit und den hiermit einhergehenden Selektionsprozessen zu jüngeren und auch gesünderen Belegschaften zusammen. Mit der demografisch zu erwartenden Schrumpfung und Alterung der

Bevölkerung insgesamt wie auch der Erwerbsbevölkerung werden sich die Rahmenbedingungen notwendiger Weise ändern. Jedoch ist die Frage, ob mit der aktuell zu beobachtenden Beschäftigungszunahme und der Alterung der Erwerbsbevölkerung die Krankenstände anhaltend steigen werden, keineswegs eindeutig zu beantworten. Denn demografiebedingt stieg schon seit 1991 das Durchschnittsalter der Beschäftigten um



Schaubild 1.2 – Tage

Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Tage je beschäftigtes Mitglied)



drei Jahre⁵, ohne dass diese Entwicklung mit zunehmenden Krankheitszeiten einherging. Im Gegenteil sank der Krankenstand unter dem Einfluss anderer Faktoren, wie z. B. des veränderten Spektrums beruflicher Tätigkeiten. So nahm insbesondere die Beschäftigung in den Informations- und Wissensdienstleistungen – mit branchentypisch eher niedrigen Krankenständen – zu, während sich die Zahl der Arbeitsplätze in den

industriellen Fertigungen kontinuierlich verringerte. Prognosen für zukünftige Entwicklungen lassen sich jedenfalls nicht alleine aus den jetzt bekannten demografischen oder wirtschaftlichen Rahmendaten herleiten. Der zukünftige Gesundheitszustand der (Erwerbs-) Bevölkerung wird entscheidend von den qualitativen Bedingungen zukünftiger Arbeits- und Lebensverhältnisse geprägt werden.

Schon im letzten Report⁶ wurde über erkennbare Veränderungen gerade in Sektoren mit strukturell eher niedrigen Krankenständen berichtet. Hatte zunächst das Anwachsen der Dienstleistungsbranchen den Krankenstand insgesamt sinken lassen, machen sich mittlerweile die wachsenden Belastungen durch ständig steigende Leistungsanforderungen und –verdichtungen bei unsicheren Arbeitsverhältnissen auch in technischen, wissenschaftlichen oder anderweitig spezialisierten Berufsgruppen bemerkbar. Zugleich steigt das Durchschnittsalter wie in allen Beschäftigtengruppen – denn auch bisher noch „junge“ Branchen (werden) altern (vgl. Kapitel 3.1 und Spezial S. 72 ff).

Ebenso beeinflusst der wachsende Frauenanteil an der Erwerbstätigkeit den allgemeinen Trend. 2009 fielen für ein männliches BKK Pflichtmitglied durchschnittlich 14,6 Krankheitstage an, bei den pflichtversicherten Frauen waren es – bedingt durch andere Beschäftigungsstrukturen – lediglich 14,2 Tage. Fast die Hälfte (45,1 %) der beschäftigten Frauen unter den BKK Mitgliedern sind als Angestellte in Dienstleistungsbranchen mit branchentypisch eher niedrigen Krankenständen tätig, während dies nur für ein Viertel der Männer gilt. Die männlichen beschäftigten BKK Mitglieder arbeiten dagegen immer noch verbreitet in der industriellen Produktion (46,9 %), während nur 11,9 % der Frauen als Arbeiterinnen ausgewiesen werden. Auf der anderen

⁵ vgl. Statistisches Bundesamt: Durchschnittsalter der Erwerbstätigen, Ergebnisse des Mikrozensus 2009

⁶ vgl. BKK Gesundheitsreport 2009, Gesundheit in Zeiten der Krise, S. 78

Seite bilden Männer in der Gruppe der einkommensstarken freiwillig Versicherten mit 83,6 % eine starke Mehrheit - mit äußerst niedrigen Krankenquoten. Jeder siebte männliche Erwerbstätige ist bei den BKKn freiwillig versichert, aber nur eine von 27 erwerbstätigen Frauen. Näheres zu den Morbiditätsunterschieden nach Versichertengruppen findet sich in *Kapitel 2.4*.

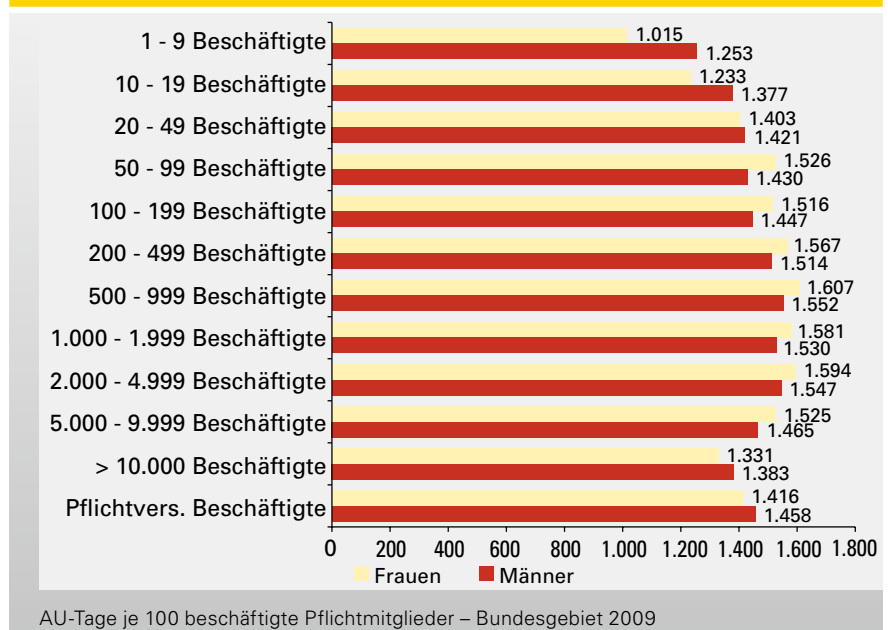
Auch die Unternehmensgrößen wirken sich auf den Krankenstand aus. So fallen insbesondere in kleineren und Kleinstbetrieben deutlich niedrigere krankheitsbedingte Ausfälle an als in den größeren Unternehmen mit 200 und mehr Beschäftigten (*Schaubild 2*).

Bei den BKK Mitgliedern fielen wie schon in den Vorjahren auch 2009 im Osten wieder deutlich mehr AU-Tage an als im Westen (16,5 Tage im Osten, 14,1 Tage im Westen). Hiermit nahmen die Krankheitstage im Osten um zwei Tage und im Westen um etwa einen Tag zu. Die Gründe liegen v. a. in den bei den BKKn ungünstigeren Versichertenstrukturen in den neuen Bundesländern, die sich auch in erheblich längeren Falldauern von durchschnittlich 13,7 Tagen (12,4 im Westen) niederschlagen. Die durchschnittliche Falldauer fiel 2009 auch bundesweit mit 12,5 Tagen höher aus als in den Vorjahren (12,2 Tage in 2008 und 12,1 Tage in 2007).

Regionale Einflüsse prägen das Krankenstandsniveau ebenfalls in gewissem Umfang, allerdings weniger ausgeprägt als berufliche und soziale Faktoren. Extreme regionale Unterschiede, über die in den Neunzigerjahren noch regelmäßig berichtet wurde, haben sich in den

Schaubild 2

Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen



letzten Jahren deutlich reduziert. In 2009 wurden für die beschäftigten Pflichtmitglieder die meisten Krankheitstage - mit deutlichen Zunahmen um etwa zwei Tage - in Brandenburg (17,1 AU-Tage je Mitglied) sowie in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (jeweils 16,8 Tage je Mitglied) gemeldet. Im Westen stehen erneut Berlin (16,7 AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied) und das Saarland (16,5 Tage je Mitglied) an den ersten Plätzen, hier mit leicht steigender Tendenz um etwa einen halben Tag.

Die wenigsten, wenn auch gleichfalls ansteigenden Krankheitstage verzeichneten wie gewohnt Baden-Württemberg mit 12,7 (+1,0) und Bayern mit 12,9 AU-

Tagen (+0,5). Die Zunahmen in Baden-Württemberg sind für dieses Bundesland durchaus bemerkenswert und beschreiben eine hier unübliche Entwicklung. In den Vorjahren konnte stets das dort sehr niedrige Fehlzeiteniveau im wesentlichen gehalten werden. Nähere Informationen zu den regionalen Verteilungen finden sich in *Kapitel 4*.



Entwicklung im Jahr 2010

Schaubild 3 zeigt die aktuelle Krankenstandsentwicklung für einen Teil der erwerbstätigen BKK Pflichtmitglieder. Diese Daten werden von spectrumMK in einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände ausgewertet. Derzeit werden rd. 3,6 Mio. erwerbstätige BKK Mitglieder einbezogen (bei freiwilliger Teilnahme der beteiligten Kassen), auch dies sind immerhin 13,5 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. 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 AU-Geschehen des gesamten Monats wider. Die ungleiche Verteilung der Krankmeldungen über die Wochentage - und die damit verbundene mögliche Fehlerwahrscheinlichkeit bei Stichtagserhebungen - ist aus Schaubild 4 erkennbar. Die Jahresdurchschnitte aus der amtlichen Statistik führen somit in der Regel zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Krankenstandes. Außerdem umfasst die amtliche Statistik auch die Krankmeldungen der Arbeitslosen, während in der BKK Statistik nur die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Erwerbstätigen enthalten sind.

Die BKK-Krankenstände ergeben in der ersten Jahreshälfte 2010 im Schnitt keine größeren Veränderungen gegenüber dem Vorjahr.* Im Januar lagen die Ausfallzeiten sogar niedriger, während sie in den Frühjahrsmonaten 2010 auf Grund der kühlen Witterung besonders im April und Mai etwas höher ausfielen. Allerdings gab es in keiner Weise den noch zu Jahresanfang in Zusammenhang mit der „Schweinegrippe“ befürchteten Anstieg grippaler Infekte. Dagegen nahmen in einigen Bundesländern jedoch die Verletzungen vermutlich infolge der anhaltenden Schneeglätte zu. Auch die Anteile der psychischen Krankheitsursachen steigen in 2010 weiter an. Insgesamt blieb der mittlere Krankenstand im ersten Halbjahr 2010 in der BKK Statistik mit 4,1 % jedoch nahezu unverändert auf dem Niveau des ersten Halbjahres 2009.

Die amtlichen Stichtagsergebnisse der GKV weisen zwar für das erste Halbjahr 2010 eine steigende Tendenz auf, was allerdings kaum verwundert,

da in 2009 noch fünf der sechs Erhebungstage zum Monatsersten auf Sonn- und Feiertage fielen, an denen üblicherweise weniger Krankmeldungen als im Wochendurchschnitt vorliegen. Im ersten Halbjahr 2010 fielen hingegen nur zwei der sechs Erhebungstage auf

arbeitsfreie Tage. Dies verdeutlicht die geringe Aussagefähigkeit der amtlichen Statistik. Mit dieser methodisch problematischen Erhebung lag der GKV Krankenstand im ersten Halbjahr 2010 bei 3,6 %, während er 2009 noch bei 3,2 % lag.

Schaubild 3
BKK Krankenstand 2009 – 2010

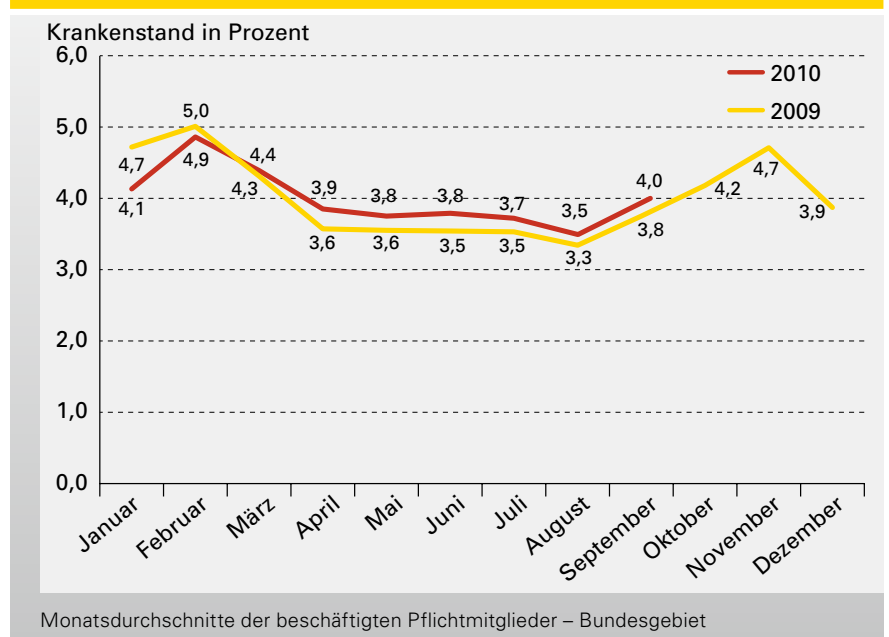
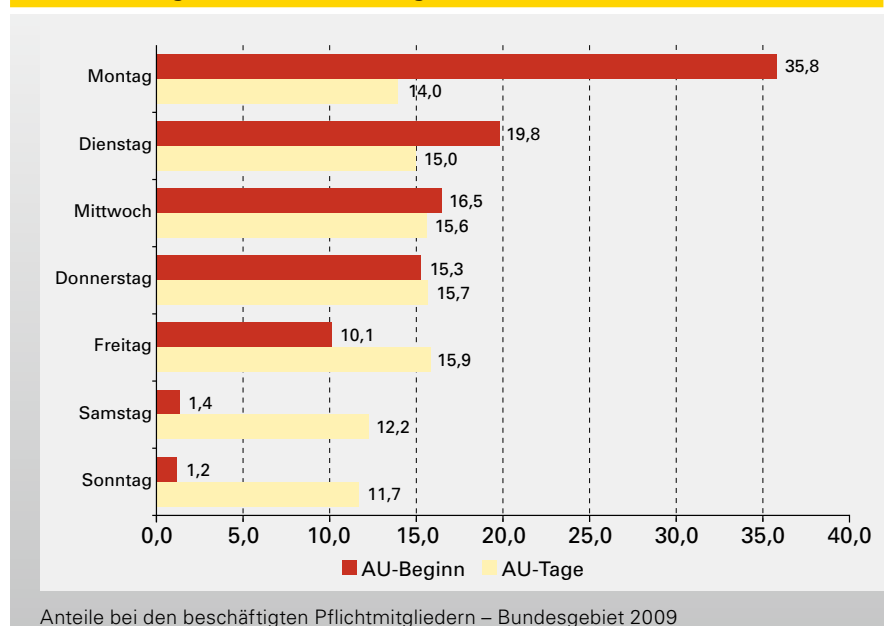


Schaubild 4
Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen



* Die Ergebnisse aus dem 3. Quartal wurden hier aus redaktionellen Gründen nicht berücksichtigt, weisen aber auf einen steigenden Trend für die zweite Jahreshälfte 2010 hin.

1.2 Die wichtigsten Krankheitsgruppen bei Arbeitsunfähigkeit

Sechs Krankheitsgruppen verursachen über drei Viertel (77 %) aller Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen Pflichtmitglieder (vgl. *Schaubild 4*). 2009 entfielen auf:

- Krankheiten des Muskel-Skelettsystems 25,4 % (-0,9 gegenüber dem Vorjahr)
- Krankheiten des Atmungssystems 17,2 % (+1,5)
- Verletzungen und Vergiftungen 13,5 % (-0,6)
- Psychische Störungen 10,7 % (+0,7)
- Krankheiten des Verdauungssystems 6,1 % (-0,5)
- Krankheiten des Kreislaufsystems 4,4 % (-0,1).

Gegenüber dem Vorjahr gab es 2009 zum Teil beachtliche Verschiebungen, wobei insbesondere die Zunahme der *Atemwegserkrankungen* in diesem Jahr auffällt. Atemwegserkrankungen bilden zwar fast ein Drittel der AU-Fälle (32 %), stehen aber mit „nur“ 17,2 % der Tage erst an zweiter Stelle hinter den deutlich länger dauernden Bewegungserkrankungen. Auf Grund stärker auftretender „Grippewellen“ – besonders zu Jahresanfang, also vor der sogenannten „Schweinegrippe“ – hatte diese Krankheitsgruppe jedoch in 2009 einen deutlicheren Anteil an dem insgesamt gestiegenen Krankenstand. In den Monaten Januar, Februar und November hatten die Atemwegserkrankungen einen ungewöhnlich hohen Anteil am Krankenstand (28 bzw. 26 und 22 %). Damit lag ihr Anteil an allen Krankheitstagen im Januar und November immerhin 6,6 % über den Werten des Vorjahres.⁷

Die Anteile der Muskel- und Skeletterkrankungen wie auch die von Verletzungen und Verdauungserkrankungen sanken hingegen im letzten Jahr deutlich, während die psychischen Erkrankungen auch in diesem Berichtsjahr wieder mit bedenklicher Konstanz zunehmen. Ihr Anteil erhöhte sich wie im Vorjahr erneut um 0,7 %. Die längerfristigen Entwicklungen bei den einzelnen Krankheitsgruppen sind in *Schaubild 6* für alle

Pflichtmitglieder (inkl. Arbeitslose) zu verfolgen, hier wird auch die stetig zunehmende Problematik der psychischen Krankheitsursachen deutlich.

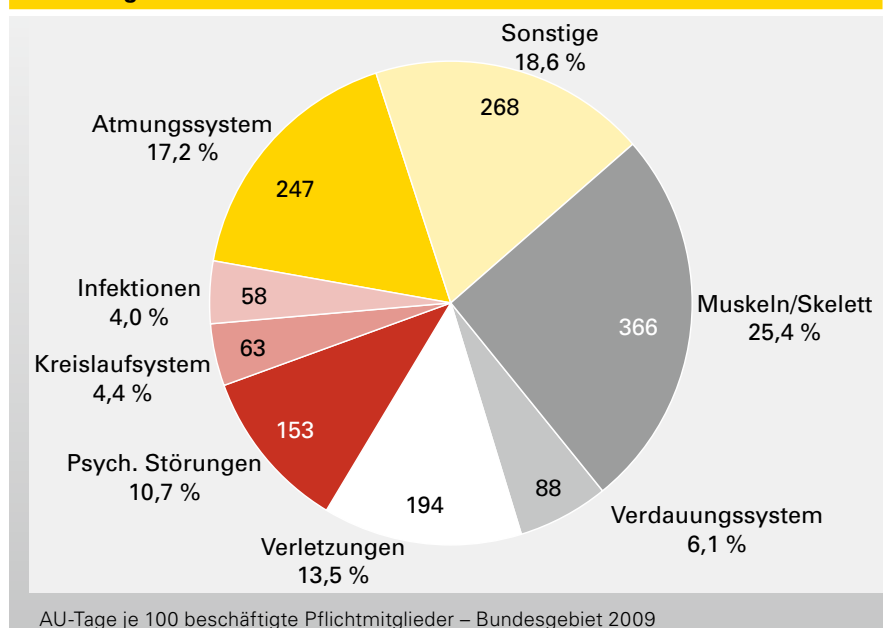
Auch andere auffällige Veränderungen werden in der langjährigen Betrachtung des Krankheitsspektrums sichtbar: Während 1976 durchschnittlich weniger als vier AU-Tage auf Muskel- und Skeletterkrankungen entfielen, erreichte diese Diagnosegruppe 1990 fast acht AU-Tage und nahm damit einen dominierenden Anteil von über 30 % am Krankheitsgeschehen ein. In der letzten Dekade verringerte sich zwar der Anteil dieser Krankheitsursachen mit dem Wandel der Beschäftigungsstrukturen, dennoch bilden die Muskel- und Skelettleiden – hierunter überwiegend Rückenerkrankungen – mit über einem Viertel der Krankheitstage weiterhin die gewichtigste Krankheitsgruppe bei Arbeitsunfähigkeit. Die Zahl der hierdurch verursachten AU-Tage hat sich jedoch deutlich reduziert, 2009 waren es je BKK Pflichtmitglied (inkl. Arbeitslose) 3,8 Tage.

Die Atemwegserkrankungen bilden die zweitwichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit, wobei ihre jeweiligen Anteile an den AU-Tagen von Jahr zu Jahr schwanken und stark durch die jahresspezifischen Ausprägungen der „Wintereffekte“ bestimmt werden. Hier lag 2009 mit 2,4 Krankheitstagen je Pflichtmitglied der höchste Wert seit dem Jahr 2000 vor.

Besonders erwähnenswert ist die seit Beginn der Statistik 1976 stark rückläufige Bedeutung der Verdauungserkrankungen, deren Anteil in diesem Zeitraum um mehr als die Hälfte geschrumpft ist (1976: 13,1 %; 2009: 6,1 %). Bei den Herz- und Kreislaufleiden war der Rückgang sogar noch stärker, ihr Anteil an den Krankheitstagen hat sich um fast zwei Drittel reduziert (1976: 12,4 %; 2009: 4,4 %). Die Erkrankungen des Verdauungssystems verursachten 1976 bis 1980 rund drei AU-Tage je Pflichtmitglied, heute sind es nur noch 0,9 AU-Tage. Deutlicher noch sind die Krankheitstage durch Herz- und Kreislaufkrankungen von 2,8 auf 0,7 Tage zurückgegangen.

Schaubild 5

Die häufigsten Krankheitsarten

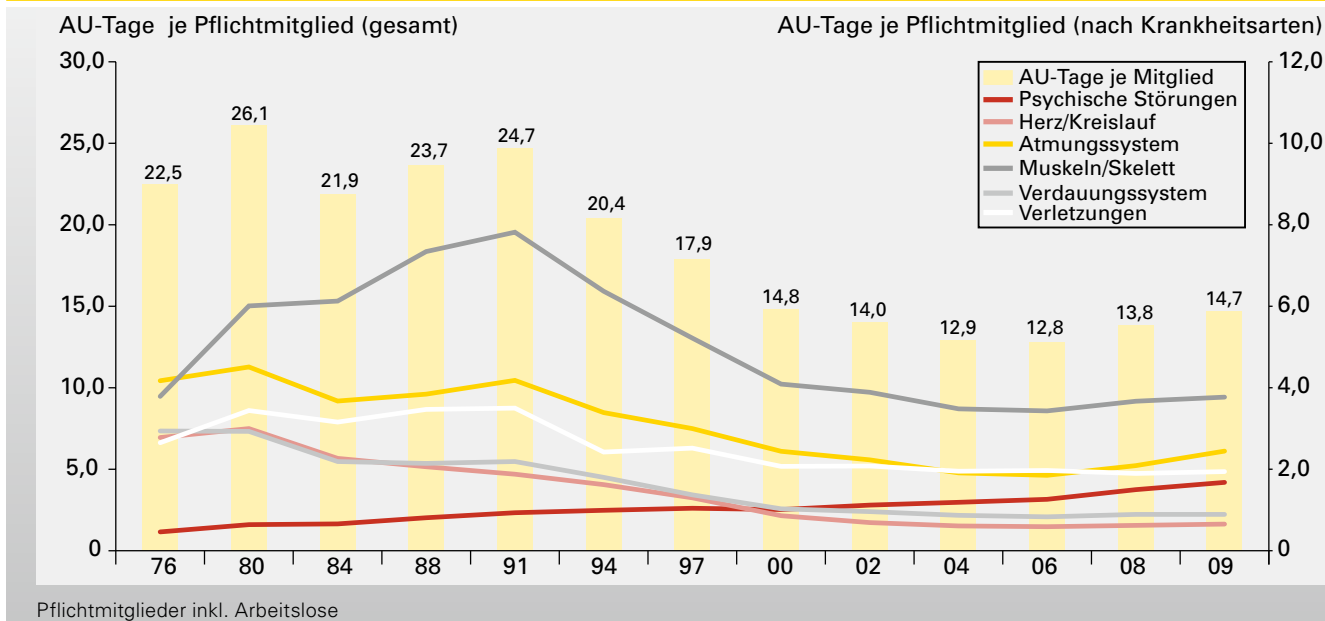


⁷ Die Werte sind dem monatlichen Krankenstandsverfahren der Betriebskrankenkassen entnommen.



Schaubild 6

Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976



Während die bis Anfang der Neunzigerjahre dominierenden Krankheitsgruppen – Muskel-/Skelett-, Atemwegs-, Herz-/Kreislauf- und Verdauungserkrankungen – in den letzten Jahren immer weniger Fehltag verursachten, wächst die Bedeutung der psychischen Störungen kontinuierlich. Psychische Erkrankungen sind die einzige Krankheitsgruppe überhaupt, die seither im AU-Geschehen zugenommen hat. Die hierdurch ausgelösten Krankheitstage hatten sich bei den BKK Pflichtmitgliedern insgesamt (einschl. Arbeitslose) von 1976 bis 1990 bereits verdoppelt und sind seit 1991 (erstes Jahr mit Daten auch aus den neuen Bundesländern) um weitere 80 % auf aktuell 1,7 AU-Tage je Pflichtmitglied angestiegen. Ihr Anteil an den Krankheitszeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder (2009: 10,7 %) hat sich seit 1976 (zu Beginn dieser Statistik 2 %) mehr als verfünffacht, seit der ersten gesamtdeutschen Datenerhebung 1991 (3,8 %) noch verdreifacht.

Heute bilden die psychischen Erkrankungen die viert wichtigste Krankheitsgruppe, während sie Anfang der Neunzigerjahre nur den siebten Rang einnahmen

und vorher nahezu bedeutungslos waren. Bei den Frauen steht diese Krankheitsursache mit 13,9 % sogar an dritter Stelle – bei Männern mit 7,9 % mittlerweile auf dem vierten Platz. Die Bedeutung der einzelnen Krankheitsgruppen differiert im Geschlechtervergleich, worauf in Kapitel 2 ausführlicher eingegangen wird.

Zusammenfassend wirken vier Hauptkomponenten bei den bisher beschriebenen Veränderungen im Krankheitsspektrum bei Arbeitsunfähigkeit mit:

- veränderte Beschäftigungsstrukturen durch Verlagerung hin zu Dienstleistungstätigkeiten
- zunehmende Frauenerwerbstätigkeit
- wachsender Leistungsdruck bei zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit
- Selektionseffekte am Arbeitsmarkt bei hoher Arbeitslosigkeit.

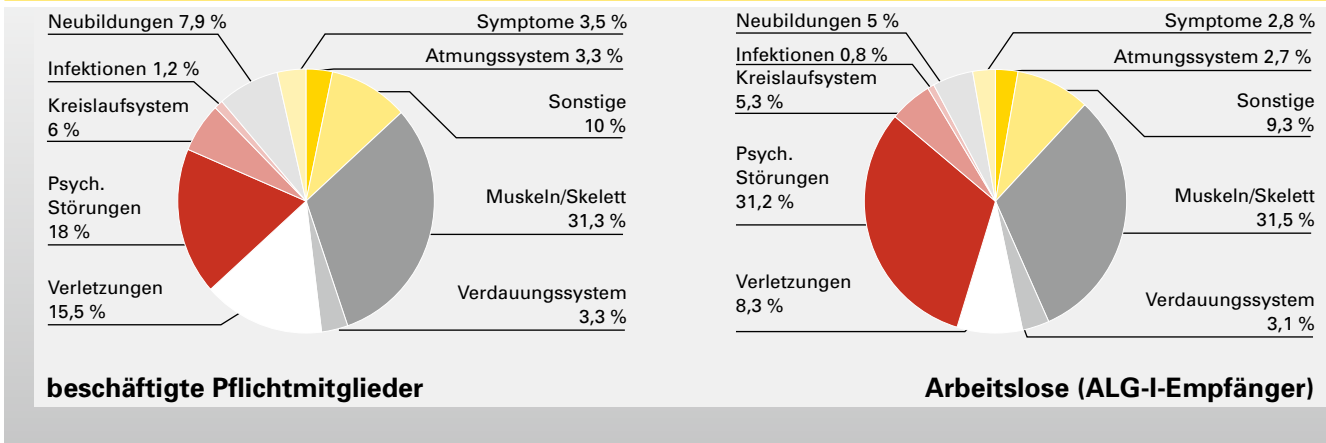
Die versorgungspolitisch bedeutsamste Entwicklung betrifft zweifellos das ungebrochene Anwachsen der psychischen Störungen als Krankheitsursache. Obwohl diese Krankheiten heutzutage in der ärztlichen Praxis erkennbar häufiger

als früher diagnostiziert und behandelt werden, bestehen dennoch weiterhin Versorgungsdefizite, wie bei u. U. längeren, erfolglosen Behandlungen in Fällen mit körperlichen Symptomen bei einem unerkannten, aber wesentlich verursachenden psychischen Hintergrund. Auch werden psychische Störungen in der psychiatrischen Versorgung nach wie vor nicht selten vor allem als biochemische Störungen bestimmter Gehirnregionen gesehen und behandelt. Das Verstehen der biografischen, sozialen, familiären und/oder arbeitsweltbezogenen Hintergründe bleibt dabei nachrangig und in der Therapie nicht hinreichend berücksichtigt. Dabei nehmen gerade unter den heutigen Arbeitsverhältnissen die psychischen Stressoren bei zunehmenden Leistungsanforderungen, einer ständigen Arbeitsverdichtung und -entgrenzung, häufig noch verbunden mit der Sorge um den Arbeitsplatz, zu. Dem gerecht zu werden, stellt sich nicht nur als Aufgabe für die Krankenkassen, sondern notwendiger Weise auch für andere Akteure im Gesundheitswesen – besonders in der ärztlichen Versorgung.

1.3 Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern

Schaubild 7

Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen



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 nur eine durchschnittliche AU-Dauer von etwa einer Woche zuzurechnen ist, dauern Fälle mit Herz- und Kreislaferkrankungen (21 Tage), Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Verletzungen mit 20 Krankheits-tagen je Fall im Mittel deutlich länger. Wesentlich längere Krankheitszeiten verursachen die Neubildungen (Tumorerkrankungen) mit einer durchschnittlichen Dauer von 37 Tagen und die psychischen Störungen mit fast 35 Krankheitstagen je Fall. Diese Werte beziehen sich auf die beschäftigten Pflichtmitglieder, für Arbeitslosengeldempfänger fallen gerade bei chronischen Erkrankungen noch deutlich längere Krankheitsdauern an (vgl. *Tabelle 2 im Anhang*).

Die mit längeren AU-Dauern einhergehenden Diagnosegruppen dominieren erwartungsgemäß auch die Krankheitsbilder bei Krankengeldleistungen (*Schaubild 7*). So wurden bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die meisten Krankengeldtage durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht (31,3 %, -0,2),

gefolgt von den psychischen Erkrankungen (18 %, +1,1) und den Verletzungen (15,5 %, -1,2). Mit einigem Abstand auf Grund der geringeren Fallhäufigkeiten folgten Neubildungen (7,9 %, +0,4) sowie Herz- und Kreislaferkrankungen (6,0 %, -0,1). Alleine durch diese fünf Krankheitsgruppen wurden 78,7 % aller Krankengeldtage ausgelöst.

Insgesamt haben die Krankengeldleistungen 2009 deutlich zugenommen, was sich auch in den erhöhten Leistungsausgaben niederschlägt. Die Aufwendungen hierfür sind GKV-weit um etwa 10 % gestiegen, bei den BKKn haben sich die Krankengeldausgaben von rd. 138 auf fast 154 Euro je Mitglied (ohne Rentner) erhöht, der zweithöchste Betrag im Vergleich der Kassenarten. Für mehr als jeden vierten Arbeitsunfähigkeits-tag (27 %, 3,9 AU-Tage) der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder fielen 2009 Krankengeldleistungen an. Im Vorjahr lag der Anteil mit nur 3,2 Tagen bei gut 24 % der AU-Tage insgesamt.

Bei Arbeitslosen fallen auf Grund der höheren Morbidität sowohl mehr AU-wie auch mehr Krankengeldtage an. Im Vergleich zu allen Beschäftigten fielen bei den ALG-I-Empfängern mit insgesamt fast 21 Krankheitstagen 55 % bzw. im Vergleich nur zu den beschäftigten Pflichtmitgliedern noch 46 % mehr Arbeitsunfähigkeitstage an (vgl. *Kapitel*

2.2.). Davon waren 8,6 Tage mit Krankengeldzahlungen verbunden – mehr als doppelt so viele wie bei den Beschäftigten. Der Anteil der Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit betrug bei Arbeitslosen somit 41 %, bei den Beschäftigten waren es gut ein Viertel (s. o.). Beachtenswert ist zudem, dass fast ein Drittel der Krankengeldtage (31,2 %) von ALG-I-Empfängern durch psychische Störungen verursacht wurde. Nachdem sich die Krankengeldfälle und -tage über einen längeren Zeitraum bis 2005 rückläufig entwickelt hatten, sind bereits seit 2006 wieder Zunahmen der Leistungstage – dies besonders deutlich im aktuellen Berichtsjahr – 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 gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle bis zu einer dreitägigen Dauer erreichte 2009 mit 34,5 % einen etwas niedrigeren Stand als im Vorjahr (-1,0 %). Auch unter Berücksichtigung einer Untererfassung – nicht alle Kurzzeitfälle werden den Krankenkassen gemeldet – ist dennoch der Einfluss dieser Fälle auf den Krankenstand insgesamt auf Grund der nur kurzen Dauern moderat: Trotz des hohen Anteils dieser Fälle von über einem Drittel, begründeten sie nur 5,6 % der gemeldeten Fehlzeiten (vgl. *Schaubild 8*

⁸ Hier sind nur die ALG-I-Empfänger zu betrachten, da nur diese krankengeldberechtigt sind und in der AU-Statistik geführt werden.



und *Tabelle 8 im Anhang*). Nach der Häufigkeit dominieren zwar kürzere Krankheitsepisoden, zwei Drittel aller Fälle waren spätestens nach einer Woche beendet, aber sie umfassten weniger als ein Fünftel der krankheitsbedingten Fehltag (18,1 %).

Die Höhe des Krankenstandes insgesamt wird dagegen maßgeblich durch die Langzeitfälle bestimmt. So machten die Fälle mit über sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit 2009 zwar weniger als 4 % aller Fälle aus, verursachten jedoch rund 44 % der Arbeitsunfähigkeitstage. Die Bedeutung der Langzeit-Erkrankungen für den Krankenstand zeigt sich auch in den versichertenbezogenen Krankheitstagen (vgl. *Schaubild 9*): So verursachte 2009 das obere Zehntel der Beschäftigten mit den meisten Ausfalltagen alleine 65 % aller Arbeitsunfähigkeitstage, auf 20 % der erwerbstätigen Pflichtmitglieder konzentrierten sich bereits rd. 80 % aller Arbeitsunfähigkeitstage.

Knapp 42 % der beschäftigten Pflichtmitglieder hatten 2009 gar keine AU-Bescheinigung vorgelegt, bei unter 29 % blieb es bei einem Fall im Jahr. Jeder siebte Beschäftigte (14 %) legte indes mindestens dreimal ein gelbes Attest vor.

Fast zwei Drittel (65 %) der beschäftigten Pflichtmitglieder verzeichneten gar keine oder nur geringfügige Krankheitsausfälle bis zu maximal sieben AU-Tagen im gesamten Jahr. Entsprechend blieben umgekehrt 35 % mehr als eine Woche im Jahresverlauf krankheitsbedingt der Arbeit fern. Von diesen war allerdings jeder Fünfte (7 % von allen) gleich länger als sechs Wochen krankgeschrieben – was wiederum eine deutliche Zunahme um rd. einen halben Prozentpunkt gegenüber dem zuletzt berichteten Anteil (6,4 % in 2007) bedeutet. Der Personenkreis mit solchen längeren Krankheitszeiten hatte sich in den Jahren zuvor kontinuierlich verringert. So verzeichneten 2005 nur 6,2 % und 2003 6,7 %, 2001 aber immerhin 8 % der beschäftigten Pflichtmitglieder Krankheitsausfälle von mehr als sechs Wochen im Jahr.

In Zeiten generell niedriger Krankenstände sind die „Blaumacher“-Diskussionen spürbar abgeebbt. Auch der „blaue Montag“ ist seit geraumer Zeit kein Thema mehr, und dies zu Recht: denn die Verteilung des AU-Beginns nach Wochentagen belegt nach wie vor, dass zu Wochenbeginn ärztliche AU-Bescheinigungen

keineswegs häufiger eingeholt werden. Im Gegenteil ist der Montag, an dem ja auch die bereits am Wochenende einsetzenden Fälle in der ärztlichen Versorgung (in ohnehin überfüllten Arztpraxen) auftauchen, gemessen an den Inzidenzen über drei Tage eher unterdurchschnittlich belegt (s. auch *Schaubild 4 in Kap. 1.1*).

Schaubild 8
Arbeitsunfähigkeit nach Dauer

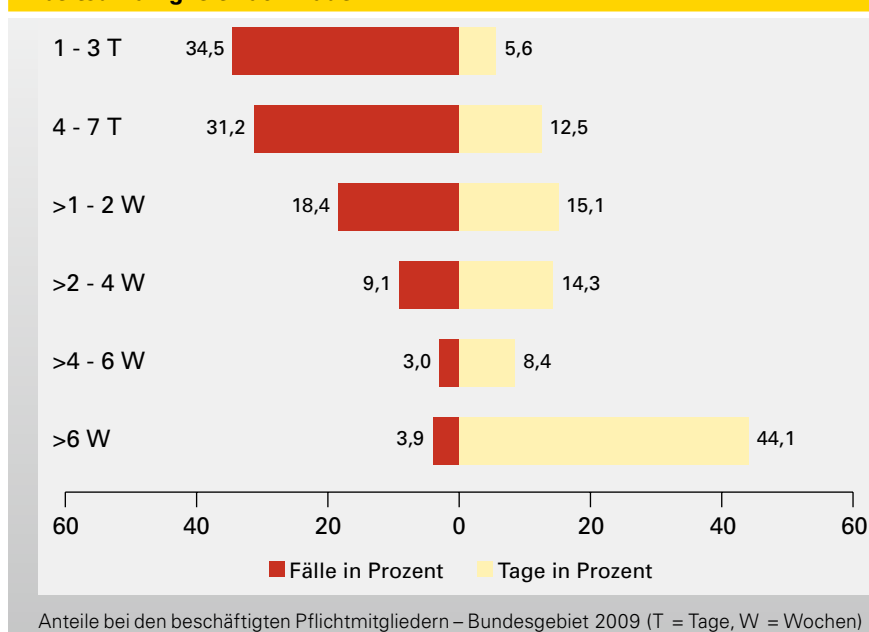
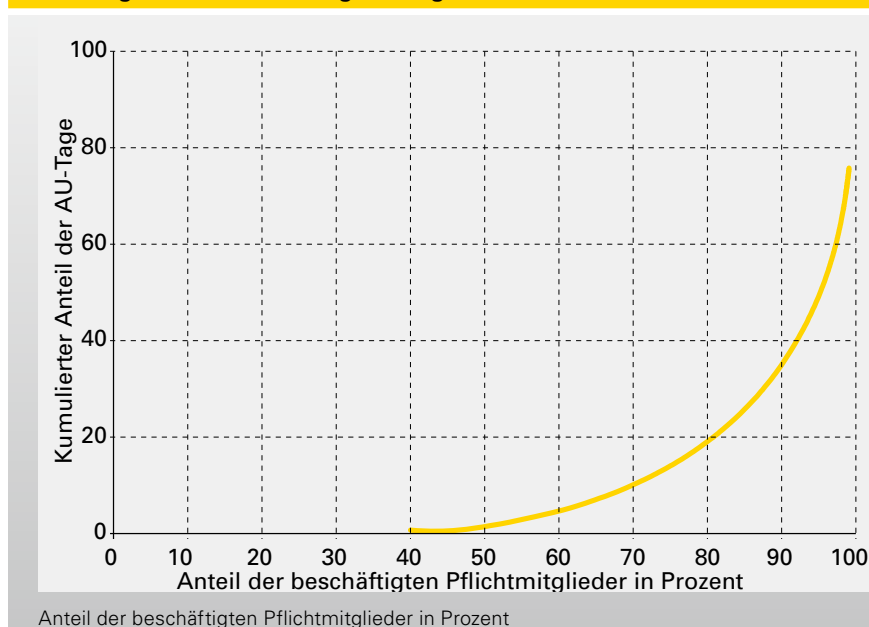


Schaubild 9
Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage 2009 auf Personen (Lorenz-Kurve).



1.4 Entwicklung der stationären Behandlungen

Die Krankenhausdaten bieten im Unterschied zu den Arbeitsunfähigkeitsdaten die Möglichkeit, die (stationäre⁹) Morbidität aller Versichertengruppen abzubilden, also auch die der Rentner und Familienangehörigen, darunter Kinder und Jugendliche. Krankenhausdaten erlauben allerdings auch nur begrenzte Aussagen zur Morbidität, da sie lediglich ein Morbiditätsspektrum mit vorwiegend pflege- oder therapieintensivem Behandlungsbedarf abbilden. Mit dem demografischen Wandel steigt das Durchschnittsalter der Patient(innen). Da sich das Risiko eines Krankenhausaufenthaltes im Alter deutlich erhöht, wächst der Anteil der über 65-Jährigen in der stationären Versorgung kontinuierlich (s. *Spezial: Stationäre Versorgung in einer*

alternden Gesellschaft, S. 152 ff). Die altersspezifische Morbidität wird in Kapitel 2.1 näher betrachtet.

2009 wurden 11,95 Mio. BKK Versicherte in die Statistik einbezogen. Insgesamt 2,16 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.

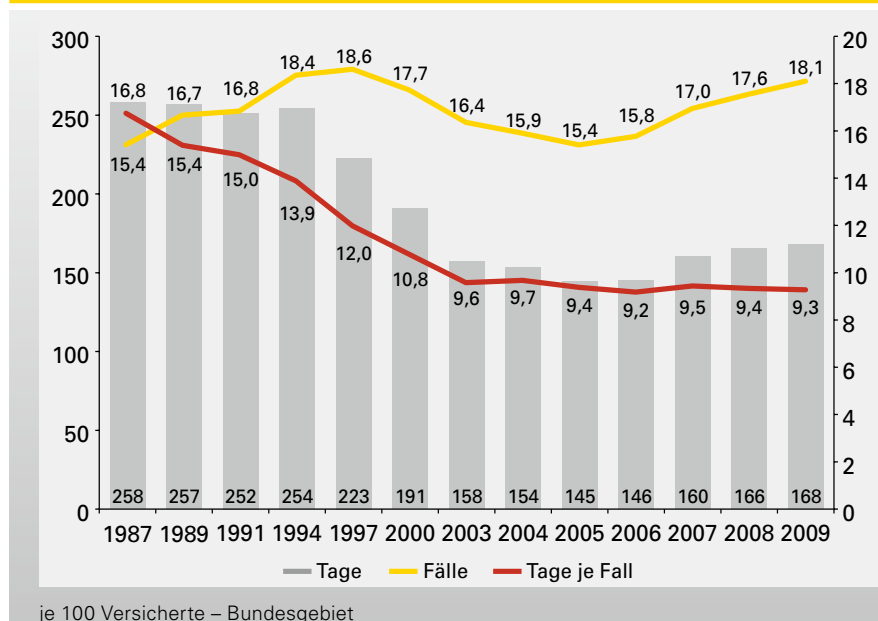
Andererseits begründen Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer in der Regel keinen neuen Krankenhausfall.

Schaubild 10 veranschaulicht die Entwicklung der Fallzahl und Verweildauer je 100 Versicherte seit 1987. Die mittlere Verweildauer bewegt sich leicht unter dem Niveau des Vorjahres. Seit 1987 hat sie sich jedoch deutlich von durchschnittlich 16,8 Tagen auf zuletzt 9,3 Tage je Fall verringert. Auch auf Bundesebene ist die durchschnittliche Verweildauer stark rückläufig. Seit 1991 hat sich die Verweildauer im Bundesdurchschnitt um 42 % von 14 auf 8,1 Tage verringert.¹⁰

Die Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung der

Schaubild 10

Entwicklung der Krankenhausbehandlungen seit 1987



⁹ Der Begriff „stationär“ wird im Rahmen dieser Gesundheitsberichterstattung synonym für die voll- und teilstationäre Behandlung benutzt. Die zunehmenden ambulanten Versorgungsformen der Krankenhäuser sind hierin nicht eingeschlossen.

¹⁰ vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): *Fachserie 12 Reihe 6.2.1 – Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*, Wiesbaden.



DRGs eingesetzt, erhielten aber mit dem neuen Entgeltsystem eine zusätzliche Dynamik, da die Behandlungskosten im Allgemeinen bereits mit den DRG abgegolten sind. Nach den Einführungsjahren 2003 und 2004, in denen ein krankenhausesindividueller Basisfallwert Finanzierungsrisiken der Krankenhäuser abfedern sollte, wurden ab 2005 bis 2008 alle Krankenhäuser, die unter das Krankenhausentgelt-Gesetz (KHEntG) fallen, an den landesweiten Basisfallwert herangeführt. Vom DRG-System ausgenommen sind Krankenhäuser, die unter die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen. Dies sind psychiatrische Einrichtungen sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Die Vergütung erfolgt dort zurzeit noch auf Basis tagesgleicher Pflegesätze, wengleich der Gesetzgeber durch das Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) die Einführung eines eigenständigen pauschalierten Vergütungssystems ab dem Jahr 2013 vorschreibt.

Trotz der Fallpauschalierung zeigt sich auf der Vergütungs- und Verhandlungsebene im DRG - Bereich folgendes Bild: Neben den inhaltlich festgelegten und bewerteten DRG Fallpauschalen gibt es einige DRG Fallpauschalen, die sich einer Kalkulation von Relativgewichten entzogen haben. Beispielhaft sind dies Leistungen aus dem Spektrum der Krankheiten und Störungen des Nervensystems, oder, im teilstationären Bereich, Leistungen zur Behandlung von Krankheiten und Störungen der Harnorgane und der Behandlung geriatrischer Patienten. Für diese Leistungen können entweder tages- oder fallbezogene Vergütungen in Betracht kommen.

Während Verweildauern eher die Veränderungen der Versorgungsprozesse abbilden, weisen Fallhäufigkeiten stärker auf Entwicklungen des Krankheitsgeschehens hin, sofern sie nicht in einer veränderten Versichertenstruktur begründet sind. Auch könnte die Fall-

Schaubild 11.1

Krankenhausfälle nach Krankheitsarten

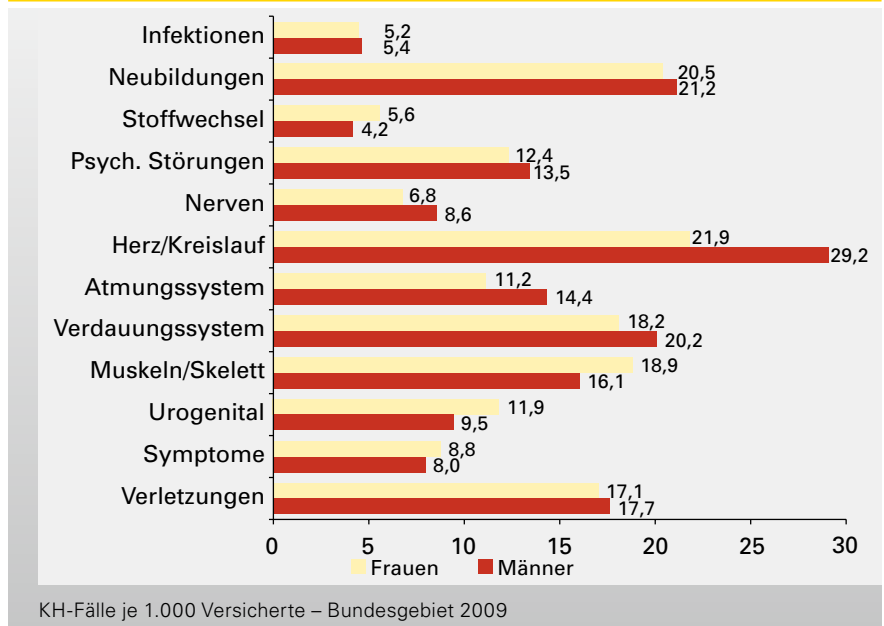


Schaubild 11.2

Krankenhaustage nach Krankheitsarten

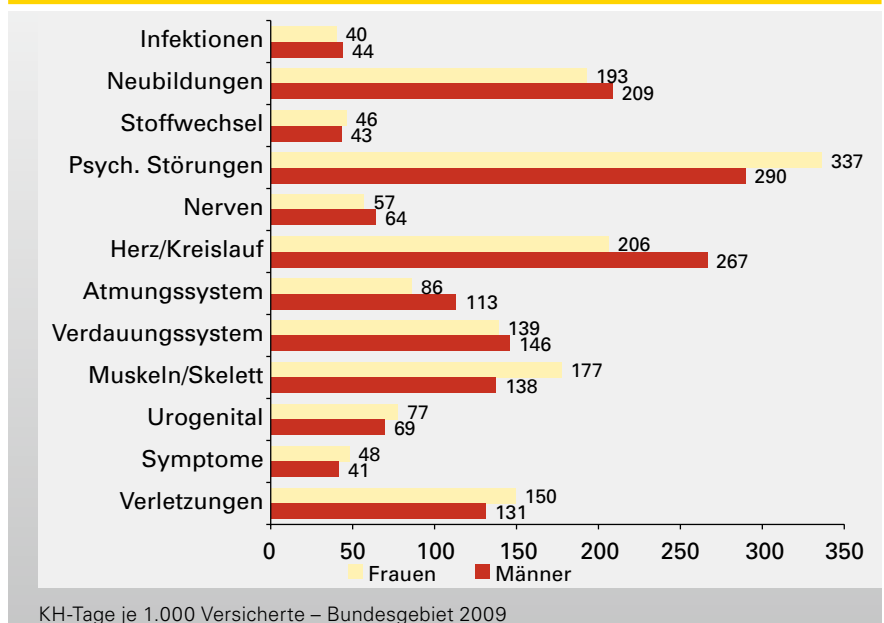
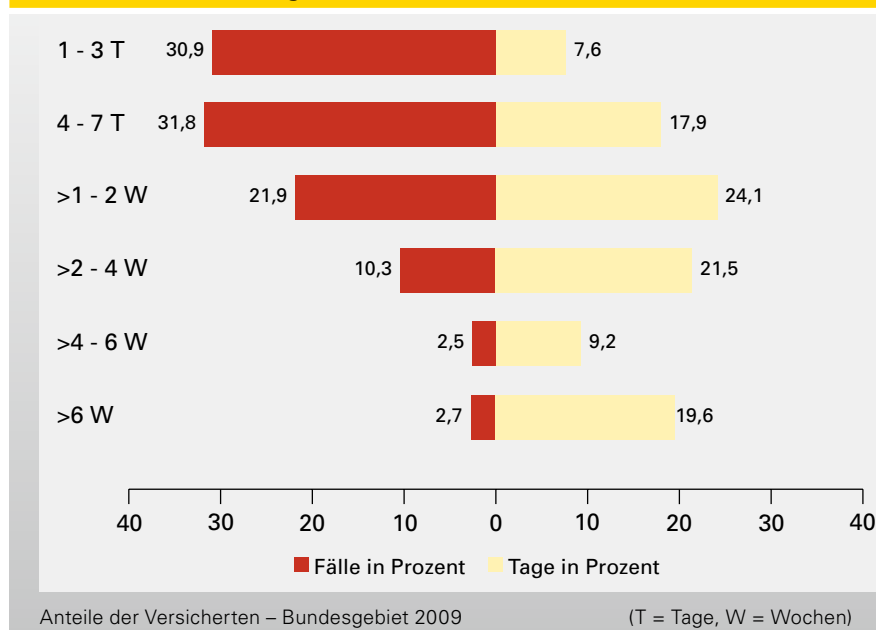


Schaubild 12

Krankenhausbehandlung nach Dauer



zahlentwicklung systemisch durch die Umstellung des Vergütungssystems und veränderter Anreizstrukturen beeinflusst sein. 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 19 % (+0,3 %) an allen BKK-Versicherten verursachten sie 42,2 % (-1,2 % zum Vorjahr!) der Krankenhaushäufigkeit und 48,6 % aller Krankenhaustage

(-1,7 %). Insgesamt zeigen sich also in dieser anwachsenden Gruppe der älteren Versicherten rückläufige Kennwerte der Krankenhausbehandlungen, interessanter Weise auch gegenläufig zur Gesamtentwicklung (vgl. Kapitel 1). Dies könnte u. U. ein Hinweis auf die Berechtigung der *Kompressionsthese*¹¹ sein, also der Annahme einer im Vergleich zum Anstieg der Lebenserwartung überproportionalen Zunahme gesunder Lebensjahre. Allerdings müssen hierbei die Altersschichten genauer untersucht werden (s. Kapitel 2.3).

Die Hospitalisierungsrate der Frauen fällt wie im Vorjahr etwas niedriger aus als die der Männer, allerdings dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei rentenversicherten Frauen mit 10,9 Tagen (-0,3) im Durchschnitt wiederum länger als bei Männern in dieser Gruppe (10,5 Tage,

-0,2). Dies liegt im Wesentlichen an dem hohen Anteil älterer Frauen und den hohen Verweildauern gerade der älteren Versicherten – sowie an häufig fehlenden häuslichen Pflegemöglichkeiten gerade für hochbetagte Frauen. Insgesamt dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei Rentnern etwa zweieinhalb Tage länger als bei den AKV-Versicherten (vgl. Tabelle 10 im Anhang).

Am häufigsten führten auch im Jahr 2009 *Erkrankungen des Kreislaufsystems* (I00-I99) zu einem Krankenhausaufenthalt, 14,1 % aller Fälle wurden auf Grund dieser Erkrankungen aus der stationären Behandlung entlassen, gefolgt von *Neubildungen* (C00-D48) mit 11,5 % und *Krankheiten des Verdauungssystems* (K00-J93) mit 10,6 %.

Die meisten Krankenhaustage entfielen allerdings auf *Psychische und Verhaltensstörungen* (F00-F99), die mit 314 (+13) Tagen je 1.000 Versicherte und einem Anteil von nunmehr 18,6 % (+0,4 %) erneut den ersten Rang einnahmen (vgl. Tabelle 10 im Anhang). Dies resultierte aus der langen mittleren Verweildauer von 24,2 Tagen bei *psychischen Erkrankungen*, die mehr als das Zweieinhalbfache der mittleren Liegezeit umfasst. Auf *Krankheiten des Kreislaufsystems* entfielen unverändert 236 Tage je 1.000 Versicherte, was einem Anteil von 14 % an allen Tagen entsprach. Die *Schaubilder 11.1 und 11.2* veranschaulichen die häufigsten Krankheitsarten nach Fällen und Tagen getrennt für Männer und Frauen. Während Frauen weniger häufig wegen einer Herz-/Kreislaufkrankung stationär behandelt wurden als männliche Versicherte, war das Verhältnis bei Urogenital- und Muskel-/Skeletterkrankungen umgekehrt.

Die kurzen Behandlungsfälle haben weiter zugenommen: So wurden 62,7 %

¹¹ vgl. u.a. FRIES, James F. (2005): "The Compression of Morbidity", in: *THE MILBANK QUARTERLY*, Volume 83, S.801-823.



(+1,1) aller stationären Fälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 30,9 % (+0,9) sogar innerhalb von 3 Tagen. Unverändert waren auf der anderen Seite 2,7 % der Fälle mit mehr als 6-wöchigen Liegezeiten verbunden (vgl. *Schaubild 12*). Die Hauptursachen für eine überdurchschnittlich lange Verweildauer waren vor allem *psychische und Verhaltensstörungen*.

Schaubild 13 zeigt die Entwicklung der Fallhäufigkeiten der in der stationären Behandlung wichtigsten Diagnosegruppen seit 1987. Während sich die Behandlungsfälle auf Grund von Herz- und Kreislauferkrankungen gegenüber den Neunzigerjahren um etwa ein Drittel verringert haben, nehmen wie beschrieben vor allem die psychischen Krankheitsursachen kontinuierlich zu und haben inzwischen die 2,4-fache Fallhäufigkeit im Vergleich

zum Ausgangsjahr 1987 erreicht. Auch die Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems nehmen weiterhin zu, woran unter anderem die Arthroseleiden in höherem Lebensalter nicht unwesentliche beteiligt sind (vgl. *Kapitel 5.2*). Die Einweisungen wegen Neubildungen bewegten sich in den letzten Jahren auf einem im wesentlichen konstanten Niveau, nachdem sie Ende der Neunzigerjahre noch häufiger Ursache für stationäre Einweisungen waren. Ähnliches gilt auch für die Urogenitalerkrankungen.

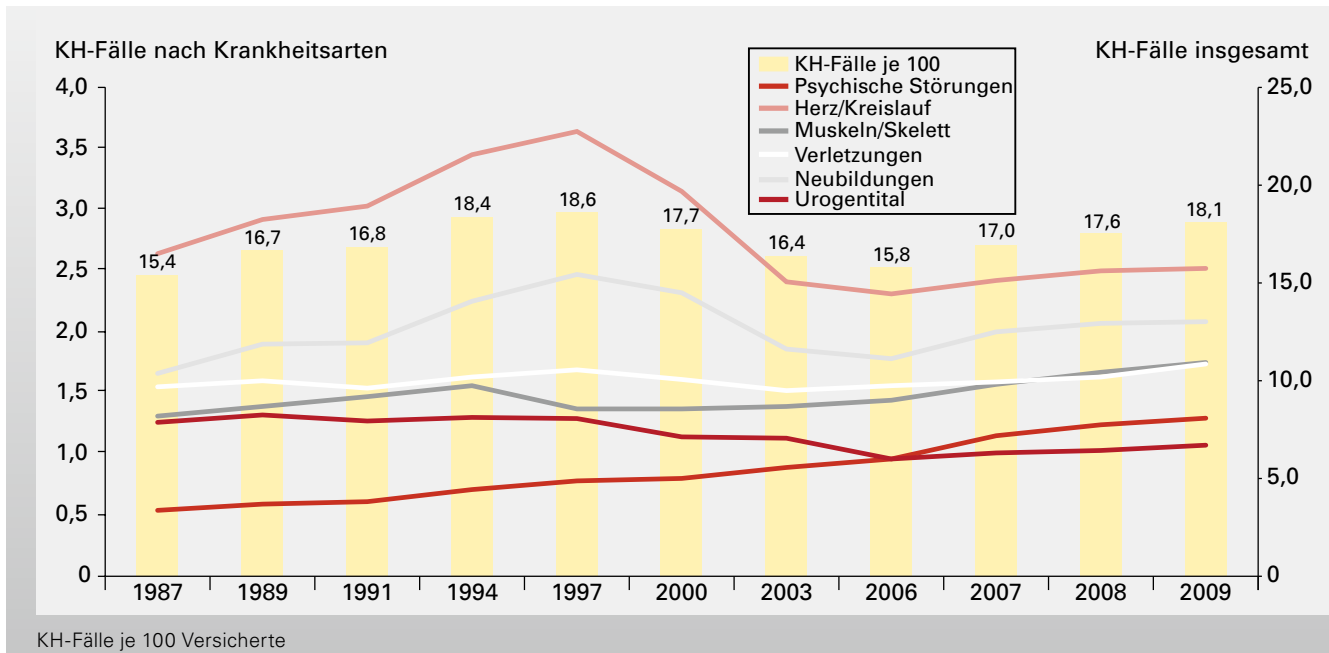
Ähnlich wie im ambulanten Versorgungsgeschehen liegt somit der auffälligste Befund auch in der stationären Versorgung in der Zunahme der psychischen Störungen als Behandlungsgrund. Dieser Befund deckt sich mit der Entwicklungen in der Arbeitsunfähigkeit und der Inanspruchnahme von Arzneimitteln.

Die wachsende Bedeutung der psychischen Störungen für das Versorgungsgeschehen wird hier erneut sichtbar.

Die Ursachen für psychische Fehlbelastungen sind vielfältiger Art und umfassen sowohl endogene Dispositionen wie äußere, von der Lebenslage bestimmte Faktoren. Als äußere Stressoren können berufliche Fehlbelastungen, soziale Unsicherheit, Arbeitslosigkeit und Armut wie auch Vereinsamung oder familiäre Belastungen eine Rolle spielen.¹² Der genetische und biochemische Einfluss auf Depressionen und Angsterkrankungen wird in der Forschung mittlerweile ebenfalls zunehmend vor dem Hintergrund sozialer Aspekte betrachtet.¹³

Schaubild 13

Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten – Trends seit 1987



¹² Ausführliche Kommentierungen und Hintergründe zur Entwicklung der psychischen Krankheiten sind im BKK Gesundheitsreport 2008 „Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen“ enthalten.
¹³ CASPI, A. [u.a.] (2003): „Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene“, in: Science, 18. Juli 2003.



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 einhergehen¹, 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)². Zugleich wird in diesem Ansatz von einer relativen Absenkung der i. d. R. hohen Versorgungsausgaben im Sterbejahr durch ein im Mittel späteres Sterbealter ausgegangen.

Auf jeden Fall nimmt die Bedeutung der medizinischen Versorgung wie auch der Präventionsangebote an ältere Versicherte und Patienten stetig zu (zur ambulant-ärztlichen Behandlung s. *Kapitel 2.2*). Den, wie in allen Altersgruppen, auch im Alter zunehmenden psychischen Störungen und ihrer Behandlung widmet sich das *Spezial auf S. 50*. Gute Beispiele

für generelle Präventionsangebote an Senior(inne)n und ältere Mitbürger bietet der Themenbeitrag „Aktiv bleiben in der zweiten Lebenshälfte“ (s. *Spezial, S. 29*)

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 1999 stieg laut Mikrozensus der Anteil der über 50-jährigen Erwerbstätigen von 22,6 % auf 28,1 %, während der Anteil der unter 40-Jährigen im gleichen Zeitraum von 51,5 % auf 42,0 % sank. Allein von 2002 bis 2009 ist die Beschäftigungsquote der über 55-Jährigen um über ein Drittel von 38,9 % auf 56,2 % gestiegen (Eurostat 2010). Schon 2007 wurde in Deutschland das für 2010 gesetzte Lissabon-Ziel der Europäischen Union – eine Beschäftigungsquote von mindestens der Hälfte dieser Altersgruppe zu erreichen – mit 51,5 % überschritten. 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.³ Lebenslanges Lernen und Weiterbilden werden zu einer persönlichen, betrieblichen und bildungspolitischen Herausforderung.

Gleichzeitig beinhalten alle demografischen Prognosen⁴ einen Rückgang der Bevölkerung und hierbei insbesondere die kontinuierliche Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung. So werden in absehbarer Zeit die Belegschaften in den Betrieben nicht nur altern, sondern es

werden auch angesichts rückläufiger Geburtenraten die Nachwuchskräfte allgemein und besonders Fachkräfte in vielen Qualifikationsbereichen rarer. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Schaffung gesundheitlicher Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit jenseits des 60. Lebensjahres für Wirtschaft und Politik einen wachsenden Stellenwert. Die sich hieraus ergebenden Handlungsbedarfe werden z. B. in dem *Spezial von Sandler, „Überleitungsmanagement in den aktiven Ruhestand“ (s. S. 32)* thematisiert. Der demografische Wandel stellt somit nicht nur an das Gesundheitswesen, sondern auch an das Gesundheitsmanagement 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 in den ersten drei Teilen alters- und geschlechtsspezifische Grundmuster der Arbeitsunfähigkeit, der ambulanten ärztlichen Behandlungen sowie der Krankenhausbehandlungen aufgezeigt. Im vierten 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.

¹ vgl. BESKE, Fritz [u. a.] (2009): Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein, Kiel.

² vgl. SCHNEIDER, Nils u. SCHWARTZ, Friedrich Wilhelm: Auswirkungen der soziodemographischen Entwicklung auf das Krankheitsgeschehen, in BKK 11/2006, S. 532; vgl. RÜRUP, Bert (2007): „Was kostet Gesundheit 2030“, in: G+G Gesundheit und Gesellschaft, Heft 3-2007, S. 22 ff, wo der Autor die Finanzierungsprobleme der GKV i. V. auf die Einnahmeproblematiken (Beitragsentwicklungen, Lastenverschiebungen) zurückführt

³ Der Strukturwandel wurde ausführlich thematisiert in: ZOIKE, Erika [u. a.] (2004): BKK Gesundheitsreport 2004. Gesundheit und sozialer Wandel, Essen sowie in: ZOIKE, Erika [u. a.] (2006): BKK Gesundheitsreport 2006. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen, Essen.

⁴ reichhaltiges Material bietet z. B. das Max-Planck-Institut für Demografische Forschung in Rostock, u. a. Präsentation von Dr. Mirko Sporket zur 4. Tagung des DNBGF zum Thema Demographic Literacy als organisatorische Schlüsselkompetenz der Zukunft, im Internet unter: www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/DNBGF2010/Sporket.pdf



2.1 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

In die folgenden Betrachtungen werden anders als in den *Kapiteln 1 und 3* alle versicherungspflichtigen Erwerbspersonen – Beschäftigte und ALG-I-Empfänger – eingeschlossen. Dieses Vorgehen erlaubt, auch für die Gruppe der Arbeitslosen (ohne ALG-II-Empfänger)⁵, 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 gesundheitlichen Belastungen der Arbeitslosen können sowohl Ursache als auch Folge der Arbeitslosigkeit sein.

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 2009 durchschnittlich

zweimal, ein 20- bis 24-jähriges Pflichtmitglied im Durchschnitt 1,4-mal wegen Krankheit (vgl. *Tabelle 7 im Anhang*). Auch die Erkrankungshäufigkeit der 50- bis unter 60-Jährigen lag mit 1,2 bis 1,3 AU-Fällen über dem Durchschnitt. In den übrigen Altersklassen wurden durchschnittlich je Mitglied nur 0,9 bis 1,1 Fälle gemeldet. Im Vergleich zu 2008 waren in allen Altersgruppen etwas höhere Fallhäufigkeiten zu beobachten. Der Anstieg war dabei bei den unter 20-Jährigen mit 0,3 Fällen am größten.

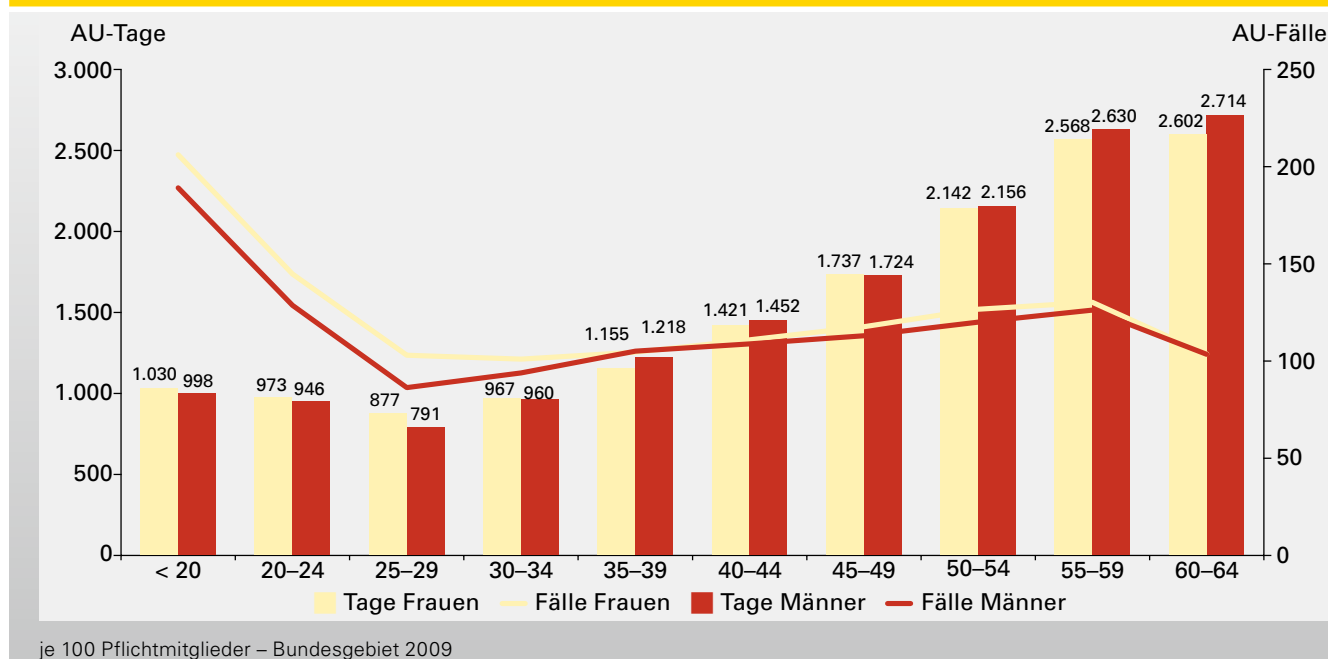
Die Zahl der Krankheitstage nimmt erwartungsgemäß mit dem Alter zu (vgl. *Schaubild 14*), was auf die Schwere der Erkrankungen und den hiermit verbundenen längeren Krankheitsdauern zurückzuführen ist. Eine durchschnittliche Erkrankung dauert bei unter 25-Jährigen etwa eine Woche, bei den über 40-Jährigen betragen die durchschnittlichen Krankheitsdauern 2009 annähernd zwei, und bei den über 55-Jährigen bereits fast drei

Wochen je Fall (*Tabelle 7 im Anhang*). In den älteren Gruppen konzentrieren sich dementsprechend auch die Langzeitfälle von über sechs Wochen; etwa 7 % aller AU-Fälle der über 55-Jährigen dauerten länger als sechs Wochen, während der Anteil im Durchschnitt aller Pflichtmitglieder mit rund 4 % erheblich niedriger ausfiel. Dieser allgemeine Trend differenziert sich allerdings deutlich nach der beruflichen bzw. sozialen Lage (s. u.).

Die Krankheitstage der Männer überstiegen die der Frauen erst ab einem Alter von 35 Jahren. Die 25- bis unter 30-jährigen männlichen Pflichtversicherten waren durchschnittlich einen Tag weniger krank gemeldet als die Frauen gleichen Alters. Die höheren Krankheitszeiten der Männer ab dem mittleren Alter hängen wie bereits im Eingangskapitel angesprochen mit anderen Gesundheitsrisiken zusammen, wobei u. a. die stärkere Ausübung insbesondere gewerblicher Tätigkeiten eine Rolle spielt.

Schaubild 14

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht



⁵ Für arbeitslose 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, auch angesichts erkennbar wachsenden Fachkräftemangels, die Erkenntnis, dass auf die Älteren im Arbeitsmarkt nicht verzichtet werden kann. In Deutschland verändert sich die Altersstruktur schon alleine durch die Alterung der geburtenstärkeren Jahrgänge, womit auch die Erwerbstätigkeit der über 55-Jährigen spürbar ansteigt – in den letzten zehn Jahren hat sie um 49 % zugenommen.⁶ Auch bei den BKK Mitgliedern lassen sich innerhalb der Berufsgruppen teilweise deutliche demografische Verschiebungen erkennen. So stieg der Anteil der über 55-Jährigen in den Berufen des Nachrichtenverkehrs seit 2005 um 7,4 %, in

den Verkehrsberufen um 6,3 %, den hauswirtschaftlichen Berufen um 6,1 % und bei den Straßen- und Tiefbauern um 6,0 %. In den Reinigungsberufen waren 5,2 % mehr Ältere tätig, Rechnungskaufleute und DV-Fachleute verzeichneten immerhin noch 3,2 %, Ingenieure 2,7 % Zunahmen bei den über 55-Jährigen. Den größten Zuwachs verzeichneten die Ingenieure allerdings mit 7,4 % in der Gruppe der 25 bis unter 35 Jährigen, womit diese jüngere Altersgruppe hier mit über einem Drittel (34 %) ungewöhnlich stark besetzt ist.

Wie ausgeprägt die gesundheitlichen Belastungen der älteren Erwerbstätigen durch die berufliche Lage beeinflusst sind, lässt sich exemplarisch im Vergleich einiger Berufsgruppen zeigen. Vertiefende Darstellungen der Morbiditätsunterschiede nach der beruflichen Tätigkeit finden sich nachfolgend detailliert in Kapitel 3. Auswertungen der BKK-Daten nach Alters- und Berufsgruppen

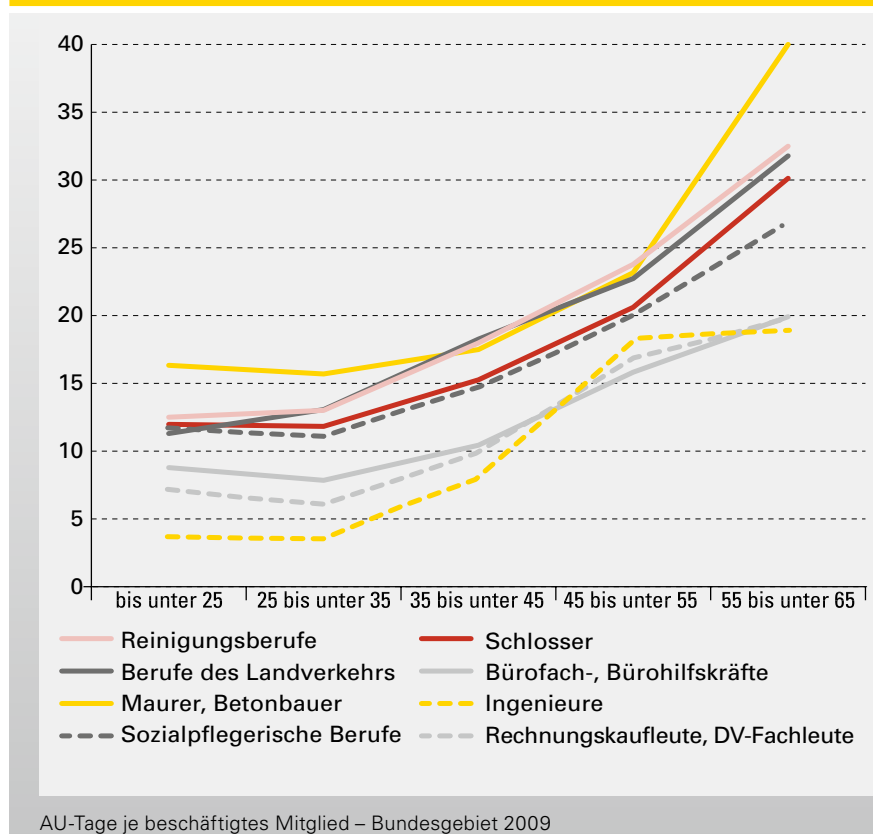
(vgl. *Schaubild 15*) verdeutlichen die bei einer angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit tätigkeitsspezifisch unterschiedlichen gesundheitlichen Situationen der Beschäftigten. In Berufen mit hohen körperlichen Belastungen – bei z. T. geringer Qualifikation – liegen für die über 55-Jährigen durchschnittliche Krankheitszeiten von vier und mehr Wochen vor. Dies betrifft bei den Männern Bau- und verwandte Tätigkeiten, Verkehrsberufe, Montierer und Metallberufe, Hilfsarbeiter und Lagerarbeiter (vgl. *Einzelergebnisse in Tabelle 7a im Anhang*).

Bei den älteren weiblichen Beschäftigten treten ebenfalls die Montiererinnen mit langen Krankheitszeiten in Erscheinung. Auch die über 55-jährigen Hilfsarbeiterinnen, Warenprüferinnen, Speisenbereiterinnen und Reinigungskräfte sowie die älteren Frauen in den Verkehrsberufen fehlten krankheitsbedingt durchschnittlich vier Wochen und mehr am Arbeitsplatz. Hauswirtschaftliche Betreuerinnen und Sozialpflegerinnen in dieser Altersgruppe wiesen durchschnittlich noch 26 bis 27 AU-Tage im Jahr 2009 auf. Außerdem verzeichneten die weiblichen Beschäftigten im Allgemeinen – auch in den höher qualifizierten Tätigkeitsfeldern (s. unten) – jeweils mehr Ausfalltage als die Männer in derselben Alters- und Berufsgruppe.

Bei beiden Geschlechtern gehörten die Bau- und Metallberufe, Hilfsarbeiter und Reinigungskräfte wie auch die Verkehrsberufe zu den Gruppen mit den höchsten Ausfallzeiten bei den über 55-Jährigen (durchschnittlich vier und mehr Krankheitswochen). Dagegen fehlten Führungskräfte im Management, Lehrer, Techniker oder Ingenieure durchschnittlich zwar nur zwei bis zweieinhalb Wochen im Jahr, allerdings verzeichneten diese Gruppen infolge wachsender Stressbelastungen in einer sich anbahnenden Krisensituation ebenfalls im Vergleich zu den Vorjahren zum Teil deutlich höhere Krankheitsausfälle (vgl. *Spezial „Auch junge Branchen altern“*, S. 72 ff). Besonders eklatant betrifft dies im Berichtsjahr z. B. trotz der vergleichsweise noch sehr jungen Altersstruktur die Ingenieure, deren Krankheitsausfälle sich nahezu verdoppelt haben, aber auch andere qualifizierte Dienstleistungsberufe (s. u.).

Schaubild 15

Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen



⁶ vgl. Eurostat (2010): Erwerbstätigenquote älterer Erwerbstätiger nach Geschlecht.



Bessere Gesundheit der Älteren bei höherer Qualifikation

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 in der Regel wesentlich geringere altersbezogene Zunahmen der Krankheitstage auf, als im Durchschnitt zu erwarten wären.

Bei den Ingenieuren hat sich dieser allgemeine Befund aus den Vorjahren in 2009 erstmals nicht bestätigt, was durchaus eine mögliche Trendwende der gesundheitlichen Lage auch in den Wissensberufen andeuten könnte. Derzeit ist jeder achte männliche Ingenieur über 55 Jahre alt und erkrankte 2009 im Schnitt rund 18 Tage im Jahr. Dies bedeutet auch hier gegenüber dem Vorjahr fast eine Verdoppelung der Krankheitstage und könnte mit gesundheitlichen Belastungen durch ständig wachsende Leistungsanforderungen bei gleichzeitig zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit in wirtschaftlichen Umbruchzeiten und Restrukturierungen der Unternehmen zusammenhängen. In dem o. g. *Spezial* (s. S. 72 ff) werden diese Entwicklungen ausführlich dargelegt.

Die 25- bis 35-jährigen Ingenieure bildeten mit durchschnittlich rund drei AU-Tagen die „gesündeste“ Altersgruppe. Auch die jüngeren Ingenieurinnen nahmen mit rund fünf AU-Tagen nur selten eine krankheitsbedingte Auszeit. Die Krankheitszeiten der weiblichen Ingenieurinnen unterschritten anders als in den Vorjahren im mittleren Alter die ihrer männlichen Kollegen z. T. deutlich. So lagen die Ausfallzeiten der 45 bis unter 55-jährigen Frauen dieser Berufsgruppe (13,8 Tage) rund fünf Tage unter denen der Männer (18,7 Tage). Bei den über 55-Jährigen dreht sich dieses Verhältnis um (Frauen: 21,8 Tage, Männer: 18,3 Tage).

Spezialisten wie Rechnungskaufleute oder DV-Fachleute verzeichneten in der ältesten Gruppe der über 55-Jährigen mit 19,4 Arbeitsunfähigkeitstagen ebenfalls einen Anstieg von immerhin etwa vier Tagen gegenüber dem Vor-

jahr, wobei ähnlich wie bei Ingenieuren auch hier die zunehmend belastenden Arbeitsbedingungen in den entsprechenden Branchen und Tätigkeitsfeldern eine Rolle spielen dürften. Die älteste Gruppe der Männer lag hierbei, trotz des starken Anstiegs um durchschnittlich eine Woche, mit 17,6 AU-Tagen aber noch immer deutlich unter den Krankheitszeiten der weiblichen Beschäftigten in dieser Alters- und Tätigkeitsgruppe mit durchschnittlich 20,5 Krankheitstagen.

Die 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.

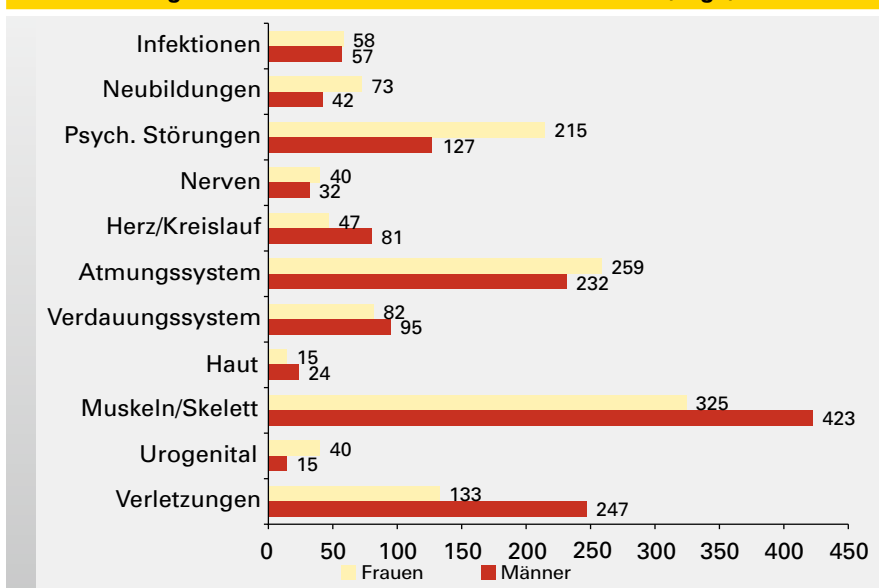
AU-Diagnosen bei Männern und Frauen

Das Krankheitsgeschehen unterscheidet sich nicht nur nach Alter, sondern auch deutlich nach Geschlecht. Die Ausprägung der Krankheitsursachen von Männern und Frauen zeigt typische Unterschiede (vgl. *Schaubild 16*). So weisen Männer wie auch in den vorjährigen Ergebnissen gegenüber Frauen fast doppelt so viele Erkrankungstage auf Grund von Verletzungen auf und auch die Zahl der AU-Tage durch Muskel- und Skeletterkrankungen lag um ca. ein Drittel höher als der Vergleichswert 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 2.4). 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,

Schaubild 16

Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)



AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2009

dass sie bei Frauen zwar weniger häufig als bei Männern auftreten und infolgedessen insgesamt weniger Krankheits-tage verursachen, aber dennoch mit höheren durchschnittlichen Falldauern einhergehen. So dauerten Erkrankungen des Bewegungsapparates bei pflichtver-sicherten Frauen im Schnitt 21,5 Tage gegenüber 20,2 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 ebenfalls höheren Arbeits-

unfähigkeitszeiten der Frauen sind Neu-bildungen und Urogenitalerkrankungen. Die Krankheitszeiten durch Neubildungen lagen 2009 bei Frauen um rund drei Viertel höher, und Urogenitalerkrankungen verursachten bei ihnen fast dreimal so viele Krankheitstage wie bei Männern. Auch die Erkrankungen des Nervensystems sind bei Frauen häufiger Gründe für Fehlzeiten als bei Männern.

Quantitativ bedeutsamer sind die Unter-schiede bei psychischen Störungen, wo die Krankheitstage der Frauen die der Männer regelmäßig mit großem Abstand übersteigen – 2009 um mehr als zwei Drittel. Dies weist zum einen auf eine hö-here psychische Vulnerabilität der Frau-en hin, hängt aber auf der anderen Seite auch mit ärztlichen Diagnosegewohnhei-ten zusammen, wonach Männer eher or-

ganbezogene Krankheitsdiagnosen und Frauen häufiger psychische Störungen attestiert bekommen.

Während psychische Erkrankungen gemessen an den Krankheitstagen bei Männern auch 2009 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 Atmungssystemes hervorgerufen. Bei Männern verursachten ebenfalls Muskel- und Skeletterkrankungen, vor allem aber auch Verletzungen sowie nachfolgend Atemwegserkrankungen mehr Krank-heitstage.

Die Bedeutung der psychischen Erkan-kungen 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 Tage bei allen 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 Krankheits-tage bei Frauen mehr als verdoppelt und bei Männern um immerhin 83 % zuge-nommen.

Im Jahr 2000 wurden in den alten Bun-desländern schon 104 Arbeitsunfähig-keitstage insgesamt und bei den Frauen 127 Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet, in Gesamtdeutschland lagen in diesem Jahr auf Grund der niedrigeren ostdeu-tischen Werte 101 Tage bei allen Pflicht-mitgliedern und 124 Tage bei Frauen vor. Seither stiegen die Krankheitszeiten

durch psychische Störungen in Gesamt-deutschland bis 2009 um weitere 65 % auf 168 Tage bei allen und um 72 % bei Frauen auf 215 Tage je 100 weibliche Pflichtmitglieder.

Im Vergleich zu 1980 haben sich dem-nach die psychisch bedingten Fehltag-e der BKK Mitglieder – auch auf Grund eines wachsenden Frauenanteils – um mehr als das Zweieinhalbfache erhöht. Bei den Frauen allein betrug die Zunah-me immerhin 162 %, bei den Männern 119 %. Nähere Ausführungen zu den psy-chischen Diagnosen im Einzelnen finden sich in Kapitel 5. Der langfristige Anstieg ist vor dem Hintergrund tief greifender sozialer Veränderungen – sowohl im Ar-beitsleben wie im privaten oder familiä-ren Umfeld – zu sehen.

Außer Acht gelassen darf hierbei aller-dings nicht, dass die Zunahme der psy-chischen Störungen vermutlich auch aus einer verstärkten Diagnostik und

Dokumentation seitens der behandeln-den Ärzte resultiert.⁷ Der Anteil der hiermit begründeten AU-Tage an allen gemeldeten Fehltagen der Pflichtmit-glieder betrug 11,4 %, im Vorjahr hatte er bei 10,9 % gelegen. Die Bedeutung ist in den vergangenen Jahren um ein Vielfaches gewachsen, so lagen die An-teile der psychisch verursachten Krank-heitstage 1980 bei nur 2,5 %, 1990 bei 3,7 % und 2000 bereits bei 6,9 %. Diese Entwicklung stellt auch die psychothera-peutische Versorgung vor wachsende Anforderungen. Diese sind in Teilen nur interdisziplinär und kooperativ zu erfüllen, wie im Spezial an Ende des 3. Kapitels (s. 116 ff) ausführlich dargelegt wird.

⁷ Bemerkenswert ist auch die kontinuierliche Zunahme der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie: nach Angaben der Bundesärztekammer waren Ende 2009 über 9.200 Ärzte dieser Fachrichtung registriert, während es 1999 auf gleicher Zählbasis nur rund 4.500 waren.



Aktiv bleiben in der zweiten Lebenshälfte

Dagmar Johannes,
BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheitsförderung

Immer wieder werden wir darauf gestoßen, dass wir in einer alternden Gesellschaft leben, in der der Anteil der Bevölkerung ab 50 Jahren stetig wächst und die Lebenserwartung weiter steigt. Schon heute macht der Anteil der über 60-Jährigen bereits ein Viertel der Gesamtbevölkerung aus. Zahlreiche Veränderungen in der zweiten Lebenshälfte stellen enorme Herausforderung an die Gesundheit und bieten damit wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung. Dazu zählen v. a. Veränderungen im körperlichen Bereich, der sozialen Rollen und im Beruf. So gehen nach Abschluss der Erwerbstätigkeitsphase viele identitätsstiftende und gesundheitsstärkende Faktoren verloren und hinterlassen oft eine Lücke. Zusätzlich nimmt das Risiko für Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Verschleißerkrankungen erheblich zu.

Alle wollen alt werden, keiner will alt sein. Aber wie können Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter erhalten bleiben? Die häufig defizit-orientierte Sichtweise, führt dazu, dass es bisher nur wenig rein präventive Angebote für Ältere gibt. Im Rahmen der BKK Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ engagiert sich der BKK Bundesverband für bessere Gesundheitschancen von Menschen mit besonderem Bedarf. Eine der wichtigsten Zielgruppen dieser Initiative sind Menschen ab 50. Damit diese bis ins hohe Alter körperlich, geistig-seelisch und sozial aktiv bleiben und an der Gesellschaft teilhaben können, sind regionale Möglichkeiten und bedarfsgerechte Angebote erforderlich.

Viele Projekte dieser Initiative gehen über die Gesundheitsförderung im engen Sinne hinaus und beziehen auch strukturelle Verbesserungen in den verschiedenen Lebenswelten mit ein. Die im folgenden vorgestellten Projekte konzentrieren sich auf verschiedene Altersgruppen in der zweiten Lebenshälfte. Für die jüngere Gruppe der über 50-Jährigen wurden

sowohl das Online-Angebot „AktivBleiber.de“ als auch der Präventionskurs für Neu- und Wiedereinsteiger konzipiert. Junge und noch aktive Rentner in der Gruppe 60plus sollen mit Hilfe vorhandener Strukturen in ihrem Wohnumfeld zu altersgerechter Bewegung aktiviert werden. An Ältere, die bereits stärker in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, richtet sich das Angebot der aufsuchenden Gesundheitsberatung, die über eine reine Sturzprophylaxe hinausgeht.

AktivBleiber.de: **online gehen - aktiv bleiben** **Ein internetgestütztes** **Programm für die Zielgruppe** **50plus.**

Wer über 50 ist, wird von der jüngeren Generation insbesondere in Bezug auf die Benutzung moderner Kommunikationsmedien oft als zum „alten Eisen“ gehörend gerechnet - zu Unrecht, wie Studien zeigen. Derzeit nutzen ca. 43,5 Millionen Menschen in Deutschland das Internet, davon entfallen mehr als 50 % auf Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Im Alter von 50-59 Jahren nutzen zwei Drittel der Deutschen das Internet. Dabei geht es den Internetnutzern hauptsächlich um drei Ziele: Sie nutzen das Netz als Wegweiser für den Alltag, zur direkten Kommunikation oder suchen gezielt nach Informationen. Diese Interessen bündelt das neue Internetangebot der Betriebskrankenkassen.

Auf www.AktivBleiber.de findet die Generation 50plus eine Community rund um das Thema „Aktiv bleiben und sich wohl fühlen“. Das Angebot richtet sich an Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Neben klaren Hilfestellungen zum Aktivbleiben, die beispielsweise helfen die richtige Sportart zu finden, wird bei den „AktivBleibern“ mit einem verstärkten Einsatz von multimedialen Elementen wie Videos und Animationen gearbeitet.

Zentraler Baustein des neuen Internetportals ist die AktivBleiber-Community. Wer sich hier registriert, dem eröffnet sich die komplette Bandbreite moderner Kommunikation: jedes angemeldete Mitglied kann sich ein Profil anlegen, virtuelle Freundschaften knüpfen und die Profile anderer AktivBleiber ansehen. Das Portal bedient sich bekannter und bewährter Mechanismen anderer sozialer Netzwerke für die Zielgruppe, der an aktiver und gesundheitsorientierter Lebensführung interessierten über 50-Jährigen.

Verschiedene Gesundheitsmodule geben wertvolle Tipps und Hinweise zur praktischen Umsetzung der guten Vorschläge zum Aktivbleiben. So errechnet der Herzfrequenzmesser beispielsweise die ideale Herzfrequenz für das Training. Zu einer intakten Rückenmuskulatur verhilft der interaktive Rückentrainer: Über einen Rücken-Lotsen können die Stellen am Rücken bestimmt werden, die trainiert werden sollen – jeweils mit Text und Video.

Das auf die Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppe 50plus zugeschnittene Portal ist damit ein zeitgemäßes Instrument zur Prävention und Kommunikation.

Aktiv bleiben durch Bewegung **Präventionskurs „Aktiv bleiben** **durch Bewegung“ für Neu- und** **Wiedereinsteiger**

Körperliche Aktivität ist ein wichtiger Faktor, der das Älterwerden bereichert und ihm mehr „Leben“ gibt. Es gilt, die Freude an der Bewegung zu finden bzw. sie sich zu erhalten.

Nach einer Untersuchung des Robert Koch-Instituts (2005) bewegt sich die Hälfte aller Frauen und Männer im mittleren Erwachsenenalter (45-60 Jahre) nicht ausreichend und die Inaktivität steigt dabei mit zunehmendem Alter. Diese Handlungsnotwendigkeiten hat der BKK Bundesverband erkannt und



durch die Team Gesundheit GmbH einen Präventionskurs für über 50-Jährige Neu- und Wiedereinsteiger konzipieren lassen.

Im Gegensatz zu klassischen Angeboten für Ältere wie „Sturzprophylaxe“ oder „Seniorgymnastik“, in denen eher voranschreitenden Defiziten des Älterwerdens entgegengewirkt werden soll, zielt der Präventionskurs „Aktiv bleiben durch Bewegung“ auf die Stärkung der vorhandenen Ressourcen und Bewältigungskompetenzen ab. Er verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz mit Elementen aus Bewegung, Entspannung und Körperwahrnehmung. Dabei werden die individuellen Voraussetzungen jedes einzelnen Teilnehmers berücksichtigt und diese mittels motivationaler Elemente nach und nach (wieder) an einen aktiveren Lebensstil herangeführt – für mehr Lebensqualität und Gesundheit bis ins hohe Alter. Im Mittelpunkt stehen die Förderung sozialer Kontakte ebenso wie die Vermittlung von Freude und Spaß an der (gemeinsamen) Bewegung.

Das Kurskonzept wurde in der „easy!-Präventionskursdatenbank“ der Betriebskrankenkassen und ihrer Partner nach den Qualitätskriterien des Leitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung nach § 20 Abs. 1 SGB V geprüft und zertifiziert, sofern die Kursleitung eine dem Handlungsleitfaden entsprechende Berufsausbildung sowie eine Zusatzqualifikation im Präventionskurs „Aktiv bleiben in Bewegung“ vorweisen kann.

Aktiv bleiben im Wohnumfeld **Gesundheitsförderung** **in Kooperation mit** **Wohnungsträgern**

Ein weiteres Modellprojekt befasst sich mit dem „Wohnumfeld“. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in diesem Set-

ting sind bisher kaum erprobt. Dabei ist das Wohnumfeld der ideale Zugangsweg gerade auch zu älteren Menschen, die noch im eigenen Haushalt leben, sich selbst versorgen, aber sonst für Präventionsangebote üblicherweise nur schwer zu erreichen sind.

Der BKK Bundesverband hat das Ziel gesetzt, jüngere Rentner der Altersgruppe 60plus mit Hilfe vorhandener Strukturen im Wohnumfeld zu altersgerechter Bewegung zu aktivieren. Hier sollen v. a. niedrigschwellige Bewegungsangebote im Wohnumfeld bzw. bereits bestehende geeignete Angebote dazu dienen, um die jungen Rentner in Bewegung zu halten, ihre Sozialteilhabe zu fördern und die Gesundheitskompetenzen zu erweitern. Die Umsetzung erfolgt über eine Betriebskrankenkasse, die einen Standortbezug zu einer Siedlung sowie Kontakt zu der entsprechenden Wohnungsgesellschaft bzw. -genossenschaft hat.

Mit dem Projekt „Aktiv bleiben im Wohnumfeld“ setzt die BKK auf die Vernetzung engagierter, lokaler Akteure, wie Wohnungsgesellschaften und Sportvereine, und bezieht sie mit ihren Ideen, Erfahrungen und Zugangswegen als Partner ein. Eigenverantwortung und Engagement der Zielgruppe sollen dabei mit im Blick bleiben.

Von besonderer Bedeutung sind die Akteure vor Ort, die dazu beitragen können, Autonomie zu sichern, Isolation zu verhindern und nachhaltige Angebote speziell für die Bedarfe und Bedürfnisse Älterer zu entwickeln.

Regelmäßige körperliche Bewegung und soziale Unterstützung sind wichtige Gesundheitsressourcen und Motivationsfaktoren für die Verhaltensänderung – gerade für Ältere. Für Akteure der Gesundheitsförderung sind Menschen am besten „vor Ort“ zu erreichen, wo sie ihren Alltag gestalten und die Schwellen

niedrig sind: ein Lebensraum „Wohnumfeld“.

Das Konzept setzt auf Partizipation, indem die Älteren im Wohnumfeld stark bei der Weiterentwicklung einbezogen werden sollen. Ein differenziertes Altersbild, eine zielgruppengerechte Ansprache und Angebote stellen die Basis dar. Ein wesentliches Ziel ist die Einbindung der vorhandenen Strukturen vor Ort, um die Nachhaltigkeit zu sichern. Die Bewegungsangebote sind darauf ausgerichtet, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren.

Aktiv bleiben im häuslichen **Umfeld** **Präventive** **Gesundheitsberatung**

Als Pilotprojekt startete die BKK Hoesch in Kooperation mit einem Wohlfahrtsverband - dem Sozialdienst kath. Frauen Dortmund-Hoerde e. V. – im April 2010 das Angebot der aufsuchenden Gesundheitsberatung.

Die Besonderheit dieses Modells ist die Kooperation zwischen einem Wohlfahrtsverband und einer Betriebskrankenkasse. Beide bringen eine Vielzahl von Angeboten, Arbeitsfeldern und Erfahrungen mit, die durch eine sinnvolle Kombination, langfristig zu einer Stabilisierung der Lebenssituation älterer Menschen und somit auch zu einer Kostenverringerung durch Vermeidung von Krankenhausaufenthalten/Heimunterbringung führen kann. Unterstützt und begleitet wird das Modell durch den BKK Bundesverband und dem BKK Landesverband NORDWEST.

Im ersten Schritt werden alle BKK-Versicherten, die im erweiterten Stadtbezirk Dortmund-Hörde wohnen, zu Beginn des Projektes zwischen 70 und 85 Jahren alt sind und (noch) keine Pflegestufe



haben, von der Krankenkasse schriftlich informiert. Adressaten sind weniger die aktiven, noch reiselustigen und sportlichen älteren Herrschaften, vielmehr die weniger mobilen, denen es vielleicht nicht mehr vergönnt ist, ihre Wohnung zu verlassen. Im Durchschnitt nimmt von den angeschriebenen Versicherten jeder achte das Angebot in Anspruch.

Mit der aufsuchenden Gesundheitsberatung wird u. a. das Ziel verfolgt, Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter so weit wie möglich zu erhalten. Auf Wunsch erhalten die älteren Menschen in ihrer häuslichen Umgebung Informationen zu Themen der Gesundheitsförderung und -prävention als wesentliche Grundlage einer selbstständigen Lebensführung, um damit einen längeren Aufenthalt in der häuslichen Umgebung zu erreichen.

Drei geschulte GesundheitsberaterInnen besuchen die interessierten Versicherten zu Hause. Sie erfassen die persönliche, gesundheitliche und soziale Situation des älteren Menschen, beraten zur richtigen Trinkmenge, zur altersangemessenen Ernährung und zu Angeboten in der Nähe, die wieder soziale Kontakte ermöglichen. Sie informieren aber auch über die Bedeutung der Pflegeversicherung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Sie erkundigen sich u. a., ob Haushaltshilfen benötigt werden und unterziehen – mit Hilfe eines Apothekers – das tägliche Tabletten-Quantum des Seniors einer gründlichen Analyse auf mögliche Wechselwirkungen. Sie informieren z.B. über die Möglichkeit eines Schwerbehindertenausweises, eines Hausnotrufgerätes und vermitteln an die entsprechenden Fachstellen.

Im häuslichen Umfeld selbst erfolgt ggf. eine Beratung zur Sturzprophylaxe und erste Informationen zur altersangemessenen Umgestaltung des Badezimmers.

Die Inhalte der Hausbesuche sind vorgegeben. Mithilfe eines standardisierten Fragebogens (strukturierte Datenerfassung zur Dokumentation von Beobachtungen, Befragung zu Gesundheits- und Lebenssituation mittels eines Kriterienkatalogs) wird versucht, eine Einschätzung der Lebenssituation vorzunehmen, um darauf eine nachfolgende individuelle Beratung vornehmen zu können. Die BeraterInnen nutzen den Fragebogen als Grundlage für die zwischenzeitliche Erarbeitung eines individuellen Hilfeplans.

In einem zweitem Besuch werden den Versicherten Hilfs- und Informationsmaterial (Broschüren, Flyer, Kontaktadressen etc.) übermittelt. Für detaillierte Fragen und Beratung (Schwerbehindertenausweis, Wohngeldantrag, Hilfe in besonderen Lebenslagen etc.) steht ggf. ein(e) SozialarbeiterIn zur Verfügung.

Die BeraterInnen stehen den TeilnehmerInnen auch telefonisch zur Verfügung. Ein weiterer Besuch erfolgt nach ca. einem halben Jahr, um die Nachhaltigkeit der Beratung zu überprüfen bzw. eine ergänzende Beratung vornehmen zu können.

Erste Erfahrungen zeigen, dass die teilnehmenden Versicherten dankbar die umfassenden Informationen in der häuslichen Umgebung annehmen. Im Telefonat zwecks Terminvereinbarung zu einem Hausbesuch wird seitens der GesundheitsberaterInnen abgefragt, ob es bereits konkrete Informations- und Beratungswünsche gibt, so dass ergänzend zum Erstkontakt bereits entsprechende Materialien weitergeleitet werden können.

Im Fokus stehen insbesondere Anfragen zu Freizeit- und Kontaktangeboten in der Nähe der häuslichen Umgebung. D. h. Allein-Sein, fehlende Ansprechpartner und soziale Isolation bestimmen viel-

fach den Alltag der SeniorInnen. Viele Versicherte wünschen darüber hinaus Unterstützung bei der Beantragung von Schwerbehindertenausweisen, Wohngeld- und anderen Anträgen. Nachgefragt werden darüber hinaus vielfach ambulante Dienste (Hausnotruf, Haushaltshilfen etc.), die das Wohnen im Alter zu Hause unterstützen. Erstaunlich viele Versicherte sind bereits mit Hilfsmitteln (Rollator, Wannenlift etc.) ausgestattet, die vielfach z. B. vom verstorbenen Partner übernommen werden.

Einige Versicherte halten regelmäßig Kontakt zu den GesundheitsberaterInnen und sind erleichtert, nun zu wissen, wer ggf. als Ansprechpartner für Fragen rund um das Älter werden zur Verfügung stehen kann.

Ausblick

Die oben beschriebenen Programme sind darauf ausgerichtet, die Teilnehmer an einen aktiveren Lebensstil heranzuführen, mit dem Ziel mehr Lebensqualität und Gesundheit auch im hohen Alter zu erreichen.

Das Thema „Gesund alt werden“ spielt 2010 auch bei der Verleihung des BKK Preises für „vorbildliche Praxis in der Gesundheitsförderung“ eine Rolle. Er wird in diesem Jahr unter Praxismodellen ausgelobt, die sich dem Schwerpunkt „Selbstbestimmt wohnen – aktiv bleiben“ widmen. Mit dieser Preisverleihung können nachahmenswerte Praxisbeispiele hervorgehoben werden und beispielgebend für andere Akteure wirken.

Überleitungsmanagement in den aktiven Ruhestand – aus der Sicht der Gesundheitsförderung

Dr. rer. pol. Hans H. Th. Sendler, EUSENDOR, Berlin

Einleitung

Das Management zur Überleitung in den Ruhestand ist wesentlich auch eine Funktion der betrieblichen Gesundheitsförderung, womit zudem zukünftige betriebliche Anforderungen und Aufgaben entscheidend unterstützt werden können. Der Fachkräftebedarf der Zukunft erfordert unverzügliche konzertierte und systematische Anstrengungen, um das für unsere Gesellschaft wichtige Erfahrungswissen auch über die Rentengrenze hinaus besser und umfassender durch erwerbsbezogene Beschäftigung zu sichern. Auch die freiwillige Tätigkeit benötigt entsprechende Impulse. Letztlich liegt die Initiative im Einzelfall bei den Beschäftigten und den Unternehmen. An den Unternehmen, Sozialpartnern, Bund und Ländern ist es, zu Modellprojekten und Pilotverfahren die Initiative zu ergreifen. Denn wir stehen vor einer Zeit der Weichenstellungen in eine chancenreiche Zukunft, deren Linien hier nur übersichtlich skizziert werden können.

Ausgangslage - Worum geht es?

Der in den nächsten Jahren **wachsende Arbeitskräftemangel** in unterschiedlichen Bereichen und Qualifikationen (z. B. Facharbeiter und Fachkräfte im Dienstleistungsbereich, technische Spezialisten und solche mit wissenschaftlicher Ausbildung, also vor allem im qualifizierten Bereich) legt nach den Erkenntnissen und Empfehlungen der Alterswissenschaften und der Wirtschaftspsychologie eine **Beschäftigung auch im Rentenalter**

als einen – bisher aus unterschiedlichen Gründen in der Praxis noch immer weitgehend vernachlässigten – **Ansatz**¹ und entsprechende Initiativen auch der Politik nahe.

Während z. B. einige nordische und baltische Länder und Malta längst die **Arbeitskraft und Berufserfahrung im Rentenalter als Lösungsfaktor** – zum Teil gefördert durch **Ermutigungsstrategien** wie potenziell höhere Renten – einsetzen, scheuen in Deutschland Politik und Wirtschaft noch davor zurück. Der **Tertialisierungstrend** der Wirtschaft führt zu einem **größeren Bedarf an höher oder spezifisch qualifiziertem Personal**. Alterswissenschaften und Wirtschaftspsychologie weisen auf **Chancen des Erfahrungswissens reifer Menschen und ungenutzte Potenziale und Reserven bei den älteren – nicht schon unter 50plus fallenden – bisherigen Erwerbspersonen** hin, auch wenn sie sich **bereits im Ruhestand** befinden.²

Mithin können gerade die **anerkannten besonderen Stärken älterer Arbeitnehmer, auf die die Gesellschaft nicht verzichten darf, den allgemeinen Bedarfstrends am Arbeitsmarkt direkt entsprechen**. Von **adäquaten Strukturen, Denk- und Handlungsstandards** sind wir in Deutschland jedoch weit entfernt. Unter Arbeit im Alter wird in der Praxis der Arbeitswissenschaften, der Sozialpartner, der Unternehmen und der Politik fast ausschließlich noch immer 50plus verstanden, auch wenn in Programmen und Zielformulierungen

eine offener Wortwahl zunimmt, die Beschäftigung im Rentenalter mit einbeziehen könnte. Erforderlich sind aber ein **systematischer – operativer – alterswissenschaftlicher Theorie-/Praxistransfer für 60/65plus** und die pilot- und modellweise Erschließung weitergehender Praxis mit entsprechenden Zielen, Methoden und Handlungsformen, die über Best Practice-Austausch der einschlägigen Netzwerke (z. B. Das Demographie-Netzwerk ddn, Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement BBE, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung DNBGF, econsense usw.) in die breitere Praxis gebracht werden.

Umsetzungsschritte parallel erforderlich

Soll der erforderliche Panoramawandel eingeleitet werden, um dieses Potenzial zu nutzen, sind für eine die Bevölkerung wie die Unternehmen überzeugende Umsetzung – neben Anderem – **mehrere Schritte modulartig parallel** einzuleiten. Erforderliche – miteinander verbundene Schritte sind 1. die rechtzeitige Vorbereitung im Rahmen der Personalentwicklung und Gesundheitsförderung auf die in jedem Einzelfall mit dem Ruhestand verbundenen tiefgreifenden Veränderungen, 2. die Einführung von Unterstützungsstrukturen für die an weiterer Erwerbsarbeit Interessierten ebenso wie für die nachfragenden – vor allem die mittelständischen – Unternehmen, 3. die Einführung geeigneter, Institutionen übergreifender Prozeduren

¹ Die wissenschaftliche Erschließung ist auch im deutschsprachigen Raum weiter vorangeschritten, als gemeinhin bewußt ist. Mit dem Bericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ 2002, den Altenberichten der Bundesregierung 1993-2005, den Berichten der Expertenkommission „Ziele der Altenpolitik“ 2001-2007, dem Bericht der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“ 2001-2004 sowie zuletzt den Empfehlungen „Gewonnene Jahre“ der Akademiengruppe „Altern in Deutschland“ (2009) mit 8 Materialbänden sind wichtige Grundlagen für die weitere Entwicklung bekannt. Mit dem Weltaltenplan und dem EU-Projekt SHARE stehen weitere Rahmenprogramme, empirische Quellen und Dokumentationen zur Verfügung (weitere Literatur beim Autor).

² Z. B. Börsch-Supan, Axel, Länger arbeiten – oder absacken, Berliner Republik 5/2008 S. 26 ff; Kruse, Andreas, Potenziale des Alterns, Berliner Republik 5/2008 S. 40 ff



für eine freiwillige Beschäftigung mit den erprobten Methoden des Personalmanagements zur Steuerung, Pflege und Begleitung, wenn freiwillige Tätigkeit³ bevorzugt wird. Diese Schritte markieren quasi das magische Dreieck des Überleitungsmanagements in den Ruhestand.

1. Auf den Ruhestand vorbereiten

Unbestritten ist die zumeist schon deutlich vor dem Ruhestand einsetzende Berentungserwartung, verbunden mit falschen Vorstellungen über die Auswirkungen des Ruhestandes, ein schweres Hindernis für weitere Leistungsbereitschaft und Spannkraft, also die Voraussetzungen längerer Aktivität vor allem in Erwerbstätigkeit, aber auch freiwilliger Beschäftigung. Sie mündet vielfach in verlangsamt sinkenden Sinkflug, statt ein aktives Altern zu beflügeln. Die Gefahr, dann in ein unerwartetes „Loch“ zu fallen, ist groß und bedroht den dringend individuell und gesellschaftlich benötigten Nutzen der Aktivität im Alter.

Dem ist ein **schlüssiges Konzept zur rechtzeitigen Vorbereitung auf den Ruhestand (Gleitflug statt Sinkflug)** entgegenzusetzen und in die Praxis zu implementieren. Ansatzpunkte sind der aktuelle Arbeitsplatz und die Initiative des Unternehmens. Dabei ist an die – in möglichst jungen Jahren einsetzende – betriebliche Gesundheitsförderung anzuknüpfen.

Auf **Anstoß des Unternehmens/des Arbeitgebers/der Verwaltung** sollten

die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einige Jahre vor dem Ruhestand (z. B. mit dem **55. Lebensjahr**) die **organisierte Gelegenheit** erhalten, sich mit möglichen **Plänen für die Zeit nach dem Eintritt in den Ruhestand** aktiv, im Gespräch mit Gleichaltrigen in ähnlicher Situation unter **qualifizierter Begleitung** durch **externe** Experten auseinanderzusetzen. Dabei geht es letztlich nicht um Ruhe, sondern um Aktivität.

Dies kann unter Einsatz des **während des Berufslebens gewonnenen Erfahrungswissens** unter anderen, **altersgerechten Bedingungen** münden in **Erwerbsarbeit** oder **freiwillige Tätigkeit** (oder **sonstige private** Betätigung). Für entsprechende Investitionen als Teil des betrieblichen **lebenszyklusorientierten Personalmanagements mit vorzugsweise proaktiver, altersgerechter Personalpolitik**⁴ einschließlich der **Gesundheitsförderung** könnte das Unternehmen sich beteiligen und dafür u. U. nach den Leitlinien zu § 20a SGBV mit einem Zuschuss rechnen. Doch sollten sich **Eigenverantwortung und -interesse** der Mitarbeiterschaft besonders für den späteren persönlichen Lebensschnitt auch in ihrer individuellen finanziellen Beteiligung niederschlagen.

2. Erwerbsarbeit aus dem Ruhestand fördern

Auf der Angebots- und Nachfrageseite sind dann korrespondierende Rahmenbedingungen und Prozeduren zur Begleitung des Eintritts in den Ruhestand erforderlich, um das kostbare Gut motivierter

Aktivität am Arbeitsmarkt zu erhalten. Die zur Erwerbsarbeit Bereiten sind mit möglichen Beschäftigungsgebern zu altersgerechten Konditionen zusammenzuführen. Neue lösungsorientierte Sichtweisen und Verfahren sind anhand einer Vielzahl von Einzelfällen so entwickelt, Lösungen für den Einzelfall so künftig dem Zufall zu entziehen. Förderliche rechtliche Grundlagen sind sicherzustellen. Dies ausführlicher zu erläutern würde hier den Rahmen sprengen. Dieser Themenkreis ist jedoch mit der Überleitung in den Ruhestand untrennbar verbunden.

3. Personalmanagement für Freiwillige

Für die Freiwilligen sind die noch deutlich erkennbaren Lücken eines zukünftigen spezifischen Personalmanagements zu schließen. Das alles wird weitgehend nur betriebs- und institutionenübergreifend erfolgreich sein können. Dieser Baustein ist wohlfahrtsstaatlich (z. B. Pflege) und allgemein gesellschaftlich (viele weitere Einsatzgebiete) schon bei Initiativen zu 1. im Auge zu behalten und durch zurzeit vorbereitete strukturelle Rahmenverfahren gezielt zu begleiten. Eine detaillierte Darstellung würde den hier gegebenen Rahmen sprengen. Nur so viel: es geht um die Begleitung, Pflege und – wo erforderlich – Steuerung freiwilligen Engagements bei bis zu ca. 50 % der Angehörigen der jeweiligen Altersklassen – bei Wahrung der individuellen Dispositionsfreiheit und Entscheidung.

³ Freiwillige Tätigkeit ist dabei die nicht erwerbswirtschaftliche (Erwerbsarbeit auch nicht kostengünstig substituierende und von dieser nach Gegenstand, Durchführung und Handlungsbedingungen deutlich nachvollziehbar abgegrenzte) Einordnung in Handlungsabläufe, etwa nach dem englischen Begriff „volunteer“, in Deutschland als Teil des bürgerschaftlichen Engagements (neben dem eher formal geregelte Funktionen betreffenden „Ehrenamt“). Die Begriffe werden allerdings im allgemeinen Sprachgebrauch noch nicht einheitlich verwendet. Zur Empirie und den dadurch aufgeworfenen Fragen z. B. die Ergebnisse der Freiwilligensurveys, www.bmfsfj.de/BMFSFJ/engagementpolitik,did=121872.html; Sandler, Hans, Beweggründe zivilgesellschaftlichen Engagements, Sozialwirtschaft 3/2010 S. 36 f; die Ergebnisse der vom Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) moderierten Dialogforen (z. B. zur Weiterentwicklung der freiwilligen Dienste und zur Bildung) zur Vorbereitung der am 6.10.10 gestartet erwarteten Meinungsbildung des Bundeskabinetts zur Weiterentwicklung der Engagementpolitik, www.b-b-e.de/index.php?id=14560

Gründe für die Unternehmen und Verwaltungen

Das Eigeninteresse der Unternehmen zur Einführung hat zumindest vier verschiedene Bezugspunkte

- das Interesse des Personalmanagements, den vor dem Ruhestand oftmals einsetzenden Sinkflug⁵ der **Motivation** und die damit verbundenen Erfolgsverluste, verbunden zum Teil mit vermeidbaren Krankheitszeiten, möglichst zu verhindern und die Spannkraft der erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis zur Rente zu erhalten⁴
- über solchen **Mitarbeiterbezug** die Chancen des **Unternehmens** zum **Erfolg**⁶ zu verbessern,
- die **Bereitschaft** der älteren Belegschaft zur **Mitarbeit**, d. h. zum Einsatz des während des Berufslebens gewonnenen Erfahrungswissens, **über den Berentungszeitpunkt hinaus** zu erhalten, auf die im Bedarfsfall des zu erwartenden Arbeitskräftemangels unabhängig von den Engpässen des allgemeinen Arbeitsmarktes zurückgegriffen werden kann
- einen Beitrag zur Lösung allgemeiner gesellschaftlicher Probleme aus dem demografischen Wandel nach den Regeln und im Klima der **Corporate Social Responsibility** und der **Corporate Citizenship** zu leisten

und hier gegebenenfalls schlummernde Effektivierungs- und Rationalisierungsmöglichkeiten zu erhalten.

Vorteile außerhalb des Arbeitsmarkts

Durch die erwähnten notwendigen Schritte in eine aktivere Altersgesellschaft mit Vorteilen für alle – die Einzelnen, die Unternehmen und Verwaltungen und die Gesellschaft – sind auch außerhalb des Arbeitsmarkts hocharbeitende Wirkungen zu erwarten, wie

- **sinnvolle Betätigung** in jedem Einzelfall und Bedeutung für Andere im Alter bei einem wachsenden Bevölkerungsanteil
- Impulse für die „**Silver Economy**“
- gesellschaftlich erwünschte **Qualifizierungsschübe**
- **Steuereinnahmen**
- durch **persönliche Erfüllung** einer Vielzahl älterer Menschen eine glücklicheres Leben mit positiven Wirkungen auf die Existenzgrundlage und den gesundheitlichen Zustand des Einzelnen
- zugleich – besonders durch freiwillige Tätigkeit – **Zugewinn an Menschlichkeit und Optionen zur Problemlösung in der Gesellschaft**
- **Kohäsion und Integration** zwischen den Altersgruppen bis in den Migrationsbereich
- **Minderung des Wohlfahrtsbedarfs** in den Bereichen Gesundheit und Existenzsicherung und damit graduelle Entlastung der öffentlichen Kassen.

Was ist zu tun ?

Es gibt für die einzelnen Module jeweils **sehr konkrete Konzepte**.

Zum Teil fehlt jedoch noch die **integrierte Sicht** der beteiligten Sektoren. Alle drei in den Umsetzungsschritten (s. o.) beschriebenen Ansätze werden **isoliert – ohne Verzahnung der Impulse, Verfahrenswege und Zuständigkeiten – nicht erfolgreich sein**. Denn jeder Schritt braucht, um die Adressaten zu überzeugen, die anderen. Und der **Wille der Entscheider der Praxis zur Umsetzung** muss **gestärkt werden**. Bisher „gibt es“ in der Kurzzeitperspektive immer noch „dringendere“ und damit „vorrangige“ Themen. Das **Momentum** muss deshalb aus der **gesamtverantwortenden Politik** kommen. Doch liegt es im Eigeninteresse der Unternehmen, die ihnen möglichen Schritte aus ökonomischem Kalkül unverzüglich selbst zu gehen. Mit ihrer Initiative im Rahmen von Personalentwicklung und -management einschließlich der Gesundheitsförderung fängt es an. Im Dominoeffekt werden weitere Präventionswirkungen (auch im psychischen Bereich) und gesellschaftlicher Mehrwert ausgelöst.

⁴ Mit weiteren Nachweisen z. B. Flüter-Hoffmann, Christiane, Prinzip Lebenszyklus, Wirtschaft und Unterricht, Informationen aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln für Pädagogen, Nr. 7/2009; Kruse, Andreas, Arbeitsmodelle der Zukunft, Lebenszyklusorientierung und veränderte Personalaltesstrukturen, RHI Position Nr. 6, München 2009

⁵ Siehe die konzeptionellen Ansätze von Stieger, Leopold, weitere Nachweise unter www.seniors4success.at

⁶ Jeweils mit weiteren Nachweisen z. B. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Psychonomics AG, Great Place to Work Institute in Kooperation mit Universität Köln, Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland, www.inqa.de/Inqa/Navigation/Gute-Praxis/kampagnen-wettbewerbe,did=229632.html, mit weiteren Nachweisen; Badura, Bernhard/Greiner, Wolfgang/Rixens, Petra/Ueberle, Max/Behr, Martina, Sozialkapital, Berlin/Heidelberg 2008; Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen, Arbeitsfähigkeit 2010, Hamburg 2002; Netta, Franz, Eine Führungsvision wird zum wegweisenden Ergebnis- und Gesundheitstreiber, Schweizer Jahrbuch Human Resource Management 2010; schließlich sprechen auch die Ergebnisse des iw-Zukunftspanels 2008 mit 20% positiven Antworten der Unternehmen zur Gesundheitsvorsorge ((Stettes, Oliver, Effiziente Personalpolitik bei alternden Belegschaften, Köln 2010 S. 37) und die Resonanz des Deutschen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung mit einigen hundert Mitgliedsunternehmen (siehe auch DNBGF-Broschüre „Wirtschaftlich erfolgreich durch gute Arbeit“) inzwischen für die Überzeugungskraft der Praxiserfahrungen, www.dnbgf.de



AU-Diagnosen nach Alter

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Morbidität zeigen sich naturgemäß auch altersspezifische Besonderheiten, die in den *Schaubildern 17.1 und 17.2* wiedergegeben sind. In jüngeren Altersgruppen stellen Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems sowie Verletzungen gemessen an den Fallzahlen die häufigsten Krankheitsursachen dar. Trotz steigender Falldauern verringern sich die mit diesen Diagnosegruppen verbundenen Fallhäufigkeiten und Fehltage bei den Versicherten zwischen 25 und 35 Jahren.

Herz- und Kreislaferkrankungen 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 etwa achtmal so hoch wie bei den jungen Versicherten unter 25 Jahren.

Die psychischen Störungen nehmen inzwischen bereits in den jüngeren Altersgruppen unter 30 Jahren zu, bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Die höchsten Erkrankungshäufigkeiten und Ausfallzeiten treten jedoch sowohl bei Männern als auch bei Frauen über 55 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 etwa sieben Wochen. Bei den 40 bis 55-jährigen Männern liegen die Falldauern mit fünf bis sechs Wochen immer etwas höher als bei den Frauen, was häufig mit Alkoholerkrankungen in Verbindung steht, worauf in Kapitel 5 näher eingegangen wird.

Schaubild 17.1

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)

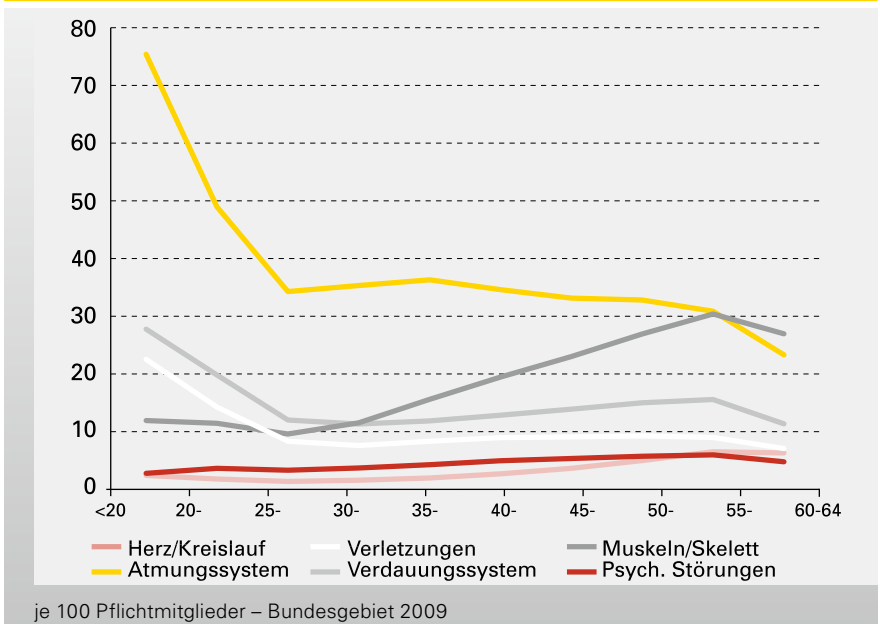
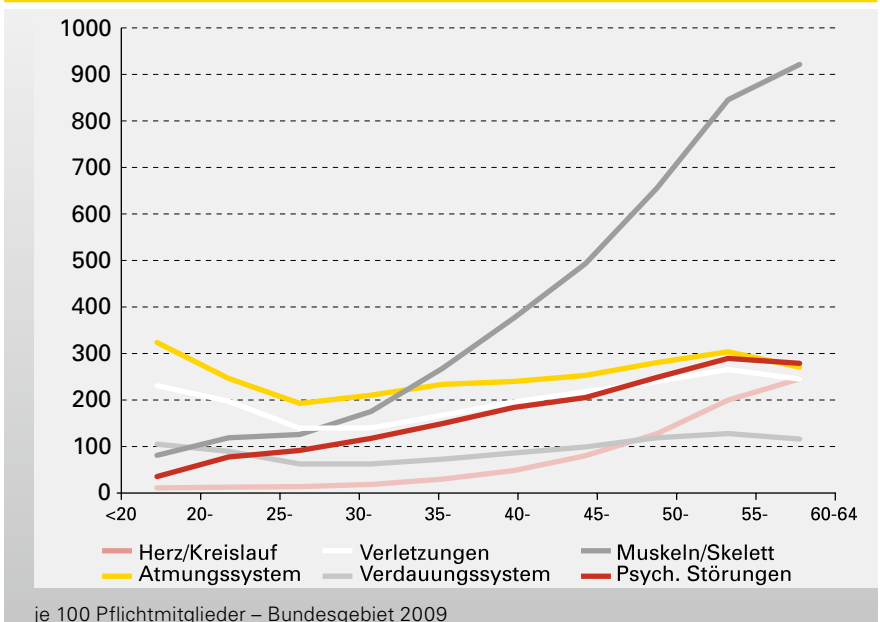


Schaubild 17.2

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



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 bereits ab dem Alter von 35 Jahren deutlich stärker an als bei Männern. In der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen Frauen lagen 2009 – ähnlich wie in den Vorjahren – fünfeinhalb Mal mehr AU-Tage auf Grund von Neubildungen vor als bei den unter

30-Jährigen. Bei Männern ließ sich im Vergleich dieser beiden Altersgruppen wie schon im Vorjahr eine Erhöhung um etwa das Dreifache feststellen. Zwischen den Geschlechtern vergrößerten sich dennoch in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen die Differenzen: die für Frauen gemeldeten AU-Tage durch Neubildungen überstiegen 2009 den Vergleichswert für Männer um das Zweieinhalbfache (2,7!). 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-/Kreislaufkrankungen ab einem Alter von 40 Jahren eine wesentlich stärkere Rolle als bei Frauen. In dieser Krankheitsgruppe verzeichnen sie ihrerseits doppelt so viele Krankheitstage wie Frauen.



2.2. Ambulante ärztliche Versorgung nach Alter und Geschlecht

Ergänzend zu den bisherigen Betrachtungen nach Alter und Geschlecht werden im diesjährigen Report erstmals auch die in der ambulanten ärztlichen Behandlung dokumentierten Diagnosen altersbezogen mit in den Blick genommen. Die Daten beziehen sich auf die ambulanten Diagnosen von über sechs Mio. BKK Versicherten aus den Jahren 2009 sowie zu Vergleichszwecken aus 2005. Erst seit 2004 liegen den Krankenkassen versichertenbezogene ambulante-ärztliche Versorgungsdaten vor. In unserem Zusammenhang geht es nicht um die Darstellung des Abrechnungsgeschehens in Gänze (Fallzahlen, Arztgruppen, Ausgaben usw.), sondern um die in der ambulanten Versorgung erkennbaren

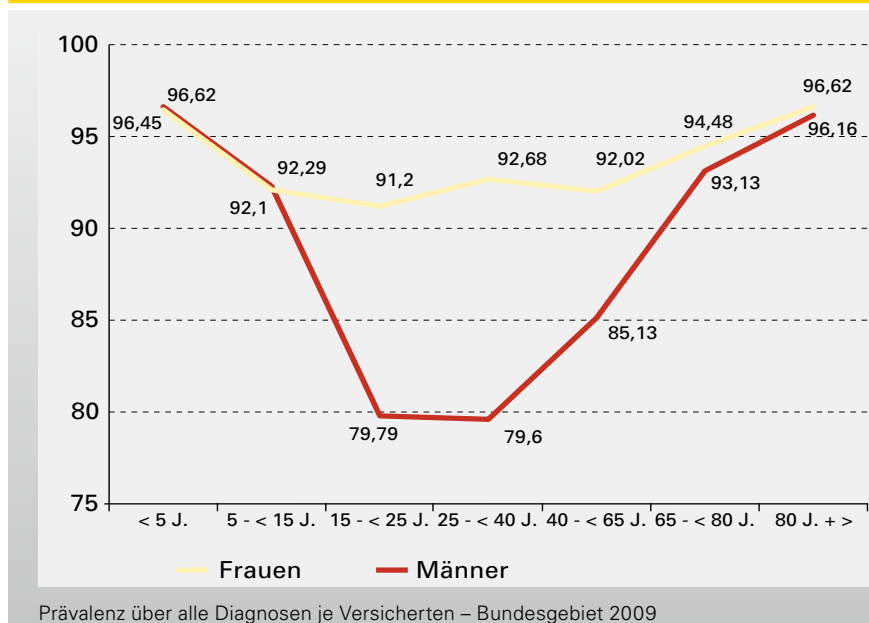
Verteilungen der Krankheitslasten unter soziodemografischen Gesichtspunkten.

Im Jahre 2009 waren 89,3 % der BKK Versicherten in ärztlicher Behandlung. Die Inanspruchnahme ist in Deutschland trotz der Einführung der Praxisgebühr in 2004 im internationalen Vergleich relativ hoch, die Jahresprävalenz lag aber 2009 nicht wesentlich höher als vier Jahre zuvor (2005: 88,6 %). Während 92,8 % der weiblichen BKK Versicherten 2009 ambulant ärztlich behandelt wurden, waren es bei den Männern „nur“ 85,9 %. Für über die Hälfte der Versicherten (54 %) waren in den ärztlichen Abrechnungsdaten mehr als vier Diagnosehauptgruppen angegeben.

Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung variiert erwartungsgemäß nach Alter und Geschlecht, wenn auch innerhalb eines nicht allzu breiten Spektrums. Während Kinder relativ häufig einem Arzt oder einer Ärztin vorgestellt werden (in 2009: 96,5 % der unter 5-Jährigen und 92,2 % der 5 bis unter 15-Jährigen) waren „nur“ 85,4 % der Jugendlichen und jungen Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren mindestens einmal 2009 in einer Arztpraxis, wobei diese geringere Quote vor allem auf seltenere Arztkontakte der jüngeren Männer (79,6 %) zurückzuführen ist. Hiernach steigt die Inanspruchnahme mit dem Alter kontinuierlich an, wobei die Frauen jeweils häufigere Arztkontakte aufweisen (vgl. *Schaubild 18*).

Schaubild 18

Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009



Die häufigsten Diagnosen bei ärztlicher Behandlung

Über alle Altersgruppen hinweg bilden neben den – präventiv und damit auch gesundheitspolitisch gewollten – allgemeinen und speziellen (Krebs-)Vorsorgeuntersuchungen einige Krankheitsursachen bzw. Diagnosen besonders häufige Anlässe für einen Arztbesuch (vgl. *Tabelle 1.1 und 1.2*). Hierbei sind insbesondere *Rückenschmerzen* (M54; Frauen: 25,1 %, Männer: 20,4 %), *essentielle Hypertonie* (I10; Männer: 21,5 %, Frauen: 21,4 %), *akute Infektionen der oberen Atemwege* (J06; Frauen: 19,0 %, Männer: 18,1 %), *Akkommodationsstörungen des Auges*, also Kurz- und Weitsichtigkeit (H52; Frauen: 20,6 %, Männer: 16,1 %) sowie *Lipidämien* – Fettstoffwechselstörungen, vorrangig Hypercholesterinämien – (E78; Männer: 16,7 %, Frauen: 15,3 %) stark verbreitet. Bei Frauen sind zudem – neben gynäkologischen und hormonellen Beschwerden (s. *Tabelle 1.1*) – auch psychische Ursachen, wie depressive Episoden (F32) und somatoforme Störungen (F45), bei

10,8 bzw. 10,6 % der weiblichen Versicherten häufige Behandlungsanlässe (vgl. *Schaubild 21*).

Eine zunehmend verbreitete Diagnose bildet auch die *Adipositas* (E66), die inzwischen bei 9,1 % der Frauen und 6,5 % der Männer ambulant behandelt wird und hiermit im Schnitt seit 2005 um 0,8 Punkte, relativ also um etwa elf Prozent, angestiegen ist. Bemerkenswerterweise haben diese Diagnosen im Kindesalter jedoch nicht zugenommen. Besondere Zunahmen verzeichneten hingegen Patientinnen ab 25 Jahren sowie männliche Patienten zwischen 30 und 45 Jahren. Am meisten fallen jedoch die erheblichen Anstiege der Adipositas bei den über 75-jährigen Frauen und Männern ins Auge (vgl. *Schaubild 19*). Hier zeigt sich ein deutlicher präventiver Bedarf – nicht nur durch Ärzte sondern auch auf Seiten der Krankenkassen (s. auch *Spezial* auf S. 29 ff).

Im Vergleich zu 2005 haben auch andere „Zivilisationskrankheiten“, wie die *essentiellen Hypertonien* mit rd. vier Prozentpunkten sowie die *Fettstoffwechselstörungen* mit rd. zwei Prozentpunkten spürbar zugelegt. Auch die *depressiven Episoden* (F32) werden um rd. einen Prozentpunkt häufiger als vor vier Jahren als Behandlungsdiagnosen dokumentiert, während Erkrankungen der *Atemwege* vergleichsweise seltener zu ärztlichen Konsultationen führen. So sind beispielsweise die Anteile der Versicherten mit der ambulanten Diagnose *Akute Bronchitis* (J20) von 10,6 % in 2005 auf 8,6 % in 2009 gesunken. Diese Rückgänge dürften mit der reduzierten Verschreibungsfähigkeit von Medikamenten gegen Erkältungskrankheiten einerseits gepaart mit der Praxisgebühr andererseits zusammenhängen. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte nach Alter und Geschlecht im Jugendlichen- und Erwachsenenalter betrachtet.

Tabelle 1.1
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Frauen – alle Altersklassen

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	2.306.677	37,97	33,22
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.893.192	31,17	29,77
M54	Rückenschmerzen	1.524.139	25,09	24,27
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.430.320	23,55	23,01
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.296.850	21,35	17,82
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	1.248.526	20,55	19,95
J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	1.152.559	18,97	18,21
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	930.310	15,32	13,53
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	897.335	14,77	11,29
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	871.679	14,35	12,33
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	823.718	13,56	14,5
N95	Klimakterische Störungen	731.749	12,05	11,4
F32	Depressive Episode	653.853	10,76	9,39
F45	Somatoforme Störungen	642.253	10,57	10,58
E04	Sonstige nichttoxische Struma	610.958	10,06	10,36
N94	Schmerz u. and. Zustd. im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstr.zykl.	594.953	9,79	10,93
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	563.211	9,27	9,53
E66	Adipositas	555.058	9,14	8,41
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	539.331	8,88	13,54
J20	Akute Bronchitis	524.032	8,63	10,82



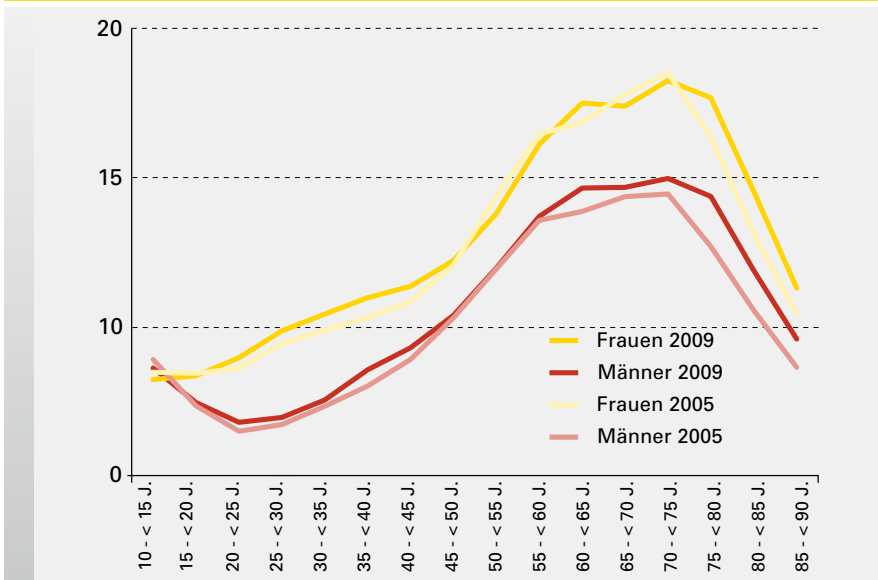
Ambulante Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Unter dem Aspekt der demografischen Herausforderungen sind die Gesundheitsdaten aller Altersklassen von Bedeutung: die der Älteren, um die Morbiditätslasten dieser zahlenmäßig wachsenden Gruppe auch in der zeitlichen Entwicklung abbilden zu können, wie auch die der jüngeren Gruppen, die längere Lebensarbeitszeiten unter teilweise schwierigeren Bedingungen nur in einer entsprechend guten gesundheitlichen Verfassung bewältigen können.

Zunächst interessieren die Morbiditätsschwerpunkte in der ältesten Gruppe der über 80 Jährigen und die Frage, ob in der hier zu beobachtenden Zeitspanne seit 2005 Verschiebungen – etwa in Zusammenhang mit der Einführung des morbiditätsbasierten Finanzausgleichs in 2009 – zu beobachten sind.

Schaubild 19

Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009 – Adipositas (E66)



Prävalenz je Versicherten – Bundesgebiet 2009

Tabelle 1.2
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Männer – alle Altersklassen

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.282.079	21,52	17,39
M54	Rückenschmerzen	1.215.145	20,39	19,71
J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	1.076.851	18,07	17,15
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	996.109	16,72	14,55
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	959.415	16,1	15,35
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	803.989	13,49	10,03
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	726.459	12,19	10,24
J20	Akute Bronchitis	507.837	8,52	10,49
N40	Prostatahyperplasie	439.929	7,38	6,14
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	430.497	7,22	6,99
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	414.277	6,95	8
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	401.070	6,73	6,31
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	389.062	6,53	7,4
E66	Adipositas	384.933	6,46	5,69
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	382.903	6,43	5,39
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	380.310	6,38	5,77
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	373.933	6,28	3,46
L30	Sonstige Dermatitis	371.352	6,23	6,66
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankh.	368.597	6,19	5,4
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	364.109	6,11	6,19

Hochbetagte (80 Jahre und älter)

Auch wenn schon heute Menschen über 80 Jahre noch recht rüstig sein können und in Deutschland 2050 nach Schätzungen immerhin etwa 10 Mio. Personen diesen Alters leben werden, werden hier aus Übersichtsgründen für unsere Betrachtungen jeweils größere Altersgruppen zusammengefasst, wobei – wie letztlich in jeder Altersgruppe – eine gewisse Heterogenität in Kauf genommen wird. Derzeit liegt der Anteil der über 80-Jährigen an der Wohnbevöl-

kerung mit etwa vier Mio. Menschen bei fünf Prozent.

In den ambulanten Abrechnungsdaten waren in 2009 für 96,5 % der ältesten Versichertengruppe Arztkontakte dokumentiert, demnach waren 96,2 % der Männer und 96,6 % der Frauen in ärztlicher Behandlung. Hierbei waren für über Dreiviertel der Versicherten in der ältesten Gruppe Krankheiten in mehr als fünf Diagnosehauptgruppen doku-

mentiert, wobei allerdings die präventive (Krebs-) Vorsorge, Allgemeinuntersuchungen und Impfen als gewünschte Maßnahmen, wie auch beispielsweise die Versorgung von Implantaten o. ä. aus dem eigenen Diagnosekapitel für solche besonderen Untersuchungsanlässe (Z-Diagnosen) mit eingeschlossen sind. Die häufigsten ambulanten Diagnosen sind der *Tabelle 2.1 und 2.2* zu entnehmen. Bei etwa drei von vier der über 80-jährigen Frauen (75,7 %) wie Män-

Tabelle 2.1
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Frauen – 80 Jahre und älter

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	208.207	75,71	68,29
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	113.256	41,18	35,04
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	104.367	37,95	35,59
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	95.767	34,82	33,26
M54	Rückenschmerzen	87.713	31,89	29,94
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	79.518	28,91	34,22
I50	Herzinsuffizienz	74.343	27,03	31,76
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	72.518	26,37	25,27
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	71.883	26,14	23,36
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	69.379	25,23	22,94
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	67.581	24,57	20,94
I83	Varizen der unteren Extremitäten	59.598	21,67	20,64
H26	Sonstige Kataraktformen	58.620	21,32	21,22
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	56.911	20,69	21,63
F32	Depressive Episode	55.772	20,28	18,92
M47	Spondylose	47.304	17,2	13,32
H25	Cataracta senilis	45.848	16,67	18,21
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	44.089	16,03	14,89
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	43.014	15,64	16,64
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	42.626	15,5	14,9
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	42.181	15,34	16,29
H36	Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	9.891	3,6	5,09

2.2. Ambulante ärztliche Versorgung nach Alter und Geschlecht



ner (71,6%) wurden 2009 *essentielle Hypertonien* als Behandlungsdiagnose aufgeführt, was eine erhebliche Ausweitung dieser Diagnosestellung gegenüber 2005 – also vor der Einführung des morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleichs – bedeutet, als für die weiblichen Versicherten die Prävalenz noch bei 68,3% und für die Männer bei 61,5% lag. Die altersbezogene Entwicklung dieser Krankheitsart ist dem *Schaubild 20 „Hypertonien“* zu entnehmen.

Auch bei dieser Krankheitsart fällt – wie schon bei der Adipositas – der starke Anstieg in den letzten Jahren besonders bei älteren Patienten und Patientinnen ab 70 Jahre auf.

Eine ebenfalls deutliche Differenz ergibt sich auch in der Diagnosestellung der zweithäufigsten Krankheit dieser Altersgruppe, den *Lipidämien* (E78, Fettstoffwechselstörungen), die von einer durchschnittlichen Prävalenz von 34 %

(2005) auf 41 % (2009) zugenommen haben.

Während für die älteren Männer nachfolgend die *ischämischen Herzkrankheiten* (I25; 39,2%) und *Prostatahyperplasien* (N40; 39,0%) im Vordergrund standen, waren bei den Frauen zu 34,8% die als *Akkommodationsstörungen* des Auges (H52) diagnostizierten Fehlsichtigkeiten und ebenfalls zu etwa einem Drittel *Rückenschmerzen* (M54; 31,9%) be-

Tabelle 2.2
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Männer – 80 Jahre und älter

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	105.998	71,57	61,48
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	59.873	40,43	32,87
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	58.068	39,21	40,82
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	57.831	39,05	36,68
N40	Prostatahyperplasie	57.756	39	36,28
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	54.726	36,95	34,11
M54	Rückenschmerzen	42.852	28,93	26,83
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	39.675	26,79	23,69
I50	Herzinsuffizienz	33.524	22,64	25,91
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	32.406	21,88	17,96
H26	Sonstige Kataraktformen	31.977	21,59	20,52
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	29.903	20,19	20,87
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	28.905	19,52	16,77
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	27.470	18,55	18,06
H25	Cataracta senilis	27.024	18,25	18,73
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	26.623	17,98	18,23
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	25.145	16,98	12,97
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	24.293	16,4	15,8
M47	Spondylose	23.142	15,63	11,77
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	22.744	15,36	13,99
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	15.329	10,35	11,12
H36	Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	5.406	3,65	4,62

deutsamer. Erst hiernach folgten bei ihnen die *chronischen ischämischen Herzkrankheiten* und *Herzinsuffizienz* (28,9 bzw. 27,0% vgl. *Tabelle 2.1 und 2.2*). An achter Stelle steht bei beiden Geschlechtern dieses Alters die ebenfalls RSA-relevante Diagnose *Diabetes mellitus-Typ 2* (E11) mit etwa gleich hoher Prävalenz bei Männern (26,8%) und bei Frauen (26,4%). Bei dieser und anderer eindeutig definierter Diagnosen sind vergleichsweise geringere Zunahmen gegenüber 2005 zu verzeichnen als bei den oben erwähnten (s. *Tabelle 2.1 und 2.2*).

Unter *Gonarthrose* (M17) litten gut 26 % der Frauen in diesem Alter, auch *Osteoporose* (M81) wurde bei jeder Vierten dieser Gruppe diagnostiziert mit zwei bis drei Prozentpunkten mehr als 2005 – beide Diagnosen sind im Morbi-RSA ausgleichsrelevant. *Varizen* (I83, Krampfadern) mussten bei mehr als jeder Fünften (21,7 %) behandelt werden, in ähnlichem Umfang auch verschiedenen Augenerkrankungen (H25: *Katarakt* und H36: *Affektionen der Netzhaut*). Schließlich waren über 20 % der ältesten Frauen von *Depressionen* (F32, vgl. *Schaubild 21*) betroffen, von *Demenz* (F03) über 15 %. Mit der Zunahme der psychischen Störungen auch im Alter beschäftigt sich ausführlicher das nachfolgende Spezial (S. 50).

Schaubild 20

**Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009 –
Essentielle Hypertonie (I10)**

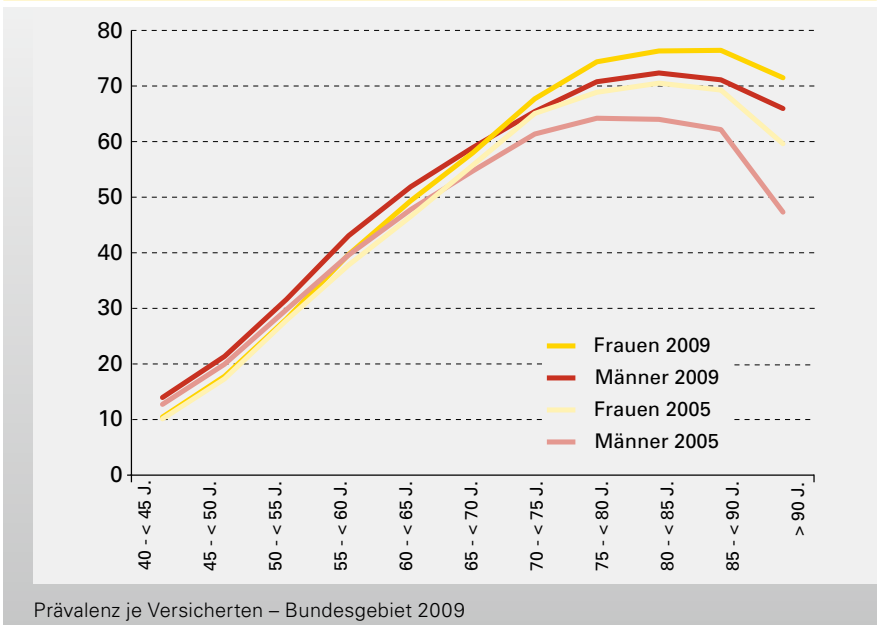
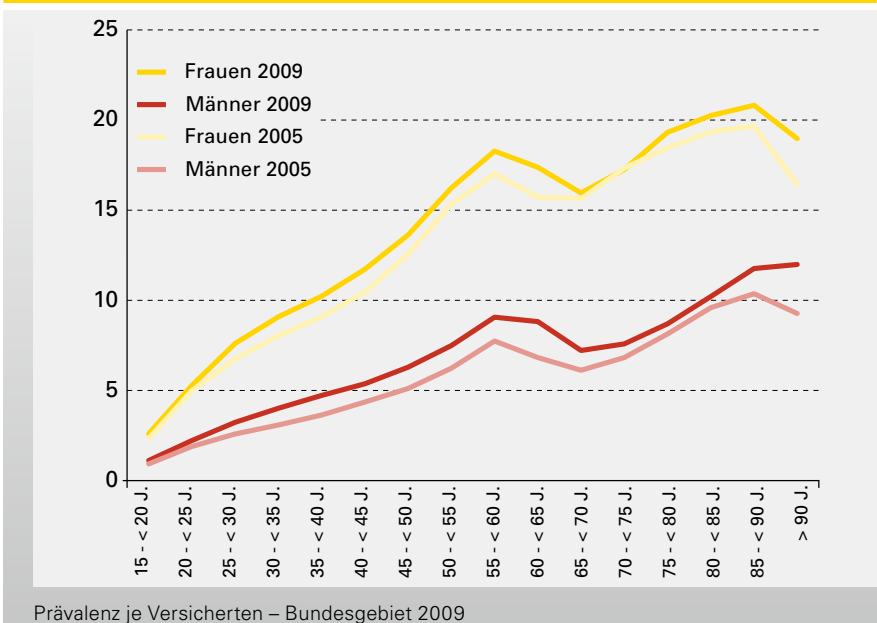


Schaubild 21

**Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009 –
Depressive Episoden (F32)**





Jüngerer Rentenalter (65- bis unter 80-Jährige)

Bei den 65- bis 80-Jährigen werden etwas weniger Krankheiten ambulant versorgt, aber 2009 begaben sich auch hier fast 94 % in ärztliche Behandlung. Für gut 70 % von ihnen wurden dabei mehr als fünf Krankheitshauptgruppen diagnostiziert (inkl. Z-Diagnosen, s. o.). Bereits im jüngeren Rentenalter stehen wie bei den Hochaltrigen wiederum die

essentiellen Hypertonien (Schaubild 20) und *Fettstoffwechselstörungen* als häufigste ambulante Behandlungsdiagnosen weit vorne, wobei die Prävalenz des krankhaften *Bluthochdrucks* bei Männern in 2009 gegenüber 2005 um rd. fünf Prozent auf 64 % gestiegen ist, während bei den Frauen die Zunahme von 62,5 % auf 65,7 % etwas modera-

ter ausfiel (s. Tabelle 3.1 und 3.2 und Schaubild 20). Die *Fettstoffwechselstörungen* haben im gleichen Zeitraum um 2,5 auf 46,7 % im Mittelwert beider Geschlechter zugenommen, und sind somit in dieser Altersgruppe deutlich stärker verbreitet als bei den über 80-Jährigen.

Tabelle 3.1
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Frauen – 65 Jahre bis unter 80 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	464.465	65,74	62,1
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	334.729	47,38	45,17
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	287.371	40,67	38,36
M54	Rückenschmerzen	274.449	38,85	38,71
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	256.653	36,33	27,49
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	244.572	34,62	33,01
N95	Klimakterische Störungen	215.319	30,48	27,89
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	154.564	21,88	20,97
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	144.608	20,47	19,9
I83	Varizen der unteren Extremitäten	141.230	19,99	20,13
M47	Spondylose	138.860	19,65	16,21
E04	Sonstige nichttoxische Struma	129.162	18,28	17,71
H26	Sonstige Kataraktformen	123.191	17,44	15,92
F32	Depressive Episode	122.192	17,29	16,91
E66	Adipositas	120.304	17,03	16,83
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	120.166	17,01	17,98
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	119.536	16,92	12,48
H25	Cataracta senilis	119.290	16,88	16,63
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	110.482	15,64	16,52
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	104.188	14,75	17,64

Bei beiden Geschlechtern bilden hier-nach die *Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen* sowie *Impfungen* häufige Anlässe für Arztkontakte. Ein Drittel der Männer leidet unter *Prostatahyperplasien*, bei fast jedem Vierten werden *Typ-2-Diabetes* und *chronische ischämische Herzkrankheiten* diagnostiziert. Während die Typ-2-Diabetes seit 2005 vor allem bei den Männern dieser Altersgruppe zugelegt hat (s. auch die eingangs beschriebene Entwicklung der Adipositas bei Älteren), waren die ischämischen Herzkrankhei-

ten dagegen vor vier Jahren sogar um etwa vier Prozentpunkte stärker verbreitet. Hier bestätigt sich der auch an anderer Stelle (vgl. *Kapitel 5.2* und *Spezial S. 150 ff*) beobachtete Rückgang dieser Krankheitsart.

Bei Frauen dieser Altersgruppe fällt jedoch die Häufigkeit der für über 30 % genannten *klimakterische Störungen* auf, welche teilweise die – als gesundheitlich äußerst problematisch zu betrachtende – Verordnung von Hormonersatztherapien

(HRT) noch bis in diese Altersgruppe hinein begründen dürften (s. Kasten). Trotz der inzwischen bekannten Risiken der HRT⁸ hat die Häufigkeit dieser Diagnose bei Frauen über 65 Jahren sogar noch zugenommen (+ 2,6 %), während der Trend bei den 50- bis 60-jährigen Frauen deutlich rückläufig ist. Der Altersverlauf dieser Diagnosen in der ambulanten Versorgung ist nebenstehendem *Schaubild 22* zu entnehmen.

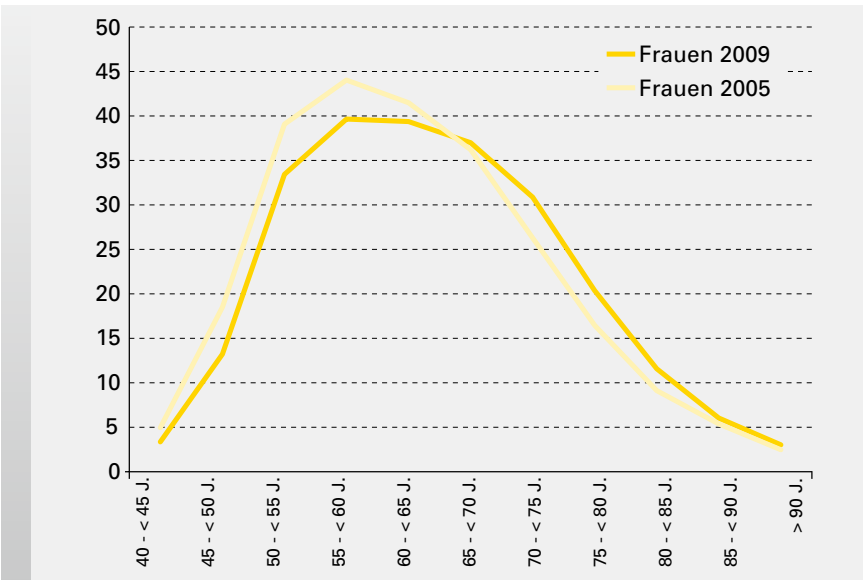
Tabelle 3.2
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Männer – 65 Jahre bis unter 80 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteil in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	444.295	64,02	58,9
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	319.938	46,1	43,21
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	248.771	35,85	33,79
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	237.357	34,2	32,88
N40	Prostatahyperplasie	226.130	32,58	31,21
M54	Rückenschmerzen	214.304	30,88	31,03
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	171.796	24,75	22,93
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	171.371	24,69	28,94
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	130.110	18,75	12,73
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	121.869	17,56	19,01
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	120.342	17,34	12,86
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	109.826	15,83	16,06
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	105.281	15,17	14,15
M47	Spondylose	104.731	15,09	12,42
H26	Sonstige Kataraktformen	100.461	14,48	13,86
H25	Cataracta senilis	100.044	14,42	12,88
E66	Adipositas	89.801	12,94	12,01
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	89.787	12,94	15,19
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	89.824	12,94	15,15
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	79.307	11,43	12,09

⁸ Umfangreiche Materialien hierzu wurden beispielsweise 2005 von der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW auf der Konferenz, Wechseljahre und Hormontherapie – Umdenken erforderlich bereitgestellt, link: http://www.frauengesundheit-nrw.de/ges_them/wechsel/wechselj.htm



Schaubild 22

Klimakterische Störungen (N95) bei Frauen ab 40 Jahren


Prävalenz je weiblichen Versicherten - Bundesgebiet 2009

Die Verwaltungsdaten der BKK Versicherten belegen, dass die Zahl der Arzneimittelpatientinnen mit Hormontherapie besonders in den älteren Gruppen noch überproportional hoch ist. So beträgt ihr Anteil in der Gruppe der 60- bis unter 65-jährigen Frauen 21 %, während er bei den um zehn Jahre jüngeren Frauen im eigentlichen „Menopausen“-Alter zwischen 50 und 54 Jahren bei nur 17,8 % liegt. Damit blieb diese Gruppe 2009 sogar unter dem Anteil der 65- bis 70-Jährigen, die zu 18,3 % Hormone einnahmen. Die

höchste Inanspruchnahme verzeichneten 2009 die 55- bis 59-jährigen Frauen mit 21,7 %, allerdings gab es in dieser Gruppe zugleich mit -5,2 % den höchsten Rückgang gegenüber 2005. Auch bei den 50- bis 54-Jährigen sowie den 60- bis 64-Jährigen waren es im Vergleich zu 2005 jeweils vier Prozent weniger Patientinnen mit Hormonverordnungen, während sich die erstaunlich hohen Quoten der über 70-Jährigen in diesem Zeitraum mit je nach Alter etwa 10 bis beinahe 15 % kaum verändert haben.

Etwa jede fünfte Frau im „Senorinnen“-Alter leidet zudem unter *Gonarthrosen* (M17, Kniegelenk), *Typ 2-Diabetes* sowie Krampfadern an den Beinen (*Varizen* - I83) und *Spondylose* (M47, degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule). Gonarthrose und Spondylose sind bei den Männern dieses Alters ebenfalls verbreitet, wenn auch mit 15 % in geringerem Maße als bei den Frauen.

Mittleres Erwachsenenalter (40- bis unter 65-Jährige)

92 % der Frauen, aber nur gut 85 % der Männer dieser Altersgruppe hatten sich 2009 in ärztliche Behandlung begeben, wobei der Unterschied vor allem aus den häufigeren Vorsorgeuntersuchungen der Frauen resultiert.

Bei Frauen mittleren Alters ist die – präventivmedizinisch hier besonders wichtige – Krebsvorsorge der häufigste Anlass eines Arztbesuches (51 %, 2005: 44 %),

für ein Drittel sind *Rückenschmerzen* (M54) ein weiterer häufiger Anlass (s. *Tabelle 4.1*). Nach *Kontrazeptiven Maßnahmen* (Z30) und *Krankheiten der Vagina* (N89) werden in diesem Alter bereits für über ein Viertel der Frauen, mit einer Zunahme um 1,5 Prozentpunkte gegenüber 2005 *essentielle Hypertonien* diagnostiziert. *Klimakterische Störungen* (N95) folgen mit einer Prävalenz von gut 22 % in 2009, was gegenüber 2005 einen

Rückgang um immerhin rd. drei Prozentpunkte bedeutet. Hiermit war zugleich ein Rückgang der Hormonersatztherapie für Frauen in dieser Altersgruppe verbunden (s. *Kasten S. 45*).

Fettstoffwechselstörungen waren ebenfalls in dieser Gruppe bedeutsam und für 19 % ambulant behandlungsbedürftig. Weitere häufige Befunde bei Frauen dieses Alters waren außerdem

Tabelle 4.1
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Frauen - 40 Jahre bis unter 65 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.120.033	51,04	44,01
M54	Rückenschmerzen	741.553	33,79	34,09
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	596.161	27,17	21,71
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	576.695	26,28	24,63
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	555.765	25,33	23,83
N95	Klimakterische Störungen	485.969	22,15	25,03
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	459.729	20,95	21,37
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	416.446	18,98	18,6
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	344.278	15,69	11,63
E04	Sonstige nichttoxische Struma	333.417	15,19	16,31
F32	Depressive Episode	326.215	14,87	13,52
J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	304.287	13,87	12,08
F45	Somatoforme Störungen	303.540	13,83	14,09
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	295.990	13,49	14,27
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	295.788	13,48	13,72
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	287.833	13,12	14,21
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	252.411	11,5	10,77
E66	Adipositas	250.947	11,44	11,17
M47	Spondylose	222.881	10,16	8,62
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	217.195	9,9	14,77

2.2. Ambulante ärztliche Versorgung nach Alter und Geschlecht



Schilddrüsenbeschwerden (E04) wie auch *depressive Episoden* (F32) mit einer Prävalenz von immerhin 15 %. Depressionen waren zwar bei Männern in dieser Altersgruppe mit gut 7 % ein weniger häufiger Behandlungsanlass als bei Frauen, dennoch wurden diese Diagnosen auch bei ihnen – wie bei den Frauen – um 1,5 % häufiger gestellt als noch in 2005 (s. *Tabelle 4.2* und *Schaubild 21*).

Mit 28,6 % am häufigsten wurden bei Männern wiederum die *essentiellen Hypertonien* diagnostiziert (+2,6 % gegenüber 2005), dicht gefolgt von Rückenschmerzen (28,4 %, leicht rückläufig). *Lipidämien* (Fettstoffwechselstörungen) waren für fast jeden Vierten ein weiterer häufiger Befund, der somit bei den männlichen Patienten dieser Altersgruppe auch deutlich stärker verbreitet ist als bei den Frauen. Bandscheiben- und

Wirbelsäulenprobleme führten jeweils knapp 9 % der männlichen Versicherten in diesem Alter zum Arzt, auch die *Adipositas* war mit 8,6 % fast genauso häufiger Untersuchungsanlass. Letztere spielte allerdings in dieser Altersgruppe bei den Frauen mit 11,4 % eine noch größere Rolle (s. *Tabelle 4* und *Schaubild 19*).

Tabelle 4.2
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Männer - 40 Jahre bis unter 65 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	638.346	28,62	28,49
M54	Rückenschmerzen	633.169	28,38	23,64
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	543.446	24,36	16,27
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	346.867	15,55	9,79
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	298.125	13,36	11,09
J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	285.885	12,82	11,17
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	251.582	11,28	5,8
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	204.435	9,16	8,68
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	194.127	8,7	9,27
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	193.024	8,65	8,14
E66	Adipositas	191.720	8,59	7,58
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	185.419	8,31	6,99
M47	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	184.834	8,29	9,64
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	176.088	7,89	8,81
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	162.187	7,27	7,21
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	161.640	7,25	5,69
F32	Depressive Episode	156.958	7,04	7,16
N40	Prostatahyperplasie	154.016	6,9	7,88
J20	Akute Bronchitis	151.915	6,81	5,62
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	146.601	6,57	

Jüngere Erwachsene (25 bis unter 45 Jahre)

Während nur vier von fünf männlichen Versicherten dieser Altersgruppe (79,6 %) in 2009 einen Arzt aufsuchten, waren es bei Frauen – schon auf Grund häufiger gynäkologischer Untersuchungen und Behandlungen – 92,7 %.

In der Gruppe jüngerer erwachsener Männer stehen *Rückenschmerzen* mit gut 19 % und *akute Infektionen der Atemwege* mit gut 18 % deutlich an der Spitze. Hiernach folgen mit Abstand weitere Diagnosen aus den Bereichen der Erkältungskrankheiten sowie der Verdauungserkrankungen. Gut fünf Prozent leiden jedoch auch unter chronischen Erkrankungen wie *Asthma bronchiale* (J45) und *Fettstoffwechselstörungen*.

Bei etwa der Hälfte der Frauen stehen erwartungsgemäß *kontrazeptive*

Maßnahmen und die *Krebsvorsorge* im Vordergrund, sowie andere gynäkologische Befunde (s. *Tabelle 5.1*). Rückenschmerzen bilden bei 23,4 % der jüngeren Frauen einen Anlass für eine ärztliche Untersuchung. Auch *depressive Episoden* kommen bei ihnen mit neun Prozent zunehmend häufiger vor (+1,0 % gegenüber 2005).

Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis unter 25 Jahre)

In der jüngsten Erwachsenenengruppe haben ebenfalls nur knapp vier von fünf männlichen Versicherten einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht. Bei den weiblichen Versicherten lag die Inanspruchnahme aus den schon genannten Gründen bei gut 91 %. Zu über 60 % suchten die jungen weiblichen Versicherten eine Arztpraxis wegen *kontrazeptiver Maßnahmen* auf, gefolgt von gynä-

kologischen Vorsorgeuntersuchungen oder Befunden. Atemwegserkrankungen (25 %) und *Akne* (L70, 14,4 %) sind weitere häufige Diagnosen bei jungen Frauen. Fehlsichtigkeit führte 2009 bei 13,6 % dieser Gruppe zu einem Arztbesuch und *Rückenschmerzen* bei 13,4 %.

Bei den jungen Männern standen wiederum die akuten Infektionen der Atemwege mit 22 % weit an der Spitze, jeder zehnte kam mit einer *nichtinfektiöse Gastroenteritis* und *Kolitis* (K52) oder wiederum mit *Rückenschmerzen* in die Arztpraxis. Wegen *Akne* ließen sich 8,5 % der jungen Männer ärztlich behandeln, 7,3 % kamen mit *nicht näher bezeichneten Verletzungen* (T14) in die Arztpraxis.

Adipositas wurde bei 2,8 % der jungen Männer und sogar bei 4,9 % der jungen Frauen – jeweils mit zunehmender Tendenz – diagnostiziert. Diese Krankheitsgruppe wie auch die relativ verbreiteten

Tabelle 5.1
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Frauen - 25 Jahre bis unter 40 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	846.567	63,87	57,5
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	719.495	54,28	49,42
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	532.733	40,19	37,7
M54	Rückenschmerzen	309.906	23,38	23,68
J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	269.110	20,3	17,01
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	234.907	17,72	17,8
N94	Schmerz u. and. Zustd. im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorganen u. d. Menstr.zykl.	220.327	16,62	17,25
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	194.601	14,68	14,55
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	182.631	13,78	20,9
F45	Somatoforme Störungen	152.855	11,53	12,25
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	146.710	11,07	11,41
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	143.621	10,84	11,98
D22	Melanozytennävus	137.734	10,39	8,32
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	134.039	10,11	9,68
Z01	Sonst. spez. Untersuchungen u. Abklärungen bei Pers. ohne Beschw. o. angegeb. Diagnose	126.284	9,53	7,05
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	124.979	9,43	8,85
N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	122.773	9,26	9,29
F32	Depressive Episode	119.872	9,04	8,05
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	118.509	8,94	8,27
J20	Akute Bronchitis	106.107	8,01	9,26

2.2. Ambulante ärztliche Versorgung nach Alter und Geschlecht



Rückenbeschwerden bilden die bedenklichsten Befunde in dieser noch jungen Altersgruppe.

Fazit/Zusammenfassung

Die ambulanten Diagnosen aus den ärztlichen Abrechnungsdaten spiegeln – ähnlich wie die Arbeitsunfähigkeitsmeldungen – nur zum Teil die Verteilungen der „echten“ Morbidität in der Bevölkerung wieder. Veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen wie die Einführung des morbiditätsbasierten Risikostrukturausgleichs oder Veränderungen der ärztlichen Vergütungsregelungen schlagen sich – neben der Morbidität – in den jeweiligen empirischen Verteilungen nieder. Die Frage, wie gesund oder krank die verschiedenen Altersgruppen wirklich sind, ist aus diesen Daten alleine sicher nicht zu beantworten.

Dennoch sind durch ergänzende Analysen dieser „neuen“ Gesundheitsdaten durchaus reale Krankheitsentwicklungen und problematische Veränderungen der Gesundheitssituation in der Bevölkerung, wie z. B. die Zunahme der sogenannten „Zivilisationskrankheiten“, besonders Stoffwechselerkrankungen, Adipositas und andere Herz-/Kreislaufisiken, zu erkennen. Auch wenn bei diesen Diagnosen teilweise durch ihre Finanzwirksamkeit im Morbi-RSA eine erhöhte Dokumentationsfrequenz unterstellt werden kann, ist dennoch das Ausmaß des Anstiegs gesundheitspolitisch als Warnsignal ernst zu nehmen. Gleiches gilt für die Zunahme der psychischen Störungen in allen Altersgruppen, denen sich auch verschiedene Spezialbeiträge in diesem Report widmen – so auch das nachfolgende *Spezial* zu psychischen Störungen im Alter.

Auch sind die direkten Krankheitskosten durch psychische Verhaltensstörungen auf bereits 28 Mrd. € in 2008 gewachsen.⁹ Demenzielle und depressive Erkrankungen verursachen hierbei alleine Ausgaben in Höhe von 9,4 bzw. 5,2 Mrd. €. Krankheitsentwicklungen, ebenso wie hieraus resultierende Anforderungen oder mögliche Fehlentwicklungen im Versorgungssystem sorgfältig und datengestützt zu beobachten und dies als Basis für gesundheitspolitische Steuerungen aktiv zu nutzen, muss gerade in einer älter werdenden Gesellschaft, mit einem hier besonders hohen Stellenwert gesundheitsbezogener Fragen, eine deutlich höhere Priorität als bisher erhalten.

Tabelle 5.2
Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009
Männer - 25 Jahre bis unter 40 Jahre

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2009		2005
ICD	ICD Bezeichnung	„Anzahl der Versicherten mit ICD“	Anteile in %	Anteile in %
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	638.346	28,62	28,49
M54	Rückenschmerzen	633.169	28,38	23,64
E78	Störungen d. Lipoproteinstoffw. u. sonst. Lipidämien	543.446	24,36	16,27
H52	Akkommodationsstör. u. Refraktionsfehler	346.867	15,55	9,79
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden / Diagnose	298.125	13,36	11,09
J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	285.885	12,82	11,17
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	251.582	11,28	5,8
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	204.435	9,16	8,68
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	194.127	8,7	9,27
M53	Sonstige Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens, a.a.O. nicht klassifiziert	193.024	8,65	8,14
E66	Adipositas	191.720	8,59	7,58
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	185.419	8,31	6,99
M47	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	184.834	8,29	9,64
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	176.088	7,89	8,81
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	162.187	7,27	7,21
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	161.640	7,25	5,69
F32	Depressive Episode	156.958	7,04	7,16
N40	Prostatahyperplasie	154.016	6,9	7,88
J20	Akute Bronchitis	151.915	6,81	5,62
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	146.601	6,57	

⁹ Statistisches Bundesamt, Krankheitskostenrechnung 2010

Psychische Störungen und deren Behandlung im Alter

Dipl. Psych. Dr. Thomas Bär, Dipl. Psych. Dr. Tina Wessels, Dipl. Psych. Timo Harfst¹
Wissenschaftliche Referenten der Bundespsychotherapeutenkammer

Psychische Erkrankungen im Alter

Psychische Erkrankungen treten im Alter etwa ebenso häufig wie im jüngeren Erwachsenenalter auf. Betrachtet man verschiedene epidemiologische Studien, dann ist im Laufe eines Jahres etwa ein Viertel der über 65-Jährigen von einer psychischen Erkrankung betroffen.

Neben Demenzerkrankungen sind Depressionen von besonderer Bedeutung. Diese sind im Alter oft eine Reaktion auf Einsamkeit nach dem Tod des Lebenspartners, fortschreitende Alterungsprozesse, die mit zunehmenden Einschränkungen verbunden sind, oder dem Erleben, nicht mehr gebraucht zu werden. Sie äußern sich ähnlich wie bei jüngeren Menschen in anhaltend gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel oder leichter Erschöpfbarkeit. Hinzu kommen Konzentrationsstörungen, gestörter Schlaf, verminderter Appetit oder herabgesetztes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Die Gedanken kreisen oft um Schuld oder eigene Wertlosigkeit, die Betroffenen sehen die Welt „grau in grau“. Im Vergleich zu Depressionen bei jüngeren Menschen haben körperliche Symptome, wie zum Beispiel ständige Schmerzen, Verstopfung oder generelle Befürchtungen, zum Beispiel über ein nachlassendes Gedächtnis, eine höhere Bedeutung.

Deshalb wird die Erkrankung speziell im Alter oft nicht erkannt. Die Beschwer-

den werden vom Umfeld oft als „normale“ Begleiterscheinung des Alterns verkannt. Viele alte Menschen zeigen ihr Leid nicht, bagatellisieren die Beschwerden oder ordnen sie einer organischen Erkrankung zu.

Ein weiteres Problem ist die diagnostische Abgrenzung zu Demenz oder körperlichen Erkrankungen. Die Symptome von Demenzerkrankungen und Depressionen im Alter überlappen sich teilweise, sodass es einer gewissen Expertise bedarf, eine korrekte Diagnose zu stellen. Oft treten beide Krankheitsbilder gemeinsam auf. Die Abgrenzung zu körperlichen Erkrankungen ist speziell bei Depressionen schwierig. Einerseits nehmen mit dem Alter körperliche Erkrankungen zu, andererseits sind Depressionen oft mit körperlichen Symptomen verbunden. Auch hier besteht oft eine Komorbidität. Es gilt als gesichert, dass Depressionen deutlich häufiger bei körperlich sehr kranken alten Menschen auftreten. Besonders alte Menschen, die in Heimen leben, sind von Depressionen betroffen.

Ein besonderes Problem von Depressionen im Alter ist eine erhöhte Suizidgefahr. Etwa 30 % aller Suizide werden von Menschen über 65 Jahren verübt. Ihr Anteil an der Bevölkerung beträgt dagegen nur ca. 15 %. Ganz besonders ältere Männer sind betroffen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, bei alten Menschen, die initial wegen Klagen über körperliche Beschwerden eine Behandlung suchen, auch die Diagnostik einer

depressiven Symptomatik im Auge zu behalten und bei den betroffenen Menschen aktiv diesbezüglich nachzufragen.

Die Prävalenz von Demenzerkrankungen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Bei den unter 65-Jährigen liegt die Prävalenz noch unter 2 %, wohingegen über 30 % der Menschen betroffen sind, die älter als 90 Jahre sind.

Andere psychische Erkrankungen, wie beispielsweise schizophrene Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen oder Anpassungsstörungen, treten im höheren und hohen Erwachsenenalter deutlich seltener auf als bei jüngeren Erwachsenen. Auch bei Angststörungen hat man bislang angenommen, dass diese im Alter nur selten auftreten. Neuere Studien weisen jedoch darauf hin, dass dies bislang unterschätzt wurde. Nach den Daten der Berliner Altersstudie leiden 4,4 % der über 70-Jährigen unter Angststörungen. Diese werden oft nicht erkannt, obwohl die Betroffenen medizinische Leistungen vermehrt in Anspruch nehmen und die Erkrankungen zu erheblichem Leidensdruck führen.

Ein spezielles Problem im Alter sind posttraumatische Störungen. In einer jüngeren epidemiologischen Studie wurde bei 3,4 % der über 60-jährigen Menschen eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Posttraumatische Erkrankungen bei älteren Menschen sind oft Folge von Traumatisierungen durch Kriegs- oder Nachkriegserfahrungen oder politischen Inhaftierungen. Auf-

¹ Der Text gibt die Meinung der Autoren wieder.



grund der hohen Tabuisierung dieser traumatischen Erfahrungen sowohl bei den Betroffenen als auch von deren Umfeld ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Prävalenz höher liegen dürfte.

Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen ist durch zahlreiche Studien und Metaanalysen nachgewiesen. Auch für den Altersbereich der über 65-Jährigen wurde dies für zahlreiche Störungsbilder belegt. Sogar für Demenzerkrankungen gibt es zumindest Hinweise darauf, dass Psychotherapie nicht nur das Wohlbefinden des Betroffenen positiv beeinflussen kann, sondern sich auch positiv auf die Befindlichkeit der Angehörigen auswirkt, die oft unter erheblicher Symptombelastung leiden.

In der Allgemeinbevölkerung spricht sich die Mehrheit der Patienten bei freier Wahl für eine Psychotherapie zur Behandlung psychischer Erkrankungen aus. Bei einer Depression würden 70 % der Bevölkerung eine Psychotherapie als Behandlung empfehlen, nur 9 % würden Anderen von einer Psychotherapie abraten. Psychopharmaka präferieren dagegen nur knapp 40 %, wobei fast ebenso viele Befragte im Falle einer Depression von einer solchen Behandlung abraten würden.

Dennoch werden ältere und alte Menschen nur selten psychotherapeutisch behandelt, häufig hingegen mit Psycho-

pharmaka. Aus dem GEK-Gesundheitsreport 2007 geht hervor, dass der Anteil von Menschen über 60 Jahren, bei denen eine Psychotherapie genehmigt wird, mit steigendem Alter kontinuierlich abnimmt. Andere Studien weisen in die gleiche Richtung. Nach epidemiologischen Angaben hatten in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen insgesamt 12,7 % Erfahrungen mit psychotherapeutischen Hilfen, im Vergleich zu 24,3 % in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen. Dies scheint jedoch nur zum Teil an den Einstellungen der älteren Menschen gegenüber Psychotherapie zu liegen. Studien zu diesem Thema zeigen uneinheitliche und oft widersprüchliche Ergebnisse bezüglich Unterschieden in den Einstellungen zur Psychotherapie bei jüngeren und älteren Menschen. Wenn überhaupt, handelt es sich eher um ein Charakteristikum einer bestimmten Geburtskohorte als um ein Problem des Alters an sich. So ist zu erwarten, dass zukünftige Generationen alter Menschen Psychotherapie gegenüber aufgeschlossener sein werden als diejenigen Generationen, die heute zu den Hochbetagten gehören. Daraus lässt sich folgern, dass der Bedarf und die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch alte Menschen in Zukunft ansteigen werden.

Die Verordnung und der Gebrauch von Psychopharmaka sind bei älteren und alten Menschen recht hoch. Aus der Berliner Altersstudie geht hervor, dass ca. ein Viertel der über 70-Jährigen ein Psychopharmakon einnehmen. Mit einem Anteil von 13,6 % stellen Benzodiazepi-

ne dabei die mit Abstand größte Gruppe dar. Dabei erfolgt die Verordnung nicht immer indikationsspezifisch. Vor allem Benzodiazepine werden häufig bei unspezifischen psychischen Beschwerden wie Schlafbeschwerden oder Schmerzen verabreicht, ohne dass notwendigerweise eine psychische Erkrankung die Indikation begründet. So lässt es sich erklären, dass 40 % der mit einer Depression diagnostizierten Patienten ein Benzodiazepin erhielten, wohingegen nur sechs Prozent der Patienten ein Antidepressivum verordnet bekamen. In der Berliner Altersstudie befand sich keiner der über 70-Jährigen, bei dem eine Depression diagnostiziert wurde, in psychotherapeutischer Behandlung. Untersuchungen aus Alten- und Pflegeheimen zeigen zudem, dass der Psychopharmakagebrauch mit der Multimorbidität und Pflegbedürftigkeit der Patienten ansteigt.

Versorgung psychisch kranker älterer Menschen

Die beschriebenen Befunde weisen darauf hin, dass psychisch kranke alte Menschen eher unter- oder fehl- als überversorgt sind. Aufgrund der zu erwartenden demografischen Veränderungen ist davon auszugehen, dass die Anzahl älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich zunehmen wird. Hierdurch wird sich die Problematik des Auseinanderklaffens des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs und der vorhandenen personellen Ressourcen im Gesundheitssystem in verschärfter Weise stellen. Mit multiplen



körperlichen Erkrankungen im Alter steigt auch das Risiko einer psychischen Erkrankung und damit auch der Komorbidität von psychischen und somatischen Erkrankungen. Deswegen wird es für die Gesundheitsversorgung in Zukunft von hoher Bedeutung sein, Modelle zu entwickeln, die eine Abstimmung der Behandlungsstrategien für die verschiedenen Erkrankungen und ggf. sogar eine Prioritätensetzung bezogen auf bestimmte Erkrankungen in der Behandlung gewährleisten, wie beispielsweise Stepped-Care- oder Case-Management-Modelle für psychisch kranke alte Menschen. Bei Stepped-Care-Modellen wird den Patienten zunächst eine wirksame und wenig aufwändige Behandlung angeboten. Wenn über einen bestimmten Zeitraum keine Besserung erfolgt, werden schrittweise intensivere und komplexere Behandlungen eingeleitet. Dies setzt natürlich eine langfristige Beobachtung des Behandlungsverlaufs voraus. Ein Case Management in der

Versorgung psychisch kranker alter Menschen setzt voraus, dass eine Person die Verantwortung für das Monitoring und die Anpassung der Behandlungsstrategie übernimmt und dass die verschiedenen Leistungserbringer gut vernetzt sind.

Die erste Anlaufstelle für ältere und alte Menschen sind in der Regel die Hausärzte. Deren Kompetenz für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Alter sollte gestärkt werden. Neben Hausärzten müssen ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenpflege und -hilfe in solche Versorgungskonzepte integriert werden. Eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker alter Menschen innerhalb eines gestuften Versorgungsangebotes erfordert zudem eine flexiblere Nutzung der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen. Das psychotherapeutische Angebot sollte hinsichtlich des Ortes, des Settings, der Zeitdauer und der therapeutischen Ansätze auf die spezifischen Bedürfnisse

psychisch kranker alter Menschen flexibilisiert und angepasst werden.

Inwieweit psychotherapeutische Ansätze stärker in die Versorgung psychisch kranker alter Menschen integriert werden, ist auch eine Frage gesellschaftlicher Werthaltungen und Einstellungen. Von den Kostenträgern, Leistungserbringern und Patienten werden nach wie vor Vorbehalte hinsichtlich einer psychotherapeutischen Behandlung im Alter beklagt. Es ist zu wünschen, dass diese Vorbehalte nicht nur im Zuge der erwartbaren Änderungen kultureller Werthaltungen gegenüber dem Alter u. a. auf Grund des demografischen Wandels, sondern auch durch aktive Aufklärung und wachsendes Interesse seitens der Psychotherapeuten verringert werden.

Eine stärkere Verankerung psychotherapeutischer Konzepte in der Versorgung psychisch kranker alter Menschen wäre daher wünschenswert.

2.3 Stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht

Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich ausschließlich auf Erwerbspersonen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern/innen. Das Krankheitsspektrum ist jedoch bedeutend selektiver, da viele Erkrankungen – selbst schwer wiegende und chronische – nicht unbedingt zu einem Krankenhausaufenthalt führen.

Auch bei den stationären Behandlungen unterscheiden sich die Krankheitsschwerpunkte von Männern und Frauen merklich. Männer sind mit 29,2 Fällen je 1.000 Versicherte weitaus häufiger von Herz-/ Kreislaufkrankungen (I00-I99) betroffen als Frauen (21,9 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 ein Krankenhaus eingewiesen. Diese Verteilungen finden sich ähnlich auch bei der Arbeitsunfähigkeit wieder. In anderen Krankheitsgruppen dagegen gibt es Abweichungen vom AU-Geschehen, besonders bei psychischen Erkrankungen. Während Frauen hier im Vergleich zu Männern mehr Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen, werden Männer wegen psychischer Störungen öfter stationär behandelt. Der Grund liegt vor allem darin, dass Männer häufiger an Suchterkrankungen und hier insbesondere Alkoholmissbrauch leiden.

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 Krankheitsfälle als auch die der Krankenhaustage zu (vgl. *Schaubilder 23.1 und 23.2*). Bei den 15 bis 19-Jährigen lag die Fallzahl lediglich bei 100 Fällen je 1.000 Versicherte, bei den 65 bis unter 70-Jährigen waren es 325 Fälle und bei den über 80-Jährigen mit 659 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber noch einmal doppelt soviel. Entsprechend nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu. 65- bis unter 70-Jährige lagen 2009 im Mittel gut drei Tage im Krankenhaus, was etwa

einer Verdoppelung des Durchschnitts aller Versicherten (1,7 Tage) entspricht, über 80-Jährige verzeichneten mit 7,5 Krankenhaustagen viereinhalbfache Liegezeiten im Vergleich zum Durchschnitt. In allen Altersgruppen haben die Fallhäufigkeiten gegenüber dem Vorjahr leicht zugenommen.

Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen

Stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen sind glücklicherweise selten und beschränken sich auf bestimmte Diagnosen. Das Haupterkrankungsgeschehen in diesem Alter

Schaubild 23.1

Krankenhausbehandlung nach Alter und Geschlecht (Fälle)

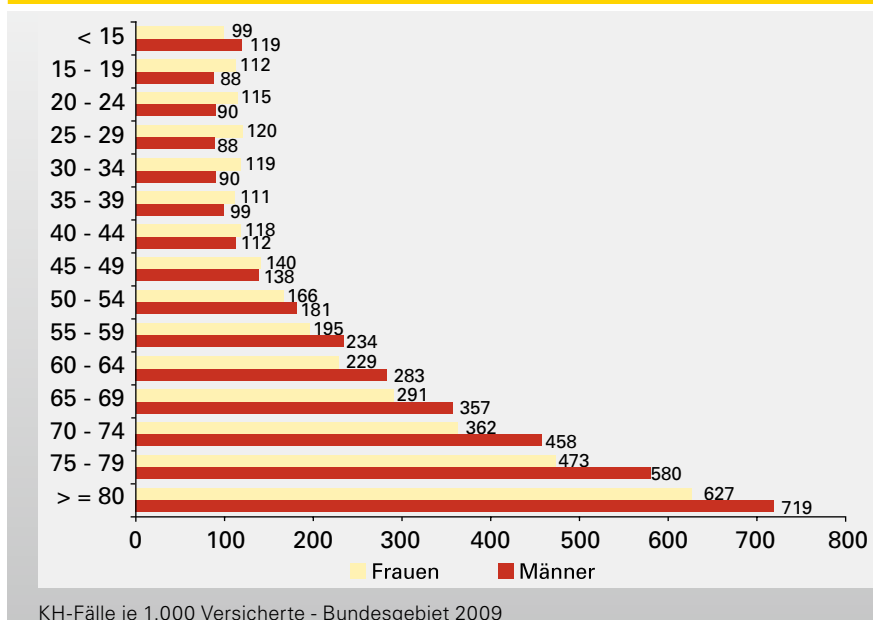
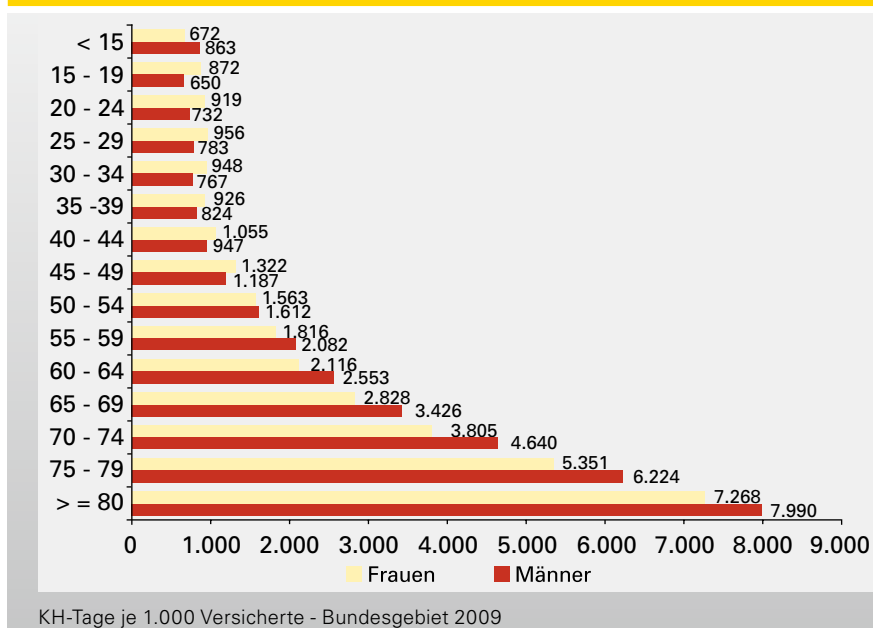


Schaubild 23.2

Krankenhausbehandlung nach Alter und Geschlecht (Tage)



spiegelt 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 119 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), die ein Fünftel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe ausmachten (24,0 Fälle je 1.000 Jungen und 18,2 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 (17,2 bzw. 13,4 Fälle je 1.000). Infektionen (A00-B99), die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben, stellen die dritthäufigste Krankheitsgruppe in dieser Altersklasse dar. 1998 hatten Infektionskrankheiten mit 5,3 Fällen je 1.000 Versicherten lediglich einen Anteil von 4,8 % am Krankheitsspektrum. 2004 waren es bereits 10,4 % und 2008 sogar 11,5 % (12,7 Fälle je 1.000). Im Berichtszeitraum 2009 sank die Zahl der Krankenhauseinweisungen der unter 15-Jährigen auf 11,2 Fälle je 1.000 Versicherte (Anteil von 10,2 %). Bei den stationär behandelten Infektionen im Kindesalter handelt 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 (112 Fälle im Vergleich zu 88 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 (12,4 Fälle je 1.000). Stationäre Behandlungen wegen Hauterkrankungen kommen bei männlichen Jugendlichen ebenso etwas häufiger vor (3,2 gegenüber 2,7 Fällen je 1.000 Versicherte).

Gut jeder siebten stationären Einweisung von Jugendlichen beiderlei Geschlechts lagen psychische Störungen zu Grunde. 14,5 Fälle (+0,8 gegenüber dem Vorjahr) der männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren unterschritten zwar die Häufigkeit der Mädchen dieses Alters (16,2 Fälle je 1.000, -0,3 gegenüber dem Vorjahr), allerdings nehmen die Krankenhauseinweisungen bei den über 25-jährigen Männern dann deutlich zu 18,1 (+1,5) Fälle je 1.000 männliche Versicherte standen 14,7 (+1,0) Fälle der über 25-jährigen Frauen gegenüber, häufigster Grund wie

Schaubild 24.1

Krankenhauseinweisungen der Frauen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten

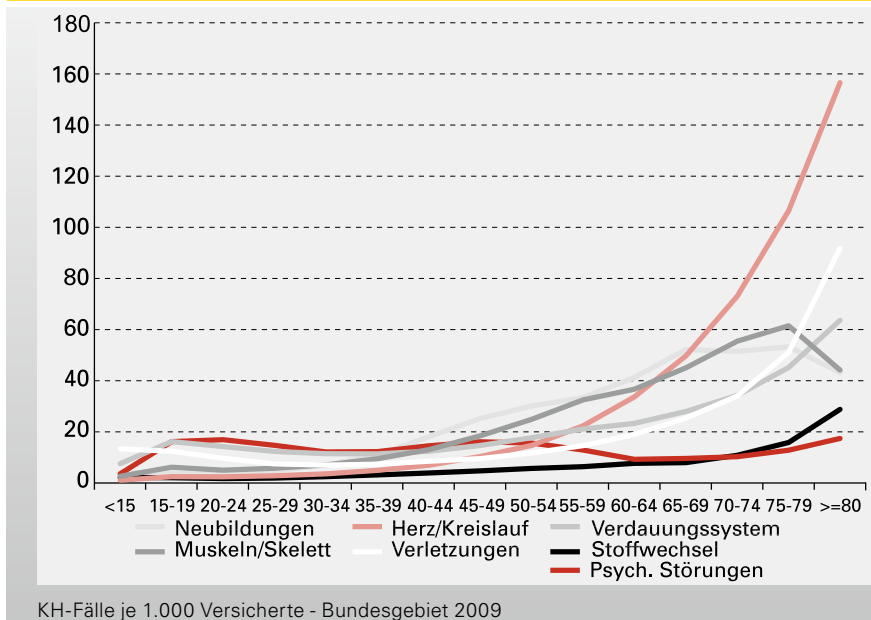
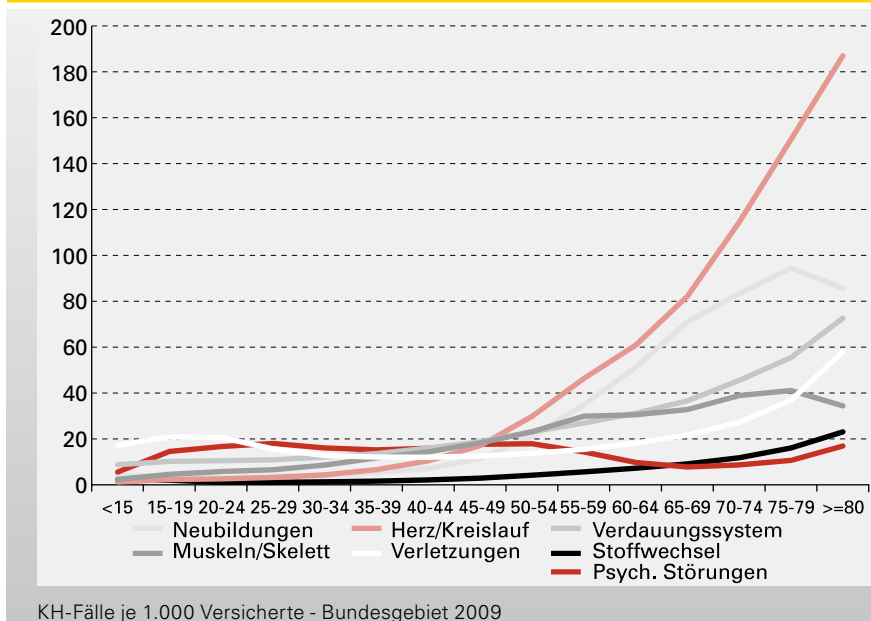


Schaubild 24.2

Krankenhauseinweisungen der Männer nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten





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 auch 63 % der Krankenhaustage. Hinter diesen Diagnosen verbergen sich insbesondere akute Blinddarmentzündungen, die bei Mädchen und jungen Frauen oftmals als unklare Unterleibsbeschwerden diagnostiziert werden.

Krankenhausaufenthalte im erwerbsfähigen Alter

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 49 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 Viertel der Fälle allein hierauf. Bei jüngeren Frauen spielen neben psychischen Erkrankungen auch 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 69 Jahren, bei den 45- bis unter 50-Jährigen gehörte etwa jede fünfte Einweisungsdiagnose zur Gruppe der Tumorerkrankungen. Ab 45 Jahre bilden zudem Muskel- und Skeletterkrankungen zunehmend den Anlass für stationäre Behandlungen der Frauen, Herz-/Kreislauf-Diagnosen werden für Frauen erst ab sechzig relevanter.

Das Morbiditätsspektrum der Männer dieser Altersgruppe ist anders geprägt. Bis Mitte zwanzig dominieren bei ihnen Verletzungen, die rund ein Viertel aller

stationären Fälle ausmachen, als Hauptursache für Krankenhausaufenthalte. Bei den 25 bis unter 40-jährigen Männern bestimmen psychische Störungen das stationäre Geschehen.

Bei den Männern bilden in den mittleren Altersgruppen die Erkrankungen des Verdauungssystems die quantitativ wichtigste Krankheitsgruppe. Bei Männern ab fünfzig dominieren erwartungsgemäß die Herz- und Kreislauferkrankungen, zwischen 55 und 65 Jahren verursachen diese bei ihnen jede fünfte, ab 65 Jahren gar jede vierte 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 rund 46 % der Krankenhaustage und bei den über 35- bis 50-Jährigen ein Drittel der stationären Behandlungstage aus psychischen Störungen. Bei den Männern stehen hierbei neben Suchterkrankungen auch Depressionen, bei Frauen mehr die depressiven Störungen im Vordergrund (vgl. auch *Kapitel 5*).

Krankenhausaufenthalte von älteren Versicherten

Im Alter von 65 Jahren und älter steigt der Anteil von Versicherten mit Krankenhausaufenthalt 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 hierbei noch deutlich geringere Fallhäufigkeiten. In den Gruppen bis unter achtzig wiesen sie rund ein Viertel weniger Fälle als die gleichaltrigen Männer auf.

Bei den älteren Frauen bilden nach den Kreislaufleiden Muskel- und Skeletterkrankungen, Neubildungen und ab Mitte siebzig auch Verletzungen – die bei den über 80-Jährigen an zweiter Stelle stehen – die wichtigsten Krankheits-

gruppen bei stationärer Behandlung. Hierbei dürften Osteoporose-Erkrankungen und häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, denen verstärkt in Präventionsmaßnahmen der BKKn für ältere Versicherte entgegen gewirkt 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 Krankenhauseinweisungen bilden. *Schaubilder 24.1 und 24.2* zeigen die Häufigkeit der Krankenhausfälle 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. *Anhangtabelle 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 für Frauen bis 65 Jahre Stoffwechselerkrankungen häufiger stationärer Behandlungsanlass als für Männer sind, dreht sich das Verhältnis im Alter um. Insgesamt wandelt sich die geschlechtsspezifische Krankenhausanspruchnahme 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.

2.4 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)¹⁰ sowie den freiwillig Versicherten mit Krankengeldanspruch und einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze. Insgesamt wurden 2009

5,7 Mio. erwerbstätige Mitglieder erfasst. Unter den 5,09 Mio. beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern waren, nach dem Tätigkeitsschlüssel differenziert, 1,79 Mio. Arbeiter, 1,88 Mio. Angestellte, 923 Tsd. Teilzeitbeschäftigte sowie kleinere Gruppen (z. B. Auszubildende) mit insgesamt rund 500 Tsd. Mitgliedern. Hinzu kommen 561 Tsd. freiwillig krankenversicherte Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen von über 48.600 Euro. In die AU-Auswertungen wurden weiterhin 190 Tsd. (krankengeldberechtigte) ALG-I-Empfänger einbezogen.

Bei den Auswertungen der Krankenhaushfälle 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 gesondert berücksichtigt.

Arbeitsunfähigkeit nach beruflichem Status

Die Erwerbsstrukturen unterscheiden sich bei Männern und Frauen beträchtlich (vgl. *Tabelle 6*): So waren die über den Tätigkeitsschlüssel als Arbeiter oder Facharbeiter zugeordneten Pflichtmitglieder zu 84 % männlich, während im Angestelltenbereich die weiblichen

Tabelle 6
Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus 2009

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	Tage je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
Pflichtversicherte Beschäftigte	Männer	2.718	112,4	1.457,8	13,0	4,2	97,7
	Frauen	2.372	117,6	1.416,3	12,1	1,8	37,4
	insgesamt	5.090	114,8	1.438,5	12,5	3,0	69,6
davon sind:							
Pflichtversicherte Arbeiter	Männer	1.495	121,1	1.772,6	14,6	5,6	137,1
	Frauen	292	131,7	2.028,3	15,4	3,3	78,2
	insgesamt	1.787	122,8	1.814,4	14,8	5,2	127,5
Pflichtversicherte Angestellte	Männer	768	84,1	967,2	11,5	1,5	34,6
	Frauen	1.111	111,4	1.240,2	11,1	1,3	26,5
	insgesamt	1.880	100,2	1.128,6	11,3	1,4	29,8
Teilzeitbeschäftigte	Männer	160	80,4	1.137,2	14,1	2,2	56,6
	Frauen	763	105,9	1.457,6	13,8	1,6	35,6
	insgesamt	923	101,5	1.402,1	13,8	1,7	39,2
Freiwillig versicherte Beschäftigte	Männer	469	55,6	598,8	10,8	0,6	13,1
	Frauen	92	42,9	507,0	11,8	0,4	8,8
	insgesamt	561	53,5	583,8	10,9	0,5	12,4
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	108	60,1	1.953,3	32,5	-	-
	Frauen	82	75,5	2.279,3	30,2	-	-
	insgesamt	190	66,8	2.094,6	31,4	-	-

¹⁰ In die AU-Auswertungen werden nur die ALG-I-Empfänger einbezogen, da die ALG-II-Empfänger keinen Krankengeldanspruch besitzen und somit für sie bei den Krankenkassen i. d. R. auch keine AU-Fälle geführt werden.



Beschäftigten mit 59 % die Mehrheit bildeten.¹¹ Nur 12 % der pflichtversicherten Frauen gingen einer gewerblichen Tätigkeit nach, bei den Männern waren es mit 55 % mehr als die Hälfte. 47 % der Frauen hatten Vollzeitjobs als Angestellte, 32 % arbeiteten in Teilzeit. Pflichtversicherte Männer waren nur zu 28 % im Angestelltenverhältnis und nur zu gut 6 % in Teilzeit beschäftigt.

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

Von den hier betrachteten Erwerbspersonen waren 2009 lediglich 3,4 % ALG-I-Empfänger, d. h. Versicherte, die erst seit maximal einem Jahr arbeitslos gemeldet sind. Im Gegensatz zu den Vorjahren ist damit ihr Anteil erstmals wieder angestiegen, wobei sich die Zahl der männlichen Arbeitslosen erhöhte, während sie bei den Frauen sank. 2008 waren nur 2,8 %, 2007 3,4 % und 2006 gar 4,5 % der erwerbstätigen BKK Mitglieder ALG-I-Empfänger.

Während bei den pflichtversicherten Erwerbspersonen ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage um einen Tag zu beobachten ist, sank die Anzahl der Krankheitstage bei den freiwillig versicherten Beschäftigten leicht um 0,1 Tage, die der Arbeitslosen hingegen gegenüber den ungewöhnlich hohen Vorjahreswerten deutlich um 4,9 Tage. Allerdings blieben auch in 2009 die Krankheitszeiten der

ALG-I-Empfänger auf dem seit 2007 zu vermeldenden sehr hohen Niveau von etwa drei Krankheitswochen im Mittel. Die durchschnittliche Falldauer ist bei allen Gruppen weitgehend konstant geblieben. Einzige Ausnahme bilden auch hier die Arbeitslosen, die zwar mit 31,4 Tagen je Fall rund fünfeinhalb Tage unter dem Vorjahresniveau lagen, aber auch hiermit wieder erheblich längere Krankheitsdauern als alle übrigen Gruppen aufwiesen.

Arbeiter, Angestellte ...

Die Bedeutung des beruflichen Status für die Arbeitsunfähigkeit wird besonders beim Vergleich zwischen Arbeitern und Angestellten deutlich: So wurden für Arbeiter 2009 durchschnittlich 18,1 (+0,9) Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet, die Erkrankungstage der Angestellten lagen demgegenüber mit 11,3 (+0,9) AU-Tagen je Beschäftigten um 38 % niedriger.

... und Teilzeitbeschäftigte

In den letzten Jahren nimmt Teilzeitbeschäftigung kontinuierlich zu. Etwa jede/sechste Beschäftigte arbeitete 2009 – freiwillig oder unfreiwillig – in Teilzeit. Dabei ist Teilzeit immer noch eine Domäne der Frauen. Während drei von zehn Frauen teilzeitbeschäftigt sind, waren es nur sechs von hundert Männern. Letztere machten 2009 wie im Vorjahr nur 17 % aller Teilzeitbeschäftigten aus. 67 % (+5,0) der weiblichen Teilzeitkräfte sind im Alter zwischen 35 und 55 Jahren, wohingegen die jüngeren und älteren Altersgruppen bei den Männern stärker vertreten sind. Rund 40 % (+1,6) der männlichen Teilzeitbeschäftigten sind über 55 Jahre alt, bei den Frauen sind es nur 15 % (+0,8). Dies ist auch auf die unterschiedlichen Gründe zur Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Während bei jüngeren Frauen stärker der Ausgleich zwischen

Familie und Beruf im Vordergrund stehen dürfte, scheint Teilzeit bei Männern verstärkt einer Brückenfunktion zwischen Beschäftigung und Nicht-Beschäftigung gleichzukommen.

Teilzeitkräfte lagen mit im Schnitt 14,0 (+0,8) AU-Tagen leicht unter dem Gesamtergebnis der pflichtversicherten Beschäftigten, was mit der unterschiedlichen Verteilung nach Berufen zusammenhängt (siehe Kästen). Teilzeitbeschäftigte Frauen fehlten mit 14,6 Krankheitstagen länger als männliche Teilzeitkräfte (11,4 Tage).

¹¹ ohne Teilzeitkräfte

Teilzeitbeschäftigung nach Berufen

Gerade in Zeiten der Krise und wirtschaftlicher Umbrüche greifen Unternehmen gerne auf die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung zurück. Ausgehend von den Beschäftigtenzahlen sind Teilzeitbeschäftigte insbesondere als Bürokräfte, Warenkaufleute (insb. Verkäufer/innen) sowie in Gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen tätig (vgl. Tabelle 7). Frauen konzentrieren sich zahlenmäßig viel stärker in diesen Berufen: Bei ihnen machten sie in 2009 60 % der Teilzeittätigkeiten aus, während es bei den Männern nur 23 % waren.

Frauen arbeiteten außerdem häufig in Reinigungsberufen, als Rechnungs- oder Bankkaufleute sowie in Berufen des Nachrichtenverkehrs (insb. Postverteilerinnen). Die Teilzeitquote der weiblichen Reinigungskräfte lag hierbei bei 71 %. Die höchsten Teilzeitquoten der Männer waren neben den bereits genannten Berufsgruppen bei Lehrern und hauswirtschaftlichen Berufen zu finden, wobei diese dabei zum Teil deutlich unter denen der weiblichen Beschäftigten lag. So waren die männlichen (angestellten) Lehrer¹² mit einem

Anteil von 30 % nur etwa halb so häufig wie Frauen teilzeitbeschäftigt. Teilzeit unter Führungskräften ist besonders selten: Nur 15 % der weiblichen und lediglich 3 % der männlichen Unternehmer arbeiteten in Teilzeit.

Frauen suchen sich häufig aus familiären Gründen einen Teilzeitjob (69 % der Mütter arbeiten in Teilzeit).¹³ Teilzeitbeschäftigung ist bei Ihnen eine Notwendigkeit, zu der dann die weiterhin bestehende familiäre Mehrbelastung hinzukommt. Bei Frauen ab Mitte vierzig wird hingegen ein überproportionaler Anteil „unfreiwilliger“ Teilzeit festgestellt.¹⁴ In dieser Gruppe wird häufig eine Vollzeitbeschäftigung gesucht, aber nur eine Teilzeitstelle gefunden.

Männer in Teilzeit haben einen höheren Altersdurchschnitt als Frauen – rund 80 % der männlichen Schlosser, Elektriker und Techniker in Teilzeit waren über 55 Jahre alt - und bilden hierbei insgesamt eine sehr heterogene Gruppe. Dies betrifft sowohl die Verteilung nach Berufen wie auch ihre jeweilige Motivation für Teilzeit. Diese Heterogenität führt zudem zu sehr unterschiedlich ausgeprägten Morbiditäten, was sich einerseits in einer auffälligen Krankenhausbilddarstellung (s. *Schaubild 25*) und

andererseits in einer deutlich geringeren AU-Morbidität gegenüber den teilzeitbeschäftigten Frauen niederschlägt.

Die im Gesamtergebnis höchsten Fehlzeiten wiesen 2009 Sicherheitswahrer, Reinigungskräfte, Montierer und Warenprüfer mit 19 bis 21 AU-Tagen auf. Auch hauswirtschaftliche Berufe, Lagerverwalter, Chemiarbeiter, Speisebereiter und Beschäftigte des Landverkehrs erkrankten noch an rund 18 Tagen. Am unteren Ende der Fehlzeitenskala finden sich Geistes- und Naturwissenschaftler, Ingenieure, Ärzte und Apotheker sowie Unternehmer und Lehrer, die fünf bis acht Tage krankgeschrieben waren.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität der Berufsgruppen finden sich auch bei Teilzeitbeschäftigten. So waren weibliche Bürokräfte und Frauen in Gesundheitsberufen rund zwei Tage länger krank als ihre männlichen Kollegen. Die Krankheitszeiten der weiblichen Reinigungskräfte, Elektrikerinnen und Rechnungsauffrauen überstiegen die der Männer noch deutlicher um sechs bis sieben Tage. Bei den Speisebereiterinnen und Frauen in Berufen des Landverkehrs betrug die Differenz sogar neun Tage.

Weibliche und männliche Beschäftigte

Im Durchschnitt aller Pflichtversicherten wiesen Frauen 2009 eine niedrigere Krankenquote auf als Männer (14,2 AU-Tage gegenüber 14,6 AU-Tagen je Pflichtmitglied (vgl. *Schaubild 25*). Innerhalb der einzelnen Vergleichsgruppen dreht sich indessen das Verhältnis um. Bei Arbeiterinnen, weiblichen Angestellten, Teilzeitbeschäftigten und ALG-I-Empfängerinnen lagen 2009 die durchschnittlichen Krankheitszeiten über denen der Männer. Die geringere durchschnittliche Zahl der AU-Tage im Gesamtergebnis der weiblichen Pflichtversicherten ist insbesondere 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 und oben ausgeführten ungleichen beruflichen Stellungen und Aufstiegsmöglichkeiten, häufig auch einseitige körperliche oder mentale Belastungen und Parallelbelastungen durch Familie und Beruf maßgebend sein.

Gutverdienende

Gegenüber den Pflichtversicherten sind bei den freiwillig Versicherten besonders niedrige Fehlzeiten zu registrieren. Diese durch höhere Qualifikationen, höhere Einkommen und oft auch größere

individuelle Gestaltungsspielräume in ihren Arbeitsaufgaben gekennzeichnete Versichertengruppe wies mit 5,8 Tagen (-0,2 Tage zum Vorjahr) nicht einmal die Hälfte des AU-Volumens der beschäftigten Pflichtmitglieder auf. Während die Fehltage freiwillig versicherter Männer im Vergleich zum Vorjahr konstant blieben, sank die Zahl der Krankheitstage bei den Frauen deutlich um einen Tag.

Nachdem sich in den vergangenen Jahren das Krankheitsniveau beider Geschlechter in Führungsberufen annähert hatte, waren Frauen 2009 rund einen Tag weniger krank geschrieben als ihre männlichen Kollegen. Dies ist umso bemerkenswerter, da davon auszugehen

¹² Beamtete Lehrer sind nicht bei BKKn versichert und somit nicht in dieser Statistik enthalten.

¹³ vgl. Statistisches Bundesamt: Erwerbstätigenquoten der 15- bis unter 65-Jährigen mit Kindern unter 18 Jahren, Mikrozensus

¹⁴ vgl. Rengers, Martina (2009): „Unterbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung im Jahr 2008“, in: Wirtschaft und Statistik, Ausgabe 9/2009, S. 886-907.

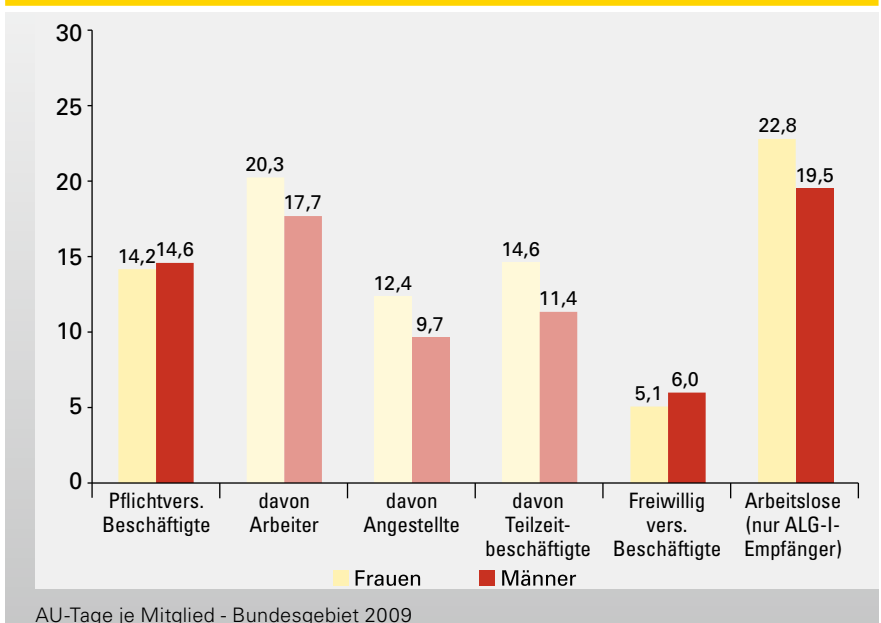


Tabelle 7
Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsunfähigkeit in wichtigen Berufen

Versichertengruppe	Schlüssel	Geschlecht	Mitglieder	Anteil Teilzeit in Berufsgruppe	Arbeitsunfähigkeit	
					Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
Speisenbereiter	41	Männer	3.674	13,1 %	0,68	10,0
		Frauen	14.588	45,9 %	1,18	19,3
		insgesamt	18.262	30,6 %	1,08	17,4
Techniker	62	Männer	8.292	6,1 %	0,68	8,9
		Frauen	5.628	24,3 %	1,07	13,0
		insgesamt	13.920	8,7 %	0,84	10,6
Warenkaufleute	68	Männer	8.695	6,9 %	0,71	9,5
		Frauen	104.252	42,4 %	0,99	15,7
		insgesamt	112.947	30,5 %	0,97	15,3
Bank-, Versicherungskaufleute	69	Männer	3.152	5,3 %	0,75	9,0
		Frauen	31.705	29,5 %	1,09	12,0
		insgesamt	34.857	20,9 %	1,05	11,7
Berufe des Nachrichtenverkehrs	73	Männer	6.490	27,9 %	0,86	11,5
		Frauen	23.558	53,1 %	1,10	16,6
		insgesamt	30.048	44,4 %	1,05	15,5
Unternehmer	75	Männer	1.513	3,1 %	0,46	6,7
		Frauen	7.134	14,9 %	0,75	8,0
		insgesamt	8.646	9,0 %	0,70	7,8
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	Männer	13.543	6,2 %	0,70	9,4
		Frauen	180.644	27,8 %	1,01	11,6
		insgesamt	194.187	22,3 %	0,98	11,5
Übrige Gesundheitsdienstberufe	85	Männer	6.130	15,2 %	0,86	13,0
		Frauen	95.853	31,9 %	0,99	15,1
		insgesamt	101.982	29,9 %	0,99	15,0
Sozialpflegerische Berufe	86	Männer	8.611	25,6 %	0,88	11,3
		Frauen	79.491	48,9 %	1,29	15,7
		insgesamt	88.102	44,9 %	1,25	15,3
Lehrer	87	Männer	6.116	30,3 %	0,54	6,1
		Frauen	18.470	57,1 %	0,86	9,1
		insgesamt	24.585	46,8 %	0,78	8,3
Reinigungsberufe	93	Männer	5.503	17,0 %	0,92	14,8
		Frauen	48.531	70,6 %	1,21	21,2
		insgesamt	54.034	53,5 %	1,18	20,6
alle Berufe		Männer	160.113	5,0 %	0,80	11,4
		Frauen	763.105	31,0 %	1,06	14,6
		insgesamt	923.217	16,3 %	1,01	14,0

Schaubild 25

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus



ist, dass auch in den oberen Hierarchien weiterhin ein Gefälle der beruflichen Position zu Ungunsten der Frauen besteht und Männer den größeren Teil der obersten Führungskräfte stellen. Dennoch steigt der Krankenstand auch in den höher qualifizierten Tätigkeiten, was sich in den Ergebnissen einiger Berufe 2009 erneut bestätigt (vgl. S. 26 und Kapitel 3.1). Von der aus der Wirtschaftskrise entstandenen Umbruchsituation und der hiermit verbundenen Unsicherheit des Arbeitsmarktes waren insbesondere auch männliche Führungskräfte betroffen,¹⁵ was sich in teilweise überproportionalen Zunahmen psychischer Krankheitsursachen niederschlägt (s. auch *Spezial*, S. 72 ff).

¹⁵ vgl. ZOIKE, Erika [u. a.]: BKK Gesundheitsreport 2009 – Gesundheit in Zeiten der Krise, Essen.

.... und Arbeitslose

Die ALG-I-Empfänger hatten auch 2009 – trotz des oben angesprochenen Rückgangs gegenüber 2008 – mit durchschnittlich 20,9 Krankheitstagen den mit Abstand höchsten Krankenstand aller Versichertengruppen. Da Arbeitslose bei kürzeren Erkrankungen zumeist auf eine Krankmeldung verzichten, sind zwar die Fallzahlen bei Arbeitsunfähigkeit niedriger als bei Pflichtversicherten in Beschäftigung, die auftretenden Fälle sind jedoch mit extrem langen Krankheitsdauern verbunden. Mit 31,4 Tagen war die durchschnittliche Falldauer 2009 mehr als zweieinhalbmal so hoch wie für pflichtversicherte Angestellte und immer noch mehr als doppelt so hoch wie bei Arbeitern.

Nachdem im Vorjahr steigende Fallzahlen bei den Arbeitslosen zu beobachten waren, sank die Zahl der AU-Fälle 2009 um drei auf 66,8 Fälle pro 100 Versicherte. Auch die durchschnittliche Falldauer sank gegenüber den stark erhöhten Werten des Vorjahres um 5,6 Tage auf ein wieder etwas ‚normaleres‘ Niveau für diese Gruppe. Zwar lag die durchschnittliche Krankheitsdauer der arbeitslosen Männer im Schnitt um zweieinhalb Tage je Fall über der der Frauen, dennoch hatten sie auf Grund niedrigerer Fallzahlen je Mitglied erstmals weniger Krankheitstage als erwerbslose Frauen. Offenbar umfasst die in 2009 gestiegene Anzahl der männlichen ALG-I-Empfänger unter den BKK Mitgliedern eine größere Gruppe ohne jedwede AU-Meldung im Berichtsjahr.

Die langen Krankheitsdauern bei Arbeitslosen weisen auf besondere Morbiditätsbelastungen dieser Gruppe hin, was sich auch in der unten folgenden Betrachtung der Krankheitsarten bestätigt (vgl. S. 46 ff.). Hierbei ist davon auszugehen, dass sich in dem deutlich schlechteren Gesundheitsstatus sowohl Ursachen wie Folgen der Arbeitslosigkeit niederschlagen.¹⁶

Krankheitsarten nach beruflicher und sozialer Lage

Die erheblichen Unterschiede im Umfang der Arbeitsunfähigkeit zwischen den einzelnen Versichertengruppen sind

mit spezifischen Morbiditätsstrukturen verbunden (vgl. *Tabelle 8* sowie *Tabelle 2 im Anhang*). *Muskel- und Skeletterkrankungen* bilden bei allen Versichertengruppen – mit Ausnahme der Angestellten – den auffälligsten Erkrankungsschwerpunkt, der bei Arbeitern (32 % der AU-Tage) und Arbeitslosen (30 % der AU-Tage) am größten ist. Auch bei Teilzeitbeschäftigten werden mehr als ein Viertel der AU-Tage durch Krankheiten des Muskel-Skelettsystems verursacht. Bei Angestellten und freiwilligen Mitgliedern fällt der Anteil mit 19 bzw. 21 % der Krankheitstage deutlich geringer aus. Körperlicher Verschleiß und die mit gewerblichen Tätigkeiten häufig verbundenen gesundheitlichen Belastungen wie schwere oder einseitige körperliche Arbeit, Zwangshaltungen am Arbeitsplatz oder auch Arbeit im Freien schlagen sich in diesen Unterschieden nieder.

Nach Muskel- und Skeletterkrankungen entfällt bei Arbeitern der zweitgrößte Anteil an AU-Tagen mit gut 17 % auf *Verletzungen und Vergiftungen*. Da bei Arbeitern die Unfallgefahr am Arbeitsplatz am höchsten ist, spielt diese Diagnosegruppe naturgemäß bei den anderen Versichertengruppen eine deutlich geringere Rolle. Bei Angestellten, Teilzeitbeschäftigten, freiwilligen Mitgliedern und Arbeitslosen liegen die Anteile der verletzungsbedingten AU-Tage nur zwischen 9 und 11 %. Bis auf die ALG-I-Empfänger (+ 0,4 %) nahm der Anteil der durch Verletzungen und Vergiftungen bedingten Krankheitstage bei allen Versichertengruppen im Vergleich zum Vorjahr ab.

Die *psychischen Störungen* bestimmen insbesondere bei Arbeitslosen das Krankheitsgeschehen. Inzwischen wird bei diesen jeder vierte AU-Tag hierdurch verursacht, 2007 war es noch jeder Fünfte (21 %). Auch bei den Angestellten und bei den Teilzeitkräften bilden diese Krankheitsursachen mit Anteilen von rund 15 % bzw. 13 % (2008: 14 % bzw. 12 %) immerhin die drittstärkste Erkrankungsgruppe. Der Trend der Zunahme psychischer Erkrankungen setzt sich auch 2009 fort. Bei den Arbeitslosen sank zwar die Zahl der hierdurch verursachten Krankheitstage um rund einen Tag, was sich bei ihnen indes auf dem

Hintergrund des allgemeinen Rückgangs der AU-Tage relativiert.

Bei Angestellten und freiwillig Versicherten fallen auch die *Krankheiten des Atmungssystems* mit rund 20 % 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 Diagnosegruppe unter denen bei Arbeitern. Bei den Angestellten bilden die Atemwegserkrankungen gar die wichtigste Krankheitsgruppe. Wie im Vorjahr 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 Fehltag 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 8* dokumentiert ist. Arbeitslose weisen mit Ausnahme von Infektionen und parasitären Erkrankungen, Verletzungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems mehr Krankheitszeiten als die beschäftigten Versicherten auf.

Extreme Unterschiede finden sich – wie angesprochen – bei psychischen Störungen. Diese verursachen bei Arbeitslosen gut das Dreieinhalbfache an AU-Tagen im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten und sogar neunmal so viele Krankheitstage wie bei den freiwillig Versicherten. Der mit 25 % besonders hohe Anteil der psychischen Krankheitsursachen übersteigt die Vergleichswerte der übrigen Gruppen bei weitem. Seit Jahren steigen die durch psychische Erkrankungen ausgelösten Krankheitsstage an. Verantwortlich hierfür dürften nicht zuletzt zunehmende Friktionen im beruflichen Umfeld der Betroffenen sein. Bei Arbeitslosen kann der Verlust des Arbeitsplatzes seelische Krankheiten auslösen oder verstärken,


Tabelle 8
Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten

Krankheitsart	Pflichtvers. Beschäftigte	davon			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose (ALG I-Empf.)
		Arbeiter	Angestellte	Teilzeit- beschäftigte		
AU-Tage je 100 Mitglieder						
Muskel- und Skeletterkrankungen	366	575	214	362	120	632
Krankheiten des Atmungssystems	247	258	227	232	116	152
Verletzungen und Vergiftungen	194	300	114	140	67	185
Psychische Störungen	153	134	164	176	58	524
Krankheiten des Verdauungssystems	88	108	71	75	40	91
Krankheiten des Kreislaufsystems	63	94	45	54	38	106
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	58	62	51	53	25	38
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde	56	64	47	57	23	72
Neubildungen	55	54	50	77	33	82
Krankheiten des Nervensystems	35	43	27	39	13	63
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	27	27	32	19	8	23
Krankheiten des Urogenitalsystems	26	24	25	36	10	26
Krankheiten der Haut und Unterhaut	19	28	13	14	6	24
Ernährung/Stoffwechsel	9	11	8	10	5	22
Gesamt	1.438	1.814	1.129	1.402	584	2.095

Krankheitsart	Pflichtvers. Beschäftigte	davon			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose (ALG I-Empf.)
		Arbeiter	Angestellte	Teilzeit- beschäftigte		
Anteile an allen AU-Tagen in %						
Muskel- und Skeletterkrankungen	25,4	31,7	19,0	25,8	20,5	30,2
Krankheiten des Atmungssystems	17,2	14,2	20,1	16,5	19,9	7,3
Verletzungen und Vergiftungen	13,5	16,5	10,1	10,0	11,5	8,8
Psychische Störungen	10,7	7,4	14,5	12,6	9,9	25,0
Krankheiten des Verdauungssystems	6,1	5,9	6,3	5,4	6,8	4,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,4	5,2	4,0	3,9	6,5	5,0
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde	4,0	3,4	4,5	3,7	4,3	1,8
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,9	3,5	4,2	4,1	4,0	3,4
Neubildungen	3,8	3,0	4,4	5,5	5,7	3,9
Krankheiten des Nervensystems	2,4	2,4	2,4	2,8	2,2	3,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,9	1,5	2,9	1,4	1,4	1,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,8	1,3	2,2	2,6	1,7	1,3
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1,3	1,6	1,1	1,0	1,1	1,1
Ernährung/Stoffwechsel	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	1,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ebenso können schwere psychische Erkrankungen schon vorher den Erhalt des Arbeitsplatzes gefährdet haben. Untersuchungen weisen aber darauf hin, dass sich die psychische Befindlichkeit nach dem Verlust des Arbeitsplatzes auf jeden Fall verschlechtert, während sie sich bei Personen, die wieder eine neue Arbeit

finden, verbessert. Auf der anderen Seite zeigen sich Selektionseffekte, wonach Personen mit psychischen Problemen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden.¹⁶

Die größere Morbidität der Arbeitslosen zeigt sich auch in Krankheitsgrup-

pen, die in der Summe nur einen sehr geringen Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen haben, wie z. B. Stoffwechselerkrankungen. Mit diesen Diagnosen verzeichneten Arbeitslose fast dreimal so viele Krankheitstage wie Angestellte und viereinhalbmal so viele AU-Tage wie freiwillig Versicherte. Sie verzeichneten

¹⁶ EGGER, Andrea [u. a.] (2006): „Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit“, in: Arbeitsmedizin.Sozialmedizin.Umweltmedizin, Ausgabe 01-2006, S.16-20.

auch über ein Drittel mehr Krankheitstage durch Neubildungen (Krebserkrankungen) wie pflichtversicherte Beschäftigte und zweieinhalbmal so viele wie freiwillig versicherte Beschäftigte. Ähnlich stark unterscheiden sich beispielsweise auch die Krankheitszeiten durch Herz- und Kreislauferkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems.

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. Mehr als die Hälfte der Krankheitstage der ALG-I-Empfänger wurde durch Muskel- und Skeletterkrankungen und durch psychische Störungen ausgelöst. Gerade in den mittleren Altersgruppen erfahren diese Diagnosen der ALG-I-Empfänger noch einmal deutliche Zuwächse, wie *Schaubild 26* verdeutlicht. Auch Herz- und Kreislauf-Diagnosen tragen zum Anstieg der AU-Fälle und -Tage der ALG-I-Empfänger ab 45 Jahren bei. Die AU-Morbidität nimmt erst bei den über 60-Jährigen ALG-I-EmpfängerInnen spürbar ab, was auf das weiter nach hinten geschobene Ausscheiden der Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen aus dem Arbeitsmarkt durch Frühberentungen bzw. den Übergang in den ALG-II-Bezug hindeutet. Den Ende 50-Jährigen mit gesundheitlichen Einschränkungen hingegen bleibt offenbar immer seltener der Ausweg in die Frühverrentung, eher geraten sie in die Arbeitslosigkeit.

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 (vgl. *Schaubild 27, Tabelle 10 im Anhang*). Bei den Frauen werden die Familienversicherten eingeschlossen, da sie häufiger als männliche Versicherte – zu etwa 30 % dieser Altersgruppe – nicht selber, sondern z. B. über den Ehepartner krankenversichert sind.

Während die Anzahl der Krankentage pro Fall weitgehend konstant geblieben ist, erhöhte sich die Anzahl der Fälle pro 1.000 Versicherte bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern. Mit einem Plus von 2,0 % war der Anstieg

bei den Angestellten am größten. Bei den Arbeitslosen (-0,9 %) und noch deutlicher bei den freiwillig versicherten Beschäftigten (-9,0 %) sanken die Fallzahlen. Betrachtet man die arbeitslosen Versicherten gesondert, zeigt sich ein unterschiedliches Bild: Während die Zahl der Krankeneinweisungen bei den ALG-II-Empfängern im Vergleich zum Vorjahr um 7 % zunahm, sank sie bei den ALG-I-Empfängern um 12 %.

Stationäre Aufenthalte von Arbeitslosen

Auch beim Krankheitsgeschehen spielt Arbeitslosigkeit wieder eine herausragende Rolle. Arbeitslose Versicherte (hier werden ALG-I- und ALG-II-Empfänger zusammen betrachtet) müssen sich gegenüber pflichtversicherten Beschäftigten doppelt sooft einer Krankenhausbehandlung unterziehen und verbringen

Schaubild 26

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

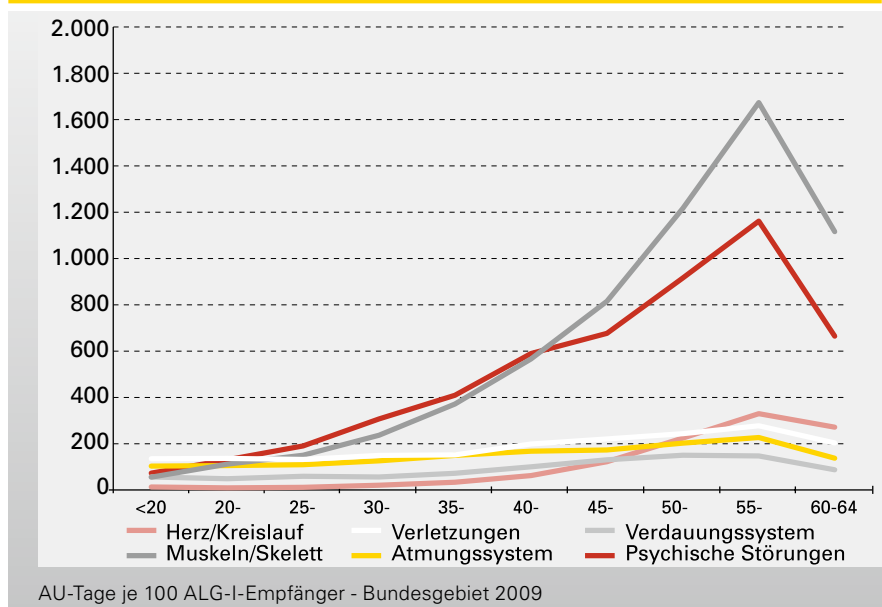
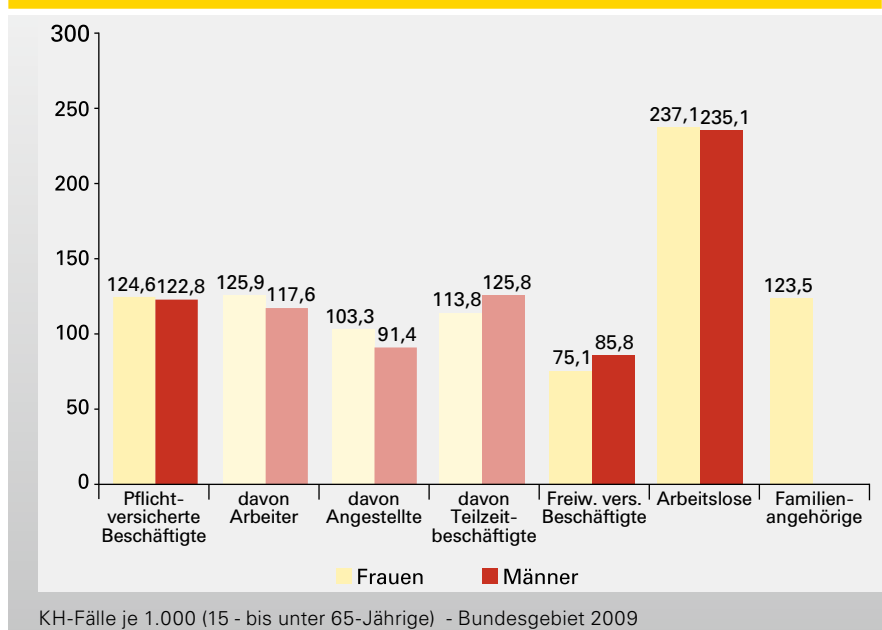


Schaubild 27

Krankenhausfälle nach Versichertenstatus





gegenüber diesen sogar die zweieinhalbfache Zeit im Krankenhaus. Wie schon bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit zeigt sich 2009 ein umgekehrtes Bild: die männlichen Arbeitslosen (235 Fälle) weisen auch im stationären Krankheitsgeschehen die niedrigere Morbidität im Vergleich zu den Frauen (237 Fälle) auf. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Fallzahl der Arbeitslosen um 2 Fälle. Die Fallzahlen der ALG-II-Empfänger (230 Fälle pro 1.000 Versicherte, +15) näherten sich denen der ALG-I-Empfänger (245 Fälle, -33) durch die entgegen gesetzte Richtung der Entwicklung weiter an.

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 mit 67,1 Fällen je 1.000 Versicherten (-5,2 gegenüber 2008) die der Frauen (47,8 Fälle, +0,6) um 40%. Bei Männern stehen Langzeittherapien in Zusammenhang mit Alkoholkrankheiten im Vordergrund. Insgesamt waren Arbeitslose aber auch von allen anderen Krankheitsarten häufiger betroffen als beschäftigte Versicherte und Familienangehörige. Auch die Verweildauer war bei ihnen mit durchschnittlich 10,3 Tagen deutlich höher als bei den Pflichtversicherten (8,1 Tage) und den freiwillig Versicherten (7,5 Tage).

Zwar haben sich die Unterschiede in der Morbidität zwischen den Arbeitslosen einerseits und den Erwerbstätigen und Familienversicherten andererseits 2009 anders als im Vorjahr verringert. Dieser Rückgang ist jedoch – ähnlich wie bei der Arbeitsunfähigkeit – dem besonders hohen Morbiditätsniveau der arbeitslosen BKK Mitglieder im Vorjahr geschuldet.

Stationäre Aufenthalte von pflicht- und freiwillig versicherten Männern und Frauen

Auch zwischen den weiteren Versicherungsgruppen gab es im Hinblick auf ihre stationäre Versorgung deutliche Unterschiede. Mit 235 Fällen je 1.000 Versicherte waren arbeitslose Männer am häufigsten im Krankenhaus, am seltensten männliche Angestellte mit 91 Fällen. Freiwillig versicherte Beschäftigte waren seltener im Krankenhaus als pflichtversicherte Beschäftigte (84 gegenüber 124 Fällen je 1.000 Versicherte). Unter

Schaubild 28.1

Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Frauen)

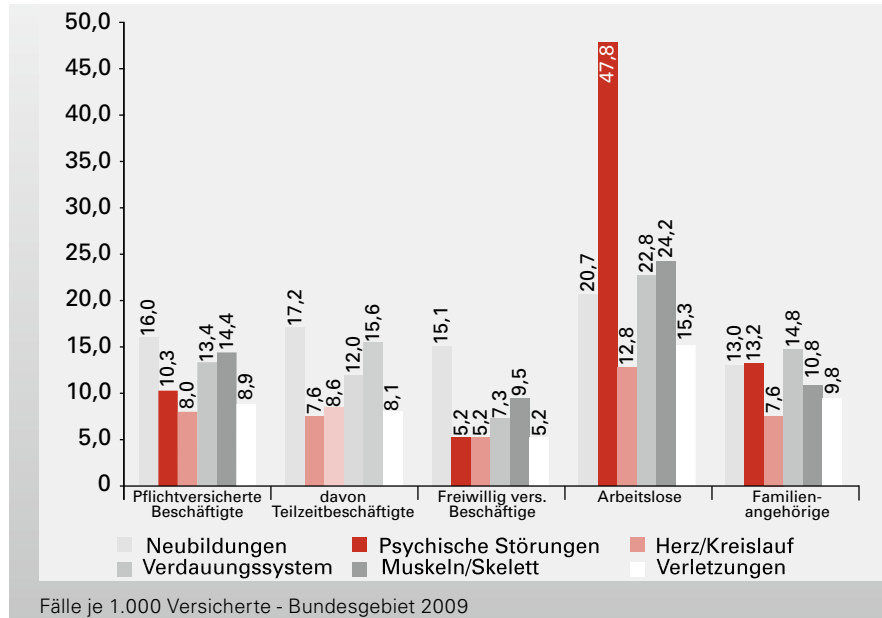
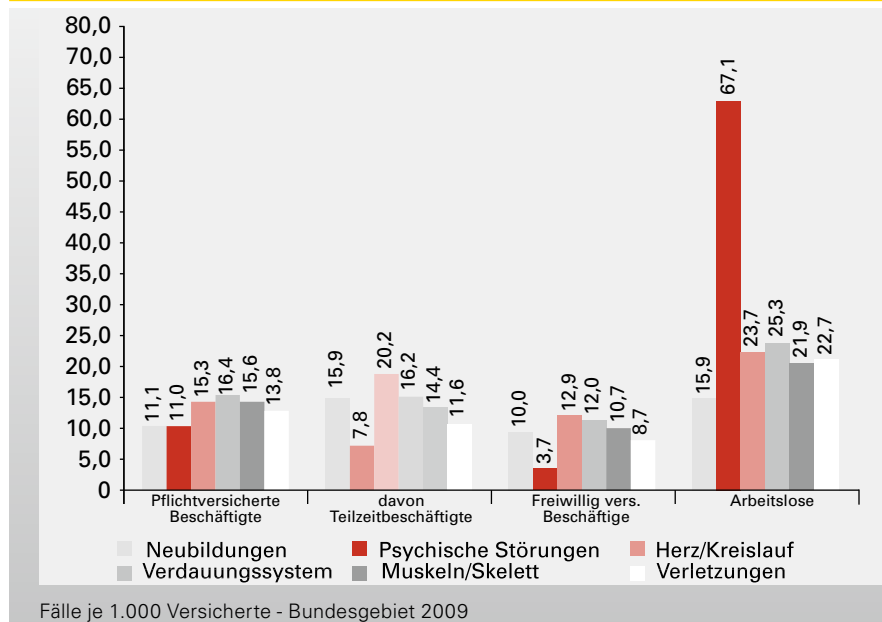


Schaubild 28.2

Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Männer)



den pflichtversicherten Männern lagen die stationären Fallzahlen der Teilzeitbeschäftigten über dem Durchschnitt (126 gegenüber 123 Fällen je 1.000 Versicherte). Dahinter steht zugleich eine große Heterogenität dieser Gruppe auch in Bezug auf den Gesundheitsstatus. Während ihre mittlere AU-Morbidität eher moderat ausfiel, arbeitet offenbar ein Teil dieser Gruppe wegen schwer wiegender, oft chronischer Erkrankungen (z. B. Tumorer-

krankungen, s. u.) in Teilzeit. Hiermit sind auch stationäre Therapien verbunden, die sich in dieser relativ kleinen Gruppe in den Kenngrößen entsprechend wiederfinden. Bei den Frauen, die eher aus familiären und seltener aus gesundheitlichen Gründen eine Teilzeitstelle suchen, war dieser Unterschied dagegen geringer. Mit 114 gegenüber 125 Fällen je 1.000 Versicherte wurden für weibliche Teilzeitkräfte sogar weniger Krankenhausfälle

gemeldet. Arbeiterinnen und weibliche Angestellte wurden häufiger, freiwillig versicherte Frauen hingegen weniger als Männer in den jeweiligen Statusgruppen stationär behandelt.

Bei Arbeitern und Angestellten nahmen die Fallzahlen bei den Männern stärker als bei Frauen zu. In der Gruppe der freiwillig versicherten Beschäftigten sank die Zahl der Krankenhausfälle bei Frauen um 23 %, bei Männern „lediglich“ um 6 %. Bei den Arbeitslosen zeigten sich wiederum Unterschiede: Bei den ALG-II-Empfängerinnen fiel der Anstieg der stationären Einweisungen gut 8 % deutlicher aus als bei den Männern (rund 6 %). Männliche ALG-I-Empfänger wiesen dagegen 21 % weniger Fälle als im Vorjahr auf, Frauen dieser Statusgruppe verzeichneten einen Rückgang um lediglich 0,6 %.

Nicht nur bei der Krankheitshäufigkeit, sondern auch bei den Krankheitsarten sind Unterschiede zwischen den Versichertengruppen feststellbar (vgl. *Schaubilder 28.1 und 28.2*). Arbeitslose Männer und männliche Teilzeitbeschäftigte wurden deutlich häufiger als die übrigen Gruppen wegen Neubildungen (C00-D48) und Herz-/Kreislaufkrankungen (I00-I99) stationär behandelt, ein Befund, der die Selektionsmechanismen in diesen Gruppen bestätigt. Die weiblichen Teilzeitbeschäftigten wiesen ebenfalls gegenüber dem Durchschnitt der Pflichtversicherten eine etwas erhöhte Fallzahl bei Neubildungen auf, die

aber bei den Arbeitslosen noch stärker ausgeprägt waren. Insgesamt liegt jedoch das Tumorrisiko bei Frauen – auch unabhängig vom sozialen Status – bereits in jüngeren Altersgruppen deutlich höher als bei Männern, wie bereits in *Kapitel 2.1* ausgeführt. Während Krebserkrankungen zu den häufigeren Behandlungssachen 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 fast dreimal so häufig zu stationären Behandlungen führten.

In den Gesamtergebnissen bestätigen die stationären Behandlungsdaten den auch in den Ergebnissen zur Arbeitsunfähigkeit bereits aufgezeigten Zusammenhang von höheren Krankheitslasten bei schlechterer sozialer Lage. Dies schließt nicht aus, dass – worauf einzelne Befunde hindeuten – auch in Gruppen mit gutem Einkommen spezifische Erkrankungsrisiken durchaus vorliegen bzw. zunehmen.



3

Arbeitswelt

3. Arbeitswelt

Die Arbeitsumwelt beeinflusst die gesundheitliche Lage der erwerbstätigen Bevölkerung in hohem Maße und bestimmt hiermit letztlich auch die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bis ins höhere Erwerbsalter maßgeblich mit. In Kapitel 2 wurden bereits die beträchtlichen tätigkeitsspezifischen Unterschiede in der altersbezogenen Morbidität aufgezeigt. In diesem Kapitel wird die Beziehung zwischen der beruflichen Tätigkeit und dem Gesundheitszustand ausführlicher betrachtet, denn hiervon hängt letztlich die Chance der Beschäftigten, bis zum Rentenalter aktiv arbeiten zu können und dieses Alter einigermaßen gesund zu erreichen, entscheidend ab. Hierbei stehen die Unterschiede nach Branchen und Berufen im Mittelpunkt. Weitere gesundheitsrelevante Parameter wie Lebenslage, Umwelt oder individuelles Gesundheitsverhalten können auf Grund der Datenlage an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden.

Wachsende Leistungsanforderungen bei zum Teil körperlichen Fehlbelastungen, sei es durch Bewegungsmangel oder körperlich einseitige Tätigkeiten, vor allem aber die stark steigenden psychischen Anforderungen an sich ständig wandelnden und häufig unsicheren Arbeitsplätzen (vgl. *Spezial auf S. 107*) drohen die für eine längere Lebensar-

beitszeit benötigte Lebensenergie der Beschäftigten zu unterminieren. Gerade Unternehmen im wachsenden Wirtschaftsbereich der wissensbasierten Dienstleistungen sind auf qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen und benötigen hierbei ein nachhaltiges Personal- und Gesundheitsmanagement für alle Altersgruppen ihrer Beschäftigten. Dies gilt letztlich aber für alle Branchen, in denen Fachkräfte benötigt und zukünftig rarer werden. Auch die (noch) jungen Branchen werden altern, wie es beispielhaft anhand der Entwicklung der IT- und Medienbranche im *Spezial auf S. 72* veranschaulicht wird. Steigende Krankenstände, insbesondere der psychisch verursachten Anteile, auch bei den hochqualifizierten Tätigkeitsgruppen sind den steigenden Stressbelastungen und den Unsicherheiten des Arbeitsmarktes geschuldet.

Den Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen – Mitarbeiter wollen Veränderungen und wollen sie zugleich nicht – widmet sich praxisnah ein weiterer *Themenbeitrag auf S. 79* zu praktischen Fragen des demografischen Wandels in den Unternehmen. Hierbei werden besonders die Chancen motivierender Gesundheitsgespräche aufgezeigt, um den Mitarbeiter(inne)n auch individuell gerecht werden zu können. Außerdem

werden die wachsenden Altersunterschiede in den Belegschaften und den Teams das betriebliche Personal- und Gesundheitsmanagement vor neue Aufgaben stellen (vgl. *Spezial S. 83*).

Gesundheit – auch die psychische Gesundheit – zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen ist vor allem eine gemeinsame Aufgabe verschiedener Akteure, innerhalb der Betriebe und außerhalb im Bereich der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung (vgl. *Spezial S. 116*). Mehr Kooperation und Begegnung von Betriebsärzten, betrieblichen Sozialarbeitern, Hausärzten und Psychotherapeuten werden hier zu Recht angemahnt.

Die Analysen zur gesundheitlichen Lage von BKK Mitgliedern im Kontext ihres beruflichen Umfeldes basieren auf den Arbeitsunfähigkeitsdaten von insgesamt etwa 5,7 Mio. beschäftigten BKK-Mitgliedern – 3,2 Mio. Männern und 2,5 Mio. Frauen. Nach Versichertengruppen unterteilen sich die erwerbstätigen BKK-Mitglieder in 5,1 Mio. Pflichtversicherte und 560 Tsd. freiwillige Mitglieder mit Krankengeldanspruch nach 6 Wochen. Die BKK-Statistik 2009 repräsentiert insgesamt rund 21 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (vgl. *Anhang, Tabelle 4a*).

3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen

Versichertenstruktur

Der Arbeitsmarkt und die Beschäftigungsstrukturen haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten erheblich gewandelt: „Technische Revolutionen“ werden längst begleitet oder überholt von den Entwicklungen und Umwälzungen im Informations- und Wissensmanagement. Bereits seit langer Zeit nehmen die Arbeitsplätze in der Industrie stetig ab, während die Bedeutung neuer, zunehmend wissensbasierter Dienstleistungen

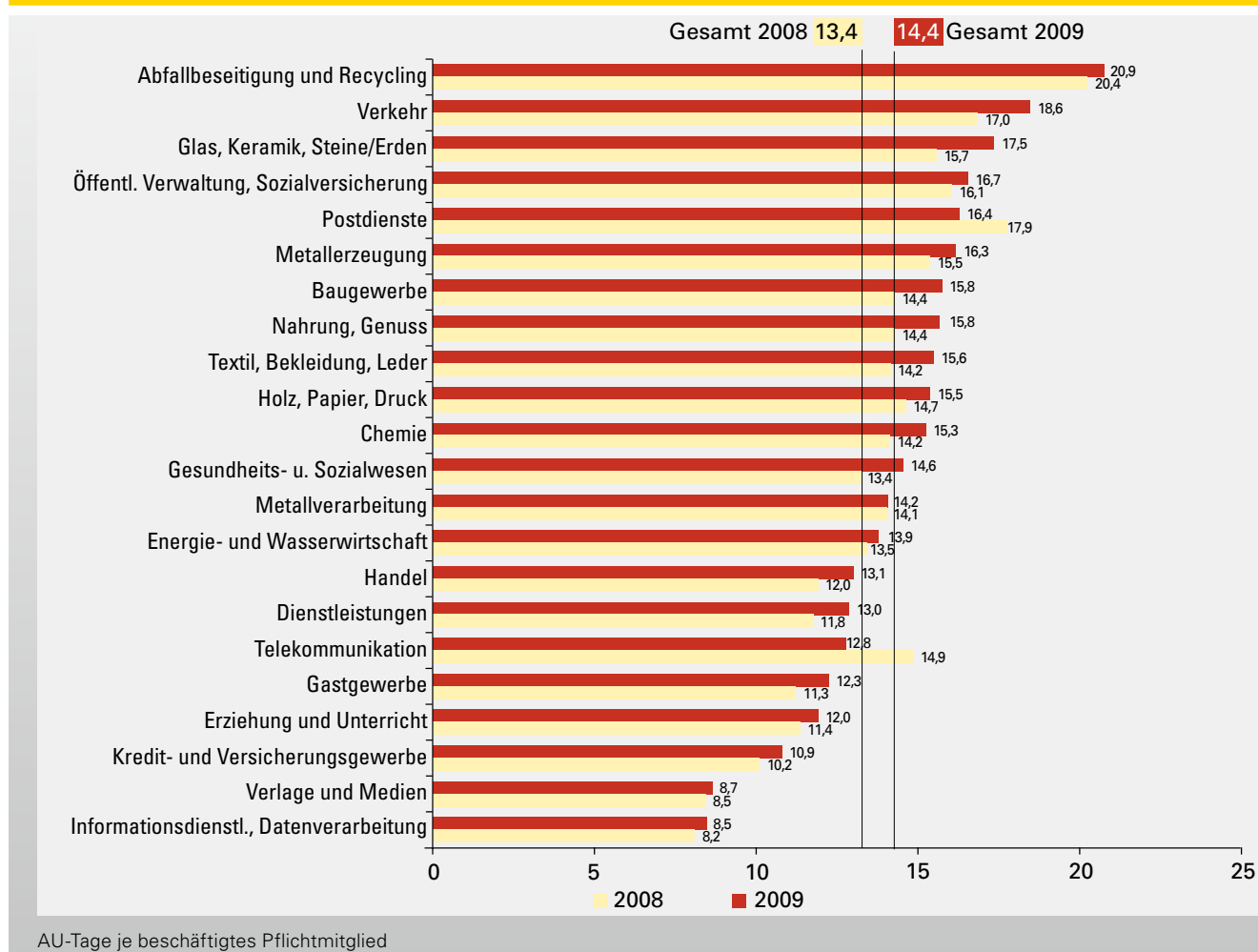
– die sogenannte „Wissensökonomie“ – in der Wirtschaft und im Arbeitsmarkt kontinuierlich wächst. Hiermit wird sich der schon in früheren Berichten thematisierte sektorale Strukturwandel¹ noch weiter forcieren. Es verändern sich nicht nur berufliche Tätigkeiten in ungeheurem Ausmaß, diese Veränderungen haben natürlich auch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die – gerade auch unter demografischen Aspekten

so bedeutsame – Perspektive einer über längere Erwerbsjahre zu erhaltenden Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. So werden an dieser Stelle die Ausprägungen der Fehlzeiten nach Branchen² und Berufen auch unter diesen Gesichtspunkten einer detaillierten Analyse unterzogen.

Grundlage für diesen Bericht sind die Daten von knapp 5,7 Mio. beschäftigten BKK-Mitgliedern. Hiervon waren

Schaubild 29

Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen



¹ vgl. ZOIKE, Erika [u. a.] (2004): *Gesundheit und sozialer Wandel*, Essen. und ZOIKE, Erika [u. a.] (2006): *Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen*, Essen.

² Der Darstellung der Wirtschaftsgruppen liegt die neue, in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche, Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zu Grunde. Hierbei wurden auch neue Wirtschaftsgruppen berücksichtigt (z. B. Verlage und Medien). Die Wirtschaftszweige-klassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ 2003 systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt vergleichbar sind. Damit sind Abweichungen vom vorjährigen Report möglich. Die differenzierte Berücksichtigung von Wirtschaftszweigen erfolgt wie bisher unter der Maßgabe einer in statistischer Hinsicht ausreichenden Besetzung der einzelnen Branchen.

Tabelle 9
Arbeitsunfähigkeitstage und demografische Merkmale nach Branchen 2009

	Je pflichtversichert Beschäftigten			Je insg. versicherten Beschäftigten			Frauenanteil BKK Mitgl. % Frauen	Durchschnittsalter der Beschäftigten BKK-Mitgl.		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen		Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	12,8	12,4	13,4	12,6	12,2	13,3	37,5 %	37,3	37,2	37,5
Nahrung, Genuss	15,8	15,4	16,1	15,3	14,8	16,0	46,3 %	38,6	39,1	38,2
Textil, Bekleidung, Leder	15,6	16,4	14,9	15,0	15,3	14,7	51,6 %	41,5	42,3	40,7
Holz, Papier, Druck	15,5	15,9	14,2	14,9	15,2	14,0	25,3 %	40,9	41,2	39,9
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	14,5	15,1	11,8	14,1	14,7	11,7	18,6 %	38,5	38,4	39,0
Papiergewerbe	16,1	16,5	14,4	15,3	15,6	14,1	19,7 %	41,9	42,4	40,2
Druck	15,4	15,7	14,7	14,9	15,0	14,5	32,9 %	40,9	41,5	40,0
Chemie	15,3	15,9	14,1	13,8	14,0	13,2	26,4 %	42,1	42,9	40,1
Kokerei, Mineralölverarbeitung	13,4	13,5	12,6	11,6	11,7	11,3	15,7 %	42,1	42,8	38,4
Chemische Industrie	15,4	16,3	13,6	13,6	14,0	12,6	28,1 %	42,6	43,6	40,1
Gummi- und Kunststoffwaren	15,5	15,5	15,4	14,7	14,5	15,0	24,5 %	41,0	41,1	40,6
Glas, Keramik, Steine/Erden	17,5	18,2	14,8	16,7	17,3	14,5	20,3 %	42,6	43,0	41,3
Metallerzeugung	16,3	16,6	14,4	15,5	15,8	13,9	15,7 %	41,3	41,4	40,7
Metallerzeugung und -bearbeitung	17,5	17,9	14,0	16,4	16,8	13,3	10,6 %	43,0	43,3	40,9
Herstellung von Metallereugnissen	15,4	15,6	14,5	14,8	14,9	14,2	19,7 %	40,0	39,8	40,6
Metallverarbeitung	14,2	14,0	14,6	12,7	12,4	13,8	18,7 %	41,6	42,0	39,8
Elektronische und Elektrotechn. Fertigung	13,7	12,6	15,9	11,7	10,4	14,8	29,6 %	41,6	41,7	41,3
Maschinenbau	13,8	14,3	11,3	12,7	13,0	10,8	15,9 %	40,8	41,1	39,1
KFZ-Bau	14,6	14,4	15,6	13,2	13,0	14,7	14,7 %	42,1	42,7	38,8
Sonstiger Fahrzeugbau	15,1	15,7	11,5	13,3	13,7	10,8	14,0 %	40,7	41,2	38,2
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	13,1	13,0	13,3	12,6	12,3	13,1	40,9 %	38,9	39,1	38,6
Energie- und Wasserwirtschaft	13,9	14,0	13,5	12,4	12,2	12,9	23,7 %	42,3	43,1	39,6
Abfallbeseitigung und Recycling	20,9	22,3	14,6	20,4	21,7	14,4	17,7 %	42,2	42,8	40,0
Baugewerbe	15,8	16,7	10,6	15,6	16,4	10,5	14,4 %	37,7	37,5	39,1
Handel	13,1	12,5	13,5	12,7	11,9	13,4	52,1 %	37,9	37,9	37,9
KFZ-Werkstätten	13,1	13,6	11,4	12,8	13,2	11,3	20,9 %	36,1	36,1	36,1
Großhandel	11,9	12,2	11,5	11,3	11,2	11,3	39,0 %	39,5	40,2	38,5
Einzelhandel	13,8	12,1	14,5	13,6	11,7	14,4	71,4 %	37,5	36,4	37,9
Verkehr	18,6	19,0	17,2	18,2	18,6	16,9	23,2 %	41,6	42,4	39,0
Landverkehr	20,3	20,1	21,5	20,1	19,9	21,3	16,4 %	43,2	43,7	40,7
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	17,1	18,0	15,1	16,6	17,3	14,9	28,7 %	40,5	41,3	38,3
Postdienste	16,4	14,2	17,9	16,3	14,1	17,8	59,1 %	42,6	40,0	44,6
Gastgewerbe	12,3	10,1	13,9	12,3	10,0	13,8	58,9 %	34,3	33,6	34,8
Verlage und Medien	8,7	7,6	9,4	8,2	7,0	9,1	56,8 %	38,4	38,9	38,1
Telekommunikation	12,8	12,4	14,1	11,8	11,3	13,6	22,9 %	42,7	43,8	38,9
Informationsdienstl. Datenverarbeitung	8,5	7,4	10,2	7,7	6,7	9,8	33,8 %	38,0	38,3	37,4
Kredit- und Versicherungsgewerbe	10,9	9,0	11,7	10,0	8,0	11,3	60,0 %	38,9	40,1	38,1
Dienstleistungen	13,0	13,3	12,7	12,3	12,2	12,4	50,8%	37,9	38,3	37,6
Grundstücks- und Wohnungswesen	12,3	12,4	12,2	11,8	11,6	12,0	52,9 %	41,5	43,2	40,0
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl.	9,1	8,4	9,6	8,5	7,5	9,4	54,9 %	37,9	39,3	36,9
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	17,3	17,7	16,5	17,2	17,6	16,5	34,9 %	35,3	35,1	35,6
sonstige wirtschaftliche Dienstl.*	16,6	16,1	16,9	16,3	15,7	16,8	51,8 %	39,5	39,6	39,3
Öffentl. Verwaltung, Sozialversicherung	16,7	16,1	17,0	16,6	16,0	17,0	60,9 %	42,4	43,7	41,7
Erziehung und Unterricht	12,0	9,8	12,9	11,9	9,7	12,9	68,7 %	37,3	35,2	38,3
Gesundheits- u. Sozialwesen	14,6	13,7	14,8	14,5	13,3	14,8	82,2 %	38,0	39,6	37,7
Gesundheitswesen	12,7	13,3	12,6	12,6	12,9	12,6	84,8 %	37,1	39,8	36,6
Sozialwesen	17,9	14,1	19,0	17,8	13,9	18,9	77,9 %	39,5	39,3	39,6
Kultur, Sport und Unterhaltung	13,4	13,4	13,4	13,3	13,1	13,4	53,5 %	38,4	38,7	38,2
Gesamt	14,4	14,6	14,2	13,5	13,3	13,8	43,6 %	39,4	40,2	38,4

* ausgenommen Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften



2009 gut zwei Mio. bzw. 35,3 % (mit -0,5 erstmals wieder rückläufig) in Dienstleistungsbranchen wie Handel, Banken, Post und Telekommunikation, Informations- und Unternehmensdienstleistungen sowie im Medienbereich tätig. Dies bedeutete einen spürbaren Beschäftigungsrückgang dieser über lange Zeit stets gewachsenen Branchen, was im Wesentlichen eine Folge der Wirtschaftskrise 2009 sein dürfte. Der Beschäftigungsrückgang konzentrierte sich vor allem auf Banken und Versicherungen sowie etwas weniger ausgeprägt auf den Handel. Dagegen arbeiteten zwar nur 28,9 % der BKK Mitglieder im produzierenden Gewerbe, hiermit verzeichnete dieser Bereich aber erstmals wieder leichte Zuwächse (+0,4). Diese resultierten ausschließlich aus der Entwicklung der metallverarbeitenden Unternehmen (+0,6, s.u.) und scheinen eine positive Folge der dort in der Krisensituation 2009 verbreiteten und politisch geförderten Maßnahmen zur Beschäftigungssicherung durch Kurzarbeit zu sein. Im Gesundheitswesen, dem Bildungsbereich und in den öffentlichen Verwaltungen waren zusammen 17,5 % (+0,3) tätig. Die leichten Zuwächse rekurrierten hier auf die Bereiche Gesundheit, Soziales und Bildung. Die übrigen BKK Mitglieder verteilten sich auf andere Bereiche wie Verkehr, Energie- und Wasserwirtschaft, Baugewerbe, Landwirtschaft und andere Wirtschaftszweige.

Gemessen am BKK Mitgliederanteil stellt die Metallverarbeitung mit 15,6 % die zahlenmäßig stärkste Branche im BKK System dar (vgl. auch *Tabelle 4a im Anhang*), die als einzige der produzierenden Wirtschaftszweige einen gewachsenen Beschäftigtenanteil (+0,6) aufwies (s.o.). Hier stieg – anders als in den o.g. Dienstleistungsbranchen das Durchschnittsalter der Beschäftigten um

immerhin ein halbes Jahr auf 41,6 Jahre (s. *Tabelle 9*), während die Arbeitsunfähigkeit nahezu konstant blieb (vgl. *Schaubild 29*). Eine weitere Ausnahme bildet die Telekommunikationsbranche, in der das durchschnittliche Alter der Beschäftigten ebenfalls um ein halbes Jahr zunahm, die Fehlzeiten sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr um rund zwei Tage verringerten. Danach folgen der Handel mit 13,0 % und die Dienstleistungen mit 11,3 %. Die viert stärkste Wirtschaftsgruppe bilden mit 9,9 % das Gesundheits- und Sozialwesen (+0,3 %).

Die traditionell höchsten Anteile der BKK Mitglieder gemessen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten finden sich bei der Telekommunikation mit knapp 48 % und bei den Postdiensten mit 44 %. Ein Drittel aller Beschäftigten in der Metallverarbeitung – im Zweig KFZ-Bau sogar über die Hälfte – sowie jeweils rd. 30 Prozent in der Energie- und Wasserwirtschaft sowie in der Chemiebranche sind in einer BKK versichert, wobei es in der Kokerei und Mineralölverarbeitung als Zweig der Chemiebranche sogar für die Hälfte der dort Beschäftigten gilt. Eine Übersicht über die Mitgliederstruktur der BKKn nach allen Wirtschaftszweigen und ihren jeweiligen Anteilen an den Beschäftigten in Deutschland ist der *Tabelle 4a* im Anhang zu entnehmen.

Der Frauenanteil der beschäftigten BKK Mitglieder erreichte wie im Vorjahr 43,6 % und liegt hiermit gut zwei Prozent unter dem mittleren Anteil bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von 45,8 %. Das Durchschnittsalter lag 2009 bei 39,4 Jahren (-0,5 zum Vorjahr), wobei die Frauen mit 38,4 Jahren (-0,8) im Mittel deutlich jünger waren als die Männer (40,2 Jahre, -0,2). Das Durchschnittsalter in den Branchen ist der ne-

benstehenden *Tabelle 9* zu entnehmen. Die „jüngste“ Branche ist das Gastgewerbe mit 34,3 Jahren (-0,6). Mit einigem Abstand folgen das Gesundheitswesen (37,1 Jahre, -0,8), hier waren die Männer mit 39,8 Jahren über drei Jahre älter als die Frauen, sowie der Bereich Erziehung und Unterricht, der mit 37,3 Jahren im Schnitt um beachtliche ein- und einhalb Jahre jünger besetzt ist als noch in 2008. Hier liegt zudem das mittlere Alter der Männer (35,2 Jahre) um drei Jahre unter dem Durchschnitt der Frauen.

Altersbezogen waren die Entwicklungen in den Branchen 2009 sehr unterschiedlich. Während das mittlere Alter der beschäftigten BKK Mitglieder von 39,9 auf 39,4 Jahre um ein halbes Jahr sank, wurden die Belegschaften in einigen produzierenden Gewerben (Chemie: 42,1 Jahre, +0,6; Metallverarbeitung: 41,6 Jahre, +0,5), besonders durch die Altersentwicklung der männlichen Beschäftigten, um ein halbes Jahr „älter“. Auch das mittlere Alter der Männer in der Wirtschaftsgruppe Glas/Keramik/Steine/Erden stieg um ein halbes Jahr auf nunmehr 43 Jahre. Ähnlich verlief die Entwicklung in der Telekommunikation (42,7 Jahre, +0,5). Dagegen sank das Durchschnittsalter im Bereich Kultur, Sport und Unterhaltung um annähernd zwei Jahre (im Mittel 38,4 Jahre, -1,8). Die zweitstärkste Verjüngung war wie oben schon erwähnt im Bereich Erziehung und Unterricht (37,3 Jahre, -1,5) zu beobachten. Trotz der stark verjüngten Beschäftigtenstruktur in diesen Bereichen stieg dort die Arbeitsunfähigkeit im Berichtsjahr, im Kunst- und Kulturbereich sogar um vier Tage, bei zugleich auffallend rückläufigen Beschäftigtenzahlen. Die Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeiten nach Branchen und Berufen werden im Folgenden detailliert beschrieben.

Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick

Bereits seit 2007 sind steigende Krankenstände zu beobachten. Die durchschnittlichen Fehlzeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder erhöhten sich in dieser Zeit von 12,8 über 13,4 Tage in 2008 auf nunmehr 14,4 AU-Tage je Beschäftigten. Hiermit stieg auch der Krankenstand von zunächst 3,5 % über 3,7 % auf zuletzt gut 3,9 %.

Dieser Trend spiegelt sich in den einzelnen Branchen allerdings sehr unterschiedlich wider (vgl. *Schaubild 29*). So sanken in der Telekommunikationsbranche die Fehlzeiten im Vergleich zu 2008 trotz des, v. a. bei den männlichen Beschäftigten, angestiegenen Durchschnittsalters sogar um mehr als zwei AU-Tage. Und während auch bei den Postdiensten – bei kaum veränderter Altersstruktur (mit einem Durchschnittsalter von immerhin 42,8 Jahren, Frauen sogar 44,6 Jahren!) – die krankheitsbedingten Fehlzeiten um 1,5 deutlich sanken, nahmen sie bei den Beschäftigten der Verkehrsbetriebe (Altersdurchschnitt: 41,6 Jahre) um 1,6 Tage zu. Die deutlichsten Zunahmen verzeichneten die Glas-/Keramik-/Steine-/Erden-Industrien mit einem Anstieg um fast zwei Arbeitsunfähigkeitstage auf nun 17,5 Tage, und dies nachdem hier bereits im Vorjahr ein fast ebenso deutlicher Anstieg zu verzeichnen war. Allerdings war auch das Durchschnittsalter in dieser ohnehin

vergleichsweise alten Branche im Mittel nochmal um 0,4 auf über 42,6 Jahre gestiegen (s. o.). Im Baugewebe nahmen die Fehlzeiten um 1,4 AU-Tage deutlich zu, obwohl hier das Durchschnittsalter von 38,1 auf 37,7 Jahre sank.

Auch in vielen Branchen des tertiären Sektors war ein im Vergleich zu 2008 geringeres Durchschnittsalter – oft in Verbindung mit Personalabbau – zu beobachten. Dennoch hatten die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in diesen Bereichen mindestens einen Krankheitstag mehr als im Vorjahr. So stiegen die AU-Zeiten im Gesundheits- und Sozialwesen und in den Dienstleistungsbranchen jeweils um 1,2 Tage, auch im Handel und im Gastgewerbe gab es (ebenfalls bei Verjüngung der Belegschaften) ähnlich deutliche Zunahmen.

In den öffentlichen Verwaltungen und in der Abfallwirtschaft waren die Anstiege mit etwa einem halben Tag moderater. In den Betrieben für die Abfallentsorgung wurden mit 20,9 Tagen erneut die meisten Krankheitsausfälle gemeldet. An zweiter Stelle folgten die oben bereits genannten Verkehrsbetriebe (18,6 Tage) und die Betriebe der Glas-/Keramik-/Steine-/Erden-Industrie (17,5 Tage).

Die öffentlichen Verwaltungen folgten diesmal – mit leicht jüngerem Durchschnittsalter – erst an vierter Stelle mit 16,7 AU-Tagen (+0,6). Auch wenn sie tra-

ditionell zu den Wirtschaftszweigen mit hohen Fehlzeiten gehören, wurden dort schon weit höhere Krankheitsausfälle registriert. So wurden hier 1999 noch über 23 Krankheitstage je Pflichtmitglied gemeldet. In der Abfallwirtschaft waren es zu dieser Zeit sogar mehr als 27 Tage. In diesen beiden Bereichen reduzierten sich die Fehlzeiten in den letzten zehn Jahren somit erheblich.

Im Verkehrswesen trugen vor allem die Unternehmen des Landverkehrs mit 20,3 AU-Tagen zu dem hohen Ergebnis bei. Als weitere Einzelbranchen mit hohen Fehlzeiten waren 2009 ferner das Sozialwesen (17,9 AU-Tage, +1,6), trotz einer auch hier deutlichen Verjüngung um etwa ein Jahr, sowie die Metallerzeugung und -bearbeitung (17,5 AU-Tage, +0,3) zu nennen.

Die niedrigsten Krankenstände wurden wie schon in früheren Jahren in den Bereichen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung gemeldet (8,5 AU-Tage, +0,3). Fast ebenso wenige Krankheitstage – im Mittel 8,7 (+0,2) – fielen bei Verlagen und Medien an. In diesen Wirtschaftsgruppen fehlten die Beschäftigten im Schnitt somit nur etwas mehr als eine Woche wegen Krankheit. Auch bei Banken und Versicherungen lagen mit 10,9 Tagen geringe Krankheitsausfälle vor, womit hier allerdings gegenüber dem Vorjahr erneut eine deutliche Zunahme um 0,7 Tage zu verzeichnen war.



Sektorale Struktur nach Geschlecht

Table 9 zeigt für die einzelnen Branchen die geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Hierbei liegen die Schwerpunkte bei Männern und Frauen nur zum Teil in denselben Branchen, während sie in einigen Bereichen auf Grund der geschlechtsspezifischen Tätigkeitsprofile und strukturellen Besonderheiten voneinander abweichen. Die durchschnittlichen Fehlzeiten in 2009 nahmen bei den Frauen um 1,2 etwas stärker als bei den Männern (+0,9) zu. Dennoch liegen die AU-Zeiten der Frauen mit 14,2 Tagen je Pflichtmitglied noch unter denen der Männer (14,6 Tage), jedoch wird der Abstand geringer. Das immer noch unterschiedliche Niveau erklärt sich im Wesentlichen aus anderen Tätigkeitsfeldern, vor allem einer stärkeren Beschäftigung der Frauen in Angestelltentätigkeiten, sowie aus einer teilweise jüngeren Altersstruktur.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wurden für die weiblichen Beschäftigten im Landverkehr (21,5 Tage, +1,2) gemeldet. Die zweithöchsten Krankenstände für Frauen (19 Tage, +1,8) wurden im Sozialwesen verzeichnet, hier waren 2009 vier Fünftel der beschäftigten BKK Mitglieder weiblich. Bei den Postdiensten sanken zwar die Krankheitstage der Frauen (17,9 Tage, -1,4), lagen hiermit aber noch deutlich über dem Durchschnitt an dritter Stelle. Mit jeweils rd. 17 AU-Tagen gleichfalls hohe Krankenstände haben Frauen in den öffentlichen Verwaltungen sowie bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungs- und Zeitarbeitsfirmen. In einigen Industriebranchen, wie der Nahrungswirtschaft, der elektrotechnischen Industrie und im KFZ-Bau wurden immerhin noch durchschnittlich 16 Krankheitstage für Frauen gemeldet.

Für die männlichen Beschäftigten fielen ebenfalls im Verkehrssektor, vor allem im Landverkehr mit 20,1 AU-Tagen, hohe Krankheitsausfälle an, die zudem gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Anstieg (+1,4 Tage) bedeuteten. Auch wenn hiermit leicht geringere AU-Zeiten als für die Frauen vorlagen, zählen dennoch die Verkehrsbetriebe auch für Männer zu den Schwerpunktbranchen mit über-

durchschnittlichen Krankenständen und standen in 2009 an zweiter Stelle.

Der höchste Krankenstand für Männer wurde jedoch wie im Vorjahr mit 22,3 Tagen (+0,5) in der Abfallbeseitigung gemeldet. Hier waren die weiblichen Beschäftigten durchschnittlich „nur“ 14,6 Tage (+1,0) krank gemeldet. Ähnlich verhält es sich in der Metallerzeugung und -bearbeitung, wo die Männer mit 17,9 rund vier Krankheitstage mehr als die dort beschäftigten Frauen aufwiesen. Hintergrund dieser Divergenzen sind die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Tätigkeitsfelder – zumal in Branchen mit ohnehin geringer Frauenbeschäftigung (s. Tabelle 9). So üben Männer beispielsweise in der Abfallbeseitigung, in einigen Industrien (z. B. Metallerzeugung, Maschinenbau), in vielen Kleinbetrieben (Werkstätten) oder im Baugewerbe wesentlich häufiger als Frauen körperlich schwere und belastende Tätigkeiten aus. In anderen Sektoren dagegen, wie beispielsweise dem Gastgewerbe (Frauen: 13,9 Tage, Männer: 10,1 Tage), Postdiensten (Frauen: 17,9 Tage, Männer: 14,2 Tage), der Telekommunikationsbranche (Frauen: 14,1 Tage, Männer: 12,4 Tage), dem Medienbereich (Frauen: 9,4 Tage, Männer: 7,6 Tage) und Informationsdienstleistungen (Frauen: 10,2 Tage, Männer: 7,4 Tage), gehen oftmals geringer qualifizierte Tätigkeiten der weiblichen Beschäftigten in Verbindung mit körperlichen oder auch psychomentalen Belastungen, kaum individuellen Gestaltungsspielräumen bei niedrigem beruflichen Status mit höheren Arbeitsunfähigkeiten der Frauen einher. Auch unterschiedliche familiäre Belastungen dürften hierbei eine Rolle spielen.

Neben den bereits genannten Branchen traten bei männlichen Pflichtversicherten auch die Beschäftigten in der Glas-/Keramik-/Steine/Erden-Industrie sowie die Zeit- und Leiharbeiter mit um zwei bis drei Tage zunehmenden Krankheitszeiten und durchschnittlich 18 AU-Tagen auffällig in Erscheinung. Im Sozialwesen dagegen wiesen die Männer, die dort weniger als ein Viertel der Beschäftigten ausmachten, mit 14,1 AU-Tagen wie schon in der Vergangenheit deutlich geringere Fehlzeiten als Frauen auf. Im Berichtsjahr waren es sogar fünf Tage weniger als bei

den weiblichen Beschäftigten in diesem Bereich.

Die niedrigsten Fehlzeiten von Frauen wurden mit nur etwa neun AU-Tagen bei Verlagen und Medien, sowie mit rund zehn Tagen in den Bereichen der wissenschaftlichen und technischen sowie der Informationsdienstleistungen gemeldet. Im Baugewerbe, Maschinenbau und bei KFZ-Werkstätten fehlten die weiblichen Beschäftigten mit etwa elf AU-Tagen aus den schon genannten Gründen ebenfalls recht wenig. Gerade im Baugewerbe waren männliche Beschäftigte erwartungsgemäß deutlich länger – im Schnitt fast 17 Tage – krank. Während Frauen dort überwiegend Büroarbeiten erledigen, werden die Männer vorwiegend in körperlichen und handwerklichen Tätigkeiten mit höheren Erkrankungsrisiken beschäftigt.

Für Männer lagen ferner äußerst niedrige Krankenstände in den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (8,4 AU-Tagen), bei Banken und Versicherungen (9 Tage) sowie mit rd. 10 Krankheitstagen auch noch im Erziehungsbereich und im Gastgewerbe vor. Besonders im Gastgewerbe überschritten die Frauen mit etwa 14 Tagen den weit niedrigeren Krankenstand der Männer um fast vier Krankheitstage. Auch im Erziehungs- und Unterrichtswesen waren Frauen drei Tage länger krank. Weibliche Bankangestellte verzeichneten mit 11,7 Tagen zwar noch moderate Krankheitsausfälle, lagen jedoch auch hier um immerhin 30 % über den Fehlzeiten der Männer. Im Banken- und Versicherungssektor gab es ähnlich wie schon 2008 sowohl bei Männern (+0,5) als auch bei Frauen (+0,7) wieder merkliche Zunahmen der Krankheitstage, die vor dem Hintergrund der Bankenkrise und umfangreicher Restrukturierungen – trotz einer hiermit verbundenen Verjüngung der Belegschaften (!) – gerade in dieser Branche zu sehen sind. Dass die gesundheitlichen Entwicklungen dieser und vergleichbarer heute noch „junger“ Branchen im Zeichen der auch hier zu erwartenden demografiebedingten Alterung sehr ernst zu nehmen sind, ist auch Gegenstand des nachfolgenden Spezials.

Ausgebrannt – auch junge Branchen altern

Dr. Dagmar Siebecke, Technische Universität Dortmund, Initiatorin des Burnout-Präventionsnetzwerkes „Burnon-Zentrum“ und Kurt-Georg Ciesinger, gaus gmbh medien bildung politikberatung, Dortmund

Der demografische Wandel führt dazu, dass sich das Durchschnittsalter in den deutschen Unternehmen in den nächsten Jahren erheblich erhöhen und die mitarbeiterstärksten Alterskohorten in den Bereich zwischen 45 und 60 Jahren verschieben werden. Vor allem in den wirtschaftlich für Deutschland so wichtigen wissensintensiven und High-Tech-Branchen gehen Deutschland die Nachwuchskräfte aus. Professor Bullinger, Präsident der Fraunhofer Gesellschaft, fasst zusammen: „Besonders dramatisch ist es um den Nachwuchs in den Natur- und Ingenieurwissenschaften bestellt. Schon jetzt können wir bei den Ingenieuren nicht einmal die ersetzen, die in den Ruhestand gehen.“¹

Will Deutschland also international wettbewerbsfähig bleiben, müssen die Beschäftigten zukünftig auch in höherem Lebensalter leistungsfähig sein und den innovatorischen Wandel nicht nur mitmachen, sondern selbst gestalten: Waren es früher die jüngeren Beschäftigten, von denen Innovationsimpulse ausgingen (vgl. z. B. die Entwicklung des IT-Bereichs), weil sie neue technologische Entwicklungen aufnahmen und in Produktideen umsetzten, so werden es in Zukunft die mittleren und höheren Altersgruppen sein müssen, die diese Aufgabe übernehmen. Und dazu müssen sie vor allem gesund sein.

Schaut man in die Fehlzeitenstatistiken der vergangenen Jahre, so könnte man zu dem Schluss kommen, dass sich Deutschland keine Sorgen um die Leistungsfähigkeit der älteren Beschäftigten in wissensintensiven Berufen machen muss: Ingenieure, Datenverarbeitungs-

fachleute, Chemiker oder Physiker sind Beispiele für Berufe mit weit unterdurchschnittlichen Fehltagen, allerdings mit ansteigendem Trend (vgl. S. 90). Aktuelle Studien aus der IT- und Medienindustrie kommen jedoch zu einem anderen, wesentlich bedrohlicheren Schluss und legen erheblichen Handlungsbedarf für die Betriebe offen.

So führte die Technische Universität Dortmund 2009/2010 gemeinsam mit der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Team Gesundheit GmbH eine Studie zu Arbeits- und Gesundheitsbedingungen in der IT- und Medienbranche durch.² Ausgewählt wurde die Branche, da diese in vielerlei Hinsicht als Vorreiter moderner Arbeit und moderner Arbeitsstrukturen zu sehen ist. Hier kann aufgezeigt werden, welche Implikationen mit den Flexibilisierungstendenzen in der Wissensarbeit verbunden sind, welche neuen Belastungskonstellationen und gegebenenfalls neuen Ressourcen entstehen und was dies für die Gesundheit sowie die gesundheitliche Prävention und das Altern in der Branche bedeutet. Befragt wurden etwa 350 Beschäftigte und Alleinselbständige (Freelancer) der Branche.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass ein geringer Krankenstand keine Entwarnung im Bereich des Gesundheitsmanagements darstellt. Denn trotz niedrigen Krankenstandes hatten zwei Drittel der Befragten in den letzten zwölf Monaten Muskel-/Skelett-Beschwerden, die Hälfte Atemwegsbeschwerden und ebenfalls die Hälfte klagte über psychische Probleme. Dieses Phänomen des Präsentismus ist in der Wirtschaft noch

weithin unbeachtet, aber ein großes Risiko für die Unternehmen. Denn der voreiligen Freude „Meine Mitarbeiter sind so pflichtbewusst, dass sie auch dann weiter arbeiten, wenn sie sich unwohl oder krank fühlen“, folgt die Ernüchterung, wenn festgestellt wird, dass durch mangelnde Konzentration und verminderte Leistungsfähigkeit von kranken, aber trotzdem am Arbeitsplatz erscheinenden Beschäftigten etwa dreimal so hohe Produktivitätsausfälle und Kosten entstehen wie durch Absentismus.³ Bei psychischen Beschwerden wie Depressionen gehen amerikanische Forscher von durchschnittlich 1,8 unproduktiven Stunden pro Acht-Stunden-Arbeitstag aus.⁴ Werden gesundheitliche Probleme nicht auskuriert, gönnen sich die Betroffenen keine Erholung, so kann dies zudem die gesundheitliche Situation weiter verschlechtern, bis hin zum vollständigen Ausbrennen.⁵ So haben beispielsweise auch die Alleinselbständigen in der dargestellten Studie einerseits die geringsten Fehlzeiten, andererseits aber auch am häufigsten psychische Probleme und Burnout-Symptome.

Ein großer Anteil der gesundheitlichen Beschwerden ist dabei aus Sicht der Beschäftigten arbeitsbedingt – und damit durch adäquates Arbeitsverhalten und entsprechende Arbeitsgestaltung vermeidbar (*Schaubild S1*): Über die Hälfte der Befragten berichtet von vermutlich arbeitsbedingten Muskel-/Skelett-Beschwerden, 45 % von psychischen Problemen, die sie mit ihrer Arbeit in Verbindung bringen. Sechs von zehn Personen mit Muskel-/Skelett-Beschwerden haben gleichzeitig auch psychische Probleme.

¹ vgl. Bullinger, 2008

² Projekt: „Pragdis – Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz in diskontinuierlichen Erwerbsverläufen“, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und den Europäischen Sozialfonds, Förderkennzeichen 01FM07003-05

³ vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009

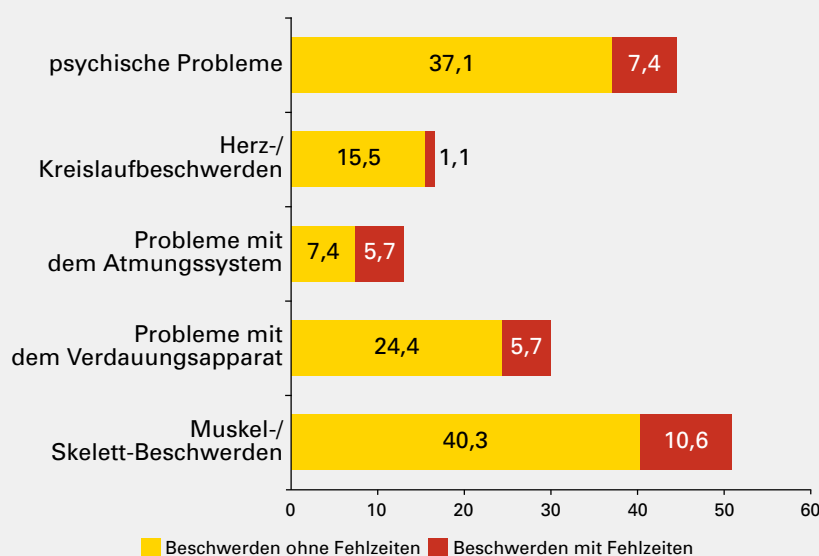
⁴ vgl. Marlowe, 2002

⁵ vgl. Becke, 2007



Schaubild S1

Gesundheitliche Beschwerden, die nach Angaben der Befragten arbeitsbedingt sein könnten



Anteil der Befragten IT-Beschäftigten mit vermutlich arbeitsbedingten Beschwerden in den letzten 12 Monaten

- Die Personen waren vor Eintritt der Symptomatik hoch leistungsmotiviert, engagiert, hatten sich hohe Ziele gesteckt, waren die Leistungsträger der Unternehmen.
- Nicht das Zuviel oder Zulange an Arbeit hat sie nach eigener Einschätzung krank gemacht.
- Auch die ständige Erreichbarkeit, die von vielen Forschern als zentrale Problematik moderner Arbeit angesehen wird, wird von vielen Interviewpartnern eher positiv als negativ eingeschätzt (wenn sie selbstbestimmt ist).
- Das gleichzeitige Bearbeiten mehrerer Projekte ist erstaunlicherweise unkritisch und wird oftmals als positive Herausforderung verstanden, solange die Aufgaben gut zu bewältigen sind.

Kritisch wird es aber dann, wenn Aufgaben schlecht zu bewältigen sind – zum Beispiel auf Grund von schlechtem Projektmanagement, mangelnden Informationsflüssen, unzureichender Arbeitsorganisation, inadäquaten Arbeitsmitteln etc.. Oder aber, so berichten die Befragten, wenn sinnlose Aufgaben das Fortkommen in der Arbeit behindern. Das immer wiederkehrende Erlebnis, die hoch gesteckten Ziele nicht erreichen zu können, in den Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt zu sein, die falschen Dinge tun zu müssen, zermürbt auf Dauer und führt im Extrem zur Erkrankung. Diese kann sich im frühen Stadium ganz unterschiedlich zeigen: Anfälligkeit für Infektionskrankheiten, Rückenprobleme, Tinnitus, Magen-Darm-Probleme, erhöhtes Suchtpotenzial sind nur einige Beispiele. Am Ende steht der psychische Zusammenbruch, der sich beispielsweise in

Vor dem Hintergrund der aktuellen demografischen Situation ist besonders erschreckend, dass nur 30 % der Alleinselbständigen und 41 % der abhängig Beschäftigten davon ausgehen, die Belastung bis zum Rentenalter von 65 Jahren aushalten zu können. Jeder zehnte abhängig Beschäftigte und 14 % der Freelancer meinen, dass sie die Belastungen nicht einmal bis zum 50sten Lebensjahr aushalten werden. Sie sagen „Eigentlich müsste ich jetzt schon aufhören“ – bei einem Durchschnittsalter von 43 Jahren. Aus-

schlaggebend sind dabei psychische Probleme. Studien des IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation – kommen zu ähnlichen Ergebnissen.⁶

Wo liegen aber nun die Gründe für die hohe Zahl psychischer Probleme? In zahlreichen Interviews mit von Burnout Betroffenen konnten die beiden Universitäten interessante Parallelen in den Krankheitsgeschichten identifizieren, die vielen aktuellen Diskussionen um die Entstehung psychischer Probleme am Arbeitsplatz diametral entgegen stehen:

⁶ vgl. Gerlmaier et al., 2010



Depressionen oder Panikattacken manifestieren kann.

Als weiterer zentraler Aspekt bei der Entstehung arbeitsbedingter psychischer Probleme mit gleicher Symptomatik kommt mangelnde Wertschätzung hinzu. Denn hohe Leistungsbereitschaft ist oft gekoppelt mit hohen Gratifikationsbedürfnissen: Man möchte für seine Leistungen wahrgenommen, wertgeschätzt und honoriert werden. Bleibt dies aus, so kommt es zur sogenannten Gratifikationskrise, die krank machen kann.⁷

Diese prototypische Krankheitsgeschichte ist dabei offensichtlich kein „Spezialfall“, sondern ein neues pathogenetisches Muster. Denn auch die quantitativen Ergebnisse im Forschungsprojekt von TU Dortmund und LMU München bestätigen diese Erfahrungen. Die drei am höchsten mit dem Auftreten psychischer Probleme korrelierenden Faktoren waren:⁸

1. selten gut zu bewältigende Aufgaben (.33)
2. selten sinnvolle Aufgaben – Einsatz lohnt sich selten (.32)
3. geringe Wertschätzung durch Vorgesetzte und / oder Kunden (.30)

Für viele Forscher unerwartet, aber in das berichtete Muster passend, zeigt sich auch in der Befragung kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zu der Arbeitszeit – egal ob wöchentlich 40 Stunden oder ständig über 50 Stunden gearbeitet wird. Der Faktor Zeit spielt nur dann eine Rolle, wenn das Zeitbudget als zu klein interpretiert und damit Zeitdruck wahrgenommen wird, denn

dadurch wird eine Aufgabe wiederum schwer zu bewältigen. Eine negative Belastung geht zudem mit der zeitlichen Vermischung von Arbeit und Privatleben einher, was die Regeneration erschwert.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ein einfaches Modell der Burnout-Genese ableiten: Die Gefahr des Auftretens von Burnout in der Wissensarbeit besteht dann, wenn die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Individuums einerseits und die Umfeldbedingungen andererseits nicht zusammen passen – wenn leistungsorientierte Personen auf Arbeitsbedingungen stoßen, die subjektiv als Behinderung der Zielerreichung und des effektiven Arbeitens wahrgenommen werden, und Leistung unzureichend gewürdigt wird.

Die Wahrscheinlichkeit an einem Burnout zu erkranken ist in diesem Modell in mittleren Erwerbsjahren am höchsten: Trotz erfahrungsbedingt steigender Leistung bleiben Gratifikationssteigerungen aus. Gehaltsentwicklungen sind ausgereizt,

Aufstiege werden seltener, ebenso wie die entgegengebrachte Wertschätzung. Was bleibt, ist der Stress, der nun von einem als positiv empfundenen Eu-Stress in einen krankmachenden Dis-Stress umkippt.

Bei der Burnout-Prävention muss es folglich darum gehen Arbeitsbedingungen zu schaffen, in denen es den Leistungsträgern in allen Altersstufen möglich ist, ihre Ziele zu erreichen und dabei Wertschätzung und Anerkennung zu erfahren. Wichtig ist die Analyse von Faktoren, die den Arbeitsprozess erschweren. Es geht also nicht um ein „Weichspülen“ der Arbeitsbedingungen. Vielmehr sind Hindernisse im Sinne der Effizienz- und Effektivitätssteigerung sowie im Sinne der Burnout-Prävention zu beseitigen. Nur so können betriebliche Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft langfristig gesichert werden – und nur so können auch die intellektuellen Potenziale der Wissenselite im demografischen Wandel erhalten und gefördert werden.

Literatur:

[1] BECKE, Guido (2007):

Gesundheitsförderung in flexiblen Arbeitsstrukturen der „digitalen Wirtschaft“ – Problemfelder und Gestaltungsperspektiven bei abhängiger und alleinselbständiger Erwerbstätigkeit – artec-paper Nr. 142, Bremen.

[2] BULLINGER, Hans-Jörg (2008):

„Der Kreative ist König“, in: *Faszination Forschung*, Ausgabe 3, S.82.

[3] BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (2009):

Arbeiten mit Erkrankung birgt Risiken. Fehlzeiten kein Indikator für Gesundheit der Beschäftigten. Online verfügbar unter http://www.baua.de/nn_5846/sid_0CF2DA796DB68BC3041133C4DECA9A5C/de/Presse/Pressemitteilungen/2009/07/pm029-09.html?__nnn=true, Stand 18.08.2010

[4] GERLMAIER, Anja / KÜMMERLING, Angelika / LATNIAK, Erich (2010):

Gesund altern in High-Tech-Branchen? Im Spannungsfeld von Innovation und Intensivierung – IAQ-Report 2010-4, Duisburg.

[5] MARLOWE, Joseph F. (2002):

„Depressions surprising toll on worker productivity“, in: *Employee benefits journal*, 27, S.16-21.

[6] SIEBECKE, Dagmar (2010):

„Burnout-Risiken in der Wissensgesellschaft“, in: *praeview – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention*, Nr. 2/2010, S.18-19.

[7] SIEGRIST, Johannes (1996):

Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen.

⁷ vgl. Siegrist, 1996

⁸ Die in Klammern genannten Korrelationen sind auf dem 0,01-Niveau signifikant.



Arbeitsunfähigkeit nach beruflicher Tätigkeit

Hinter den branchenspezifischen Arbeitsunfähigkeitsstrukturen stehen häufig tätigkeitsspezifische Belastungen. Im Folgenden werden die einzelnen Berufsgruppen daher detailliert 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 und Fremdbestimmung der Arbeitsabläufe spezifischer abgrenzen. Dabei ist die Qualifikation ein maßgebliches Unterscheidungskriterium zwischen Berufsgruppen mit besonders hohen bzw. niedrigen AU-Raten. Höher qualifizierte Tätigkeiten sind wesentlich seltener mit körperlichen Belastungen verknüpft und bieten den Beschäftigten in der Regel 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.

Wie schon in den Branchenergebnissen erkennbar, bilden Straßenreiniger und Abfallbeseitiger, Gleisbauer sowie Halbzeugputzer die Gruppen mit den höchsten Krankenständen – im Schnitt waren für sie in 2009 26,4 bzw. 24,7 AU-Tage je Beschäftigten zu verzeichnen. Es folgen Helfer/innen in der Krankenpflege, Eisenbahnbetriebsregler/innen und -schaffner/innen, Elektrogeräte- und Elektroteilemontierer/innen, Maschinenreiniger/innen sowie Schweißer mit Krankheitszeiten von mehr als drei Krankheitswochen. Dem gegenüber stehen nur vier bis sechs Fehltag im Jahr bei Naturwissenschaftlern, Juristen, Hochschuldozenten und Apothekern (vgl. *Tabelle 10*).

Tabelle 10
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2009 - Gesamt

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Straßenreiniger/innen, Abfallbeseitiger/innen	935	9.772	1,7	26,4
Gleisbauer/innen	463	3.877	1,4	25,2
Halbzeugputzer/innen und sonst. Formgießerberufe	203	4.994	1,5	24,7
Helfer/innen in der Krankenpflege	854	39.191	1,3	22,6
Eisenbahnbetriebsregler/innen, -schaffner/innen	712	37.292	1,3	22,1
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer/innen	321	23.559	1,5	21,9
Maschinen-, Behälterreiniger/innen u. verw. Berufe	937	6.253	1,2	21,8
Schweißer/innen, Brennschneider/innen	241	17.641	1,4	21,6
Transportgeräteführer/innen	742	14.081	1,3	21,6
Straßenwarte	716	5.559	1,9	21,5
Warenaufmacher/innen, Versandfertigmacher/innen	522	40.745	1,5	21,3
Raum-, Hausratreiniger/innen	933	65.167	1,2	21,0
Glasbearbeiter/innen, Glasveredler/innen	135	6.372	1,4	20,8
Straßenbauer/innen	462	5.342	1,5	20,7
Glas-, Gebäudereiniger/innen	934	8.823	1,1	20,7
Bauhilfsarbeiter/innen	470	5.063	1,3	20,3
Wächter/innen, Aufseher/innen	792	21.167	1,1	20,3
Rohrnetzbauer/innen, Rohrschlosser/innen	263	8.558	1,4	20,3
Kraftfahrzeugführer/innen	714	127.455	1,0	20,3
Gummihersteller/innen, -verarbeiter/innen	143	11.741	1,3	20,2
Maurer/innen	441	17.905	1,2	20,1
Papier-, Zellstoffhersteller/innen	161	7.494	1,3	19,8
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Naturwissenschaftler/innen, a.n.g.	883	6.074	0,5	4,4
Rechtsvertreter/innen, -berater/innen	813	5.933	0,5	4,5
Hochschullehrer/innen, Dozenten	871	8.073	0,5	4,7
Apotheker/innen	844	5.528	0,6	6,2
Publizisten	821	7.770	0,8	6,7
Architekten, Bauingenieure	603	11.950	0,8	6,9
Wirtschaftsprüfer/innen, Steuerberater/innen	753	36.483	0,9	7,3
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler/innen	881	13.802	0,9	7,4
Ärzte	841	11.934	0,6	7,4
Diätassistent/innen,				
Pharmazeutisch-technische Assistenten	855	11.139	0,8	7,8
Unternehmensberater/innen, Organisatoren	752	22.384	0,8	8,1
Bildende Künstler/innen, Graphiker/innen	833	7.191	0,9	8,2
Sonstige Ingenieure	607	29.705	0,9	8,5
Facharbeiter/innen o.n.T.	991	30.740	0,6	8,5
Fremdenverkehrsfachleute	702	16.717	1,0	8,6
Medizinische Fachangestellte	856	120.354	0,9	8,7
Augenoptiker/innen	304	6.262	1,0	8,8
Zahn techniker/innen	303	7.196	0,9	9,2
Datenverarbeitungsfachleute	774	84.599	1,0	9,3
Gymnasiallehrer/innen	872	5.391	0,8	9,3
Technische Zeichner/innen	635	22.065	1,2	9,5
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	16.140	1,2	9,6

Bei getrennter Betrachtung der Geschlechter wiesen Frauen nicht nur als Helferinnen in der Krankenpflege, sondern auch als Montiererinnen, Kunststoffverarbeiterinnen, Schaffnerinnen und Beschäftigte in der Warenannahme und dem Versand hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als drei Wochen auf (vgl. *Tabelle 10.1*). Auch die bei Frauen quantitativ bedeutsame Gruppe der Raum- und Hausratreinigerinnen verzeichnete sehr hohe Fehlzeiten (21,7 AU-Tage).

Bei männlichen Beschäftigten mit besonders hohen AU-Raten finden sich zunächst die bereits genannten auffälligen Berufe mit oftmals hohen körperlichen Belastungen wieder (vgl. *Tabelle 10.2*). Ähnlich belastete Gruppen wie Betonbauer, Transportgeräteführer, Straßenwarte, Straßenbauer, Maurer und vergleichbare Tätigkeitsgruppen kommen hinzu.

In gleichen Berufen weisen die weiblichen Beschäftigten zumeist höhere Fehlzeiten auf als ihre männlichen Kollegen. Besonders die Helferinnen in der Krankenpflege, aber auch Köchinnen waren im Schnitt acht Tage länger krankgeschrieben als die Männer in dieser Berufsgruppe. Bei den metallverarbeitenden Berufen wurden für Montiererinnen 6,1 Tage und für Metallarbeiterinnen 5,5 Tage längere Krankheitszeiten gemeldet als für Männer. Mit ähnlichem Abstand wiesen auch Telefonistinnen und Sozialarbeiterinnen jeweils gut sechs Krankheitstage mehr auf als Männer mit gleicher Tätigkeit.

Unter den weiblichen Angestellten hatten Apothekerinnen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen, Publizistinnen, Ärztinnen, Steuer- sowie Unternehmensberaterinnen mit sieben bis acht Krankheitstagen die niedrigsten Fehlzeiten, wenngleich auch diese in der Regel jeweils über den Werten ihrer männlichen Kollegen lagen. Darüber hinaus gab es auch nach beruflichem Status und formaler Qualifikation weniger weit oben rangierende Gruppen im Gesundheitswesen, wie Diätassistentinnen und medizinische Fachangestellte, deren Krankheitszeiten von durchschnittlich nur etwas mehr als einer Woche im Jahr recht gering ausfielen. Neben der Altersstruktur dürfte hierbei auch die

Tabelle 10.1
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2009 - Frauen

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Helferinnen in der Krankenpflege	854	26.958	1,4	25,0
Elektrogeräte-, Elektroreparatur- und -montiererinnen	321	13.415	1,6	24,7
Kunststoffverarbeiterinnen	151	6.052	1,5	24,7
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	10.615	1,5	24,6
Warenaufmacherinnen, Versandfertigtmacherinnen	522	16.160	1,5	24,1
Sonstige Montiererinnen	322	10.988	1,6	23,9
Kraftfahrzeugführerinnen	714	6.198	1,1	23,4
Metallarbeiterinnen, o.n.A.	323	7.697	1,4	23,2
Chemiebetriebswerkerinnen	141	7.457	1,9	22,1
Lager-, Transportarbeiterinnen	744	17.591	1,5	22,0
Raum-, Hausratreinigerinnen	933	56.952	1,2	21,7
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	6.765	1,2	21,6
Hilfsarbeiterinnen ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	23.258	1,5	21,5
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a.n.g.	521	9.052	1,4	20,6
Köchinnen	411	31.250	1,2	20,2
Telefonistinnen	734	11.682	1,6	20,2
Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	923	16.259	1,2	19,8
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	59.072	1,3	19,2
Lagerverwalterinnen, Magazinerinnen	741	8.771	1,4	18,8
Kassiererinnen	773	20.408	1,1	18,3
Postverteilerinnen	732	31.855	1,0	18,1
Datentypistinnen	783	5.145	1,5	17,9
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Apothekerinnen	844	4.937	0,6	6,1
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen	881	8.396	0,9	7,2
Publizistinnen	821	4.210	0,8	7,3
Ärztinnen	841	8.436	0,6	7,8
Wirtschaftsprüferinnen, Steuerberaterinnen	753	26.693	1,0	7,8
Unternehmensberaterinnen, Organisatorinnen	752	9.119	0,9	7,8
Diätassistentinnen, Pharmazeutisch-technische Assistentinnen	855	10.881	0,8	7,8
Facharbeiterinnen o.n.T.	991	11.644	0,7	8,3
Medizinische Fachangestellte	856	119.632	0,9	8,7
Fremdenverkehrsfachfrauen	702	13.686	1,0	8,8
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	685	6.931	1,0	9,7
Technische Zeichnerinnen	635	12.107	1,2	10,0
Verkehrsfachfrauen (Güterverkehr)	701	8.534	1,2	10,5
Leitende Verwaltungsfachfrauen	762	8.415	1,0	10,5
Unternehmerinnen, Geschäftsführerinnen	751	12.027	0,8	10,6
Buchhalterinnen	772	28.573	1,0	11,0
Bankfachfrauen	691	78.774	1,2	11,2
Hoteliers, Gastwirtinnen	911	11.464	1,1	11,3
Real-, Volks-, Sonderschullehrerinnen	873	11.903	1,1	11,3
Friseurinnen	901	21.222	1,2	11,3
Groß- und Einzelhandelskauffrauen, Einkäuferinnen	681	50.332	1,1	11,4
Masseurinnen, Krankengymnastinnen und verwandte Berufe	852	24.567	1,1	11,5



Tätigkeit in kleinbetrieblichen Strukturen maßgebend sein.

Bei den männlichen Berufsgruppen mit niedrigen Krankenständen fallen Steuerberater, Publizisten, Ärzte und Architekten auf. Für diese Gruppen wurden 2009 Fehlzeiten von unter einer Woche gemeldet. Auch Datenverarbeitungsfachleute und Ingenieure waren nur 8,5 Tage krank geschrieben.

Bereits in Kapitel 2 wurde die unterschiedliche Gesundheit der älteren Beschäftigten nach beruflicher Tätigkeit behandelt. In der getrennten Betrachtung nach Geschlecht erweisen sich zunächst die Berufe mit den generell höchsten Krankheitsausfällen auch als diejenigen, bei denen gerade die älteren Beschäftigten besonders viele Krankheitstage aufweisen. Daneben treten aber auch weitere Tätigkeitsfelder mit speziell für Ältere offenbar besonders gesundheitlich belastenden Bedingungen in Erscheinung. So fehlten männliche Kunststoffverarbeiter über 55 Jahre im Mittel über fünf Wochen im Jahr (35,7 Tage), obwohl ihre durchschnittlichen Ausfalltage mit insgesamt 18 Tagen zwar erhöht aber nicht extrem ausgeprägt waren. Die oben bereits erwähnten Maurer und Betonbauer mit allgemein höheren AU-Tagen von durchschnittlich rd. drei Wochen (zusammengefasste Gruppe) wiesen in der ältesten Gruppe sogar 39 Krankheitstage auf. Die im Durchschnitt mit ähnlichen AU-Zeiten behafteten männlichen Reinigungskräfte fehlten ab 55 Jahren im Mittel knapp fünf Wochen (34 Kalendertage). Männer in Gesundheitsberufen wurden in der Gesamtgruppe „nur“ 14,5 Tage krankgeschrieben, in der ältesten Gruppe waren es jedoch bereits über 30 Tage je Beschäftigten, zwei Tage mehr als die Frauen in dieser Tätigkeits- und Altersgruppe.

Bei den Frauen wiesen die ältesten Reinigungskräfte trotz des allgemein vergleichbaren bzw. sogar leicht höheren Krankenstandes in dieser Tätigkeit mit 31 Tagen der über 55-Jährigen sogar drei Tage weniger als die Männer auf. In den Berufen des Landverkehrs (zusammengefasst) waren es bei ihnen dagegen fast 33 Tage, bei den Männern knapp 31 Tage. Bei Hilfsarbeiterinnen über 55 waren sogar über 38 AU-Tage zu ver-

Tabelle 10.2
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2009 – Männer

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	9.422	1,7	26,6
Gleisbauer	463	3.857	1,4	25,2
Maschinen-, Behälterreiniger und verwandte Berufe	937	4.353	1,3	22,7
Betonbauer	442	5.334	1,3	22,0
Transportgeräteführer	742	13.072	1,3	21,9
Schweißer, Brennschneider	241	17.318	1,4	21,6
Straßenwarte	716	5.461	1,9	21,4
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	26.678	1,2	21,2
Straßenbauer	462	5.303	1,4	20,7
Rohrnetzbauer, Rohrschlosser	263	8.527	1,4	20,3
Kraftfahrzeugführer	714	121.257	1,0	20,1
Maurer	441	17.792	1,2	20,1
Wächter, Aufseher	792	14.403	1,1	19,7
Gummihersteller, -verarbeiter	143	10.385	1,3	19,6
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	14.290	1,4	19,5
Papier-, Zellstoffhersteller	161	7.240	1,3	19,5
Eisen-, Metallherzeuger, Schmelzer	191	7.282	1,2	19,5
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	24.585	1,4	19,4
Dachdecker	452	6.480	1,3	19,4
Bauschlosser	271	15.171	1,4	19,4
Chemiebetriebswerker	141	52.275	1,5	19,1
Lager-, Transportarbeiter	744	71.542	1,3	18,7
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	9.789	0,8	5,8
Publizisten	821	3.561	0,7	6,0
Ärzte	841	3.498	0,5	6,4
Architekten, Bauingenieure	603	8.136	0,7	6,6
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler	881	5.406	0,8	7,6
Unternehmensberater, Organisatoren	752	13.265	0,8	8,4
Datenverarbeitungsfachleute	774	61.958	1,0	8,5
Sonstige Ingenieure	607	24.717	0,9	8,5
Facharbeiter o.n.T.	991	19.096	0,6	8,7
Leitende Verwaltungsfachleute	762	7.305	0,8	8,8
Technische Zeichner	635	9.957	1,1	9,0
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	45.726	1,0	9,4
Restaurantfachleute, Steward	912	9.940	0,7	9,5
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	12.812	0,9	9,6
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	14.330	1,2	9,9
Werbefachleute	703	8.544	1,0	10,0
Buchhalter	772	7.569	0,9	10,1
Unternehmer, Geschäftsführer	751	25.178	0,8	10,2
Bankfachleute	691	39.426	1,1	10,4
Bürofachkräfte	781	208.167	1,0	10,5
Lebens-, Sachversicherungsfachleute	694	15.501	1,1	11,4
Verkäufer	682	57.586	0,9	11,5

zeichnen. Männer diesen Alters und in dieser Tätigkeit hatten dagegen „nur“ gut 30 Krankheitstage.

Geringere Krankheitsausfälle verzeichneten beispielsweise Lehrkräfte (Gesamtgruppe) – bei den Männern waren es 8,8 Tage, bei den Frauen 10,4 Tage. Während jedoch bei den über 55-jährigen Lehrerinnen nur vergleichsweise moderate Anstiege auf 15,8 AU-Tage stattfanden, waren die gleichaltrigen männlichen Lehrer trotz ihres niedrigeren Ausgangsniveaus mit 16,8 AU-Tagen im Mittel einen Tag länger krank. Auch bei den älteren Bank- und Versicherungskaufleuten

(zusammengefasst) hatten die Männer mit 22,7 AU-Tagen drei Krankheitstage mehr als ihre weiblichen Fachkolleginnen, obwohl diese im altersunabhängigen Vergleich mit 11,7 AU-Tagen leicht über dem Mittelwert der Männer (11,0 Tage) rangierten.

Welche praktischen Fragen der in den kommenden Jahren noch zunehmende demografische Wandel in den Unternehmen aufwirft und wie sie im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu berücksichtigen sind, behandeln die nachfolgenden Spezial.



Praktische Fragen des Demografischen Wandels im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Chancen durch individuelle Förderung und „Motivierende Gesundheitsgespräche“

Inka Matschey und Carsten Gräf,
Team Gesundheit GmbH, Essen

Der demografische Wandel erlangt innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine immer stärkere Bedeutung. Dies ist nicht allein der Tatsache geschuldet, dass die älteren Beschäftigten mehr Arbeitsunfähigkeitstage aufweisen, sondern auch dem Umstand, dass sich die Unternehmen zunehmend bewusst werden, dass sie ihre Strategien im Umgang mit den alternden Mitarbeitern verändern müssen, wenn sie auf Dauer ihre Wettbewerbsfähigkeit sichern wollen.

Der Anteil älterer Beschäftigter wird in den Unternehmen jeglicher Branchen ansteigen. Gleichzeitig wird sich die Gewinnung neuer Fachkräfte durch einen Rückgang der Ausbildungszahlen und der Anzahl jüngerer Arbeitskräfte erschweren. Daher ist es von wachsender Bedeutung, die älter werdenden Beschäftigten möglichst lange im Arbeitsleben zu halten und deren Wissen und Motivation zur Einsatzbereitschaft ihrer Arbeitskraft im Unternehmen zu erhalten und zu fördern.

Dass die Strategien dabei sehr unterschiedlich ausfallen, verwundert angesichts der unterschiedlichsten Unternehmensgrößen, wirtschaftlichen Voraussetzungen und Zielsetzungen der Betriebe nicht. Dabei lässt sich grundlegend zwischen den Unternehmen unterscheiden, die tatsächlich ganzheitlich angelegte Strategien entwickeln und über die Integration verschiedenster Maßnahmen zu einem nachhaltig veränderten Umgang mit dieser Fragestellung kommen und denjenigen, die eher nach monokausalen Zusammenhängen suchen und entsprechend einseitige Interventionen ableiten. Eine Wertung ist damit noch nicht vorgenommen. Doch für Unternehmen gilt es, diese stärkere Individualisierung ihrer Mitarbeiter mit zunehmendem Alter zu berücksichtigen und maßgeschneiderte Lösungen anzubieten. Allgemeine Präventionsmaß-

nahmen und Standardangebote wie Gesundheitsaktionen und Präventionsangebote der Krankenkassen nach den Vorgaben des § 20 haben nur eine begrenzte Wirkung. Auch bei Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen müssen die speziellen Voraussetzungen und die persönlichen Situationen jedes einzelnen noch stärker berücksichtigt werden.

Berücksichtigung der individuellen Situation

Die Basis für Entscheidungen kann dabei durchaus auf evidenten Zahlen beruhen. Dabei können allgemein verfügbare Informationen etwa zur Prävalenz von bestimmten Erkrankungen in bestimmten Lebensabschnitten mit spezifischen Informationen aus Gesundheitsberichten, dem Wiedereingliederungsmanagement oder anderen Analysen verglichen werden.

Allein das Wissen bzw. die Sensibilisierung zu Stoffwechselerkrankungen des metabolischen Syndroms im Zusammenhang mit dem Älterwerden wie z. B. Diabetes mellitus führt zunehmend zu themenspezifischen betrieblichen Interventionen. Gerade für die Beschäftigten jenseits der 50 Jahre ist die Bestimmung des Blutzuckerwertes in Verbindung mit weiteren Prädiktoren wie BMI und erhöhten Triglyzeriden eine Möglichkeit, einen Prädiabetes zu bestimmen und damit bzw. mit den abzuleitenden Folgemaßnahmen dazu beizutragen, dass kein manifester Diabetes entsteht. Ähnliche Vorgehensweisen sind für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit entsprechenden Untersuchungen und Selbsttests ein häufig eingesetztes Instrument. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen verhält es sich dagegen anders. Hier wird eher generell unterstellt, dass die älteren Generationen mit entsprechenden Belastungen nicht so gut umgehen können und quasi per se

Maßnahmen aus dem Spektrum der individuellen Primärprävention angeboten.

Bisher eher selten im betrieblichen Setting anzutreffen ist die Sturzprävention. Stigmatisiert als Programm für die „Klapprigen“ und nicht in jedem Fall mit einem konkreten Bezug zum Arbeitsleben verbunden, wird sich das Thema erst mit weiter steigenden Altersdurchschnitten bzw. größer werdenden Gruppen von Beschäftigten jenseits der 50 Jahre entwickeln. Den Sinn solcher Programme haben einige Unternehmen jedoch schon entdeckt, die Mitarbeiter beschäftigen, die Stolper- oder Sturzgefahren deutlicher ausgesetzt sind, wie z. B. Zusteller.

Für alle vorher aufgeführten Interventionen muss festgehalten werden, dass die Intervention alleine im besten Fall zu einem Informationsplus und damit zu einem Motivationsaufbau führt. Aber gerade dies ist häufig nicht in genügendem Maße der Fall, so dass auch der Übergang zu den klassischen Kursangeboten der Primärprävention zu wünschen übrig lässt und auch für den Arbeitgeber häufig zu viele Unsicherheiten hinsichtlich verlässlicher Teilnahme birgt.

Nachhaltige Impulse durch „Motivierende Gesundheitsgespräche“

Hier setzt eine überaus erfolgreiche Interventionsmethode – das „Motivierende Gesundheitsgespräch“ an. Es ist festzuhalten, dass je älter die Menschen werden, sie sich immer stärker in ihrem Verhalten, in ihren Werten, in ihren im Laufe ihres Lebens entwickelten Handlungsstrategien, in ihren Erfahrungen und ihren Einstellungen unterscheiden. Auch Leistungsfähigkeit und -bereitschaft variieren mit zunehmendem Alter stärker – es gibt die sehr fitten Älteren, die es schaffen, ihre beruflichen und persönlichen



Erfahrungen in den Betrieb einzubringen und es gibt diejenigen, die möglichst schnell aus dem Berufsleben austreten wollen bzw. ihre letzten Jahre vor der Rente „nur noch Absitzen“. Es gibt demnach nicht „den älteren Menschen“.

„Der Gesunde zählt seine Jahre nicht“

Es wird von den Arbeitnehmern – ob jung oder alt – immer mehr eine flexible Anpassung an sich immer mehr verändernden Strukturen und Arbeitsbedingungen gefordert.

Ältere in ihrer Arbeitsfähigkeit und speziell in ihrer Gesundheit zu fördern, heißt demnach, sie individuell zu fördern und die Maßnahmen in ihrer Auswahl und Durchführung an die jeweiligen Erfordernisse anzupassen. Es gilt die vorhandenen Ressourcen der Beschäftigten herauszuarbeiten und ein lebenslanges Lernen zur fördern anstatt mit begrenztem Erfolg den Defiziten entgegen zu wirken. Die Strategien der Personalentwicklung werden sich auf individualisierte Lösungen gerade für ältere Beschäftigte in den Bereichen der Motivationsförderung und Leistungsbereitschaft und im Bereich der individuellen Gesundheitsförderung ausrichten müssen.

Der Gewinn liegt dabei nicht nur auf der Seite des Arbeitnehmers, sondern ebenso auf der des Arbeitgebers, der ihre individuellen Möglichkeiten ausschöpfende, motivierte und leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einsetzen kann. Die Motivierende Gesprächsführung, die dem großen Feld der Beratungskonzepte zugeordnet werden kann, setzt bei diesem Bedarf an. Sie hat in den letzten Jahren steigende Beachtung in der Prävention gefunden, da sie die bereits angesprochenen Anforderungen an eine Beratung, die Veränderungslernen fördern soll, erfüllt und eine breite Anwendbarkeit ermöglicht.

Aus gesundheitspsychologischer Sicht muss eine Beratung darauf abzielen, „dass Personen im Rahmen ihrer individuellen Lebenssituation, ihrer Motive und Möglichkeiten passende Wege zur Gesundheit finden und diese in den Alltag umsetzen können.“ Beratungsmethoden sollen „einen individuell zu gestaltenden Veränderungsprozess einleiten und starke Akzente auf die Selbststeuerung... legen“ (Faltermaier: Tübingen, 2004). Diese Anforderungen erfüllt das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung auf Basis des Motivational Interviewings. Miller/Rollnick (Freiburg, 2009) definieren ihr Beratungskonzept „als eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“.

Die Motivierende Gesprächsführung ist dem humanistischen Menschenbild verpflichtet und setzt Beratungsmethoden ein, die die Selbststeuerung des Veränderungsprozesses und die Eigenverantwortung der Person unterstützen sollen. Zur Stärkung der Handlungsbereitschaft aktiviert das Verfahren die persönlichen Wertsetzungen, Motive und die Erinnerung an die biographische Genese der aktuellen Lebenssituation, an der die Person Veränderungen vornehmen will. Es werden aber auch persönliche und soziale Erwartungen an die Person und mögliche Konsequenzen thematisiert, die mit einer Veränderung verbunden sind bzw. sein können. In diesem Zusammenhang ist die Formulierung realistischer Ziele sowie die Entwicklung eines Handlungsplans unter besonderer Berücksichtigung von Handlungsalternativen sowie der Anstrengungen, die erforderlich sein können, um Widerstände und Rückschläge zu überwinden, ein entscheidender Schritt zur Vorbereitung der Person auf die Umsetzung des Handlungsplans.

Mitarbeiter wollen Veränderungen, und wollen sie zugleich nicht

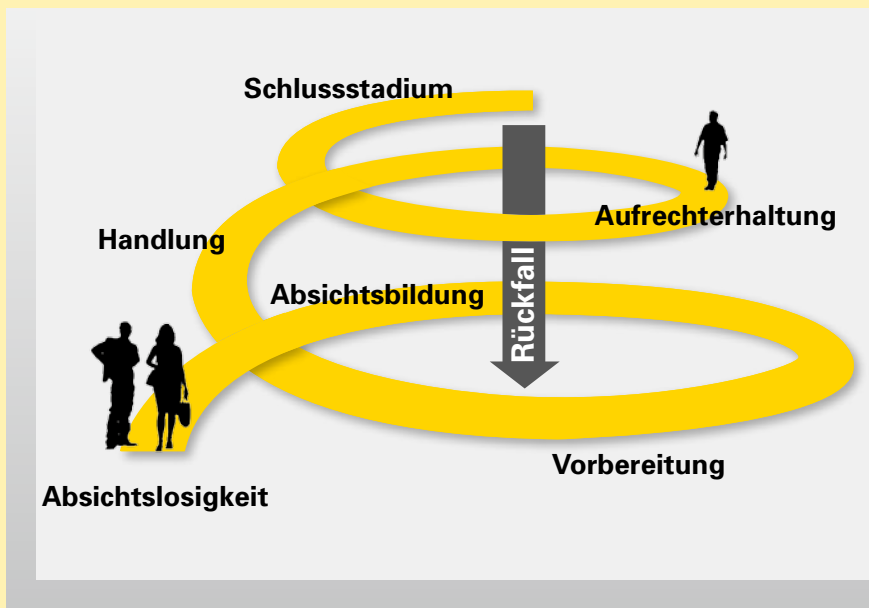
Dreh- und Angelpunkt der Motivierenden Gesprächsführung ist der „Ambivalenzkonflikt“. In diesem Konstrukt wird davon ausgegangen, dass der Mensch für die Beibehaltung sowie die Veränderung einer Verhaltensweise gute Gründe und Motivationen hat. Seine Motivationsstruktur ist unentschieden: Er will die Veränderung und er will sie zugleich nicht. Diese Grundeinstellung ist nach Miller/Rollnick (Freiburg, 2009) nicht ungewöhnlich oder gar krankhaft, sondern normal und alltäglich. Sie betrachten „Ambivalenz als einen normalen Aspekt der menschlichen Natur... Genauer gesagt, Ambivalenz ist ein natürlicher Schritt im Prozess der Veränderung“. Ihre Erfahrungen kulminieren in der Beobachtung: „Mit der Ambivalenz zu arbeiten, bedeutet in vielen Fällen, mit dem Kern des Problems zu arbeiten“. Sie sind der Überzeugung, dass jede Person über ein großes Veränderungspotential verfügt, das durch die Motivierende Gesprächsführung freigesetzt werden soll, um den bereits in der Person angelegten Veränderungsprozess zu fördern.

Die Motivierende Gesprächsführung ist ein strukturiertes Vorgehen basierend auf der Annahme, dass dem Aufbau und der Stärkung von Veränderungsmotivation eine Phasenstruktur zugrunde liegt, in der jede dieser Phasen eine Art Entwicklungsschritt der Person auf dem Weg zur Entscheidungsfindung und Handlungsbereitschaft ist. Die Grundstruktur der Motivierenden Gesprächsführung korrespondiert mit dem Stufen-Modell der Verhaltensveränderung nach Prochaska/DiClemente (Schaubild S2).

Jede Phase wird von spezifischen Aufgaben und Zielen bestimmt, für die es in der Gesprächsführung förderliche Methoden

Schaubild S2

Stufen-Modell der Verhaltensveränderung nach Prochaska/DiClemente



gibt. Die Durchführung von Gesprächen auf der Basis des Stufen-Modells der Verhaltensveränderung ist kein mechanistisch-lineares „Abarbeiten“ bzw. Durchlaufen von Entwicklungsschritten, denn ein „Rückfall“ ist grundsätzlich und immer möglich. Leitlinie der Gesprächsführung ist der Prozesscharakter von Veränderungen und damit die individuell unterschiedliche Zeitdimension. Die Zeit, die eine Person mit den Aspekten einer Veränderungsstufe beschäftigt ist, kann interindividuell sehr stark variieren und ist nicht vorauszusagen. Für den Berater folgt daraus: „die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt“ zu finden.

Den einzelnen Stadien der Veränderung sind Ziele, Beratungsprinzipien und Methoden zugeordnet, deren Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft ist. Richtig eingebettet in betriebliche Strategien des Gesundheitsmanagements lassen sich

aus den Gesprächen nicht nur individuelle Ansätze zur Förderung der Gesundheit finden. Ähnlich wie beim betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement können auch Rückschlüsse auf betriebliche Bedingungen gezogen werden. Dabei stehen jedoch nicht klassisch die Veränderung ergonomischer Bedingungen im Vordergrund, sondern vielmehr die strategische Ausrichtung der Personal- und Organisationsentwicklung. Fragestellungen zum Umgang der Generationen miteinander (s. auch nachfolgendes *Spezial S. 81 ff.*), zur Karriereplanung, zu Nachfolgeregelungen zu altersgerechter Gestaltung von Arbeit, zu Weiterbildungsstrategien etc. werden durch einen weitsichtigen Umgang mit den Ergebnissen solcher Gespräche in den Fokus genommen. Zu diesen Fragestellungen bietet das Gesundheitsmanagement ebenfalls geeignete Methoden an. Gemein ist ihnen, dass sie die Grund-

sätze des Gesundheitsmanagements berücksichtigen. Insbesondere im Feld der alters- und altersgerechten Personalentwicklung ist die Berücksichtigung von Transparenz, Kommunikation und die Beteiligung der Beschäftigten von besonderer Bedeutung, werden doch entsprechende Maßnahmen nicht von vorne herein durch das Vertrauen der Beschäftigten begleitet. Eher haben die Beteiligten mit Vorurteilen und Stigmata zu kämpfen.

Diese können jedoch zum Beispiel durch Workshops zur Verbesserung der Arbeitssituation von Mitarbeitern 50+ oder Zukunftswerkstätten abgebaut und ins Gegenteil verkehrt werden. Nicht nur die Wissenschaft weiß, dass sich Alt und Jung in ihren Fähigkeiten gut ergänzen können.

**„Wenn die Jugend wüsste
und das Alter könnte...“
(unbekannt)**

Die Erfahrungen mit „altersgemischten Teams“ sind positiv. Es bedarf jedoch der gezielten Vorbereitung zum Beispiel durch die genannten Instrumente.

Nichts beginnen, was nicht vollendet werden kann

Wie schon zu Beginn geäußert, ist eine Bewertung im Sinne von richtigem und falschem Vorgehen schwer. Natürlich ist Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit anzustreben, natürlich Strategie besser als purer Aktionismus – aber die Maßnahmen müssen auch in das System/ Unternehmen passen und nichts ist schlimmer, als etwas zu beginnen, von dem absehbar ist, dass es nicht vollendet wird. Besonders in diesem Themenfeld ist Verlässlichkeit und Vertrauen ein unabdingbarer Grundstein für Erfolg. Ist die Basis noch nicht gelegt, sind einzelne mit dem Themenfeld verknüpfte oder

verknüpfbare Maßnahmen ein geeignetes Mittel dieses Fundament zu legen. Doch vor allen Maßnahmen sollte den Grundsätzen des Projektmanagements folgend – so auch hier – eine Planungs- und Analysephase stehen.

Unter Beteiligung aller relevanten Unternehmensvertreter sollte die Vorgehensweise abgestimmt werden. Ein Strategie-workshop „Gesund arbeiten – nicht erst ab 50+“ kann ein Start sein, um aus diesem Gremium heraus Beratungskonzepte erstellen zu lassen. Ob diese in Form einer Prozessberatung, Expertenberatung oder im Sinne einer systemischen Beratung zum Tragen kommen, liegt in der Hand der Unternehmen und richtet sich nach deren Voraussetzungen. Auch interne Demografie-Experten können aufgebaut werden. Die Ausbildung zum Demografieberater stellt einen weiteren Baustein für einen nachhaltigen Lösungsansatz dar. Im Rahmen der Qualifizierung lernen sie als Multiplikatoren sowohl Hintergründe des demografischen Wandels als auch die wesentlichen Instrumente des Gesundheitsmanagements mit dem Fokus der alternden Belegschaften, wie sie in weiten Teilen oben aufgeführt sind,

kennen. Eine Altersstrukturanalyse wäre so ggf. auch mit eigenen Ressourcen durch das Unternehmen erstellbar und – weitaus wichtiger – mit entsprechendem Hintergrund interpretierbar.

In den Bereich der Social Responsibility kann man Initiativen einordnen, die sich mit der Kompensation von Defiziten durch jahrelange Unterforderung z. B. durch repetitive Tätigkeiten beschäftigen. Früher für viele große Unternehmen üblich, ist die „(Betriebs-)Kur“ als rein betriebliches Unterstützungsangebot in den 1990er Jahren aus dem Fokus geraten. Die effektive Vermittlung in klassische Kuren, aber auch der Aufbau von Kontakten und Kooperationen zu Sekundär- und Tertiärpräventionsdienstleistern wird in Zukunft jedoch verstärkt zu den betrieblichen Aufgaben gehören, um im Sinne eines erweiterten BEM effektive Strukturen zu etablieren. Auch indirekte Entwicklungen, die mit einem steigenden Alter zu tun haben, rücken langsam aber sicher in das Blickfeld von weitsichtigen Betriebsleitungen. So werden ja nicht nur die Beschäftigten älter, sondern auch deren Angehörige, insbesondere deren Eltern. Die (Doppel-)Belastung

durch zu pflegende Angehörige wird inzwischen als Handlungsfeld erkannt, dem man unter anderem mit sehr flexiblen Arbeitszeitmodellen begegnet. Doch die Flexibilität zu Gunsten des einen erfordert auf der anderen Seite auch die entstehende Lücke am Arbeitsplatz zu füllen und so stellt sich automatisch die Frage der Organisation und Qualifikation.

Fazit

Insgesamt werden sich die Strategien des Personalmanagements noch mehr als heute auf eine zukunftsorientierte Personalentwicklung ausrichten. Im Kern wird die Förderung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen aller Alters- und Berufsgruppen stehen. Somit sind deutliche Abgrenzungen zwischen Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Demografieprojekten, Personal- und Organisationsentwicklung ein eher akademisches Konstrukt und in der Praxis stellt sich die Frage, wie es gelingt, die komplexen Fragestellungen mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten und Ressourcen in die betrieblichen Routinen zu integrieren.

Literatur:

HETTEMA, Jennifer / STEELE, Julie / MILLER, William R. (2005): „Motivational Interviewing“, in: *Clinical Psychology*, Vol. 1, S.91-111.
 KELLER, Stefan (1999): *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, Freiburg.
 KRIEGESMANN, Bernd [u. a.] (2005): *Fb 1038 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit*, Dortmund.
 MILLER, William R. / ROLLNICK, Stephen (2009): *Motivierende Gesprächsführung*, Freiburg im Breisgau.
 MILLER, William R. / WILBOURNE, Paula L. (2002): „Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders“, in: *Addiction* 97, S. 265-277.

PROCHASKA, James O. / DICLEMENTE, Carlo C. (1984): *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*, Homewood.
 PROCHASKA, James O. [u. a.] (1994): „Stages of change and decision balance for 12 problem behaviors“, in: *Health Psychology*, 13, S. 39-46.
 ROLLNICK, Stephen / MASON, Pip / BUTLER, Chris (1999): *Health Behavior Change. A guide for practioners*, London.
 VELICER, Wayne F. [u. a.] (1995): „An empirical typology of subjects within stage of change“, in: *Addictive Behaviors*, 20, S. 299-320.



Die Wahrnehmung von Altersunterschieden in Teams – Erste Ergebnisse des iga Barometer 2010

Jürgen Wolters,
BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheitsförderung

Die soziodemografische Entwicklung stellt die Bevölkerung und damit auch die Arbeitswelt vor große Herausforderungen. Hauptursachen sind drei Grundtendenzen:

- Die anhaltende Verlängerung der Lebenserwartung auf Grund einer deutlichen Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität.
- Die Zunahme der Altersgruppe über 60 bis 2030, wenn die Kinder der Baby-Boom-Generation das Rentenalter erreichen.
- Die anhaltend geringe Geburtenrate von 1,38 Geburten pro Frau.¹

Die Bevölkerung und die Arbeitswelt sind folglich durch einen ausgeprägten Alterungsprozess gekennzeichnet. Die Änderungen im Altersaufbau können anhand der prozentualen Anteile einzelner Generationen verdeutlicht werden. Während heute bereits nur jeder Fünfte unter 20 Jahre ist und dagegen schon fast jeder Vierte das Rentenalter erreicht, wird im Jahr 2050 nur noch jeder Sechste unter 20, aber bereits jeder Dritte 60 Jahre und älter sein. Entsprechend wird sich auch das Durchschnittsalter verschieben: Im Jahr 2001 lag es bei 41 Jahren, 2050 wird es bei 49 Jahren liegen.

Für die Arbeitswelt werden Lösungen in der Verlängerung der Lebensarbeitszeit verbunden mit einer Erhöhung des Renteneintrittsalters oder auch in einem früheren Berufseinstieg gesehen. In beiden Fällen wird sich dadurch die Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung stark verändern und sich die Altersspanne der Berufstätigen deutlich vergrößern.

In der Arbeitswelt wird die Arbeit im Team auf Grund seiner vielen Vorteile (z. B. Transfer von Wissen oder Verteilung von Belastungen) immer stärker geschätzt und ist in der Arbeitsgestaltung immer häufiger anzutreffen. Auf die Arbeitswelt übertragen bedeuten die Lösungen, dass in den Teams zunehmend unterschiedliche Alterstrukturen aufeinander treffen. Deren Zusammenarbeit lässt sowohl Chance als auch Risiko erkennen.

Chancen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erfahrungshintergründe ergeben sich durch die Kombination des Wissens, der Erfahrung und der Fähigkeiten jüngerer und älterer Mitarbeiter. Das Risiko besteht vor allem darin, dass es auf Grund der Zusammenarbeit von jung und alt zu zahlreichen Konflikten kommen kann, die durch unterschiedliche Denk- und Arbeitsweisen, Vorurteile gegenüber der jeweils anderen Generation etc. hervorgerufen werden. Diese Konflikte wirken sich negativ auf die Stimmung im Team und des Einzelnen aus, aber auch auf die Leistung und die Gesundheit.

Im Rahmen des iga Barometer 2010 – einer regelmäßigen, repräsentativen Befragung von Erwerbstätigen der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)² – wurde untersucht, wie das Miteinander der Generationen am Arbeitsplatz ausgeprägt ist. Welche Alterstrukturen haben die Teams? Wie empfinden die Beschäftigten die Vor- und Nachteile altersgemischter Teams? Erkennt die Führungskraft die bestehenden Altersunterschiede und

richtet ihren Führungsstil entsprechend aus? Im Folgenden werden einige deskriptive Unterschiede zum Miteinander der Generationen im Arbeitsleben aus dem iga Barometer dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse erscheinen in einem iga Report.³

Altersvarianz in den Teams

Um ein Maß für die Alterszusammensetzung der Arbeitsgruppen zu erhalten, wurden die Teilnehmer der iga-Befragung gebeten, einzuschätzen, wie ihre eigenen Arbeitsteams altersmäßig zusammengesetzt sind. Dabei wurden vier Abstufungen vorgenommen, von „es bestehen keine Altersunterschiede im Team (d. h. alle sind in etwa gleich alt)“ bis zu „es gibt große Altersunterschiede im Team (d. h. sowohl jüngere als auch ältere Personen arbeiten zusammen)“. 40,5 % der Befragten gaben an, dass es in Ihrem Team keine oder nur geringe Unterschiede in Hinblick auf die Alterszusammensetzung gibt, d. h. alle sind in etwa gleich alt. Deutliche bis sehr große Altersunterschiede wiesen die Arbeitsteams bei 59,5 % der Befragten auf.

Gibt es Unterschiede zwischen den Berufsgruppen?

Das iga Barometer enthält auch Fragen zum ausgeübten Beruf und der Branche. Dabei zeigte sich in allen 15 ausgewerteten Berufsgruppen, dass es insgesamt Unterschiede in der Alterszusammensetzung der Arbeitsgruppen der Befragten gibt. So gaben nur 17,5 % bzw. 22,9 % der Befragten an, dass es keine

¹ nach Angaben des Statistischen Bundesamtes, Stand: 2008

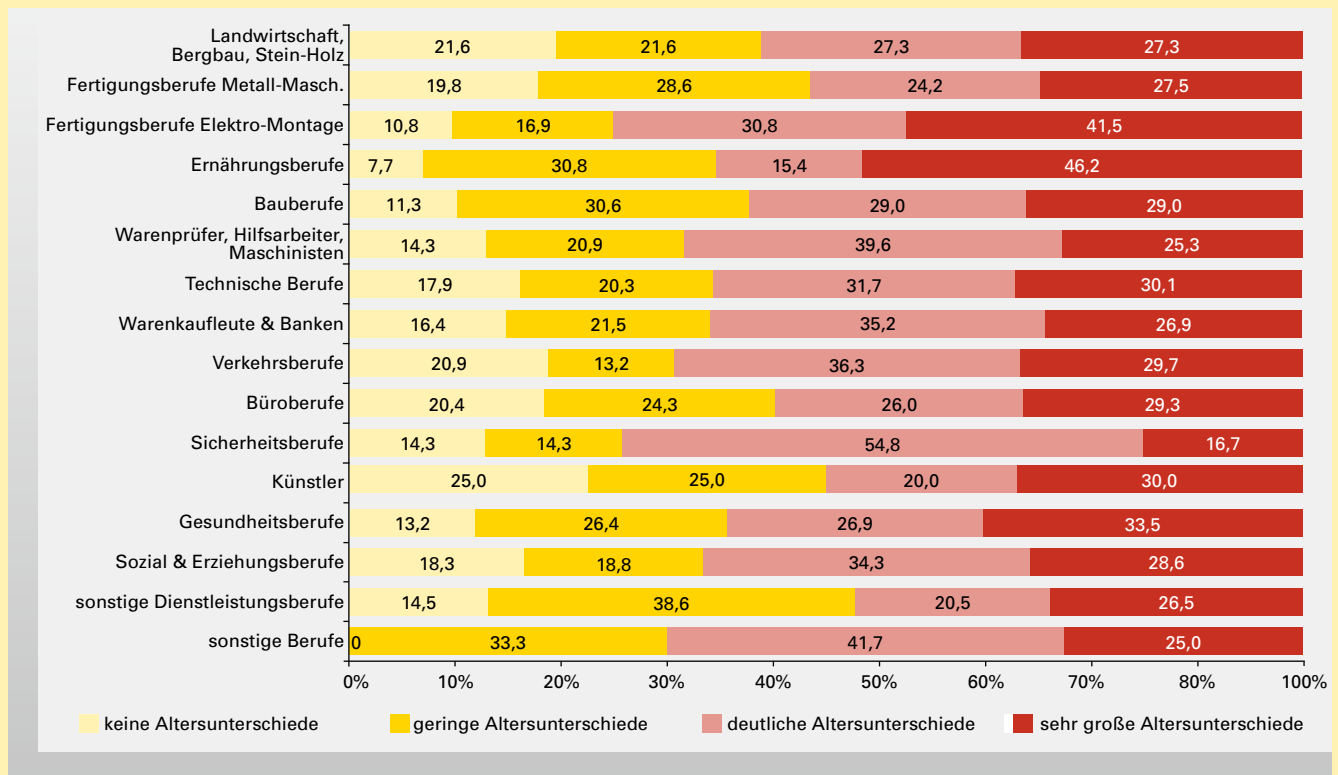
² iga wird getragen vom BKK Bundesverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem AOK Bundesverband und dem Verband der Ersatzkassen (vdek)

³ Die iga-Reporte sind unter <http://www.iga-info.de> zu finden.



Schaubild S3

Wahrnehmung von Altersunterschieden nach Berufen – Altersvarianz in den Berufen



oder nur geringe Altersunterschiede im Team gibt. Somit kann man insgesamt eine deutliche Altersvarianz in den Arbeitsgruppen aller Befragten feststellen. Deutliche Altersunterschiede zeigen sich dabei vor allem bei den Fertigungsberufen

im Elektro- und Montagebereich und Sicherheitsberufen, bei denen der Anteil an Arbeitsgruppen mit einer deutlichen oder sehr großen Altersvarianz über 70 % liegt. Eine vergleichsweise geringe Altersvarianz zeichnet sich dem-

gegenüber eher in den Berufsgruppen der Künstler, der Fertigungsberufe im Metall- und Maschinenbau, sowie in sonstigen Dienstleistungsberufen ab (s. Schaubild. S3).



Gibt es Geschlechtsunterschiede?

Über die Hälfte der Befragten beider Geschlechter (ca. 60 %) geben an, dass in den Teams deutliche oder sehr große Altersunterschiede zwischen den Teammitgliedern bestehen. Diese Altersunterschiede nehmen Männer ein wenig stärker wahr als Frauen. Dies ist unabhängig von der tatsächlichen Alterszusammensetzung im Team (s. Schaubild S4).

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen

Die Teams der einzelnen Altersgruppen sind hinsichtlich der Altersvarianz unterschiedlich zusammengesetzt. Die Hälfte der Personen der Altersgruppe der 40-49-Jährigen arbeitet in Arbeitsgruppen, in denen es nach eigener Einschätzung nur geringe oder gar keine Altersunterschiede gibt. Im Unterschied dazu steht die Altersgruppe der unter 20-Jährigen. Hier sind es etwa 78 % der Befragten, die angeben, in einem Team mit deutlichen oder sehr großen Altersunterschieden zu arbeiten (s. Schaubild S5).

Die Wertschätzung von Altersdifferenzen

Das Konzept der individuellen Wertschätzung von Altersdiversität im Arbeitskontext beschreibt die eigene Einschätzung der Teamarbeit hinsichtlich der individuell empfundenen Vor- und Nachteile einer gemischten Alterszusammensetzung im Team. Eine hohe Wertschätzung zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass man zahlreiche Vorteile und positive Effekte auf z. B. die Leistung oder das Teamklima, in der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams sieht.

Schaubild S4

Wahrnehmung von Altersunterschieden nach Geschlecht – Unterschiede in der Altersvarianz

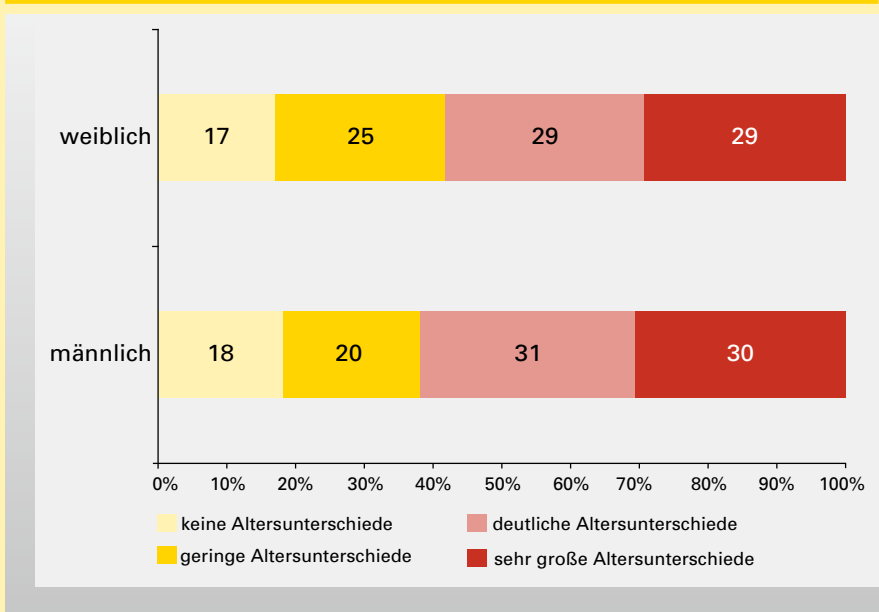
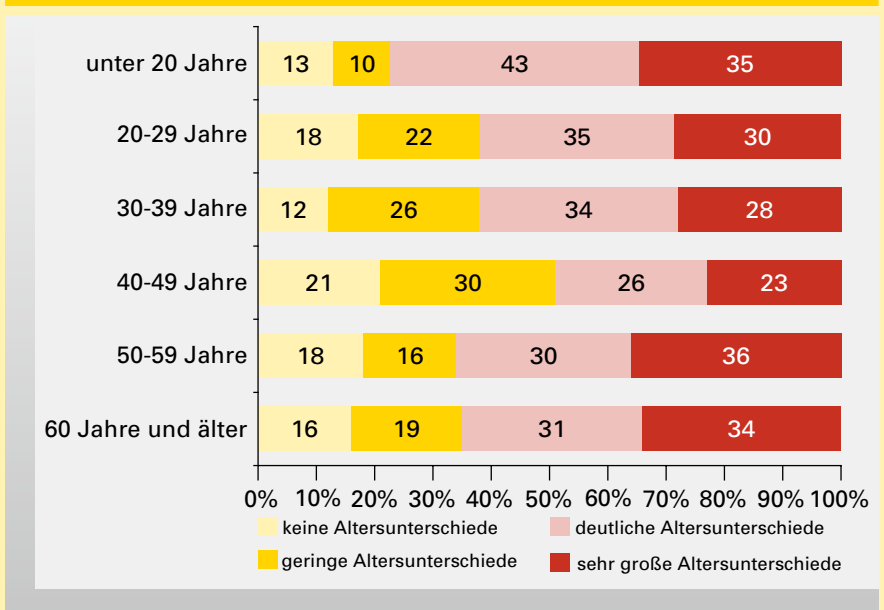


Schaubild S5

Wahrnehmung von Altersunterschieden nach Altersklassen – Unterschiede der Altersvarianz



Auch hinsichtlich der Wertschätzung von Altersdifferenzen lassen sich Unterschiede zwischen einzelnen Berufsgruppen finden. So sehen vor allem Personen in Bauberufen, in Gesundheitsberufen und Künstler einen hohen, positiven Wert in den Altersunterschieden der Teammitglieder gegenüber Personen, die als Warenprüfer und Hilfsarbeiter tätig sind. Dies ist nachvollziehbar, da in den erstgenannten, qualifizierten und teilweise spezialisierten Berufsgruppen ein Vorteil in dem Erfahrungswissen der Älteren gesehen wird. Wohingegen in weniger qualifizierten Berufsgruppen dieser Vorteil nicht gesehen wird.

Altersdifferenziertes Führen

Wie in jeder Gruppe gibt es auch in den altersgemischten Teams unterschiedliche Bedürfnisse der einzelnen Mitglieder, welche die Anforderungen an die Führungskraft erhöhen. Die Führungskraft muss die bestehenden Altersunterschiede und die damit verbundenen, unterschiedlichen Bedürfnisse erkennen und ihren Führungsstil entsprechend ausrichten. Um auf diese speziellen Anforderungen der einzelnen Altersgruppen einzugehen, ist altersdifferenziertes Führen notwendig. Dazu wurden im iga Barometer die Beschäftigten beispiels-

weise gefragt, ob ihre Vorgesetzten die Mitarbeiter an Entscheidungen über die zu erledigenden Arbeitsaufgaben beteiligen. Oder, ob die Vorgesetzten die Mitarbeiter Wert schätzen. Gezielt wurde dabei gefragt, ob dieses eher für jüngere oder ältere Mitarbeiter oder für beide Altersgruppen gilt.

Insgesamt betrachtet, zeigte sich eine hohe Einschätzung, dass die Vorgesetzten ihre Führung auf beide Altersgruppen gleichzeitig ausrichten. Betrachtet man das Führungsverhalten differenziert nach Berufsgruppen, so zeigen sich teilweise andere Ergebnisse. Vorgesetzte zeigen vor allem in den Ernährungs- und Sicherheitsberufe, in Berufsgruppen der Landwirtschaft, des Bergbaus sowie des Baugewerbes, aber auch in Warenverkaufs- und Bankberufen ein unterschiedliches Führungsverhalten gegenüber jüngeren und älteren Mitarbeitern. Ein Führungsstil, der jüngere und ältere Mitarbeiter im gleichen Maße behandelt, ist verstärkt in Verkehrs-, Sozial- und Erziehungsberufen vorzufinden.

Diese exemplarischen Ergebnisse aus dem iga Barometer 2010 lassen erkennen, dass eine große Zahl der Berufsgruppen Altersunterschiede in Teams wahrnimmt. Die Auswirkungen, die die-

se Wahrnehmung auf die Leistung der Gruppe oder auf die Gesundheit des Einzelnen haben, können unterschiedlich sein. Auf der positiven Seite steht der günstige Einfluss, den der Austausch von Berufserfahrungen, von Kenntnissen betrieblicher Zusammenhänge oder der Einsatz älterer Beschäftigter als Mentor auf das Team haben kann (s. auch *Spezial von Sandler S. 32 f*). Eine starke Wahrnehmung von Altersunterschieden könnte die Möglichkeit von Konflikten erhöhen, die durch Vorurteile gegenüber der anderen Altersklasse hervorgerufen werden. Beispielsweise könnten Defizite gegenüber Älteren, wie eine höhere Krankheitshäufigkeit oder eine geringere Belastbarkeit die Oberhand gewinnen. Die Zusammensetzung des Teams könnte in diesem Fall ein negatives Ergebnis bezogen auf die Leistungsfähigkeit des Teams und die Gesundheit der Mitarbeiter haben. Diese Konflikte muss die betriebliche Gesundheitsförderung aufgreifen und Lösungen anbieten. Diese können in Gesundheitszirkeln mit dem Fokus der Teambildung oder in Seminaren zur altersgerechten Führung liegen.

Arbeitsunfähigkeit wichtiger Berufsgruppen innerhalb ausgewählter Wirtschaftszweige

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

Metallverarbeitung

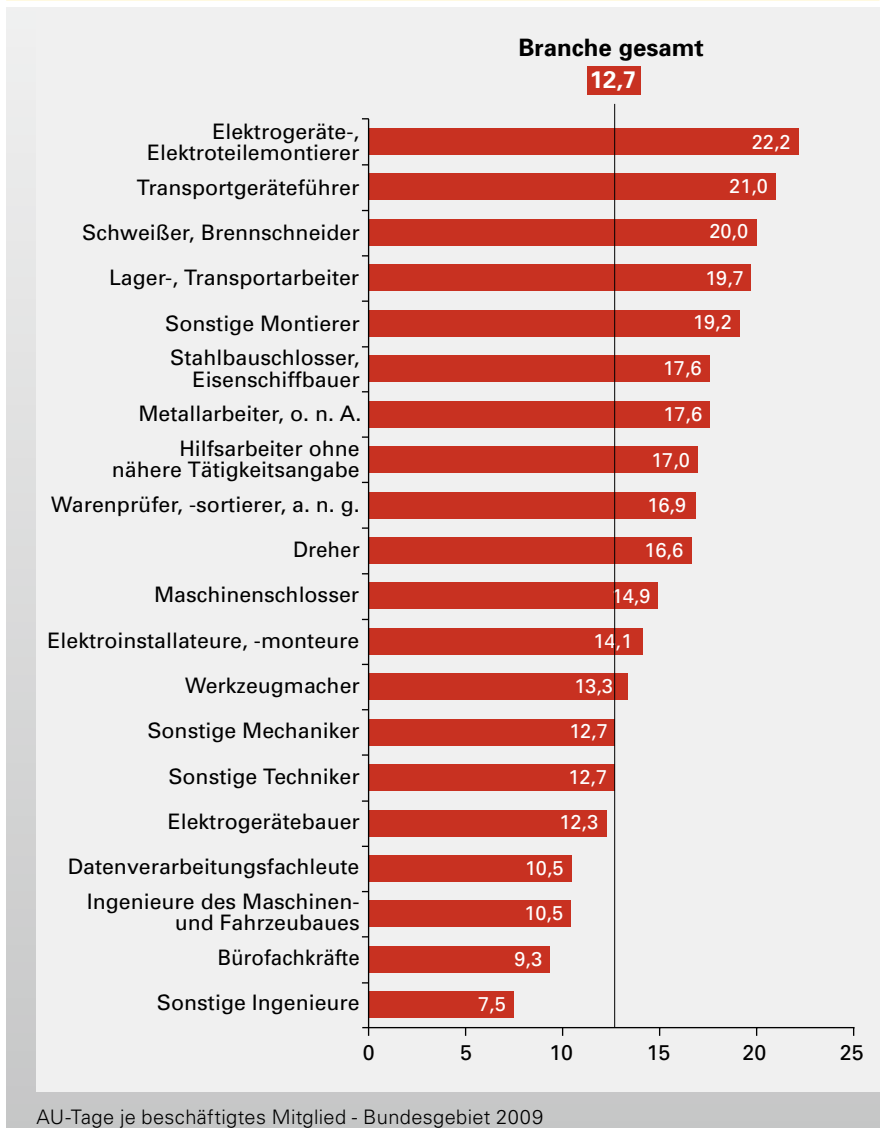
Die *metallverarbeitende Industrie* besitzt sowohl gemessen an ihrem Anteil an den BKK-Versicherten, als auch im gesamtwirtschaftlichen Maßstab nach wie vor ein hohes Gewicht. In dieser Branche erkrankte ein beschäftigtes BKK-Mitglied 2009 im Durchschnitt 12,7 Kalendertage, womit gegenüber dem Vorjahr kein Anstieg zu verzeichnen war. Für die rund 165 Tsd. dort beschäftigten Frauen wurden 13,8 Tage gemeldet. Dem stehen 12,4 Tage der 716 Tsd. männlichen Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe gegenüber.

Nach Berufen wiesen die schon in der Gesamtbetrachtung relevanten Gruppen wie Montierer, Transportgeräteführer, und Schweißer die höchsten Krankenstände auf (vgl. *Schaubild 30*). Techniker fehlten im Vergleich zum Vorjahr rund fünf Tage mehr. Schwankungen in diesen Berufen stehen indes häufig mit längeren Phasen von Kurzarbeit – z. B. auf Werften – in Verbindung.

Die wenigsten Krankheitstage fielen bei Ingenieuren, Bürofachkräften, Unternehmern und Datenverarbeitungsfachleuten an. Analog zu den Gesamtergebnissen verzeichneten Frauen jedoch längere Fehlzeiten als Männer. Während Datenverarbeiterinnen rund zwei Tage weniger krankgeschrieben waren, lagen die Fehlzeiten der Hilfs- und Metallarbeiterinnen rund vier Tage, die der Elektroinstallateurinnen gar elf Tage über denen der männlichen Beschäftigten.

Schaubild 30

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallverarbeitung



³ Bei den Ergebnissen ist zu beachten, dass hier nicht nur Pflichtmitglieder, sondern auch freiwillig Versicherte einbezogen wurden.

Metallerzeugung

In der *Metallerzeugung* (vgl. *Tabelle 11*) liegen die Krankenstände üblicherweise erheblich höher als in der Metallverarbeitung und erreichten 2009 durchschnittlich 15,5 AU-Tage je Beschäftigten. Hiermit stiegen die Fehlzeiten in dieser Branche gegenüber dem Vorjahr um fast einen Tag an. Mit mehr als dreiwöchigen Krankheitszeiten standen Halbzeugputzer auf dem obersten Rang. Es folgten Schweißer, Warenaufmacher und Stahlschmiede mit Krankheitszeiten von drei Wochen.

Am Ende der Fehlzeiten-Skala rangierten unter den hier aufgeführten quantitativ bedeutsamen Gruppen die Bürofachkräfte, Techniker und Werkzeugmacher mit im Schnitt 10 bis 13 Krankheitstagen im Jahr.

Geschlechtsspezifische Differenzen können auch in der Metallerzeugung festgestellt werden. So waren die produktionsnäheren Metallarbeiterinnen mit gut 23 Krankheitstagen etwa sechseinhalb Tage länger krank gemeldet als ihre männlichen Kollegen. Im Büro fehlten sie hingegen genauso lange, wie die männlichen Büroangestellten der metallergebenden Unternehmen.

Chemische Industrie

In der *chemischen Industrie* (vgl. *Tabelle 12*) lag der Branchendurchschnitt im Beobachtungszeitraum bei 13,8 AU-Tagen je Beschäftigten (+1,0 gegenüber dem Vorjahr). Industriemeister gehörten mit 24 AU-Tagen zu den gesundheitlich auffälligsten Gruppen, gefolgt von den Chemielaborwerkern und Beschäftigten in der Warenannahme und dem Versand mit jeweils 21,6 Tagen. Industriemeister verzeichneten gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg der Krankheitszeiten um rund zwei Wochen(!). Auch Lager- und Transportarbeiter, Chemiebetriebswerker sowie Gummihersteller verzeichneten mit rund 20 Tagen noch um fast die Hälfte erhöhte Krankheitszeiten gegenüber dem Branchendurchschnitt.

Auf dem hohen Niveau der Fehlzeiten unterscheiden sich die Geschlechter zum Teil stark voneinander. Lagen die Krankheitszeiten der Frauen bei den Chemielaborwerkern unter denen ihrer männlichen Kollegen (Frauen: 20,3,

Tabelle 11
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallerzeugung

Beruf	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Halbzeugputzer und sonst. Formgießerberufe	203	3.413	1,5	25,0	16,8
Schweißer, Brennschneider	241	3.840	1,4	22,2	15,5
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	3.352	1,3	21,7	16,3
Stahlschmiede	251	2.082	1,3	20,4	16,0
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	6.539	1,3	20,2	16,1
Metallarbeiter, o. n. A.	323	14.073	1,3	20,2	16,0
Eisen-, Metallerzeuger, Schmelzer	191	6.106	1,2	19,6	16,9
Walzer	192	6.907	1,1	18,9	17,1
Warenprüfer, -sortierer, a. n. g.	521	4.408	1,2	17,8	15,1
Bauschlosser	271	5.213	1,4	17,0	12,2
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	8.392	1,3	16,8	13,4
Industriemechaniker/innen o. n. F	270	7.177	1,4	16,5	12,2
Fräser	222	2.914	1,2	15,5	13,0
Dreher	221	6.813	1,3	15,3	12,1
Maschinenschlosser	273	5.194	1,3	15,2	12,2
Elektroinstallateure, -monteure	311	5.863	1,1	14,0	12,3
Sonstige Mechaniker	285	2.578	1,3	13,8	10,5
Werkzeugmacher	291	6.583	1,2	12,5	10,5
Sonstige Techniker	628	3.738	1,0	11,1	11,3
Bürofachkräfte	781	20.225	1,0	9,5	9,9
Branche gesamt		212.348	1,1	15,5	13,6
davon: Frauen		33.375	1,1	13,9	12,6
Männer		178.973	1,1	15,8	13,8

Tabelle 12
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Chemie

Beruf	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Industriemeister, Werkmeister	629	3.250	1,9	24,0	12,6
Chemielaborwerker	142	3.514	1,7	21,6	12,9
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	2.841	1,6	21,6	13,4
Lager-, Transportarbeiter	744	2.983	1,4	20,1	14,4
Chemiebetriebswerker	141	45.531	1,6	19,6	12,2
Gummihersteller, -verarbeiter	143	10.028	1,3	19,5	15,3
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	4.779	1,4	19,4	13,9
Kunststoffverarbeiter	151	16.003	1,4	19,0	14,0
Lagerverwalter, Magaziner	741	2.159	1,4	17,6	12,4
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	5.447	1,4	16,4	11,6
Maschinenschlosser	273	2.067	1,5	16,0	11,0
Sonstige Mechaniker	285	2.606	1,5	14,5	9,8
Sonstige Techniker	628	3.887	1,4	14,2	10,3
Elektroinstallateure, -monteure	311	3.664	1,2	13,4	10,9
Werkzeugmacher	291	2.079	1,3	13,2	10,2
Chemielaboranten	633	9.965	1,4	12,4	8,6
Biologisch-technische Sonderfachkräfte	631	1.750	1,3	11,2	8,4
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	2.761	1,1	10,3	9,5
Bürofachkräfte	781	26.484	1,1	9,8	9,0
Chemiker, Chemieingenieure	611	1.427	1,0	9,6	9,4
Branche gesamt		240.135	1,2	13,8	11,8
davon: Frauen		63.289	1,2	13,2	10,9
Männer		176.846	1,2	14,0	12,1



Tabelle 13
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Baugewerbe

Beruf	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Stukkateure, Gipser, Verputzer	481	1.877	1,3	21,8	16,8
Betonbauer	442	3.514	1,3	21,5	17,0
Sonstige Tiefbauer	466	4.347	1,1	19,8	18,8
Maurer	441	14.605	1,1	19,7	17,9
Dachdecker	452	6.280	1,3	19,4	15,5
Baumaschinenführer	546	2.162	1,0	19,2	19,1
Isolierer, Abdichter	482	4.053	1,2	19,1	16,2
Straßenbauer	462	3.303	1,3	18,8	14,9
Fliesenleger	483	2.587	1,2	17,7	14,8
Kraftfahrzeugführer	714	2.569	1,0	17,6	18,0
Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer, a. n. g.	472	8.157	1,0	17,6	18,1
Zimmerer	451	5.454	1,2	17,3	14,4
Maler, Lackierer (Ausbau)	511	12.096	1,3	16,9	13,2
Rohrinstallateure	262	21.390	1,4	16,5	12,1
Tischler	501	7.201	1,2	14,9	12,1
Elektroinstallateure, -monteure	311	21.491	1,3	14,2	11,3
Sonstige Techniker	628	2.025	0,9	12,3	13,5
Bürofachkräfte	781	24.627	0,9	9,9	11,0
Technische Zeichner	635	1.474	1,1	9,1	8,5
Architekten, Bauingenieure	603	1.912	0,7	6,4	9,7
Branche gesamt		214.597	1,1	15,6	13,9
davon: Frauen		30.896	0,9	10,5	11,2
Männer		183.700	1,2	16,4	14,2

Tabelle 14
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Handel

Beruf	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Warenaufmacher, Versandfertigtmacher	522	9.921	1,4	20,1	14,1
Kraftfahrzeugführer	714	15.848	1,1	19,6	18,4
Lager-, Transportarbeiter	744	23.614	1,3	17,7	13,5
Kassierer	773	19.638	1,1	17,6	16,4
Sonstige Techniker	628	7.453	1,4	16,9	12,5
Lagerverwalter, Magaziner	741	20.119	1,2	15,7	12,9
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	38.141	1,5	14,9	10,1
Elektroinstallateure, -monteure	311	5.772	1,3	14,7	11,0
Verkäufer	682	194.102	1,0	14,5	14,3
Handelsvertreter, Reisende	687	13.777	1,2	13,4	11,6
Floristen	53	3.365	0,9	11,5	12,7
Unternehmer, Geschäftsführer	751	8.609	0,7	11,0	14,8
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	64.137	1,0	10,5	10,1
Bürofachkräfte	781	116.260	1,0	9,8	9,8
Buchhalter	772	6.064	0,9	9,4	10,8
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	685	6.520	1,0	9,3	9,6
Augenoptiker	304	5.253	1,0	8,8	8,6
Datenverarbeitungsfachleute	774	6.833	0,9	8,6	9,2
Diätassistentinnen, Pharm.-techn. Assistenten	855	9.173	0,8	7,0	8,7
Apotheker	844	4.894	0,5	5,8	11,2
Branche gesamt		734.766	1,0	12,7	12,3
davon: Frauen		382.623	1,1	13,4	12,7
Männer		352.143	1,0	11,9	11,8

Männer: 22,6 Tage), so war es bei den Gummi- sowie Kunststoffverarbeitern umgekehrt. Hier wiesen Frauen um gut fünf bzw. acht Tage längere Fehlzeiten auf (23,9 zu 19,0 Tagen bzw. 24,6 zu 17,4 Tagen). Auch die Hilfsarbeiterinnen fielen mit 22,7 Krankheitstagen fünf Tage länger aus als männliche Hilfsarbeiter.

Am unteren Ende der Skala befanden sich erwartungsgemäß Chemiker, Bürofachkräfte und Groß- und Einzelhandelskaufleute mit nur geringen Ausfallzeiten von rund zehn AU-Tagen im Jahr. Auch die leitenden Angestellten im Management sowie die biologisch-technischen Sonderfachkräfte fehlten 2009 noch an rund elf Tagen.

Baugewerbe

Das *Baugewerbe* (Tabelle 13) gehört – ähnlich wie die Metallherzeugung – zu den Branchen mit einem höheren Krankenstand, wobei mit 15,6 Krankheitstagen in 2009 eine Zunahme von rund eineinhalb Tagen gegenüber dem Vorjahr zu beobachten war. Bereits 2007 hatte es einen Anstieg um einen halben Tag gegeben.

Stukkateure (21,8 Tage) und Betonbauer (21,5 Tage) verzeichneten die höchsten krankheitsbedingten Ausfälle. Hiernach folgten Tiefbauer, Maurer und Dachdecker mit rund 20 Krankheitstagen. Zu den Berufsgruppen mit besonders wenigen Ausfallzeiten gehörten in dieser Branche erwartungsgemäß Architekten und Bauingenieure (6,4 Tage) sowie technische Zeichner und Bürofachkräfte, die im Durchschnitt gut zehn Tage erkrankten.

Handel

Mit durchschnittlich 12,7 Arbeitsunfähigkeitstagen zählte der *Handel* zu den Branchen, die in 2009 deutlich mehr Krankheitsausfälle (+1,0 Tag) gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen hatten. Frauen sind in dieser Wirtschaftsgruppe zahlenmäßig etwas stärker vertreten. Sie waren im Schnitt 13,4 Tage und damit eineinhalb Tage länger als die männlichen Beschäftigten krankgeschrieben.

Die höchsten Fehlzeiten wiesen die Beschäftigten der Warenannahme und dem Versand (20,1 Tage, +1,5) sowie KFZ-Führer (19,6 Tage, +2,5) auf. In der Warenannahme wurden für Frauen sogar 22,1 AU-Tage und damit vier Tage

Verkehr

mehr als für ihre männlichen Kollegen gemeldet. Weitere Gruppen mit hohen Krankenständen waren Lager- und Transportarbeiter/innen sowie Kassierer/innen mit rund 18 Tagen (vgl. *Tabelle 14*). Kassiererinnen (18,2 Tage) fielen dabei jedoch rund eine Woche länger krankheitsbedingt aus als Kassierer (10,2 Tage). Verkäufer/innen bilden mit über einem Viertel der Beschäftigten im Handel naturgemäß die größte Berufsgruppe (194 Tsd. BKK Versicherte). Mit 14,5 AU-Tagen (+1,3) überschritten sie den Branchendurchschnitt merklich. Auch hier verzeichneten die Verkäuferinnen mit 15,6 AU-Tagen deutlich mehr Krankheitstage als männliche Verkäufer (11,4 Tage).

Mit unter sechs Krankheitstagen bildeten die Apotheker/innen erwartungsgemäß das „Schlusslicht“, wobei auch hier die Anzahl der Krankheitstage der Frauen (5,9) von der der Männer abwich (5,2). Auch bei Diätassistent(inn)en, Datenverarbeitungsfachleuten, Augenoptikern, pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten sowie Buchhaltern fielen mit sieben bis neun Tagen ebenfalls nur geringe Ausfallzeiten an. Die in der Datenverarbeitung tätigen Frauen fehlten wiederum im Schnitt drei Tage länger als die Männer.

Die im *Verkehrsbereich* Beschäftigten erkrankten im Jahr 2009 an durchschnittlich 18,2 Tagen (+1,6 gegenüber dem Vorjahr). Das Fehlzeitenniveau der Branche lag so weiterhin deutlich über dem Durchschnitt aller Wirtschaftszweige, was besonders auf die Unternehmen im Landverkehr zurückzuführen ist. Hierbei standen Gleisbauer, Maschinenschlosser sowie Warenauf- und Versandfertigmacher mit 25 bis 27 Tagen weit an der Spitze (vgl. *Tabelle 15*). Auch die großen Gruppen der KFZ-Führer (Männer: 20,6 Tage, Frauen: 25,9 Tage), Eisenbahnbetriebsregler und -schaffner (Männer: 20,9 Tage, Frauen: 25,2 Tage) sowie der Schienenfahrzeugführer (Männer: 18,3 Tage, Frauen: 35,0 (!) Tage) fehlten länger als der Durchschnitt. In diesen Gruppen mit besonderen, vor allem auch psychomentalen Belastungen erkrankten

Frauen durchschnittlich sogar dreieinhalb bzw. fünf Wochen im Jahr, Männer waren im Mittel „nur“ rund zweieinhalb bis drei Wochen krankheitsbedingt abwesend.

Frauen waren in dieser Branche vor allem als Bürofachkräfte, Eisenbahnbetriebsreglerinnen, Verkehrsfachfrauen im Güterverkehr und Restaurantfachfrauen bzw. Stewardessen tätig, während Männer insbesondere als Kraftfahrzeugführer, Eisenbahnbetriebsregler sowie Lager- und Transportarbeiter beschäftigt waren.

Mit Krankheitszeiten von gut einer Woche verzeichneten die Verkehrsfachleute im Güterverkehr sowie Fremdenverkehrsfachleute die wenigsten Krankheitsausfälle.

Tabelle 15
Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Verkehr

Beruf	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Gleisbauer	463	2.161	1,6	27,4	17,5
Maschinenschlosser	273	4.138	1,6	24,7	15,4
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	3.413	1,6	24,6	15,6
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	3.622	1,6	23,4	14,9
Transportgeräteführer	742	1.839	1,5	23,2	15,5
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	31.628	1,3	22,1	17,4
Lager-, Transportarbeiter	744	20.869	1,5	21,5	14,4
Kraftfahrzeugführer	714	71.210	1,0	20,9	21,5
Lagerverwalter, Magaziner	741	5.491	1,4	20,5	15,1
Sonstige Fahrbetriebsregler, Schaffner	713	1.597	1,3	20,4	16,1
Stauer, Möbelpacker	743	1.106	1,2	20,2	16,4
Elektroinstallateure, -monteure	311	6.909	1,5	19,4	13,4
Schienenfahrzeugführer	711	17.609	1,2	19,3	15,6
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	2.428	1,4	17,4	12,8
Restaurantfachleute, Steward/Stewardessen	912	6.035	1,4	16,8	11,9
Luftverkehrsberufe	726	2.345	1,3	15,7	11,9
Sonstige Techniker	628	2.194	1,2	15,6	13,5
Bürofachkräfte	781	31.369	1,1	11,8	11,0
Fremdenverkehrsfachleute	702	2.195	1,2	10,9	9,5
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	16.239	1,0	9,2	9,1
Branche gesamt		278.138	1,2	18,2	15,6
davon: Frauen		64.530	1,3	16,9	13,2
Männer		213.609	1,1	18,6	16,5



Post und Telekommunikation

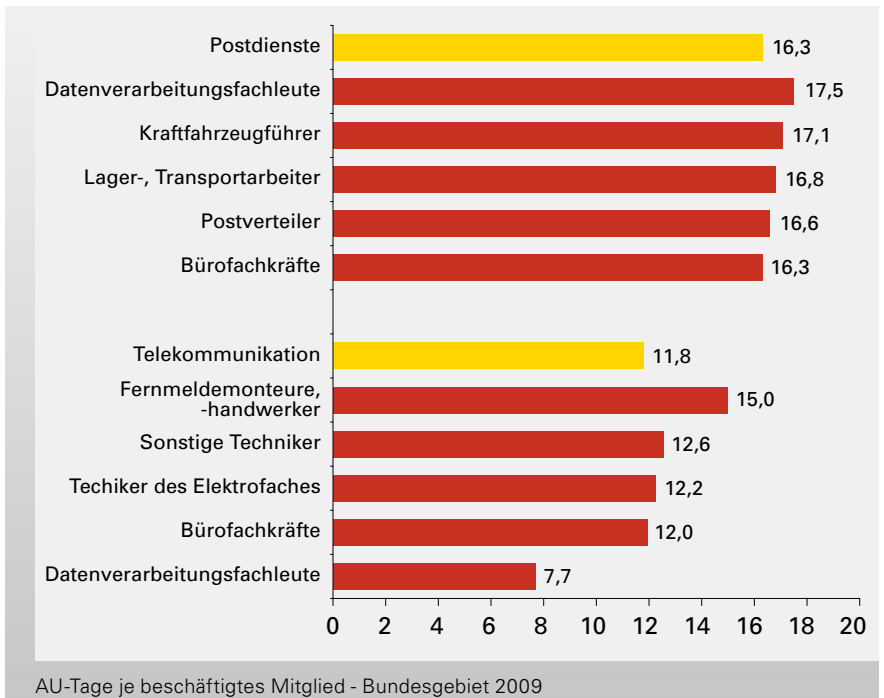
Die Postdienste (16,3 Tage, -1,5) fallen, trotz gesunkener Fehlzeiten, im Vergleich zu anderen Dienstleistungsbranchen weiterhin durch traditionell hohe Krankenstände auf. Die Krankheitszeiten der Telekommunikationsbranche (11,8 Tage, -1,9) nähern sich denen der anderen Dienstleistungsbranchen an. So lag der Krankenstand hier, anders als im Vorjahr, unter dem des Gastgewerbes und der unternehmensbezogenen Dienstleistungen.

Bei den *Postbediensteten* waren für die meisten Tätigkeitsgruppen recht hohe Krankenstände zu verzeichnen (vgl. *Schaubild 31*). Die Postverteiler im Außendienst lagen mit 16,6 AU-Tagen (Frauen: 18,0, Männer: 14,1 Tage) noch unter der kleineren Gruppe der Lager- und Transportarbeiter. Dies könnte zum Teil der unterschiedlichen Altersstruktur geschuldet sein, die bei den Postbediensteten zu einer insgesamt hohen Arbeitsunfähigkeit beiträgt (vgl. *Kapitel 3.2*).

Die Krankheitsausfälle in der *Telekommunikationsbranche* werden vor allem von der großen Gruppe der Fernmeldemonteure und -handwerker mit durchschnittlich 15 AU-Tagen (-3,1) geprägt. Die hier beschäftigten Datenverarbeitungsfachleute wiesen dagegen mit nur 7,7 Tagen außerordentlich niedrige Fehlzeiten auf (vgl. *Schaubild 31*). Die Bürofachkräfte lagen mit zwölf Krankheitstagen knapp über dem Branchenschnitt, wobei der Unterschied von drei Tagen zwischen Männern (10,2) und Frauen (13,4) hier sehr hoch ausfiel.

Schaubild 31

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Postdienste und Telekommunikation



Dienstleistungen

In den *Unternehmensdienstleistungen* (vgl. *Schaubild 32*), die z. B. freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen, aber auch Zeitarbeitsfirmen umfassen, werden insgesamt ebenfalls niedrige Fehlzeiten von nur rund zwölf AU-Tagen gemeldet. Hierbei läge der Gesamtwert ohne die Zeitarbeitsfirmen (s. *Kasten*) zudem noch deutlich niedriger. In den Ergebnissen findet sich die heterogene Branchenstruktur mit extrem starken Streuungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen wieder. So erkrankten die Beschäftigten der Reinigungsbranche und Telefonisten durchschnittlich rund 20 bis 21 Tage. Auch Wächter, Hilfs- sowie Lager- und Transportarbeiter meldeten sich an rund 18 bis 19 Tagen im Jahr krank.

Am unteren Ende der Fehlzeitemskala rangierten die Architekten, Unternehmens- sowie Steuerberater und Fremdenverkehrsfachleute, wobei die weiblichen Beschäftigten die Ausfallzeiten der männlichen Kollegen in diesen Berufsgruppen um ca. zwei Tage überschritten. Aber auch in diesen hoch qualifizierten Tätigkeiten haben die Krankheitszeiten zugenommen. In einigen Gruppen zeigt sich ein angesichts des sehr niedrigen Krankenstandes ungewöhnlicher Anstieg der AU-Tage. Bewegt sich dieser bei den Telefonisten noch mit +0,8 eher im moderaten Bereich, so verzeichneten Geschäftsführer einen Anstieg um

Schaubild 32

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Dienstleistungen



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied - Bundesgebiet 2009

Arbeitsvermittlung, Zeitarbeit

Die Leih- bzw. Zeitarbeit gilt als Konjunkturindikator, da aus betrieblicher Sicht eine flexible Anpassung des Personalbedarfs an die wirtschaftliche Situation möglich ist – gerade in Zeiten des konjunkturellen Abschwungs. In den letzten 10 Jahren hat sich die Zahl der als Zeitarbeiter tätigen Beschäftigten verdreifacht, gegenüber 1988 sogar nahezu verzehnfacht auf 625 Tsd. im Jahr 2009.⁴

Der Anteil der Zeitarbeiter an allen beschäftigten BKK Mitgliedern liegt mit 1,8 Prozent unter dem aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Zeitarbeit ist männlich – zwei Drittel der Beschäftigten sind Männer (Gesamtwirtschaft: 56,4 %) – und „jung“. Mit einem Durchschnittsalter von 35,3 Jahren bilden sie die zweitjüngste Beschäftigungsgruppe nach dem Gastgewerbe im BKK-System und sind damit beispielsweise rund sieben Jahre jünger als Beschäftigte in Postdiensten. Die Arbeitsunfähigkeit in der Branche ist

dennoch weit überdurchschnittlich. Etwa die Hälfte aller Zeitarbeiter waren als Hilfsarbeiter, Bürofachkräfte sowie Lager- und Transportarbeiter tätig. Männer arbeiten zudem häufig als Elektroinstallateure und Industriemechaniker.

Die höchsten Fehlzeiten wiesen 2009 Industriemechaniker, Schweißer und Metallarbeiter mit 23 bis 28 AU-Tagen auf, wobei die Industriemechaniker im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg der Fehlzeiten um neun Tage verzeichneten. Auch die große Gruppe der Hilfsarbeiter liegt mit durchschnittlich 18,8 Krankheitstagen rund eineinhalb Tage über dem Durchschnitt der Branche. Die geringsten Ausfallzeiten finden sich bei den Datenverarbeitungsfachleuten und Bürofachkräften mit neun bzw. zwölf Tagen. Auch in der Zeitarbeit finden sich große geschlechtsspezifische Unterschiede. So waren weibliche Bürokräfte rund drei Tage länger krank geschrieben als ihre männlichen Kollegen. Lagerarbeiterinnen fehlten sogar rund sieben Tage länger als die männlichen Beschäftigten dieser Berufsgruppe.

⁴ vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2010): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitnehmerüberlassung.

drei, Elektroingenieure um fünf und Handelsvertreter sogar um sieben Tage. Die wachsenden gesundheitlichen Belastungen dieser und anderer Berufe im Dienstleistungsbereich (z. B. Bankangestellte mit ebenfalls ansteigenden Fehlzeiten, vgl. S. 71) werden insbesondere auf dem Hintergrund der „permanenten Reorganisation“ in den Unternehmen behandelt.

Die größte Beschäftigtengruppe in den Dienstleistungsbranchen sind die Bürofachkräfte, die insbesondere auf Grund ihrer relativ jungen Altersstruktur mit 10,6 Krankheitstagen ebenfalls noch unter dem Branchendurchschnitt lagen. Hier unterschritten die Männer (9,6 Tage) das Ergebnis der Frauen (10,9 Tage) um 1,3 Tage.

Öffentliche Verwaltungen

In den *öffentlichen Verwaltungen* wurde 2009 mit durchschnittlich 16,6 AU-Tagen ein weiterer Anstieg der Fehlzeiten (+0,7) registriert. Im Branchenvergleich ist der Krankenstand nach wie vor überdurchschnittlich, was auch auf den Umstand zurückzuführen ist, dass in den öffentlichen Verwaltungen chronisch oder längerfristig erkrankte Beschäftigte einen weitgehenden Kündigungsschutz genießen. Zum anderen werden mehr Schwerbehinderte beschäftigt als in der freien Wirtschaft und der Anteil älterer Beschäftigter in den Belegschaften ist höher.

Stark auffällige Berufsgruppen mit hohen Krankenständen waren mit 31,9 Tagen Wächter und Aufseher, gefolgt von Polizeibediensteten und Gärtnern (30,3 bzw. 25,2 Tage). Gegenüber 2008 nahm die Zahl der Krankheitstage bei den Polizeibediensteten und Kultur- und Wasserbauwerkern um rund vier Tage zu, Straßenwarte hingegen verzeichneten einen Rückgang um rund fünf AU-Tage (vgl. *Schaubild 33*).

Die große Gruppe der Bürofachkräfte lag mit durchschnittlich 17,8 Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer: 15,9 Tage, Frauen:

Schaubild 33

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Öffentliche Verwaltungen



18,5 Tage) über dem Branchendurchschnitt. Damit lag ihr Krankenstand um 68 % über dem der zumeist jüngeren Bürofachkräfte in Dienstleistungsunternehmen und anders als im Vorjahr um 9 % über dem Vergleichswert für Bürofachkräfte im Postdienst.

Berufsgruppen mit geringen Fehlzeiten waren in den öffentlichen Verwaltungen tätige Architekten, Heimleiter und Sozialpädagogen sowie Datenverarbeitungsfachleute, wobei auch in diesen Gruppen

Anstiege um ein bis zwei Tage zu beobachten waren. Die Krankheitszeiten der Datenverarbeitungsfachleute lagen um rund vier Tage über denen ihrer Berufskollegen im Dienstleistungssektor, jedoch rund sechs Tage unter denen bei der Post. Leitende Verwaltungsfachleute und Heimleiter erkrankten ebenfalls nur an rund 12 Tagen im Jahr.

Gesundheits- und Sozialwesen

Im *Gesundheits- und Sozialwesen* ist die Arbeitsunfähigkeit 2009 auf 14,5 Krankheitstage je Beschäftigten (+1,2) erneut gestiegen. Die Beschäftigten im Sozialwesen fielen dabei deutlich länger krankheitsbedingt aus als im Gesundheitswesen.

Die Streuung zwischen den Berufsgruppen ist in diesem Sektor sehr ausgeprägt (vgl. *Schaubild 34*). Zu den besonders auffälligen Gruppen gehörten neben den Reinigungskräften, die hauswirtschaftlichen Betreuer/innen und die Helfer/innen in der Krankenpflege, die rund zwei Tage länger krank gemeldet waren als im Vorjahr. Auch Köche und Köchinnen (Männer: 15,4 Frauen: 23,7 AU-Tage) fehlten durchschnittlich fast drei Krankheitswochen.

Der Vergleich der Fehlzeiten von Helfer/-innen in der Krankenpflege (Frauen: 25,2, Männer: 17,6 Tage) mit denen von Krankenpflegern und -schwestern (Frauen: 17,1, Männer: 14,2 Tage) zeigt dabei erneut den Einfluss der beruflichen Qualifikation auf den Krankenstand.

Die geringsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten im Gesundheits- und Sozialwesen fanden sich allerdings bei ebenfalls zunehmenden Trend, mit sieben Tagen erwartungsgemäß bei den (angestellten) Ärzten und Ärztinnen. Auch die große Gruppe der medizinischen Fachangestellten und der Zahn-techniker fielen 2009 weniger als zehn Tage im Jahr krankheitsbedingt aus. Die niedrigen Fehlzeiten der medizinischen Fachangestellten resultieren vermutlich aus den kleinbetrieblichen Strukturen in den Arztpraxen. Die dort anfallenden Krankschreibungen einzelner Beschäftigter fallen auf Grund der geringen Personaldecke stärker ins Gewicht. Auch die junge Altersstruktur dieser Berufsgruppe wirkt sich mildernd auf die Arbeitsunfähigkeit aus.

Schaubild 34

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen - Gesundheits- und Sozialwesen





3.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit

Die bisher beschriebenen Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit basieren auf den nicht nach Alter oder weiteren Merkmalen standardisierten Daten der BKK Versicherten. Obwohl die bei BKK versicherten Beschäftigten mit einem Anteil von gut 21 % an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine relativ hohe Repräsentativität aufweisen, lassen sich die Ergebnisse auf Grund spezifischer Verteilungsstrukturen z. B. nach Alter und Branchen nicht uneingeschränkt auf alle Beschäftigten übertragen.

Um Aussagen über Arbeitsfähigkeit und Morbiditätsstrukturen in der Gesamtwirtschaft treffen zu können, wurden in den BKK Gesundheitsreporten seit 2002 Hochrechnungen mittels direkter Standardisierung vorgenommen, um bestehende Unterschiede hinsichtlich der Alters- wie auch der Branchen- und Berufsverteilung zwischen den BKK-Versicherten und der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten rechnerisch zu bereinigen.⁵ Diese

Hochrechnung wird im aktuellen Report, ähnlich wie im Vorjahr, durch eine vereinfachte Standardisierung nach den Faktoren Alter und Geschlecht ersetzt, da die für das differenziertere Verfahren erforderliche Vergleichs-Datenmatrix für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf der Basis der seit 2008 gültigen neuen Wirtschaftszweigsystematik WZ2008 noch nicht vorliegt. Ersatzweise wird die aktuelle Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach ihren demografischen Merkmalen zugrunde gelegt, wobei hiermit lediglich die durch diese beiden Faktoren zu erklärenden Abweichungen der Branchenergebnisse erkennbar werden, während die branchen- und berufsgruppeninternen Strukturen unberücksichtigt bleiben. Wie schon in der Betrachtung der Berufe werden sowohl die pflicht- als auch die freiwillig krankenversicherten Beschäftigten einbezogen.

Nach der Alters- und Geschlechtsstandardisierung der AU-Kennwerte liegen

die bei den beschäftigten BKK Mitgliedern ermittelten durchschnittlichen Krankheitstage mit 13,8 um 0,3 Tage höher als in den „rohen“ BKK-Werten, was auf eine etwas günstigere Altersverteilung der erwerbstätigen BKK Mitglieder im Vergleich zur Gesamtheit der Beschäftigten hinweist. Diese Differenz könnte zudem durch spezifische Verteilungen nach beruflicher Tätigkeit mit begründet sein. Für eine genauere Analyse hierzu fehlen jedoch die oben angesprochenen Referenzdaten. Weiterhin sind in einigen Berufen und Branchen auf Grund ihrer geschlechtsspezifischen Beschäftigungsstrukturen in erster Linie die nach Geschlecht differenzierten standardisierten Werte als Vergleichsgrößen für die Gesamtpopulation relevant. Im Folgenden werden daher vor allem die durch die Altersstruktur begründeten Abweichungen der AU-Ergebnisse nach Branchen wiedergegeben, die gegenüber den „rohen“ Kenngrößen die Höhe der demografiebereinigten Arbeitsunfähigkeit ausweisen.

⁵ Hierfür wurden die Bezugsdaten für die Standardisierungen einer Datenmatrix entnommen, die fein gegliedert die Besetzungszahlen in der Kombination von Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht auswies. Vgl. zur Beschreibung des Verfahrens ZOIKE, Erika / BÖDEKER, Wolfgang (2008): „Berufliche Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Repräsentative arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit Daten der Betriebskrankenkassen“, in: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz, Band 51, Heft 10, S. 1155-1163.

Ergebnisse nach Branchen

In den bereinigten Branchenergebnissen finden sich nach der Alters- und Geschlechtsstandardisierung erwartungsgemäß Abweichungen in beide Richtungen (vgl. *Schaubild 35*). Dennoch bestätigen sich im Wesentlichen die anhand der BKK-Daten identifizierten Schwerpunkte des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, allerdings in deutlich veränderten Ausprägungen.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage nach der Standardisierung wurden 2009 im Landverkehr und bei Zeitarbeitsfirmen mit 19,1 bzw. 19 Tagen ermittelt. An dritter Stelle folgte die Abfallwirtschaft mit 17,5 Tagen. Die Nahrungs- und Genussmittelindustrie und die öffentliche Verwaltung wiesen mit 15 bis 16 Tagen ebenfalls hohe Ausfallzeiten auf. Auch nach dem rechnerischen Ausgleich der demografischen Verteilung wurden die geringsten Krankheitszeiten mit nur etwa einer Woche bei den Verlagen und Medien und den Informationsdienstleistungen ermittelt. Banken und Versicherungen wiesen mit rund 10 AU-Tagen je Beschäftigten ein ähnlich niedriges Niveau auf.

Im Vergleich zu den standardisierten Kenngrößen fielen die „rohen“ Ausgangswerte besonders in der Abfallentsorgung, der Metallherzeugung und -bearbeitung, der Glas-, Keramik- und Steine/Erden-Industrie, den Postdiensten und der öffentlichen Verwaltung erheblich ungünstiger aus, was mit einem höheren Durchschnittsalter der dort Beschäftigten zusammenhängt. Während sich in den genannten Branchen mit durchweg hohen Krankenständen die Ergebnisse durch die Standardisierung günstiger darstellen, erhöhen sie sich in einigen Dienstleistungsbranchen zum Teil deutlich. Bei Zeitarbeitsfirmen, in den Informationsdienstleistungen und im

Gastgewerbe lagen die standardisierten Werte ein bis zwei Tage über den BKK-Ausgangswerten.

Der rechnerische Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage infolge der Standardisierung schlägt sich insbesondere bei den weiblichen BKK-Mitglieder nieder, deren Wert durch die Berücksichtigung des Alters um 0,5 Tage von 13,8 auf 14,3 AU-Tage je Beschäftigten angewachsen ist. Bei den männlichen Beschäftigten zeigt sich hingegen keine Veränderung gegenüber dem Rohwert. Nach Geschlechtern differenziert ergeben sich in den Branchenergebnissen für Frauen die höchsten Fehlzeiten im Landverkehr (20,6 AU-Tage) und im Sozialwesen (18,6 AU-Tage). Beide Werte liegen jedoch, bereinigt um Alters- und Geschlechtseffekte, unter den „Rohwerten“. Ähnlich hoch waren die altersstandardisierten Krankheitstage der weiblichen Beschäftigten auch bei Zeitarbeitsfirmen (18,2 AU-Tage).

Männer wiesen altersstandardisiert die höchsten Krankheitszeiten in der Abfallwirtschaft (20,1 AU-Tage) und bei Zeitarbeitsfirmen (19,7 AU-Tage) auf. Mit einigem Abstand folgten der Landverkehr (17,8 AU-Tage) und das Baugewerbe (17,4 AU-Tage), wo die standardisierten Ausfallzeiten mehr als einen Tag über den nichtstandardisierten Ausgangswerten lagen.

Während bei den Frauen die altersstandardisierten Werte mit wenigen Ausnahmen – so bei Postdiensten, den öffentlichen Verwaltungen, dem Landverkehr und der elektrotechnischen Fertigung – zumeist über den BKK-Werten liegen, zeigt sich bei den Männern ein differenziertes Bild. So reduzieren sich die Arbeitsunfähigkeitstage der Männer im Landverkehr (-2,1 Tage), in der Metall-

zeugung und -bearbeitung (-1,4 Tage), in den öffentlichen Verwaltungen (-1,3 Tage) und in der Telekommunikationsbranche (-1,1 Tage) durch die Altersstandardisierung merklich. Dagegen erhöhten sich die Krankheitszeiten der Beschäftigten in Zeitarbeitsfirmen und im Gastgewerbe bei beiden Geschlechtern um rund zwei Tage.

Auch die Differenzen der Krankheitszeiten zwischen den Geschlechtern verändern sich zum Teil deutlich auf Grund der Altersstandardisierung. Männliche Beschäftigte in Verkehrsunternehmen waren nach den BKK-Werten 1,7 Tage länger krankgeschrieben als Frauen, nach der Standardisierung hat sich der Unterschied jedoch nivelliert. In der Kokerei und Mineralölverarbeitung sowie im Gesundheitswesen verändert sich zudem die Richtung der Differenz. Während Männer in den Rohwerten leicht höhere Fehlzeiten aufwiesen, lagen ihre Krankheitszeiten altersstandardisiert um 0,6 bzw. 0,8 AU-Tage unter denen der weiblichen Beschäftigten.

Insgesamt geben die standardisierten Ergebnisse im wesentlichen Auskunft über das Wirkungsausmaß der demografischen Verteilung bei den jeweiligen Gruppenwerten der Arbeitsunfähigkeit. Die realen Krankenstände werden jedoch immer auch durch die typischen Altersstrukturen der einzelnen Beschäftigtengruppe geprägt, so dass die Bedarfe etwa für die Gesundheitsförderung eher in den nicht standardisierten Kenngrößen zum Ausdruck kommen. Dies gilt noch stärker auf der Ebene der Berufe, so dass hier von einer Standardisierung nur anhand der mittleren Altersverteilung in der Gesamtpopulation Abstand genommen wird.



Schaubild 35

Standardisierte Arbeitsunfähigkeit für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen

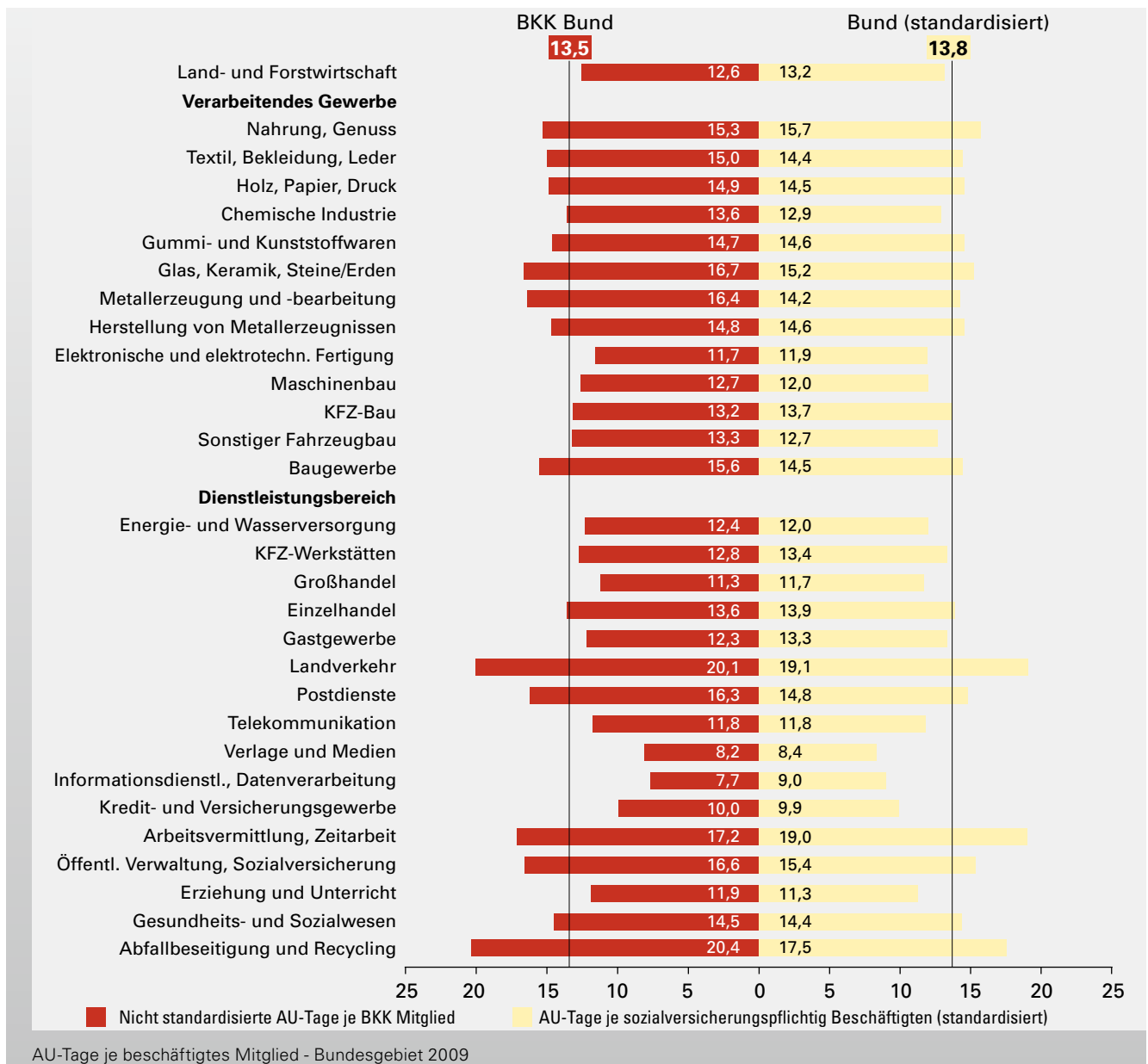


Tabelle 16
Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen

	AU-Fälle je Beschäftigten			AU-Tage je Beschäftigten			Anzahl der sozialvers.-pflichtig Beschäftigten*		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	0,9	0,8	1,0	13,2	12,7	13,7	218.551	147.095	71.456
Nahrung, Genuss	1,1	1,1	1,1	15,7	15,2	16,4	649.153	337.955	311.198
Textil, Bekleidung, Leder	1,1	1,1	1,2	14,4	14,6	14,2	134.461	60.302	74.159
Holz, Papier, Druck	1,2	1,2	1,2	14,5	15,0	14,0	407.356	301.935	105.421
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,1	1,1	1,1	14,2	16,0	11,9	112.300	93.238	19.062
Papiergewerbe	1,2	1,2	1,2	14,6	15,0	14,0	125.857	96.264	29.593
Druck	1,2	1,2	1,2	14,5	14,5	14,5	169.199	112.433	56.766
Chemie	1,2	1,2	1,2	13,2	13,3	13,1	805.698	577.367	228.331
Kokerei, Mineralölverarbeitung	1,0	1,0	1,1	11,1	10,8	11,4	29.585	24.347	5.238
Chemische Industrie	1,2	1,2	1,3	12,9	13,1	12,6	433.659	297.291	136.368
Gummi- und Kunststoffwaren	1,2	1,2	1,2	14,6	14,4	14,7	342.454	255.729	86.725
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,2	1,2	1,1	15,2	16,2	13,9	203.867	163.395	40.472
Metallerzeugung	1,1	1,2	1,1	14,5	15,3	13,6	1.064.571	885.665	178.906
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,1	1,2	1,1	14,2	15,4	12,8	319.132	280.445	38.687
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,2	1,2	1,2	14,6	15,1	14,0	745.439	605.220	140.219
Metallverarbeitung	1,1	1,0	1,2	12,8	12,1	13,8	2.641.666	2.129.169	512.497
Elektronische und Elektrotechn. Fertigung	1,1	1,0	1,3	11,9	10,1	14,1	759.430	537.490	221.940
Maschinenbau	1,1	1,1	1,1	12,0	12,7	11,1	965.605	814.895	150.710
KFZ-Bau	1,1	1,0	1,2	13,7	12,4	15,2	781.008	659.866	121.142
Sonstiger Fahrzeugbau	1,2	1,2	1,2	12,7	13,5	11,7	135.623	116.918	18.705
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	1,2	1,1	1,2	13,0	12,6	13,5	328.455	200.448	128.007
Energie- und Wasserwirtschaft	1,2	1,1	1,3	12,0	11,3	12,8	303.178	230.444	72.734
Abfallbeseitigung und Recycling	1,3	1,4	1,3	17,5	20,1	14,5	154.507	129.513	24.994
Baugewerbe	1,1	1,1	1,0	14,5	17,4	10,9	1.572.227	1.368.488	203.739
Handel	1,0	1,0	1,1	13,3	12,6	14,0	4.022.492	1.937.135	2.085.357
KFZ-Werkstätten	1,2	1,2	1,1	13,4	14,3	12,2	589.962	474.770	115.192
Grohandel	1,0	1,0	1,1	11,7	11,5	12,0	1.338.432	854.041	484.391
Einzelhandel	1,0	0,9	1,1	13,9	13,0	15,0	2.094.098	608.324	1.485.774
Verkehr	1,2	1,2	1,3	17,3	17,3	17,2	1.192.655	939.663	252.992
Landverkehr	1,3	1,2	1,4	19,1	17,8	20,6	465.773	394.287	71.486
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	1,2	1,1	1,3	16,3	16,8	15,6	726.882	545.376	181.506
Postdienste	1,0	0,9	1,0	14,8	13,9	15,9	207.120	103.566	103.554
Gastgewerbe	0,8	0,7	1,0	13,3	11,7	15,3	828.441	350.641	477.800
Verlage und Medien	0,9	0,7	1,0	8,4	7,3	9,7	239.018	116.768	122.250
Telekommunikation	1,1	0,9	1,3	11,8	10,2	13,7	83.468	61.280	22.188
Informationsdienstl., Datenverarbeitung	0,9	0,8	1,1	9,0	7,5	10,8	505.461	353.066	152.395
Kredit- und Versicherungsgewerbe	1,0	0,8	1,2	9,9	8,2	12,0	1.003.335	440.791	562.544
Dienstleistungen	1,1	1,0	1,2	13,0	12,7	13,4	3.379.969	1.736.017	1.643.952
Grundstücke und Vermietungen	1,0	0,9	1,1	11,4	10,8	12,0	207.952	101.304	106.648
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl. *	0,9	0,8	1,1	9,1	8,0	10,3	1.546.858	727.120	819.738
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	1,3	1,2	1,3	19,0	19,7	18,2	569.303	388.561	180.742
Sonstige wirtschaftl. Dienstleistungen	1,2	1,1	1,3	16,4	15,8	17,1	1.055.856	519.032	536.824
Öffentliche Verwaltung, Sozialvers.	1,4	1,3	1,5	15,4	14,7	16,2	1.665.791	639.099	1.026.692
Erziehung und Unterricht	1,1	0,9	1,3	11,3	9,8	13,1	1.071.282	354.778	716.504
Gesundheits- u. Sozialwesen	1,1	1,0	1,1	14,4	13,5	15,5	3.360.626	664.541	2.696.085
Gesundheitswesen	1,0	1,0	1,1	13,4	13,0	13,8	2.010.050	373.344	1.636.706
Sozialwesen	1,2	1,1	1,3	16,1	13,9	18,6	1.350.576	291.197	1.059.379
Kultur, Sport und Unterhaltung	1,0	0,9	1,1	13,5	13,3	13,9	226.594	109.821	116.773
Gesamt	1,1	1,1	1,2	13,8	13,3	14,3	27.380.096	14.829.273	12.550.823

* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008) am Stichtag 30. Juni 2009

3.3 Gesundheitliche Belastungen nach beruflichen Merkmalen

Die bisher dokumentierten unterschiedlichen Ausprägungen der Arbeitsunfähigkeit nach Tätigkeiten stehen im engen 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 rückläufiger 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. Ebenso werden die kontinuierlich

und in wirtschaftlich unsicheren Zeiten besonders anwachsenden psychischen Krankheitsursachen ausführlicher betrachtet, deren Hintergründe in verschiedenen Spezialbeiträgen dieses Reports schon angesprochen wurden. Im *Spezial zur Inanspruchnahme von Psychopharmaka (S. 107)* werden hierzu ergänzende detaillierte Gesundheitsdaten zu den von psychischen Gesundheitsproblemen besonders betroffenen Gruppen dokumentiert.

Zunächst erfolgt ein Überblick über die branchenbezogenen Morbiditätsstrukturen, hiernach werden ergänzend ausgewählte Berufsgruppen mit krankheitsbezogenen Auffälligkeiten beschrieben.

Branchenspezifische Morbiditätsprofile

Die *Schaubilder 36.1 und 36.2* zeigen die unterschiedlichen Verteilungen der wichtigsten Krankheitsgruppen in den einzelnen Branchen.

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 16 % der AU-Fälle, aber rund ein Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage (25,4 %) auf die Erkrankung der Bewegungsorgane, dies bedeutete für 2009 durchschnittlich 3,7 Krankheitstage je pflichtversicherten Beschäftigten.

Deutlich ist in den *Schaubildern 28.1-28.2* das branchenbezogene unterschiedliche Gewicht der Muskel- und Skeletterkran-

kungen als Ursache für Fehlzeiten zu erkennen. Insgesamt streuten die Anteile der durch sie verursachten Fehlzeiten von 16,5 % bei Banken und Versicherungen bis hin zu einem knappen Drittel der Krankheitstage (32,5 %) in der Glas-, Keramik- und Steine/Erden-Industrie. Ähnlich hohe Anteile von etwa 32 % fanden sich in der Abfallbeseitigung, der Metallherstellung und -bearbeitung sowie im Baugewerbe. Über alle Sektoren lässt sich feststellen, dass eine ausgeprägte Parallelität zwischen hohen allgemeinen Krankenständen und hohen Anteilen von Fehltagen durch die Krankheiten des Bewegungsapparats 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.

Ein Schwerpunkt der Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems liegt im verarbeitenden Gewerbe, wo in der Glas-,

Keramik- und Steine/Erden-Industrie (5,7 AU-Tage) und in der Metallherstellung und -bearbeitung mit 5,5 AU-Tagen die innerhalb der produzierenden Branchen höchsten hierdurch verursachten Fehlzeiten vorlagen. In den Dienstleistungsbranchen mit körperlich belastenden Tätigkeiten wurden indes noch mehr Krankheitstage durch Muskel- und Skeletterkrankungen gemeldet: Hier stand erneut die Abfallbeseitigung mit beachtlichen 6,7 AU-Tagen an der Spitze. Auch die oftmals für den Bewegungsapparat sehr einseitigen Tätigkeiten im Verkehrssektor schlagen sich wie in den Jahren zuvor in überdurchschnittlich vielen Fehltagen durch Muskel- und Skeletterkrankungen (5,3 Tage) nieder.

Besonders wenige, nur unter zwei AU-Tagen je Beschäftigten, fielen dagegen bei den Informationsdienstleistungen, in Verlagen und Medien sowie im Kredit- und Versicherungsgewerbe an.

Schaubild 36.1
Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich

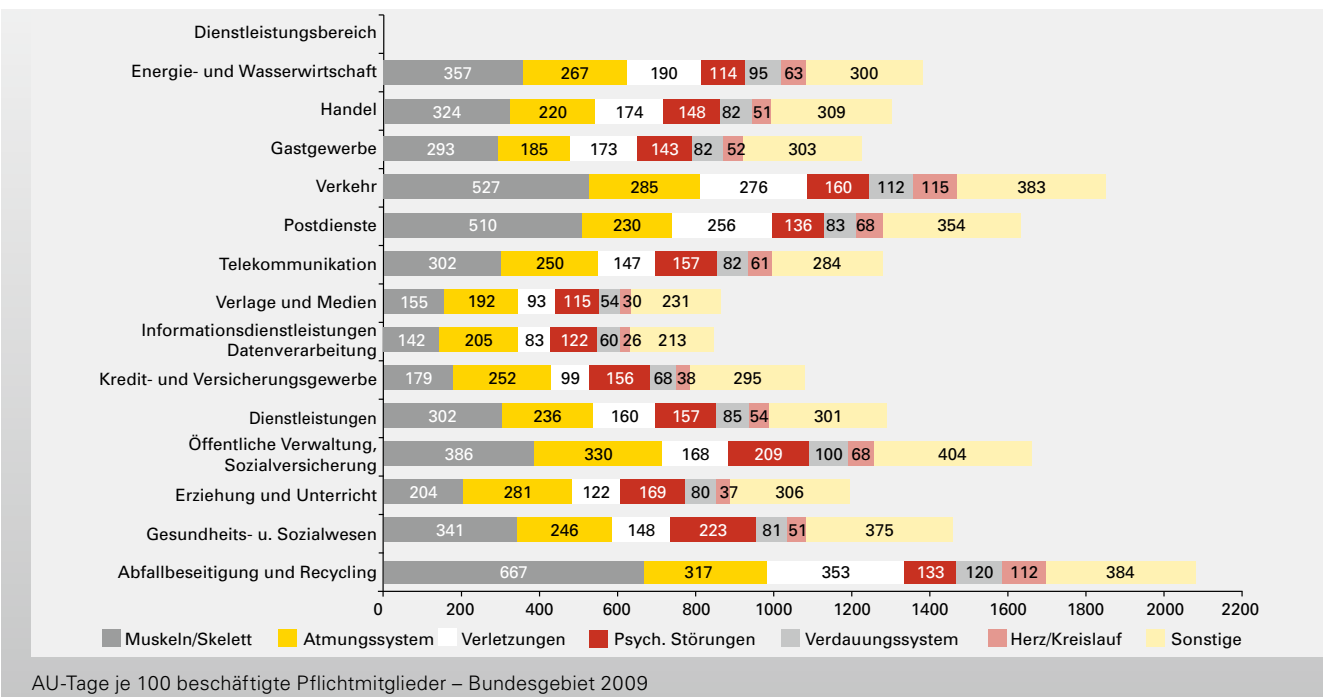
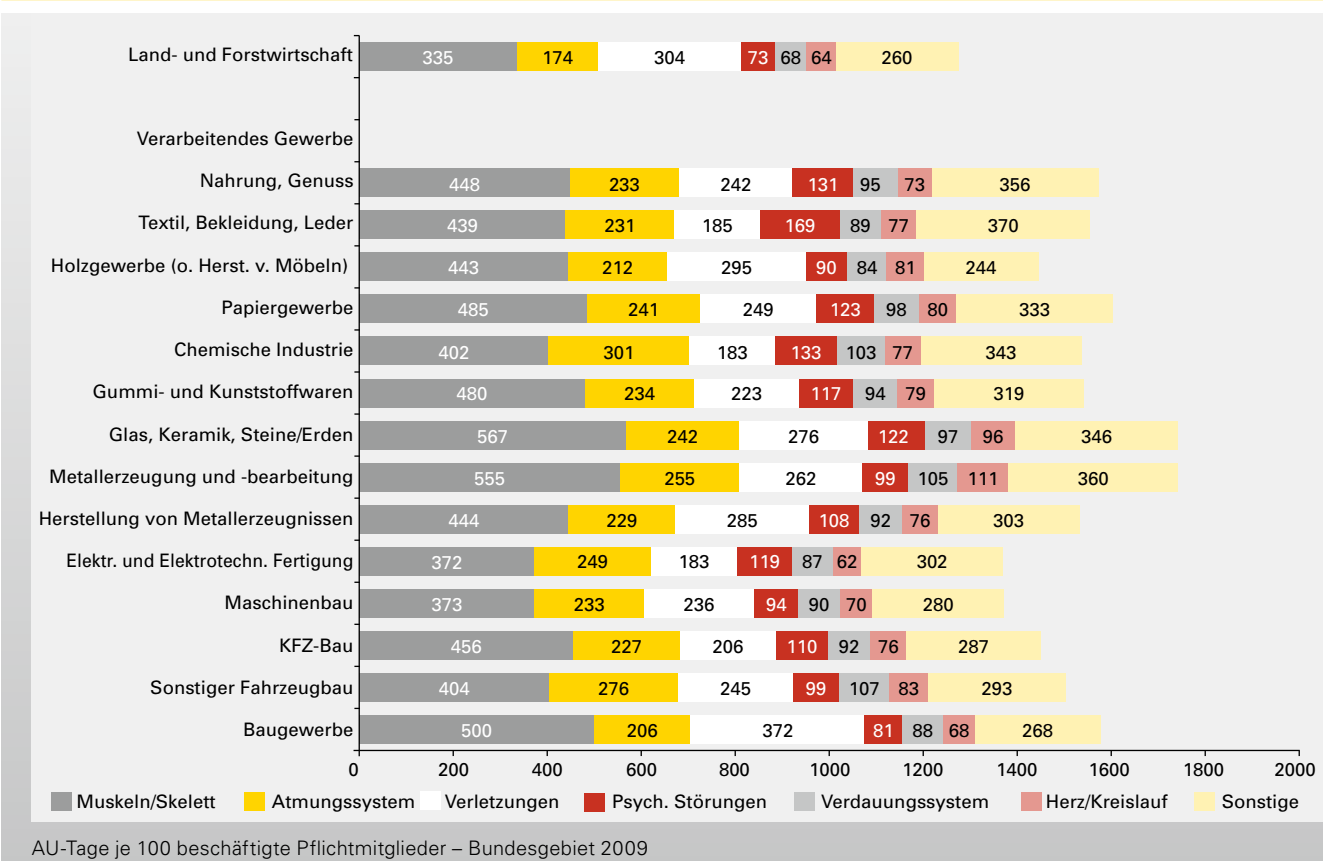


Schaubild 36.2
Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im verarbeitenden Gewerbe





Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen bilden zwar fast ein Drittel der AU-Fälle (32 %), stehen aber mit „nur“ 17,2 % der Tage erst an zweiter Stelle hinter den deutlich länger dauernden Bewegungserkrankungen. Auf Grund stärker auftretender „Grippe-Wellen“ – besonders zu Jahresanfang, also vor der sogenannten „Schweinegrippe“ (s. *Kapitel 1, S. 13*) – hatte diese Krankheitsgruppe jedoch 2009 einen höheren Anteil an dem insgesamt gestiegenen Krankenstand. In den Monaten Januar, Februar und November lag der Anteil der Atemwegserkrankungen mit 28 bzw. 26 und 22 % ungewöhnlich hoch, im Januar und November hiermit sogar 6,6 % über den Werten des Vorjahres.⁶

Die Erkrankungen des Atmungssystems verursachten in den öffentlichen Verwaltungen, den Abfallentsorgungsbetrieben sowie in der chemischen Industrie durchschnittlich drei oder etwas mehr Krankheitstage, womit dort – mit Ausnahme der Abfallbeseitigung (15 %) – ein knappes Fünftel der Krankheitsausfälle einhergingen. Im Erziehungswesen verursachten sie dagegen mit 2,8 AU-Tagen immerhin 23,4 % der Krankheitstage. Auch ansonsten erreichen Atemwegserkrankungen ein stärkeres Gewicht eher in Wirtschaftsgruppen, die insgesamt niedrige Krankenstände aufweisen. So verzeichneten die bei den muskuloskeletalen Ursachen besonders unauffälligen Informationsdienstleistungen mit 24 % den höchsten Anteil an den Krankheitstagen durch Atemwegserkrankungen. Auch bei Banken und Versicherungen hatten sie mit gut 23 % einen beachtlichen Anteil an den Fehlzeiten. Gerade in Branchen mit relativ jungen Beschäftigtenstrukturen sind die Krankheiten des Atmungssystems üblicherweise stärker

im Krankheitsspektrum vertreten. 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.

Psychische Erkrankungen

Psychische Störungen waren auch 2009 besonders im Gesundheits- und Sozialwesen verbreitet und hatten hier mit durchschnittlich 2,2 AU-Tagen und über 15 % der Krankheitstage einen weiterhin gestiegenen Anteil am Krankheitsgeschehen. Auch in Bereichen mit sehr niedrigen Krankenständen wie Banken und Versicherungen, Informationsdienstleistungen sowie im Erziehungs- und Unterrichtswesen hatten psychische Ursachen mit rund 14 % der Krankheitstage einen bedeutsamen und damit noch um rd. einen Prozentpunkt gewachsenen Einfluss auf das AU-Geschehen. Ähnlich stark war der Anteil bei Verlagen und Medien (13,2 %). Nähere Betrachtungen zu psychischen Belastungen insbesondere im Bereich der wissensbasierten Dienstleistungen finden sich im Spezial *„Ausgebrannt – auch junge Branchen altern“* auf S. 72.

Der Schwerpunkt der Krankheitsausfälle durch psychische Erkrankungen liegt eindeutig im Dienstleistungsbereich. Zwar

spielen psychische Störungen auch im verarbeitenden Gewerbe eine zunehmende Rolle, hier zumeist in Sektoren mit vergleichsweise hoher Frauenbeschäftigung, wie in der Textil- und Bekleidungsindustrie, wo knapp 11 % (+0,9 %) aller Fehltag auf psychische Störungen zurückzuführen waren. Den geringsten Einfluss auf das AU-Geschehen haben psychische Störungen traditionell im Baugewerbe. Dort entfielen jedoch inzwischen auch 5,1 % aller AU-Tage auf diese Krankheitsgruppe. Weitere Ausführungen zu auffälligen Befunden psychischer Erkrankungen nach beruflichen Schwerpunkten finden sich im *Spezial* auf S. 107.

Herz- und Kreislauferkrankungen

Die Bedeutung der Herz- und Kreislauferkrankungen bei Arbeitsunfähigkeit liegt generell unter den übrigen genannten Krankheiten, 2009 lösten sie nur 63 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder aus, das sind 4,4 % der AU-Tage. Jedoch sind auch hier Variationen zwischen den Branchen festzustellen. Besonders ausgeprägt waren diese Krankheitsursachen in der Metallerzeugung und -bearbeitung mit einem Anteil von 6,3 % (111 AU-Tage je 100). Im Holzgewerbe waren sie zu 5,6 % (81 AU-Tage je 100 Beschäftigte), in der Glas- und Keramikindustrie (96 AU-Tage) und dem Sonstigen Fahrzeugbau (83 AU-Tage) zu jeweils 5,5 % stärker am Krankheitsgeschehen beteiligt. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Industriebereiche mit häufigen Arbeitsbelastungen durch Hitze, Lärm und Akkordarbeit, die mit Gesundheitsrisiken für Herz und Kreislauf verbunden sind.

⁶ Die Werte sind dem monatlichen Krankenstandsverfahren der Betriebskrankenkassen entnommen.

Tabelle 17
Die häufigsten Verletzungen 2009

Verletzungsarten	Fälle je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder			Tage je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	8,5	2,7	5,8	177,1	47,9	116,9
Verletzungen n. n. b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o. a. Körperregionen	7,8	2,7	5,4	135,8	41,7	92,0
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	5,2	2,7	4,0	124,7	50,7	90,2
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	3,9	2,0	3,0	145,0	63,6	107,1
Verletzungen des Kopfes	2,8	1,3	2,1	46,9	20,8	34,8
Zusammen	28,2	11,4	20,4	629,5	224,7	440,9

Verletzungsarten Arbeitsunfällen in %	Anteile an allen durch Arbeitsunfälle in %			Anteile an allen Fehltagen		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	17,9	15,2	17,2	18,6	14,8	17,7
Verletzungen n. n. b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o. a. Körperregionen	16,5	15,3	16,2	14,3	12,9	13,9
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	10,9	15,6	12,1	13,1	15,6	13,7
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	8,2	11,5	9,0	15,2	19,6	16,2
Verletzungen des Kopfes	5,9	7,6	6,3	4,9	6,4	5,3
Zusammen	59,4	65,3	60,8	66,2	69,3	66,7

Im Dienstleistungsbereich waren erneut vor allem Beschäftigte in den Verkehrsunternehmen (115 AU-Tage je 100, 6,2 %) und in der Abfallbeseitigung (112 AU-Tage je 100, 5,4 %) häufiger von Kreislauferkrankungen betroffen. Dagegen machten sie nur rund drei Prozent der Krankheitstage im Erziehungswesen und im IT-Bereich aus.

Verletzungen und Arbeitsunfälle

Verletzungen stellten auch im Jahr 2009 die dritt wichtigste Krankheitsursache nach Krankheitstagen dar. Bei Männern stehen sie sogar an zweiter, bei Frauen dagegen nur an vierter Stelle. Sie weisen zudem zwischen den Wirtschaftszweigen erhebliche Variationen auf. Die unterschiedlichen Verletzungshäufigkeiten zwischen den Branchen resultieren zum Teil aus arbeitsbedingten Unfallrisiken.

Im Durchschnitt werden ein knappes Drittel (32 %, Männer: 35 %, Frauen: 26 %) der Verletzungen durch Arbeitsunfälle verursacht. So entfielen in der Land- und Forstwirtschaft und im Baugewerbe fast 24 % aller Krankheitstage auf Verletzungen, im Holzgewerbe noch etwa 20 %. Im Dienstleistungsbereich spielten sie vor allem in der Abfallbeseitigung mit einem Anteil von etwa 17 % der Krankheitstage, bei den Post- und Kurierdiensten mit fast 16 % sowie im Verkehrssektor mit fast 15 % ebenfalls eine größere Rolle.

Branchenspezifische Unfallrisiken haben einen erheblichen Einfluss auf das verletzungsbedingte AU-Geschehen, daher wird hier eine detailliertere Analyse der spezifischen Verteilungsstrukturen von Arbeitsunfällen vorgenommen. Hierbei 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.⁷ Einen detaillierten Überblick über Arbeitsunfälle mit Verletzungsfolgen nach Wirtschaftsgruppen und Schädigungsarten geben die *Tabellen 4 und 5 im Anhang*.

Im Jahr 2009 lag die Häufigkeit von Arbeitsunfällen bei 30,4 Fällen je 1.000 Pflichtmitglieder und ist damit gegenüber dem Vorjahr um mehr als zwei Fälle je 1.000 gesunken (32,6). Auf Arbeitsunfälle entfielen 2,6 % (Männer: 3,7 %, Frauen: 1,5 %) aller AU-Fälle und 4,8 % aller Tage (Männer: 6,7 %, Frauen: 2,6 %). Die Unfallhäufigkeiten waren analog zum Gesamttrend in fast allen Branchen rück-

⁷ 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 37

Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen

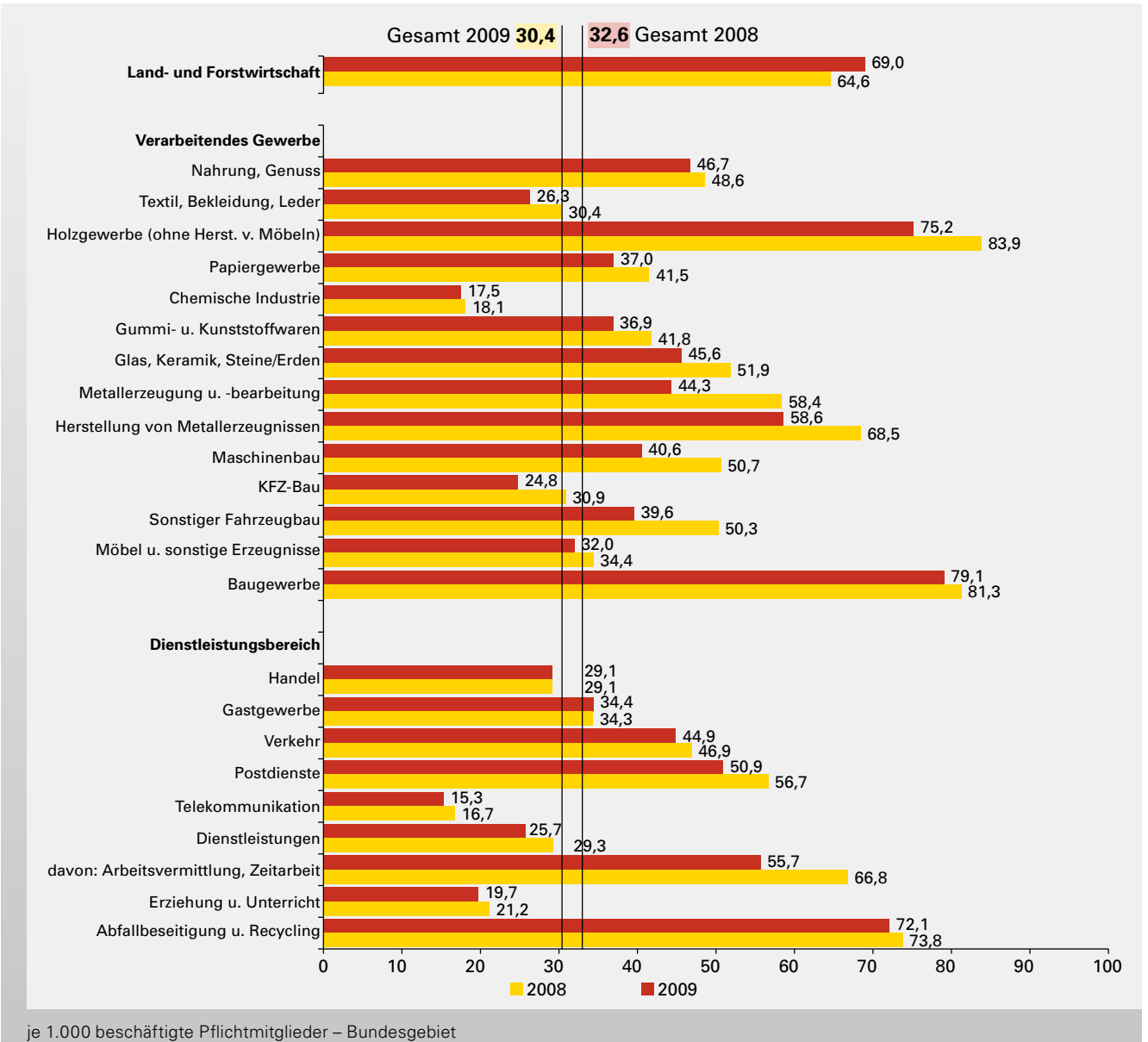
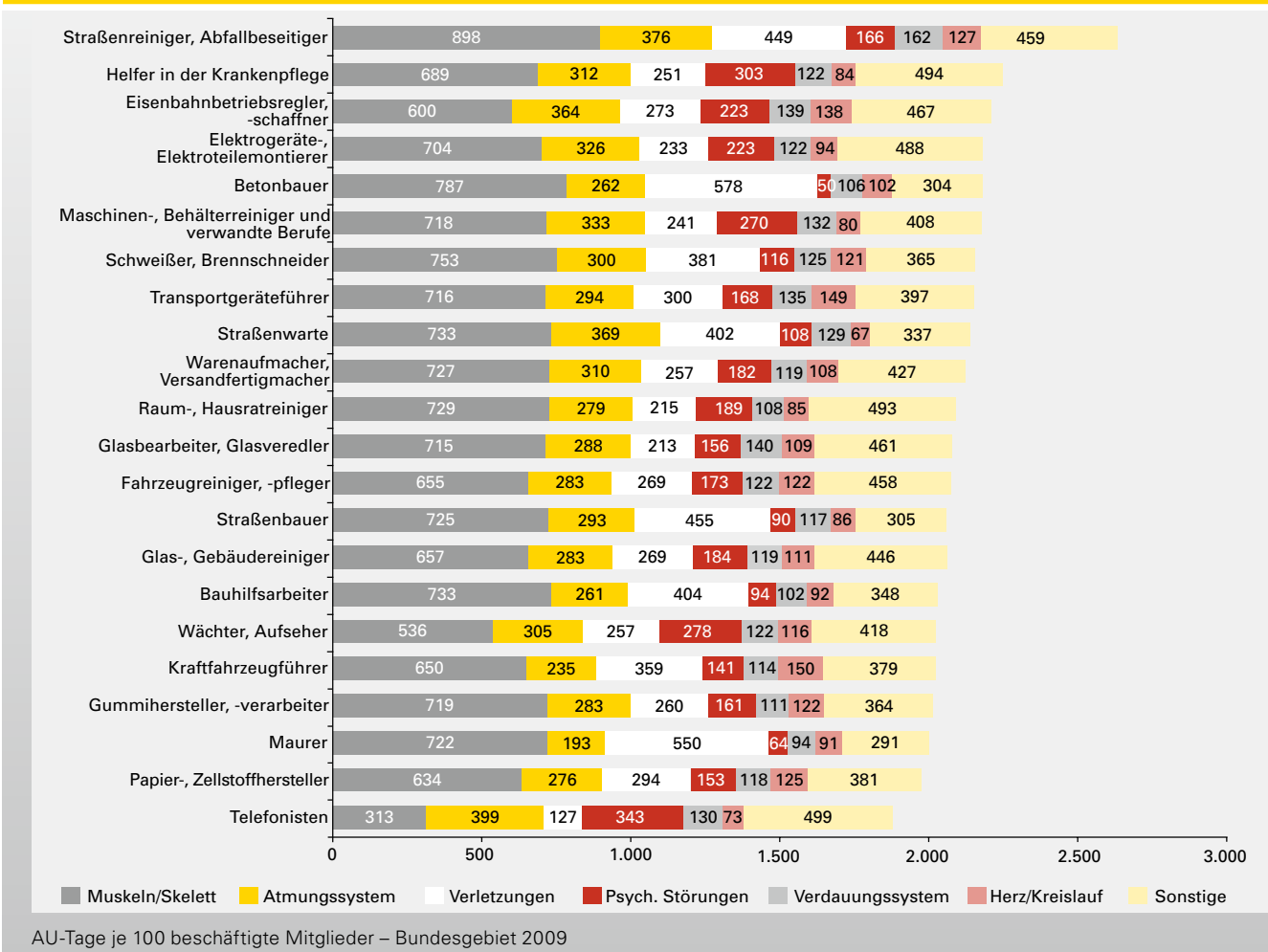


Schaubild 38.1

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten
Berufe mit den meisten AU-Tagen



läufig, mit Ausnahme der Land- und Forstwirtschaft, wo nach einem zuvor besonders starken Rückgang 2008 um über sieben Fälle je 1.000 wieder ein Anstieg um 4,4 Fälle je 1.000 zu verzeichnen war. Solche Schwankungen sind häufig mit unterschiedlich starken Arbeitseinsätzen verbunden. Im Handel und dem Gastgewerbe blieben die Unfallquoten bei Beschäftigungsrückgang konstant, in allen übrigen Bereichen waren hingegen mehr oder weniger starke Rückgänge erkennbar (vgl. *Schaubild 37*). Besonders in der Metallerzeugung und -bearbeitung war eine enorme Abnahme um rund 14 Fälle je 1.000 zu verzeichnen, was jedoch auch mit Auftragsrückgängen im Krisenjahr 2009 zusammenhängen dürfte. Ähnlich starke Rückgänge um rund 11 Arbeitsunfälle je 1.000 verzeichneten auch die Unternehmen in der Zeit- und Leiharbeit, die in der Wirtschaftskrise 2009 ebenfalls deutlich weniger Aufträ-

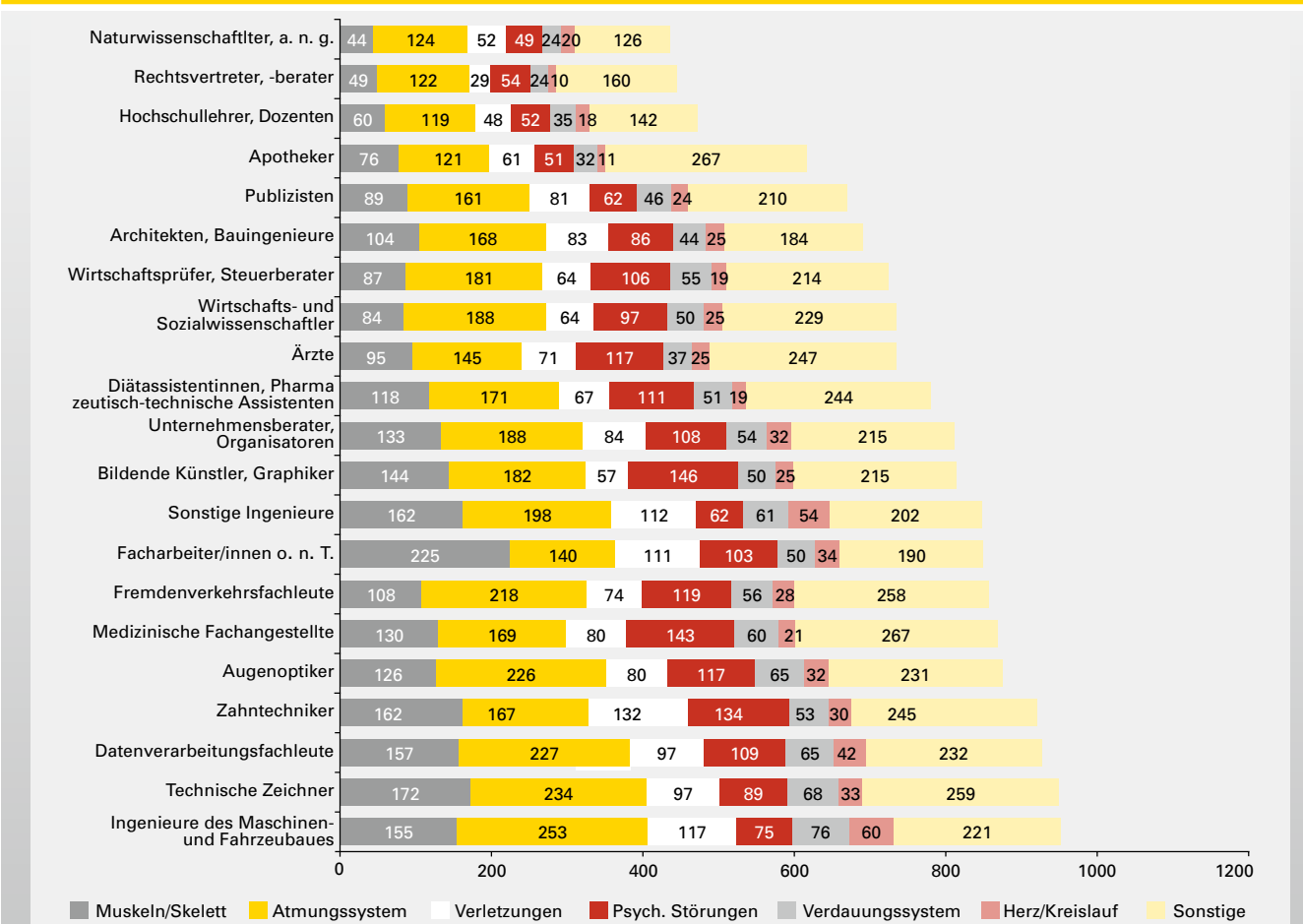
ge und damit weniger Arbeitseinsätze hatte. Die meisten Arbeitsunfälle traten – wie in den Vorjahren – im Baugewerbe mit rund 79 (-2,2) sowie in der Holzindustrie mit rund 75 (-8,7) Arbeitsunfällen je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder auf. Auch in der Abfallwirtschaft bewegte sich die Unfallhäufigkeit mit 72 Fällen je 1.000 (-1,7) auf hohem Niveau.

Der ICD-Systematik folgend werden Arbeitsunfähigkeiten, die als Folge eines Unfalls oder einer Vergiftung auftreten, zu etwa 96 % 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 aus Arbeitsunfällen resultierenden Verletzungsarten konzentriert sich auf fünf Verletzungsgruppen nach

Körperregionen, die in *Tabelle 17* wiedergegeben sind. Auf diese Gruppen entfielen etwa 61 % der Fälle mit Verletzungsfolgen (20 Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder) und knapp 67 % der hiermit verbundenen Ausfalltage (441 je 1.000 Pflichtmitglieder). Bei Männern entfielen rd. 18 % der Verletzungsfälle bei der Arbeit und annähernd 19 % der hiermit verbundenen Ausfalltage auf Hand- und Handgelenksverletzungen, bei Frauen war dieser Anteil mit etwa 15 % der Fälle und Tage geringer. Mit rund 17 % der Fälle waren bei Männern auch Verletzungen am Rumpf oder anderen Körperregionen stärker verbreitet, allerdings mit weniger Krankheitstagen (14 %). Frauen erlitten eher Verletzungen am Knöchel oder am Fuß, die bei ihnen knapp 16 % der Fälle und Tage verursachten. Auch Verletzungen am Knie bzw. Unterschenkel waren bei Frauen mit etwa 12 % der Fälle und fast einem

Schaubild 38.2

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen



AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2009

Fünftel der Ausfalltage stärker am Verletzungsgeschehen durch Arbeitsunfälle beteiligt. Auf diese entfielen bei Männern nur 8 % der Fälle und 15 % der Tage. Kopfverletzungen als weitere häufige Verletzungsart machten schließlich bei Männern 6 % und bei Frauen etwa 8 % der Fälle sowie 5 % bzw. gut 6 % der Tage aus. Die branchenspezifischen Verteilungen der Verletzungsarten bei Arbeitsunfällen sind der *Tabelle 5 im Anhang* zu entnehmen.

Berufsspezifische Erkrankungsstrukturen

Wie die Darstellung der Morbiditätsstrukturen für eine Reihe ausgewählter Berufsgruppen mit besonders hohen oder besonders niedrigen AU-Raten (*Schaubilder 38.1 und 38.2*) 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 2009 ein Drittel und mehr der Fehltag durch diese Erkrankungsart verursacht. Bei Straßenreinigern und Abfallbeseitigern entfielen beachtliche neun AU-Tage je beschäftigtes Mitglied allein auf Erkrankungen der Muskeln oder des Skeletts und verursachten hier 34 % der Fehltag. In den kleineren Gruppen der Halbzeugputzer und der Gleisbauer (nicht im Schaubild enthalten) lagen die Krankheitstage mit 8,7 ähnlich hoch. Auch bei den Betonbauern und Schweißern fielen hierdurch mit annähernd acht AU-Tagen hierdurch mit annähernd acht AU-Tagen hierdurch mit sogar 36 bzw. 35 % der Krankheitstage mit diesen Diagnosen bescheinigt.

Dagegen erkrankten Akademiker hieran im Schnitt zumeist weniger als einen Tag im Jahr. Der Anteil von Fehltagen durch diese Erkrankungsgruppe war bei Naturwissenschaftlern, Gymnasiallehrern und Juristen mit nur zehn bis elf Prozent besonders gering.

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 2009 bei Betonbauern und Maurern rund sechs, bei Abfallbeseitigern, Straßenwarten und Bauhilfsarbeitern über vier Fehltag je Beschäftigten.

Neben den bislang genannten Erkrankungsarten spielen in allen Berufen auch *Atemwegserkrankungen* eine relevante Rolle. Ihr Anteil ist in Berufen, die ansonsten durch geringe Krankenstände

gekennzeichnet sind, wie zu erwarten vergleichsweise hoch. So beträgt er bei Naturwissenschaftlern, Juristen und Ingenieuren deutlich mehr als ein Viertel, was aber mit einem insgesamt sehr geringen Krankheitsausfall von nur ein bis zweieinhalb AU-Tagen je Beschäftigten im Jahr einhergeht. Absolut lagen die Werte damit weit unter denen, die sich in gesundheitlich belasteten Berufsgruppen zeigen. So entfielen bei Abfallbeseitigern 3,8, bei Straßenwarten 3,7 und bei Eisenbahnbetriebsreglern 3,6 AU-Tage auf Erkrankungen des Atmungssystems, auch wenn sie dort „nur“ etwa 14 bis 17 % der krankheitsbedingten Ausfallzeiten verursachten.

Einen zunehmenden Einfluss auf das Erkrankungsgeschehen üben – wie schon in den vorherigen Kapiteln dargelegt – die *psychischen Störungen* aus. Sie liegen mittlerweile gemessen an den durch sie verursachten Fehltagen im Schnitt an vierter Stelle. Bei Telefonist(inn)en stehen psychische Krankheitsursachen jedoch mit 3,4 AU-Tagen und einem Anteil von 18,2 % sogar an zweiter Stelle. Auch Helfer(inne)n in der Krankenpflege wiesen durchschnittlich gut drei AU-Tage im Jahr und hiermit 13,4 % ihrer Krankheits-tage auf Grund psychischer Störungen auf, wobei in dieser Gruppe zusätzlich auch noch hohe Ausfälle durch Muskel- und Skelettleiden vorliegen. Nach Krankheitsanteilen haben psychische Störungen zudem in vielen Dienstleistungsberufen ein deutliches Gewicht, wie bei den Grafiker(inne)n mit einem Anteil von fast 18 %, wenn auch mit

„nur“ 1,5 AU-Tagen bei insgesamt weit geringeren Fehlzeiten von nur gut acht Tagen in dieser Gruppe. Für medizinische Fachangestellte und Ärzt(inn)en bilden die psychischen Krankheitsursachen mit durchschnittlich etwa 16 % der Krankheitstage ebenfalls die zweitwichtigste Krankheitsgruppe. Besonders viele hierdurch verursachten Fehltag waren 2009 außer bei Telefonist(inn)en und Helfer(inne)n in der Krankenpflege, bei Wächtern und Aufsehern (2,8 Tage), bei Maschinenreinigern (2,7 Tage), bei Eisenbahnern (2,3 Tage) sowie bei den Elektromontierer/innen (2,2 Tage) zu verzeichnen. In diesen Gruppen war die Morbidität durch psychische Erkrankungen damit absolut am größten. Zudem lagen auch die Anteile an den Krankheitstagen insgesamt bei den Wächtern und Aufsehern mit rund 14 % und bei den Maschinenreinigern mit über 12 % noch beachtlich hoch. Eine nähere Betrachtung auch weiterer Indikatoren für die psychische Morbidität der besonders auffälligen Gruppen ist in dem nachfolgenden *Spezial* u. a. zu den Arzneimittelverordnungen (S. 107ff) enthalten. Wie sich angesichts dieser deutlich zunehmenden seelischen Gesundheitsprobleme die psychotherapeutische Versorgung auch arbeitsweltbezogen und in Kooperation entwickeln kann, beschreibt der anschließende Themenbeitrag zur psychotherapeutischen Versorgung (s. *Spezial*, S. 116.)

Psychische Fehlbeanspruchungen münden dabei nicht unbedingt nur in Krankheitsfällen mit psychischen Diagnosen,

sondern können sich auch in 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 häufig mit Stressbelastungen und Bewegungsmangel verbundenen Erkrankungen waren bei den KFZ- und Transportgeräteführern mit 7 % der Krankheitstage zu finden, wobei diese beiden Gruppen mit durchschnittlich 1,5 Tagen je Beschäftigten auch die absolut höchsten Ausfallzeiten hierdurch hatten. Nachfolgend wiesen die Eisenbahnbetriebsregler mit durchschnittlich noch 1,4 Tagen einen ebenfalls hohen Anteil von über 6 % auf. Ähnlich hohe Anteile an Herz- und Kreislaufkrankungen verzeichneten auch die Papier- und die Gummihersteller ebenso wie verschiedene Ingenieursgruppen. Besonders geringe Fehlzeiten durch Störungen des Herz- oder Kreislaufsystems traten dagegen bei Juristen und Apothekern mit durchschnittlich nur 0,1 Tagen und rd. 2 % Anteil an der Arbeitsunfähigkeit auf.

Psychische Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung

Janett Ließmann,
spectrum|K GmbH, Abteilung Versorgungsanalyse

Innerhalb eines sich wandelnden Krankheitsspektrums nimmt die Bedeutung der psychischen Erkrankungen zu. Bereits seit Jahren lässt sich eine fast ungebrochene Zunahme der durch diese Diagnose verursachten Krankheitstage beobachten. 2009 entfiel jeder neunte Ausfalltag der BKK Pflichtmitglieder auf eine psychische Diagnose, bei Frauen war es sogar jeder siebte. Allein in den letzten zehn Jahren nahm die psychisch verursachte Arbeitsunfähigkeit bei Frauen um 83 % bei Männern immerhin um 50 % zu. Bei einem insgesamt rückläufigen Krankenstand steigt die relative Bedeutung der psychischen Krankheitsursachen noch deutlicher. Seit Beginn der 1990er Jahre hat sich der Anteil der mit dieser Krankheitsgruppe verbundenen AU-Tage verdreifacht, seit 1978 sogar mehr als vervierfacht.

Die psychischen Erkrankungen umfassen unterschiedliche Krankheitsbilder. Zu den bedeutsamsten gehören *affektive Störungen* (insbesondere Depressionen), *neurotische Störungen* (u. a. Reaktionen auf schwere Belastungen, somatoforme sowie Angststörungen) und *Störungen durch psychotrope Substanzen* (Suchterkrankungen durch Alkohol, Rauschmittel, Medikamente). Zudem rücken „neuere“ Krankheitsbilder wie das Burnout-Syndrom, in den Vordergrund. Dieser Zustand der physischen und psychischen Erschöpfung wird in der ICD-10 (*Internationale Klassifikation der Krankheiten*

und verwandter Gesundheitsprobleme) mit dem Diagnoseschlüssel Z73 erfasst und der Gruppe der Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand zugeordnet. Burnout stellt also keine eigenständige Krankheit dar, wird aber als diagnostische Zusatzinformation zunehmend angegeben. Während 2004 nur 4,6 Arbeitsunfähigkeitstage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner durch Burnout verursacht wurden, hat sich die Zahl der Krankheits-tage bis 2009 verzehnfacht (47,1 Tage) (siehe auch *Kapitel 5*, S. 152).

Für Frauen werden deutlich häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert als für Männer. Offen bleibt jedoch, ob es sich dabei um eine stärkere Belastung von Frauen handelt oder ob es die Folge der geringeren Anzahl von Arztbesuchen von Männern ist.¹ Männer verdecken noch immer häufiger ihre seelischen Probleme und auch die Ärzte selbst suchen bei ihnen eher nach körperlichen als nach psychischen Krankheitsursachen.

Frauen fehlen deutlich häufiger als Männer auf Grund von *affektiven Störungen* (F30-F39), *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F40-F49), *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen* (F50-F59, vor allem Essstörungen) und *Faktoren sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F60-F69), wohingegen Männer höhere Fehlertage durch *organische, einschließlich symptomatische psychi-*

sche Störungen (F00-F09), *psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19, insbesondere Alkoholerkrankungen), und *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen* (F20-F29) aufweisen. Bei Suchterkrankungen verzeichneten männliche BKK-Mitglieder rund dreimal so viele Arbeitsunfähigkeitstage und zweieinhalbmal so viele Krankenhausfälle wie Frauen auf (vgl. Kapitel 5). Den Schwerpunkt bilden hierbei Erkrankungen durch Alkohol, die rund vier Fünftel der Suchterkrankungen ausmachen.

Die Ursachen psychischer Belastungen sind komplex. Sie finden sich sowohl in inneren (individuellen, z. T. biogenetischen) Dispositionen sowie in äußeren Bedingungen (Arbeitsplatz, Familie, Lebenssituation). Als Hauptursache wird bei früheren Befragungen von Arbeitsschutzexperten der Arbeitsplatz genannt.² In vielen Arbeitsbereichen kommt es zu einer Zunahme der Anforderungen an das psychische Leistungsvermögen, während gleichzeitig die Stabilität der Arbeitsplätze sinkt und die Angst vor Arbeitslosigkeit wächst. Ständiger Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, mangelnde Anerkennung oder Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen gehören neben gesellschaftlichen Entwicklungen (insbesondere Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit)³ und familiären Ursachen zu den häufigsten Stressoren.

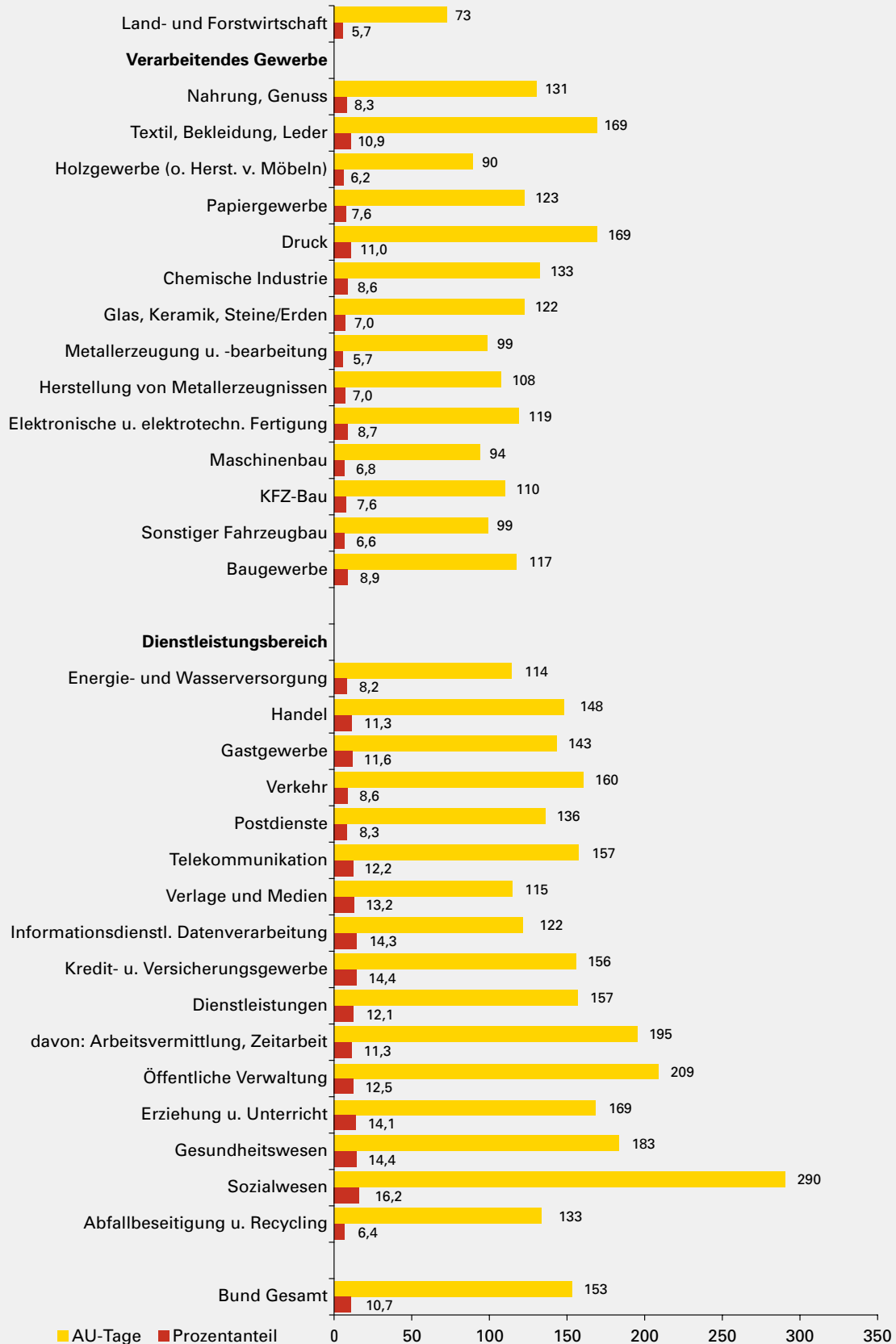
¹ vgl. Vogt, 2007

² vgl. Padrion, 2004

³ vgl. Harfst, 2009

Schaubild S6

Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen





Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Von psychischen Störungen sind die verschiedenen Beschäftigtengruppen sehr unterschiedlich betroffen (vgl. *Schaubild S6*). Durchschnittlich wurden 2009 je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder 153 Krankheitstage mit dieser Diagnosegruppe gemeldet (Frauen: 197 Tage, Männer: 115 Tage). Besonders im Sozialwesen sind psychische Ursachen stark am Krankheitsgeschehen beteiligt, wo sie 16 % an allen Fehltagen ausmachen. Auch in der öffentlichen Verwaltung und bei Zeitarbeitsfirmen fallen mit 209 bzw. 195 Tagen viele psychisch bedingte Krankheitsausfälle an. In der Zeitarbeitsbranche ist dabei gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um rund 58 Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder zu beobachten. Dagegen sank die Zahl der Fehltag auf Grund von psychischen Erkrankungen in der Telekommunikationsbranche – in den vergangenen Jahren eine Branche mit überdurchschnittlich hohen durch diese Diagnose verursachten Krankheitszeiten – um 20 Tage auf nur noch 156 Tage je 100. Auch in Branchen mit eher unterdurchschnittlichen Krankenständen, wie Banken und Versicherungen (156 Tage je 100), Informationsdienstleistungen (122 Tage) oder der Bereich Erziehung und Unterricht (169 Tage), fallen die Fehlzeiten durch psychische Störungen ebenfalls überproportional hoch aus.

Zwar spielen psychische Belastungen auch im verarbeitenden Gewerbe eine zunehmende Rolle, sie liegen aber zumeist unter denen im Dienstleistungsbereich. Besonders in Branchen mit hoher Frauenbeschäftigung wie der Textil- und Bekleidungsindustrie sowie dem Druckgewerbe finden sich mit rund 11 % vergleichsweise hohe Anteile. In der Metallerzeugung und -bearbeitung, der Land- und Forstwirtschaft sowie dem Holzgewerbe hatte diese Krankheitsgruppe mit nur rund 6 % an allen

Arbeitsunfähigkeitstagen den geringsten Einfluss. Im Baugewerbe, wo traditionell der geringste Einfluss beobachtet wurde, stieg der Anteil im Vergleich zu 2008 um rund 4 %.

Neben den genannten Branchen wurden für Frauen besonders viele Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen auch im Landverkehr gemeldet, wo diese deutlich über denen der männlichen Beschäftigten lagen (286 gegenüber

160 AU-Tagen je 100). Lediglich im Gesundheitswesen liegen die psychisch bedingten Fehlzeiten der Männer auf dem Niveau der Frauen (Frauen: 184 Tage, Männer: 179 Tage).

Arbeitslose und Telefonist(innen) am stärksten betroffen

Stärker noch als nach Wirtschaftsgruppen differenziert sich der Verbreitungsgrad psychischer Störungen nach beruf-

Tabelle T1
Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen - Frauen

	Schlüssel	AU-Fälle je 100	AU-Tage je 100
Arbeitslose		8,9	678
alle Beschäftigte		5,7	192
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	9,4	422
Telefonistinnen	734	10,4	374
Helferinnen in der Krankenpflege	854	8,0	339
Handelsvertreterinnen, Reisende	687	8,3	326
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	9,5	316
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	8,0	313
Heimleiterinnen, Sozialpädagoginnen	862	7,5	309
Kraftfahrzeugführerinnen	714	6,4	300
Elektrogeräte-, Elektroteilemontiererinnen	321	8,2	291
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a.n.g.	521	8,1	268
Datentypistinnen	783	8,6	265
Sonstige Montiererinnen	322	8,3	263
Warenaufmacherinnen, Versandfertigmacherinnen	522	7,5	257
Metallarbeiterinnen, o.n.A.	323	6,8	248
Kunststoffverarbeiterinnen	151	7,0	246
Werbefachfrauen	703	7,5	242
Krankenschwestern, Hebammen	853	6,5	242
Kassiererinnen	773	5,7	236
Chemiebetriebswerkerinnen	141	8,4	224
Stenographinnen, Stenotypistinnen, Maschinenschreiberinnen	782	6,5	223
Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	864	6,7	222
Hauswirtschaftsverwalterinnen	921	6,3	219

Je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2009



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

	Schlüssel	AU-Fälle je 100	AU-Tage je 100
Arbeitslose		5,0	406
alle Beschäftigte		3,0	106
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	861	5,7	261
Krankenpfleger	853	5,4	232
Heimleiter, Sozialpädagogen	862	5,5	228
Helfer in der Krankenpflege	854	4,5	223
Wächter, Aufseher	792	5,4	210
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	6,0	200
Schienefahrzeugführer	711	7,7	192
Bürohilfskräfte	784	4,4	185
Fernmeldemonteur, -handwerker	312	3,7	173
Handelsvertreter, Reisende	687	4,0	168
Lebens-, Sachversicherungsfachleute	694	4,1	167
Transportgeräteführer	742	4,1	167
Buchhalter	772	3,5	166
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	4,8	165
Werkschutzleute, Detektive	791	5,6	162
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	852	3,8	162
Pförtner, Hauswarte	793	3,4	151
Flach-, Tiefdrucker	174	4,9	150
Bankfachleute	691	3,5	145
Lagerverwalter, Magaziner	741	3,5	140
Bürofachkräfte	781	3,6	140
Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	521	3,6	136

Je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2009

licher Tätigkeit. Im erwerbsfähigen Alter trifft das höchste Risiko, psychisch zu erkranken, jedoch weniger die Erwerbstätigen, als diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben. Mit 524 AU-Tagen je 100 ALG-II-Empfänger⁴ erreichten ihre Krankheitszeiten 2009 das Dreieinhalbfache der psychisch verursachten Fehlzeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder. Jeder vierte Ausfalltag geht auf diese Diagnosegruppe zurück.

Unter den Beschäftigten verzeichneten Telefonist(inn)en (343,1 AU-Tage je 100

beschäftigte Pflichtmitglieder), Helfer/-innen in der Krankenpflege (303,1 AU-Tage je 100) sowie Sozialarbeiter/-innen (302,3 AU-Tage je 100) die meisten Krankheits-tage durch psychische Erkrankungen. Auch Heimleiter und Sozialpädagogen, Wächter, Krankenschwestern bzw. -pfleger und Eisenbahnbetriebsregler/-innen wurden überdurchschnittlich häufig mit dieser Diagnose krankgeschrieben.

Neben den genannten gehörten unter den erwerbstätigen pflichtversicherten Frauen auch Handelsvertreterinnen,

Montiererrinnen sowie Tätigkeitsgruppen in der Elektroindustrie zu den auffälligen Gruppen. Bei den Männern zählten auch Bürohilfskräfte und Fernmeldemonteur hinzu. Die geringsten Ausfallzeiten durch psychische Erkrankungen wiesen Ingenieurinnen und Ingenieure, Maurer/-innen und Kraftfahrzeuginstandsetzer/-innen auf.

Im Vergleich von Männern und Frauen in derselben Tätigkeitsgruppe zeigen sich zumeist höhere psychisch bedingte Fehlzeiten der Frauen. So fehlten weibliche Reinigungskräfte, Helferinnen in der Krankenpflege und Eisenbahnbetriebsreglerinnen rund eineinhalbmals sooft auf Grund psychischer Erkrankungen wie ihre männlichen Kollegen. Bei hauswirtschaftlichen Betreuern zeigt sich dagegen ein umgekehrtes Bild: Die Fehlzeiten der Männer lagen in dieser Berufsgruppe leicht über denen der Frauen (214 zu 201 AU-Tagen je 100).

Psychopharmaka-Verordnungen nach beruflicher Tätigkeit

Die aus der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitsdaten gewonnenen tätigkeitsbezogenen Befunde spiegeln sich auch in der Inanspruchnahme von Arzneimitteln wider. Psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, führen nicht immer und schon gar nicht im gesamten Verlauf zu einer Krankschreibung. Oftmals wird versucht, die Krankheit mithilfe von Medikamenten zu lindern oder zu überwinden.

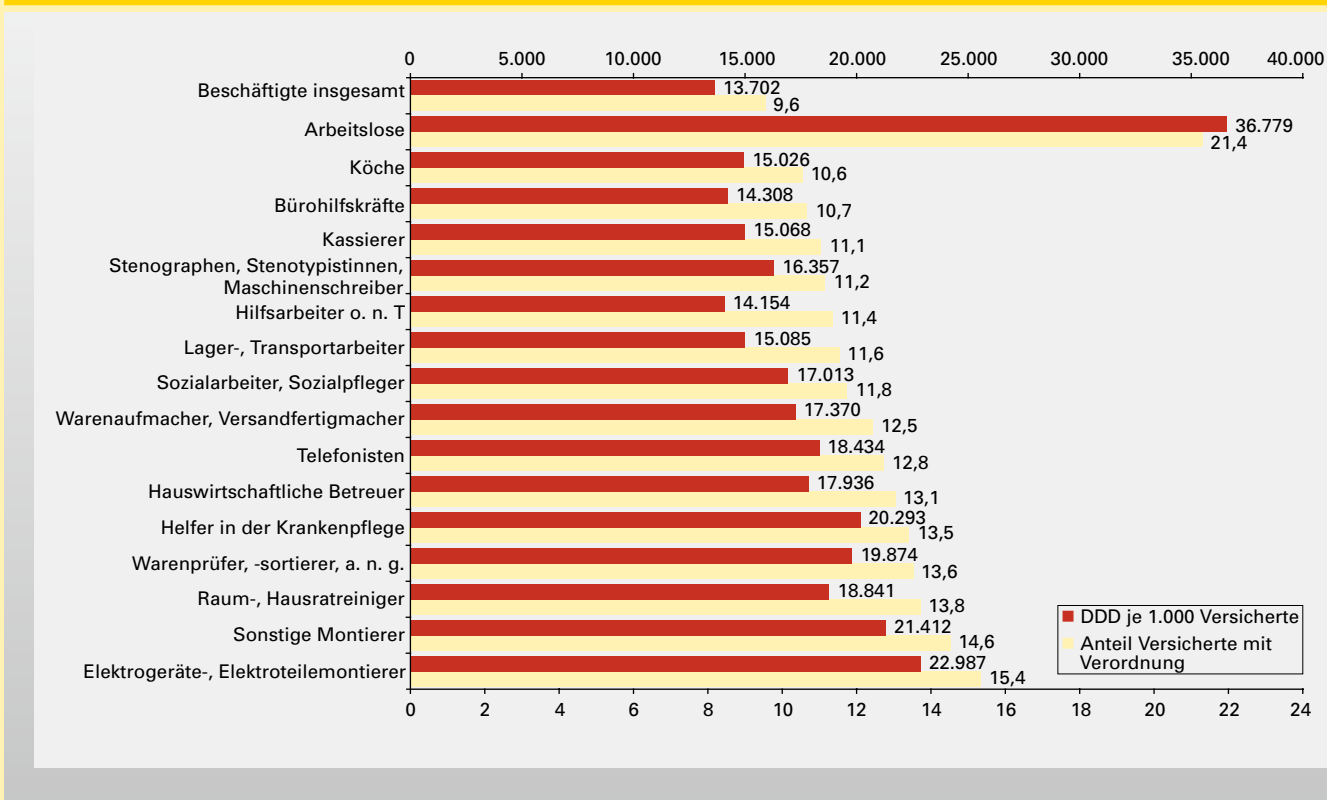
Der Gruppe der Psychopharmaka werden über die ATC-Klassifikation (*Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation*) die Arzneimittelgruppen N05A (Antipsychotika), N05B-C (angstlösende und beruhigende Mittel) sowie N06A (Antidepressiva) zugeordnet. Die relativ

⁴ ALG-II-Empfänger werden in die Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit nicht einbezogen, da ihre AU-Zeiten von den Krankenkassen auf Grund fehlender Krankengeldansprüche i. d. R. nicht erfasst werden.



Schaubild S7.1

Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen



breite Spanne der zugelassenen Indikationsbereiche für die einzelnen Wirkstoffe lässt jedoch nicht eindeutig auf die genaue Erkrankungsart schließen. Antidepressiva werden beispielsweise auch bei Angststörungen, allgemeinen psychosomatischen Beschwerden sowie im Rahmen von Schmerztherapien eingesetzt. Dennoch geben die Verteilungs-

auffälligkeiten deutliche Hinweise auf die psychisch besonders beeinträchtigten Berufsgruppen.

Während 2009 nur 5,5 % (+0,7 gegenüber dem Vorjahr) der männlichen beschäftigten BKK Mitglieder Psychopharmaka erhielten, waren es bei den Frauen 9,6 % (+0,9). Auf 1.000 beschäf-

tigte Männer entfielen 547 Einzelverordnungen und 8.531 Tagesdosen, je 1.000 Frauen waren es 689 Verordnungen und 13.702 Tagesdosen. Unter den 7,3 % (+0,8) der beschäftigten BKK Mitglieder, die Psychopharmaka verschrieben bekamen, bildeten Patient(inn)en mit Antidepressiva-Verordnungen die größte Gruppe. Bei 64 % der Psychopharmaka-

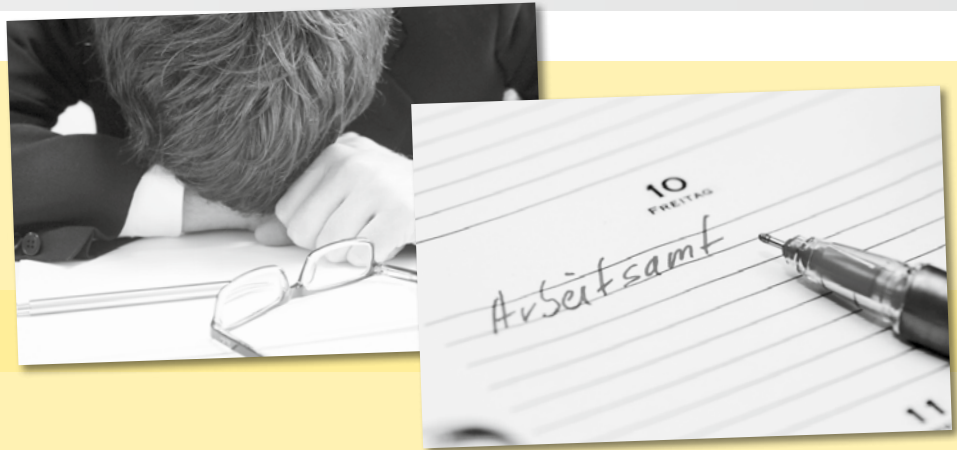
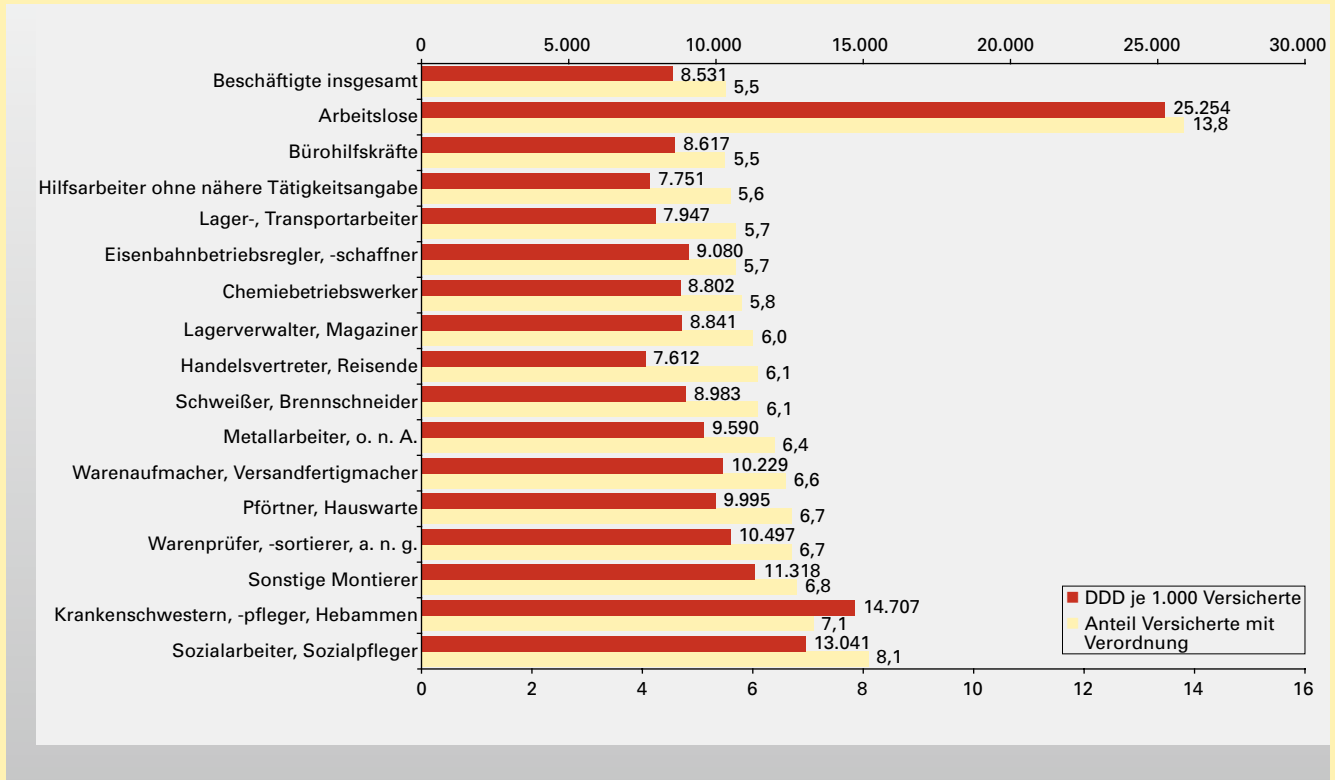


Schaubild S7.2

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



Verordnungen handelt es sich um Anti-depressiva. 4 % (+0,6) der Männer und 7,4 % (+0,9) der Frauen erhielten 2009 ein Antidepressivum. 11.616 DDDs (Defined Daily Dose) je 1.000 beschäftigte Frauen standen dabei nur 6.558 DDDs der Männer gegenüber.

Arbeitslose wiesen gegenüber den beschäftigten Mitgliedern mehr als die

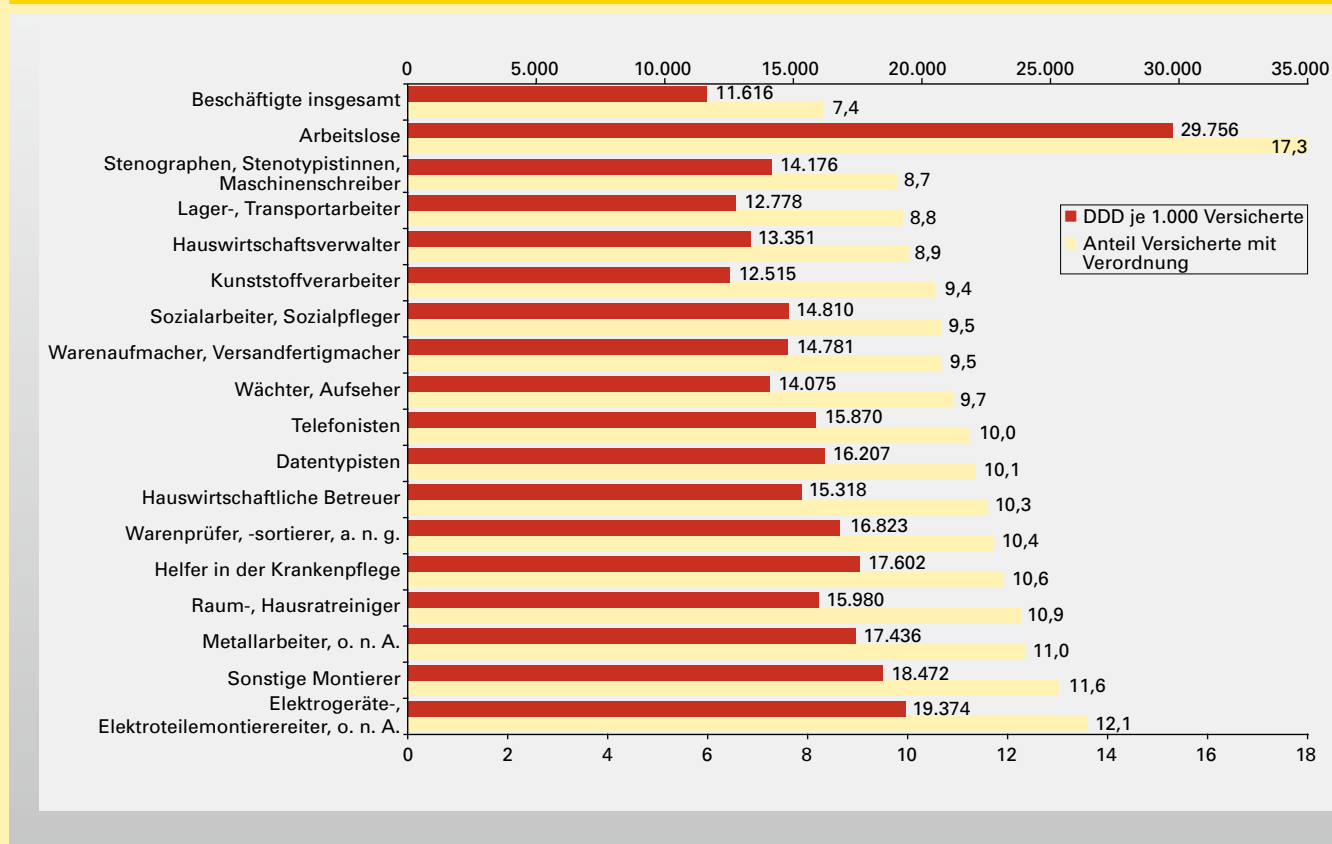
doppelte Verordnungsmenge an Psychopharmaka und Antidepressiva auf. Auch der Anteil der Versicherten mit Psychopharmaka (17,2 gegenüber 7,3 %) und Antidepressiva (13,4 gegenüber 5,5 %) lag deutlich über dem der Beschäftigten.

Bei den beschäftigten Mitgliedern finden sich die bereits im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auffälligen Tätigkeitsgruppen

wieder. Die *Schaubilder S 6.1* und *S 6.2* geben einen Überblick über besonders auffällige Gruppen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Psychopharmaka. Mit rund 18 Tagesdosen wurden die höchsten Verordnungsmengen bei hauswirtschaftlichen Betreuer(inne)n sowie Elektrogerätemontierer(inne)n gemeldet. Auch Raum- und Hausratreiniger/-innen, Helfer/-innen in der Krankenpflege, Tele-

Schaubild S8.1

Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen



fonist(inn)en, Sozialarbeiter/-innen und Stenograph(inn)en wiesen mit rund 16 bis 17 Tagesdosen überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen auf.

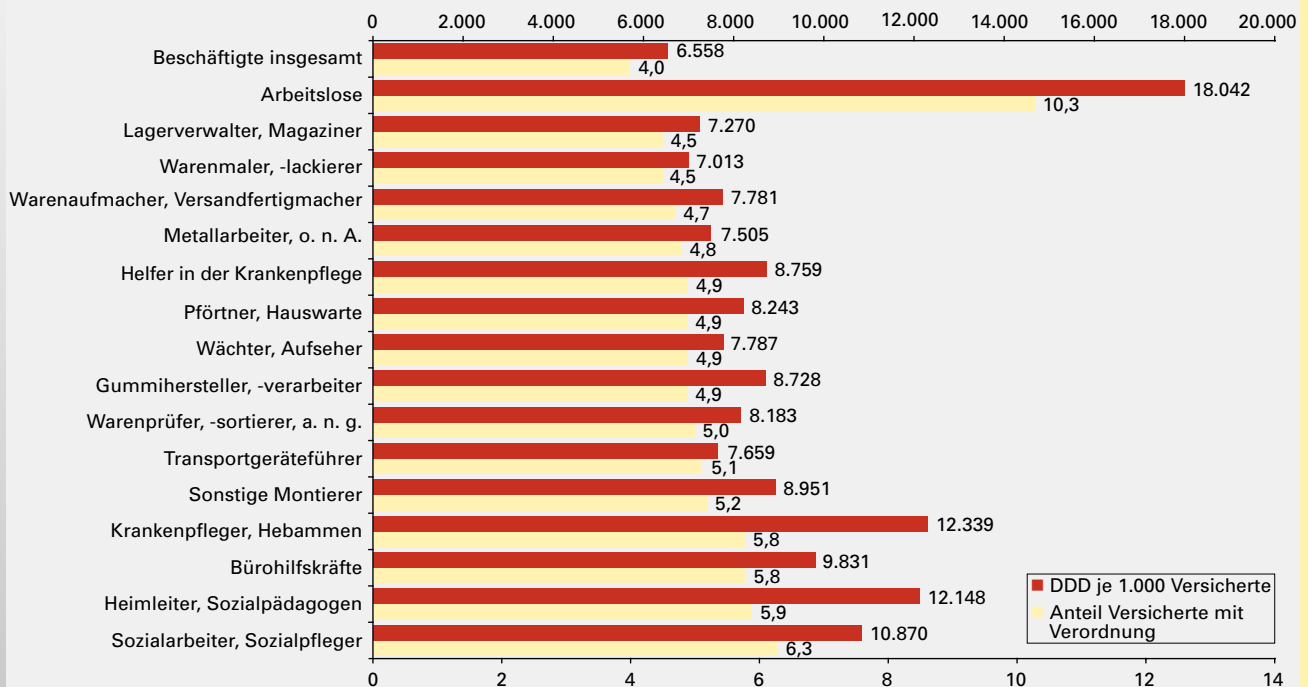
Bei Männern gehörten, wie schon hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit sozialpflegerische Berufe zu den besonders betroffenen Gruppen. Immerhin rund 8 % der Sozialarbeiter und Heimleiter

erhielten Psychopharmaka und rund 6 % Antidepressiva. Damit lagen sie jedoch noch immer unter den Werten der Frauen. Weibliche Beschäftigte weisen oftmals höhere Verordnungsmengen in eher einfachen, manuellen und gering qualifizierten Berufen wie Montiererinnen, Warenprüferinnen und Sortiererinnen auf.



Schaubild S8.2

Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer



Besonders in Zeiten wirtschaftlicher Umbrüche sind neben steigenden Krankenständen auch deutlich steigende Verordnungsmengen bei den eher höher qualifizierten Beschäftigungsgruppen zu verzeichnen. So nahm beispielsweise seit 2007 die Anzahl der Tagesdosen von Psychopharmaka insgesamt bei Unternehmensberater/-innen um 35 %, bei Bankfachleuten um 31 % und bei Unternehmern/-innen um rund 30 % zu. Noch größere Anstiege verzeichneten jedoch Köche und

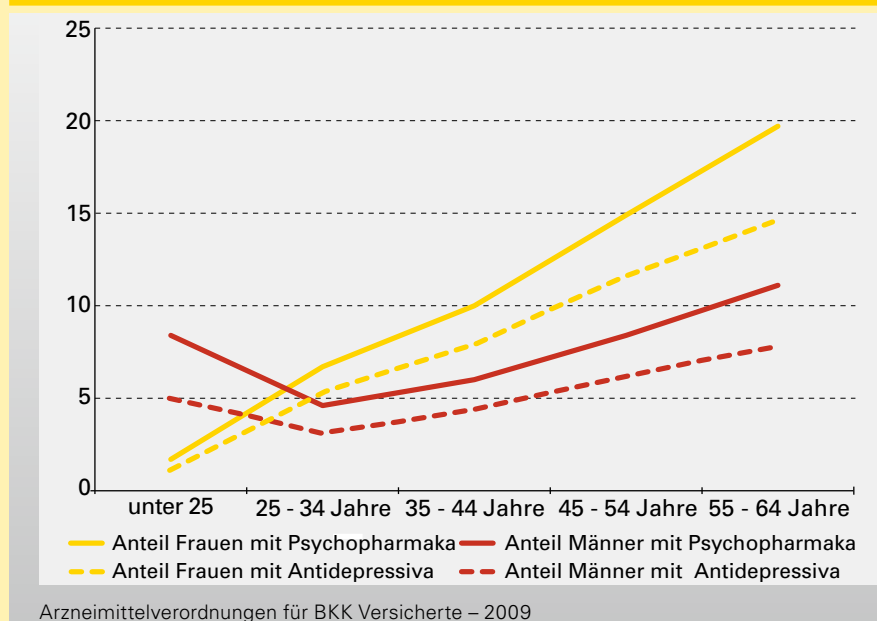
Eisenbahnbetriebsregler/-innen mit 60 bzw. 51 %. Im Vergleich hierzu stieg die Anzahl der Tagesdosen über alle Berufsgruppen hinweg nur um 14 %.

Mit dem Alter erhöhen sich auch die Verordnungshäufigkeiten (vgl. *Schaubild S9*). Bereits bei den 25- bis 34-Jährigen ließen sich 4,6 % (+1,4) der beschäftigten Männer und 6,7 % (+1,4) der Frauen Psychopharmaka verschreiben. Bei den über 55-Jährigen hat sich dieser Anteil bei den Frauen verdreifacht, bei den Männern

immerhin mehr als verdoppelt. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch bei der gesonderten Betrachtung von Antidepressiva. Innerhalb der Berufsgruppen variiert die Zunahme der Verordnungshäufigkeit: Während nur 3,7 % der unter 25-jährigen Unternehmer/-innen Psychopharmaka verschrieben bekamen, hat sich der Anteil bei den 55 bis unter 65-Jährigen bereits verdoppelt (8,6 %). Bei Raum- und Hausratreiniger/-innen (unter 25-Jährige: 2,8 %, 55-64-Jährige: 18,0 %), Beschäftigten in der Warenan-

Schaubild S9

Anteil der Erwerbspersonen mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen



Literatur:

- [1] DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND (2009): *Rentenversicherung in Zeitreihen*, Berlin.
- [2] GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES (2010): Krankheitskostenrechnung, im Internet unter: www.gbe-bund.de.
- [3] HARFST, Timo (2009): „Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit“, in: BÖCKEN, Jan / BRAUN, Bernard / LANDMANN, Juliane (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Gütersloh, S.156-178
- [4] PADRION, Hiltraut [u.a.] (2004): *IGA-Report 5 - Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten*, Dresden.
- [5] SOCKOLL, Ina (2008): iga.Fakten 1. *Psychische Gesundheit im Erwerbsleben*, Essen.
- [6] VOGT, Irmgard (2007): „*Psychische Störungen und Geschlecht*“, in: *impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 4. Quartal 2007, S. 6.

nahme (2,4 zu 8,9%), Postverteiler/-innen (2,0 zu 11,4%) und Köchinnen und Köchen (2,6 zu 14,8%) versechsfacht sich dieser Anteil sogar zwischen den genannten Altersgruppen.

Neben dem Produktivitätsverlust infolge von Arbeitsunfähigkeit entstanden 2008 direkte Krankheitskosten in Höhe von 28,7 Mrd. € auf Grund psychischer und Verhaltensstörungen. Mit einem Anteil von 11,3% an den krankheitsbedingten volkswirtschaftlichen Gesamtkosten lagen sie damit auf dem dritten Rang nach den Kreislauf- und den Verdauungserkrankungen. Besonders kostenintensiv waren dabei die Demenz- (F00-F03, 9,4 Mrd. €) und die depressiven

Erkrankungen (F32-F34, 5,2 Mrd. €), die zusammen 51% der durch psychische Störungen bedingten Krankheitskosten ausmachen.⁵

Psychische Erkrankungen sind zudem der häufigste Grund für eine Frühberentung. Jede dritte Berentung (Frauen: 41,6%, Männer: 30,4%) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit war 2008 Folge einer psychischen Störung.⁶ Darüber hinaus weisen psychische Erkrankungen nach den Neubildungen die längsten Arbeitsunfähigkeitsfalldauern auf. Vor diesem Hintergrund steigt die Bedeutung von Maßnahmen zur Prävention bzw. Wiedereingliederung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanage-

ments. Auch wenn sich nicht alle Belastungsfaktoren beeinflussen lassen, kann nur eine Kombination aus individuellen und organisatorischen Maßnahmen (z. B. Umgestaltung der Arbeitsabläufe, Erweiterung der Handlungsspielräume⁷) nachhaltige Effekte erzielen.

⁵ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2010

⁶ vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2009

⁷ vgl. Sockoll, 2008

Arbeitsleben, psychische Erkrankungen und psychotherapeutische Versorgung in Kooperation

Dr. Hans-Peter Unger, ASKLEPIOS KLINIK Hamburg-Harburg
Chefarzt Psychiatrie und Psychotherapie

Die Arbeitsunfähigkeit auf Grund psychischer Erkrankungen zeigt seit Mitte der 1970er Jahre einen langsamen, aber kontinuierlichen Anstieg, während Fehltag bedingt durch somatische Erkrankungen in den letzten Jahren rückläufig sind. Auch Krankenhausbehandlungen wegen einer psychischen Störung weisen in den letzten 25 Jahren einen stetigen Trend nach oben auf. Psychische Störungen verursachen aktuell die meisten Krankenhaustage von allen Erkrankungen.¹ Seit 2001 stehen psychische Erkrankungen an erster Stelle der Gründe für einen vorzeitigen Verlust der Erwerbsfähigkeit. Wie ist dieser Anstieg zu erklären? Nehmen psychische Erkrankungen zu? Oder lassen sich Menschen mit psychischen Störungen heute eher behandeln? Hat das Stigma gegenüber seelischen Erkrankungen in den letzten Dekaden abgenommen? Haben sich die Diagnostikgewohnheiten, zum Beispiel der Hausärzte, verändert? Wird heute statt einer Lumbago eher eine depressive Reaktion verschlüsselt?

Die Depression zählt mit einer Lebenszeitprävalenz von 15 % zu den häufigsten Erkrankungen. Die WHO sieht die Depression 2020 als zweithäufigste Ursache gesundheitlicher Beeinträchtigungen weltweit.² Psychische Erkrankungen wie die Depression sind also häufig und können jeden treffen. Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind vielfältig. Das biopsychosoziale Paradigma in der Psychiatrie sagt nichts anderes als dass es zu einem komplexen Zusammenspiel von biologischen (Gehirn und Gene) und umweltbedingten (sozialen) Faktoren kommt, die eine individuelle Vulnerabilitätsschwelle bilden. Bei zusätzlicher

innerer oder äußerer Belastung kann das psychische System aus der Balance geraten und es kommt zur Symptombildung, wenn gegensteuernde Ressourcen fehlen. Tatsächlich behandelt die Psychiatrie vorwiegend Symptome und Syndrome, die zu Krankheitseinheiten zusammengefasst werden, ohne dass es eindeutige und klare Ursachenbeschreibungen gibt. Psychische Störungen spielen sich also immer an einer Schnittstelle zwischen innerer und äußerer Welt ab. Eine Ausnahme bilden die organischen psychischen Erkrankungen wie die Alzheimer Demenz, bei denen eine klarer definierte Störung der Gehirnfunktionen zugrunde liegt.

Arbeit wiederum ist ein wichtiger Teil des Lebens. Arbeit ermöglicht Anerkennung, Selbstwert und Einkommen und strukturiert den Tagesablauf. Der Arbeitsplatz ist ein Ort vielfältiger sozialer Kontakte und „gute“ Arbeit erhöht Selbstwirksamkeit und lässt im besten Fall die eigene Kreativität verwirklichen. Die Arbeitswelt unterliegt in den letzten Jahrzehnten einer erneuten radikalen Veränderung. Während sich in China und Indien Agrargesellschaften in einer historisch noch nie da gewesenen Geschwindigkeit zu industriellen Produktionsgesellschaften wandeln, vollzieht sich in den ökonomisch am weitesten entwickelten Gesellschaften ein rasanter Umbruch zur Informationstechnologie und Dienstleistungsgesellschaft. Dieser Wandel wird begleitet und vorangetrieben von einer globalisierten Finanzwelt, deren ökonomische Prinzipien auch vor der Gesundheit nicht Halt machen: ohne zu zögern sprechen wir heute von Gesundheitsmarkt und Gesundheitswirtschaft.

Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz stehen heute an erster Stelle der arbeitsbedingten Belastungen und werden in dieser Bedeutung noch zu wenig in Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Während in den zurückliegenden Jahrzehnten die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz bei den klassischen psychischen Erkrankungen einen großen Stellenwert in der psychiatrischen Versorgung einnahm, fanden die neuen arbeitsplatzbezogenen Belastungen nur wenig direkte Berücksichtigung in der Psychotherapie.

Globale Vernetzung und die neuen Informationstechnologien, schnelle Umstrukturierungen und hohe Anforderungen an Flexibilität führen im Extremfall bei hochqualifizierten Arbeitnehmern zu einem Arbeitsleben ohne festen Schreibtisch und in ständiger Erreichbarkeit. Umgekehrt erleben niedrigqualifizierte Arbeitskräfte Arbeitsplatzunsicherheit, Lohndumping und erhöhte Arbeitsintensität als dauerhafte Arbeitsbelastung. Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz können so als Gesundheitsrisiken aufgefasst werden. Das biopsychosoziale Paradigma in der Psychiatrie hat sich noch kaum für die realen Stressoren und Belastungen der postindustriellen Arbeitswelt geöffnet. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell geht von einer individuellen und persönlichen Vulnerabilitätsschwelle aus, bei deren Überschreitung es zu Krankheitssymptomen kommen kann. Dabei wird nur generell von Stressoren gesprochen, aber diese Stressoren lassen sich aus der Sicht der Arbeitswelt und der darauf bezogenen soziologischen und arbeitsmedizinischen Forschung benennen. Ein theoretisches Modell zur Erfassung psy-

¹ vgl. Zoike, 2009
² vgl. Murray, 1997



chosozialer Arbeitsbelastungen ist zum Beispiel das „Efford-Reward-Modell“ von Siegrist³, das die Bedeutung der Balance von Leistung, Verausgabung und Anerkennung, Belohnung auf der anderen Seite beschreibt und im Rahmen der Gratifikationskrise als Risikofaktor für Depression und koronare Herzkrankheit in zahlreichen Forschungen belegt ist.

Gleichzeitig haben sich gerade in großen Unternehmen umfangreiche Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickelt, aber diese „innerbetriebliche“ Welt ist noch wenig mit dem Behandlungs- und Rehabilitationssystem verbunden. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention sind wissenschaftlich untersucht und zumindest teilweise in ihrer Evidenz belegt.^{4,5} Gerade Mitarbeiter mit hohem Risiko für psychische Störungen profitieren von individuell fokussierten Maßnahmen mit hoher Evidenz.⁶ Auf der außerbetrieblichen Seite ist allerdings das Versorgungssystem immer noch vorrangig auf die „Reparatur“ von Krankheiten ausgerichtet. Die Programme und Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung sind den meisten Ärzten und Psychologen weder aus der Ausbildung noch in der Praxis bekannt.

Betriebsärzte, Hausärzte, Psychiater und Psychotherapeuten – wo begegnen sie sich?

Was bedeutet das Vorgesagte für unser gegenwärtiges Gesundheitssystem? An erster Stelle steht der Bedarf nach neuen Kooperationsformen zwischen

Betriebsärzten und betrieblichen Sozialarbeitern mit dem medizinischen bzw. psychosozialen Versorgungssystem. Beide Seiten profitieren vom gemeinsamen Austausch, gemeinsame Fortbildungen und Kooperationen sind dringend erforderlich. Dabei wird jede Kooperation zwischen Betriebsarzt und Psychiater/Psychotherapeut auf den beiden Säulen Prävention und Behandlung stehen. Denn eine Verbindung von Arbeitswelt und Medizin wird sich im Bereich des Psychischen nicht mit in Diagnosemanualen definierten Krankheiten zufrieden geben können, es wird vielmehr fast automatisch vorrangig um den Begriff der Gesundheit gehen, die Gesundheit des einzelnen Mitarbeiters, der Gruppe der Betriebsangehörigen und nicht zuletzt um den Erfolg der Organisation. Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, was es bedeutet, gesund zu sein und seine Gesundheit zu erhalten. Aus dieser Perspektive sind Gesundheit und Krankheit nur Eckpunkte eines Kontinuums. In der Regel befindet sich jeder von uns mehr oder weniger in diesem „Zwischenbereich“. Letztlich lässt sich der gegenwärtige „Erfolg“ des Burnout-Begriffs bei Patienten und in den Medien auf die Aufhellungsversuche dieses Zwischenbereichs zurückführen: Burnout oder Erschöpfung drückt ein auf die Veränderungen der Arbeitswelt gerichtetes gesellschaftliches und persönliches Unwohlsein aus. Die Phasen des Burnout oder der Erschöpfungspirale beschreiben einen fortschreitenden Prozess zwischen Gesundheit und klar definierten Krankheiten wie der Depression. Am Ende des Burnout-Prozesse steht also die behandlungsbedürftige Depression, am Anfang der Erschöpfungspirale können

schon einfache Präventionsmaßnahmen eine Wirkung zeigen.

Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen wird so in der Arbeitswelt zu einer gemeinsamen Aufgabe von jedem von uns gemeinsam mit Betriebsarzt und Hausarzt/Facharzt. Auf diese Aufgabe ist unser Versorgungssystem nicht flexibel vorbereitet. Behandlungs- und Rehabilitationsketten sind eher schwerfällig und wenig integriert. Der institutionsbezogene Ansatz steht im Vordergrund.

Aus betrieblicher Sicht steht der Einzelfall im Vordergrund, für ihn gilt es die bestmögliche Lösung zu finden. Dafür sind Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Wiedereingliederung unbedingt miteinander zu verzahnen. Deshalb haben große Unternehmen in den letzten Jahren unterschiedliche Kooperationsmodelle aufgebaut. Dabei geht es um Kooperationen mit Employee Assistance Programmanbietern, mit Arzt- oder Psychotherapeutenpraxen, mit Kliniken, auch in wechselseitiger Kombination. Coachs und Psychotherapeuten arbeiten integrativ, innerbetriebliche Sprechstunden werden von Psychiatern unter Schweigepflichtgarantie im Werk angeboten. Ziel ist es, unnötige Wartezeiten zu vermeiden, und arbeitsplatzspezifische Aspekte in der Psychotherapie verstärkt zu berücksichtigen. Therapieangebote werden mit der Arbeitszeit kompatibel gestaltet.

Die Wiedereingliederung profitiert von diesen neuen Kooperationen, Möglichkeiten wie die Wiedereingliederung am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder

³ vgl. Siegrist, 2005

⁴ vgl. Sockoll, 2008

⁵ vgl. Badura, 2008

⁶ vgl. Seymour, 2005

Wiedereingliederung „vom Krankenhausbett aus“ seien als zwei Beispiele genannt. Diesen Kooperationen gemeinsam ist der Wunsch nach einer schnellen und effizienten Behandlung mit optimaler Wiedereingliederung. Dies setzt von therapeutischer Seite eine Kenntnis der aktuellen Arbeitsweltstrukturen voraus, die gerade in Bezug auf den einzelnen Betrieb nur durch die Kooperation mit dem Betriebsarzt oder betrieblichen Sozialarbeiter möglich ist. Die Garantie der ärztlichen Schweigepflicht ist dabei oberstes Gebot.

Diese neuen Kooperationen basieren auf sehr unterschiedlichen Finanzierungen: In begrenzter Form finanzieren die Unternehmen selbst die Kooperation, es gibt Verträge mit (Betriebs-)Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern und im Einzelfall auch eine Verbindung mit integrierten Versorgungsverträgen. Es zeigt sich, wie gerade die Veränderungen in der Arbeitswelt in Zeiten von Globalisierung und Hochtechnologie Innovationen im Gesundheitssystem bewirken können jenseits aller ideologischen und strukturellen Hindernisse.

Literatur:

- [1] BADURA, Bernhard [u. a.] (2008): *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*, Berlin.
- [2] MURRAY, C. J. / LOPEZ, A. D. (1997): „Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study“, in: *Lancet*, 349(9064), S.1498-1504.
- [3] SEYMOUR, Linda / GROVE, Bob (2005): *Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations*, London.
- [4] SIEGRIST, Johannes (2005): „Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications“, in: *Psychoneuroendocrinology*, 30, S.1033-1038.
- [5] SOCKOLL, Ina / KRAMER, Ina / BÖDEKER, Wolfgang (2008): *IGA-Report 13 – Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006*, Essen.
- [6] ZOIKE, Erika [u. a.] (2009): *BKK Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeiten der Krise*, Essen.



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 18* gibt einen Überblick über die Verteilung der BKK-Versicherten nach Bundesländern. In Bayern, Hessen und Niedersachsen zeigte sich 2009 die, gemessen am Bevölkerungsanteil, stärkste BKK Präsenz (16,4 bis 18,8 % der Wohnbevölkerung sind dort bei einer Betriebskrankenkasse versichert). Mit rund 2,6 Mio. leben

die meisten BKK-Versicherten jedoch in Nordrhein-Westfalen, wo etwa 14,5 % der Bevölkerung im Bundesland bei einer BKK versichert sind. Dagegen weisen in Sachsen und im Saarland die BKK-Daten gemessen am Anteil an der dortigen Wohnbevölkerung mit nur 6,1 bzw. 6,6 % eine geringe 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 18
BKK Versicherte nach Bundesländern 2009*

Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.**		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Schleswig-Holstein	359.265	173.365	185.900	12,7	12,5	12,9
Hamburg	271.152	132.385	138.766	15,3	15,3	15,3
Niedersachsen	1.301.897	650.093	651.804	16,4	16,7	16,2
Bremen	62.862	31.933	30.929	9,5	9,9	9,1
Nordrhein-Westfalen	2.591.174	1.275.830	1.315.344	14,5	14,6	14,4
Hessen	1.050.676	511.108	539.568	17,3	17,2	17,5
Rheinland-Pfalz	615.067	305.382	309.686	15,3	15,5	15,2
Baden-Württemberg	1.484.808	736.190	748.618	13,8	13,9	13,7
Bayern	2.356.877	1.166.951	1.189.926	18,8	19,0	18,7
Saarland	67.264	34.355	32.909	6,6	6,9	6,3
Berlin	485.287	240.786	244.501	14,1	14,3	13,9
Brandenburg	336.877	174.640	162.237	13,4	14,0	12,8
Mecklenburg-Vorpommern	187.298	93.415	93.883	11,3	11,4	11,3
Sachsen	256.164	128.449	127.715	6,1	6,3	6,0
Sachsen-Anhalt	244.982	123.653	121.328	10,4	10,7	10,1
Thüringen	230.409	117.294	113.115	10,2	10,6	9,9
Bund gesamt	11.953.272	5.920.884	6.032.388	14,6	14,8	14,5

* Nach Wohnort.

** Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: „Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht“, Stand 31.12.2009

Tabelle 19
Veränderungen in der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern 2009 gegenüber dem Vorjahr

Bundesland	Arbeitsunfähigkeiten je 100 Pflichtmitglieder					
	Fälle	Differenz zum Vorjahr	Tage	Differenz zum Vorjahr	Tage je Fall	Differenz zum Vorjahr
Schleswig-Holstein	113,1	9,4	1.463,2	120,4	12,9	0,0
Hamburg	108,6	5,1	1.472,6	1,3	13,6	-0,7
Niedersachsen	111,0	-0,1	1.396,9	19,4	12,6	0,2
Bremen	111,4	-0,6	1.412,5	-2,9	12,7	0,0
Nordrhein-Westfalen	111,0	2,6	1.529,4	106,2	13,8	0,6
Hessen	119,9	2,3	1.477,9	34,6	12,3	0,1
Rheinland-Pfalz	140,8	5,9	1.645,2	62,3	11,7	-0,1
Baden-Württemberg	108,8	2,9	1.292,3	84,8	11,9	0,5
Bayern	108,3	3,6	1.321,1	75,1	12,2	0,3
Saarland	111,1	4,7	1.676,3	1,2	15,1	-0,7
Berlin	113,8	6,3	1.715,2	42,8	15,1	-0,5
Bund West	112,7	3,3	1.436,6	69,6	12,8	0,3
Brandenburg	118,1	12,6	1.737,7	213,3	14,7	0,3
Mecklenburg-Vorpommern	123,3	11,0	1.707,5	218,2	13,9	0,6
Sachsen	111,2	10,4	1.532,9	140,0	13,8	0,0
Sachsen-Anhalt	119,5	13,2	1.706,3	226,8	14,3	0,4
Thüringen	119,2	13,0	1.681,7	214,3	14,1	0,3
Bund Ost	118,2	11,9	1.679,6	202,8	14,2	0,3
Bund gesamt	113,4	4,4	1.467,4	85,9	13,0	0,3

4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern

Wie schon bei den Beschäftigten stiegen die Krankheitszeiten 2009 auch bei allen Pflichtmitgliedern (einschl. der Arbeitslosen) von 13,8 auf 14,7 AU-Tage an. Während es bis 2006 noch in nahezu allen Bundesländern Rückgänge gab, nehmen nun die Fehlzeiten der Pflichtversicherten in fast allen Regionen zu (vgl. *Tabellle 19*). Lediglich in Hamburg, Bremen und dem Saarland blieben die Krankenstände auf dem Vorjahresniveau. In den neuen Bundesländern sind 2009 die höchsten Anstiege mit Zunahmen von 14 bis 16 % zu verzeichnen: Sachsen-Anhalt +2,3 AU-Tage, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern jeweils +2,2 AU-Tage sowie Thüringen +2,1 AU-Tage. Die Entwicklung dort ist allerdings auch vor dem Hintergrund der dort ausgeprägten älteren Versichertenstrukturen (s. u.) zu betrachten.

Die meisten Krankheitstage wurden mit 17,4 AU-Tagen je Pflichtmitglied in Bran-

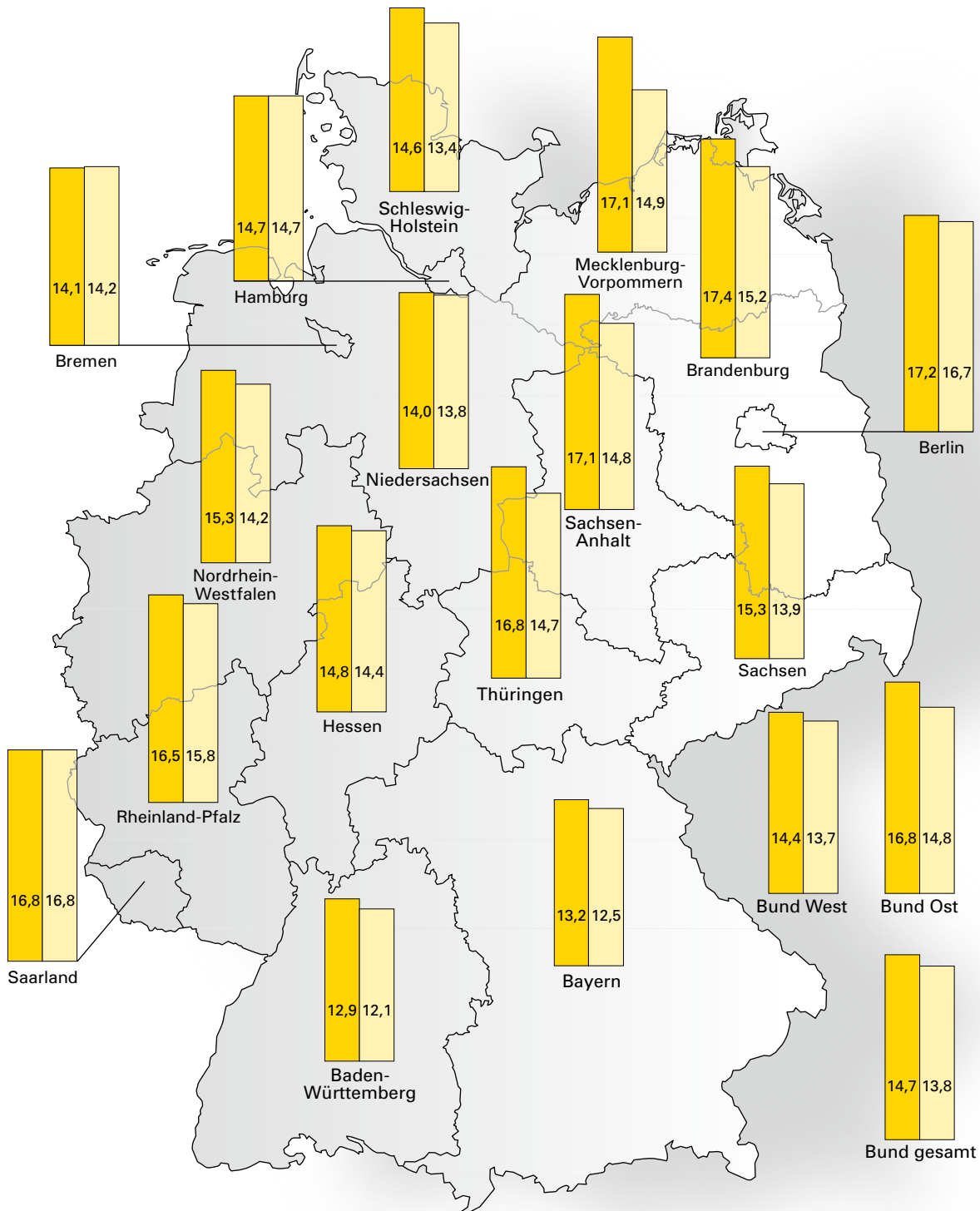
denburg gemeldet, womit das Saarland seine „Spitzenstellung“ des Vorjahres abgeben konnte. Allerdings weist auch das Saarland mit 16,8 AU-Tagen nach wie vor überdurchschnittlich hohe Krankenstände auf. Es folgten Berlin (+0,5 AU-Tage) und Mecklenburg-Vorpommern mit einer erheblichen Zunahme.

Die geringsten Fehlzeiten wurden wie bisher in den südlichen Ländern Baden-Württemberg und Bayern mit nur 12,9 bzw. 13,2 Arbeitsunfähigkeitstagen erreicht. Allerdings verzeichneten auch diese beiden Länder 2009 ansteigende Krankheitszeiten (jeweils +0,8). Daneben fielen auch in Niedersachsen und Bremen in diesem Berichtsjahr mit rund 14 Tagen vergleichsweise geringe Fehlzeiten an. Im Osten war wie in den Vorjahren ein gegenüber den alten Bundesländern – auch auf Grund der Altersstruktur (s. u.) – wesentlich höheres Niveau zu verzeichnen, wobei die regionalen Unterschiede

weit geringer als im Westen ausfielen. Dort wurden mit 15,3 Tagen je Pflichtmitglied (+1,4) die noch vergleichsweise wenigsten Arbeitsunfähigkeitstage in Sachsen gemeldet.

Die Falldauern lagen mit durchschnittlich 13 Tagen über dem Niveau des Vorjahres. Hier führten das Saarland und Berlin – trotz eines Rückgangs um je rund einen halben Tag – mit Krankheitsdauern von durchschnittlich 15,1 Kalendertagen die Rangliste an, gefolgt Brandenburg (14,7 Tage, +0,2) und Sachsen-Anhalt (14,3 Tage, +0,4). Im Ost-West-Vergleich dauerten die AU-Fälle in den neuen Ländern – mitbedingt durch die ältere Versichertenstruktur – im Schnitt etwa eineinhalb Tage länger als im Westen (14,2 gegenüber 12,8 Tage). Insgesamt wiesen die BKK Versicherten im Osten ungünstigere Risikostrukturen auf als im Westen.

Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern



■ 2009 ■ 2008

AU-Tage je Pflichtmitglied

Schaubild 39

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 Krankenversicherung¹ verändert sich die AU-Fallzahl insgesamt nur geringfügig. Im Westen steigt sie lediglich um 0,4 je 100 Pflichtmitglieder, während sie im Osten leicht um 0,2 sinkt. Anders stellt sich indes das Ergebnis für die Zahl der Krankheitstage dar. Diese steigt durch die Standardisierung über alle Bundesländer um 53 auf 1.521 Tage je 100 Pflichtmitglieder deutlich an. Bedingt ist dieser rechnerische Anstieg vor allem durch das Westergebnis (+ 67 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 als die der GKV, so dass die AU-Tage demografiebereinigt um 34 Tage je 100 Pflichtmitglieder sinken. Insgesamt nähern sich die Ergebnisse zwischen Ost und West durch die Bereinigung der Struktureffekte zwar an, es bleibt aber ein, anders als im Vorjahr, deutlich höheres Ergebnis der östlichen Bundesländer mit einer Differenz von 142 AU-Tagen je 100 Pflichtmitglieder bestehen.

Schaubild 40 zeigt die Abweichungen der altersstandardisierten und nicht standar-

disierten AU-Tage der Bundesländer vom Bundesdurchschnitt. In den meisten Ländern verringern sich durch die Bereinigung der Alters- und Geschlechtsstruktur die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, Ausnahmen bilden wie schon im Vorjahr Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen sowie aktuell auch Hessen und geringfügig sogar Berlin, wo die erstmalige Überschreitung des Bundesdurchschnitts nach der Standardisierung etwas höher als im Rohwert ausfällt. In Hamburg ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Pflichtmitglieder wesentlich günstiger als es die hohen AU-Werte vermuten lassen, hier wirkt die Altersstruktur eher entlastend auf das AU-Geschehen. Dagegen führt in Schleswig-Holstein und Niedersachsen die rechnerische Anpassung der Alters- und Geschlechtsstruktur an den GKV-Durchschnitt zu einer stärkeren Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit. In Sachsen ergibt sich hieraus sogar eine Umkehrung der im Rohwert überdurchschnittlichen Fehlzeiten hin zu gemessen an der Alters- und Geschlechtsstruktur deutlich unter dem Erwartungswert liegenden AU-Zeiten.

Die Länder Bayern und Baden-Württemberg mit ihrer auffallend niedrigen AU profitieren erkennbar von einer jungen 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.

So modifiziert sich durch die rechnerische Bereinigung der Einflüsse von Alter

und Geschlecht das Ausmaß der Abweichungen mehr oder weniger deutlich, die Richtung der Differenz ändert sich jedoch nur in Sachsen. Bei den Ländern mit hoher AU verändert sich zudem die Rangfolge, denn nach Bereinigung der Struktureffekte rangiert Berlin wie in den Vorjahren an erster Stelle vor Brandenburg und dem Saarland. Die Zahl der standardisierten Fehltagetage bleibt in beiden Ländern weit über dem Durchschnitt. Mecklenburg-Vorpommern folgt nach der Standardisierung an dritter Stelle vor Rheinland-Pfalz, wo jedoch ohne Berücksichtigung der demografischen Verteilung ein deutlich höherer AU-Kennwert ermittelt wird. Im Westen fallen die Struktureffekte insgesamt geringer aus als in den östlichen Bundesländern, allen voran Sachsen-Anhalt und Thüringen, wo sich der Alters- und Geschlechtseinfluss deutlich niederschlägt. Dort werden durch die Bereinigung der Strukturkomponenten durchweg unauffälligere, dem Bundesdurchschnitt angenäherte Krankenquoten ermittelt.

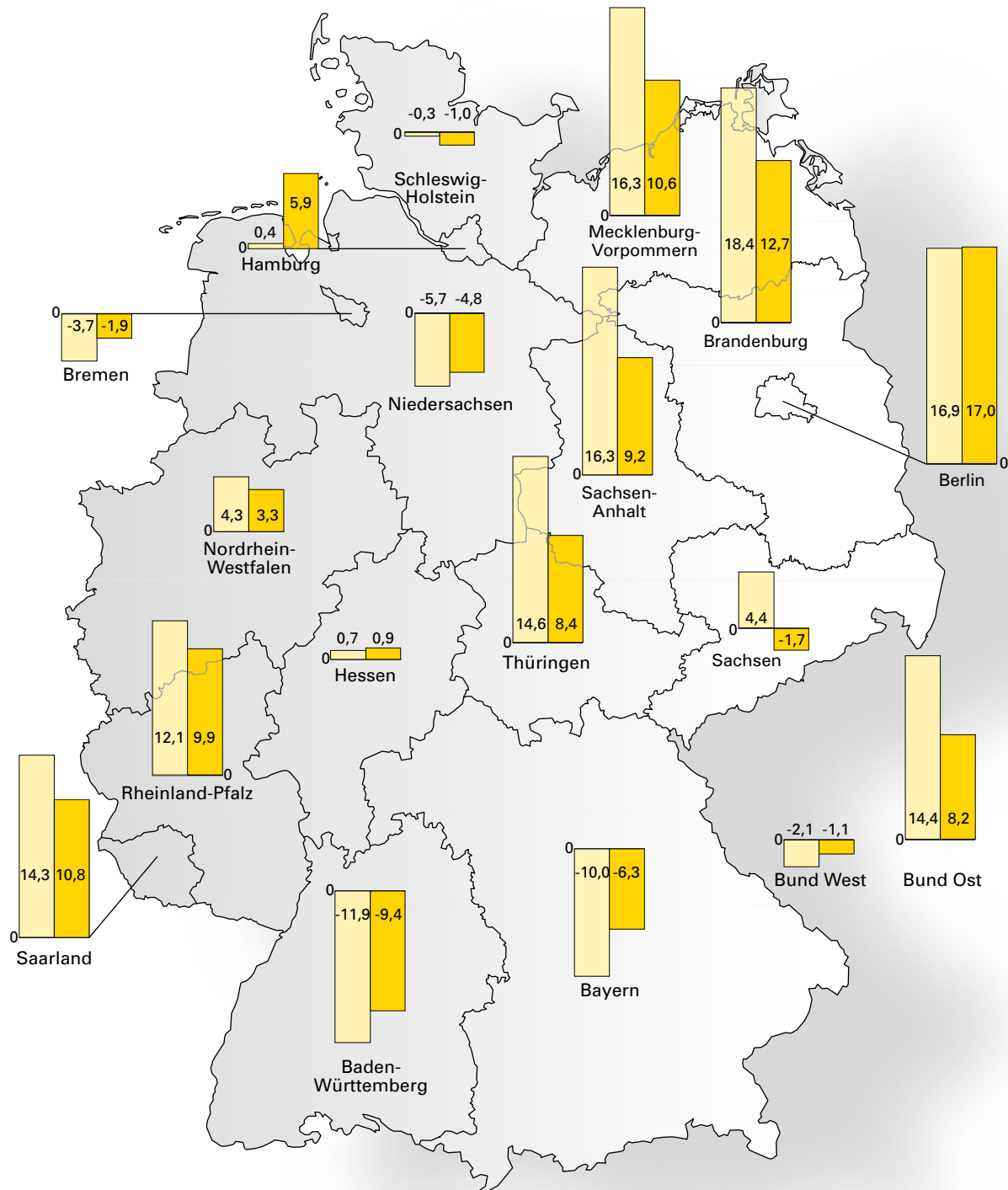
Im Ergebnis haben aber unter- oder überdurchschnittliche AU-Raten auch dann noch Bestand, wenn Alter und Geschlecht als prägende Einflussfaktoren rechnerisch beseitigt werden. Dies zeigt, dass die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit in den Regionen in starkem Maße auch durch die regionale Wirtschaftsstruktur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

¹ Die Daten für die GKV insgesamt entstammen der amtlichen Mitgliederstatistik KM6.



Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage)

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



☐ Tage nicht standardisiert ☑ Tage standardisiert

Pflichtmitglieder (nach Wohnort) 2009

Schaubild 40

Exkurs

Die oben angesprochenen regionenspezifischen Ausprägungen der Indikatoren zur gesundheitlichen Lage zeigen sich im Übrigen noch wesentlich prägnanter im kleinräumigen Vergleich. Hierzu werden feingliedrigere regionale Auswertungen nach Landkreisen für die regionale Berichterstattung bundesweit zur Verfügung gestellt. Exemplarisch sind in *Tabelle 20* die Ergebnisse der wichtigsten Landkreise aus drei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Brandenburg) dargestellt.

In *Nordrhein-Westfalen* fallen die höchsten Krankenstände 2009 – ähnlich wie im Vorjahr – in den Industrieregionen des Ruhrgebietes sowie in Mönchengladbach, Hagen und im Märkischen Kreis an, während sie sich in den kreisfreien Städten Münster und Bonn sowie in den ländlichen Gebieten des Bergischen Landes und Westfalens weit unter dem Landesdurchschnitt bewegten. Insbesondere Münster und Bonn sind durch den Hochschulbereich und den Dienstleistungssektor – mit üblicherweise niedrigeren Ausfallzeiten – geprägt. Bei einer mittleren Arbeitsunfähigkeit von 15,3 AU-Tagen je Pflichtmitglied in NRW lagen hier über acht AU-Tage Differenz zwischen den jeweiligen Regionen mit hohen und niedrigen Fehlzeiten vor.

Demgegenüber war in *Baden-Württemberg* nicht nur der mittlere Krankenstand um rund zwei Tage deutlich niedriger, auch die Unterschiede zwischen den Regionen fielen hier etwas moderater aus, die Spannbreite betrug sechseinhalb Tage. Jedoch wiesen die industriell geprägten Regionen wie Heidenheim sowie der touristisch geprägte Zollernalbkreis und Konstanz um 42 bis 63 % mehr Ausfalltage auf als Freiburg, Böblingen oder Esslingen mit stärkerer Prägung im eher wissensbasierten Dienstleistungsbereich bzw. in ländlicher Umgebung.

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

Tabelle 20
Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen in ausgewählten Bundesländern

BKK Auswertungen nach Regionen	NRW	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Gelsenkirchen, Stadt		12.088	19,6	5,4
Mönchengladbach, Stadt		13.920	19,2	5,3
Recklinghausen		30.419	18,6	5,1
Hagen, Stadt		11.935	18,3	5,0
Dortmund, Stadt		37.030	17,8	4,9
Märkischer Kreis		19.487	17,8	4,9
Bochum, Stadt		24.764	17,4	4,8
Unna		16.679	17,0	4,7
Oberhausen, Stadt		13.202	16,8	4,6
Düren		14.763	16,8	4,6
Aachen		15.400	16,5	4,5
Ennepe-Ruhr-Kreis		19.688	16,5	4,5
Duisburg, Stadt		38.748	16,5	4,5
Wesel		24.442	16,1	4,4
Essen, Stadt		29.474	16,1	4,4
Borken		18.749	15,7	4,3
Viersen		15.662	15,6	4,3
Leverkusen, Stadt		20.020	15,6	4,3
Nordrhein-Westfalen		999.225	15,3	4,2
Wuppertal, Stadt		15.904	15,1	4,1
Köln, Stadt		77.518	15,0	4,1
Siegen-Wittgenstein		18.111	14,9	4,1
Erftkreis		29.589	14,8	4,1
Neuss		27.046	14,5	4,0
Mülheim an der Ruhr, Stadt		10.478	14,4	3,9
Steinfurt		19.043	14,3	3,9
Mettmann		25.084	14,2	3,9
Rhein-Sieg-Kreis		33.747	14,0	3,8
Bielefeld, Stadt		29.811	14,0	3,8
Rheinisch-Bergischer Kreis		19.837	13,4	3,7
Gütersloh		33.740	13,1	3,6
Düsseldorf, Stadt		34.031	12,6	3,4
Lippe		17.278	12,5	3,4
Münster, Stadt		12.625	11,5	3,2
Bonn, Stadt		12.921	11,4	3,1

BKK Pflichtmitglieder insgesamt

Stagnation erkennen lassen. So verzeichneten etwa in *Brandenburg* die strukturschwachen Landkreise ausgesprochen hohe Krankheitszeiten, wohingegen die Fehlzeiten in den wirtschaftlich stärkeren Regionen wie in der Stadt Potsdam unter dem Landesdurchschnitt lagen.

	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
Baden-Württemberg			
Heidenheim	14.903	16,5	4,5
Zollernalbkreis	11.092	15,9	4,3
Konstanz	13.149	15,6	4,3
Ostalbkreis	19.693	15,1	4,1
Mannheim, Universitätsstadt	20.748	14,4	4,0
Rastatt	18.652	14,3	3,9
Rhein-Neckar-Kreis	30.811	14,3	3,9
Lörrach	12.483	14,2	3,9
Neckar-Odenwald-Kreis	9.859	14,1	3,9
Karlsruhe	29.775	13,8	3,8
Göppingen	15.908	13,8	3,8
Ulm, Universitätsstadt	8.658	13,8	3,8
Bodenseekreis	18.027	13,7	3,8
Reutlingen	14.891	13,6	3,7
Alb-Donau-Kreis	13.347	13,6	3,7
Schwarzwald-Baar-Kreis	13.596	13,2	3,6
Karlsruhe, Stadt	18.651	13,1	3,6
Waldshut	7.693	13,0	3,6
Baden-Württemberg	646.124	12,9	3,5
Rottweil	9.049	12,9	3,5
Ludwigsburg	39.775	12,8	3,5
Schwäbisch Hall	9.563	12,7	3,5
Tuttlingen	9.653	12,6	3,5
Ortenaukreis	17.472	12,5	3,4
Ravensburg	20.460	12,2	3,3
Heilbronn	28.645	12,2	3,3
Biberach	16.383	11,9	3,3
Tübingen	9.830	11,8	3,2
Rems-Murr-Kreis	19.401	11,6	3,2
Stuttgart, Landeshauptstadt	34.248	11,3	3,1
Esslingen	29.720	11,2	3,1
Böblingen	23.149	11,0	3,0
Breisgau-Hochschwarzwald	11.360	10,9	3,0
Freiburg im Breisgau, Stadt	9.224	10,1	2,8

	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
Brandenburg			
Barnim	15.233	19,1	5,2
Märkisch-Oderland	16.283	18,9	5,2
Havelland	13.155	18,1	4,9
Oberhavel	15.393	17,7	4,9
Dahme-Spreewald	11.451	17,7	4,8
Oder-Spree	15.267	17,7	4,8
Elbe-Elster	5.967	17,5	4,8
Ostprignitz-Ruppin	5.406	17,5	4,8
Brandenburg	182.273	17,4	4,8
Potsdam-Mittelmark	17.216	17,4	4,8
Frankfurt (Oder), Stadt	2.474	17,3	4,8
Teltow-Fläming	12.173	17,1	4,7
Cottbus, Stadt	5.636	17,0	4,6
Oberspreewald-Lausitz	8.656	16,9	4,6
Prignitz	5.822	16,8	4,6
Spree-Neiße	7.301	16,2	4,4
Uckermark	8.540	15,5	4,3
Potsdam, Stadt	11.061	15,3	4,2
Brandenburg an der Havel, Stadt	5.238	14,8	4,0

Regionale Verteilung der Krankheitsarten

Die Verteilung nach Krankheitsarten weist ebenfalls regionale Besonderheiten auf, die in *Schaubild 41* wiedergegeben sind. So verursachen Krankheiten des *Muskel- und Skelettsystems* besonders im Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit durchschnittlich 4,3 AU-Tagen bei den BKK Pflichtmitgliedern hohe Krankheitsausfälle. Nach ihren Anteilen am jeweiligen Krankenstand nahmen sie ähnlich wie im Vorjahr in den westdeutschen Bundesländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Bremen einen überdurchschnittlichen Anteil der Fehltagetage ein. Bemerkenswert ist, dass die auf diese Krankheitsgruppe entfallenden AU-Tage im Osten inzwischen die Zahl der hierdurch bedingten Krankheitstage im Westen übersteigen, wenn auch die relativen Anteile durch den insgesamt höheren Krankenstand im Osten weniger auffällig sind.

Krankheiten des *Herz- und Kreislaufsystems* hatten in den östlichen Ländern seit der Wiedervereinigung einen größeren Anteil am AU-Geschehen als im Westen und so übersteigt dort auch die Zahl der mit diesen Diagnosen begründeten AU-Tage zumeist die Werte des Westens. Von den alten Bundesländern wiesen nur die BKK Pflichtmitglieder in Berlin mit 5,3 % annähernd die Anteile von Herz- und Kreislaufkrankungen wie in Ostdeutschland (5,1 bis 6,6 %) auf, nach der Zahl der Krankheitstage nimmt im Westen aber das Saarland den ersten Rang ein. Die westlichen Flächenländer Schleswig-Holstein, Bayern und Baden-Württemberg meldeten dagegen nur niedrige Anteile von 3,9 % der hierdurch verursachten Krankheitstage. Der niedrigste Anteil wurde mit nur 3,7 % in Hamburg gemeldet. Diese Krankheitsgruppe nimmt insgesamt – wie auch

die übrigen Kennzahlen im ambulanten und stationären Bereich bestätigen – im längerfristigen Trend eine bereits seit Jahren rückläufige Entwicklung.

Ein vergleichsweise hoher Anteil von 16,6 % der im Bundesdurchschnitt gemeldeten AU-Tage entfiel auf *Krankheiten des Atmungssystems*. Hier verzeichneten – jedoch bei sehr unterschiedlichem Krankenstandsniveau – das Saarland (14,5 %) und Schleswig-Holstein (14,7 %) die geringsten Anteile an den Fehltagen. In den holsteinischen Regionen reduzieren offenbar die vergleichsweise günstigen Umwelteinflüsse die Erkrankungshäufigkeit deutlich. Hohe Fehlzeitenanteile durch Atemwegserkrankungen verzeichneten dagegen im Westen u. a. Rheinland-Pfalz (18,9 %) und Hessen (18,6 %), sowie auf niedrigerem Krankenstandsniveau Baden-Württemberg (18,1 %). Die Zahl der hierdurch ausgelösten Fehltagetage war zudem in Berlin wie auch in Brandenburg besonders hoch. In Ostdeutschland wurden 17,3 % der AU-Tage durch Atemwegserkrankungen verursacht, während in den alten Bundesländern wie in den Vorjahren im Mittel etwas weniger anfielen (16,5 %). 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 13,0 % (-0,2), in Hamburg sogar 16,4 % (-0,5). Damit wurden in Hamburg genauso viele AU-Tage psychisch verursacht wie durch Atemwegserkrankungen. Die geringsten Anteile psychisch bedingter Krankheitstage verzeichneten unter den westdeutschen Ländern Rheinland-Pfalz, Niedersachsen

und Baden-Württemberg. Nach der Zahl der AU-Tage lag Bayern ähnlich niedrig wie Baden-Württemberg. Aber auch dort lagen die Anteile mit etwa 10 bis 11 % über dem Niveau in Ostdeutschland, wo durchschnittlich 9,6 % der AU-Tage auf diese Erkrankungen entfielen (+0,4 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr), während es im Westen im Schnitt 11,7 % waren (+0,5 %). Im Osten verzeichnete Brandenburg 2009 mit 10,3 % der AU-Tage den höchsten Anteil der psychisch verursachten Krankheitstage. Dennoch bestehen weiterhin – wenn auch abnehmend – strukturelle Differenzen der Versorgungsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich zwischen Ost und West², die die Prävalenz in der Arbeitsunfähigkeit mitbeeinflussen dürften.

Noch vorhandene Ost-West-Unterschiede ließen sich auch bei den *Erkrankungen des Verdauungssystems* beobachten. Auf sie entfielen im Osten 6,6 % der Fehltagetage (+0,5 gegenüber dem Vorjahr), im Westen dagegen nur 6,0 %. Darüber hinaus waren auch bei *Verletzungen* größere Unterschiede zwischen Ost und West feststellbar. Während in den ostdeutschen Ländern im Schnitt 13,7 % (-0,9) der AU-Tage durch Verletzungen ausgelöst wurden, waren es im Westen nur 13,1 % (-0,5) – allerdings mit erheblich stärkeren Streuungen. So lag die Spannweite im Westen zwischen nur 11,2 % der Fehltagetage in Hamburg und 15,4 % in Bayern, während sich die Anteile in den neuen Ländern zwischen 13,4 % (Thüringen) und 14,1 % (Mecklenburg-Vorpommern) weniger stark unterschieden. Nach AU-Tagen waren die meisten verletzungsbedingten Krankheitstage in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt zu verzeichnen. Weitere detaillierte Angaben können der *Tabelle 6 im Anhang* entnommen werden.

² Nach letzten statistischen Angaben standen 2008 je 100.000 Einwohnern im Osten nur 1,56 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie gegenüber, 3,8 Ärzte dieser Fachrichtungen im Westen gegenüber.



Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)

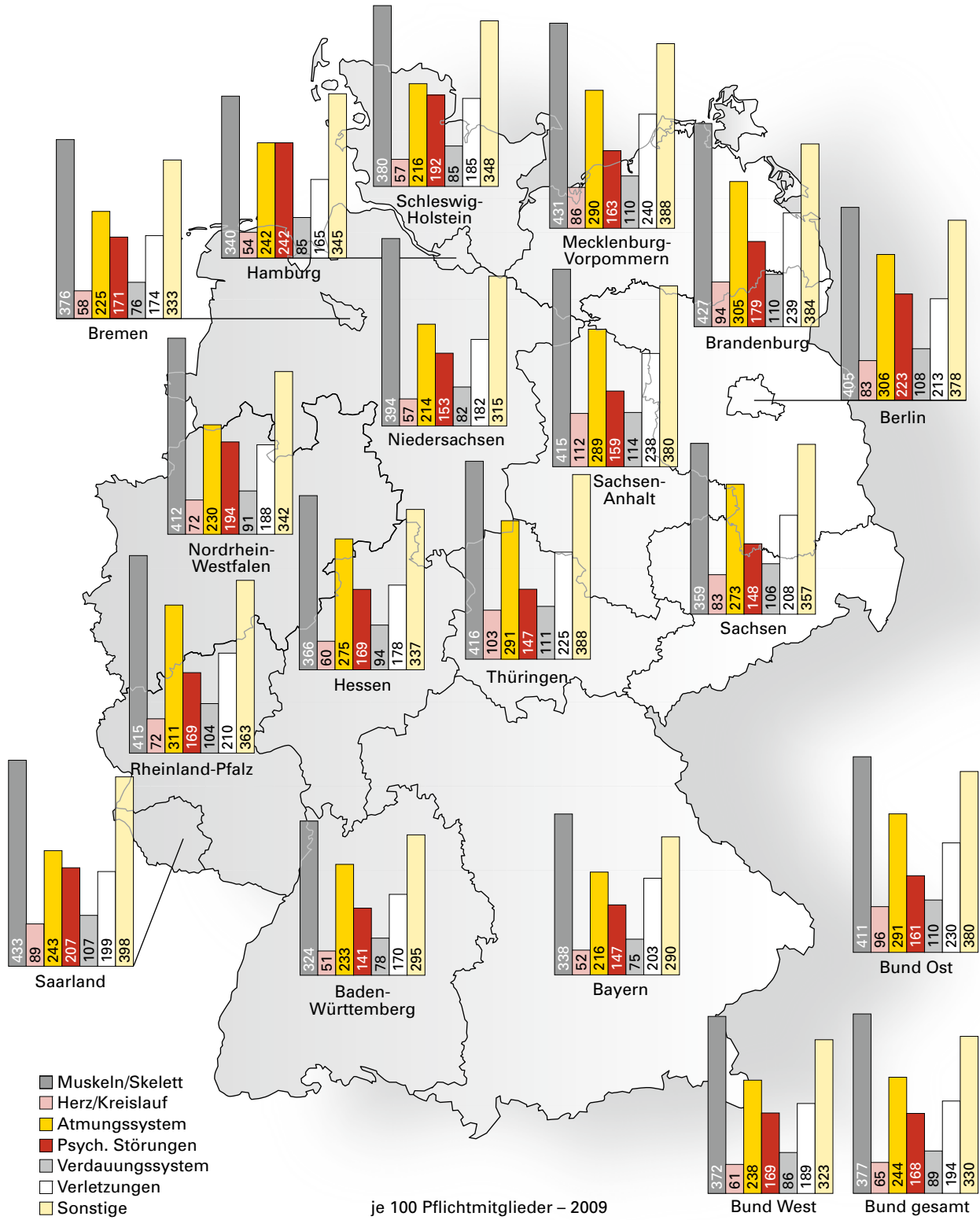


Schaubild 41

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. Erneut gab es die meisten Krankenhaüsälle in Sachsen-Anhalt (238 Fälle und 2.260 Tage je 1.000 Versicherte). Im Mittel fielen in den ostdeutschen Bundesländern 215 Krankenhaüsälle und 2.015 Tage je 1.000 Versicherte an. Die untere Grenze markiert dort Mecklenburg-Vorpommern mit 200 Fällen je 1.000 Versicherte (1.828 Tage je 1.000 Versicherte). Diese Grenze wird in den westdeutschen Bundesländern nur von Nordrhein-Westfalen (211 Fälle und 2.044 Tage je 1.000 Versicherte) und dem Saarland (202 Fällen und 1.938 Tage je 1.000 Versicherte) überschritten. In den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg konnte mit je 160 Fällen (Berlin 1.496 Tage, Hamburg 1.564 Tage je 1.000 Versicherte) ein Rückgang der Fälle verzeichnet werden. Dies gilt auch für Bremen (181 Fälle und 1.847 Kran-

kenhaustage), wohingegen in Schleswig-Holstein (167 Fälle und 1.550 Tage) und in Bayern (167 Fälle und 1.464 Tage) mehr Krankenhaüsälle gemeldet wurden.

Wenn für Baden-Württemberg bundesweit die geringste Fallzahl (144 Fälle und 1.267 Tage je 1.000 Versicherte) ausgewiesen wird, so darf dies nicht über einen Fallzahlanstieg (+6,8 %) und einen Anstieg der Krankenhaüstage (+4,9 %) hinwegtäuschen. Letztere nahmen insgesamt in neun Bundesländern auf Grund der gestiegenen Fallzahlen zu. Lediglich in Hessen und Niedersachsen stehen steigenden Fallzahlen sinkende Krankenhaüstage gegenüber (vgl. *Tabelle 21*). Die stärkste Abnahme der Krankenhaüstage fand in den Stadtstaaten Berlin (-16,7 %), Hamburg (-14 %) und Bremen (-8,8 %) statt. Dies ist im Zusammenhang mit den ebenfalls hohen prozentualen Fallzahlrückgängen (Berlin -10,6 %, Hamburg -9,8 %, Bremen -3,5 %) bemerkenswert, weil in diesen Ländern noch

im Vorjahr Anstiege sowohl der Fallzahlen als auch der Krankenhaüstage vorlagen.³ Die deutlichsten Zunahmen der Krankenhaüsälle verzeichneten Mecklenburg-Vorpommern (+13 %), Thüringen (+12,4 %), Sachsen-Anhalt (+8,6 %) und Sachsen (+8,5 %). Die Zunahme der Tage und Fälle fiel in den neuen Ländern auf insgesamt höherem Niveau deutlicher aus als in den alten Bundesländern.

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

Standardisiert wiesen Sachsen-Anhalt mit 223 und Thüringen mit 221 Behandlungsfällen je 1.000 Versicherte bundesweit die höchste stationäre Morbidität

Tabelle 21
Krankenhaüsbehandlung in den Bundesländern

Bundesland	Fälle*	Differenz zum Vorjahr	Tage*	Differenz zum Vorjahr	Fälle*	Differenz zum Vorjahr	Tage*	Differenz zum Vorjahr
BKK Rohwerte				standardisierte Werte**				
Schleswig-Holstein	167	3,8%	1.550	1,8%	176	3,3%	1.657	1,2%
Hamburg	160	-9,8%	1.564	-14,0%	173	-0,2%	1.696	-3,5%
Niedersachsen	172	0,9%	1.576	-0,1%	171	1,2%	1.566	0,4%
Bremen	181	-3,5%	1.847	-8,8%	180	-0,3%	1.834	-4,8%
Nordrhein-Westfalen	211	4,1%	2.044	3,6%	193	2,8%	1.832	2,0%
Hessen	181	0,3%	1.736	-0,7%	180	0,4%	1.726	-0,6%
Rheinland-Pfalz	194	3,5%	1.815	1,5%	187	2,6%	1.727	0,5%
Baden-Württemberg	144	6,8%	1.267	4,9%	155	4,9%	1.380	2,4%
Bayern	167	2,4%	1.464	1,2%	181	2,4%	1.614	1,2%
Saarland	202	2,9%	1.938	2,8%	199	1,2%	1.911	0,6%
Berlin	160	-10,6%	1.496	-16,7%	171	-1,3%	1.632	-5,7%
Bund West	177	2,4%	1.646	0,8%	178	2,5%	1.653	0,9%
Brandenburg	205	7,0%	1.915	5,5%	208	6,2%	1.954	4,6%
Mecklenburg-Vorpommern	200	13,0%	1.828	14,2%	209	12,9%	1.922	14,2%
Sachsen	212	8,5%	2.059	8,3%	189	6,9%	1.810	6,8%
Sachsen-Anhalt	238	8,6%	2.260	7,1%	223	7,9%	2.091	6,5%
Thüringen	217	12,4%	1.945	13,6%	221	10,8%	1.997	11,8%
Bund Ost	215	9,7%	2.015	9,3%	210	8,5%	1.954	8,1%
Bund gesamt	181	3,2%	1.685	1,7%	181	3,2%	1.685	1,7%

* Je 1.000 Versicherte 2009.

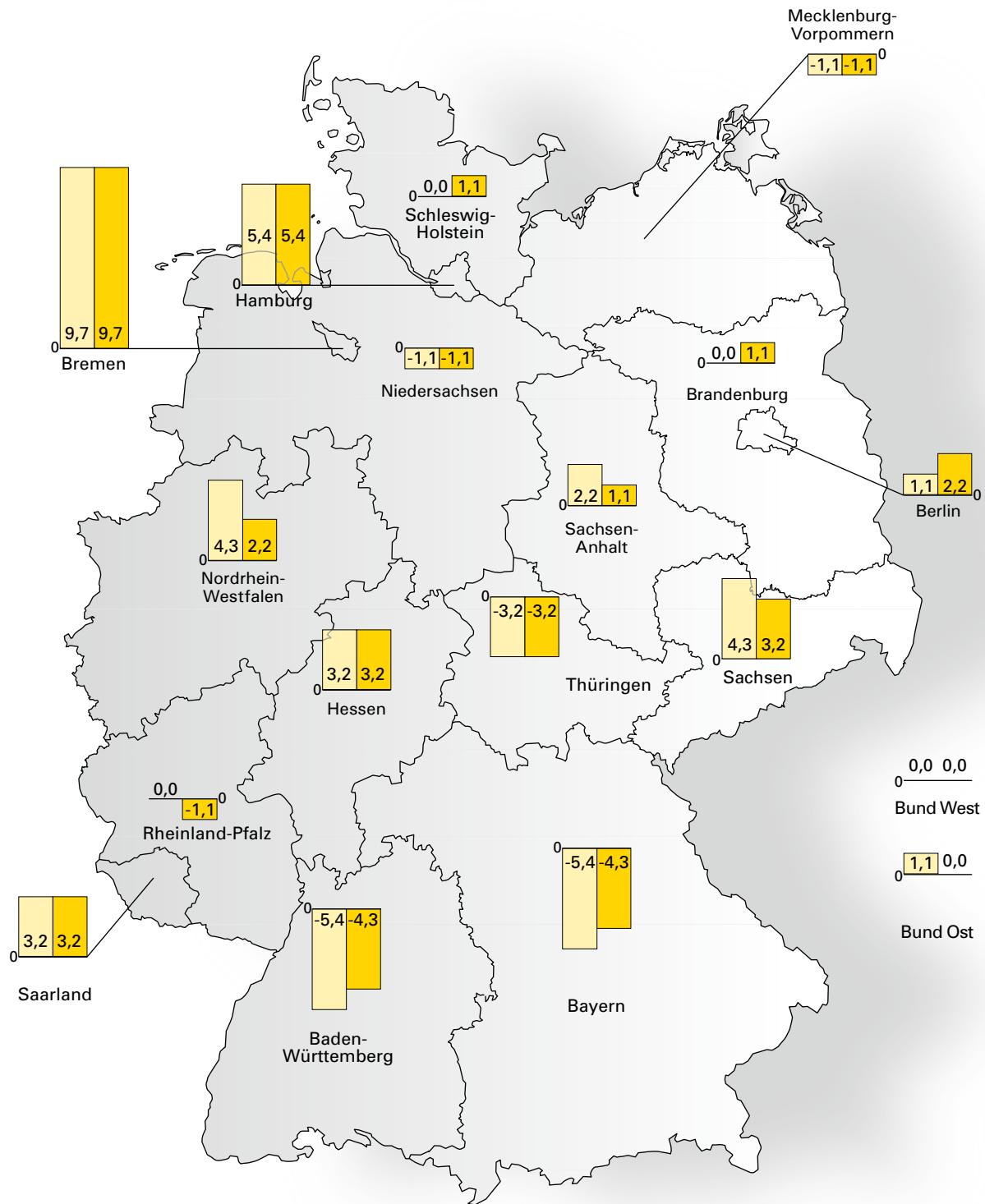
** Standardisierung nach Alter und Geschlecht der GKV-Versicherten.

³ siehe BKK Gesundheitsreport 2009 „Gesundheit in Zeiten der Krise“, S. 116



Mittlere Verweildauer in den Bundesländern*

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



Verweildauer nicht standardisiert
 Verweildauer standardisiert

* Versicherte (nach Wohnort) – 2009

Schaubild 42

auf. Die Unterschiede zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern bleiben insgesamt bestehen, ebenso nahmen sowohl die Fallzahlen als auch die Krankenhaustage in den meisten Bundesländern zu. Im Bundesdurchschnitt stiegen die Fälle um 3,2 %, die Krankenhaustage um 1,7 %. Überdurchschnittlich erhöht haben sich die stationären Fälle und Tage in Mecklenburg-Vorpommern (+12,9 % der Fälle bzw. +14,2 % der Tage), in Thüringen (+10,8 % der Fälle bzw. +11,8 % der Tage) und Sachsen-Anhalt (+7,9 % der Fälle bzw. +6,5 % der Tage). In Berlin, Hamburg und Bremen, aber auch in Hessen fällt der oben skizzierte Rückgang an Krankenhaufällen und -tagen nach der Standardisierung geringer aus als in den Rohwerten.

Verweildauer in den Bundesländern

Die Verweildauer lag im Bundesdurchschnitt bei 9,3 Tagen, in den einzelnen Bundesländern gab es jedoch deutliche Abweichungen (vgl. *Schaubild 42*). Überdurchschnittliche Verweildauern waren in Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen mit 9,7 bis 10,2 Tagen im Mittel festzustellen. Unterdurchschnittliche Verweildauern gab es dagegen in Baden-Württemberg und Bayern mit je 8,8 Tagen. Die Spanne zwischen der Verweildauer in diesen beiden Bundesländern und Bremen betrug 2009 immerhin noch 1,4 Tage im Mittel (standardisiert 1,3 Tage). Dies legt nahe, dass sich auch nach Einführung der neuen Abrech-

nungsregeln Unterschiede der regionalen Angebotsdichte (z. B. Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung), aber auch soziale und lebenslagebedingte Krankheitseinflüsse weiterhin deutlich messbar auswirken.

Krankheitsarten in den Bundesländern

Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar (vgl. *Schaubild 43*). Herz-/Kreislaufkrankungen sind, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems, bundesweit die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt.

Jeder siebte Behandlungsfall geht auf eine Erkrankung des *Herz-/Kreislaufsystems* zurück. Die meisten der auf diese Diagnosegruppe entfallenden Krankenhaufälle wurden mit 36 bzw. 33 Fällen je 1.000 Versicherte in Sachsen-Anhalt bzw. Nordrhein-Westfalen gemeldet. Bezogen auf alle stationären Fälle fällt das Saarland mit einem Anteil von 16,1 % besonders auf. Die geringsten Anteile lagen in Bayern (12,4 %) und Baden-Württemberg (12,4 %) vor.

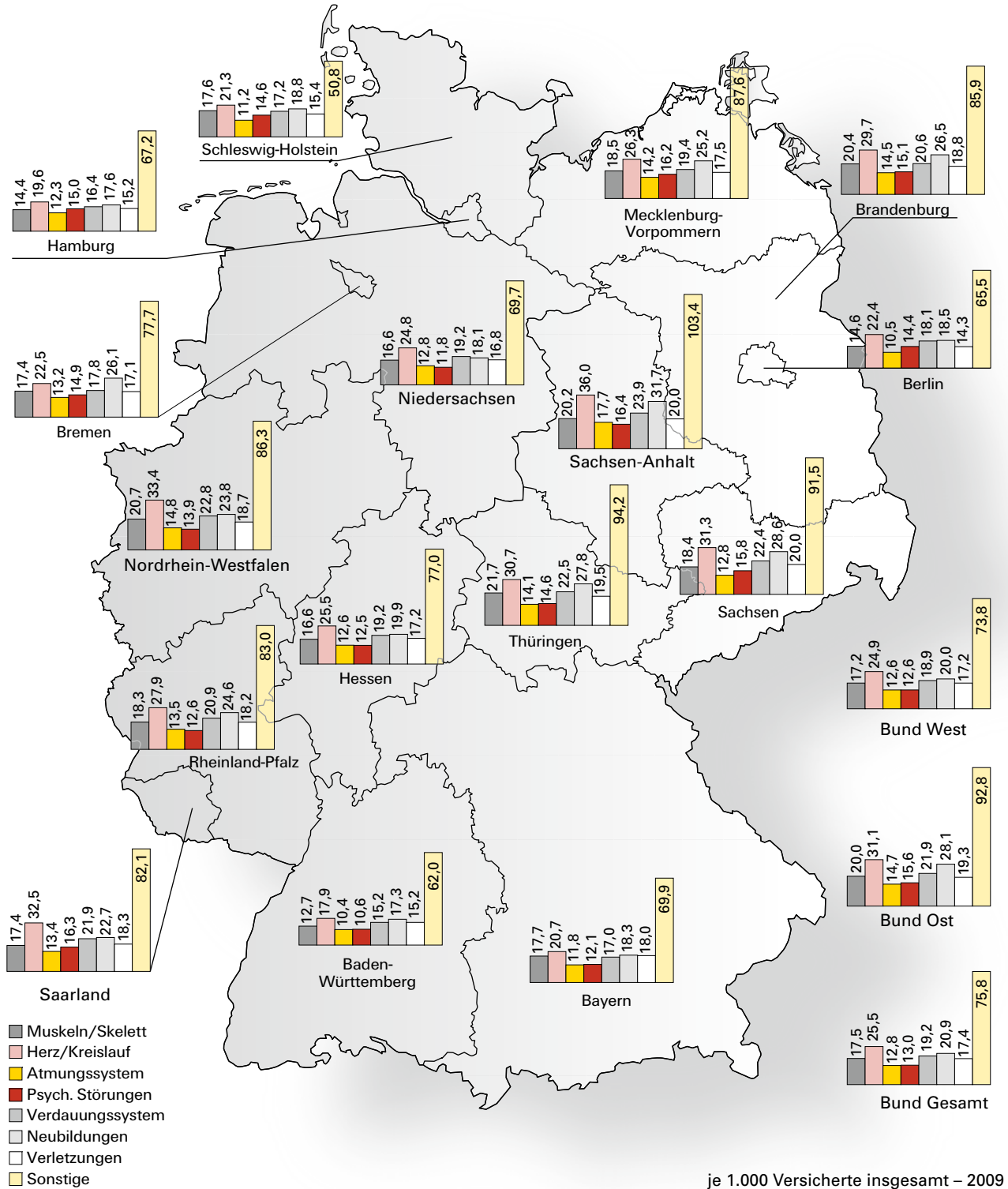
Auch die Anteile der *Neubildungen* an den stationären Fällen variierten in den einzelnen Bundesländern zum Teil erheblich. Während in Niedersachsen 10,5 % und in Bayern 10,9 % der Fälle auf diese Krankheitsgruppe entfielen,

bestimmte sie die stationäre Versorgung in den ostdeutschen Ländern mit einem durchschnittlichen Anteil von 13,0 % stärker als im Westen (11,3 %). So reichten die Anteile der Neubildungen an den Krankenhaufällen von 12,6 % in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 13,5 % in Sachsen. Lediglich in Bremen wurde mit 14,5 % ein noch höherer Anteil erreicht. Absolut fanden sich die meisten Krankenhaufälle neben Bremen (26,1 Fälle) vor allem in Sachsen-Anhalt (31,7 Fälle).

Während die Zahl der Behandlungsfälle auf Grund von Erkrankungen des Herz-/Kreislaufs- sowie des Atmungssystems seit Jahren rückläufig ist, steigen die durch *psychische und Verhaltensstörungen* verursachten Krankenhausaufenthalte an. Auch hier zeigen sich regionale Unterschiede: In Berlin und Hamburg beträgt der Anteil an den stationären Behandlungen 9 % und 9,4 %. Nur Schleswig-Holstein reicht mit einem Anteil von 8,7 % an diese hohen Werte heran, gefolgt von Bremen mit 8,3 %. Die Fallzahlen in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen sind gegenüber dem Vorjahr zwar leicht gestiegen, doch liegen die Anteile an den stationären Fällen mit 6,5 % bzw. 6,6 % noch unter dem Bundesschnitt in Höhe von 7,2 %. Diesem Wert nähern sich im Westen Niedersachsen und Hessen mit je 6,9 % und in den ostdeutschen Bundesländern Thüringen und Sachsen-Anhalt mit 6,7 % bzw. 6,9 %.



Krankheitsarten in den Bundesländern (KH-Fälle)



je 1.000 Versicherte insgesamt – 2009

Schaubild 43



5

Einzeldiagnosen 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 hatte sich – jedenfalls in den Anfangsjahren – 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 ausge-

wirkt und eine bessere Zuordnung der Krankheitsbefunde 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 schon seit längerem wieder eine stärkere Konzentration auf die häufigsten ICD-Kodierungen und damit eine zunehmende Tendenz, „gängige“ Kodierungen zu verwenden, zu beobachten. Während 2001 die fünf häufigsten Diagnosen nur noch gut ein Fünftel (22,6 %) aller AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner umfassten, waren es 2009 bereits wieder 31,2 % (+0,9 % zum Vorjahr). Im Jahr 1999 vor der Einführung der Verschlüsselung durch die Ärzte betrug dieser Anteil ebenfalls etwa ein Drittel der Fälle.

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. Erwartungsgemäß waren auch 2009 *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J06) und *Rückenschmerzen* (M54) mit 12,6 % bzw. 6,8 % aller AU-Fälle die häufigsten Einzeldiagnosen in der Arbeitsunfähigkeit. An dritter Stelle stand die Diagnose *Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis* (K52; 4,5 % aller AU-Fälle und 1,7 % 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; 3,5 % der Fälle, 0,7 % der Tage). Die wichtigsten Diagnosen wurden auch bereits in *Kapitel 2.2* mit Blick auf die altersbezogene Verteilung der ambulanten Arztdaten dargestellt.

Bei den Krankheitstagen schlagen diese Erkrankungen erwartungsgemäß mit sehr unterschiedlichem Gewicht zu Buche. So entfielen 2009 auf *Akute Infektionen der oberen Atemwege* lediglich 5,9 % der Krankheitstage. *Rückenschmerzen* waren dagegen mit einem Anteil von 8,2 % erneut die Einzeldiagnose mit dem größten Anteil an den AU-Tagen. Ihre durchschnittliche Falldauer lag bei 15,6 Tagen. Neben den *Depressiven Episoden* (F32; 4,0 % der AU-Tage, 1,1 % der Fälle) waren auch die bereits genannte *Akute Bronchitis* sowie *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43; 2,1 % der Tage, 1,0 % der Fälle) und *Sonstige Bandscheibenschäden* (M51; 2,1 % der Tage, 0,6 % der Fälle) bedeutsam.

Nach der Häufigkeit zeigen sich bei den Geschlechtern keine Unterschiede in der Reihenfolge und nur geringe Abweichungen bei den Anteilen der häufigsten Diagnosen (vgl. *Tabelle 22*). Männer sind jedoch stärker von Rückenschmerzen betroffen als Frauen. Mit einem Anteil von 8,1 % der Fälle und 9,5 % der Tage lagen sie deutlich über den Anteilswerten der weiblichen Versicherten (5,3 % der Fälle und 6,7 % der Tage). Hierbei spielen u. a. auch die schon in den Kapiteln zuvor erwähnten, nach körperlichen Belastungen unterschiedlichen Tätigkeiten eine Rolle.

Besonders auffällig ist 2009 der spürbare Anstieg der Atemwegserkrankungen (vgl. *Kapitel 1.2*). So führten insbesondere bei Frauen *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J06) gegenüber dem Vorjahr zu über einem Viertel mehr Krankheitsfällen, die Fallzahl stieg von 112 auf 140 je 1.000. Entsprechend nahmen auch die Krankheitstage von 660 auf 858 sogar um 30 % zu. Bei den Männern waren ebenfalls Zunahmen in dieser Krankheitsgruppe zu verzeichnen, wenn auch auf niedrigerem Niveau: bei ihnen stieg die Fallzahl von 101 auf 121 je 1.000 und die Tage von 589 auf 731 je 1.000 (+24 %) etwas moderater als bei den Frauen.

Bezogen auf die Krankheitstage stellen bei Männern auch *Depressive Episoden* (F32; 3,0 % der Tage, 0,8 % der Fälle) und *Verletzungen nicht näher bezeichne-*

ter Körperregionen (T14; 2,1% der Tage, 1,9 % der Fälle) weitere bedeutsame Ursachen für Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Frauen sind *Depressive Episoden* noch auffälliger. Mit einem Anteil von 5,3 % an den Tagen und 1,4 % an den Fällen wiesen sie damit einen fast doppelt so hohen Anteil aus wie die männlichen Versicherten. Dies gilt auch für *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43), die bei Frauen mit einem Anteil von 3,0 % der Tage, den vierten Rang bilden. Diese Befunde verdeutlichen die bereits in *Kapitel 2.1 und 2.2* thematisierten spezifischen 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.

Tabelle 22
Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen 2009

Frauen			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	903,0
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	857,9
3.	F32	Depressive Episode	711,1
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	399,8
5.	J20	Akute Bronchitis	299,2
6.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	279,7
7.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	250,3
8.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	244,2
9.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	232,8
10.	F48	Andere neurotische Störungen	207,0
Männer			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	1.231,0
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	731,4
3.	F32	Depressive Episode	388,0
4.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	297,6
5.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	280,5
6.	J20	Akute Bronchitis	279,0
7.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	271,4
8.	M75	Schulterläsionen	248,0
9.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	224,6
10.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	219,4

* je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

Tabelle 23
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Infektiöse Arthropathien (M00-M03)	0,3	4,9	19,7	0,2	4,4	21,7	0,2	4,7	20,4
Endzündliche Polyarthropathien (M05-M14)	7,4	103,7	14,0	4,0	81,9	20,7	5,9	94,2	16,0
Arthrose (M15-M19)	7,4	310,4	42,2	5,2	258,1	49,4	6,4	287,6	44,7
Sonstige Gelenkrankheiten (M20-M25)	19,5	495,6	25,4	13,3	400,7	30,2	16,8	454,2	27,0
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)	0,2	8,0	37,9	0,4	13,7	33,1	0,3	10,5	35,0
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M43)	2,6	47,4	18,5	2,4	54,1	22,5	2,5	50,4	20,2
Spondylopathien (M45-M49)	4,6	107,6	23,7	3,7	88,3	24,1	4,2	99,1	23,8
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	95,3	1.692,9	17,8	72,4	1.336,9	18,5	85,3	1.537,5	18,0
Krankheiten der Muskeln (M60-M64)	2,5	27,9	11,4	2,1	23,9	11,6	2,3	26,1	11,5
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65-M68)	5,8	105,4	18,1	7,3	142,3	19,5	6,5	121,5	18,8
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70-M79)	28,2	582,2	20,7	20,5	474,9	23,2	24,8	535,3	21,6
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M85)	0,3	13,5	44,9	0,3	13,5	40,7	0,3	13,5	42,9
Sonstige Osteopathien (M86-M90)	0,6	21,1	38,5	0,5	16,9	36,0	0,5	19,3	37,5
Chondropathien (M91-M94)	0,7	25,6	37,0	0,5	22,1	42,2	0,6	24,1	38,9
Sonstige Krankheiten des (Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M95-M99)	8,4	98,0	11,7	7,9	85,2	10,8	8,2	92,4	11,3
Insgesamt (M00-M99)	183,5	3.644,2	19,9	140,6	3.016,8	21,5	164,8	3.370,3	20,5

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2009



Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems

Nach einem Peak Anfang der 90er Jahre sind die *Muskel- und Skeletterkrankungen* in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen (1991: 782 AU-Tage, 2000: 409 AU-Tage, aktuell 377 AU-Tage je 100 Pflichtversicherte). Dennoch spielen *Muskel- und Skeletterkrankungen* mit durchschnittlich 3,4 Arbeitsunfähigkeitstagen je BKK Mitglied auch 2009 noch eine wichtige Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In *Tabelle 23* wird ein Überblick über die Verteilung der *Muskel- und Skeletterkrankungen* nach Diagnose-Untergruppen für Männer und Frauen gegeben. Bei beiden Geschlech-

tern dominierten nach Fällen und Tagen die *Wirbelsäulen- und Rückenleiden* (M40-M54; vgl. *Schaubild 44.1 – 44.2*).

Mit Ausnahme der *Krankheiten der Synovialis und der Sehnen* (M65-M68), der *Systemkrankheiten des Bindegewebes* (M30-M36) sowie den *Veränderungen der Knochendichte und Struktur* (M80-M85) wiesen Frauen weniger Erkrankungsfälle als Männer auf. So meldeten Frauen in etwa ein Drittel weniger Fälle und ein Fünftel weniger Tage als Männer auf Grund von *Arthropathien* (Gelenkleiden, M00-M25). Bei *Krank-*

heiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) lagen sowohl Fälle als auch Tage der Frauen bei ca. drei Viertel der Vergleichsgrößen für Männer. Dass die Arbeitsunfähigkeitstage durch *Osteopathien und Chondropathien* (M80-M94) bei Frauen im Vergleich zu Männern sogar etwas niedriger 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 44.1

Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

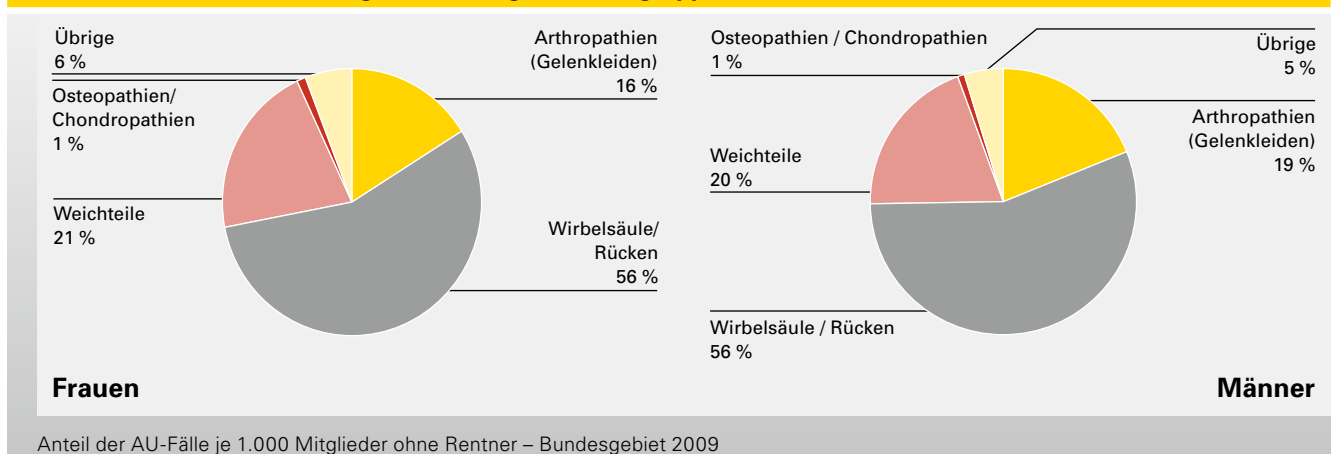


Schaubild 44.2

Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)

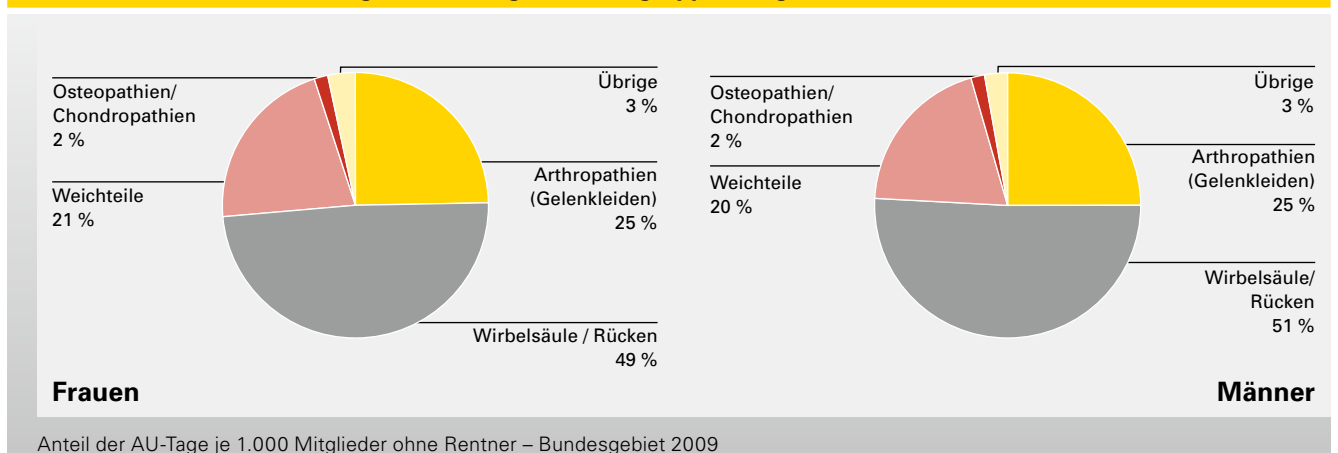


Tabelle 24
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Atmungssystems

Diagnoseuntergruppen	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)	174,2	1.053,3	6,0	218,8	1.326,4	6,1	193,6	1.172,5	6,1
Grippe und Pneumonie (J10-J18)	18,9	154,4	8,2	19,1	154,6	8,1	19,0	154,5	8,1
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)	40,6	298,6	7,4	43,6	321,2	7,4	41,9	308,5	7,4
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	18,1	150,4	8,3	24,8	179,2	7,2	21,0	163,0	7,7
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	41,6	333,8	8,0	45,8	354,7	7,7	43,5	342,9	7,9
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60-J70)	0,1	1,8	21,9	0,1	1,6	24,0	0,1	1,7	22,7
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80-J84)	0,1	2,5	30,9	0,1	1,5	22,7	0,1	2,1	27,7
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85-J86)	0,0	1,5	39,9	0,0	0,4	17,0	0,0	1,0	32,1
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90-94)	0,2	7,2	36,0	0,1	5,3	44,1	0,2	6,4	38,6
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)	8,2	55,1	6,7	10,1	65,1	6,5	9,0	59,5	6,6
Insgesamt (J00-J99)	302,9	2.064,4	6,8	363,4	2.416,7	6,7	329,3	2.218,2	6,7

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2009



Krankheiten des Atmungssystems

Bei den *Krankheiten des Atmungssystems* stehen nach Fallhäufigkeit und Krankheitstagen *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J00-J06) mit einem Anteil von 58 % an den AU-Fällen und 53 % an den AU-Tagen im Vordergrund. Es folgen *Chronische Krankheiten der unteren Atemwege* (J40-J47) sowie *Akute Bronchialerkrankungen* (J20-J22, *Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege*) (vgl. *Tabelle 24* und *Schaubild 45.1-45.2*). Diese Rangfolge ist bei Männern und Frauen gleich. Frauen erkrankten, wie in den Vorjahren, generell häufiger an Atemwegserkrankungen als

Männer. Die Häufigkeit dieser Krankheitsgruppe bei Frauen (363 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner) überstieg die bei Männern (303 Fälle je 1.000) um 20 %. Dabei traten insbesondere die akuten Infektionen der oberen Atemwege bei Frauen häufiger auf. Sowohl die Anzahl der AU-Fälle als auch der AU-Tag je 1.000 Mitglieder ohne Rentner lag jeweils um ein Fünftel über den der Männer.

Wie im Vorjahr war auch 2009 erneut ein Anstieg der Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen. Arbeitsunfähig-

keiten auf Grund von Krankheiten des Atmungssystems stiegen um 39 AU-Fälle und 310 AU-Tage je 1.000 Mitglieder an (329 Fälle und 2.218 Tage je 1.000 Mitglieder 2009 gegenüber 290 Fälle und 1.908 Tage je 1.000 Mitglieder in 2008). Allerdings weist diese Krankheitsgruppe in der Regel keine mehrjährigen Trends auf, da ihre Verbreitung stark durch jährlich wechselnde Erkältungs- und Grippehäufigkeiten geprägt wird.

Schaubild 45.1

Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

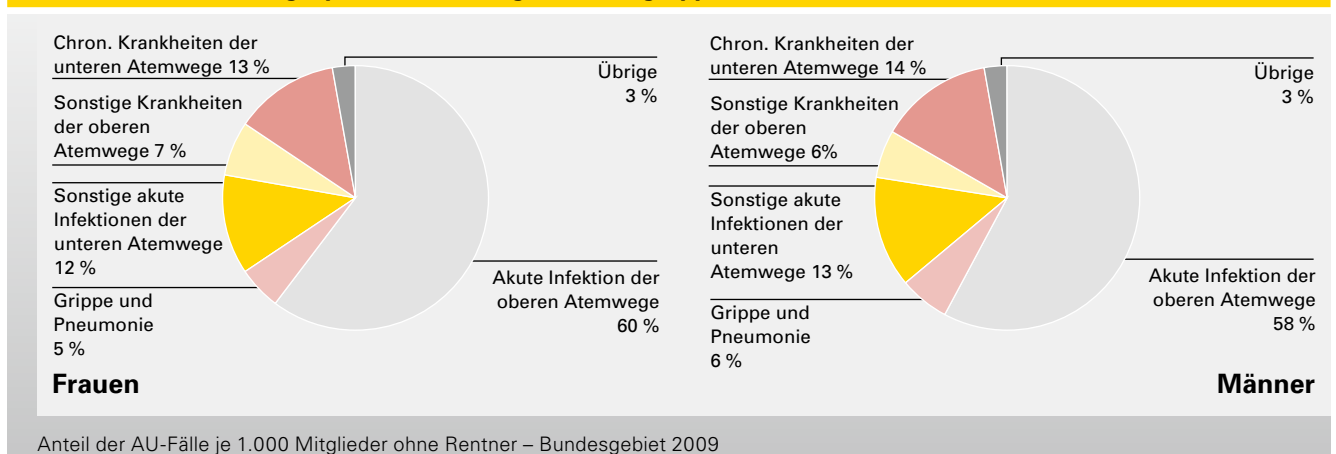


Schaubild 45.2

Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (Tage)

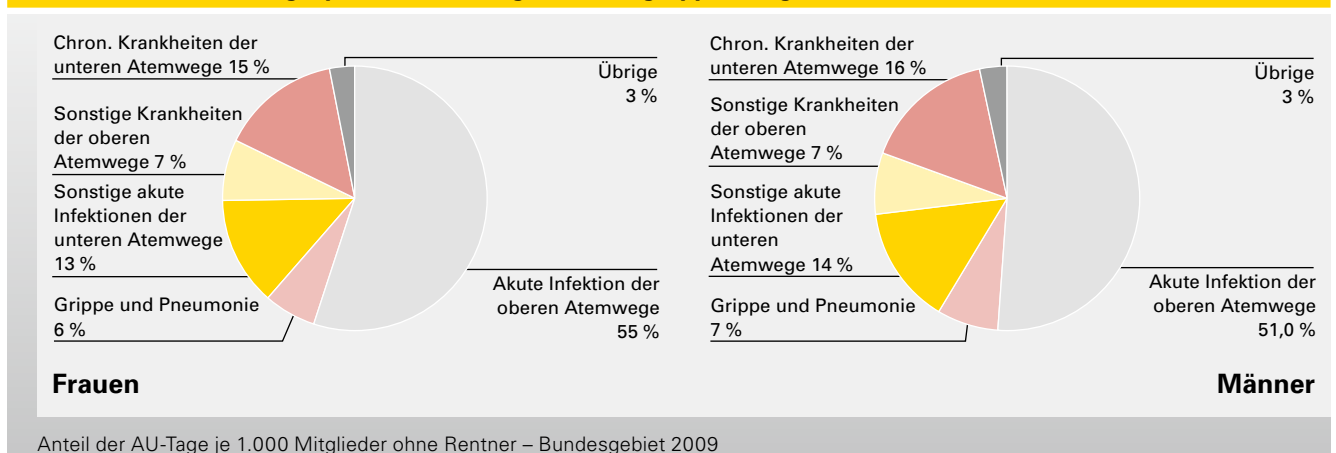


Tabelle 25
Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: psychische und Verhaltensstörungen

Diagnoseuntergruppen	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	7,2	44,7	0,2	5,7	28,9	0,2	6,6	37,0
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	1,7	83,3	49,5	0,6	29,6	46,5	1,2	59,9	48,8
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	0,7	47,8	65,5	0,7	43,3	66,0	0,7	45,9	65,7
Affektive Störungen (F30-F39)	9,5	494,3	52,0	17,9	916,3	51,2	13,2	678,6	51,5
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	16,7	457,2	27,5	34,3	939,4	27,4	24,4	667,7	27,4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	0,3	6,4	22,6	0,5	23,5	43,5	0,4	13,9	35,1
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	0,3	13,9	55,7	0,5	26,3	57,1	0,3	19,3	56,5
Intelligenzminderung (F70-F79)	0,0	0,1	12,9	0,0	0,4	50,0	0,0	0,2	27,2
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	0,0	0,3	19,7	0,0	0,1	10,7	0,0	0,2	16,0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	0,1	3,0	32,9	0,1	2,9	27,7	0,1	2,9	30,4
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)	0,2	6,9	28,8	0,5	12,0	24,6	0,4	9,1	26,2
Insgesamt (F99-F99)	29,6	1.120,5	37,8	55,3	1.999,6	36,1	40,8	1.504,3	36,8

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2009

Psychische und Verhaltensstörungen

Psychische Störungen haben in den letzten Jahren im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kontinuierlich an Bedeutung gewonnen (vgl. *Schaubild 46*). Auch wenn in einzelnen Jahren (z. B. 1997 und 1998) die absolute Zahl der mit diesen Diagnosen verbundenen Krankheitstagen im Zuge der allgemeinen Krankheitsentwicklung 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 2009 bei 11,4 %. Bei Pflichtversicherten einschließlich Arbeitslosen wurden 2009 168 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 durch *Psychische Störungen* verursacht (vgl. *Schaubild 46* sowie *Tabelle 2 im Anhang*). Damit hat sich der Anteil der *Psychischen Störungen* am Krankenstand in den letzten 30 Jahren mehr als verdreifacht. Sie nehmen inzwischen unter den Diagnosehauptgruppen den vierten, bei den Frauen sogar den dritten Rang ein – vor den Krankheiten des

Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Die Gründe für die Zunahme sind sowohl in der realen Zunahme der Morbidität als auch in veränderten Diagnosestellungen der Ärzte zu vermuten.

Bei Frauen lagen die durch psychische Diagnosen begründeten Krankheitszeiten 2009 um ca. vier Fünftel (78 %) höher als bei Männern. Quantitativ standen hierbei die Gruppen *Affektive Störungen* (F30-F39) und *Neurotische, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F40-F48, z. B. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) mit jeweils

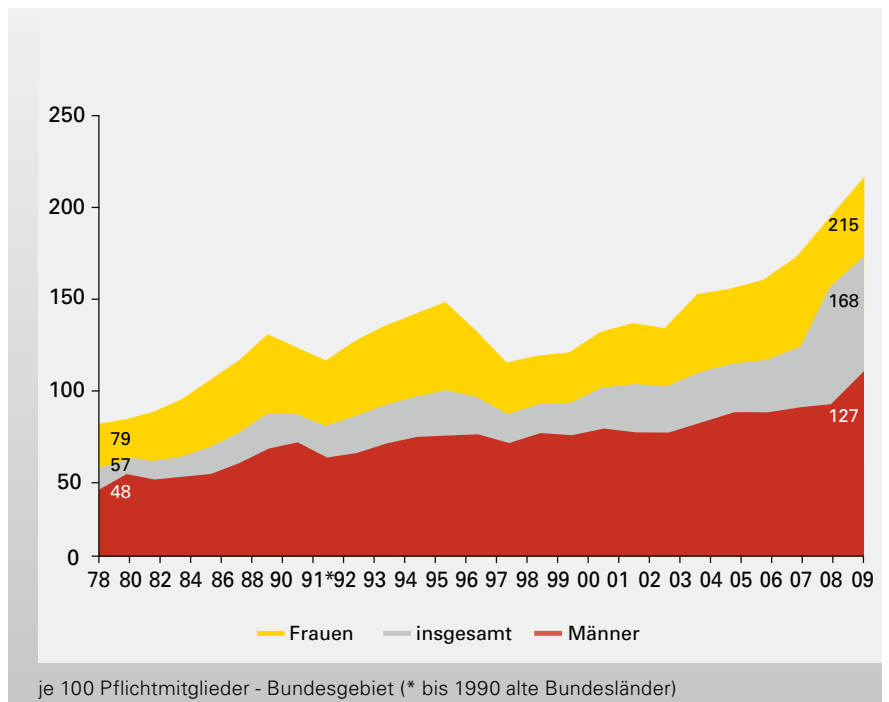


etwa 45 % der psychischen Erkrankungs-tage im Vordergrund (vgl. *Tabelle 25*). In der letztgenannten Gruppe dominierten *Depressionen*, die bei den AU-Tagen von Männern und Frauen schon den dritten Rang unter den Einzeldiagnosen einnehmen. In beiden Diagnosegruppen wiesen Frauen nahezu die doppelte Anzahl der Krankheitstage auf.

Bei Männern kommen als dritte bedeutende Erkrankungsgruppe *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19) hinzu, auf die 2009 über 7 % der gemeldeten Tage entfielen. Vier Fünftel hiervon standen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Bei Frauen spielen derartige Erkrankungen – wie auch psychische Krankheiten auf Grund des Missbrauchs anderer Drogen – bisher eine geringere, jedoch in letzter Zeit dennoch zunehmende Rolle. Die hierdurch verursachten AU-Tage betragen aktuell etwa zwei Drittel der Werte für Männer und machten hierbei 2009 nur 1,5 % der für Frauen gemeldeten AU-Tage mit psychischen Diagnosen aus.

Schaubild 46

Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage)



Burnout- Syndrom (Z73)

Seit 2004 steigen die Krankheitstage mit der Zusatzdiagnose Z73 *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung* (unter die auch das Burnout-Syndrom fällt) kontinuierlich an (vgl. *Schaubild 47*). Lagen in 2004 noch 4,6 Krankheitstage je 1.000 Männer und Frauen vor, so verzehnfachten sich die Krankheitszeiten mit dieser ärztlichen Angabe bis 2009 auf bereits 47,1 AU-Tage für alle. Bei Frauen wird wesentlich häufiger als bei Männern ein Burnout-Syndrom ärztlich bescheinigt. Über den beobachteten Zeitraum waren Frauen durchschnittlich fast 15 Tage länger mit dieser angegebenen Krankheitsursache erkrankt als Männer.

Schaubild 47

Krankheitstage durch das Burnout-Syndrom – 2004 bis 2009

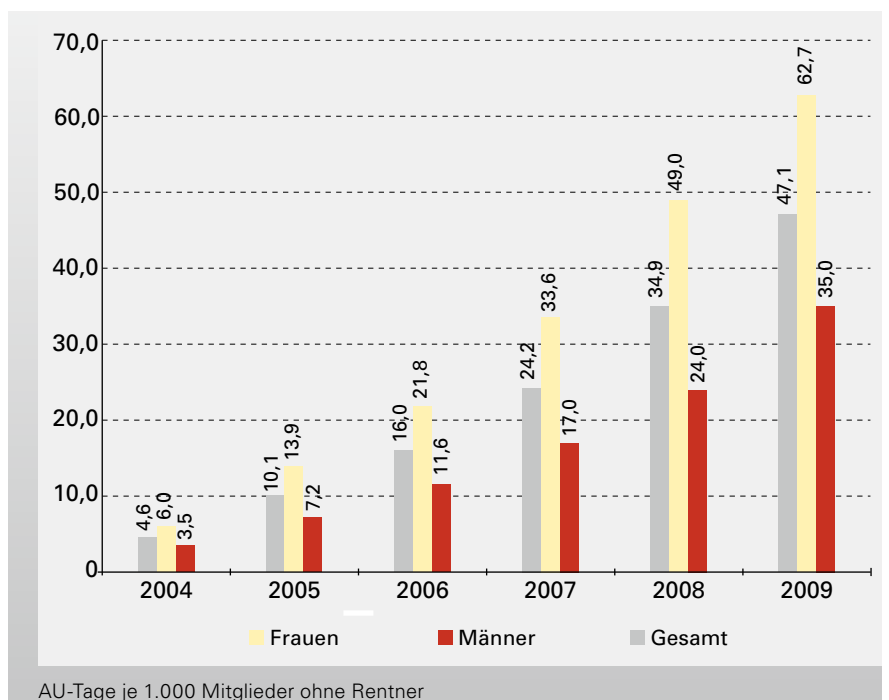


Tabelle 26
Häufigste Diagnosegruppen im Krankenhaus 2009

Diagnosegruppen	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)	8,6	82,9	9,7	6,9	70,7	10,2	7,7	76,8	9,9
Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	9,1	65,3	7,2	3,9	29,6	7,6	6,5	47,3	7,3
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40-G47)	5,5	28,6	5,2	3,7	23,5	6,4	4,6	26,0	5,7
Sonstige Krankheiten des Darmes (K55-K63)	4,6	34,6	7,5	4,5	37,6	8,4	4,5	36,1	8,0
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	4,8	23,9	5,0	3,9	20,4	5,3	4,3	22,1	5,1
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	4,0	32,5	8,1	4,2	37,4	8,9	4,1	35,0	8,5
Arthrose (M15-M19)	3,4	39,4	11,7	4,7	59,1	12,5	4,1	49,4	12,1
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	5,8	55,9	9,6	2,3	21,4	9,3	4,0	38,5	9,5
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26)	4,6	52,9	11,5	2,8	33,7	12,2	3,7	43,2	11,7
Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80-K87)	3,1	29,5	9,4	4,0	31,6	7,8	3,6	30,5	8,5
Affektive Störungen (F30-F39)	2,6	93,9	36,2	4,1	156,0	38,0	3,4	125,3	37,3
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	3,6	48,4	13,5	3,1	43,7	14,2	3,3	46,0	13,8
Hernien (K40-K46)	4,4	20,2	4,6	1,3	8,5	6,6	2,8	14,3	5,0
Grippe und Pneumonie (J10-J18)	3,2	34,1	10,6	2,3	24,0	10,3	2,8	29,0	10,5
Komplikationen bei chirug. Eingriffen und mediz. Behandlung, andernorts nicht klassifiziert (T80-T88)	2,8	30,7	11,1	2,7	30,8	11,6	2,7	30,7	11,4
Allgemeinsymptome (R50-R69)	2,6	15,0	5,8	2,8	17,0	6,1	2,7	16,0	5,9
Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09)	2,8	16,1	5,7	2,7	14,8	5,6	2,7	14,8	5,6
Krankheiten des Osophagus, des Magens und des Duodenums (K20-K31)	2,7	19,3	7,2	2,7	19,5	7,3	2,7	19,4	7,3
Sonstige Gelenkrankheiten (M20-M25)	2,2	10,4	4,8	2,9	14,2	4,9	2,5	12,3	4,9
Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, andernorts nicht klassifiziert (I80-I89)	2,3	12,7	5,6	2,7	14,8	5,6	2,5	13,8	5,6
Insgesamt (A00-Z99)	182,5	1.668,4	9,1	179,6	1.697,8	9,5	181,0	1.683,2	9,3

Je 1.000 Versicherte insgesamt – Bundesgebiet 2009



5.2 Krankheitsursachen stationärer Krankenhausbehandlungen im Jahr 2009

Weiter oben wurde bereits über die Fallzahlsteigerung und die Entwicklung der Behandlungstage im Jahr 2009 berichtet. Diese sind gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen und betragen 2009 durchschnittlich 9,3 Tage. Der Rückgang der Verweildauer liegt durchaus im Trend, doch teilte das Bundesamt für Statistik auf Grundlage erster Ergebnisse für das Jahr 2009 mit durchschnittlich 8,0 Tagen eine weitaus niedrigere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus mit.¹ Die folgende Analyse wesentlicher Einzeldiagnosen soll Aufschluss über mögliche Ursachen für diese Abweichung geben und andere Entwicklungen im stationären Bereich aufzeigen. Auf die Einbeziehung der Krankheitsliste des Bundesversicherungsamtes (BVA) wird hier aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet, da Krankheits-Nummern auf Grund von aktuellen und weiter absehbaren Überarbeitungen schwanken können.²

Das Diagnosespektrum im Jahr 2009

Einen Überblick über die häufigsten Krankheitsgruppen in der stationären Behandlung gibt die nebenstehende *Tabelle 26*. Wie im Jahr zuvor nehmen in der Gesamtheit die *Sonstige Formen der Herzkrankheit* mit (I30-I52) und die *Ischämischen Herzkrankheiten* (I20-I25) die beiden obersten Ränge ein. Verantwortlich für diese hohe Platzierung sind bei der Krankheitsgruppe *Sonstige Formen der Herzkrankheit* z. B. die *I50 Herzinsuffizienz* oder die *I48 Vorhofflimmern*. Die *Ischämischen Herzkrankheiten* werden von der *I20 Angina Pectoris* dominiert.

Dritthäufigste stationäre Behandlungsursache waren *Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems* (G40-G47). Hier ist es gegenüber dem Vorjahr (4,5 Fälle) mit 4,6 Fällen je 1.000 Versicherte zu einem erneuten Anstieg gekommen. Mit leicht gestiegener Tendenz stehen innerhalb dieser Krankheitsgruppe Schlafstörungen (G47) wieder an vorderster Stelle, nachdem diese Erkran-

kung 2008 durch eine rückläufige Tendenz auffiel. Der hohen Platzierung der *Episodischen und paroxysmalen Krankheiten des Nervensystems* liegt darüber hinaus eine Zunahme der Diagnose G40 *Epilepsie* zugrunde.

Bei den *Sonstige Krankheiten des Darmes* (K55-K63) gab es in 2009 mit 4,5 Fällen je 1.000 Versicherte mehr stationäre Behandlungsfälle als 2008 (4,3 Fälle). Dem gegenüber blieben die *Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege* mit 4,3 Fällen je 1.000 Versicherte konstant.

Die Alkoholkrankheit bleibt die häufigste Einzeldiagnose

Die Krankheitsgruppe *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19) hat das Vorjahresniveau von 3,9 Fällen je 1.000 Versicherte nicht gehalten, sondern liegt mit 4,0 Fällen je 1.000 Versicherte höher. Bei stationärer Behandlung war die häufigste Einzeldiagnose in dieser Krankheitsgruppe erneut die *Psychische Störung durch Alkohol* (F10). Gegenüber 3,1 Fällen und 27 Tagen im Vorjahr erfolgte die Diagnosestellung im Jahr 2009 bei 3,3 Fällen je 1.000 Versicherte, die an rund 28 Tagen je 1.000 Versicherte (vgl. *Tabelle 12 im Anhang*) im Krankenhaus lagen. Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis auf die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.³ So hatte das InEK festgestellt, dass zwischen der DRG V40Z (*Qualifizierter Entzug*) und der DRG V60A (*Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom*) Kostenunterschiede vorherrschen und aus diesem Grunde eine Anpassung im Grouperalgorithmus vorgenommen. In der DRG V40Z versteckt sich daher beispielsweise die Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker, die über tageabhängige Prozeduren (ab 7 Tage bis über 20 Tage) dargestellt wird, während u. a. *Alkoholintoxikation* oder das *psychotische Syndrom* (Diagnosen aus F10.-) für die Zuweisung in die DRG V60A relevant sind. Die vorgenommene Differenzierung

durch das InEK lässt die Zunahme der F10 somit in einem noch bedenklicheren Bild erscheinen, da auf Ebene der Einzeldiagnosen ein kodierbedingter Anstieg durch die unterschiedliche Gruppierungsrelevanz der Diagnose F10 eher ausscheidet und die Zunahme auch in anderen Diagnosen (z. B. F11 oder F19) auf eine Fallzunahme schließen lässt.

Der F10 direkt nachgelagerte Einzeldiagnosen waren die *Herzinsuffizienz* (I50) mit 3,1 Fällen je 1.000 Versicherte und *Angina pectoris* (I20) mit 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte. Die durchschnittliche Verweildauer je Fall war bei den Herzerkrankungen mit 12,4 Tagen (-0,2 *Herzinsuffizienz*) bzw. 5,9 Tagen (-0,2 *Angina pectoris*) rückläufig gegenüber 2008.

Bei gestiegener Fallzahl und ebenfalls gestiegener Zahl an Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte entwickelte sich auch die Verweildauer der F10, höchstwahrscheinlich als Folge der oben beschriebenen Differenzierung, mit 8,7 Tagen leicht zurück. Die hohe durchschnittliche Verweildauer der *Herzinsuffizienz* in Höhe von 38 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte wurde nur durch Depressionen (F32-33) mit 59 bzw. 55 Tagen übertroffen, die damit im Vergleich zum Vorjahr weiterhin dem zunehmenden Trend der letzten Jahre folgt. Auch Gallensteine (K80) gehörten mit 2,4 Fällen je 1.000 zu den häufigsten Krankheitsursachen für stationäre Behandlung. Eine außergewöhnliche Veränderung gegenüber dem Vorjahr ist jedoch nicht zu vermerken. Mit 7,4 Tage je Fall (-0,2) zählt diese Erkrankungsart zu denjenigen, die eine rückläufige Verweildauer aufweisen.

Krankenhausdiagnosen bei älteren Versicherten

Da die Morbidität mit dem Alter zunimmt, steigt vor allem bei älteren Menschen die Wahrscheinlichkeit der Krankenhaus-Behandlungsbedürftigkeit. Dem entsprechend wiesen Rentner auch 2009 die höchste Morbidität auf. Die Einweisungshäufigkeit lag bei dieser Gruppe

¹ Statistisches Bundesamt Deutschland, „17,8 Millionen Krankenhauspatienten und -patienten 2009“; Pressemitteilung Nr. 286 vom 16.08.2010 unter: www.destatis.de

² Siehe konkrete Festlegungen des BVA vom 30. Juni 2010; Zur tiefergehenden Lektüre zum Weiterentwicklungsprozess des Morbi-RSA wird auf die Ausführungen des BVA unter www.bva.de verwiesen.

³ Siehe Abschlussbericht des Institutes für das Entgeltsystem (InEK) zum G-DRG-System 2009, S. 48

auf 1.000 Versicherte gerechnet beinahe um das Zweieinhalbfache höher als bei AKV-Versicherten. Die höhere Morbidität von Rentnern zeigt sich noch deutlich bei der Zahl der Krankenhaustage, die rd. dreieinhalb Mal höher lag als bei den jüngeren Versichertengruppen. Und auch ihre Verweildauer fiel im Schnitt drei Tage höher aus als im Gesamtdurchschnitt. Fast jeder fünfte Krankenhausfall (22,3 %) bei Rentenversicherten stand mit Herz- und Kreislauferkrankungen in Verbindung, weitere 14,1 % ihrer stationären Fälle wurden wegen – meist bösartiger – Neubildungen stationär behandelt. Es folgten Krankheiten des Verdauungssystems mit 9,9 %, Muskel- und Skelettleiden mit 9,5 % der Fälle und Verletzungen mit 9,0 %.

Zu den besonders häufigen Einweisungsgründen zählen bei den älteren Versicherten die Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems. Besonders ins Gewicht fallen hier die *Sonstigen Formen der Herzkrankheit*, die vor allem für die Altersgruppe der über 70-Jährigen mit 28 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte im Jahr 2009 ursächlich für einen stationären Krankenhausaufenthalt war. Bei den über 80-Jährigen ist gegenüber 2008 mit 68 Krankenhausfällen erneut ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt ist innerhalb der jeweiligen Altersgruppe der Anteil der Krankenhausfälle bei den Männern mit 34 bis 74 Fällen höher als bei den Frauen mit 23 bis 64 Fällen je 1.000 Versicherte. Die Vorjahreswerte lagen hier noch bei 22 bis 63 Krankenhausfällen.

Die gegenüber dem Vorjahr gestiegene Fallzahl der Frauen mit einer Herzerkrankung macht sich auch auf der Ebene der Einzeldiagnosen bemerkbar. Hier ist es die oben bereits angeführte *Herzinsuffizienz* (I50), die auch 2009 die bedeutendste Rolle bei der Einweisung der genannten Altersgruppen spielt. Bei den Männern gingen die Fallzahlen in der jeweiligen Altersgruppe mit 13 bis 45 Fällen je 1.000 Versicherte leicht zurück, während die Fallzahlen bei den Frauen mit 8 bis 41 Fällen relativ konstant geblieben sind. In den jeweiligen Altersgruppen verursachten *Ischämische Herzkrankheiten* bei Frauen mit zunehmendem Alter 17 bis 23 Fälle je 1.000 Versicherte, während es bei den Männern der Anteil mit 38 bis 43 Fällen deutlich mehr waren,

wobei sich die meisten Fälle im Alter zwischen 75 und 80 Jahren ereigneten. Insgesamt ist für die *Ischämischen Herzkrankheiten* bei höheren Altersgruppen sowohl für Männer als auch für Frauen ein Rückgang eingetreten. *Angina pectoris* (I20) und *Akuter Myokardinfarkt* (I21) stehen allerdings wie im Vorjahr im Vordergrund. Schließlich verursachten die *Zerebrovaskulären Krankheiten* (I60-I69, Schlaganfälle) in diesen Altersgruppen ebenfalls rd. 12 bis 29 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte. Zu den häufigeren Einzeldiagnosen zählt in dieser Diagnosegruppe die I63 *Hirnininfarkt* mit 7 bis 21 Krankenhausfällen je Altersgruppe. Diese und andere zerebrovaskuläre Krankheiten unterlagen in den Vorjahren Änderungen in der Klassifikation sowie weitergehenden Überarbeitungen des DRG-Systems. So hat das InEK beispielsweise anhand von sogenannten Komplexcodes eine Bereinigung der Basis DRG B69 *Transitorische ischämische Attacke* (TIA) und *extrakranielle Gefäßverschlüsse* sowie der Basis DRG B70 *Apoplexie* vorgenommen.⁴ Dies führt zu Verschiebungen zwischen diesen beiden DRG bzw. zwischen den ihnen zugrunde liegenden Diagnosen und lässt sich in den Altersgruppen ab 50 Jahre bis 80 Jahre und älter an einer Zunahme der I61 *Intrazerebrale Blutung* oder I63 *Hirnininfarkt* (beide in der Basis-DRG B70) und einer leicht rückläufigen Tendenz der Diagnosegruppen G45 *Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* und I65 *Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnininfarkt* (beide in der Basis-DRG B69) nachvollziehen.

Besonders bei den Frauen waren auch Bluthochdruckkrankheiten (I10-I15 *Hypertonie*, I10 sowie I15) mit etwa 14 Fällen je 1.000 bei den über 70-Jährigen bis hin zu fast 18 Fällen bei den über 80-Jährigen 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-C26) auf. Sie verursachten bei den über 70-jährigen Männern rund 21 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte, hierbei in der Gruppe der 75- bis unter 80-Jährigen wiederum mit etwa 24 Fällen die häufigste Aufnahmesache.

Bei den Frauen gab es auch bei dieser Krankheitsgruppe in 2009 deutlich weniger Einweisungen als bei den Männern. Die Fallzahlen in den Altersgruppen liegen bei gut der Hälfte der Fallzahlen für männliche Versicherte. Ein gutes Drittel dieser Gruppe entfiel auf *Bösartige 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 Jahren über 12 bis zu 13 stationäre Fälle auf Bronchial- und Lungenkrebs (*Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge*, C34). Bei Frauen diesen Alters waren die hierdurch verursachten stationären Behandlungen mit vier Fällen vergleichsweise seltener. Für sie waren besonders zwischen 60 und 70 Jahren Brustkrebskrankungen (*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]*, C50) mit etwa 9-11 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte bedeutsamer in der stationären Behandlung (s. u.). Schließlich spielte auch *Diabetes mellitus* (E10-E14) bei den älteren Krankenhauspatienten eine größere Rolle: So waren hierdurch immerhin 8 bis 11 Fälle je 1.000 männliche Versicherte in den Altersgruppen ab 70 Jahre zu verzeichnen. Bei den Frauen bis 80 Jahren fielen mit 5 bis 8 Fällen je 1.000 zunächst weniger Krankenhauseinweisungen wegen Diabetes an, ab 80 Jahren lag Ihre Fallhäufigkeit dann gleichauf mit der der Männer (jeweils 11,1 Fälle).

Eine derjenigen Erkrankung, die seit Jahren zunehmend ambulant durchgeführt wird, ist der Cataract. Jedoch finden sich für die H25 *Cataracta senilis* in den Altersgruppen ab 65 bis über 80-Jährige mit 1,8 bis 8,1 Fällen je 1.000 Versicherte immer noch recht viele Patienten im stationären Behandlungsspektrum. Die durchschnittliche Verweildauer für diese Erkrankung lag 2009 bei 2,9 Tagen und ist gegenüber 2008 (3,0 Tage) gesunken, was insgesamt auch für die Fallzahlen festzustellen ist. Die gleichwohl hohe stationäre Behandlungsform kann unterschiedliche Ursachen haben, die sowohl medizinischer Natur (Morbidität) als auch struktureller Natur (Spezialisierung, mangelndes ambulantes Versorgungsangebot für ältere Patienten) sein können. Bei den älteren Frauen zwischen 70 und 80 Jahren bildeten zudem Arthroseer-

⁴ Siehe Abschlussbericht des Institutes für das Entgeltsystem für das G-DRG-System 2009, S. 79 ff.



krankungen (M15-M19) mit 23 bis 26 Fällen je 1.000 Versicherte einen häufigen Grund für Krankenhauseinweisungen. Ältere Männer über 80 Jahre erleiden häufig Grippe und Lungenentzündungen (J10-J18), die zu über 31 Krankenhaufällen je 1.000 männliche Versicherte dieses Alters führten. Gegenüber dem Vorjahr ist es erneut zu einem Anstieg gekommen, was mit 17 Fällen (2008 15 Fälle) allerdings auch für die Frauen dieser Altersgruppe gilt.

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 7 bis 9 Fällen und 68 bis 94 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte weit an der Spitze der Krankheitsursachen für stationäre Behandlungen. Besonders gefährdet sind hierbei Männer zwischen 50 und 54 Jahren (9,2 Fälle je 1.000). Diese Altersgruppe liegt 2009 noch vor der Altersgruppe von 45 bis 50 jährigen Männern (8,7 Fälle je 1.000). Besorgniserregend ist die hohe Einweisungsquote von 6,1 Fällen je 1.000 männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren, die im Vergleich zum Vorjahr nochmals angewachsen ist – eine Tendenz, die sich zwischenzeitlich auch in der gleichen Altersgruppe der weiblichen Versicherten bemerkbar macht (3,4 in 2008 zu 3,6 Fällen je 1.000 Versicherte).

Bei den über 50-jährigen Männern waren nach der Häufigkeit *Schlafstörungen* (G47) mit über 3 bis zu 5 Fällen je 1.000 Versicherte Anlass für stationäre Behandlungen, allerdings bei nur kurzen Verweildauern von durchschnittlich drei Tagen. Die kurze Verweildauer lässt sich dadurch erklären, dass bestimmte Erkrankungen aus diesem Formenkreis (z. B. Schlafapnoe-Syndrom) zunehmend teilstationär oder ambulant behandelt werden.

Frauen zwischen 40 und 50 Jahren mussten besonders häufig wegen *Myomen des Uterus* (D25) stationär behandelt werden. Je 1.000 Versicherte sind in dieser Altersspanne etwa 6 bis 8 Krankenhaufälle mit 40 bis 55,6 Krankenhaustagen angefallen. Ab 45 Jahre nehmen bei Frauen zudem die stationären Einweisungen wegen Brustkrebs

(s. o.) auf 4,7 Fälle je 1.000 Versicherte 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 bereits 6,6 bis 7,3 stationäre Fälle mit 63 und 67 Krankenhaustagen gemeldet. Bei den über 60-Jährigen sind es bereits 9,0 Fälle und 86 Krankenhaustage je 1.000 Frauen, wobei sich die hohe Fallhäufigkeit in den nächsten 10 Lebensjahren der Frauen fortsetzt (s. o.).

Leicht, aber beständig steigt auch bei jugendlichen BKK-Versicherten das Risiko, wegen eines primär insulinabhängigen *Diabetes mellitus* [Typ-1-Diabetes, E10] stationär behandelt werden zu müssen. Es zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 15 bis 19-Jährigen 2009 bereits rd. 1,1 Fällen je 1.000 Versicherte an durchschnittlich 9,7 Tagen im Krankenhaus behandelt wurden. Bei den männlichen Jugendlichen ist das Risiko eines stationären Krankenhausaufenthaltes infolge des *Diabetes mellitus* tendenziell höher.

Bei den Kindern unter 15 Jahren verursachten die *Chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln* (J35) mit 5,8 Fällen je 1.000 Versicherten (Jungen: 6,4; Mädchen: 5,2 Fälle) die meisten Krankenhauseinweisungen. Während diese Anlässe für Krankenhauseinweisungen bei den über 15-jährigen männlichen Jugendlichen dann deutlich abnehmen (2,5 Fälle je 1.000), bleibt die Behandlungshäufigkeit bei den jungen Mädchen dieses Alters mit 6,3 Fällen je 1.000 recht hoch und liegt auch bei den über 20-Jährigen über dem Niveau gleichaltriger männlicher Patienten. Auf dem Vormarsch begriffen sind bei unter 15-jährigen Jungen *Inkranielle Verletzungen* (S06), die mit etwa 6 Fällen je 1.000 bei 17 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte 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 5,1 Fällen je 1.000 auf. Warum sie über 70 % der Häufigkeit gegenüber den männlichen Jugendlichen aufweisen, ist medizinisch nicht begründbar. Insgesamt gibt das Bild der Krankheitsgruppe K35-K38 (*Krankheiten der Appendix*) in der Gruppe der weiblichen Jugendlichen zu denken,

fällt diese Gruppe mit 6,7 Fällen je 1.000 Versicherte auch auf dieser Ebene nahezu um 80% höher aus als bei den männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe (4,0 Fälle). Hier könnte Fehlbelegung im Spiel sein.

Die meisten Krankenhaustage bei den über 15-jährigen Mädchen (78 je 1.000 Versicherte) entfielen wegen der langen Verweildauer von durchschnittlich 50 Tagen erneut auf Essstörungen (F50), mit einer Fallhäufigkeit von 1,6 je 1.000 Versicherte.

Die Entwicklung der Krankenhaustage korrespondiert in weiten Teilen mit der 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), die bei jungen Männern zwischen 20 und 30 Jahren zu 86 bis 133 Krankenhaustagen führten an vorderster Stelle. *Psychische Störungen durch Alkohol* liegen bei männlichen Versicherten mit rd. 92 Krankenhaustagen je 1.000 in der Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen an der Spitze.

Bei den weiblichen AKV-Versicherten führten die *depressiven Episoden* (F32) und die *rezidivierenden depressiven Störungen* (F33) zu den meisten Krankenhaustagen. So waren es erneut die depressiven Episoden, die mit durchschnittlich 66 Krankenhaustagen je 1.000 schon bei den unter 40-Jährigen ursächlich für einen längeren Krankenhausaufenthalt waren. Im Alter von über 40 bis zu 55 Jahren verbrachten Frauen wegen einer *rezidivierenden depressiven Störung* sogar bis zu 120,8 Tage je 1.000 Versicherte im Krankenhaus. Die durchschnittliche Verweildauer in dieser Altersgruppe war 2009 bei einer depressiven Episode mit über 37 Tagen und bei rezidivierenden depressiven Störungen mit fast 40 Tagen nahezu unverändert gegenüber 2007 und 2008, aber 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.

Krankheiten des Kreislaufsystems

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (I00-I99) zählen mit im Schnitt 26 Fällen je 1.000 Versicherte zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (14,1 % aller Fälle). Bei Rentnern und deren Angehörigen lag die Häufigkeit bei über 89 Fällen je 1.000 Versicherte, dies waren 22 % aller Krankenhausfälle dieser Versichertengruppe. 2009 wurden je 1.000 Versicherte ca. 236 Krankenhaustage durch Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt, bei den Rentnern und ihre Angehörigen waren es sogar 916 Tage je 1.000 Versicherte.

Die Verweildauer bei Krankheiten des Kreislaufsystems sinkt weiterhin leicht (-0,1) und lag 2009 durchschnittlich bei 9,3 Tagen, bei Rentnern war sie durchschnittlich etwa einen Tag länger (10,4 Tage je Fall).

Schaubild 48.1-48.2 verdeutlicht die auch in der bisherigen Darlegung erkennbaren Verteilungen der wichtigsten Krankheitsarten des Herz- und Kreislaufsystems. Die größte Gruppe bildeten mit 7,7 Fällen je 1.000 die *Sonstige Formen der Herzkrankheit* – 30 % aller Kreislaufferkrankungen gehörten zu dieser Untergruppe. Es folgten die *Ischämischen Herzkrankheiten*, die mit 25,3 %

der Fälle dieser Krankheitsgruppe ein ähnliches Gewicht hatten und bei den Männern sogar über 31,0 % der Fälle in dieser Gruppe ausmachten. Häufigste Einzeldiagnosen (s.o.) waren *Herzinsuffizienz* (I50, 3,1 Fälle je 1.000) und *Angina pectoris* (I20) mit 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte, gefolgt von *Akuter Myokardinfarkt* (I21) und der *Chronisch Ischämischen Herzkrankheit* (I25) mit 2,0 und 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

Schaubild 48.1

Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

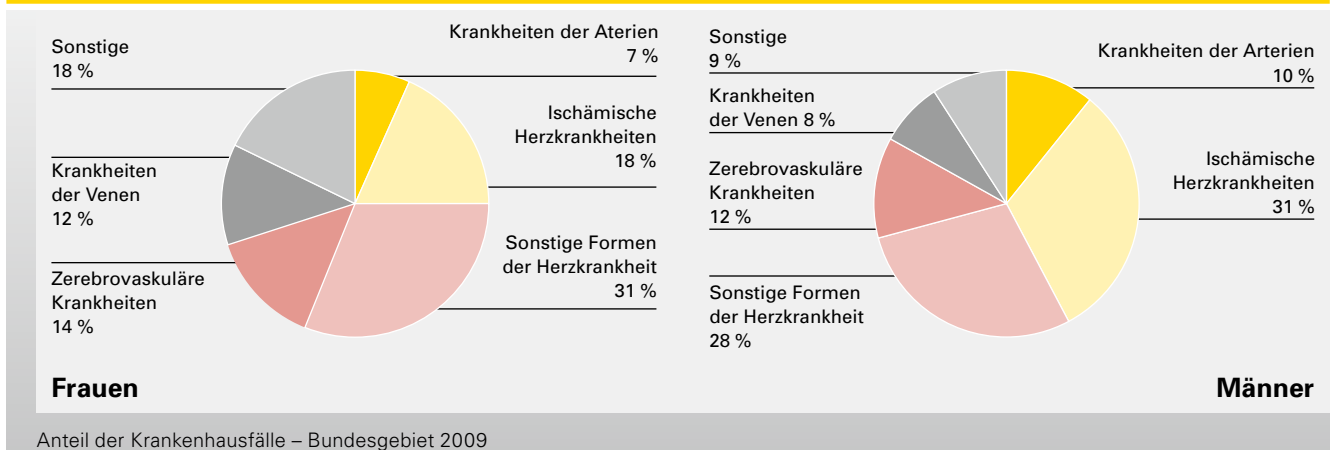
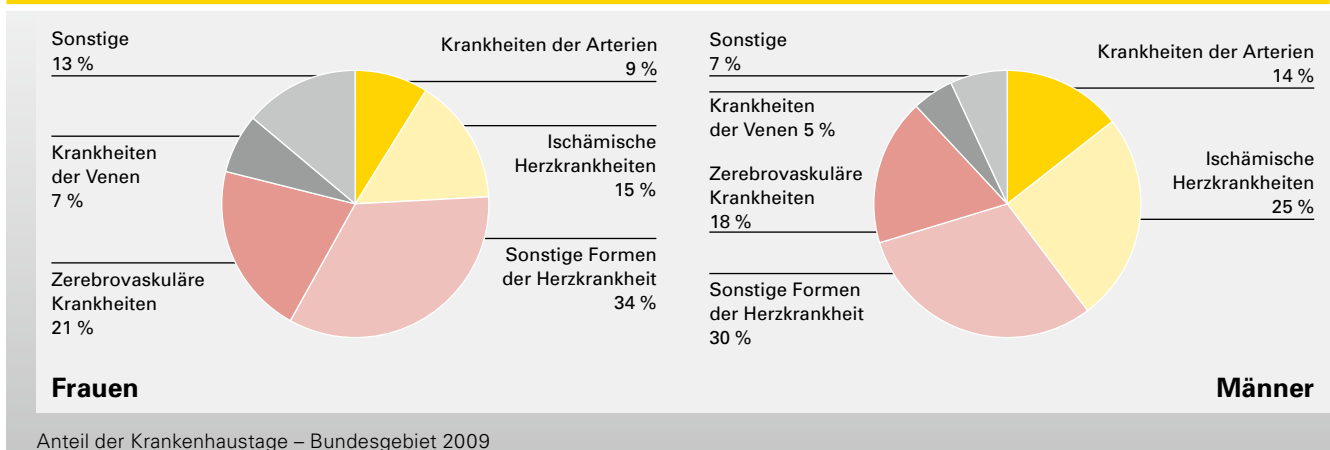


Schaubild 48.2

Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)





Neubildungen sowie die der Muskel- und Skeletterkrankungen übersteigen. Je 1.000 Versicherte wurden in der Altersgruppe der Männer zwischen 50 und 55 Jahren 4,4 Fälle mit *Angina pectoris* und 3,5 Fälle mit *Myokardinfarkt* stationär behandelt.

Während Frauen von den meisten Kreislauferkrankungen seltener betroffen waren, gab es auch einige Ausnahmen: wie oben schon angesprochen wurden Frauen häufiger wegen *Hypertonie* (I10-I15) im Krankenhaus behandelt als Männer (Frauen: 2,8, Männer: 1,7 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 2,3 Fällen ebenfalls mehr stationäre Behandlungen auf.

Herz- und Kreislauferkrankungen stehen häufig in direktem Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. So gilt *Diabetes mellitus* z.B. als gewichtiger Risikofaktor. Nach Studienergebnissen leiden 75 % aller Herzinfarkt-Patienten an Diabetes oder einer Vorstufe davon.⁵ Durch die Früherkennung und Behandlung dieser Krankheit kann der Gefahr von Herz-/ Kreislauferkrankungen vorgebeugt werden.

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. *Schaubilder 49.1 und 49.2*). Tumorerkrankungen der Männer betrafen in der stationären Behandlung am häufigsten bösartige Neubildungen der *Verdauungsorgane* (C15-C26; 22 %

Schaubild 49.1

Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

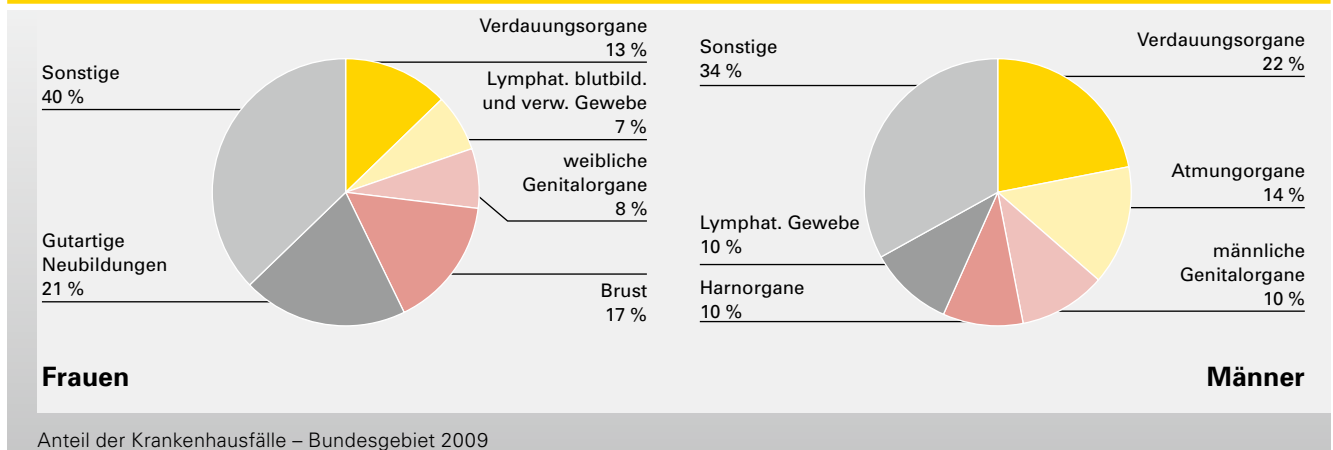
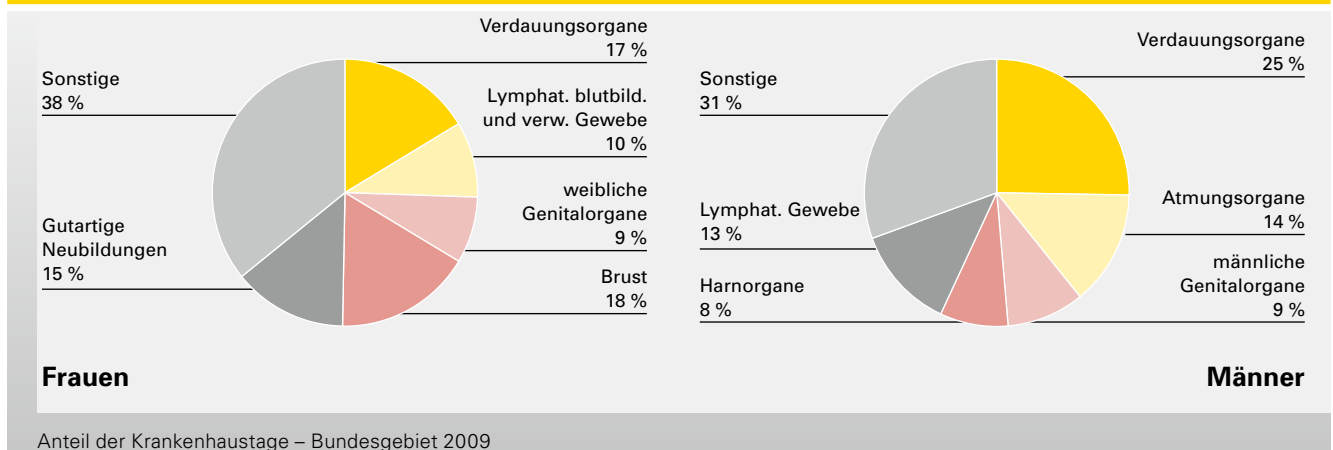


Schaubild 49.2

Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



⁵ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2004): Europäischer Kardiologenkongress 2004: Experten fordern Diabetes-Tests für Herzpatienten, Kardiologenkongress 2004.

aller Neubildungen) und der *Atmungsorgane* (C30-C39; 14%). Maligne Tumore der *Geschlechtsorgane* (C60-C63) standen bei ihnen nach Häufigkeit mit 10 % an dritter Stelle.

Bei den Frauen dominieren andere Neubildungsarten, ein gutes Fünftel hiervon (21 %) waren gutartig (D10-D36). Hierbei handelte es sich zumeist um *Myome* (D25, s. o.), die rd. 49 % der gutartigen Neubildungen von Frauen ausmachten. Die häufigsten bösartigen Tumore betrafen Brustkrebs (C50) mit einem Anteil von 17 %, gefolgt von Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26, 13 %) 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 signifikant an und erreicht im Alter zwischen 60 und 70 Jahren ihren Höchstwert (s. o.).

Psychische und Verhaltensstörungen

Die Zunahme psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren wird von allen Kassenarten übereinstimmend berichtet. Seit 1976, dem ersten Jahr der Krankheitsartenstatistik des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, wird ein kontinuierlicher Anstieg dieser Erkrankungen beobachtet. Arbeitsunfähigkeitszahlen, stationäre Behandlungsdaten sowie die Arzneiverordnungen der BKK Versicherten belegen diesen langjährigen Trend. Seit 1986 ist die Zahl der wegen psychischer Erkrankungen stationär Behandelten um das Dreifache gestiegen (1986: 3,8 Fälle je 1.000 Versicherte vs. 12,9 Fälle je 1.000 Versicherte in 2009). Außerdem ist bei den psychischen Er-

krankungen als einzige Diagnosegruppe, die weitestgehend noch nicht nach Fallpauschalen abgerechnet wird, die durchschnittliche Verweildauer überdurchschnittlich hoch (s. o.), auch wenn sie in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich abgenommen hat. Es bleibt abzuwarten, welche Veränderung die Entwicklung und die Einführung der tagesbezogenen Fallpauschalen für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie ab dem Jahr 2013 haben wird (siehe hierzu § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG).

Insgesamt betrachtet hat in den letzten Jahren die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Probleme über alle Altersgruppen hinweg zugenommen. Sie liegt – anders als bei den ambulanten Kenngrößen – für Männer mit 13,5 Fällen je 1.000 Versicherte höher als für Frauen (12,4 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, sowie mit ähnlich deutlichen Zuwächsen in allen höheren Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr. Beobachtbar ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein dann folgender Fallzahlrückgang, bevor ab einem Alter von 80 Jahren und älter mit jeweils 17 Fällen je 1.000 Versicherte wieder ein signifikanter Anstieg der Fälle eintritt. Mit der wachsenden Problematik psychischer Erkrankungen bei Älteren befasst sich auch der *Spezialbeitrag auf S. 50* in diesem Band.

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

(43 %) 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 (33 % 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. *Schaubilder 50.1-50.2*). Zu erwähnen ist, dass die stationären Behandlungsfälle der Frauen mit der Einzeldiagnose F10 (Alkohol) mit 1,9 Fällen je 1.000 sich immerhin bereits der Häufigkeit von depressiven Episoden (F32, 2 Fälle je 1.000) annähern, wenn auch natürlich hier noch in gleicher Größenordnung die rezidivierenden Depressionen (F33, 1,8 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 2009 bei leichter Zunahme gegenüber 2008 2,3 Fälle von Verhaltens- und emotionalen Störungen gemeldet – für Jungen deutlich häufiger als für Mädchen (3,2 Fälle bzw. 1,3 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 leich-



ten Rückgang bei den 60- bis 69-Jährigen. Allerdings bleiben die affektiven Erkrankungen auch in der stationären Versorgung bis in das 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. Auffällig ist bei beiden Geschlechtern die hohe Zahl an Krankenhausaufnahmen in der Altersgruppe zwischen 15 und 25. Der Missbrauch psychotroper Substanzen

wie Alkohol und Drogen stellt, wie sich zeigt, ein großes Problem dar, besonders in den jungen und mittleren Altersstufen. Ein trauriger Höhepunkt wird im Alter zwischen 45 und 54 Jahren erreicht. Männer sind durchweg häufiger als Frauen wegen Substanzmissbrauch in stationärer Behandlung, in der besagten Altersstufe durchschnittlich um das 2,1 bis 2,5-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 über 80-Jährigen gab es

11,2 Fälle je 1.000 Versicherte mit einer solchen Diagnose (Frauen 11,8, Männer 12,0). 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.

Die in diesem Report schwerpunktmäßig betrachteten Implikationen des demografischen Wandels für die verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereiche und Versorgungssysteme werden im nachfolgenden *Spezial* abschließend auch für den Krankenhaussektor thematisiert.

Schaubild 50.1

Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

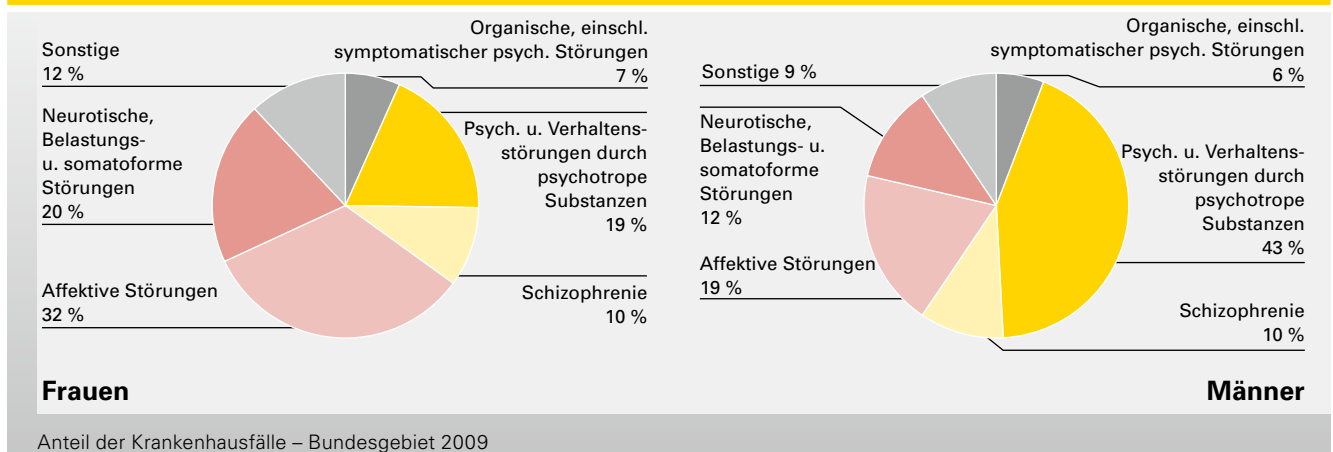
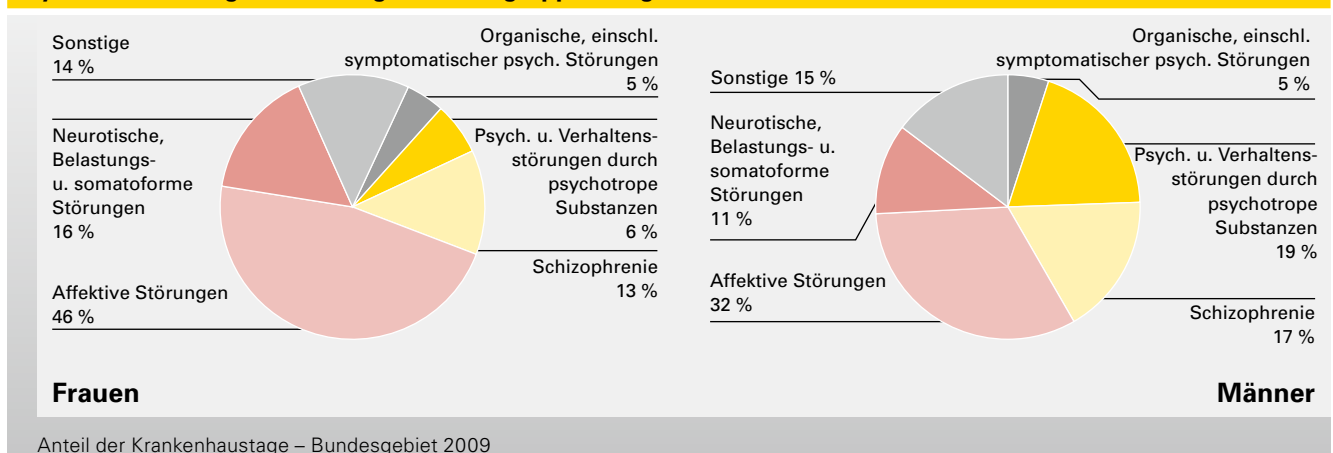


Schaubild 50.2

Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



Stationäre Versorgung in einer alternden Gesellschaft

Cornelia Mohr
spectrum|K; Abteilung Vertragspolitik

1. Demografie im Krankenhaus – Realität oder Zukunftsszenario?

Die Gesundheitspolitik steht vor der schwierigen Aufgabe, einerseits die Gesundheitsversorgung bei einer älter werdenden Bevölkerung finanzierbar zu gestalten und andererseits Versorgungsengpässe zu vermeiden. Dieser Beitrag hinterfragt vor diesem Hintergrund, ob der demografische Wandel im Krankenhaus angekommen ist. Zudem greift er kurz die Diskussion um die mit Alterung implizierte Kostenbelastung und die Altersstrukturverschiebungen bei Beschäftigten der Krankenpflege auf, um Demografie im Krankenhaus auch aus diese Perspektiven zu würdigen.

2. Indikatoren für die Zunahme altersbedingter Krankheiten mit stationärem Behandlungsbedarf

Die Entwicklung der stationären Versorgung älterer Personenkreise wurde bereits in Kapitel 5.2 vorgestellt. Hierauf aufbauend schließen die folgenden Ausführungen an, die der Frage nachgehen, ob ein demografischer Effekt im Leistungsbereich Krankenhaus anhand von Leistungs- und Kostendaten auch in der Mehrjahressicht darstellbar ist. Hierzu wird exemplarisch auf die drei häufigsten Krankheitsgruppen abgestellt, die 2009 besonders bei älteren Personenkreisen auftraten. Es sind dies die Krankheitsgruppen der Neubildungen (C00-D48), die Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99) und die Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93).

Die Schaubilder S10.1-10.3 belegen, dass die in Kapitel 5.2 dargestellten Entwicklungen keine kurzfristigen Phänomene

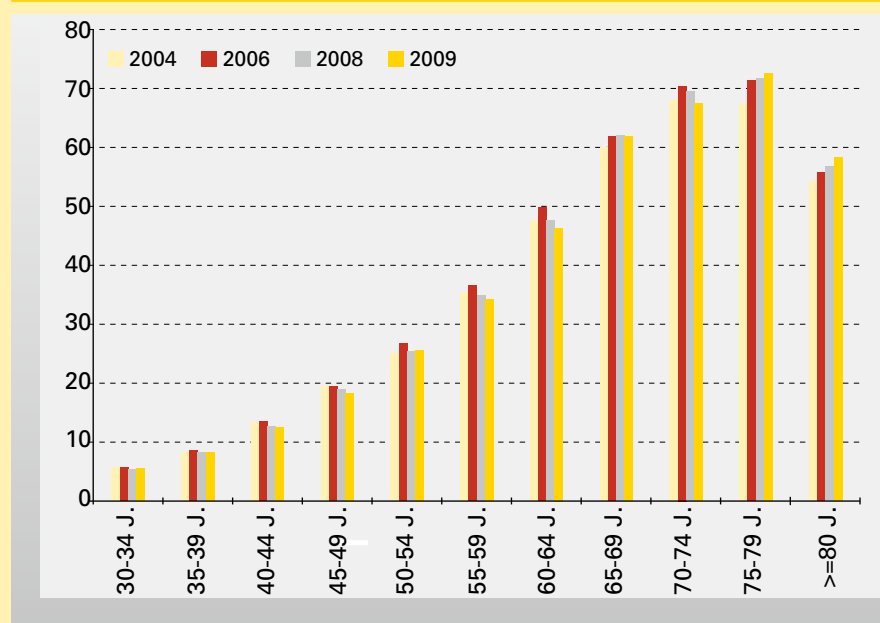
sind. Über die Krankheitsgruppen lässt sich grundsätzlich der Zusammenhang zwischen Alter und stationärem Behandlungsbedarf erkennen. Diese Aussage gilt uneingeschränkt für die Jahre 2004 bis 2009. Allerdings ergeben sich in zeitlicher Hinsicht sowohl Unterschiede in der Altersverteilung als auch im Trendverlauf. So ist bei Neubildungen ein Anstieg insbesondere ab einem Alter von 75 Jahren erkennbar, wohingegen in den darunter liegenden Altersgruppen entweder das Niveau relativ konstant blieb oder sogar ein Rückgang eintrat. Die Krankheitsgruppe I00-I99 rangiert insgesamt auf hohem Niveau. Im Verhältnis zum Ausgangsjahr 2004 wird in 2009 das Fallzahlniveau jedoch in den Altersgruppen entweder gehalten oder unterschritten. Krankheiten des Verdauungssystems erfahren nicht nur mit dem Alter, sondern auch im Zeitablauf eine zunehmende Bedeutung. Auch hier bewegen sich die Fallzahlen bis zur Altersgruppe der 74-Jährigen auf relativ

konstantem Niveau, wohingegen der Fallzahlenanstieg im darüber liegenden Alter ausgeprägter ist.

Bereits auf der Ebene der Krankheitsgruppen bestätigt der Jahresvergleich, dass bei älteren Menschen aufgrund zunehmender Morbidität die Wahrscheinlichkeit eines stationären Behandlungsbedarfs steigt. Noch offensichtlicher wurde dies bei einem Jahresvergleich auf Ebene von Einzeldiagnosen, dessen Grundlage die BKK-Gesundheitsreporte 2007 bis 2009 war (ohne Schaubild). Aus den drei häufigsten Krankheitsgruppen wurden die zehn fallzahlstärksten Einzeldiagnosen für die Altersgruppen ab 65 Jahre betrachtet. Auf diese Weise wurde bei den über 80-jährigen Patienten von 2007 bis 2008 eine Steigerung der ICD I48 (Vorhofflattern und Vorhofflimmern) um 7,8 % sichtbar, wodurch die Diagnose von Rang sechs in 2007 auf Rang vier in 2009 wechselte. Den ersten Rang nahm sowohl in dieser Altersgruppe als auch in

Schaubild S10.1

Neubildungen nach Alter im Zeitablauf



der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen seit 2007 konstant die I50 (Herzinsuffizienz) ein. Auf dem Vormarsch ist die ICD I10 (essentielle [primäre] Hypertonie), wo die Fallzahl ab dem Alter von 70 Jahren über die Jahre kontinuierlich ansteigt, wie auch die ambulanten Behandlungszahlen bestätigen (vgl. Kapitel 2.2).

Auch die oben gezeigten Rückgänge der Krankheiten des Kreislaufsystems lassen sich im Zeitablauf valide eingrenzen. Bei allen Altersgruppen fallen die ICD I20 (Angina pectoris) und die ICD I21 (akuter Myokardinfarkt) jeweils unter das Vorjahresniveau. Bis 2008 sinkt die ICD I25 (chronische ischämische Herzkrankheit) bis 79 Jahre leicht, bevor sie 2009 ausschließlich in dieser Altersgruppe wieder leicht ansteigt. Ab 2008 rangierte diese ICD bei den über 80-Jährigen nicht mehr unter den 10 häufigsten Diagnosen.

Die ICD C67 (Bösartige Neubildungen der Harnblase) lag in dieser Altersgruppe in 2007 noch außerhalb der 10 häufigsten Einzeldiagnosen, ist – bezogen auf die drei Krankheitsgruppen – in der Altersgruppe der 75-79-Jährigen und über 80-Jährigen seit 2008 aber die zehnthäufigste Diagnose. Die Diagnosen C50 (Bösartige Neubildungen der Brustdrüse) und C61 (Bösartige Neubildungen der Prostata) liegen in den vorgenannten Altersgruppen außerhalb der 10 häufigsten Diagnosen. Beide Diagnosen sind jedoch stärker in den darunter liegenden Altersgruppen vertreten. Während Krankheiten der Verdauungsorgane nur bei 70-74-jährigen Patienten, und dort auch nur in 2008, unter die 10 häufigsten Einzeldiagnosen fielen, besetzen die Diagnosen K56 (Paralytischer Ileus) und K80 (Cholelithiasis) bei den über 80-Jährigen kontinuierlich die Ränge acht und neun.

Schaubild S10.2

Abbildung 1.2: Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter im Zeitablauf

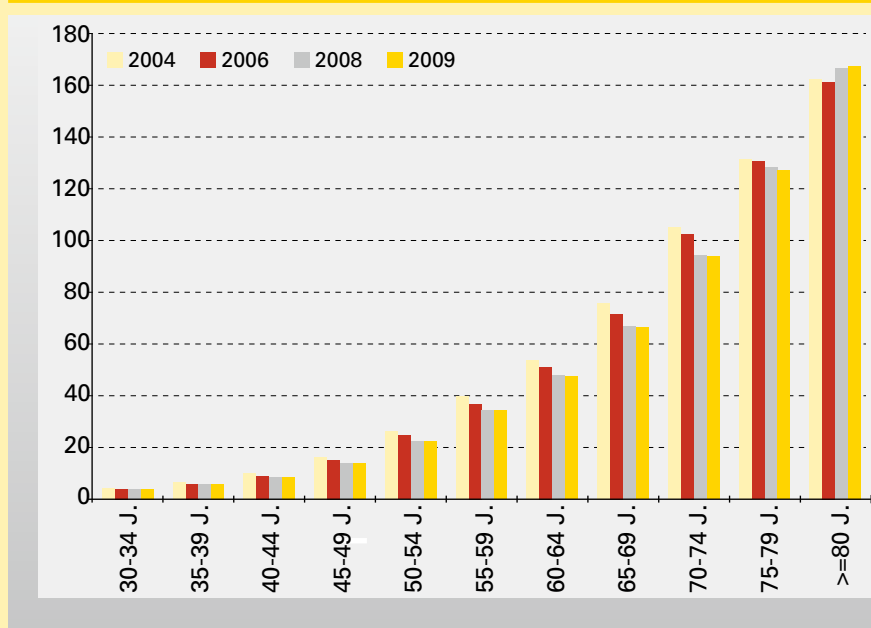
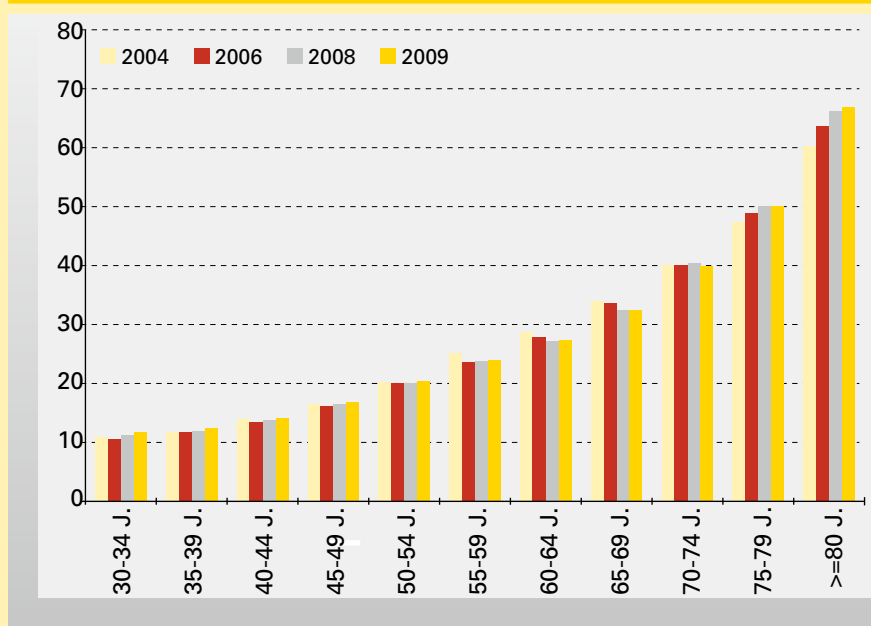


Schaubild S10.3

Krankheiten des Verdauungssystems nach Alter im Zeitablauf



3. Zur Aussagekraft des Alters als Prädiktor für steigende Krankenhausausgaben

In der Mehrjahressicht kann die Indikatorfunktion der altersgruppenbezogenen Fallzahl für einen demografischen Effekt bestätigt werden. Allerdings sind auch bei älteren Patienten Fallzahlrückgänge und Leistungsverschiebungen erkennbar. Für die Beschreibung von Alterseffekten bieten sich daher ergänzende Informationen zur Kostenentwicklung an. Exemplarisch ergeben sich für die hier im Fokus stehenden Krankheitsgruppen die in *Schaubild S11* dargestellten Entwicklungen.

Trotz der sehr groben Alterseinteilung und der Beschränkung auf die oben ausgewählten Krankheitsgruppen lassen sich aus *Schaubild S11* bei weiter ansteigendem Durchschnittsalter der Patienten¹ Kostensteigerungen für die Erbringung von Krankenhausleistungen bei älteren Personen ablesen. Ebenfalls geht aus der Grafik eine Abhängigkeit der altersbedingten Kostenentwicklung von den Erkrankungsarten hervor. So zeigt sich bei den Krankheiten des Verdauungssystems die Dominanz in der Altersgruppe von 45 bis 65 Jahren.

Über den Zeitpunkt, wann Alter Kosten verursacht und darüber, in welcher

Ausprägung dies geschieht, gibt es unterschiedliche Ansätze.² Interessant scheinen Studien der Altersforschung, wonach sich der Alterungsprozess nicht nur insgesamt verlängert, sondern später einsetzt.³ Im Vergleich von drei Industrienationen steigt danach die Lebenserwartung der Menschen über die letzten 170 Jahre in den entwickelten Ländern kontinuierlich um durchschnittlich fast drei zusätzliche Lebensmonate pro Jahr an. Ausschlaggebend für den stetigen Anstieg der Lebenserwartung seien ein allgemeiner Anstieg im Lebensstandard, eine bessere Ernährung, Fortschritte in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung sowie soziale Errungenschaften, wie etwa der erhöhte Zugang der Menschen zu Bildung.

Diese Studienergebnisse müssen sicherlich noch dezidiert auf ihre Allgemeingültigkeit hin überprüft werden. Allerdings lassen die genannten Auslöser für eine Verlängerung der Lebenszeit in Gesundheit eine gewisse Anfälligkeit von Langfristprognosen gegenüber gesellschaftlichen Entwicklungen erkennen. Darüber hinaus beeinflusst die (ordnungs-)politische Rahmengesetzgebung eines Landes die Leistungserbringung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in nicht unerheblichem Maße. Fast jede der jüngsten Reformen implizierte neben den erwünschten auch

unerwünschte Reaktionen von Leistungserbringern, Krankenkassen und Versicherten. Schließlich machen sich auch die Weiterentwicklung des DRG-Systems der ersten Jahre und die damit zusammenhängenden Anpassungen an den Deutschen Kodierrichtlinien bemerkbar.

Peters et.al. weisen daher zu Recht auf die Schwächen von weit in die Zukunft reichenden Prognosen hin. Einflüsse vieler unbekannter und kaum abzuschätzender Determinanten sowie deren Wechselwirkungen seien komplex und die Prognostizierbarkeit zukünftiger Erkrankungszahlen damit in Frage gestellt.⁴ Und auch das Bundesamt für Statistik stellt in seiner Broschüre zur 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ausdrücklich deren Modellcharakter mit der Begründung heraus, der Verlauf maßgeblicher Einflussgrößen sei mit zunehmender Vorausberechnungsdauer immer schwerer vorhersehbar. Ziel der Vorausberechnung sei es, die langfristigen Veränderungen im Altersaufbau und in der Bevölkerungsgröße aufzuzeigen und nicht konkrete Vorhersagen zu treffen.⁵

¹ Dieses ist in den Jahren 2005 bis 2009 von 52,5 Jahren auf 54 Jahre gestiegen; Quelle: Fachserie 12 Reihe 6.4.vom 26.10.2009

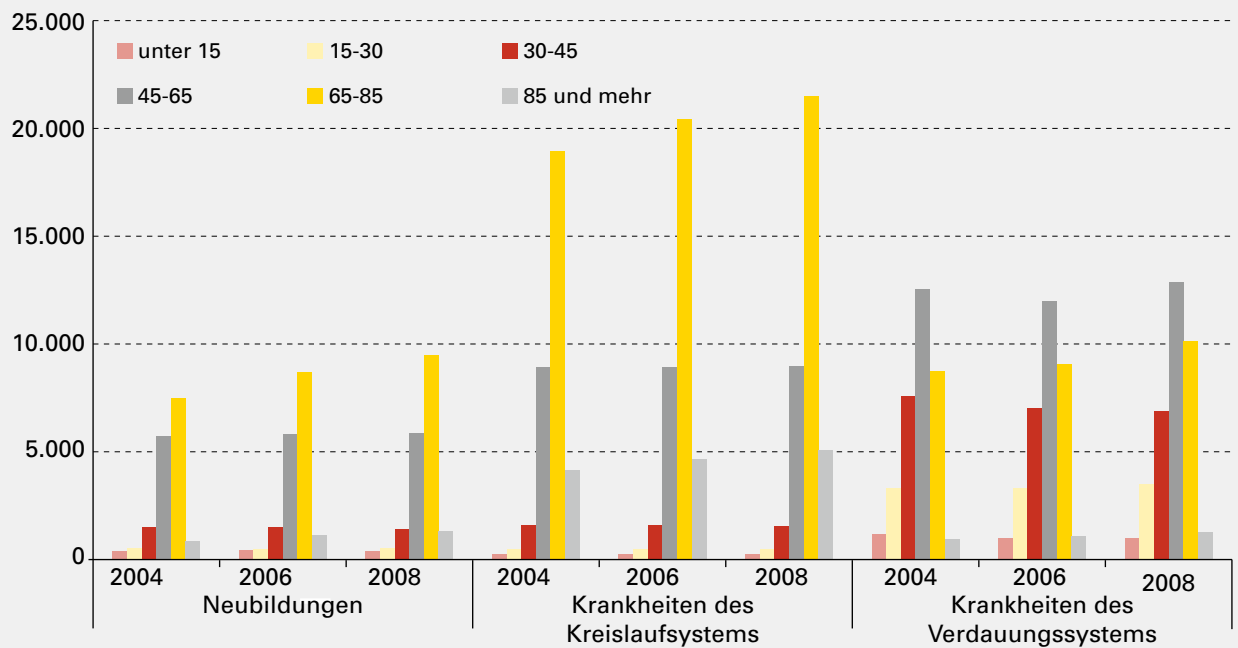
² Es handelt sich im Wesentlichen um die Status Quo Hypothese, die Kompressionsthese sowie die Expansionsthese. Im Rahmen der Status Quo Hypothese wird auf Basis heutiger Ausgabenprofile auf die geänderte Altersverteilung der Zukunft projiziert. Die Kompressionsthese geht von einer längeren Lebensphase in Gesundheit aus und davon, dass Krankheiten erst in einem engen Zeitfenster vor dem Tod eintreten. Demgegenüber machen Vertreter der Expansionsthese den medizinisch-technischen Fortschritt für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung verantwortlich, was entsprechende Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben nach sich zieht.

³ Vaupel, James W. in Sobotka, T.: Demografische Forschung aus erster Hand – Eine angeborene Lebensspanne gibt es nicht; 2010, Jahrgang 7, Nr. 2

⁴ Peters, E.; Pritzkeleit, R.; Beske, F.; Katalinic, A.; Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten – Eine Projektion bis 2050; in: Bundesgesundheitsblatt 2010, Ausg. 53, S. 417.

⁵ Broschüre zur 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Stat. Bundesamt Wiesbaden; 2009; S. 9

Schaubild S11
Kosten ausgewählter Krankheitsgruppen



Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 7.2 Krankheitskosten; vom 11. August 2010; Zusammenstellung aus div. Tabellen nach Jahr, Kosten und Alter

4. Zu den Altersstrukturen der Beschäftigten im Gesundheitswesen

Dem Alterungsprozess ist nicht nur mit Blick auf die Patienten eine zunehmende Bedeutung beizumessen, sondern auch in Bezug auf die dort Beschäftigten. Das gilt besonders für das Personal mit direktem Patientenbezug. Beim ärztlichen Personal zeigt die Ärztestatistik der Bundesärztekammer für den stationären Bereich folgende Altersentwicklung (s. *Schaubild S12*).

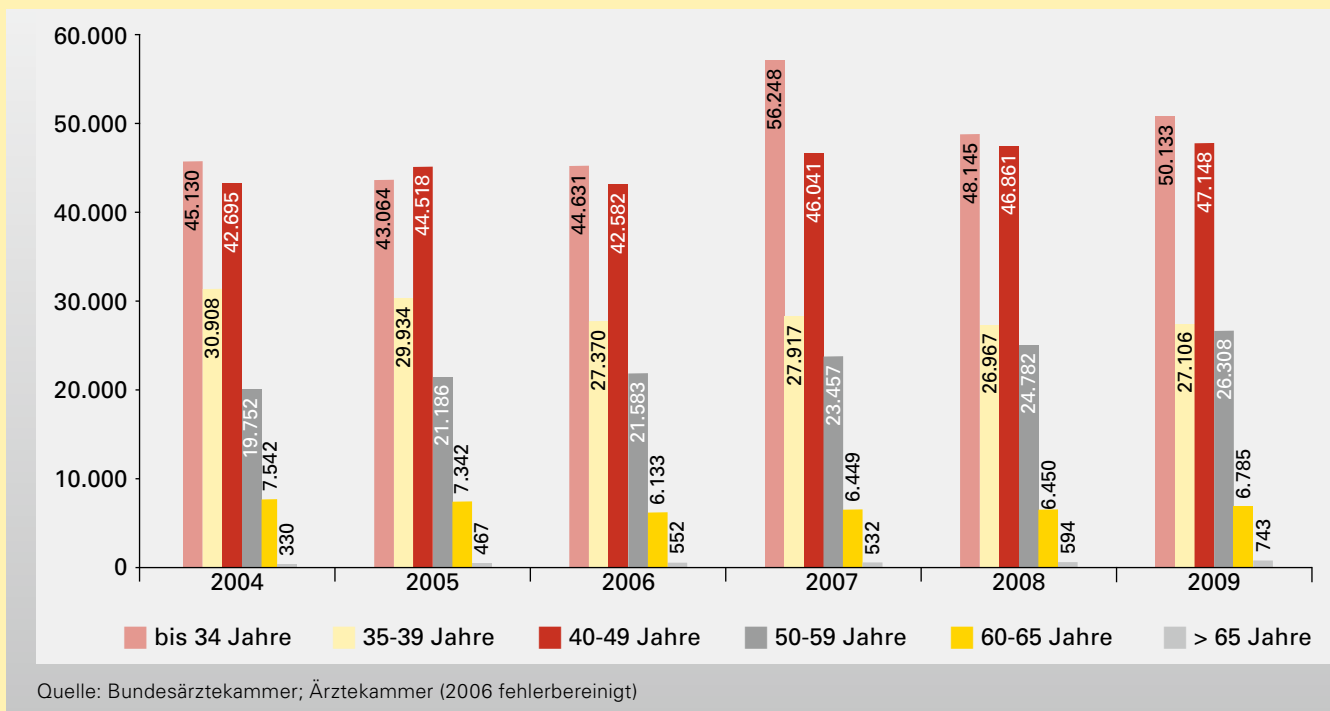
Gegenüber dem Ausgangsjahr 2004 nahm in den Altersgruppen ab 40 Jahren die Zahl der stationär tätigen Ärztinnen

und Ärzte durchschnittlich zu, während die Altersgruppe der 35 – 39 Jährigen geringer vertreten ist. In der Altersgruppe der bis zu 34-Jährigen kann insbesondere ab 2007 eine Zunahme verzeichnet werden. Erfolgt eine Unterteilung in Altersklassen von unter und über 50 Jahren, so steigt bis zu einem Alter von unter 50 Jahren der Anteil stationär tätigen Ärzte und Ärztinnen im Zeitraum 2004 bis 2009 von 18,9 % auf 21,4 %. Der Anteil der über 50 jährigen Ärzte und Ärztinnen entwickelte sich im gleichen Zeitraum entsprechend rückläufig.

Den höchsten Anteil am Personalbestand von Krankenhäusern machen die Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen

und die Gesundheits- und Krankheitspflegehelfer/-innen aus. Im Zeitraum von 2004 bis 2008 entwickelte sich dieser Anteil bei ansonsten steigendem Personalbestand von rd. 53,15 % auf 52,76 % jedoch leicht zurück. Wird die Entwicklung der Altersstruktur des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in die Betrachtung mit einbezogen, ist zusätzlich eine Verschiebung hin zu älteren Beschäftigten für das Krankenhauspflegepersonal anzunehmen.⁶ So war in der gesamten Berufsgruppe des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals die Mehrzahl im Jahr 2008 zwischen 35 und 49 Jahren alt (45 %). In 2004 betrug dieser Anteil insgesamt noch 47,2 %. Bei den über 50-Jährigen stieg der Anteil

Schaubild S12
Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Altersgruppen



⁶ In der Gesundheitspersonalrechnung lassen sich methodisch zwar für die Einrichtungsart Krankenhaus alters-spezifische Daten rekurrieren. Diese beziehen sich jedoch auf alle im Krankenhaus beschäftigten Gesundheitsberufe.



von 8,1 % auf 23,3 %, wohingegen er bei unter 35-Jährigen von 34,8 % auf 31,7 % sank. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen sind in ihrem Berufsgruppen zu rd. 66 % bzw. 21 % im Krankenhaus beschäftigt, so dass eine Übertragbarkeit gerechtfertigt erscheint.⁷

Inwieweit die aufgezeigte Entwicklung der Altersstruktur des Pflegepersonals in der Konsequenz zu arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen führt, lässt sich nur näherungsweise über die Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Mitglieder bestimmen. Krankenpflegehelfer/-innen fielen in den Detailanalysen vor allem mit psychischen Erkrankungen oder Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems auf (siehe Kapitel 3.3).⁸ Ein Zeitvergleich zeigt die generell zunehmende Tendenz der Arbeitsunfähigkeitstage aller Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen bzw. Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-innen (s. *Schaubild S13*).

Allein diese Beispiele weisen auf Handlungsbedarf hin, um etwaigen Mehrfacheffekten entgegenzuwirken. Diese betreffen nicht nur die Beschäftigten selbst (Fehlzeiten aufgrund von Belastungsfaktoren, Versorgungskosten), sondern auch die Patienten (Versorgungsmängel).

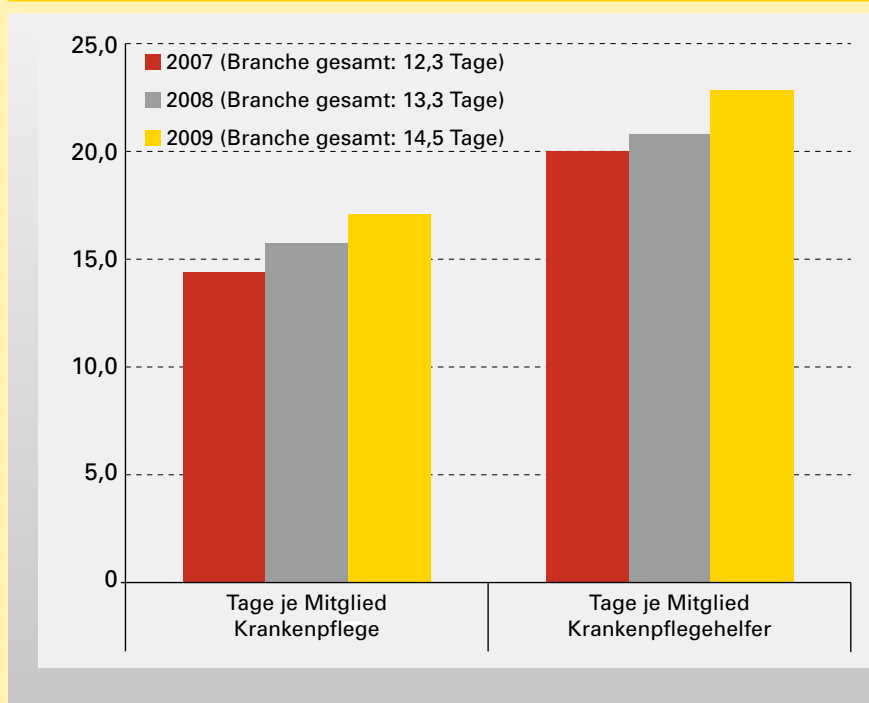
5. Fazit

Der Alterungsprozess der deutschen Bevölkerung geht an der Inanspruchnahme der Krankenhäuser nicht spurlos

vorbei. Voreilige Schlussfolgerungen, die eine Kostenexplosion im Krankenhaussektor prognostizieren, sind jedoch fehl am Platze. Weder liefern Diagnose-daten eine hinreichende Grundlage für die Allgemeingültigkeit der These „Alter gleich krank“, noch sind langfristige Kostenentwicklungs-Prognosen vor der Vielschichtigkeit der Einflussfaktoren auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen gefeit. Dennoch gilt es, für Zwecke der (regionalen) Versorgungsplanung geeignete Kennzahlen und Indikatorensets zu entwickeln. Dies gilt vor allem im

Schaubild S13

Arbeitsunfähigkeit des Pflegepersonals von 2007 bis 2009



⁷ Angaben aus Gesundheitspersonalrechnung (<http://www.gbe-bund.de>), Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn

⁸ Diese Erkrankungsarten spielen auch im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes eine hervorgehobene Rolle (siehe hierzu Afentaktis, Anja; Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen; Destatis, 18. August 2009)

Zusammenhang mit Multimorbidität, die sich oft durch mehrere, gleichermaßen gravierende Erkrankungen, äußert. Dies gilt jedoch auch für die Auswirkung der zunehmenden Vernetzung der Leistungssektoren.

Teil der Versorgungsplanung ist die Sicherstellung gesundheitserhaltender Arbeitsbedingungen. Hier zeigt sich im Krankenhausbereich Handlungsbedarf, denn auch im Pflegedienst hinterlässt die Bevölkerungsentwicklung ihre Spuren. Belastbare Belege für eine Verschlechterung der Versorgung durch älter werdendes Personal liegen

bislang aber (noch) nicht vor. In diesem Zusammenhang darf nicht übersehen werden, dass parallel zu Veränderungen der Altersstruktur auch Veränderungen in den Unternehmenswelten des Gesundheitswesens stattfinden. Krankenhäuser bekleiden hier zunehmend eine Pionierrolle in Sachen Fehlerkultur, Qualitäts- und Risikomanagement. Gerade weil der Pflegedienst aber besonderen Belastungen ausgesetzt ist, muss dieser Prozess von einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich begleitet werden. Etliche Initiativen zeigen in diese Richtung.⁹

⁹ Änderungen im Krankenhaus-Finanzierungsreformgesetz (2009) zur Berücksichtigung von hochaufwendiger Pflege und zur Personalaufstockung haben laut Bericht des GKV-Spitzenverbandes vom 23.6.2010 (Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gem. § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz für das Budgetjahr 2009) erste Früchte getragen, die in Gänze jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt endgültig bewertet werden können.

Schaubild 1.1:	Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – (Fälle je beschäftigtes Pflichtmitglied)
Schaubild 1.2:	Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – (Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied)
Schaubild 2:	Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen
Schaubild 3:	BKK Krankenstand 2009 - 2010
Schaubild 4:	Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen
Schaubild 5:	Die häufigsten Krankheitsarten
Schaubild 6:	Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976
Schaubild 7:	Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen
Schaubild 8:	Arbeitsunfähigkeit nach Dauer
Schaubild 9:	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage 2009 auf Personen (Lorenz-Kurve)
Schaubild 10:	Entwicklung der Krankenhausbehandlung seit 1987
Schaubild 11.1:	Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
Schaubild 11.2:	Krankenhaustage nach Krankheitsarten
Schaubild 12:	Krankenhausbehandlung nach Dauer
Schaubild 13:	Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten – Trends seit 1987
Schaubild 14:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht
Schaubild 15:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen
Schaubild 16:	Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild 17.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)
Schaubild 17.2:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild 18:	Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009
Schaubild 19:	Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009 – Adipositas (E66)
Schaubild 20:	Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009 – Essentielle Hypertonie (I10)
Schaubild 21:	Ärztliche Behandlungen nach Alter und Geschlecht 2009 – Depressive Episode (F32)
Schaubild 22:	Klimakterische Störungen (N95) bei Frauen ab 40 Jahren
Schaubild 23.1:	Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Fälle)
Schaubild 23.2:	Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Tage)
Schaubild 24.1:	Krankenhausfälle der Frauen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten
Schaubild 24.2:	Krankenhausfälle der Männer nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten
Schaubild 25:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus
Schaubild 26:	Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild 27:	Krankenhausfälle nach Versichertenstatus
Schaubild 28.1:	Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Frauen)
Schaubild 28.2:	Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Männer)
Schaubild 29.:	Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild S1:	Gesundheitliche Beschwerden, die nach Angaben der Befragten arbeitsbedingt sein könnten
Schaubild S2:	Stufen-Modell der Verhaltensveränderung nach Prochaska/DiClemente
Schaubild S3:	Wahrnehmung von Altersunterschieden nach Berufen – Altersvarianz in den Berufen
Schaubild S4:	Wahrnehmung von Altersunterschieden nach Geschlecht – Unterschiede in der Altersvarianz
Schaubild S5:	Wahrnehmung von Altersunterschieden nach Altersklassen – Unterschiede in der Altersvarianz
Schaubild 30:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallverarbeitung

Schaubild 31:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Postdienste und Telekommunikation
Schaubild 32:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Dienstleistungen
Schaubild 33:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Öffentliche Verwaltung
Schaubild 34:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Gesundheits- und Sozialwesen
Schaubild 35:	Standardisierte Arbeitsunfähigkeit für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild 36.1:	Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich
Schaubild 36.2:	Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im Verarbeitenden Gewerbe
Schaubild 37:	Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild 38.1:	Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den meisten AU-Tagen
Schaubild 38.2:	Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den wenigsten AU-Tagen
Schaubild S6:	Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild S7.1:	Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen
Schaubild S7.2:	Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer
Schaubild S8.1:	Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen
Schaubild S8.2:	Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer
Schaubild S9:	Anteil der Erwerbspersonen mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen
Schaubild 39:	Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern
Schaubild 40:	Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent
Schaubild 41:	Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)
Schaubild 42:	Mittlere Verweildauer in den Bundesländern – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent
Schaubild 43:	Krankheitsarten in den Bundesländern (KH-Fälle)
Schaubild 44.1:	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (AU-Fälle)
Schaubild 44.2:	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (AU-Tage)
Schaubild 45.1:	Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (AU-Fälle)
Schaubild 45.2:	Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (AU-Tage)
Schaubild 46:	Zunahme der psychischen Störungen (AU-Tage)
Schaubild 47:	Krankheitstage durch das Burnout-Syndrom – 2004 bis 2009
Schaubild 48.1:	Herz-/Kreislauferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild 48.2:	Herz-/Kreislauferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild 49.1:	Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild 49.2:	Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild 50.1:	Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild 50.2:	Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild S10.1:	Neubildungen nach Alter im Zeitablauf
Schaubild S10.2:	Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter im Zeitablauf
Schaubild S10.3:	Krankheiten des Verdauungssystems nach Alter im Zeitablauf
Schaubild S11:	Kosten ausgewählter Krankheitsgruppen
Schaubild S12:	Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Altersgruppen
Schaubild S13:	Arbeitsunfähigkeit des Pflegepersonals von 2007 bis 2009

Tabelle	1.1:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Frauen – alle Alter
Tabelle	1.2:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Männer – alle Alter
Tabelle	2.1:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Frauen – 80 Jahre und älter
Tabelle	2.2:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Männer – 80 Jahre und älter
Tabelle	3.1:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Frauen – 65 bis unter 80 Jahre
Tabelle	3.2:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Männer – 65 bis unter 80 Jahre
Tabelle	4.1:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Frauen – 40 bis unter 65 Jahre
Tabelle	4.2:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Männer – 40 bis unter 65 Jahre
Tabelle	5.1:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Frauen – 25 bis unter 40 Jahre
Tabelle	5.2:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2009 – Männer – 25 bis unter 40 Jahre
Tabelle	6:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus 2009
Tabelle	7:	Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsunfähigkeit in wichtigen Berufen
Tabelle	8:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten
Tabelle	9:	Arbeitsunfähigkeitstage nach Branchen 2009
Tabelle	10:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2009 – Gesamt
Tabelle	10.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2009 – Frauen
Tabelle	10.2:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2009 – Männer
Tabelle	11:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallherstellung
Tabelle	12:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Chemie
Tabelle	13:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Baugewerbe
Tabelle	14:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Handel
Tabelle	15:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Verkehr
Tabelle	16:	Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen
Tabelle	17:	Die häufigsten Verletzungen 2009
Tabelle	T1:	Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Frauen
Tabelle	T2:	Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Männer
Tabelle	18:	BKK Versicherte nach Bundesländern 2009
Tabelle	19:	Veränderungen der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern 2009 gegenüber dem Vorjahr
Tabelle	20:	Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen in ausgewählten Bundesländern
Tabelle	21:	Krankenhausbehandlung in den Bundesländern
Tabelle	22:	Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen 2009
Tabelle	23:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems
Tabelle	24:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Atmungssystems
Tabelle	25:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Psychische und Verhaltensstörungen
Tabelle	26:	Häufigste Diagnosegruppen im Krankenhaus 2009

